

Pelon lääketiede

Vuoden 1990 huumehoitokiista

Sisällys

Johdanto	1
Sanastoa	3
Opioidikorvaushoitojen alkuaikojen historiaa	4
Tutkimustiedon hyödyntäminen asiantuntijalausunnoissa vuoden 1990 tapauksessa	6
Ammatinharjoittamisoikeuksien rajoittamisprosessin pääpiirteet	6
Asiantuntijalausunnot	11
Lausunto A	11
Lausunto B	12
Lausunto C	12
Lausunto D	13
Lausunto E	13
Pohdintaa	14
Riippuvuudesta ja sen hoidosta	16
Lääkärin näkemyksiä rajoittamisprosessista	16
Korvaushoidon lyhyen tähtäimen vaikutuksia	26
Kontrolli, vastuu ja persoonallisuuden kehitys	27
Riippuvuus ja persoonallisuushäiriöt	27
Hoito-organisaatiot ja yksilöllistyminen	32
Hoitosuhteiden vaaroja	33
Olemisen ja ei-olemisen käsitteistä	34
Lähteet	38

Johdanto

Opiatiiriippuvuus oli 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa monessa suhteessa vähäinen, tuntematon ja vieroksuttu ongelma. Päin vastoin kuin nykyisin, huumaavan lääkkeen antamista narkomaaneille ei pidetty hoidollisena toimenpiteenä vaan ei-toivotun riippuvuuden ylläpitämisenä. Pääosa kovien huumeiden käyttäjistä oli amfetaministeja, joille lääkkeellistä hoitoa ei olisi edes ollut. Ideologisenä tavoitteena oli huumeeton Suomi. Riippuvuutta lähestyttiin ensisijaisesti persoonallisuuden kehityksen ongelmana, johon tuli vaikuttaa psykoterapian keinoin.

Kirja jakautuu kahteen osaan. Ensimmäinen osa kertoo erään heroinisteja hoitaneen lääkärin tapauksen käsittelystä ammatinharjoittamisen valvontaelimissä ja oikeuslaitoksessa. Se pohjautuu ensisijaisesti asiakirjalähteisiin ja toissijaisesti henkilöhaastatteluihin sekä kirjallisiin lähteisiin. Asiakirja-aineistoon sisältyy lääkintöhallituksen ja sosiaali- ja terveyshallituksen kokousmuistioita ja päätöksiä sekä KHO:n päätökset ja lääkärin vastineet. Varsinaiseen haastatteluaineistoon kuuluvat asianosaisen lääkärin haastattelut vuonna 1998 ja 2014 sekä prosessiin osallistuneen entisen lääkintöhallituksen virkamiehen haastattelu vuonna 2014.

Tausta-aineistona on käytetty kolmen muun buprenorfinikorvaushoitoja antaneen lääkärin haastatteluja vuosina 1998-2005 ja potilashaastatteluja vuosina 1998-1999. Tausta-aineiston pääosa on kerätty vuonna 1998 toteutetun heroinistien rikollisuutta käsitelleen selvityksen yhteydessä [1,2]. Lisäksi on käytetty kirjallista tausta-aineistoa.

Kirjan toinen osa käsittelee lääkärin näkemyksiä oikeuksien rajoittamisprosessista, korvaushoidon vaikutuksista, hoitojärjestelyihin liittyvistä kysymyksistä ja riippuvuudesta persoonallisuuspsykologisenä ilmiönä. Tarkastelua tehdään psykoanalyttistyyppisen viitekehyksen kautta painottuen ns. epävakaa persoonallisuuden eli rajatilapersonallisuushäiriön käsittelyyn.

Haastateltavien lisäksi kiitän kommentteista entistä Kettutien A-poliklinikan ja Järvenpään sosiaalisairaalan ylilääkäri Antti Holopaista sekä muita käsikirjoitusta kommentoineita.

Hakasuluissa olevat numerot viittaavat kirjan lopun lähdeluetteloon.

Sanastoa

- Amfetamiini** Vuonna 1887 löydetty keskushermostostimulantti, jonka vaikutus on piristävä. Amfetamiini on ollut Suomen yleisimmin käytetty suonensisäinen huume. Pitkät tauottomat käyttäjaksot tai suuret annokset voivat johtaa amfetamiinipsykoosiin. Amfetamiinijohdannaisia käytetään tarkkaavaisuushäiriöiden hoidossa.
- Buprenorfiini** Vuonna 1969 kehitetty pitkävaikutteinen synteettinen opioidi, joka on alun perin kehitetty kivun lievitykseen ja jota on myöhemmin alettu käyttää opiaattiriippuvaisten hoidossa. Tabletti nautitaan liuottamalla se kielen alla (sublinguaalinen käyttötapa), jolloin buprenorfiini imeytyy verenkiertoon suun limakalvojen kautta. Buprenorfiini on ns. osittainen agonisti eli se toimii sekä myötä- että vastavaikuttajana. Sen vuoksi annoksen nostaminen tietyn rajan yli ei enää voimista vaikutusta. Pelkän buprenorfiinin yliannostelu ei siten ole hengenvaarallista, mutta sekakäyttö alkoholin tai bentsodiatsepiinien kanssa voi aiheuttaa hengityslaman ja kuoleman.
- Dolorex** Metadonin eräs kaupp nimi. Dolorexin määrääminen reseptillä ei ollut mahdollista enää 1980-luvun alun jälkeen.
- Heroiini** Lyhytvaikutteinen voimakkaasti euforisoiva opiaatti, jota käytetään tyypillisesti suonensisäisesti. 1900-luvun alkupuolella heroiinia käytettiin Suomessa laajasti yskänlääkkeissä sen yskää lievittävän vaikutuksen vuoksi. Lisäksi sitä käytettiin kipulääkkeenä.
- Korvaushoito** Lääkkeellinen hoitomuoto, jossa huumaavan aineen käyttö korvataan vaihtoehtoisella huumaavalla aineella, mutta joka ajatellaan väliaikaiseksi ratkaisuksi lopullisen tavoitteen ollessa huumeesta vieroittuminen.
- Metadoni** Pitkävaikutteinen vuonna 1937 kehitetty synteettinen opioidi, jota on käytetty kivun lievitykseen ja 1960-luvulta alkaen opiaattiriippuvaisten korvaushoitoon. Metadoni on ns. täysagonisti, eli se ei sisällä vastavaikuttajakomponenttia. Sen yliannostelu on hengenvaarallista.
- Opiaatti** Oopiumunikosta uutettu huumaava aine. Opiaatteja ovat esimerkiksi morfiini ja heroiini.
- Opioidi** Kokonaan tai osittain synteettinen molekyyli, jota ei löydy luonnosta. Opioideja ovat esimerkiksi metadoni ja buprenorfiini.
- Pkv-lääkemääräämisoikeus** Oikeus määrätä pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä sekä erityisiä huumausaineita reseptillä.
- Subutex, subu** Subutex-kauppanimellä myytävä erityisesti opioidikorvaushoitoon tarkoitettu buprenorfiinivalmiste. Subutexia ei ollut saatavana vielä 1990-luvun alussa. Suomessa myöhemmin käytetyt tablettikoot olivat 2 ja 8 mg.
- Temgesic, teemu** Temgesic-kauppanimellä myytävä kivun hoitoon tarkoitettu buprenorfiinivalmiste. Vuonna 1990 saatavana oleva tablettikoko oli 0,2 mg [3]. Myöhemmin 1990-luvun lopulla käytetyt tablettikoot olivat 0,2 ja 0,4 mg.
- Vieroitushoito** Hoito, jonka tarkoituksena on vieroittaa huumeesta. Vieroitushoito on yleensä ajallisesti rajattua. Vieroitushoidossa voidaan käyttää joko huumaavaa ainetta laskevin annoksin, pelkästään oireenmukaista lääkitystä vieroitusoireiden lievittämiseen tai ei mitään lääkitystä. Lyhyet oireenmukaisella lääkityksellä tehtävät katkaisuhoidot voivat kestää viikon tai muutamia viikkoja.
- Ylläpitohoito** Lääkkeellinen hoitomuoto, jonka tarkoituksena ei ole vieroittaa huumeesta, vaan ainoastaan vähentää käytön aiheuttamia haittoja ympäristölle (esim. rikollisuus, oikeuslaitoksen kustannukset, tartuntatautien leviäminen) tai käyttäjälle itselleen (esim. elämänlaatu, tartuntatautien välttäminen, työllistyminen). Ylläpitohoito on ajallisesti rajoittamatonta korvaushoitoa.

Opioidikorvaushoitojen alkuaikojen historiaa

Opiaattiriippuvaisten lääkkeellisten korvaus- ja ylläpitohoitojen käyttö oli ennen 2000-luvun puoliväliä erittäin rajoitettua. Hesperian sairaalan metadonihoidon järjestelyjä kuvaava lääkintöhallitukselle vuonna 1979 lähetetty asiakirja [4] kuvaa historiaa seuraavasti:

1960-luvun lopun ja 1970-luvun alun laajahkon cannabis- ja hasis-kokeilukauden jälkeen ja ilmeisesti osin niiden muokkaamaan maaperään levisi vaikeampien huumeaineiden käyttö eri Pohjoismaihin. Erityisesti Tanskaan ja Ruotsiin ilmaantui amfetamiinia ja morfiinijohdannaisia. Kun lähinnä USA:sta saatiin tietoja näiden morfiinijohdannaisien vaikeiden käyttäjien suotuisista sosiaalistavista hoitotuloksista ns. metadon-ylläpitohoidon perusteella, ilmaantui tämän hoitomenetelmän tarvetta myös Pohjoismaissa.

Suomessa oli varsin pienehkö osin ns. "vanha" morfiinin käyttäjäjoukko sekä joitakin jotka olivat sen käyttöön siirtyneet 1960-luvun lopulla. Vuonna 1973 kun Hesperian sairaalan yhteyteen oli perustettu erityinen osasto, jossa voitiin hoitaa eriasteisten päihdeiden käyttöön liittyviä sairaustiloja, neuvoteltiin lääkintöhallituksen mielenterveystoimiston ja Hesperian sairaalan edustajien välillä mahdollisen metadon-hoidon järjestämisestä kokeiluluontoisesti pienelle morfiiniryhmän käyttäjäjoukolle. Hoito päätettiin keskittää Hesperian sairaalan yhteyteen yhtenäisten valinta- ja hoitokriteerien turvaamiseksi ja hoidon seurannan turvaamiseksi. Lähtökohtana oli myös saadun seuranta-aineiston perusteella arvioida hoidon tarkoituksenmukaisuutta ja soveltuvuutta.

Hesperian sairaalan ryhmä koostui alunperin kahdeksasta henkilöstä, joita pidettiin vaikeina huumeiden käyttäjinä ja joiden ennustetta pidettiin heikkona. Joukosta on edelleen hoidossa neljä henkilöä. Hoito on toteutettu siten, että hoidossa oleva on saanut ylläpitoannoksen sairaalan poliklinikalla nestemäisessä muodossa päivittäin. Tablettimuodossa lääkettä ei ole annettu ollenkaan.

Metadon-hoitoa toteutetaan tällä hetkellä jossakin määrin kaikissa Pohjoismaissa. Sen tuloksellisuuden ja tehokkuuden suhteen on kuitenkin esitetty runsaasti kritiikkiä. Parhaillaan yhteispohjoismainen alkoholi- ja päihdetutkimuslautakunta rahoittaa tutkimusprojektia, jolla on tavoitteena selvittää metadonhoidosta saatuja kokemuksia eri Pohjoismaissa. Kunnes selvitykset näistä tutkimuksista saadaan ei Suomen osalta ole aihetta muuttaa 1970-luvulla omaksuttua varovaista metadon-hoidon soveltamista koskevaa politiikkaa, jonka mukaan hoitoon valikoituihin kohdistetaan tiukka seulonta ja hoitoa jatketaan keskitetysti ja kokeiluluontoisesti.

Kesäkuuhun 1979 mennessä yksi potilas oli kuollut, yksi vieroittunut ja yksi siirtynyt muuhun hoitoon. Sairaala halusi lopettaa hoidon tarjoamisen kokonaan tai siirtää potilaat muualle [5]. Syynä olivat "hoidon osittainen tuloksettomuus, hoitoon osallistuvien potilaiden muiden aineiden käyttö sekä hoidon merkityksen epämääräisyys". Ainoastaan yksi apulaisylilääkäri katsoi hoidon jatkamisen mielekkääksi "lähinnä sen sosiaalistavan vaikutuksen vuoksi". Toisaalta sairaala katsoi, että useat seikat puoltaisivat hoidon jatkamista, mutta "sen tulisi olla huomattavasti laajemman ryhmän saavutettavissa ja sen toteuttaminen tuntuisi asiallisemmalta muun päihdehuollon yhteydessä, mitä käsitystä tukevat myös metadoniryhmän potilailla esiintyneet niukat psyykkiset vaikeudet ja niihin liittynyt subjektiivinen hoidon tarve" [5]. Hesperian sairaalan tulkinnan mukaan potilailla ei siis ollut juurikaan sen tyyppisiä mielenterveysongelmia, joita sairaalassa oli totuttu hoitamaan, vaan heidän ongelmansa oli ensisijassa riippuvuusongelma.

Potilasryhmän hoitoa ei lopetettu eikä heitä siirretty muualle (vuonna 1993 aloitusryhmästä oli jäljellä kolme henkilöä [6]). Toisaalta hoitoa ei laajennettu suuremmalle ryhmälle. Opiaattien ongelmakäyttäjiä oli ainakin muutamia kymmeniä, ja heidän kiertelynsä lääkäriltä toiselle johti lopulta niin sanottuun Dolorex-oikeudenkäyntiin.

Julkisen sektorin hoidon tarjonnan puutteen vuoksi kysyntään yrittivät vastata muutamat yksityislääkärit. Sen vuoksi heihin kohdistettiin erilaisia valvontatoimenpiteitä ja sanktioita.

Korvaushoitojen alkuaikojen historiasta voidaan erottaa kolme laajempaa kiistatapausta. Ensimmäisessä tapauksessa 1980-luvun alussa metadonin reseptimääräyksiä käsiteltiin pitkässä ja laajasti uutisoidussa niin sanotussa Dolorex-oikeudenkäynnissä [7–9]. Hesperian sairaalan ylläpitohoidossa olleet ja muut opiaattiriippuvaiset olivat keränneet noin miljoona tablettia metadonia kiertelemällä eri lääkäreillä. Syyttäjän mukaan päätekijänä oli eräs vanhempi pariskunta. Havaittuaan asian apteekit olivat pyytäneet lääkintöhallitukselta toimintaohjeita, mutta lääkintöhallitus ei ollut vastannut tiedusteluihin. Yli sataa lääkärinä epäiltiin, kymmeniä kuulusteltiin ja kaksitoista sai syytteen. Osapuolet olivat erimielisiä siitä, oliko kyseessä sairauden hoito vai huumausainerikos.

Lääkintöhallitus asetti 1.10.1980 työryhmän [10], jonka 31.12.1980 valmistuneen selvityksen [11] seurauksena oikeus ratkaisi, että huumaavan aineen määrääminen huumausaineiden väärinkäyttäjälle hoidollisessa tarkoituksessa ei ollut huumausainelain rikkomista [12]. Viisi lääkärinä kuitenkin tuomittiin helmikuussa 1981 ehdollisiin vankeusrangaistuksiin ja kolme lääkärinä sakkorangaistuksiin metadonin määräämisestä "muussa kuin lääkinnällisessä tarkoituksessa" [7,9]. Osa tuomituista oli ilmeisesti hyväksynyt varastettua tavaraa maksuna vastaanottokäynnistä tai heidän katsottiin tietoisesti "tavoitelleen omaa etua" esimerkiksi laskuttamalla enemmän suuremmasta lääkemääräyksestä. Myös ainakin parikymmentä Dolorexia keräilyttä opiaattiriippuvaista tuomittiin.

Erään tulkinnan mukaan sanomalehti uutisointi "asettui ennen kaikkea syyttäjän taakse ja hänen näkemyksensä muodostuivatkin lehden 'totuudeksi'" [9]. Narkomaanien ääni ei päässyt esille ja lääkärit reagoivat "lähinnä kiusaantuneella hiljaisuudella". Lääkäriliitto ei ohjeistanut lääkäreitä narkomaanien kanssa toimimiseen. Apteekki väki oli keskustelempaa. Lehdet välttelivät narkomanian taustatekijöiden sekä huumeen ja lääkkeen eron käsittelyä. Heroiinitabletteja käytettiin toisen maailmansodan aikana puolustusvoimissa yleisesti kipu- ja yskänlääkkeenä, ja osa Dolorex-jutun narkomaaneista oli tullut riippuvaiseksi siitä osallistuessaan sotatoimiin tai vammauduttuaan [9]. Myös amfetamiinia jaettiin yleisesti väsymykseen ja tiedustelutehtävien yhteydessä.

Lääkintöhallituksen linjaus [11] asetti joka tapauksessa rajat tuleville vuosille. Korvaushoitoa antavia lääkäreitä ei voitu syyttää huumerikoksesta käräjäoikeuksissa, vaan korvaushoitojen valvonta jäi lääkintöhallitukselle ja sen perillisille sosiaali- ja terveyshallitukselle, Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle (TEO) ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle (Valvira). Toisaalta syyttäjän mukaan "merkittävää oli, että oikeus totesi lääkärin vastuun ulottuvan huumausaineen määräämistä koskevan harkinnan lisäksi valvontaan eli siihen, että huume oli todella käytetty lääkärin osoittamaan tarkoitukseen" [7].

Selvitys [11] arvioi opiaattiriippuvaisten määräksi 20-30 tai "muutamia kymmeniä". Metadoniyläpitohoito ehdotettiin rajattavaksi sairaaloihin ja niiden valvomaan jatkohoitoon. Metadoniliuoksen nauttimisen ehdotettiin tapahtuvan "määrätyssä apteekissa tai sairaalan poliklinikalla tai terveyskeskuksessa tai muussa tarkoituksenmukaisessa hoitopisteessä".

Kun metadonia ei enää ollut reseptillä määrättävissä, 1980-luvulla jotkut lääkärit hoitivat muutamia narkomaaneja muilla opioideilla, muun muassa buprenorfinilla. Toisessa kiistatapauksessa 1990-luvun alussa kiisteltiin ensi kertaa buprenorfiinin määräämisestä. Tässä kirjassa syvennytään tähän tapaukseen ja tällöin käytettävissä olleen buprenorfiinikorvaushoitoa koskevan tutkimustiedon hyödyntämiseen yhtä lääkärinä koskeneen ammatinharjoittamisoikeuden rajoittamisprosessissa ja siihen liittyneissä valitusprosesseissa.

Tässä tapauksessa yhden heroinistin hoitaminen johti lopulta noin kuudenkymmenen potilaan hakeutumiseen hoitoon. Lääkintöhallitus peruutti lääkärin pkv-lääkemääräämis-oikeuden ja kielsi samalla buprenorfiinin käytön korvaushoitotarkoitukseen avohoidossa. Potilaat anoivat hoitoa julkiselta sektorilta, mutta sitä ei järjestetty.

Lääkintöhallituksen arvion mukaan suonensisäisten huumeiden käyttäjien määrän (opiaattiriippuvaiset ja amfetamiinin käyttäjät) arvioitiin olevan yhteensä muutamia satoja [13]. Toisaalta HYKS:n huumevieroitusyksikössä tehdyn arvion mukaan pelkästään opiaattiriippuvaisten määrä olisi ollut noin 600-650 [14].

Kolmas kiista käytiin vuosina 1997-2003 niin sanotussa Pentti Karvosen tapauksessa [1,15-20]. Laajasti julkisuudessa käsitellyssä tapauksessa entinen anestesia- ja lääkäri, yksityislääkäri Karvonen oli vuonna 1995 alkanut antaa laajamittaisesti buprenorfiinikorvaushoitoa heroiniin käyttäjille. Lääkkeitä ajautui katukauppaan. Toukokuussa 1997 hän menetti pkv-lääkemääräämis-oikeutensa, minkä seurauksena hänen potilaansa, tässä vaiheessa 150-200 henkilöä, jäivät ilman hoitoa. Suurin osa palasi huumeiden käyttöön, menetti työpaikkansa, asuntonsa tai parisuhteensa ja muutamia kuoli. Tällöin Karvonen yritti heinä-elokuussa 1997 salakuljettaa buprenorfiinia Thaimaasta toteuttaakseen potilaille lyhyen katkaisuhoidon. Hän jäi kuitenkin kiinni ja sai ehdollisen vankeustuomion.

Karvonen ei silti lopettanut toimintaansa, vaan alkoi syksyllä 1997 organisoida potilaiden matkoja yhteistyölääkärin vastaanotolle Pariisiin. Varattomille hän lainasi rahaa matkakuluihin. Potilaat maksoivat velan palauttamalla osan lääkkeistä Karvoselle, joka myi niitä potilaille, jotka olivat liian huonokuntoisia matkustaakseen. Neljäntoista vuorokauden annoksen maahantuonti reseptillä omaan käyttöön oli laillista. Laittomaksi toiminta muuttui, kun potilaat luovuttivat omalla reseptillään maahantuomiaan lääkkeitä Karvoselle.

Tässä vaiheessa Karvosella oli noin 300 potilasta. Keväällä 1998 48 potilaan näytteessä keski-ikä oli 30 vuotta ja he olivat aloittaneet opiaattien käytön keskimäärin 22-vuotiaina, josta alkuosa oli satunnaisempaa käyttöä [1]. Keväällä 1999 23 potilaan näytteessä päivittäistä heroiniin tai muiden opiaattien käyttöä oli jatkunut keskimäärin 4 vuotta.

Vuonna 1999 ilmestynyt virallinen arvio käyttäjämääristä [21] arvioi opiaattien käyttäjiä olevan pääkaupunkiseudulla vuonna 1995 noin 500-1300 ja vuonna 1997 noin 900-2000. Käyttäjämäärien arvioitu kasvu oli virallisen arvion mukaan siten huomattava. Epävirallisesti käyttäjien määrän arvioitiin voivan olla jopa kaksinkertainen. Ainakin osasy kasvuun oli heroiniin hinnan lasku.

Buprenorfiinin suonensisäisen käytön vähentämiseksi Karvonen kehitti menetelmän, jossa buprenorfiinitabletti liuotettiin pieneen määrään vodkaa. Liuos imeytettiin suun limakalvojen kautta. Virallisesti liuoksen valmistus laskettiin luvattomaksi lääkkeenvalmistukseksi.

Karvonen kokeili vastaanotollaan myös Vietnamin tuottamaansa yrttieroituslääkettä. Viikon hoitajaksolla useat potilaat vieroittuivat buprenorfiinista. Kokeilu katkesi huumeepoliisin takavarikoitua yrttiä, jotka oli aiemmin tullilaboratorion toimesta todettu laillisiksi.

Lopulta Karvonen menetti väliaikaisesti (toistaiseksi) myös lääkärinoikeutensa. Vuonna 2002 hän sai kaksi kahden ja puolen vuoden ehdotonta vankeustuomiota ja 100 000 euron korvausvaatimuksen. Karvonen tuomittiin kuitenkin

eri oikeusasteissa samasta teosta kahteen kertaan, minkä seurauksena korkein oikeus kumosi toisen tuomion. Jäljelle jääneestä 2,5 vuodesta Karvonen suoritti ensikertalaisena puolet.

Peruspalveluministeri Osmo Soininvaaran kaudella vuosina 2002-2003 julkinen sektori alkoi ministerin määräyksen seurauksena viimein tosissaan järjestää korvaushoitoa [22]. Huumeepoliisivetoisesta kontrollipolitiikasta siirryttiin terveydenhuoltopainotteisempaan haittojen vähentämiseen 2000-luvun puolivälissä. Korvaushoidon historiaa ja "läpimurtoa" on kuvattu tarkemmin vuoden 2005 artikkelissa [23] ja sen jälkeisiä tapahtumia mm. vuoden 2013 artikkelissa [24].

Tutkimustiedon hyödyntäminen asiantuntijalausunnoissa vuoden 1990 tapauksessa

Vuoden 1990 tapauksen lääkärin pkv-lääkemääräämisoikeuksien peruuttamisen yhteydessä lääkintöhallitus pyysi asiantuntijalääkäreiltä viisi lausuntoa hoidon lääketieteellisestä asianmukaisuudesta. Lausuntojen arvioinnin kannalta on keskeistä selvittää, missä määrin ne ottivat huomioon buprenorfiinikorvaushoidoista tällöin olemassa olleen tutkimusnäytön.

Buprenorfiinin farmakologia ja sen käyttömahdollisuudet opioidikorvaus- ja ylläpitohoidoissa oli vuoteen 1990 mennessä jo melko kattavasti kuvattu. Yhteensä julkaisuja oli noin 30 [8]. Ensimmäinen huomattava buprenorfiinikorvaushoitoa käsittelevä julkaisu oli Mellon ja Mendelsonin vuonna 1980 Science-lehdessä julkaistu kaksoissokkokeo 13 potilaalla (hoitoryhmä 6 potilasta, kontrolliryhmä 7 potilasta) [25]. Koko potilasjoukolla oli ennalta määrättyyn vuorokausimaksimiannokseen asti vapaa heroiinin itseannostelumahdollisuus. Hoitoryhmälle annettiin 8 mg buprenorfiiniannos injektiona lihakseen ja kontrolliryhmälle vastaava injektio ilman vaikuttavaa ainetta. Kontrolliryhmä käytti heroiiniannoksesta keskimäärin 98 prosenttia ja hoitoryhmä 10 prosenttia.

Laajempi katsausartikkeli buprenorfiinia koskevasta tutkimuksesta ja sen tehosta, turvallisuudesta ja väärinkäyttöpotentiaalista julkaistiin vuonna 1985 [26]. Buprenorfiinin ei katsottu aiheuttavan merkittävää fyysistä riippuvuutta ja vaarallisen yliannostuksen riskin todettiin olevan pieni. Hoidossa pysyvyyden kannalta sen todettiin olevan naltreksonihoitoihin verrattuna ylivoimainen. Väärinkäyttöpotentiaalia pidettiin muita opioideja pienempänä. Kokonaisuutena buprenorfiinin hoidolliset edut arvioitiin tällöin tärkeämmiksi kuin mahdollisen väärinkäytön haitat.

Satunnaistettuna kaksoissokkokeena toteutettu buprenorfiini- ja metadoniylläpitohoitojen välinen vertailu julkaistiin vuonna 1988 [27]. 22 potilaalle annosteltiin avohoidossa 2 mg buprenorfiinia ja 23 potilaalle 30 mg metadonia kolmen viikon ajan. Hoitoja jatkettiin laskevin annoksin neljän viikon ajan, ja edelleen lumelääkityksellä kuuden viikon ajan. Ryhmien välillä ei havaittu merkitseviä eroja hoidossa pysyvyydessä, vieroitusoireissa tai hoidon aikaisessa huumeiden käytössä. Yhteenvetona buprenorfiinin todettiin olevan hoitotarkoitukseen ainakin yhtä käyttökelpoista kuin metadonin.

Farmakologian referenssikäsikirjan [28] vuoden 1990 painoksen kaksi lukua käsitteli opiaatteja ja opioidikorvaushoitoa. Ensimmäinen luku käsitteli opioidien ja opioidiantagonistien farmakologiaa [29] ja toinen huumeriippuvuuksia ja niiden lääkkeellistä korvaushoitoa [30]. Näistä jälkimmäisessä esitettiin myös buprenorfiinihoitojen suositellut käytännöt vuorokausiannoksineen (4-8 mg/vrk). Buprenorfiinin käyttömahdollisuudet heroinistien hoidossa mainittiin myös vuonna 1988 julkaistussa suomalaisessa farmakologian ja toksikologian oppikirjassa [8].

Ammatinharjoittamisoikeuksien rajoittamisprosessin pääpiirteet

Nukutus-, koulu- ja neuvolalääkärinä sekä 1980-luvun alussa kolme vuotta lähinnä mietojen huumeiden käyttäjiä hoitaneen yksityisen huumehoitoklinikan yöpäivystäjänä toiminut lääketieteen ja kirurgian tohtori joutui tekemisiin opiaattiriippuvuusongelmien kanssa yksityisvastaanotollaan vuoden 1989 alussa, kun hänen vastaanotolleen tuli raskaana oleva heroiinin käyttäjä. Metadoni ei 1980-luvun Dolorex-kiistan jälkeen ollut enää reseptillä määrättävissä. Lääkäri oli kuullut naistenklinikan käyttävän buprenorfiinia päihdeäitien hoidossa. Potilas ei halunnut hakeutua naistenklinikalle vaan toivoi saavansa buprenorfiinia reseptillä. Pienellä buprenorfiiniannoksella potilas pysyi irti heroiinista ja raskaus ja synnytys sujuivat ongelmitta. Tapaus hoidettiin yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa.

Lääkärin mukaan lääkintöhallituksen sairaalaosaston osastopäällikön ja sairaalaosaston toisen lääkärin kanssa olisi järjestetty 8.2.1989 kokous, josta hän oli laatinut muistiinpanot [31]. Niiden mukaan lääkäri kertoi potilastapauksestaan. Osastopäällikkö kertoi selvittäneensä, että korvaushoidolle ei ole viranomaisten tai poliisin taholta juridisia esteitä. Hänen mukaansa syy korvaushoitojen puuttumiselle oli narkomaanien pieni määrä ja heidän vaikea tavoitettavuutensa hoidon piiriin. Edelleen hän ehdotti, että lääkäri tekisi lääkintöhallitukselle aloitteen narkomaanien lääkehoidollisen tutkimuksen järjestämiseksi.

Kokouksen jälkeen lääkäri otti sanomansa mukaan kirjeitse [32] yhteyttä lääkintöhallitukseen ehdottaen buprenorfiinikorvaushoidon järjestämistä julkisella sektorilla. Kirjeen kohtalo jäi epäselväksi; ainakaan sitä ei ollut diaarioitu sairaalaosastolla [12].

Keväästä 1990 alkaen vastaanotolle hakeutui lisää heroinisteja. Lääkäri otti hoitoonsa kaikki halukkaat tarkoitukseen siirtää heidät julkisen terveydenhuollon piiriin. Hän oletti hoitojärjestelmän olevan kiitollinen potilasryhmän seulomisesta esiin, koska lääkintöhallituksen mukaan heillä ei ollut kontaktipintaa kyseiseen ryhmään.

Lääkäri hankki työtään varten buprenorfiinia käsitteleviä tutkimusjulkaisuja lääketieteellisen keskuskirjaston kautta. Ennen internet-aikaa tieteellisissä lehdissä julkaistujen artikkelien abstraktit etsittiin kirjastossa olevista painetuista hakuteoksista, minkä jälkeen kirjastonhoitaja hankki artikkelien kokotekstit joko kirjaston omista kokoelmista tai kaukolainoina.

Potilaat saivat apteekista kerralla 5-8 päivän annoksen. Osa apteekkareista näki potilaiden parantuvan ja katsoi, että jakelun kontrollointi kuului apteekin perustehtäviin. Pääosa apteekeista kuitenkin vastusti ajatusta korvaushoitolaajajakelupisteestä toimimisesta.

Lääkäriltä lääkärille kiertely esti kiinnittymisen hoitosuhteeseen, altisti suurempien lääkemäärien keräilylle ja niiden siirtymiselle katukauppaan. Lääkäri ehdotti vapaaehtoista narkomaanirekisteriä, josta ilmenisi, kuka on potilasta hoitava lääkäri, jolloin muut lääkärit eivät määräisi hänelle lääkkeitä. Hänen potilaansa kannattivat ajatusta.

Julkinen terveydenhuolto ei ollut aiemmin järjestänyt opiaattiriippuvaisille sopivaa hoitoa, koska tällaisen hoidon tarvisijoita ei katsottu olevan. Vuonna 1990 huumeriippuvaisten määrästä tehtiin kuitenkin selvitys, joka arvioi suonensisäisten huumeiden käyttäjien määrän olevan muutamia satoja [13]. Samanaikaisesti heroiniongelman esiintulon kanssa 1980-luvulla tunnistettu HIV-virus alkoi levitä erityisesti vankiloissa, joissa puhtaita neuloja ei ollut saatavissa. Neulanvaihtopisteitäkään ei vielä ollut, ja apteekkien suhtautuminen neulojen myyntiin narkomaaneille oli yleensä kielteistä.

