

Valtiotieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto

HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN KUOLEMAT SUOMESSA

MONIMENETELMÄINEN TUTKIMUS
LÄÄKKEELLISTYMISEN, SOSIAALISEN HUONO-
OSAISUUDEN JA HUUMEIDEN KÄYTTÖKONTEKSTIEN
NÄKÖKULMASTA

Sanna Rönkä

VÄITÖSKIRJA

Väitöskirja esitetään Helsingin yliopiston valtiotieteellisen tiedekunnan suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi yliopiston päärakennuksen auditoriumissa XV (Unioninkatu 34, 4. kerros) lauantaina 12. tammikuuta 2019 kello 12.

Helsinki 2018

Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 107 (2018)
Sosiologia

© Sanna Rönkä

Välitys ja myynti:
Unigrafian kirjamyynti
<http://kirjakauppa.unigrafia.fi/>
asiakaspalvelu@unigrafia.fi

ISSN 2343-273X (nid.)
ISSN 2343-2748 (PDF)
ISBN 978-951-51-3369-4 (nid.)
ISBN 978-951-51-3370-0 (PDF)

Unigrafia
Helsinki
2018

TIIVISTELMÄ

Tämän väitöstutkimuksen aihe on huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa. Tavoite on tarkastella, miten lääkkeellistyminen, eli lääkkeiden yhteiskunnallisen merkityksen kasvu, näkyy huumekuolemissa, mitkä sosiaaliset taustatekijät ovat yhteydessä huumekuolleisuuteen ja mikä on huumeiden käyttökotekstien rooli huumekuolemissa.

Tutkimuksen yhteiskunnallinen tausta on huumeongelman kehittyminen Suomessa vähäisestä lähelle eurooppalaista keskitasoa 1990-luvun puolivälistä lähtien. Suomen huumeilanteen erityispiirre on huumeiden ongelmakäyttöön liittyvä opioidilääkkeiden väärinkäyttö. Tutkimuksen aineistona on käytetty rekisteriaineistoja, ikääntyneiden huumeiden käyttäjien haastatteluaineistoa ja internetin keskustelufoorumien keskusteluketjuja, joita on analysoitu kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin.

Tulokset viittaavat siihen, että katukauppalääkkeiden lisäksi lääkärin määräämillä lääkkeillä on yhteys huumekuolemiin. Erityisesti työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla oli reseptilääkeostoksia huumeyliannostuskuolemiin liittyen. Myös laadullinen analyysi osoittaa, että lääkkeitä hankitaan terveydenhuollosta joko itselääkinnällisiin tai päihtymistarkoituksiin.

Huumekuolleisuus on yhteydessä sosiaaliseen huono-osaisuuteen. Matala koulutus, lyhyt- ja pitkäaikaistyöttömyys, aikainen eläköityminen, avioero, asuminen ei-yksityisessä-kotitaloudessa tai yksin olivat yhteydessä kokonaisuumekuolleisuuteen miehillä ja naisilla sekä eri huumekuolemien alakategorioissa. Sosiaalinen huono-osaisuus liittyi erityisesti kuolemiin, joissa peruskuolemansyy oli huumeisiin liittyvä päihdehäiriö. Merkittävä oli myös koulutukseen liittyvä tulos; peruskoulutetuilla oli korkeampi todennäköisyys huumeisiin liittyvään kuolemaan kuin korkeakoulutetuilla, mutta toisen asteen koulutuksen saaneilla henkilöillä todennäköisyys ei juurikaan ollut korkeampi kuin korkeasti koulutetuilla.

Nettifoorumit mahdollistavat sofistikoituneiden sekakäyttösuositusten jakamisen. Käyttäjien hankkima tieto määristä, yhdistelmistä ja seuraamuksista voi vähentää lääkkeiden päihdekäyttöön liittyviä riskejä. On myös mahdollista, että tiedon kartuttaminen ja jakaminen johtaa ”kompetenssiharhan” kokemukseen; syntyy jaettu käsitys riittävästä tai ensiluokkaisesta huumeiden käyttötaidoista ja -tiedosta, jolla omia rajoja arvioidaan. Lisäksi tarkat annokset, joita foorumilla jaetaan, voivat myötävaikuttaa hallinnan kokemukseen ja täten voimistaa kyvykkyyden ja turvallisuuden kokemusta huumeiden käyttöön liittyen.

Tutkimuksen tulokset kokonaisuudessaan osoittavat, että hoitokotekstissa suhteellisen turvallinen lääke ei ole sitä enää huumeiden käyttöympäristössä, huumekuolemaan johtava syrjäytymisprosessi alkaa

nuorella iällä, ja huumeisiin liittyviin kuolemiin liittyy nettifoorumeilla kumuloituvan käyttäjätiedon synnyttämä korkea luotto omiin käyttötaitoihin.

ABSTRACT

This study examines drug-related deaths in Finland. The aim is to examine how pharmaceuticalisation (i.e., the growing societal relevance of pharmaceutical drugs) is reflected in drug-related deaths, which social determinants are associated with drug-related mortality, and what is the role of drug use contexts in drug-related deaths.

The background of this study is the development of the Finnish drug problem from a minor issue to approximately the European average since the mid-1990s. The special characteristic of the Finnish drug situation is non-medical use of prescription opioids among people who inject drugs. The research material used in this dissertation consists of register data, interviews with elderly drug users, and analysis of discussion threads on drug users' online forum. The research deploys both quantitative and qualitative methods.

The results indicate that besides prescription drugs sold in the illicit market, personally prescribed pharmaceuticals are also linked to drug-related deaths. People on disability pension are especially likely to experience drug-related deaths related to purchases of prescription drugs. Qualitative analysis further shows that pharmaceuticals are obtained from the health care system either for the purpose of self-medication or intoxication.

Drug-related mortality is associated with social disadvantage. Lower education, long- or short-term unemployment, early retirement, divorce, not living in a private household, and living alone were associated with total drug-related mortality in men and women—and also in all subcategories of drug-related deaths. Social disadvantage was strongly associated with mortality related to psychoactive substance use disorders. It is noteworthy that individuals with only secondary education had a marginally higher risk for drug-related death than the highly educated.

Online forums enable the sharing of rather sophisticated drug combination recommendations. The forum works as a platform for harm reduction inspired exchange of knowledge. However, accumulating and sharing knowledge may actually lead to the user experiencing an extreme sense of ability or a 'competence fallacy.' The user community's knowledge sharing practices can generate a shared perception of a sufficient or even superior drug use experience and knowledge to evaluate bodily limits. In addition, the exact dosages shared in the forum can contribute to the experience of control, thereby heightening the sense of capability and safety in drug-use.

The study shows that prescription drugs which are relatively safe in a medical context are not safe in the context of non-medical drug use; the process of marginalisation leading to drug-related death starts at an early age; and drug-related deaths are linked to high confidence in personal drug

use competence, often as a result of cumulated user knowledge on online forums.

KIITOKSET

Väitöskirjaurakka on loppusuoralla ja on kiitosten aika. Työ ei olisi mitenkään valmistunut ilman tukea ja apua, jota olen saanut vuosien varrella ja työn eri vaiheissa. Konkreettisen avun lisäksi aina on löytynyt tarvittaessa joku, joka on osannut antaa rakentavaa palautetta tai kannustavan sanan, ja olen päässyt työssäni eteenpäin.

Suuret kiitokset ohjaajilleni. Dosentti Matilda Hellmania haluan kiittää ohjauksesta ja joustavuudesta väitöskirjan loppusuoralla. Matilda myös johtaa ansiokkaasti CEACG-tutkimusryhmää, jonka jäsen minulla on ollut ilo olla. Kvanti-ohjaajinani ovat toimineet sitoutuneesti Pia Mäkelä ja dosentti Karoliina Karjalainen, ja olen oppinut molemmilta paljon. Pian pitkä kokemus ja tinkimätön asenne tutkimuksenteekoon on ollut kullannarvoinen apu. Karoliinalle erityisesti kiitos konkreettisesta avusta analyysien kanssa.

Projektin alkuvaiheessa emeritusprofessori Pekka Sulkusen tuki oli tärkeää etenkin rahoituksen ja työtilojen järjestämisessä. Interventio-seminaarin ja sittemmin CEACG-tutkimusryhmän perustajana Pekka avasi ryhmällemme myös kotinsa lämpimiin illanviettoihin. Matilda on jatkanut tätä hienoa perinnettä. Dosentti Kati Rantala oli tärkeä tutkimussuunnitelman ja –asetelman kommentaattori. Kiitokset Riikka Perälälle hyvistä kommentteista ja aina hauska seurasta.

Kiitokset esitarkastajilleni professori Mikko Niemelälle ja professori Atte Oksaselle tarkkanäköisistä huomioista ja parannusehdotuksista, jotka auttoivat minua viimeistelemään työni. Kiitos dosentti Katja Kuusistolle suostumisesta vastaväittäjäkseni ja professori Anne Kouvoselle suostumisesta arvosanalautakunnan jäseneksi. Kiitos myös kustoksena toimiva professori Ilkka Arminen, jonka vetämässä jatkokoulutuseminaarissa ehdin myös hetken olla.

Lämpimät kiitokset kanssakirjoittajilleni. Oikeuskemian emeritusprofessori Erkki Vuori huomasi kiinnostukseni aiheeseen ja loi mahdollisuuksia tutkimukselleni asiantuntemuksellaan ja aineistoin. Väestötieteen professori Pekka Martikaisen avulla sain käyttöni väestötason aineiston ja Pekasta itsestään kokeneen kanssakirjoittajan. Kiitokset Vanha liitto –tutkimusryhmä: Heini Kainulainen, Tuula Kekki, Aarne Kinnunen, Jussi Perälä ja Jenni Savonen. Heinin johdolla saimme kirjan valmiiksi, mikä oli hieno työvoitto pitkän rupeaman jälkeen.

Anu Kataisen rooli on ollut työn saatossa moninainen. Anu on paitsi CEACGin ydinryhmää ja kanssakirjoittajani yhdessä artikkelissa, hän on ollut myös luottolounasseurani ja yleistuki koko prosessin ajan. Olen oppinut Anulta paljon tieteellisestä kirjoittamisesta. Kiitos Anu!

Kiitokset kaikille CEACG-tutkimusryhmässä ja sen edeltäjässä Interventio-seminaarissa. CEACG on ollut lämmin ja turvallinen ryhmä tehdä tutkimusta tieteenteon joskus raadollisessa maailmassa. Kiitos

erityisesti: Anna Alanko, Michael Egerer, Veera Kankainen, Anna Leppo, Janne Nikkinen, Yaira Obstbaum-Federley ja Arto Ruuska.

Suuret kiitokset myös tutkimusprofessori Pekka Hakkaraisen ja dosentti Christoffer Tigerstedtin vetämälle THL:n Seula-seminaarille, jossa olen oppinut vuosien saatossa paljon huumetutkimuksesta.

Kiitokset tutkimusta rahoittaneille Alkoholitutkimussäätiölle ja Suomen Kulttuurirahastolle. Erityisesti haluan kiittää Alkoholitutkimussäätiön tutkimusjohtaja Tomi Lintosta, joka on suhtautunut joustavasti erityisjärjestelypyyntöihini elämäntilanteen vaihdellessa.

Kiitokset työkavereilleni Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksella. Haluan kiittää esimiehiäni opintovapaan myöntämisestä, etenkin lähiesimiestäni yksikönpäällikkö Salla Säckistä. Salla on tukenut väitöskirjantekoani pitkällisin opintovapain, vaikka tämä on tarkoittanut hänelle itselleen työläitä sijaisjärjestelyjä. Kiitos Marke Jääskeläiselle vertaistuesta.

Kiitokset työtoverit sosiologian työtiloissa Vuorikadulla, Snellmaninkadulla ja viimeksi Unioninkadulla kollegiaalisesta tuesta ja yhteisistä kahvi- ja lounastuokioista. Olette fiksuja ja säkenöiviä ihmisiä!

Kiitos ystäville, joiden seura on tuonut vastapainoa tutkimustyölle. Opiskelukaveriporukkani, joka kulkee nykyään nimellä Sosiologinaiset, on jakanut elämän riemuja ja murheita erilaisissa riennoissa, muun muassa perinteisessä pikkujoulusaunassa. Erityisesti kiitos viisaalle Sara Lamminmäelle. Johanna Forss, Mari Alajoki, Mei Hari, Paula Mononen ja Sari Latonen ovat minulle 25 vuoden ystävyydellä kuin perhettä Helsingissä. Ystävyyttäni Nina Willmanin kanssa ei ole himmentänyt edes lähes tuhannen kilometrin välimatka Helsingin ja Kittilän välillä. Kiitos myös muut vanhat ja uudet ystävät.

Tusen tack till Kerstin och resten av min familj i Sverige för stöd och speciellt för härliga sommandagar på Brännö. Min svärfar Gösta hann inte se det här jobbet bli klart, men jag vet han skulle ha blivit enormt glad. Haluan kiittää äitiäni Seijaa ja isääni Kalevia ja siskoani Satua perheineen kaikesta tuesta ja avusta sekä yhteisistä rentouttavista päivistä niin Kuopiossa kuin Pyhäjärven mökillä. Erityiskiitos kummipojalleni Rasmukselle tietoteknisestä avusta.

Jag vill tacka min make Peter för allt stöd och tålmod under processen. Inte en enda gång har han ifrågasatt betydelsen av detta jobb, även om det har krävt mycket av honom på många sätt. Lapseni Elsa ja Leo syntyivät väitöskirjaprosessin aikana. On ollut etuoikeus tutustua maailmaan heidän silmin.

Kruununhaassa, joulukuussa 2018

Sanna Rönkä

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
Abstract.....	5
Kiitokset.....	7
Sisällys	9
Luettelo alkuperäisjulkaisuista	11
1 Johdanto	12
2 Tutkimuksen tausta ja lähtökohdat	14
2.1 Huumeet ja huumeitilanteen kehitys Suomessa.....	14
2.2 Huumeiden ongelmakäyttäjät	16
2.3 Huumekuolemat ilmiönä.....	16
2.4 Toinen huumeaalto ja huumekuolemien määrän kasvu.....	18
3 Teoreettiset käsitteet	20
3.1 Lääkkeellistyminen.....	20
3.2 Huumeiden käyttö, sosioekonominen asema ja huono- osaisuus.....	21
3.3 Huumeiden käyttökontekstit ja terveystaju	24
4 Tutkimustehtävä.....	26
4.1 Tutkimuskysymykset ja työn rakenne.....	27
5 Tutkimusasetelmat	29
5.1 Metodologinen prosessi.....	29
5.2 Aineisto ja menetelmät	30
5.3 Osatutkimus I. Henkilökohtaisten lääkeostojen ja huumekuolemien yhteys sekä sosioekonominen asema.....	31
5.3.1 Aineisto	31
5.3.2 Mittarit ja menetelmät.....	32

5.4	Osatutkimus II. Sosioekonomisen aseman ja huumekuolleisuuden yhteys kokonaisväestössä	33
5.4.1	Aineisto.....	33
5.4.2	Menetelmät	33
5.5	Osatutkimus III. Lääkkeellistyminen ja muuntuneet käyttök kontekstit	35
5.5.1	Aineisto.....	35
5.5.2	Menetelmä.....	35
5.6	Osatutkimus IV. Ikääntyneiden huumeiden käyttäjien terveystaju	36
5.6.1	Aineisto ja menetelmä.....	36
5.7	Tutkimusetiikka	37
6	Tulokset.....	38
6.1	Lääkeostot henkilökohtaisella reseptillä ja huumekuolemien yhteys sekä huono-osaisuus.....	38
6.2	Huono-osaisuuden ja huumekuolleisuuden yhteys kokonaisväestössä	38
6.3	Lääkkeellistyminen ja muuntuneet käyttök kontekstit.....	39
6.4	Ikääntyneiden huumeiden käyttäjien terveystaju.....	39
7	Pohdintaa tuloksista	41
7.1	Huumeiden käytön lääkkeellistyminen.....	41
7.2	Huono-osaisuus huumekuolleisuudessa	42
7.3	1960-luvun hippikulttuurista virtuaaliyhteisöön: käyttök kontekstien vaikutus kuolemiin	44
8	Johtopäätökset.....	46
	Lähteet	49

LUETTELO ALKUPERÄISJULKAISUISTA

- I Rönkä, S., Karjalainen, K., Vuori, E., & Mäkelä, P. (2015). Personally prescribed psychoactive drugs in overdose deaths among drug abusers: A retrospective register study. *Drug and Alcohol Review*, 34(1), 82–89.
- II Rönkä, S., Karjalainen, K., Martikainen, P. T., & Mäkelä, P. (2017). Social determinants of drug-related mortality in a general population. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 37-43.
- III Rönkä, S. & Katainen, A. (2017). Non-medical use of prescription drugs among illicit drug users: A case study on an online drug forum. *International Journal of Drug Policy*, 39, 62-68.
- IV Rönkä, S. (2017). ”Kaikki oli ihan keltasii” – Pistämisestä ja yliannostuksista. Teoksessa H. Kainulainen, J. Savonen, & S. Rönkä (toim.), *Vanha liitto - Kovien huumeiden käyttäjät 1960–70-lukujen Helsingistä* (s. 159–178). SKS:n toimituksia 1433. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Julkaisuihin viitataan tekstissä roomalaisin numeroin.

1 JOHDANTO

Tässä väitöstutkimuksessa tutkin huumeiden käyttäjien kuolemia Suomessa lääkkeellistymisen¹, käyttäjien sosioekonomiseen asemaan sekä huumeiden käyttökontekstien näkökulmista. Huumeiden käytön lääkkeellistymisellä tarkoitan lisääntyntä reseptilääkkeiden päihdekäyttöä niin sanottujen klassisten huumausaineiden sijaan ja rinnalla. Huumeiden käyttökontekstiksi määrittelen tässä huumeiden käyttöön liittyvän materiaalsen ympäristön ja sosiaaliset suhteet.

Kiinnostuin aiheesta 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen lopulla seurattuani suomalaisen huumeilanteen kehittymistä vuosituhanen vaihteen jälkeen. Huomioni kiinnittyi siihen, että 1990-luvun lopulta alkanut huumeiden käytön ja haittojen kasvu oli tasaantunut, mutta huumeisiin liittyvien kuolemien määrä alkoi kasvaa hitaasti vuodesta 2003 lähtien (Rönkä & Virtanen, 2009). Kasvu herätti vain vähän yhteiskunnallista keskustelua, vaikka huumeisiin kuolleet olivat pääasiassa 25–34-vuotiaita nuoria aikuisia. Kuolemien määrän kasvuun liittyi myös suomalainen erityispiirre: huumeiskuolemien kasvu selittyi pääosin korvaushoitolääke buprenorfiinin, rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin yhteismyrkytyksillä (Häkkinen, Launiainen, Vuori, & Ojanperä, 2012; Salasuo, Vuori, Piispa, & Hakkarainen, 2009). Kyse ei ollut laittomiin huumausaineisiin liittyvistä kuolemista vaan huumaavien lääkkeiden päihdekäyttöön ja sekakäyttöön liittyvistä myrkytyksistä.

