



UNIVERSITY OF HELSINKI



<https://helda.helsinki.fi>

Helda

---

## Korvaushoidon nykytilanne ja haasteet Suomessa

Simojoki, Kaarlo

2023

---

Simojoki, K 2023, Korvaushoidon nykytilanne ja haasteet Suomessa. julkaisussa K Nuotio, K S & E Yli-Hemminki (toim), Parempaa päihdepolitiikkaa : rangaistuksista hoidon poluille. Gaudeamus, Helsinki, Sivut 256–268.

---

<http://hdl.handle.net/10138/572333>

---

unspecified  
publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*

# KORVAUSHOIDON NYKYTILANNE JA HAASTEET SUOMESSA

KAARLO SIMOJOKI

Opioidiriippuvuus on vaikea ja merkittävästi hyvinvointia heikentävä sairaus. Hoitamattomana siihen liittyy runsaasti rikollisuutta, korkea kuolleisuus ja vakavia liitännäissairauksia, kuten infektioitaudit. Lähes kaikkia opioideja väärinkäytetään, olipa kyseessä laitton (esim. heroini tai muu ei hoidollisesti käytettävä) tai lääkeopioidi (myös lääkinnällisesti käytettävä). Pääasiallisesti väärinkäytetty opioidi vaihtelee merkittävästi maasta toiseen ja myös maiden sisällä alueellisesti. Käyttäjien mieltymyksiä enemmän vaihteluun vaikuttaa opioidien saatavuus. Etenkin jo riippuvaisten on keskeistä saada opioideja ylläpitääkseen toimintakykynsä edes jollain tasolla. Näin ollen jossain maissa käytetään pääasiassa laittomia opioideja ja muissa lääkeopioideja. Trendinä Euroopan unionissakin on lääkeopioidien väärinkäytön kasvu muun muassa heroinin kustannuksella<sup>1</sup> Yhdysvaltojen tapaan, jossa se on jo hyvin merkittävä ongelma.<sup>2</sup>

## Opioidiriippuvuuden hoito

Opioidiriippuvuuden hoidon tuloksellisuus kasvaa merkittävästi käytettäessä lääkkeitä, pääasiassa metadonia ja buprenorfiinia<sup>3</sup>, psykososiaalisen kuntoutuksen tukena. Niiden välillä ei ole todettu merkittävää eroa. Lääkkeen valintaan vaikuttaa paljon kunkin maan ja alueellinen hoitokulttuuri, joskin lähtökohtaisesti sen tulisi perustua potilaan hoidon tarpeen yksilölliseen arvioon.<sup>4</sup> Valintaan vaikuttavat myös metadonin ja buprenorfiinin erilaiset haitta- ja yhteisvaikutukset päihteiden kanssa, joiden osalta buprenorfiinilla on suotuisampi turvallisuusprofiili.<sup>5</sup> Sen vuoksi esimerkiksi Norjassa se on ensisijainen lääke haittoja vähentävässä korvaushoidossa (tavoitteena ei ole päihitteettömyys), kun taas Suomessa se on metadoni ilmeisesti lähinnä historiallisista syistä. Suomessa hoidossa<sup>6</sup>

olevista potilaista noin 64 % on buprenorfiini-lääkityksellä ja loput saavat metadonia. Lääkehoidon on havaittu olevan tehokas riippumatta opioidiriippuvuuden aiheuttaneesta opioidista ja viime vuosien tutkimuksissa on saatu myös näyttöä siitä, että pääasiassa buprenorfiinia väärinkäyttäviä voidaan hoitaa tuloksellisesti niin metadonilla kuin buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmisteella.<sup>7</sup> Tutkimukset ovat osoittaneet tuloksellisen korvaushoidon olevan pitkäkestoista, vuosia kestäväää tai jopa elinikäistä, sillä lyhyessä hoidossa ei saavuteta tavoiteltuja etuja.<sup>8</sup>

Päihdekäytön aiheuttamat haitat ja kustannukset ovat Suomessakin historiallisen korkealla, huumeiden kohdalla välittömät 0,2–0,3 ja välilliset 0,5–1 miljardia euroa vuodessa, ja korvaushoidolla saavutetaan merkittäviä kustannussäästöjä. Tutkimusten mukaan ne ovat kohdistuneet pääasiassa muualle kuin kuntien kustantamiin palveluihin, esimerkiksi oikeusjärjestelmään, ja ne muodostuvat merkittäviksi vasta usean vuoden hoidon jälkeen.<sup>9</sup> Tämä saattaa osaltaan selittää, miksi tiukentuneessa talustilanteessa, etenkin kunnissa, hoitoon pääsy vaikeutuu mm. korvaushoidon kohdalla<sup>10</sup>. Näin ollen on oltu tilanteessa, jossa on lähes välttämätöntä kehittää uusia ja hoitojärjestelmää monipuolisia hoitomalleja. Suomen erityisongelmana on kuitenkin edelleen, että buprenorfiini on yleisimmin väärinkäytetty opioidi.<sup>11</sup> Tällä on vaikutuksia sekä yleiseen asenneilmapiiriin että myös käytännön edellytyksiin järjestää lääkkeellinen korvaushoito turvallisesti, joustavasti ja potilaan yksilöllinen hoidon tarve huomioon ottaen. Viimeisimpien tilastojen mukaan huumeongelmien osalta suurempi osa kustannuksista kohdistuu terveydenhuollon palveluihin eikä muun muassa oikeusjärjestelmään.<sup>12</sup> Taustalla voi olla kuitenkin ennemmin huumeidenkäytön haittojen lisääntynyt lyhytaikainen hoito kuin itse päihdesairauden hoidon lisääntyminen. Onkin mielenkiintoista seurata miten hyvinvointialueiden toiminnan alkaminen kustannussäästöjen paineessa vaikuttaa päihdepalveluiden ja -hoidon saatavuuteen.