29.5.1990 ryhmä kansanedustajia teki eduskuntakyselyn [33], jossa tiedusteltiin mitä hallitus aikoo tehdä HIV-epidemialle, ja aikooko hallitus “ryhtyä toimenpiteisiin järjestääkseen muiden länsimaiden tapaan suonensisäisiä huumeita käyttäville korvaavan lääkehoidon mahdollisuuden, jolla voitaisiin vähentää tartuntariskejä ja huumeainesten käyttöön liittyvän rikollisuuden haittoja niin vankiloissa kuin vapaassa yhteiskunnassa?”. Hallituksen vastauksen mukaan Suomen AIDS-tilanne oli “kohtalaisen hyvä” (304 todettua tartuntaa) eikä antanut aihetta lisätoimenpiteisiin. Suonensisäisten huumeiden käyttäjiä arvioitiin olevan muutamia satoja. Vastauksen mukaan “muista maista saatujen kokemusten mukaan HIV-tartunta voi tässä ryhmässä lisääntyä hyvinkin nopeasti. Tämä ongelma on huomioitu kaikissa keskeissä sukupuolitauteja käsittelevissä terveystietämateriaaleissa”. Metadonihoidoista “ei valitettavasti ole pelkästään myönteisiä kokemuksia” ja “Helsingin yliopistollisessa sairaalassa sen huumevieroitusyksikössä katsotaan, ettei metadonihoito sovellu tämänhetkiseen yksikön hoitokäytäntöön”.

Heinäkuussa 1990 lääkärin potilasmäärä oli 62. Hän oli aiemmin eri yhteyksissä keskustellut huumeongelmasta lääkintöhallituksen sairaalaosaston virkamiesten kanssa. Lääkintöhallituksen sairaalaosaston 22.11.1990 päivätty muistio toteaa: “Ylläpitohoito ei ole ollut lääkärin toiminnan aikana kiellettyä” [12].

Kuitenkin lääkintöhallituksen toinen, valvonnasta vastaava hallinto-osasto ja sen valvontatoimisto oli saanut ilmeisesti jo ennen kesäkuuta 1990 “poliisiviranomaisilta ja apteekeilta huolestuneita puhelinsoittoja siitä, että Temgesiciä oli lisääntyvässä määrin katukaupassa”. Lääkintöhallituksen apteekkitoimisto oli jo 27.6.1990 tehnyt selvityksen, jossa lääkärin todettiin määränneen “erittäin runsaasti” buprenorfiinia poliisin tiedossa olleille lääkeainesten väärinkäyttäjille ja “kiertäville PKV-lääkereseptien kerääjille” [34]. 3.7.1990 valvontatoimisto pyysi lääkäriltä selitystä 28 potilaan Temgesic-lääkemääräyksistä [35].

10.7.1990 lääkäri lähetti kirjeen lääkintöhallitukselle ja sosiaali- ja terveysministeriölle [34]. Kirjeessä hän pyysi välitöntä ilmoitusta siitä, katsooko lääkintöhallitus että hänen antamansa hoito ei missään tapauksessa saa jatkoa; siinä tapauksessa hän lupasi keskeyttää hoidot ja kehottaa potilaita kääntymään julkisen terveydenhuollon puoleen. Tässä yhteydessä valvontatoimiston ylilääkäri ilmoitti lääkärille puhelimitse, ettei se hyväksy annettua hoitoa.

12.7.1990 lääkäri lähetti potilailleen kirjeen, jossa hän kertoi lääkintöhallituksen kieltäneen hoidon jatkamisen ja pyysi potilaita kääntymään asiassa lääkintöhallituksen puoleen [35].

Valvontatoimisto kutsui lääkärin 17.7.1990 järjestettyyn kuulemistilaisuuteen [36]. Muistion mukaan tarkoituksena oli ilmoittaa, että “lääkintöhallituksen hallinto-osasto on jo aikaisemmin useissa tapauksissa kieltänyt lääkäreiltä yksityisvastaanotoilla Temgesic-lääkemääräysten kirjoittamisen narkomaanien tai lääkkeiden väärinkäyttäjien vieroitus- tai ylläpitohoitoon”. Tavoite oli “mahdollisimman nopeasti välttää Temgesic-tablettien joutuminen katukauppaan”.

Tässä vaiheessa lääkäri itse ei näyttänyt olleen riittävässä määrin selvillä lääkintöhallituksen sisäisistä osastoajoista, niiden välisistä mielipide-eroista ja tiedonkulun puutteista eri osastojen välillä. Kuulemistilaisuudessa lääkärille hänen mukaansa ilmoitettiin hänen voivan jatkaa toimintaansa ja hänet kutsuttaisiin jatkokeskusteluun, jonka osallistujat voisivat edistää hoidon toteuttamista julkisella sektorilla. Ilmeisesti tämän jälkeen lääkäri katsoi voivansa jatkaa potilaidensa hoitoja siihen asti, kunnes julkisen sektorin hoitopaikka olisi järjestetty.

Samana päivänä 17.7.1990 sairaalaosastolle saapui huumeiden käyttäjä, joka kertoi hyötynensä hoidosta ja oli huolestunut sen jatkumisesta. Sairaalaosasto otti yhteyttä pääjohtajaan, joka alkoi valmistella asiaa koskevaa neuvottelua [12].

Elokuussa 1990 lääkintöhallitukseen oli saapunut 37 potilaan kirjalliset anomukset korvaushoidon järjestämisestä heille.

5.8.1990 lääkäri lähetti lääkintöhallituksen sairaalaosastolle kirjeen [37], jossa hän ehdotti narkomaanirekisterin perustamista. Omilla potilaillaan hän oli jo täyttätänyt rekisteriä varten laatimansa suostumuslomakkeet. Hän halusi, että julkisen sektorin hoitopaikka olisi järjestetty mahdollisimman pian.

Itselläni on jo liikaa potilaita ja haluan koko hoidon siirtää viralliselle hoito-organisaatiolle, jolla on riittävästi resursseja toimia. Itse en haluaisi hoitaa yhtään huumeongelmaista, mutta kokeilumielessä olen laajentanut toimintaa ja saanut mielestäni hyviä havaintoja ja kokemuksia, joita voidaan ehkä muualla hyödyntää. ... Toivon, että lomakkeista on hyötyä virallisen hoitojärjestelmän luomisessa. Esityksen olen siis tehnyt lääkintöhallituksen pääjohtajalle. Toivon, että asia alkaa luontua mahdollisimman pian eteenpäin. [37]

10.8.1990 lääkäri lähetti pyydettyjen 28 potilasasiakirjan sijaan alkuperäiset potilasasiakirjat kolmesta potilaasta sekä selvityksen yhdeksästä potilaasta; muista potilaista oli vain lyhyet maininnat [12].

14.8.1990 lääkintöhallituksessa pidettiin neuvottelu huumeiden käyttäjien hoitotilanteesta. Opiaattien väärinkäyttäjien määrän todettiin olevan todennäköisesti oletettua suuremman, "mikä saattaa merkitä toisenlaisen tilanteen syntymistä kuin koko 1980-luvun ajan on vallinnut". Edelleen "ylläpito-hoidon tarve voi Suomessa nyt olla realistinen. Valmius tällaisen hoidon toteuttamiseen julkisella sektorilla on kuitenkin olematon. Toistaiseksi ylläpitohoitoa ovat antaneet yksityislääkärit. Kokouksessa päädyttiin siihen, että lääkintöhallitus kääntyy Helsingin kaupungin puoleen neuvotellakseen tilanteen edellyttämistä toimenpiteistä kunnallisessa terveydenhuollossa" [12].

31.8.1990 lääkäri lähetti lääkintöhallituksen valvontatoimistoon kirjeen [38], jossa hän selvittää yrityksiään järjestää potilailleen muuta hoitopaikkaa.

Olen keskustellut Kettutien A-poliklinikan ylilääkärin kanssa hiljattain. Hänen johtamansa A-poliklinikka ei pysty laajemmin hoitamaan tätä potilasryhmää, Hesperian sairaala ei koe heitä sopiviksi myöskään sinne, HYKS keskittyy osastokatkaisuun, joten sopivaa hoitopaikkaa ei ole näkyvillä. ... Olen keskustellut ongelmasta Lastensuojelun valtakunnallisilla päivillä tapaamani Helsingin sosiaaliviraston johtavan työntekijän kanssa, ja hän kehotti minua ottamaan yhteyttä apulaiskaupunginjohtajaan tässä asiassa. Olenkin kirjoittanut hänelle ja ehdottanut, että Helsinki alkaisi kehittää avohoitoa ja olen luvannut antaa kokemukseni siinä avuksi ... toivon, että vuoden loppuun mennessä Helsingissä olisi toimiva yhteiskunnan ylläpitämä avohoitoa, jossa on myös riittävän kriittinen ja tutkiva hoitotapa".

Syyskuussa lääkintöhallituksen hallinto-osaston valvontatoimisto käynnisti buprenorfiinin reseptimääräykset selvittävän tutkimuksen lääkintöhallituksen sairaalaosaston osastopäällikköä vastaan. Lokakuussa tutkinta todettiin aiheettomaksi. Kuukauden kuluttua marraskuussa siitä ilmoitettiin tutkimuksen kohteelle [12].

1.10.1990 järjestettiin lääkintöhallituksen kollegion neuvottelu ja lääkäri kutsuttiin toiseen kuulemistilaisuuteen seuraavaksi päiväksi 2.10.1990.

2.10.1990 viisi laajalevikkistä sanoma- ja iltapäivälehteä (Helsingin Sanomat, Uusi Suomi, Aamulehti, Turun Sanomat ja Iltalehti) uutisoivat lääkärin tapauksesta otsikoin, joiden mukaan kiertelevät narkomaanit olivat huijanneet lääkäriltä tuhansia huumetabletteja [8]. Saman päivän kuulemistilaisuudessa [39] lääkärille esitettiin edellisen kuulemistilaisuuden pöytäkirja, jonka mukaan lääkärille oli 17.7.1990 kerrottu, ettei lääkintöhallituksen hallinto-osasto hyväksynyt hänen toteuttamaansa hoitoa ja se olisi ollut lopetettava. Pöytäkirjan sisällöstä syntyi jyrkkä erimielisyys: lääkärin mukaan "mitään tällaista ei ollut puhuttu". Objektiivista aineistoa kuulemistilaisuuden sisällöstä ei ollut.

2.10.1990 lääkintöhallituksessa pidettiin pääjohtajan johdolla uusi neuvottelu, johon osallistui myös Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon edustajia [12]. Muistion mukaan neuvottelu pidettiin "sisällöltään siten kuitenkin muuttuneena, että neuvottelussa keskityttiin pääosin valvontakysymyksiin." Muistion [35] mukaan lääkäri oli jatkanut lääkemääräyksiä elo-syyskuussa osin entiseen tapaan (ilmeisesti noin 2200 mg).

Lääkäri toimitti vastineen 3.10.1990. Läkintöhallituksen ylimmän päättävän elimen, kollegion, samana päivänä pitämän kokouksen esityslistaan sisältyneen luonnoksen mukaan lääkärille aiottiin antaa huomautus sekä kieltää häntä määräämästä buprenorfiinia yksityisvastaanotollaan muilla kuin virallisilla indikaatioilla. Kollegion kokouksen päätöksellä pkv-lääkemääräämisoikeudet kuitenkin peruutettiin väliaikaisesti [40].

Sanomalehdet uutisoivat rajoittamispäätöksestä jo 4.10.1990. Kaikille lääkäreille lähetettiin 3.10.1990 päivätty lääkintöhallituksen yleiskirje, jossa buprenorfiini todettiin soveltumattomaksi huumeriippuvuuden hoitoon yksityisvastaanotolla.

Lääkärin toivomaa virallista hoitopaikkaa ei järjestetty, joten hänen potilaidensa hoito katkesi. Heidän ohjaamisensa muualle osoittautui vaikeaksi. Terveyskeskukset kieltäytyivät antamasta korvaushoitoa, samoin kuin erikoissairaanhoito. Myöhemmän lausunnon [41] mukaan "huomattava osa potilaista ryntäsi katkerina ja vihaisina Kettutien A-poliklinikalle", jolla ei kuitenkaan ollut käytössään "spesifin lääkehoitoon perustuvaa vieroitusohjelmaa, eikä minäänlaista ylläpitohoitomahdollisuutta". Lausunnon mukaan potilaat olivat jo kliinisesti hyvässä kunnossa. Osa oli

lopettanut laittomien huumeiden käytön ja saanut työpaikankin. Osa oli jo ehtinyt retkahtaa takaisin huumeiden käyttöön tai ei ollut vielä päässyt niistä kokonaan eroon. Suurin osa aloitti huumeiden käytön uudelleen. Lausunto toteaa:

Koska Kettutien A-poliklinikalla ei voitu tämän potilasryhmän ylläpitohoitoa missään muodossa jatkaa, emmekä voineet ohjata heitä muuallekaan hoito-ohjelman puuttumisesta johtuen, olemme joutuneet seuraamaan heidän retkahtamisiansa takaisin aineiden käyttöön kaikkine kielteisine seurauksineen (kuolemat, erilaiset aineiden käytön komplikaatiot, vankiloihin joutumiset, huumeongelman nopea paisuminen, mahdollisuus antaa tilanteeseen sopivaa muualla hoitokäytännöiksi vakiintunutta apua).

Erään tutkimuksen [23] mukaan käyttäjien oikeus hoitoon jäi sivuseikaksi kiistan edetessä siitä huolimatta, että potilaat ja heidän vanhempansa esiintyivät laajasti tiedotusvälineissä. Lääkäreiden kollegiaalisuuden aste oli matala, terveysviranomaisten rooli ensisijaisesti rajoittava, poliisin rooli hallitseva ja tiukasti valvontaa korostava. Keskeinen kysymys olivat korvaushoidon mahdolliset lieveilmiöt kuten katukauppa.

Lääkärin valitettua korkeimpaan hallinto-oikeuteen lääkintöhallitus pyysi 12.11.1990 neljä asiantuntijalausuntoa yhdentoista potilaan potilaskorttimerkintöjen, apteekkien lääkemääräystietojen ja lääkintöhallituksen kokousmuistioiden pohjalta. Saadut lausunnot on päivätty ajalle 17.12.-31.12.1990. Lääkärin kirjoittamia vastineita ja liitteinä toimitettuja buprenorfiinikorvaushoitoa käsitelleitä tutkimusjulkaisuja ei toimitettu lausunnonantajille.

Joulukuussa 1990 Helsingin yliopiston kliinisen farmakologian professori [42] piti Lääkäriliitossa esitelmän, jossa hän ulkomaisiin tutkimuksiin viitaten kertoi, että "buprenorfiinia voidaan sen farmakologisista ominaisuuksista johtuen tarkoitukseen käyttää ja kannattaisi Suomessakin tutkia, koska meillä ei vielä ole vakiintunutta metadonihjelmaa" [41].

Asiantuntijalausunnot saatuaan lääkintöhallituksen seuraaja sosiaali- ja terveyshallitus lähetti lääkärille 31.12.1990 selvityspyynnön koskien hänen pkv-oikeuksiansa rajoittamista toistaiseksi. Lisäksi se pyysi 13.6.1991 viidennen asiantuntijalausunnon. Lääkäri toimitti kaksi vastinetta, jotka keskittyivät erimielisyyksiin kuulemistilaisuuden sisällöstä, lääkemääräistä ja tutkimusnäytön olemassaolosta. On huomattavaa, että sosiaali- ja terveyshallituksessa ei enää ollut hoidoista vastaavaa yksikköä; se lakkautettiin lääkintöhallituksen myötä. Näin ollen asiaa lienee käsitelty entistä puhtaammin valvonta-asiana.

Helsingin kaupungin terveysviraston 10.10.1990 asettama työryhmä julkaisi 23.1.1991 raportin narkomaanien hoidon järjestämisestä Helsingissä [43]. Raportin mukaan opiaattiriippuvaisia olisi ollut poliisin tiedossa 100-200. Amfetamiinin tai huumausaineiksi luettavien lääkkeiden käyttäjiä tunnettiin lähes 1000 ja kannabiksen käyttäjiä lähes 8000. Työryhmä ehdotti muun muassa määräaikaisten metadoniylläpitohoidon järjestämistä "erälle narkomaaneille" jossakin erikoissairaanhoidon yksikössä, aluksi Hesperian poliklinikalla, jonka kapasiteetiksi arvioitiin noin 20 potilasta. Hoitoon soveltuvia narkomaaneja Helsingissä arvioitiin olevan "muutamia kymmeniä". Hoidon kriteerit asetettiin tiukoiksi: muun muassa vähintään 30 vuoden ikä, "vähintään 15 vuoden aikana tapahtunut dokumentoitu suonensisäisten opiaattien käyttö, mistä ajasta viimeiset viisi vuotta jatkuva suonensisäisten opiaattien käyttö", dokumentoituja epäonnistuneita vieroitusyrityksiä ja rikosrekisteri huumausainerikoksista tai "rikollisesta varainhankinnasta huumausaineiden ostamista varten". Lisäksi arviointiin vaikuttivat lastensuojelunäkökohdat sekä raskaus tai HIV-infektio. Terveysvirasto ei kuitenkaan ryhtynyt toimiin raportin suositusten toteuttamiseksi, vaan jäi odottamaan valtakunnallista ratkaisua hoitokäytännöistä.

Sosiaali- ja terveyshallitus asetti 16.10.1991 neljän vuoden toimikaudeksi päihdeasiain asiantuntijatyöryhmän [6]. Sen tehtävänä oli vuoden 1992 loppuun mennessä valmistella suositus lääkkeiden käytöstä narkomaanien ja sekakäyttäjien hoidossa, sekä valmistella esitys ohjeistuksesta ja toimenpiteistä sen toteuttamiseksi. Ryhmä rajasi toimenkuvansa ensi vaiheessa pelkästään opioidiriippuvaisten hoitoon.

KHO ei 27.12.1991 antamassaan päätöksessä [44] muuttanut lääkintöhallituksen päätöstä. Kolmesta lauseesta koostuvan päätöslauselman ensimmäinen lause toteaa 2.10.1990 kuulemistilaisuuden ajankohdan ja lääkärin 3.10.1990 antaman vastineen. Toinen lause toteaa lääkintöhallituksella olleen oikeuden väliaikaisesti kieltää lääkäriä määräämästä pkv-lääkkeistä, kunnes asia on lopullisesti ratkaistu. Kolmas lause toteaa, ettei lääkintöhallituksen päätöstä ole syytä muuttaa. KHO:n mukaan sen tämän aikakauden päätöksistä ei tyypillisesti ole olemassa perusteluja.

10.6.1992 sosiaali- ja terveyshallitus peruutti lääkärin pkv-lääkemääräämisoikeudet toistaiseksi [45]. Lääkäri valitti päätöksestä KHO:lle 5.8.1992. Hän kanteli myös oikeuskanslerille, joka 19.1.1993 päätti jättää asian käsittelemättä.

Kaikki asiantuntijalausunnot, kaksi lääkärin sosiaali- ja terveyshallitukselle toimittamaa vastinetta, sosiaali- ja terveyshallituksen 4.9.1992 KHO:lle toimittama vastine, lääkärin 27.11.1993 KHO:lle toimittama vastine ja yksi hänen pyytämänsä 18.1.1993 päivätty asiantuntijalausunto [41] sisältyivät KHO:n toiseen käsittelyyn. Viimeksi mainittu asiantuntijalausunto toteaa muun muassa, että "minulle jää edelleenkin epäselväksi se, millä perusteella määräämis-kieltoa on jatkettu 10.6.1992 toistaiseksi".

Vuonna 1992 valmistunut julkaisematon raportti HYKS:n huumevieroitusyksikön tuloksellisuudesta [14] arvioi kuolin-syytilastojen pohjalta opiaattiriippuvaisten määräksi koko maassa noin 600-650 henkilöä.

Vuoden 1992 loppuun mennessä korvaushoidon tarvitsijoita oli Kettutien A-poliklinikalla jo 200 [41]. Kliiniseltä kultaan he olivat “huomattavasti pitemmälle kroonistuneita kuin esim. amerikkalaisesta kirjallisuudesta saatu kuva niistä potilaista, joille aloitetaan metadoniylläpitohoito”. Opiiaattiriippuvuus oli alkanut 10-25 vuotta sitten. A-klinikan mukaan he olivat “hengenvaarassa johtuen hallitsemattomasta aineriippuvuudesta ja siitä, että hoitoon hakeutumiskykyistä huolimatta he eivät saa sellaista apua, jolla hoitoon kiinnittyminen voisi tapahtua”. Kuitenkin “lääkintäviranomaisten kanta Suomessa buprenorfiinin käyttöön kokeiluja puoltavista asiantuntijalausunnoista huolimatta oli kielteinen ja huumeepoliisin asenne oli myös kielteinen”. Lausunnon mukaan huumeongelmat olivat vuoden 1990 jälkeen vain vaikeutuneet.

Helsingin kaupungin nuorisopsykiatrian ylilääkärin Hesperian sairaalassa 30.12.1992 pitämän esitelmän [46] mukaan “vuodesta 1975 vuoteen 1990 huumeoire ei ole muodostanut käytännön ongelmaa ... sen sijaan vuodesta 1990 lähtien ongelma on kärjistynyt ... huumeongelma on viimeisen kahden vuoden aikana laajentunut koskemaan lähes jokaista nuorta joko välittömästi tai välillisesti ... tilanne on muuttunut hälyttävästi terveydenhuollossa ... sairaalahoidon tarve, hepatiitit, HIV, kuolemantapaukset ja aineidenkäyttöön liittyvät kuolemanvaara ja mielisairausoireet ovat lisääntyneet ... paine vastata väärinkäyttöongelman uudenlaisen hahmottamisen haasteeseen on kasvanut ... kuolemantapaukset sekä nuorten huumeiden väärinkäytön nopea lisääntyminen vaativat toimenpiteitä”. Edelleen “useat tutkimukseni kuolleista nuorista olisi voitu pelastaa ylläpito- ja hoitohoidolla työkykyisiksi ja itsenäistä elämää viettämään kykeneviksi. Useat olivat lahjakkaita ja perheellisiä ... terveydenhuoltojärjestelmän kyvyttömyys organisoida sitä hoitomuotoa, joka on halpa, tehokas ja hengenpelastava, on ollut ratkaiseva”.

Sosiaali- ja terveyshallituksen 16.10.1991 asettaman työryhmän muistio valmistui 29.3.1993 [6]. Pelkästään opiaattiriippuvaisten määräksi koko maassa arvioitiin poliisin näkemykseen perustuen alle sata. Opioidia käyttäviä sekakäyttäjiä arvioitiin olevan pääkaupunkiseudulla 150-400 ja koko maassa noin 1000. Erityisen ongelmalliseksi katsottiin käyttäjien hakeutumattomuus hoitoon. Muistion mukaan “työryhmä ei pidä ylläpitolääkityksen määräämistä periaatteessa hyvänä kuntoutuksellisenä vaihtoehtona opioidiriippuvaisille narkomaaneille”. Työryhmän mukaan “metadoniylläpitolääkitystä voidaan harkita vain poikkeuksellisesti silloin, kun pitkäkestoiset vieroitushoidot eivät ole onnistuneet”, potilaan tilanne oli tutkittu erittäin tarkasti ja potilas oli pitkäkestoisesti sitoutunut hoitoon. Työryhmä ehdotti ylläpitolääkityksen osoittamista erikoissairaanhoidon erityistason tehtäväksi. Hoidon aloituksen haluttiin tapahtuvan yliopistosairaaloiden psykiatrian klinikoissa tai Järvenpään sosiaalisairaalassa. Sen jälkeen hoitoa olisi voitu jatkaa muussa narkomaanien hoitoon erikoistuneessa yksikössä.

Myöhemmin varsinkin vaatimusta korvaushoidon toteuttamisesta ainoastaan erikoissairaanhoidon erityistasolla on pidetty hoidon toteuttamista pitkään estäneenä virheenä. Myös työryhmän käyttäjämääräarvion on katsottu olleen ristiriidassa Kettutien A-poliklinikan arvion kanssa. Monilta osin muistio vaikuttaa hieman taantumuksellisemmalta ja käytännöstä vieraantuneemmalta kuin vuoden 1991 Helsingin kaupungin työryhmän muistio [43].

Työryhmä pyysi lausuntoja eri tahoilta. Hesperian sairaalan nuorisopsykiatrian ylilääkäri [46] ja Kettutien A-poliklinikan ylilääkäri kannattivat ylläpitohoitoa. A-klinikkasäätiön toiminnanjohtaja ei suositellut ylläpitohoitoja, koska katsoi, että “ylläpitolääkityksen määrääminen ei ole varsinaista huumeriippuvuuden hoitoa, vaan riippuvuuden ylläpitoa”. Eräs apteekkari katsoi että kontrollia ei ole syytä tiukentaa, että ylläpitohoito vähentää rikollisuutta ja sosiaalisia haittoja mutta on vain riippuvuuden siirtoa aineesta toiseen, ja että haittojen vähentämistä tulisi toteuttaa esimerkiksi neulanvaihto-ohjelmalla ja somaattisella sairaanhoidolla perusterveydenhuollossa. Aptekeilla ei hänen mielestään ollut valmiuksia ottaa huumeongelmaisia erityisasiakkaisiin. Oikeusministeriön vankeinhoito-osasto katsoi, että metadoniylläpito- ja hoitohoidon järjestäminen vankiloissa aiheuttaisi niin paljon ristiriitoja eri mieltä olevien hoitohenkilöiden kesken, että sillä voitaisiin toteuttaa korkeintaan lyhyitä vieroitusjaksoja. Kriminaalihuoltoyhdistys katsoi vieroitushoidon perustelluksi mutta ylläpito- ja hoitohoidon narkomaanien pienen määrän vuoksi tarpeettomaksi. Helsingin huumeepoliisin mukaan hoidossa tulisi pyrkiä ainoastaan vieroitukseen ja “ylläpito- ja hoitohoidon käsite on vaikeasti ymmärrettävissä”. Lisäksi hoito tulisi keskittää erityistasolle, valvonnan tulisi olla tiukkaa ja viranomaisten yhteistyötä tulisi kehittää.

Espoon kunta ilmoitti “ettei aio ryhtyä järjestämään ylläpitohoitoa ... mahdollisesti tarvittava ylläpitolääkitys tulisi keskittää Helsingin seudulle”. Kuopion sosiaalikeskuksen mukaan olemassaoleviin psykiatriin sairaaloihin tulisi luoda eritasoisia hoitomahdollisuuksia, mutta ylläpitohoitoon “lausunto suhtautuu yksiselitteisen kielteisesti”. Oulun kaupungin mukaan vieroitus tulisi toteuttaa psykiatrisilla osastoilla, mutta ylläpitolääkitys terveyskeskuksissa. Tampereen kaupungin sosiaalivirasto suhtautui kielteisesti ylläpitohoitoihin. Tampereen terveysvirasto katsoi, ettei heillä ole riittävää asiantuntemusta vieroitus- ja korvaushoidon ongelmista, eikä ottanut varsinaista kantaa. Turun kaupungin terveysviraston mukaan vieroitushoito tulisi keskittää valtakunnallisesti 2-3 yksikköön. Turun kaupungin sosiaaliviraston mukaan hoidot tulisi aloittaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa perusterveydenhuollossa, mutta kokeiluvaihe tulisi paikallisen resurssin puutteen vuoksi toteuttaa valtakunnallisesti. Tuusulan kunnan mukaan hoidot tulisi keskittää erityistasolle. Vantaan kaupungin mukaan korvaushoidot ovat mahdollisia, mutta Vantaalla esiintyy lähinnä sekakäyttöä.

Kunnallinen päihdehuoltoyhdistys suhtautui “erittäin kriittisesti ylläpitolääkityksen määräämiseen”. A-kiltojen liitto suositteli palvelujen keskittämistä mutta oli “erittäin kriittinen ylläpito- ja hoitohoidon toteuttamisen suhteen”. Päihdevammaisten liiton mukaan ylläpitohoito tulisi toteuttaa perusterveydenhuollossa tai psykiatriassa eriyttämättä huumeepotilaita

muusta terveydenhuollosta. Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä esitti, että “narkomaanien ylläpitohoitoa ei tule Suomessa aloittaa, koska se ei ole päihdeongelmien hoitoa. Ylläpitolääkitys tavallaan tuomitsee potilaan elinikäiseen päihderiippuvuuteen”. Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön keskuksen mukaan “kannan ottaminen ylläpitohoitoon on nykyisin vaikeaa”. Päihdehuollon lääkärit ry esitti sekä lääkkeellisten vieroitus- että ylläpitohoitojen toteuttamista kokeiluluonteisesti. Päihdehuollon sairaanhoitajat katsoi “pysyvään ylläpitohoitoon olevan tarvetta hyvin harvojen päihdeongelmaisten osalla”.

Suomen Vanhempainyhdistys Irti Huumeista ry “korostaa lausunnossaan, että yhdistys ei hyväksy opiaattikkojen ylläpitohoitoa. Metadonihjelmien tulisi aina tähdätä vieroitukseen”. Huumeenkäyttäjät “eivät sovellu hoidettavaksi yhdessä alkoholi-ongelmaisten kanssa”. Vapaaksi Huumeista ry oli huolissaan siitä, että ylläpitohoito veisi resursseja olemassaolevilta lääkkeettömiltä vieroitushoidoilta, mutta sille ei muuten katsottu olevan estettä.

Eri yliopistosairaalojen psykiatriset klinikat eivät esittäneet työryhmän ehdotuksiin olennaisia muutoksia.

Vuoden 1990 tapauksen lääkärin osalta oikeuskäsittelyt päättyivät marraskuussa 1993, jolloin KHO ei 10.11.1993 antamassaan päätöksessä [47] muuttanut sosiaali- ja terveyshallituksen päätöstä. Päätöslauselma oli kokonaisuudessaan “Sosiaali- ja terveyshallituksen päätöstä ei ole syytä muuttaa. Päätös jää siis pysyväksi”.

Yksityislääkärin pkv-lääkemääräämisoikeudet palautettiin 12.6.2001 tehdyn hakemuksen ja kahden lisäselvityspyynnön jälkeen 29.1.2003.

Asiantuntijalausunnot

Lääkintöhallitus pyysi viideltä asiantuntijaltaan lausuntoja yhdestätoista potilastapauksesta (lääkäri oli toimittanut asiakirjat kahdestatoista). Neljälle korkeissa virka-asemissa olleille asiantuntijapsykiatreille esitetyt kysymykset koskivat buprenorfiinin soveltuvuutta narkomaanien vieroitus- ja ylläpitohoitoon, lääkärin koulutuksen ja kokemuksen riittävyttä, onko lääkärintoimen harjoittamisessa mahdollisesti todettavissa olevaa virheellistä menettelyä, riittävän varovaisuuden noudattamista määrättäessä Temgesic-tabletteja narkomaanien vieroitus- ja ylläpitohoitoon yksityisvastaanotolla, ja muun pkv-lääkityksen asianmukaisuutta.

Yhdelle farmakologian professorille esitetyt kysymykset koskivat buprenorfiinin käytön perusteltavuutta narkomaaneilla huumeita korvaavana hoitona tai kipuhoidona, buprenorfiinin, muiden huumeiden, pkv-lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksia, buprenorfiinin addiktio- ja habituaatiopotentiaalia, mahdollisia haittavaikutuksia pitkäaikaiskäytössä, ja riittävän varovaisuuden noudattamista ammatinharjoittamisessa.

