

Huomiota hoidon porrastukseen ja yksilöllistämiseen

Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet?

Opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoa on toteutettu kansainvälisesti 1960-luvulta lähtien, ja Suomessa hoitoa on annettu vuodesta 1997 alkaen STM:n laatimiin säädöksiin pohjautuen. Viimeisimmän asetusmuutoksen (STM 2008) päätarkoituksena oli muuttaa korvaushoidon tarjontaa paremmin tarvetta vastaavaksi muun muassa painottamalla hoidon porrastusta ja siirtämällä painopistettä laitoshoidosta avohoitoon. Lisäksi mahdollistettiin lääkityksen rajoitettu toimittaminen apteekista.

Kansainvälisesti verrattuna korvaushoitoon kiinnittyminen ja potilaiden elossa säilyminen on ollut Suomessa erittäin hyvää (Vorma ym. 2002, 2009). Asia voi selittyä kokonaisvaltaisella hoito-otteella, johon on kuulunut lääkehoidon ohella asetuksen edellyttämä psykososiaalinen hoito ja kuntoutus. Tällainen toimintatapa on todettu tehokkaimmaksi hoitomalliksi (WHO 2009). Nykyisin korvaushoito on Suomessa murroksessa potilasmäärien kasvun ja kuntien tiukentuneen taloustilanteen vuoksi. Useissa kunnissa onkin pyritty löytämään uusia tapoja toteuttaa hoitoja. Suuntauksena näyttäisi olevan potilaiden siirtäminen haittoja vähentävään hoitoon ja hoidon kaventuminen pelkästään lääkkeen luovutukseksi. Tähän ilmiöön liittyy merkittäviä riskitekijöitä.

Suomalaisen päihteidenkäytön erityispiirteitä ovat runsas huumeiden, lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö sekä suonensisäisen käytön yleisyys. Helsinkiläisiä huumeiden käyttäjiä koskevan tutkimuksen tulokset (Tammi ym. 2011) lisäävät muissa tutkimuksissa esiin nostettua huolta opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin yhteiskäytöstä. Näiden aineiden yhteiskäyttö aiheuttaa nykyisin merkittävän osan huumekuolemista Suomessa (Häk-

kinen ym. 2012). Suurimmalla osalla korvaushoitopotilaista on ennen hoidon aloittamista diagnosoitu opioidiriippuvuuden ohella muu riippuvuushäiriö (Tourunen ym. 2009). Valtaosalla korvaushoitoa saavista on lisäksi muita hoitoa ja huomiota vaativia psykiatrisia sairauksia.

Moniongelmaisten potilaiden korvaushoidossa ensisijaisena haasteena on hoidon kokonaisvaltainen turvallisuus. Asiaa on selvitetty erityisesti metadonin osalta ja tutkimuksissa on todettu selkeä yhteys kotiannostelun ja metadonin väärinkäytön välillä (Ritter ja di Natale 2005). Australialaisen tutkimuksen mukaan metadonin suonensisäinen käyttö vaihteli osavaltiosta toiseen 11:n ja 65 %:n välillä ja se oli yleistä myös hoidossa olevilla potilailla (AIHW 2010). Yhtenä taustatekijänä nähtiin ongelmat hoito-ohjelmissa, jotka eivät tarjonneet potilaalle riittävää tukea eivätkä auttaneet hoitoon kiinnittymisessä. Myös Suomessa on todettu metadonihoidon tai korvaushoidosta laittomaan kauppaan vuotaneen metadonin aiheuttamia myrkytyksiä. Buprenorfinin väärinkäyttö on erityinen ongelma lähinnä Suomessa. Sen aiheuttamissa kuolemista aine on pääasiassa peräisin katukaupasta ostetusta Subutexista.

Hyvä ja laadukas korvaushoito suunnitellaan yksilöllisesti potilaan voinnin, elämäntilanteen ja motivaation mukaan (Mikkonen ym. 2008). Tällöin hoidon perusta on kuntouttavassa ja motivoivassa otteessa, jonka avulla potilasta osallistetaan. Tämä pätee niin kuntouttavaan kuin haittoja vähentävään korvaushoitoon, joskin käytettävät hoitomenetelmät vaihtelevat potilaan tilanteen mukaan. Hyvin toteutettu korvaushoito mahdollistaa psykiatrisen tilan asianmukaisen arvioinnin, turvallisen psykiatrisen lääkityksen ja hoidon

1737

sekä vaikeimpien tapausten osalta päihdepsykiatrisen integroidun hoidon (DeJong 2011). Suomessa korvaushoidon järjestelyn nykyiset suuntaukset ovat ristiriidassa tämän kanssa, koska niissä luodaan standardoituja ja jäykkiä hoitomalleja, joissa potilaan yksilöllisen hoidon tarve jää liian vähälle huomiolle. Tämä suuntaus johtanee myös resurssien väärään kohdentamiseen, vaikka erityisesti etenevissä ja pitkäkestoisissa sairauksissa varhainen tunnistaminen ja hoitointerventioiden aloittaminen ovat keskeisessä asemassa hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi.