Korvaushoidossa olevien potilaiden määrän kasvaessa myös lieveilmiöt, kuten omien lääkkeiden väärinkäyttö tai valuminen katukauppaan, lisääntyvät<sup>13</sup>, mutta selkeästi vähemmässä määrin kuin hoidolla saavutetut hyödyt.<sup>14</sup> Näin ollen eri käytössä olevien korvaushoitolääkkeiden väärinkäytönmahdollisuus on jo pitkään tiedostettu ongelma, mikä on todettu muun muassa metadonin ja mono-buprenorfiinin osalta useissa maissa niin EU:ssa kuin sen ulkopuolella.<sup>15</sup> Tämän vuoksi kehitettiin buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmiste, jossa tarkoituksena on aiheuttaa vieroitusoireita naloksonista johtuen, jos sitä käytetään suonensisäisesti. Tämä vaikutus saavutetaan myös, jos pääasiallisesti

väärinkäytetty opioidi on mono-buprenorfiini, mutta lievempänä.<sup>16</sup> Sen vuoksi jo ennen buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmisteen saamaa myyntilupaa maaliskuussa 2007 merkittävä osa Suomen hoitopaikoista oli siirtynyt käyttämään sitä jo vuoden 2004 aikana pelkän buprenorfiinin asemasta, lähinnä vähentääkseen korvaushoitolääkkeen väärinkäyttömahdollisuuksia. Vuonna 2013 käyttöön tuli yhdistelmävalmisteen kielen alla sulatettava kalvo, mikä vähensi erityisesti mahdollisuutta salakuljettaa lääkitys valvotusta lääkeannostelusta väärinkäytettäväksi, ja se otettiin laajasti käyttöön.

Myös buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmisteen väärinkäyttö on tiedossa<sup>17</sup>, mutta se on vähäisempää mono-buprenorfiinin verrattuna ainakin Suomessa.<sup>18</sup> Täällä tehtyjen tutkimusten mukaan yhdistelmävalmisteen väärinkäyttö hoitojen ulkopuolella ei ole myöskään merkittävä ongelma.<sup>19</sup> Tämä näkyy myös hoitoon hakeutuvien osalta, joista vuonna 2010 väärinkäytti pääasiassa mono-buprenorfiinia 92 % ja yhdistelmävalmistetta 8 %.<sup>20</sup> Vuonna 2011 osuus oli yhdistelmävalmisteen osalta laskeutunut 5 %:n tasolle ja vuonna 2021 se oli enää 1,6 %<sup>21</sup>.

Opioidiriippuvuuden lääkehoito on kehittynyt viime vuosien aikana, sillä opioidiriippuvuus on maailmanlaajuinen haaste ja erilaisille lääkitysvaihtoehdoille on kasvavaa tarvetta. Viime vuosien mullistavin muutos oli, kun vuonna 2017 Yhdysvalloissa myyntiluvan sai ensimmäinen kerran kuukaudessa annettava depotinjektio-lääkevalmiste. Suomessa se on ollut erityisluvalla käytössä ja tulee myyntiin tänä vuonna. Suomessa otettiin EU-myyntiluvan saamisen myötä ensimmäisenä maailmassa tammiukuussa 2019 kliiniseen käyttöön toinen depotinjektiovalmiste, jota voidaan annostella annettavaksi kerran viikossa tai kerran kuukaudessa. Se on tällä hetkellä pääasiallisesti Suomessa käytössä oleva depotinjektiovalmiste. Virallista tietoa ei ole, mutta lääkeyhtiöiltä saadun tiedon mukaan tällä hetkellä noin kaksi kolmasosaa buprenorfiinia saavista potilaista on siirretty injektiovalmisteelle, mikä on potilasmääriin suhteutettuna nopeimpia ja suurimpia muutoksia kansainvälisestikin. Lisääntyvän tutkimusnäytön perusteella depotinjektioilla on saavutettu monia hyötyjä muun muassa potilastyytyväisyydessä<sup>22</sup>, tuloksissa ja turvallisuudessa<sup>23</sup> sekä hoidon käytännön toteutuksessa, kun tarvetta päivittäisille valvoituille lääkeluovutuksille ei enää ole. Tämä logistinen hyöty yhdistettynä diversion (lääkkeen valuminen pois hoidosta) estämiseen on tuntunut olevan vahva alkuvaiheen argumentti valmisteen käyttöönoton kasvulle Suomessa.

## Lääkkeellisesti tuettu opioidiriippuvuuden korvaushoito Suomessa

Opioidiriippuvaisten lääkkeellinen korvaushoitoa on toteutettu Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) normittamana vuodesta 1997 lähtien (määräyksellä 28/1997), minkä jälkeen ohjeistusta on päivitetty asetuksilla (607/2000, 289/2002 ja viimeisimpänä 33/2008). Tällöin korvaushoito määriteltiin kuntouttavaksi, jos sen tavoitteena oli päihtetömyys ja haittoja vähentäväksi, mikäli tavoitteena oli potilaalle ja yhteiskunnalle koituvien haittojen pienentäminen (§3). Hoidon tulee perustua säännöllisesti päivitettävään hoitosuunnitelmaan ja tulee sisältää lääkeshoidon lisäksi psykososiaalista kuntoutusta (§5) tai siihen valmentamista (§3). Asetus (§6) määrittelee, että ”Jos potilas sitoutuu hoitoon hyvin, hänelle voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä. Erityisestä syystä tällaiselle potilaalle voidaan poikkeuksellisesti luovuttaa lääkettä toimintayksiköstä 15 vuorokausiannosta vastaava määrä”. Hyvä hoitoon sitoutuminen on yleisesti tulkittu tarkoittavan sitä, että potilas on sitoutunut hoitosuunnitelmaan ja on oppinut lääkkeen oikean annostelun, jota on valmis noudattamaan. Lisäksi lääkeshoidon turvallisuutta haittaavaa oheiskäyttöä ei tulisi olla.