Lausunto A

Dosentin ja psykiatrian erikoislääkärin 17.12.1990 päivätty lausunto toteaa ydinkysymyksen olevan buprenorfiinin soveltuvuuden narkomaanien vieroitus- ja ylläpitohoitoon. Lausunnon mukaan “tästä seikasta ei ole olemassa mitään kunnollista kontrolloitua näyttöä”, mutta “merkittävä osa vaikeasta huumeriippuvuudesta kärsivistä voi hyötyä huomattavastikin metadonin avulla toteutetusta ylläpitoahoidosta”, jota sovelletaan “useissa muissa maissa”. Hänen mukaansa “tässä suhteessa tämän hoitomahdollisuuden puuttuminen yhteiskunnan ylläpitämistä hoitoyksiköistä on selvä puute”. Kuitenkaan “vastoin metadonihoidosta kansainvälisessä kirjallisuudessa ei ole olemassa mitään kontrolloituja hoitotutkimuksia Temgesicin hyödyllisyydestä tässä indikaatiossa”. Lausunnon mukaan “kysymykseen Temgesicin mahdollisesta hyödyllisyydestä narkomaanien ylläpitoahoidossa ei nykytiedon valossa voida ottaa selvää tai ehdotonta kantaa”, mutta “periaatteessa on käsitykseni mukaan mahdollista, että ainakin eräät narkomaanit saattaisivat hyötyä Temgesic-ylläpitoahoidosta metadoniylläpitoahoidon tapaan”.

Lausunnon mukaan “pyrkimys on siis selvästi ollut vilpittömästi auttaa vaikeasti häiriintyneitä ja vaikeahoitaisia potilaita - potilaita, joiden hoitoon ja auttamiseen useimmat muut lääkärit ja hoitoyksiköt suhtautuvat torjuvasti tai vihamielisesti”. Edelleen “tässä suhteessa lääkärin motiivit ja pyrkimykset ovat asiakirjojen valossa hyvin vilpittömät ja kunnioitettavat”. Lausunto toteaa, että lääkäri on “työssään pyrkinyt kontrolloimaan potilaittensa lääkkeen käyttöä lyhytaikaisin reseptein ja tihein käyntikerroin sekä korostamaan heidän omaa vastuutaan allekirjoitetuin hoitosopimuksin”. Muuta pkv-lääkitystä pidettiin asianmukaisena.

Lausunto myös taustoittaa asiaa psykiatrien koulutuksen ja asenteiden osalta. Sitä voitaneen pitää osuvana ajankuvana julkisen terveydenhuollon suhtautumisesta huumeongelmaisiin 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa.

Voidaan tietysti kysyä perustellustikin, onko lääkärin koulutus ja kokemus riittävä, jotta hän voisi toteuttaa asianmukaisesti huumeriippuvaisten potilaiden lääk- ja muuta hoitoa. Hän ei ole erikoistunut psykiatriksi eikä hänellä ole ollut muodollista tai pitkäaikaista ohjattua kokemusta tai koulutusta huumeriippuvuudesta kärsivien potilaiden hoidossa. Tämä kysymys tuntuu kuitenkin jossain määrin kohtuuttomalta, kun maamme psykiatrit, psykiatrinen hoitojärjestelmä ja alkoholistien hoitojärjestelmä suhtautuvat yleisesti ottaen hyvinkin kielteisesti ja torjuvasti narkomaanien hoitoon tai heidän hoitonsa aktiiviseen ja monipuoliseen kehittämiseen.

Psykiatrinen koulutus ei myöskään sellaisenaan anna nykyisellään kovin hyviä lähtökohtia nimenomaan narkomaanien hoitoon. Narkomaanien hoidossa ammatillinen kokemus kehittyy vain työssä yritysten ja erehdysten myötä - olennaista on myötätunto narkomaaneja kohtaan ja vilpittömän halu auttaa heitä. Tässä suhteessa lääkäriellä on asiakirjojen valossa paljon keskimääräistä lääkäriä paremmat lähtökohdat narkomaanien auttamisessa. Lisäksi hän on vuosia toiminut koululääkärin työssä. Työ nuorten parissa on todennäköisesti kehittänyt hänen kykyjään tulla toimeen narkomaanien kanssa. Asiakirjoista ilmenee varsin selkeästi se, että hänellä on ainakin yleisesti ottaen ollut molemminpuolisesti hyvä suhde narkomaanipotilaisiinsa.

Lausunnon keskeinen kritiikki liittyy lausunnonantajan käsitykseen siitä, että lääkäri toimi 17.7.1990 jälkeen vastoin lääkintöhallituksen nimenomaista, selkeää kieltoa. Toiseksi lausunnon mukaan buprenorfiinin käytöstä tähän indikaatioon "ei ole olemassa riittävää näyttöä". Lausunnon mukaan lääkärin olisi ennen hoidon aloittamista tullut odottaa lääkintöhallituksen potilaskohtaisia kirjallisia lupia.

Lausunto ei ilmaise, mitä sanktioita lääkäriin olisi tullut soveltaa. Sen sijaan lausunto toteaa, että lääkärin olisi tullut hakea lääkintöhallitukselta virallista lupaa käynnistää kontrolloitu tutkimus joko metadonin tai buprenorfiinin käytöstä huumeriippuvuudesta kärsivien pitkäaikaishoidossa, ja että lääkintöhallituksen olisi tullut myöntää lupa "tutkimuksen aloittamiseen näin motivoituneen ja vaikeahoitaisiin potilaisiin myötätuntoisesti suhtautuvan ja tieteellisesti muussa yhteydessä pätevytyneen lääkärin taholta". Lausunto ei sisältänyt viitteitä tieteelliseen kirjallisuuteen tai muihin lähteisiin.

Lausunto B

Apulaisprofessorin ja psykiatrian erikoislääkärin 19.11.1990 päivätyn lausunnon mukaan yhtätoista potilasta koskevista asiakirjoista käy ilmi, että lääkäri "haluaa vilpittömästi auttaa vaikean huumeongelman kanssa kärsivää ihmistä" pääasiassa lääkkeellisin keinoin, mutta "pyrkii myös juttelemaan potilaitensa kanssa" kuvaten sitä "supportiiviseksi psykoterapiaksi". Lausunnon mukaan toiminnan kuvaaminen psykoterapiaksi on virheellistä.

Lääkemääräysten osalta lausunnonantaja näkee lääkärin toimineen "runsaan vuoden ajan hyvin harkitsemattomasti". Hänen mukaansa näyttää siltä, että lääkäri on "joutunut huumeongelmaisten 'koukkuun'". Raskauttavinta on se, että annostus näyttää lausunnonantajan mielestä nousseen hoidon edetessä. Lausunto kritisoi myös pkv-lääkemääräyksiä.

Lausunto katsoo lääkärin toimineen vilpittömästi, mutta osoittaneen koulutuksen vähäisyydestä johtuvaa riittävän asiantuntemuksen puutetta. Yhteenvedona lausunto toteaa olevan aihetta rajoittaa pkv-lääkemääräämisoikeutta niin kauan, kunnes lääkäri erikoistuu jollekin psykiatrian erikoisalalle.

Lausunnon mukaan huumeongelman hoidossa on keskeisintä "sosiaalinen ryhmä, jonka turvin aineista voidaan irrottautua". Lausunto mainitsee lääkäriellä ilmeisesti olleen jonkinlaisen tähän pyrkivän tukiryhmän. Lääkkeen osuutta lausunto kuvaa seuraavasti: "Lääkäri ajautuu virheelliseen menettelyyn uskoessaan, vastoin tieteellistä tietoa, Temgesicin kaikkivoipaan vaikutukseen narkomaanien hoidossa". Lausunto ei sisällä viitteitä tieteelliseen kirjallisuuteen tai muihin lähteisiin.

Lausunto C

Yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian erikoislääkäri luetteli 20.12.1990 päivätyssä lausunnossaan Temgesic-määräysten kappalemäärät, mutta ei vuorokausiannoksia. Buprenorfiinin soveltuvuus on hänen mukaansa "avoin ja lisäselvityksiä vaativa asia", mutta se "voisi soveltua laitotosuhteissa vieroitusoireiden hallintaan". Edelleen "tietääkseni yleensä Suomessa narkomaanien katkaisuhoidopaikoissa toteutetaan lääkkeetöntä vieroitushoitoa", ja haittojen vähentäminen on "yhteiskunnallisesti ja käytännön kannalta suuri kysymys". Lausunnonantajan mukaan "käytännön kokemusten ja psykiatrian yleisen tietämyksen pohjalta on selvää, että Temgesic ei kuitenkaan sovellu tablettimuotoisena avohoidossa lääkemääräyksiin toteutettavaan narkomaanien hoitoon, olipa kyseessä sitten vieroitus- tai ylläpitohoito".

Tarkastelun kohteena olevan lääkärin "koulutus vastaa kyllä monenkin päihdehuollossa työskentelevän lääkärin koulutusta", mutta muu pkv-lääkemääräyskäytäntö "harkitsematonta ja epäasianmukaista". Hänen toimintansa "ei viittaa kokeneisuuteen alalla eikä vieroitus- ja ylläpitohoitojen Suomessa tai kansainvälisesti sovellettavien käytäntöjen tuntemukseen". Edelleen "lääkemääräyksillä, tablettimuotoisella lääkityksellä ja muutaman viikon, jopa kuukaudenkin väliajoin tapahtuvalla vastaanottoseurannalla toteutettu narkomaanien vieroitus- ja ylläpitohoito poikkeaa niin jyrkästi narkomaanien hoidossa sekä Suomessa että ulkomailla saaduista kokemuksista ja menettelytavoista, että pidän sitä virheellisenä menettelynä lääkärin toimien harjoittamisessa".

Lausunnon mukaan potilaiden riippuvuusongelmien kesto vaihteli yhdestä neljään toista vuoteen. Silti lausunnonantajan mielestä oli raskauttavaa, että lääkäri "näyttää ensimmäisellä vastaanottokäynnillä aloittaneen Temgesic-lääkityksen potilaille, joiden hän on todennut käyttävän huumeaineita säännöllisesti, jopa aiemmin käyttäneen Temgesiciä huumeustarkoituksessa".

Lausunnon mukaan lääkärin olisi tullut konsultoida tai toimia yhteistyössä narkomaanien hoitoa Suomessa toteuttaneiden laitosten kanssa. Toisaalta lausunnossa mainitaan, että mikään laitos ei antanut korvaushoitoa. Myös tämä

lausunto viittasi lääkintöhallituksen määräyksen noudattamatta jättämiseen. Lausunto ei sisällä viitteitä kirjallisuuden tai muihin ulkopuolisiin lähteisiin.

Lausunto D

Farmakologian professorin 31.12.1990 päivätyn lausunto toteaa lausuntopyynnössä olleen “viisi kysymystä, joihin yritän vastata yksitellen muutaman käytössäni olevan käsikirjan perusteella (en ole tehnyt kirjallisuushakua, josta olisin ehkä saanut tuoreimmat tiedot)”.

Lausunto toteaa, että “vaikutuksen pitkäkestoisuuden vuoksi buprenorfiinia voidaan käyttää metadonin tapaan keran päivässä heroistien korvaushoitotarkoitukseen”, ja sen on “joiltakin osin arveltu olevan vieroitustarkoitukseen metadonia soveltuvampi”.

Haittavaikutukset pitkäaikaiskäytössä ovat samankaltaisia mutta ehkä hieman lievempiä kuin metadonin. Amfetamiinin, kokaiinin ja sedatiivien yhteiskäyttö voi muodostua ongelmaksi, ja “jo pienet alkoholi-, bentsodiatsepiini- ja barbituraattimäärät tai buprenorfiinin suonsisäinen käyttö voivat vahvistaa euforisoivaa vaikutusta”. Vieroitus suositellaan tehtäväksi laitoksessa. Lääkkeen joutumisen katukauppaan estämiseksi avohoidossa annos olisi nautittava päivittäin “valvontapaikassa”. Haittojen vähentämisen suhteen “sinänsä heroistien tablettihoidon on katsottu, liuotus- ja injisointimahdollisuus huomioonottaenkin, esim. USA:ssa vähentävän huumeruiskuiden lukua ja AIDS:n leviämistä”.

Lausunto toteaa buprenorfiinin olevan “erittäin potentti euforisoiva analgeetti”, mutta morfiinia vähemmän addiktoiva. Vieroitusoireet ilmenevät hitaammin ja ovat lievempiä kuin morfiinilla eikä henkeä uhkaavia vieroitusoireita ole kuvattu. Kuitenkin “jo varsin pienistä annoksista syntyy jatkuvassa käytössä habituaatio ja isommista annoksista (etenkin i.v.) huomattavan voimakas fyysinen kiintyminen ja addiktio, jolloin aineen jatkosaannin varmistaminen tulee käyttäjälle tärkeäksi”. Lausunnon mukaan ei tiettävästi ole osoitettu toleranssin tai riippuvuuden kehittymisnopeuden oleellisesti eroavan muista opiaateista. Buprenorfiinin haittavaikutusten pitkäaikaiskäytössä lausunto katsoo olevan samankaltaisia mutta ehkä hieman lievempiä kuin metadonin.

Kokonaisuutena lausunnonantaja pitää hoitoa melko onnistuneena:

Lääkäri on mielestäni ihailtavasti paneutunut vaikeiden narkomaanien hoitoon, jota meillä on laiminlyöty. Lääkkeiden määräämisessä heille katson hänen osoittaneen varomattomuutta, vaikka potilaiden luonne ja hyvän hoitosuhteen vaatima luottamus eivät olekaan helposti yhteensovitettavissa. Sinänsä myös arvovaltaiset tahot (esim. Jaffe 1990) esittävät että narkomaanien ylläpito- ja hitaassa vieroituksessa (annoksen vähennys enintään 10 % viikossa) kuukaudenkin metadoni- tai buprenorfiinannokset voidaan määrätä ja toimittaa kerralla, mutta vain sosiaalisesti stabiileille, työssä käyville potilaille, jotka eivät tarvitse muuta hoitoa. Lääkärin kaikki potilaat eivät ole olleet tällaisia ja buprenorfiinin käyttö (tai myynti?) määräysten koosta ja tiheydestä päätellen muutamien kohdalla ajan mittaan oli kasvussa, kun annosten pienentämiseen olisi pitänyt vakavasti pyrkiä.

Kaikesta huolimatta mielestäni lääkäri on hoidollaan voinut pitää joukon vaikeita narkomaaneja selvästi sosiaalisempina. Välittömän seuranta- ja jatkohoitopaikan puutteesta johtuen potilaistaan huolehtiva lääkäri on pyrkinyt vielä edes vähäksi aikaa turvaamaan potilaiden kuntoa, joten tällä perusteella pidän muutoin kohtuuttoman suurina kerta-annoksia loppuvaiheessa ymmärrettävinä. Kun lääkäriä on huomautettu varomattomuudesta PKV-lääkkeiden määräämisessä, en pidä hänen lääkkeenmääräämisoikeutensa rajoittamisen jatkamista tarpeellisenä.

Lausunto viittaa farmakologian referenssikäsikirjan [28] vuoden 1990 painoksen opioidien ja opioidiantagonistien farmakologiaa käsittelevään lukuun [29] sekä saman kirjan toiseen huumeriippuvuutta ja huumeiden väärinkäyttöä käsittelevään lukuun [30], jonka lähdeviitteisiin sisältyy myös Mellon ja Mendelsonin vuoden 1980 tutkimus [25]. Lausunto ei kuitenkaan sisällä käsikirjan toiseen lukuun [30] sisältyvää hoitoannostietoa 4-8 mg/vrk, ja koska hän edelleen viittaa “kohtuuttomiin” kerta-annoksiin, lausunnonantaja ei mahdollisesti lukenut luvun näitä kohtia. Lausunnon mukaan ammatinharjoittamisoikeuksien rajoittamiseen ei ole tarvetta.

Lausunto E

Ylilääkäri ja psykiatrian erikoislääkäri katsoi 13.6.1991 päivätyssä lausunnossaan, että tarkastelun kohteena oleva lääkäri “menetti idealismissaan kriittisen vastuullisen harkintakyvyn ja halusi auttaa. Edes lääkintöhallituksen asiaan puuttuminen ei havahduttanut häntä todellisuuteen” ja hän oli “suostunut toimimaan narkomaanien lääketoimittajana”. Vaikka buprenorfiini “periaatteessa soveltuu morfinistien ylläpitohoitoon”, “käytön kontrolloiminen sitä annettaessa on laboratoriotutkimusten vaikeuden takia hankalaa, ja siitä syystä ylläpitohoitoon on syytä käyttää helpommin todettavaa ja mitattavaa ainetta” kuten metadonia.

Koulutuksen suhteen lääkäri ei ollut pätevä hoitamaan huumeriippuvuutta. Koulutus päihdeongelmiin, työnohjaus ja yhteys HYKS:n huumevieroitusyksikköön (jonka ei tarjonnut korvaushoitoa) puuttuivat. Bentsodiatsepiinien käyttöä olisi tullut seurata laboratoriotutkimuksella.

Lausunnon mukaan “ainakin kortistomerkitöjen mukaan lääkärin paneutuminen huumeongelmaan ensitapaamisella vaikuttaa kovin pinnalliselta”. Lausunnonantaja korostaa, että maissa, joissa ylläpitohoito on hyväksyttyä, “pohdiskelu hoidon kriteeristä” eli hoidon aloittamisen ehdoista on “erittäin perusteellista ja vastuullista, samoin hoidonaikainen seuranta”. Lääkäri ei kiinnittänyt riittävästi huomiota potilaan elämän pitkäjänteiseen huomiointiin.

Potilaskortistosta käy ilmi, mitä tapahtui nuoria ymmärtävälle ihanteelliselle lääkärille, joka oli nähnyt huumeongelman tuhoisuuden kyllin läheltä: hän menetti idealismissaan kriittisen vastuullisen harkintakyvyn ja halusi auttaa. Edes lääkintöhallituksen asiaan puuttuminen ei havahduttanut häntä todellisuuteen.

Vuosikymmenen takaisessa Metadon-jupakassa oli samoja piirteitä: idealistista auttamisen halua epäkriittisesti. Melkoisella varmuudella on ennustettavissa, että tietyin välein ilmaantuu vastaisuudessaakin potilaitensa kohtaloista järkyttyneitä yksittäisiä lääkäreitä, jotka alkavat toimia viranomaisten määräyksistä piittaamatta, luottaen lääkärin toiminnan vapauteen ja henkilökohtaiseen vakaumukseensa. Kun pyritään lyhytjänteiseen eettiseen päämäärään, pitkäjänteinen unohtuu.

Lausunnonantaja esittää laajahkon kolmiosaisen toimenpidesuunnitelman, jonka avulla “vastaisuudessa vältyttäisiin nyt ilmenneistä epäkohdista”. Ensimmäiseksi hän ehdottaa pikaisia toimia sekä lääkärin että sosiaaliviranomaisten lisäkouluttamista päihdeongelmien hoitoon. Päävastuu oli sosiaaliviranomaisilla, jotka tuntevat ongelmakäyttöön liittyviä sosiaalisia ilmiöitä mutta eivät “elimelliseen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä asioita”. Toisaalta lääkäri “voi tietämättömyytensä takia tahtomattaan estää muun henkilökunnan työskentelyä tai ainakin väheksyä toimia joissa hänellä itsellään on puutteelliset tiedot”. Lausunnonantaja toteaa Suomen lääkäriliiton alkoholihaittatyöryhmän ja lääketieteellisten tiedekuntien dekaanien laatineen koulutussuosituksen, jota ei kuitenkaan toteutettu. Samoin hän toteaa Päihdehuollon lääkärit ry:n tehneen aloitteen päihdelääketieteen erikoisan perustamisesta.

Lisäksi lausunnonantaja ehdottaa, että “vaikka huumeenkäyttäjien hoidossa aina tulee pyrkiä ensisijaisesti huumeesta vieroittamiseen, otettaisiin myös huomioon huumeriippuvuus realiteettina. Se edellyttää tarkoituksenmukaisen kriittisen järjestelmän luomista”. Lisäksi “sovituisia pelisäännöistä tulee myös tiedoittaa lääkärikunnalle aktiivisesti, jottei tiedon puutteeseen voida vedota”. Viimeisenä osana toimenpideohjelmaansa lausunnonantaja vaatii huomion kiinnittämistä bentsodiatsepiinien aiheuttamiin riippuvuusongelmiin.

Lausunto viittaa kahteen Suomen lääkärilehden bentsodiatsepiiniriippuvuutta käsittelevään katsausartikkeliin ja lausunnonantajan omaan kommenttiluonteiseen kirjoitukseen bentsodiatsepiineista. Lausunto ei kerro, millaisia valvontatoimenpiteitä lääkäriin tulisi lausunnonantajan mielestä kohdistaa.

Pohdintaa

Aihe oli Suomessa uusi ja käytännön työn kautta melko tuntematon. Julkisella sektorilla buprenorfinihoitoa oli aiemmin kokeiltu A-klinikalla kolmelle potilaalle [34]. Lääke oli annosteltu päivittäin. Koska kuitenkin “poliisin suorittamissa selvityksissä oli ilmennyt, että näidenkin potilaiden epäiltiin myyneen tai luovuttaneen Temgesic-tabletteja toisille, tämä toiminta sovittiin hoitavan lääkärin kanssa lopetettavaksi” [34]. Muistion mukaan kyse oli siis poliisin epäilyksistä, ei näytöstä.

Yksi lausunnonantajapsykiatri mainitsi psykiatrien suhtautuvan korvaushoitoihin kielteisimminkin; neljä viidesosaa lausunnonantajista oli silti psykiatreja. Neljä viidestä lausunnonantajasta ei näyttänyt tuntevan buprenorfinia koskevaa tutkimusta, mutta ei yrittänyt hankkia sitä edes farmakologian perusteoksista, kuten ei lääkintöhallitukseenkaan. Buprenorfinihoitoa A-klinikalta kokeilleelta lääkäriltä [34] tai siihen perehtyneeltä Helsingin yliopiston kliinisen farmakologian professorilta [42] ei pyydetty lausuntoja. Lääkintöhallitus sivuutti lääkärin itsensä tarjoaman tutkimuskirjallisuuden (mm. [26]) eikä toimittanut sitä tai lääkärin vastineita lausunnonantajille.

Rajoitukset perustuivat keskeisesti syytöksiin “kohtuuttomista” lääkeannoksista, mutta yksikään lausunnonantaja ei ollut ottanut selvää suositellusta hoitoannoksesta. Laskelmat potilaiden saamista vuorokausiannoksista olivat epämääräisiä ja ristiriitaisia, mutta hoitoannokset näyttävät olleen välillä 0,8-2 mg/vrk, keskimäärin alle 1,6 mg/vrk. Vuoden 1989 Pharmaca Fennicassa ilmoitettu maksimivuorokausiannos kivun hoidossa oli 1,6 mg/vrk. Kirjallisuudessa opi-aattiriippuvuuden hoitoon suositeltu hoitoannos 4-8 mg/vrk oli mainittu lääkärin toimittamissa tutkimusartikkeleissa ja yhden lausunnonantajan käyttämässä lähteessä. Nykyisten hoitokäytäntöjen näkökulmasta kyseessä oli alilääkitys; suositeltu maksimihoitoannos on ollut jopa 16-32 mg/vrk.

KHO:n päätöslauselmat olivat kahden ja kolmen lauseen mittaisia ja lähinnä totesivat, että rajoituspäätöksiä ei ollut aihetta muuttaa. Haastatellun lääkintöhallituksen entisen virkamiehen mukaan KHO tarkisti ainoastaan, että prosessissa on noudatettu muotoseikkoja, mutta ei ottanut kantaa sisältöön.

Toisaalta jo vuonna 1987 lääkintöhallituksessa oli käsitelty kahden psykiatrin buprenorfinimääräyksiä. Potilaille oli määrätty buprenorfinia joko ennen heidän tuloaan HYKS:n huumevieroitusyksikköön tai heidän keskeytettyä hoidon siellä. HYKS:n huumevieroitusyksikön erikoislääkärin kirjoittama asiantuntijalausunto [48] viittasi viiteen tieteelliseen artikkeliin (mm. [25]), joiden pohjalta lausunto toteaa buprenorfinin mahdollisesti soveltuvaksi laitoshoidon joissakin vaikeissa tapauksissa, mutta soveltumattomaksi avohoitoon. Syytä tähän olivat lausunnonantajan mukaan

viisi seikkaa: buprenorfiinin käyttö päihtymystarkoituksessa näytti olevan yleistä narkomaanien keskuudessa, sitä käytettiin suonenensisäisesti, opiaattiriippuvuuden ylläpito ylipäättään ei ollut hoidollisesti mielekästä, ja käytön seuranta virtsakokeilla oli menetelmällisesti hankalaa. Lisäksi “ei ole näyttöä siitä, että vieroitusoireiden hoito tai ylläpitohoito buprenorfiinilla estäisi tai vähentäisi muiden lääkeaineiden tai huumeiden samanaikaista väärinkäyttöä ja tästä seuraavia lääketieteellisiä ja sosiaalisia haittoja”. Lopussa lausunnonantaja toteaa, että “yllä mainitut buprenorfiinin käytön haitat huomioon ottaen totean, ettei buprenorfiini sovellu käytettäväksi opiaattivieroitusoireiden hoidossa”.

Toisaalta vuosina 1987-1991 HYKS:n huumevieroitusyksikön sisällä tehty julkaisematon tutkimus osoitti yksikön omat menetelmät erittäin heikkotehoisiksi [14,49], ja yksikön hoitojakson kustannukset olivat muihin hoitopaikkoihin verrattuna moninkertaiset.

HYKS:n psykiatrian klinikan ylilääkäri yhtyi huumevieroitusyksikön kannanottoihin [50]. Hän kuitenkin mainitsi, että eräs huumevieroitusyksikönkin “sijaislääkäri” oli määrännyt buprenorfiinia yksikön hoitoon jonottaneille kesäkuussa 1987. Lausunnoissa ei mainita hoitoannoksia.

Oliko sitten niin, että buprenorfiinihoidon ajatus oli jossain määrin tunnettu mutta kaikkien mielestä niin itsestään selvästi hoitotarkoituksiin soveltumaton, että sen yksityiskohtiin ei ollut tarvetta perehtyä eikä sitä varsinkaan ollut tarvetta kokeilla, vaan toisen käden tiedot ja mielikuvat olivat riittäviä? Monien näkemys vaikutti olevan, että huumeongelmallisille ei tule antaa mitään huumaavaa ainetta missään tilanteessa. Ajatus lienee ollut peräisin alkoholistien hoidosta [51].

Lääkintöhallituksen sisällä vallitsi ristiriita korvaushoidon soveltuvuudesta ja toivottavuudesta. Sairaalaosaston mielestä hoito oli laillista ja se suhtautui sen käytännön toteutukseen varovaisen myönteisesti. Valvontaosasto puolestaan keskittyi pelkästään valvontaan tehden ehkä enemmän yhteistyötä huumeoliisin kuin sairaalaosaston kanssa.

Haastattelun virkamiehen mukaan kommunikaatio osastojen välillä ei toiminut tarkoituksenmukaisella tavalla. Valvontaosasto jopa yritti saada sairaalaosaston korvaushoitoihin myönteisemmin suhtautuvan osastopäällikön kiinni siitä, että hän olisi itse antanut korvaushoitoja, jolloin hänet olisi voitu asettaa vastaavan prosessin kohteeksi. Hän ei kuitenkaan ollut koskaan antanut tällaisia hoitoja [12]. Tämä kertonee vaikeasta sisäisestä epäluottamuksesta ja mahdollisista puutteista toiminnan objektiivisuudessa.

Lääkäri itse ei nostanut tapausta julkisuuteen, vaan sen teki joko lääkintöhallitus, syyttäjätaho tai poliisi. Huumeeksymysten esilläpito oli luonnollisesti huumeoliisin intresseissä. Toisaalta tiedotusvälineiden keskeinen rooli tapauksessa saattoi lääkintöhallituksen entisen virkamiehen mukaan johtua erään toisen virkamiehen halusta suuntautua poliittiselle uralle, mitä julkiset esiintymiset ansiokkaana huumeiden vastustajana saattoivat edesauttaa. Virkamies siirtyi myöhemmin kansanedustajaksi. Julkisuus saattoi olla yleisemminkin valvontatoimiston intresseissä: ennaltaehkäisevää säännösohjausta noudattamatta jättäneiden lääkäreiden sanktiointi perustui osaltaan julkiseen tai puolijulkiseen häpäisemiseen riippuen siitä, miten laajasti tiedotusvälineet kuhunkin tapaukseen paneutuivat.

Toinen tapa saattaa lääkäri huonoon valoon oli apteekkikyselyn teettäminen lääkärin lääkemääräyksistä. Vaikka mitään moitittavaa ei olisi löytynyt, tuloksia ei tiedotettu apteekkeille. Ne saattoivat jatkossa suhtautua epäilevästi saman lääkärin määräyksiin. Tapauksen yhteydessä lääkintöhallitus joka tapauksessa virallisestikin kielsi opiaattiriippuvaisen hoidon buprenorfiinilla avohoidossa.

Hoitokäytäntöjen uudistamistarpeen suhteen asiantuntijat olivat erimielisiä. Muun muassa asiantuntijalausunto C vaati olemassa oleviin käytäntöihin mukautumista. Joissakin asiantuntijalausunnoissa ymmärrettiin, että lääkäri olisi halunnut luoda uusia käytäntöjä. Teoriassa myös lääkintöhallitus tunnisti asian. Asiaa pohtimaan perustettiin ensin Helsingin alueellinen komitea [43], joka lähinnä toisti VALHO-työryhmän 10 vuotta aiemmin esittämät ehdotukset [11]. Sen jälkeen asiaa pohti valtakunnallinen komitea [6].

Muistoiden korvaushoitoa koskevia ehdotuksia ei toteutettu käytännössä. Korvaushoidot eivät ole optimaalinen tapa hoitaa opiaattiriippuvuutta. Vuonna 1990 ne olisivat kuitenkin olleet suuri edistysaskel. Mahdollisuus menetettiin jo toisen kerran yli vuosikymmeneksi.

Prosessin parantaminen ei olisi vaatinut paljon. Ennen prosessin aloittamista lääkintöhallitus olisi voinut itsenäisesti tutustua perusteisiin, jolloin keskustelu hoidon sopivuudesta ja lääkemääräistä olisi ollut vakaammalla pohjalla. Jos prosessi kuitenkin olisi aloitettu, kaikille asiantuntijoille olisi tullut toimittaa lääkärin toimittamat vastineet ja tutkimusjulkaisut. Yksinkertainen toimenpide olisi ollut myös kuulemistilaisuuksien äänittäminen. Tällöin keskeisimmistä kiistakysymyksestä, 17.7.1990 järjestetyn kuulemistilaisuuden sisällöstä, olisi ollut olemassa objektiivinen tieto.

Helsingin yliopiston päihdelääketieteen professori Mikko Salaspuron 3.10.2002 Terveystieteiden tutkimuskeskukselle kirjoittaman lausunnon [52] mukaan “niiltä asiantuntijalausunnoilta, joiden perusteella lääkäriltä vietiin lokakuussa 1990 PKV-lääkkeiden määräämisoikeus, puuttui tarvittava systemaattisuus. Ne eivät myöskään perustuneet tieteelliseen näyttöön”.

Buprenorfiinin soveltuvuus korvaushoitoon vaikuttaa prosessissa olleen kuitenkin sivuseikka. Lausuntojen laadulla tai tutkimustietoon tutustumattomuudella ei ollut väliä, koska hoidon soveltuvuuden ei ollut tarkoituskaan olla päätösten

peruste. Kuten lääkintöhallituksen muistioista on pääteltävissä, olennaisin kysymys oli buprenorfinin ajautuminen “katukauppaan”, mikä tähän aikaan tarkoitti lääkkeiden myymistä muille kroonisesti opiaattiriippuvaisille. Myöhemmin se on usein tulkittu “itsehoidoksi”: potilas hankkii lääkettä katukaupasta toteuttaakseen korvaushoitoa itse itselleen. Vuonna 2014 A-klinikkasäätiön johtava ylilääkäri totesi Helsingin Sanomien haastattelussa seuraavasti [53]:

Korvaushoitolääkkeiden valumista katukauppaan on ylikorostettu. Vaaran liioittelu on johtanut valvonnan lisääntymiseen ja hoidon heikkenemiseen.

