



emcdda.europa.eu

Successful treatment

EMCDDA 2002 selected issue

In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

den kuluttua sekä opiaattien että piristeiden käytön vähentämisessä (Gossop et al., 1998). Korvaushoito-ohjelmien yhteydessä annettavan hoidon väitettiin vähentävän huumeiden sekakäyttöä Kreikassa (KETHEA ja NSPH, 2001).

Määrätyille ryhmille, kuten huumeiden sekakäyttäjille, tarkoitettujen erityisten hoito-ohjelmien kehittämistä pidettiin tarpeellisena Saksan kansallisessa raportissa; Yhdistyneessä kuningaskunnassa ehdotettiin hyvän käytännön esimerkkien välittämistä. Suomessa todettiin perehdyttämisen tarve ja joitakin toimia on aloitettu hoitohenkilökunnan perehdyttämiseksi huumeiden sekakäyttäjien kohtaamiseen.

Viihdekäyttäjät

Muutamissa maissa (Espanjassa, Ranskassa ja Italiassa) joukkoviestimissä on käynnistetty laajamittaiset kampanjat, joiden tarkoituksena on varoittaa huumeiden sekakäytöstä viihdeympäristössä. Italiassa kampanja sai tukea nuorisolle suunnatuissa tilaisuuksissa käynnistetyiltä paikallisilta aloitteilta. Erityisiä aineita ei aina mainita eikä käytön seuraamuksista kerrota selkeästi. Toisissa maissa (Belgiassa, Saksassa, Alankomaissa, Itävallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa) terveysvaroitukset ja neuvot välitetään huumetyöntekijöiden, vertaisryhmien tai oma-apuryhmien kautta.

Pillerien testaushankkeiden avulla voidaan tiedottaa käyttäjille pillereiden sisältämistä vaarallisista tai odottamattomista aineista paikan päällä, aikakauslehdissä, julisteissa tai Internetin välityksellä. Esimerkiksi elokuussa 2000 Itävallan *ChEck iT!* löysi useita ekstaasina kaupattuja pillereitä, jotka sisälsivät PMA:ta tai PMMA:ta, ja varoitti asiasta välittömästi paikan päällä sekä Internetin välityksellä (Kriener et al., 2001). Marraskuussa 2001 Alankomaiden huumeiden tiedotus- ja valvontajärjestelmän (DIMS:n) kautta varoittiin nopeasti atropiinia sisältävistä pillereistä.

Huumeiden sekakäyttäjille viihdeympäristössä tarjottava hoito on käytännöllisesti katsoen olematonta. Yhtenä syynä voisi olla se, että suurimmalla osalla huumehoitoyksikköjä on valmius hoitaa opiaattien käyttäjiä ja vaikea-asteisia riippuvuusongelmia.

Politiikkaan liittyviä kysymyksiä

Huumeiden sekakäyttäjät käyttävät erilaisia rituaaleja ja sosiaalista säännöstelyä saavuttaakseen tavoitellun vaikutuksen ja vähentääkseen samalla vaaroja. Näitä rituaaleja ja säännöstelyä on tutkittava, jotta ymmärretään entistä paremmin sosiaalisia ja ympäristöllisiä olosuhteita, jotka lisäävät riskejä eri käyttäjäryhmien välillä (Boys et al., 2000; Decorte, 1999; Akram ja Galt, 1999).

Erityisesti viihdeympäristössä tapahtuvaan ehkäisevään huumetyöhön olisi sisällytettävä selviä ohjeita ja neuvoja huumeiden sekakäytön vaaroista. Tarvitaan lisää tosiasiain perustuvaa tietoa, jotta huumeiden sekakäyttäjille ja erityisesti mielenterveyshäiriöistä kärsiville huumeiden ongelmakäyttäjille voidaan tarjota parasta mahdollista hoitoa.

