

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:21

*Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja*  
**kehittäneen työryhmän muistio**

---

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

---

**Helsinki 2001**

## KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija</b> Sosiaali- ja terveysministeriö		<b>Julkaisun päivämäärä</b> 14.9.2001	
<b>Tekijät</b> (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittävä työryhmä  Puheenjohtaja: Mikko Salaspuro Sihteereinä toimi koko työryhmä		<b>Julkaisun laji</b> Työryhmämuistio	
		<b>Toimeksiantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	
		<b>Toimielimen asettamispäivä</b> 21.6.2001	
<b>Julkaisun nimi</b> (myös ruotsinkielinen) Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio (Promemoria uppgjord av arbetsgruppen för utveckling av den medicinska vården av opioidmissbrukare)			
<b>Julkaisun osat</b>			
<b>Tiivistelmä</b>  Työryhmän tehtävänä oli tehdä 1) ehdotukset siitä, miten nykyisten säädösten puitteissa voidaan lisätä opioidiriippuvaisten metadonilla tai buprenorfiinilla toteutettujen vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen määrää sekä 2) tehdä ehdotukset siitä, miten nykyisiä säädöksiä pitäisi muuttaa, jotta ne vastaisivat nykyistä paremmin opioidiriippuvaisten hoidon tarpeisiin.  Opioidiriippuvaisten määrä on lisääntymässä. Heidän hoitonsa metadonia tai buprenorfiinia käyttäen ja yhdistäen siihen yksilöllinen psykososiaalinen kuntoutus on osoitettu kustannusvaikuttavaksi. Näiden hoitojen määrä Suomessa alittaa tarpeen erittäin merkittävästi. Resursseissa, hoitokäytännöissä, henkilöstön osaamisessa ja asenteissa sekä nykyisissä hoitoa sääntelevissä säännöksissä on korjattavaa.  Työryhmä katsoo, että hoitoja voidaan lisätä nykyisäädösten puitteissa ottamalla kaikki hoidon aloitukseen oikeutetut yksiköt mukaan, aloittamalla hoito matalan kynnyksen periaatteella ja siirtämällä aloitettuja hoitoja mahdollisimman nopeasti jatkohoitoa paikkoihin, luomalla pääkaupunkiseudulle uusia hoitoon oikeutettuja yksiköitä ja antamalla henkilöstölle perehdyttämiskoulutusta.  Työryhmä ehdottaa myös päihdehuoltolaila annettavaa valtuutta säätää asetuksella huumeriippuvaisten lääkkeellisen hoidon järjestämisestä ja toteuttamisesta. Asetuksella tulisi antaa perehdytyskoulutuksen saaneille sairaaloille, terveyskeskuksille, A-klinikoille ja muille päihdehuollon avo- tai laitosyksiköille sekä vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksiköille valtuus aloittaa hoito buprenorfiinilla. Vieroitusyrityksen aikana arvioitaisiin hoidon mahdollinen jatkamistarve korvaus- tai ylläpitohoitona. Jatkohoitopäätös tehtäisiin tarvittaessa keskussairaalassa tai Järvenpään sosiaalisairaalassa. Jokaisesta korvaus- tai ylläpito hoidosta tehtäisiin perustettavalle lautakunnalle ilmoitus ilman potilaan tunnistetietoja. Lautakunnan tehtävänä olisi ehdottaa tarvittaessa erikoisyksikön konsultointia ja valvoa hoidon laatua valtakunnallisesti. Metadonihoidon aloittamisvaltuuksia ei laajennettaisi. Hakemuksesta sosiaali- ja terveysministeriö voisi myöntää luvan tämän asetuksen säännöksistä poikkeamiseen, jos se on perusteltua opioidiriippuvaisten henkilöiden hoidon kehittämistä varten suoritettavan tutkimuksen toteuttamiseksi.			
<b>Avainsanat:</b> (asiasanat) Opioidit, metadoni, buprenorfiini, vieroitushoito, korvaushoito, päihdehuolto, julkiset palvelut			
<b>Muut tiedot</b>			
<b>Sarjan nimi ja numero</b> Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:21		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-1031-9
<b>Kokonaissivumäärä</b> 66	<b>Kieli</b> Suomi	<b>Hinta</b> 86,- mk	<b>Luottamuksellisuus</b> Julkinen
<b>Jakaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisumyynti, Tampere puh. (03) 260 8158 ja 260 8535, fax (03) 2608150 julkaisumyynti@stm.vn.fi		<b>Kustantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	

## PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet		<b>Utgivningsdatum</b> 14.9.2001	
<b>Författare</b> (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Arbetsgruppen för utveckling av den medicinska vården av opioidmissbrukare  Ordförande: Mikko Salaspuro Som sekreterare fungerade hela gruppen		<b>Typ av publikation</b> Promemoria	
		<b>Uppdragsgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet	
		<b>Datum för tillsättande av organet</b> 21.6.2001	
<b>Publikation (även den finska titeln)</b> Promemoria uppgjord av arbetsgruppen för utveckling av den medicinska vården av opioidmissbrukare. (Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio)			
<b>Publikationens delar</b>			
<b>Referat</b> Arbetsgruppen fick i uppgift att 1) uppgöra förslag gällande hur man inom ramen för nuvarande förordningar kan öka omfattningen av avvänjnings-, ersättande och upprätthållande vård av opioidmissbrukare med metadon eller buprenorfin, samt 2) föreslå på vilket sätt nuvarande förordningar bör ändras så att de bättre än nu motsvarar opioidmissbrukarnas vårdbehov.  Opioidmissbrukarnas antal ökar. Deras vård med användning av metadon eller buprenorfin kombinerad med individuell psykosocial rehabilitering har visat sig kostnadseffektiv. Omfattningen av denna vård i Finland understiger i hög grad behovet. Resurserna, vårdpraxis, personalens kunnande och attityder samt nuvarande regelverk gällande vården bör förbättras.  Arbetsgruppen anser att vården bör utökas inom ramen för nuvarande regelverk genom att engagera samtliga enheter som är berättigade till vårdinitiativ, inleda vården enligt den låga tröskelns princip och så snart som möjligt fortsätta vården inom instanser för fortsatt vård, och genom att inom huvudstadsregionen skapa nya vårdberättigade enheter, samt genom inskolning av personalen.  Arbetsgruppen föreslår också att man i lagen om missbrukarvård skulle ge fullmakt att genom förordningar anordna och förverkliga den medicinska vården av personer som är beroende av rusmedel. Genom förordningen borde man bevilja inskolade sjukhus, hälsocentraler, A-kliniker och övriga öppna eller anstaltsmässiga enheter inom missbrukarvården samt fångvårdsanstaltens hälsovårdsenheter fullmakt att inleda vården med buprenorfin. Under avvänjningsförsöken skulle man bedöma behovet av eventuell fortsatt vård i form av ersättande eller upprätthållande vård. Beslutet om fortsatt vård skulle vid behov fattas vid centralsjukhus eller vid socialsjukhuset i Järvenpää. Varje beslut om ersättande och upprätthållande vård skulle informeras till den nämnd som skall grundas, dock utan diarieuppgifter om patienterna. Nämnden skulle ha till uppgift att vid behov föreslå konsultering av specialitet och övervaka vårdens kvalitet på riksnivå. Fullmakterna för inledande av vården med metadon skulle inte utvidgas. På basen av ansökningar kunde social- och hälsovårdsministeriet bevilja tillstånd att avvika från förordningarna, om detta visar sig motiverat med tanke på förverkligandet av den forskning som skall genomföras för att utveckla vården av personer som är beroende av opioider.			
<b>Nyckelord</b> Opioider, metadon, buprenorfin, avvänjningsvård, ersättande vård, rusmedelsvård, offentliga tjänster			
<b>Övriga uppgifter</b>			
<b>Seriens namn och nummer</b> Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2001:21		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-1031-9
<b>Sidoantal</b> 66	<b>Språk</b> Finska	<b>Pris</b> 86,- mk	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig
<b>Distribution/Försäljning</b> Social och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning, PB 536, 33101 Tammerfors, tfn (03) 260 8158 och 260 8535, fax (03)260 8150, <a href="mailto:julkaisumyynti@stm.vn.fi">julkaisumyynti@stm.vn.fi</a>		<b>Förlag</b> Social- och hälsovårdsministeriet	

## DOCUMENTATION PAGE

<b>Publisher</b> Ministry of Social Affairs and Health		<b>Date</b> 14 September 2001	
<b>Authors</b> Working party that develops medical treatments for opioid- dependant persons Chairperson: Mikko Salaspuro The entire working party acted as secretaries		<b>Type of publication</b> Working Group memorandum	
		<b>Commissioned by</b> Ministry of Social Affairs and Health	
		<b>Date of appointing the organ</b> 21 June 2001	
<b>Title of publication</b> Memorandum of the working party that develops medical treatments for opioid-dependant persons			
<b>Parts of publication</b>			
<b>Summary</b> The working group was asked to suggest how 1) the number of methadone or buprenorphine-based withdrawal, substitution and maintenance treatments for opioid-dependant persons can be increased under current legislation and how 2) current legislation should be amended so that it would better meet the treatment needs of opioid-dependant persons. The number of opioid-dependant people is increasing. Treating them with methadone or buprenorphine in conjunction with individual psychosocial rehabilitation has proved to be cost-effective. In Finland the demand for treatment exceeds the supply. Treatment resources must be increased, treatment practices and the skills and attitudes of the personnel improved, and the current legislation concerning this treatment amended. The working group considers that the number of patients being treated can be increased under the current legislation by including in the system all units that are entitled to start treatment; by initiating treatment according to the "low threshold" principle; by transferring the treatment of patients already being treated to continuation institutions as soon as possible; by creating new units that are entitled to provide treatment in the Helsinki metropolitan area; and by providing relevant medical personnel with the necessary training to familiarise them with this treatment. The working group suggests that the Act on social work with regards intoxicant abusers should include a provision according to which the arrangement and provision of medical treatment for drug-addicts can be regulated with a decree. The decree should authorise hospitals, health centres, A-clinics and other institutions that provide outpatient or residential care for intoxicant abusers, as well as the health-care units of the Prison Service, to start treating opioid-dependant persons with buprenorphine. The need to possibly continue treatment as substitution or maintenance treatment would be estimated during the withdrawal treatment period. When required, the decision as to whether the treatment should be continued or not would be made by a central hospital or by the Järvenpää Addiction Hospital. A board should be established to determine whether a special unit needs to be consulted and to monitor the quality of treatment at the national level. The board would be informed of each case concerning substitution or maintenance treatment without the patient's identification being made know. The authorisation to start treatment with methadone would not be extended to new institutions. The Ministry of Social Affairs and Health would grant permission to depart from the provisions of this decree upon application if it is deemed correct to depart from the provisions of the decree in order to carry out research aimed at developing treatment for opioid-dependant persons.			
<b>Key words</b> Opioids, methadone, buprenorphine, withdrawal treatment, substitution treatment, social work with intoxicant abusers, public services			
<b>Other information</b>			
<b>Title and number of series</b> Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:21		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-1031-9
<b>Number of pages</b> 66	<b>Language</b>	<b>Price</b> FIM 86.00	<b>Publicity</b> Public
<b>Distribution/Orders</b> Ministry of Social Affairs and Health, Publications Sale, P.O. Box 536, FIN-33101 Tampere, Finland, tel. +358 3 260 8158 and + 358 3 260 8535, fax +358 (0)3 260 8150, e-mail: julkaisumyynti@stm.vn.fi		<b>Financier</b> Ministry of Social Affairs and Health	

## **Sosiaali- ja terveysministeriölle**

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 21.6.2001 työryhmän kehittämään opioidiriippuvaisten henkilöiden lääkkeellisiä vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoja. Työryhmän tuli saada työnsä valmiiksi 14.9.2001 mennessä.

Työryhmän tehtävänä oli tehdä

- 1) ehdotukset siitä, miten nykyisten säädösten puitteissa voidaan lisätä opioidiriippuvaisten metadonilla tai buprenorfiinilla toteutettujen vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen määrää sekä

- 2) tehdä ehdotukset siitä, miten nykyisiä säädöksiä pitäisi muuttaa, jotta ne vastaisivat nykyistä paremmin opioidiriippuvaisten hoidon tarpeisiin.

Työryhmän nimeksi otettiin Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittävä työryhmä.

Työryhmän puheenjohtajana toimi päihdelääketieteen professori Mikko **Salaspuro** Helsingin yliopistosta. Jäseninä olivat psykiatrian professori Jari **Tiihonen** Helsingin yliopistosta, ylilääkäri Antti **Holopainen** Järvenpään sosiaalisairaalaista sekä ylilääkäri Terhi **Hermanson** ja hallitussihteeri Arja **Myllynpää** sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä ei nimennyt sihteeriä vaan työryhmän jäsenet laativat raportin yhdessä.

Työryhmä kokoontui työnsä aikana kuusi kertaa.

Saatuun tehtävänsä suoritetuksi työryhmä luovuttaa sosiaali- ja terveysministeriölle kunnioittavasti muistionsa.

Helsingissä 14 päivänä syyskuuta 2001

Mikko Salaspuro

Jari Tiihonen

Antti Holopainen

Terhi Hermanson

Arja Myllynpää

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. Johdanto .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Opioidiriippuvuuden hoito.....</b>	<b>13</b>
2.1. Vieroitushoito .....	13
2.2. Psykososiaaliset hoidot .....	14
2.3. Lääkekorvaushoito .....	15
2.3.1. Metadoni .....	16
2.3.2. Buprenorfiini.....	18
2.3.3. Metadoni- ja buprenorfiinihoitojen vertailu.....	20
2.3.4. Naltreksoni.....	22
<b>3. Opioidiriippuvaisten hoitojen kehitys ja nykytila Suomessa.....</b>	<b>22</b>
3.1. Opioidiriippuvaisten määrä.....	22
3.2. Hoitojen kehitys.....	22
3.3. Opioidiriippuvaisten lääkkeelliset hoidot eri sairaanhoitopiireissä .....	25
<b>4. Opioidiriippuvaisten hoitojen kansainvälinen katsaus .....</b>	<b>33</b>
4.1. Korvaushoitojen määrä.....	33
4.2. Korvaushoito eräissä maissa.....	34
<b>5. Haasteet ja ongelmat.....</b>	<b>40</b>
<b>6. Työryhmän ehdotukset.....</b>	<b>41</b>
6.1. Nykysäännösten puitteissa tehtävät kehittämissuositukset .....	42
6.2. Nykysäännösten muutostarpeet .....	46
6.3. Ehdotukset säännösmuutoksiksi .....	51
6.3.1. Päihdehuoltolaki .....	51
6.3.2. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaiden henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidosta eräillä lääkkeillä .....	52
<b>KIRJALLISUUS .....</b>	<b>60</b>

## 1. Johdanto

Opioidiriippuvuulla tarkoitetaan heroinin tai muun opioidin sellaista käyttöä, johon kuuluu

- pakonomainen tarve käyttää opioideja
- heikentynyt kyky säädellä aineen käyttöä ja elimistön kasvava kyky sietää sitä
- vieroitusoireet käytön loputtua
- elämän keskittyminen aineen hankintaan, käyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen
- sekä aineen jatkuva käyttö huolimatta sen selvästi haitallisista seurauksista.

Opiaateilla toteutettuja korvaushoitoja on käytetty opioidiriippuvuuden hoidossa jo yli 30 vuoden ajan. Alkuvaiheessa hoitojen tuloksellisuutta koskevien tutkimusten laatu vaihteli. 1980- ja varsinkin 1990-luvulla erilaisten korvaushoitojen tehoon ja merkitykseen kohdistuva hyvätasoinen kliininen tutkimus on huomattavasti lisääntynyt. Tällä hetkellä tieteellinen näyttö opiaateilla toteutetun korvaushoidon lukuisista positiivisista vaikutuksista on vakuuttava.

Käytännössä opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidot opiaatteja käyttäen on Suomessa aloitettu vuonna 1995. Hoitoja on säädelty sosiaali- ja terveysministeriön normeilla vuodesta 1997 lähtien. Hoidot haluttiin aloittaa keskitetysti, mutta keskitystä on asteittain väljennetty, jotta hoitojen määrää voitaisiin lisätä. Maahan on kehittynyt erilaisia hoitokäytäntöjä ja sekä metadonia että buprenorfiinia käytetään. Koska hoitopaikkojen määrä on jäänyt hyvin pieneksi ja opioidiriippuvaisten määrä on lisääntynyt, on hoidon määrän ja tarpeen välinen ero kasvanut suureksi.

## 2. Opioidiriippuvuuden hoito

Tämä luku perustuu näyttöön perustuvaan lääketieteeseen. Näyttöön perustuvalla hoidolla tarkoitetaan ammatillisen kokemuksen ja osaamisen yhdistämistä parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Parasta tietoa on etsitty sekä systemaattisista katsauksista että alkuperäistutkimuksista. Alkusyksystä 2001 valmistui Ruotsin terveydenhuollon menetelmiä arvioivan yksikön (Statens beredning för medicinsk utvärdering) huolellisesti valmisteltu raportti alkoholi- ja huumeongelmien näyttöön perustuvista hoidoista (SBU 2001).

Opioidiriippuvuuden hoitomuotoja ovat vieroitushoito, psykososiaaliset hoidot sekä lääkekorvaushoito.

### 2.1. Vieroitushoito

Vieroitushoidossa pyritään katkaisemaan huumeiden käyttö. Hoito toteutetaan joko avo- tai laitoshoidossa etukäteen arvioidun ja sovitun hoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkkeettömiä vieroitushoitoja on olemassa, mutta niihin hakeutuu ja niissä pysyy vain pieni



osa opioidiriippuvaisista potilaista. Satunnaistettuja erilaisia lääkkeettömiä vieroitus-hoitomuotoja vertailevia tutkimuksia ei tähän mennessä ole julkaistu (SBU 2001).

Lääkkeellisiä vieroitushoitoja koskevia satunnaistettuja tutkimuksia oli vuoden 2000 loppuun mennessä julkaistu 33 kappaletta (SBU 2001). Verenpainelääke klonidiini vähentää tehokkaasti vieroitusoireita, mutta sen käyttöön saattaa liittyä sivuvaikutuksia kuten verenpaineen laskua. Tässä suhteessa klonidiinin kaltainen lääke lofexidiini on turvallisempi mutta yhtä tehokas. Metadonin ja buprenorfiinin on osoitettu olevan klonidiinia hieman tehokkaampia vieroitushoitolääkkeitä. Vieroitusoireiden kestoa voi lyhentää toteuttamalla vieroitus opioidiantagonistien (naloksoni, naltreksoni) avulla nukutuksessa. Menetelmä on kuitenkin kallis ja se on aiheuttanut vakavia komplikaatioita.

Vieroitushoitojen ongelma on hoidon lyhyt vaikuttavuus (Sees ym. 2000; Rosenbach ja Hunot 1995). Valtaosa potilaista retkahtaa pian hoidon jälkeen ja useat jo hoidon aikana. Tästä syystä johtuen psykososiaalisia hoitomuotoja koskevia vertailevia tutkimuksia on tehty vain lääkekorvaushoidossa olevilla potilailla.

## 2.2. Psykososiaaliset hoidot

Opioidien käyttöön liittyy usein ongelmia monilla eri elämänalueilla. Opioidiriippuvaisilla voi olla psykiatrisia ja somaattisia sairauksia ja lisäksi huumeiden käyttöön liittyy työttömyyttä, asunnottomuutta ja rikollisuutta. Näihin eri elämänalueiden ongelmiin pyritään kokonaisvaltaisessa hoidossa puuttumaan. Vuoden 2000 loppuun mennessä opioidiriippuvuuden psykososiaalisia hoitomuotoja käsitteleviä satunnaistettuja tutkimuksia oli julkaistu 112 kappaletta (SBU 2001). Nämä tutkimukset voidaan jakaa kolmeen ryhmään:

- Tukevat hoitomuodot, joissa pyritään rakentamaan verkosto potilaan, hoitajan ja omaisten välille. Verkostoon voivat kuulua myös esimerkiksi koulun, poliisin ja asumistoimen edustajia. Tapauskohtaisesti pyritään keskittymään erilaisten ongelma-alueiden korjaamiseen kuten riskikäyttäytymiseen, työpaikan etsimiseen, opiskeluun, lasten huoltoon jne. Hoitomuodot eivät perustu kirjallisiin ohjeisiin ja niiden rakenne on yleensä tutkimuksissa huonosti kuvattu.
- Oppimiseen perustuvat ja käyttäytymisterapian piiriin kuuluvat hoitomuodot, jotka yleensä edellyttävät koulutusta. Tietyt hoitomuodot kuten retkahduksen estoterapiat voivat perustua kirjallisiin ohjeisiin eikä niiden käyttämiseen tällöin tarvita erityiskoulutusta. Tähän ryhmään kuuluvat myös AA-pohjaiset 12 askeleen ohjelmat. Hoitomuodoissa pyritään etsimään ja korjaamaan asiakkaan ongelma-alueita kuten selviytymistä normaalissa sosiaalisessa kanssakäymisessä, vahvistamaan asiakkaan huumeiden tarjontaan kohdistuvaa vastustuskykyä tai hallitsemaan paremmin erilaisia konfliktitilanteita.
- Erilaisia psykoterapiamuotoja ovat perheterapia, laaja-alaiset kognitiiviset käyttäytymisterapiat ja dynaamiset tai rekonstruktiiiviset terapiat. Näiden hoitomuotojen käyttäjiltä edellytetään yleensä virallista koulutusta.

Kahdenkymmenenkolmen ja laadultaan varsin hyvän tutkimuksen perusteella voitiin erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja vertailla meta-analyysin avulla (SBU 2001). Kaikki tutkimukset oli tehty metadonikorvaushoidossa olevilla potilailla. Normaalia

intensiivisemmällä tukevalla hoitomuodoilla (4 tutkimusta, 634 potilasta) ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta potilaiden huumeiden käyttöön eikä hoidossa pysymiseen verrattuna normaaliin metadonikorvaushoitoon. Oppimiseen perustuvilla hoitomuodoilla (11 tutkimusta, 4234 potilasta) oli matala mutta tilastollisesti merkitsevä positiivinen vaikutus hoitotulokseen, lähinnä opioidiposiitivisiin virtsanäytteisiin. Psykoterapeuttisilla hoitomuodoilla (12 tutkimusta, 853 potilasta) oli ensimmäisen vuoden aikana keskisuuri vaikutus potilaiden hoidossa pysymiseen. Kahdessa perheterapiaan liittyvässä tutkimuksessa vaikutus oli erityisen suuri kontrolli ryhmään verrattuna (SBU 2001).

Myöhemmissä ja varsin hyvin tehdyissä satunnaistetuissa tutkimuksissa on pystytty osoittamaan, että erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot - jopa tukevut hoitomuodot - parantavat metadonihoidossa olevien potilaiden elämänlaatua (Woody ym. 1987, 1995). Tulostittareita olivat mm. työkyky, rikollisuus, psyykinen tila ja matalammat metadoniannokset. Systemaattisessa katsauksessa (SBU 2001) todetaan lisäksi, että psykososiaalisissa interventioissa fokus pitää olla varsinaisessa väärinkäytössä, että hoidon pitää jatkua 3-6 kuukautta tai pidempään ja että psykoterapeuttisilla hoitomuodoilla voi olla positiivista merkitystä muilla elämänalueilla kuin varsinaisessa väärinkäytössä ja että nämä vaikutukset kumuloituvat kun useita eri hoitomuotoja käytetään yhtäaikaaisesti.

