

Övereitä, sekoilua ja moniongelmaisuuutta Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007

Sosiologian pro gradu -tutkielma
Helsingin yliopisto

Mikko Piispa, toukokuu 2010

NUORISOTUTKIMUSSEURA RY.
NUORISOTUTKIMUSVERKOSTO



Övereitä, sekoilua ja moniongelmaisuuutta

Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007

Sosiologian pro gradu -tutkielma
Helsingin yliopisto
Toukokuu 2010

Mikko Piispa

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	HUUMETILANNE SUOMESSA	4
2.1	Huumekuolemien historiaa Suomessa	7
2.2	Huumekuolemat kansainvälisesti	14
2.3	Yhteenvetoa	17
3	MIKÄ HUUMEKUOLEMA?	19
4	MENETELMÄT, TUTKIMUSKYSYMYS JA AINEISTO	26
4.1	Tutkimuskysymys	26
4.2	Aineiston keruu, aineiston luonne ja tutkimusetiikka	28
4.3	Aineiston koodaaminen ja käsittely	31
5	HUUMEISIIN LIITTYVÄT KUOLEMAT	40
5.1	Tapaturmaiset yliannoskuolemat	42
5.1.1	Huumeperäiset kuolemat	43
5.1.1.1	15–19-vuotiaat: sekoilua ja kokemattomuutta	45
5.1.1.2	20–24-vuotiaat: kehittyntä narkomaniiaa ja itselääkintää	47
5.1.1.3	25–29-vuotiaat: merkkejä pahenevasta syrjäytymisestä	51
5.1.1.4	30–39-vuotiaat: sosiaalisia ongelmia ja terveyden heikkenemistä	53
5.1.1.5	40-vuotiaat ja sitä vanhemmat: pitkäaikaisia ongelmia ja kovia kipuja	55
5.1.2	Huume- ja alkoholiperäiset kuolemat	56
5.1.2.1	Alle 30-vuotiaat: rankkaa sekakäyttöä	58
5.1.2.2	30-vuotiaat ja sitä vanhemmat: monipäihderiippuvuutta ja kroonista sairastelua	61

5.1.3	Suomalaisen huumekuoleman kuva	63
5.2	Itsemurhat	68
5.3	Sairauskuolemat	71
5.4	Muut tapaturmat	74
5.5	Henkirikokset	77
6	KETKÄ KUOLEVAT HUUMEISIIN LIITTYEN JA MITÄ ON HUUMEISIIN LIITTYVIEN KUOLEMIEN TAUSTALLA?	79
6.1	Analyysistä nouseva typologia: huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa	84
6.2	Erityiskysymys: nuorten huumeisiin liittyvät kuolemat	86
7	VERTAILUA JA KESKUSTELUA	89
7.1	Narkomania	92
7.2	Nuorten sekoilukulttuuri ja elämän näköalattomuus	94
7.3	Itselääkintä ja lääkkeiden päihdekäyttö	96
8	LOPUKSI: KUINKA EHKÄISTÄ HUUMEISIIN LIITTYVIÄ KUOLEMIA?	100
	LÄHTEET	104
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomeen saapui 1990-luvun alkupuolella niin sanottu ”toinen huumeaalto” (Partanen & Metso 1999). Tämän myötä huumeita kokeilleiden määrä nousi nopeassa tahdissa (Hakkarainen & Metso 2007), huumeiden viihdekäyttö yleistyi (Salasuo 2004) ja huumeiden ongelmakäyttäjien määrä kasvoi (Partanen ym. 2007). Huumekuolemien määrä vuositasolla lisääntyi tämän myötä, joskin pienellä viiveellä suhteessa käytön lisääntymiseen (Vuori 2010). Huumeiden käyttäjistä hyvin pieni osa kuolee huumeisiin, mutta on ymmärrettävää, että huumekuolemat herättävät huolta (ks. esim. Iltalehti 28.10.2008; Punkka-Hänninen 2007), kysymyksiä ja jopa ”narkofobiaa” (Partanen 2002). Yksi merkittävä syy tämän huolen taustalla lienee tietämättömyys aiheesta. Ihmetystä ovat aiheuttaneet myös risteävät tulkinnat siitä, mikä oikeastaan on huumekuolema (ks. esim. Hurme & Kotorinta 2005).

Yksi tapa – tosin hieman ongelmallinen, mihin palaan pian – ymmärtää huumekuolema on ollut lukea huumekuolemiksi kaikki tapaukset, joissa huumausaineita tai niiden tavoin käytettäviä lääkeaineita on löytynyt vainajasta ruumiinavauksen yhteydessä. Vuonna 2007 tällaisia tapauksia Suomessa sattui 234. Luku oli korkeampi kuin koskaan aiemmin ja kasvoi merkittävästi vuodesta 2006 (191 vainajaa). Kuitenkin samaan aikaan lähes kaikki muut huumeiden käytön yleisyyttä ja haittoja kuvaavat indikaattorit olivat laskussa, mikä nosti kysymyksen siitä, miksi kuolemien määrä kasvoi.

Tämä tutkielma käynnistyi osana projektia, jonka tavoitteena on tuottaa uutta tietoa suomalaisista huumekuolemista ja selkeyttää aiheeseen liittyvää käsitteistöä. Projektin ensimmäinen tuotos oli Mikko Salasuon, Erkki Vuoren, Mikko Piispan ja Pekka Hakkaraisen (2009) *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista*. Poikkitieteellisen tutkimusotteen avulla pyrimme luomaan terminologiaa, joka olisi sekä oikeuslääketieteellisesti että yhteiskuntatieteellisesti pätevää ja ymmärrettävää. Päädyimme käyttämään termiä *huumeisiin liittyvät kuolemat* puhuttaessa kaikista kuolemantapauksista, joissa vainajasta on tehty huumausainelöydös oikeuslääketieteellisessä ruumiinavauksessa otetuista näytteistä. Selvitimme myös sitä, mihin huumausaineisiin kuolla, millä tavalla ja minkälaisissa olosuhteissa. Analyysi ja tulkinnat olivat pääasiassa Mikko Salasuon ja minun yhdessä tekemiä.

Nyt käsillä olevassa työssä laajennan ja tarkennan Salasuon ym. (2009) tutkimuksen tarjoamaa kuvaa huumeisiin liittyvistä kuolemista. Aineisto on sama: vuoden 2007 kuolinsyyasiakirjat vainajista, joista oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen yhteydessä otetuista näytteistä on löytynyt huumausainejäämiä. Keräsimme aineiston vuosien 2008 ja 2009 aikana Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitoksella.

Käsittelen paitsi huumeiden suorasta vaikutuksesta aiheutuneita tapaturmaisia yliannoskuolemia (eli kuolemaan johtaneita ”övereitä”), myös huumeisiin liittyviä itsemurhia, sairauskuolemia, muita kuin yliannostuksen aiheuttamia tapaturmaisia kuolemia ja henkirikoksia. Etsin myös vastauksia kysymyksiin siitä, millaisissa olosuhteissa huumeisiin liittyvät kuolemat tapahtuvat ja mitä on niiden taustalla. Näitä pyrin kartoittamaan vainajien päihde- ja sairaushistorioiden sekä tapahtumatietojen avulla. Kiinnitän huomiota myös kuolleiden ikään, minkä vuoksi käsittelen tapaturmaisia yliannoskuolemia viisivuotiskäryryhmittäin. Erityisenä tarkastelun kohteena ovat nuoret ikäryhmät, sillä Suomessa huumeisiin liittyvät kuolemat painottuvat alle 30-vuotiaisiin (Vuori 2010; Steentoft ym. 2006).

Huumeisiin liittyvät kuolemat on aihe, josta puhutaan paljon mutta tiedetään yllättävän vähän. Ne kohtaavat suurimmaksi osaksi väestönosaa, joka elää yhteiskunnan marginaalissa. Kun huumeisiin liittyvistä kuolemista ei tiedetä paljoa, on vaikea auttaa henkilöitä, jotka saattavat kuolla huumeisiin liittyen. Huumeisiin liittyviä kuolemia koskeva tutkimus on ollut tähän asti lähinnä oikeuslääketieteellistä (ks. esim. Vuori ym. 2009), joten tälle tutkielmalle ja sen tarjoamalle yhteiskuntatieteelliselle näkökulmalle on tarvetta. Se voi myös tuottaa tietoa, josta on hyötyä huumeisiin liittyvien kuolemien ehkäisyssä. Salasuon ym. (2009) tutkimus ja nyt käsillä oleva tutkielma voidaan nähdä toisilleen loogisena jatkumona ja kokonaisuutena: aineisto on sama ja sen analyysi tarkentuu tämän työn kautta yksityiskohtaisemmaksi. Nämä työt yhdessä tarjoavat sellaista tietoa, jota aikaisemmin ei ole ollut saatavilla.

Luvussa 2 tarkastelen ensin huumausainetilannetta Suomessa ja sen jälkeen aiempaa huumeisiin liittyviä kuolemia koskevaa kotimaista ja kansainvälistä tutkimusta. Kyseisessä luvussa huomataan, että huumeikuoleman käsitteen käyttö ei ole ollut yhdenmukaista edes tutkimuskielessä.

Luvussa 3 erittelen, mitä huumekuolemalla on tarkoitettu ja voidaan tarkoittaa. Kuten mainitsin, tässä työssä käytän termiä huumeisiin liittyvä kuolema tapauksista, joissa vainajasta on löydetty huumausainejäämiä. Olisi yksinkertaistus nimetä kaikki nämä tapaukset huumekuolemiksi. Siispä huumeisiin liittyvä kuolema jakautuu edelleen erilaisiin alaryhmiin. Näiden ryhmittelyjen kautta tarkentuu se, mistä on mielekästä puhua huumekuolemana ja mistä ei.

Luvussa 4 käsittelen tutkimusmenetelmiä ja tutkimuskysymystä ja esittelen myös aineistoani ja sen käsittelyvaiheita. Tutkimusmenetelmänä toimii aineistolähtöinen *grounded theory* (Charmaz 2006; Glaser & Strauss 1967). Grounded theory on perusteltu valinta, sillä aiempaa – varsinkaan yhteiskuntatieteellistä – tutkimusta huumeisiin liittyvistä kuolemista ei juuri ole olemassa. Täten pyrin luomaan kehystä (teoriaa), jonka avulla huumeisiin liittyviä kuolemia on helpompi käsitellä ja ymmärtää. Esitellessäni aineistoa huumeisiin liittyvän kuoleman alaryhmät tarkentuvat ja niiden jaotteluperusteet selviävät yksityiskohtaisesti.

Luvussa 5 siirryn aineiston analyysiin. Kuvaan huumeisiin liittyviä kuolemia luvuissa 3 ja 4 esitellyn jaottelun ohjaamana. Tarkastelen erityisesti kuolleiden sukupuolta, ikää, käyttötapoja ja -historiaa, käytettyjä aineita, kuolemaa edeltäneitä tapahtumia ja kuolleiden sairaushistoriaa. Analyysia konkretisoivat tapausesimerkit.

Luvuissa 6–8 tiivistän tutkielmani tulokset ja esittelen johtopäätökset. Peilaan tuloksiani aiempiin tutkimuksiin ja keskusteluihin. Pohdin myös millaisin keinoin huumeisiin liittyviä kuolemia voitaisiin ehkäistä.

Liitteessä 1 on katsaus tämän tutkielman kannalta olennaisimpiin huumaus- ja lääkeaineisiin. Liitteessä 2 on lueteltu tapausesimerkeissä esiintyvien huumaus- ja lääkeaineiden hoito- ja viitealueet sekä opioidien kohdalla alimmat myrkylliset pitoisuudet. Liite 3 on kopio kuolintodistuksesta.

2 HUUMETILANNE SUOMESSA

Suomessa huumeiden käyttö alkoi lääkkeiden päihdekäyttönä 1800-luvulla. Aluksi oopiumia ja myöhemmin siitä jalostettua morfiinia mainostettiin tehokkaina lääkkeinä lähes vaivaan kuin vaivaan. Sittemmin opioidien riskit opittiin tuntemaan paremmin ja myyntiä rajoitettiin. Jonkin verran yliannostus- ja narkomaniatapauksia tuli kuitenkin tietoon. Merkittävä osuus morfinismista oli lääkärikunnan riesa, kun taas ”tavallisen kansan” pariin opioidit päätyivät usein ovelta ovelle kulkeneitten puoskareiden kautta. 1874 kemisti Alder Wright kehitti heroinin, jonka lääkefirma Bayer toi markkinoille särky- ja yskänlääkkeenä 1898. Sitä pidettiin aluksi harmittomana ja vähän riippuvuutta aiheuttavana lääkkeenä, jonka avulla hoidettiin jopa morfiiniriippuvuutta. 1880-luvulla myös kokaiini saapui Suomeen; sitäkin markkinoitiin aluksi ihmelääkkeenä kunnes tietous riskeistä levisi. Suomalainen huumausainekontrolli oli kuitenkin lähes olematonta, joten oopiumia, morfiinia, heroinia ja kokaiinia oli suhteellisen helppo saada melko vähällä rahalla. 1920-luvun sodanjälkeisinä vuosina kokaiini nousi Helsingissä jopa muotihuumeen asemaan, tosin sen käyttö oli edelleen pienten piirien hupia. (Ylikangas 2009, 15–71.)

1930-luvulla Suomessa kulutettiin heroiniinipohjaisten yskänlääkkeiden muodossa heroinia asukasta kohden toiseksi eniten maailmassa Japanin jälkeen (Ylikangas 2009, 125–132). Samoihin aikoihin myös amfetamiini teki tuloaan Suomeen. Aluksi se esiteltiin tehokkaana nuhalääkkeenä, ja toisen maailmansodan aikaan sitä jaettiin sotilaille kestokyvyn lisäämistarkoituksessa. (Sairanen & Tacke 2005.) Myös heroinia kulutettiin rintamalla suuria määriä ja sitä käytettiin lääkkeenä lähes kaikkiin vaivoihin, ensisijaisesti kuitenkin yskään (Ylikangas 2009, 148–153). Sodan jälkeen heroinia käytettiin yhä Suomessa verrattain suuria määriä, mihin YK vaati Suomelta selitystä. Lopulta Suomessa päätettiin vähentää heroinin saatavuutta tiukin ottein, ja vuoteen 1953 mennessä heroini katosi myynnistä. (Mt., 177–187.) Suomeen jäi kuitenkin joukko narkomaaneja, jotka siirtyivät morfiiniin ja sitten metadoniin. Sodan seurauksena Suomeen oli syntynyt ensimmäinen ”klassinen” narkomaanijoukko, joka keskittyi lähinnä Helsinkiin. Vuonna 1953 Helsingin huoltopoliisin kortistossa oli 231 narkomaania, mutta joidenkin arvioiden mukaan Helsingissä oli jopa tuhat huumeiden käyttäjää. (Mt., 187–189.)

1950-luvun puolivälissä opioidien päihdekäyttäjien määrä romahti Suomessa. Sen sijaan suosiotaan kasvattivat amfetamiini ja barbituraatit. Barbituraatteja löytyikin lukuisten äkillisten kuolemantapausten yhteydessä. Suomalainen huumausainekulttuuri muuttui lyhyessä ajassa. (Ylikangas 2009, 216–217.)

1960-luvulla Suomen huumausainekuvioissa tapahtui jälleen uusi käänne: tällä kertaa huumausaineista muodostui ensimmäistä kertaa yhteiskunnallinen ongelma.

”Ensimmäinen huumeaalto” painottui lähinnä kannabikseen, mutta myös LSD saapui Suomeen hippiaatteen mukana (Partanen & Metso 1999). 1960-luvun lopulla myös amfetamiinin tarjonta kasvoi rajusti (Hakkarainen 1992, 73–75). Samoihin aikoihin media heräsi ”huumeongelmaan” ja vaati viranomaistoimia (mt., 107–118). Vuonna 1968 amfetamiini luokiteltiin huumausaineeksi (Sairanen & Tacke 2005).

Huumausaineiden käyttö kääntyi laskuun vuoden 1971 jälkeen (Hakkarainen 1992, 78–82) ja poliisi suoritti merkittäviä hasis- ja LSD-takavarikkoja pitkin 1970-luvun alkupuolta (Koskinen 1997, 114–131). Ensimmäinen huumeaalto hiipuikin nopeassa tahdissa.

Huumausainerikollisuus väheni 1970-luvun puolivälin jälkeen (Koskinen 1997, 132–134). 1980-luvulle tultaessa Suomen huumekuviot pirstoutuivat karkeasti ottaen kolmeen osaan: kannabiskuvioihin, opioidien käyttäjiin ja sekakäyttäjiin. Kaikkiaan 1970–1980-luvuilla huumeiden käyttö Suomessa oli suhteellisen vähäistä. (Hakkarainen 1992, 78–97.)

1990-luvun alussa Suomeen saapui ”toinen huumeaalto”. Sen myötä huumeiden käyttö lisääntyi nopeasti. Kymmenessä vuodessa ainakin joskus elämässään huumeita kokeilleiden määrä kaksin–kolminkertaistui, tosin tämä kuvaa lähinnä kannabiksen käyttöä (Piispa ym. 2005, 1). Yleisintä huumeiden käyttö on ollut 20–29-vuotiaiden keskuudessa. Vuosituhannen alussa tässä ikäryhmässä noin joka kolmas oli kokeillut kannabista jossain vaiheessa elämäänsä. (Hakkarainen & Metso 2003.) 2000-luvun alussa myös ekstaasin ja amfetamiinin käyttö lisääntyi nuorten aikuisten keskuudessa. Tämä kytkeytyi uuden juhlimiskulttuurin rantautumiseen. (Salasuo 2004.)

Huumeiden käytön yleistyminen on selvästi ollut sukupolvi-ilmiö, joka voidaan nähdä osana laajempaa, elämyksiä korostavaa kulttuurista muutosta (Hakkarainen 2005;

Hakkarainen & Metso 2003). Toinen huumeaalto ei näyttäydykään ohimenevänä, vaan on puhuttu pikemminkin ”merenpinnan pysyvistä noususta” (Salasuo & Seppälä 2001, 227). Vuosituhannen vaihteen jälkeen päihteiden käyttö on tasaantunut nuorten keskuudessa. Vuosina 2002–2006 kannabista joskus kokeilleiden osuus 15–24-vuotiaiden keskuudessa laski 25 prosentista 19 prosenttiin, kun taas 25–34-vuotiaiden keskuudessa se nousi vastaavasti 19 prosentista 25 prosenttiin (Hakkarainen & Metso 2007). Tässä on nähtävissä selvä kohorttivaikutus: uusien käyttäjien määrä on vähentynyt. Tämän tutkimuksen kannalta olennaisempaa kuin kannabiksen käyttö on kuitenkin ns. kovien huumeiden ongelmakäyttö. Ongelmakäyttäjien määrää mitataan Suomessa opioidien ja amfetamiinien käyttäjien määrää arvioimalla (Partanen ym. 2007).

Taulukko 1. Opioidien ja amfetamiinien ongelmakäyttäjien arvioidut lukumäärät Suomessa 1999, 2002 ja 2005

	1999	2002	2005
Opioidien käyttäjät	2 500–3 300	4 200–5 900	3 700–4 900
Amfetamiinin käyttäjät	8 300–12 400	10 900–18 500	12 000–22 000
Kokonaisarvio	11 100–14 000	16 100–21 100	14 500–19 100

Lähteet: Partanen ym. 2007; Partanen ym. 2004.