Jotta tiettyjen huumausaineyhdistelmien aiheuttamat myrkytysvaarat tunnettaisiin yhä paremmin, lääkäreiden on ensisijaisesti seurattava potilaita, joilla epäillään huumemyrkytystä, ja tuotettava tosiasiain perustuvaa tietoa äkillisistä ja pitkäaikaisista terveyshaitoista.

Onnistunut hoito

Euroopan unionin huumeiden vastaisen toimintasuunnitelman (2000–2004) kolmas strateginen tavoite on ”lisätä merkittävästi onnistuneesti hoidettujen huumausaineyhdistelmien väärinkäyttäjien määrää”. Euroopan tasolla ei ole yhteen kerättyjä tietoja, joista voitaisiin suoraan mitata, missä määrin kyseinen tavoite on saavutettu. Ympäri Eurooppaa on kuitenkin arvioitu, onko hoito toimivaa ja minkälainen hoito tehoaa. Tässä luvussa esitellään onnistuneita hoitoja hoitotyyppien mukaan. Hoitotyypit ovat vieroitushoito, huumeeton hoito ja lääkehoito. Onnistumisen kriteerit vaihtelevat eri hoitotyypeissä, ja onnistuminen riippuu myös hoidon jälkeisestä kuntoutuksesta ja sopeutumisesta yhteiskuntaan.

Vieroitushoito

Vieroitushoitoa pidetään yleisesti koko hoitoprosessin ensimmäisenä askeleena. Vieroitushoidon tavoitteena on ensinnäkin saavuttaa vaihe, jossa asiakas on päässyt fyysisesti irti huumeista ja jossa elimistö ei vaadi laittomia huumausaineita. Toiseksi asiakas pyritään siirtämään/saattamaan huumeettomaan hoitoon. Suomessa ja Ruotsissa vieroitushoito on ennakoedellytys metadonihoitoon aloittamiselle.

Vieroitushoitoa on arvioitu jäsenvaltioissa ja Norjassa, mutta vieroitushoito on kuitenkin maailmanlaajuisesti kaikkein vähiten arvioitu hoitomuoto. Yleisesti ottaen lääkkeiden, kuten naltreksonin, klonidiinin, lofeksidiinin ja buprenorfiinin, avulla annettava vieroitushoito on osoittautunut tehokkaaksi vieroitusoireiden vähentäjäksi, vaikka eri lääkeaineiden vaikutukset vieroitusoireisiin vaihtelevat (Greenstein et al., 1997). Metadonia käytetään laajalti vieroitusoireiden lievittämiseen, vaikka tutkimustulosten mukaan metadoni on tehokasta ylläpitoterapiassa.

Vieroitushoito ilman lääkkeitä on myös käytössä, mutta käytön laajuutta ei todellisuudessa tunneta. Ilman lääk-

Erityiskysymyksiä

keitä toteutettavan vieroitushoidon vaikutuksista ja tuloksista ei ole saatavilla tietoja verrattuna lääkkeillä annettavaan vieroitushoitoon. Äskettäin ilmaantunutta naltreksonin avulla tehtävää vieroittamista, joka tehdään nukutuksessa, eli ”nopeutettua vieroitushoitoa” on syytä tutkia perusteellisesti.

Portugalissa naltreksonin ja psykoterapian avulla toteutetussa vieroitushoidossa osoittautui, että kolmen kuukauden kuluttua sosiodemografisissa ja psykologisissa muutujissa oli tapahtunut huomattavaa edistymistä samoin kuin riskikäyttäytymisessä (Costa, 2000). Saksassa kokeiltiin metadonin käyttäjien vieroittamista naltreksonin avulla nukutustilassa. Potilaat olivat kohtalaisen tyytyväisiä hoitoon, mutta jopa 50 prosenttia ilmoitti hoitoa seuranneen ensimmäisen kuukauden aikana esiintyneestä vakavasta levottomuudesta. Kuusi kuukautta hoidon jälkeen kolmasosa potilaista ei ollut käyttänyt kovia huumeita (Tretter et al., 2001).