Kun poliisi ja sitä myötä lääkintöhallitus ei luottanut julkisen terveydenhuollon kykyyn antaa buprenorfinia potilaille edes päivittäin julkisen sektorin poliklinikalta, reseptiannostelu yhdeksi tai kahdeksi viikoksi lienee ollut ylivoimaista hyväksyä. Hoidon katkeaminen oli selvää jo siinä vaiheessa, kun lääkärin todettiin määränneen buprenorfinia pitkään useille narkomaaneille. Prosessissa oli kyse enää lääkärille tulevien sanktioiden yksityiskohdista.

Lääkintöhallituksen sairaalaosaston mielestä korvaushoito oli laillista. Yksittäistapauksissa käytäntö sopi myös valvontatoimistolle. Myös esimerkiksi Pentti Karvonen hoiti muutamia narkomaaneja buprenorfiinilla vuosina 1986-1987 kokeiluluonteisesti pelkkänä lääkkeen antamisena. 20.2.1987 lääkintöhallitus tiedotti Karvosta siitä, että kuusi hänen potilastaan olivat hankkineet “runsaasti mainittua lääkettä [buprenorfiini] useilta eri lääkäreiltä saaduilla resepteillä, minkä lääkintöhallitus ilmoittaa tiedoksenne vastaisen varalle lääkemääräysten indikaatioita harkitessanne”. Lääkintöhallitus viittasi yleiskirjeen 1762 määräykseen, jonka mukaan pkv-lääkkeiden määräämisessä on noudatettava erityistä varovaisuutta. Lääkintöhallituksen mukaan “asia ei anna aihetta enempään lääkintöhallituksen taholta”. Karvonen lopetti hoitokokeilun myöhemmin huonojen tulosten takia: pelkkä lääke ilman psykososiaalista tukea ei hänen mielestään tuottanut mainittavia vaikutuksia.

Vuoden 1990 tapauksessa ongelmaksi näytti muodostuvan potilaiden suuri määrä ja hoidon jatkuvuus. Suuresta potilasmäärästä osa väkisin ajautui tekemisiin poliisin kanssa, jolle moitittavan lääkärin toiminnan kriteeri näytti olevan pelkästään jonkin lääkärin kirjoittaman reseptin löytyminen potilaan hallusta, ei välttämättä edes lääkkeiden myyminen eteenpäin. Lääkintöhallituksen valvontatoimisto puolestaan reagoi poliisin ilmoituksiin voimakkaasti. Nimellisesti sallittu hoito oli siten efektiivisesti kielletty, koska sen antaminen ajoi lääkärin henkilökohtaisiin vaikeuksiin. Prosessia ei siten ohjannut hoidon soveltuvuus tai potilaiden oikeus hoitoon, vaan poliisin suhtautuminen lääkehoitoon ja katukauppaan. Sanktioiden suhteen edes sitä ei otettu huomioon, että lääkäri ei oikeastaan edes olisi halunnut hoitaa näitä potilaita, mutta mikään taho ei suostunut ottamaan heitä häneltä.

Kuten Dolorex-tapauksessakin, lääkärin ja apteekkien enemmistöä vaikutti edelleen ohjaavan enemmän pelko ja hankaluuksien välttely: oman ammatillisen ja taloudellisen aseman turvaaminen ja häiriötekijöiden pitäminen poissa omasta apteekista, sairaalasta tai terveyskeskuksesta. Tavallaan sekin voidaan osittain katsoa oman edun tavoitteluksi potilaan kustannuksella. Toisaalta jokaisen lienee itse vedettävä uhrautumisensa raja.

Kahdenkymmenen kahden lääkärin elämäkertoja sisältävä kirja vuodelta 1980 kuvaa lääkärin ja virkamiesten suhteita [54]. Kirjan ensimmäinen kappale on “Ettei yhtäkkiä sano mitä ajattelee...”. Haastattelusta kieltäytynyt lääkäri ilmoittaa syyksi “Olen kerran avannut suuni, ja lääkintöhallituksesta ilmoitettiin, että se olkoon viimeinen kerta. Virkani oli jo silloin vaarassa”. Seuraava kappale on otsikoitu “Lääkäri pelkää virkamiestä”. Sen mukaan lääkärille tabuja ovat muun muassa “sosiaali- ja terveysministeriö, lääkintöhallitus, terveydenhoitoviranomaiset yleensä, poliitikot, kollegat”. “‘Lääkintöhallituksen henkilöjuonitteluja’ penkomaan pyytävä lääkäri ei halua esittää väitteitään nimellään”.

Jatkossa tulee välttää tilannetta, jossa mielivaltaisilta vaikuttavien viranomaistoimenpiteiden uhka luo pelon ilmapiirin, jossa hoidolliset kehittämisspyrkimykset itsesensuroidaan, menetelmäkehitys kliinisessä työssä estyy, ja terveydenhuollon toimivuus ja kustannustehokkuus sekä potilaan asema jäävät sivuseikoiksi lääkärin ammatillisten itsesuojelupyrkimysten muodostuessa ensijaisiksi toimintaa ohjaaviksi tekijöiksi.

Riippuvuudesta ja sen hoidosta

Tässä osassa käsitellään haastatteluaineistoon perustuen lääkärin näkemyksiä oikeuksien rajoittamisprosessista, korvaushoidon vaikutuksista, hoitoon liittyvästä kontrollista, ja riippuvuuden persoonallisuuspsykologiaa.

Lääkärin näkemyksiä rajoittamisprosessista

Lääkärin käsitystä prosessista leimasi väärinymmärretyksi ja kaltoin kohdelluksi tuleminen tunne ja turhautuminen viranomaistoimintaan. Haastattelu on tehty 17.6.1998.

Olin 20 vuotta kaupungin virkalääkärinä. Vuosina 1970-1972 olin Arkadian sairaalan huumeclinikan päivyestäjänä. Olen toiminut myös nukutuslääkärinä. Koulu- ja neuvolalääkärinä olin yli 10 vuotta. Siinä yhteydessä olen ollut paljon tekemisissä ongelmaisten nuorten ja perheiden kanssa. Vuoden 1989 loppuun asti olin terveyskeskuslääkärinä, josta viimeisen vuoden puolipäiväisesti. Vuoden 1990 alussa jäin kokonaan pois virasta ja pidin pelkästään yksityisvastaanottoa. Vuodesta 1994 alkaen olen toiminut myös Aseman lapset ry:n toiminnanjohtajana.

Huumeiden käyttäjien lääkehoidon kanssa tulin tekemisiin niin, että yksityisvastaanotolleni tuli vuonna 1989 yksi raskaana oleva naispotilas. Hän kertoi avoimesti, että hän vetää näin ja näin paljon heroiniä. Olin jostain kuullut että buprenorfiinia voidaan käyttää, että se on kuitenkin parempi kuin heroini. Metadoni olisi tietysti ollut toinen vaihtoehto, mutta sitä ei voinut reseptillä määrätä.

Pienellä buprenorfiiniannostuksella hän pysyi irti heroiniesta ja pystyi synnyttämään. Sillä tavalla raskaus ja synnytys meni hyvin. Hän varmaan kertoi jollekin, koska jossain vaiheessa alkoi tulla lisää ihmisiä, jotka kertoivat että he käyttivät näitä aineita. Puskaradio kertoi muille. Niitä oli sitten pari kolme siinä. Silloin minä otin lääkintöhallitukseen yhteyttä ja kerroin että tämmöistä hoitoa olen antanut, ja käymään keskustelua sen laillisuudesta ja oikeutuksesta.

Sieltä vastaava virkamies selkeästi sanoi, että tämä on ihan laillinen ja hyväksyttävä hoito, eikä tällä ole mitään juridisia eikä lääketieteellisiä esteitä. Näillä perusteilla potilaita tuli lisää. Minua kannusti se, että näin niin nopeita muutoksia. Nämä ihmiset muuttuivat silmissä, kohentuivat ja parantuivat. Se oli suoraan aistittavissa, kun tapasin heitä viikon tai parin välein.

Ajattelin, että kerään nämä ihmiset aika nopeasti näkyviin ja heitän ne lääkintöhallituksen syliin. Että tokihan meidän virallinen hoitojärjestelmä reagoi ja on tavallaan kiitollinen minulle, että minä seulon tämän potilasryhmän esiin. Koska minulle sanottiin sieltä lääkintöhallituksesta, että heillä ei ole kontaktipintaa näihin potilaisiin. Kun minä sain sen kontaktin niin ajattelin, että vien sen kontaktin lääkintöhallitukselle. Näytän, että näillä on kasvot, nimet, sosiaaliturvatunnukset ja he ovat oikeita ihmisiä.

Oikeastaan vain muutaman kuukauden ehdin heitä hoitaa. Yhteensä hoidossa oli 60 potilasta. Niitä tuli paljon kevään ja kesän 1990 aikana. Raportoin koko ajan viranomaisille. Oletin että he hyvin nopeasti järjestävät jonkun julkisen sektorin hoitopaikan ja että saan apua, että viranomaiset rupeavat yhteistyöhön. Pyysin virtsatestejä seulonnan järjestämistä varten, olin jo neuvotellut pikatestien ostosta. Potilaiden kanssa olin tehnyt hoitosopimukset, joissa he antoivat luvan virtsatestikontrollointiin.

Minulla oli tarkoitus että nämä ihmiset itse pommittavat viranomaisia ja anovat asiallista hoitopaikkaa. Jokainen lähetti lääkintöhallitukselle anomuksen, jossa he toivoivat hoidon saamista julkisessa hoitojärjestelmässä. Jokainen kertoi historiansa lyhyesti videohaastattelussa. Lähetin ne sitten lääkintöhallitukseen.

Potilaat saivat apteekista viiden päivän annoksen kerralla. Silloin lääkitys automaattisesti annosteltiin oikein, eikä tullut kiusausta myydä osaa pois kuten silloin, jos olisi saanut sata tablettia kerralla. Että jos kaveri on kauheissa reffoissa niin annetaan sille nyt vähän. Yleensä nämä potilaat elivät päivän kerrallaan.

Osa apteekkareista ymmärsi tämän asian. He näkivät, että potilaat paranivat ja sen, että apteekkitoimessa lääkkeen jakelua on tarkoitus kontrolloida. Mutta kuitenkin juuri apteekit pommittivat lääkintöhallitusta siitä, että ne eivät halunneet ryhtyä tämän lääkkeen jakelijaksi.

Niillä jotka elivät säännöllisesti ja olivat töissä elämä parani koko ajan. Mutta osa oli sekoilijoita, ja ne sitten pistivät viranomaisten silmiin.

Siihen saakka oli sanottu, että hoitoa ei voi järjestää, kun eihän tällaisia potilaita ole. Sitten se ryöpsähti ilmeisesti viranomaisten silmille. Me elettiin vielä hyvin paljon tällaista kieltämisen kulttuuria, että kun jotakin ei haluta, niin vaikka joku vie sen rautalangasta väännettynä siihen pöydälle niin sanotaan että sitä ei ole. Ja sille joka tuo sen sanotaan että kuole, häivy siitä. Että silloin sitä ongelmaa ei ole kun hävitetään se joka tuo sen, puhuu siitä.

Muistan kun lääkintöhallituksesta sanottiin, että reseptiin ei nimenomaan saa kirjoittaa että narkomanian hoitoon, vaan siinä pitää olla kivun hoitoon. Sanoin että jumalauta, miksi teidän pitää valehdella jos tämä on narkomaani. Että eikö me voida rehellisesti sanoa, että tämä on narkomaani eikä syöpäpotilas. Tiesin että monet lääkärit hoitivat narkomaaneja väärillä diagnooseilla. Tehtiin vääriä lausuntoja, ja sitten se hoito meni täydestä, kun se oli valheellinen.

Sanoin että haluan puhdistaa pöydän, että ei hoideta väärillä lausunnoilla ja diagnooseilla. Että sen te hyväksytte, mutta ette sitä totuutta. Että kyllähän meidän täytyy 1990-luvulla olla rehellisiä, ja että minun lääkärintietikkani ei hyväksy sitä, että tekisin valheelliset diagnoosit ja hoitaisin niitä väärillä papereilla.

Tällainen käytäntö johti siihen, että lääkärit sanoivat potilaalle, että tämän kerran mä kirjoitan, mutta älä toista kertaa tule enää minun luokseni. Ei syntynyt mitään hoitosuhdetta, ja potilaat kierteli lääkäriltä toiselle. Ehdotin lääkintöhallitukselle, että pysäytetään tämä kiertely, että potilaat voisivat kiinnittyä johonkin. Tehdään rekisteri opiaattiriippuvaisista, ja jos lääkärille tulee potilas joka alkaa pummata reseptejä, niin lääkäri voisi soittaa rekisteriviranomaiselle potilaan kuullen ja kysyä onko potilas siellä. Rekisterissä olisi vain yksi hoitava lääkäri, ja silloin voitaisiin pysyä normaalissa annostuksessa ja tietää lääkkeen käytömäärät. Samalla saataisiin kontrolloitua kaupustelua. Kun rekisteriä ei sallita, niin luodaan markkinat

pimeille kauppoille. Minun potilaani halusivat itse antaa nimensä rekisteriin. Mutta siitä ei haluttu keskustella lääkintöhallituksessa.

Se oli 1990-luvun alussa kun Neuvostoliitto oli hajonnut. Minulla oli tarkoitus saada yhteiskunta ja viranomaiset heräämään tämän ongelman edessä, koska potilaat sanoivat että tämä lisääntyy kohta, että heroinia alkaa tulla lisää. Ne olivat huolissaan omista lapsistaan ja nuorison tulevaisuudesta.

Silloin näin myös että tulee HIV-ongelma. Minulla oli yksi potilas joka sairasti HIV:ta, hän kuoli. Suonensisäiset tartunnat oli silloin vielä harvinaisia. Tämä potilas oli Auroran sairaalassa hoidossa. Hänellä oli yksi kansanedustajatuttava, ja me käytiin eduskunnassa ja suunnittelin hallitukselle kyselyn, että mitä hallitus aikoo tehdä. Tämän kansanedustajan kanssa siitä juteltiin, hän tunsu tämän potilaan. Kyse oli HIV:n leviämisen estämisestä nimenomaan vankiloissa, koska vankiloissa käytetään paljon suonensisäisiä huumeita.

Olin myös pienestä pitäen tuntenut erään pojan, joka 16-17-vuotiaana ajautui suonensisäisten huumeiden käyttäjäksi ja alkoi käyttää heroinia. Seurasin hänen vankilassa oloaan ja elämäänsä. Hän kertoi muun muassa videonauhoituksen, kuinka hän oli Sörnäisten vankilassa 18-19-vuotiaana joutunut myymään itseään seksuaalisesti, kun ei saanut huumevelkoja maksettua. Sen vuoksi hän kauheasti pelkäsi HIV:ta. Hän toi vahvasti esille vankiloiden huumeongelman ja AIDS:n ja HIV:n pelon, sen että missä maailmassa siellä joutuu elämään. Toimitin tämänkin nauhoituksen lääkintöhallitukseen samalle virkamiehelle nähtäväksi. Vastaus Holkerin hallitukselta oli, että mitään ongelmaa ei olekaan.

Silloin kesällä 1990 soittelin ja laitoin kirjeitä esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikölle, lääkintöhallitukselle ja Helsingin kaupungin apulaiskaupunginjohtajalle. Toivoin että viranomaiset ja kaupunki ryhtyisivät kehittämään näiden hoitoa ja vastaanottaisivat sen tiedon, että tämä ongelma on totta. Mutta en saanut aikaan minkäänlaista keskustelua, enkä mitään vastaanottoa viranomaisten taholta.

Kunnes lopulta tuli kutsu kuultavaksi lääkintöhallitukseen. Kävin kertomassa mitä kokemuksia minulla on näistä hoidoista. Kun kysyin että voinko jatkaa toimintaani, niin toinen virkamies, joka minua jututti sanoi, että kyllähän sinä voit toimia niinkuin ennenkin, että ei sinulta mitään oikeuksia ole viety eikä rajattu. Hän sanoi, että hän kertoo näitä terveisiä tiimilleen ja kutsuu lisäkeskusteluun. Ja minä kerroin että mielestä tämä buprenorfiini on parempi kuin metadoni, ja että jotakin tulee kehittää. Siihen hän itsekin sanoi, että tämä Temgesic varmasti olisi parempi kuin metadonihoito, ja että voin tulla kertomaan kokemuksistani laajemmalle porukalle.

Mitään kutsua ei koskaan tullut. Vaan sitten 1.10.1990 tuli kutsu kuultavaksi tilaisuuteen, jossa valmisteltaisiin minun pkv-lääkemääräämisoikeuksieni vientiä. Siellä näytettiin sen aiemman keskustelun pohjalta tehty kuulustelupöytäkirja, ja siihen pyydettiin minun allekirjoitustani. Sanoin että tällaista en koskaan allekirjoita, että tällaista mitä siinä sanottiin ei ole koskaan tapahtunut. Tämä virkamies oli kirjoittanut, että minulle silloin tehtiin selväksi, että tällaista hoitoa ei voi jatkaa ja näin edelleen. Sanoin että tällaista ei ole koskaan tehty selväksi eikä tällaisesta puhuttu. Silloin hän sanoi, että heitä on kaksi ja sinua on yksi, että sinä et mahda mitään.

Tähän pöytäkirjaan vedoten todettiin, että olen tietoisesti vastustanut määräyksiä, ja tietoisesti toiminut sopimuksenvastaisesti jatkaessani näitä hoitoja. Tällä perusteella vedettiin minulta oikeudet pois. Kun kysyin voinko tulla sinne kollegion kokoukseen jossa asia päätetään, niin muistaakseni sanottiin että et voi tulla. Että voit kirjoittaa jonkun vastineen jos haluat mutta ei tarvitse. Kyllä minä kirjoitin jotain mutta ei sillä mitään merkitystä ollut. Luin päätöksen seuraavana päivänä uutisista.

Minulla oli vaikka kuinka paljon ulkomaista tutkimusmateriaalia jota lähetin heille, mutta eihän sillä ollut mitään merkitystä. Potilasasiakirjani lähetettiin siinä prosessissa viidelle lääkärille lausuntoa varten. Viidestä lausunnonantajalääkäristä kolme puolusti minua. Lääkintöhallituksen psykiatrian asiantuntijalääkäri piti menetelmäni täysin oikeana ja sanoi, että olen pystynyt hoitamaan näitä potilaita keskimääräistä paremmin, paremmin kuin lääkärit yleensä. Farmakologian professori sanoi, että lääkemäärät ja kaikki ovat aivan oikein, että en ole missään vaiheessa toiminut väärin lääkärinä enkä muutenkaan. Parilla lausunnonantajalla oli muutamien potilasasiakirjojen perusteella tehty päätelmä, että tämä hoito ei ole hyvä. Niistä viidestä kolme siis puolusti minua, mutta näihin asiantuntijalausuntoihin vedoten minulta kuitenkin oikeudet vedettiin pois lopullisesti.

Koetin ohjata potilaitani muualle tai hoitaa heitä sallitummilla lääkkeillä kuten antidepressanteilla. Esimerkiksi fluoksetiini jonkin verran auttoi. Osa repsahti takaisin aineenkäyttäjiksi. Osa sinnitteli ja heitä hakeutui eri paikoille. Minulla ei silloin ollut mitään verkostoa. Tiesin joitakin lääkäreitä jotka hoitivat yhtä tai kahta potilasta, mutta en heitä sillä tavalla tuntenut.

Sitten tuli lääkintöhallituksen kieltokirje jossa määrättiin, että yksityislääkäri ei saa antaa tätä hoitoa. Yritin ohjata heitä terveyskeskuksiin, mutta ne eivät suostuneet antamaan tätä lääkitystä. Muistan, että

jossain terveyskeskuksessa olisi ollut lääkäri joka olisi halunnut hoitaa heitä, mutta ylilääkäri kielsi häntä ottamasta heitä hoitoon.

Lääkärikuntakin jakautui kahtia: osa lääkäreistä selvästi tuki ja kannusti minua ja osa oli hyvin pidättyväisiä. Koin vahvasti että sitä ongelmaa, että meillä on narkomaaneja ja opiaattiriippuvaisia, ei haluttu myöntää eikä ottaa todesta. Jos olisin jäänyt hoitamaan yhtä tai kahta potilasta, niin mitään tällaisia ongelmia ei olisi tullut. Mutta silloin en olisi nähnyt tätä koko vyyhtiä enkä olisi paneutunut tähän asiaan.

Kyllähän minä valitin kaikki mahdolliset oikeusasteet, mutta viimeisessä asteessa korkeimmassa hallinto-oikeudessa todettiin, että mitään teknistä virhettä ei prosessissa ole tapahtunut eikä päätöstä muuteta. Valitin myös oikeuskanslerille mutta se ei johtanut mihinkään. Oikeuskansleri palautti lopulta kaikki asiakirjat. En tiedä käsittelevätkö ne niitä edes.

Yleensäkin oikeusturvan osalta tässä on se ongelma, että sama viranomainen tutkii ja rankaisee, eikä itse ei ole mahdollista edes olla mukana kun asiaa käsitellään.

Siinä oli hirveän paljon eri yksityiskohtia joista voisi rettelöidä. Mutta kokonaisuuden kannalta katsoin tärkeämmäksi ajaa tätä kulttuuria ja muutosta Suomessa eteenpäin, enkä taistella siitä kuka on oikeassa ja kuka väärässä. Ymmärrän kyllä tällaisen autoritaarisen ajattelun, että on vain yksi joka määrittelee mikä on oikein ja oppositio vaiennetaan. Se on sellainen kommunistinen yhteiskuntakäsitys.

Ajateltiin, että yleensä kun lääkärille tällainen temppu tehdään, niin se sen jälkeen häpeää eikä missään naamaansa uskalla näyttää. Tiesin että en ole tehnyt mitään laitonta tai mitään väärää kenellekään. En syyllistynyt mihinkään moraalisesti, eettisesti tai rikosoikeudellisesti väärään tekoon. Että minulla ei ole mitään hävettävää eikä pelättävää. Mutta katsoin, että meidän yhteiskunnassa ei aika vielä ole kypsä siihen, että minä kasvoillani alkaisin asiasta puhua. Jos leimaannun siihen, niin ihmiset on kuitenkin meillä niin auktoriteettiuskoisia, että kun joku korkein hallinto-oikeus määrittelee minut syylliseksi, niin minä silloin olen sitä, vaikka oikeasti en ole. Sen vuoksi en halunnut nimelläni tulla julkisuuteen enkä vieläkään halua, vaikka tv-toimittajat ovat kyselleet, että enkö minä nyt jo halua puhua näistä avoimesti. Vaikka voin omalla nimelläni antaa myönteisiä kommentteja asiasta, niin jos julkisuudessa tiedettäisiin, että olen itsekin menettänyt pkv-oikeuteni, niin eihän minun tuellani silloin olisi mitään merkitystä.

Nyt ne syytteet tuntuvat naurettavilta. Minua syytettiin esimerkiksi siitä, että määräsin 0,8-1,2 milligramman vuorokausiannoksia. Yhdellä vaikealla potilaalla oli 2-3 milligramman vuorokausiannos. Nyt virallinen suositus Suomessakin on 6-8 mg. Annoin heille silloin kyllä kirjallisuusviitteet artikkeleihin, joiden mukaan ulkomailla käytettiin 6-8 mg. Mutta meillä 2-3 mg oli törkeää yliannostelua ja huumeiden käytön ylläpitämistä. Niillä dokumenteilla joita toin ulkomailta ei ollut mitään merkitystä, ei niitä kukaan varmaan lukenutkaan.

Olen miettinyt mikä suurin syntini oikein oli. Ilmeisesti se oli se, että toin tämän asian viranomaisten silmien eteen. Viranomainen on aina oikeassa, ja kun menin osoittamaan että viranomainen on väärässä niin se oli mun suurin synti. Ei se asia itse, vaan se että osoitin sormella ja sanoin että tehkää jotakin, te laiminlyötte.

Nyt asenteet ovat hieman muuttuneet. Vuoden 1990 jälkeenhän asetettiin toimikuntia jotka pohtivat hoitoasiaa monta vuotta. Tavallaan tämän hitaan kehityksen kautta kuitenkin alettiin vähitellen keskustella ja tutustua maailman kirjallisuuteen ja ensinnäkin myöntää, että meillä on tämä ongelma ja ihmisiä, jotka tarvitsevat tällaista hoitoa. Mutta pelkkä perinteinen vieroitus kuten siihen aikaan HYKS:ssa oli ei todellakaan riitä niille, jotka ovat syvällä tässä ongelmassa. Se oli riittävä satunnaiselle käyttäjälle, joka on silloin tällöin vähän käyttänyt eikä ollut vielä narkomanisoitunut. Mutta se ei ollut riittävä niille minun potilailleni, jotka olivat olleet 10-15 vuotta opiaattiriippuvaisina.

Näkisin, että yhteiskunnan kannalta olisi tärkeää saada kontakti näihin ihmisiin. Jos on kontakti, niin voidaan vaikuttaa. Jos ei ole niin ei voida, ja se on pelottavampaa.

Ajattelin että tämä riita on mun ja viranomaisten välinen yksityisasia. Olen kommentoinut riippuvuusasioita näistä persoonallisuuden kasvun ja kehityksen näkökohdista. Ja tietysti voi viitata että olen aikanaan 1970-1972 ollut Arkadian huumeklinikan päivystäjänä, ja sen jälkeen ongelmaisten nuorten ja heidän perheidensä kanssa paljon tekemisissä, kohdannut huumeongelmaisia nuoria omassa työssäni. Olin toistakymmentä vuotta koululääkärinä, sitten yksityislääkäriasemalla ja nyt toiminnanjohtajana. En ole halunnut mainostaa että olen nimenomaan Temgesicillä hoitanut ja menettänyt oikeuteni, koska kaikki viranomaiset kumminkin tietää minut. Ne jotka tietää niin tietää, jotka ei tiedä niin ei tarvitsekaan tietää. Voihan sen mainita, että ennen kuin läikehoito kiellettiin, silloin kun lääkintöhallitus julkisti kiertokirjeensä, oliko se lokakuun 10. päivä 1990, se oli oikeastaan ensimmäinen virallinen kieltö jossa kiellettiin yksityislääkärin käyttö. Että sitä ennen mulla oli tota, oli niin kuin kokemusta. Olen maininnut siitä kyllä joissain keskusteluissa. HYKS:issäkin olin lasten ja nuorten sairaalassa talvella kouluttamassa lasten- ja nuorisopsykiatrian koulutusohjelmassa ja siellä avoimesti kerroin menettäneeni pkv-oikeuteni. Eli näissä puhtaasti

ammattillisissa yhteyksissä... ja osa lääkäreistä jo silloin tietysti tiesi, ja olihan se virallisessa lehdessä ja näin edelleen.

Tietysti siinä olisi tarvinnut tiimin ja jonkun tahon joka olisi ottanut sen kehittämistä vastuun. Mähän tarjosin koko ajan näitä viranomaisille että näitä on näin paljon ja nyt voisi avata poliklinikan ja tutkia ja lähteä kehittämään tätä, että mä olen valmis siirtämään kaikki potilaani, että mä en hirveästi halua näitä hoitaa, vaan tarjosin että joku ottaisi nämä. En mä ollut suunnitellut sitä että tämä olisi mun elämänurani tämä narkomanian hoito, ei se ollut mikään must-juttu mulle.

Toisin kuin sanotaan Pentti Karvonen, joka oli hoitanut alkoholiongelmaisia 30 vuotta ja nimenomaan suuntautunut päihdeongelmien hoitoon. En itse tuntenut häntä silloin. Nyt myöhemmin olen vissiin pari kolme kertaa tavannut mutta ei ole mitään varsinaista kontaktia. Joistakin entisistä potilaistani olen vuosi pari sitten kuullut, että Karvonen hoitaa heitä nykyään.

Yhdysvalloissa käytettiin katunarkomaaneille tällaista että injektiona annettiin kerran vuorokaudessa niille 8 mg buprenorfiinia lihakseen ja seurattiin virtsakokeesta tai verikokeesta heroiinimäärän tippumista, niin se tippui kaikilla nätisti. Siinä tutkittiin kuinka paljon käytettiin muita aineita buprenorfiinihoidon aikana, ja se ihan romahti. Ne ei olleet kontrolloidussa hoidossa vaan ihan tuolla kadulla liikkuvat ja kävivät kerran vuorokaudessa hakemassa sen piikin. Se oli tutkimus jota käytin liitteenä lausunnoissani ja muussa mutta eihän sillä ollut mitään merkitystä.

On ne paperit mulla kaikki tallella. Turhauduin silloin niiden esittämiseen kun ei kukaan ymmärtänyt.

Yksi ministeriön korkea virkamies vähän neuvoi, miten voisin korkeimmasta hallinto-oikeudesta hakea sitä tuomion purkua. Hän erityisesti halusi tuoda esille, että enempää hän ei voi neuvoa, kun hän on valtion virkamies, mutta tämän verran hän kuitenkin auttaa. Se on jännä kun hän veti heti esille, että valtion virkamies ei voi neuvoa päämiestänsä vastaan. Tämä on juuri se autoritaarisuuden kulttuuri, jossa ei ole eriydytty. Koko ajan ajatellaan, sille joka maksaa palkan ollaan ehdottoman lojaaleja. Näin se vaan on. Kenen leipää syöt, sen lauluja laulat, tässä ei-yksilöiden yhteiskunnassa.

Kadulta ostetunkin lääkkeen käyttötarkoitus on vieroituspyrkimys. Sillä pääsee eroon heroiinista, voi lopettaa tai pitää taukoa ja toleranssi laskee. En ole kuullut tai tiedä, että Temgesic olisi ollut se joka johdattelee huumemaailmaan. Kyllä sitä käytetään heroiinista irroittautumiseen tai sen vaihtoehtona, jos ei halua vetää. Se liikkuu vain heroinistien ryhmän sisällä. Myydäänpä se kadulla tai apteekissa, niin se on aina heroiinista pois.

Jos hoito suunnataan niin että vain se joka tarvitsee sitä, saa sitä, niin minusta sitä väärinkäyttöriskiä voidaan minimoida. Buprenorfiini on tutkittu tuote ja aina parempi vaihtoehto. Vaikutus ei ole sama kuin heroiinilla. Ensinnäkään se ei ole hengenvaarallinen eikä tuo euforiaa kuten heroiini. Siinä on agonisti eli komponentti joka vaikuttaa opiaatin tavoin, mutta samalla siinä on myös antagonistti eli vastavaikuttaja. Jos annosta nostaa, niin vastavaikuttajan määrä kasvaa myös, jolloin se on turvallinen. Sen sijaan jos opiaattia lisätään riittävästi, esimerkiksi kun toimin aikanaan nukutuslääkärinä, niin riittävä opiaattiansos aiheuttaa hengityspysähdyksen. Se on heroiinin ja morfiinin ja muiden opiaattien käytössä suurin haitta. Mutta tällä siis ei ole sitä. Toki koska se on vahva kipulääke, niin sillä on se opiaattivaikutus, ja se on siten tavallaan huumaava ja pkv-lääke. Ei sitä voi kieltää etteikö sillä ole sitä vaikutusta, siis tavalliselle ihmiselle.

Kyllähän mitä tahansa voi myös sekakäyttää. Diapamia ja kaljaa paljon käytetään yhdessä. Pillerit alkoholin kanssa on hyvin yleistä. On se mahdollista. Toki kaikkea voidaan käyttää sekaisin.

Toisessa 24.9.2014 tehdyssä haastattelussa lääkäri kertoi käsityksiään muun muassa huumeepoliisin toiminnasta. Huumeepoliisin päällikkö ei uskonut lääkahoitoon vaan "koppihoitoon" (vankeuteen). Rikosylikonstaapeli Jari Aarnion mukaan hoitoa tulisi olla tarjolla, mutta "se millaista hoitoa tulisi olla tarjolla, on vaikeampi kysymys" [[51]; s. 165]. Pakkohoitoa hän ei kannattanut.