Toisen huumeaallon seurauksena ongelmakäyttäjien määrä kasvoi 2000-luvun taitteessa (ks. taulukko 1). 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puoliväliin mennessä ongelmakäyttäjien määrä tasaantui ja on saattanut jopa kääntyä lievään laskuun. Suomessa kovien huumeiden ongelmakäytölle on tyypillistä amfetamiinin vahva asema, alkoholin oheiskäyttö, buprenorfiinin pistoskäyttö ja erilaiset mielenterveysongelmat (Rönkä & Virtanen 2008, 32–38, 56). Vuonna 2008 opioidikorvaushoidossa arvioitiin olevan 1200 henkilöä, ja hoitotilanne vaihtelee kaupungeittain suurestikin: monissa kaupungeissa joutuu jonottamaan kuukausia päästäkseen korvaushoitoon. Huumehoitojärjestelmä on monilla paikkakunnilla vielä vakiintumaton, mikä on luonut omat vaikeutensa. Yhtenä ongelmana ovat myös korvaushoidon kustannukset. (Mt., 43–44.) Julkisen talouden säästöpaineeet vaikeuttanevat tilannetta entisestään. HIV- ja hepatiittitartuntojen määrä on pistoskäyttäjien keskuudessa kuitenkin laskenut

terveysneuvonnan ja puhtaiden välineiden vaihdon kautta (mt., 52; Kouvonen 2006, 43–59).

Ongelmakäyttäjät ovat usein sosiaalisesti syrjäytyneitä ja/tai muutoinkin moniongelmaisia. Riikka Perälä (2007) on hahmotellut neljä ulottuvuutta, jotka määrittelevät huumeongelmaa käyttäjien omassa elämässä. Ensinnäkin ongelma ei ole selkeärajanen ja yksinkertainen, vain käyttöön ja sen lopettamiseen liittyvä, vaan ongelmat risteävät toistensa kanssa useammilla elämän osa-alueilla. Toinen ulottuvuus onkin se, että esimerkiksi asumiseen tai ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat voivat tuntua tärkeämmiltä ja akuutimmin hoitoa kaipaavilta kuin itse huumeiden käyttö, jonka lopettaminen ei välttämättä tunnu käyttäjästä lainkaan mielekkäältä vaihtoehdolta. Käyttö voi pikemminkin tarjota lievennystä ahdistukseen. Kolmanneksi huumeiden käyttö on käyttäjille arkista, rutiininomaista ja hyvin itsestään selvää toimintaa, johon liittyy muitakin ”hoidettavia asioita” kuin itse käyttö (vrt. Lalander 2003; Perälä 2002, 62–65, 73–80; Preble & Casey 1969). Populaarikulttuurisissa kuvauksissa huumeiden käyttöön on usein liitetty tiettyä mystisyyttä tai salamyhkäisyyttä, mutta ainakin Riikka Perälän tutkimien suomalaisten ongelmakäyttäjien maailma näyttäytyy lähinnä arkisena ja raskaana. Neljänneksi huumeiden ongelmakäyttäjät eivät ole homogeeninen ryhmä, vaan syrjäytyneiden nuorten miesten lisäksi joukossa on eri-ikäisiä ja habitukseltaan kirjavia ihmisiä, joiden elämä ei käyttöä lukuun ottamatta ole marginaalista. Monet heistä ovat sellaisia, ”joista ei uskoisi”. (Perälä 2007.)

2.1 Huumekuolemien historiaa Suomessa

Jo 1800-luvulla, kun Suomeen saapuivat oopiumi, morfiini ja kokaiini, tiedetään Suomessa sattuneen huumeisiin liittyviä yliannoskuolemia. Vuosina 1909–1928 Suomessa kirjattiin 61 opioidien ja yhdeksän kokaiinin aiheuttamaa kuolemantapausta. Suuri osa yliannostustapauksista jäi todennäköisesti tulematta ilmi, sillä huumekuolemien kirjaaminen oli suhteellisen löyhää. Tämä johtui luultavasti osin siitä, että kuolintapaukset olivat sen verran harvinaisia, varsinkin verrattuna alkoholikuolemien määrään, että niitä ei tutkittu järin perusteellisesti. (Ylikangas 2009, 91–92.) Huumekuolemien määrä pysyi kuitenkin suhteellisen alhaisena aina 1900-luvun

loppupuolelle asti. Vielä 1980-luvulla positiivisia huumausainelöydöksiä tehtiin keskimäärin vain muutamasta kymmenestä vainajasta vuosittain (Steentoft ym. 1996).

1990-luvun alussa huumausainepositiivisten vainajien lukumäärä lähti kasvuun. Erkki Vuori, Kari Poikolainen, Osmo Kontula ja Ari Virtanen (2001a) selvittivät suomalaisen huumekuoleman piirteitä vuosien 1990 ja 1996 välillä. Heidän aineistonaan olivat kuolinsyyasiakirjat, ja aineisto sisälsi kaikki vainajat, joista oli ruumiinavauksen yhteydessä tehty positiivinen huumausainelöydös. Kuolinsyyasiakirjojen lisäksi tutkimuksessa käytettiin tietoja vainajien huumausainerikoksista sekä huumaus- ja lääkeaineiden väärinkäyttöön liittyvistä sairaalahoidoista.

Tapauksia oli seitsemänä vuonna kaikkiaan 426. Korkein yksittäinen luku oli vuonna 1996, jolloin huumausaineita löytyi 85 vainajasta. Tapausten lukumäärä kasvoi tutkimusvuosien loppua kohden. Vainajista 369 (87 %) oli miehiä. Puolet tutkituista oli alle 30-vuotiaita, viisivuotisikäryhmistä lukumääräisin oli 25–29-vuotiaat (99 tapausta, 23 %). Kuolemanluokittain tapaukset jakautuivat seuraavasti: tapaturma 168 (39 %), itsemurha 151 (35 %), epäselvä 40 (9 %), henkirikos 37 (9 %) ja sairaus 29 (7 %). Yhdestä tapauksesta tieto puuttui. (Vuori ym. 2001a.) Itsemurhien ja henkirikosten osuus pieneni vuosien 1990–1996 aikana, kun taas tapaturmaisten kuolemien osuus kasvoi. Tämä kertoo siitä, että tapaturmaisten myrkytyskuolemien määrä lisääntyi. Yksi mielenkiintoinen seikka Vuoren ym. tutkimuksessa on se, olivatko vainajat kuolleet yksin vai muiden seurassa. Yksin oli kuollut 203 (48 %) ja kaveriporukassa 97 (26 %). Muiden vainajien kuolinseurasta ei ollut tietoa. (Vuori ym. 2001a.)

Vuosituhanen loppua kohti huumekuolemien määrä jatkoi kasvuaan. Vuonna 1999 huumausaineita löydettiin jo 140 vainajasta. Erityisen huomionarvoista oli heroiniin ilmaantuminen huumekuolemakuvioihin. Vuonna 1995 sitä oli yhdessä vainajassa, vuonna 1999 vastaava luku oli 50. Samalla myrkytyskuolemien osuus huumekuolemien joukossa kasvoi edelleen. (Vuori ym. 2001b, 2524; Vuori ym. 1999, 1534.)

Nuorten osuus huumekuolematilastoissa lisääntyi. Vuonna 1998 huumausainelöydös tehtiin neljästätoista alle 20-vuotiaasta. Näistä viisi oli kuollut heroiniin yliannostukseen. Vuonna 1999 huumausainejäämiä oli kolmessatoista alle 20-vuotiaassa, joista kahdeksan kuoli heroiniin. (Vuori ym. 2001b, 2524.) Vuosituhannen

vaihteen tienoilla heroini-kuolemista muodostui lähestulkoon epidemia. Tätä on käsitelty tarkemmin Pekka Hakkarainen (2002). Hakkaraisen aineistona olivat Turussa vuonna 1999 sattuneet yksitoista kuolemantapausta, joissa peruskuolinsyynä oli huumausaineiden käytön aiheuttama myrkytys. Kuolinsyytutkinnan asiakirjojen lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin vainajien rikollista taustaa poliisin virka-apu- ja rikosilmoitusjärjestelmän (RIKI) avulla.

Yhdestätoista vainajasta vain yksi oli nainen. Yhdeksän uhreista oli alle 25-vuotiaita, nuorin heistä 16-vuotias. Suurin osa kuolleista oli yksin asuvia miehiä. Viidessä tapauksessa kuolinsyynä mainittiin yhden aineen aiheuttama myrkytys, kuudessa tapauksessa kyseessä oli usean aineen aiheuttama myrkytys. Heroiini oli peruskuolinsyynä yhdeksässä tapauksessa, mutta se vaikutti taustalla myös kahdessa muussa tapauksessa. Heroiinin lisäksi kuolleista löytyi muun muassa morfiinia (kuten aina heroinin käytön yhteydessä), amfetamiinia, kannabista ja erilaisia bentsodiatsepiineja. Alkoholia sen sijaan ei esiintynyt. Kuolemanluokittain Turun huume-kuolemista kahdeksan oli tapaturmia ja kolme jäi epäselväksi. Tapaturmat olivat tässä tapauksessa nimenomaan heroinin aiheuttamia yliannoskuolemia. Epäselvissä tapauksissa yhdessä epäiltiin itsemurhaa, yhdessä henkirikosta ja yhdessä tapahtumatiedot olivat liian niukat määrittelylle. (Hakkarainen 2002, 125–128.)

Henkilöiden käyttöhistorioista selvisi, että sekakäyttö oli ollut hyvin tavallista. Käyttöurille oli tyypillistä siirtyminen amfetamiinista heroiniin. Henkilöt olivat olleet verrattain kokemattomia heroinin käyttäjiä, vain kolmella heistä käyttöhistoria oli yli vuoden mittainen. Viisi oli kuollut yksin, muut seurassa. Muutamassa tapauksessa kuolemaa edelsi erittäin sekava käyttöputki isolla porukalla. Tapaukset kertoivat kokemattomuudesta ja tietynlaisesta sekoilun ilmapiiristä. Heroiini oli tullut mukaan lääkkeiden ja huumeiden sekakäyttöön, mutta sen arvaamattomuutta ei osattu aavistaa. Osa kuolemantapauksista (3–5) olisi kenties voitu välttää, mikäli paikallaolijat olisivat tunnistaneeet yliannostuksen, ymmärtäneet tilanteen vakavuuden ja hälyttäneet paikalle apua. Näin oli varsinkin nuorimpien kuolleiden kohdalla. Hakkarainen myös peräänkuuluttaa huomion kiinnittämistä sekakäyttöön ja muun muassa bentsodiatsepiinien ja heroinin yhteiskäytön riskeihin. Lisäksi hän korostaa sosiaalista syrjäytymistä ehkäisevän työn merkitystä. (Hakkarainen 2002, 133–134.)

Taulukko 2. Oikeuskemiallisissa kuolinsyytutkimuksissa todetut huumausainelöydökset vainajista vuosina 2000–2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Heroiini	63	26	6	4	0	3	2	1
Buprenorfiini	7	10	22	73	72	83	88	97
Kannabinoidit	62	62	70	82	80	71	99	94
Amfetamiinit	77	84	61	51	52	66	64	94
Metadoni	0	3	10	3	11	14	21	26
Kokaiini	1	1	2	1	3	2	1	3
Gamma	1	1	0	1	1	2	6	2
Yhteensä	171	152	153	147	176	179	191	234

Lähteet: Vuori ym. 2009; Vuori ym. 2006.

Vuosituhaten vaihteen jälkeen heroiini alkoi kadota suomalaisista huume kuvioista (ks. taulukko 2). Vuonna 2000 huumausaineita löytyi 171 vainajasta, joista 63:sta tehtiin heroiinilöydös ja näistä 60 oli heroiinimyrkytystapauksia. Vuosi 2001 alkoi samaan tapaan kuin edellinen, mutta syyskuun jälkeen heroiinikuolemat loppuivat kokonaan. Vuoden 2001 saldoksi muodostui 152 huumausainepositiivista vainajaa, joista 26:ssa esiintyi heroiinia ja niistä 25 oli heroiinimyrkytyksiä. Heroiinikuolemien määrän äkillistä putoamista on vaikea selittää. Poliisin mukaan heroiinin saatavuus väheni ja takavarikoitu heroiini oli aikaisempaa laimeampaa. (Vuori ym. 2003, 3406.) Luultavasti tärkein yksittäinen syy heroiinin saatavuuden vähenemiseen oli Afganistanin sota (Virtanen 2003, 77).

Amfetamiinilöydökset vainajista sen sijaan lisääntyivät edellisvuosista. Sekä 2000 että 2001 amfetamiinit aiheuttivat kymmenen myrkytyskuolemaa. Myös buprenorfiini alkoi esiintyä enemmän kuolinsyytilastoissa. Sitä alettiin käyttää yleensä muiden lääkkeiden kanssa suonensisäisesti. Tällaisia myrkytyskuolemia oli vuonna 2000 kaksi ja 2001 viisi, ja kaikki kuolleet olivat 18–35-vuotiaita miehiä. Kyseisinä vuosina todettiin myös muutama gamma- ja metadonikuolema. (Vuori ym. 2003, 3406.)

Vuonna 2002 huumausainepositiivisia vainajia oli 153 ja vuonna 2003 147. Vuonna 2004 huume kuolemien määrä (176) lähti uuteen nousuun hetkellisen tasaantumisen jälkeen. Heroiinikuolemat katosivat kokonaan vuoteen 2004 tultaessa, mutta heroiinin tilalle tulivat muut opioidit. Erityisen paljon nousi buprenorfiinilöydösten määrä. Vuonna 2004 buprenorfiinia oli 72 tapauksessa, joista 36:ssa se oli tärkein löydös. Buprenorfiinikuolemat kohtasivat pääosin nuoria. Tyypillinen oli tilanne, jossa nuori oli

käyttänyt sekä alkoholia että bentsodiatsepiineja ja pistänyt sen jälkeen buprenorfiinia suoneen. Tämän jälkeen hän oli nukahtanut, eikä enää herännyt. Pelkästään buprenorfiinia löydettiin vain yhdestä vainajasta. (Vuori ym. 2006, 2342–2343.)

Muista opioideista tramadoli-, kodeiini- ja oksikodonilöydökset yleistyivät. Vuonna 2002 todettiin myös ensimmäiset Suomessa sattuneet TMF-kuolemat. TMF on fentanyyli johdannainen (3-metyylifentanyyli), jota nimitetään ”super-heroiiniksi” ja joka on erittäin vahva opioidi ja siksi vaarallista. Amfetamiinimyrkytyksiä tapahtui vuonna 2002 poikkeuksellisen paljon (16), mutta sen jälkeen niiden määrä väheni. Gammalöydöksiä vainajista tehtiin vuosina 2003 ja 2004 yksi kumpanakin. (Vuori ym. 2006, 2342–2343.)

Vuosina 2005–2007 huumausainelöydökset vainajista yleistyivät edelleen. Vuonna 2005 niitä tehtiin 179, vuonna 2006 191 ja vuonna 2007 234. Naisten osuus kuolleista pysyi edelleen pienenä. Vuonna 2005 naisten osuus oli 15 prosenttia, seuraavina vuosina 12. Suurin viisivuotiskäryryhmä jokaisena vuonna oli 20–24-vuotiaat, mutta myös tätä nuorempia esiintyi. Amfetamiinilöydösten määrä kasvoi suhteellisesti eniten, mutta kuoleman aiheuttajana amfetamiinit olivat vain noin joka kymmenennessä tapauksessa. Heroiinilöydökset pysyivät vähäisinä, mutta muiden opioidien edustus kasvoi edelleen. Buprenorfiinilöydösten lisäksi metadonilöydösten määrä kasvoi huomattavasti. Uusi ilmiö oli pregabaliinin ilmaantuminen päihdekäyttöön ja sitä kautta kuolemantapauksiin. (Vuori ym. 2009, 3192–3194.)

Huumeiden ongelmakäytön painopiste on siis siirtynyt lääkkeinä käytettyihin opioideihin. Lääkeopioidien yksi eduista käyttäjille on se, että lääketehaiden valmistheet ovat tasalaatuisia ja sisältävät väitetyn määrän vaikuttavaa ainetta. Myös se vaikuttaa, että jäätäessä kiinni lääkeaineiden hallussapitoa on helpompi perustella kuin vaikkapa heroiinin hallussapitoa. Lääkeaineiden käyttäjä voi vedota vaikkapa omahoitoon. (Vuori ym. 2009, 3193–3194.)

Opioideista eniten kuolemantapauksia aiheuttavat myös korvaushoidossa käytetyt aineet, eli buprenorfiini ja metadoni (Salasuo ym. 2009, 28). On kuitenkin epäselvää, kuinka suuri osa käytössä olevista aineista on vuotanut korvaushoidon piiristä, sillä kyseisiä aineita tuodaan myös ulkomailta (Perälä 2010; Rönkä & Virtanen 2008, 77).

Buprenorfiini ja metadoni vaikuttavat olevan tällä hetkellä opioidien käyttäjille ensisijaisia aineita, mutta tarvittaessa he turvautuvat muihinkin opioideihin, kuten kodeiiniin tai tramadoliin. Huumeisiin liittyvät kuolemantapaukset kytkeytyvät vahvasti myös bentsodiatsepiinien päällekkäiskäyttöön opioidien ja alkoholin kanssa. Ylipäätään erilaisten huumeiden, lääkeaineiden ja alkoholin sekakäyttö on suomalaisessa huumeiden ongelmakäytössä hyvin yleistä. (Salasuo ym. 2009.)

Suomalaiset huumeisiin liittyvät kuolemat ovat painottuneet nuoriin ikäryhmiin heroiniaallon alusta lähtien. Vuosina 1998–2007 20–24-vuotiaat ovat olleet lukumääräisin ikäryhmä vuotta 2005 lukuun ottamatta ja alle 20-vuotiaita on kuollut huumeisiin liittyen toistakymmentä niin ikään vuotta 2005 lukuun ottamatta. Edellä mainitulla ajanjaksolla yli puolet kuolleista on ollut alle 30-vuotiaita vuosia 2001 ja 2005 lukuun ottamatta (ks. taulukko 3). (Vuori 2010.) Vuosi 2005 näyttääkin muodostaneen kuolleiden iän puolesta poikkeuksen, jonka taustalla olevien syiden tutkiminen voisi olla mielenkiintoista.

Taulukko 3. Alle 30-vuotiaiden osuus prosentteina huumeisiin liittyvissä kuolemissa vuosina 1998–2007

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Yht.
55	53	64	49	56	68	52	39	56	55	54

Lähde: Vuori 2010.

Tämän luvun lopuksi tarkastelen kahta laadullista tutkimusta narkomaaneista ja heidän näkemyksistään huumeiden käyttöön liittyvästä kuolemanriskistä.

Pekka Hakkaraisen (1987) liseniaattitutkimuksen teemahaastatteluisissa sivuttiin myös huumeisiin liittyviä kuolemantapauksia. Hakkaraisen työ sijoittuu aikaan, jolloin huumeisiin liittyviä kuolemia sattui selvästi vähemmän kuin nykyään. Käyttäjillä oli kuitenkin ymmärrys huumeiden mahdollisesta tappavasta vaikutuksesta.

Yhdeksän haastateltua kertoi tietävänsä tuttavapiirissään sattuneita kuolemantapauksia. Käyttäjien tiedot kuolemantapauksista olivat hyvin epätasemmalla tasolla ja perustuivat lähinnä kuulopuheisiin. Usein puhuttiin ulkomailla sattuneista tapauksista. Jos paikkakunnalla

joku käyttäjä kuoli, sana kiersi huumepeireissä laajaltikin. Kuolinsyy oli usein jäänyt epäselväksi: myrkytysten kohdalla puhuttiin heroiinista, alkoholista ja lääkkeistä, joskus epäiltiin muuta tapaturmaa tai itsemurhaa. Yksi haastateltu kertoi itse useasti hautoneensa itsemurhaa päästäkseen ulos aineiden hallitsemasta elämästä. Myös huijatuksi joutumista pidettiin mahdollisena syynä kuolemalle. Eräs haastateltu kertoi tapauksesta, jossa henkilö oli kuollut nautittuaan amfetamiinina ostamaansa pesupulveria. (Hakkarainen 1987, 47–48.)