Vaikka joitakin vieroitushoitoja on arvioitu, tarvitaan yhä syvällisempää tietoa eri menetelmien hyödyistä ja haitoista sekä siitä, minkätyyppistä vieroitushoitoa kuhunkin potilaaseen olisi sovellettava.

Huumeeton hoito

Huumeettomassa hoidossa käytetään psykososiaalisia tekniikoita, ja tarkoituksena on saada potilas ensin pidättymään huumeiden käytöstä ja vapautumaan pitkällä aikavälillä kokonaan huumeriippuvuudesta. Jotta huumeeton hoito onnistuu, hoito on ensinnäkin toteutettava kokonaan ilman huumeita, kuten se on suunniteltukin. Myös muut tekijät, kuten psykologisen, sosiaalisen ja taloudellisen hyvinvoinnin parantuminen, ovat oleellisia. Tärkeitä oheisvaikutuksia ovat rikollisuuden ja riskikäyttäytymisen vähentäminen sekä asiakkaan terveyden ja yleisen hyvinvoinnin kohentaminen.

Huumeettoman hoidon arvioinnit ovat osoittaneet, että huumeettomalla hoidolla saavutetaan suurin piirtein edellä mainitut tavoitteet (Gossop et al., 2001). Arvioinnin tulokset vaihtelevat hyvin paljon, mutta yleensä 30–50 prosenttia huumeettoman hoidon aloittavista asiakkaista käy hoidon läpi kokonaisuudessaan onnistuneesti. Tanskassa toteutetussa tutkimuksessa kävi ilmi, että hoidon aloittaneista 17–58 prosenttia kävi huumeettoman hoidon loppuun onnistuneesti ja että onnistuminen vaihteli hoitotyypin mukaisesti.

Yleisesti ollaan myös yhtä mieltä siitä, että hoidon kesto liittyy läheisesti hoidon tulokseen, toisin sanoen mitä kauemmin huumeeton hoito kestää, sitä parempi. Käsitys perustuu Saksassa toteutettuun tutkimukseen, jonka mukaan huumeettoman hoidon jatkuvuus/kesto vaikut-

taa suoraan tuloksiin (Sonntag, D. ja Künzel J., 2000). Joissakin tutkimuksissa on yritetty yksilöidä kynnystä, jonka jälkeen onnistuneen hoidon tulokset todennäköisesti kasvavat. Eräissä tutkimuksissa todettiin, että 90 päivän huumeettomalla sairaalahoidolla saavutettiin muita parempia tuloksia: opiaattien ja piristeiden käyttöä pidättyttiin ja suonensisäistä huumeiden käyttöä vähennettiin useammin verrattaessa tilannetta vuoden kuluttua hoidon loppumisesta lyhyemmässä ajassa hoidon lopettaneisiin (Gossop et al., 1998). Tulos vahvistui Kreikassa toteutetussa tutkimuksessa, jossa havaittiin, että ensimmäisen kolmen kuukauden aikana hoidon jättävät asiakkaan vähensivät heroinin käyttöä vain 11 prosenttia hoidon loppumisen jälkeen, kun taas vähintään vuoden ajan hoitoon osallistuneet vähensivät huumeiden käyttöä 76 prosenttia (KETHEA, 2001).

Pitkän aikavälin tehokkuudesta saatiin tietoa Itävallassa toteutetussa tutkimuksessa, jonka mukaan hoitojärjestelmä, jonka pääpaino on hoidon sosiaalisessa puolessa ja psykoterapiassa, lisäsi huomattavasti asiakkaiden sosiaalisia taitoja ja henkilökohtaista tyytyväisyyttä, joiden ansiosta asiakkaat pysyvät pitkään tasapainossa (Wirth, 2001).