### 2.3. Lääkekorvaushoito

Kuten edellä todettiin, on vieroitushoitujen teho varsin rajallinen ja lyhytaikainen. Potilaan kiinnittäminen pitempiaikaiseen psykososiaaliseen avo- tai laitoshoitoon onnistuu harvoin ja niinpä erilaisten psykososiaalisten hoitomuotojen vaikuttavuutta on pystytty vertailemaan ainoastaan korvaushoidossa olevilla potilailla. Lääkekorvaushoito perustuu opioidiriippuvuuden asteittain eteneviin hoitotavoitteisiin, jotka ovat seuraavat:

- heroiinin tai muun opioidin käytön vähentäminen
- rikollisuuden ja sosiaalisen syrjäytymisen pysähtyttäminen
- hoidossa pysyminen eli psykososiaalisten hoitomuotojen mahdollistaminen
- muista päihteistä vieroittamisen mahdollistaminen
- kuntoutuksen, opiskelun ja työllistymisen mahdollistaminen
- vähittäinen opiaattikorvaushoidosta vieroittaminen
- HIV- ja C-hepatiittipotilaiden hoito ja näiden sairauksien leviämisen ehkäisy
- vankien rikoskierteen katkaiseminen sekä vankilassa että varsinkin sieltä vapauduttaessa

Opioidiriippuvuuden ensimmäinen hoitotavoite jokaisen potilaan kohdalla on katkaista opioidikierre ja ohjata potilas vieroitushoidon jälkeen erilaisiin psykososiaalisiin hoitoihin. Valitettavan usein opioidiriippuvuus on kuitenkin niin vaikea, että potilas ei kestä hoidossa vieroitushoitajaksoa tai ei edes uskalla siihen vieroitusoireiden pelossa hakeutua. Lisäksi tutkimukset osoittavat, että vieroituksen jälkeen valtaosa potilaista retkahtaa hyvin nopeasti uuteen huume- ja rikollisuuskierteeseen (Sees ym. 2000; Rosenbach ja Hunot 1995). Tästä johtuen opiaattiagonistin (metadoni, buprenorfiini) käyttäminen vieroituksessa voi olla välttämätöntä potilaan pitämiseksi hoidossa riittävän pitkään.

Päätös lääkehoidon jatkamisesta tai asteittaisesta vähentämisestä joudutaan useimmiten tekemään yksilöllisesti potilaan oireiden, hänen oman tahtonsa ja hoidossa selviytymisen perusteella. Vieroitustarkoituksessa aloitettua lääkitystä päätetään mahdollisesti jatkaa korvaushoitona. Samoin päätetään, jatketaanko hoitoa aloituslääkkeellä vai onko hoitolääkettä tarpeen vaihtaa. Korvaushoitoa jatketaan yleensä niin kauan kuin potilas sitä itse haluaa. Ranskan kokemusten mukaan potilas saattaa pyrkiä korvaushoitolääkkeestään eroon liian aikaisin, mikä voi johtaa retkahtamiseen. Korvaushoidon keston kohdistuvia tutkimuksia on kuitenkin toistaiseksi aivan liian vähän, jotta voitaisiin tietää mikä on hoidon optimaalinen kesto.

Yhdysvalloissa NIH:n (National Institute of Health) järjestämässä konsensuskokouksessa opioidiriippuvuuden katsottiin olevan aivoperäinen sairaus, jota voidaan hoitaa tehokkaasti ja että hoidosta on hyötyä sekä potilaalle että yhteiskunnalle. Tällä perusteella yhteiskunnan on sitouduttava tarjoamaan hoitoa jokaiselle hoidon tarpeessa olevalle opioidiriippuvaiselle. Jokaiselle opioidiriippuvaiselle pitäisi taata mahdollisuus päästä valvottuun metadonikorvaushoittoon ja viranomaisten velvollisuus on huolehtia siitä, että näin myös tapahtuu. Lääkäreiden ja muun terveydenhuollon henkilökunnan koulutusta on tällä alueella parannettava. Opioidiriippuvuuden diagnostiikan ja hoidon tulee kuulua lääketieteellisten tiedekuntien opetusohjelmiin. Tarpeetonta säännöstöä, joka rajoittaa metadonilla ja muilla pitkävaikutteisilla opiaattiagonisteilla toteutettavaa korvaushoitoa tulee poistaa, ja hoito-ohjelmien kustannukset tulee kattaa julkisilla varoilla tai yksityisillä vakuutuksilla (Anonymous 1998).

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian järjestämässä huumeriippuvuuden hoitoa koskevassa konsensuskokouksessa (Konsensuslausuma 1999) todettiin, että opioidiagonistit metadoni, buprenorfiini ja levasetyyylimetadoli (LAAM) ovat tehokkaita opioidiriippuvuuden korvaushoidossa. Lisäksi todettiin, että riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ovat perusoikeuksia. Kunnan ei tule evätä tarpeenmukaisia hoito- ja kuntoutuspalveluja sillä perusteella, että niitä ei ole oman kunnan toimintana tai alueella saatavana. Hylkäysperusteena eivät saa olla kunnallistaloudelliset syyt. Valtion on huolehdittava osaltaan siitä, että kunnat järjestävät lakisääteiset palvelut. Edelleen konsensuskokouksessa todettiin, että hoitokynnystä opioidiriippuvaisten korvaushoidossa tulee hallitusti alentaa.

### *2.3.1. Metadoni*

Metadoni on opiaattijohdannainen, joka kehitettiin Saksassa kivun hoitoon 1940-luvulla. Metadonin vaikutusaika on huomattavasti pidempi kuin morfiinin tai heroiinin ja siksi metadonia voidaan annostella kerran päivässä. Lääkettä käytetään nestemäisessä muodossa suun kautta annosteltuna.

Metadonia alettiin käyttää opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidossa Yhdysvalloissa 1960-luvulla (Dole ja Nyswander 1966). Lääkkeen katsottiin poistavan heroiinikerrottä ylläpitävät vieroitusoireet ja heroiinin käyttöön liittyvän euforihakuisuuden. Lisäksi tutkimustulosten perusteella metadonia pidettiin riittävän turvallisena ja sen psyykkisiä vaikutuksia siksi vähäisinä, että lääkitys salli normaalin työnteon tai opiskelun (Dole 1970).

Metadonin käyttö korvaushoitolääkkeenä perustuu ristitoleranssiin; agonisti, kuten heroiini korvataan toisella agonistilla eli metadonilla. Metadonin etuja heroiiniin verrattuna ovat: a. Sen pidempi vaikutusaika. b. Kilpaileva antagonismi, jolloin opioidireseptorit salvataan siten, että heroiinilla ei enää voi saada aikaan euforisoivia vaikutuksia. Metadonin on myös väitetty lisäävän opioidihimoa (Curran ym. 1999). Kuitenkin saman tutkijaryhmän myöhemmässä ja huolellisemmassa tutkimuksessa metadoni ei lisännyt opioidihimoa eikä sillä ollut vaikutusta potilaiden fyysisiin toimintoihin tai mielialaan. Itse asiassa potilaat eivät pystyneet erottamaan lisämetadonia lumelääkkeestä (Curran ym. 2001). c. Vähäisempi infektioriski, kun suonensisäinen käyttö vähenee. d. Vähentynyt vieroitusoireisto antaa mahdollisuuden psykososiaalisille interventioille (SBU 2001).

Metadonin käytöstä korvaushoidossa oli vuoden 2000 loppuun mennessä julkaistu 55 satunnaistettua ja kontrolloitua tutkimusta (SBU 2001). Kuudessa tutkimuksessa metadonia on verrattu lääkkeettömään kontrollihoitoon ja yhdessä tutkimuksessa lumehoittoon. Näissä kaikissa tutkimuksissa metadonin voitiin osoittaa vähentävän heroiinin väärinkäyttöä sekä lisäävän potilaiden hoidossa pysymistä. Kahdeksan tutkimuksen meta-analyysin perusteella metadonin vähentävä vaikutus opioidiposiitivisten virtsanäytteiden määrään ja hoidossa pysymistä lisäävä vaikutus oli erittäin suuri (SBU 2001). Yhdessä tutkimuksessa voitiin lisäksi osoittaa hoitoryhmässä alhaisempi kuolleisuus kuin kontrolliryhmässä. Metadonihoidon on osoitettu vähentävän opioidien väärinkäyttöä enemmän kuin hoidotta jättäminen (Dole ym. 1969; Yancovitz 1991, lääkkeetön hoito (Gunne 1981), plasebohoito (Newman 1979, Strain ym. 1993ab) tai vieroitushoito (Vanichseni ym. 1991).

Lisäksi metadonikorvaushoidon on osoitettu johtavan merkitsevästi parempaan hoidossa pysymiseen kuin 6 kuukautta kestävä laaja-alainen psykososiaalisen vieroitushoidon (Sees ym. 2000). Englannissa osoitettiin, että 83% metadonikorvaushoidossa olleista potilaista pysyi hoito-ohjelmassa mukana 6 kuukautta tai pidempään. Potilaista, jotka eivät saaneet metadonia pysyi hoidossa ainoastaan 13% (Rosenbach ja Hunot 1995).

Vuonna 1998 tehdyssä meta-analyysissä metadonikorvaushoidon osoitettiin vähentävän merkitsevästi erilaisissa kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä opiaattien laitonta käyttöä, omaisuusrikoksia sekä HIV-riskikäyttäytymistä (Marsch 1998). Metadonikorvaushoidon kustannusvaikuttavuuden on osoitettu olevan suuremman kuin monien laajalti käytettyjen lääkehoitojen (Barnett ja Hui 2000). Kohorttitutkimuksessa hoidon on osoitettu vähentävän heroiinin käyttöön liittyvän yliannoskuolleisuusrisikin neljännekseen siitä, mikä se oli ennen hoito-ohjelman käynnistämistä (Caplehorn ym. 1996).

Tieto metadonihoidon liitetyistä sanktioista on ristiriitaista, koska tutkimuksissa ne ovat sekä parantaneet että huonontaneet hoitotuloksia (SBU 2001). Yhden tutkimuksen mukaan hoitoon liitetty palkitseminen paransi hoitotuloksia (SBU 2001).

Metadonihoidon liittyy kuitenkin myös ongelmia. Metadonikorvaushoidon sivuvaikutuksia ovat ummetus, painon nousu, alentunut sukupuolivietti ja epäsäännölliset kuumekautiset. Metadonin käyttö johtaa merkittävään aineriippuvuuteen sekä sietokyvyn eli toleranssin lisääntymiseen. Metadonista vieroittaminen on vaikeata, koska aineen aiheuttamat vieroitusoireet ovat huomattavat. Metadonilla ei ole ns. kattovaikutusta. Tästä johtuen aineen myrkylliset vaikutukset lisääntyvät jatkuvasti annoksen kasvaessa. Tämä voi johtaa hengityslamaan ja jopa potilaan kuolemaan. Metadoni on aiheuttanut kuole-

mantapauksia hoitoa käynnistettäessä joko ensimmäistä kertaa tai uudelleen tauon jälkeen (Zador ja Sunje 2000). Lisäksi metadoni on aiheuttanut pikkulasten kuolemia, kun lapsi on vahingossa nauttinut hoidossa olevien vanhempiensa kotiin tuomaa viikonloppulääkitystä. Metadonihoidossa olevan äidin vastasyntynyt lapsi saa synnytyksen jälkeen huomattavia vieroitusoireita.

### 2.3.2. Buprenorfiini

#### Farmakologia

Buprenorfiini on puolisynteettinen opioidi. Se on  $\mu$ -reseptorin osittainen agonisti. Heroiini, morfiini ja metadoni ovat saman reseptorin täysiä agonisteja. Täydellisen agonistin - kuten heroinin - vaikutus kasvaa jatkuvasti annosta lisättäessä, mikä voi johtaa hengityskeskusten lamaantumiseen. Osittaisella agonistilla - buprenorfiinilla - on sitä vastoin kattovaikutus. Aluksi aineen vaikutus lisääntyy annosta lisättäessä, mutta myöhemmin annoksen suurentaminen ei enää vaikuta (Nutt 1997). Esimerkiksi hengityslamaa ei kehity suurillakaan buprenorfiiniannoksilla.

Buprenorfiini estää muiden agonistien kuten heroinin vaikutukset sitoutumalla  $\mu$ -reseptoriin. Buprenorfiini eroaa heroininista myös muilta farmakologisilta ominaisuuksiltaan. Heroiini kulkeutuu nopeasti aivoihin ja tuottaa samalla runsaasti euforiaa. Toisaalta heroinin vaikutus on suhteellisen lyhytkestoinen. Uusi annos joudutaan ottamaan jo noin 6 tunnin kuluttua, jotta euforia säilyisi ja jotta vieroitusoireet pysyisivät poissa. Buprenorfiinin vaikutus alkaa hitaammin varsinkin, jos sen annetaan liueta suussa ja imeytyä suun limakalvon läpi. Buprenorfiini sitoutuu  $\mu$ -reseptoriin tiukasti ja vapautuu siitä hitaasti. Niinpä sen vaikutus kestää jopa 24 tuntia tai annosta suurennettaessa vieläkin pidempään. Buprenorfiinin vaikutukset lisääntyvät 8mg:aan asti, mutta 16 mg:n tai 32 mg:n kerta-annoksen vaikutus ei ole juuri lainkaan 8mg:n annosta suurempi. Sen sijaan vaikutusaika, esim. vieroitusoireiden estyminen voi jatkua aina 72 tuntiin asti (Nutt 1997, Walter 1997 ab).

Suun kautta otettuna buprenorfiini tuhoutuu maksassa ja siksi lääkettä annostellaan kielen alla liukenevina tabletteina. Liuenneesta buprenorfiinista imeytyy suunlimakalvojen lävitse verenkiertoon 30-35% suonensisäiseen antotapaan verrattuna. Valtaosassa aikaisemmista tutkimuksista buprenorfiinia annosteltiin suun limakalvon kautta liuottamalla lääke 30 % alkoholiin. Tällöin buprenorfiinista kulkeutui verenkiertoon noin 40 %. Nykyisten kaupallisten buprenorfiinitablettien biologinen hyötysuhde on 50 - 80 % alkoholiliuoksessa otettuun buprenorfiiniin verrattuna (Lintzeris ym. 2001). Tästä johtuen kielen alla liuotetuissa tableteissa tulisi olla 50 % enemmän buprenorfiinia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa käytetyissä alkoholiliuoksissa. Käytännössä siis 8 mg alkoholiliuoksessa olevaa buprenorfiinia vastaa 12 mg sublinguaalisessa tabletissa.

Buprenorfiini aiheuttaa myös mielihyvää, mikä saattaa edesauttaa potilaiden hoidossa pysymistä. Ensimmäisillä käyttökerroilla buprenorfiini aiheuttaa kuitenkin tavallisimmin - muiden opiaattien tavoin - epämiellyttäviä tuntemuksia kuten pahoinvointia. Yhdysvalloissa DEA (Federal Drug Enforcement Administration) on todennut, että buprenorfiinin potentiaalinen väärinkäyttöominaisuus verrattuna aineen hyödyllisyyteen on erittäin alhainen. Buprenorfiini on alimmaisena listassa, jossa luetellaan yli kolmekym-

mentä erilaista huumetta mm. metadoni, anaboliset steroidit ja bentsodiatsepiinit (Schuckit 2000). On kuitenkin huomattava, että huumeiden väärinkäyttöpotentiaali riippuu farmakologisten seikkojen lisäksi aineiden saatavuudesta ja hinnasta. Näin Suomes-  
sa laadittuna lista poikkeaisi tästä Yhdysvalloissa laaditusta listasta.

#### Buprenorfiinin käyttö korvaushoidossa

Ensimmäinen tutkimus buprenorfiinin käytöstä heroiiniriippuvaisten hoidossa julkaistiin vuonna 1985 (Reisinger 1985). Tuossa tutkimuksessa 34 avohoitopotilasta sai buprenorfiinia kielen alle annosteltuna 1 - 2 mg päivässä 2 - 17 kuukauden ajan. Mahdollisesti alhaisesta buprenorfiiniannoksesta johtuen 50 % potilaista keskeytti hoidon. Jäljelle jääneistä 76 % pysyi hoidossa tutkimuksen loppuun asti. Jatkotutkimuksen tulokset julkaistiin vuonna 1987 (Reisinger ja Pelc 1987). 200 heroiiniriippuvaista potilasta oli saanut matalan annoksen buprenorfiinia (2 - 4 mg päivässä) kolmen vuoden ajan. 84 potilasta oli vielä kolmen vuoden jälkeen hoidossa ja 21 (25 %) oli vieroittautunut myös buprenorfiinista 2 - 24 kuukauden kuluessa.

1990-luvulla kielen alle annosteltua buprenorfiinia alettiin verrata vakiintuneeseen metadonihoitoon. Tutkimusten perusteella 8 mg päivässä buprenorfiinia (alkoholiliuoksessa) osoittautui paremmaksi kuin 30mg metadonia, mutta huonommaksi kuin 80 mg metadonia (Johnson ym. 1992, Kosten ym. 1993, Ling ym. 1996, 1998, 1999). Englannissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että metadonikorvaushoidossa (25 - 30 mg päivässä) olleet opiaattiriippuvalaiset voitiin siirtää buprenorfiinille (4 mg päivässä), ja että lääkityksen vaihdon jälkeen potilaat tunsivat itsensä normaalimmaksi ja kokivat vain vähäisiä vieroitusoireita (Law ym. 1997).

Seuraavaksi todettiin, että buprenorfiinin agonistiset vaikutukset esimerkiksi euforia eivät juurikaan lisäännä annosta korotettaessa, mutta että lääkkeen vaikutusaika pitenee. Tämä johti tutkimuksiin, joissa alettiin kokeilla buprenorfiinin annostelua kolmena päivänä viikossa (Chapleo 1997). Harvempi annostelu on sekä taloudellisesti edullisempää että potilaille helpompaa ja motivoivampaa. Tämän ajateltiin parantavan hoidossa pysymistä. Tätä aihetta käsittelevä, erittäin hyvin toteutettu satunnaistettu ja kontrolloitu vertailututkimus julkaistiin äskettäin (Johnson ym. 2000). Tässä 17 viikkoa kestäneessä tutkimuksessa 220 opioidiriippuvaista potilasta arvottiin neljään hoitoryhmään:

1. levometadyyliasetatti (pitkävaikutteinen opioidi) 75 - 115 mg kolmena päivänä viikossa
2. buprenorfiini 16 - 32 mg kolmena päivänä viikossa
3. metadoni 60 - 100 mg päivässä = korkea-annos metadoni
4. metadoni 20 mg päivässä = matala-annos metadoni

Kolmessa ensimmäisessä ryhmässä hoito-annos yksilöitiin pitämään potilaan vieroitusoireet mahdollisimman alhaisina. Buprenorfiinin ja levometadyyliasetatin perjantainen annos oli noin 40 % korkeampi kuin maanantain ja keskiviikon annos, jolloin lääkitys saatiin riittämään viikonlopun yli. Tulosten perusteella lääkitykset yksi, kaksi ja kolme vähensivät yhtä paljon suonensisäistä huumeiden käyttöä ja huumeongelman vaikeusastetta ja tilastollisesti enemmän kuin matala-annos metadonia (ryhmä 4).

Tuoreessa meta-analyysissä, johon kuitenkin yllä mainittu tutkimus (Johnson ym. 2000) ei ollut ehtinyt mukaan, osoitettiin 8 - 12 mg:n päivittäisen kerta-annoksen buprenorfiinia vastaavan 50 – 80 mg:a metadonia ja olevan tehokkaamman kuin 20 - 35 mg/vrk metadonia (Barnett ym. 2001). Tulospaikkoina olivat hoidossa pysyminen ja opiaattipositiviset virtsanäytteet.

### 2.3.3. Metadoni- ja buprenorfiinihoitojen vertailu

Oikean hoitomuodon valinta kullekin potilaalle on tärkeää. Hoitamattoman opioidiriippuvuuden ennuste on huono eli kuolleisuus ja sairastuvuus oheissairauksiin on suurta. Silti pieni osa opioidiriippuvaisista voi toipua myös spontaanisti. Toistaiseksi ei ole tarpeeksi tietoa siitä, mitkä potilasryhmät soveltuvat mihinkin hoitoon, eikä edes sitä mitkä tekijät ennustavat opioidiriippuvaisten spontaania paranemista. Joka tapauksessa ennen korvaushoitopäätöksen tekemistä potilaiden esitiedot on selvitettävä hyvin ja opioidiriippuvuusdiagnoosi varmistettava, jotta korvaushoitoon ei päädy sellaisia opioidien käyttäjiä, joilla pitkäkestoisen riippuvuuden diagnostiset kriteerit eivät täyty. Tiedetään myös, että monipäihdeongelma, kaksoisdiagnoosi ja vaikeat sosiaaliset ongelmat heikentävät ennustetta, mutta ne eivät välttämättä ole hoidosta poissulkemisen indikaatioita.

Metadonin käytöstä opioidiriippuvaisten hoidossa tutkimustietoa ja kokemuksia on jo useamman vuosikymmenen ajalta. Buprenorfiinista saatua tutkimustietoa on vähemmän ja sitä on käytännössä potilaiden hoidossa käytetty selvästi vähemmän kuin metadonia. Kummallakin lääkeaineella on tärkeä merkityksensä, mutta toistaiseksi ei tiedetä, mitkä potilasryhmät sopivat parhaiten metadoniohjelmiin ja mitkä buprenorfiiniohjelmiin.

Nykyisen tutkimustiedon valossa yksityiskohtaisia hoitovalintoja koskevia ohjeita ei hoitoa toteuttaville tahoille voida antaa. Ratkaisut on tehtävä paikallisesti osaamiseen ja resursseihin pohjautuen ja potilaan omaa tahtoa kuunnellen. Asiakkaan hoidossa pysymisen kannalta hoitomyöntyvyys on keskeinen tekijä, johon vaikuttavat monet tekijät, kuten käytetty lääke ja sen annostus sekä hoidon kokonaisuus. Oikea-annoksinen (riittävä) lääkitys yhdistettynä hyvään hoitokokonaisuuteen ja potilaan omaan tahtoon saattaa lisätä hoitomyöntyvyyttä.

Normaalissa metadonikorvaushoidossa hoidossa pysyminen vaihtelee 40 - 70 prosentin välillä (Sees ym. 2000; Johnson ym. 1992; Johnson ym. 2000). Mikäli hoitoon valitaan vain erittäin motivoituneet potilaat ja mikäli käytetään korkea-annos (keskimäärin ad 160 mg/vrk) metadonia hoidossa pysyy lähes 100 prosenttia potilaista (Fabritius, henk. koht. tiedonanto). Potilaita saattaa keskeyttää metadonihoidon esimerkiksi siksi, että lääke on nautittava päivittäin usein kaukana asuinpaikasta olevassa hoitopaikassa. Toisaalta monet opioidiriippuvaiset vierastavat metadonia. Heidän mielestään lääke aiheuttaa tokkuraisuutta ja lisää ruokahalua, mikä johtaa painon nousuun. Nämä hoitoon liittyvät negatiiviset käsitykset saattavat estää metadonihoidon hakeutumista. Ei ole käytettävissä tutkimuksia, joissa potilaiden lääkemieltymyksiä – metadoni tai buprenorfiini – olisi pyritty selvittämään.