Nyt on aika tehdä rohkeita avauksia korvaushoitosten kehittämisestä lähivuosina. Erityistä huomiota tulisi kohdistaa hoidon porrastukseen ja yksilöllistämiseen. Potilaiden hoidon tarpeen säännölliseen arviointiin perustuen voitaisiin joustavasti tarjota sopivin ja siten myös kustannustehokkain malli. Korvaushoito tulisi ulottaa myös niihin potilasryhmiin, joita nykyinen järjestelmämme ei tavoita: vielä omillaan hyvin pärjääviin sekä jo vaikeasti syrjäytyneisiin opioidiriippuvaisiin. Jälkimmäisen ryhmän tavoittamiseksi tulisi monipuolistaa etenkin haittoja vähentävää hoitoa ja tarjota sitä esimerkiksi sosiaali- ja terveysneuvontapisteissä sekä vankeinhoitossa (Lintonen ym. 2011). Monihäiriöiset potilaat tarvitsevat korvauslääkityksen lisäksi monipuolista psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta. Siten varmistetaan toipumisen tavoitteellinen eteneminen. Tämän lähtökohdan tulisi koskettaa myös haittoja vähentävässä hoidossa olevia potilaita, joita hoitosuhteen rakentamiseksi voidaan valmentaa mahdolliseen myöhempään kuntouttavaan hoitoon. Ilman todellista halua parantaa resursointia ja kaataa organisaatioiden ja hallintoalojen raja-aitoja ei ole mahdollista saavuttaa korvaushoidolle asetettuja tavoitteita vaan hoitojen tehostuminen valuu hukkaan hallintoalojen välisiin erimielisyyksiin ja päällekkäisyyksiin.

Yhteiskunnalle turvallisesti toteutettu korvaushoito on aina halvempaa kuin hoidotta jättäminen (Mattick ym. 2008, Baser ym. 2011). Yhä yleisemmin myös ajatellaan, että korvaushoitoa annetaan elinikäistä (lääke)hoitoa vaativaan pitkäaikaissairauteen (Waal 2011). Taloudellisten puoltelun rinnalla tulee ottaa huomioon myös hoidolliset ja lääketieteelliset näkökohdat sekä potilaan oikeuksiin ja muuhun lainsäädäntöön liittyvät seikat. Jonkin näistä jäädessä pois on vaarana, että hoitoon liittyvät haitat, turvallisuusriskit ja erilaiset lieveilmiöt ylittävät potilaalle ja yhteiskunnalle koituvan hyödyn. ■



KAARLO SIMOJOKI, LL, päihdelääketieteen erityispätevyys, ylilääkäri
A-klinikkasäätiö, Espoon A-klinikkatoimi



HANNU PENTIKÄINEN, LL, yleislääketieteen erikoislääkäri, alueylilääkäri, korvaushoidon kehittämistyöryhmän puheenjohtaja
KYS, psykiatrian klinikka ja Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö, Itä-Suomi



ERKKI VUORI, LKT, emeritusprofessori
Helsingin yliopisto, Hjelt-instituutti

CAROLA FABRITIUS, LL, psykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri
Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto, päihdepalvelut

SIDONNAISUDET 2010–2011

Kaarlo Simojoki: Koulutusvaliokunnan jäsen (Päihdelääketieteen yhdistys), luentopalkkio (Schering-Plough, MSD, Boehringer-Ingelheim, GlaxoSmithKline, Ruma GmbH, Orion, RBP Oy, Professio), koulutus/kongressikuluja (Schering-Plough, Reckitt Benckiser Pharmaceuticals Finland, Azanta), asiantuntijapalkkio (Reckitt Benckiser Pharmaceuticals Finland).

Hannu Pentikäinen: Luento/asiantuntijapalkkio (Reckitt Benckiser, Pfizer), koulutus/kongressikuluja (Reckitt Benckiser, Lundbeck)

Carola Fabritius: Ei sidonnaisuuksia.

Erkki Vuori: Ei sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

- AIHW. 2010 National Drug Strategy Household Survey report. www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=32212254712&tab=2
- Baser O, Chalk M, Fiellin DA, Gastfriend DR. Cost and Utilization outcomes of opioid-dependence treatments. *Am J Manag Care* 2011;17 Suppl 8:S235–48.
- DeJong C. ISAM symposium chair: Co-Occurring psychiatric and physical disorders in patients with substance related disorders, 2011. www.isamweb.org > Past meeting abstracts.
- Häkkinen M, Launiainen T, Vuori E, Ojanperä I. Benzodiazepines and alcohol are associated with cases of fatal buprenorphine poisoning. *Eur J Clin Pharmacol* 2012;68:301–9.
- Lintonen T, Vartiainen H, Aarnio J, ym. Drug use among prisoners: By any definition, it's a big problem. *Subst Use Misuse* 2011;46:440–51.
- Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;16: CD002207.
- Mikkonen A, Niemelä S, Koivumäki V, Heinisuo A-M, Salokangas R. Joustava opioidikorvaushoito vastaa lisääntyvään hoidontarpeeseen. *Suom Lääkäril* 2008;63:2161–5.
- Ritter A, Di Natale R. The relationship between take-away methadone policies and methadone diversion. *Drug Alcohol Rev* 2005;24:347–52.
- STM. Asetus 33/2008. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033
- Tammi T, Pitkänen T, Perälä J. Stadinistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihheet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. *Yhteiskuntapolitiikka* 2011;76:45–54.
- Tourunen J, Pitkänen T, Harju-Koskelin O, Häkkinen A, Holopainen A. Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009;74:421–8.
- Waal H. ISAM presentation: OMT is in principle a life-long treatment, 2011. www.isamweb.org > Past meeting abstracts.
- WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf
- Vormaa H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidikorvaushoito tehoaa. Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. *Suom Lääkäril* 2005; 60:1013–6.
- Vormaa H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. *Suom Lääkäril* 2009;64:1853–7.