Yhdistyneen kuningaskunnan terveysministerin aloitteesta perustettiin vuonna 1994 kansallinen hoitotulostutkimus (”National Treatment Outcome Research Study”, NTORS), jonka tarkoituksena on arvioida huumeiden väärinkäyttäjille tarjottavia hoitopalveluja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Hoitotulostutkimukseen otettiin mukaan 1 075 asiakasta vuonna 1995 ja asiakkaita seurattiin viiden peräkkäisen vuoden ajan. Satunnaisen ositetun otannan perusteella valittiin 650 asiakasta, joita seurattiin neljässä erilaisessa hoitomuodossa: sairaalahoidossa, kotona annettavassa kuntoutuksessa, metadonilla annettavassa vähentämishoidossa ja metadonilla annettavassa ylläpitohoidossa. Tutkimuksen pääasiallisenä havaintona todettiin, että hoidon läpikäyneet henkilöt edistivät tuloksissaan: huumeita käytettiin entistä vähemmän, suonensisäinen käyttö harveni, yhteisten neulojen käyttö väheni, ja mielenterveys kohentui. Kokonaiskohortissa havaittiin tilastollisesti merkittävää edistymistä heroinin takia hoitoon hakeutuneilla: noin 75 prosenttia käytti heroinia hoitoon hakeutuessaan ja neljän viiden vuoden jälkeen enää noin 40 prosenttia. Ilman lääkärin määräystä metadonia säännöllisesti käyttävien määrä väheni: kun hoitoon tulijoista metadonia käytti 30 prosenttia, neljän viiden vuoden jälkeen heitä oli enää alle kymmenen prosenttia. Myös yhteisten neulojen käyttö vähentyi 20 prosentista viiteen prosenttiin. Mielenterveyden arvioinnissa havaittiin tilastollisesti merkittävää edistystä, kun vertailtiin tilanteita hoitoon ottamisen hetkellä ja neljän viiden vuoden kuluttua.

Huumeetonta hoitoa on arvioitu ympäri Eurooppaa eri menetelmiä soveltaen ja erityisesti viimeisen vuosikymmenen aikana on saatu paljon tietoa asiasta. Jotkin alat kaipaavat kuitenkin edelleen lisätutkimusta, jotta vastikään havaittuihin ilmiöihin voidaan vastata. Yhtenä esimerkkinä voitaisiin mainita huumeettoman hoidon tehokkuus pääasiassa kokaiinin ja amfetamiinin käyttäjillä sekä muilla erityisillä alaryhmillä. Lisäksi on vain muutamia laaja-alaisia tutkimuksia siitä, kuinka moni pitäytyy erossa huumeista pitkällä aikavälillä kokonaisuudessaan onnistuneen hoidon jälkeen.

Lääkehoito

Lääkehoidossa (johon korvaushoitokin kuuluu) käytetään potilaille annettavina lääkkeinä agonisteja tai antagonisteja. Agonistit (esimerkiksi metadoni) aktivoivat opiaattien reseptoreja aivoissa, ja antagonistit (esimerkiksi naltreksoni) vähentävät tai poistavat nautitun huumeen vaikutuksia. Lääkehoidon tarkoituksena voi olla huumeista irti pääseminen, mutta toisaalta voidaan pyrkiä pitämään asiakas pitkäaikaisessa lääkehoidossa. Olipa tavoitteena päästä irti huumeista tai vähentää huumeriippuvuuden haittavaikutuksia, yhteisiin välitavoitteisiin kuuluvat laittomien huumaussaineiden käytön ja tartuntatautien vähentäminen, asiakkaan mielenterveyden ja fyysisen terveydentilan parantaminen sekä huumeisiin liittyvän rikollisuuden vähentäminen.