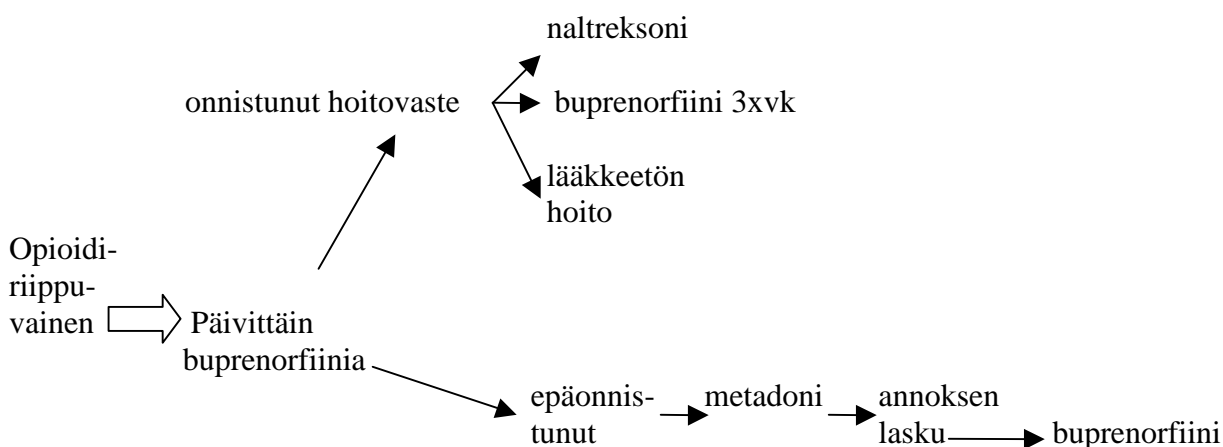
Myös hoidossa olevat henkilöt voivat käyttää sekä metadonia että buprenorfiinia suosisäisesti. Käyttö riippuu muun muassa siitä, voiko ainetta hankkia katukaupasta tai

annetaanko sitä hoidosta kotona annosteltavaksi. Australialaisessa tutkimuksessa 52 % hoidossa olevista oli käyttänyt metadonia suonen sisäisesti ja 29 % edeltävän 6 kuukauden aikana (Darke ym. 1996). Suomessa metadoni liuotetaan mehuun eikä sitä anneta kotiin lukuun ottamatta hyvää hoitomyöntyvyyttä osoittaneita potilaita, joille voidaan antaa enintään viikon kotiannos. Tämän vuoksi Suomessa ei esiinny metadonin suonen-sisäistä käyttöä. Sen sijaan buprenorfiinin suonensisäisestä käytöstä on tullut Suomessa selvä ongelma. Suonensisäisesti käytetään ulkomailta tai katukaupasta ostettua buprenorfiinia. Ilmiön perusteita ei vielä tarkoin tunneta. Mahdollisia syitä voivat olla ainakin seuraavat tekijät:

- 1) Suussa liukenevasta buprenorfiinista saadaan verenkiertoon ja edelleen hermostoon vain noin 30-35%. Mikäli buprenorfiini annostellaan suonensisäisesti, kestää lääkkeen vaikutus huomattavasti pidempään ja näin myös lääkkeen hankinta katukaupasta tulee halvemmaksi.
- 2) Samaan tilanteeseen saattaa johtaa liian alhainen buprenorfiinin hoitoannos. Suonensisäisesti annosteltuna buprenorfiini kulkeutuu nopeasti verenkierron mukana keskushermostoon ja rasvaliukoisena aineena varsin nopeasti myöskin hermosoluihin. Tämä lisää todennäköisesti buprenorfiinin eufoorisia vaikutuksia, ja ainakin se nopeuttaa vieroitusoireiden häviämistä.
- 3) Jotkut potilaat saattavat olla ns. ”piikkikoukussa” eli ovat tottuneet annostelemaan kaikkia mahdollisia aineita suonensisäisesti.

Osalla buprenorfiinia suonensisäisesti käyttävistä henkilöistä ei ole pyrkimystä hoitaa huumeriippuvuuttaan, vaan käytön syynä on aineen huumaava vaikutus (Pekka Laineen ja Antti Holopaisen henkilökohtaiset tiedonannot).

Käytettävissä olevan tiedon perusteella vaikuttaa siltä, että valtaosalla opioidiriippuvaisista potilaista ensisijaisen vieroitus- ja korvaushoitolääkkeen tulisi olla buprenorfiini. Tämä perustuu buprenorfiinin suurempaan turvallisuuteen, lääkkeen harvempaan annosteluun ja siihen, että buprenorfiinista vierottaminen on helpompaa kuin metadonista vierottaminen. Suomessa myös potilaiden keskuudessa buprenorfiini on metadonia halutumpaa. Lääkevalinnoista on esitetty seuraava suositus (Stine ja Kosten 1997):



Buprenorfiinin annostelun tulisi olla valvottua, kunnes voidaan varmistua siitä, että lääke ei kulkeudu katukauppaan. Lisäksi lääkkeen antamiseen tulisi liittää mukaan oppimi-



seen perustuvia kognitiivisia psykososiaalisia hoitomuotoja, joiden tulisi perustua kirjallisiin ohjeisiin. Metadonihoito-ohjelmiin tulisi ohjata ne potilaat, jotka eivät selviä buprenorfiiniohjelmissä sekä mahdollisesti myös ne, joilla on vaikea muu joko psyykkinen tai somaattinen sairaus.

#### 2.3.4. *Naltreksoni*

Naltreksoni on opioidiantagonisti, joka sitoutuu 20 kertaa voimakkaammin opioidireseptoriin kuin morfiini ja estää täten morfiinin euforiset vaikutukset. Estävä vaikutus voi kestää jopa kolme vuorokautta. Naltreksonilla ei ole lainkaan väärinkäyttöpotentiaalia. 11 tutkimuksen meta-analyysissä naltreksoni vähensi hieman mutta merkitsevästi opioidipositivisten virtsanäytteiden määrää. Lisäksi lääkkeellä oli keskisuuri vaikutus hoidossa pysymiseen. Kyseessä on hoitovaihtoehto, jonka käyttöä tulisi tutkia lisää Suomessakin.

### **3. Opioidiriippuvaisten hoitojen kehitys ja nykytila Suomessa**

#### **3.1. Opioidiriippuvaisten määrä**

Vuoden 1997 tietojen mukaan Suomessa oli kovien huumausaineiden eli amfetamiinien tai opioidien käyttäjiä noin 9 400 – 14 700. Pääkaupunkiseudulla kovien huumeiden käyttäjiä oli arviolta 4 000 – 7 400 (Virtanen 2001). Heistä suuri osa käyttää opioideja.

Nykyiset lukumääräarviot ovat ainakin terveysneuvontapisteistä saatujen tietojen perusteella edellistä suurempia. Terveysneuvontapisteiden asiakasmäärät ovat kasvaneet voimakkaasti vuodesta 1998 alkaen; vuoden 2001 ensimmäisen kuuden kuukauden aikana kasvu edellisen vuoden vastaavaan jaksoon oli 45 %. Samanaikaisesti on aloittanut Diakonissalaitoksen Kluuvin palvelukeskuksen terveysneuvontapalvelu, jossa HIV-positiivisten asiakkaiden ohella käy runsaasti myös ruiskujen ja neulojen vaihtoasiakkaita. Helsingin Vinkin asiakasmäärän arvioitiin olleen vuonna 2000 noin 3000 eri henkilöä. Diakonissalaitos on arvioinut, että alkuvuodesta Kluuvissa on asiointu noin 700 terveysneuvonta-asiakasta. Voidaan siis arvioida, että yksin Helsingissä on terveysneuvontapalveluiden piirissä jo noin 4000 ruiskuhuumeiden käyttäjää, joista selvä enemmistö käyttää heroïinia ja muita opioideja.

#### **3.2. Hoitojen kehitys**

Opioidiriippuvaisten metadonilääkitys aloitettiin vuonna 1973, jolloin Hesperian sairaalan poliklinikalla alettiin lääkitä metadonilla pienehköä joukkoa helsinkiläisiä heroinisteja. Loppuvaiheessa ryhmään kuului enää kolme potilasta.

Vuonna 1993 opioidiriippuvaisten narkomaanien lääkehoitotyöryhmä antoi muistionsa. Työryhmä ehdotti, että opioidiriippuvaisten metadonilääkitys aloitetaan ja että se osoi-

tetaan erikoissairaanhoidon erityistason tehtäväksi. Yliopistosairaalan konsultaatioon perustuva lääkitys voidaan toteuttaa myös muissa hoitoon riittävät valmiudet omaavissa yksiköissä. Ryhmä korosti, että opioidiriippuvaisten ongelmia ei voi ratkaista yksin lääkkeillä vaan ensisijaista on monitahoinen kuntoutus.

Vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriö antoi määräyksen opioidiriippuvaisten hoidosta käyttäen metadonia, buprenorfiinia tai levasetyyylimetadolia (1997:28). Määräys uusittiin 1998 (1998:42), jolloin vieroitushoidon maksimikesto pidennettiin kolmesta kuukaudesta enintään vuoteen ja hoitoa arvioimaan ja aloittamaan oikeutettuja terveydenhuollon toimintayksiköitä lisättiin.

Ainoastaan edellä mainituilla lääkkeillä tapahtuvasta hoidosta on annettu erityisiä säännöksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö päätyi erilliseen määräykseen ja keskitettyyn hoitoon, koska kyse oli Suomessa uudesta hoitomuodosta, josta haluttiin saada keskitetyksi kokemuksia ennen hoitojen lisäämistä. Erityissäännösten lisäksi opioidiriippuvaisten hoitoa koskee muu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä päihdehuoltolaki.

Vuoden 1998 määräyksen mukaan vieroitushoito saatiin aloittaa vain yliopistollisissa sairaaloissa, Helsingin sairaanhoitopiirin psykiatristen sairaaloiden yksikössä ja Järvenpään sosiaalisairaalassa. Hoitoa voitiin tämän jälkeen jatkaa yhteistyössä edellä mainitun yksikön kanssa muussa sellaisessa yksikössä, jossa hoidon aloittaneen yksikön arviointi mukaan on riittävät edellytykset hoidon antamiseen. Näitä hoidon jatkamiseen oikeutettuja yksiköitä olivat sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksiköt, terveyskeskukset, päihdehuollon laitos- tai polikliiniset yksiköt sekä vankeinhoitolaitoksen sairaalat ja polikliiniset yksiköt. Vieroitushoidon pituus oli enintään kolme kuukautta, mutta ellei hoito tässä ajassa ollut johtanut vieroittumiseen eikä muita hoitovaihtoehtoja voitu pitää tarkoituksenmukaisina, voitiin hoitoa jatkaa kauemminkin, kuitenkin enintään vuoden ajan. Lääkkeen luovuttaminen potilaalle sai tapahtua vain valvotusti toimintayksikössä.

Korvaushoidon tarpeen arviointi, hoidon aloittaminen ja sen seuranta saatiin määräyksen mukaan tehdä Helsingin yliopistollisen sairaalan huumevieroitusyksikössä sekä Oulun ja Kuopion yliopistollisten sairaaloiden psykiatrian klinikoilla. Samoin kuin vieroitushoidossa, voitiin hoitoa tämän jälkeen jatkaa yhteistyössä edellä mainitun yksikön kanssa muussa yksikössä.

Vuoden 1998 määräykset korvattiin heinäkuun 2000 alusta voimaan tulleella asetuksella (sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta eräillä lääkkeillä, 607/2000). Asetuksen piiriin ei kuulu buprenorfiinin tai metadonin käyttö somaattisen hoidon tukihoidona tilanteessa, jossa vieroitusoireet pahentavat somaattisesti sairaan opioidiriippuvaisen potilaan kliinistä tilannetta tai vaikeuttavat hänen hoitoaan. Levasetyyylimetadolin myyntilupa peruutettiin keväällä 2001.

Asetuksessa on hoitojen aloittamiseen oikeuttavia yksiköitä lisätty siten, että kaikki keskussairaalat ja Järvenpään sosiaalisairaala saavat nyt aloittaa sekä vieroitus-, korvaus- että ylläpitohoitoja. Hoidon siirtämistä aloitusyksiköstä lähemmäs potilaan kotipaikkaa korostetaan, koska päivittäin tapahtuva lääkkeen nouto pitäisi olla lähellä potilasta ja koska uusien hoitojen aloittaminen edellyttää, että potilaita siirrytään aloituspaikasta

eteenpäin. Toistaiseksi yksityislääkärit eivät voi jatkaa näitä hoitoja.

Vieroitus- ja korvaushoidon määritelmiä on muutettu. Vieroituksella tarkoitetaan alle kuukauden pituista hoitoa ja korvaushoito tarkoittaa yli kuukauden pituista hoitoa. Käyttöön on otettu ylläpitohoidon käsite, jolla pyritään saamaan hoidon piiriin matalan kynnyksen periaatteella esimerkiksi HIV-positiivisia henkilöitä.

Lääkkeitä ei edelleenkaan toimiteta apteekeista vaan ne annetaan hoitoyksiköistä. Asetus mahdollistaa kuitenkin enintään seitsemän lääkeannoksen antamisen kotiin hyvää hoitomyöntyvyyttä osoittaneille potilaille.

Hoitojen riittävästä toteutuksesta ja rahoituksesta vastaavat kunnat. Hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito. Hoitoa on seurattava ja sosiaali- ja terveysministeriölle on annettava hoitoa koskevia tietoja pyydettyä.

Asetus antaa opioidiriippuvaisten hoidolle puitteet mutta se ei määrää hoidon toteuttamisen käytäntöä eikä myöskään velvoita kuntia aloittamaan hoitoja. Asetus mahdollistaa erilaisia hoitokäytäntöjä kuten potilasvalinnan, hoidon aloitustavan, toteutuksen ja siirron eteenpäin sekä lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon toteuttamistavan.

Kuntien järjestämässä sosiaali- ja terveydenhuollossa eri tarpeet kilpailevat. Huumeiden käyttäjien tarpeita ei aina oteta tarpeeksi huomioon vaikka heidän hoitoonsa käytettyjen investointien lasketaan tuottavan merkittäviä säästöjä vähentyneinä haittakustannuksina. Opioidiriippuvaisten hoidot rahoitetaan samoin kuin muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut lukuun ottamatta sitä, että buprenorfiinia ja metadonia ei toimiteta apteekista vaan potilas saa lääkkeen maksutta hoitoyksiköstä. Vuoden 2002 valtion tulo- ja menoarvioesityksessä esitetään 7 570 000 euron valtionavustusta kunnille huumeiden käyttäjien hoitoon. Avustus on tarkoitettu hoitoon hakeutuneiden huumeidenkäyttäjien palveluohjauksen järjestämiseen sekä opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidon lisäämiseen. Tarkemmin asiasta tullaan säätämään valtioneuvoston asetuksella. Avustus tulee siis kohdentumaan tiettyihin tarkoituksiin ja sillä pyritään tukemaan kuntia tärkeinä pidettyjen hoitojen antamisessa.

On arvioitu, että ainakin puolet opioidiriippuvaisista tulisi saada korvaus- ja ylläpitohoitojen piiriin, jotta näillä yksilötasolla tehokkaiksi osoittautuneilla hoidoilla voitaisiin myös pysäyttää opioidiriippuvaisten määrän kasvu. Tällä hetkellä Suomessa on virallisia hoitopaikkoja alle 200. On käynyt entistä tärkeämmäksi lisätä opioidiriippuvaisten metadonilla ja buprenorfiinilla toteutettuja hoitoja. Hoitokokemuksia on ehtinyt kertyä jo vuodesta 1997 lähtien ja hoidon tarve on lisääntymässä. Vuosi sitten annettu asetus ei ole toivotulla tavalla lisännyt hoitojen aloituksia eikä myöskään aloitettuja hoitoja ole siirretty tarpeeksi eteenpäin jatkohoitopaikkoihin. Hoidon tarpeen ja tarjonnan välillä on näin ollen kasvava epäsuhta erityisesti pääkaupunkiseudulla.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen ja 1.6.2001 mietintönsä luovuttaneen työryhmän arvion mukaan koko maassa ja erityisesti Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla on merkittävä puute opioidiriippuvaisten lääkkeellisten hoitojen tarjonnassa (Huumausaineiden... 2001). Työryhmän varovaisen arvion mukaan tällä hetkellä näiden hoitojen tarpeessa on arviolta 1 200 – 1 500 henkilöä. Lääkkeellisten hoitojen

rinnalla ja niiden jatkoksi tulisi kehittää myös lääkkeettömiä hoito-ohjelmia ja yhteisöhoito-ohjelmia ja parantaa niiden saatavuutta.

Edellä mainittu työryhmä ehdotti, että lääkkeellisen vieroitus-, korvaus- tai ylläpito-hoidon toteuttamispiste määritetään aloitusarviojakson aikana ja siirtämisestä informoidaan hoitopistettä hyvissä ajoin tärkeimmät tiedot ja ohjeet sisältävällä lähetteellä. Hoitojen arvioinnin ja aloituksen sairaalassa pitäisi alkaa mahdollisimman tehokkaasti kahden viikon sisällä ja siirron jatkopaikkaan tapahtua mahdollisimman nopeasti - kuitenkin niin, että hoitotulokset säilyvät hyvinä. Mikäli potilas joutuu jonottamaan hoidon arviointiin tai aloitukseen, hänelle pitää järjestää muu toimiva hoito odotusaikana. Koska olosuhteet ovat eri paikkakunnilla erilaiset, voi olla paikallaan kehittää erilaisia toimintamalleja.

Työryhmä katsoi myös, että opioidiriippuvaisten lääkkeellisiin hoitoihin liittyvää kehitystä tulisi seurata ja tarvittaessa purkaa keskitettyä hoitoa säädellysti antamalla uusi sosiaali- ja terveysministeriön asetus. Mikäli lääkkeellisissä opioidihoidoissa siirrytään tavanomaiseen reseptilääkekäytäntöön, on aina huolehdittava kuitenkin siitä, että lääkeshoidon lisäksi hoitoon sisältyy tarpeenmukainen psykososiaalinen kuntoutus. Jos julkisen sektorin kapasiteetti ei riitä opioidiriippuvaisten lääkkeellisiin korvaus- ja ylläpito-hoitoihin, voidaan harkita hoidon toteuttamista sellaisen yksityislääkärin ja tämän johtaman työryhmän toimesta, jolla aloituspaikka katsoo olevan hoitoon riittävät edellytykset.

### **3.3. Opioidiriippuvaisten lääkkeelliset hoidot eri sairaanhoitopiireissä**

Seuraavat tiedot perustuvat keskussairaaloiden ja Järvenpään sosiaalisairaalan antamiin kuvauksiin.

#### *Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri*

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan huumevieroitusyksikössä arvioidaan korvaushoitojen aloituksia, tehdään yhteistyötä ja konsultaatioita. Yksikkö laajenee vuoden 2002 alusta.

#### *Buprenorfiinikorvaushoidot*

Buprenorfiinikorvaushoidon tarve arvioidaan helsinkiläisten osalta Hesperian korvaushoitopoliklinikalla ja muiden osalta HYKS:n huumevieroitusyksikössä. Kriteereinä on todettu opioidiriippuvuus ja vähintään 18 vuoden ikä. Lisäksi arvioidaan mahdollisen vieroitusyrityksen tarve. Vaikea sekakäyttöongelma toimii poissulkukriteerinä. Hoito aloitetaan helsinkiläisten osalta kahden vuorokauden osastohoitojaksolla Hesperian sairaalan päihdepsykiatrian osastolla.

Buprenorfiinikorvaushoidossa A-klinikkasäätiön Suvilahdenkadun poliklinikalla on HUS:n ostopalveluna 18 potilasta (lisäksi siellä on kuusi muiden kustantamaa potilasta).

Jonossa on tällä hetkellä 43 potilasta ja viimeiset hoitoon tulleet ovat olleet jonossa noin 13 kuukautta.

### *Metadonikorvaushoito*

Metadonikorvaushoidon tarve arvioidaan HYKS:n huumevieroitusyksikössä kahden viikon osastojaksolla, jossa henkilö vieroitetaan opiaateista ja muista huumeista. Metadonihoidon kriteereinä ovat potilaan ikä (vähintään 20 vuotta), pakonomainen opiaattien käyttö (vähintään 4 vuotta) sekä kokeiltu laitoshoido tai pitkäaikainen avohoito. Poissulkukriteerejä ovat hallitsematon sekakäyttö, vaikeat psyykkiset tai somaattiset sairaudet, jotka estävät hoidon toteuttamisen, sekä akuutti alkoholismi.

Metadonikorvaushoito aloitetaan ja järjestetään Hesperian korvaushoitopoliklinikalla. Nämä hoidot aloitettiin 1995 ja elokuussa 2001 metadonikorvaushoidossa oli 79 potilasta. Metadonihoidon polikliiniseen arvioon Huumevieroitusyksikköön pääsee 1 - 3 viikon kuluessa ja hoitoon valitut henkilöt pääsevät hoitoon 1 - 3 kuukauden kuluessa. Noin kymmenen potilaan metadonihoidon aloittamista selvitetään parhaillaan Huumevieroitusyksikössä.

Hesperian korvaushoitopoliklinikka on tähän asti pitänyt kaikki potilaat korvaushoitopoliklinikan hoidossa. Kesällä 2001 alettiin suunnitella potilaiden ohjaamista eteenpäin jatkohoitopaikkoihin. Tarkoituksena on siirtää lähiaikoina 20 - 25 potilasta. Korvaushoitopoliklinikan ja jatkohoitopaikkojen yhteistyötä ja sen edellyttämiä resursseja selvitetään myös parhaillaan.

Pääkaupunkiseudulla ei toistaiseksi ole juurikaan ns. matalan kynnyksen metadoniylläpitohoitopaikkoja potilaille, jotka eivät yllä nykyisen korvaushoidon vaatimustasolle. Poikkeuksena ovat Helsingin Diakonissalaitoksen Kluuvin palvelukeskuksen HIV-positiiviset huumeiden käyttäjät. Kluuvin palvelukeskuksessa on nyt 13 ylläpitohoitopotilasta. Näitä hoitoja on tarkoitus lisätä jatkossa. HUS-piirin päihdepsykiatrit arvioivat myös näiden potilaiden hoidon ja tekevät hoitoyhteistyötä palvelukeskuksen kanssa.

Korvaushoitopoliklinikan metadonihoidossa olevista huolehtii kolme psykiatrista tiimiä. Hoitoon sisältyy päivittäinen käynti poliklinikalla, neljästi kuussa otettavat virtsatestit, omahoitaja ja lääkitapaamiset, ryhmätapaamiset ja kuntoutus kuten esimerkiksi työterapia. Hoidon potilaskohtaiset kustannukset ovat noin 80 000 mk vuodessa. Noin parilla prosentilla potilaista metadonihoito voidaan mahdollisesti lopettaa vuosittain. Tämä edellyttää psykososiaalisten kuntoutustavoitteiden saavuttamista. Retkahduksista seuraava hoidon tehostaminen, esimerkiksi metadoniannosten antaminen kotiin lopetetaan väliaikaisesti. Hoito lopetetaan, jos se osoittautuu epätarkoituksenmukaiseksi esimerkiksi suonensisäisen huumeenkäytön jatkumisen muodossa.

Potilaiden keski-ikä on 38 vuotta. Potilaista 48 % saa kerran viikossa yhden päivän metadoniannoksen kotiin ja 10 % saa metadonin kotiin vähintään kahdesti viikossa. Muilla käynnit poliklinikalla ovat päivittäisiä.

Potilaiden elämänmuutos on selvä. Puolen vuoden retentio on noin 90 % ja heroiniin käyttöä osoittaa alle 10 % näytteistä. Tähän astisten noin 85 potilaan hoitojen aikana ei ole tullut esiin uusia HIV- tapauksia. Bentsodiatsepiinejä käyttää 60 - 70 %. Meta-

donista johtuvia kuolemia ei ole tullut.

Helsingin kaupunki aikoo lisätä 60 - 65 hoitopaikkaa syksyn 2001 kuluessa. Korvaushoitopoliklinikalla vapautuu metadonikorvauspaikkoja, kun 20 - 25 potilasta siirretään jatkohoitopaikkoihin ja lisäksi kaupunki päätti ostaa A-klinikkasäätiöltä buprenorfiinilla toteutettua korvaus- ja ylläpitohoitoa 40 opioidiriippuvaiselle. Tähän tarkoitukseen perustettu A-klinikkasäätiön uusi yksikkö (Helsingin K-klinikka) avattiin elokuussa 2001.

Erityisenä ongelmana on ollut Vantaan kaupungin riittämätön avohoitotarjonta, jota on yritetty hoitaa vuodesta 1999 lähtien Helsingin vieroitushoitopoliklinikan 3 vantaalaisen hoitopaikan kiintiöllä. Vantaan kaupungin työryhmä tulee lokakuun 2001 loppuun mennessä tekemään suunnitelman opioidiriippuvaisten lääkkeellisen hoidon järjestämisestä. Odotusajaksi on sovittu, että Järvenpään sosiaalisairaala järjestää polikliinisesti 5 - 6:lle vantaalaiselle avohoitopalveluja sairaalasta ja Vantaan Tikkurilassa toimivasta Vinkin toimintayksiköstä käsin. Espoon antamien tietojen mukaan tarvetta hoitojen huomattavaan lisäämiseen ei olisi ja avohoitona toteutettavaa buprenorfiinihoitoa voisi tarjota esiin tullutta kysyntää enemmänkin.