Asetusmuutoksen yhteydessä mahdollistui ensimmäistä kertaa myös lääkityksen luovuttaminen apteekista yhden valmiste (buprenorfiiniloksoni-yhdistelmävalmiste) kohdalla (§7), koska sen väärinkäyttöpotentiaali on pääsääntöisesti muita korvaushoitolääkkeitä pienempi ja yhdistelmävalmisteen toimittaminen apteekista muuttaisi opioidiriippuvaisten hoitoa enemmän sen peruslinjauksen mukaiseksi, että avohoitolääkkeet toimitetaan apteekista (STM:n perustelumüistio). Muutoksen taustalla oli tarve lisätä hoidossa olevien korvaushoitopotilaiden määrää, joka ei ollut kasvanut riittävässä määrin hoidon tarpeeseen nähden edellisen asetuksen jälkeen. Tavoitteena oli myös hoidon kustannusten uudelleen jakautuminen Kansaneläkelaitoksen, kuntien ja valtion kesken, jotta sekin osaltaan lisäisi hoidossa olevaa potilasmäärää. Osana tätä rakennemuutosta kielen alla sulatettava yhdistelmävalmisteen resoritabllettimuoto saikin rajatun, määräaikaisen peruskorvattavuuden vuonna 2009 ja vuodesta 2012 alkaen peruskorvattavuuden. Tämä antoi omalta osaltaan mahdollisuuden hoitojärjestelmän kehittämiseen aiempaa toimivampaan suuntaan. Viime vuosina apteekkijakelussa olevien potilaiden määrä on pysynyt matalana ja oli viimeisimmän selvityksen mukaan 7 % hoidossa olevista.<sup>24</sup> Tässä yhteydessä on mainittava, että myös metadoni

luovutetaan potilaalle monessa maassa apteekista, eikä Suomen tapaan vain hoitopaikasta.

Käypä hoito -suositusten julkaiseminen vuonna 2006 (päivitetty vuosina 2012, 2018 ja 2022)<sup>25</sup> sekä uuden asetuksen keskeiset muutokset – lääkkeellisen korvaushoidon aloittamisen kriteereiden selkeyttäminen ja apteekkijakelun mahdollistuminen – ovatkin lähes kaksinkertaistaneet hoidossa olevien potilaiden määrän.<sup>26</sup> Kansainvälisesti verrattuna korvaushoitoon kiinnittyminen ja potilaiden elossa säilyminen on ollut Suomessa erittäin hyvä.<sup>27</sup> Lisäksi sen on suomalaisessa seurantatutkimuksessa havaittu vähentävän etenkin huume- ja omaisuusrikollisuutta noin 94 % verrattuna aikaan ennen korvaushoitoa.<sup>28</sup> Tämä voi selittyä kokonaisvaltaisella hoito-otteella, johon on kuulunut lääkehoidon ohella asetuksen edellyttämä psykososiaalinen hoito ja kuntoutus, mikä on todettu tehokkaimmaksi hoitomalliksi.<sup>29</sup>

STM:n asetuksen (33/2008) keskeisenä tavoitteena on ollut myös siirtää korvaushoitopotilaiden hoito entistä selkeämmin osaksi perusterveydenhuollon toimintaa. Lääkkeellistä korvaushoitoa toteutetaan tällä hetkellä kolmella tasolla: erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollon erityispalveluissa ja terveyskeskuksessa. Kunnat ovat vastanneet hoidon järjestämisestä ja sen myötä erilaisia malleja on kehittynyt hyvin paljon, ja ne toteutetaan joko omana tuotantona tai ostopalveluina, joista jälkimmäisiä on viime vuosina kilpailutettu entistä enemmän. Se on omalta osaltaan johtanut ostettujen hoitopalveluiden tiukempaan määrittelyyn, mikä ei ole aivan ongelmatonta etenkin yksittäisen potilaan näkökulmasta, yksilöllisesti toteutettavan hoidon edellytysten kapeutuessa. Hoitomalleja arvioitaessa on eroteltava isot kaupungit muusta maasta, sillä hoidon toteutukset ja haasteet ovat niissä hyvinkin erilaiset.

Suurissa kaupungeissa potilaat aloittavat pääsääntöisesti korvaushoitonsa erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollon erityispalveluissa. Kuntouttavassa hoidossa olevat potilaat siirtyvät pääosin jatkohoitoon terveyskeskukseen joko kuntouduttuaan riittävästi tai ennalta määritellyn ajanjakson jälkeen. Näistä potilaista pääosalla on lääkityksenä yhdistelmävalmiste, jonka luovuttaminen potilaalle apteekista peruskorvattuna on jatkossa ajateltu tuovan selkeät kustannussäästöt. Depot-injektiota ei ole mahdollista luovuttaa muualta kuin terveydenhuollon yksiköstä, joten kustannussäästöjä KELAn korvausten myötä ei ole saatavilla. Haittoja vähentävässä hoidossa olevilla potilailla on lääkkeenä pääsääntöisesti metadoni ja heidän hoitonsa ei yleensä sisällä merkittävästi kuntouttavia elementtejä.<sup>30</sup> Kasvava ryhmä saa myös depot-injektiohoitoa.

Suurten kaupunkien ulkopuolella hoidetaan merkittävä osa korvaushoitopotilaista pääasiassa terveyskeskuksissa. Pääasiallisesti käytetty lääke on yhdistelmävalmiste perustuen sen turvallisuusprofiliin, helppoon annosteluun sekä säilytykseen verrattuna metadoniin, josta tällä hetkellä käytetään pääasiassa apteekkien valmistamaa lääkeliuosta. Myös metadonilääkevalmisteita on ollut markkinoilla vuodesta 2010 lähtien ja ne ovat yhä enemmän hoitoyksiköissä käytössä osittain EU-tasosten lääketurvallisuuden kohentamisen pyrkimysten seurauksena. Hoidon toteuttaminen perusterveydenhuollossa on johtanut siihen, että hoitoon pääsyn kynnyks on yleensä matalampi kuin suurissa kaupungeissa, mikä vastaakin STM:n asetuksen (33/2008) tavoitteita. Edellytyksenä tälle kehitykselle on kuitenkin ollut, että korvaushoidon tuominen terveyskeskukseen on sitonut mahdollisimman vähän henkilökunnan resursseja muuhun kuin kuntouttavaan hoitotyöhön. Tämä on suuremmissa määrin mahdollistunut vasta yhdistelmävalmisteen käyttöönoton myötä, kun aiemmin pelkkään buprenorfiini valmisteeseen liittynyt väärinkäyttöriski väheni selkeästi ja lääkeluovutuksen valvontaa voitiin vähentää.