Metadonilla annettava ylläpitohoito on kaikkein yleisimmin käytetty lääkkeiden avulla tapahtuva huumehoito. Kuten sana ”ylläpito” viittaa, hoidon tarkoituksena ei ole päästä irti huumeista vaan pitää asiakas hoidossa, mikä vähentää rikollista toimintaa samoin kuin riskikäyttäytymistä (ja samalla tartuntatautien vaaraa) sekä parantaa terveyttä ja sosiaalista toimintaa.

Lääkehoitoa on arvioitu laajalti ympäri Eurooppaa, ja yleensä hoito on osoittautunut tehokkaaksi ja saavuttanut tavoitteensa eli vähentänyt laittomien huumaussaineiden käyttöä, riskikäyttäytymistä ja rikoksia. Erityisesti metadonihoitoa on arvioitu: se on todettu tehokkaaksi kyseisten tavoitteiden suhteen (Lowinson et al., 1997; EMCDDA, 2000). Myös buprenorfiini on osoittautunut tehokkaaksi. Eräässä buprenorfiinin koekäyttöä koskevassa strukturoidussa kirjallisuustutkimuksessa havaittiin, että buprenorfiinin pääasiallinen tehokkuus perustui yliannostusvaaran ja rinnakkaisen laittomien huumaussaineiden käytön vähentämiseen (Berglund et al., 2001). Sekä metadonin että buprenorfiinin osalta riittävät annokset näyttävät olevan ratkaisevia myönteisten tulosten takaamiseksi.

Näistä selvistä ”onnistumisista” huolimatta joissakin maissa ollaan sitä mieltä, ettei metadoni eikä buprenor-

fiini ole parantanut riittävästi erityisesti kadulla elävien narkomaanien yleistä hyvinvointia, joten muita vaihtoehtoja on etsitty.

Helmikuussa 2002 Alankomaissa julkaistiin tulokset satunnaistetusta valvotusta kokeesta, jossa metadonihoidon osallistuville asiakkaille määrättiin lisäksi heroïinia. Hoidon kohderyhmänä olivat vaikeasti huumeriippuvaiset keskimääräistä iäkkäämmät heroïinin käyttäjät, jotka eivät olleet hyötäneet riittävästi metadonilla annettavasta ylläpitohoidosta. Kohderyhmän määrittämiseksi asetettiin kriteerit ryhmään kuulumisesta ja sen ulkopuolelle jäämisestä. Kokeeseen osallistuvat valittiin paikallisesta metadonilla annettavaan ylläpitohoitoon osallistuvien rekisteristä. Yhteensä valittiin 625 potilasta kuudesta hoitoyksiköstä eri puolilta Alankomaita ja potilaat jaettiin satunnaisesti koeryhmään ja kontrolliryhmään. Ensimmäiseksi potilaat jaettiin huumeiden käyttömuodon mukaisesti polttaviin ja suonensisäisesti käytäviin. Sitten potilaat jaettiin hoitomuodon mukaan kahteen ryhmään, joista toinen sai ainoastaan metadonia sekä toinen metadonia ja heroïinia yhdessä. Tutkimuksen pääasiallisena tuloksena todettiin, että vaikeasti huumeriippuvaisiin keskimääräistä iäkkäämpiin heroïinin käyttäjiin metadoni ja heroïini tehosivat paremmin yhdessä kuin metadoni yksinään käyttömuodosta huolimatta. Tutkimuksessa osoitettiin lisäksi, että kokeen lopussa 30 prosenttia koeryhmän asiakkaista ei enää täyttänyt ryhmään hyväksymiselle asetettuja kriteerejä (sillä asiakkaiden yleinen vointi oli parantunut huomattavasti), kun kontrolliryhmässä vastaava luku oli vain 11 prosenttia (van den Brink et al., 2002).