Suomessa parhaat kokemukset on saatu sillä, että ihminen itse haluaa päästä huumeista eroon ja hakeutuu hoitoon. Hoitomuotona on käytetty keskusteluja henkisen ryhdin parantamiseksi. Lääkkeillä ei ole saavutettu mainittavia tuloksia. Tämä on ymmärrettävää, koska on melko yhdentekevää, oletko riippuvainen lääkeaineista vai varsinaisista huumeaineista. Alkoholisteillekaan ei edes ehdoteta jonkin korvikkeen juomista, vaan totaalista kieltäytymistä viinasta. Sama pätee huumeisiin. [[51]; s. 165-166]

Haastateltu lääkäri esittää teorian huumeepoliisin ja huumekauppiainien symbioottisesta suhteesta. Ennen 2010-luvun vaihteessa huumeepoliisia kohtaan esitettyjä epäilyjä [55-58] sitä olisi voinut pitää hieman vainoharhaisena. Nykyisin lääkärin näkemys on vaikea ottaa kantaa. Lehtitietojen [57] mukaan esimerkiksi "Aarnio itse kertoi korruptoituneensa jo 1980-luvulla".

Tässä on yhden potilaan minulle vankilasta kirjoittama kirje. Ei mitään erikoista, hän kertoo vain kuinka siellä on kurjaa, "oon narkannut 20 vuotta eikä mulle perkele anneta muutamaa Temgesiciä että voisin

lusia rauhassa niin kuin muutkin vangit”. Muistan avanneeni tämän kirjeen ihan avaamattomana, mutta viranomaisarkistosta löytyi valokopio. Ilmeisesti vankilassa on otettu kopio joka on lähetetty poliisille ja poliisi toimittanut lääkintöhallitukselle. Ymmärsin valvontatoimiston valmistelijan puheesta että poliisi ja lääkintöhallituksen valvontaosasto teki tiivistä yhteistyötä. Tai siis painosti vahvasti lääkäreitä lopettamaan tämän lääkehoidon.

Poliisin roolihan näkyy jos mennään TEO:n arkistoon. Siellä on mun diaarionumerolla vinot pinot kuulustelupöytäkirjoja ja oikeuden pöytäkirjoja mun potilaiden rikosasioista. Hämmästelinkin sitä valtavaa määrää. Potilaiden kuulustelupöytäkirjoja oli monta mapillista. Siellä on paljon enemmän poliisin tekemiä asiakirjoja kuin lääkintöviranomaisen tai minun. Kaikkia mulla ei ollut aikaa katsoa. Niistä mitä luin en löytänyt muuta yhteyttä itseeni kun että ne olivat mun potilaita. Mun nimeä niissä ei ollut mainittu. Ne ei olleet lääkkeiden käyttöön tai lääkemääriin liittyviä. Miten ne minuun liittyy ja miksi ne on tuotu sinne? Poliisi ei missään vaiheessa kuulustellut minua epäiltynä huumausainerikoksista tai mistään laittomasta toiminnasta. Tv-ohjelmassakin toimittaja kysyi valvontatoimiston päälliköltä onko lääkäri syyllistynyt johonkin laittomaan. Hän sanoi että ei missään tapauksessa.

Yksi potilas sanoi alkusyksystä 1990 että huumeepoliisi kävi valokuvaamassa Kalevankadun lääkäriaseman potilaani. Sanoi että siellä ne istuu ja ottaa valokuvia kun mun vastaanottopäivänä tulee tai menee joku potilas. Hän sanoi että niillä ei ole yhtään avointa juttua tällä hetkellä, kun kaikki nämä heroiinin käyttäjät ja diilajaajat on nyt mun hoidon piirissä.

Yksi potilaani oli ollut heroiinin maahantuojia erään Ruotsissa vankilassa olleen henkilön toimeksiannosta. Hän sanoi että kun hän ei hoidon takia enää tarvinnut heroiinin maahantuontia elääkseen, niin hän oli lopettanut sen ja ruvennut tavallisiin töihin. Mutta tämä toimeksiantaja oli nyt vapautunut vankilasta ja painosti ja uhkaili häntä jatkamaan maahantuontia.

Soitin huumeepoliisin päällikkö Torsti Koskiselle [59] että kun eräs potilaani lopetti maahantuomasta heroiinia tällaisen Ruotsissa olleen henkilön toimeksiannosta, niin häntä uhkaillaan ja on uhattu tappaa, ja uhkailijalla on ase. Koskinen sanoi että hän voi hoidella asian, ja voit sanoa sille potilaallesi että voi olla rauhassa, että hän pistää haun päälle ja nappaa sen kiinni.

Samalla kerroin myös avoimesti Koskiselle että hoidan Temgesicillä potilaita, ja ne kuntoutuvat ja tulevat työkykyisiksi. Koskinen oli siis asiasta tietoinen. Koskinen oli aina minuun päin että ok, ja terve terve, ja oltiin niinku hyvä veli, sillee että hän ymmärsi, mutta sanoi että hän ei usko että lääkehoidolla pystytään ketään auttamaan, hän uskoo vaan tuohon koppihoitoon. No, mä sanoin että katsotaan.

Kun kävin kaivamassa näitä papereita TEO:n arkistosta näin yllättäen tämän uhkailijan lääkintöhallitukselle lähettämän kirjeen [60], jossa hän vaatii Suomessa laillista julkisen sektorin hoitoa. Siinä hän sanoo säännöllisesti ostaneensa buprenorfiinia tietyiltä nimetyiltä potilailtani, jotka sitten olisivat ostaneet niillä rahoilla amfetamiinia ja heroiinia. Lopussa uhkailija sanoo että jos asiassa on epäselvää, voi kysyä komisarior Torsti Koskiselta. Siis Koskinenhan oli umpikiero kuin mikä. Hän on saattanut olla tähän painostajaan yhteydessä ja pyytää lähettämään tällaisen kirjeen jossa todetaan että mun potilaat diilaa. Se olisi looginen selitys siihen, miksi Ruotsista lähetetään tällainen kirje lääkintöhallitukseen. Koskinen on ollut täysin tietoinen tästä kirjeestä, mutta toisaalta sanoi minulle että hän pistää tämän lähettäjän poseen. Koskinen... no, sanoi yhdelle yhtä ja toiselle toista, pelasi jotakin ihan omaa peliään. Mitä tuo Jari Aarniokin nyt, ota siitä selvää.

Kettutien A-klinikan ylilääkäri kirjoitti myös Temgesiciä heidän poliklinikallaan. Hän mulle kertoi kahteen kertaankin, että Torsti Koskinen soitti hänelle, että jos et lopeta sitä hoitoa niin minä lopetan sen sulta. Eli uhattiin oikeuksien poisviemisellä.

Näissä lääkintöhallituksen kokouksissa kesällä 1990 tämä valmistelija mulle kyllä tästä asiasta puhui. Hän selvästi pelkäsi poliisia ja sanoi että poliisilla on metreittäin aineistoa siitä että mun potilaat tekee sitä ja tätä ja tota. Sanoinkin että totta kai ne ovat ennen hoitoa tehneet rikoksia vaikka kuinka paljon.

Kyllä mulla se käsitys on että ammattirikollispiireissä ja poliisin ylijohdossa on suhteet. Sovitaan kuka saa maahantuoda, kuka saa diilata. Poliisi varmaan oli ja on edelleenkin korruptoitunut tässä suhteessa.

Ehkä mun toimintani pisti sisämarkkinat sekaisin kun tämä maahantuojia lopetti toimintansa. Jotkut muut potilaat sanoi että huumeepoliisilla ei ole yhtään tutkittavaa juttua auki. Ehkä he silloin rupesivat tutkimaan minua, että saisivat tämän hoidon loppumaan ja potilaat taas syyllistymään rikoksiin, että saisivat leipää ja pääsisivät urallaan eteenpäin. Totta kai niiden pitää saada juttuja.

Voisin hyvin kuvitella että poliisin sinnikkään halukkuuden iskeä lääkäreihin voisi selittää se, että lääkärit vievät heiltä tavallaan leivän. Ehkä he hyvässä yhteisymmärryksessä huumeidiilereiden kanssa elättivät molempia. Poliisi sai fyffeä siitä että jahtasivat heitä, sellaista kissa-hiiri-leikkiä.

Me mentiin sellaiselle kentälle jolle ei lääkärit saa tulla. Olin varmistanut sairaalaosastolta että hoito on ihan laillista ja oikein, ja lakien ja asetusten rajoissa voi toimia. Mutta kun mentiin sotkemaan toisten rahavirrat, niin meidät täytyi pelata pois, ja silloin kaikki keinot on sallittuja. Tämä on mun käsitykseni.

1990-luvun lopulla tapasin myös huumepoliisin sen aikaista päällikköä Paavo Seliniä. Hän oli minusta ihan ok. Hän siirtyi sitten suojelupoliisiin. Soittelin joskus hänelle, ja hän sanoi että tuu poikkeamaan kahvilla joskus jos on aikaa, hän tarjoaa kahvit. En tullut koskaan käyneeksi. Sitten kuulin että hänet hyllytettiin sieltäkin, kävi pitkän oikeusprosessin ja sai virkansa takaisin, en tiedä onko edelleenkin siellä.

Uhkailtu potilas tuli hoitooni sitä kautta, että hänen isänsä oli tuntemani professorin ystävä. Isä näki miten paljon hoito oli auttanut poikaa, kun hän oli päässyt siitä heroiinikoukusta. Poika minulle totesi, että jos hän olisi kaikesta rikollisesta tekemisestään jäänyt kiinni, niin hän ei ikinä pääsisi vapaaksi. Myöhemmin kun hän oli lopettanut kaiken rikollisen ja oli työelämässä, niin huume poliisit teki usein aamuseitsemältä yllätyshyökkäyksen, tulivat oven läpi ryskyen kun hän nukkui. Vainosivat häntä sillä tavalla.

Hän kyllästyi siihen että ne aina tulivat ratsaamaan hänen kämppänsä ja sanoi että joo, hän ilmiantaa linkin. Sanoi menevänsä ensi perjantaina huoltoasemalle, ja se jonka kanssa hän juo kahvia samassa pöydässä on se linkki. Hän meni istumaan jonkun ihan tuntemattoman ihmisen pöytään, joi kahvia ja vaihtoi muutaman sanan. Poliisit olivat sitten jahdanneet sitä äijää puoli vuotta, vetäneet vesiperän ja tulleet noitumaan että perkele, kusetit meitä. Potilas oli sanonut että se on niin ovela tyyppi että se ei helpolla jää kiinni, ja poliisit olivat varjostaneet sitä yötä päivää. Potilas jäi sitten kiinni kannabiksen hallussapidosta, sai siitä puoli vuotta vankeutta ja poliisi otti häneltä ajokortin pois. Se vaikeutti hänen työtään joka perustui autolla liikkumiseen.

Sitten myös yksi potilaani kertoi että vankilassa oli joku musiikkitalaisuus jossa hän oli roudarina kantanut kaiuttimia vankilaan. Kun hän oli kumartunut, hänen taskustaan oli pudonnut siihen Temgesic-lääkepakkaus, jonka ne nappasi heti ja selvitti että se on mun resepti. Häntä syytettiin siitä salakuljetus-yrityksenä. Jotenkin sitten myös "lääkkeiden ajautuminen vankilaan" oli otettu esille näissä asiantuntijalausunnoissa.

Lisäksi lääkäri kuvaa tarkemmin kommunikaatiovaikeuksia eri näkemyksiä kannattavien virkamiesten välillä lääkintöhallituksen sisällä. Hän kuvaa myös omia tuntemuksiaan 1990-luvun jälkeen. Vielä 1990-luvun lopulla hän halusi peitellä ja vältellä asiaa. Myöhemmin hän vaikutti "hakeneen oikeutta" eri tahoilta. 7.7.2008 lääkäriiliittoon kirjoittamassaan kirjeessä [61] hän kuvaa:

Riitelin siitä [3.10.1990] lähtien ilman ammattijuristin apua, mutta turhaan. Nyt asia on noussut vaivamaan mieltäni, koska juuri se hoito, jota silloin annoin opiaattiriippuvaisille on nykyään Käypä hoito-suositusten mukaista. Toivon, että silloiset viranomaisten virheet myönnettäisiin ja sanktioni purettaisiin.

Vuonna 2008 kyse ei siis ollut pkv-oikeuksien takaisin saamisesta, vaan lääkintöhallituksen ja sosiaali- ja terveyshallituksen päätösten sekä Korkeimman hallinto-oikeuden tuomioiden purkamisesta kokonaan. Lääkäriiliitto ei katsonut voivansa ryhtyä toimenpiteisiin.

Vaikka alkuperäisistä tapahtumista oli yli 20 vuotta ja lääkäri oli saanut pkv-oikeutensa takaisin yli 10 vuotta sitten vuonna 2003, vielä vuonna 2014 hän oli edelleen selvästi tapahtumien traumatisoima ja haki jonkinlaista ratkaisua väärinkohdeksi tulemisen kokemukselleen.

Torsti Koskinen on nyt vainaa, ja se yksi lääkintöhallituksen lakimies on myös kuollut. Soitin hänelle ja leskivaimo vastasi kun sanoin että haluaisin tavata häntä, niin hän kertoi että hän on pari vuotta sitten menehtynyt. Olisin halunnut varmistaa oliko niillä lääkintöhallituksen sisällä se sopimus että minuun ei kosketa, minun oikeuksiin ei puututa. Heillä oli korkeimman hallinto-oikeuden kesken sopimus että jos lääkäreiltä viedään oikeuksia ja he valittaa korkeimpaan hallinto-oikeuteen, niin muihin oikeuksiin voidaan puuttua, mutta minun oikeuksiini ei, että heillä oli KHO:n kanssa tällainen sopimus. Yksi virkamies minulle sanoi olevansa täysin varma että tällainen sopimus oli. Eihän se oikeudenmukaista olisi mutta eihän tässä mikään muukaan ollut.

Sitapä on vaikea tietää miksi tätä sopimusta ei noudatettu. Sen vuoksi olisin tätä lakiosaston päällikköä mennyt tapaamaan. En tiedä onko siitä mustaa valkoisella jossakin, mutta nimenomaan oli sovittu että minuun ei kosketa millään tasolla, koska yksi virkamies piti minua pioneerina sen vuoksi että olin ottanut tämän kysymyksen agendalle.

Mulla on eräässä toisessa asiassa selvityspyyntö tästä, että millä viranomaiset perustelee päätöksensä, taikka eivät perustelee kun antavat sellaisen päätöksen johon perusteluja kaippaa, eikä saa minkäänlaisia. Siinä mulla oli asiantuntijana Ritva Santavuori, joka oli Dolorex-oikeudenkäynnissä syyttäjän ominaisuudessa [7].

Santavuorihan oli aiemmin valvontatoimiston päällikön kanssa samaa mieltä. Rakensin Santavuoreen toimivat suhteet. Kirjoitin HS:n yleisönosastolle. Santavuori kirjoitti ensin että kun ei tällä tavalla voi hoitaa

huumeiden käyttäjiä, että tällainen hoito on väärin. Tein vastineen jossa mä otin kantaa että olen tässä asiassa täysin samaa mieltä ja kannatan että näin, en sanonut missä mä olen eri mieltä, mutta jatkoin sitä kirjoitustani että toin tämän oman näkökulmani esiin, en ärsyttänyt häntä enemmän.

Santavuori oli Irti Huumeista ry:n hallituksessa. Heidän toiminnanjohtajansa pyysi minua yhteiseen projektiin tuomaan omaa tietotaitoani. Kysyin heitä muita siellä on. Hän sanoi että Ritva Santavuori. Mä vähän kavahdin mutta ajattelin että olisi mielenkiintoista tutustua ja menin siihen. Me tutustuttiin ja kun kerroin yhdestä ihan muusta asiasta johon olin törmännyt, niin hän sanoi että kuule, tuossa on taustalla kansainvälinen rikollisuus, että tuo on ihan hirveä juttu, että jos hän voi jotenkin auttaa, niin hän auttaa sua.

Sairaalaosaston päällikkö pidettiin vissiin sivussa näistä mun lähettämistä materiaaleista. Hän sanoi, että sitä nyt ei selvitä pirukaan että minne ne minun kirjeeni ovat menneet. Ei sille ollut mitään tullut. Tässä on se alkuperäinen kirje [32] jolla mä lähestyin lääkintöhallitusta silloin 1989. Ymmärsin hänen puheistaan, että valvontatoimistokin oli alkuun heinäkuussa ehkä kiinnostunut tästä. Sitten ilmeisesti siitä, että sosiaali- ja terveysministeriö oli yks kaks hajottamassa lääkintöhallitusta syntyi kaaos ja paniikki, joka ei ollut enää kenenkään hallittavissa. Sairaalaosaston päällikkö sanoi että jos lääkintöhallitus olisi saanut jatkaa toimintaansa, niin prosessi olisi mennyt ihan toisella tavalla. Asia siirtyi sosiaali- ja terveyshallitukseen ihan vieraiden käsiin, jotka eivät tunteneet tätä historiaa. Siellä toimittiin hyvin tylästi. Kun viranomainen ottaa alussa tietyn kannan, niin sehän ei muuta sitä.

Ja korkein hallinto-oikeus siunaa kaiken sen kun on sopimus, että... vaikka oli sopimus että minuun ei kosketa niin tuota, mitäs siitä. Jos yksi mies, ihminen menee, kunhan vaan rauha säilyy valtakunnassa.

Myöhemmin kun olin Katkolla tulevaisuus -klinikan lääkärinä, niin siellä käytettiin joillakin jopa 30 mg vuorokaudessa jo alkuanoksena. Sitten ruvettiin laskemaan annosta. Mun 1,6 mg oli kuitenkin silloin 1990 lääkintöhallituksen mielestä hirveä annos. Mutta pienikin määrä toimi ihmisille.

Mulla oli myös sosiaaliviranomaisten lausuntoja. He olivat seuranneet mun potilaita, pariskuntia, ja todenneet että ne oli kuntoutuneet ja voineet paljon paremmin. Moni oli mennyt töihin eikä tarvinnut enää sosiaalitukea. Kun sitten minulta meni luvat ja ne repsahti, niin se oli ihan kaaos. Sen näkee noista videoista, joihin potilaita kuvattiin ennen ja jälkeen hoidon katkeamisen. Viranomaiset on tienneet kaiken ihan tasan tarkkaan, koska mä olen joka asian raportoinut niille avoimesti ja rehellisesti. Silti ne väittää etteivät ole mitään tietoa saaneet.

MTV:n tv-ohjelmassa valvontatoimiston päällikkö syytti minua että mä yksipuolisesti lähettelen kirjeitä sinne lääkintöhallitukseen, että sehän on törkeätä, häiritseen heitä näillä kirjeilläni. Toimittaja haastatteli häntä pkv-oikeuksien poisottamisesta. Toimittajat tunsivat minut, ja olin niille kertonut asiat. Toimittaja kysyi, että eikö lääkäri kuitenkin ollut teihin yhteydessä pitkään ja kertonut näistä asioista. En muista enää tarkalleen mutta se oli suunnilleen niin että valvontatoimiston päällikkö vaan tylästi sanoi että ei tänne noin vaan lähetellä yksipuolisesti kirjeitä.

Santavuori sanoi että viranomaiskäsittelyssä on tyypillistä, että ne asiakirjat, joita ei haluta nähdä, pannaan mappi Ö:hön ja tehdään päätökset muiden asiakirjojen perusteella. Sitten sanotaan että käytettävissä olevien asiakirjojen perusteella plaa plaa plaa, tehdään tällainen päätös. Muutama vuosi sitten kun hän konsultoi mua yhdessä toisessa asiassa hän sanoi että on yleinen käytäntö että näin viranomaispäätöksiä tehdään. Jos lähetetään epämiellyttävää aineistoa niin se pannaan pois ja otetaan vain sellaiset aineistot jotka tukee viranomaisten ennakkoon tekemää ratkaisupäätöstä tai sitä mitä mieltä halutaan olla. Niitä ei käytetä jotka on ristiriidassa heidän mielipiteensä kanssa. Hän sanoi että meillä on hyvä veli ja hyvä sisar-verkosto täällä, eikö korppi korpin silmää noki.

Korvaushoidon suhteen sain Santavuoren pään kääntymään. Ystävystyin hänen kanssaan kun hän tässä toisessa asiassa lupasi auttaa mua, ja hän muutti käsityksiään. Kävin hänen kanssaan perusteellisia keskusteluja tästä lääkeshoidosta ja hänen fanaattisuutensa katosi kyllä sitten. Se oli 2000-luvun puolella kun uusi asetuskäsi oli tullut voimaan. Me suunniteltiin yhdessä kirjoittaa kirjaakin, käytiin kustantajan luona palaveria, mutta se jäi kirjoittamatta.

Lääkintöhallituksen sairaalaosaston osastopäällikkö perusteli hoidon hyväksyttävyyttä lääkintöhallituksen Dolorex-työryhmän muistiolla [11]. Muistion vuoksi hän uskalsi sanoa että virallinen kanta on, että näitä lääkkeitä voidaan käyttää opiaattiriippuvaisten korvaushoitoon. Metadoniahan annettiin Hesperian sairaalassa sota-aikana heroiniin kipulääkkeiksi saaneille ja siihen koukkuun jääneille sota-ajan narkomaaneille. Buprenorfiini tuli uutuuslääkkeenä, tällaisena turvallisena kipulääkkeenä.

Tutkimusjulkaisujen löytäminen silloin 1989-1990 ei ollut mikään konsti. Silloin ei ollut internetiä. Menin Meilahden sairaalan alakerran lääketieteelliseen keskuskirjastoon ja kävin Index Medicumia hakusanalla läpi, ja katsoin kirjallisuusviitteet. Siellä oli lyhyet abstraktit kaikista. Olin tottunut etsimään niitä kun olin tehnyt väitöskirjan 1981 ja joutunut paljonkin kirjallisuushakuja tekemään sitä varten. Ei se ollut ongelma

eikä mikään löytää niitä. Jos kerran ihan tavallinen yleislääkäri pystyi niin mikseivät nämä asiantuntijat olisi pystyneet.

Lausunnonantajat ei pyytäneet minulta mitään aineistoa. Lähetin kaikki lääkintöhallitukseen liitteinen ja perusteluineen ja oletin että totta kai ne pistää koko pumaskan asiantuntijoille. Mutta ne olivat pistäneet ainoastaan potilaskortit ja kysyneet onko tämä adekvaattia. Enhän mä tietenkään potilaskortteihin ollut kirjoittanut kirjallisuusviitteitä. Lääkintöhallitusta ne julkaisut ei kiinnostaneet. Mulle tuli se käsitys että ne ei osaa edes englantia.

1.10.1990 iltapäivällä kahden aikaan ne soittivat. Olivat varmaan silloin tehneet sen niiden suunnitelman. 2.10. olin kuultavana. Siinä oli yksi ilta aikaa tehdä selvitys. Illalla ja yöllä tein sen. Vein sen lääkintöhallitukseen 3.10. klo 8.15 aamulla. Kymmeneltä heillä alkoi ylimmän päättävän elimen eli kollegion kokous. Valmistelijan esitys kollegiolle oli, että minulle annetaan vain huomautus. Sitä ei tiedetä kuka sen ehdotuksen käänsi toiseksi. Kuulin päätöksen sitten uutisista. Kuuntelin autoradiota ja uutisissa sanottiin että helsinkiläiseltä lääkäriltä on viety pkv-oikeudet. Siinä ei mainittu nimeä, mutta mietin että jaaha, kuulostaa tutulta.

En tiedä onko Suomen laissa määrätty määräaikoja vastineen antamiselle. Ei varmaan ainakaan perustuslaissa. Hyvän hallintotavan mukaisia käytäntöjä on varmasti olemassa. Olen itsekin joutunut pyytämään selvityksiä. Jos itse olen ylilääkärinä pyytänyt alaiseltani selvitystä kanteluasiaan, niin olen antanut kaksi viikkoa aikaa. Meillä on tavoite, että kuukauden sisällä kantelusta pitäisi antaa jonkinlainen vastine. Kaksi viikkoa on asianomaiselle ihan sopiva aika vastata.

Kun sanoin tälle virkamiehelle että haluan tulla sinne kokoukseen missä mun asia käsitellään, hän sanoi että se ei ole mahdollista. Myöhemmin kun valvontatoimiston päällikölle sanoin että olisin tullut mutta kiellettiin, niin hän sanoi että kyllä sinne olisi ihan hyvin voinut tulla.

Tässä muistiossa sanotaan että minulle “ilmoitettiin puhelimitse hallinto-osaston kielteinen kanta”. Mutta se ei ole sama kuin lääkintöhallituksen kanta. Vaan hallinto-osaston kanta. Siellä oli monta eri osastoa. Hallinto-osasto ei määrännyt sairaanhoidosta. Sairaalaosaston osastopäällikkö sanoi että hänen kantaansa ei koskaan kysytty tässä asiassa, koska valvontatoimisto tiesi että hän on myönteinen. Hänet pelattiin pois. Hän sanoi ettei muista miksei hän osallistunut siihen kollegion kokoukseen jossa tämä käsiteltiin [hän oli muutamia päiviä ulkopuolisessa koulutuksessa; sijaisena toimi osastopäällikön alainen]. Asia käsiteltiin hyvin pikaisesti.

Hän kertoi että hänenkin väitettiin kirjoittavan näitä reseptejä ja hänen resepteistään tehtiin apteekkielvi-tyspyyntö. Hänen mielestään valvontatoimiston päällikkö oli laittanut sen jahdin päälle ja että näillä osastoilla oli täysin ilmiriita. Lääkintöhallitus oli hajoamassa, sitä oltiin purkamassa ja kaikki olivat kuulemma paniikissa. Jokainen pelkäsi omaa palliaan ja organisaatio oli kaoottisessa tilanteessa. Sitä ei hallinnoinut enää kukaan.

Tästä 17.7.1990 kokouksen muistiosta [36] sanoin että mä en voi allekirjoittaa tuota, koska se mitä siihen oli kirjoitettu ei pidä paikkaansa. Valmistelija oli mun kurssikaveri. Opiskeltiin samaan aikaan, oltiin ihan hyviä freundejä ja samaan aikaan oltiin publiikissa. Kun vielä kysyin voinko jatkaa tätä hoitoa, niin hän sanoi että sulla on kaikki oikeudet toimia ihan niin kuin ennenkin, että hän ei puutu.

Kun kerroin myönteisiä kokemuksia näiden potilaiden psykososiaalisen tilan selkeästä paranemisesta, niin hän sanoi että hän ottaa asian esille heillä ja he kutsuvat mut uudestaan kertomaan laajemmalle piirille, muillekin kuin hänelle. Kesken palaverin toinen virkamies lähti pois, häipyi siitä huoneesta. Sen mä muistan. Hän ei ollut edes loppuun asti.

Kokouksessa puhuttiin paljon sellaista mitä he eivät halunneet kirjata tähän muistioon [36]. Valmistelija itse sanoi, että hän on sitä mieltä että tämä lääkehoito on ihan hyvä, ja metadonihan oli käytössä ja buprenorfiinia käytettiin. Dolorex-työryhmä selvitti lääkäreiden oikeutta hoitaa opiaattiriippuvaisia. Se totesi että lääkärit tekivät virheitä ainoastaan siitä, että he eivät pysyneet potilas-lääkärisuhteessa vaan ottivat potilailta muita palkkioita. Sikäli se oli moitittavaa. Mutta Dolorexin kirjoittaminen sinänsä ei ollut moitittavaa. Siksi sairaalaosaston mielestä se oli ihan legaalista hommaa, mutta siinä pitää pysyä se lääkäri-potilassuhde. Dolorex-tapauksessa oli erilaisia muita moitittavia piirteitä. Mullahan nämä potilaat olivat lääkärikeskuksen potilaita ja normaalit palkkiot menivät kassan kautta, että siinä ei ollut mitään ylimääräistä rahaliikennettä eikä pöydän alta mitään.

Niin että todellakaan he eivät sanoneet että mun tulee luopua. Minähän erikseen kysyin sitä. Sen takia jatkoin sitten, kun sain sen käsityksen, että se on ihan ok edelleenkin ja että he haluavat lisäinfoa että asia menisi positiivisesti eteenpäin.

Muistan kun valmistelija sanoi että potilaat kiertelee eri lääkäreillä. Lääkintöhallituksessa sanoivat nimenomaan että ongelma on että nämä hakee reseptejä siltä ja täältä ja myyvät lääkkeitä eteenpäin. Sanoin että

sen saa torpedoitua sillä, että perustetaan vaikka lääkintöhallitukseen puhelinpalvelunumero, ja jos herää epäily niin soitetaan ja tarkistetaan kenen potilas hän on. Valmistelija sanoi että se on lainvastaista, mihin sanoin että ilman heidän suostumustaan on toki lainvastaista pitää henkilörekisteriä mutta suostumuksen kanssa ei. Kaikki mun potilaat sanoivat, että he ovat ihan valmiit rekisteröintiin.

Ei semmosta rekisteriä koskaan perustettu. Sitä ei selvitetty, kun kukaan heistä ei halunnut selvittää. Asia jäi auki eikä koskaan selvitetty onko se mahdollista vai ei.

Sitten MTV kutsui minut haastateltavaksi pkv-oikeuksien menettämisasiasta. Ne kyselivät miltä nyt tuntuu ja mikä käsitys mulla on. Mä sanoin että hei, muutetaanpas tämä juttu silleen, että haastattelet mua niin että olen ikään kuin kollega, ja kerron oman näkemykseni tästä asiasta. Hän sanoi okei, tehdään näin. Sovittiin että YLE ja MTV ja Helsingin Sanomat eivät julkaise mun nimeä. Helsingin Sanomathan teki myös juttuja potilaiden nimissä.

MTV:n keskustelussa valvontatoimiston päällikön kanssa olin ikään kuin ulkopuolinen asiantuntija. Ne haastattelivat häntä siitä, että miksi on viety oikeudet lääkäriltä, joka vain yritti hoitaa potilaita ja lähetti kirjeitä lääkintöhallitukselle. Hän tietysti vain tykitti vastaan kaikkea. Minä olin vaan lääkäri jota ne haastatteli näissä asioissa ilman mitään nimimerkkiä "pkv-oikeutensa menettänyt lääkäri". Tämä oli se asetelma. Sovittiin kaikkien medioiden kanssa että toimitaan näin. Sanoin että koetan omalta osaltani viedä tätä asiaa eteenpäin sammutetuin lyhdyin, lobbaan suoraan viranomaisia ja rakensin suhteet poliisiin, presidentti-instituutioon ja muihin pikku hiljaa.

Sitten Pentti Karvonen [15] ilmaantui siihen. Puolustin medioissa Karvosen periaatteellista politiikkaa. Jos-sain radio-ohjelmassa olin sitten Pentin kanssa yhdessä. Hänelle itselleen sanoin että älä ryhdy mihinkään laittomuuksiin. Silloin kun päätös tuli että multa menee oikeudet, niin minunkin potilaani sanoivat että he menevät lääkintöhallitukseen ja nostavat metelin. Sanoin että ette tee mitään laitonta, tai muuten en ole mukana ja tämä homma loppuu tähän. Että kaikki mennään nyt ainoastaan laillisin keinoin.

Pentillekin sanoin että jos sä menet lainvastaisiin toimiin, niin sulle käy tosi huonosti. Hän oli aloittanut vastaavan hoidon omalla tavallaan ja huomannut sen tehokkaaksi. Vastustajat perustelivat kantaansa että kun ei voi estää väärinkäyttöä. Toki kaikkea voidaan käyttää väärin. Sanoin että eihän Alkokaan voi estää alkoholin väärinkäyttöä. Kumminkin siellä sitä myydään ja mainostetaan. Että mitään väärinkäyttöä ei voi estää. Sitten täytyisi kaikki lopettaa. Puukkoakin voidaan käyttää tappamiseen, että pitäisi kaikki puukotkin kieltää jos mennään tälle linjalle.