Hoitoketjujen lisäksi myös hoidon sisällöt kehittyivät vuoden 2008 asetusmuutoksen jälkeen ja erityisesti erityispalveluissa panostettiin siihen, että kullekin potilaalle saatiin tarjottua hänelle oikea-aikaista, kohdennettua ja siten vaikuttavaa hoitoa. Samalla saatiin myös käytössä olevat resurssit parhaaseen mahdolliseen käyttöön, jolloin toivottiin saatavan hoidettua enemmän potilaita entisiin resurssein laadun kärsimättä. Ajatuksena on, että potilaan kuntoutuksen edetessä hän siirtyy aina vähemmän intensiiviseen hoitoon. Keskeinen osa hoidon keventymistä on valvotun lääkeluovutuksen osuuden vähentyminen, kunnes riittävästi kuntoutuneet potilaat voivat siirtyä apteekkijakelun piiriin ja sen myötä terveyskeskukseen. Samalla on voitu suunnata lääkeluovutukseen käytettyjä resursseja kaikista tärkeimpään, psykososiaaliseen kuntoutukseen. Tämän toimintamallin on havaittu motivoivan myös potilaita, sillä kuntoutumisen edetessä epämiellyttäväksi koettu valvonta vähenee ja vastuu hoidosta siirtyy yhä enemmän potilaalle itselleen. Päästessään hakemaan lääkkeensä apteekista moni potilas kokee myös olevansa vihdoinkin ”normaali” eikä stigmaa kantava narkomaani. Näin ollen nykyisissä hoitomalleissa korvaushoitolääkkeen eri luovuttamismahdollisuudet on integroitettu kiinteäksi osaksi kuntoutusprosessia.

## Nykytilanne Suomessa ja hoitojärjestelmän haasteet

Suomessa opioidiongelmiaisten määrää arvioidaan säännöllisesti ja kasvu on ollut merkittävää vuoden 2005 jälkeen. Viimeisimmän vuoden 2017<sup>31</sup> arviossa Suomessa olisi noin 23 500–29 500 opioidiongelmiaista, mikä on kaksinkertainen määrä vuoteen 2012 ja kolminkertainen vuoteen 2005 verrattuna. Tämä on tarkoittanut muun muassa resurssien hitaan kasvun vuoksi, että Suomessa hoidon kattavuus on vain noin 20 % (Inari Viskari, Huumeisiin liittyvien yliannostusten ehkäisy -seminaari 20.10.2020), mikä merkittävästi alhaisempi kuin muissa Pohjoismaissa.<sup>32</sup> Nykyään hoidon kattavuus lienee korkeampi, sillä vahvistamattomien tietojen mukaan Suomessa olisi tällä hetkellä hoidossa noin 6 000–6 500 korvaushoitopotilasta. Yksi tekijä potilasmäärien hitaan kasvun taustalla voi olla riittämättömien resurssien lisäksi se, että Suomessa hoidot keskeytyvät vielä varsin herkästi ja valitettavan usein suunnittelemattomasti, minkä arvioitiin vuoden 2017 julkaisussa olevan tilanne 69 % hoitojen loppumisissa. Hoidon lopetuksista toteutettiin 36 % vastoin potilaan tahtoa, jota voidaan pitää korkeana määränä verrattuna mihin tahansa muuhun vakavaan sairauteen.<sup>33</sup>

Suomalaisen päihdekäytön erityisominaisuuksia ovat runsas huumeiden, lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö sekä suonensisäisen käytön yleisyys.<sup>34</sup> Helsinkiläisiä huumeiden käyttäjiä koskevan tutkimuksen tulokset<sup>35</sup> lisäävät muissa tutkimuksissa esiin nostettua huolta opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin yhteiskäyttöilmiöstä. Näiden aineiden yhteiskäyttö aiheuttaa merkittävän osan huumekuolemista nyky-Suomessa<sup>36</sup>. Suurimmalla osalla korvaushoitopotilaista on ennen hoidon aloittamista diagnosoitu opioidiriippuvuuden ohella muu riippuvuushäiriö.<sup>37</sup> Valtaosalla korvaushoitopotilaista on päihderiippuvuuden lisäksi useita hoitoa ja huomiota vaativia psykiatrisia sairauksia.

Moniongelmaisten potilaiden korvaushoidossa ensisijaisena haasteena on hoidon kokonaisvaltainen turvallisuus. Erityisenä haasteena on kyetä toteuttamaan lääkehoito turvallisesti, mikä on otettava huomioon valittaessa potilaalle hoitomalli ja korvaushoitolääkitys, sillä kaikki käytössä olevat korvaushoitolääkkeet ovat eriasteisesti hengenvaarallisia käytettynä yhdessä päihdyttävien aineiden kanssa. Tätä asiaa on tutkittu erityisesti metadonin osalta; sen laajemmasta käytöstä lääkkeenä ja myös vaarallisempien yhteisvaikutusten takia. Tutkimuksissa on todettu selkeä yhteys kotiannostelun ja metadonin väärinkäytön välillä.<sup>38</sup> Australialaisten tutkimusten mukaan metadonin suonensisäinen käyttö vaihteli osavaltioista toiseen 11 ja 65 %:n välillä ja oli yleistä myös hoidossa olevilla

potilailla.<sup>39</sup> Oli myös buprenorfinin suonensisäistä väärinkäyttöä, mutta vähemmässä määrin<sup>40</sup>. Yhtenä tärkeänä taustatekijänä korvaushoitolaäkkeiden väärinkäytölle nähtiin ongelmat hoito-ohjelmissa, jotka eivät tarjonneet potilaalle riittävää tukea eivätkä auttaneet hoitoon kiinnittymisessä.