Saksassa lääkeheroïinin määräämistä opiaateista riippuvaisille on kokeiltu, kehitelty ja hiottu viimeisten vuosien ajan. Kokeilu alkoi keväällä 2002, ja se kestää kolme vuotta. Seitsemän saksalaista kaupunkia osallistuu kokeiluun. Kokeilussa etsitään pääasiassa vastausta siihen kysymyksiin, voiko heroïinin määrääminen parantaa ja, jos voi, millä edellytyksillä se voi parantaa erittäin vaikeasti opiaateista riippuvaiden terveydentilaa ja mitä sosiaalisia sekä lainsäädännöllisiä näkökohtia asiaan liittyy. Kokeiluun osallistuvat potilaat jaetaan satunnaisesti koeryhmään ja kontrolliryhmään. Nämä ryhmät jaetaan edelleen kahteen ryhmään, joissa annetaan erilaista psykososiaalista hoitoa – ”tapaushallintaryhmä” ja ”psykologisen opetuksen ryhmä”. Kokeilun tarkoituksena on tuottaa lisää tietoa psykososiaalisista hoitotoimenpiteistä ja niiden tehokkuudesta opiaattiriippuvuuden hoidossa (<http://www.heroinstudie.de/>).

Tanskassa käynnistettiin heroïinihankkeelle vaihtoehto, johon varattiin erityiset varat vuosiksi 2000–2002. Tavoitteena oli aloittaa metadonihoitoon osallistuvien narkomaanien pilottihanke, johon kuuluu runsaasti psy-

Erityiskysymyksiä

kososiaalista toimintaa. Määrällisessä ja laadullisessa arvioinnissa tutkitaan, missä määrin saadaan tuloksia, joita ovat sosiaalisen toiminnan, fyysisen terveyden ja mielenterveyden parantuminen, huumeiden käytön väheneminen, tartuntatautiin ja rikollisuuden väheneminen sekä verkostosuhteiden lisääntyminen.

Päätelmät ja tulevaisuudennäkymät

Onnistuminen riippuu tietyn hoitomuodon tarkoituksesta, joten onnistumista pitäisi arvioida suhteessa ennallaan asetettuihin tavoitteisiin. Nykyisin on jo aika runsaasti tutkimuksia, joiden avulla on saatu näkemyksiä ja tietoa eri hoitomuotojen tehokkuudesta ja/tai onnistumisesta vertaamalla tuloksia asetettuihin tavoitteisiin.

Tärkeä on esimerkiksi havainto, jonka mukaan hoidon jatkuvuus on ratkaisevaa tuloksen eli onnistumisen kannalta. Tietoa on kuitenkin edelleen kerättävä keinoista, joilla asiakkaat saadaan pysymään hoidossa. Toisin sanoen on tutkittava, mitkä tekijät ovat hoidossa ratkaisevia, jotta asiakkaat pysyvät hoidossa. "Vaikuttavan aineen" määrittäminen eli se, mikä saa hoidon onnistumaan, on vaikeaa kaikissa hoitomuodoissa, ja tämä on olennaista hoidon toteutuksen kehittämiseksi ja hoitotulosten parantamiseksi.

Teoreettinen tieto ja näkemykset ovat kuitenkin eri asia kuin käytännön toteutus. On esimerkiksi tärkeää yhdistää lääkehoitoon psykososiaalista hoitoa, jonka on todettu lisäävän hoidon onnistumista mutta jota käytetään edelleen puutteellisesti käytännössä.

Viimeisten vuosien aikana on korostettu erityisesti hoitopalveluiden laajentamista, joka onkin aika laajalti toteu-

tunut. Nyt haasteena on laajentaa hoitopalveluiden kirjoa ja kehittää hoitomuotoja, jotta hoidossa onnistuttaisiin entistä tehokkaammin.

Huumeiden käyttö vankiloissa

Huumeet ja huumeiden käyttö ovat muuttaneet perusteellisesti vankiloiden arkipäivää viimeisten kahden vuosikymmenen kuluessa. Nykyisin kaikkien Euroopan maiden vankiloissa on suuria ongelmia, jotka aiheutuvat huumeista tai huumeisiin liittyvistä tartuntataudeista.