Suomi oli tässä kehityksessä eurooppalaisessa vertailussa erityinen. Virossa oli jo pitkään ollut oma laittomasti valmistetun fentanyylin käyttö- ja kuolematrendi, mutta muuten huumeiskuolemia Euroopassa aiheutti pääasiassa heroini. Yhdysvalloissa ja Kanadassa puolestaan oli jo havahduttu koko 2000-luvun jatkuneeseen lääkeopioidien väärinkäytön yleistymiseen ja siihen liittyvään kuolleisuuden voimakkaaseen kasvuun, joka on sittemmin johtanut länsimaalaisittain poikkeukselliseen elinajanodotteen laskuun (Xu, Murphy, Kochanek, Bastian, & Arias, 2018).

Huumeiden käyttö on laitonta ja stigmatisoitua, mikä tekee huumeiden käytöstä haastavan tutkimuskohteen. Huumeiden käyttäjät lasketaankin vaikeasti tutkittaviin ihmisryhmiin (”hard-to-survey-populations”), jotka voivat helposti jäädä aliedustetuiksi kyselytutkimuksissa (Tourangeau, Edwards, & Johnson, 2014). Käsillä olevassa väitöskirjatutkimuksessa tutkimuskohteen haaste pyritään ylittämään monimenetelmällisellä tutkimusotteella. Lähestyn ilmiötä eri menetelmiä hyödyntäen ja poikkitieteellisesti eri näkökulmista ristivalottaen. Sosiologian lisäksi yhdistän asetelmaan sosiaaliepideemiologisia elementtejä. Lääkkeellistymisen ohella kehyksinä ovat huumeiskuolleisuuteen liittyvät sosioekonomiset

¹ Englanninkielisessä kirjallisuudessa ”pharmaceuticalisation”.

määrittäjät (kvantitatiiviset tutkimusasetelmat) ja huumeiden käyttökotekstien suhde kuolemiin (kvalitatiiviset tutkimusasetelmat). Kysyn, miten huumeiden käytön lääkkeellistyminen näkyy huumeikuolemista, mitkä sosioekonomiset taustatekijät ovat yhteydessä huumeikuolleisuuteen ja mikä on huumeiden käyttökotekstien rooli huumeikuolemista.

Seuraavassa luvussa käyn läpi väitöstudkimuksen lähtökohdat sekä niihin liittyvät määritelmät ja yhteiskunnalliset keskustelut. Kolmannessa luvussa esittelen tutkimuksessa käytetyn teoreettisen jäsennyksen. Tämän jälkeen käyn läpi tutkimustehtävän. Esittelen tutkimuksen aineiston ja käytetyt menetelmät viidennessä luvussa. Kuudennessa luvussa esittelen kunkin osatutkimuksen tulokset lyhyesti. Pohdin ja vedän yhteen tutkimustuloksia laajemmin seitsemännessä luvussa. Lopuksi esittelen tutkimuksen johtopäätökset.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT

2.1 HUUMEET JA HUUMETILANTEEN KEHITYS SUOMESSA

Juridisessa mielessä huume tarkoittaa lainsäädännössä huumausaineeksi määriteltyä ainetta (huumausainelaki 2008/373). Pohjana aineluettelolle (valtionneuvoston asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista 2008/543) ovat pääasiassa kansainväliset sopimukset. Lisäksi muuntohuumeita, eli ”uusia psykoaktiivisia terveydelle erittäin haitallisia aineita” kielletään valtionneuvoston asetuksella kuluttajamarkkinoilta kielletyistä psykoaktiivisista aineista (2014/1130). Tässä sosaalitieteellisessä tutkimuksessa käytän kuitenkin huumetta yleisnimityksenä huumausaineille, muuntohuumeille ja myös päihteinä käytetyille lääkeaineille (vrt. englanniksi drugs). Tarvittaessa tekstissä tarkennetaan, kun puhutaan jostain näistä erityisesti.

Koska yksi tutkimuksen näkökulmista on huumeiden käytön lääkkeellistyminen, on tarpeen tarkentaa tutkimuksessa käytetty rajaus: lähtökohhta on niin sanottujen klassisten huumeiden käyttäjissä ja siinä, miten lääkeaineet ovat tulleet osaksi heidän huumeiden käytön arkea. Tutkimus ei siis koske niitä, joiden ongelma on pelkästään lääkkeiden väärinkäyttö

Tutkimus kiinnittyy suomalaisen huumetilanteen ja -politiikan muutoksiin 1990–2010-luvuilla. Huumeiden kokeilu ja käyttö lisääntyivät merkittävästi Suomessa 1990-luvun puolivälistä lähtien (Metso, Winter, & Hakkarainen, 2012). Aikaa kutsuttiin toiseksi huumeaaloksi erotukseksi niin kutsutusta ensimmäisestä huumeaalosta; 1960–70-luvuilla huumeiden käyttö, erityisesti kannabiksen käyttö, lisääntyi lyhyeksi aikaa nuorisoliikehdinnän seurauksena.

Huumeongelmien lisääntymiseen reagoitiin poliittisesti ottamalla toimenpidevalikoimaan repression rinnalle uusia haittojen vähentämisen politiikan mukaisia keinoja. Ruiskujen ja neulojen vaihto aloitettiin matalan kynnyksen terveysneuvonpisteissä vuonna 1997, ja samana vuonna STM antoi ensimmäisen määräyksen korvaushoidosta Suomessa (Tammi, 2007). Suomessa ei tätä ennen ollut toimivia korvaushoito-ohjelmia, mutta heroinin käytön yleistyminen 1990-luvun jälkipuoliskolla loi tarpeen kehittää opioidiriippuvaisten hoitoa. Korvaushoidon käyttöönotto Suomessa ei sujunut kiistoita. Vielä 1990-luvun alussa korvaushoidon lieveilmiöitä, kuten lääkkeen mahdollista kulkeutumista hoidon kautta laittomille markkinoille, pidettiin keskeisenä vasta-argumenttina korvaushoitoa

vastaan. Tultaessa 1990-luvun lopulle korvaushoidon lieveilmiöt eivät juurikaan enää herättäneet keskustelua. (Hakkarainen & Tigerstedt, 2005)

Sittemmin korvaushoitolääke buprenorfiinista - lääkenimellä Subutex tai Temgesic - on tullut Suomen eniten päihteenä käytetty opioidi, ja se on syrjäyttänyt heroinin lähes kokonaan. Aluksi heroini katosi markkinoilta, kun oopiumiunikon (heroiinin raaka-aine) viljely väheni Afganistanissa Talibanien tultua valtaan. Sittemmin heroinia on ollut Euroopan markkinoilla saatavilla, mutta Suomen laittomat opioidimarkkinat ovat pysyneet varsin vakaina, buprenorfiinin (Subutex-lääkkeiden) ollessa pääaine. Esimerkiksi vuonna 2017 laitonta buprenorfiinia takavarikoitiin 24 510 tablettia ja heroinia vain 350 g (KRP, 2018).

Väärinkäytössä buprenorfiinia ei oteta lääkkeenomaisesti, vaan se liuotetaan veteen, piikitetään ja sitä käytetään sekaisin esimerkiksi alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden kanssa (Ojanperä, Kriikku, & Vuori, 2015). Buprenorfiinin väärinkäyttö näkyy niin käyttäjäkyselyissä (Alho, Sinclair, Vuori, & Holopainen, 2007), buprenorfiinin päihdekäytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrässä (THL, 2017a) kuin myrkytyskuolemista (Ojanperä ym., 2015). Huumekuolemien ja huumehoitoon hakeutumisen lisäksi lääkeaineiden päihdekäytön haitat ovat näkyneet lisääntyneissä sunnitulehduksissa, jotka ovat johtaneet käyttäjien raajojen lisääntyneisiin amputaatioihin, kun lääketableteissa sidosaineina käytetyt aineet tukkivat suonet (T. A. Partanen, Vikatmaa, Vuola, Lepäntalo, & Tukiainen, 2008).

Väärinkäytön ehkäisemiseksi vuonna 2008 uusitulla opioidiriippuvaisten korvaushoitoasetuksella Suomessa alettiin suosia hoidossa buprenorfiininaloksoni -yhdistelmävalmistetta (kauppanimellä Suboxone), jossa oleva naloksoni ehkäisee useimmilla päihtymistä. Tutkimushavainnot ovat sittemmin osoittaneet, että myös yhdistelmävalmistetta väärinkäytetään (Perälä, 2011; Tammi, Pitkänen, & Perälä, 2011). Tuoreimman opioidikorvaushoitotoselvityksen mukaan pelkkää buprenorfiinivalmistetta käytetään hoidossa vain 2 prosentilla asiakkaista (A. Partanen ym., 2017). Suomalaiset hoitokäytännöt ovat verrattain tiukat, ja pääosin väärinkäytetty buprenorfiini on tullut Suomeen salakuljettuna Baltian maista ja Ranskasta koko 2000-luvun (KRP, 2018; Malin, Holopainen, & Tourunen, 2006).

Suomi on poikkeuksellinen maa buprenorfiinin väärinkäytössä, sillä muissa maissa ei ongelmaa vastaavassa mittakaavassa ole. Opioidien lisäksi päihdekäytössä on esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä. Suomalaiselle huume kulttuurille on myös erityistä pistoskäytön korkea osuus. Esimerkiksi huumehoitoon hakeutuneista käyttäjistä 77 % ilmoitti joskus käyttäneensä huumeita pistämällä (THL, 2017a). Väestötasolla lääkkeiden väärinkäyttöä on Suomessa vähän; vain 5 prosenttia suomalaisista ilmoitti käyttäneensä lääkkeitä muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen (Hakkarainen, Karjalainen, Ojajärvi, & Salasuo, 2015).

2.2 HUUMEIDEN ONGELMAKÄYTTÄJÄT

Huumeiden ongelmakäyttäjiä voi kuvata yhteiskunnan huono-osaisiksi. Huumehoitoon hakeutuneista asiakkaista vuonna 2017 korkeintaan peruskoulun suorittaneita oli 56 prosenttia, työttömiä 49 prosenttia ja vailla vakinaista asuntoa 22 prosenttia (THL, 2018). Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kyselytutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset: korkeintaan peruskoulun suorittaneita oli 55 prosenttia, työttömiä 42 prosenttia ja asunnottomia 22 prosenttia (Laitinen, Uhlbäck, Eskelinen, & Saari, 2017). Tutkimuksessa, jossa haastateltiin sata helsinkiläistä huumeiden käyttäjää, huono-osaisuus oli vielä korostetumpaa: korkeintaan peruskoulun suorittaneita oli 80, työttömiä 79 ja sosiaaliturvan varassa 73 (Tammi ym., 2011). Tämä selittyy sillä, että haastatellut oli rekrytoitu paitsi terveysneuvontapisteiden asiakkaista myös haittoja vähentävästä korvaushoidosta ja tuttavaverkostojen avulla kokonaan hoitokontaktia olevista käyttäjistä.

Myös huumeiden ongelmakäyttäjien itse kokema elämänlaatu on muuta väestöä huonompaa. Kun terveysneuvontapisteiden asiakkaiden tyytyväisyyttä elämään, elintasoon, fyysiseen terveyteen ja henkiseen terveyteen, masennuksen sekä yksinäisyyden kokemusta verrattiin suomalaisen työikäiseen väestöön, asiakkaiden elämänlaatu oli näillä kaikilla mittareilla keskeisesti huonompi kuin väestössä keskimäärin. Terveysneuvontapisteiden asiakkaista 50 prosenttia koki itsensä huono-osaisiksi, kun vastaava luku on 6 prosenttia väestössä. Huumeiden käyttäjien huono-osaisuus on myös usein kasautunut hyvinvointivajeiksi, niin että henkilöillä on useampia poikkeavuuksia riittäväksi määritellystä hyvinvoinnista (Laitinen ym., 2017). Huumeiden käyttäjät ovat usein myös moniongelmaisiksi niin, että toimeentuloon ja asumiseen liittyvien ongelmien lisäksi heillä on huumeriippuvuuden lisäksi jokin muu mielenterveyden häiriö (niin sanottu kaksoisdiagnoosi) ja muita terveysongelmia, esimerkiksi tartuntatauteja.

Huono-osaisten huumeiden käyttäjien kiinnittymisessä palvelujärjestelmään on haasteita. Moniongelmaisille ja sekakäyttävillä asiakkaille hoitojärjestelmän vaatimukset voivat olla liian suuri kynnyks ylitettäväksi (Törmä, 2009). Toisaalta esimerkiksi terveysneuvontapisteiden asiakkaat vaikuttavat olevan hyvin esimerkiksi muidenkin kuntien palvelujen piirissä (Laitinen ym., 2017).

2.3 HUUMEKUOLEMAT ILMIÖNÄ

Huumeisiin liittyvät kuolemat on monitahoinen käsite ja kompleksi ilmiö. Riippuen näkökulmasta, huumeisiin liittyvät kuolemat voivat käsittää vain huumeiden suoraan aiheuttamat kuolemat, jotka tunnetaan myös myrkytyksinä, tai lisäksi sisältää myös huumeiden epäsuorasti aiheuttamat

kuolemat, joihin huumeet ovat siis olleet myötävaikuttamassa (esimerkiksi huumeiden vaikutuksen alaisena tapahtuvat onnettomuudet ja väkivaltaiset kuolemat mukaan lukien itsemurhat). Huumeisiin liittyviin kuolemiin voidaan laskea myös HI-virukseen liittyvät kuolemat, joissa tartunta on tapahtunut likaisten huumeiden käyttövälineiden välityksellä. Laajin määritelmä kattaa huumeisiin liittyväksi myös ne kuolemat, joissa menehtynyt ei ole huumeiden käyttäjä, esimerkiksi kun huumeiden vaikutuksen alaisena oleva kuski aiheuttaa liikennekuoleman ulkopuoliselle tai ohikulkijalle kuolee huumeisiin liittyvässä rikollisten välienselvittelyssä. (Darke, Degenhardt, & Mattick, 2006)

Suomessa huumeisiin liittyviä kuolemia tilastoidaan kolmella tapaa. Tilastokeskus tilastoi huumekuolemia perustuen peruskuolemansyihin. Laskentaan käytetään EU:n huumevirasto EMCDDA:n yhdessä kansallisten asiantuntijoiden kanssa tekemää luokittelua ”Selection B” (EMCDDA, 2010). Luokittelussa *huumekuolemiksi* määritellään tapaukset, joissa peruskuolemansyynä on huumeiden käytöstä johtuva päihdehäiriö tai tahaton, tahallinen tai tahallisuuden asteeltaan epäselvä huumeiden aiheuttama myrkytys. Huumeiden käytöstä aiheutunut päihderiippuvuus voidaan tilastoida peruskuolemansyiksi esimerkiksi tapauksissa, joissa nuoren opioidiriippuvaisen aikuisen välitön kuolinsyy on keuhkokuume, jolloin tulkitaan että kuoleman prosessin on laittanut liikkeelle riippuvuus ja siihen usein liittyvä epäsäännöllinen elämäntapa, koska terveelle nuorelle aikuiselle keuhkokuume ei yleensä ole hoidettuna hengenvaarallinen. Huumeiden aiheuttamissa myrkytyksissä huumeet ovat aiheuttaneet välittömän kuoleman.

Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen oikeustoksilogian yksikkö tuottaa kahta huumekuolematilastoa. Ensinnäkin *ainelöydöksiin* lasketaan kaikki ruumiinavauksissa tehdyt huumepositiiviset toksikologiset löydökset. Näissä tapauksissa huume ei välttämättä ole aiheuttanut kuolemaa lainkaan. Tämä tilasto ei siis kuvaa huumeiden käytön aiheuttamia kuolemia vaan heijastelee paremminkin huumeiden käytön yleisyyttä väestössä. Toinen tapa on tilastoida *huumeisiin ja lääkkeisiin liittyvät myrkytykset*. Näistä lääkemyrkytyksistä lasketaan mukaan ne tapaukset, joissa lääkkeitä on arvioitu käytetyn päihtymistarkoituksessa perustuen oikeuslääketieteellisen kuolemansyynselvityksen asiakirjoihin. EMCDDA:n ”Selection D” -määritelmän mukaisesti näihin huumemyrkytyksiin ei sisällytetä myrkytyksiä, joissa aiheuttajana ovat pelkästään uni- tai rauhoittavat lääkkeet (EMCDDA, 2010). Nämä kolme tilastointitapaa antavat määrittelyeroistaan johtuen hieman erisuuruisia lukuja, mutta trendit ovat olleet 2000-luvulla kuitenkin varsin yhtenevät.