Jussi Perälän (2002) pro gradu perustui heroiinia ja amfetamiinia pääasiallisina aineinaan käyttävien narkomaanien parissa suoritettuun etnografiseen tutkimustyöhön. Käyttäjät tiesivät hyvin yliannostuksen mahdollisuudesta, varsinkin heroiinin kohdalla. Yleensä yliannostustapaukset hoidettiin käyttäjäporukassa, ambulanssia ei useimmiten haluttu paikalle. Porukalla aineita otettaessa tarkkailtiin, että kukaan ei alkanut ”nuokkua” eli osoittaa merkkejä yliannostuksesta. Jos niin tapahtui, tilanne pyrittiin hoitamaan omin avuin ilman hoitohenkilökunnan kutsumista paikalle. Nuokkujaa saatettiin kävelyttää, pitää hereillä tai juottaa hänelle vettä. Suomessa tutkimusvuosina (2000–2001) liikkunut heroiini oli ilmeisesti hyvinkin vahvaa. Eräs kokeneempi narkomaani mainitsikin annostelemisen vaativan tarkkuutta: ”ei se oo mikään ihmekään jos teinit hakkaa ittensä hengiltä”. Amfetamiinin yliannostusta ei sen sijaan pidetty kovinkaan todennäköisenä, vaikka eräs haastateltu käyttäjä mainitsikin parhaan ystävänsä sellaiseen kuolleen. (Perälä 2002, 51–52.)

Käyttäjillä tuntuu siis olevan ymmärrys huumeiden käyttöön liittyvästä kuolemanriskistä. Toisaalta Hakkaraisen ja Perälän tutkimat käyttäjät olivat vakiintuneempaa käyttäjäkuntaa, joilla kokemusta aineiden käyttötavoista ja kavereiden hoitamisesta on jo kertynyt. Kokemattomimmat käyttäjät eivät välttämättä osaa tunnistaa yliannostuksen piirteitä. Tämä koskee varsinkin nuoria huumeiden käyttäjiä. Tilannetta vaikeuttaa myös se, että viime vuosina huumekuolemakuvioihin on tullut monia uusia aineita: esimerkiksi buprenorfiinin muiden aineiden kanssa aiheuttama myrkytystila lienee vaikeampi havaita kuin vaikkapa välitön heroiinin yliannostus (vrt. Vuori ym. 2006, 2342).

2.2 Huumekuolemat kansainvälisesti

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) luo jokavuotisessa raportissaan katsauksen huumeongelmaan Euroopassa. Raportissa käsitellään myös huumekuolemia, joihin EMCDDA laskee huumeista aiheutuneet tapaturmaiset myrkytyskuolemat, huumeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja päihderiippuvuudet Maailman terveysjärjestön (WHO) tautiluokituksen (ICD-10) mukaan (Rönkä & Virtanen 2008, 52). EMCDDA ei sen sijaan juurikaan käsittele muuta huumeiden käyttäjien keskuudessa esiintyvää kuolleisuutta, kuten huumeisiin välillisesti liittyviä tapaturmia ja henkirikoksia (EMCDDA 2008, 84). Käyn seuraavassa läpi EMCDDA:n tämän tutkimuksen kannalta relevanteimman vuosiraportin 2008, joka käsittelee vuoden 2007 tilannetta Euroopassa.

Keskimäärin Euroopassa sattuu 21 huumekuolemaa miljoonaa 15–64-vuotiasta asukasta kohti. Vaihteluväli maasta toiseen on kuitenkin suuri: 3–5 kuolemasta yli 70:een. Suomen luku on 36, millä sijoitutaan EMCDDA:n tilastoimien 28 maan joukossa seitsemänneksi. Tilastojen mukaan opioidien osuus huumekuolemien aiheuttajina vaihtelee maittain 55 prosentista lähes sataan (luvut ovat suuntaa antavia, sillä laskutavat vaihtelevat eri maiden välillä). Suuri osa opioidiyliannostusten uhreista on 20–40-vuotiaita miehiä. Useimmissa maissa heidän keski-ikänsä on noin 35 vuotta. Yliannostukseen kuolevien keskimääräinen ikä on kuitenkin kasvamassa. Tämä viittaisi huumeiden käyttäjäpolven vanhenemiseen ja nuorten käyttäjien suhteellisen osuuden vähenemiseen. (EMCDDA 2008, 84–87.) Suomessakin on merkkejä vastaavasta, mutta huumeisiin kuolevien keski-ikä on edelleen suhteellisen alhainen. Huumekuolemien vähentämisen keinoissa painotetaan korvaus- ja mielenterveyshoitoa sekä hoidon pitkäjänteisyyttä. Yliannostusten riskeistä ja hallinnasta jaetaan kohdennetusti tietoa monissa maissa. (Mt., 88–89.)

Heroini on yleisin yksittäinen kuoleman aiheuttava huumausaine Euroopassa (EMCDDA 2008, 85). Se heijastuu myös yksittäisissä Euroopan maissa tehtyihin huumausaineiden käyttäjien kuolemia koskeviin tutkimuksiin (ks. esim. Itävallassa Risser ym. 2000; Iso-Britanniassa Hammersley ym. 1995). Roomassa Bargagli ym. (2001) tutkivat huumeiden ongelmakäyttäjien kuolleisuutta vuosina 1980–1997. Käyttäjää oli yhteensä 11 432 ja heistä heroinisteja 92 prosenttia. Kuolemat liittyivät

pääosin aidsiin ja yliannostuksiin, mutta myös muu kuolleisuus oli korkea. Kaikkiaan kuolleisuus oli miesten keskuudessa 15-kertainen koko samanikäiseen väestöön verrattuna, naisten keskuudessa vastaava kerroin oli 38. Keskimääräinen kuolinikä oli 33 vuotta. (Bargagli ym. 2001.)

Suomen erikoisuus huumeiden ongelmakäytössä on buprenorfiini ja se liittyy Suomessa myös poikkeuksellisen usein kuolemantapauksiin. Muualla buprenorfiinikuolemat ovat harvinaisia sen kasvavasta korvaushoitokäytöstä huolimatta. (EMCDDA 2008, 86.) Osa Suomen katukaupassa myytävästä buprenorfiinista saapuu Ranskasta (Perälä 2010; Rönkä & Virtanen 2008, 77), missä buprenorfiini on ollut korvaushoitolääkkeenä heroinisteille vuodesta 1996. Ranska on maailman johtava maa buprenorfiinin korvaushoitokäytössä, ja nykyään siellä lienee jo 100 000 käyttäjää buprenorfiinihoidon piirissä. Buprenorfiinin käyttäjien määrä on viidessätoista vuodessa kasvanut räjähdysmäisesti yleislääkärin kautta. (Tammi 2007, 30–31.) Pascal Kintz (2001) tutki ranskalaisia buprenorfiinikuolemia post mortem -asiakirjojen kautta. Kintzin aineisto kattoi 117 vuosina 1996–2000 tapahtunutta buprenorfiiniin liittyvää myrkytyskuolemaa. Hänen tärkein havaintonsa oli bentsodiatsepiinien ja alkoholin kytkeytyminen vahvasti buprenorfiinikuolemiin. (Kintz 2001.) Samanlaisia havaintoja on tehty lisäksi ainakin Singaporessa (Lai ym. 2006).

Suomen tilanteen kannalta mielenkiintoisimpia kansainvälisiä tutkimuksia ovat yhteispohjoismaiset vertailevat tutkimukset. Steentoft ym. (1996) vertailivat 15–34-vuotiaiden pohjoismaalaisten huumeriippuvaisten myrkytyskuolemia vuosien 1984–1985 ja 1991 välillä. Aineistona olivat kuolinsyyasiakirjat ja toksikologisten tutkimusten tulokset. Väkilukuun suhteutettuna eniten kuolemantapauksia sattui molempina ajankohtina Tanskassa, sitten seurasivat Norja, Ruotsi, Suomi ja Islanti. Kaikissa maissa tapausten määrä lisääntyi, mutta erityisen suuri lisäys oli Norjassa ja Suomessa. Suomessa kasvua tapahtui etenkin kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä, 15–19- ja 20–24-vuotiaissa. Kun Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa tärkein kuoleman aiheuttanut aine oli yleensä heroini/morfiini tai metadoni, Suomessa pääasiallinen aine oli useammin jokin bentsodiatsepiini, barbituraatti tai etanoli. Toisaalta vuoteen 1991 tultaessa myös Suomessa tapahtui nuorten käyttäjien ”väräytymistä” heroini- ja opioidikuvioihin. (Steentoft ym. 1996.)

Vuonna 2001 Steentoft ym. julkaisivat vastaavanlaisen vertailevan tutkimuksen. Tällä kertaa tarkasteltava vuosi oli 1997 ja tutkittavina kaikki ikäryhmät. Kuolemantapausten suhteellinen määrä oli edelleen suurin Tanskassa ja pienin Islannissa. Kaikissa maissa kuolemien lukumäärä lisääntyi ja naisten osuus oli 15–17 prosenttia. Ruotsissa ja Tanskassa suurin ikäryhmä oli 35–39-vuotiaat, Norjassa 30–34-vuotiaat, Suomessa 20–24-vuotiaat. Heroiinin/morfiinin osuus tärkeimpänä myrkytykseen johtaneena aineena oli edelleen Suomessa pienempi kuin Tanskassa, Ruotsissa tai Norjassa, mutta oli täälläkin noussut jo 38 prosenttiin. Kaikissa maissa havaittiin myös myrkytyskuolemien jakautuvan maantieteellisesti aikaisempaa tasaisemmin: pääkaupunkialueiden suhteellinen osuus pieneni ja muiden kaupunkien ja maaseudun osuudet kasvoivat. (Steentoft ym. 2001.)

Viimeisin pohjoismaalainen vastaava tutkimus käsittelee vuotta 2002 (Steentoft ym. 2006). Tanskassa huumeiden aiheuttamien myrkytyskuolemien määrä oli laskenut, kaikkialla muualla edelleen noussut. Tällä kertaa eniten kuolemia väkilukuun suhteutettuna tapahtui Norjassa, sitten tulivat Tanska, Islanti, Suomi ja Ruotsi. Tanskaa lukuun ottamatta nuorten ikäryhmien osuus kuolemista kasvoi melko selvästi. Tanskassa ja Norjassa suurin ikäryhmä oli 35–39-vuotiaat, Suomessa ja Ruotsissa 20–24-vuotiaat. Heroiini/morfiini oli edelleen suurin yksittäinen tappaja koko aineistossa, mutta Suomessa sen edelle menivät buprenorfiini, amfetamiini ja kodeiini. Bentsodiatsepiineja löytyi Suomessa 70 prosentista vainajia, mikä on suurempi osuus kuin muissa maissa. Maantieteellisesti huumeikuolemat levisivät edelleen kasvavasti pienempiin kaupunkeihin ja maaseudulle. (Steentoft ym. 2006.)

Ruotsissa vuonna 2002–2003 sattuneita huumeriippuvaisten kuolemantapauksia selvittäneen tutkimuksen (Jönsson ym. 2007) aineistona olivat kuolinsyyasiakirjat. Niiden joukosta poimittiin ne, joihin kuolinsyytutkija oli merkinnyt taustatietoihin huumeriippuvuuden. Yleisimmät ainelöydökset olivat järjestyksessä etanoli, morfiini, amfetamiini ja kodeiini. Samat aineet olivat neljä tärkeintä myös myrkytystapauksissa, näistä morfiini yleisimpänä. Kirjoittajat toteavat, että nuoret miehet muodostavat suuren osan kuolleista huumeriippuvaisista, mutta vainajien kuoliniän mediaani on hiljalleen noussut (34 vuonna 1991, 35 vuonna 1997, 38 vuosina 2002–2003). (Jönsson ym. 2007, 105.) Tapaukset, joissa kuolleelle ei ollut todettu päihderiippuvuutta vaikka olisikin kuolemaa edeltäneesti käyttänyt huumeita, jäivät tutkimatta. Päihderiippuvaisten tai

narkomaanien erittely huumeisiin liittyvien kuolemantapausten joukosta on kuitenkin hyödyllinen lisäulottuvuus.

Norjassa Ødegard ym. (2007) tutkivat iän ja huumeiden käyttöhistorian pituuden vaikutusta yliannoskuolemien ja muiden huumeisiin liittyvien kuolemien taustalla. Tutkimuskohteena oli 501 norjalaista huumehoitoon osallistunutta huumeiden käyttäjää vuosina 1981–1991. Kuolemia sattui 189, joista yliannoskuolemia oli noin puolet. Tärkein johtopäätös oli, että huumeiden käyttöhistorian pituus kasvatti erityisesti yliannoskuoleman riskiä. Käyttäjän korkeampi ikä kasvatti muiden huumeisiin liittyvien kuolemien riskiä, mutta ei riskiä kuolla yliannostukseen. (Ødegard ym. 2007.)

2.3 Yhteenvetoa

Olen tukeutunut suomalaisen huumekuoleman historian hahmottelussa pääasiassa Erkki Vuoren ja hänen tutkimusryhmiensä töihin, joiden lisäksi suomalaista huumekuolemaa on tutkittu hyvin vähän. Pääpiirteet 1990-luvun alusta vuoden 2007 loppuun voidaan tiivistää seuraavasti: Huumeiden osuus kuolemien taustalla on kasvanut vuositasolla läpi ajanjakson. Muutamia tasoittumisen vuosia on seurannut uusi nousu. 1990-luvun jälkipuoliskolla heroini teki vahvaa tuloa Suomeen, mikä näkyi heroini- ja ylipäättään huumeisiin liittyvien kuolemien määrän kasvuna. Sitten heroini lähestulkoon katosi markkinoilta, mutta opioidiongelman on kuitenkin pysynyt. Käyttö on siirtynyt lääkevalmisteisiin ja huumekuolemien määrä on lähtenyt jälleen nousuun. Amfetamiinilöydösten määrä ruumiinavauksissa on kasvanut, mutta amfetamiinit aiheuttavat Suomessa edelleen suhteellisen vähän kuolemia.

Bentsodiatsepiinit ja masennuslääkkeet ovat pysyneet mukana huumekuolemakuvioissa, samoin alkoholi. Kannabislöydöksiä tehdään edelleen paljon, vaikka kannabis ei alhaisen toksisuutensa vuoksi esiinny varsinaisena kuolinsyynä. Ainevalikoima on noin 15 vuoden aikana monipuolistunut. Mukaan on tullut uusia opioideja, amfetamiinin eri johdannaisia ja muutamia yksittäisiä aineita, kuten gamma, lakka ja pregabaliini.

Valtaosa huumeisiin liittyen kuolleista on ollut miehiä, naisten määrä on pysynyt kutakuinkin vakiona (noin 10–15 prosentissa) vuodesta toiseen. Suomalaiselle

huumekuolemalle on tyypillistä vainajien nuoruus. Joka vuosi suurin yksittäinen viisivuotiskäryhmä on ollut 20–24-vuotiaat tai 25–29-vuotiaat. Myös alle 20-vuotiaita vainajia esiintyy joka vuosi. Huumeisiin kuolleiden nuoruuden lisäksi Suomi eroaa kansainvälisesti heroiinin käytön vähäisyydessä ja buprenorfiinikuolemien runsaudessa.

Suomalaiset huumeiden ongelmakäyttäjät pyrkivät ainakin omien sanojensa mukaan pitämään huolta toisistaan ja väittävät osaavansa vältellä yliannostuksia. Tämä ja suomalaisen huumeikuoleman painottuminen nuoriin ikäryhmiin herättää kysymyksen, kuinka paljon kokemattomuudella on osuutta kuolemantapauksissa. Toisaalta suomalaisella alkoholikulttuurilla voi olla kohtalokkaita vaikutuksia sen sekoittuessa huumeiden – erityisesti buprenorfiinin – käytön kanssa. On myös muistettava, että edes ongelmakäyttäjää tai narkomaaneja käsittelevät tutkimukset eivät välttämättä tavoita kaikkein huonokuntoisimpia, syrjäytyneimpiä ja moniongelmaisimpia käyttäjiä.

3 MIKÄ HUUMEKUOLEMA?

Huumekuoleman käsitettä käytetään usein epätarkasti. Edellisissä luvuissa kävi ilmi, että tutkimuksessa sillä yleensä tarkoitetaan huumeiden välittömästä myrkkyyvaikutuksesta aiheutuneita kuolemia (esim. Vuori ym. 2009). Lehtien kirjoittelussa tai netin keskustelupalstoilla huumekuolemiksi sen sijaan saatetaan laskea kaikki tapaukset, joissa vainajasta on löytynyt jäämiä huumausaineista tai niiden tavoin käytettävistä lääkkeistä. Laveimmillaan huumekuolemina pidetään sellaisia tapauksia, joissa vainajan tiedetään joskus elämässään käyttäneen huumeita (Hakkarainen 2002, 118). Yksi tämän tutkimuksen keskeisistä tavoitteista onkin huumekuolemaan liittyvän käsitteistön selventäminen.

Huumausaineella voidaan laajimmillaan tarkoittaa kaikkia aineita, joilla on vaikutusta ihmisen psyykkisiin toimintoihin, tunteisiin, mielialoihin ja kognitioihin. Näitä kutsutaan psykoaktiivisiksi tai psykotrooppisiksi aineiksi, ja ne voidaan jakaa kolmeen ryhmään: (1) keskushermostoa lamaavat aineet, kuten opioidit ja alkoholi; (2) keskushermostoa piristävät aineet, kuten amfetamiini ja kofeiini; (3) hallusinogeenit eli aistiharhoja aiheuttavat aineet, kuten kannabis ja LSD. (Hakkarainen 2002, 15–16.)

Pohjimmiltaan huumausaine on kuitenkin sosiaalinen konstruktio. Se määrittyy erilaisten yhteiskunnallisten diskurssien ja intressien kautta: osin siksi esimerkiksi tupakka ja alkoholi eivät löydy huumausainelistaista, mutta kannabis ja heroini löytyvät. Huumausaineen määrittelyllä onkin myös kontrollipoliittisia seurauksia. (Hakkarainen 1992, 15–19). Huumausainepolitiikan kannalta keskeisin huumausaineiden määrittely tehtiin kansainvälisessä huumausaineyleissopimuksessa (Single Convention on Narcotic Drugs 1961). Kyseisessä sopimuksessa määritetyt aineet ovat pohjana myös Suomen laissa huumausaineiksi luetuille aineille (Valtioneuvoston asetus 28.8.2008).

Monet Suomen laissa ja yleissopimuksissa huumausaineiksi luokitellut aineet ovat käytössä myös lääkaineina. Tällaisia ovat esimerkiksi morfiini, monet muut opioidit sekä bentsodiatsepiinit. Näiden käyttö voidaan jakaa sekä lailliseksi eli lääkinnälliseksi käytöksi että laittomaksi eli päihdekäytöksi. Näitä kahta käyttötappaa erottaa yleensä se, käytetäänkö ainetta lääkärin määräyksestä vai ei. Osa huumausaineiksi määritellyistä

aineista ei kuitenkaan ole lääkinnällisessä käytössä, tai ne ovat sitä vain hyvin harvoissa poikkeustapauksissa. Suomessa tällaisia aineita ovat muun muassa amfetamiinit, kannabis, kokaiini ja LSD. Näiden aineiden käyttö on lähes aina laitonta eli päihdekäyttöä. (Vrt. Tammi 2009.)