#### A-klinikkasäätiö ja Järvenpään sosiaalisairaala

Vieroitushoitojen toteuttaminen buprenorfiinilla laitostuntoutusohjelman osana aloitettiin Järvenpään sosiaalisairaalassa lokakuussa 1997. Sairaalaan perustettiin näitä hoitoja varten osasto, jolla kesäkuun loppuun 2001 mennessä on ollut hoidossa yhteensä 179 potilasta.

Retrospektiivisesti on kerätty tietoa sosiaalisairaalan osastolla kesän 2000 ja huhtikuun 2001 välisenä aikana hoidetuista potilaista. Hoitoaika oli 1 - 3 kuukautta. Lääkehoitona oli buprenorfiini 6 - 16 mg/vrk. Buprenorfiini annosteltiin aluksi kahdesti vuorokaudessa ja siirryttiin asteittain kerran vuorokaudessa annosteluun. Lääkitys vakiintui tasolle 6 - 16 mg ennen avohoitoon siirtymistä. Bentsodiatsepiinit ajettiin alas tai ne siirrettiin vähintään terapeuttiselle tasolle. Hoito suunniteltiin yhteistyössä hoitoon lähettävän tahon kanssa verkostotyönä jo ennen hoidon alkua, sen aikana ja myös laitoshoidon päätyttyä. Kognitiivinen, informatiivinen ja toiminnallinen yhteisöhoitomalli sisälsi mm. lääkehoidon opettelua perusteluineen sekä riippuvuuskäyttäytymisen käsittelyä. Sosiaalista elämäntilannetta pyrittiin korjaamaan ja rakentamaan hoitoa tukevia vuorovaikutussuhteita verkostotyönä.

Osastohoidoista 70 % vietiin suunnitellusti läpi ja 30 % hoidoista keskeytyi, keskeyttäneet potilaat siirrettiin erilaisiin jatkohoito-ohjelmiin. Osastolta avohoitoon siirtyi 25 potilasta tukitoimenpiteineen kotipaikkakunnilleen. Nämä hoidot ovat 14.8.2001 mennessä jatkuneet 4 - 14 kuukautta korvaushoitoina. 25 potilaasta yksi on vieroitettu korvaushoidosta hyvin tuloksin ja toisen lääkitystä suunniteltiin lopettavaksi kuluvana syksynä. Kahden potilaan kohdalla korvaushoito on keskeytetty, toinen heistä joutui henkirikoksen uhriksi. Potilaista 22 on edelleen hyvin korvaushoidon piirissä. Heistä kymmenen (40 %) on lopettanut täysin kaikki muut lääkkeet buprenorfiinia lukuun ottamatta ja 16 potilasta (64 %) on edennyt hoidossa täysin suunnitelman mukaan ilman oheiskäyttö- tai käyttäytymisen ongelmia hyvässä yhteistyössä avohoitopaikan kanssa. Henkilöitä on myös hakeutunut opiskelu- ja työelämään.

Hoitojen alkaessa Järvenpään sosiaalisairaalassa potilaat olivat enimmäkseen helsinkiläisiä. Myöhemmin Etelä- ja Länsi-Suomen muiden paikkakuntien osuus on kasvanut. Kevästä 2001 lähtien palvelujen kysyntä on alkanut selvästi lisääntyä.

Ennen asetuksen 607/2000 voimaan tuloa voitiin buprenorfiinilla vuoden hoidettuja potilaita jatkohoitaa ainoastaan siirtymällä metadoniohjelmaan. Asetuksen voimaan tulon jälkeen potilaiden kuntouttavien hoitojen jatkaminen korvaushoitona on helpottunut olennaisesti, kun myös buprenorfiinikorvaushoitoa on voinut jatkaa yli vuoden.

Järvenpään sosiaalisairaalassa hoidot on pääosin aloitettu 9-paikkaisella kuntoutusosastolla. Erityistilanteissa kuten raskaana oleville aloituksia on alettu tehdä myös osana perhekuntoutusta ja kysynnän lisääntyessä myös 5-paikkaisessa hoidon tarpeen arviointiyhteisössä sekä 2 viikon suljetun vieroitushoidon yhteydessä. Kesän 2001 aikana alettiin suunnitella erillistä uutta 7-paikkaista korvaus/ylläpito-hoidon tarpeen arviointi- ja aloitusyksikköä. Yksikkö toimii polikliinisesti ja tekee myös osastoarviointeja ja aloituksia. Sama yksikkö tulee jatkossa vastamaan myös rajoitetusti valvotun avohoito-toiminnan toteuttamisesta lähialueille.

A-klinikkasäätiö järjestää 13.08.01 alkaen pääkaupunkiseudulla avo- ja laitoshoitopaikkoja buprenorfiinikorvaushoitoa varten seuraavasti:

- Helsinki Suvilahdenkadun vieroitushoitopoliklinikka 25 paikkaa
- uusi ylläpito/korvaushoitopoliklinikka (Helsingin K-klinikka) 35 paikkaa (30 kaupungin tilaus, 5 kehittämisprojektipaikkaa)
- Kettutien A-poliklinikka 5 paikkaa
- Leppävaaran A-klinikka 10 paikkaa
- Järvenpään sosiaalisairaala pkl 5 avohoitopaikkaa
- Järvenpään sosiaalisairaala (laitoskuntoutus/vieroitus/aloitus) 9+7 = 16 paikkaa

#### Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

TYKS käyttää korvaushoidon lääkkeenä metadonia ja vieroitushoidon lääkkeenä buprenorfiinia. Korvaushoitoon pääsyn kriteerit ovat ICD-10 määritelmän mukainen opioi-dirippuvuus, 18 vuoden ikä, vähintään kahden vuoden dokumentoitu opiaattien käyttö mutta ei hallitsematonta sekakäyttöä ja dokumentoidut vieroitushoitoyritykset.

Turku on ottanut hoidon toteutuksessa mallia Helsingistä, joskin painotuksissa on eroja. Turun kaupungilla on nyt 13 potilaspaikkaa ja TYKSissä on kuusi paikkaa. Tällä hetkellä Turussa on 17 potilasta metadonikorvaushoidossa ja lähiaikoina otetaan kaksi potilasta lisää. Suurin osa potilaista on ollut aiemmin buprenorfiinivieroitushoidossa.

Turussa vieroitushoito toteutetaan osasto- ja avohoidon yhdistelmänä siten, että hoidon ensimmäiset vuorokaudet (3 - 5 vrk) ja viimeinen viikko ollaan osastolla. Väliin jäävänä aikana potilas hakee lääkkeen päivittäin Turun mielenterveyskeskuksen poliklinikalta. Turkulaisten korvaushoito aloitetaan kahden viikon osastojaksolla Turun mielenterveyskeskuksessa. Tämän jälkeen vähintään kahden kuukauden stabilointivaihe toteutetaan TYKSin psykiatrian poliklinikalla. TYKSistä potilaat siirtyvät stabilointivaiheen jälkeen mielenterveyskeskuksen korvaushoitopoliklinikalle.

Potilaat ovat pysyneet hoidossa hyvin ja useimpien potilaiden elämäntilanne on tasapainottunut. Oheiskäyttöä esiintyy, lähinnä käytetään kannabista, bentsodiatsepiineja ja alkoholia. Oheiskäyttävillä potilailla ei anneta metadonin viikonloppu- tai loma-annoksia mukaan vietäväksi. Kahden kuukauden puhtaiden seulojen jälkeen potilas voi saada jälleen viikonloppuannoksia mukaan. Hoito päätetään, jos suonensisäistä oheiskäyttöä ei saada loppumaan.

Yksi korvaushoitopotilas on kuollut runsaan viikon hoidon kuluttua ilmeisesti lääke- myrkytykseen, hänen metadoniannostaan oli nostettu asianmukaisesti ja annos oli kuollessa 65 mg. Yhden potilaan korvaushoito on jouduttu keskeyttämään väkivallan uhan vuoksi. Yksi potilas on halunnut itse vieroittautua metadonista.

Lähetteen tulosta korvaushoitoon pääsee keskimäärin 1 - 3 kuukaudessa. Syksyllä 2001 saattaa syntyä jonoa korvaushoitoon, jos ei saada lisää henkilökuntaa.

### *Ympäristökuntalaisten hoito*

Turun yliopistollisen sairaalan vastuualueella vastuopsykiatreja on kehoitettu järjestämään alueellaan yhteistyökokous opioidihoitojen käytäntöjen sopimiseksi. Kun lähete saapuu TYKSiin, otetaan sieltä yhteys lähettäjään ja tiedustellaan, onko yhteistyökokous pidetty ja sovittu potilaalle jatkohoitopaikka. Mikäli näin on, otetaan potilas hoidon arvioon TYKSiin. Sisäänottokriteerit täyttävien potilaiden hoito aloitetaan Turun mielenterveyskeskuksen huumevieroitusyksikön osastolla. Kahden viikon osastoaloituksen jälkeen hoito siirtyy potilaan kotikuntaan. Potilas käy hoidon alkuvaiheessa 2 - 4 kertaa kuukaudessa TYKSissä kontrollikäynnillä. Hoitotasapainon vakiinnuttua käynnit harvenvat huomattavasti ja hoitovastuu siirtyy konkreettisemmin kotikuntaan.

Toistaiseksi Turun ulkopuolella korvaushoitoa on toteutettu kolmelle potilaalle kolmessa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen kunnassa. Kaksi potilasta on hoidossa edelleen mutta yhden hoito jouduttiin keskeyttämään toisella hoitoviikolla päihteiden sekakäytön ja metadonin haun toistuvien laiminlyöntien vuoksi. Neljä Turun ulkopuolella asuvaa potilasta aloittanee korvaushoidon lähiaikoina. Kokemukset hoidon toteuttamisesta ympäristökunnissa ovat siis varsin vähäiset. Yksi kunta on vastustanut voimakkaasti korvaushoitojen aloittamista.

### *Pirkanmaan sairaanhoitopiiri*

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa kriteerit vieroitushoitoon korvaavilla opioideilla ovat opioidiriippuvuus sekä motivaatiosta huolimatta epäonnistuneet vieroitusyritykset perinteisin keinoin. Korvaushoidon kriteereinä ovat pitkäkestoinen opioidikäyttö ja -riippuvuus sekä epäonnistuneet vieroitushoitot, jolloin myös laitosvieroitusta on yritetty. Ikäkriteeriä ei ole käytetty.

TAYS suorittaa vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen aloittamisarviot akuuttipsykiatrian klinikan päihdepoliklinikalla sekä Pitkänien sairaalan osastolla. Vieroitushoidot toteutetaan sekä korvaus- ja ylläpito- ja hoitotilat aloitetaan Pitkänien sairaalan osastolla.



Korvaus- ja ylläpitohoitojen jatkohoito tapahtuu Tampereen (A-klinikkasäätiön ylläpitämässä) K-klinikassa, josta kunnat ostavat palvelut. Korvaus- ja ylläpitohoitopotilaat siirrettiin helmikuussa 2001 toimintansa aloittaneeseen K-klinikkaan aikaisemmista, väliaikaisista hoitopisteistä. Tänä vuonna paikkamäärä on 25 ja ensi vuoden tavoite on 30.

K-klinikalla on tällä hetkellä korvaushoidossa 17 ja ylläpitoehoidossa yksi asiakas - seitsemän paikkaa on vapaana. Hoidettavista 16 on tamperelaisia ja kaksi lähikunnasta. Ylläpitoehoidossa olevan asiakkaan lääke on buprenorfiini, korvaushoitoasiakkaista 12 saa buprenorfiinia ja viisi metadonia. Tähän mennessä hoidossa olleista viiden hoito on keskeytetty; keskeytyksen syinä ovat olleet oheiskäyttöön liittyvät tapaamisten laiminlyönnit, huono motivaatio ja puutteellinen sitoutuminen hoitoon sekä yhden kohdalla huumekauppa. K-klinikalla koetaan ongelmina usein nuoreen ikään liittyvä huono motivaatio ja sekakäyttö. Myös ohjelmaan ottamisen indikaatiot ovat askarruttaneet, koska ne eivät ole valtakunnallisesti kiteytyneet.

K-klinikalta korvaava lääke haetaan päivittäin. Oman hoitajan tapaamisten lisäksi on henkilökunnan ja hoidettavien yhteinen kokous joka toinen viikko sekä ryhmätapaamiset kahdesti viikossa. Tavoitteena on sitouttaa potilas kuntouttaviin ohjelmiin.

Tällä hetkellä Päihdepoliklinikan arvioihin ei ole jonoa. Pitkäniemen sairaalan vieroitus- ja korvaushoitojen aloitukseen pääsee parin viikon sisällä. Kesän ajan on näitä hoitoja järjestävä osasto ollut suljettuna ja huumeapotilailla on ollut 2 - 3 paikkaa muulle osastolle sijoitettuna. Loma-aika voi johtaa jonojen kehittymiseen syksyllä.

Arvioivat ja hoitavat tahot ovat tiiviissä yhteydessä keskenään. TAYS:n toimesta pyritään myös laajentamaan alueella arvioita tekevien yksiköiden määrää koulutustoiminnan avulla. Keskeisinä haasteina ovat matalan kynnyksen toimipisteen aukaiseminen huumeikäyttäjien hoitoon motivoimiseksi sekä kaksoisdiagnoosi- ja huume-HIV-potilaiden hoito-organisaation kehittäminen.

### Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Kuopion yliopistollisen sairaalan huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikalla hoidetaan ensisijaisesti Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin huumeongelmaisia (amfetamiini- ja/tai opioidikäyttäjät) sekä kaksoisdiagnoosipotilaita. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiristä on hoidossa kuusi opioidiriippuvaista, joista 4 saa metadonia ja kaksi buprenorfiinia. Lisäksi tutkitaan ja tarvittaessa hoidetaan muiden Itä-Suomen (Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan ja Itä-Savon) sairaanhoitopiirien opioidiriippuvaisia. Toistaiseksi on hoidettu vasta kahta muualta Itä-Suomesta kotoisin olevaa potilasta. Lisäksi yhteistyö Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa (Jyväskylän A-klinikka) jatkuu konsultaation (buprenorfiini-hoidot) ja hoidon seurannan (metadoniin liittyvät kysymykset) muodossa.

Opioidiriippuvalaiset arvioidaan huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikalla 1 - 3 käynnin puitteissa. Vastaanotolle pääsee noin 3 - 5 viikon kuluessa. Jos korvaus- tai ylläpitohoitoa pidetään aiheellisena, järjestetään 1,5 - 2 viikon hoitojakso KYS:n Julkulan sairaalan osastolla. 13 paikkaisella osastolla on yksi paikka varattu opioidiriippuvaisten vieroitus- tai korvaushoitoon. Korvaushoitoon liittyvälle hoitojaksolle pääsee muutaman viikon jonotuksen jälkeen. Jono johtuu muiden huumeongelmaisten aiheuttamasta

osaston kuormituksesta. Kyseinen osasto on psykiatrinen akuuttiosasto ja kokee huumeongelmaisten hoitamisen samalla osastolla muiden psykiatristen potilaiden kanssa varsin hankalaksi. Jo vuosia suunnitteilla ollut erillinen päihdepsykiatrinen osasto ei näytä toteutuvan ennen vuotta 2005.

Korvaus- tai ylläpito-hoidossa olevien potilaiden kanssa tehty yhteistyö on sujunut melko hyvin. Päivittäiset korvaushoidot rasittavat huume-poliklinikan ja viikonloppuisin Julkulan osaston henkilökuntaa, joten on suunniteltu toisen paikallisen hoitopisteen järjestämistä.

#### Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Oulun seudulla buprenorfiinin suonensisäinen käyttö on suuri ongelma. Vuonna 2000 on myös alkanut esiintyä heroiinin kokeilua. Amfetamiinin suonensisäiset käyttäjät ovat siirtyneet lähes poikkeuksetta käyttämään buprenorfiinia. Raahan seudulla arvioidaan olevan noin 200 buprenorfiinia suonensisäisesti käyttävää henkilöä. Heistä noin 20 on ottanut yhteyttä korvaushoitoon liittyen ja näistä kaksi on suostunut valvotusti annettavaan buprenorfiinikorvaushoitoon. Nämä ovat poikkeuksetta kertoneet myös heroiinin käytöstä. Yhdelle 20 viikolla odottavalle äidille aiotaan aloittaa korvaushoito ainakin loppuraskauden ajaksi erittäin matalalla kynnyksellä. Jatkohoidot terveyskeskuksissa (Muhos ja Raahe) ovat sujuneet ongelmitta ja myös positiivista palautetta on saatu.

Oulun yliopistollisessa sairaalassa ei ole toistaiseksi käytetty buprenorfiini- ja metadonihoitoja. Opioidiriippuvaisten vieroitus tapahtuu lofeksidiinilla. Kuitenkin yhdelle potilaalle aloitettiin epäonnistuneen muutaman päivän lofeksidiinivierotuksen jälkeen buprenorfiinilla toinen hoitajakso. Hän odottaa jatkohoitoa Järvenpään sosiaalisairaalaan.

Oulun kaupungin opiaattivierotukset tapahtuvat pääsääntöisesti Kiviharjun kuntoutumisklinikan vieroitusosastolla. Alle 25-vuotiaitten potilaitten avohoito on keskitetty nuorten päihdeasema REDI 64:lle. Myös Kiviharjun kuntoutumisklinikassa on käytössä lofeksidiinivieroitus. Tämä on osoittautunut riittäväksi ratkaisuksi, koska valtaosalla vieroituspotilaista käyttöhistoria on ollut lyhyt. Kaikilla on kyse ollut buprenorfiinin suonensisäisestä käytöstä. Kaikille vieroitushoitopotilaille pyritään järjestämään jatko-hoito yhteisöllisissä lääkkeettömissä hoitokodeissa, epäonnistumiset ovat johtuneet pääasiassa bentsodiatsepiiniriippuvuudesta, ei opiaattivieroitusoireista.

#### Muut sairaanhoitopiirit

Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä opioidiriippuvaiset lähetettiin aikaisemmin hoidon aloitukseen TAYSiin tai Järvenpään sosiaalisairaalaan. Potilaiden metadoni- ja buprenorfiinihoidot aloitettiin tänä vuonna Laajakosken sairaalassa. Hoitomahdollisuudesta on tiedotettu erityisesti piirin A-klinikoille mutta toistaiseksi hoidon tarvetta on tullut esiin vasta vähän. Lääkityksenä ainakin nyt toiminnan alkuvaiheessa on päätetty käyttää buprenorfiinia. A-klinikat tekevät potilaista alustavan arvion ja sairaalassa hoitotarve arvioidaan yhdellä tai kahdella poliklinikkakäynnillä. Tämän jälkeen hoito aloitetaan suljetulla psykiatrisella osastolla kahden viikon jakson aikana. Toistaiseksi potilaita on ollut alle viisi ja kaikkien buprenorfiinilääkitys on lopetettu jo sairaalajakson aikana.

Yksi potilas jatkaa sosiaalisairaalasta aloitettua hoitoa buprenorfiinin avulla A-klinikalla.

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri lähetti aiemmin opioidiriippuvaiset HYKSiin hoitoon mutta viimeisen vuoden aikana metadoni- tai buprenorfiinihoitojen arvioinnit on ostettu Järvenpään sosiaalisairaalasta. Jatkohoito tapahtuu Lappeenrannan A-klinikalla, jossa on tällä hetkellä käynnissä neljä korvaushoitoa. Etelä-Karjalan keskussairaalaan oli muutama vuosi sitten tarkoitus perustaa päihdepoliklinikka, mutta hanke epäonnistui. Sairaanhoitopiiri haluaisi aloittaa opioidiriippuvaisten hoidot omana toimintanaan, mutta tämä edellyttää resurssien lisäystä aiemmin suunnitellulla tavalla.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri on ostanut hoidon aloitukset pääosin Järvenpään sosiaalisairaalasta. Työryhmä on suunnitellut hoidon järjestämistä ja hoidot aiotaan aloittaa omana toimintana aikaisintaan maaliskuussa 2002. Hoidon arviot aiotaan suorittaa keskussairaalan poliklinikalla samoin kuin polikliiniset hoidon aloitukset. Osastolla aloitettavat hoidot ostetaan joko Järvenpään sosiaalisairaalasta tai TAYSstä. Jatkohoito tapahtuu paikallisilla A-klinikoilla.

Satakunnan sairaanhoitopiiri on aiemmin ostanut hoitojen aloitukset Järvenpään sosiaalisairaalasta. Kevästä 2001 lähtien hoidot on järjestetty piirin omana toimintana käyttäen lääkkeenä buprenorfiinia. Toistaiseksi potilaita on ollut vasta neljä eikä tarvetta ole tullut tätä enemmän esiin; hoitomahdollisuudesta on kuitenkin tiedotettu kentälle laajasti. Työryhmä on kouluttautunut mm. A-klinikkasäätiön kaksipäiväisessä koulutuksessa ja tekemällä tutustumiskäyntejä TYKSiin ja HYKSiin. Lääkäristä, psykologista ja erikoissairaanhoitajasta koostuva arviointityöryhmä päättää hoitoon otettavista potilaita. Hoito aloitetaan Harjavallan sairaalan päihdeosastolla. Jatkohoito siirretään A-klinikkaan tai mahdollisesti terveystieteiden keskukseseen.

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä potilaiden esikartoituksen suorittaa A-klinikka ja hoidon aloitus hankitaan ostopalveluna TAYSstä tai Järvenpään sosiaalisairaalasta. Piiri aloittaa hoidot omana toimintanaan mahdollisesti vuonna 2003. Hoidon tarvetta on ilmennyt toistaiseksi hyvin vähän. Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit puolestaan ovat sopineet ostavansa hoitoarviot TAYSstä mutta toistaiseksi hoidon tarvetta ei ole tullut esiin.

Itä-Savon sairaanhoitopiiristä on yksi potilas arvioitu KYSssä ja hän on metadonikorvaushoidossa terveystieteiden keskuksessa. Hoitojen aloitukset ostetaan KYSstä mutta toistaiseksi hoidon tarvetta ei ole esiintynyt. Myös Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirit lähettävät potilaat hoitoarvioon KYSiin, mikäli tarvetta ilmenee.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri lähetti potilaat aiemmin hoidon aloitukseen KYSn. Keväällä 2001 piiri aloitti hoidot Sisä-Suomen sairaalassa. Potilaita on toistaiseksi ollut kolme eikä jonoja ole. Hoitoon on perehdytty KYSssä ja A-klinikkasäätiön järjestämällä kurssilla. Sairaalan lääkäri ja sairaanhoitaja käyvät arvioimassa potilaan A-klinikalla. Mikäli hoitoon päätetään käyttää buprenorfiinia, aloitetaan hoito sairaalassa suljetulla psykiatrisella osastolla. Metadonihoitoon otettavat potilaat lähetetään edelleen KYSiin. Jatkohoito tapahtuu A-klinikalla tai mahdollisesti terveystieteiden keskuksessa.

Keski-Pohjanmaan, Länsipohjan, Kainuun ja Lapin sairaanhoitopiiri teettävät hoidon arviot ja aloitukset tarvittaessa OYS:ssä, mutta toistaiseksi tarvetta ei ole tullut esiin.

## Yhteenveto

Maan eri puolilla sekä opioidien käyttö että opioidiriippuvaisten hoitokäytännöt vaihtelevat suuresti. Hoitopääsykriteerit vaihtelevat samoin kuin tapa aloittaa hoito. Yleensä hoito aloitetaan osastolla, mutta myös polikliinista hoidon aloitusta suunnitellaan.

Suuressa osassa maata metadoni- ja buprenorfiinihoitojen tarvetta ei vielä ole tullut esiin. Tämä johtuu mahdollisesti siitä, että monet ovat vielä niin alkuvaiheessa opioidien käyttöuraansa, etteivät hakeudu hoitoon. Pääkaupunkiseudulla sen sijaan on enemmän pitkälle kehittyntä, kroonista opioidiriippuvuutta ja tästä syystä hoitoon hakeudutaan enemmän.