2.4 TOINEN HUUMEAALTO JA HUUMEKUOLEMIEN MÄÄRÄN KASVU

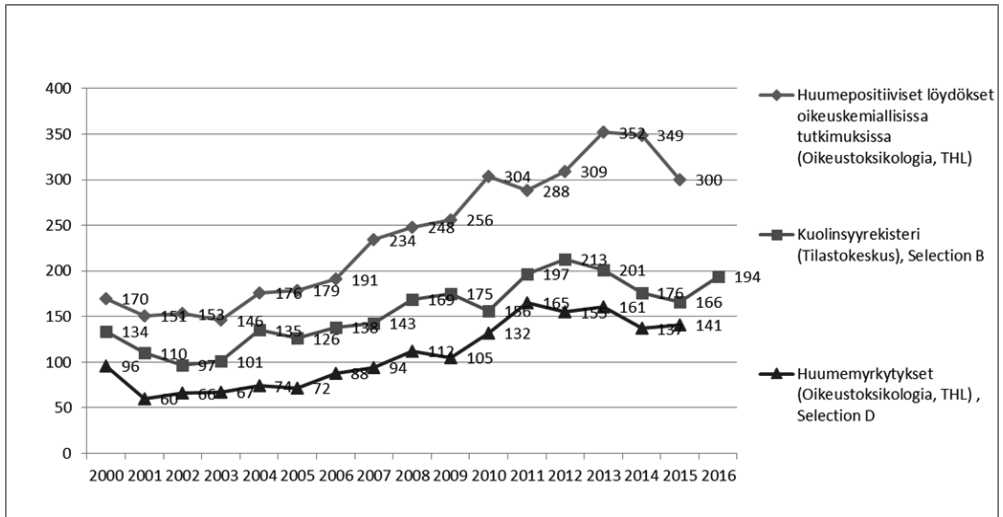
Niin kutsuttuun toiseen huumeaaltoon liittyi huumekekeilujen ja viihdekäytön yleistymisen lisäksi heroiinin käytön lisääntyminen. Heroiinin myötä huumeisiin liittyvät kuolemat alkoivat lisääntyä (Vuori, Ojanperä, Nokua, & Ojansivu, 2001). Hakkaraisen (2002) tapaustutkimus Turusta osoittaa, että kuolemat alkoivat lisääntyä, kun markkinoille tuli uusi aine, josta käyttäjillä ei ollut kokemusta. Kokemuksen puutteella oli myös vaikutus, että yliannostustapauksissa käyttäjät eivät välttämättä ymmärtäneet tilanteen vakavuutta, eivätkä esimerkiksi soittaneet hätäkeskukseen. (Hakkarainen, 2002)

Heroiini katosi Suomen markkinoilta vuoden 2001 tienoilla (Kuvio 1). Tämä jälkeen sitä on löytynyt vuosittain vain muutamasta kuolleesta (THL, 2017b). Kun heroiniin liittyvät kuolemat vähenivät, väheni myös kaikkien huumeisiin liittyvien kuolemien määrä, mikä näkyi sekä vainajien positiivisissa huumelöydöksissä että kuolemansyytilastoissa. (Rönkä & Virtanen, 2009)

Huumeisiin liittyvät kuolemat vähenivät kahden vuoden ajan, kunnes alkoivat taas lisääntyä vuonna 2004. Toksikologisten löydösten mukaan kasvu on liittynyt lähinnä buprenorfiini- ja muiden lääkeopiodilöydösten lisääntymiseen (kodeiini, tramadoli, oksikodoni, metadoni ja fentanyl). Huumeiden aiheuttamissa myrkytyksissä buprenorfiini oli tärkein löydös joka kolmannessa tapauksessa. Buprenorfiinin etu lääkkeenä on se, että muihin opioideihin verrattuna sen kanssa on matala riski hengityslamaan. Buprenorfiini ei olekaan aiheuttanut kuolemia yksin, vaan yhteismyrkytyksinä bentsodiatsepiinien ja alkoholin kanssa (Vuori, Ojanperä, Nokua, & Ojansivu, 2006). Huumekuolemat liittyivät usein sekakäyttöön (Piispa, 2011).

Huumekuolemat lisääntyivät määrällisesti (kuvio 1) noin vuoden 2012 tienoille, jonka jälkeen ne ovat hieman laskeneet vuoteen 2015 saakka. Tämän työn mennessä painoon vuodelta 2016 on julkistettu vasta Tilastokeskuksen tilasto, jonka mukaan huumekuolemien lukumäärä lisääntyi edelliseen vuoteen verrattuna eikä vuoden 2017 lukuja ei ole vielä saatavilla.

Kuvio 1. Huumekuolemien määrällinen kehitys 2000–2016.



Lähde: Tilastokeskus ja Oikeustoksikologia (THL).

Huumekuolemat koskettavat erityisesti nuoria ikäryhmiä ja miehiä. Huumeiden aiheuttamat välittömät kuolemat ovatkin yksi Suomessa yksi alle 40-vuotiaiden miesten yleisimmistä kuolinsyistä (Svenska Yle 30.4.2018). Näin silti, vaikka huumeiden käyttäjäkohortti vaikuttaa ikääntyneen. Huumehoitoon hakeutuneiden keski-ikä on noussut 30 vuodesta 34 vuoteen (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2006; Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017). Myös huumemyrkytyksiin kuolleiden keski-ikä on noussut tällä vuosikymmenellä (Kriikku 2018). Käyttäjien ikääntyminen voi olla yksi huumekuolemien määrää kasvattava tekijä.

Eurooppalaisessa vertailussa Suomen huumekuolleisuus on muun pohjoisen Euroopan (Pohjoismaat, Baltian maat, Britteinsaaret) tavoin EU:n keskiarvoa korkeammalla tasolla (EMCDDA, 2018). Tilastoeroa on selitetty metodologisilla eroilla: selvityksen mukaan näissä maissa tehdään suhteellisesti paljon ruumiinavauksia ja tilastoinnin tukena on käytettävissä toksikologisia tietoja (Millar & McAuley, 2017). Keskimääräistä korkeammat luvut voivat selittyä siis sillä, että huumekuolemia tunnistetaan ja kirjataan näissä maissa enemmän.

3 TEOREETTISET KÄSITTEET

Esittelen tässä luvussa tutkimuksen artikkeleissa käyttämäni keskeiset teoreettiset keskustelut.

3.1 LÄÄKKEELLISTYMINEN

Lääkkeiden merkitys on kasvanut ihmisten jokapäiväisessä elämässä viime vuosikymmeninä. Sosiologiassa ilmiöstä on keskusteltu farmaseutikalisaationa, eli lääkkeellistymisenä. Tätä on kuvattu prosessina, jossa lääkkeitä suunnitellaan enenevässä määrin ”terveille” henkilöille heidän elämänlaadun parantamiseksi ja lääketieteellisiä ratkaisua etsitään aktiivisesti moniin henkilökohtaisiin ongelmiin, joita ei aikaisemmin ole pidetty lääketieteellisinä (Williams, Martin, & Gabe, 2011). Lääkkeellistymistä on selitetty länsimaisella individualistisella ajattelulla ja toiveella, että lääkkeet voisivat olla ratkaisu moniin elämän hankaliin ongelmiin (Rose, 2007).

Samalla kun lääketeollisuuden kehitys on auttanut vähentämään sairauksiin liittyvää kärsimystä, kritiikkiä on esitetty esimerkiksi lääkkeiden kasvaneesta roolista mielenterveyden häiriöiden hoidossa (Hautamäki, Helén, & Kanula, 2011). Huolena on se, että asiakkaalle määrätään lääkettä nopeana ratkaisuna, eikä elämän muihin olosuhteisiin kiinnitetä huomiota. Kun lääkehoitoa painotetaan kustannustehokkuuden nimissä, voi olla, ettei muihin, esimerkiksi psykososiaalisiin, hoitomuotoihin panosteta samassa määrin (Vilhelmsson, Svensson, & Meeuwisse, 2013).

Lääkkeellisen hoidon lisääntyminen, reseptilääkkeiden uudet käyttökohteet ja laittomat nettimarkkinat ovat johtaneet psykoaktiivisten lääkkeiden laajempaan saatavuuteen länsimaissa (Barratt, Ferris, & Winstock, 2014; Bell & Figert, 2012; Maxwell, 2011). Näiden kehityskulkujen seurauksena kasvavalla määrällä ihmisiä on reseptilääkkeiden ei-lääkkeelliseen käyttöön liittyviä haittoja. (Fischer & Argento, 2012; Uosukainen ym., 2013). Huumeiden käytössä niin sanotut klassiset huumeaineet ovat osittain korvautuneet reseptilääkkeillä. Esimerkiksi Suomessa buprenorfiini on ollut yleisin ongelmia aiheuttanut opioidi hoitoonhakeutuvilla jo 2000-luvun alusta saakka. (THL, 2017a).

Yhdysvaltain opioidiepideemia on liitetty muun muassa voimakkaaseen lääkemerkkinointiin ja löyhempiin reseptikäytäntöihin (Fischer, Keates, Bühringer, Reimer, & Rehm, 2014). Opioidien lisäksi myös muiden laillisten psykoaktiivisten reseptilääkkeiden väärinkäyttö on tavallista. Esimerkiksi ei-lääketieteelliseen ahdistus- ja unettomuuslääkkeiden käyttöön liittyvien ensiapukäyntien määrä on lisääntynyt 124 % Yhdysvalloissa vuosina 2004–2011 (SAMHSA, 2011).

3.2 HUUMEIDEN KÄYTTÖ, SOSIOEKONOMINEN ASEMA JA HUONO-OSAISUUS

Huumeiden käytön yhteiskunnallisessa selittämisessä sosiaalinen luokka on ollut yksi keskeinen tekijä. 1900-luvun alun yläluokkaisen morfinismin ja maailmansotien jälkeisen köyhälistön huumeongelman jälkeen huumeiden käyttö yleisty osana nuorisokulttuurista liikehdintää 1960-luvulla ja levisi kaikkiin väestöryhmiin (Hakkarainen, 2001). Toinen yleistymisvaihe tapahtui 1990-luvulla globalisaatiokehityksen ja rajojen auknemisen myötä. Brittiläisessä huume tutkimuksessa ilmiö nimettiin huumeiden käytön normalisoitumiseksi, kun klubi- ja tanssikulttuurin myötä huumeiden käyttö yleisty merkittävästi nuorten aikuisten keskuudessa (Parker, Aldridge, & Measham, 1998). Samalla internetistä tuli huumeiden käyttöön liittyen merkittävä yhteisöllisyyden ja huume tiedon jakamisen lähde (Seppälä & Mikkola, 2004). Sosiologinen huomio oli, että huumeiden käyttö on suurimmalle osalle nuorista vain elämänvaiheeseen liittyvä, väliaikainen vaihe, eikä sillä ole pitkän ajan vaikutuksia käyttäjien sosioekonomiseen asemaan.

Huumeiden käytön yleistymiskehityksen jälkeen tutkimuksessa tuli tarve eritellä huumeiden käyttöä käyttötapojen mukaan. Useimmilla huumeiden käyttö on kokeilukäyttöä ja jää vain pariin kertaan. Viihdekäytöllä tarkoitetaan käyttöä, joka on satunnaista ja liittyy juhlimiseen (Calafat ym., 2001). Jos käyttö säännöllistyy, huumeisiin liittyvät haitat lisääntyvät. Ongelmakäytöllä² tarkoitetaan usein säännöllistä ja pitkäaikaista käyttöä, johon voi liittyä terveyshaittoja, vaikeuksia selviytyä tavallisesta arjesta ja ongelmia poliisin kanssa. Ongelmakäyttöön liittyy usein myös huumeiden käyttäminen pistämällä. (Škařupová, 2014).

Väitöskirjatutkimukseni aiheena on huumeiden käyttöön liittyvät äärimmäiset haitat, huumekuolemat. Tähän liittyen tutkimus sivuaa eniten ongelmakäyttöä, johon liittyy haitallisia käyttötapoja (pistäminen, sekakäyttö) ja haitallisimpien ja eniten riippuvuutta aiheuttavien aineiden käyttö (opioidit, bentsodiatsepiinit). Huumeiden ongelmakäyttö on erityisesti yhteydessä huono-osaisuuteen.

Huono-osaisuutta voidaan lähestyä sosioekonomisten erojen tai itse koetun huono-osaisuuden näkökulmasta. Sosioekonomista asemaa tarkastellaan yleensä koulutuksen, ammattiaseman, tulojen ja varallisuuden mukaan. Sillä pyritään kuvaamaan yksilön voimavaroja: valtaa, arvostusta, tietoa, kykyä ja osaamista, omaisuutta ja muita materiaalisia ja henkisiä resursseja. Mitä korkeampi sosioekonominen asema, sitä enemmän ihmisillä on keskimäärin voimavaroja (Lahelma & Rahkonen, 2011). Nämä erot tuottavat eriarvoisuutta elämänkulussa, kun paremmassa asemassa olevat

² Ongelmakäytöstä on puhuttu kansainvälisesti korkean riskin huumeiden käyttönä (EMCDDA), mutta pidän ongelmakäyttöä kuvaavampana terminä, koska tässä käytön vaiheessa ongelmat ovat jo realisoituneet. ”Huumeiden ongelmakäyttäjä” viittaa terminä huumeiden käytön ongelmallisuuteen.

ihmiset kohtaavat keskimäärin vähemmän vastoinikäymiä ja heillä on myös paremmat mahdollisuudet ylittää niitä.

Terveystutkimuksessa sosioekonomisten ryhmien välisiä terveys- ja kuolleisuuseroja on selitetty valikoitumisella, materialistisella sekä kulttuurisella tai käyttäytymiseen liittyvillä selityksillä. Valikoitumisella tarkoitetaan sitä, että huono terveydentila johtaa huonoon sosioekonomiseen asemaan; muissa syissä suunta on toisinpäin, eli sosioekonominen asema vaikuttaa terveydentilaan ja kuolleisuuteen (Lahelma & Rahkonen, 2011). Valikoitumisella on kuitenkin tutkimuksessa todettu olevan pieni merkitys; pääasiassa mekanismi toimii niin päin, että huono sosioekonominen asema vaikuttaa terveyteen negatiivisesti.

Huumeiden käyttäjillä sosioekonomisen aseman ja terveydentilan suhde on moniselitteinen. Valikoituminen selittää yhteyttä niin, että huumeiden käytön alkaessa nuorena, jää käyttäjältä kouluttautuminen kesken, mikä johtaa aikuisena huonoon sosioekonomiseen asemaan. Tässä selityksessä taustalla on lapsuuden olojen vaikutus huumeiden käyttöön ja erityisesti sen jatkumiseen. Huumeiden ongelmakäyttö on yhteydessä muun muassa vanhempien päihdeongelmaan ja vanhempien huonoon sosioekonomiseen asemaan sekä nuoruuden mielenterveyden häiriöihin (Jääskeläinen, Holmila, Notkola, & Raitasalo, 2016; S. Niemelä ym., 2008; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman, & Paradis, 2000). Lisäksi pitkäaikainen huumeiden käyttö johtaa useimmiten myös riippuvuuteen ja oheissairauksiin, kuten muihin mielenterveyshäiriöihin (ns. kaksoisdiagnoosit) ja muihin oheissairauksiin, mikä edelleen huonontaa huumeiden käyttäjän asemaa. Toisaalta huumeiden käyttäjän huono sosioekonominen asema vaikuttaa negatiivisesti terveyteen välittömästi lisäämällä riskialttiita huumeiden käyttötapoja ja välillisesti muun muassa vaikeuttamalla pääsyä terveystalvelujen piiriin (Galea & Vlahov, 2002).

Sosioekonominen asema on pohjana yhteiskunnalliselle statukselle. Mitä korkeampi asema, sitä parempi mahdollisuus henkilöllä on hallita omaa elämäänsä ja osallistua yhteiskuntaan täysivaltaisena jäsenenä. (Marmot, 2004). Huumeiden käyttäjien sosiaalinen status on erittäin matala: huumeiden käyttäjien mahdollisuudet vaikuttaa asioihinsa tai osallistua yhteiskuntaan ovat pienet. Huumaantuminen vaikuttaa käyttäytymiseen, motoriikkaan ja arvostelukykyyn, ja tätä voidaan tulkita sosiaalisesti negatiivisesti; huumaantuneet ihmiset voidaan kokea arvaamattomina ja pelottavina. Lisäksi aineiden nauttimiseen liitetään visuaalisesti vahvaa negatiivista symboliikkaa: ”likaisuutta”, nautinnon palvomista ja tabuja, kuten ihon rikkomista, joita käytetään paljon esimerkiksi huumeiden käyttäjien populaarikulttuurissa kuvauksissa (Room, 2005). On myös esitetty että huumeiden käyttäjiä kohtaan koetaan erityistä pelkoa, narkofobiaa (J. Partanen, 2002). Mielikuvat ja pelot liittyvät erityisesti huumeiden ongelmakäyttäjiin.

Huumeetutkimuksessa huono-osaisuus on liitetty esimerkiksi alueelliseen segregatioon, joukkotyöttömyyteen ja jengikulttuuriin. Tällöin huumeiden

käyttö on nähty ”passiivisena vetäytymisenä tai pakokeinona lohduttomasta todellisuudesta” (Hakkarainen, 2001). Alakulttuuritutkimuksissa on toisaalta painotettu huumeiden käyttäjien toimijuutta ja positiivista erontekoa suhteessa ”tavalliseen”, normaalina pidettyyn elämäntyyliin. Huumeiden käytön hallitsema elämäntapa vaatii jatkuvaa toimeliaisuutta ja aktiivista suoriutumista. Etenkin huumeiden käyttöuran alkuvaiheeseen liittyy positiivinen itseymmärrys, jossa huumeiden käyttäjän elämäntyyli näyttäytyy vapautena suhteessa yhteiskunnan odotuksiin ja velvollisuuksiin. He eivät koe olevansa huono-osaisia, ja näin ollen ”objektiivisesti määritelty huono-osaisuus ja koettu huono-osaisuus ei välttämättä kohtaa toisiaan” (M. Niemelä & Saari, 2013).

Huumeiden ongelmakäytön ja sosiaalisen huono-osaisuuden välinen yhteys on todettu tutkimuksissa yksiselitteisesti. Tutkimukset, joissa on tutkittu huumeita ongelmallisesti käyttäviä, ovat osoittaneet, että huumeiden käyttö on yhteydessä epävakaiseen asumistilanteeseen ja epäsäännöllisiin tuloihin (Firestone & Fischer, 2008; Fischer ym., 2005). Hoidossa olevilla huumeidenkäyttäjillä on tavallisesti matala koulutustaso ja työttömyys on yleistä (Onyeka ym., 2012; Onyeka ym., 2013). Ruotsalainen syntymäkohorttiin perustuva tutkimus totesi, että huono suoriutuminen koulussa (huonot, vajaat tai puuttuvat suoritukset) ja lapsuuden kodin matala sosioekonominen asema olivat vahvoja ennustajia huumeiden käytölle nuorena aikuisena (Gauffin, Vinnerljung, Fridell, Hesse, & Hjern, 2013).

Sosioekonomiset erot kuolleisuudessa on todettu tutkimuksissa laajalti (Mackenbach ym., 2008; Mackenbach ym., 2003). Sosiaalisen huono-osaisuuden ja huumeisiin liittyvän kuolleisuuden välistä yhteyttä on kuitenkin tutkittu vähän. Yhdessä, Utahissa tehdyssä tutkimuksessa, avio- tai avoero ja matala koulutus olivat riskitekijöitä reseptilääkkeiden aiheuttamille kuolemille (Lanier, Johnson, Rolfs, Friedrichs, & Grey, 2012). Muutamissa tutkimuksissa on tarkasteltu huono-osaisuuden yhteyttä ei-kuolemaanjohtaneisiin yliannostuksiin. Kadulta rekrytoitujen lääkkeiden päihdekäyttäjien parissa matala yhteiskunnallinen luokka nuorella iällä oli yhteydessä ei-kuolemaanjohtaneeseen yliannostukseen (Silva, Schrage, Kecojevic, & Lankenau, 2013). Heroiinin ja kokaiinin ongelmakäyttäjillä kodittomuus kaksinkertaisti riskin ei-kuolemaanjohtaneeseen yliannostukseen (Galea ym., 2006).