Tärkeänä vaatimuksena Suomessa on ollut hoitomalleja kehittäessä hoidossa käytettävän lääkityksen väärinkäytön ja etenkin myymisen riskin pitämisen mahdollisimman pienenä. Taustalla ovat vahva huumesairauksiin liittyvä yleinen stigma, mikä saattaa vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen ja hoidossa pysymiseen,<sup>41</sup> sekä erityisesti Suomen opioidiväärinkäytön erityispiirre, missä buprenorfiini on eniten väärinkäytetty opioidi. Tämän takia Suomeen on syntynyt vahva valvonnan kulttuuri, vaikka diversio ei tutkimustulosten perusteella ole Suomessakaan niin keskeinen hoidon haaste<sup>42</sup> kuin saatetaan yleisesti ajatella. Valvonnan ja diversion suhde on myös monimutkainen, ja sitä arvioitaessa tulisi ottaa huomioon monipuolisesti myös inhimilliset ja sosiaaliset ulottuvuudet.<sup>43</sup>

Yleisin tapa lääkehoidon turvallisuuden varmistamiseksi on edelleen valvottu lääkkeen antaminen. Se sitoo kuitenkin runsaasti resursseja ja heikentää hoitoon pääsyä<sup>44</sup>, kun käytössä olevat resurssit pysyvät samana lisääntyneestä työmäärästä huolimatta. Tätä ristiriitaa on voitu vähentää siirtymällä käyttämään buprenorfiinia saavilla potilailla pääasiallisesti yhdistelmävalmistetta ja pitkävaikutteisia depotinjektioita. Lisäksi erilaisten älykkäiden lääkepakkauksien tai -annostelijoiden käyttö lääkehuollossa on mahdollistanut myös nopeamman ja turvallisemman<sup>45</sup> siirtymisen kotilääkitykseen käytettäessä muuta kuin depot-lääkitystä, mikä on säästänyt kustannuksia pääasiassa poliklinikkakäyntien vähentymisenä, jopa 39 % hoidon alkuvaiheessa.<sup>46</sup> Valvotun lääkityksen vähentymisestä syntyneet aika- ja kustannussäästöt voisivat parhaassa tapauksessa mahdollistaa uusien potilaiden ottamisen nopeammin hoidon piiriin vähentäen näin entisestään opioidien väärinkäytön aiheuttamia haittoja. Tutkimustiedon valossa voidaan todeta, että lääkeluovutuksen valvonnan lisääminen lääkkeiden katukauppaan valumisen estämiseksi johtaa usein negatiivisiin seurauksiin, kun resursseja ei jää kuntoutumiseen tai uusien potilaiden hoitoon ottamiselle. Hoitoon pääsyn vaikeutuminen lisää kuolleisuutta, infektioitauteja sekä rikollisuutta. Tutkimustietojen mukaan vaikea hoitoon pääsy saattaa itse asiassa lisätä korvaushoitolaäkkeiden valumista katukauppaan, sillä hoidon ulkopuolella olevien määrän kasvaessa myös paine hoidossa käytettävien lääkkeiden myymiselle kasvaa.<sup>47</sup> On myös muistettava, että joustava hoitoon pääsy ja riittävä

hoidon tarjonta vähentävät uusien opioidiriippuvaisten syntymistä, mikä on todettu EU-tasolla korvaushoidon tarjonnan kasvun myötä.<sup>48</sup>

On kliinisesti haasteellista arvioida aukottomasti potilaan kuntoutumisen aste ja edellytykset huolehtia kotilääkityksestä asianmukaisesti, sillä pääsääntöisesti hoitokontaktit ovat lyhyitä ja antavat vain suppean kuvan potilaan tilanteesta. Kattavampi kokonaiskuva on mahdollista muodostaa vasta luottamuksellisen hoitosuhteen syntymien myötä, mikä vaatii aikaa, säännöllisiä tapaamisia ja on parhaiten toteuttavissa moniammatillisessa tiimityöskentelyssä. Tällöin saadaan myös usean työntekijän arvio potilaan tilanteesta ja todennäköisesti realistisin kuva kuntoutumisen asteesta.

Kliinisen arvioinnin ohessa hoidon tuloksellisuuden seuraamiseen käytetään huumesuloja ja niiden perustella arvioidaan myös potilaan kuntoutumisen astetta ja kotilääkityksen edellytyksiä. Koska korvaushoitolääkkeillä hoidetaan ainoastaan opioidiriippuvuutta, katsotaan etenkin haittoja vähentävästä näkökulmasta hoito tulokselliseksi siinä vaiheessa, kun potilas lopettaa opioidien väärinkäytön, jolloin ennenaikaisen kuoleman riski pienenee merkittävästi. Parhaimmassa tapauksessa se johtaa myös muiden päihteiden käytön vähenemiseen tai loppumiseen. Kuntouttavasta näkökulmasta hoito katsotaan taasen tuloksellisesti usein vasta, kun kaikkien päihteiden käyttö on loppunut kokonaan tai ainakin vähentynyt niin merkittävästi, ettei se enää aiheuta potilaan toimintakyvyn alenemaa eikä hidasta kuntoutumista. Seulontaan liittyy kuitenkin menetelmällisiä haasteita ja lisäksi huumesulat annetaan lähes poikkeuksetta valvotusti, minkä monet potilaat kokevat alistavana ja mikä saattaa siten heikentää hoitoon kiinnittymistä<sup>49</sup>. Seulat tulisikin nähdä osana hoitoa ja potilaan kuntoutusprosessia eikä valvontatyökaluna. Muutoin on riskinä, että potilaat eivät kiinnity kunnolla hoitoon eikä heille kehity sisäistä kontrollia, mikä on perusta pitkäaikaiselle kuntoutumiselle. Seuloihin käytettävä aika ja niistä aiheutuvat kustannukset ovat myös poissa kuntouttavasta hoitotyöstä, mikä omalta osalta saattaa heikentää hoitotuloksia. Yhteenvetona voidaan todeta, että lopullista varmuutta potilaan todellisesta tilanteesta on mahdotonta saavuttaa ja tietynlainen riski on tältä osin vain hyväksyttävä osana hoitoa. Niin kauan kuin hoidosta saavat hyödyt potilaalle ja yhteiskunnalle ylittävät haitat, ei myöskään ole perusteltua lopettaa hoitoa, vaikka potilas käyttäisi myös muita aineita.<sup>50</sup>