Hoitoon hakeutuminen siis todennäköisesti lisääntyy lähi vuosina sitä mukaa, kun käyttäjien opioidiriippuvuus syvenee. Hoitojonojen pituuteen vaikuttavat kuitenkin myös monet muut seikat. Vaikka pääkaupunkiseudulla on paljon opioidiriippuvaisia, niin myös täällä hoitojonoissa on vähän ihmisiä. Muun muassa hoitoon pääsyn todennäköisyys vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen. Pääkaupunkiseudulla hoitoon hakeuduttaisiin enemmän, jos hoitopaikkoja olisi enemmän eli nopeaa hoitoon pääsyä pidettäisiin mahdollisena. Myös liian tiukat hoitopääsykriteerit estävät hoitoon hakeutumista. Terveysneuvontapisteistä saadun kokemuksen perusteella näyttää siltä, että hoidosta kiinnostuneiden joukko on paljolti virallisten tietojen ulkopuolella. Todennäköisesti vain pieni osa käyttäjistä hakeutuu hoitoihin aktiivisesti ja muiden kohdalla hoitojärjestelmän on oltava aktiivinen. Kaikkien opioidiriippuvaisten kanssa tekemisissä olevien tulisi tunnistaa riippuvuus, motivoida heitä hoitoon ja harkita lähetettä lääkehoidon arvioon.

## **4. Opioidiriippuvaisten hoitojen kansainvälinen katsaus**

### **4.1. Korvaushoitojen määrä**

Korvaushoitoa alettiin käyttää EU-maissa 1960-luvun lopulla. Hoitoa koskeva lainsäädäntö ja käytännöt vaihtelevat kuitenkin paljon EUn sisällä. EMCDDAn vuoden 2000 vuosiraportin mukaan Suomen lisäksi Ruotsissa ja Kreikassa korvaushoitoa ei saa koko maata kattavasti.

Ralf Gerlachin eri maiden tilastoihin ja vuoden 1999 EMCDDA-raporttiin pohjaavien tietojen mukaan metadonihoidossa oli potilaita vuonna 1999 seuraavasti:

Maa	Metadonipotilaiden määrä
Australia	23 000 – 25 000
Belgia	6 000
Eesti	5
Espanja	50 000 – 55 000
Hollanti	11 000 – 12 000
Irlanti	3 750
Israel	1 200
Italia	60 000 – 70 000
Itävalta	3 100

Kanada	3 000
Kiina (metadonihoidoa vain Hong Kongissa)	7 500 - 8 000
Kreikka	650
Kroatia	3 000 - 4 000
Latvia	90
Liettua	493
Luxemburg	180 – 200
Makedonia	400
Malta	504
Nepal	60 - 70
Norja	120
Portugali	3 500 – 4 000
Ruotsi	600
Saksa	40 000 – 45 000
Slovenia	1 240
Suomi	60
Sveitsi	12 000 – 15 000
Ranska	5 000- 6 000
Tanska	4 900
Tsekin tasavalta	74
Uusi Seelanti	3 000 – 3 500
Yhdistyneet kuningaskunnat	18 000 – 20 000
Yhdysvallat	179 000

Edellä mainituissa maissa metadonipotilaita arvioidaan olevan vähintään 450 000 ja enintään 500 000. Euroopan Unionin maissa metadonipotilaita on noin 200 000 – 230 000.

Kansainvälisesti käytetyin korvaushoitolääke opioidiriippuvaisten hoidossa on metadoni. Buprenorfiinia on alettu käyttää korvaushoitolääkkeenä Ranskassa ja Itävallassa vuodesta 1996, Tanskassa vuodesta 1998, Italiassa vuodesta 1999, Saksassa vuodesta 2000 ja Belgiassa satunnaisesti. Englannissa ja Skotlannissa yleislääkäreitä koskeva buprenorfiinin käyttö lupa astui voimaan huhtikuussa 2001. Walesissa vastaava lupaa ollaan valmistelemassa. Yhdysvalloissa presidentti Clinton hyväksyi vastaavankaltaisen lainmuutoksen ja asia odottaa FDA:n vahvistamista. Tänä keväänä myyntiluvan menettänyttä levasetyyylimetadolia on käytetty Tanskassa, Saksassa, Espanjassa ja Portugalissa.

#### 4.2. Korvaushoito eräissä maissa

Metadonin ja buprenorfiinin lisäksi eräissä maissa saatetaan käyttää muita opioideja hoidossa. Saksassa käytetään kodeiinia, Australiassa pitkävaikutteista morfiinia ja Englannissa voidaan käyttää hoitoon mitä tahansa opioideja. Sveitsissä annetaan yhteiskunnan toimesta heroïinia hyvin vaikeaongelmallisille heroinisteille, joille edes metadonikorvaushoito ei ole onnistunut (Hermanson 1999). Seuraavassa esitellään muutamia Suomen kannalta relevantteja maita ja niiden korvaushoitomalleja.

## Ruotsi

Ruotsin huume politiikka on restriktiivistä. Metadonihoidolla on kuitenkin pitkät perinteet, sillä hoito aloitettiin jo 1968. Hoitoa on kuitenkin tarjolla hyvin rajoitetusti.

Ruotsissa on annettu metadonikorvaushoidosta sosiaalhallituksen (socialstyrelsen) määräykset, jotka ovat suomalaisia määräyksiä yksityiskohtaisemmat. Niiden mukaan korvaushoitoa voidaan antaa metadonihoidoyksikössä henkilöille, jotka ovat hyvin pitkään väärinkäyttäneet suonensisäisesti opiaatteja. Metadonihoidoyksikkö ja sosiaalitoimi arvioivat hoidon tarpeen ja seuraavat hoidon toteutumista yhdessä. Hoitavan lääkärin tulee pidemmällä tähtäimellä pyrkiä siihen, että potilas pääsee eroon myös metadonista. Hoitoyksiköt sijaitsevat Tukholmassa, Upsalassa, Lundissa ja Malmössä ja valtakunnallisen metadonihoido-ohjelman piirissä voi tällä hetkellä olla enintään 800 potilasta.

Hoitoa edeltävä arviointi muodostaa kokonaisnäkemyksen potilaan väärinkäyttötilanteesta, terveydentilasta ja sosiaalisesta tilanteesta. Hoidon edellytyksenä on dokumentoitu vähintään neljän vuoden pakonomainen suonensisäinen opiaattien väärinkäyttö ja vähintään 20 vuoden ikä. Arvioinnissa on otettava huomioon, että potilas ei ole pidätetty, tuomittu vankeusrangaistukseen tai sijoitettu kriminaalihuollon laitokseen, että muut hoitomahdollisuudet on käytetty ja että potilaalla ei ole pitkälle edennyttä sekakäyttöä. Etusija annetaan niille, joilla opiaattien väärinkäyttö on hyvin pitkäaikaista. Lähetteen hoitoon antaa pääsääntöisesti maakäräjien tehtävään määräämä lääkäri yhteisymmärryksessä sosiaalitoimen kanssa.

Määräysten mukaan jokaisesta uudesta hoidon piiriin otetusta pitää ilmoittaa omalla lomakkeellaan (josta hoitoon ottamisen syyt ilmenevät) sosiaalhallitukseen. Hoitoyksiköiden on ilmoitettava kuukausittain hoidossa olevien kokonaismäärä ja jonossa olevien määrä. Sosiaalhallitus tekee vuosittain uusista hoitoon otetuista yhteenvedon ja seuraa tarkkaan yksiköiden toimintaa. Hoitoon ottamista ja hoidon seurantaa koordinoi yksiköiden välinen koordinoitiryhmä.

Tukholman alueella korvaushoitolääkkeenä on metadoni. Buprenorfiinia käytetään Tukholman alueella ainoastaan sairaalassa tapahtuvassa muutaman päivän vieroitushoidossa ja kokemukset ovat hyvät. Korvaushoitopaikkoja on Tukholman alueella n. 320. Vuosittain alkaa ja päättyy 50 - 70 hoitoa.

Lähetteen yksikköön tekevät sekä oma lääkäri että sosiaalityöntekijä. Arviointi tehdään polikliinisesti, hankitaan dokumentit aikaisemmista hoitoyrityksistä ja tutkitaan huumetestit. 14-jäseninen raati päättää hoitoon hyväksymisestä. Jos potilas hyväksytään hoitoon, hän joutuu odottaman hoitopaikkaa joitain viikkoja, joskus jopa kuukausia.

Hoito alkaa 2 - 3 viikon osastojaksolla. Sen aikana potilas vieroittautuu huumeista ja myös bentsodiatsepiineista. Metadoni aloitetaan osastojakson aikana. Osastojakson jälkeen on kaikilla potilailla kolmen kuukauden jakso, jolloin he käyvät joka päivä hoitoyksikössä. He perehtyvät metadonikorvaushoitoon ja terveydentilansa hoitoon, tekevät tehtäviä ja opiskelevat hoito-ohjeistusta. Parikin positiivista huumetestistä aloitusvaiheen aikana saattaa merkitä hoidosta poistamista. Potilaan motivaatiota ja omia päätöksiä aineiden käytön suhteen pidetään ratkaisevan tärkeinä. Potilaat eivät voi käydä työssä tämän vaiheen aikana, koska heidän halutaan saavan ensin elämänsä muuten järjestyk-

seen ja keskittyvän hoidon aloittamiseen. Metadonihoidon aloitusvaiheessa sairaalassa jäävät bentsodiatsepiinit pois, eikä niitä määrätä myöskään hoidon aikana.

Aloitusvaiheen jälkeen potilaat siirtyvät johonkin kuudesta alueellisesta korvaushoitoyksiköstä. Lääke otetaan lääkärin vastaanotolla, hoitolaitoksessa tai apteekissa eli lääkkeen määräämistä itse kotona annosteltavaksi tulee välttää. Metadoniannosta ei kerrota potilaalle. Metadonihoidossa olevilta otetaan valvotusti virtsan huumenäyte jokaisella hoitokäynnillä, alkuvaiheen noin 3 kuukauden aikana siis päivittäin. Kaikkia näytteitä ei lähetetä laboratorioon.

Varsinaisen hoitovaiheen aikana sallitaan jossain määrin huumeiden oheiskäyttöä, mutta jatkuvan käytön tai väkivaltaisen tai uhkaavan käytöksen vuoksi hoitoryhmä saattaa ehdottaa potilaan poistamista ohjelmasta. Ehdotuksen käsittelee anonymi raati. Jos hoito lopetetaan, annos ajetaan alas muutamassa viikossa. Uusi hoito tulee kysymykseen aikaisintaan vuoden kuluttua. Jos potilaan somaattinen tilanne kuitenkin edellyttää huumeiden käytön katkaisua, voi potilas palata hoitoon jopa jo kahden kuukauden kuluessa uloskirjoituksesta.

Verrattuna Suomeen on Ruotsin korvaushoitojärjestelmä siis erittäin tiukka. Käytetään vain yhtä korvaavaa lääkettä ja kaikkien hoitoyksikköjen hoito-ohjelma on sama. Hoitokynnys on hyvin korkea ja hoitojärjestelmän sieto hoidon aikaiselle huumeiden käytölle ja häiriökäyttäytymiselle matala.

Buprenorfiinia on alettu kokeilla 1999 opioidiriippuvaisten hoitoon mutta lainsäädäntöä tästä hoidosta ei vielä ole. Suosituksen mukaan vain erityisessä narkomaanien hoitoyksikössä työskentelevän lääkärin tulisi määrätä Subutexia. Suosituksen noudattamista ei toistaiseksi seurata eikä sen laiminlyönnistä seuraa sanktioita. Noin 150 potilaan on arvioitu saavan Subutex-hoitoa.

## Tanska

Tanska on Ruotsia huomattavasti liberaalimpi huume politiikassaan. On mm. hyväksytty ajatus, ettei hoidon tarvitse välttämättä tähdätä huumeettomuuteen vaan se voi tavoitella myös parempaa elämänlaatua ja väärinkäyttäjän kärsimysten vähentämistä.

Tanskassa huumeriippuvaisten hoito käyttäen huumaavia lääkkeitä kuuluu lääneille. Eri lääneissä hoito on organisoitu eri tavoin. Lähes kaikissa lääneissä on kuitenkin lautakunta tai vastaava, joka arvioi metadonihoidon tarpeen, laatii ensimmäisen hoitosuunnitelman ja varmistaa yhteistyön toteutumisen mm. kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon, hoitolaitosten ja kriminaalihuollon kanssa.

Terveysministeriö on antanut vuonna 1995 määräykset riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden määräämisestä huumeriippuvaisille. Aikaisemmin kaikki lääkärit saivat tarjota metadonihoidoa mutta tilannetta haluttiin muuttaa 1995 mm. väärinkäytösten vuoksi.

Pitkäaikaisen metadonihoidon kriteereihin kuuluvat (tosin ratkaisu tulee perustua yksilökohtaiseen harkintaan):

- vuosia kestänyt opioidien väärinkäyttö; hoitoa tulisi harvoin aloittaa alle 25-vuotiaille
- potilaan motivaatio väärinkäytön lopettamiseen
- muut relevantit hoitovaihtoehdot on käytetty; vain poikkeustapauksissa metadonihoito voi olla ensimmäinen hoitomuoto
- HIV-infektio ei itsessään ole pitkäaikaisen metadonihoidon indikaatio
- metadonihoito tulee toteuttaa osana sosiaalislääketieteellistä hoitokokonaisuutta

Metadonihoitoa antavat pääasiassa sosiaalihuollon kautta kunnalliset päihdehoitoon erikoistuneet yksiköt. Hoito tapahtuu samoin kuin Suomessa ja Ruotsissa avohoitona jakelemalla lääke valvotusti potilaalle hoitoyksiköstä. Eräät harvat potilaat ovat saaneet luvan noutaa lääkkeen suoraan apteekista.

Eräissä tilanteissa kunnallisen hoitoyksikön lääkäri voi delegoida metadonihoidon annon yksityislääkärille mutta tässäkin tapauksessa kunta kantaa hoidosta lopullisen vastuun. Määräysten mukaan hoidon delegointi edellyttää, että hoitotilanne on kyllin stabilisoitunut ja että hoito siirtyy välittömästi takaisin kuntaan, jos yksityislääkärin hoidossa esiintyy ongelmia. Potilaan on suostuttava siihen, että hoitoon osallistuvat henkilöt saavat vaihtaa keskenään tietoja.

Metadonia on käytetty vuodesta 1970 lähtien ja vuodesta 1998 lähtien buprenorfiinia ja levasetyyylimetadolia on käytetty kokeilumuotoisesti. Subutexin käyttöalueeksi on Suomen ja Ruotsin tavoin määritelty opioidiriippuvaisten substituutiohoito, johon liitetään lääketieteellinen, sosiaalinen ja psykologinen hoito. Buprenorfiinihoito on toistaiseksi vielä lailla sääntelemättä. Lähtökohtaisesti lääkettä määrätään kunnallisista hoitoyksiköistä kuten metadoniakin mutta poikkeustapauksissa hoito voidaan delegoida yksityislääkäreille.

### Ranska

Ranskassa korvaushoitokokeilut matala-annos buprenorfiinilla aloitettiin 1986, koska metadonihoito ei ollut maassa mahdollista. Hoitomenetelmän prospektiivinen seuranta-tutkimus käynnistettiin 1992 (Auriacombe ym. 1999). Buprenorfiinitablettien jakelu toteutettiin paikallisista apteekeista. Hoitoannos määriteltiin yksilöllisesti lääkärin toimesta, jota potilas tapasi aluksi kahdesti viikossa ja myöhemmin kerran viikossa. Virtsanäytteet tutkittiin viikoittain.

Ensimmäisen kolmen kuukauden aikana opiaattiposiitivisten virtsanäytteiden määrä laski 100 prosentista 40 prosenttiin. 12 kuukauden kohdalla opiaattiposiitivisia virtsanäytteitä oli enää 6 prosenttia. Lisäksi tutkimuksessa seurattiin potilaiden elämän laatua, jossa tapahtui dramaattinen parantuminen sekä 6 että 12 kuukauden kuluessa. Elämänlaatumittareita olivat potilaan psyykinen, lääketieteellinen ja sosiaalinen kuntoutuminen sekä vähentynyt rikollisuus ja alkoholin sekä muiden huumeiden tai lääkkeiden käyttö.

Positiivisten tutkimustulosten perusteella buprenorfiinin käyttö korvaushoidossa laillistettiin Ranskassa 1996. Buprenorfiinikorvaushoidon voi käynnistää sekä yleislääkäri että spesialisti ja lääkityksen jakelusta voi huolehtia mikä tahansa apteekki. Kukin erityislomakkeelle laadittu lääkemääräys on voimassa vain 28 päivää ja apteekista voi saa-



da ulos kerrallaan vain 28 päivän lääkityksen. Tällä hetkellä Ranskassa on metadonikorvaushoidossa noin 6 000 potilasta ja buprenorfiini-korvaushoidossa noin 60 000 potilasta. Useimmat buprenorfiinihoidossa olevista potilaista tapaavat lääkärinsä kerran viikossa ja saavat tällöin viikoittaisen buprenorfiinilääkityksensä.

Metadonihoito-ohjelmiin ohjataan Ranskassa vaikeimmat tapaukset. Metadonihoito toteutetaan erityisyksiköissä tähän koulutetun henkilökunnan toimesta.

Opiatien aiheuttamat yliannostuskuolemat ovat vähentyneet Ranskassa 600:sta/vuosi (1994) 150:n/vuosi (1998). 27 kuolemantapausta on liitetty buprenorfiinin käyttöön ja useimmilla näistä löydettiin ruumiinavauksessa alkoholi- ja bentsodiatsepiinimääriä, jotka jo sinänsä olisivat voineet aiheuttaa potilaan menehtymisen. Metadonihoito-ohjelmissa potilasmääriin suhteutettu kuolleisuus on Ranskassa kuitenkin ollut 10 kertaa suurempi kuin buprenorfiini-ohjelmissa.

Buprenorfiinin suonensisäinen käyttö yhdessä muiden huumeiden kanssa on myös Ranskassa osoittautunut ongelmaksi. Tuoreessa tutkimuksessa osoitettiin, että 34 % buprenorfiinikorvaushoidossa olevista käyttää satunnaisesti sekä buprenorfiinia että muita huumeita suonen sisäisesti (Obadia ym. 2001). 24 % käytti ajoittain suonen sisäisesti yksinomaan buprenorfiinia. Lisäksi buprenorfiinin jakelu Ranskassa on ollut varsin vapaata, mikä on johtanut siihen, että buprenorfiinia on helposti saatavilla kaduilta. Yllä mainitun tutkimuksen tekijät suosittelevat muille maille tiukempia buprenorfiinin käyttöä ja jakelua koskevia ohjeita kuin mitä Ranskassa tällä hetkellä on.

## USA

Metadonihoidoista on USA:ssa erityisyksiköiden toteuttamana kokemusta 1960-luvulta alkaen. USA:ssa on noin 980 000 opioidiriippuvuudesta kärsivää potilasta, joista ylläpito- ja korvaushoidoissa arvioidaan olevan nyt 200 000 henkilöä (Vocci F K J, NIDA esitelmä ISAM:n satelliittisymposiumissa Ljubljanassa 15.09.2001). Heitä hoidetaan valtaosaltaan erityistason metadoniklinikoilla. USA:n huume- ja terveystieteiden tavoitteena on lisätä ylläpito- ja korvaushoidoissa olevien määrää tuntuvasti. Nykyisten korvaushoitopotilaiden lisäksi tulisi 600 000 potilasta saada hoidon piiriin. Keinona tähän pidetään perusterveydenhuoltopainotteisten hoitomallien kehittämistä. Metadonihoidon pelisääntöjä ollaan muokkaamassa sellaisiksi, että hoitoja voidaan siirtää metadoniklinikoilta myös lääkärin normaalivastaanotoille (Office based).

Uusi keino laajentaa hoito-ohjelmiin kiinnittyneiden potilaiden määrää on buprenorfiini- ja buprenorfiini/naloksonihoitojen käyttöönotto perusterveydenhuollon tasolla. Buprenorfiinin soveltuvuutta korvaushoitolääkkeeksi on tutkittu vilkkaasti USA:ssa 1990-luvulla ja vuoden 2000 lopulla muutettiin lainsäädäntöä siten, että ryhmään III-V (buprenorfiini ryhmässä V, metadoni ryhmissä II; DEA:n luokitus) (Schuckit 2000) kuuluvien narkoottisten lääkeaineiden määrääminen korvaus- tai vieroitushoidossa tuli mahdolliseksi (Drug Addiction Treatment Act of 2000; allekirjoitettu 17.10.2000). Lainsäädäntömuutos on USA:n huumeriippuvaisten hoitopolitiikan tärkeä uusi linjaus, sillä tähän saakka agonistivaikutusta omaavien lääkkeiden määrääminen reseptillä on ollut kokonaan kiellettyä. Lääkettä on voinut antaa potilaille vain valvotusti erityisyksiköissä.

Lääkäri voi ryhtyä hoitamaan yksityis- tai ryhmävastaanotoilla narkomaaneja buprenorfiinilla, mikäli hänellä on erityislupa, jonka saamisen ehtona on erityisperehtyneisyys. Lääkintäviranomaiset voivat antaa luvan päihdepsykiatrian spesialisteille, ASAM:n (American Society of Addiction Medicine) päihdelääketieteen erityispätevyyden omaaville lääkäreille, lääkäreille, jotka ovat suorittaneet 8 tunnin erityiskurssin (Buprenorphine in Office-Based Treatment of Opiate Dependence) tai ovat osallistuneet tutkijoina kliinisiin hoitotutkimuksiin, joissa buprenorfiinia on käytetty. Vuoden 2001 alusta 8 tunnin buprenorfiinia käsitteleviä erityiskursseja on alettu toteuttaa eri puolilla USA:ta, vaikka FDA:n hyväksyntää buprenorfiinin uudelle käyttöindikaatiolle odotetaan edelleen. Uusi laki sisältää 16.10.2003 asti kestäväen evaluaatio-ajan. Sen puitteissa viranomaiset voivat rajoittaa buprenorfiinin määräämistä lisää, mikäli hoidosta seuraa lain rikkomuksia tai kielteisiä vaikutuksia kansanterveydelle.

### Australia

Australiassa arvioidaan olevan 74.000 opioidiriippuvaista. Metadonikorvaushoito on jo pitkään ollut vallitseva hoitomuoto ja buprenorfiini rekisteröitiin äskettäin maassa opioidiriippuvaisten hoitoon. Maassa on laadittu buprenorfiinihoitoa koskevat perusteelliset kansalliset ohjeet. Buprenorfiinihoidon tavoitteiksi on asetettu laittomien huumeiden käytön lopettaminen tai merkitsevä vähentäminen, yliannostukseen liittyvän riskin vähentäminen, veriteitse tarttuvien tautien leviämisen vähentäminen, potilaiden yleisen terveydentilan parantaminen, sosiaalisen kuntoutumisen edesauttaminen sekä rikollisuuden vähentäminen.

Buprenorfiinihoidon aloittamisesta päättää lääkäri, jolla on tähän toimintaan riittävät tiedot ja taidot. Hoidon tarpeen arvioinnin tulee sisältää täydelliset tiedot potilaan huumeiden käytöstä, lääketieteellisen ja psykososiaalisen anamneesin, fyysisen ja psyykkisen tilanteen selvittämisen sekä tarpeelliset laboratoriotutkimukset. Lääkityksen aloituksessa on oltava erityisen varovainen mikäli potilaalla ei ole selviä vieroitusoireita ja/tai toleranssia, mikäli hän on alle 18 vuotta, raskaana tai antaa rintaruokintaa. Nopeutettu hoitopääsy on järjestettävä HIV-positiivisille opioidikäyttäjille ja heidän kumppaneilleen, hepatiitti-B:tä kantaville opioidikäyttäjille ja heidän kumppaneilleen sekä esim. niille vankilasta vapautuneille henkilöille, jotka ovat vankilassa olleet buprenorfiinihoidossa. Jokaiselta potilaalta on pyydettävä vapaaehtoinen kirjallinen suostumus hoitoon. Hoidosta on myös annettava potilaille perusteellinen kirjallinen informaatio.