3.3 HUUMEIDEN KÄYTTÖKONTEKSTIT JA TERVEYSTAJU³

Tässä tutkimuksessa käytän huumeiden käyttök kontekstin käsitettä kuvaamaan huumeiden käyttöön liittyvää materiaalista ympäristöä ja sosiaalisia suhteita. Käyttök kontekstin käsite pohjaa Cameron Duffin käsitteellistykseen (Duff, 2007; Duff, 2014; Duff, 2011) huumeiden käytöstä suhteiden verkostona (assemblage). Keskiöön nousevat tällöin käyttäjän ja aineen välinen suhde, käyttöön liittyvä materiaallinen ympäristö, sekä käyttäjän suhde muihin käyttäjiin ja yhteiskuntaan. Huumeiden vaikutukset, poliitikat ja interventiot muodostuvat ihmistoimijoiden ja ei-inhimillisten toimijoiden verkostoissa (Nielsen & Houborg, 2015).

Huumeiden käyttötavat liittyvät käytön kontekstiin – juhliessa klubilla käytetään piristäviä ja myönteistä vuorovaikutusta lisääviä aineita (emfatogeenit kuten ekstaasi), kun taas vaikka kotona rentoutumiseen kannabis on suosittu. Kontekstia ei kuitenkaan pidä tulkita vain selityksenä huumeiden käyttötavoille, vaan kyse on monimutkaisemmasta kudelmosta, jossa huumeiden käytön kokemukseen vaikuttavat paikka, keholliset kokemukset ja tavat, joilla huumeita käytetään (Duff, 2007). Analyysejä on inspiroinut myös huume kuvioiden (drug scenes) käsite, joka viittaa huumeiden käytön ympärillä oleviin toimintoihin, käytänteisiin ja järjestelyihin. Huume kuviot on sidottu aikaan, paikkaan ja ihmisryhmiin, sekä käytettyihin aineisiin, niiden käyttötapoihin ja huume markkinoihin (Hakkarainen, 1992). Fokukseni on ollut käytön välittömässä ympäristössä, mukaan lukien sosiaaliset suhteet ja materiaaliset olosuhteet.

Duffin jäsenitys nojaa Norman Zinbergin (Zinberg, 1986) luokitteluun ”drug, set, and setting”. Samannimisessä teoksessa hän esittää, että huumeen (drug) farmakologisten ominaisuuksien lisäksi suhdetta huumeiden käyttöön välittävät myös mielentila (set) käytön hetkellä, ja ne sosiaaliset puitteet (setting), jossa käyttö tapahtuu. Tutkiessaan Yhdysvaltalaisen sotilaiden heroiinin käyttöä Vietnamsissa hän havaitsi, että vain 12 prosenttia sotaolosuhteissa heroiinia käyttäneistä jatkoi käyttöä palattuaan Yhdysvaltoihin. Vietnamsissa heroiinin käyttöä selittivät sotilaiden turhautuminen sotaan ja vaikeat kenttäolosuhteet, mutta nämä tekijät eivät enää olleet vaikuttamassa kotiinpaluun jälkeen. Vaikka heroiinin niin sanottu riippuvuuspotentiaali on korkea, se ei tarkoita, että farmakologiset syyt yksinomaan selittävät huumeiden käytön jatkamista tai lopettamista.

Zinbergin työllä oli merkittävä vaikutus sen ymmärtämisessä, etteivät huumeiden vaikutukset ole vain biokemiallisia ja että esimerkiksi sosiaalitieteellisellä lähestymistavalla on annettavaa huume tutkimukselle. Paradigmat ovat kuitenkin pysyneet erillään, ja osassa sosiaalitieteellistä

³ Tämä kappale on myös teoreettinen keskustelu väitöskirjani neljänteen artikkeleihin. Se piti jättää alkuperäisestä artikkelista pois, koska se ei vertaisarvioijan mukaan sopinut Vanha liitto –teoksen kokonaisrakenteeseen.

huumetutkimusta aineiden erilaisia vaikutuksia ei oteta huomioon. Omassa työssäni olen halunnut ottaa materialistisemmän otteen, ja painottaa aineiden vaikutuksen merkitystä osana huumeiden käyttökotekstien verkostoa.

Olen lähestynyt huumeiden käyttökotekstia myös terveyskäyttötymisen näkökulmasta. Huumeiden käyttö on kytköksissä eri ikävaiheista eniten nuoruuteen ja nuoreen aikuisuuteen. Nuorisotutkimuksen piirissä kehitetyllä terveystajun käsitteellä tarkoitetaan tapaa jäsentää käsityksiään terveydestä (Hoikkala, Hakkarainen, & Laine, 2005; Puuronen, 2006). Terveystaju näkee nuorten ja terveyden suhteen dynaamisena: virallisen tiedon lisäksi nuorilla on yhteisöllisiä lähisuhteita ja ala- ja vastakulttuureja, jotka vaikuttavat nuorten tulkintoihin ja ymmärrykseen terveydestä. Nuoret tekevät terveyttään koskevat päätökset osana viiteryhmäänsä sekä kulttuurista ja sosiaalista elämänpiiriään. Heillä on paljon vertais- ja internet-tietoa huumeiden vaikutuksesta ja päihtymyksestä. Tähän käyttötietoon liittyy myös tieto riskeistä, mutta huumeiden käyttöä ei kuitenkaan ohjaa terveyden suojele, vaan pyrkimys päihtymykseen ja riskien minimointi. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät voivat suhtautua riskeihin tätä välinpitämättömämmin.

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Kun tutkimusprosessi käynnistyi, huumekuolemia Suomessa oli tutkittu lähinnä toksikologisesti osana myrkytyskuolemia. Myös kansainvälistä yhteiskuntatieteellistä huumekuolemien tutkimusta oli niukalti. Vähäisen olemassa olevan tutkimuksen vuoksi väitöskirjatyö on lähtenyt vahvasti empiiristen havaintojen pohjalta muotoiltujen tutkimuskysymysten pohjalta.

Tutkimuksen käynnistyessä taustahypoteesi oli, ettei huumeisiin liittyvien kuolemien kasvu liity esimerkiksi muutoksiin huumekuolemien rekisteröimisessä, vaan uudenlaisen, lääkkeellisen, huumeiden käyttöympäristön muotoutuminen. Tutkimuksen ensimmäinen tavoite on tarkastella huumeisiin liittyvien kuolemien muutosta tässä kehyksessä. Lääkkeellistymisellä tarkoitetaan lääkkeellisten hoitoratkaisujen lisääntymistä ja leviämistä sairauden hoitamisesta laajempaan elämänpiiriin. Samalla lääkkeiden saatavuus on lisääntynyt. Huumeiden kohdalla erityiskysymys on se, että huumeongelmaa on alettu hallinnoida paitsi rikosoikeudellisesti myös lääketieteellisesti, ja korvaushoito on otettu laajempaan käyttöön (Tammi, 2008). Myös muiden psykoaktiivisten lääkkeiden, kuten rauhoittavien lääkkeiden, masennuslääkkeiden ja voimakkaiden kipulääkkeiden, saatavuus ja käyttö – ja sitä myötä väärinkäyttö – ovat lisääntyneet länsimaissa viime vuosikymmeninä (Wilkins, Sweetsur, & Griffiths, 2011). Tässä kohden kiinnostukseni kohteena on se, missä määrin huumekuolleisuus oli yhteydessä kuolleille määrättyyn lääkehoitoon, ja tarkastelen huumeisiin kuolleiden henkilöiden sosioekonomisen aseman suhdetta psykoaktiivisten lääkkeiden ostoihin. Kiinnostukseni kohteena on myös se, miten lääkkeet ovat näkyvissä huumeiden käyttökonteksteissa ja miten käyttökontekstien muuntuminen on yhteydessä huumekuolemiin.

Toinen tavoite oli tutkia sosioekonomisen aseman ja kuolleisuuden yhteyttä väestötasolla. Tämä oli tärkeää ilmiön kokonaisuuden ymmärtämisen kannalta, koska tutkimuksen käynnistyessä ei ollut kokonaiskuvaa siitä, minkälaiseen käyttäjäkuntaan kuolleisuus liittyi. Sosioekonomista asemaa ja huumekuolleisuutta käsittelevä tutkimuskirjallisuus on pääasiassa keskittynyt niin sanottuihin ongelmakäyttäjiin, jotka ovat usein korkean riskin käyttäjiä: opioidiriippuvaisia ja pistoskäyttäjiä. Vähemmän tiedetään huumeiden käyttäjien kuolleisuudesta kokonaisväestössä, jossa mukana ovat myös huumeiden satunnais- ja kokeilukäyttäjät. Lisäksi hoitopopulaatioita käsittelevät tutkimukset ovat keskittyneet usein tiettyyn kaupunkiin, alueeseen tai hoitopaikkaan. (Bargagli ym., 2006; Degenhardt, Larney, Randall, Burns, & Hall, 2014). Tässä tutkimuksessa käytetään kansallista kuolinsyrekisteriä, jolloin aineiston maantieteellinen kattavuus on parempi. Kun kuolinsyrekisterin tiedot yhdistetään muihin sosioekonomisia tietoja

sisältäviin rekisteriaineistoihin, on mahdollista tutkia, miten sosiaaliset taustatekijät ovat yhteydessä huumekuolleisuuteen. Tällöin voidaan ylittää kysely- ja pitkittäistutkimusten haasteet, eli esimerkiksi itseraportoinnin virheet ja seurannassa tapahtuva kato.

Kolmanneksi tarkastelen ilmiötä huumeiden käytön välittömästä näkökulmasta; miten uusi lääkkeellistynyt käyttöympäristö näkyy huumeiden käyttökonteksteissa ja on edesauttamassa huumekuolemia. Lisäksi analysoin ikääntyneiden käyttäjien näkemyksiä huumeiden käytön riskihuippuisesta arjesta, jota he tarkastelevat koko pitkän, usein 40 vuoden käyttöuransa näkökulmasta. Tutkin huumeiden käyttöä tilannesidonnaisena toimintana, jossa huumeekontekstien tarkastelu avaa näkökulman myös käytön haittoihin kuten huumekuolemiin. Tilannesidonnaisuudella tarkoitan sitä, että huumeiden käyttö, sen käyttötavat ja käyttökokemukset ovat sidoksissa käytön kontekstiin.

Tutkimus kokonaisuudessaan vastaa kysymykseen, missä määrin huumeisiin liittyvät kuolemat palautuvat yhteiskunnallisen kehityksen kontekstiin ja toisaalta huumeiden käyttökontekstiin, ja mikä on näiden kontekstien suhde toisiinsa. Koska huumeiden vuoksi menehtyneet ovat keskimäärin nuoria, on kyse ennenaikaisista ja ehkäistävissä olevista kuolemista. Tutkimukseni tulokset lisäävät ymmärrystämme sosiaalisista taustatekijöistä ja ilmiöistä, jotka vaikuttavat huumekuolleisuuteen. Tuloksia voidaan käyttää pohdittaessa keinoja huumeisiin liittyvien kuolemien ehkäisemiseksi.

4.1 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TYÖN RAKENNE

Väitöskirjatutkimus koostuu neljästä artikkelista, joissa ilmiötä lähestytään eri näkökulmista. Tutkin lääkkeellistymistä huumekuolemista tarkastelemalla lääkkeiden laillisen saatavuuden yhteyttä huumekuolemiin (artikkeli I) sekä niitä tapoja ja tekniikoita, joilla lääkkeiden lisääntynyt saatavuus on vaikuttanut huumeiden käyttökonteksteihin (artikkeli III). Tarkastelen sitä, miten huono-osaisuus on yhteydessä huumekuolemiin väestötasolla (artikkeli II) ja miten huono-osaisuus vaikuttaa huumelääkeostojen ja yliannostuskuolemien väliseen yhteyteen (artikkeli I). Tutkin huumeidenkäyttäjien näkökulmaa huumekuolemiin tarkastelemalla käyttöön liittyviä toimijoita ja dynamiikkaa (artikkeli III) ja ikääntyneiden huumeidenkäyttäjien näkemyksiä huumeidenkäytön riskihuippuisesta arjesta (IV).

Kysyn, millaisen kehityksen lääkkeellistyminen luo huumekuolemien määrän kasvulle, mitkä sosioekonomiset taustatekijät ovat yhteydessä huumekuolleisuuteen ja mikä on huumeiden käyttökontekstien rooli huumekuolemista. Väitöskirjakokonaisuuden tavoitteiden ja osatutkimusten suhde toisiinsa on esitetty alla taulukossa 1. Taulukossa on myös eritelty kunkin osatutkimuksen tutkimuskysymykset.

Taulukko 1. Väitöskirjan tavoitteet ja osatutkimusten tutkimuskysymykset

Väitöskirjan tutkimustavoitteet	Osatutkimuksien tutkimuskysymykset
Osatutkimus I	
Tavoite 1. Tutkia huumekuolemien muutosta lääkkeellistymiskehyksessä	Mikä on henkilökohtaisesti määrättyjen lääkeaineiden rooli huumeisiin liittyvissä yliannostuskuolemissa?
Tavoite 2. Tutkia sosioekonomisen aseman ja kuolleisuuden yhteyttä	Miten sosioekonominen asema vaikuttaa henkilökohtaisesti määrättyjen lääkeaineiden ja yliannostuskuolemien väliseen yhteyteen?
Osatutkimus II	
	Mikä on huumeisiin liittyvä kuolleisuus väestötasolla kokonaisuutena ja eri kuolemanluokissa?
Tavoite 2. Tutkia sosioekonomisen aseman ja kuolleisuuden yhteyttä	Miten huumeisiin liittyvä kuolleisuus vaihtelee sukupuolen, iän ja sosioekonomisen aseman mukaan?
	Miten huumeikuolleisuus vaihtelee sukupuolen, iän ja sosioekonomisen aseman mukaan eri kuolemanluokissa?
Osatutkimus III	
Tavoite 1. Tutkia huumekuolemien muutosta lääkkeellistymiskehyksessä	Miten käyttäjäyhteisö kokee lääkkeiden vaikutukset?
	Millaista lääkkeiden käyttöön liittyvää tietoa käyttäjäyhteisö jakaa ja arvostaa?
Tavoite 3. Tutkia huumekuolemia huumeiden käytön ja huume kontekstien näkökulmasta	Millaisena käyttäjäyhteisö näkee suhteensa hoidon ammattilaisiin?
Osatutkimus IV	
	Millaista on suomensisäisten huumeiden käytön riskihuippuisin arki?
Tavoite 3. Tutkia huumekuolemia huumeiden käytön ja huume kontekstien näkökulmasta	Millaisia ovat haastateltujen käsitykset turvallisesta käytöstä, yliannostustilanteista ja muista riskeistä?
	Millaisia ovat olleet vanhaliittolaisten tekemät valinnat, tiedot tai taidot terveyteen liittyen?

5 TUTKIMUSASETELMAT

5.1 METODOLOGINEN PROSESSI

Tutkimuksessa tarkastellaan huumeisiin liittyvää kuolleisuutta käyttäen monimenetelmäistä lähestymistapaa. Kuten alun kirjallisuuskatsaus osoitti, huumeisiin liittyvää kuolleisuutta on tutkittu Suomessa lähinnä oikeustoksikologisesti; väestötasolla Suomessa ei juuri ollenkaan ja laadullisestikin vähän. Väitöskirjakokonaisuudessa olen lähestynyt tutkimusaihetta valottaen kokonaisuutta useammasta näkökulmasta. Jokaisessa osatutkimuksessa on käytetty eri aineistoa ja menetelmää.

Väitöskirjakokonaisuus koostuu neljästä osatutkimuksesta, joista kaksi on rekisteritutkimuksia ja kaksi laadullisia analyysejä. Tutkimus on asetelmaltaan monimenetelmällinen (”mixed methods”). Yhdistän työssäni kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusotetta erilaisine metodologisine paradigmoineen. Työni osatutkimukset ovat metodologisesti itsenäisiä, mutta väitöskirjakokonaisuudessa ne täydentävät toisiaan (Flick, Garms-Homolova, Herrmann, Kuck, & Röhnsch, 2012).

Monimenetelmällisyyden ilmiselvä vahvuus on sen mahdollisuus tarjota useampia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön; tutkimuksen kohdetta tarkastellaan erilaisten linssien läpi. Lisäksi tutkimuksen kohteesta on mahdollista saada kokonaisvaltaisempi näkemys, kun tutkimuksessa käytetään erityyppisiä aineistoja; esimerkiksi omassa tutkimuksessani tekstiaineistoja, haastatteluaineistoa ja rekisteriaineistoja. Lisäksi joskus tutkimusprosessin onnistuessa monimenetelmällisyyden vahvuus voi näkyä tulosten moninaisuudessa. Toisaalta tällaisten johtopäätösten vetämisessä pitää olla varovainen, koska moninaisuus voi johtua metodologisista eroista.

Huumeiden käyttäjät ovat ryhmänä haastava tutkimuksen kohde (ns. hard-to-survey populations) (Tourangeau ym., 2014). Huumeiden käyttö on laitonta ja stigmatisoitua toimintaa, ja ilmiö jää helposti pimentoon esimerkiksi väestökyselyissä. Käyttäjää on vaikea tavoittaa, koska heillä on liikkuva ja epäsäännöllinen elämäntapa, ja laittomuuden vuoksi käyttäjät voivat vältellä ns. viranomaistahoja (Becker, Berry, Orr, & Perlman, 2014).

Huumeisiin liittyvää kuolleisuutta on tutkittu pääasiassa hoitoon hakeutuneiden kohorteilla. Hoitoon hakeutuvat kuitenkin muodostavat oman ryhmänsä, joka on vinoutunut esimerkiksi hoitomotivaation suhteen; hoitoon hakeutuvilla on keskimäärin pidempi käyttöhistoria ja enemmän käyttöön liittyviä ongelmia. Käyttämällä väestötasoista rekisteriaineistoa voidaan tavoittaa laajempi kirjo erilaisia huumekuoleman tyyppisiä, esimerkiksi satunnaiskäytössä tapahtuneet äkilliset yliannostuskuolemat.

5.2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksen jokainen osatutkimus hyödyntää eri aineistoja ja menetelmiä. Käytetyt aineistokokonaisuudet on vedetty yhteen Taulukossa 2.