## Potilaan itsemääräämisoikeus korvaushoidossa

STM:n asetus (33/2008) raamittaa korvaushoidon toteuttamista hoitopaikoissa ja Käypä hoito -suositus ohjaa yleisellä tasolla tieteellisesti vaikuttaviksi todettujen hoitojen käyttöön, mutta kumpikaan ei anna käytännön ohjeita hoitotyön toteuttamiseksi. Niinpä käytännön työssä korvaushoitoa pyritään toteuttamaan hoitosopimuksin, joissa määritellään usein lähinnä potilaan velvollisuudet. Niiden sisältö eroaa hoitopaikasta toiseen ja myös, miten hoitosopimusrikkomuksiin suhtaudutaan. Seuraamuksista on aiheutunut ristiriitoja potilaiden ja hoitopaikkojen välillä, joita myös oikeusasiamies on ottanut käsiteltäväkseen. Oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio on korvaushoitoa koskeneessa ratkaisussaan (dnro 4314/4/06) pitänyt hoitosopimusta apuvälineenä, jolla ei ole välittömiä oikeudellisia vaikutuksia. Hoitosopimus voi kuitenkin hänen mukaansa ilmaista, millaisin edellytyksin hoitava taho pitää hoitoa lääketieteellisesti perusteltuna. Ratkaisussaan Paunio on esittänyt käsityksenään terveydenhuollon lainsäädäntöön kuuluvan yleisenä periaatteena, että potilaan hoitoa ei voi lopettaa rangaistuksena hänen käyttäytymisestään. Hän onkin katsonut, että potilaan hoidon lopettamista vastoin hänen tahtoaan ei voida perustella pelkästään sillä, että hän ei ole noudattanut hoitosopimusta. Sen sijaan hoitosopimuksen rikkominen voi antaa hoitavalle taholle aihetta harkita, voidaanko hoitoa jatkaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Oikeusasiamies Petri Jääskeläinen on myös käsitellyt asiaa ratkaisussaan (eoam 1047/2012). Hoitosopimuksessa on oikeusasiamiehen näkemyksen mukaan todellisuudessa kysymys terveydenhuollon toimintayksikön asettamista ehdoista hoidon antamiselle eikä niinkään aidosta sopimuksesta, johon potilaalla olisi mahdollista vaikuttaa. Hoitosopimuksen käyttäminen on kuitenkin mahdollista ja eräissä tilanteissa myös hyödyllistä, kunhan huolehditaan siitä, että potilas ymmärtää, mihin hänen allekirjoittamalla sitoutuu. Oikeusasiamies pitää tärkeänä, että ennen korvaushoitoa koskevan sopimuksen allekirjoittamista potilaan kanssa käydään riittävällä tarkkuudella läpi sopimuksen sisältö niin, että hän ymmärtää sen.<sup>51</sup>

Oikeusasiamies on ottanut useissa ratkaisuisaan kantaa korvaushoidon toteutukseen, muun muassa siihen, että potilaan yksilöllisen hoidon tarve tulee ottaa huomioon korvaushoidon järjestämistavassa (eoak 715/2008), että korvaushoitolääkkeen valitsemista koskevan päätöksen tulee olla yksilöllinen ja perusteltu (3419/2008) sekä että potilaalla on oikeus valita asuinkuntansa myös ollessaan korvaushoidossa

(4314/2006). Näitä tehtyjä ratkaisuja ja kannanottoja tulisi lainsäädännön lisäksi ottaa huomioon korvaushoitoa toteutettaessa. Valitettavan usein kuitenkin vanhat toimintatavat ja asenteet tuntuvan ohjaavan päihdepotilaiden hoitoa. Tämä on näkynyt viime aikojen (media)keskustelussa korvaushoitolääkkeiden väärinkäytöstä ja myynnistä, mihin on usein liitetty epäilyjä taustalla olevista asiattomista hoitokäytännöistä. Hoitopaikat ovat tämän johdosta kiristäneet ja alueellisesti yhdenmukaistaneet hoitokäytäntöjään etenkin kotilääkelupien osalta. Niitä tarkasteltaessa on havaittavissa kuitenkin ilmeinen riski, että valvonta on saanut taas liian keskeisen roolin hoidossa, kun kaikkea on pyritty sopimuksin ja ohjein säätämään. Se johtaa vääjäämättömästi jo entuudestaan niukkojen resurssien epätarkoituksenmukaiseen käyttöön ja tulee myös vaikeutamaan jatkossa korvaushoitoon pääsyä. Jo hoidossa olevien potilaiden osalta hyvin tiukka valvonta tai yhteen lääkevalmisteeseen siirtäminen hyvin todennäköisesti heikentää hoitoon sitoutumista, kuntoutumista ja siten hoitotuloksia.