Valvottu lääkkeenanto on buprenorfiinihoidon oleellinen komponentti ja se tulisi tapahtua sovitussa hoitopaikassa suorassa valvonnassa. Näin voidaan estää lääkkeen joutumista katukauppaan, suonien sisäistä lääkitystä ja infektioiden leviämistä sekä yliannoksia ja kuolemia.

Vieroitushoitoon tulee liittää tehokas jälkihoito ja seuranta. Hoitoannokset vaihtelevat yksilöittäin. Kotiannoksia ei ohjeiden mukaan juurikaan tule käyttää. Korvaushoidossa aloitusannos on yksilöllinen 2 - 8 mg ja alkuvaiheessa lääke annostellaan päivittäin. Jatkossa hoitoannos pyritään stabiloimaan yksilölliselle tasolle, 12 - 24 mg. Reseptiä uudistettaessa on henkilökohtaisesti todettava potilaan edistymisen. Hoitoon tulee liittää riittävä psykososiaalinen hoito ja tuki.

Hoitoa on seurattava kliinisesti, potilaan ilmoitusten ja poikkeuksellisesti virtsanäytteiden avulla. Australian buprenorfiinihoitoa koskevien ohjeiden ja muistion mukaan ei ole näyttöä siitä, että sanktioista olisi hyötyä hoitotuloksen kannalta.

## 5. Haasteet ja ongelmat

### Osaaminen ja asenteet

Opioidiriippuvaisten hoitoa koskevaa tietotaitoa ei ole tarpeeksi. Eniten osaamista on kertynyt yliopistosairaalaapaikkakunnille. Koska opioidiriippuvaisia on jo kaikkialla maassa ja koska he voivat hakeutua hoitoon hyvin monenlaisiin yksikköihin, on vähimmäisedellytys, että opioidiriippuvuus tunnistetaan ja että osataan ohjata opioidiriippuvainen jatkohoitoon. Kaikissa keskussairaaloissa pitäisi myös olla opioidiriippuvaisien korvaushoitojen perusosaaminen. Tietämättömyys luo myös negatiivisia asenteita.

Negatiiviset asenteet opioidien käyttöön opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidossa ovat edelleen yleisiä ja ne liittyvät tietämättömyyteen eri hoitomuotojen tehokkuudesta. Buprenorfiini ja metadoni kuuluvat yhdessä heroiinin kanssa opioidien ryhmään ja siksi hoito voidaan mieltää vain vaarallisen huumeen korvaamiseksi vähemmän vaarallisilla huumeilla. Yksi ongelma on myös itse käytettäviin lääkkeisiin liittyvät asenteet. Jotkut hoitoyksiköt käyttävät ainoastaan buprenorfiinia ja toiset metadonia. Nämä päätökset eivät aina perustu tietoon vaan myös asenteisiin. Toista lääkettä ei kuitenkaan voi pitää toista parempana ja kumpaakin lääkettä tarvitaan.

### Resurssit ja hoitokäytännöt

STM:n määräysten ja asetuksen tarkoitus on ollut luoda järjestelmä, jossa tietotaitoa kertyy, jossa potilaiden hoito aloitetaan keskitetysti mutta jatketaan hajautetusti ja jossa hoitolääkkeiden päätyminen kadulle estetään. Asetusta 607/2000 valmisteltaessa STM:ssä haluttiin säilyttää keskitetty hoidon aloitusjärjestelmä mutta lisätä silti aloituspaikkoja niin paljon kuin olemassa olevan lainsäädännön puitteissa oli mahdollista.

Vuoden voimassa olleen asetuksen myötä eräät keskussairaalat ovat aloittaneet opioidiriippuvaisten hoidot omana toimintanaan. Vaikka pääkaupunkiseudulla hoidon tarve on kaikkein suurin, ei sinne ole juurikaan syntynyt uusia hoitopaikkoja. Suurten kaupunkien terveyskeskukset tai A-klinikat eivät eräitä A-klinikkasäätien yksiköitä lukuun ottamatta ole suostuneet ottamaan jatkohoitoon korvaushoitopotilaita. Ylläpitohoito-ohjelmia ei ole käynnistetty lukuun ottamatta HIV-positiivisten metadoniylläpitohoitoa uudessa Diakonissalaitoksen yksikössä. Hoidon tarpeessa olevien määrä on sen sijaan jatkanut nopeaa kasvuaan.

Toivottuihin tuloksiin ei siis ole päästy. Hoidossa olevien määrät ovat jääneet hyvin pieniksi ja ulkomailta tuodaan maahan runsaasti buprenorfiinia. Kesällä 2001 ilmeni myös muutama metadonintuontitapaus. Buprenorfiinin tuonti on romahduttanut sen katucauppanhinnan ja aine on levinnyt huumevälittäjä- ja käyttäjäverkostojen kautta lähes koko maahan. Kadulta saatavaa buprenorfiinia piikitetään suoneen ja sille on altistunut myös sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole aiemmin käyttäneet opioideja. Buprenorfiinia

ei tosin käytetä hoito-ohjelmien ulkopuolella yksinomaan huumetarkoituksessa, vaan osa käyttäjistä pyrkii näin toimiessaan itsehoitoon. Terveysneuvontapisteissä tehtyjen haastattelujen mukaan (N 154; Helsinki, Tampere, Turku) asiakkaista 79 % käyttää suonensisäistä heroiniä. Asiakkaista 77 % piikittää myös buprenorfiinia, mutta 26 %:lla heistä oli myös hoitoyksiköissä käytetyn tyyppistä buprenorfiinin käyttöä buprenorfiinilla, jota oli hankittu epävirallisia kanavia myöten.

Nykyistä asetusta tulkitaan tarpeettoman tiukasti. Asetus mahdollistaisi paljon nykyistä matalamman kynnyksen hoidon ja suuremmat hoitomäärät. Asetus ei estä nopeaa siirtymistä aloituspaikasta jatkohoitopaikkaan eikä myöskään hoidon polikliinista aloitusta. Näitä käyttäen hoitomääriä voitaisiin nostaa selvästi. Uusien hoitopaikkojen perustamisen ongelmana on vaikeus irrottaa työvoimaa valmiiksi kuormitetuista päihdehuollon palveluista olosuhteissa, joissa lisäresursseja ei järjestetä. Voimavarojen käyttöön voi kuitenkin vaikuttaa järjestämällä uudet hoitopaikat siten, että hoidon aloitus on tarpeeksi kevyt eli esimerkiksi polikliininen ja huolehtimalla potilaan nopeasta siirrosta eteenpäin. Lisäksi lääkityksen antoa kotiin tulisi käyttää nykyistä enemmän, sillä asetus sallii enintään viikon kotiannokset.

Valvottuun hoitoon pääsyn korkea kynnyks on lisännyt kadulta saatavan buprenorfiinin ongelmaa. Oikea tapa pysäyttää jatkuva buprenorfiinin haitallisen käytön kierre olisi lisätä kiireesti buprenorfiinia myyvien opioidiriippuvaisten mahdollisuuksia päästä viralliseen hoitoon. Hoitoon kiinnittämisessä tulisi käyttää hyödyksi hoitopalvelujen ulkopuolella olevien myönteistä asennetta buprenorfiinilääkitystä kohtaan niin kauan kuin se on mahdollista. Hoidossa käytettävän lääkkeen suhteen olisi oltava joustava ja ottaa huomioon henkilön päihdepsykiatrinen tilanne ja hänen toiveensa. Hoitopaikoissa on syytä olla lääkityksen valinnan suhteen joustavia, sillä sekä metadonia että buprenorfiinia tarvitaan.

Hoidon tarpeessa olevien opioidiriippuvaisten määräksi on viime aikoina arvioitu vähintään 1 000 - 2 000 pääkaupunkiseudulla. Arvio saattaa olla aliarvio, koska hoitopaikka- ja terveysneuvontapistehavaintojen perusteella viimeisen kahden vuoden aikana painopiste on pääkaupunkiseudulla nopeasti siirtynyt amfetamiinin vuoksi hoitoon hakeutuvista opioidien vuoksi hoitoon hakeutuviin.

### Säännökset

Nykysäännökset eivät mahdollista hoidon aloittamista keskussairaaloiden ulkopuolella niissäkään yksiköissä, jotka ovat hyvin perehtyneitä opioidiriippuvaisten hoitoon. Säännökset eivät myöskään tee hoidon aloitusvaltuuksien suhteen eroa buprenorfiinin ja metadonin välillä.

## **6. Työryhmän ehdotukset**

Opioidiriippuvaisten hyvä hoito edellyttää tasapainoa hoidon saatavuuden ja sen laadun välillä. Metadoni- ja buprenorfiinihoidon helppo saatavuus lisää hoitomahdollisuuksia mutta voi heikentää hoidon laatua ja turvallisuutta. Hoidon rajoittaminen erikoisyksiköihin puolestaan jättää suuren määrän hoitoa tarvitsevia sen ulkopuolelle. Hyvän tasa-

painon saavuttaminen edellyttää, että valtaosa hoidosta tapahtuu perustasolla mutta että erityisyksiköt hoitavat tärkeimmät hoitopäätökset (kuten ongelmallisten potilaiden hoitojen aloitus sekä pitkäkestoisen korvaushoidon lopetus) ja vaikeat ongelmat.

Työryhmä toteaa, että hoitojen kehittäminen edellyttää hoitojen määrän selvää lisäämistä ja hoidon siirtämistä aloituspaikasta eteenpäin lähemmäs potilaan kotipaikkaa. Nykyisen asetuksen puitteissa voidaan hoitoja lisätä huomattavasti. On kuitenkin myös tarpeen harkita nykyisten säännösten muuttamista, jotta hoitoja olisi nykyistä helpompaa lisätä.

## **6.1. Nykysäännösten puitteissa tehtävät kehittämisehdotukset**

Hoitoja voidaan lisätä nykysäännösten puitteissa seuraavasti:

### Kaikki aloitusyksiköt mukaan

Kaikkien hoidon arviointiin ja aloitukseen oikeutettujen yksiköiden tulisi aloittaa toiminta. Elleivät alueen opioidiriippuvaiset lyhyen käyttöuransa vuoksi vielä hakeudu hoitoon, riittää, että yksiköt varautuvat aloittamaan hoidot siinä vaiheessa kun tarvetta alkaa esiintyä. Keskussairaalassa aloitettava hoitotoiminta edellyttää, että kootaan hoitoon osallistuva tiimi, perehdytetään se hoitoon ja suunnitellaan hoitoketju eli hoidon aloitus ja jatkohoidon siirto perustasolle. Perustasolla on tunnistettava opioidiriippuvaiset ja harkittava heidän lähettämistään keskussairaalaan lääkehoitoarvioon.

### Hoidon aloitus

Hoito on aloitettava nykysäännösten perusteella keskussairaalassa tai Järvenpään sosiaalisairaalassa. Aloitus voi kuitenkin tapahtua paitsi osastolla, myös poliklinisesti. Kun potilas hakeutuu opiaattikierteen vuoksi hoitoon, tulisi lääkitys (buprenorfiinilla, metadonilla tai vapaasti käytettävissä olevilla lääkkeillä kuten lofeksidiinilla) aloittaa opiaattivieroitusoireyhtymän vakavan vaiheen ehkäisemiseksi 24 tunnin sisällä hoitoon hakeutumisesta. Näin aloitettaisiin vieroitushoito, jonka loppuun saattamiseen on buprenorfiinia tai metadonia käytettäessä asetuksen mukaan yksi kuukausi aikaa. Hoito voidaan potilaan kliinisen tilan mukaisesti viedä kuukaudessa loppuun vieroituksena.

Hoito voidaan useissa tapauksissa aloittaa turvallisesti valvottuna avohoitona. Laitosvieroitus tarvitaan, jos vieroitusedellytyksiä on mutta avovieroitus ei vaikuta realistiselta. Polikliinisen aloituksen etuna on aloituksen matala kynnys ja edullisuus. Kansainvälisesti on paljon kokemuksia polikliinisestä aloituksesta. Osasto-aloituksen kriteereitä ovat vaikea sekakäyttöongelma tai kaksoisdiagnoosi, kaoottinen elämäntilanne ja potilaan pitkä matka aloitusyksikköön.

### Jatkohoitopäätös ja hoidon siirto eteenpäin

Hoidon aloittavan keskussairaalan tai Järvenpään sosiaalisairaalan tulee tehdä noin kuukauden aikana vieroitusyritys sekä laatia jatkohoitosuunnitelma. Jos aloitettu vieroitus-

hoito osoittaa lääkkeen alasajon vaiheessa epäonnistumisen merkkejä (esimerkiksi opi-aattihimon uudelleen puhkeamista, oheiskäytön alkamista tai lääkkeen hankkimista ohjelman ulkopuolelta) on vieroitusyritys epäonnistunut. Tällöin on tehtävä päätös jatkohoidosta. Mikäli päädytään korvaushoittoon, on ICD-10 määritelmän mukainen opioidiriippuvuus oltava asianmukaisesti varmistettu.

Ei ole olemassa näyttöön perustuvaa tietoa siitä, kuinka kauan opioidiriippuvuuden tulisi olla kestänyt ennen korvaushoidon aloittamista. Käytännöt vaihtelevat maittäin voimakkaasti, mutta ne perustuvat enemmän poliittiseen päätöksentekoon kuin tieteelliseen näyttöön. Työryhmän mielestä alle vuoden päivittäin käyttäneitä opioidiriippuvaisia ei tulisi ottaa korvaushoittoon vaan heidän hoidossaan tulisi keskittyä vieroitukseen.

Jo vieroitushoitovaiheessa on aloitusyksikön syytä olla yhteydessä jatkohoitopaikkaan, jotta mahdollinen siirto sinne tapahtuisi ilman viiveitä. Korvaushoittoon tulee siirtyä suoraan vieroitushoidosta ilman välivaihetta ja samalla päätetään käytettävä lääke.

Hoitolinjan valinnan jälkeen hoito tulisi siirtää mahdollisimman pian perustason yksiköön. Jatkohoitopaikalla on oltava jatkuva mahdollisuus konsultoida aloituspaikkaa. Yhdessä yksikössä ei tulisi olla hoidossa liian suurta määrää potilaita, jotta hoito pysyisi hallinnassa.

Korvaushoidon pituus riippuu kliinisestä tilanteesta ja sen yhtenä tavoitteena on pidempänä aikana tapahtuva vieroitus korvaushoitolääkkeestä.

### Ylläpitohoito

Ylläpito­hoidon tavoitteet ovat erilaiset kuin korvaushoidossa. Korvaushoittoon kuuluu kokonaisvaltainen psykososiaalinen kuntoutus ja päih­teettömyyden tavoite. Ylläpito­hoidossa kuntouttamiseen tähtäävä psykososiaalinen tuki on vähäisempää, koska ensisijainen tavoite on kiinnittää henkilö hoitoon, korjata pahimpia sosiaalisia epäkohtia ja vähentää huumeiden käytöstä johtuvia vakavia terveystahaittoja. Silti myös ylläpito­hoidosta voi sosiaalisen tilanteen korjautuessa siirtyä vaativampaan korvaushoittoon ja jopa vieroitushoittoon.

On syytä todeta, että pelkällä lääkehoidolla on erittäin huomattava vaikutus eräisiin tulosmittareihin (huumeiden käyttö, riskikäyttäytyminen ja rikollisuus). Kuitenkin myös ylläpito­hoitoon tulee mahdollisuuksien mukaan sisällyttää kuntoutumista tukevia ja elämänlaatua parantavia hoitomuotoja.

Tällä hetkellä ylläpito­hoitoa annetaan vain Helsingin Kluuvin palvelukeskuksessa HIV-positiivisille opioidiriippuvaisille. Ylläpito­hoitomahdollisuuksia olisi lisättävä ja ottaa hoitoon myös muita kuin HIV-positiivisia henkilöitä, esimerkiksi vaikeista psykiatrisista sairauksista kärsiviä eli henkilöitä, joiden sosiaalinen selviytymiskyky on sairau­den vuoksi selvästi heikentynyt.

Voi olla tarkoituksenmukaista, että yhdessä yksikössä ei hoideta sekä korvaus- että ylläpito­hoitopotilaita, koska heillä hoidon tavoitteet ja hoidon kokonaisuus ovat erilaiset.

Valinta korvaushoidon ja ylläpito­hoidon välillä tulisi tehdä sillä perusteella:

- a. onko potilas motivoitunut/onko edellytyksiä korvaushoitoon (sitoutuminen kuntouttavaan ohjelmaan tms)
- b. onko potilaalla haittojen vähentäminen kuten suonensisäisen käytön ehkäisy erityisen tärkeää (asetuksen 3 §:n toinen momentti). Tällöin heti aloitetun ylläpito-hoidon tavoite on valmentaa potilasta vaativampaan kuntouttavaan korvaushoitoon niin kuin asetuksessa todetaan.

### Nuoret

Nuorten 15 - 18-vuotiaiden opioidiriippuvaisten vieroituksessa on mahdollista käyttää myös tahdosta riippumatonta hoitoa mielenterveyslain perusteella. Mielenterveyslain mukaan alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon (mielisairauden lisäksi) myös, jos hän on vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä selvitti alaikäisten tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon järjestämistä. Työryhmän muistion (2000:7) mukaan 1.12.1999 - 31.1.2000 välisenä aikana Suomessa 24 prosentilla vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi hoitoon määrättyistä alaikäisistä päädiagnoosina oli päihteiden käytön aiheuttama häiriö. Hoidossa oli selviä alueellisia eroja. Pohjois-Suomessa oli tavallista määrätä hoitoon huumeriippuvuuden vuoksi mutta Uudellamaalla huumeriippuvuuden hoito katsottiin kuuluvan lastensuojeluun tai päihdevieroitukseen. Työryhmän mukaan potilaita ei ollut määrätty hoitoon aiheuttomasti tai väärin perustein eli työryhmä katsoi päihteiden käytön aiheuttamat seuraukset riittäväksi perusteeksi määrätä hoitoon.

Voidaan näin todeta, että opiaattiriippuvuus on vakava mielenterveyden häiriö, johon liittyy lähes aina muita mielenterveyden häiriöitä ja huomattava vaara henkilön terveydelle. Siten opiaattiriippuvuutta olisi mahdollista hoitaa aloittaen hoito vieroituksena suljetulla osastolla ilman mahdollisuutta huumeen hankintaan. Myöhemmässä vaiheessa voitaisiin antaa asteittain vapauksia. Samalla käytettäisiin tukevia toimenpiteitä ja oppimiseen perustuvia tekniikoita, joiden avulla potilasta harjoitetaan uudenvälisiin käyttäytymismalleihin, jotka mahdollistavat huumeettoman elämän pitkällä tähtäimellä. Lisäksi olisi mahdollista käyttää antagonistilääkehoitoa (naltreksonia), joka ei aiheuta riippuvuutta. Nimenomaisesti alle 18-vuotiaita koskevia korvaushoitotutkimuksia ei ole julkaistu. Sen sijaan on olemassa näyttöä siitä, että psyykkisesti sairastuneet ja asunnottomat hyötyvät laitoshoidosta avohoitoon verrattuna (SBU 2001).

Työryhmä pitää 15 - 18-vuotiaiden opioidiriippuvaisten ensisijaisena hoitomuotona laitoshoidoa yhdistettynä lastensuojelullisiin tukitoimenpiteisiin mutta ilman agonistilääkehoitoa. Kuten edellä todettiin, myös tahdosta riippumatonta hoitoa on mahdollista käyttää. Laitoshoido on kallista, mutta sairaalahoidoissa on perusteltua priorisoida alle 18-vuotiaiden potilaiden mahdollisuutta ainakin yhteen hoitojaksoon, jonka tarkoituksena on ehkäistä huumeekierre ja mahdollisesti jo alaikäisenä aloitettu lääkekorvaushoito.

Metadonilla tai buprenorfiinilla toteutetun vieroitus- tai korvaushoidon tarve alaikäisellä opioidiriippuvaisella on harvinainen. Nämä lääkkeet eivät kuitenkaan ole vasta-aiheisia alaikäisille. Jos opioidiriippuvaisen nuoren vieroitus ei onnistu, on nuori kokemattomana käyttäjänä erityisen suuressa hengenvaarassa. Korvaushoito saattaa olla perusteltua aloittaa, jos potilas toistuvasti vieroitusyritysten jälkeen joutuu uudelleen opioidikierteeseen. Lääkehoidon tarpeen arvioinnissa näissä tapauksissa tulisi käyttää moniammatillista työryhmää. Siinä tulisi olla edustettuna päihdelääketiede, nuorisopsykiatria ja lastensuojelu.

### Pääkaupunkiseudulle uusia yksiköitä

Suvilahdenkadun vieroitushoitopoliklinikka kuuluu hallinnollisesti Järvenpään sosiaalisairaalaan, joten myös siellä on mahdollista arvioida ja aloittaa hoitoja. Pääkaupunkiseudulle tulisi perustaa muutamia uusia erityistason yksiköitä. Jos ne eivät ole osa Järvenpään sosiaalisairaalaan tai HYKS:ää, ne eivät nykyisen asetuksen puitteissa voi aloittaa hoitoja. Kuitenkin joko HYKS:issä tai Järvenpään sosiaalisairaalassa aloitettu hoito tulisi siirtää näihin yksiköihin hyvin nopeasti.

Erityisesti pääkaupunkiseudulla hoitoketjua on saatava liikkumaan. Hoitoja pitää siirtää aloituspaikoista eteenpäin. Sekä A-klinikoiden että terveyskeskusten tulisi erityistason yksiköiden valmentamina ja lyhyen peruskoulutuksen jälkeen jatkaa potilaiden hoitoa.

### Kotiannosten käyttö ja lääkekysymykset

Asetuksen mukaan hyvää hoitomyöntyvyyttä osoittaneille potilaille voidaan antaa lääkitys kotiin enintään seitsemäksi vuorokaudeksi. Tätä mahdollisuutta tulisi alkaa käyttää selvästi nykyistä enemmän.

Pitemmälle edenneessä kuntoutuksessa tulee lisätä henkilön omaa vastuuta lääkityksestään. Lääkkeen annostelun tulee tapahtua valvotusti kunnes voidaan olla varmoja siitä, että lääkettä ei kulkeudu katukauppaan eikä sitä käytetä suonensisäisesti. Kotiannokset tulevat mahdollisiksi, kun henkilön hoitotilanne on vakiintunut ja mahdollinen suonensisäinen käyttö on loppunut. Kotiannosten määrää on muutettava joustavasti potilaan hoitomyöntyvyyden ja hänen elämäntilanteensa mukaan. Hyvää hoitomyöntyvyyttä osoittavien potilaiden kotiannoksia tulee lisätä ja väärinkäytösten ilmetessä poistaa ne.

Myös hoidon alkuvaiheessa saatetaan tarvita kotiannoksia. Tämä edellyttää, että potilaalla on kotona luotettava tukihenkilö. Nykyään yksiköissä ei anneta edes puolen vuorokauden kotiannosta buprenorfiinia niille, jotka kokevat hoidon alkuvaiheessa kerran vuorokaudessa tapahtuvan annostelun riittämättömäksi. Jos tässä kriittisessä vaiheessa potilaan objektiivisiin löydöksiin perustuvaa käsitystä ei oteta tosissaan, syntyy valvotun hoidon sisälle peruste jatkaa edelleen injektioikäyttöä puuttuvan tarpeen korjaamiseksi.

Lisäksi potilaiden pitäisi voida matkustaa sekä kotimaassa että ulkomailla. Kotimaassa matkailu tapahtuu ensi sijassa käyttäen hyväksi seitsemän vuorokauden kotiannoksia. Vaihtoehtona on, että hoitava yksikkö sopii toisen hoitoyksikön kanssa potilaan väliaikaisesta siirrosta. Useat EU-maat palvelevat jo suomalaisia opioidiriippuvaisia siten,



että Suomen hoitoyksikkö voi etukäteen olla yhteydessä toisen maan hoitopaikkaan, jonne hoito oleskelun ajaksi järjestetään.