Pentin kanssa sovittiin että hän on hiljaa mun menneisyydestä ja hän omalla tavallaan vie asiaa eteenpäin. Annoin sen verran tukea kuin pystyin, mutta sanoin että jos menet selvästi lainvastaisiin keinoihin niin sitten en lähde puolustamaan kyllä. Minä olin silloin menettänyt pkv-oikeuteni, mutta Pentillä oli vielä kaikki oikeudet eikä hän ollut millään tavalla viranomaisten hampaissa. Hän toimi ja kirjoitti buprenorfiinireseptejä. Myöhemmin se homma rönnsyili kyllä laidasta laitaan.

Lääkintöhallituksen kokousten valmistelijakaan ei myöhemmin suostunut kahden kesken tapaamiseen, vaan ainoastaan Lääkäriliiton varatoimitusjohtajan kanssa. Kysyin näistä kuvioista mitä silloin tapahtui, sanoin että haluaisin jutella. Hän väitti mulle että hän ei voi keskustella asiasta, koska häntä sitoo vaitiolovelvollisuus. Hän sanoi että hän joutui lupaamaan, että hän ei työasioista eikä näistä koskaan puhu mitään. Hän sanoi että jos hän olisi toisenlaisessa tilanteessa, esimerkiksi kuulustelussa, niin hän voisi kertoa, mutta tässä tilanteessa ei. Kysyin tästä myöhemmin hänen esimieheltään, valvontatoimiston päälliköltä. Hän sanoi että ei missään tapauksessa, keneltäkään ei otettu minkäänlaista vaitiolovelvollisuutta, että ei pidä paikkaansa.

No, en tiedä... toinen sanoo sitä ja toinen tätä. Kun on sana vastaan, niin on mahdotonta sitten sanoa. Minusta oli aika mielenkiintoista että kun vuosia myöhemmin tilasin senaikaiselta valvontatoimiston päälliköltä audienssin, niin hän ei muistanut tapauksesta mitään, vaikka me oltiin televisiossa vastakkain lähetyksessä toinen toista. Hän taatusti tiesi mutta sanoi ettei ole mitään muistikuvaa tapahtumista. Esitin hänelle vähän papereita ja hänellä pikkuhiljaa alkoi muisti palata, ei sen tarkemmin mutta lopuksi kun ihmettelin korkeimman hallinto-oikeuden päätöstä jossa ei ole haettu mitään ulkopuolista tahoa joka ottaisi kantaa tähän ristiriitaan, niin hän sanoi että eipä tietenkään koska he lääkintöhallituksessa olivat asiantuntijoita Suomessa.

Tällaisiin uusiin ja vähän vaikeisiin asioihin olen paneutunut, ja enemmän tai vähemmän saanut turpaani. Jotkut piirit ja monet kollegat kyllä kunnioittaa ja arvostaa, mutta hallintoviranomaiset jostain syystä molla. Tai sanotaan että viranomaisilta olen saanut turpaani mutta lääkäripiireissä kyllä pitävät. Monet sanovat että eivät ikinä olisi uskaltaneet tehdä tuollaisia asioita vaikka olisi omatunto ollut sitä mieltä että pitää tehdä, olla sen köyhän, kärsivän tai huonosti voivan, kuolemansairaana potilaan puolella.

Nämä ovat hengenvaarallisia tauteja. Opiatiriippuvuus tappaa aika paljon. Eikö siinä lääkärillä ole oikeus hoitaa? Itse koen Hippokrateen valan vannoneena, että on. Lääkintöhallituksen valmistelijan kanssa oltiin

kurssikavereita ja yhtä aikaa oltiin tekemässä lääkärinvalaa. Katsoin että mun valani velvoittaa mua siten, että en kunnioita meidän lääkintäviranomaisia, en kumarra niiden tulkintoja vaan kuuntelen omaatuntoani, omaa etiikkani ja moraaliani enemmän kuin pokkuroin näille. Vähän kuin se Tuntemattoman sotilaan hahmo, joka oli vähän uppiskainen.

Korvaushoidon lyhyen tähtäimen vaikutuksia

Haastatellun lääkärin näkemyksen mukaan korvaushoito toimi lyhyellä tähtämellä hyvänä apuna rikoskierteen katkaisussa, sosiaalisten suhteiden uudelleensolmimisessa ja opiskelu- ja työelämässä pysymisessä tai siihen integroitumisessa. Kirjan loppuosan teksti pohjautuu 17.6.1998 tehtyyn haastatteluun.

Minulle tuli sellainen käsitys, että buprenorfiinihoidon välitön hyöty oli, että nämä ihmiset kokivat itsensä normaaleiksi ja pystyivät tavanomaiseen työhön. Ei ollut heti aamulla pakko alkaa miettiä millä keinolla rahoittaa päivän annoksen. Toisaalta jatkuva aineen metsästys piti aktiivisesti liikkeellä ja pelkoja, paniikkia ja depressiota loitolla. Aineen hankkimisen suhteen piti olla koko ajan hirveän aktiivinen. Kun nämä ihmiset olivat olleet hoidossa kuukauden verran, niin he olivat poistuneet rahan ja rikoksen tekemisen kierteestä. Ei mennyt enää energiaa rahan hankkimiseen, koska niillä oli lääke.

Se alkua oli heille hurjan helpottava, sellainen rela tunne, ah ihanaa, mukavaa. Helpotus siitä paniikista ja huolesta. Mutta kuukauden tai kahden kuluttua tuli kauhea tyhjyys ja depressio, kun mikään ei enää pitänyt liikkeellä. He eivät keksineet mitään tekemistä. Monet jumiutuivat kotiinsa. Heidän sosiaalinen verkostonsa oli kadonnut, koska he olivat tunteneet vain muita aineen käyttäjiä. Kaikki ihmissuhteet pyörivät aineiden ympärillä ja sitten kun ei enää halunnut mennä sinne sekoilemaan ja vetämään krääsää, jäi yksin.

Monet aktivoituivat ottamaan yhteyttä sukulaisiin ja vanhempiin, kenties lapsiinsa. Parisuhteet olivat hajonneet, he olivat eronneet. Pikku hiljaa he alkoivat rakentaa normaaleja suhteita. Ja sitten heidät taas hyväksyttiin, kun he eivät enää olleet kaotettuna sekavuustilassa. Vuorokausirytmiksi oli lääkityksen ansiosta säännöllistynyt. He pystyivät puhumaan normaalisti ja olivat tavallisen ihmisen oloisia.

Tällä tavalla mahdollistui sosiaalinen verkostoituminen tavanomaisiin ihmisiin. Monet hakeutuivat töihin ja koulutukseen ja pärjäivät ihan hyvin. He pystyivät normaaliin työelämään ja hakivat lääkkeensä apteekista. He kokivat olevansa mukana yhteiskuntaa rakentamassa, maksoivat veronsa omalla työllään ja lääkkeensä omalla ansiotyöllään, pystyivät siihen. Tämä oli niin suuri mielihyvää tuottava asia että ei enää kaivannutkaan kemian, heroiinin tuottamaa mielihyvää.

Omien kokemusten mukaan näillä korvaushoidoilla saadaan hyvin nopeasti aikaan tällainen sosiaalinen paraneminen. Lähi- ja perhesuhteet tulevat kuntoon. Se puolestaan antaa mahdollisuuden pitempikestoiseen paranemiseen. Mutta eihän narkomanian ratkaisu ole lääkehoito. Ongelma on tunneiden eriytymättömyys ja jäsentymättömyys, ja persoonallisuuden kehityksen pysähtyminen.

Kuntoutumisessa keskeinen tekijä oli leimautumisen ja syrjityksi tuleminen kokemusten väheneminen sekä itsetunnon paraneminen.

Korvaushoidolla potilaat saadaan äkkiä sieltä alamaailmasta sosiaalisesti kyvykkäiksi. He kokevat olevansa hyväksytyjä, voivat opiskella ja toimia ja olla työssä. Mutta sillä ei ratkaista riippuvuutta: kysymystä siitä minkä kautta minä olen olemassa. Silloin sitä vasta lähdetään työstämään. Se on vaikea vaihe, mutta ei se mahdoton ole.

Luulen että yhteiskuntaan kuulumisen kokemuksen kautta tuli elämälle merkitys. Kaikki narkomaanit kärsivät siitä, että eivät ole hyväksytyjä tässä meidän normaali-ihmisten yhteiskunnassa. Kun he eivät millään tavanomaisilla keinoilla saa sitä hyväksyntää, niin se on heille hirveän suuri kärsimys. Ihmiselle on hirveän suuri kärsimys olla ei-hyväksyty.

He olivat ihmisiä, jotka olivat jo 5-10 vuotta käyttäneet. Heillä oli jo narkomaani-identiteetti ja oma kulttuurinsa, jossa he elivät. Mutta he kuitenkin kärsivät, ja koko ajan toivoivat, että heidän ei tarvitsisi olla siellä. Mutta ei ollut muuta vaihtoehtoa. Aineen hankinta piti kiinni siinä kulttuurissa ja rikollisuudessa. Pois ei päässyt.

Ainoa yhteenkuuluvaisuus siinä maailmassa oli se, että heitä yhdisti sama tekijä: aineet. He eivät olleet solidaarisia. He sanoivat avoimesti, etteivät voi luottaa keneenkään siinä maailmassa. He varastelivat toinen toisiltaan lääkkeitä ja aineita ja kävivät riitojaan. Edes parisuhteessa eivät voineet toinen toiseensa luottaa, vaan piti piilottaa niitä aineita.

Kaikki piti myös koko ajan salata ja piilottaa normaaleilta ihmisiltä. He ajattelivat, että jos tavalliset ihmiset tietäisivät, niin he olisivat ei-ihmisiä niiden silmissä. Töissä käyvät joutuivat viettämään pahinta kaksoiselämää. Se oli hirveän suuri vapautus, että he kokivat olevansa normaaleja, pystyvät viettämään

normaalia elämää, saavat lääkkeensä laillisesti apteekista ja voivat ne omalla työllään ansaita, että yhteiskunta ei edes ylläpidä sitä. Lääkitys ei hirveän paljon per päivä maksanut. Hoidon myötä tuli hirveän nopea sosiaalisen aseman ja itsearvostuksen nousu.

Ihmiselle on tärkeää saada oma arvonsa. He olivat silloin tavallaan ei-ihmisiä. Tärkeintä oli että kerrankin joku otti heidät vakavasti ja myönsi että heidän ongelmansa oli todellinen ongelma, eikä heidän pahuuttaan tai moraalikysymys. Moraalikysymys siinä mielessä, että ajateltiin, että he haluavat vaan piehtaroida näissä nautinnollisissa aineissa, vaikka voisivat yhtä hyvin jättää ne ja viettää normaalia elämää.

Heille oli tärkeää että joku uskoi, että se on mahdotonta ilman apua, että he ovat koukussa siellä. Että vaikka tosissaan yrittää ja vaikka mitä tekee, niin nämä voimat ovat paljon suurempia kuin heidän oma tahtonsa. Se, että joku otti vakavasti, niin sillä oli minusta merkitystä. Ja sillä, että he saivat arvon. Tietysti joukossa oli sellaisia, jotka käyttivät sitä väärin. Varmaa seulontaa ei ole.

Kontrolli, vastuu ja persoonallisuuden kehitys

Haastateltu lääkäri piti kontrollikeskeisyyttä pitemmällä tähtäimellä ongelmallisena vastuun ottamisen oppimisen kannalta. Kuten edellä nähtiin, virallisen huume politiikan ensisijainen tavoite 1980- ja 1990-luvuilla oli tiukka kontrolli, jolla pyrittiin tarjonnan rajoittamiseen [[51]; s. 160]. Kysynnän vähentämisen roolia ei nähty tai siihen pyrittiin huumevalistuksella. "Pelotteluvalistusta" huume poliisi piti tehottomana mutta toisaalta piti "ehdottomiin tosiseikkoihin" perustuvaa valistusta "kaikkein tärkeimpänä vaikutusmahdollisuutena uusien käyttäjien hillitsemiseksi" [[51]; s. 164].

Aiheeseen perehtyneet lääkärit sen sijaan pitivät valistusta tehottomana tai suorastaan haitallisena: amerikkalaisessa tutkimuksessa valistus oli lisännyt huume kokeiluja vertailuryhmään verrattuna, ja huumeiden käytön katsottiin johtuvan persoonallisuustekijöistä ja sosiaalisista olosuhteista [[62]; s. 181-184]. Olosuhteiden tärkeyttä korosti huume poliisikin: "On myös tärkeää, että ihmisen elämäntilanne pysyisi joten kuten tasapainossa. Ihmisen tulee ymmärtää, että elämään kuuluu ylä- ja alamäkeä, jota päihteen käyttö ei poista. Sosiaalinen ympäristö vaikuttaa ratkaisuun huumeiden käytöstä. Jos elämässä ei ole tarjolla todellista vaihtoehtoa huumeiden käytölle, on ihmisen vaikea pysyttäytyä huumeiden ulkopuolella. Tästä ovat esimerkkinä mm. USA:ssa suuret slummialueet" [[51]; s. 161].

Nyt kuitenkin tässä virallisessa hoitolinjassa pääasiana on kontrolli. Ihmiseen ei luoteta yhtään. Ei voi ajatella, että lopun ikääsi joutuisit ottamaan tabletin valvotusti hoitajan kanssa. Vaikka se alkaisikin valvottuna, täytyisi olla mahdollisuus kasvaa itsenäisyyteen, mahdollisuus siihen että tuetaan sen ihmisen persoonallisuuden kasvua. Hoito pitää nähdä prosessina: aloitetaan jostakin ja sitten kontrollia asteittain puretaan.

Eihän ihmisen oma vastuu koskaan kehity, jos koko ajan on kontrolli päällä. Kun tätä mahdollisuutta ei edes ole, niin nämä ihmiset ovat niin turhautuneita. Kun he ovat jo riippuvaisia siitä aineesta, niin he eivät halua enää tulla siitä koneistosta riippuvaiseksi. Pitäisi lähteä kasvattamaan luottamusta ja sitä, että oppii itse ottamaan vastuuta omista ratkaisuistaan.

Toisaalta ei voi vastata ratkaisuistaan ellei ole kykyä tuntea. Tuntemiseen taas tarvitaan kykyä oppositioon, vihan tuntemiseen. Ja myös surun kokemiseen. Nämä ihmiset eivät osaa surra mitään menetystä eivätkä uskalla olla vihaisia. He kontrolloivat tunteitaan äärimmäisyyksiin asti, koska heidän traumansa on hyvin varhaista alkuperää.

He ovat ajautuneet vahvojen huumeiden käyttäjäksi, koska heidän tunneinensä ei ole lainkaan eriytynyt. He eivät osaa eritellä tuntemuksiaan. Se johtuu siitä, että autoritaarisessa kulttuurissa, jossa oppositio on kielletty, et voi eriytyä, vaan olet aina alistainen. Aggressiota ei saa ilmaista. Koko ajan joutuu olemaan muiden armoilla. Hoidon tehtävänä olisi antaa mahdollisuus yksilölliseen tunteiden kokemiseen ja oman tahdon muodostumiseen, ja sitä kautta vastuun ottamiseen, koska nämä ovat lapsuudessa tukahtuneet.

Luottamuksen teema on edelleen ajankohtainen. Käytännöt perustuvat vieläkin suurelta osin valvontaan ja epäluottamukseen. Hoidettavien määrän moninkertaistuttua psykososiaalista kuntoutusta saavien osuus on melko pieni.

Riippuvuus ja persoonallisuushäiriöt

On huomattava, että riippuvuussairauksista kärsivien potilaiden joukko on heterogeeninen, eikä kaikilla ole mielenterveyden ongelmia. Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyys on kuitenkin merkittävästi väestön keskiarvoa suurempi.

Huumeiden käyttäjiin yleisimmin liitetyn persoonallisuushäiriön, epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön, esiintyvyys 32 korvaushoitopotilasta kattaneessa suomalaisessa tutkimuksessa oli 53 prosenttia [63]. Tyypillisiin esiintymismuotoihin kuuluvat toisten tunteiden sivuuttaminen sekä yhteisön tapojen, velvoitteiden ja normien sivuuttaminen ja noudattamatta jättäminen. Ympäristön kannalta epätoivottuun käyttäytymiseen ei ole helppo vaikuttaa kannustimilla tai rangaistuksilla. Turhautumisen sietokyky ja väkivaltaan turvautumisen kynnys ovat matalia, ja ongelmatilanteista syytetään toisia osapuolia [64]. Epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön diagnostiikka on huumeiden käyttäjien kohdalla

hankalaa, koska diagnostiseen kriteeristöön kuuluva rikollinen käyttäytyminen voi liittyä myös riippuvuuden aiheuttamaan tulonhankintapakeroon eikä persoonallisuuspiirteisiin [65].

Haastateltu lääkäri lähestyy riippuvuutta 1970- ja 1980-luvuilla valta-asemassa olleen psykoanalyttistyyppisen kehyksen kautta paljolti sivuuttaen epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön ja painottaen toista persoonallisuushäiriötä. ICD-10-tautiluokitus [64,66] kutsuu ilmiötä nimellä “tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus”. Vastaavasti psykoanalyttinen viitekehys, josta ilmiön määrittely on lähtöisin, perinteisesti nimittää ilmiötä rajatilapersonallisuushäiriöksi (borderline personality disorder). Häiriöstä on olemassa suomalainen Käypä hoito -suositus [67].

Tyypillisiin esiintymismuotoihin kuuluvat impulsiivinen käytös ilman sen seurausten huomioon ottamista, nopeasti vaihtelevat mielialat, tunnepurkaukset ja kyvyttömyys niiden omatoimiseen hillitsemiseen, sekä taipumus ajautua riitoihin ja konfliktitilanteisiin, erityisesti jos ympäristö yrittää hillitä impulsiivista tai itsetuhoista käytöstä [64].

Käytöksen taustalla on yleensä pakonomainen tarve yrittää välttää jonkinlainen abstrakti tai epämääräinen suojatomuuden kokemus, joka lienee peräisin lapsuuden aikaisista hylätyksi tulemisen kokemuksista. Tästä näkökulmasta häiriö voidaan tulkita myös hylkäämiskokemusten aiheuttamaksi posttraumaattiseksi stressireaktioksi yhdistyneenä ympäristön turvattomuudesta johtuneeseen persoonallisuuden kehityksen pysähtymiseen.

Häiriön esiintyvyyden huumeriippuvaisten keskuudessa yleensä on kansainvälisesti arvioitu olevan noin 10 prosenttia ja erilaisissa hoidoissa olevien keskuudessa jopa 65 prosenttia [68]. Edellä mainitussa suomalaisessa tutkimuksessa [63] tämän persoonallisuushäiriön esiintyvyys oli 28 prosenttia. Ryhmän hoitovastetta on pidetty merkittävästi huonompana kuin ei-persoonallisuushäiriöisten, ja heidät on varsinkin aiemmin tyypillisesti leimattu ei-toivotuiksi tai “toivottomiksi tapauksiksi”.

Epävakaan persoonallisuuden kohdalla keskeinen piirre on eräänlainen kyvyttömyys hallita elämäänsä, mikä johtaa ei-tarkoituksellisiin, impulsiivisuuden ja matalan turhautumiskynnyksen aikaansaamiin “vahingossa” aiheutettuihin konflikteihin, joista potilas itsekin kärsii. Epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön kohdalla ilmiön dynamiikka saattaa olla toisenlainen, ja keskeistä voi olla ympäristön vastustamisen tarkoituksellisuus.

Kaikkien persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi yhteensä toisessa suomalaisessa 70 potilaan aineistossa määritettiin 86 prosenttia [69]; eri persoonallisuushäiriöiden osuuksia ei eroteltu.

Karkeasti yksinkertaistaen riippuvuuden hoito vastaa haastatellun lääkärin mielestä lasten kasvatusta. Vaikka vaikeasta riippuvuudesta kärsivä yksilö voi ammatillisesti ja älyllisesti suoriutua hyvin, persoonallisuudeltaan ja emotionaaliselta toimintakyvyltään persoonallisuushäiriöstä kärsivä yksilö voi silti olla heitteille jätetyn pikkulapsen tasolla. Hoidon tavoite on auttaa häntä luottamaan edes yhteen ihmiseen ja oppimaan muodostamaan positiivisia odotuksia elämänsä suhteen. Fyysinen riippuvuus on hänen mukaansa riippuvuussairauksissa melko epäoleellinen tekijä.

Fyysinen riippuvuus on kaikkein helpoimmin ja nopeimmin hoidettavissa. Esimerkiksi narkoosihoidossa pitkään fyysinen opiaattiriippuvuus saadaan hoidettua pois 24 tunnissa.

Erään tutkimuksen mukaan kolmasosa äideistä on kyvyttömiä kokemaan lapsen tunnetiloja. Tällöinhän lapsi kokee, että hänet on hylätty. Lapsi kokee, että saan olla olemassa tekojen kautta ja käyttäytymisen kautta, mutta en sen kautta mitä tunnen.

Narkomaanin, opiaattiriippuvaisen persoonallisuuden kehitys on pysähtynyt hyvin infantiilille tasolle. Hän voi älyllisesti olla huippusuorittaja, tietokonenero, graafikko tai joku tämmönen, tietyllä tavalla kehittynyt, mutta tunteiden eriytymisen ja yksilöllisten ihmissuhdetaitojen osalta hän on suunnilleen kaksivuotiaan tasolla. Ainut tapa reagoida on ääretön raivo ja kiukku ja riehunta. Tällöin hän saa patologisen persoonallisuuden leiman.

Tässä autoritaarisessa maailmanjärjestyksessä se jolla on valta, niin kuin vanhemmalla on, on aina oikeassa. Se on tabu. Et voi olla mulle vihainen tai moittia mua, koska mä olen vanhempi tai esimies ja siksi ehdottomasti aina oikeassa. Silloin ei ole mitään syytä oppositioon eikä kritiikkiin.

Persoonallisuusrakenne ei liity sosiaaliluokkaan. Eräs tuntemani potilas on upporikas kaveri, mutta hänellä on yhtä suuret tunne-elämän ongelmat silti taustalla. Alhaisempi sosiaaliluokka joutuu viranomaisten seulaan siksi että se ei pysty yksityisesti ostamaan palveluita.

Narkomaani tarvitsee yhden henkilön, jonka kanssa kehittää tunne-elämäänsä. Se on ajallisesti pitkä prosessi ja vaatii kiinnittymisen. Nythän hän on riippuvainen aineista ja saa turvan siitä. Ihmissuhteessa ei ole koskaan tullut kokemusta, että tämä ei jätä minua. Kemikaaleilla saa tunneminän ainekset elämään, tulee tunne että nyt mä olen elossa.

Huumeongelmaiset ovat hukassa tunteiden kanssa. He ovat täysin kyvyttömiä osoittamaan aggressiota kenellekään, olemaan eri mieltä. Kun esimerkiksi hoitosuhteessa minä suutuin jollekin ja nuhtelin sitä, että sä teit näin että ei jumalauta mä oon vihanen tästä sulle, niin nehän heti häipyi jonnekin. Ne ei yhtään kestäneet minun vihastumistani ja tavallaan rupesivat kauheasti miellyttämään.

Yleensä kun tällainen potilas tulee hoitoon, niin se pyrkii miellyttämään, miellyttämään ja miellyttämään. Aistii, että mitä se lääkäri tahtoo hänestä ja kertoo sellaisen tarinan joka uppoaa. Mutta minä annoin sitten pisteitä totuuden kertomisesta, arvostin sitä. Lähdin myös siitä, että kukaan meistä ei ole täydellinen. Että voi mokata, tehdä väärin, mutta ei se merkitse sitä, että minä hylkään sinut. Se oli niille uusi juttu. Vaikka olin vihainen puhelimessa, niin sanoin että tule tänne, nähdään, jatketaan. Siihen he eivät olleet tottuneet. Koska he olivat tottuneet sellaiseen, että aina tulee se hylkääminen, totaalinen hylkääminen, että se toinen osapuoli häipyi kokonaan.

Kirjallisuudessa miellyttämistarve on liitetty epäselvään ja kehittymättömään kuvaan itsestä ja omista kyvyistä [70]. Se voidaan ajatella myös winnicottilaisen niin sanotun false self -persoonallisuusrakenteen tai "epäaidon itsen" ilmentymäksi [70–72].

Yksilö ei enää itsekään saa selvää, mitkä hänen todelliset tunteensa ovat. Käyttäytyminen ei enää ilmennä omien tarpeiden tyydyttämistä, tai niiden tyydyttymättömiksi jäämisen aiheuttamasta turhautumisesta aiheutuvan aggression ilmaisemista. Sen sijaan se ilmentää tarvetta välttää aggressioiden ilmaisusta seuraava rangaistus. Tällöin yksilö ahdistuu ja masentuu [71]. Lisäksi jos omia tarpeita ei koskaan ilmaista toisille, ne eivät välttämättä edes ole ympäristön tiedossa, ja todennäköisyys niiden tyydyttymiseen laskee entisestään.

Lopulta yksilön kaikki ihmissuhteet voivat pohjautua kokemukseen välttämättömyydestä miellyttää muita omien tarpeiden tyydyttämisen sijaan. Se lienee seurausta edellä mainitusta voimakkaasta tarpeesta välttää abstrakti hyläytyksi tulemisen, suojattomuuden tai uhattuna olemisen kokemus. Miellyttämistarve voi käytännössä ilmetä esimerkiksi vaikeutena kestää moitteita tai arvostelua. Epäaitouden kokemukseen liittyy krooninen tyhjyyden tunne, mikä myös on rajatilapersoonallisuushäiriöön kiinteästi liittyvä piirre [73].

Jos ajattelen mitä tällaisella buprenorfiinihoidolla voidaan saada aikaan, niin päätarkoitus on saada sen avulla riittävän pitkä kontakti, tavanomainen ihmissuhdekontakti. Potilas on tavallaan eläin, jota kesytetään leipäpalalla. Silloin se antaakin välillä ikään kuin taputtaa päähän, ja se hirveän yksinäisyyden ja pelkojen syövereissä oleva ihminen voi tulla lähemmäs, saada turvaa siitä ihmissuhteesta aineen sijaan. Hän ikään kuin antaa itselleen syyn tulla lähelle, kun hän saa sen aineen josta on riippuvainen. Ei hänellä ole mitään muuta motiivia, ei hän tarvitse ihmistä mihinkään.

Mutta kun kontaktia tarvitaan lääkkeen saamiseksi, niin samalla tuleekin kokemus myös ihmiskontaktista. Silloin tavallaan voi alkaa tällainen eriytyminen, että tässä olen minä ja siinä olet sinä. Muodostuu yksilöllinen minä, persoona. Pystytään pikku hiljaa tutustumaan toisiimme ihmisinä. Sen avulla hän tavallaan löytää myös kyvyn muodostaa näitä ihmissuhteita muualle, ja pystyy integroitumaan tähän ihmisyyhteisöön, kun he ovat tavallaan lapsuudessaan jääneet täyteen yksinäisyyteen. Ja ihminen on kuitenkin olemassa vain tunteidensa kautta. Eriytyä voi vain silloin, kun on riittävä olemassaolon turva.

He olivat täysin kyvyttömiä vaikuttamaan itse omaan tunnetilaansa. He olivat täysin ulkopuolisen maailman armoilla. Ainoastaan silloin he pystyivät kokemaan olevansa turvassa, kun he kemiallisesti saattoivat vaikuttaa olotilaansa. Silloin heillä elämä oli jotenkin turvattu, kun kemiallisesti saattoi jonkin verran säädellä olemisensa tasoa, hyvää ja pahaa oloa. Mutta jos sitä säätövälinettä ei ollut, niin he menivät paniikkiin.

Tähän voidaan hoidollisesti vaikuttaa, mutta se ei tapahdu nopeasti, ei kolmessa kuukaudessa. Niin kuin nyt viranomaisetkin ovat myöntäneet, että asetuksella kolmeen kuukauteen rajoitettu hoidon maksimikesto ei riitä.

Semerari ja Fiore esittävät mallin rajatilapersoonallisuuden keskeisistä piirteistä [74]. Seuraavassa esitetyn kuvauksen voidaan katsoa olevan väljä uudelleentulkinta em. mallista. Mallin osia ovat *itserepresentaatio* eli se, millaisena oma itse nähdään ja esitetään muille. Itserepresentaation katsottaneen muodostuneen oman kokemushistorian seurauksena ja olevan suhteellisen staattinen. Se muodostaa persoonallisuuden pohjan.

Toisena osana ovat "*mielen tilat*", jotka voitaneen tulkita lähinnä tunnetiloiksi, joihin liittyy tyypillisiä tapoja arvottaa muita ihmisiä (niin sanotut objektirepresentaatiot). Mielen tilat ovat lyhytkestoisempia, dynaamisempia ilmiöitä. Se, millaisia tiloja yksilöllä esiintyy, määräytyy paljolti itserepresentaatioiden asettaman viitekehysten mukaan.

Mallin kolmas piirre, niin sanotut *metakognitiiviset heikkoudet*, liittyvät yksilön toiminnallisiin valmiuksiin. Voidaan ajatella, että metakognitiiviset heikkoudet voivat johtua esimerkiksi neurologisista eli fysiologisista syistä. Mallin kannalta luontevampi tulkintatapa kuitenkin lienee, että heikkoudet ovat seurausta persoonallisuuden kehittymättömyydestä. Selkeiden syy-seuraussuhteiden osoittaminen metakognitiivisten heikkouksien, itserepresentaatioiden ja mielen tilojen välillä on vaikeahkoa: mallin nämä osat muodostanevat keskenään erilaisia takaisinkytkentöjä.

Rajatilapotilaiden kohdalla metakognitiiviset heikkoudet sisältävät niin sanotun *integroinnin vaikeudet*, *differentiaatiovaikeudet* ja *emotionaalisen säätelyn vaikeudet*. Integroinnin vaikeuksia voi olla eri tyyppisiä. Eräs integrointivaikeus on kyvyttömyys yhdistää kokemuksia muista ihmisistä eri tunnetilojen välillä. Tällöin se, millaisena toinen nähdään,

riippuu voimakkaasti siitä, missä tilassa henkilö itse on. Negatiivisessa mielentilassa toiset voidaan kokea hyvin rankaisevina ja uhkaavina. Vastaavasti positiivisessa mielentilassa toisia voidaan idealisoida ja heiltä voidaan odottaa liikaa. Koska yksilö voi olla erittäin herkkä pienillekin ulkoisille tai sisäisille ärsykkeille ja mielentila sen seurauksena voi vaihtua erittäin nopeasti, integraatiovaikeus ilmenee ulkopuolisten kannalta vaikeasti ennustettavana hallitsemattomana käytöksenä. Esimerkiksi pieni pettymys, mutta toisaalta myös jokin pieni positiivinen tapahtuma, voi muutamassa sekunnissa muuttaa yksilön suhtautumisen toisesta ääripäästä toiseen.

Differentiaatiovaikeuksilla tarkoitetaan eriaisteisia ongelmia erottaa toisistaan "todellisuus" ja yksilön oma käsitys siitä. Yksilö voi esimerkiksi ylitulkita tapahtumien merkityksiä ja olettaa toisten toimivan jollakin tavalla, jolla potilas on aiemmin kokenut toisten toimivan, mutta joka ei sovellu käsillä olevaan tilanteeseen. Kyse on siis tilannetta kuvaavien mallien puutteesta tai epäsopivuudesta. Esimerkiksi hoitojärjestelmään aiemmin pettynyt potilas vaikkapa ei tunnista, että uusi hoitaja ei toimi samalla tavalla kuin aiemmat, vaan reagoi aggressiivisesti jo etukäteen, uutta pettymystä ennakkoiden.

Päinvastoin kuin esimerkiksi paranoidisesti psykoottiset potilaat, rajatilapotilaat tyypillisesti kykenevät ymmärtämään tilanteen paremmin ja sopeuttamaan toimintansa siihen heti, kun se kuvataan heille riittävän tarkasti. Jos potilaan aiempi ja uusi tilannekäsitys ovat olleet hyvin erilaiset, muutoksen nopeus voi olla toisille jopa vaikea ymmärtää.