Tässä tutkimuksessa käytän termejä huume ja huumausaine synonyymeina. Käytän niitä myös silloin, kun lääkkeitä on käytetty edellä mainitulla tavalla päihtymistarkoituksessa. Sen sijaan silloin, kun kyse on lääkkeiden laillisesta käytöstä, puhun lääkkeistä, vaikka samat aineet olisivat myös huumausaineita. Alkoholista en puhu huumausaineena, mutta huumeisiin se rinnastuu sitä kautta, että niin huumeet kuin alkoholikin ovat päihteitä.

Miten huumekuolema sitten määrittyy? Suomessa on ollut käytössä ainakin kolme erilaista laskutapaa huumekuolemille. Ensimmäinen näistä on kuolinsyytilastoihin pohjaava laskenta. Tämä perustuu oikeuslääkärin kirjaamiin tapauksiin, joissa huumausaineen on katsottu olevan kuolinsyyntä kannalta jollakin tavoin merkityksellinen. Täten eri aineisiin liittyvät tapaukset päätyvät vaihtelevasti kuolinsyytilastoihin: esimerkiksi opioiditapauksista 98 %, amfetamiinitapauksista 81 % ja kannabistapauksista 52 %. Syynä on muun muassa ero aineiden toksisuudessa. (Lahti ym. 2009.)

Toinen laskutapa on Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) huumausainekuoleman määritelmä. Se kattaa huumeista aiheutuneet tapaturmaiset myrkytyskuolemat, huumeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja päihderiippuvuudet ICD-10-koodiston (maailman terveysjärjestön toimittama kansainvälinen tautiluokitus) mukaisesti (Rönkä & Virtanen 2008, 52).

Kolmas laskutapa perustuu Helsingin yliopiston oikeuskemian laitoksen julkaisemiin lukuihin positiivisista huumausainelöydöksistä vainajissa. Näissä kuolinsyy voi kuitenkin olla lähes mikä tahansa, muukin kuin suoraan huumausaineiden käytöstä johtuva. Näitä voisikin nimittää kaikiksi kuolemiksi, joissa kuolemansyynselvityksen yhteydessä on todettu huumausaineita ja/tai niiden tapaan käytettyjä lääkkeitä (Salasuo

ym. 2009). Nämä tapaukset vuodelta 2007 toimivat tämän tutkimuksen aineistona, joten esittelen seuraavaksi kyseistä laskutapaa hieman tarkemmin.

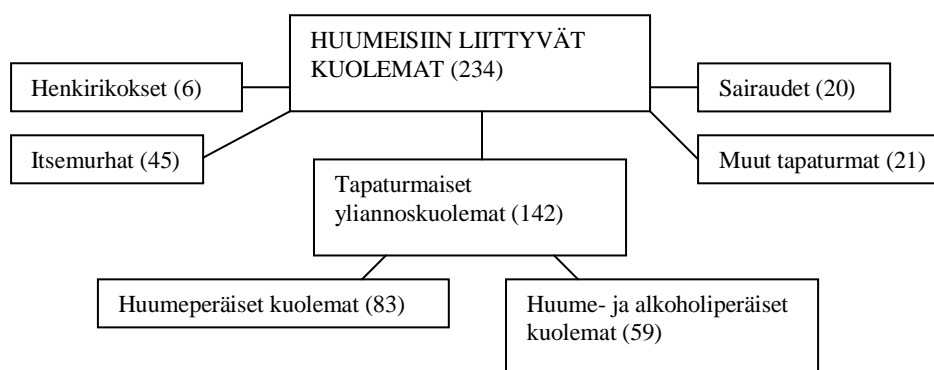
Suomessa tutkitaan myrkytysten varalta kaikki kuolinsyyltään epäselvät ja epäilyksen alaiset kuolemat (Penttilä 2000, 154–158). Näissä tapauksissa Helsingin yliopiston oikeuskemiallinen osasto suorittaa oikeustoksikologisen tutkinnan, jossa selviävät vainajan mahdollisesti käyttämät huumausaineet (Salasuo ym. 2009, 6; Vuori ym. 2009). Vuonna 2007 huumausainelöydöksiä tehtiin 234 kuolleesta. Vuoden 2007 luku oli siihen asti korkein Suomessa. Tällaiset kasvavat luvut ja huumeet ylipäätään herättävät kysymyksiä ja aiheellista huolta, mutta helposti myös tarpeetonta tai liioiteltua pelkoa, ”narkofobiaa” (Partanen 2002). Ajatus huumekuolemasta voi piirtää mielikuvan ruisku käsivarressa kuolleesta heroinistista tai epäonnisesta, liian kovaa bailanneesta nuoresta. Näitäkin tapauksia voi huumekuolemien seasta löytyä, mutta niin löytyy paljon muutakin. Kun puhutaan huumekuolemasta, mistä siis oikeastaan puhutaan?

Positiivisten ainelöydösten takana ei ole vain huumeiden käytöstä johtuvia välittömiä yliannoskuolemia, vaan myös itsemurhia, onnettomuuksia, henkirikoksia ja tautikuolemia. Joissakin tapauksissa huumeiden osuus kuolemassa on epäsuora tai vaikeasti toteen osoitettavissa. Oman lisänsä tulkinnalle tuovat mielenterveysongelmat, somaattiset sairaudet, alkoholinkäyttö ja monet muut tekijät. Välillä onkin vaikea sanoa, mitkä ongelmat ovat olleet ensin ja johtaneet muihin ongelmiin, mitkä ovat huumekuolemien munat ja kanat.

Huumekuolema ei siis ole sopiva käsite puhuttaessa kaikista tapauksista, joissa vainajasta on ruumiinavauksessa löytynyt huumausainejäämiä. Tässä tutkimuksessa tällaisista tapauksista käytetään kattokäsitettä *huumeisiin liittyvä kuolema* (ks. myös Salasuo ym. 2009). Se toimii käsitteellisenä rajauksena, joka helpottaa jäsentämään ilmiötä, josta tiedetään vähän. Tätä kautta aiheeseen saa paremman otteen, joka mahdollistaa uuden tiedon keräämisen. Huumeisiin liittyvän kuoleman käsite sulkee väistämättä ulkopuolelleen kuolemantapauksia, jotka voitaisiin laajassa katsannossa ymmärtää niin ikään huumeisiin liittyviksi. Tällaisia voivat olla esimerkiksi itsemurhat, joiden taustalla on aiempaa, mutta ei viimeaikaista huumeiden käyttöä tai

huumevelkojen perintään liittyvät henkirikokset, joiden yhteydessä vainajasta ei kuitenkaan ole tehty huumausainelöydystä.

Eri huumausaineilla on erilaisia poistumisaikoja elimistöstä, joka voisi tuottaa oman haasteensa käsitteen määrittelylle. Nähdäkseni tämän vaikutus on kuitenkin niin vähäinen, että nyt tehty rajausta on perusteltu. Nyt mukana olevat tapaukset osoittavat varmuudella kuolemaa edeltäneen huumeiden käytön. Sellaiset mahdolliset tapaukset, joissa huumeiden käytöstä on kulunut (huumausainelöydöksestä huolimatta) huomattavasti aikaa, ja joissa sitä kautta huumeiden rooli kuolemassa on saattanut olla jopa olematon, paljastuvat aineiston yksityiskohtaisen tarkastelun kautta.



Kuvio 1. Huumeisiin liittyvät kuolemat ja niiden alaryhmät, suluissa tapausten määrät vuonna 2007

Huumeisiin liittyvät kuolemat jakaantuvat edelleen alaryhmiin, jotka ovat nähtävissä kuviossa 1. Keskeisin alaryhmistä on *tapaturmaiset yliannoskuolemat* (142). Oikeuslääkärin määrittämän kuolinsyyn mukaan ryhmään sisältyy huumeista aiheutuneita tapaturmaisia myrkytyskuolemia, päihteiden käytön aiheuttamia elimellisiä aivo-oireyhtymiä sekä päihderiippuvuuden aiheuttamia kuolemia. Tapaturmaiset yliannoskuolemat vastaa siis hyvin pitkälti EMCDDA:n määritelmää huumausainekuolemasta (ks. edeltä s. 20; Rönkä & Virtanen 2008, 52). Vuonna 2007 suurin osa tapaturmaisista yliannoskuolemista oli kuolinsyyltään myrkytyksiä, mutta mukaan mahtui myös jonkin verran muita edellä mainittuja kuolinsyitä.

Tapaturmainen yliannoskuolema jakautuu edelleen sen mukaan, onko alkoholilla ollut osuutta kuolemassa. Alkoholilla on keskushermostoa lamaava aine ja yhtä lailla mahdollinen myrkytyksen ja kuoleman aiheuttaja kuin huumeetkin (Holopainen 2006).

Sen voisi yhtä hyvin katsoa olevan huumausaine muiden joukossa (ks. esim. Nutt 2009). Lainsäädäntö kuitenkin erottaa alkoholin muista päihteistä, joten sen roolia tapaturmaisissa yliannoskuolemista on hyvä tarkastella erikseen. Täten käytän erillisiä alaryhmiä *huumeperäiset kuolemat* ja *huume- ja alkoholiperäiset kuolemat* (ks. myös Salasuo ym. 2009). Huumeperäiset kuolemat ovat huumeisiin liittyvien kuolemien ja itse asiassa koko huumeongelman ”kovin ydin”.

On myös aiheellista selventää huumeisiin liittyvän tapaturmaisen yliannoskuoleman ja lääkeainemyrkytyskuoleman välistä suhdetta. Tapaturmaisissa yliannoskuolemista suurimmassa osassa tärkein ainelöydös – eli se, minkä pitoisuus verinäytteenä on suurin suhteessa hoidolliseen pitoisuuteen (Vuori ym. 2009, 3190) – on jokin huumausaineen tavoin käytetty lääkeaine. Jos tarkasteltaisiin pelkkää ainetta, joka on ensisijaisesti aiheuttanut kuoleman, suurin osa tapaturmaisista yliannoskuolemista olisi oikeastaan lääkeaine- tai alkoholimyrkytyskuolemia. Jäljelle jäisivät lähinnä amfetamiinien aiheuttamat yliannostukset, sillä suuri osa huumausaineiksi määritellyistä aineista on käytössä myös lääkeaineina (Valtioneuvoston asetus 28.8.2008). Mikä kuitenkin erottaa huumeisiin liittyvät tapaturmaiset yliannoskuolemat lääkeainekuolemista on aineiden käyttötapa, käyttötarkoitus ja luovallisuus. Esimerkiksi kodeiinia voi saada lääkärin määräyksestä reseptillä. Näin käytettynä kodeiinin yliannostus olisi lääkeainemyrkytys. Mikäli taustatiedoista löytyy näyttöä kodeiinin päihdekäytöstä, tapaus määrittyy huumausaineisiin liittyväksi yliannostukseksi.

Monissa yliannoskuolemista ainelöydöksinä on sekä reseptillä laillisesti hankittuja lääkeaineita että ilman reseptiä hankittuja lääkeaineita. Lisäksi mukana saattaa olla aineita, joilla terapeuttista käyttöä ei edes ole, vaan kaikki käyttö on laitonta. Esimerkkitapaus voisi olla seuraavanlainen. Henkilölle X on määrätty diatsepaamia alkoholiriippuvuuden hoitoon. Diatsepaami on luvanvarainen reseptilääke ja henkilön X käytössä laillinen aine. Henkilö X on käyttänyt lisäksi alkoholia, joka on luonnollisesti myös laillista. Tässä vaiheessa kyse ei olisi huumausaineiden käytöstä. Henkilö X on kuitenkin käyttänyt myös katukaupasta ostamaansa buprenorfiinia, joka on lääkeaine mutta johon hänellä ei ole käyttö lupaa. Buprenorfiini löytyy Suomen laista huumausainelistalta (Valtioneuvoston asetus 28.8.2008). Täten tapaus täyttää päihdekäytön kriteerit, ja mikäli henkilö X kuolee aineiden haittavaikutukseen, hänen kuolemansa on huumausaine yliannostus. Toinen esimerkki voisi olla tapaus, jossa

henkilölle Y on määrätty tramadolia kipulääkkeeksi. Hän käyttää kuitenkin lisäksi amfetamiinia. Hän kuolee tramadolin ja amfetamiinin aiheuttamaan myrkytykseen, joten tapaus määrittyy huumeisiin liittyväksi yliannoskuolemaksi. Jos ruumiinavauksessa todettaisiin vain tramadolia, olisi tapaus lääkeainemyrkytys.

Edellä mainituissa kuvitteellisissa tapausesimerkeissä ensisijainen yliannostuksen aiheuttanut aine voi olla jokin laillisista aineista, eli vaikkapa alkoholi ja tramadoli (vrt. Hurme & Kotovirta 2005). Huumausaineyliannostuksiksi nämä määrittyvät kuitenkin siksi, että myös laiton huumausainelöydös on tehty. Tämä mahdollistaa myös seuraavanlaisen tilanteen: Vainajan elimistöstä löytyy reseptillä saatua lääkeainetta, esimerkiksi alpratsolaamia, sekä alkoholia ja kannabista. Alpratsolaami ja alkoholi aiheuttavat myrkytyksen. Vaikka kannabiksen myrkkyyvaikutus ei ole tappava, tapaus saatetaan kuitenkin tulkita huumausaineyliannostukseksi. Tiukimman katsantokannan mukaan huumekuolema olisikin sellainen, missä kuoleman tärkein ainelöydös on laittomasti käytetty huumausaine. Tätä näkemystä vastaan voisi kuitenkin esittää väitteen, että myös reseptillä saatuja lääkeaineita voi väärinkäyttää. Tällöin ne eivät enää olisi terapeuttisessa vaan päihdekäytössä.

Alkoholi- ja lääkeainemyrkytykset sekä huumeiden käyttö muodostavatkin suuren väärinkäyttö- ja tapaturmakuolemien vyyhdin, jossa tarkkaa määrittelyä on usein hankala tehdä. Monet tapaukset sijoittuvat harmaille rajavyöhykkeille. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä huumeisiin liittyvä tapaturmainen yliannoskuolema (ks. myös Salasuo ym. 2009). Kuten todettua, se kattaa oikeuslääkärrien huumausainemyrkytyksiksi katsomat tapaukset (jotka sisältyvät myös lääkeainemyrkytyksiin, ks. Vuori ym. 2009) sekä muut tapaukset, joissa käytetyt aineet ovat välittömästi vaikuttaneet kuolemaan. Rajanvedossa vähimmäisvaatimuksena on se, että yliannosvaikutuksessa on ollut osatekijänä ainakin yksi laittomasti käytetty huumausaine. Edellä mainittu kuvitteellinen kannabistapaus olisi siten hyvin tulkinnanvarainen. Sen sijaan henkilöiden X ja Y kuvitteelliset tapaukset olisivat huumeisiin liittyviä yliannoskuolemia.

Huumeisiin liittyvät henkirikokset, itsemurhat, taudit ja muut tapaturmat ovat huumeisiin tai tarkemmin huumeiden käyttöön liittyviä kuolemia, mutta niissä huumeiden osuus kuolemaan vaihtelee. Se voi olla välineellinen (mm. huumeilla

aiheutetut itsemurhat), välillinen (mm. huumeepäihtymyksen alaisena tapahtuneet auto-onnettomuudet) tai lähes olematon tai ainakin vaikeasti toteen näytettävissä (mm. henkirikokset). Näitä kaikkia kuolemantyyppäjä ja niihin liittyvää problematiikkaa käsittelen tarkemmin luvuissa 5.2–5.5.

Kysymys, mitä huumekuolema on ja mitä se ei ole, on monisyinen. Sen kaikkia aspekteja ei voi tässä yhteydessä perinpohjaisesti tarkastella. Alkoholin, lääkeaineiden ja huumeiden aiheuttamat myrkytykset ja yliannostukset tarvitsevat laajempaa tutkimusta ja rajojen selventämistä (sikäli kuin se on mahdollista). Tämä tutkimus pyrkii tarjoamaan tähän joitakin vastauksia.

4 MENETELMÄT, TUTKIMUSKYSYMYS JA AINEISTO

Tutkimusmenetelmäni on aineistolähtöinen *grounded theory* (Charmaz 2006; Glaser & Strauss 1967). Huumeisiin liittyvistä kuolemista on vähän aiempaa tutkimusta, eikä tämänkaltaista kuolintodistuksiin pohjaavaa tutkimusta ole huumeisiin liittyen tehty. Siispä mitään valmiita teoreettisia viitekehyksiä ei ole tarjolla. Grounded theoryn aineistolähtöinen lähestymistapa sopii hyvin tutkimuskohteeseen, josta on vähän etukäteistietoa (vrt. Salasuo 2004, 36–38). Rakennan teoriaa aineistosta ja sen analyysistä, toisin sanoen tieto huumeisiin liittyvistä kuolemista avautuu analyysin kautta. Apuvälineinä toimivat muun muassa erilaiset demografiset muuttujat ja kuolinsyyasiakirjojen tarjoamat taustatiedot. Lisäksi käytän kehyksenä tulkinnassa Pekka Hakkaraisen (1987) luomaa huumeiden käyttäjien tyypittelyä, jota esittelen tarkemmin alaluvussa 4.3.

Grounded theoryn lähtökohtana on tutkimuskysymys (Charmaz 2006, 11). Esittelen tutkimuskysymykseni seuraavassa alaluvussa. Seuraavana vaiheena on tutkimuskysymykseen mahdollisimman hyvin vastaavan aineiston keruu (mt., 13–41). Aineiston keruuta ja tutkimusetiikkaa käsittelem alaluvussa 4.2. Aineiston koodaaminen ja ryhmittely on elimellinen osa grounded theory -tutkimusta, sillä sen avulla nostetaan aineistosta esille se, mikä on olennaista (mt., 42–71). Koodaamisessa tärkein työkaluni oli Atlas.ti-ohjelma. Aineiston koodausprosessia sekä muuta ”esikäsitteilyä” käyn läpi alaluvussa 4.3. Tämän jälkeen siirryn aineiston tarkempaan analyysiin. Täten – grounded theoryn mukaisesti (mt., 123–150) – rakennan teoriaa ja luon käsitystä suomalaisista huumeisiin liittyvistä kuolemista.

4.1 Tutkimuskysymys

Tarkoitukseni on ryhmitellä uudelleen suomalaista huumeisiin liittyvää kuolemaa ja tarkastella sitä yksityiskohtaisemmin kuin tähän asti on tehty. Aiemmin huumeisiin liittyviä kuolemia on tarkasteltu lähinnä kuolemaan johtaneiden huumausaineiden perspektiivistä (ks. esim. Vuori ym. 2009; Vuori ym. 1999). Osin tästä syystä aiemman tutkimuksen keskiössä ovat olleet huumeiden välittömästä vaikutuksesta aiheutuneet yliannos- tai myrkytyskuolemat (ks. esim. Salasuo ym. 2009; Hakkarainen 2002; Vuori

ym. 1999). Tässä tutkimuksessa luon tarkemman katsauksen myös muihin huumeisiin liittyviin kuolemiin, eli tapauksiin, joissa vainajasta on tehty huumausainelöydös mutta joissa kuolinsyy ei aina liity välittömästi huumeiden käyttöön. Sellaisia tapauksia ovat muun muassa huumeisiin liittyvät itsemurhat. Täten hahmottelen, millaisia ovat huumeisiin liittyvät kuolemat ja millaisissa tilanteissa huumeiden käyttö johtaa kuolemaan.