Taulukko 2. Osatutkimuskohtaiset aineistot

Osa-tutkimus	Tutkimusaihe	Käytetyt aineistot	Aineistolähteet
I	Henkilökohtaisesti määrättyjen lääkeaineiden rooli huumeisiin liittyvässä kuolleisuudessa ja sosioekonomisen aseman vaikutus tähän yhteyteen	1) Kuolemansyytutkimusten toksikologinen rekisteri 2) Rekisteritiedot lääketoista, työttömyyskorvauksista, eläkkeistä 3) Toimeentulo-rekisteri	1) Helsingin yliopisto, Hjelt-instituutti 2) Kansaneläkelaitos 3) THL
		Tiedot vuosilta 2000 ja 2008	
II	Huumekuolleisuuden sosiaaliset määrittäjät	Elinolot ja kuolinsyyt -aineisto: 1996–2007, täydennetty lisämuuttujilla kuolinsyyrekisteristä	Tilastokeskus
III	Lääkkeellistymisen vaikutukset käyttäjäyhteisöissä	Keskusteluketjut, joita on luettu 2013–2015; muistiinpanot; ANT-verkostokartat	Huumeiden käyttäjien itse hallinnoima internet-keskustelufoorumi
IV	Ikääntyneiden käyttäjien terveystaju liittyen pistämiseen ja yliannostuksiin	Ikääntyneiden huumeiden käyttäjien haastattelut (N=30) 2008–2009	Tutkimus-haastattelut osana Vanha liitto-tutkimusprojektiä

5.3 OSATUTKIMUS I. HENKILÖKOHTAISTEN LÄÄKEOSTOJEN JA HUUMEKUOLEMIEN YHTEYS SEKÄ SOSIOEKONOMINEN ASEMA

Ensimmäisen osatutkimuksen tavoite oli tarkastella henkilökohtaisesti määrättyjen lääkkeiden roolia väärinkäyttöön liittyvissä yliannostuskuolemissa. Toinen tavoite oli tutkia sosiaalisen huono-osaisuuden vaikutusta lääkeostojen ja yliannostusten väliseen yhteyteen.

Tutkimuksen aineistona olivat kaikki 243 henkilöä, jotka kuolivat väärinkäyttöön liittyvään yliannostuskuolemaan Suomessa vuosina 2000 ja 2008. Aineisto rekisteröidyistä lääkeostoksista kolmen ja yhden vuoden sisällä ennen kuolemaa linkitettiin aineistoon psykoaktiivisista aineista, jotka olivat vaikuttaneet kuolemaan kussakin tapauksessa. Sosiaalisen huono-osaisuuden mittareina toimivat toimeentulotuen saaminen, pitkäaikainen työttömyys ja työkyvyttömyyseläke.

5.3.1 AINEISTO

Osatutkimuksessa yhdistettiin useamman rekisterin tietoja. Toksikologisesta rekisteristä saatiin tiedot huumekuoleman aiheuttaneista aineista, lääkekorvausrekisteristä tiedot korvatuista lääkeostoista ja tiedot kuolleen taloudellisesta aktiivisuudesta yhdistettiin useammasta rekisteristä.

Toksikologisen aineiston keräsin Helsingin yliopiston Hjelt-instituutin oikeustoksikologian rekisteristä⁴. Kuolemantapaus kirjataan huumeisiin liittyväksi, kun toksikologisessa analyysissä saadaan huumausaine- tai huumaavan lääkkeen löydös ja niin kutsuttu "sosiaalinen ruumiinavaus" viittaa väärinkäyttöön. Sosiaalisella ruumiinavauksella tarkoitetaan perehtymistä kuolemansyyselvitysasiakirjoihin. Huumeiden käyttö tai huumaavien lääkkeiden väärinkäyttö voi ilmetä asiakirjoista monella tapaa; esimerkiksi omaiset kertovat käyttöön liittyvistä hoitajaksoista, poliisin rekistereissä on useampia merkintöjä huumausainerikoksista tai oikeuslääkäri raportoi lukuisista neulanjäljistä ruumiissa. Tapauksien asiakirjat olivat mapeissa ja keräsin tiedot käsityönä kopioimalla ja tallentamalla ne SPSS-tiedostoon. Samalla tarkistin, että olin yhtä mieltä tapausten kirjaamisista huume-ehtoisiksi. Muun aineiston sain sähköisessä muodossa ja yhdistin sen salausavaimen avulla toksikologiseen aineistoon. Sosioekonomista asemaa kuvaava rekisteriaineisto saatiin Kansaneläkelaitokselta.

Lääkeostorekisterillä on hyvä kattavuus kaikista bentsodiasepiinien (71,5 %), antipsykoottisten lääkkeiden (72,1 %) ja antidepressanttien (89,9 %) ostoista apteekeista (Vuorenmaa, 2008). Opioidilääkkeiden osalta

⁴ Oikeustoksikologiset toiminnot siirtyivät 1.1.2016 Helsingin yliopistosta osaksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen oikeustoksikologian yksikköä.

lääkeostorekisterin kattavuudesta ei ole tietoa. Suomessa opioideja saa periaatteessa vain reseptillä – ainoastaan jotkin reseptivapaat yskänlääkkeet sisältävät väärinkäyttöön sopivia opioideja. Rekisteri ei sisällä lääkkeitä, jotka annetaan laitosp- tai avohoidossa. Suurin osa korvaushoitolääkkeistä (buprenorfiini ja metadoni) annetaan vain valvotusti hoitoa antavan yksikön tiloissa. Suurin osa Suomessa lääketieteellisesti käytetyistä korvaushoitolääkkeistä ei siis ole mukana aineistossa, vaikka korvaushoitolääkkeet määritelmän mukaisesti kuuluisivat psykoaktiivisiin reseptilääkkeisiin.

5.3.2 MITTARIT JA MENETELMÄT

Sosiaalista huono-osaisuutta mitattiin tuloperustaisesti. Pitkäaikaistyöttömyys määriteltiin 500 työttömyyspäiväksi kuolemaa edeltäneiden kolmen vuoden aikana. Mahdollinen maksimimäärä työttömyyspäiviä vuodessa on noin 260. Kuollut määriteltiin toimeentulotuen saajaksi, jos kotitalous, jossa kuollut asui, oli saanut toimeentulotukea vähintään yhden kuukauden aikana kuolinvuonna tai edeltäneenä vuonna. Toimeentulotuki on Suomessa viimeinen taloudellisen turvan muoto; se myönnetään yleensä kuukaudeksi kerrallaan ja sen on tarkoitus kattaa asiakkaan peruselinkulut. Työkyvyttömyyseläkeläiseksi laskettiin, jos oli työkyvyttömyyseläkkeellä kuoleman hetkellä tai jos oli saanut työkyvyttömyyseläkettä kuolinvuonna tai edeltävänä vuonna. Sosiaalista huono-osaisuutta kuvaava aineisto saatiin työttömyyskorvausrekisteristä (KELA), eläkerekisteristä (KELA) ja toimeentulorekisteristä (THL). Työttömyyskorvausrekisterin muuttujat sisälsivät tiedot työttömyyden alkamispäivästä ja korvattujen päivien lukumäärästä. Eläkerekisterin muuttujat sisälsivät työttömyyseläkkeen saamisvuodet ja -kuukaudet sekä tiedon siitä, oliko eläkepäätös väliaikainen vai pysyvä. Toimeentulotuenrekisteri sisälsi tiedot vuodesta, jolloin tukea on maksettu, sekä tukikuukausien lukumäärän.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia henkilökohtaisesti määrättyjen psykoaktiivisten aineiden roolia yliannostuskuolemissa. Kuolemaan vaikuttaneita psykoaktiivisia aineita verrattiin kunkin henkilön lääkeostoihin kuolinvuonna (alla ”vuotta ennen kuolemaa”) sekä kuolinvuonna ja kahtena vuonna ennen kuolemaa. Analyysi oli kaksivaiheinen. Ensiksi tavoitteena oli määrittellä, mikä osuus kuolleista oli tehnyt vuotta tai kolmea vuotta ennen kuolemaa ainakin yhden lääkeostoksen samanlaisesta tai vastaavasta psykoaktiivisesta aineesta, joka oli vaikuttanut kuolemaan.

Tilastollisen analyysin toteutettiin SPSS Statistics 20 –ohjelmistolla. Tilastollinen merkitsevyys laskettiin käyttäen Pearsonin x²-testiä. P-arvojen < 0.05 arvioitiin olevan tilastollisesti merkitseviä.

5.4 OSATUTKIMUS II. SOSIOEKONOMISEN ASEMAN JA HUUMEKUOLLEISUUDEN YHTEYS KOKONAISVÄESTÖSSÄ

Toisen osatutkimuksen tavoite oli tarkastella huumekuolleisuuden sosiaalisia määrittäjiä.

5.4.1 AINEISTO

Tutkimuksen alkuperäisaineisto saatiin Tilastokeskukselta, jonka muuttujat se on koostanut työssäkäyntitilastoaan varten. Alkuperäinen aineisto koostui 11 prosentin satunnaisotoksesta työikäisistä ihmisistä, jotka asuivat Suomessa ainakin yhden vuoden ajan vuosina 1987–2007. Tämä aineisto liitettiin kuolinsyrekisterin tietoihin vuosilta 1987–2007. Aineistoa täydennettiin satunnaisotoksella kaikista ihmisistä, jotka kuolivat Suomessa 1987–2007. Lopputulemana aineisto sisälsi 80 prosenttia henkilöistä, jotka kuolivat Suomessa vuosina 1987–2007. Tämä aineisto linkitettiin sosiodemografiseen aineistoon käyttäen yhdistämisessä henkilötunnusta.

Tätä tutkimusta varten käytettiin osa-aineistoa vuosilta 1996–2007. Tutkimus rajattiin alkamaan vuodesta 1996, koska ICD-10-koodisto otettiin käyttöön Suomessa tuolloin. Tutkimuksen kannalta oleelliset koodit eivät ole yhteneviä aikaisemmin käytössä olleen ICD-9-koodiston kanssa. Sosiodemografisista muuttujista mukaan otettiin sukupuoli, ikä, siviilisääty, koulutus (korkein tutkinto), pääasiallinen toiminta (taloudellisen toiminnan laatu) ja asumismuoto.

5.4.2 MENETELMÄT

Analyysiin otettiin mukaan kaikki henkilöt, jotka olivat vähintään 15-vuotiaita seurannan aloitusvuonna 1996 ja heitä seurattiin vuoteen 2007. Lisäksi mukaan otettiin ne henkilöt, jotka täyttivät 15 vuotta seurannan aikana. Suomeen seurannan aikana muuttavia ei otettu mukaan analyysiin, koska tietoja heidän koulutuksestaan ei ole saatavilla suomalaisissa rekistereissä. Henkilöt, jotka muuttivat seurannan aikana maasta pois, sekä henkilöt, jotka kuolivat seurannan aikana muihin syihin, olivat mukana seurannassa niin kauan, kuin he elivät ja asuivat Suomessa, minkä jälkeen heidät sensuroitiin aineistosta pois.

Käytin kaikissa analyyseissä painoja, joilla tasapainotettiin kuolleiden yliotantaa. Aineistossa oli 903 938 henkilöä, joista 425 205 oli kuollut seurannan lopettamiseen mennessä.

Mukaan analyysiin otettiin kuolemat, joissa huumeet ovat vaikuttaneet kuolemaan suorasti (huumeiden aiheuttama) ja epäsuorasti (huumeisiin liittyvä). Kuolema määriteltiin huumeiden aiheuttamaksi, jos peruskuolinsyö oli huumeista johtuva sairaus (ICD-10 koodit F11, F12, F14–F16, ja F19) tai

huumemyrkytys (ICD-10 koodit X42, X62, tai Y12 yhdistettyinä koodeihin T40.0–9, tai X41, X61, tai Y11 yhdistettynä koodiin T43.6). Määritelmän ovat kehittäneet yhteistyössä asiantuntijat EU:n huumevirasto EMCDDA:sta, Eurostatista ja WHO:sta ja EU:n jäsenmaista. Lisäksi huumeiden aiheuttamiin kuolemiin laskettiin mukaan tapaukset, joissa peruskuolemansyynä olivat rauhoittavat tai unilääkkeet (F13) tai liuottimet (F18).

Huumeisiin liittyvien kuolemien joukkoon otettiin mukaan tapaukset, joissa ainakin yksi seitsemästä mahdollisesta myötävaikuttavasta syystä oli huumeisiin liittyvä mielenterveyden häiriö: ICD-10 koodit F11–F16, F18, ja F19. Myötävaikuttavat kuolemansyyt ovat merkittäviä kokonaisvointiin vaikuttavia tekijöitä, jotka ovat Tilastokeskuksen määritelmän mukaan ”epäsuotuisasti vaikuttaneet kuolemaan johtaneen tilan kehitykseen ja siten myötävaikuttaneet kuolemaan”. Myötävaikuttavat syyt jaettiin neljään luokkaan perustuen kuolemanluokkaan: tapaturmainen kuolema, henkirikos, sairaus ja itsemurha. Sairauden luokka koostui pääasiassa tapauksista, joissa peruskuolemansyynä olivat verenkiertoon, hengitykseen ja ruoansulatukseen liittyvät sairaudet. Oikeuslääkäri määrittää kuolemanluokan kuolintodistukseen, ja tämä tieto on saatavilla kuolinsyyrekisterissä. Viides luokka eli muut huumeisiin liittyvät kuolemat koostui kuolemantapauksista, joissa kuolemanluokka oli epäselvä tai puuttui. Erityisesti myrkytyskuolemien kohdalla oikeuslääkäri on saattanut olla epävarma, oliko kuolema tapaturmainen vai itsemurha. Huumeisiin liittyvät kuolemantapaukset rekisteröidään Suomessa kattavasti, sillä kuolemansyyn selvitys on lain mukaan tehtävä aina kun kuolema oli odottamaton tai äkillinen. Tällaisissa kuolemissa ruumiinavaus suoritetaan 90 prosentissa tapauksia (Lunetta, Lounamaa, & Sihvonen, 2007).

Siviilisääty koostui neljästä luokasta: naimaton, naimisissa, eronnut ja leski. Koulutuksen mittaamiseksi käytettiin tutkintomuuttujaa, jolla oli kolme luokkaa: peruskoulutus, toisen asteen koulutus (toisen asteen tutkinto) ja korkein koulutus (jokin korkea-asteen tutkinto). Pääasiallinen toiminta kuvastaa henkilön taloudellista aktiivisuutta. Se koostuu kuudesta kategoriasta: työllinen, opiskelija, pitkäaikaistyötön (työtön koko vuoden ajan), lyhytaikaistyötön (työtön alle 12 kuukautta vuodessa), eläkkeellä (joista pääsääntöisesti alle 65-vuotiaat työkyvyttömyyseläkkeellä), sekä muut (sisältäen armeijassa ja siviilipalveluksessa olevat). Asuminen jakautui seuraaviin luokkiin; ei-yksityisissä-kotitalouksissa-asuvat (asunnottomat ja laitoksissa asuvat), yksin asuvat, puolison (ja mahdollisesti muiden) kanssa asuvat, ja muun tyyppiset asumisjärjestelyt. Muuttujia tarkasteltiin seurannan alkuvuoden eli vuoden 1996 tilanteessa.

Erot kuolleisuusennusteissa laskettiin käyttäen Coxin regressiomalleja. Mallin oletus suhteellisista riskeistä testattiin piirtämällä log minus log – funktion kuvio. Tilastolliset analyysit suoritettiin IBM SPSS Statistics 24 – ohjelmistolla ja Statan versiolla 14.1.

5.5 OSATUTKIMUS III. LÄÄKKEELLISTYMINEN JA MUUNTUNEET KÄYTTÖKONTEKSTIT

Kolmannen osatutkimuksen tavoite oli tarkastella sitä miten reseptilääkkeet ja niihin liittyvä tieto, internet-yhteisöt ja lääketieteen ammattilaiset välittävät ja muuntavat lääkkeisiin liittyvää käyttäytymistä.

5.5.1 AINEISTO

Tutkimuksen aineisto koostuu keskusteluketjuista huumeiden käyttäjien internetfoorumilla. Tutkimuseettisistä syistä keskustelupalstan nimeä ei ole kerrottu alkuperäisessä artikkelissa tai tässä yhteenvedossa. Foorumi on käyttäjien itsensä ylläpitämä ja sitä rahoitetaan vapaaehtoisilla bitcoin-lahjoituksilla.

Foorumin jäsenistä ei ole saatavilla systemaattista tietoa. Joitakin huomioita voidaan tehdä perustuen kommentteihin, joita keskustelijat ovat tehneet iästään. Ikä vaihteli toisen asteen koululaisista (16–18-vuotiaat) nuoriin keski-ikäisiin (30–40-vuotiaat) ja miehet vaikuttivat muodostavan suurimman osan keskustelijoista. Tämä olisi linjassa tulosten kanssa, mitä on saatu muissa tutkimuksissa huumeiden käyttäjien tai huumefoorumien keskusteluihin osallistuvien demografisesta taustasta (Baggott, Erowid, Galloway, & Mendelson, 2010; Chiauzzi, DasMahapatra, Lobo, & Barratt, 2013). Yhteisöön kuuluu käyttäjiä ja huumeista kiinnostuneita jäseniä. Käyttäjissä on sekä kokeilijoita että enemmän käyttäneitä, jotka raportoivat käyttöön liittyviä haittoja. Käyttäjätilastojen mukaan sivustolla oli 550 000 käyntiä vuonna 2011, joista puolet olivat eri IP-osoitteista. Sivustolla on noin 2 500 rekisteröityä käyttäjää.

5.5.2 MENETELMÄ

Käytettyä menetelmää voi kutsua nettietnografiaksi. Kuten ”reaalimaailman” etnografioissa, aineisto kerättiin olemalla ”kentällä” ja havainnoimalla vuorovaikutusta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että aineisto kerättiin vuosina 2013–2015 nettikeskustelujen kattavalla luennalla, muistiinpanojen teolla ja verkostokarttojen piirtämisellä.

Huumeiden käyttöön liittyviä käytäntöjä tutkittiin käyttämällä toimijaverkkoteoriaa (ANT) (Duff, 2013; Latour, 2005). ANT mahdollistaa sen tarkastelun, miten materiaaliset objektit ja kohteet ovat integroituneet käyttöön ja käyttökokemuksiin. (Dilkes-Frayne, 2014; Gomart & Hennion, 1999; Gomart, 2002). ANT:n lähtökohta on hylätä toiminnan ja rakenteen dualismi keskittymällä toimijoiden verkostoon ja toiminnan jakautumiseen näissä verkostoissa.

Foorumia käytettiin lähteenä huumeiden käytön verkostoissa muodostuvalle tiedolle; samaan aikaan foorumi toimi myös verkoston yhtenä osana.

Jäljitimme ”käännöksiä”, eli tapoja, joilla forumin jäsenet kuvasivat asioiden välisiä yhteyksiä (Demant, 2009). Analyysin kohteena olivat tavat, joilla forumin käyttäjät ottivat esille eri näkemyksiä, ja näitä tapoja pidettiin toimijoiden ja toimijoiden välisten suhteiden merkkeinä. Nämä suhteet muodostavat perustan lääkkeellistyneille huumeidenkäytön verkostoille (Latour, 2005).

Piirsimme verkostokarttoja lääkkeiden päihdekäytön toimijaverkostoista perustuen tulkintaamme aineistosta. Osatutkimuksen tavoitetta varten keskityimme kolmeen käännökseen: mitä tapahtuu, kun huumeita käytetään, huumeiden käyttötietoa jaetaan ja ollaan vuorovaikutuksessa lääkäreiden kanssa.