Emotionaalisen säätelyn vaikeuksilla tarkoitetaan lähinnä kyvyttömyyttä hillitä jotakin tunnetilaa, johon yksilö on joutunut, esimerkiksi raivoa. Tyypillisesti esimerkiksi negatiivinen tunnetila tuo mieleen aiempiin negatiivisiin kokemuksiin liittyviä ajatuksia, jotka lisäävät tunnetilan intensiteettiä. Ilmiö voitaneen ymmärtää eräänlaiseksi posttraumaattisen stressihäiriön mekanismiksi. Ratkaisuna on ajatusten ja tunnetilan välisen kytkennän katkaiseminen, mihin perustuu esimerkiksi EMDR-terapia. Tällöin traumaan liittyvä ajatus tai ulkoinen havainto ei enää laukaise intensiivistä tunnetilaa.

Useimmin esiintyvät itserepresentaatiot eli minän tilat ovat *arvoton itse* ja *haavoittuva itse*. Ensin mainittuun tilaan, jossa itse nähdään arvottomana, liittyy kolme tyypillistä mielentilaa: itsesyytösten tila, vihan ja uhrikokemuksen tila, sekä surun ja syyllisyyden tila. Ensin mainittu tila liittyy suoraan itserepresentatioon, jossa itse koetaan huonona ja epäonnistuneena. Jos tai kun epäonnistuminen koetaan omaksi syyksi, seuraa itsesyytösten tila.

Toiseen itserepresentatioon, jossa itse nähdään haavoittuvana, liittyy neljä tyypillistä mielentilaa: *uhattuna olemisen tila*, *yksinäisyyden ja menetyksen kokemuksen tila*, *manipulatiivinen tila*, *sekä tyhjä, turta tila*. Uhattuna olemisen, yksinäisyyden ja menetyksen kokemuksesta seuraa yritys kontrolloida tilaa kaikin tunnetuin keinoin (manipulatiivinen tila). Mikäli tämä kontrolliyritys epäonnistuu, seuraa apaattisen tyhjyyden ja turtumuksen tila. Koska keinoja kontrolloida tilaa ei juuri ole, tila voi jatkua pitkään, elleivät ulkoiset olosuhteet palauta yksilöä jollekin toiselle tasolle. Jos esimerkiksi tilanne muuttuu siten, että yksilö huomaa jonkin toimintatavan voivankin johtaa tyydytyksen kokemukseen, hän voi siirtyä johonkin toiseen tilaan.

Apatian tyhjä tila voitaneen nähdä Tähkän mallin [75–77] mukaisena psykoottisena kyvyttömyyden tilana, josta pois-pääsy edellyttää sitä, että ulkoinen toimija suoraan tyydyttää yksilön tarpeita siinä määrin, että yksilö palautuu edes rajatilatasoiselle toimintatasolle. Tässä tilanteessa neuroottiselle potilaalle sopivat tulkintaan perustuvat keskusteluinterventiot eivät johda mihinkään, mikä johtuu siitä, että potilaalla ei ole luottamusta eikä mitään positiivisia odotuksia toista osapuolta kohtaan (vrt. kommentti potilaan kesyttämisestä leipäpalalla). Tähkän mallissa psykoosin määritelmän keskinen piirre lienee se, että kaikki positiiviset odotukset ympäristöä kohtaan puuttuvat, ja ympäristö koetaan yksinomaan uhkaavana tai merkityksettömänä. Ympäristön tehtävä on tällöin vakuuttaa psykoottinen yksilö turvallisuudestaan ja merkityksellisyydestään. Tämä tapahtuu tarjoamalla potilaalle mielihyvän ja voimaantumisen kokemuksia.

Psykoanalyttisen ajattelutavan perusta on niin sanottu *mielihyöperiaate*, jolla tarkoitetaan sitä, että yksilön jokaisen teon tavoitteena ja perimmäisenä tarkoituksena on poikkeuksetta koetun oman odotetun mielihyvän lisääminen [75,76]. Tällä tarkoitetaan laajasti määritellyn hyödyn maksimointia. Hyöty perustuu potilaan omaan malliin maailmasta ja sen toiminnasta. Koska eri toimijoiden mallit maailmasta eroavat sen mukaan, millainen heidän kokemushistoriansa on, jonkin toimijan näkökulmasta hyötyä maksimoiva teko ei toisen toimijan mielestä välttämättä näytä järkevältä.

Mallia voidaan täydentää ottamaan huomioon odotetun hyödyn ajallinen jakautuminen. Addiktiokäyttäytymisessä keskeistä on hyödyn maksimointi lyhyellä tähtäimellä. Pitkän tähtäimen hyöty on tyypillisesti ristiriidassa lyhyen tähtäimen hyödyn kanssa siten, että lyhyen tähtäimen hyödyn maksimointi johtaa pitkän tähtäimen hyödyn laskuun. Heroiinin käyttö tänään on toimijan kannalta välttämätöntä, vaikka hän tietää sen pitkällä tähtäimellä haitalliseksi.

Mainitut epätarkoituksenmukaiset itserepresentaatiot ovat tyypillisesti seurausta potilaiden lapsuudessaan tai muussa aiemmassa historiassaan kokemista ulkoisista olosuhteista, jotka eivät ole tukenet itsearvostusta positiivisen palautteen kautta eivätkä ole tarjonneet riittävää perusturvallisuuden kokemusta. Riittävän pitkään jatkuessaan olosuhteet sisäistyvät malliksi, jonka ulkopuolelle potilaan ajatusmaailma ei ilman kokemuksia vaihtoehtoisista tapahtumamahdollisuuksista voi ulottua.

Esimerkiksi potilas, joka ei koskaan ole kokenut turvallista ihmissuhdetta, ei oikeastaan voi ymmärtää, millainen se voisi olla. Hän saattaa olla tietoinen sellaisen mahdollisuudesta nähtyään siitä esimerkkejä, mutta oman kokemuksen

puuttuessa ei tyypillisesti kykene tavoittamaan sellaisen henkilön kokemuksia tai ajatusmaailmaa, jolla tällainen kokemus on. Hän ei siis kykene samaistumaan kokemukseen, jota ei ole itse kokenut. Tämän seurauksena hän ei kykene toimimaan kuten henkilö, jolla tämä kokemus on. Esimerkiksi luottamussuhteessa olevan henkilön objektirepresentatio luottamuksen kohteesta sisältää positiivisen odotuksen omien tarpeiden tyydyttymisestä tämän objektin avulla. Sen seurauksena odotettu tuleva hyöty diskontataan subjektin mielentilaan, jolloin hänen mielentilansa on positiivisempi. Tällä on seurausvaikutuksia mm. metakognitiivisten heikkouksien esiintymiseen ja ulkopuolisten suhtautumiseen itseän. Oma mielentila aiheuttaa tässä tapauksessa positiivisen ”kierteen” tai takaisinkytkennän ympäristön kanssa.

Vastaavasti yksilö, jolta luottamus puuttuu, on negatiivisessa mielentilassa ja odottaa ympäristöltään negatiivista palautetta. Ympäristö ei tyypillisesti ymmärrä yksilön toiminnan syitä tai mekanismeja, joten se reagoi negatiivisesti, mikä synnyttää negatiivisen, itseään ruokkivan ja konflikteihin johtavan kierteen. Jos yksilö ei itse kykene näkemään tai muuttamaan toimintamallejaan, ainoa keino on, että yhteisö kykenee siihen.

Erilaisten terapioiden ja meditaatiotekniikoiden tarkoituksena on tyypillisesti pyrkiä katkaisemaan tämä kierre joko niin, että yksilö tiedostaa sen ja pystyy katkaisemaan reaktioketjunsä (analyttiset terapiat ja meditaatiotekniikat), tai hänet suoremmin ehdollistetaan uuteen toimintamalliin (kognitiiviset terapiat). Asia on kuitenkin periaatteessa yksinkertainen, ja jos yhteisö oppii tunnistamaan ja käsittelemään tällaisia ilmiöitä, on tehokkaampaa, että reaktiotapoja pyritään muokkaamaan itsenäisesti suoraan yhteisön itsensä toimesta ilman tarvetta ulkopuolisten asiantuntijoiden avulla. Tämä johtuu siitä, että yhteisöllä kokonaisuutena on lähes aina enemmän resursseja kuin jollakin yksittäisellä asiantuntijaosastolla. Lisäksi asiantuntijuus on usein vain kuviteltua. Tällöin yhteisön vetäytyminen vastuusta ja vastuun siirto jollekin ulkopuoliselle toimijalle, joka ei resurssi- tai osaamispulan vuoksi kykene ratkaisemaan ongelmaa, johtaa ainoastaan ongelman jäämiseen ratkaisematta.

Huumehoitoja on usein kritisoitu siitä, että hoitokäytännöt lähinnä toisintavat potilaiden aiempia huonouden, voimattomuuden ja syyllisyyden kokemuksia. Kuten haastateltavakin edellä korosti, ne perustuvat vahvasti epäluottamukseen ja siitä seuraavaan tarpeeseen kontrolloida yksilöä ulkopuolelta. Edellä esitetyn valossa on selvää, että vaikka niiden kautta voidaan ratkaista fyysisen riippuvuuden ongelma, minuuden vahvistamisen ja voimaantumisen kokemusten saavuttamisen kannalta käytännöt ovat haitallisia. Heikko hoidossa pysyvyys lienee suurelta osin seurausta tästä.

Toiseksi ulkopuolinen kontrolli on aina tehottomampaa kuin toimiva sisäinen kontrolli, koska ulkopuolinen kontrolli vaatii muiden resursseja. Toiseksi se yleensä olettaa, että on olemassa jokin ryhmä, joka kykenee kontrolloimaan muita, mutta ei itse tarvitse ulkopuolista kontrollia. On toki mahdollista rakentaa järjestelyjä, joissa eri ryhmät kontrolloivat toisiaan ristiin tai kehämäisissä muodostelmissa. Silti tilanne, jossa kontrollia ei tarvitse erikseen järjestää, vaatii aina vähemmän resursseja.

Kontrolli tyypillisesti synnyttää epäluottamusta, joka synnyttää vihaa, mikä johtaa lisääntyneeseen kontrollitarpeeseen. Ääritapauksessa kaikki resurssit kuluvat kontrollointirytyksiin.

Suomea pidetään usein korkean luottamuksen yhteiskuntana. Trendi näyttää kuitenkin laskevalta. 1990-luvun laman jälkeinen yhteiskunnallinen ilmapiiri on lisännyt eriarvoisuutta, ja siten tuottanut ryhmiä, joihin kohdistuu laajasti huonouden ja arvottomuuden kokemuksia tuottavia yhteiskunnallisia toimenpiteitä. Huumeiden käyttäjät ja heidän kohtelunsa lienee tästä eräs ääriesimerkki. On silti huomattava, että suurin merkitys on läheisillä ihmissuhteilla. Ongelmatilanteita syntyy lähinnä silloin, jos sekä läheiset ihmissuhteet että niiden puutetta korjaavat lähiyhteisön tai yhteiskunnalliset rakenteet puuttuvat.

Eräs kiinnostava kysymys ovat edellä mainittujen persoonallisuushäiriöiden ja huumeiden käytön väliset mahdolliset kausaalisuhteet. Vaikuttaa ilmeiseltä, että huumeiden käyttö altistaa epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö -diagnoosille, mutta kuten edellä mainittiin, se voi johtua osin diagnostisen kriteeristön sopimattomuudesta tälle ryhmälle [65]. Toisaalta vaikuttaa ilmeiseltä, että epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö voi altistaa huumeiden käytölle esimerkiksi sen kautta, että yksilö ajautuu ryhmiin, joissa huumeiden käyttö on tavallista.

Ehkä kiinnostavampi kysymys on, altistaako rajatilapersoonallisuushäiriö huumeiden käytölle tai huumeiden käyttö rajatilapersoonallisuushäiriölle. Kuten haastateltu lääkäri esittää, kyvyttömyys hallita tunnetiloja opituin, kognitiivisin keinoin voi johtaa niiden hallintayrityksiin kemiallisesti. Vastakkaissuuntainen syy-yhteys on hieman vähemmän käsitelty, mutta melko ilmeinen. Jos riippuvuus voi altistaa avuttomuuden ja hallinnan menetyksen kokemuksille, se voi regressoida yksilön rajatilaisiin toimintamalleihin. Tällaisia kokemuksia voivat tuottaa sekä fyysinen riippuvuus itsessään, huumeiden käyttäjien yhteisön toimintamallit (esimerkiksi heikosta sosiaalisesta asemasta johtuva stressi tai velkasuhteista seuraava väkivallan pelko) että itsehallinnan saavuttamista estävä hoitojärjestelmä. Nämä riippuvuussairauksiin liittyvät ilmiöt ovat omiaan vaikeuttamaan autonomisen toiminnan kokemuksen saavuttamista.

Toisaalta on myös esitetty, että rajatilapersoonallisuushäiriö itsessään olisi sisäsyntyisen opiaattijärjestelmän säätelyhäiriö [78]; tällöin sen yhteys opiaattiriippuvuuteen olisi osin fysiologinen. Joka tapauksessa opiaattien käytön alussa tuottama tunne lienee psyykkisesti erittäin palkitseva henkilölle, joka ei muilla keinoin kykene saavuttamaan tilanteen hallinnan ja turvallisuuden kokemuksesta seuraavia mielihyvän kokemuksia.

Myös siitä tulee mielihyvää, että kokee olevansa vahva. Muistan kun yksi aineenkäyttäjä kertoi, että kun hän oli heroïnissa, niin hän koki olevansa niin kuin keisari tai kuningas. Kaikki oli mahdollista. Tuli hirveän

turvallinen olo. Hän sanoi että silloin hän uskalsi tehdä jopa rikoksia hankkiakseen rahaa. Mutta silloin kun hänellä ei ollut sitä ainetta päällä hän vapisi ja pelkäsi ja oli sängyn pohjalla. Oli täysin kykenemätön tekemään mitään, edes rikoksiakaan. Oli niin pelokas. Temgesic normalisoi tätä tilannetta. Siitä ei tullut sellaista liian vahvaa oloa kuten heroiinista, mutta se vei kivut ja pelon pois.

Kivuissa ja peloissa on sekä fyysistä ja psyykkistä. Kivun tunto on kompleksinen asia. Voidaan aiheuttaa mekaaninen kipu, mutta meillä on myös paljon keinoja pysäyttää kivun tunne. Jos meillä on puutetta mielihyvystä, niin kaikki tuntuu kivuliaalta, kaikki kipuimpulssit tulee läpi. Mutta jos mielihyväkeskukset on latautuneet, niin silloin samaa kipua ei välttämättä edes aistita. Siinä mielessä näissä subjektiivisissa kipuoireissa joita narkomaanit pitää vieroitusoireista pahimpana, myös psyykellä on vahva osuutensa.

Hoidon keskeinen sisältö haastatellun lääkärin mukaan onkin luottamuksen rakentaminen, mikä antaa mahdollisuuden sellaisten tunteiden kokemiseen, joiden kokeminen ja ilmaisu on aiemmin luottamuksen puutteen vuoksi estynyt. Näitä tunteita ovat tyyppillisesti erilaiset frustraatioon liittyvät negatiiviset tunteet kuten aggressio, pelko ja syyllisyys.

Hoidossa lähdetään kasvattamaan luottamusta ja ihmisen vastuuta, sitä että hän oppii itse ottamaan vastuuta omista ratkaisuksistaan. Mutta ellei hänellä ole kykyä tuntea, hän ei voi vastata ratkaisuksistaan. Tunteiden eriytyemisessä tarvitaan uskallus oppositioon. Ensin vihan tunteen kokemiseen ja sitten surun kokemiseen. Nämä ihmisethän eivät osaa surra mitään menetystä eivätkä he uskalla olla vihaisia. He kontrolloivat tunteitaan äärimmilleen, koska se trauma, jonka vuoksi he ovat ajautuneet tällaisten vahvojen päihhteiden, huumeiden käyttäjiksi, on hyvin varhaista alkuperää. He koko ajan joutuu vain miellyttämään, olemaan muiden armoilla. Ja silloin tavallaan se tunneinä on kuollut, hukassa, kadotuksessa.

Näen hoidon tehtäväksi antaa mahdollisuuden yksilölliseen tunteiden kokemiseen, ja sitä kautta oman tahdon muodostumiseen, ja sen kautta vastuun ottamiseen. Sen oppimiseen että minä otan vastuun tästä, että tämä on mun ratkaisuni. Jos heillä ei koskaan ole sijaa millekään yksilölliselle valinnalle eikä vastuunotolle, kyky ottaa vastuuta ei voi kasvaa. Sen mahdollisuus on heidän kohdallaan tukahdutettu jo varhain lapsuudessa.

Myös Tähkän mukaan rajatilapotilaan aggression taustalla on nimenomaan keinottomuudesta johtuva frustraatio [76]. Hän kuvaa rajatilapotilaan persoonallisuusrakennetta ja hoidon tavoitteita seuraavasti:

Rajatilapotilaan aggressio kertoo miten läpikotaisin frustroitunut hän on, miten epätoivoisen riippuvainen hän on funktionaalista objekteista ja miten elintärkeä on hänen lisärakenteen tarpeensa, jotta hän voisi tulla yksilöksi sen sijaan, että jäisi muuttuvien tarpeen tilojensa orjaksi. Tähän rakentumiseen hän tarvitsee malleja, ei siitä, miten olla aggressiivinen, vaan siitä, mitä tehdä sen sijaan.

“Rakenteet” ovat tulkittavissa toimiviksi tarpeentyydytyksen toimintamalleiksi. Funktionaaliset objektit puolestaan ovat ulkopuolisia, jotka tyydyttävät niitä potilaan tarpeita, joita hän ei itse osaa tyydyttää. Persoonallisuuden kehitys käsitetään prosessiksi, jossa kognitiivisia malleja tarpeen tyydytyksen keinoista jatkuvasti lisätään ja tarkennetaan niin, että yksilön riippuvuus ympäristöstään ja sen “funktionaalista objekteista” koko ajan vähenee, kunnes hän kykenee hallitsemaan tunnetiloja ja toimintaansa riittävän itsenäisesti.

Tässä yhteydessä on kiinnostavaa havaita, että autonomisuuden riittävä taso riippuu osaltaan ympäristön odottamasta tasosta (sosiaalisen kompetenssin osalta), ja toisaalta ympäristön yleisestä kompleksisuudesta.

Hoito-organisaatiot ja yksilöllistyminen

Hoitoprosesseissa vastuu ja toimenpiteet hajautuvat usein suurelle toimijajoukolle. Hoitoprosessi on hajautettu, monimutkainen, tarkasti säännelty ja joustamaton, mikä asettaa suuret vaatimukset potilaan toimintakyvylle. Potilailla on yleisen epäluottamuksen lisäksi usein erittäin huonoja aiempia kokemuksia hoito- ja viranomaistahoista. Kokemukset ovat usein sellaisia väärinkäytöksiä, joita “tavallinen ihminen” ei osaisi kuvitella tapahtuvaksi.

Hoitokoneistoissa ei yleensä muodostu yksilöllistä minä-sinä-suhdetta. He kohtaavat anonyymin hoitokoneiston. Siinä on organisaatio, byrokratia ja jotkut säännöt, jotka ovat täysin heitä vastaan. Hän on vastuussa tiimille ja järjestelmälle, joka kontrolloi häntä. Raivostuessaan hän saa patologisen persoonallisuuden leiman eikä voi toimia sen hoitokoneiston kanssa.

Siinä ei tule ihminen ihmiselle- tai kasvoista kasvoihin -vuorovaikutusta, persoonallista kontaktia. He voivat vielä hyväksyä sen, että yksi ihminen kontrolloi heitä, koska siinä syntyy tunteiden vuorovaikutus, juupas-eipäs-tilanne, ja asioilla on “kasvot”. He nimenomaan tarvitsivat ihmisen, jonka he voivat kohdata, joka olisi myös omilla tunteillaan läsnä, voisi myös vihastua ja suuttua, ja antaa heillekin luvan näihin tunteisiin. Suhteen pitäisi olla yksilöllinen, saman tyyppinen kuin lapsen suhde vanhempiansa, sellainen että olen vastuussa sinulle ihmisenä, enkä organisaatiolle, joka on aina kasvoton instituutio. Hän tarvitsee sen yhden isän tai äidin, sen ihmisen jonka kanssa käydä se taistelu.

1970-luvulla oli muodissa tällainen yhteiskasvatusidea. Mutta hyvin häiriintynyt lapsi, jolla ei ole minuutta, jonka minuus on hajalla, ei voi muodostaa minää ryhmään nähden. Hän tarvitsee aina yksilön, jonka kanssa syntyy jonkinlainen yksilöllinen suhde. Keskeistä siinä on luottamus, että mua ei hylätä, sä et hylkää mua. Se, että vaikka tekisin mitä kaikkea kuprua ja huijaisin ja pettäisin, niin sä otat mut kiinni ja realisoit minua, mun toimintaa, sanot hyvä tai ei hyvä, edustat niin sanottuja realiteetteja. Tämä suhde voi tulla vain yhden ihmisen kautta, jolla on myös omat tunteet pelissä mukana. Silloin lapsi voi lähteä kasvuun.

Yksilöllisen huomioon otetuksi tulemisen kokemus on hirveän tärkeä. Vasta silloin voidaan palautua riippuvuudesta yksilölliseksi minäksi. Muuten olet vaan osa tällaista massaa. Tai sanotaan alakulttuuria, jossa ollaan olemassa vain kuulumalla siihen jengiin. Siellä ollaan aina alistaisesti, velkasuhteessa, pelätään, ollaan olemassa näiden velkariippuvuuksien kautta, vaikka sekin on parempi kuin että mua ei ole ollenkaan.

Hoitosuhteiden vaaroja

Edellä mainitut persoonallisuuden kehittymättömyyteen liittyvät differentaatiovaikeudet johtavat vaikeuksiin tunnistaa omia ja toisten rajoja. Haastatellun lääkärin käyttämä eriytymättömyyden käsite tarkoittaa käytännössä sitä, että yksilö tunnistaa omat tarpeensa heikosti tai hänelle ei ole selvää, missä määrin omia ja muiden tarpeita tulisi painottaa omassa toiminnassa. Omat tarpeet saatetaan esimerkiksi olla opittu kokemaan ei-oikeutetuksi. Tällöin yksilö saattaa toimia enimmäkseen muiden tarpeiden pohjalta. Omat resurssit kuluvat muiden hyvinvoinnin edistämiseen omien tarpeiden jäädessä tyydyttymättä, mikä johtaa vihamielisyyteen heitä kohtaan. Jos vaikkapa olosuhteet koetaan turvattomiksi, yksilön ensisijainen tavoite on pitää yllä turvallisuuden tunnetta. Toissijaiset tarpeet, kuten frustraatioaggressio, jätetään ilmaisematta ja usein tiedostamatta. Ilmiö liittyy myös edellä mainittuun epäaito itse-käsitteseen.

Riippuvuuden hoidoksi näen ohjaamisen aineriippuvuudesta ihmisiippuvuuteen eli riippuvuuteen siitä yksilöstä, hoitajasta. Pitkässä psykoterapiassa yksi tavoite on tunneriippuvuuden muodostaminen. Terapiasuhteessa terapeutti auttaa sitä ihmistä kiinnittymään ja tottumaan siihen, että turva onkin ihminen. Silloin suhteessa voidaan käydä läpi sitä surua ja hylkäämistä, tavallaan tehdä se lääkeaine tarpeettomaksi sillä että mielihyvä ja turvallisuusakseli tulee meidän välisestä suhteesta.

Ihminen tajuaa, että toinen on olemassa, että saan tavata sitä. Siitä muodostuu samantyyppinen terveempi riippuvuussuhde kuin lapsen ja vanhemman välillä. Vähentämällä kontrollia siinä suhteessa vähitellen kasvetaan ja itsenäistytään autonomiaan. Tuetaan sitä ihmistä ja autetaan suremaan niitä asioita, joita hän ei ole aikaisemmin elämässään saanut kokea. Luodaan tällaista turvallista riippuvuutta. Se on hirveän pitkä prosessi.

Riippuvuudet on niin salakavalaa juttuja, että hoitosuhteissa voi muodostua erilaisia vallankäyttöjuttuja. Joillakin potilaillani on ollut taipumusta muodostaa tällaisia patologisia hoitosuhteita. He eivät tunnista vihan tunteita, hallintaa ja vallankäyttöä. Turvallisuuden tunne tulee siitä, että on aina valta johonkin toiseen tai jollakin toisella on valta heihin. Mutta siitä aiheutuva vihamielisyys kielletään. Hoitajaan kohdistuvaa vihamielisyyttä ei tunnisteta.

Jos on riittävän turvallinen suhde, niin kasvu lähtee automaattisesti liikkeelle minkä tahansa ikäisellä ihmisellä. Tunteet alkavat ikään kuin hakea oikeutustaan, ja ihminen alkaa elää niiden tunteiden kautta. Silloin väistämättä tulevat kohdattavaksi aiemmin torjutut vihan tunteet, pelko, ahdistus, tuska, mustasukkaisuus, kateus ja niin edelleen. Se on kuin yksi klimppi jossa tunteet hakevat eriytymistään. Aiemmin ne on täytynyt tukahduttaa, että ei mulla ole tällaisia.

Eriytymättömän, persoonallisuudeltaan hyvin primitiivisen ihmisen, jolla tunninä ei ole eriytynyt, kasvuprosessi on hurjan intensiivinen. Kun turvattomuutta ja pelkoa alkaa tulla pintaan, niin tapa, jolla ihminen siinä vaiheessa hakee turvallisuuden tunnetta on sen vihamielisen tunteen projisointi ulkopuolelle. Että en minä vihaa, vaan sinä vihaat. Samalla toisessa provosoidaan vihamielisiä tunnetiloja. Provosoimilla ikään kuin harjoitellaan niiden tunteiden käsittelyä itsessä. Se voi tuhota hoitotiimin ja potilaan kasvun siinä.

Tällaisten prosessien tunnistamisessa ulkopuolinen taho, joka ei ole mukana hoitosuhteessa vaan toimii konsulttina seuraamassa mitä tapahtuu. Näkisin ulkopuolisen ohjauksen hyvänä varmuuden vuoksi käytettävänä turvatekijänä.

Lääkärinä tiedän, että nämä on niin salakavalaa, ja me lääkärit itsekin ollaan siinä kentässä. Jos on liikaa mukana, asettuu liikaa potilaan näkökulmaan ja asemaan, on yliempaattinen ja tavallaan pistää itsensä syrjään, eli on tyypillinen hoitajapersoonallisuus, tulee helposti ongelmia.

Kuten eräässä kirjoituksessani puhuin, minusta tuntuu, että monet riippuvuuksien hoitajat ovat itse riippuvaisia niistä hoidettavista. Riippuvuudesta tulee helposti sellainen vyyhti, että kaikki onkin vähän sekaisin

siinä. Sen takia näkisin, että hoitopuolella olisi oma työnohjauksellinen tiiminsä, jolloin hoitaja saisi myös ulkopuolista realisoitua ja palautetta.

Vaikka yksi muodostaa hoitosuhteen, niin oma työnohjaus olisi kumminkin ulkopuolelta. Se auttaisi tunnistamaan että missä hoitaja menee ja mitä kaikkea hoidettava kenties pyrkii manipuloiimaan. Koska hoidettavan ja hoitajan tunteet voivat mennä sekaisin niin, että lopulta kumpikaan ei tiedä mitkä on minun ja mitkä sinun tunteita. Usein tällaisessa tapauksessa tulee valtavan suuri transferenssi ja samaistuminen. Se on se uhka siinä.

Hoitosuhteet ovat lähtökohtaisesti epäsymmetrisiä. Erityisosaamisensa ja erityisoikeuksiensa (esimerkiksi lääkemääräämis- ja lausunnonanto-oikeudet) hoitajan katsotaan olevan suhteen vahvempi osapuoli. Lähtökohtaisesti hoitava osapuoli tyydyttää toisen tarpeita omien välittömien tarpeidensa kustannuksella saaden siitä yleensä rahallisen korvauksen. Hoitajan omien tarpeiden tyydyttämisen tulee tapahtua hoitosuhteen ulkopuolella. Vastaavasti hoidettavan rooli painottuu vastaanottamiseen: hoitaja tyydyttää hoidettavan tarpeita, mistä on yleensä tehty implisiittinen tai eksplisiittinen etukäteissopimus.

Käytännössä sopimus on eksplisiittinen vain sen helposti määriteltäviltä osilta; nämä osat ovat usein juridisesti määriteltäviä. Eri alojen eettiset ohjeistot tyypillisesti kieltävät muun muassa seksuaalisen kanssakäymisen, velkasuhteen ja hoitosuhteen ulkopuoliset ystävyyssuhteet potilaan kanssa.

Gutheil erottaa rajojen ylittämisen (boundary crossing) ja rajojen rikkomisen (boundary violation) [79]. Ylittämällä tarkoitetaan tekoa, joka ei varsinaisesti kuulu hoitosuhteeseen tai ole suositeltava, mutta joka ei aiheuta potilaalle haittaa ja joka saattaa tukea hoitosuhdetta ja luottamuksen muodostumista. Vastaavasti rikkomisella tarkoitetaan tekoa, joka on potilaan ja hoitosuhteen kannalta suoranaisesti tai potentiaalisesti haitallinen ja tähtää hoitavan osapuolen tarpeiden tyydyttämiseen potilaan kustannuksella. Tällöin joko implisiittinen, eksplisiittinen tai molemmat sopimukset rikkoutuvat. Hyödyllisyys ja haitallisuus ovat kuitenkin usein tilannesidonnaisia ja tulkinnallisia; sama teko saattaa eri yhteyksissä asettua rajan eri puolille.

Rajaloukkaukset ovat karkeimmillaan esimerkiksi potilaan seksuaalista hyväksikäyttöä [80]. Lievemmissä tapauksissa saatetaan määrätä tarpeettomia operaatioita tai hoitosuhdetta saatetaan pitkittää taloudellisista syistä, potilaaseen muodostuneen ihastuksen tai kiintymyksen vuoksi, tai esimerkiksi potilastapaukseen liittyvän ammatillisen kiinnostuksen vuoksi. Hoitava osapuoli voi myös keskittyä tyydyttämään omia emotionaalisia tarpeitaan, esimerkiksi ammatillisen pätevyyden, huomion tai ihailun tarvetta, potilaan kautta.

Rajaloukkaustilanteiden määrittely on erittäin subjektiivista. Usein potilaalla on vain epämääräinen tunne jonkin olemisesta vialla. Vaikka ulkopuolisen näkökulmasta monia tällaisia tilanteita voidaan pitää melko harmittomina tai epäolennaisina, ne voivat joka tapauksessa estää hoitajan ja hoidettavan välisen luottamuksen muodostumisen, mikä puolestaan estää edellä kuvatun persoonallisuuden eheytyksen ja siten hoidon toivotun vaikutuksen. Hoidon vaikuttavuus on tällöin menetetty ja kustannukset valuneet hukkaan.

Toisaalta vastenmieliseksi koetulta potilaalta saatetaan kieltää hänelle kuuluvia hoitotoimenpiteitä tai etuisuuksia tai hänestä pyritään suoranaisesti pääsemään eroon. Tätä ei useimmiten näytetä luettavan rajaloukkauksen käsitteen piiriin, mutta ilmiö on samankaltainen. Huumeiden käyttäjien kohdalla tavallisia ovat nimenomaan torjuvat rajaloukkausten muodot.

Kun kyseessä oli joukko, jolla käytännössä ei ollut mahdollisuuksia ajaa asioitaan virallisten valitusteiden kautta, jolla ei ollut vahvaa tai edes minkäänlaista etujärjestöä, joiden asioiden ajajaksi juuri mikään taho ei halunnut leimaantua, ja joiden etua vahvat toimijat kuten tietyt terveystoimijat, lääkärit ja huumeepoliisi suoranaisesti vastustivat, kohtelu hoito-organisaatioissakin saattoi olla mielivaltaista.