Suomalaiseen huumeiden ongelmakäyttöön liittyy vahvasti muitakin ongelmia kuin itse huumausaineet, kuten mielenterveysongelmia ja syrjäytymistä (Rönkä & Virtanen 2008, 56–57, 64–65; Nuorvala ym. 2008; Perälä 2007). On esitetty, että huumeiden käyttö voi suoda jopa helpotusta hankalan arjen keskellä (Perälä 2007). Tässä tutkimuksessa tarkastelen huumeisiin liittyvien kuolemien taustalla piileviä tekijöitä, kuten mainittuja terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Täten tarkentuu kuva siitä, mihin huumeiden ongelmakäyttö pohjaa ja millaiset tekijät ja tilanteet vaikuttavat huumeisiin liittyviin kuolemiin.

Tärkeässä osassa on ikäryhmittäinen tarkastelu. Suomessa huumeisiin liittyen kuolevat ovat keskimäärin nuorempia kuin monissa muissa maissa, esimerkiksi Ruotsissa, Norjassa tai Tanskassa (ks. luku 2.1; Vuori 2010; Steentoft ym. 2006). Mistä tämä johtuu? Mitä on suomalaisten nuorten huumeisiin liittyvien kuolemien taustalla? Ikäryhmittäinen tarkastelu on hyvä ulottaa myös vanhempiin ikäryhmiin. Millaisia ovat yli 30-vuotiaiden huumeisiin liittyvät kuolemat? Miten ne eroavat nuorempien ikäryhmien tapauksista? Nuorten huumeisiin liittyvät kuolemat ja niiden taustojen selvittäminen muodostavatkin tämän tutkimuksen erityiskysymyksen.

Tutkimuskysymykset voidaan tiivistää seuraavasti: Ketkä kuolevat huumeisiin liittyen Suomessa? Mitä on huumeisiin liittyvien kuolemien taustalla ja millaisissa olosuhteissa kuolemat tapahtuvat? Miksi Suomessa kuolla huumeisiin liittyen nuorempana kuin muualla? Saatujen tulosten avulla on myös mahdollista kysyä lopuksi, voidaanko huumeisiin liittyviä kuolemia ehkäistä ja jos, niin miten?

4.2 Aineiston keruu, aineiston luonne ja tutkimusetiikka

Suomessa yllättävä ja äkillinen kuolema on aina poliisiasia. Näissä tapauksissa oikeuslääkärit saavat tapahtumatiedot poliisilta ja toimivat poliisin määräyksestä. Helsingin yliopiston oikeuslääketieteellisen laitoksen oikeuskemian osasto suorittaa kaikki kuolemansyyn selvittämiseksi tehtävät kemialliset tutkimukset keskitetysti koko maassa. (Vuori ym. 2009, 3187; Penttilä 2000, 154–155.) Kansainvälisessä katsannossa Suomi on Ruotsin lisäksi ainoa maa, jossa kaikkien huumeisiin liittyvien kuolemien oikeustoksikologiset tutkimukset tehdään samassa paikassa (Salasuo ym. 2009, 12). Oikeuskemian osasto saa myöhemmin oikeuslääkäriltä kopion kuolintodistuksesta. Ruumiinavauspöytäkirjan tiedot kemiallisista löydöksistä ja kuolintodistukset mahdollistavat virallisia kuolinsyytilastoja tarkemmat tietolähteet. (Vuori ym. 2009, 3187.) Täten Suomessa on mahdollista suorittaa nyt käsillä olevan kaltainen tutkimus.

Minä, dosentti Mikko Salasuo ja tutkimusavustajana toiminut Jenni Wessman keräsimme aineiston Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitoksella vuosien 2008 ja 2009 aikana. Täydensimme sitä useaan otteeseen yksittäisten tapausten osalta, kun jokin olennainen tieto puuttui, oli jäänyt kirjaamatta tai oli alunperin virheellisesti kirjattu. Emme vieneet kuolintodistuksia liitteineen ulos oikeuslääketieteen laitokselta tai kopioineet niitä. Keräsimme niistä vain tutkimustyön kannalta olennaisen tiedon. Esimerkiksi vainajien sosiaaliturvatunnuksia ei kirjattu.

Aineisto käsittää kaikki vuonna 2007 kuolleet henkilöt (N=234), joiden elimistöstä on löytynyt huumausaineita ja/tai niiden tavoin käytettyjä lääkkeitä. Aineistoon kuuluvat kuolintodistukset (ks. liite 3), ruumiinavauspöytäkirjat ja niiden mahdolliset liitteet. Kuolintodistuksesta selviävät ensinnäkin kuolleen henkilötiedot, joista olennaisimpia tässä tutkimuksessa ovat kotikunta, syntymävuosi ja sukupuoli. Kuolintodistuksessa ovat myös kuolemaan liittyvät oikeuslääkärin kirjaamat tiedot: kuolinpäivä, kuolinpaikka (koti tms.), kuolinpaikkakunta, kuolinsyy(t) sekä kuolemanluokka. Kuolinsyyssä erotellaan välitön kuolinsyy, edeltänyt kuolinsyy (välivaiheet) ja peruskuolinsyy. Peruskuolinsyy on laittanut kuolemaan johtaneen tapahtumasarjan liikkeelle. Peruskuolinsyy voi olla myös välitön kuolinsyy ilman välivaiheita (esim. myrkytyskuolemissa). Tällaisessa tapauksessa peruskuolinsyyyn lisäksi saatetaan mainita myös kuolemaan myötävaikuttaneet syyt. (Penttilä 2000, 76–

77.) Kuolemanluokka voi olla jokin seuraavista: tauti, ammattitauti, tapaturma, lääketieteellinen hoito tai tutkimustoimenpide, itsemurha, henkirikos, sota tai se voi jäädä epäselväksi (mt., 77–80). Tässä aineistossa näistä esiintyvät tauti, tapaturma, itsemurha, henkirikos ja epäselvä. Kuolemanluokka määrittyy peruskuolinsyyn ja tapahtumatietojen mukaan. Kuolintodistuksessa on myös vapaamuotoinen, yleensä poliisi- ja sairaala-asiakirjoihin perustuva kuvaus (tapahtumatiedot) kuolemasta ja kuolleesta. Sen tulisi sisältää tietoja kuolemaa edeltävältä ajalta ja sairauksista ja se voi sisältää kuolleen henkilön rikos- ja päihdehistoriaa. (Mt., 81.)

Ruumiinavauspöytäkirjasta selviävät ruumiinavauksessa löydetty aineet kuten alkoholi, huumeet ja lääkkeet sekä niiden määrät (mt., 86–88).

Tässä tutkimuksessa tarkastelen kaikkien edellä mainittujen asiakirjojen tietoja mahdollisimman kattavan tulkinnan aikaansaamiseksi. Oikeuslääkärin kirjaamat kuolinsyyt ja kuolemanluokka ohjaavat ensisijaisesti tulkintaa. Tapahtumatiedot tarjoavat arvokasta lisätietoa kuolemaa edeltäneistä tapahtumista ja mahdollistavat hienosyisemmän tarkastelun. Ruumiinavauspöytäkirjasta selviävät käytetyt aineet tarkentavat edelleen kuoleman kuvaa. Tässä vaiheessa mainittakoon, että analyysivaiheen tapausesimerkeissä mainitsen vain sellaiset aineet, jotka on määritelty huumausaineiksi (Valtioneuvoston asetus 28.8.2008) ja sellaiset muut aineet, joilla voidaan katsoa olleen merkitystä tapahtuneessa. Täten esimerkiksi kofeiinia en mainitse, kun taas esimerkiksi etanolin mainitsen.

Edellä kuvatun kaltainen rekisteriaineisto on usein ainoa mahdollinen aineisto, jonka kautta hyvin eriytyneistä alakulttuureista ja/tai pahasti syrjäytyneistä ihmisistä voi saada tietoa (Salasuo 2004, 37; Häkkinen 1998; Kinnunen 1996, 2–3). Kun nyt tutkimuksen kohteena ovat jo edesmenneet ihmiset, olisi nyt käsillä ollut aineistoa voinut laajentaa oikeastaan vain toisten rekisteriaineistojen, kuten poliisin virka-apu- ja rikosilmoitusjärjestelmän (RIKI) avulla (vrt. Hakkarainen 2002). Laajentaminen ei kuitenkaan olisi ollut mielekäästä tämän (pro gradu) tutkielman puitteissa. Jo nyt aineiston keruu oli työläs prosessi, ja toisaalta käsillä ollut aineisto mahdollisti analyysin ja päätelmät, jotka tämän laajuisen työn puitteet sallivat. Useampien rekisteriaineistojen yhdistäminen tuottaisi eväät syvempään analyysiin, mutta edellyttäisi huomattavasti suurempia resursseja ja kattavampaa raportointia.

Tämänkaltaista aineistoa kerätessä ja käsiteltäessä on erittäin tärkeää pitää huolta tietyistä tutkimuseettisistä seikoista, kuten tutkimusluvista ja tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetista (ks. esim. Kuula 2006). Työskentelin Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitoksella tutkimusavustajana, joten minulla oli pääsy aineistoon ja lupa sen keräämiseen. Aineisto on hyvin arkaluontoinen, joten myös sen käsittelyssä noudatin erityisiä varotoimenpiteitä.

Tätä samaa aineistoa käytettiin myös toisessa tutkimuksessa, *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista* (Salasuo ym. 2009). Tuon tutkimuksen valmistuttua aineisto oli vain minun käytössäni. Säilytin sitä omalla, salasanalla suojatulla tietokoneellani ja tulostettu aineisto oli kotonani, missä säilytin sitä lukitussa pöytälaatikossa. Aineiston analyysivaiheessa lueteltavat tapausesimerkit valikoin niin, että kaikista ”erikoisimmat” kuolemantapaukset, ts. sellaiset, joissa tapahtumatietojen avulla voitaisiin tunnistaa kuollut henkilö, jätin pois. Sen sijaan esimerkkeinä käytin sellaisia tapauksia, joissa tapahtumakuvaus sopii kuvaamaan useampaakin eri tapausta. Tämä palvelee myös tutkimuksen tietoarvoa, sillä tällä tavalla paikantuvat paremmin tyypilliset tapaukset.

Henkilötiedot, kuten kotikunta ja ikä kuolinhetkellä, muutin sellaiseen muotoon, että niiden perusteella yksittäistä henkilöä on mahdoton tunnistaa (esim. pääkaupunki, 20–24-vuotias). Tapausesimerkkien tapahtumatiedoista jätin pois mm. päivämääriä, kellonaikoja ja henkilöiden ja laitosten nimiä, joten tapahtumatiedot esiintyvät tapausesimerkeissä lyhyempinä kuin alkuperäisissä asiakirjoissa. Tapausesimerkit eivät siis ole kokonaisia näytteitä aineistosta, vaan väistämättä hieman karsittuja. Toisin sanoen ne eivät esitä kaikkea tietoa, mitä kuolleista henkilöistä oli kuolinsyyasiakirjojen perusteella saatavissa. Vaikka tämä väistämättä vähentää tapausesimerkkien tarjoaman informaation määrää, se on välttämätöntä henkilöiden tunnistettavuuden ehkäisemiseksi ja tutkimuseettisistä syistä. Tutkielman valmistuttua palautin aineistot Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitokselle ja poistin ne tietokoneeltani.

4.3 Aineiston koodaaminen ja käsittely

Grounded theoryssa koodaamisella tarkoitetaan aineiston jäsentelyä, ryhmittelyä ja pelkistämistä tiettyjen teemojen tai määritteiden avulla. Se helpottaa aineiston hallintaa ja auttaa erottelemaan aineistosta sitä, mikä on olennaista. (Charmaz 2006, 42–71.) Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tiettyyn tekstipätkään yhdistetään sitä vastaava määritys eli ”koodi”. Esimerkiksi seuraavaan kuolintodistuksen tapahtumatiedot -kohtaan olen yhdistänyt koodin ’kuollut muiden seurassa’:

Viikonloppua ystäviensä kanssa viettänyt nuorimies. Porukassa nautittu alkoholia ja jossain vaiheessa yötä käyty nukkumaan. Nukkunut olohuoneessa parin kaverin kanssa. Aamulla ei saatu hereille.

Aluksi koodasin aineistoa Atlas.ti-ohjelmassa yhdessä Mikko Salasuon kanssa. Välillä tarkistimme koodien ja päätelmien pitävyyttä Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitoksen johtajalta Erkki Vuorelta, jolloin myös oikeuslääketieteellinen validius saatiin paremmaksi. Aloitimme koodaamisen ”puhtaalta pöydältä”, eli koodasimme sitä, mikä vaikutti olennaiselta. Yhä uudet jatkokoodauskierrokset syvensivät kuvaa ja tarkensivat tutkimuskysymystä. Näin alkoi muodostua ryhmittelyjä ja parametreja, joiden avulla oli mahdollista ryhtyä tarkkaan analyysiin. Tämä menettelytapa on tyypillinen grounded theorylle (Charmaz 2006, 42–71). Seuraavassa kuvaan Atlas.ti-koodaamisen vaiheet pääpiirteittäin.

Muokkasimme kuolemantapaukset kuolinsyyasiakirjojen tietojen perusteella sellaiseen muotoon, että niitä oli mahdollisimman helppo käsitellä Atlas.ti:ssa. Jaoin tiedot neljään ”palkkiin”: ensimmäinen sisälsi kuolleen henkilötiedot, toinen oikeuslääkärin kirjaamat kuolemaan liittyvät tiedot, kolmas kuolintodistukseen kirjatut tapahtumatiedot ja neljäs ruumiinavauspöytäkirjassa mainitut käytetyt aineet pitoisuuksineen. Kuhunkin palkkiin koodasimme sen sisältöä vastaavia tietoja. Osan koodeista, lähinnä koodauksen alkuvaiheessa, teimme suoraan rekisteröintien perusteella, koska tämä helpotti aineiston sisältämän tiedon jäsentelyä. Myöhemmässä koodauksessa koodit syntyivät selkeämmin aineistosta nousseiden tulkintojen avulla. Ensimmäisen koodauskierroksen jälkeen tilanne näytti tältä:

1 Henkilötiedot: koodattuna tapausnumero, kotikunta, syntymävuosi, sukupuoli ja ammatti.

2 Kuolemaan liittyvät tiedot: kuolinpäivä, kuolinsyy(t), kuolemanluokka, kuolinpaikka, kuolinpaikkakunta ja tärkein ainelöydös.

3 Tapahtumatiedot: edeltäneet sairaudet ja päihteiden käyttöhistoria.

4 Ruumiinavauspöytäkirja: vainajasta löydetty aineet ja niiden pitoisuudet.

Toisella koodauskierroksella koodasimme palkkien 2–4 tietojen avulla luvussa 3 (kuvio 1, s. 22) esitetyt huumeisiin liittyvien kuolemien alaryhmät niitä vastaaviin tapauksiin. Kyseiset alaryhmät loimme oikeuslääkärien määrittämiä kuolinsyitä ja kuolemanluokkaa sekä tapahtumatietoja apuna käyttäen. Täten nyt tekemämme ryhmittely ei täysin vastaa oikeuslääkäreiden tekemiä luokitteluja, vaikka se sitä monella tapaa muistuttaakin. Suurin ero on siinä, että oikeuslääkärien epäselviksi luokittelemia tapauksia katsoimme uudelleen ja siten pystyimme myös ryhmittelemään ne uudelleen. Samalla loimme uutta käsitteistöä jotta tulkintamme eivät olisi ristiriidassa oikeuslääkärien tulkintojen kanssa. (Ks. myös Salasuo ym. 2009.) Näitä huumeisiin liittyvien kuolemien alaryhmiä ja niiden sisältöä on joka tapauksessa hyvä esitellä tarkemmin.

1. Tapaturmaiset yliannoskuolemat (142 tapausta): Tähän ryhmään ryhmittelimme tapaukset, joissa tulkitsimme kuoleman olleen välitön seuraus huumeiden käytöstä. Kuten luvussa 3 totesin, suurimmassa osassa näitä tapauksia oikeuslääkäri oli määritellyt kuolemanluokaksi tapaturman ja peruskuolinsyiksi myrkytyksen. Mukana oli kuitenkin myös jonkin verran tapauksia, joissa kuolemanluokka oli tauti tai jäänyt epäselväksi ja peruskuolinsyö jokin muu kuin myrkytys (ks. taulukko 4). Se, miksi määritimme nämä tapaukset tässä analyysissä tapaturmaisiksi yliannoskuolemiksi, vaatiikin yksityiskohtaisempaa tarkastelua.

Taulukko 4. Oikeuslääkärin määrittämä kuolemanluokka peruskuolinsyyn mukaan tapaturmaisissa yliannoskuolemista

	Myrkytys	Keuhkokuume	Päihderiippuvuus	Muut	Yht.
Tapaturma	94	8	-	-	102
Tauti	-	6	10	6	22
Epäselvä	12	2	-	4	18
Yht.	106	16	10	10	142

Noin puolenkymmentä myrkytystapauksista oli luokiteltu epäselväksi koska tapauksia oli epäilty paitsi tapaturmaksi, myös itsemurhaksi. Yhdessä tapauksessa lienee epäilty myös henkirikoksen mahdollisuutta. Näissä tapauksissa tapahtumatietojen avulla varmuutta itsemurha- tai henkirikosaikomuksille ei kuitenkaan saatu, joten määritimme ne tapaturmaisiksi yliannoskuolemiksi. Lopuissa epäselvissä myrkytystapauksissa tapahtumakuvaus viittasi tapaturmaisuuuteen, joten se, miksi ne oli luokiteltu epäselviksi, jäi avoimeksi.

Keuhkokuumetapauksissa päihteiden myrkyvaikutus oli johtanut oksentamiseen, oksennuksen hengittämiseen ja keuhkokuumeeseen. Täten keuhkokuume oli välitön kuolinsyy. Kuudessa tapauksessa oikeuslääkäri oli katsonut, että keuhkokuume oli myös peruskuolinsyy ja täten luokitellut tapauksen tautikuolemaksi; kahdeksassa tapauksessa myrkytys oli kirjattu peruskuolinsyyksi, jolloin luokaksi oli merkitty tapaturma. Tässä analyysissä määritimme kaikki tällaiset keuhkokuumetapaukset tapaturmaisiksi yliannoskuolemiksi eikä sairauskuolemiksi, sillä päihteiden käytön aiheuttama yliannostus oli laittanut kuolemaan johtaneen tapahtumaketjun alulle.

Päihderiippuvuus mainittiin peruskuolinsyyksi 10 tapauksessa, jolloin kuolemanluokaksi määritytti tauti. Kaikista vainajista löytyi kuitenkin merkittäviä huumausainepitoisuuksia, ja lisäksi monissa näistä tapauksista kuolemaan myötävaikuttaneissa syissä mainittiin huumausaineiden haitta- tai myrkyvaikutus. Päihderiippuvuus peruskuolinsyynä viestii muutenkin kuoleman ja päihteiden käytön tiiviistä kytköksestä. Näistä syistä laskimme nämä tapaukset tapaturmaisiksi yliannoskuolemiksi eikä sairauskuolemiksi.

Taudiksi luokitelluissa tapauksissa peruskuolinsyynä mainittiin myös äkillinen sydänlihastulehdus (neljässä tapauksessa), aivoverenvuoto ja metamfetamiinin käyttöön liittynyt sekavuustila. Neljässä kuolemanluokaltaan epäselvässä tapauksessa kuolinsyy oli määritetty tuntemattomaksi. Muita kuolinsyitä, tapahtumakuvausta ja ruumiinavauspöytäkirjaa tarkastelemalla ryhmittelimme nämä kaikki edellä mainitut kymmenen tapausta tässä tutkimuksessa tapaturmaisiiin yliannoskuolemiin.