Herää myös huoli siitä, toteutuvatko enää potilaan oikeudet yhteisymmärryksessä toteutettavasta yksilöllisestä hoidosta, kun hoitokäytäntöjä tai lääkityslinjauksia on voimallisesti yhtenäistetty. On otettava huomioon myös se, että hoidon porrastuksen mukaisesti kaikilla potilailla ei ole yhtä vakavaa sairauden kuvaa ja hoidon tarvetta eri hoitoyksiköissä. Näin ollen osa lääkityslinjauksista, hoitosäännöistä ja sääntörikkomusten ehdottomista seurauksista saattavat olla kohtuuttomia potilaiden oikeuksien näkökulmasta. Hoitokäytäntöjen liiallinen kiristäminen ja ehdottomuus saattavat myös rajata liiaksi potilaan oikeutta yksilöllisesti toteuttavaan hoitoon sekä johtaa kohtuuttomiin seurauksiin niin yksilön kuin myös alueellisen hoitojärjestelmän näkökulmasta. Näitä ovat hoitoon pääsyyn vaikeutuminen, korvaushoidon keskeytysten kasvu ja huonontuneet hoitotulokset.

## Mitä tulevaisuus tuo mukanaan?

Tällä hetkellä korvaushoito on Suomessa murroksessa potilasmäärien kasvun sekä kuntien ja aloittavien hyvinvointialueiden tiukentuneen taloustilanteen seurauksena. Sen myötä on useissa kunnissa pyritty löytämään uusia tapoja toteuttaa hoitoja, mihin hoitopaikkojen on pitänyt sopeutua. Suuntauksen voi olettaa jatkuvan myös hyvinvointialueilla. Päätökset eivät aina ole perustuneet lääketieteelliseen ja hoidolliseen näyttöön, vaan tavoitteena tuntuu olevan usein kustannussäästöt.

Viime vuosina kasvaneet paineet uusien potilaiden ottamiseksi hoidon piiriin ovat mahdollisesti johtaneet jo hoidossa olevien vähemmän intensiiviseen hoitoon, mikä näkyy niin hoidon keskeytyksissä kuin hoidossa olevien potilaiden kokonaistilanteessa. Valitettavasti suuntauksena näyttäisi olevan jatkossakin hoitoon pääsyn vaikeutuminen, potilaiden siirtäminen aiempaa useammin haittoja vähentävään hoitoon ja hoidon kaventuminen pelkästään lääkkeen luovutukseksi,<sup>52</sup> osittain uusia lääkevalmisteita hyödyntäen. Tähän suuntaukseen liittyy merkittäviä riskitekijöitä kansainvälistenkin esimerkkien mukaan, muun muassa hoidon turvallisuuden ja hoitoon liittyvien lieveilmiöiden osalta.

Korvaushoidolla on myös tärkeä asema tartuntatautien vähentämisessä, sillä opioideja käytetään pääasiassa pistämällä. Lisäksi hoitamattoman hepatiitti C:n (HCV) haittoja saadaan tehokkaasti vähennettyä lääkehoidolla. Tämä on nostettu myös osaksi Suomen C-hepatiittistrategiaa ja Käypä hoito -suositusta, sillä uusien HCV-lääkkeiden myötä näiden hoitojen integrointi tukevat toinen toisiaan. Suomessa on kokeiltu onnistuneesti erilaisia malleja ja tulevaisuudessa HCV-hoitojen tulisi olla automaattinen osa korvaushoitoa.<sup>53</sup>

Jo vuonna 2017 todettiin, että ”Sote-uudistus voi parhaimmillaan lisätä opioidiriippuvaisten hoidon tarpeen arvioinnin, hoitoon pääsyn ja hoidon toteuttamistapojen yhdenvertaisuutta. Maakuntien välisiä hoidon toteuttamiseen liittyviä eroja on syytä selvittää tarkemmin ja pyrkiä vähentämään hoidon sisällön epätarkoituksenmukaisia eroja. On myös huolehdittava siitä, että hoitoa tarjotaan sekä eriytyneen osaamisen palveluissa että yleisissä palveluissa.”<sup>54</sup> Tämä analyysi ja huoli on edelleen ajankohtainen ja tulisi ottaa huomioon niin hyvinvointialueilla kuin niitä ohjaavissa ministeriöissä.

Hyvän ja laadukkaan korvaushoidon tulisi olla yksilöllisesti suunniteltua ja määrittyä potilaan senhetkisen voinnin, elämäntilanteen ja motivaation mukaan. Tällöin hoidon perusta on kuntouttavassa ja motivoivassa otteessa, jonka avulla potilasta osallistetaan.<sup>55</sup> Tämä pätee niin kuntouttavaan kuin haittoja vähentävään korvaushoitoon, joskin käytettävät hoitomenetelmät vaihtelevat potilaan tilanteen mukaan. Monihäiriöisten potilaiden hoidossa tarvitaan korvauslääkityksen lisäksi monipuolista psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta varmistamaan toimimisen tavoitteellinen eteneminen. Tämän lähtökohdan tulisi koskettaa kaikkia hoidossa olevia potilaita, joita hoitosuhteen rakentamisessa voidaan ohjata hoidon edetessä vaativampaan kuntoutuksen. On myös selvää, että ilman todellista halua parantaa resursointia ei ole mahdollista

saavuttaa korvaushoidolle asetettuja tavoitteita, vaan potentiaalinen hoitojen tehostuminen valuu hukkaan.

Liian tiukkojen hoidollisten vaatimusten luominen johtaa herkästi myös potilaiden valikoitumiseen, kun moniongelmaiset potilaat eivät enää täytä hoidon edellytyksiä. Tällöin jää helposti hoidon ulkopuolelle kaikkein eniten hoitoa tarvitseva ryhmä, joka jo muutoinkin kärsii pahiten päihdekäytön vakavimmista haitoista, kuten yliannostuskuolemista. Toisaalta myös parhaimman toimintakyvyn potilaat jättäytyvät helpommin hakeutumatta hoitoon, joka heille näyttäytyy lähinnä rajoitavana sekä yksilön tarpeita huomiotta jättävänä. Tällöin niin sanottu omahoito saattaa kaikista siihen liittyvistä haasteista huolimatta olla heille houkuttelevampi vaihtoehto. Pahimmillaan yhä useampi hoidosta hyötyvä jää jatkossa hoidon ulkopuolelle, vaikka yhteiskunnalle turvallisesti toteutettu korvaushoito on aina halvempaa kuin hoidotta jättäminen.