Metadonin ja buprenorfiinin kuljettamisessa maasta toiseen on otettava huomioon tätä koskevat määräykset kuten Schengen-sopimus ja Lääkelaitoksen antamat määräykset. Samoin on otettava huomioon sopimukset, joita Suomi on tehnyt toisen maan kansallaisen hoidosta Suomessa.

### Koulutus

Kaikkien opioidiriippuvaisten hoidossa mukana olevien tulisi saada perusperehdytys lääkkeellisiin hoitoihin. Tarvitaan pitkäjänteistä koulutusta, johon kaikkien tietoa tarvitsevien olisi osallistuttava riippumatta siitä, kuinka motivoituneita he koulutukseen ovat. Koulutuksessa tulisi antaa näyttöön perustuvaa tietoa sekä buprenorfiinista että metadonista, jotta lääkkeisiin liittyvät, tietoon perustumattomat asenteet vähenisivät. Koulutukseen kuuluu psykososiaalinen kuntoutus ja kokonaihoidon järjestäminen. Koulutusta annettaisiin myös pienryhmäopetuksena ja työpaikkakoulutuksena. Henkilökunnan olisi hyödyllistä siirtyä omasta yksiköstään työharjoitteluun johonkin toiseen opioidiriippuvaisia hoitavaan yksikköön.

Syksystä 2000 lähtien Järvenpään sosiaalisairaala on järjestänyt STM:n toimeksiannosta perehdyttämiskoulutusta uusien perustettavien hoitopaikkojen työntekijöille. Käytännön päihdetyöntekijöiden motivaatio hankkia koulutusta on osoittautunut odotettua suuremmaksi. Perehdytyskoulutusta on syytä jatkaa ja liittää siihen myös jatkokursseja.

## **6.2. Nykysäännösten muutostarpeet**

Nykyinen sosiaali- ja terveysministeriön asetus ja sen antamisessa käytetty valtuutussäännös mahdollistavat vain joitakin muutoksia. Esimerkiksi hoidon aloitusvaltuuksia ei voi nykyisten valtuutussäännösten perusteella lisätä esimerkiksi siten, että terveyskeskuksille tai A-klinikoille annettaisiin vieroitushoidon aloitusvaltuus. Aloitusvaltuuksien lisääminen edellyttää laintasoisia muutoksia ja valtuutussäännöstä, jonka nojalla ministeriö voi antaa asiasta tarkempia säännöksiä.

On esitetty, että korvaus- ja ylläpito-hoidon aloittamiskriteerien pitäisi perustua sosiaali- ja terveysministeriön tarkat ja kaavamaiset ehdot määrittäviin sitoviin säännöksiin (Mäkelä ja Poikolainen 2001). Työryhmä pitää tarkoituksenmukaisena, että ministeriön asetuksella edelleen luodaan ainoastaan puitteet hoidon järjestämiselle. Näiden puitteiden sisällä hoitokäytännöt tulisi sen sijaan määrittää tieteellisen näytön ja paikallisten olosuhteiden perusteella. Myöskään muiden hoivan ja hoidon alueiden substanssia ei enää säädellä keskitetysti. Koska hoitokäytännöt vaihtelevat Suomessa, tarvitaan kuitenkin asiantuntijoiden laatimia suosituksia siitä, miten hoidon kokonaisuus olisi syytä järjestää.

### Hoitovaltuuksien lisääminen

Olisi lisättävä huomattavasti niitä yksiköitä, jotka voisivat aloittaa opioidiriippuvaisten agonistihoidon. Keskussairaaloiden ja Järvenpään sosiaalisairaalan lisäksi sellaiset perustason ja erikoissairaanhoidon yksiköt (muut sairaalat, terveyskeskukset, A-klinikat ja muut päihdehuollon avo- tai laitousyksiköt sekä vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksiköt) voisivat aloittaa hoidon buprenorfiinilla vieroitusindikaatiolla siinä tapauksessa, että yksikössä on näihin hoitoihin peruskoulutuksen saanut hoitotiimi ja hoidosta vastaava lääkäri.

Pääkaupunkiseudulle tulisi perustaa muutamia uusia päihdeongelmien hoitoon erityiskoulutettuja yksiköitä, joissa tulisi alusta pitäen olla mahdollisuus aloittaa hoito avohoitona.

Opioidikierteessä hoito tulisi aloittaa 24 tunnin sisällä. Potilaita hakeutuu hoitoon kaikkialla palvelujärjestelmässä päivystysluontoisesti. Nykyisin sairaaloiden ja terveyskeskusten päivystävät lääkärit saattavat aloittaa myös näyttöön perustumattomia lääkitysratkaisuja, kun indikaation mukaista lääkehoitoa ei nykyisen asetuksen vuoksi voida aloittaa. Jos terveysasemilla tiedettäisiin paikat, joille aloitusvaltuudet on annettu, voitaisiin päivystyksestä ohjata potilaita vuorokauden kuluessa paikkaan/lääkärille, jossa valtuudet ovat.

Työryhmä harkitsi, pitäisikö päätös hoidon jatkamisesta korvaushoitona tehdä vain keskussairaaloissa ja Järvenpään sosiaalisairaalassa. Pitempikestoisen hoidon aloittaminen on tärkeä hoitopäätös ja se puoltaa päätöksen tekemistä erikoisyksiköissä. Aloitusvaltuuksien lisääminen tulee kuitenkin lisäämään huomattavasti korvaushoitopäätöksiä. Päätösten keskittäminen merkitsisi erityisyksiköille runsaasti lisätyötä. Lisäksi hoitokriteerit selvästi täyttyvät päätökset voidaan tehdä melko yksinkertaisesti.

Tämän vuoksi työryhmä päätti luopua kaikkien korvaushoitopäätösten alistamisesta erikoistasolle. Tämän sijasta työryhmä ehdottaa järjestelmää, jossa perustaso siirtää päätöksenteon hoidon jatkamisesta korvaus- tai ylläpitohoitona erikoistasolle vain tarvittaessa. Tämä edellyttää, että perustasolla hoitoja aloittavissa yksiköissä lisätään selvästi osaamista. Edelleen ensimmäisen kuukauden aikana tulisi tehdä arvio siitä, onko potilas vieroitettavissa vai jatketaanko lääkehoitoa ylläpito- tai korvaushoitona.

Lisäksi tulisi perustaa sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen kuusijäseninen (6 varsinaista jäsentä ja jokaisella henkilökohtainen varajäsen) lautakunta opioidiriippuvaisten hoidon tueksi. Kaikista korvaus- ja ylläpitohoitopäätöksistä tulisi tehdä lautakunnalle ilmoitus, josta hoitoonottokriteerit kävisivät ilmi. Lautakunta voisi tarvittaessa ehdottaa potilaan lähettämistä eteenpäin erikoisyksikköön lisätutkimuksia varten. Lautakunnan tulisi saada lopullisesta hoitopäätöksestä palaute lähettäneeltä lääkäriltä. Ilmoitusten teko olisi nykylainsäädännön mukaan mahdollista, koska potilaiden henkilötietoja ei ilmoitettaisi. Lautakunnalle kertyisi tietoa hoitotilanteesta ja se pystyisi valvomaan myös hoidon laatua valtakunnallisesti. Lautakunta ei käyttäisi julkista valtaa eikä siitä siten tarvitsisi säätää lakitasoisesti. Sen kustannuksista olisi kuitenkin sovittava, koska toiminta edellyttää runsaasti kokouksia ja asiointia myös kirjeitse ja puhelimitse.

Hoidon aloituksen ehdottomana edellytyksenä olisi varmistettu opioidiriippuvuus. Hoidon kuluessa olisi myös säilyttävä varmuus siitä, ettei lääkkeitä pääse kadulle. Riittävän suuri lääkkeen annostus auttaa estämään kadulta ostettavien opioidien piikitystä.

Työryhmä ehdottaa, että perustason aloitusvaltuudet koskisivat vain buprenorfiinihoitoa. Metadonipotilaat ovat yleensä vaikeahoitaisempia ja buprenorfiini on metadonia turvallisempaa. Sen vuoksi edelleen vain keskussairaalat ja Järvenpään sosiaalisairaala päättäisivät hoidon aloittamisesta metadonin avulla. Buprenorfiinihoitojen siirtyessä perustasolle on metadonihoidoille odotettavissa lisää resursseja.

Myös vankilalääkäreillä tulisi olla valmius ja asianmukainen koulutus opioidivieroitukseen ja -korvaushoitoon. Vankilasta pääsyn jälkeen vangeille olisi taattava katkeamaton jatkohoito alueensa päihdehuollon yksikössä tai terveystieteiden keskuksessa.

Vaikka perustaso siirtäisi potilaita erikoisyksikköihin vain tarvittaessa, tulee hoitojen määrän lisääntyessä myös keskussairaaloiden ja Järvenpään sosiaalisairaalan kysyntä lisääntymään. Tämän vuoksi on tarpeen huolella arvioida, millä hoitokäytännöillä saavutetaan paras tulos. Nykyisistä osastolla tehdyistä korvaushoidon aloituksista tulisi siirtyä nykyistä enemmän polikliinisiin päätöksiin. Sairaalan opioidihoidoista vastaava tiimi voisi myös tehdä konsultaatiokäyntejä perustason yksikköön. Perus- ja erikoistason yhteistyötä olisi siis tiivistettävä.

Hoidon aloitusvaltuuksien saaminen edellyttäisi, että henkilöstö on riittävästi perehtynyt hoitoon. Tämä tarkoittaisi vähintään kolmen opintoviikon koulutusta, joka sisältäisi perusteisiin kohdistuvaa itseopiskelua ja ongelmalähtöistä ongelmatilanteiden purkamista pienryhmissä. Lisäksi hoidosta vastaavien henkilöiden koulutukseen kuuluisi 1-3 kuukauden työharjoittelu sellaisessa yksikössä, jossa on paljon osaamista opioidiriippuvaisten hoidosta.

Nykyisen asetuksen mukaan korvaushoidon aloittaminen edellyttää, ettei henkilö ole vieroittunut opioideista yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla. Nykyisen tieteellisen näytön perusteella metadonia ja buprenorfiinia käyttäen tehty vieroitus on tehokkain, mutta näitä menetelmiä ei ole käytännössä usein mielletty hyväksytyksi. Asetuksen muotoilua tulisi tältä osin muuttaa.

## Lääkitys

Nykyiset enintään viikon kotiannokset mahdollistavat jo varsin joustavan hoidon. Voidaan kuitenkin harkita kotiannosten lisäämistä erityistapauksissa 14 vuorokauden esi-merkiksi potilaan matkan vuoksi.

On ehdotettu, että buprenorfiini siirrettäisiin reseptillä apteekista toimitettavaksi. Näin toimittaessa olisi väärinkäytökset kyettävä estämään. Lääkäri voisi sopia potilaan kanssa, että lääke toimitetaan ainoastaan yhdestä apteekista (tämän apteekin voisi merkitä reseptiin). Lääkettä säilytettäisiin apteekissa ja se annettaisiin apteekista päivittäin potilaalle. Myöhemmässä vaiheessa voisi siirtyä enintään viikoksi kotiin annettaviin annoksiin. Lääkkeiden toimittaminen apteekista edellyttäisi lääkkeiden myyntilupaehtojen muuttamista, sillä nykyisten ehtojen mukaan niitä voi antaa ainoastaan hoitoyksiköistä. Myyntiluvan haltijan tulisi hakea lääkettä sairausvakuutuskorvauksen piiriin, koska

muuten potilas maksaa lääkityksen kokonaan itse. Reseptikäytäntöön siirryttäisiin kuitenkin asteittain. Vähintään vieroitushoidon ajan lääkitys annettaisiin hoitoyksiköstä. Hoidon edetessä korvaus- tai ylläpitohoitovaiheeseen voitaisiin siirtyä reseptin toimitamiseen apteekista. Lääkkeen saaminen apteekista edellyttäisi sitä, että potilas käy sovitussa hoitotapaamisissa.

Apteekista toimittamisen hyötynä olisi se, että oma apteekki saattaa olla lähempänä potilasta kuin oma terveystakeskus, A-klinikka tai muu hoitopiste. Tämä hyöty on kuitenkin marginaalinen kaupungeissa, jonne huumeiden käyttö lähes kokonaan sijoittuu. Lisäksi hoidon alkuvaiheessa potilaan tulee olla tiiviissä, useimmiten päivittäisessä hoitokontaktissa hoitopisteeseen, jolloin hän saa lääkkeensä valvottuna sieltä. Hyötynä voisi olla myös se, että nämä avohoitolääkkeet toimitettaisiin samoin kuin kaikki muutkin avohoitolääkkeet, jolloin opioidiriippuvaisten lääkehoito lähenisi muita lääkehoitoja. Toisaalta kuntoutuksessa edenneet ja ohjeita noudattavat potilaat voivat saada mukaansa viikon annoksen jo nykyisenkin asetuksen mukaan.

Jos lääke pitäisi antaa potilaalle päivittäin valvotusti, annettaisiin apteekin henkilökunnalle täysin uuden tyyppinen tehtävä; farmaseuttisen henkilöstön koulutukseen ja tehtäviin ei kuulu lääkkeen annostelu. Tehtävä voisi myös olla vaativa ottaen huomioon, että potilaisiin kuuluu myös varsin vaikeita ja manipulatiivisia henkilöitä. Lääkkeen valvottu annostelu apteekissa edellyttäisi myös tähän soveltuvia tiloja.

Yhteenvetona työryhmä toteaa, että lääkkeiden toimittaminen hoitopaikoista on toiminnut. Niiden toimittaminen apteekista ei tuo sellaisia hyötyjä, että lääkkeiden toimittamista olisi ainakaan tässä vaiheessa syytä siirtää apteekkeihin.

### Yksityissektori

Nykyisen asetuksen mukaan esimerkiksi lääkäriasemilla työskentelevät yksityislääkärit eivät voi antaa jatkohoitoa. Yksityiset päihdehuollon avo- tai laitousyksiköt voivat kuitenkin toimia jatkohoitopaikkoina.

Lääkäriasemien yksityislääkärien ottaminen jatkohoitoon edellyttäisi tiettyjen ehtojen täyttymistä kuten yksityislääkärin saamaa perehdytyskoulutusta. Lisäksi yksityislääkäreiden jatkohoitoon voisi siirtyä vain sellaisia potilaita, jotka eivät tarvitse monipuolista psykososiaalista hoitoa vaan joille riittäisi kevyt hoito. Vaativampien potilaiden hoito edellyttää, että lääkäriellä on tukenaan moniammatillinen hoitotiimi.

Yksityislääkärien ottaminen jatkohoitoon kytkeytyy lääkityksen järjestämiseen. Koska työryhmä ei toistaiseksi esitä lääkkeiden toimittamista apteekista vaan lääke annostellaan edelleen hoitopaikassa, täytyisi julkisen sektorin ostaa hoito maksusitoumuksella yksityislääkäriltä ja toimittaa lääkkeet lääkärille. Vain tällaisen järjestelyn kautta lääkärin olisi mahdollista luovuttaa lääke potilaalle veloitusetta. Tällaiset järjestelyt ovat varsin monimutkaisia. Sen vuoksi työryhmä ei ehdota yksityislääkäreiden ottamista jatkohoitoon tässä vaiheessa. Mikäli yksityislääkärit haluavat työskennellä huumeriippuvaisten kanssa, heillä on mahdollisuus hakea lääninhallituksen lupaa yksityisen päihdehuollon yksikön perustamiseen. Yksityislääkäreiden antamaa hoitoa olisi myös mahdollista tutkia seuraavassa kuvatussa kehittämistutkimuksen puitteissa, johon liittyisi myös lääkkeiden toimittaminen apteekista.

## Tutkimus

Olisi tarpeen järjestää kehittämistutkimus, jonka puitteissa kokeiltaisiin yksityislääkäri- en antamaa hoitoa. Samaan tutkimukseen voisi harkita lääkkeiden toimittamista apteekista. Lääkkeiden jako voitaisiin toteuttaa (Turussa käytössä olevan mallin mukaan) siten, että potilas ja lääkäri sopivat yhdessä siitä apteekista, josta lääkkeet toimitetaan, lisäksi muihin apteekkeihin ilmoitettaisiin järjestelystä. Metadonin ja buprenorfiinin avulla toteutettujen ja eri tavoin organisoitujen hoito-ohjelmien vaikuttavuutta olisi myös tärkeä verrata toisiinsa.

Työryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriön asetusta 607/2000 muutettaisiin seuraavasti:

- 1) Annetaan sairaaloille, terveyskeskuksille, A-klinikoille ja muille päihdehuollon avo- tai laitosisyksiköille sekä vankeinhoidon terveydenhuollon yksiköille valtuus aloittaa buprenorfiinilääkitys edellyttäen, että yksikön henkilökunta on saanut hoitoa käsittelevän perehdytyskoulutuksen. Metadonihoidon aloittamisvaltuuksia ei laajenneta.
- 2) Buprenorfiinihoidon aloitus tarkoittaa vieroituslääkityksen aloittamista. Vieroitusyrityksen aikana päätetään kuukauden sisällä jatkohoidosta. Jos hoitoa päätetään jatkaa epäonnistuneen vieroituksen jälkeen korvaus- tai ylläpitohoitona, tehdään päätös tarvittaessa keskussairaalassa tai Järvenpään sosiaalisairaalassa. Jatkohoito- päätös tulee tehdä joustavasti ilman vieroitus- ja korvaushoidon välistä katkosta. Polikliiniseen jatkohoitopäätökseen tulee pyrkiä. Jokaisesta korvaus- tai ylläpito- hoidosta tehdään perustettavalle lautakunnalle hoitopäätöksen perustelut sisältävä ilmoitus ilman potilaan tunnistetietoja. Lautakunnan tehtävänä on ehdottaa tarvittaessa erikoisyksikön konsultointia, kerätä tietoa hoidon toteutumisesta valtakunnallisesti ja valvoa hoidon laatua valtakunnallisesti. Asetuksen sanamuotoa muutetaan niin, että korvaushoito saadaan aloittaa vain niille potilaille, jotka eivät ole vieroit- tuneet opioideista tieteellisesti tehokkaiksi osoitettuja vieroitushoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla.
- 3) Hakemuksesta sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan asetuksen säännök- sistä poikkeamiseen, jos se on perusteltua opioidiriippuvaisten henkilöiden hoidon kehittämistä varten suoritettavan tutkimuksen toteuttamiseksi.

Jatkossa voidaan harkita seuraavia muutoksia:

- 4) Lääkitys siirretään apteekista toimitettavaksi edellytyksellä, että lääke annostellaan edelleen valvotusti. Tämä edellyttää lääkkeiden myyntilupaehtojen muuttamista (ja käytännössä myös lääkkeiden saamista sairausvakuutuksen piiriin.) Tämä edellyttää myös, että selvitetään apteekkien valmiudet osallistua valvottuun jakeluun. Tässä yhteydessä harkitaan, että hoidon jatkamisvaltuuksia annettaisiin myös sellaisille yksityislääkäreille, jotka ovat saanut perehdytyskoulutuksen ja jotka voivat huolehtia riittävästä psykososiaalisesta hoidosta oman hoitotiiminsä avulla.

Ehdotetuilla järjestelyillä hoidon saatavuutta lisätään ilman, että hoidon laadusta tarvitsee tinkiä. Buprenorfiinihoitoa koskevien säännösten väljentäminen vastaa buprenorfiinista viime aikoina saatuja lisätietoja. Säännökset heijastavat eräiden muiden maiden kuten USAn, Australian ja Ranskan omaksumia käytäntöjä mutta säilyttävät silti bup-

renorfiinihoidon näitä maita tiukemmassa kontrollissa. Hoidon antovaltuuksien laajentamisesta huolimatta hoidon valvonta säilyy, koska hoidon anto edellyttää hyväksyttävää koulutusta ja perustettavaan lautakuntaan tehtäviä ilmoituksia korvaus- tai ylläpito-hoidon aloittamisesta. Lääkkeiden päätyminen katukauppaan estetään säilyttämällä lääkkeen annostelu hoitoyksiköissä. Henkilöstön koulutus pienentää mm. väärin opioi-riippuvuusdiagnoosien riskin pieneksi. Samaten riski kovin lyhytaikaisesti opioi-riippuvaisten päättämisestä hoitoon on pieni, koska hoitoon liittyy tiukka valvonta.

### **6.3. Ehdotukset säännösmuutoksiksi**

#### *6.3.1. Päihdehuoltolaki*

Päihdehuoltolaissa (41/1986) säädetään päihdehuollon ja siihen kuuluvien palveluiden kehittämistä, järjestämisestä ja toteuttamisesta. Päihteellä tarkoitetaan mainitussa laissa alkoholijuomaa sekä muuta päihtymystarkoituksessa käytettävää ainetta. Lain 28 §:n mukaan tarkemmat säännökset sen täytäntöönpanosta annetaan asetuksella. Säännöksen nojalla annetussa päihdehuoltoasetuksessa (653/1986) säädetään tarkemmin päihdehuollon palvelujen järjestämisestä ja toteuttamisesta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden hoidosta metadonilla tai buprenorfiinilla on annettu erityistason sairaanhoitoa koskevan erikoissairaanhoidolain (1062/1989) 11 §:n 2 momentin nojalla. Kyseiset hoidot on määritelty erityistason sairaanhoidoksi ja hoitojen tarpeen arviointi sekä niiden aloittaminen ja seuranta on keskitetty erikseen määriteltyihin hoitopaikkoihin. Mainittujen lääkkeiden määräämisen osalta säännökset perustuvat lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 22 §:n 3 momentissa olevaan valtuutussäännökseen, jonka nojalla sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarkempia määräyksiä ja ohjeita lääkkeiden määräämisestä.

Opioidiriippuvaisten henkilöiden lääkkeellisistä hoidoista saatujen kokemusten perusteella hoitoja ei kaikilta osin ole enää tarpeen määritellä erityistason sairaanhoidoksi. Hoitopaikkojen lisäämiseksi vastaamaan hoitojen tarvetta hoitoja on tarpeen saada nykyistä suuremmassa määrin siirretyksi päihdehuollon ja perusterveydenhuollon yksiköihin. Tämän vuoksi päihdehuoltolain 28 §:ään ehdotetaan valtuutussäännöstä, jonka nojalla sosiaali- ja terveysministeriö voisi asetuksella antaa säännöksiä huumeriippuvais-ten henkilöiden lääkkeellisen hoidon järjestämisestä ja toteuttamisesta. Säännös ehdotetaan otettavaksi pykälän toiseen momenttiin.

## L a k i

### päihdehuoltolain 28 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
muutetaan 17 päivänä tammikuuta 1986 annetun päihdehuoltolain (41/1986) 28 § seuraavasti:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

28 §

28 §

*Asetuksenantovaltuus*

*Tarkemmat säännökset*

Tarkemmat säännökset tämän lain täytäntöönpanosta annetaan asetuksella.

Tarkemmat säännökset tämän lain täytäntöönpanosta annetaan *valtioneuvoston* asetuksella.

*Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella vahvistetaan tässä laissa tarkoitetuissa päätöksissä käytettävien lomakkeiden kaavat. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan lisäksi antaa säännöksiä huumeriippuvaisten henkilöiden lääkkeellisen hoidon järjestämisestä ja toteuttamisesta.*

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita päihdehuollon järjestämisestä ja toteuttamisesta.