Korostan vielä, että edellä käsiteltyjen, oikeuslääkärin alun perin epäselviksi ja taudeiksi luokittelujen tapausten ryhmittelyn tapaturmaisiksi yliannoskuolemiksi teimme yksittäisiä tapauksia uudelleen ja huolellisesti tarkastelemalla. Tarkoitus ei ollut kiistää oikeuslääkärin tulkintoja, vaan asettaa tapaukset luomaamme uutta kehikkoa vasten. Tämä on perusteltua, sillä täten huumeisiin liittyvien kuolemien tulkitseminen ja ymmärtäminen helpottuu ja saamme aiheesta myös selkeämpää käytännön tietoa. Käsillä ollut aineisto oli nähdäkseni myös riittävän rikas informaatioltaan, jotta tekemämme ryhmittelyt olivat mahdollisia.

2. Itsemurhat (45): Tässä ryhmässä oli 15 myrkytyskuolemaa, mutta ne olivat itse aiheutettuja, eivät tapaturmaisista (tästä todisteena oli useissa tapauksissa jäähyväisviesti). Lisäksi 30 henkilöä oli riistänyt henkensä muilla keinoin, esimerkiksi hirttäytymällä. Kuolemanluokka oli lähes kaikissa itsemurha. Yhdessä tapauksessa kuolemanluokka oli jäänyt epäselväksi, mutta ryhmittelimme sen tapahtumakuvausten avulla itsemurhaksi.

3. Sairaudet (20): Näissä tapauksissa uhri oli kuollut jonkin sairauden – joko aiemmin diagnosoidun pitkäaikaissairauden tai äkillisen sairaskohtauksen – seurauksena. Kuolemanluokkana oli 19 tapauksessa tauti. Yhdessä tapauksessa kuolemanluokka oli jäänyt epäselväksi, mutta tapahtumakuvausten perusteella määritimme tapauksen tähän ryhmään.

4. Muut tapaturmat (21): Valitsimme ryhmään kaikki ne vainajat, jotka menehtyivät tapaturmaisesti, mutta huumausaineet vaikuttivat enintään välillisesti tapahtuneeseen (esimerkiksi auto-onnettomuus tai parvekkeelta putoaminen). Kuolemanluokka oli lähes kaikissa tapaturma. Yhdessä tapauksessa kuolemanluokka oli jäänyt epäselväksi, mutta tapahtumakuvausten avulla ryhmittelimme tapauksen muuksi tapaturmaksi.

5. Henkirikokset (6): Tähän ryhmään laskimme henkilöt, jotka olivat kuolleet henkirikoksen uhreina. Kaikissa kuolemanluokkana mainittiin henkirikos.

Omaa tutkimustani silmällä pitäen jatkoin koodaamista yksin kiinnittämällä huomiota asioihin, jotka olivat juuri minun tutkimuskysymykseni kannalta olennaisia.

Kolmannella koodauskierroksella koodasin tapaukset kuolinhetken iän perusteella viisivuotiskäryhmiin 15–19-vuotiaista alkaen. Toinen jaotteluni oli nuoret ja vanhat: nuoriksi luokittelin alle 30-vuotiaat. Suomessa huumeisiin liittyvät kuolemat painottuvat nuoriin ikäryhmiin (Vuori 2010; Steentoft ym. 2006), joten alle 30-vuotiaiden kuolemat ovat erityisen kiinnostuksen kohteena. Iän lisäksi toinen tärkeä demografinen taustamuuttuja on kuolleen sukupuoli. Ikää ja sukupuolta tarkastelen läpi tutkimuksen huumeisiin liittyvien kuolemien kaikkien alaryhmien yhteydessä.

Kolmannella koodauskierroksella jaoin tapaukset myös kotikunnan mukaan sillä perusteella, oliko henkilö ollut kotoisin pääkaupunkiseudulta, muusta kaupungista tai maaseutukunnasta. Kotikuntaa, kuolemien sijoittumista eri puolille Suomea ja kuolleiden ammattia – josta tieto tosin oli vain hieman yli puolessa tapauksista – käsittelen luvussa 5.

Neljännellä koodauskierroksella koodasin kolmospalkista seuraavia tietoja: kuollut yksin, muiden seurassa tai muissa olosuhteissa. Huumeiden käyttö mielletään usein sosiaalisesti toiminnaksi (ks. esim. Hakkarainen 1987), joten huumeiden käyttäminen yksin voi kieliä erityisen pahasta syrjäytymisestä. Tämä erottelu on tärkeä myös siksi, että muiden ihmisten läsnäolo ja heidän oikeanlainen reagointinsa tilanteeseen voi pelastaa ihmishenkiä (Hakkarainen 2002; Perälä 2002). Vaikka onkin mahdollista, että yleensä muiden seurassa käyttävät olivat menehtyneet juuri silloin, kun käyttivät yksin tai päinvastoin, 234 kuolemantapauksen (142 tapaturmaisen yliannoskuoleman) joukossa sellaisen sattuman vaikutus on pieni.

Neljännellä koodauskierroksella koodasin myös tapaukset, joissa henkilö oli käynyt korvaushoidossa tai muussa hoidossa, saanut lääkitystä tai hiljattain vapautunut vankilasta. Nämä tiedot yhdessä taustatiedoista selviävien mielenterveysongelmien, somaattisen sairastelun ja vammautumisten kanssa ovat tärkeitä määrittäessäni

huumeiden käytön ja kuoleman syitä (vrt. Rönkä & Virtanen 2008, 56–57, 64–65; Nuorvala ym. 2008; Perälä 2007; Seaman ym. 1998).

Viidennellä koodauskierroksella koodasin seuraavat tyypittelyt: narkomania, holtiton tai epämääräinen. Tämä kytkeytyy siihen, että yleisemmän kehyksen huumeisiin liittyvien kuolemien tulkinnalle olen ottanut Pekka Hakkaraisen (1987) tutkimuksesta *Huumausainekulttuuri ja käyttötavat Suomessa*. Hakkarainen ryhmittelee huumeiden käyttäjät seuraavasti: *Kokeilijoilla* käyttöä määrittää uteliaisuus, mutta käyttö jää vain muutamiin kertoihin. *Psykedeelikoille* käyttö on väline korkeampien, usein henkistymiseen tähtäävien tavoitteiden saavuttamiseksi. Nämä käyttäjät suosivat varsinkin hallusinogeenisia aineita, kuten kannabista ja LSD:tä. *Irrottelijoille* käyttö on niin ikään väline, mutta heidän tavoitteensa ovat hedonistisempia, hauskanpitoon liittyviä (vrt. Salasuo 2004). Irrottelijoiden suosiossa ovat muun muassa kokaiini, alkoholi ja jossain määrin kannabis. Psykedeelikoilla ja irrottelijoilla huumausaineiden käyttö on Hakkaraisen mukaan hallittua. Se on ajoittaista tai vain säännöllisin väliajoin kuten viikonloppuisin toistuvaa, eikä aiheuta käyttäjälleen merkittäviä sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja. Useimmiten psykedeelikot ja irrottelijat säilyttävät huumeiden käytön hallinnan ja iän myötä heidän käyttönsä usein vähenee. (Hakkarainen 1987.)

Pudonneet ovat psykedeelikkoja, jotka ovat menettäneet käyttönsä hallinnan, *sekoilijat* puolestaan irrottelijoita, joilla hallinta on pettänyt. Näillä ryhmillä käyttöä määrittelee holtittomuus. Holtittomilla käyttäjillä käyttö saattaa kestää pitkäänkin yhtäjaksoisesti ja kontrolloimaton sekakäyttö on yleistä. He eivät kuitenkaan ole aineista täysin riippuvaisia, vaan pystyvät olemaan myös ilman niitä. Usein holtittomilla käyttäjillä päihteettömät jaksot ja käyttöperiodit vuorottelevat. *Narkomaanit* käyttävät huumeita pakonomaisesti. (Hakkarainen 1987.) Heillä käytön hallinta on mennyttä, ja elämä pyörii hyvin pitkälti huumausaineiden hankinnan ja käytön ympärillä vaikka käytön haitat olisivat kiistattomat (ks. esim. Lalander 2003; Perälä 2002; Burroughs 1953). Tämä vastaa päihderiippuvuuden määritelmää lääketieteessä (Lönnqvist ym. 1999, 2513).

Hakkaraisen (1987) luoma huumeiden käyttäjien tyypittely on nähdäkseni edelleen pätevä ja hyvä kehys, eikä toisaalta uudempaa, yhtä kattavaa ja tähän tutkimukseen sopivaa tyypittelyä ole tehty. Esimerkiksi Kinnusen (1996) tyypittely on tehty

ensisijaisesti huumemarkkinoiden näkökulmasta. On myös hyvä huomata, että Hakkaraisen käyttäjäryhmät eivät ole automaattisesti toisiinsa kytköksissä, ts. kyse ei ole ”porttiteoreettisesta” tyypittelystä. Useimmilla huumeiden käyttäjillä käyttö pysyy satunnaisena tai hallittuna, eikä holtiton käyttö väistämättä johda narkomaniaan. Holtittomat käyttäjät saattavat myös saada käytön hallinnan palautettua ja narkomaanit päästä irti riippuvuudestaan. (Hakkarainen 1987.)

Erittelin aineistoni tapauksista henkilöt, joilla oli ollut *narkomania*. Narkomanian tunnusmerkit täyttyivät, jos kuolintodistuksessa mainittiin päihderiippuvuus tai narkomania. Samoin vainajan taustatiedoista löytyvä maininta korvaushoidosta riitti narkomaaniksi tyypittelyn perusteeksi. Jos taustatiedoissa mainittiin pitkään (vuosia) jatkunut huumeiden käyttö, se ei automaattisesti merkinnyt narkomaaniksi tyypittelyä, mutta puolsi sitä, varsinkin jos käytetyissä aineissa mainittiin amfetamiini ja/tai opioidit. Muita narkomaniatyypittelyä puoltavia tekijöitä olivat tieto suonensisäisestä käytöstä ja C-hepatiittitartunta. Narkomaaneiksi tyypittelin myös alkoholistit, mutta mainitsen näitä tapauksia käsiteltäessä erikseen kyseessä olevan nimenomaan alkoholiriippuvuuden.

Narkomaanien lisäksi erittelin aineistoni tapauksista *holtittomat*. Holtittomaksi henkilö määrittyi, mikäli tiedossa ei ollut pakonomaista huumeiden käyttöä ja selvää riippuvuutta, mutta taustatiedoista ilmeni mahdollisesti pitkäänkin jatkunutta huumausaineiden käyttöä. Kuolemaa edeltänyt aineiden käyttöputki ja sekakäyttö olivat merkkejä holtittomuudesta, mikäli en ollut erikseen määritellyt henkilöä narkomaaniksi.

Narkomaaneista löytyy usein holtittomien käyttäjien piirteitä ja päinvastoin (Perälä 2002, 26; Hakkarainen 1987, 87). Narkomaniasta ei kukaan käyttäjä aloita, vaan siihen pikemminkin luisutaan holtittoman käytön kautta (Hakkarainen 1987, 135). Täten rajankäynti on joskus vaikeaa. Tämän tutkimuksen aineistossa myös joidenkin tapausten tapahtumatietojen puutteellisuus hankaloitti jakojen tekoa. Muutamissa tapauksissa tapahtumatietoja oli sinänsä paljon, mutta ne eivät siltikään mahdollistaneet aukotonta tyypittelyä narkomaniaksi tai holtittomaksi. Niinpä määrittelin osan tapauksista epämääräisiksi. Jaottelua narkomaaneihin, holtittomiin ja epämääräisiin käytän ensisijaisesti tapaturmaisia yliannoskuolemia analysoidessani. Muita huumeisiin liittyviä kuolemia tarkastellessani tyypittely ei ole yhtä hyödyllinen, mutta varsinkin

narkomaanityypittely on silti joissain tapauksissa käyttökelpoinen. Tällaisia tilanteita käsittelen tarkemmin asianomaisissa analyysivaiheen luvuissa.

Kuolemiin vaikuttaneita huumausaineita ei voi sivuuttaa, vaikka tässä tutkimuksessa en ensisijaisesti niitä tutkikaan. (Kuolemiin liittyviä huumausaineita tarkemmin käsittelevää tutkimusta saman aineiston pohjalta, ks. Salasuo ym. 2009.) Huomioin etenkin tärkeimmän ainelöydöksen, eli sen aineen, mitä vainajan verinäytteestä löydettiin suurin määrä suhteessa hoito- tai viitealueeseen (Vuori ym. 2009, 3190; Vuori 2000a, 386; ks. myös liite 2). Haasteen tulkinntalle tuo etanolilöydös, sillä sille ei ole määriteltyä hoito- tai viitealuetta ja monesti on vaikea määrittää, onko ensisijainen kuoleman aiheuttaja ollut alkoholi vai jokin lääke/huumausaine. Toinen haaste muodostuu opioidien osuuden päättelystä: Monet opioidit saattavat aiheuttaa yliannoskuoleman vaikka niitä käytettäisiin hoitoalueen rajoissa. Toisaalta opioidiriippuvaiset saattavat käyttää opioideja moninkertaisesti hoitoalueen ylittäviä määriä. Tämä johtuu herkästi kasvavasta toleranssista. Opioidien käyttöä tarkasteltaessa onkin tärkeää huomioida alin myrkyllinen pitoisuus (eli pitoisuus, joka saattaa aiheuttaa yliannostuksen), joka useiden opioidien kohdalla on selvästi alle hoitoalueen. (Drummer 2001, 249)

Tässä tutkimuksessa tärkein ainelöydös on se, minkä oikeuslääkäri sellaiseksi on määrittänyt (Vuori 2009). Joissakin tapauksissa tärkeintä ainetta ei pystytty määrittämään, jolloin yliannostuksen katsotaan olleen seurausta useamman eri aineen haittavaikutuksesta. Tärkein aine on siis *spesifioimaton* (ks. myös Salasuo ym. 2009, 31–32). Tärkein ainelöydös kertoo ainakin siitä, mitkä aineet ovat päihdekäytössä (tai sekakäytössä muiden aineiden kanssa) erityisen vaarallisia. Tietyt aineet myös linkittyvät tietynlaisiin käyttökulttuureihin (Salasuo 2004; Perälä 2002; Hakkarainen 1987) ja saattavat siten tarjota lisäarvonsa kuolemien taustalle piirtyvään kuvaan. Kunkin analyysivaiheen luvun yhteydessä esitän tärkeimmät ainelöydökset ja muut ainelöydökset. Lyhyt katsaus tämän tutkimuksen kannalta olennaisimpiin huumausaineisiin ja niiden tavoin käytettäviin lääkkeisiin on liitteenä 1.

Atlas.ti-koodaamisen avulla luodut jaottelut auttoivat jäsentämään aineistoa, mutta analyysivaihetta varten tulostin kaikki tapaukset paperille. Näin sain konkreettisemmän tuntuman ja pystyin paremmin tarkastelemaan tapauksia yksitellen. Koen, että tämä oli

tarpeen myös siinä mielessä, että pystyin pääsemään kiinni aitoihin, inhimillisiin elämäntarinoihin. Paperille tulostettuina kykenin myös paremmin vertailemaan tapausten sisältöä ja poimimaan niistä sellaista, mikä pakenee tietokoneella tapahtuvaa koodaamista. Analyysi ei siis palaudu Atlas.ti-koodaukseen, vaan on hienosyisempää, yksittäiset tapaukset ja kokonaisuuden huomioonottavaa tulkintaa. Sama pätee loppupäätelmiin, joissa rakennan kokonaiskuvaa huumeisiin liittyvistä kuolemista.

5 HUUMEISIIN LIITTYVÄT KUOLEMAT

Vuonna 2007 huumeisiin liittyviä kuolemia tapahtui 234. Kuolleista naisia oli 29 (12 %). Kuolleiden keski-ikä oli 31 vuotta ja ikämediaani 28 vuotta.

Viisivuotiskäryhmittäin jaoteltuna tapaukset on nähtävissä taulukossa 5.

Taulukko 5. Huumeisiin liittyvien kuolemien lukumäärät viisivuotiskäryhmittäin vuonna 2007

15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69
16	58	54	31	29	23	12	8	2	-	1

Suurin ikäryhmä oli 20–24-vuotiaat. Myös alle 20-vuotiaiden määrä oli merkittävä. Yli puolet kuolleista oli alle 30-vuotiaita. Sen sijaan vanhemmissa ikäryhmissä oli hyvin vähän tapauksia. Nuorimmat kuolleet olivat kolme 17-vuotiasta poikaa ja vanhin 68-vuotiaana kuollut mies. Huumeisiin kuolla Suomessa verrattain nuorina ja toisaalta huumeiden ongelmakäyttäjät eivät usein elä kovin vanhoiksi, mikäli eivät pysty käyttöönsä lopettamaan. Vainajien ikää ja viisivuotiskäryhmiä esittelen tarkemmin tulevissa alaluvuissa.

Kuolinhetken asuinkunnan mukaan tapaukset jakautuivat seuraavasti:

pääkaupunkiseudulta oli kotoisin 71 (30 %), muista kaupungeista 132 (56 %) ja maaseudun kunnista 30 (13 %). Lisäksi yksi henkilö oli kotoisin ulkomailta. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että huumeiden ongelmakäyttö ja huumeisiin liittyvät kuolemat ovat levinneet laajemmin pääkaupunkiseudun ulkopuolelle (vrt. Steentoft ym. 2006; Steentoft ym. 2001).

Tampereelta ja Turusta, pääkaupunkiseudun ulkopuolella väkiluvultaan suurimmista kaupungeista, oli kotoisin suunnilleen saman verran vainajia (12 ja 13). Etelän pienistä ja keskisuurista kaupungeista oli kotoisin huomattavan paljon kuolleita: Porvoosta neljä, Haminasta viisi, Kouvolasta kuusi ja Kotkasta peräti yhdeksän. Väkilukuun suhteutettuna Kotkasta olikin kotoisin enemmän henkilöitä kuin mistään muusta kaupungista; esimerkiksi Helsinki (52 tapausta) jäi selvästi jälkeen. Huumeiden ongelmakäyttö vaikuttaa siis levinneen pääkaupunkiseudulta sen itäpuolella sijaitseviin kaupunkeihin.

Pohjois-Suomessa Oulusta oli kotoisin 14 henkilöä, mikä on väkilukuun suhteutettuna yksi suurimmista määristä. Myös pohjoisessa huumeiden ongelmakäyttö vaikuttaa levinneen pienempiin kaupunkeihin: Kajaanista, Raahesta ja Rovaniemeltä oli jokaisesta kotoisin neljä vainajaa.

Tarkasteltaessa huumeisiin liittyvien kuolemien alaryhmiä kuolleiden kotikuntien valossa, mitään erikoista ei ilmene: tapaukset olivat jakautuneet tasaisesti pitkin Suomea. Jos kotikunnan mukaan tarkastellaan ruumiinavauksen yhteydessä tehtyjä tärkeimpiä ainelöydöksiä, voidaan huomata joitain eroja. Buprenorfiiniin ja varsinkin metadoniin liittyvät kuolemat keskittyivät suurempiin kaupunkeihin. Sen sijaan muut opioidit olivat suhteessa yleisempiä ainelöydöksiä pienemmällä paikkakunnilla. Tämä saattaa liittyä aineiden saatavuuteen.