5.6 OSATUTKIMUS IV. IKÄÄNTYNEIDEN HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN TERVEYSTAJU

Neljännän osatutkimuksen tavoite oli tarkastella huumeiden käytön riskihuippuista arkea pitkästä, retrospektiivisestä perspektiivistä käsin, ikääntyneiden huumeiden käyttäjien kertomana.

Haastattelut tehtiin osana Vanha liitto -tutkimusprojektia. Projekti käynnistyi, kun A-klinikkasäätiön päihdetyöntekijä Mika Mikkonen kohtasi ikääntyneitä huumeidenkäyttäjiä työssään Vinkki-terveysneuvontapisteessä. Asiakkailla oli pitkä käyttöhistoria, ja sitä kautta tarinoita huumeiden käyttäjien arjesta 1960–1970-luvuilta 2000-luvulle. Mikkonen vinkkasi kiinnostavasta materiaalista tutkijoille, joita lopulta oli projektissa kuusi. Mikkonen teki järjestelyt liittyen haastatteluihin ja oli pääasiallinen haastattelijana – muut projektin jäsenet osallistuivat osaan haastatteluista.

5.6.1 AINEISTO JA MENETELMÄ

Aineisto koostuu 30 puolistrukturoidusta haastattelusta sisältäen 28 yksilöhaastattelua ja kaksi ryhmähaastattelua. Haastattelut tehtiin 2008–2009. Haastateltavien kokonaismäärä on 30, joista viisi on naisia ja 25 miehiä. Haastateltavat olivat nykyisiä tai lopettaneita huumeiden käyttäjiä iältään 50–60 vuotta. Haastateltavista 14 oli yhä aktiivisia käyttäjiä haastattelujen aikaan, kahdeksan oli korvaushoidossa ja kahdeksan oli lopettanut.

Haastateltavat kerättiin lumipallo-otannalla Vinkin asiakkaista ja heidän verkostoistaan. Lumipallo-otannassa etsitään ensin yksi tai muutamia henkilöitä, jotka täyttävät toivotut ominaisuudet. Tämän jälkeen henkilöiltä kysytään, jos he tuntevat muita vastaavia henkilöitä ja pyritään saamaan heihin kontakti. Lumipallo-otantaa käytetään piilossa olevien väestöryhmien, kuten huumeiden ongelmakäyttäjien tavoittamiseen. (Heckathorn, 2011)

Haastattelurunko käsitti haastateltavien lapsuutta ja nuoruutta, kasvuympäristöä, ensimmäisiä käyttöön liittyviä kokemuksia,

huumemarkkinoita, suhteita poliisiin ja vankilakokemuksia. Haastattelut litteroitiin ja artikkelini analyysia varten koodasin aineiston Atlas.TI-ohjelmiston avulla keskittyen terveyteen ja siihen liittyviin teemoihin.

5.7 TUTKIMUSETIIKKA

Kvantitatiivisissa tutkimuksissa (osatutkimukset I ja II) käytettiin aineistona rekisteriaineistoja, jotka ovat syntyneen viranomaisen hallinnollisen toiminnan tuloksena eikä tutkittaviin otettu yhteyttä. Aineistoa analysoitiin väestötasolla, eikä yksittäisten henkilöiden tunnistaminen ole mahdollista. Molempien osatutkimuksien aineistoihin saatiin luvat kultakin vastaavalta rekisterinpitäjältä. Lisäksi sain tutkimusluvan Kansaneläkelaitoksen tutkimuseettiseltä toimikunnalta osatutkimukseen I, jossa tein aineistojen yhdistämisen itse.

Osatutkimuksessa III aineistona oli huumeiden käyttäjien keskustelufoorumien viestiketjut. Keskustelufoorumien lukeminen ei vaadi rekisteröitymistä ja sen sisältö on helposti ja julkisesti saatavilla. Näin ollen keskustelufoorumin voi tulkita olevan julkisessa mediassa olevana tekstinä. Tutkijat eivät ilmaisseet läsnäoloaan lukiessaan keskusteluketjuja, koska se olisi saattanut vaikuttaa siihen, miten foorumin jäsenet viestivät tai ilmaisevat itseään. Tutkimuseettinen harkinta on kuitenkin tarpeen käytettäessä internetaineistoa tutkimusmateriaalina, erityisesti kun kyseessä on sensitiivinen tutkimusaihe. Keskustelufoorumin jäsenten anonyymiyden suojelemiseksi raportoinnissa ei ole käytetty foorumin oikeaa nimeä, jäsenten nimimerkkejä tai tunnistettavaa henkilökohtaista tietoa keskustelijoista. Tämän lisäksi sitaatit oli käännetty suomen kielestä englanniksi, mikä tekee niiden jäljittämisen alkuperäiseen lähteeseen vaikeaksi. (Whitehead, 2007).

Osatutkimuksessa IV aineistona oli 30 nykyisen ja entisen huumeiden käyttäjän haastattelut. Koska tutkimuksen kohteena on marginaalinen ja haavoittuva ihmisryhmä, tutkimusprojektissa kiinnitettiin erityisen paljon huomiota eettisiin kysymyksiin. Haastatteluihin osallistuneita informoitiin tieteellisen tutkimuksen luonteesta etukäteen, ja he osallistuivat haastatteluihin vapaaehtoisesti. He olivat tietoisia siitä, että he voivat vielä haastattelun käynnissä ollessa päättää mistä haluavat puhua ja myös halutessaan keskeyttää haastattelun. Haastatteluista on litterointivaiheessa poistettu nimet ja muut tunnistetiedot, tai nimet on muutettu pseudonyymeiksi. Lisäksi julkaistut haastattelusitaatit on valittu niin, ettei yksittäisten henkilöiden tunnistaminen ole mahdollista. Koska haastateltavat on tavoitettu A-klinikkasäätiön palvelujen asiakaskunnasta ja asiakaskunnan tuttavapiiristä, A-klinikkasäätiöltä haettiin ja saatiin projektille tutkimuslupa.

6 TULOKSET

6.1 LÄÄKEOSTOT HENKILÖKOHTAISELLA RESEPTILLÄ JA HUUMEKUOLEMIEN YHTEYS SEKÄ HUONO-OSAISUUS

Analyysi osoitti, että 36 prosentissa huumemyrkytystapauksista kuollut henkilö oli ostanut apteekista omalla reseptillään kolmen vuoden sisällä samanlaisen tai vastaavanlaisen lääkkeen kuin sen, joka johti kuolemaan. Jos analyysi rajattiin lääkkeiden päihdekäytön aiheuttamiin kuolemiin, luku oli 51 prosenttia. Vastaavien lääkeostojen osuus oli huomattavasti korkeampi vuonna 2008 kuin vuonna 2000. Vuonna 2000 vain 20 prosentilla oli kuoleman aiheuttaneita aineita vastaavien lääkkeiden ostoja, kun vuonna 2008 luku oli 49 prosenttia. Niistä kuolleista, jotka olivat työkyvyttömyyseläkkeellä, kolme neljästä oli ostanut vastaavalla tai samalla lailla vaikuttavan aineen, joka oli myöhemmin aiheuttanut tai ollut mukana vaikuttamassa kuolemaan. Kun taas toimeentulotukea tai pitkäaikaistyöttömyyttä käytettiin huono-osaisuuden mittarina, huono-osaisuudella ei näyttänyt olevan vaikutusta henkilökohtaisesti määrättyjen psykoaktiivisten aineiden ja kuolemien väliseen yhteyteen. Henkilökohtaisesti määrätystä ja kuolemaan vaikuttaneista aineista yleisimpiä olivat tramadoli (opioidi) ja alpratsolaami (bentsodiatsepiini).

6.2 HUONO-OSAISUUDEN JA HUUMEKUOLLEISUUDEN YHTEYS KOKONAISVÄESTÖSSÄ

Miehillä oli kolminkertainen todennäköisyys kuolla huumeisiin liittyviin syihin naisiin verrattuna. Miehet myös kuolivat niihin naisia nuorempina. Tämä oli erityisen selvää kuolemissa, jotka aiheutuivat suoraan huumeista. Matala koulutus, lyhyt- ja pitkäaikaistyöttömyys, aikainen eläköityminen, avioero, asuminen ei-yksityisessä-kotitaloudessa tai yksin olivat yhteydessä kokonaishuumekuolleisuuteen miehillä ja naisilla sekä eri huumekuolemien alakategorioissa. Lisäksi leskillä oli huonompi ennuste molempien sukupuolten suhteen ja kuolemissa, jotka liittyivät huumesairauksiin, huumemyrkytyksiin ja huumeisiin liittyviin sairauksiin.

Sosiaaliset tekijät liittyivät erityisen voimakkaasti kuolemiin, joiden peruskuolemansyy oli huumeisiin liittyvä päihdehäiriö. Huumeisiin liittyvissä itsemurhissa (pois lukien myrkytykset) sosiaalisen huono-osaisuuden vaikutus ei ollut niin voimakas.

Kun huumekuolemien määritystä laajennettiin myös epäsuoriin huumekuolemiin, nousi huumekuolemien kokonaismäärä kolminkertaiseksi

verrattuna pelkkiin suoriin huumekuolemiin. Laajemman määritelmän käyttö toi esiin sen, että huumeisiin liittyvä kuolleisuus koskettaa nuorten lisäksi vanhempia ikäryhmiä.

6.3 LÄÄKKEELLISTYMINEN JA MUUNTUNEET KÄYTTÖKONTEKSTIT

Käyttäjät eivät tee eroa laittomien huumeiden, muuntohuumeiden ja reseptilääkkeiden välille, kun he pohtivat aineiden vaikutuksia ja käyttömahdollisuuksia. Sama aine voi toimia yhdelle käyttäjälle useampaan tarkoitukseen. Käyttäjät neuvottelevat eri aineiden vaikutuksista ja eroja selitetään oppimisella ja toisaalta erilaisilla aivokemioilla. Käyttöä hallitaan erilaisilla huumekombinaatioilla, joihin annetaan tarkat ohjeet määrineen. Päihtymystä saatetaan ohjata haluttuun suuntaan aineiden samanaikaisella nauttimisella. Reseptilääkkeiden kohdalla aineyhdistelmien laatimista helpottaa, että aineen pitoisuus tiedetään ja että ne ovat tasalaatuisia.

Keskustelufoorumi toimii eri kombinaatioita koskevan tiedon lähteenä. Foorumin yhtenä julkilausuttuna tavoitteena on käytön haittojen vähentäminen. Koska katukaupasta ostettujen tablettien ja aineiden sisällöstä ei välttämättä ole tietoa, foorumilta löytyy kuvauksia eri aineiden ja tablettien ulkonäöstä, jotta annostelu olisi turvallisempaa. Myös käyttö- ja annostelutavoista annetaan suosituksia päihtymyksen optimoimiseksi ja haittojen vähentämiseksi. Tiedon jakamisessa arvostetaan tarkkaa ”tieteellistä” kieltä, mutta asiantuntemus legitimoidaan henkilökohtaisilla kokemuksilla. Laittomien markkinoiden lisäksi reseptilääkkeitä saadaan lääkäreiltä sekä legitiimeistä lääketieteellisistä syistä että oireita hioitteleamalla päihtymyksen tavoitteluun. Lääkärin vastaanottojen merkityksen kasvaminen lisää käytön lääketieteellistä kehystä.

Kolmas osatutkimus osoitti, että reseptilääkkeet ja niihin liittyvä osaaminen, tietoa jakavat nettifoorumit ja lääketieteen ammattilaiset välittävät ja muuntavat reseptilääkkeiden päihdekäyttöön liittyvää käyttäytymistä. Analyysi osoittaa kuinka reseptilääkkeiden ei-lääketieteellinen käyttö liittyy jaettuihin medikalisoituneisiin käsityksiin kehosta lääkekokeilujen paikkana sekä kollektiivisiin prosesseihin, joissa rakennetaan lääketieteellisiä kompetensseja. Päihtymyksen kokemus on enenevässä määrin lääkkeellistyneen ja tieteellisen tiedon läpäisemää.

6.4 IKÄÄNTYNEIDEN HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN TERVEYSTAJU

Neljännessä artikkelissa tarkasteltiin ikääntyneiden vanhaliittolaisten huumeiden käytön arkea ja käsityksiä huumeiden käytöstä ja riskeistä retrospektiivisesti. Kun ikääntyneet käyttäjät aloittivat käytön, saatavilla oli

vain vähän puhtaita ja ehjiä välineitä. Käyttöön liittyvät haitat - tartuntataudit ja ihoinfektiot – olivat yleisiä. Aineiden annostelussa tuli olla tarkka; 1960–70-luvuilla huumemarkkinoilla oli voimakkaita lääkeopioideja ja lisäksi käyttäjien mukaan klassisetkin huumausaineet olivat pitoisuudeltaan korkeampia. Riskejä aiheuttivat myös huumekeuvioissa liikkuneet väärät tiedot aineista ja niiden koostumuksesta, sekakäyttö sekä äärimmäinen päihtymishakuisuus. Myös mielenterveysongelmat olivat tyypillisiä; kuolemaan johtanut yliannostus ei aina ollut tahaton.

Käyttäjät elivät aikakauden nuorisovirtausten mukaisessa omassa vastakulttuurissaan. Tilanne muuttui heroiinin tultua markkinoille; vanhaliittolaisten mukaan keskinäinen solidaarisuus väheni ja aggressiivinen velanperintä alkoi. Käyttäjien mukaan terveyspalvelujen, esimerkiksi terveysneuvontapisteiden, kehittyminen on parantanut heidän edellytyksiään huolehtia itsestään, toisaalta myös ikääntyminen itsessään on muuttanut käyttäjien suhdetta riskeihin. Ajoittaiset tauot käytössä, esimerkiksi vankilassa ollessa, ovat suojanneet elämänsä aikana. Osa oli lopettanut käytön perheellistymisen kaltaisten vastuiden tultua elämään; osalle korvaushoito oli mahdollistanut säännöllisemmän elämänrytmin.

7 POHDINTAA TULOKSISTA

Olen edellisessä luvussa esitellyt kunkin osatutkimuksen tulokset, jotka vedän tässä luvussa yhteen ja tarkastelen laajempänä kokonaisuutena osana väitöskirjatutkimuksen näkökulmia: lääkkeellistymistä, huono-osaisuutta ja huumeiden käyttökonteksteja. Pohdin myös tässä luvussa, miten nämä kehukset ovat yhteydessä toisiinsa.

7.1 HUUMEIDEN KÄYTÖN LÄÄKKEELLISTYMINEN

Suomalaisessa huumeiden käyttökulttuurissa tapahtui muutos vuosituhatvuotisen vaihteessa, kun käyttäjät siirtyivät opioidien osalta lääketuotteisiin, pääasiassa burprenorfiiniin, ja heroini katosi markkinoilta. Ensimmäisen osatutkimuksen tulos, muutos vuosien 2000 ja 2008 lääkeostojen ja myrkytyskuolemien välillä, kuvastaa tätä muutosta huumeiden tarjonnassa ja käytössä. Opioidien käytön fokus ei enää ole niin sanotuissa klassisissa huumausaineissa vaan reseptilääkkeet hallitsevat opioidien käytön kenttää. Laillisten päihdelääkkeiden saatavuus on kasvanut ja lääketilastojen mukaan reseptiopioidien kulutus on lisääntynyt noin 50 % Suomessa 2000-luvulla (Fimea & Kela, 2017).

Huumeiden käyttöympäristö on lääkkeellistynyt myös Suomessa. Opioidi tramadoli ja epilepsialääke pregabaliini tunnistettiin ensimmäisessä osatutkimuksessa uusina väärinkäytettyinä aineina, ja näistä aineista on sittemmin keskusteltu kansainvälisesti (Evoy, Morrison, & Saklad, 2017; Ogeil ym., 2018). Tulosten perusteella (osatutkimus I) suuri osa myrkytyksiin kuolleista huumeiden käyttäjistä oli saanut kuoleman aiheuttanutta tai vastaavaa lääkeainetta reseptillä kolmen vuoden sisällä ennen kuolemaa. Jos verrataan vuosia 2000 (20 %) ja 2008 (49 %), on näiden tapausten osuus 29 prosenttiyksikköä suurempi vuonna 2008, mikä on linjassa lääkemyyntilukujen kanssa; päihdyttävien lääkkeiden suurempi saatavuus heijastuu huumeiden käyttäjien arkeen. Myös internet-keskusteluaineiston perusteella oli selvää, että huumeiden käyttäjät hankkivat lääkkeitä lääkäreiden vastaanotolta joko itselääkinnällisiin tai päihtymistarkoituksiin. Tulokset viittaavat siihen, että katukauppalääkkeiden lisäksi lääkärin määräämillä lääkkeillä on yhteys huumeikuolemiin.

Miten lääkkeellistyminen on yhteydessä käyttäjien sosioekonomiseen asemaan? Tulokset osoittavat sen, että huumeiden käyttäjät ovat medikaalisen hoidon ja palvelujen piirissä. Erityisesti työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla oli enemmän reseptilääkeostoksia huumeilyiannostuskuolemiin liittyen. Tämä on ymmärrettävää, sillä työkyvyttömyys on myönnetty kroonisen sairauden tai vamman perusteella, mihin voi liittyä kipuja, säännöllisiä lääkärikäyntejä ja lääkehoitoa.

Työkyvyttömyyden ja lääkkeiden yhteyttä korostaa se, että mielenterveyden ongelmat ovat yksi yleisimpiä syitä työkyvyttömyyseläkkeelle Suomessa ja että mielenterveysongelmat ovat myös tavallisia huumeiden käyttäjien parissa. Osassa tapauksista itse riippuvuus voi olla työkyvyttömyyden keskeinen syy. On siis mahdollista että lääkityksellä on hoidettu muuta mielenterveyden häiriötä tai huumeongelma on jäänyt tunnistamatta terveydenhuollossa.

Voidaan myös kysyä, ovatko käyttäjät saaneet tarvitsemaansa hoitoa. Mielenterveyspalveluissa laitoshoidtoa on vähennetty ja avohoitoa ja lääkkeellisen hoidon määrää lisätty (Alanko, 2017). Myös päihdehoidossa painopiste on siirtynyt psykososiaalisesta lääkkeelliseen hoitoon. Esimerkiksi haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevilla asiakkailla on hyvin vähän mahdollisuuksia saada lääkkeen lisäksi toivomaansa tukea tai ohjausta esimerkiksi asumiseen ja toimeentulotukeen liittyen (Leppo & Perälä, 2017).