#### 6.3.2. *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta eräillä lääkkeillä*

Työryhmä ehdottaa asetuksen muuttamista siten, että buprenorfiinia sisältävillä lääkevalmisteilla tapahtuvan vieroitus- korvaus ja ylläpito-hoidon tarpeen arviointia sekä hoidon aloittamista ja seuranta ei enää keskitettäisi yliopistollisiin sairaaloihin, muihin keskussairaloihin ja Järvenpään sosiaalisairaalaan, vaan että kyseinen hoito voitaisiin aloittaa ja sen jälkeen toteuttaa myös muissa kuin keskussairaالاتasoissa sairaanhoitopiirin toimintayksikössä ja muissa päihdehuollon yksikössä kuin Järvenpään sosiaalisairaalassa sekä terveyskeskuksissa ja vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksiköissä. Hoitoyksiköiden, jotka ehdotuksen mukaan nyt saisivat hoitojen aloitusoikeuden, tulisi tarvittaessa konsultoida keskussairaala tai Järvenpään sosiaalisairaala. Tämä voi olla tarpeen erityisesti korvaus- ja ylläpito-hoitojen tarpeen arvioinnin yhteydessä. Hoitojen edellytyksenä olisi, että hoitoon osallistuva henkilökunta on perehdytetty asianmukaisesti hoidon antamiseen. Hoitoa antavassa toimintayksikössä tulee myös olla toiminnasta vastaava, erikseen nimetty lääkäri, josta tulee ilmoittaa Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle. Korvaus- ja ylläpito-hoitojen aloittamisesta olisi lisäksi ilmoitettava lautakunnalle, jonka sosiaali- ja terveysministeriö asettaisi ja joka voisi ehdottaa, että korvaus- tai ylläpito-hoidon antaminen saatetaan yliopistollisen sairaalan, muun keskussairaalan tai Järvenpään sosiaalisairaalan arvioitavaksi. Säännöksissä olisi tarpeen todeta nimenomaisesti, että

hoitoja voidaan aloittaa ja niitä antaa paitsi laitoshoidona, myös poliklinisesti. Säännökset voitaisiin ottaa asetuksen 4 §:ään.

Metadonia sisältävillä lääkevalmisteilla tapahtuvan hoidon osalta ei ehdoteta muutoksia, vaan vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen tarpeen arviointi, hoitojen aloittaminen ja niiden seuranta keskitettäisiin edelleen yliopistollisiin sairaaloihin, muihin keskussairaaloihin ja Järvenpään sosiaalisairaalaan, jonka jälkeen hoitoja voitaisiin jatkaa vastaavissa yksiköissä kuin nytkin. Metadonilla tapahtuvista hoidoista voitaisiin säätää asetuksen 5 §:ssä. Myös näissä säännöksissä olisi tarpeen todeta nimenomaisesti, että kyseisiä hoitoja voidaan aloittaa ja antaa (tilanteesta riippuen) laitoshoidon lisäksi myös poliklinisesti.

Buprenorfiinilla tai metadonilla tapahtuvan korvaushoidon aloittamisen edellytyksenä on nykyisen asetuksen 3 §:n mukaan, että potilas ei ole vieroittunut opioideista yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla. Tätä on käytännössä tulkittu niin, että potilaalla pitää olla muullakin tavalla kuin buprenorfiinia tai metadonia käyttäen tapahtuneita vieroitusyrityksiä, ikään kuin kyseisillä lääkkeillä tapahtunut vieroitus ei olisi yleisesti hyväksytyjen hoitokäytäntöjen ja menettelytapojen mukaista. Työryhmä katsoo, että säännöstä olisi tarpeen selvytyden vuoksi muuttaa niin, että edellytyksenä olisi, että potilas ei ole vieroittunut opioideista tieteellisen näytön perusteella tehokkaiksi todettuja vieroitushoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla.

Nykyisen, usein perusteettoman tiukasti sovelletun lääkkeen kotiinantamiskäytännön joustavoittamiseksi työryhmä ehdottaa, että säännöksestä poistetaan erillisen perustellun syyn vaatimus, jolloin lääkkeen antaminen hyvää hoitomyöntyvyyttä osoittaneen potilaan mukaan ei edellyttäisi sen perustelemista erikseen. Lisäksi ehdotetaan, että lääkettä voitaisiin erityisestä syystä antaa potilaan mukaan enintään neljätoista vuorokausianosta vastaava määrä. Tällainen erityinen syy voisi olla esimerkiksi potilaan ulkomaanmatka. Lisäedellytyksenä olisi tällöin kuitenkin, että potilaan hoitosuhde on vakiintunut.

Koska levasetyylimetadolin myyntilupa on peruutettu, siihen viittaavat maininnat on syytä poistaa asetuksesta (1 ja 2 §:stä).

Työryhmä ehdottaa myös, että asetukseen voitaisiin ottaa pykälä, jonka perusteella asetuksen säännöksistä olisi mahdollista poiketa sosiaali- ja terveysministeriön myöntämällä luvalla opioidiriippuvaisten henkilöiden hoidon kehittämistä varten suoritettavan tutkimuksen toteuttamiseksi. Tämä olisi tarpeen, jotta voidaan kokeilla esimerkiksi lääkkeiden jakelua apteekin kautta ja yksityislääkäreiden osallistumista hoitoihin.

Työryhmän ehdottamat muutokset asetukseen on alustavasti muotoiltu seuraavasti:



**Sosiaali- ja terveysministeriön asetus  
opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja  
ylläpitohoidosta erällä lääkkeillä**

*Voimassa oleva asetus*

*Ehdotus*

1 §

1 §

*Asetuksen soveltamisala*

*Asetuksen soveltamisala*

Tätä asetusta sovelletaan buprenorfiinia, metadonia tai levasetyyliimetadolia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidossa.

Asetusta ei sovelleta buprenorfiinia, metadonia tai levasetyyliimetadolia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen tukihoitona opioidiriippuvaisen henkilön somaattisen sairauden aikana tilanteessa, jossa vieroitusoireet pahentavat hänen kliinistä tilannettaan tai vaikeuttavat hänen hoitoaan.

Tässä asetuksessa tarkoitettussa hoidossa noudatetaan lisäksi, mitä päihdehuoltolaissa (41/1986) ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) säädetään. Tässä asetuksessa tarkoitettujen lääkkeiden käsittelyssä, hävittämisessä, kirjanpidossa ja ilmoittamisessa on noudatettava, mitä huumausaineita ja huumausaineen valmistuksessa käytettäviä aineita koskevasta kirjanpito- ja tietojenantovelvollisuudesta sekä huumausaineiden käsittelystä ja hävittämisestä annetussa sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä (1708/1993) säädetään.

Tätä asetusta sovelletaan *buprenorfinia tai metadonia* sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidossa.

Asetusta ei sovelleta *buprenorfinia tai metadonia* sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen tukihoitona opioidiriippuvaisen henkilön somaattisen sairauden aikana tilanteessa, jossa vieroitusoireet pahentavat hänen kliinistä tilannettaan tai vaikeuttavat hänen hoitoaan.

(=3. mom. ennallaan)

2 §

2 §

*Määritelmät*

*Määritelmät*

Tässä asetuksessa tarkoitetaan:

Tässä asetuksessa tarkoitetaan:

1) *opioidiriippuvuudella* ICD-10 –tautiluokituksen F11.2x diagnostisten kriteerien täyttymistä;

2) *vieroitushoidolla* enintään kuukauden

-----

kestävää opioidiriippuvaisen henkilön päih-teettömyyteen tähtäävää hoitoa käyttäen apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita;

3) *korvaushoidolla* opioidiriippuvaisen henkilön kuntouttavaa, päih-teettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia, metadonia tai levasetyyylimetadolia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden; sekä

4) *ylläpitohoidolla* opioidiriippuvaisen henkilön kuntouttavaa hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia, metadonia tai levasetyyylimetadolia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden ja jonka painopisteenä on haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen.

### 3 §

#### *Korvaus- ja ylläpitohoidon edellytykset*

Opioidiriippuvaisten henkilöiden korvaushoito tässä asetuksessa tarkoitetuilla lääkevalmisteilla saadaan aloittaa vain sellaisille potilaille, jotka eivät ole vieroittuneet opioideista yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla.

Opioidiriippuvaisten henkilöiden ylläpitohoito tässä asetuksessa tarkoitetuilla lääkevalmisteilla saadaan aloittaa vain sellaisille potilaille, joilla opioidien käytöstä johtuvien haittojen vähentäminen on erityisen tärkeää. Tällaisia potilaita ovat erityisesti henkilöt, joita ei todennäköisesti saada lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla ylläpitohoidon avulla voidaan todennäköisesti ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja ja joiden elämän laatua voidaan siten parantaa ja joita ylläpitohoito-ohjelman aikana voidaan valmentaa vaativampaan kuntouttavaan korvaushoitoon.

3) *korvaushoidolla* opioidiriippuvaisen henkilön kuntouttavaa, päih-teettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään *buprenorfiinia tai metadonia* sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden; sekä

4) *ylläpitohoidolla* opioidiriippuvaisen henkilön kuntouttavaa hoitoa, jossa käytetään *buprenorfiinia tai metadonia* sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden ja jonka painopisteenä on haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen.

### 3 §

#### *Korvaus- ja ylläpitohoidon edellytykset*

Opioidiriippuvaisten henkilöiden korvaushoito tässä asetuksessa tarkoitetuilla lääkevalmisteilla saadaan aloittaa vain sellaisille potilaille, jotka eivät ole vieroittuneet opioideista *tieteellisen näytön perusteella tehokkaiksi todettuja* hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla.

-----

## 4 §

*Hoidon tarpeen arvioinnin, hoidon aloittamisen ja sen seurannan keskittäminen*

Opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoito tässä asetuksessa tarkoitettuilla lääkevalmisteilla on erikoissairaanhoidolain (1062/1989) 9 §:n 1 momentissa tarkoitettua erityistason sairaanhoitoa. Vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidon tarpeen arviointi, hoidon aloittaminen ja hoidon seuranta keskitetään yliopistollisiin sairaaloihin, muihin keskussairaaloihin ja Järvenpään sosiaalisairaalaan. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi osoittaa tehtävään keskussairaalan sijasta muun vastaavantasaisen sairaalan.

## 5 §

*Hoidon jatkaminen muussa toimintayksikössä*

## 4 §

*Hoidon toteuttaminen buprenorfiinia sisältävillä lääkevalmisteilla*

Opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoito buprenorfiinia sisältävillä lääkevalmisteilla voidaan toteuttaa sellaisessa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jonka henkilökunta on perehdytetty asianmukaisesti hoidon antamiseen. Hoitoa antavassa toimintayksikössä tulee olla toiminnasta vastaava, erikseen nimetty lääkäri, josta tulee ilmoittaa Terveystieteiden tutkimuskeskukselle. Hoito voidaan aloittaa ja sitä voidaan antaa polikliinisesti tai laitoshoidona.

Korvaus- tai ylläpitohoidon aloittamisesta tulee ilmoittaa 30 vuorokauden kuluessa ilman potilaan tunnistetietoja sosiaali- ja terveysministeriön asettamalle lautakunnalle. Ilmoituksesta tulee käydä ilmi perusteet hoidon aloittamiselle. Lautakunta voi ehdottaa, että korvaus- tai ylläpitohoidon antaminen saatetaan yliopistollisen sairaalan, muun keskussairaalan tai Järvenpään sosiaalisairaalan arvioitavaksi.

## 5 §

*Hoidon toteuttaminen metadonia sisältävillä lääkevalmisteilla*

Metadonia sisältävillä lääkevalmisteilla tapahtuvan opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidon tarpeen arviointi sekä hoidon aloittaminen ja sen seuranta keskitetään yliopistollisiin sairaaloihin, muihin keskussairaaloihin ja Järvenpään sosiaalisairaalaan. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi osoittaa tehtävään keskussairaalan sijasta muun vastaavantasaisen sairaalan.

Edellä 4 §:ssä tarkoitettussa terveydenhuollon toimintayksikössä aloitettua hoitoa voidaan jatkaa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa sellaisessa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, terveyskeskuksessa, päihdehuollon laitoshoidoyksikössä tai polikliinisessä yksikössä taikka vankeinhoitolaitoksen sairaalayksikössä tai polikliinisessä yksikössä, jolla hoidon aloittaneen toimintayksikön käytettävissä olevien tietojen mukaan on siihen riittävät edellytykset. Korvaus- ja ylläpitohoito tulee hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä siirtämään mahdollisimman lähelle potilaan asuinpaikkaa.

Hoitoa jatkavassa toimintayksikössä tulee olla toiminnasta vastaava, erikseen nimetty lääkäri, josta tulee ilmoittaa hoidon aloittaneelle toimintayksikölle ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle.

## 6 §

*Hoitosuunnitelma*

Opioidiriippuvaisten henkilöiden tässä asetuksessa tarkoitetun hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään myös potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito ja sen seuranta.

## 7 §

*Lääkehoidon toteuttaminen*

Tässä asetuksessa mainittuja lääkevalmisteita saa opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- tai ylläpito-hoidossa määrätä ainoastaan 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen toimintayksiköiden palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle vain valvotusti toimintayksikössä. Jos

Edellä 1 *momentissa* tarkoitettussa terveydenhuollon toimintayksikössä aloitettua hoitoa voidaan jatkaa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa sellaisessa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, terveyskeskuksessa, päihdehuollon *yksikössä* taikka vankeinhoitolaitoksen *terveydenhuollon yksikössä*, jolla hoidon aloittaneen toimintayksikön käytettävissä olevien tietojen mukaan on siihen riittävät edellytykset. Korvaus- ja ylläpitohoito tulee hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä siirtämään mahdollisimman lähelle potilaan asuinpaikkaa.

*Tässä pykälässä tarkoitettu hoito voidaan aloittaa ja sitä voidaan antaa polikliinisesti tai laitoshoidona.*

## 6 §

*Hoitosuunnitelma*

## 7 §

*Lääkehoidon toteuttaminen*

Tässä asetuksessa mainittuja lääkevalmisteita saa opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- tai ylläpito-hoidossa määrätä ainoastaan 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen toimintayksiköiden palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa poti-

potilas on osoittanut hyvää hoitomyöntyvyyttä, hänelle voidaan kuitenkin *perustelusta syystä* luovuttaa toimintayksiköstä enemmän kuin yksi vuorokausiannos mutta enintään seitsemän vuorokausiannosta lääkettä. Lääkettä ei saa määrätä tässä asetuksessa tarkoitettuun vieroitus-, korvaus- tai ylläpitohoitoon lääkemääräyksellä apteekista toimitettavaksi.

## 8 §

*Seuranta*

Edellä 4 §:ssä tarkoitettujen *terveydenhuollon* toimintayksiköiden tulee antaa sosiaali- ja terveysministeriölle sen pyytämät tiedot aloittamansa vieroitus-, korvaus- tai ylläpitohoidon toteuttamisesta ja järjestämisestä.

Edellä 4 §:ssä tarkoitettujen *terveydenhuollon* toimintayksiköiden tulee seurata omaan yksikköönensä hoitoon pääsyn kestoja. Hoidon aloittaneen toimintayksikön tulee myös seurata toiminnan tarkoituksenmukaista toteutumista yhteistyössä hoitoa jatkavan toimintayksikön kanssa.

Potilaan hoitoa koskevia tietoja voidaan hänen suostumuksellaan luovuttaa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n mukaisesti hoitoon osallistuvien toimintayksiköiden kesken.

## 9 §

*Voimaantulo*

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä heinäkuuta 2000.

laalle vain valvotusti toimintayksikössä. Jos potilas on osoittanut hyvää hoitomyöntyvyyttä, hänelle voidaan kuitenkin luovuttaa toimintayksiköstä *enintään seitsemää vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä, taikka jos siihen on erityistä syytä ja potilaan hoitosuhde on vakiintunut, enintään neljäätoista vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä*. Lääkettä ei saa määrätä tässä asetuksessa tarkoitettuun vieroitus-, korvaus- tai ylläpitohoitoon lääkemääräyksellä apteekista toimitettavaksi.

## 8 §

*Seuranta*

Edellä 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen toimintayksiköiden tulee antaa sosiaali- ja terveysministeriölle sen pyytämät tiedot aloittamansa vieroitus-, korvaus- tai ylläpitohoidon toteuttamisesta ja järjestämisestä.

Edellä 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen toimintayksiköiden tulee seurata omaan yksikköönensä hoitoon pääsyn kestoja. Hoidon aloittaneen toimintayksikön tulee myös seurata toiminnan tarkoituksenmukaista toteutumista yhteistyössä hoitoa jatkavan toimintayksikön kanssa.

-----

## 9 §

*Lautakunta*

*Sosiaali- ja terveysministeriö kutsuu 4 §:n 2 momentissa tarkoitettuun lautakuntaan kuusi jäsentä sekä kullekin henkilökohtaisen varajäsenen. Jäsenistä ja varajäsenistä kahden tulee edustaa päihdelääketieteen, kahden sosiaalialan, yhden psykiatrian ja yhden*

*nuorten psykiatrian asiantuntemusta. Lautakunta asetetaan kolmeksi vuodeksi kerrallaan.*

#### 10 §

##### *Asetuksen säännöksistä poikkeaminen*

*Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää hakemuksesta luvan tämän asetuksen säännöksistä poikkeamiseen, jos se on perusteltua opioidiriippuvaisten henkilöiden hoidon kehittämistä varten suoritettavan tutkimuksen toteuttamiseksi. Lupa voidaan liittää ehtoja.*

#### 11 §

##### *Voimaantulo*

Tämä asetus tulee voimaan päivänä kuuta 200 .

---

**KIRJALLISUUS**

Anonymous: Effective medical treatment of opiate addiction. National Consensus Developmental Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. JAMA 1998;280:1936-43.

Auriacombe M, Franques P, Daulouéde J-P, Tignol J: The French experience. Res Clin Forums 1999;21:9-16.

Barnett PG, Hui SS: The cost-effectiveness of methadone maintenance. Mt Sinai J Med 2000;67:365-74.

Barnett PG, Rodgers JH, Bloch DA: A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. Addiction 2001;96:683-690.

Caplehorn JR, Dalton MS, Haldar F, Petrenas AM, Nisbet JG: Methadone maintenance and addicts' risk for fatal heroin overdose. Subst Use Misuse 1996;31:177-96.

Chalpeo CB: Alternate-day dosing. Res Clin Forums 1997;19:39-41.

Curran HV, Bolton J, Wanigaratne S, Smyth S: Additional methadone increases craving for heroin: a double-blind, placebo-controlled study of chronic opiate users receiving methadone substitution treatment. Addiction 1999;94:665-674.

Curran HV, Kleckham J, Bearn J, Strang J, Wanigaratne S: Effects of methadone on cognition, mood and craving in detoxifying opiate addicts: a dose-response study. Psychopharmacology 2001;154:153-160.

Darke S, Ross J, Hall W: Prevalence and correlates of the injection of methadone syrup in Sydney, Australia. Drug Alcohol Depend 1996;43:191-8.

Dole V, Robinson J, Orraca J, Towns E, Searcy P, Caine E: Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. NEJM 1969;280:1372-75.

Dole VP: Biochemistry of addiction. Annu Rev Biochem 1970;39:821-40.

Dole VP, Nyswander ME: Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone. NY State J Med 1996;66:2011-7.

Drug Addiction Treatment Act of 2000, allekirjoitettu 17.10.2000.

Hermanson T. Heroinisteja hoidetaan Sveitsissä heroiinilla. Suom Lääkäril 1999;54:3665-3667.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työryhmämuistioita, 2001:8.

Gunne L, Gornbladh L: The Swedish methadone maintenance program. A controlled study. Drug Alc Depend 1981;7:249-56.

Johnson RE, Jaffe JH, Fudala PJ: A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *JAMA* 1992;267:2750-5.

Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, Walsh SL, Stitzer ML, Bigelow GE: A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *New Engl J Med* 2000;343:1290-7.

Konsensuslausuma, Huumeriippuvuuden hoito Suomessa: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 1999, s. 1-24.

Kosten TR, Schottenfeld RS, Ziedonis D, Falcioni J: Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence *J Nerv Ment Dis* 1993;181:358-64.

Law FD, Bailey JE, Allen DS, Melicher JK, Myles JS, Mitchenson MC, Lewis JW, Nutt DJ: The feasibility of abrupt methadone transfer in British opiate addicts in an outpatient setting. *Addiction Biol* 1997;2:191-201.

Ling W: Clinical guidelines for buprenorphine; USA: *Res Clin Forums* 1999;21:37-50.

Ling W, Wesson DR, Charuvastra VC et al.: A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Arch Gen Psychiat* 1996;53:401-407.

Ling W, Charuvastra VC, Collins JF et al.: Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomised clinical trial. *Addiction* 1998;93:475-86.

Lintzeris N, Clark N, Muhleisen P ym.: Clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the treatment of heroin dependence. Ausinfo for Commonwealth Department of Health and Aged Care, Australia 2001 ([http:// www. health.gov. au/pubhlth/nds/resources/publications/buprenorphine\\_guide.htm](http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publications/buprenorphine_guide.htm))

Marsch LA: The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: ameta-analysis. *Addiction* 1998;93:515-32.

Mäkelä K, Poikolainen: Näkökohtia huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistiosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 2001(66):360-365.

Newman R, Whitehill W: Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong. *Lancet* 1979;485-88.

Nutt DJ: Receptor pharmacology of buprenorphine. *Res Clin Forums* 1997;19:9-15.

Opioidiriippuvaisten narkomaanien lääkehoitotyöryhmän muistio 13/1993, Stakes, Aiheita. 1993.

Reisinger M: Buprenorphine as new treatment for heroin dependence. *Drug Alcohol Dep* 1985;16:257-62.



Reisinger M and Pelc I: Treatment of heroin addicts with buprenorphine: evaluation over a three year period. *Problems of Drug Dependence*, 1987. N.I.D.A. Res Monograph Ser (ed. LS Harris), 1988;81:s. 340.

Rosenbach A and Hunot V: The introduction of a methadone prescribing programme to a drug-free treatment service: implications for harm reduction. *Addiction* 1995;90:815-21.

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering): Behandling av alkohol- narkotika problem – en evidensbaserad kunskapssammanställning. SBU-rapport nr 156/II, SBU, Box 5650, 11486 Stockholm, 2001.

Schuckit MA: *Kirjassa Drug and Alcohol Abuse*, Kluwer Academic/Plenum Publisher, New York, 2000, Fifth Edition, s 13.

Sees KL, Delucchi KL, Masson C et al. Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:1303-10.

Socialstyrelsens föreskrifter om metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiater på indikation narkomani, 1990:16 (muutettu 1991:33 ja 1999:20).

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito- ja hoitotoimista eräillä lääkkeillä 607/2000.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön määräykset opioidiriippuvaisten potilaiden hoidosta eräillä lääkkeillä 1997:28.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön määräykset opioidiriippuvaisten potilaiden hoidosta eräillä lääkkeillä 1998:42.

Stine SM, Kosten TR (toim). *New treatments for opiate dependence*. Guilford Press, New York 1997, s. 248.

Strain E, Stitzer M, Liebson I, Bigelow G: Dose response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Ann Int Med* 1993a;119:23-7.

Strain E, Stitzer M, Liebson I, Bigelow G: Methadone dose and treatment outcome. *Drug Alc Depend* 1993b;33:105-17.

Vanichseni S, Wongsuwan B, BMA Narcotics clinics, Choopanya K, Wongpanich K: A controlled trial of methadone in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV. *Int J Addic* 1991;26:1313-20.

Walter DS: Preclinical evaluation of buprenorphine. *Res Clin Forums* 1997;19:17-22.

Walter DS: Clinical studies of buprenorphine in opioid dependence. *Res Clin Forums* 1997;19:29-33.

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP: Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *Am J Psychiatry* 1987;144:590-6.

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP: Psychotherapy in community methadone programs. *Am J Psychiatry* 1995;152:1302-0.

Viljakainen S. Opiattiriippuvaisten hoito huumeiksi luokitelluilla lääkkeillä. Erityiskysymyksenä buprenorfiinihoito ja yksityislääkärin oikeus määrätä sitä. Pro gradu-tutkielma, luonnos.

Virtanen A. Huumausainetilanne Suomessa 2000. Stakestieto, tilastoraportti 1/2001.

Yancovitz S, Des Jarlais D, Peyser N et al. A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. *Am J Publ Health* 1991;81:1185-91.

Zador D and Sunjic S: Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1990-1995. *Addiction* 2000;95:77-84.