Huumeisiin liittyvien kuolemien maantieteellisen jakaantumisen voisi tiivistää seuraavasti: Huumeisiin liittyviä kuolemantapauksia sattui kaikkialla Suomessa, mutta erityisesti rannikon tuntumassa Etelä- ja Länsi-Suomessa. Sisämaassa huumeisiin liittyviä kuolemia tapahtui väkilukuun suhteutettuna vähemmän. Myös joitakin huumeisiin liittyvien kuolemantapausten ”taskuja” oli havaittavissa: Helsinki, Itä-Uudenmaan ja Kymenlaakson maakunnat sekä Oulu ja Etelä-Pohjanmaan maakunta.

Vain hieman useammassa kuin joka toisessa kuolintodistuksessa oli maininta kuolleen ammatista. Peräti 107 tapauksen kohdalla ammatti jäi tuntemattomaksi. Tämä tukee tutkimustietoa, että narkomaanit eivät yleensä käy töissä tai työsuhteet ovat lyhytkestoisia (Nuorvala ym. 2008, 664; Perälä 2002, 77). Toisaalta monista huumeiden ongelmakäyttäjistä on ylipäättään hyvin vähän tietoa tarjolla. Tapauksista, joissa ammatti oli tiedossa, selvästi yleisin ammatti oli opiskelija (31 tapausta), toiseksi yleisin eläkeläinen (11). Erilaisia rakennusalan työntekijöitä oli 49. Muut ammatit jäivät alle viiteen mainintaan.

Seuraavassa tarkastelen huumeisiin liittyvien kuolemien alaryhmiä. Aloitan tapaturmaisilla yliannoskuolemilla, jotka olen jaotellut huumeperäisiin ja huume- ja alkoholiperäisiin. Sen jälkeen katson muita huumeisiin liittyviä kuolemia eli itsemurhia, sairauskuolemia, muita tapaturmia ja henkirikoksia.

5.1 Tapaturmaiset yliannoskuolemat

Tapaturmaiset yliannoskuolemat ovat tämän tutkimuksen keskiössä. Tapausten valikoitumisperusteet tähän ryhmään on käsitelty luvuissa 3 ja 4. Kaikissa näissä tapauksissa huumausaineita löydettiin ruumiinavauksen yhteydessä vainajista huomattavia määriä. Monissa tapaturmaisissa yliannoskuolemista tehtiin ruumiinavauksessa myös etanolilöydös. Tällä perusteella tapaturmaiset yliannoskuolemat on edelleen ryhmitelty *huumeperäisiin* ja *huume- ja alkoholiperäisiin*. Tapaturmainen yliannoskuolema on siis huumeperäinen, jos ruumiinavauksen yhteydessä ei tehty verestä etanolilöydöstä. Poikkeuksen muodostavat tapaukset, joissa tärkein ainelöydös oli amfetamiini: koska amfetamiini (elintoimintoja kiihdyttävänä aineena) ja alkoholi (elintoimintoja lamaavana aineena) vähäisissä määrin nautittuna ”kumoavat” toistensa haittavaikutusta, on amfetamiiniyliannoskuolemat joissa etanolia on löydetty alle 0,5 promillea ryhmitelty huumeperäiseksi (Salasuo ym. 2009, 35). On myös hyvä huomata, että jos etanolilöydös tehtiin virtsasta ja/tai tapahtumakuvauksissa mainitaan alkoholinkäyttö mutta etanolia ei löytynyt vainajan verestä, tapaus on sijoitettu huumeperäisiin kuolemiin.

Käsittelen huumeperäisiä ja huume- ja alkoholiperäisiä kuolemia erikseen, sillä ne eroavat toisistaan myös muutoin kuin sen johdosta, että toisista ei ole tehty etanolilöydöstä ja toisista on. Alkoholi vaikuttaa tuovan oman erityisen sävynsä käyttökulttuuriin ja sitä kautta kuolemien takana piileviin tekijöihin. Toisaalta osa narkomaaneista pidättäytyy alkoholin nauttimisesta kokonaan, koska eivät pidä sen vaikutuksista huumeiden vaikutusten kanssa (Perälä 2002, 27–28, 32). Myös kuolleiden ikäjakauma on huumeperäisissä ja alkoholi- ja huumeperäisissä kuolemista erilainen. Taulukosta 6 nähdään, että huumeperäiset kuolemat kohtaavat keskimäärin nuorempia käyttäjiä.

Taulukko 6. Huumeperäisten sekä huume- ja alkoholiperäisten kuolemien lukumäärät jaottelun nuoret (alle 30-vuotiaat) ja vanhat (30-vuotiaat ja sitä vanhemmat) mukaan

	Nuoret	Vanhat	Yht.
Huumeperäiset (%)	51 (61)	32 (39)	83 (100)
Huume- ja alkoholiperäiset (%)	29 (49)	30 (51)	59 (100)
Yht. (%)	80 (56)	62 (44)	142 (100)

Aloitan huume-kuolemien käsittelyn huumeperäisistä kuolemista. Tarkastelen näitä tapauksia viisivuotiskäryhmittäin, erityisenä painopisteenä nuoret ikäryhmät. Iän lisäksi kuvaan kuolleiden sukupuolta ja ensisijaista yliannostuksen aiheuttanutta ainetta. Kuolemaa edeltäneitä tapahtuma- ja taustatietoja apuna käyttäen jaottelen tapaukset narkomaaneihin ja holtittomiin. Lisäksi tarkastelen kuolinpaikkaa ja kuoleman olosuhteita, erityisesti sitä onko kuolema tapahtunut muiden ihmisten läsnä ollessa vai käyttäjän ollessa yksin. Huomioni kiinnittyy myös taustatiedoista ilmeneviin mielenterveysongelmiin ja somaattisiin sairauksiin. Konkretisoin kuvauksia tapausesimerkkien avulla. Samaan tapaan käsittelen myöhemmin huume- ja alkoholiperäisiä kuolemia.

5.1.1 Huumeperäiset kuolemat

Nämä tapaukset lienevät lähimpänä sitä mielikuvaa, minkä tieto huume-kuolemasta useimmille luo. Näissä tapauksissa vähintään yksi huumeaine on ollut osallisena aiheuttamassa kuolemaan johtanutta haittavaikutusta. Tapauksia oli vuonna 2007 yhteensä 83. Näistä naisia oli yhdeksän, eli noin 11 prosenttia. Kuolleiden keskimääräinen kuolinikä oli 30 vuotta ja ikämediaani 27.

Taulukko 7 esittää eri ainelöydösten lukumäärät vainajien verestä. Suluissa on tapaukset, joissa kyseinen aine oli tärkein ainelöydös. Amfetamiineja löytyi 37 tapauksessa (45 %), mutta kuoleman ensisijainen aiheuttaja ne olivat vain viidesosassa huumeperäisiä kuolemia. Buprenorfiinia löytyi myös monesta vainajasta, ja se oli yksittäisistä aineista useimmin tärkein ainelöydös. Suhteessa ainelöydösten

lukumäärään ”tappavin” aine oli metadoni. Muista opioideista tramadoli oli yleisin ainelöydös (19 tapauksessa) ja myös useimmin tärkein löydös (11 tapauksessa).

Bentsodiatsepiineja löytyi lähes kaikista vainajista, mutta tärkein löydös ne olivat vain yhdessä tapauksessa. Joukkoon ”muut” lukeutuvat muun muassa pregabaliini ja muita epilepsialääkkeitä, trisyklisiä masennuslääkkeitä, parasetamoli, gamma, kannabis ja butaani. Tapaukset, joissa tärkein ainelöydös oli spesifioimaton, ovat sellaisia, joissa yksittäistä tärkeintä ainetta ei pystytty nimeämään tärkeimmäksi löydökseksi.

Taulukko 7. Ainelöydökset vainajien verestä jaotellun nuoret/vanhat mukaan, suluissa tapaukset, joissa kyseinen aine oli tärkein löydös

	Nuoret, N=51	Vanhat, N=32	Yht., N=83
Buprenorfiini	20 (12)	11 (6)	31 (18)
Metadoni	10 (9)	5 (5)	15 (14)
Muut opioidit	28 (19)	17 (6)	45 (25)
Amfetamiinit	19 (7)	18 (9)	37 (16)
Bentsodiatsepiinit	49	28 (1)	77 (1)
Muut	38 (3)	24 (4)	62 (7)
Tärkein ainelöydös spesifioimaton	(1)	(1)	(2)

Kannattaa kiinnittää huomiota myös sekakäytön määrään. Ainoastaan yhdestä kuolleesta löytyi vain yhtä kuolemaan vaikuttanutta ainetta (amfetamiini), kaikissa muissa kuolemaan vaikuttaneita aineita oli vähintään kaksi. On hyvä huomata, että buprenorfiinia ja metadonia lukuun ottamatta kyse on tarkemmin ottaen aineryhmistä. Eli vaikka henkilö olisi käyttänyt sekä morfiinia että kodeiinia, kohtaan muut opioidit tuli vain yksi merkintä. Vastaavasti bentsodiatsepiineja käyttäneet olivat lähes poikkeuksetta nauttineet useampiakin ”bentsoja”, kuten oksatsepaamia, alpratsolaamia ja tematsepaamia. Osa sekakäytöstä jää siis näkymättömiin aineryhmien sisälle.

Iän mukaan tarkasteltuna voidaan huomata, että kaikkia aineita käyttävät sekä nuoret että vanhat. Ainoastaan amfetamiinien kohdalla on havaittavissa painotusta vanhempiin ikäryhmiin. Tämä johtunee siitä, että amfetamiinien käytöllä on Suomessa pidempi ja vakiintuneempi historia kuin opioidien käytöllä, mutta myös siitä, että opioideihin verrattuna amfetamiinien haitat terveydelle ilmenevät vasta pidempään kestäneen käytön jälkeen (Käypä Hoito -suositus 2006, 598, 602–603; Vuori 2000b, 413).

Johdatteluna seuraavaan ikäryhmittäiseen tarkasteluun esitän vielä kokoomataulukon 8, joka kertoo narkomaniatapauksien, holtittomien tapauksien ja epämääräisten tapauksien lukumäärän ikäryhmittäin. Narkomaniatapaukset jakaantuvat tasaisesti läpi ikähaitarin. Holtittomat tapaukset sen sijaan painottuvat vahvasti alle 30-vuotiaisiin. Jatkossa tarkastelen alle 30-vuotiaiden viisivuotiskäryhmiä omissa alaluvuissaan, 30–39-vuotiaat olen niputtanut yhteen alalukuun, samoin kaikki yli 40-vuotiaat.

Taulukko 8. Huumeperäiset tapaturmaiset yliannoskuolemat ikäryhmittäin ja jaottelun narkomania/holtiton/epämääräinen mukaan

	15– 19	20– 24	25– 29	30– 34	35– 39	40– 44	45– 49	50– 54	55–	Yht.
Narkomania (63 %)	3	13	10	5	9	5*	3	3	1	52
Holtiton (28 %)	6	9	5	3	-	-	-	-	-	23
Epämääräinen (10 %)	-	2	3	1	-	1	1	-	-	8
Yhteensä	9	24	18	9	9	6	4	3	1	83
%	11	29	22	11	11	7	5	4	1	101

*=yksi tapauksista alkoholismi

5.1.1.1 15–19-vuotiaat: sekoilua ja kokemattomuutta

Kaikkien huumeisiin liittyvien vuoden 2007 kuolemien joukossa tähän ikäryhmään kuuluvien lukumäärä oli 16. Onkin hätkähdyttävää, että yli puolet heistä (9) oli kuollut huumeperäisesti. Tällaisten kuolemien osuus oli 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä selvästi suurempi kuin missään muussa ikäryhmässä. Kaikki kuolleet olivat miehiä tai poikia. Kuolemille oli tyypillistä sekoilu ja kokemattomuus: holtittomiksi tyypittelin yhdeksästä tapauksesta kuusi. On vaikea selittää, miksi tässä ikäryhmässä oli suhteellisesti niin paljon huumeperäisiä kuolemia. Onko kyseessä halu sekoittaa pää hinnalla millä hyvänsä, vai kenties tietämättömyyttä siitä, mitä milloinkin elimistöönensä laittaa? Nuoret ja kokemattomat käyttäjät eivät tunnu tyytyvän perinteiseen alkoholiin

tai edes ”jäykkään ja hiljaiseen pohjoiseen mielenlaatuun sopivaan amfetamiiniin” (Kinnunen 1996, 59), vaan käyttävät jo nuorena runsaasti opioideja.

Tapausesimerkki 1:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 15–19

Peruskuolinsyy: dekstropropoksifeenin ja oksatsepaamin yhteinen myrkyvaikutus

Kuolemanluokka: tapaturma

Kuolinpaikka: koti

Kotikunta: muu kaupunki

Tärkein ainelöydös: dekstropropoksifeeni

Tyypittely: holtiton

Tapahtumatiedot:

Poliisilta saatujen tietojen mukaan kaveriporukassa ottanut jotakin lääkettä.

Tämän jälkeen mennyt nukkumaan. Vain muutamaa tuntia myöhemmin vaikuttanut elottomalta, ja kaverit olivat kutsuneet paikalle ambulanssin.

Sairaskuljetusmiehistön elvytyshoidosta huolimatta menehtyi tapahtumapaikalle.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Dekstropropoksifeeni 3.5 mg/l

- Oksatsepaami 2.8 mg/l

- Desmetyylidiatsepaami 0.09 mg/l

- Tematsepaami 0.03 mg/l

- Diatsepaami 0.3 mg/l

- Parasetamoli 21 mg/l

- Orfenadriini 0.5 mg/l

- THCOOH (virtsa) 12 mg/l

Tapausesimerkki 1 havainnollistaa hyvin, millaisia olivat tämän ikäryhmän huumeperäiset kuolemat. Nuoret olivat juhlineet porukassa, joissain tapauksissa useamman päivän ajan. Illalla oli nautittu lääkkeitä ja huumeita, jotkut seurueesta myös alkoholia. Juhlimisen yhteydessä oli ilmeisesti otettu lähes kaikkea, mitä eteen sattui. Tähän viittaavat lukuisat erilaiset ainelöydökset vainajien ruumiissa. Huumausaineiden käyttö oli todennäköisesti tapahtunut suun kautta tai nuuskaamalla, sillä mitään suonensisäiseen käyttöön viittaavaa ei holtittomien taustatiedoissa esiintynyt. Jossain vaiheessa juhlijat olivat joko menneet nukkumaan tai sammuneet. Viimeistään seuraavana päivänä joku löydettiin elottomana. Tässä vaiheessa elvytys oli myöhäistä. Yliannostus oli siis käynyt nukkumisen aikana tappavaksi.

Koska tapaukset olivat sattuneet muiden ihmisten läsnä ollessa, herää kysymys, olisiko näitä kuolemia voinut ehkäistä. Kuten totesin, yhdessäkään tapauksessa ei ollut viitteitä suonensisäisestä huumeiden käytöstä. Täten yliannostila oli iskenyt viiveellä, nukkumisen aikana, ei yhtäkkisesti. Tällaista yliannostusta voi olla hyvin vaikea tunnistaa, varsinkin jos muut paikallaolijat ovat itsekin käyttäneet päihteitä ja nukkuvat.

Kolmen vainajan taustatiedoista löysin narkomanian tunnusmerkit. Narkomania ei kehity hetkessä (Hakkarainen 1987, 135), joten on hieman yllättävää, että narkomaniaa esiintyi alle 20-vuotiailla. Nämä tapaukset olivat kuitenkin selkeitä. Kaikille oli diagnosoitu päihderiippuvuus, ja ainakin yksi oli ollut sen vuoksi vieroitushoidossa. Kahden kohdalla oli maininta suonensisäisestä käytöstä.

Narkomaniatapaukset muistuttavat holtittomia tapauksia siinä, että kaikissa kuolemaan johtaneet olosuhteet olivat olleet sekavahkot. Kaksi oli kuollut muiden ihmisten läsnä ollessa nukkuessaan ja heidät löydettiin aamulla elottomina, aivan kuten holtittomissa tapauksissa. Yhdessä tapauksessa kuolinseura jäi avoimeksi. Kahdessa tapauksessa henkilö oli kärsinyt terveysongelmista: yksi oli vakavasti vammautunut ja toisella oli taustalla mielenterveysongelmia.

5.1.1.2 20–24-vuotiaat: kehittyneitä narkomaniaa ja itselääkintää

Tämä ryhmä, 20–24-vuotiaat huumeperäisesti kuolleet, on ikä- ja kuolemanryhmittäin jaoteltuna koko aineiston lukumääräisin yksittäinen joukkio (24 tapausta). Samalla ryhmä oli yksi moniongelmaisimmista ja taustoiltaan synkimmistä. Joukossa oli neljä naista. Kaikki naiset ja yhdeksän miestä tyypittelin narkomaaneiksi.

Tapausesimerkki 2:

Sukupuoli: nainen
Ikä kuolinhetkellä: 20–24
Peruskuolinsyy: metadonimyrkytys
Kuolemanluokka: tapaturma
Kuolinpaikka: koti
Kotikunta: pääkaupunkiseutu
Tärkein ainelöydös: metadoni
Tyypittely: narkomania

Tapahtumatiedot:

Löytyi kuolleen asuntoon asuinhuoneestaan. Tiedettiin olevan alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden sekakäyttäjä. Nähty viimeksi elossa noin viisi päivää aikaisemmin. Omaisten mukaan hänellä oli ollut vuosia sitten itsetuhoisia aikeita ja jonkinlaisia yrityksiä, mutta ei enää viime aikoina. Terveyskeskuksen tietojen mukaan hänellä oli C-hepatiitti, lääkityksenä Ciprallex, Seroquel ja Diapam. Aiemmin ollut metadonikorvaushoidossa mutta se oli lopetettu.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Metadoni 1.2 mg/l*
- Amfetamiini 0.07 mg/l*
- Desmetyylidiatsepaami 0.2 mg/l*
- Tematsepaami 0.1 mg/l*
- Diatsepaami 0.1 mg/l*
- Oksatsepaami 0.05 mg/l*
- Sitalopraami 0.1 mg/l*

Tapausesimerkissä 2 on nähtävissä monille tämän ikäryhmän narkomaanitapauksille tyypillisiä piirteitä, kuten vakavia sosiaalisia ja terveysongelmia ja pidempiaikaista huumeiden käyttöä. Viisi vainajista oli menehtynyt yksin ollessaan, neljä näistä todennäköisesti nukkuessaan. Näillä kaikilla oli taustalla psyykkisiä tai fyysisiä sairauksia ja ainakin kolmella oli ollut suonensisäistä huumeiden käyttöä. Kahdeksan oli menehtynyt muiden ihmisten seurassa. Näistä kaksi oli toimitettu hoitoon, joka oli kuitenkin jäänyt tuloksettomaksi. Toinen tapauksista oli ”klassinen” yliannostustapaus: 24-vuotias mies oli ottanut suonensisäisesti oksikodonia ja menettänyt äkillisesti tajuntansa. Muut paikallaolijat olivat toimittaneet hänet sairaalaan, mutta elvytys oli ollut myöhäistä. Kuudessa tapauksessa toistui tuttu kaava: juhlimisen jälkeen käyttäjät olivat käyneet nukkumaan tai sammuneet ja aamulla muut olivat löytäneet yhden elottomana. Näistä neljässä oli näyttöä suonensisäisestä käytöstä.