Toisaalta ongelmatilanteissa on usein kyse useiden eri toimijoiden tekemistä pienistä virheistä, joista kutakin yksinään voidaan pitää huolimattomuutena, pikkuvirheenä tai joustamattomuutena tilanteessa, jossa virkailijan subjektiivista harkintavaraa olisi voinut käyttää toisinkin. Vasta pienten virheiden kasautunut yhteisvaikutus johtaa ratkaisemattomiin ongelmiin, esimerkiksi potilaan kuolemaan. Koska eri osapuolten yksittäiset virheet ovat pieniä ja osa virheistä voidaan yleensä osoittaa potilaan omista, prosessin kannalta virheiksi tai laiminlyönneiksi katsottaviksi toimista, syytä on vaikea osoittaa kenenkään yksittäisen toimijan teoista johtuvaksi. Tämän tyyppinen vastuun katoaminen vaikuttaa tyypilliseltä isoissa organisaatioissa.

Olemisen ja ei-olemisen käsitteistä

Kuten usein psykoanalyttisen käsitteistön kohdalla, haastatellun lääkärin käyttämien olemisen ja ei-olemisen käsitteidenkin ymmärtäminen vaatii joko käytännön esimerkkejä tai niiden kääntämistä helpommin ymmärrettävään käsitteeseen. Kuten aiemmin, käsitteiden alkuperä näyttää winnicottilaiselta [71,72].

Toisaalta ei-olemisen kokemusta voidaan käsitteellistää Tähkän vaihespesifin mallin avulla [75,tahka_1996,tahka_2006]. Mallin mukaan persoonallisuuden kehitys käsittää kolme vaihetta, jotka voidaan kuvata kussakin vaiheessa ilmenevän tyypillisen psykopatologian mukaan: psykoottisen vaiheen, rajatilaisen vaiheen ja neuroottisen vaiheen. Tarpeiden

tyytytyksen tilan mukaan yksilö voi liikkua tilojen välillä joko kehittymällä tai taantumalla (regressio). Rajatilapersonallisuushäiriöstä kärsivä eli persoonallisuudeltaan rajatilaisessa vaiheessa oleva potilas voi kriisitilanteissa taantua psykoottiseen kokemiseen. Ei-olemisen kokemus voidaan ajatella väliaikaisena (transienttina) psykoottisen kokemisen tilana, josta potilas voi palautua rajatilaiseen kokemiseen.

Psykoottisella kokemisella ei tässä yhteydessä yleensä tarkoiteta ulkopuolisen havaittavissa olevaa harhaisuutta kuten esimerkiksi skitsofrenian tai paranoidisen psykoosin kohdalla, vaan mahdollisesti itsetuhoista käyttäytymistä aiheuttavaa hallitsematonta ahdistuneisuutta tai lamaanuttavaa tyhjyyden ja tarkoituksettomuuden kokemusta. Tila lienee ymmärrettävissä ylivoimaisen tuntuksena hallitsemattomuuden kokemuksena, jonka keskeiset elementit ovat keinottomuudesta aiheutuvat ahdistus ja pelko. Keinottomuudella viitataan kyvyttömyyteen saavuttaa positiivista mielentilaa, turvallisuuden ja ennustettavuuden kokemusta, tai odotusta selviytymisestä tulevaisuudessa. Keskeistä on siis positiivisen tulevaisuuskuvan puute: potilas ei odota tarpeidensa voivan tyydyttyä tulevaisuudessakaan. Tähän liittyy tuntemattoman pelko, odotus siitä, että tilanne ei ole parannettavissa yrittämällä toteuttaa elämänmuutosta, jota ei vielä osata kuvitella tai johon liittyy riskejä. Usein tilanne on seurausta toistuvista kokemuksista siitä, että muutokset ovat vain pahentaneet tilannetta.

Psykoottinen kokeminen voi siis esiintyä myös aktiivisina käyttäytymismuotoina. Jos edellä esitetty winnicottilainen “ei-oleminen” ymmärretään passiivisemmaksi apatian tilaksi, se on vain eräs psykoottisen kokemisen muoto, mutta samaistuu tällöin enemmän aiemmin mainittuun Semerarin ja Fioren apatian tyhjään tilaan [74]. Ei-olemisen voidaan kuitenkin ajatella sisältävän myös aktiivisemmat, itsetuhoiset käyttäytymismuodot. Joka tapauksessa mainitut tilat muodostavat näiden kolmen mallin välisen leikkauskohdan.

Psykoottiseen kokemiseen liitetään *eriytymättömyyden* käsite, joka liittyy itsenäisesti saavutettavissa olevaan tarpeentyydytyksen tasoon. Eriytymättömyydellä tarkoitetaan persoonallisuutta, josta puuttuvat mentaaliset mallit tai malleja siitä, miten omia tarpeita voidaan tyydyttää. Eriytyminen on siten asteittainen prosessi, jossa tarpeiden tyydyttämisen mallit lisääntyvät ja tarkentuvat. Koska mallien toimivuus riippuu ympäristöstä, sen muutos voi johtaa mallien toimimattomuuteen ja siten “eriytymisen” menetykseen; tämä voidaan yksinkertaisemmin tulkita toimintakyvyn menetykseksi. Reaalimaailmassa toimivien mallien tilalle katsotaan syntyvän hallusinatorisia tai kuvitteellisia malleja ja niihin perustuvia katteettomia odotuksia toimintakykyisyydestä; tähän liittyy myös minän puolustusmekanismien eli defenssien käsite.

Toimintakykyisyys liittyy myös ikätason mukaisiin ympäristön odotuksiin. Esimerkiksi kuusivuotiaan lapsen ei odoteta hallitsevan tunnetilojaan, vaan ajoittaiset raivokohtaukset katsotaan normaaleiksi. Sen sijaan ympäristö ei tyypillisesti helposti ymmärrä samantyyppistä käytöstä aikuiselta, jonka persoonallisuuden kehitys on sopivan tuen puutteessa kuitenkin pysähtynyt samaan vaiheeseen.

Rajatilaisille potilaille tyypillinen lievästi itsetuhoinen käytös kuten lievät yliannostukset tai itsensä viiltely selittyvät yleensä odotuksella huomatuksi tulemisesta ja avun saamisesta. Hoitojärjestelmä, joka ei kykene käsittelemään hankalaa potilasta tulkitsee sen usein negatiivisesti “huomion hakemiseksi” ja rankaisee potilasta siitä. Jatkuessaan tämä johtaa jossain vaiheessa odotusten katoamiseen ja vakavampaan itsetuhoiseen käytökseen, jossa itsemurhan odotetaan lopettavan sietämätön ahdistus, jonka poistamiseen ei ole löytynyt muita keinoja.

Lyhyellä aikavälillä arvioituna itsetuhon tuottama hyöty ahdistuksen odotettuna katoamisena katsotaan suuremmaksi kuin kärsimyksen jatkuminen; pitkälläkään aikavälillä tilanteen ei odoteta paranevan. Itsemurha voidaan siten nähdä rationaalisenä valintana samoin kuin esimerkiksi tappiolla olevien osakkeiden myyminen silloin, kun niiden arvon odotetaan tulevaisuudessa edelleen laskevan.

Kaksoisdiagnoosipotilailla eli sekä persoonallisuushäiriön että opiaattiriippuvuuden omaavilla potilailta on kuitenkin ei-opiaattiriippuvaisiin verrattuna tehokas keino ahdistuksen hillitsemiseen: opiaatit. Tappavat yliannostukset voivat siten olla ei-tarkoituksellisia sivutuotteita, huolimattomuusvirheitä.

Mä kuvaisin sitä ei-olemassaoloa niin että siinä on hyvin lähellä tällainen totaalinen hajoaminen. Ja siinä on hyvin lähellä myös tällainen itsemurha, yliannostus, mikä on aika tuttua. Narkomaanit, ei he pelkää kuolemaa. Se on jo tuttua että ei ole olemassa. Vaikeampi on olla olemassa. Se että minkä kautta mä olen olemassa on se ongelma. Ja kun mennään narkoottisen olotilaan, nirvanaan, tolkkuttomaan humalatilaa, sammumiseen tai tällaiseen tokkuraan, opiaattitokkuraan niin silloinhan ei olla olemassa, niin kuin tässä ja nyt, vaan ollaan vaan sellaisessa olotilassa jossa ei tunne mitään, unenomainen olo. Se on turvallisempi. Sen takiahan ne pyrkivät yliannostamiseen kun sitten kun mua ei ole niin ei tarvi sitä tuskaa, olemassaolon tuskaa kärsiä. Ja realisoida tätä hirveätä stigmaa mikä näillä ihmisillä on tässä yhteiskunnassa.

Kun on hoidossa eikä tarvitse harrastaa rikollisuutta eikä olla alamaailmassa, olemassaololle tulee parempi oikeutus. Kun onkin hyväksytty sosiaalisena, kun saa sosiaalisen hyväksytyksi tulemisen leiman tässä yhteiskunnassa. Silloin tavallaan “on olemassa” näiden sosiaalisten toimintojen kautta. Se on jo mielihyvää tuottava kokemus, mutta se ei vielä riitä, vaan seuraava ponnistusvaihe on se persoonallisuus: miten olen olemassa omana itsenäni myös näiden kaikkien tunteiden kautta, joihin en ole koskaan päässyt tutustumaan, kun se oppositio, aggressio ja viha on pitänyt tukahduttaa.

Kysehän on siitä että tämä riippuvuus on monille turva. Ne on silloin olemassa kun joku niitä määrää ja alistaa. Kun on aineista riippuvainen, niin se ainemäärä määrää ja alistaa. Silloin ne on olemassa. Jos ei kukaan kontrolloi eikä määrää ja alista, niin ne ei tavallaan tiedä kuinka mä olen olemassa. Kuka mä olen silloin. Koska persoonallisuus on ajautunut tavallaan siihen, että he on ainoastaan riippuvaisia. He ei hallitse aineen käyttöä, vaan aine niin kuin pakottaa niitä.

Kun tunne-elämän estojen vuoksi ei ole lupa tuottaa aggressioon, eriytymiseen liittyviä tunteita, niin silloin kun se tyydytyksen keino, aine, tulee ulkopuolelta, niin tulee riippuvaiseksi siitä olemassaolon kokemisesta aineen kautta. Se tuo sen tunteen että elän, olen olemassa.

Juuri se epävarmuus, että olenko vai en, on ahdistavin tila. Siitä pitää päästä äkkiä pois joko sellaisen täydelliseen kuoleman kaltaiseen unenomaiseen tilaan, jossa en aisti mitään ja oon tokkuramaailmassa, tai sitten sellaisen tilaan, että olen vahvasti tuntemassa jotakin ja koen itseni ehjäksi. Ongelma on, että sen ehjän olon saa ainoastaan aineiden kautta.

Metadonihoidossa voi sen sikiöaikaisen tokkuran saavuttamiseksi käyttää heroiinia ohessa, koska ne potentioivat toisiaan. Temgesicillä sitä ei voi saada, koska antagonistikomponentti estää sen. Jos käytät Temgesiciä ja otat heroiinia niin ei se kolahda, koska opiaattireseptorit on jo varattu. Antagonistinen vaikutus estää fiilingin potentioimisen.

Moderni ihmistutkimus lähtee siitä, että jo muutaman kuukauden ikäisellä vastasyntyneellä on minuus, hän tietää erillisyytensä äidistä. Mutta lapsi ei kielellisesti, verbaalisesti eikä toiminnallisesti voi osoittaa eriytyneisyyttään. Ainut tapa on kokea se tunteella. Siksi tunnevuorovaikutus on niin tärkeää.

Jos äideiltä puuttuu kyky lukea tunnetiloja, he eivät osaa lukea lapsen tunneviestejä, ja lapsi kokee että hänet on hylätty. Hän kokee sen kadotuksen, että hän joutuu kadottamaan tai katkomaan yhteydet tunneminaansa, kun ei synnykään turvallista olemista. Tunteiden kautta ei voi olla olemassa, kun aikuiseen suhteessa ei synny mitään vuorovaikutusta tunnetasolla.

Lapsi kokee hylkäämiskokemuksen nimen omaan tunneminän kautta, niin että en saa olla olemassa tunteiden kautta. Hän kokee että minua ei ole se mitä mä tunnen, mitä mä koen. Saan olla olemassa vain tekojen, toimintojen, miellyttämisen, suorittamisen, käyttäytymisen kautta.

Se millä hän sitten pikku hiljaa alkaa voida olla olemassa, on nimenomaan käyttäytyminen, toiminta, ja sitten tahto ja uhmaaminen. Kun olet oppositiossa, uhmaat, protestoit, tai käyttäydyt miellyttämällä, niin jos silloin saat kiitoksen tai rangaistuksen, niin silloin se stimuloikin tunteita. Silloin jääkin koukkuun näihin ääritunteisiin. Sallittuja ovat ainoastaan ääritunteet, raivoaffekti, kiukku. On hirveän raskasta olla tunnevuorovaikutuksessa vain näiden ääritunteiden kanssa.

Kun näitä lähdetään hoitamaan, joudutaan tavallaan purkamaan se ihminen sieltä lähtien, mihin se on tukahtunut. Löytämään tämä herkempi minä. Se on ajallisesti pitkä prosessi ja vaatii paljon hoitajalta. Se vaatisi nimenomaan kiinnittymisen.

Kun ihminen on kiinnittynyt aineisiin, aine on sen turva. Se ei jätä. Tällainen ihminen ei ole ihmissuhteessa koskaan joutunut kokemaan riittävästi kiinnittymisen antamaa turvaa, sitä tunnevuorovaikutusta että tämä ei jätä mua. Näillä kemikaaleilla saa tunneminän ainekset elämään. Se on se kokemus, että vautsi, nyt mä olen elossa kun isken tota kamaa.

Sen löytää pikkuhiljaa toisella kymmenellä ikävuodella: tupakka, hasis ja nämä kaikki. Silloin tämä kemiallinen minä alkaa elää, kemikaalien kautta, ne pitää mua elossa. Matti Rimpelähän puhui tästä kanssa, tästä kemiallisen riippuvuuden prosessista, siitä että joka kerran herkistyy, on aina herkkä kemialliselle stimulukselle.

Silloin nämä ihmiset eivät ole olemassa endogeenisten, oman pään tuottamien kemikaalien kautta, vaan ulkopuolelta tulevien, eksogeenisten kemikaalien kautta. Heillä ei ole koskaan ollut lupaa käyttää omia tunnestimulaatioita luomaan niitä elämyksiä. Ei ole saanut varhaisessa äitisuhteessa sitä kokemusta, ja ne osat on kuolleet käytön puutteesta. Se kokemus, että ei tunne mitään, tarkoittaa heille normaalioloa.

Aineen avulla on sitten lupa kokea näitä tunteita. He eivät tarvitse siihen ihmistä vaan elävät siellä yksinäisyydessä. Heidän tunne-elämänsä on hyvin vahvasti elossa siinä vaikutuksen alla, mutta he ovat siinä yksin, eivät tarvitse siihen toista ihmistä. Ovat ne tunteet sitten mitä tahansa, positiivisia tai negatiivisia, niin se on parempi kuin ei mitään.

Aineissa voi muun muassa ilmaista aggressioita, jos ei ole aikaisemmin voinut. Hehän voivat käyttäytyä hyvin uhkaavasti. Silloin tulee tavallaan vahvuuden tunne. Aggressiohan on vahva tunne. Kun aineet ovat aktivoineet tunteet, olet niin kuin elossa siinä, on sellainen vahva tuntu, turvallinen oleminen. Mutta kun se aggressio on aikanaan tukahdutettu, niin se ikävä kyllä leikkaa pois muutkin tunteet, myös mielihyvän. Minusta on ihan loogista että jos mielihapaa ei voi kokea niin ei voi kokea myöskään mielihyvää. Tämähän

se on se olennainen juttu, että jos sua kielletään vihaamasta, niin et voi myöskään rakastaa. Meillä on aina tää polariteetti.

Nämä näkemykseni on tulleet lähinnä intuition pohjalta. En ole pyrkinytkään tekemään tiedettä.

Alistussuhteen ulkopuolella oleminen aiheuttaa ahdistuksen ja epävarmuuden tilan, jossa ei tiedetä "kuka mä olen". Vaikka alistussuhdetta vihataan, siihen samalla myös tavallaan hakeudutaan, koska vaihtoehtona on tuntematon maailma, jossa ei osata toimia. Molemmat vaihtoehdot ovat huonoja, ja tuloksena on epätoivoiselta vaikuttava rimpailu näiden rajalla, vihan ja pelon välillä.

Lähteet

- [1] Turkia Mika: Yksityislääkäri ja heroinistit. Tapaustutkimus lääkkeellisen avohoidon vaikutuksista rikollisuuteen. 1998. <https://www.researchgate.net/publication/340982850>
- [2] Turkia Mika: Toisissa joukoissa: Kertomuksia väkivallasta. 2013. <https://orcid.org/0000-0002-8575-9838>
- [3] Lääketeollisuusyhdistys ry: Pharmaca Fennica. Lääkevalmisteet. 1989.
- [4] Forsman Heikki: Metadon-hoidon järjestely. Liite kirjeeseen lääkintöhallituksen mielenterveystoimistolle 20.6.1979, numero 108.A.2.1, diaarionumero 3801/719/79. 1979.
- [5] Vauhkonen M-L: Hesperian sairaalan poliklinikalla toteutetun metadonihoidon mahdollinen lopettaminen. Kirje lääkintöhallituksen mielenterveystoimistolle 20.6.1979, numero 108.A.2.1, diaarionumero 3801/719/79. 1979.
- [6] Hokkanen Eero, Heinälä Pekka, Meretniemi Kari, Metsä-Simola Sinikka, Nousiainen Marja-Leena, Rimpelä Matti, Sinnemäki Tarja, Tuori Timo ja Kaukonen Olavi: Opioidiriippuvaisten narkomaanien lääkehoitotyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES 1993.
- [7] Santavuori Ritva: Rouva Syyttäjä. Edita 1997.
- [8] Hakkarainen Pekka ja Hoikkala Tommi: Temgesic - lättlurade läkare, narrande narkomaner. Nordisk Alkohol-tidskrift 1992. 9(5):261–73. <https://doi.org/10.1177/145507259200900516>
- [9] Simola Anna: Huumaava lääke, lääkitsevä huume: huume- ja narkomaniakäsitykset 1980-luvun alun Suomessa Dolorex-oikeudenkäynnin herättämän keskustelun heijastamina. Pro gradu -työ, Suomen historia, Turun yliopisto. 2001.
- [10] Kivalo Erkki: Pääjohtajan päätös 21/1980, 1.10.1980. Lääkintöhallitus 1980.
- [11] Marttila Antti, Eskola Jarkko, Idänpään-Heikkilä Juhana, Pyökkänen Kari ja Vääntinen Eila: VALHO-työryhmän mietintö: lääkkeiden väärinkäytön valvonnasta ja väärinkäyttäjien hoidosta. Lääkintöhallitus 1981.
- [12] Lääkintöhallitus: Lääkintöhallituksen sisäinen muistio 22.11.1990. 1990.
- [13] Koskela K.: Huumausaineongelma Suomessa. Lääkintöhallitus 1990.
- [14] Meretniemi Kari: Huumeenkäyttäjät Suomessa. Tutkimus Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan Huumevierotusyksikössä vuosina 1987-1991 hoidetuista potilaista. 1992.
- [15] Karvonen Pentti: Heroinistien Benedictus-kolmoishoito. Yhteiskuntapolitiikka 1998. (2):163–79. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209116408>
- [16] Karvonen Pentti: Ministeriön asetus ja opioidiriippuvaisten korvaushoito. Yhteiskuntapolitiikka 2000. 65(5):450–6. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209116638>
- [17] Karvonen Pentti: Matala hoitokynnys ja haittojen minimointi. Yhteiskuntapolitiikka 2001. 66(5):489–94. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209116745>
- [18] Salaspuro Mikko: Pentti Karvosen opiaattiriippuvuuden hoitomalli tieteellisen näytön valossa. Yhteiskuntapolitiikka 2002. 67(5):453–62. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209116846>
- [19] Wuori Matti: Huumerintaman sotapäiväkirjasta. Yhteiskuntapolitiikka 2002. 67(5):486–9. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209116835>
- [20] Virtanen Matti: Huume politiikan hauras kompromissi. Yhteiskuntapolitiikka 2002. 67(6):511–2. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209116847>
- [21] Partanen Päivi, Kinnunen Aarne, Leinikki Pauli, Nylander Olli, Seppälä Timo, Simpura Jussi, Virtanen Ari ja Vätkki Jouni: Selvitys amfetamiinin ja opiaattien käyttäjien määrästä pääkaupunkiseudulla ja koko maassa vuonna 1997. 1999.
- [22] Soininvaara Osmo: Ministerikyyti. WSOY 2002. <https://web.archive.org/web/20071024165045/http://www.soininvaara.fi/Huumeministeri.pdf>
- [23] Hakkarainen Pekka ja Tigerstedt Christoffer: Korvaushoidon läpimurto Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 2005. 70(2):143–54. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117101>
- [24] Selin Jani, Hakkarainen Pekka, Partanen Airi, Tammi Tuukka ja Tigerstedt Christoffer: From political controversy to a technical problem? Fifteen years of opioid substitution treatment in Finland. International Journal of Drug Policy 2013. 24(6):e66–72. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.08.007>
- [25] Mello Nancy K. ja Mendelson Jack H.: Buprenorphine suppresses heroin use by heroin addicts. Science 1980. 207(4431):657–9. <https://doi.org/10.1126/science.7352279>

- [26] Mello Nancy K. ja Mendelson Jack H.: Behavioral pharmacology of buprenorphine. *Drug and Alcohol Dependence* 1985. 14(3-4):283–303. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(85\)90062-6](https://doi.org/10.1016/0376-8716(85)90062-6)
- [27] Bickel Warren K., Stitzer Maxine L., Bigelow George E., Liebson Ira A., Jasinski Donald R. ja Johnson Rolley E.: A clinical trial of buprenorphine: Comparison with methadone in the detoxification of heroin addicts. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 1998. 43(1):72–8. <https://doi.org/10.1038/clpt.1988.13>
- [28] Gilman Alfred G., Rall Theodore W., Nies Alan S. ja Taylor Palmer (Toim.): *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. McGraw Hill 1990.
- [29] Jaffe Jerome H. ja Martin William R.: Opioid Analgesics and Antagonists. *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Gilman Alfred G., Rall Theodore W., Nies Alan S. ja Taylor Palmer (toim.). McGraw Hill 1990.
- [30] Jaffe Jerome H.: Drug Addiction and Drug Abuse. *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Gilman Alfred G., Rall Theodore W., Nies Alan S. ja Taylor Palmer (toim.). McGraw Hill 1990.
- [31] Penttinen Hannu: Kokousmuistio lääkintöhallituksen sairaalaosastolla 8.2.1989 järjestetystä tapaamisesta. 1989.
- [32] Penttinen Hannu: Asia: päihteiden ongelmakäyttäjien hoito. Kirje lääkintöhallitukselle 14.2.1989. 1989.
- [33] Lahti-Nuuttila Pentti, Helle Esko, Ala-Harja Kirsti, Puska Pekka, Kuuskoski-Vikatmaa Eeva, Vastamäki Ritva, Kemppainen Arvo, Wasz-Höckert Ole ja Kalima Kai: Eduskuntakysely 29.5.1990. 1990.
- [34] Lääkintöhallitus: Lääkintöhallituksen sisäinen muistio 16.10.1990. 1990.
- [35] Lääkintöhallitus: Lääkintöhallituksen sisäinen muistio 2.10.1990. 1990.
- [36] Lääkintöhallitus: Muistio kuulemistilaisuudesta 17.7.1990 klo 13-15. 1990.
- [37] Penttinen Hannu: Kirje lääkintöhallituksen sairaalaosaston osastopäällikölle 5.8.1990. 1990.
- [38] Penttinen Hannu: Kirje lääkintöhallituksen valvontatoimistolle 31.8.1990. 1990.
- [39] Lääkintöhallitus: Muistio kuulemistilaisuudesta 02.10.1990 klo 12. 1990.
- [40] Lääkintöhallitus: Lääkintöhallituksen päätös 3.10.1990. Dnro 560/491/90. 1990.
- [41] Holopainen Antti: Lausunto korkeimmalle hallinto-oikeudelle 18.1.1993. 1993.
- [42] Pantzar Minna: Professori Mauri J. Mattila 60 v: tavoitteena järkevä lääkehoito. *Helsingin Sanomat* 15.12.1990. <https://www.hs.fi/ihmiset/art-2000003035400.html>
- [43] Ouri Pentti, Eriksson Hannele, Forsman Heikki, Holopainen Antti, Koskinen Torsti, Meretniemi Kari, Pylkkänen Heikki, Särkelä Antti ja Rapeli-Lundell Liisa: Narkomaanien hoidon järjestäminen Helsingissä. Työryhmän raportti. 1991.
- [44] Korkein hallinto-oikeus: Korkeimman Hallinto-oikeuden päätös 17.12.1991. Diaarin:o 4302/7/90. 1991.
- [45] Sosiaali- ja terveyshallitus: Sosiaali- ja terveyshallituksen päätös 10.6.1992. Dnro 736/471/91. 1992.
- [46] Turpeinen Pirkko: Nuorten huumausaineongelman vakavuutta ei ole ymmärretty. Esitelmä Hesperian sairaalassa 30.12.1992. 1992.
- [47] Korkein hallinto-oikeus: Korkeimman Hallinto-oikeuden päätös 30.9.1993. Diaarin:o 4064/7/92. 1993.
- [48] Heinälä Pekka: Asiantuntijalausunto Temgesic-hoidosta 15.9.1987. Diaarionro 5231/86/86. 1987.
- [49] Salaspuro Mikko: Asiantuntijatodistajan lausunto: Opiattiriippuvuuden käypä hoito vs. LL Pentti Karvosen hoitomalli. 2002.
- [50] Achte Kalle: Asiantuntijalausunto Temgesic-hoidosta 17.9.1987. Diaarionro 5231/86/86. 1987.
- [51] Aarnio Jari: Huumausaineiden käyttäjä poliisin silmin. *Huumeiden käyttäjät Suomessa*. Kontula Osmo (toim.). Kirjayhtymä 1992. ss. 146–66.
- [52] Salaspuro Mikko: PKV-lääkkeiden määräämis-oikeuksien palauttaminen, lausunto Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle 3.10.2002. 2002.
- [53] Juusola Mervi: A-klinikkasäätiö: Narkomaanien korvaushoitolääkkeiden katukauppaa liioiteltu. *Helsingin Sanomat* 7.3.2014 2014. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000002715093.html>

- [54] Keränen Seppo: Lääkäri Suomessa. Kirjayhtymä 1980.
- [55] Markkula Hannes: Ilmiänto: ”Huumeepoliisi johtaa suomalaista huumekauppaa”. Iltasanomat 29.2.2008 2008. <http://www.iltasanomat.fi/kotimaa/art-2000000314368.html>
- [56] Reinboth Susanna ja Passi Minna: Helsingin huumeepoliisin päällikköä epäillään virkarikoksista. Helsingin Sanomat 5.9.2013 2013. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000002672187.html>
- [57] Passi Minna: Aarnion huumesyytteet ovat sattumaa – koko totuus selviää tuskin koskaan. Helsingin Sanomat 3.4.2016 2016. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000002894364.html>
- [58] Passi Minna ja Reinboth Susanna: Hovioikeus kovensi tuntuvasti Jari Aarnion Trevoc-tuomiota – kolme vuotta vankeutta. Helsingin Sanomat 30.9.2016 2016. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000002923244.html>
- [59] Kangosjärvi Jaakko: Muistot: Torsti Koskinen. Helsingin Sanomat, helmikuu 2009 2009. <https://www.hs.fi/muistot/art-2000002626195.html>
- [60] Salassapidettävä: Kirje lääkintöhallitukselle 17.9.1990. 1990.
- [61] Penttinen Hannu: Kirje lääkäriliiton juristille 7.7.2008. 2008.
- [62] Pylkkänen Kari ja Hägglund Tor-Björn: Nuoret ja huumeet. Nuoriso-ongelmien psykososiaalinen tausta ja ennaltaehkäisy. WSOY 1976.
- [63] Levola Jonna, Holopainen Antti ja Pitkänen Tuuli: Korvaushoitopotilaiden psykiatrinen sairastavuus ja koettu psyykkinen terveys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012. 49:350–6. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/download/9352/6681>
- [64] WHO: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 2010. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F60-F69>
- [65] Levola Jonna, Pitkänen Tuuli, Tourunen Jouni, Holmberg Nils ja Holopainen Antti: Opioidiriippuvaisen persoonallisuushäiriö - katsaus diagnostiikan ja hoidon haasteisiin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012. 49:342–9. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/download/9351/6680>
- [66] Tautiluokitus ICD-10: Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>
- [67] Korkeila Jyrki, Kantojärvi Liisa, Koivisto Maaria, Karlsson Hasse, Keinänen Matti, Lindeman Sari, Nikkilä Heikki, Stenberg Jan-Henry, Taiminen Tero, Jousilahti Pekka, Tuunainen Arja, Arvonen Tuula ja Roine Mikko: Käypä hoito: Epävakaa persoonallisuus. 2015. <https://web.archive.org/web/20171228105514/https://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50064.pdf>
- [68] Pennay Amy, Cameron Jacqui, Reichert Tiffany, Strickland Heidi, Lee Nicole K., Hall Kate ja Lubman Dan I.: A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. Journal of Substance Abuse Treatment 2011. 41(4):363–73. <https://doi.org/10.1016/j.jSAT.2011.05.004>
- [69] Vormaa Helena, Sokero Petteri, Turtiainen Saija ja Katila Heikki: Opioidikorvaushoito tehoa: korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000-2002. Suomen Lääkärilehti 2005. 60(9):1013–6.
- [70] Livesley W. John: Practical Management of Personality Disorder. New York: Guilford Press 2003.
- [71] Weir Kirsty F. ja Jose Paul E.: The perception of false self scale for adolescents: reliability, validity, and longitudinal relationships with depressive and anxious symptoms. British Journal of Developmental Psychology 2010. 28(2):393–411. <https://doi.org/10.1348/026151009X423052>
- [72] Newman Kenneth M.: A more usable Winnicott. Psychoanalytic Inquiry 2013. 33(1):59–68. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.743805>
- [73] Gunderson John G.: Borderline personality disorder. New England Journal of Medicine 2011. 364(21):2037–42. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1007358>
- [74] Semerari Antonio ja Fiore Donatella: Borderline personality disorder: model and treatment. *Psychotherapy of Personality Disorders. Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*. Dimaggio Giancarlo, Semerari Antonio, Carcione Antonino, Nicolo Giuseppe ja Procacci Michele (toim.). Routledge 2007. ss. 47–80.
- [75] Tähkä Veikko: Mind and Its Treatment: A Psychoanalytic Approach. International Universities Press 1993.
- [76] Tähkä Veikko: Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen. Helsinki: WSOY 1996.
- [77] Tähkä Veikko: The nature and mediation of understanding in psychoanalytic interaction. Scandinavian Psychoanalytical Review 2006. 29:81–92. <https://doi.org/10.1080/01062301.2006.10592787>

- [78] Bandelow Borwin, Schmahl Christian, Falkai Peter ja Wedekind Dirk: Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system? *Psychological Review* 2010. 117(2):623–36. <https://doi.org/10.1037/a0018095>
- [79] Gutheil Thomas G. ja Simon Robert I.: Non-sexual boundary crossings and boundary violations: the ethical dimension. *Psychiatric Clinics of North America* 2002. 25(3):A585–92. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(01\)00012-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(01)00012-0)
- [80] Simon Robert I.: Therapist-Patient Sex: From Boundary Violations to Sexual Misconduct. *Psychiatric Clinics of North America* 1999. 22(1):31–47. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70057-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70057-5)