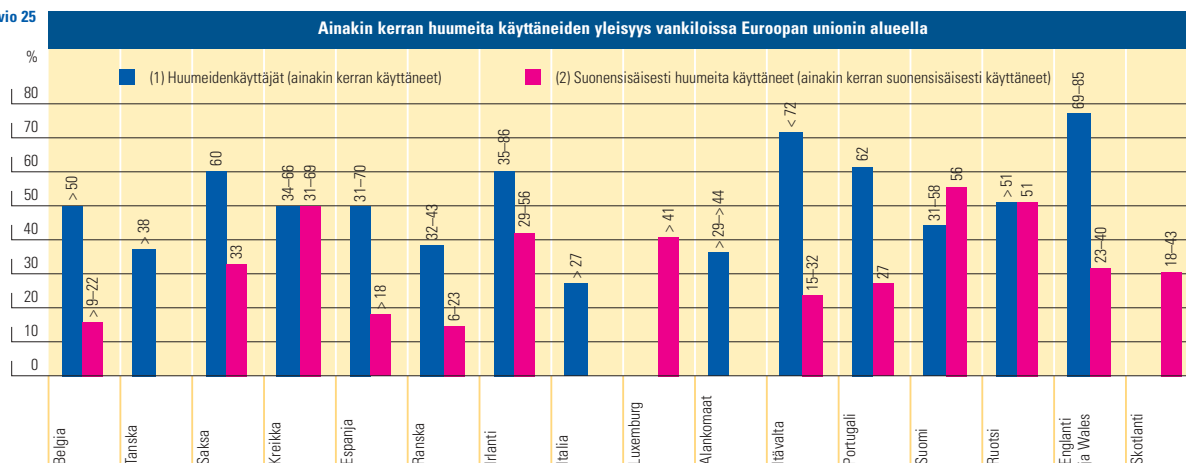
Huumeiden kysyntä vankiloissa ⁽⁶¹⁾

Rutiinomaisesti kerätyt kansalliset tiedot huumeiden käytöstä, käyttötavoista ja seurauksista vankien keskuudessa ovat harvinaisia. Suurin osa Euroopan unionissa saatavilla olevista tiedoista perustuu paikallisen tason *ad hoc* -tutkimuksiin pienen vankijoukon keskuudessa. Päätelmien teko on näin ollen hyvin vaikeaa.

Huumeidenkäyttäjien yleisyys vankiloissa

Vankiloiden asukkaat ovat suuressa vaarassa ajautua huumeidenkäyttäjiksi. Koko yhteiskuntaan verrattuna huumeidenkäyttäjät ovat yllättävän yleisiä vankiloissa. Euroopan unionin alueella ainakin kerran elämässään laittomia huumausaineita kokeilleiden vankien määrä vaihtelee maittain ja vankiloittain 29 prosentista 86 prosenttiin. Useimmissa tutkimuksissa osuus oli yli 50 prosenttia (kaavio 24). Kuten yhteiskunnassa yleensä, myös vankiloissa kannabis on kaikkein yleisimmin kokeiltu huumausaine, mutta useiden tutkimusten mukaan myös heroiniä kokeilleiden määrät ovat korkeita (joissakin tapauksissa lähes 50 prosenttia vangeista tai jopa enemmän).

Kaavio 25



Huom. (1) (2): Selitykset: ks. verkkoversio. Taulukon luvut on saatu jäsenvaltioissa toteutettujen kyselyiden tai muiden tutkimusten perusteella. Raportin verkkoversiossa annetaan yksityiskohtaisia tietoja alkuperäisistä tietolähteistä.

Lähteet: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset; katso myös Internetissä oleva taulukko huumeidenkäyttäjien osuuksista vankien keskuudessa EU:n alueella.

(61) Katso myös taulukko, jossa esitetään huumeidenkäyttäjien osuudet vangeista Euroopan unionissa (verkkoversio).