Paradoksisiaalisesti käyttäjät itse kokevat reseptilääkkeiden olevan turvallisia, koska ne ovat laillisia tuotteita laillisilla markkinoilla (osatutkimus III). Niiden puhtaus ja pitoisuus tiedetään, mikä mahdollistaa käytön optimoinnin niin, että hyödyt olisivat mahdollisimmat suuria ja terveysriskit pieniä. Lääkkeellistyminen näkyy käyttäjäjyhteyksien kuvauksissa, joissa lääkkeitä testataan päihdekäyttömielessä käyttäen omaa kehoa kokeilujen alustana. Lisäksi lääkkeellistyminen näkyy yhteisöissä yhteisen lääketieteellisen kompetenssin kasvamisena ja kasvattamisena.

Lääkkeellistymisen myötä huumeiden käytöstä tulee tekninen suoritus, jossa erilaisten aineiden, annostelujen ja vaikutusten hallinta on tärkeää. Tulosten valossa päihtymyksestä on tullut yhä enenevässä määrin farmakologisen ja tieteellisen logiikan läpäisemää. Lääkärien vastaanotolla asioidessaan käyttäjät alkavat ajatella tarpeitaan lääketieteellisin termein, oli sitten kyse ”lääkeshoppailusta” tai itselääkityksestä. Huumeiden käytöstä tulee lääkkeellistynyttä sen suhteen, miten käyttäjä rakentavat ja sanoittavat käyttönsä.

7.2 HUONO-OSAISUUS HUUMEKUOLLEISUUDESSA

Huumeiden käyttäjät, jotka kuolivat huumeyliannostukseen, olivat taloudellisesti huono-osaisia (osatutkimus I). Vuonna 2000 ja 2008 huumeemyrkytyksiin kuolleista valtaosa (83 %) sai toimeentulotukea, joka on Suomen sosiaaliturvajärjestelmän viimesijainen toimeentulon muoto.

Huumeiden käyttäjät, jotka ovat työkyvyttömyyseläkkeellä, ovat selvä riskiryhmä huumeyliannostuskuolemille. Työkyvyttömyyseläkkeellä olon on todettu olevan yhteydessä huumesairauden aiheuttamaan kuolemaan (Amundsen, 2015). Mielenterveyshäiriöt (mukaan luettuna päihdehäiriöt) ovat yksi suurimmasta syistä työkyvyttömyyseläkkeen saamiselle Suomessa (Ahola ym., 2011). Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kaksoisdiagnoosit ovat tavallisia nuorilla ihmisillä, jotka ovat työkyvyttömyyseläkkeellä; tämä löydös

viittaa siihen, että huumeiden ongelmakäyttö voi olla suhteellisen yleistä tässä ryhmässä. Näyttää myös siltä että nämä kuolemat muodostuvat erityisen ongelmallisista käyttäjistä: työkyvyttömyyseläkettä ei saa, jos ei ole käynyt läpi useita kuntoutusyrittäjäksiä terveys- ja sosiaalihuollon kanssa.

Myös väestötasolla huumekuolleisuuden ja huono-osaisuuden suhde oli selvä (osatutkimus III). Erot sosiaalisten ryhmien välillä olivat keskimäärin suuret; ne olivat yhtenevät eri mittareilla ja huumekuolemien eri osaryhmillä. Tulokset ovat linjassa muiden terveys- ja alkoholitutkimusten kanssa. (Mackenbach ym., 2008; Mäkelä, 1999). Kuitenkin huumekuolleisuudessa havaitut erot ovat suuremmat kuin muissa terveystutkimuksissa.

Se että huono-osaisilla käyttäjillä on korkeampi kuolleisuus, voi johtua riskialttiimmasta huumeiden käytöstä ja suuremmasta haavoittuvuudesta (Fischer ym., 2005; Gauffin ym., 2013). Huono-osaisuuden yhteys huumekuolleisuuteen oli heikoin huumeisiin liittyvässä itsemurhissa (pois lukien huumemyrkytykset). Sosiaalisen huono-osaisuuden vähäisyys tässä ryhmässä voi viitata siihen, että se sisälsi vähemmän varsinaisia huumeiden väärinkäyttäjiä; osa on voinut ottaa huumeet tai huumaavat lääkkeet itsemurhan kynnyksen madaltamiseksi.

Voisi olettaa, että kokeilu- ja satunnaiskäyttäjien kuolemat sijoittuvat huumeiden aiheuttamien myrkytysten (jossa oli mukana myös tapaturmaiset myrkytykset) ja huumeisiin liittyvien onnettomuuksien kategorioihin. Ehkä hieman yllättäen huono-osaisuuden yhteys huumeisiin liittyviin tapaturmaisiin kuolemiin oli samanlainen kuin yhteys huumemyrkytyskuolemiin ja huumeisiin liittyviin sairauskuolemiin. Aineiston perusteella ei ollut mahdollista määrittää, johtuiko tämä siitä, että kokeilu- ja satunnaiskäyttäjillä oli niin vähän kuolemia vai olivatko he yhtä huono-osaisia kuin näihin kahteen kategoriaan kuuluneet. Tutkimusten mukaan satunnaiskäyttäjien voi olla lyhytaikaisia vaikutuksia sosioekonomiseen asemaan, kuitenkin suurimmalle osalle käyttäjistä huumeiden käyttö on väliaikainen vaihe nuorena aikuisena (Bogt, Engels, Hibbel, Van Wel, & Verhagen, 2002; Vervaeke & Korf, 2006).

Sosiaalinen huono-osaisuus oli silmiinpistävä pähdehääriöihin liittyvässä kuolemissa. Tämä ei ole yllättävää, sillä sosiaalisen huono-osaisuuden ja huumeriippuvuuden välinen yhteys on hyvin voimakas. (Onyeka ym., 2012; Onyeka ym., 2013).

Merkittävä oli myös koulutukseen liittyvä tulos; peruskoulutetuilla oli korkeampi todennäköisyys huumeisiin liittyvään kuolemaan kuin korkeakoulutetuilla, mutta toisen asteen koulutuksen saaneilla henkilöillä todennäköisyys ei juurikaan ollut korkeampi kuin korkeasti koulutetuilla. Yleensä tutkimuksissa, joissa on tutkittu sosiaalisten tekijöiden vaikutusta kuolleisuuteen, yhteys on lineaarisesti koulutusasteen mukaan vähenevä (Mackenbach ym., 2015). Matalaksi jäänyt koulutustaso voi olla yksi varhainen indikaattori syntyäytymiseen johtavalle elämänuralle. Nämä

prosessit ovat yhteenkietoutuneet; huumeiden käytön varhaisella aloittamisella voi olla negatiivinen vaikutus koulutuspolkuun.

7.3 1960-LUVUN HIPPIKULTTUURISTA VIRTUAALIYHTEISÖÖN: KÄYTTÖKONTEKSTIEN VAIKUTUS KUOLEMIIN

Aineiden ja niiden saatavuuden sekä sosioekonomisten tekijöiden lisäksi näkökulmani huumeiden käyttäjien kuolemiin ja niihin liittyviin riskeihin on ollut huumeiden käyttäjien kuvaamat käyttök kontekstit; ne arkiset tilanteet, joissa huumeita käytetään, ja niihin liittyvät tietotaidot kertyvät. Olen tarkastellut myös laajempia olosuhteita ja huumeiden käytön ympäristöä, kuten huumepalveluja.

Vanhan liiton käyttäjillä (artikkeli IV) käyttö alkoi yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa käynnissä oli rakennemuutos ja urbanisoituminen. Huumeiden käyttö oli ollut Suomessa varsin vähäistä ja yhteiskunta ja lähiympäristö eivät aluksi tunnistanee nuorten huumeiden käyttöä. Huumeita käyttävä vertaisryhmä oli pääasiallinen huume tiedon lähde. Kokemuksen myötä huumeiden käyttö taidot lisääntyivät; opittiin esimerkiksi turvallisia tapoja pistää ja käyttää eri aineita sekaisin. Toisia autettiin antamalla huumeita vieroitusoireisiin ja elvyttämällä yliannostuksen sattuessa, mutta yhdessä käyttämisestä seurasi myös käyttövälineiden jakamista ja hepatiittitartuntoja, jotka voivat johtaa hoitamattomina kuolemaan suoraan tai välillisesti. Käyttäjät itse liittyvät kollektiivisuuteen myös farmakologisen näkökulman: heidän mukaansa heroiinin tulo Suomeen 1980-luvulla teki aineena käyttäjistä ”kylmiä”. Mukaan tulivat väkivaltaiset – ehkä jopa kuolemaan johtavat - velanperinnät ja lojaalius väheni.

Ikääntyneillä huumeiden käyttäjien elämässä on ollut paljon tekijöitä ja käännteentekeviä hetkiä, jotka ovat auttaneet heitä selviytymään. Vaikka käyttö on jatkunut vuosikymmeniä, on näihin vuosiin mahtunut myös taukoja huumeiden käytön kuluttavasta elämäntavasta, esimerkiksi hoidossa tai vankilassa. Huume palvelut ovat kehittyneet ja erityisesti haittojen vähentämiseen tähtäävät palvelut, kuten puhtaiden neulojen ja ruiskujen jako ja muut terveyspalvelut terveysneuvontapisteissä, ovat mahdollistaneet käyttäjille omasta itsestä huolenpitämisen ja pääsyn laadukkaamman huume tiedon ääreen. Huume palvelujen kehittyminen on mahdollistanut osalle irtautumisen huumeiden käyttöön liittyvästä elämäntavasta. Palvelujen käyttäminen on auttanut myös vähentämään huumeiden käyttöön liittyvää stigmaa, mikä edesauttaa itsestä huolehtimista. Osa käyttäjistä lopetti käyttönsä ikääntymisen ja uudenlaisten vastuiden myötä esimerkiksi perheellistyessä.

Huumeiden käyttöä käsittelevien nettikeskustelujen perusteella (osatu tutkimus III) käyttöt tilanteissa yhdistyvät kokemukseen perustuva ja lääketieteellinen tieto sekä käyttämisestä. Nettilfoorumit mahdollistavat

sofistikoituneiden sekakäyttöreseptien ja reseptilääkkeiden ominaisuuksien jakamisen; farmakologista ja tieteellistä tietoa sovelletaan kokeiluihin. Käyttäjien hankkima tieto määrästä, yhdistelmästä ja seuraamuksista voi vähentää lääkkeiden päihdekäyttöön liittyviä riskejä. On myös mahdollista että tiedon kartuttaminen ja jakaminen johtaa ”kompetenssiharhan” kokemukseen; syntyy jaettu käsitys riittävästä tai ensiluokkaisesta huumeiden käyttötaidoista ja -tiedosta, jolla omia rajoja arvioidaan. Lisäksi tarkat annokset, joita foorumilla jaetaan, voivat myötävaikuttaa hallinnan kokemukseen ja täten voimistaa kyvykkyyden ja turvallisuuden kokemusta huumeiden käyttöön liittyen. Vaikka foorumin lähestymistapa on haittoja vähentävä, kokemus omasta kompetenssista voi johtaa yliannostuksiin ja muuhun riskikäyttäytymiseen, kun hallinnan tunne lisääntyy. Tällöin unohtuu, että aineiden vaikutukset ovat osin yksilöllisiä ja käyttöhistorioista riippuvia. Sekakäyttöön liittyy myös omat riskinsä, koska eri aineiden yksinään turvalliset määrät voivat olla yhdistettynä vaarallisia.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tulokset kokonaisuudessaan viittaavat siihen, että suomalaisen huumekuolleisuuden 2000-luvulla liittyvät huumeiden käytön lääkkeellistyminen, käyttäjien huono-osaisuus ja lääkkeellistymisen ja nettifoorumeilla kumuloituvan käyttäjätiedon synnyttämä kompetenssiharha, eli korkea luotto omiin käyttötaitoihin.

Lääkeostojen ja huumekuolleisuuden yhteys paljasti, että huumeisiin kuolleilla henkilöillä oli merkittävässä määrin reseptejä kuoleman aiheuttaneisiin tai vastaaviin aineisiin. Tämä voi selittyä huumeisiin kuolleiden samanaikaisilla mielenterveyden häiriöillä, joihin heille on määrätty lääkitys, tai ns. lääkärihoppailuilla. Kehitysvaiheessa olevat digitaaliset arkistot, kansallinen potilastietoarkisto Kanta ja Reseptikeskus, saattavat tulevaisuudessa mahdollistaa sen seuraamisen, että määrättyjen lääkkeiden määrä ja valikoima on kokonaisuudessaan tasapainossa. Tutkimus osoittaa sen, miten hoitokontekstissa suhteellisen turvallinen lääke ei ole sitä enää huumeiden käyttöympäristössä.

Toisaalta tulokset myös mahdollistavat tulkinnan, että huumeisiin kuolleet ovat olleet lääkkeellisen hoidon piirissä, mutta se ei kuitenkaan ole onnistunut ehkäisemään menehtymistä. Tällöin voidaan kysyä, ovatko käyttäjät saaneet tarvitsemaansa hoitoa. Valitettavasti aineisto ei mahdollistanut sen tarkastelua, olivatko huumekuolleet korvaushoidossa vai eivät. Uusimman arvion mukaan Suomessa on noin 3 300 opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa olevaa asiakasta, ja asiakkaiden määrä on kasvanut 2010-luvulla (A. Partanen ym., 2017). Viimeisimmän arvion mukaan Suomessa oli vuonna 2012 13 000-15 000 opioidien ongelmakäyttäjää (Ollgren ym., 2014). Arvio on jo hieman vanhentunut, mutta muiden indikaattoreiden perusteella ongelmakäyttäjien määrä on tuskin viime vuosina vähentynyt ja näin ollen korvaushoidon kattavuus Suomessa on pohjoismaalaisittain verrattuna matala (Selin ym., 2015). Jonotusaika korvaushoitoon voi olla jopa 3-6 kuukautta (Kuljukka, Niskala, Partanen, Kuussaari, & Vormaa, 2014). Epäsäännöllistä, päihteiden sävyttävää elämää viettävälle voi olla epärealistista pystyä odottamaan hoitoon pääsyä näin kauan. On esitetty, että hoitoon pitäisi päästä heti kun hoitomotivaatio syntyy (Ayres ym., 2014). Lisäksi hoitopaikkoja tulisi olla riittävästi tarjolla, hoitoon pääsyn kynnyksen olla matala ja hoitopolun selkeä (Simpson, 2004).

Huumekuolleisuus oli tutkimustulosten mukaan vahvasti yhteydessä huono-osaisuuteen. Tähän on kietoutunut monia prosesseja. Huono-osaisilla voi olla riskialttiimpia käyttötapoja, huumeiden pistämistä ja sekakäyttöä. On haastavaa pitää huolta hyvinvoinnistaan, jos samaan aikaan on asunoton ja vaikeuksia toimeentulon sekä virkavallan kanssa. Yhdysvalloissa huumekuolleisuus on lisääntynyt erityisesti vähän

koulutetuilla (Richardson, Charters, King, & Harper, 2015). Koska huumeiden käyttö alkaa tavallisesti jo nuoruudessa, olisikin Suomessa erityisesti kiinnitettävä huomiota nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseen ja osattomuuden kokemuksiin varhaisessa vaiheessa. Merkityksellisiä ovat erityisesti nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisy ja hoitaminen sekä opintopolun turvaaminen toisen asteen koulutukseen.

Internet on muuttanut huumeiden käyttökontekstia monella tapaa. Niin sanotussa darkwebissä on aktiiviset huumeiden pimeät markkinat (Barratt, 2012). Netissä kohtaavat myös käyttäjät ja huumepalvelut: huumeita käsitteleviä keskustelufoorumia on sekä järjestöjen ylläpitäminä että käyttäjien itseorganisoimana. Järjestöt tarjoavat vertaistukea lopettaville ja läheisille, sekä haittojen vähentämistä käyttäjille. Osa foorumeista on käyttäjien itsensä ylläpitämiä ja moderoimia. Tavallisesti haittojen vähentäminen on yksi foorumien periaatteista, mutta kuten tämä tutkimus osoittaa, käyttäjien omissa, polveilevissa keskusteluketjuissa omat kokemukset ja tieteellinen tieto nivoutuvat ja väärinkäsityksiä voi tapahtua.

Turvallisempien käyttötapojen edistäminen käyttäjien keskuudessa on kuitenkin tärkeää. Suomalaiseen huumeiden käyttökulttuuriin liittyy erityisen riskialttiita käyttötapoja; Suomessa esimerkiksi käytetään huumeita pistämällä enemmän kuin muissa maissa. Myöskin eri aineiden sekakäyttö on selkeä riskitekijä huumemyrkytyksille. Koska käyttäjät haluavat ja ansaitsevat tulla kuulluiksi sekä haluavat osallistua käyttötapoihin liittyvään keskusteluun, on tärkeää että käyttäjät otetaan yhä enemmän mukaan ehkäisevään päihdetyöhön ja haittojen vähentämistyöhön (Bjerge, Duke, Frank, Rolando, & Eisenbach-Stangl, 2016). Tämä voisi vähentää tarvetta käyttäjien omaehtoiseen ja ei-aina-turvallisia käyttötapoja edistävään keskusteluun.

Huumekuolemien määrän kasvu 2000-luvulla ei juuri ole herättänyt yhteiskunnallista keskustelua. Suomen huume politiikkaa perustuu vuoden 1997 komiteanmietintöön ja sitä seuranneisiin huumeausainepoliittisiin toimenpideohjelmiin. Huumeausainepoliittisen koordinaatioryhmän loppuraportissa hallituskauden 2007–2011 päättyessä huomioitiin huumekuolemien määrän kasvu samoin kuin opioidikorvaushoitoon liittyen hoitopäätöksen jälkeinen pitkä jonotusaika (STM, 2011). Kahdessa viimeisimmässä huume politiikkaa ohjaavassa dokumentissa vuosille 2012–2015 (STM, 2012) ja vuosille 2016–2019 (STM, 2016) huume kuolemien ehkäisyä ei ole otettu lainkaan huumeausainepoliittiseksi tavoitteeksi.

Toimiviksi huume kuolemien – erityisesti yliannostuskuolemien – ehkäisykeinoiksi on tutkimustiedon perusteella tunnistettu tiedon jakaminen käyttäjille ja opioidiriippuvuuden korvaushoidon riittävä tarjonta (EMCDDA, 2017). Ehkäisevistä toimenpiteistä näyttöä on myös ”huumeiden käyttöhuoneista” (drug consumption rooms), joissa huumeiden käyttäjät voivat pistää valvotuissa olosuhteissa. Vaikka haaste Suomen tilanteessa on se, että buprenorfiinien, alkoholin ja bentsodiatsepiinien yhteismyrkytykset tapahtuvat hitaasti ja usein henkilön nukkuessa, olisi silti syytä selvittää ja

Johtopäätökset

pilotoida, voisivatko valvotut pistotilat olla keino, jolla yliannostuskuolemia voitaisiin ehkäistä.