Hoitopaikkojen on suositeltavaa yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa arvioida, ovatko kaikki hoitokäytäntöjen kiristykset hoidollisesti perusteltuja. Tällöin hoitopaikat voisivat keskittyä entistä enemmän potilaiden psykososiaaliseen kuntoutukseen valvomisen sijasta ja vähentää siten myös tehokkaasti hoitoon liittyviä lieveilmiöitä. Samalla tulisi myös arvioida, ovatko hoitopaikoissa käytössä olevat resurssit mitoitettu oikein potilasryhmän moniongelmaisuus ja hoidon vaativuus huomioon ottaen, jotta hoitopaikoissa olisi jatkossakin edellytykset hoitaa potilaita asianmukaisesti. Tulisi myös tarkastella, onko potilasmäärien kasvuun tulevana vuosina varauduttu, jotta hoitoon pääsy ei vaikeutuisi, mikä johtaisi vääjäämättömästi inhimillisen kärsimyksen lisääntymiseen.

Mielestäni on surullista ja käsittämätöntä, että Suomen kaltaisessa hyvinvointivaltiossa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvosto Palko totesi vuoden 2020 suosituksessaan<sup>56</sup> ”palvelujen järjestäjien ymmärtämättömyys riippuvuuksien ominaispiirteistä ja ennakkoluulot voivat vaarantaa palveluiden laadun ja vaikuttavuuden” ja että huumeriippuvaisten ”perusoikeus välttämättömään turvaan ja riittäviin palveluihin eivät tällä hetkellä toteudu yhdenvertaisesti muiden potilasryhmien kanssa”.

Korvaushoidon nykytilanne  
ja haasteet Suomessa

1. EMCDDA 2022.
2. Heedegard 2021.
3. Wakeman SE 2020, 6–11 Amato 2005, 2008; Mattick 20014; McLellan ym. 1993; Kakko ym. 2003.
4. Käypä hoito: Huumeongelma 2022.
5. Schulman 2019, Walsh 1994.
6. Partanen, Alho, Forsell & Kotovirta 2017.
7. Dalton 2019; Ahmadi & Ahmadi 2003, 2003b.
8. Faiery 2021; MA 2019; Maglione 2018; Kenworthy 2017; Dunn 2011; Hiltunen, Eklund & Borg 2011.
9. Nilsson 2012.
10. Tanhua ym. 2011.
11. Simojoki 2012; Alho ym. 2007; Uosukainen 2013.
12. Päihdetilastollinen vuosikirja 2022: Alkoholi ja huumeet.
13. Alho 2015; Monte ym. 2009.
14. Reimer 2016; Amato 2008b; Amato 2005b.
15. EMCDDA 2021; EMCDDA 2012; Clark, Milroy & Forrest 1995; Darke, Ross & Hall 1996; Winstock, Lea & Sheridan 2008; Vormfelde & Poser 2001; EMCDDA 2005.
16. Comer ym. 2010; Harris ym. 2000.
17. Modak 2021; Alho ym. 2007; Comer ym. 2010, 709–718; Bazazi ym. 2011, 175–180, Larance 2014.
18. Simonsen 2020; Simojoki 2013; Yokell 2011; Alho ym. 2007.
19. Uosukainen 2009; Hakkinen 2011.
20. Väänänen 2011, 57.
21. Impinen 2021, 5.
22. Ling, Vijay, Nadipelli & Caitlyn 2020.
23. Andorn, Haight, Shinde, Fudala & Zhao 2020.
24. Partanen, Alho, Forsell & Kotovirta 2017, 2981–2985.
25. Huumeongelmat. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja

- Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2022. Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
26. Partanen & Alho ym. 2022
  27. Vorma, Sokero, Turtiainen & Katila 2009, 1853–1857; Pirkola 2012, 2312–2316.
  28. Vorma ym. 2013.
  29. Amato 2008 ja WHO 2009.
  30. Partanen ym. 2022.
  31. Rönkä ym. 2020.
  32. Selin ym. 2015.
  33. Partanen 2019; Partanen, Alho, Forsell & Kotovirta 2017.
  34. Varjonen, Forsell & Perälä 2012.
  35. Tammi, Pitkänen & Perälä 2011.
  36. Simonsen 2020; Vuori, Ojanperä, Launiainen, Nokua & Ojansivu 2012, 1735–1741; Hakkinen 2011.
  37. Impinen 2021; THL 2012; Tourunen, Harju-Koskelin, Häkkinen & Holopainen 2009.
  38. Bretteville 2015; Ritter & Natale 2005, 347–352; Treloar, Fraser & Valentine 2007.
  39. AIHW 2010; Humeniuk 2003.
  40. Larance 2011a; Degenhardt 2009.
  41. Degenhardt ym. 2009.
  42. Launonen, Alho, Kotovirta & Wallace 2015.
  43. Havnes, Clausen & Middelthon 2012.
  44. Tanhua ym. 2011.
  45. Uosukainen, Pentikainen & Tacke 2013.
  46. Tacke ym. 2009.
  47. Rubel ym. 2023; Mravčí 2018; Lofwall & Havens 2012.
  48. EMCDDA, The state of the drugs problem in Europe, 2022 ja 2012.
  49. Dupouy 2012.
  50. Käypä Hoito: Huumeongelma 2022.
  51. Edilex uutinen 16.5.2013.
  52. THL 2022 ja 2012.
  53. Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019; Huumeongelmat, Käypä hoito -suositus; Häkkinen ym. 2019.
  54. Partanen, Alho, Forsell & Kotovirta 2017.
  55. Schneidet ym. 2021.
  56. Palveluvalikoimaneuvoston suositus ”Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät” 6.10.2021.