LÄHTEET

- Ahola, K., Virtanen, M., Honkonen, T., Isometsä, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2011). Common mental disorders and subsequent work disability: A population-based health 2000 study. *Journal of Affective Disorders*, 134(1), 365-372.
- Alanko, A. (2017). Improving mental health care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation. Publications of the Faculty of Social Sciences. Helsinki: University of Helsinki.
- Alho, H., Sinclair, D., Vuori, E., & Holopainen, A. (2007). Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(1), 75-78.
- Amundsen, E. J. (2015). Drug-related causes of death: Socioeconomic and demographic characteristics of the deceased. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(6), 571-579.
- Ayres, R., Ingram, J., Rees, A., Neale, J., Beattie, A., & Telfer, M. (2014). Enhancing motivation within a rapid opioid substitution treatment feasibility RCT: A nested qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9(1), 44.
- Baggott, M. J., Erowid, E., Galloway, G. P., & Mendelson, J. (2010). Use patterns and self-reported effects of salvia divinorum: An internet-based survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(3), 250-256.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P., Buster, M., . . . COSMO European Group. (2006). Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *European Journal of Public Health*, 16(2), 198-202.
- Barratt, M. J. (2012). Silk Road: eBay for drugs. *Addiction*, 107(3), 683-683.
- Barratt, M. J., Ferris, J. A., & Winstock, A. R. (2014). Use of Silk Road, the online drug marketplace, in the United Kingdom, Australia and the United States. *Addiction*, 109(5), 774-783.
- Becker, K., Berry, S., Orr, N., & Perlman, J. (2014). Finding the hard to reach and keeping them engaged in research. In: *Hard-to-Survey Populations*. Cambridge University Press, 619-641.
- Bell, S. E., & Figert, A. E. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75(5), 775-783.
- Bjerge, B., Duke, K., Frank, V. A., Rolando, S., & Eisenbach-Stangl, I. (2016). Exploring user groups as stakeholders in drug policy processes in four European countries. Concepts of addictive substances and behaviours across time and place (pp. 107-128) Oxford University Press.
- Bogt, T. T., Engels, R., Hibbel, B., Van Wel, F., & Verhagen, S. (2002). "Dancestasy": Dance and MDMA use in Dutch youth culture. *Contemporary Drug Problems*, 29(1), 157-181.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M. A., Bohrn, K., & Hakkarainen, P., ... (2001). Risk and control in the recreational drug culture. Palma de Mallorca: Irefrea. Haettu 15.11.2018 osoitteesta www.irefrea.eu/uploads/PDF/Calafat%20et%20al_2001_Risk%20and%20Control.pdf.

- Chiauzzi, E., DasMahapatra, P., Lobo, K., & Barratt, M. J. (2013). Participatory research with an online drug forum: A survey of user characteristics, information sharing, and harm reduction views. *Substance use & Misuse*, 48(8), 661-670.
- Darke, S., Degenhardt, L., & Mattick, R. (2006). *Mortality amongst illicit drug users: Epidemiology, causes and intervention*. Sydney: Cambridge University Press.
- Degenhardt, L., Larney, S., Randall, D., Burns, L., & Hall, W. (2014). Causes of death in a cohort treated for opioid dependence between 1985 and 2005. *Addiction*, 109(1), 90-99.
- Demant, J. (2009). When alcohol acts: An actor-network approach to teenagers, alcohol and parties. *Body & Society*, 15(1), 25-46.
- Dilkes-Frayne, E. (2014). Tracing the “event” of drug use: “Context” and the coproduction of a night out on MDMA. *Contemporary Drug Problems*, 41(3), 445-479.
- Duff, C. (2007). Towards a theory of drug use contexts: Space, embodiment and practice. *Addiction Research & Theory*, 15(5), 503-519.
- Duff, C. (2013). The social life of drugs. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 167-172.
- Duff, C. (2014). *Assemblages of Health. Deleuze's Empiricism and the Ethology of Life*. Dordrecht: Springer.
- Duff, C. (2011). Reassembling (social) contexts: New directions for a sociology of drugs. *The International Journal on Drug Policy*, 22(6), 404-406.
- EMCDDA. (2010). EMCDDA standard protocol to collect data and report figures for the key indicator drug-related deaths (DRD-standard, version 3.2). Haettu 12.4.2018 osoitteesta http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/615/DRD_Standard_Protocol_version_3.2_216365.pdf.
- EMCDDA. (2017). Preventing overdose deaths in Europe. Haettu 12.4.2018 osoitteesta http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2748/POD_Preventing%20overdose%20deaths.pdf.
- EMCDDA. (2018). *European Drug Report 2018*. Lisbon: EMCDDA.
- Evoy, K. E., Morrison, M. D., & Saklad, S. R. (2017). Abuse and misuse of pregabalin and gabapentin. *Drugs*, 77(4), 403-426.
- Fimea & Kela. (2017). *Suomen lääketilasto 2016. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Helsinki: Fimea ja Kansaneläkelaitos*.
- Firestone, M., & Fischer, B. (2008). A qualitative exploration of prescription opioid injection among street-based drug users in Toronto: Behaviours, preferences and drug availability. *Harm Reduction Journal*, 5(1), 1.
- Fischer, B., Keates, A., Bühringer, G., Reimer, J., & Rehm, J. (2014). Non-medical use of prescription opioids and prescription opioid-related harms: Why so markedly higher in North America compared to the rest of the world? *Addiction*, 109(2), 177-181.
- Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., El-Guebaly, N., . . . Mun, P. (2005). Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health*, 82(2), 250-266.
- Fischer, B., & Argento, E. (2012). Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: A review. *Pain Physician*, 15(3 Suppl), ES191-203.

- Flick, U., Garms-Homolova, V., Herrmann, W. J., Kuck, J., & Röhnsch, G. (2012). "I can't prescribe something just because someone asks for it..." using mixed methods in the framework of triangulation. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 97-110.
- Galea, S., Nandi, A., Coffin, P. O., Tracy, M., Piper, T. M., Ompad, D., & Vlahov, D. (2006). Heroin and cocaine dependence and the risk of accidental non-fatal drug overdose. *Journal of Addictive Diseases*, 25(3), 79-87.
- Galea, S., & Vlahov, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Reports*, 117(Suppl 1), S135.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M., & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: A Swedish national cohort study. *Addiction*, 108(8), 1441-1449.
- Gomart, E. (2002). Methadone six effects in search of a substance. *Social Studies of Science*, 32(1), 93-135.
- Gomart, E., & Hennion, A. (1999). A sociology of attachment: Music amateurs, drug users. *The Sociological Review*, 47(S1), 220-247.
- Hakkarainen, P. (1992). Suomalainen huumeekysymys. Huumausaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja*, 42. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö.
- Hakkarainen, P. (2001). Huumeiden käytön sosiaaliset kehykset. Teoksessa Ritva Piisi (toim.), *Huumetyö* (s. 73-98). Helsinki: Tammi.
- Hakkarainen, P. (2002). Huumeekulttuurin muutos ja huumekuolemat. Teoksessa Olavi Kaukonen ja Pekka Hakkarainen (toim.), *Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa* (s. 110-137). Helsinki: Gaudeamus.
- Hakkarainen, P., Karjalainen, K., Ojajärvi, A., & Salasuo, M. (2015). Huumausaineiden ja kuntodopingin käyttö ja niitä koskevat mielipiteet suomessa vuonna 2014. *Yhteiskuntapolitiikka*, 80(4), 319-333.
- Hakkarainen, P., & Tigerstedt, C. (2005). Korvaushoidon läpimurto Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(2), 143-154.
- Hautamäki, L., Helén, I., & Kanula, S. (2011). Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.), *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 70-110.
- Häkkinen, M., Launiainen, T., Vuori, E., & Ojanperä, I. (2012). Benzodiazepines and alcohol are associated with cases of fatal buprenorphine poisoning. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 68(3), 301-309.
- Heckathorn, D. D. (2011). Comment: Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociological Methodology*, 41(1), 355-366.
- Hoikkala, T., Hakkarainen, P., & Laine, S. (2005). *Beyond health literacy. Youth Cultures, Prevention and Policy*. Helsinki: Finnish Youth Research Network/Youth Research Society.
- Jääskeläinen, M., Holmila, M., Notkola, I., & Raitasalo, K. (2016). Mental disorders and harmful substance use in children of substance abusing parents: A longitudinal register-based study on a complete birth cohort born in 1991. *Drug and Alcohol Review*, 35(6), 728-740.
- KRP (2018). Huumaus- ja dopingainerikollisuuden tilannekatsaus 2016-2017. Haettu 12.3.2018 osoitteesta

- https://www.poliisi.fi/tietoa_poliisista/tiedotteet/1/1/huumaus_ja_dopingainerikollisuuden_tilannekatsaus_2016_2017_58461.
- Kuljukka, L., Niskala, M., Partanen, A., Kuussaari, K., & Vormaa, H. (2014). Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa vuosina 2011 ja 2012. Työpäpaperi 38. Helsinki: THL.
- Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2011). Sosioekonominen asema. Teoksessa Mikko Laaksonen & Karri Silventoinen (toim.), *Sosiaali-epidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät* (s. 41–59). Helsinki: Gaudeamus.
- Laitinen, K., Uhlbäck, S., Eskelinen, N., & Saari, J. (2017). Sumuisten sielujen hyvinvointi. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointi ja palvelujärjestelmään kiinnittyminen. Helsinki: Diakoniammattikorkeakoulu.
- Lanier, W. A., Johnson, E. M., Rolfs, R. T., Friedrichs, M. D., & Grey, T. C. (2012). Risk factors for prescription Opioid-Related death, Utah, 2008–2009. *Pain Medicine*, 13(12), 1580–1589.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Leppo, A., & Perälä, R. (2017). Remains of care: Opioid substitution treatment in the post-welfare state. *Sociology of Health & Illness*, 39(6), 959–978.
- Lunetta, P., Lounamaa, A., & Sihvonen, S. (2007). Surveillance of injury-related deaths: Medicolegal autopsy rates and trends in Finland. *Injury Prevention*, 13(4), 282–284.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., . . . Kunst, A. E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 32(5), 830–837.
- Mäkelä, P. (1999). Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*, 94(6), 867–886.
- Malin, K., Holopainen, A., & Tourunen, J. (2006). "Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan": Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. *Yhteiskuntapolitiikka*. 71(3): 297–306.
- Marmot, M. (2004). Status syndrome. *Significance*, 1(4), 150–154.
- Maxwell, J. C. (2011). The prescription drug epidemic in the United States: A perfect storm. *Drug and Alcohol Review*, 30(3), 264–270.
- Millar, T., & McAuley, A. (2017). *Assessment of Drug-Induced Death Data and Contextual Information in Selected Countries. Technical Report*. Lisbon: EMCDDA.
- Metso, L., Winter, T., & Hakkarainen, P. (2012). Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet: Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Raportti 17/2012. Helsinki: THL.
- Nielsen, B., & Houborg, E. (2015). Addiction, drugs, and experimentation methadone maintenance treatment between “in here” and “out there”. *Contemporary Drug Problems*, 42(4), 274–288.

- Ojanperä, I., Kriikku, P., & Vuori, E. (2015). Myrkytyskuolemat ovat vähentyneet, lääkkeiden päihdekäyttö lisääntyy. *Suomen Lääkärilehti*, 70, 3283–3290.
- Niemelä, S., Sourander, A., Elonheimo, H., Poikolainen, K., Wu, P., Helenius, H., . . . Tamminen, T. (2008). What predicts illicit drug use versus police-registered drug offending? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(9), 697–704.
- Ogeil, R. P., Dwyer, J., Bugeja, L., Heilbronn, C., Lubman, D. I., & Lloyd, B. (2018). Pharmaceutical opioid overdose deaths and the presence of witnesses. *International Journal of Drug Policy*, 55, 8–13.
- Ojanperä, I., Kriikku, P., & Vuori, E. (2015). Myrkytyskuolemat ovat vähentyneet, lääkkeiden päihdekäyttö lisääntyy. *Suomen Lääkärilehti*, 70, 3283–3290.
- Ollgren, J., Forsell, M., Varjonen, V., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Kainulainen, H., . . . Rönkä, S. (2014). Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. *Yhteiskuntapolitiikka* 79(5), 498–508.
- Onyeka, I. N., Beynon, C. M., Uosukainen, H., Korhonen, M. J., Ilomäki, J., Bell, J. S., . . . Kauhanen, J. (2013). Coexisting social conditions and health problems among clients seeking treatment for illicit drug use in Finland: The HUUTI study. *BMC Public Health*, 13(1), 380.
- Onyeka, I. N., Uosukainen, H., Korhonen, M. J., Beynon, C., Bell, J. S., Ronkainen, K., . . . Kauhanen, J. (2012). Sociodemographic characteristics and drug abuse patterns of treatment-seeking illicit drug abusers in Finland, 1997–2008: The HUUTI study. *Journal of Addictive Diseases*, 31(4), 350–362.
- Parker, H., Aldridge, J., & Measham, F. (1998). *Illegal leisure: The normalization of adolescent recreational drug use*. London: Routledge.
- Partanen, A., Alho, H., Forsell, M., Kotovirta, E., Kuussaari, K., Mäkelä, N., . . . Vormaa, H. (2017). Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. *Suomen lääkäri-lehti* 72(50–52), 2981–2985.
- Partanen, J. (2002). Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Olavi Kaukonen ja Pekka Hakkarainen (toim.), *Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa* (s. 13–37.). Helsinki: Gaudeamus.
- Partanen, T. A., Vikatmaa, P., Vuola, J., Lepäntalo, M., & Tukiainen, E. (2008). Laskimon sisäisinä huumeina käytetyt tabletit aiheuttavat vakavia vaurioita. *Suomen Lääkärilehti*, 63(23), 2131–2136.
- Perälä, J. (2011). " Miksi lehmät pitää tappaa?": Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä. *Tutkimus* 56/2011. Helsinki: THL.
- Piispa, M. (2011). Eivät huumeet yksin tapa: Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 76(2), 169–180.
- Puuronen, A. (2006). *Terveystaju: Nuoret, politiikka ja käytäntö*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M. C., Wasserman, M. S., & Paradis, A. D. (2000). General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 223–231.
- Richardson, R., Charters, T., King, N., & Harper, S. (2015). Trends in educational inequalities in drug poisoning mortality: United States, 1994–2010. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1859–1865.

- Rönkä, S., & Virtanen, A. (2009). Finland Drug Situation 2009. Report 45. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143–155.
- Rose, N. (2007). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369(9562), 700–702.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M., & Hakkarainen, P. (2009). Suomalainen huumekuolema 2007: Poikkiteollinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyysasiakirjoista. Helsinki: THL/Nuorisotutkimusseura.
- SAMHSA. (2011). Substance abuse and mental health services administration, center for behavioral health statistics and quality. The DAWN report: Highlights of the 2011 drug abuse warning network (DAWN) findings on drug-related emergency department visits. Rockville, MD.
- Selin, J., Perälä, R., Stenius, K., Partanen, A., Rosenqvist, P., & Alho, H. (2015). Opioidikorvaushoito Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. *Suomen Lääkärilehti*, 70(19), 1343–1348.
- Seppälä, P., & Mikkola, T. (2004). Huumeet Internetissä ja nuorisokulttuureissa. Havaintoja huumeiden nerkityksistä ja riskikäytöksistä käyttäjäpiireissä. Raportteja, 287. Helsinki: Stakes.
- Silva, K., Schrage, S. M., Kecojevic, A., & Lankenau, S. E. (2013). Factors associated with history of non-fatal overdose among young nonmedical users of prescription drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1), 104–110.
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 99–121.
- STM. (2011). Huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän hallituskauden 2007–2011 loppuraportti.
- STM. (2012). Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpideohjelmasta huumausainekäytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012–2015
- STM. (2016). Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliitikasta 2016–2019.
- Svenska Yle (30.4.2018). Överdosis av de vanligaste dödsorsakerna bland män under fyrtio. Haettu 1.12.2018 osoitteesta <https://svenska.yle.fi/artikel/2018/04/30/overdos-en-av-de-vanligaste-dodsorsakerna-bland-man-under-fyrtio>.
- Tammi, T. (2007). Medicalising prohibition: Harm reduction in Finnish and international drug policy. Helsinki: Stakes.
- Tammi, T., Pitkänen, T., & Perälä, J. (2011). Stadin nistit: Huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. *Yhteiskuntapolitiikka*, 76(1), 45–54.
- THL. (2017a). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2016. Tilastoraportti 36/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL. (2017b). Päihdetilastollinen vuosikirja 2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL. (2018). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017. Tilastoraportti 31/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Törmä, S. (2009). Kynnyskysymyksiä: Huono-osaistimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys Hämeenlinna: Sosiaalikehitys.
- Tourangeau, R., Edwards, B., & Johnson, T. P. (2014). *Hard-to-survey populations*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Uosukainen, H., Kauhanen, J., Bell, J. S., Ronkainen, K., Tiihonen, J., Föhr, J., . . . Korhonen, M. J. (2013). Mortality among clients seeking treatment for buprenorphine abuse in Finland. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 391–397.
- Vervaeke, H. K., & Korf, D. J. (2006). Long-term ecstasy use and the management of work and relationships. *International Journal of Drug Policy*, 17(6), 484–493.
- Vilhelmsson, A., Svensson, T., & Meeuwisse, A. (2013). A pill for the ill? Patients' reports of their experience of the medical encounter in the treatment of depression. *PloS One*, 8(6), e66338.
- Vuorenmä, M. (2008). Lääkemääräyskäytännön tutkiminen ja kelan reseptitiedoston kattavuus. [Study on prescribing practices and the coverage of the register on reimbursed medical purchases of social insurance institution]. Master thesis. University of Kuopio, Faculty of Pharmacy.
- Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J., & Ojansivu, R. (2001). Oikeuskemiallisen tutkimuksen perusteella todetut myrkytyskuolemat vuosina 1998 ja 1999. *Suomen Lääkärilehti; erillispainos*, 2521–2525.
- Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J., & Ojansivu, R. (2006). Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2002–2004. *Suomen Lääkärilehti*, 61(21–22), 2339–2344.
- Whitehead, L. C. (2007). Methodological and ethical issues in internet-mediated research in the field of health: An integrated review of the literature. *Social Science & Medicine*, 65(4), 782–791.
- Wilkins, C., Sweetsur, P., & Griffiths, R. (2011). Recent trends in pharmaceutical drug use among frequent injecting drug users, frequent methamphetamine users and frequent ecstasy users in New Zealand, 2006–2009. *Drug and Alcohol Review*, 30(3), 255–263.
- Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710–725.
- Xu, J., Murphy, S. L., Kochanek, K. D., Bastian, B., & Arias, E. (2018). Deaths: Final data for 2016. *National Vital Statistics Reports*; vol 67 no 5. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2018.
- Zinberg, N. E. (1986). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.