Tapausesimerkki 3:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 20–24

Välitön kuolinsyy: keuhkokuume, oletettu aspiraatiopneumonia

Peruskuolinsyy: lääkkeiden ja huumeiden aiheuttama myrkytys

Kuolemanluokka: tapaturma

Kuolinpaikka: koti

Kotikunta: pääkaupunkiseutu

Tärkein ainelöydös: tramadoli

Tyypittely: holtiton

Tapahtumatiedot:

Huumeiden ja lääkkeiden sekakäyttöä. Edellisen päivän aikana nauttinut useita pulloja siideriä sekä erilaisia lääkkeitä, mahdollisesti ekstaasia ja polttanut kannabista. Päivällä torkkunut mutta illalla liikuskellut kaverin kanssa. Jossain vaiheessa palannut kotiin. Aamulla kaveri löytänyt lattialta makaamassa elottomana.

Ruumiinavauspöytäkirja

- Tramadoli 6.2 mg/l
- Oksatsepaami 0.04 mg/l
- Titsanidiini 0.07 mg/l
- Alpratsolaami 0.1 mg/l
- Naprokseeni 42 mg/l
- Nortramadoli 0.2 mg/l
- Tramadoli-0-desmetyyli 1.0 mg/l
- Alpratsolaami-1-hydroksi positiivinen, alle kvantitointirajan

Narkomaanien lisäksi 20–24-vuotiaiden joukosta tyypittelin yhdeksän holtitonta.

Tapausesimerkki 3 toimii hyvänä havainnollistajana, sillä holtittomat tapaukset noudattivat samaa kaavaa. Kahdeksan oli kuollut muiden ihmisten seurassa. Monissa tapauksissa kaveriporukka oli liikuskellut siellä täällä, yleensä eri ihmisten asunnoissa, useampiakin päiviä. Tänä aikana oli nautittu lukuisia lääkkeitä ja mahdollisesti alkoholia. Seitsemässä tapauksessa henkilö oli löydetty aamulla elottomana, eikä mitään ollut enää tehtävissä. Yksin kuollut henkilö oli kadonnut muutamaa päivää aiemmin ja löytynyt tuttavansa pihamaalta kuolleena. Kaikissa tapauksissa tärkein yliannostuksen aiheuttanut aine oli jokin opioidi. Kahdessa tapauksista oli epäily suonensisäisestä käytöstä. Näillä henkilöillä ei kuitenkaan ilmennyt muista taustatiedoista sellaista, jonka perusteella heidät olisi voinut tyypitellä narkomaaneiksi.

Yhdessä tapauksessa henkilö oli juhlinut juuri tapahtunutta vankilasta vapautumisestaan. Vankila-aikana tapahtuneen toleranssin laskun vuoksi vankilasta vapautumisen jälkeen huumeiden yliannostusriski on korkea (Farrell & Marsden 2008; Warner-Smith ym. 2001, 1115; Seaman ym. 1998). Tässäkin tapauksessa suhteellisen pieneltä vaikuttavat määrät aineyhdistelmää buprenorfiini ja bentsodiatsepiinit olivat koituneet tappaviksi.

Holtittomien joukossa oli myös toinen tämän aineiston fentanyylilaastaritapauksista. Kolme henkilöä oli käyttänyt alkoholia ja lääkkeitä yhtäjaksoisesti jo usean päivän ajan. Kaksi heistä oli saanut käsiinsä fentanyylilaastareita ja käyttänyt niitä kielen alla. Suun lämmössä ohuiden limakalvojen läpi fentanyyli imeytyy huomattavasti nopeammin kuin

oikein ihoa vasten käytettynä (Vuori ym. 2009, 3194). Ohjeet laastarin käyttöön uhrin olivat saaneet internetistä. Laastareita käyttäneet löytyivät aamulla kuolleina.

Narkomaanien ja holtittomien lisäksi tässä ryhmässä oli kaksi epämääräistä tapausta. Ensimmäisessä tapauksessa tärkein ainelöydös oli buprenorfiini. Vainaja löydettiin kotoaan lähes viikko kuoleman jälkeen alkavassa mätänemistilassa. Tapahtumatiedot olivat niukkoja, mutta henkilöllä oli ollut autokolarin aiheuttamia vammoja. Toisessa tapauksessa tärkein ainelöydös oli spesifioimaton. Taustalla mainittiin ajoittainen alkoholin käyttö, mutta mitään narkomanian tunnusmerkkejä ei löytynyt. Tapahtumatiedot eivät myöskään viitanneet kuolemaa edeltäneeseen holtittomaan toimintaan. Uhri kuoli nukkuessaan tyttöystävän läsnä ollessa. Hänellä oli ollut lääkitys mielenterveysongelmiin. Tämä voi selittää kuolemaa edeltänyttä käyttöä ja aiheutunutta yliannostustilaa.

Kaikkiaan kahdeksalla tämän ikäryhmän vainajista oli taustalla jonkinlaisia mielenterveysongelmia. Neljällä oli fyysisiä sairauksia: kaksi oli pyörätuolipotilaita, yhdellä oli aivon otsalohkon syöpä ja yhdellä autokolarissa saatuja aivoruhjeita. Yhdellä vainajalla oli diagnosoitu sekä lukuisia mielenterveysongelmia että lihaskouristelutaipumusta.

Tämän ikäryhmän huumeperäiset kuolemat piirtävät siis kaksijakoista kuvaa. Monilla käyttö oli luisunut jo pitkälle narkomanian puolelle, mutta toisaalta monet kuolemat olivat aiheutuneet holtittomasta päihteiden käytöstä. Narkomania yhdistyi moniin muihin ongelmiin. Tällöin ”kuiville pääsy” on vaikeaa ja voi näyttäytyä lähes mahdottomalta (vrt. Perälä 2007). 20–24-vuotiaat olivat suurin ikäryhmä myös tämän aineiston itsemurhan tehneiden joukossa (ks. luku 5.2). Vaikuttaa siltä, että mielenterveysongelmat ja muut elämän vastoinkäymiset kasautuvat monilla ylitsepääsemättömiksi juuri tässä iässä. Kyse ei näytä olevan vain huumeongelmasta, vaan yleisestä pahoinvointiongelmastakin, jossa huumeita käytetään kivunlievitykseen ja pakokeinona todellisuudesta. Jotakin ainetta on aina saatavilla, joten tällaisten ongelmien torjumisessa ei välttämättä auta puuttuminen vain huumeiden käyttöön, vaan on vaikutettava myös taustalla piileviin muihin tekijöihin.

5.1.1.3 25–29-vuotiaat: merkkejä pahenevasta syrjäytymisestä

Tässä ikäryhmässä tapaturmaiseen yliannokseen menehtyneitä henkilöitä oli yhteensä 18, joista kolme oli naisia. Edellisestä ikäryhmästä tuttu trendi jatkuu: hieman yli puolet tyypittelin narkomaaneiksi. Holtittomia esiintyi myös, tällä kertaa viisi. Kolme tapausta jäi epämääräiseksi, sillä tapahtumatiedot olivat niukat.

Tapausesimerkki 4:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 25–29

Peruskuolinsyy: buprenorfiinimyrkytys

Kuolemaan myötävaikuttanut syy: amfetamiinin käyttö

Kuolemanluokka: tapaturma

Kuolinpaikka: yksityisasunto

Kotikunta: muu kaupunki

Tärkein ainelöydös: buprenorfiini

Tyypittely: narkomania

Tapahtumatiedot:

Oli vuosia käyttänyt erilaisia lääkkeitä, huumausaineita ja alkoholia.

Sairastanut astmaa ja suonensisäisten huumeiden johdosta C-hepatiittia.

Huumausaineista oli käyttänyt ainakin heroïinia ja amfetamiinia sekä Subutex-lääkintää ja bentsodiatsepiineja. Käynyt jostakin ostamassa pienen määrän amfetamiinia, jota oli sitten aamupäivällä käyttänyt suonensisäisesti. Pian pistämisen jälkeen hengitys alkanut salpautua, oli huutanut apua. Naisystävän mennessä paikalle oli haukkonut voimakkaasti henkeä, eikä pystynyt enää puhumaan. Naisystävä soittanut hälytyskeskukseen. Paikalle saapuneet sairaankuljettajat olivat lopettaneet elvytyksen tuloksettomana.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Buprenorfiini 45 µg/l

- Amfetamiini 0.43 mg/l

- Desmetyylidiatsepaami 0.5 mg/l

- Diatsepaami 0.2 mg/l

- Oksatsepaami 0.09 mg/l

- Tematsepaami 0.04 mg/l

- Mirtatsapiini 0.1 mg/l

Kymmenestä narkomaanista kaksi oli naisia. Kuten tapausesimerkissä 4, kaikilla narkomaaneilla pitkäaikainen huumeiden käyttö oli selvästi ottanut veronsa. Viidellä mainittiin C-hepatiitti ja ainakin kolmella muulla oli ollut vaikeita terveysongelmia. Kahdella mainittiin mielenterveysongelmat. Noin puolessa tapauksista toistui tyypillinen tilanne, jossa ennen nukkumaanmenoa oli nautittu päihteitä ja aamulla joku

löytyi kuolleena. Muutoin tapauksissa oli kirjavuutta. Osa oli kuollut yksin kotona, muutama löydettiin yleisiltä paikoilta.

Kaikki viisi holtitonta käyttäjää olivat miehiä. Yksi oli kuollut yksin, kolme muiden seurassa. Yhden tapauksen osalta en pystynyt päättelemään tilannetta: vainaja löytyi kotoaan sängyltä ja asunnossa oli viitteitä kuolemaa edeltäneestä rankasta sekakäytöstä.

Tapausesimerkki 5:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 25–29

Peruskuolinsyy: opioidipohjaisten lääkeaineiden aiheuttama myrkytys

Kuolemanluokka: tapaturma

Kuolinpaikka: tuttavan asunto

Kotikunta: muu kaupunki

Tärkein ainelöydös: metadoni

Tyypittely: epämääräinen

Tapahtumatiedot:

Ollut tuttavansa luona. Tuttava poistunut asunnosta ja palannut noin tunnin kuluttua jolloin löytänyt vainajan istuma-asennosta keittiön tuolilta elottomana.

Elvytystoimet tuloksettomat.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Metadoni 0.5 mg/l

- Oksikodoni 0.04 mg/l

- Fentanyyli 0.69 mg/l

- Morfiini (virtsa) 0.11 mg/l

- Kodeiini (virtsa) 0.02 mg/l

- Amfetamiini (virtsa) 0.44 mg/l

- Sitalopraami 0.1 mg/l

- Norsitalopraami, midatsolaami, norfentanyyli, noroksikoni, klonatsepaami ja eddp positiivisia, alle kvantitointirajan

Tapausesimerkistä 5 en pystynyt määrittämään, oliko vainaja ollut narkomaani tai holtiton käyttäjä. Tapaus määrittyi epämääräiseksi, kuten kaksi muutakin tapausta tässä ikäryhmässä. Kaksi henkilöistä oli kuollut yksin. Yhden kohdalla tilanne jäi avoimeksi: hänet löydettiin ulkomailla matkustajakodista, ja tapahtumatiedot olivat hyvin niukat. Yhden epämääräisen tapauksen taustalla oli masennusta.

Tässä ikäryhmässä kuolleista oli vähemmän taustatietoa kuin nuorempina kuolleista. Kolme määrittyi siitä syystä epämääräiseksi, mutta myös narkomaanien ja holtittomien

tapahutum tiedot olivat melko vähäiset. Syytä tähän on vaikea arvioida, mutta ainakin muutama vaihtoehto tulee mieleen. Selvitetäänkö nuorempien tapaukset tarkemmin? Toisaalta hieman vanhemmista (ja mahdollisesti hyvin syrjäytyneistä) narkomaaneista voi olla tarjolla vähemmän tietoa.

5.1.1.4 30–39-vuotiaat: sosiaalisia ongelmia ja terveyden heikkenemistä

Vuoden 2007 huumeperäisistä kuolemista yhdeksän sijoittui 30–34-vuotiaiden ikäryhmään. Kaikki olivat miehiä. Narkomaaneiksi tyypittelin viisi, holtittomiksi kolme ja epämääräiseksi jäi yksi tapaus. Narkomaaneista kaksi oli kuollut yksin kotonaan. Tapahutumakuvauksissa mainittiin kotien epäsiisteys ja ”värkkien” eli huumeiden käyttövälineiden paljous (vrt. Perälä 2002, 80–85). Yksi henkilö oli kuollut ulkona kulkiessaan, eikä paikalle sattuneiden hälyttämä apu saapunut ajoissa. Tämä henkilö oli hiljattain päässyt vankilasta (vrt. Farrell & Marsden, 2008; Warner-Smith ym. 2001, 1115; Seaman ym. 1998). Yksi narkomaani menehtyi sairaalassa poliisin haettua hänet kotoaan, missä hän oli riehunut naapureitaan häiriten. Yksi alkoi voimaan huonosti kaverinsa ollessa paikalla: kaveri hälytti apua, joka saapui liian myöhään. Narkomaaneista neljä oli siis nauttinut aineita yksin juuri ennen kuolemaansa. Yhdelle narkomaaneista oli määrätty lääkkeitä kipuun ja ahdistukseen.

Myös holtittomat tapaukset olivat sattuneet yksinäisissä olosuhteissa. Yksi löytyi aamulla elottomana yksityisasunnosta juhlistuaan edellisenä iltana vankilasta pääsyä. Kaksi muuta oli kadonnut juhlimisporukoista ja löytynyt myöhemmin elottomana, toinen kotoaan, toinen kotinsa ulko-oven edestä.

30–34-vuotiaissa oli yksi epämääräinen tapaus. Mies löytyi yksin kotoaan kuolleena. Hän oli kärsinyt mielenterveysongelmista ja hiljattain kuumeesta.

Kaikkiaan 30–34-vuotiaiden kuolemat muistuttivat melko paljon 25–29-vuotiskäryhmän kuolemia. Monille oli kehittynyt narkomania, mutta holtittomiakin tapauksia esiintyi edelleen. Monet olivat kuolleet yksin. Ainevalikoimat olivat samankaltaiset. Sen sijaan 35–39-vuotiaat erottuivat nuoremmista: kaikki määritin narkomaaneiksi. Kaikki heistä olivat miehiä.

Tapausesimerkki 6:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 35–39

Peruskuolinsyy: amfetamiinin ja oksikodonin aiheuttama myrkytys

Kuolemanluokka: epäselvä

Kuolinpaikka: koti

Kotikunta: muu kaupunki

Tärkein ainelöydös: oksikodoni

Tyypittely: narkomania

Tapahtumatiedot:

Esitietojen mukaan oli jo pitkään käyttänyt suonensisäisesti amfetamiinia ja lisäksi hän oli sairastanut hepatiitti C-viruksen aiheuttamaa maksatulehdusta. Avopuoliso löytänyt tämän menehtyneenä heidän asuntonsa olohuoneen sohvalta aamulla. Vainajan vierestä löytynyt OxyContin 40 mg/l lääkeliuska ja lisäksi asunnossa ollut ruiskuja joissa oli ollut neula kiinni.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Oksikodoni 0.42 mg/l

- Amfetamiini 0.33 mg/l

- Desmetyylidiatsepaami 0.8 mg/l

- Tematsepaami 0.4 mg/l

- Diatsepaami 1.0 mg/l

- Oksatsepaami 0.08 mg/l

- Naprokseeni positiivinen, alle kvantitointirajan

Tämän ikäryhmän kuolleilla pitkäaikainen kovien huumeiden käyttö oli selvästi alkanut näkyä terveyden heikkenemisenä, mikä edesauttoi kuolemaa. Tapausesimerkki 6:lla mainittiin taustatiedoissa C-hepatiitti, samoin kolmella muulla henkilöllä. Muitakin terveysongelmia esiintyi: kahdella oli ollut kuolemaa edeltänyttä yleisvoimien huonoutta ja sairastelua, samoin kahdella jonkinlainen vammautuminen.

Muutama löytyi aamulla kuolleena, muutama oli mennyt elottomaksi heti piikityksen jälkeen eikä heidän elvyttäminen enää tuottanut tulosta. Yksin kuoli varmuudella kaksi henkilöä. Amfetamiinit olivat tässä ikäryhmässä yleisempiä kuin nuoremmissa.

Amfetaministit pysyvät opioidien ongelmakäyttäjiä pitempään hengissä, mutta heilläkin aineen terveyttä rappioittava vaikutus alkaa näkyä lisääntyvinä kuolemantapauksina yli 30 vuoden iässä (vrt. Käypä Hoito -suositus 2006, 598, 602–603; Vuori 2000b, 413).

5.1.1.5 40-vuotiaat ja sitä vanhemmat: pitkäaikaisia ongelmia ja kovia kipuja

Yli 40-vuotiaiden huumeperäisiä kuolemia vuonna 2007 oli 14 (ks. taulukko 8, s. 45). Vainajista kaksi oli naisia. Tapauksista 12 tyypittelin narkomaniaksi. Yhdessä tapauksessa päihderiippuvuus oli ollut pikemminkin alkoholismia kuin huumaus- tai lääkeaineriippuvuutta.

Tapausesimerkki 7:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 50–

Peruskuolinsyy: buprenorfiinimyrkytys (+ amfetamiini- ja bentsodiatsepiinimyrkytys)

Kuolemaan myötävaikuttaneet syyt: virushepatiitti ja maksan vajaatoiminta, haimatulehdus, päihderiippuvuus

Kuolemanluokka: tapaturma

Kuolinpaikka: sairaala

Kotikunta: pääkaupunkiseutu

Tärkein ainelöydös: buprenorfiini

Tyypittely: narkomania

Tapahtumatiedot:

Useiden vuosien ajan huumausaineiden käyttöä, viime aikoina amfetamiini ja buprenorfiini. Sairastanut myös useita vuosia C-hepatiittia, johon ei motivaation puuttuessa saanut hoitoa. Joutui sairaalaan vaikean maksan vajaatoiminnan vuoksi. Sairaalahoidon aikana kävi ilmi, että sai talon ulkopuolelta ystäviltaan Subutexia, jonka määrästä ei tietoa. Neljän päivän päästä sairaalaan joutumisesta levottomuutta, joka yön mittaan lisääntyi, hengitys muuttui raskaammaksi. Hoidosta huolimatta menehtyi aamulla.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Buprenorfiini 21 µg/l

- Amfetamiini 0.04 mg/l

- Diatsepaami 0.1 mg/l

- Desmetyylidiatsepaami 0.06 mg/l

- Loratsepaami 0.01 mg/l

- Olantsapiini 0.4 mg/l

- Pentoksifylliini 0.7 mg/l

- Lidokaiini 0.3 mg/l

- Oksatsepaami ja tematsepaami positiivisia, alle kvantitointirajan

Tapausesimerkin 7 vainaja menehtyi useamman päivän hoidon jälkeen sairaalassa. Tässä ikäryhmässä oli toinenkin vastaavanlainen tapaus. Kaksi vainajista oli kuollut yksin: molemmissa tapauksissa henkilö oli nähty viimeksi edellisen päivän puolella ja löydetty seuraavana päivänä kuolleen kotoaan. Viisi oli menehtynyt muiden läsnä

ollessa nukkuessaan. Kolmessa tapauksessa paikallaolijat olivat huomanneet henkilön alkaneen voida huonosti yliannostuksen seurauksena ja kutsuneet paikalle ambulanssin, mutta elvytysyritykset olivat jääneet tuloksettomiksi.

Tapausesimerkin 7 henkilön terveys oli selvästi heikentynyt. Narkomaanit alkavat yleensä olla yli 40 vuoden iässä niin pitkällä käyttöurallaan, että terveys kärsii väistämättä. Kuten sairaalassa menehtyneiden tapaukset osoittavat, narkomaanit saattavat olla niin huonossa kunnossa, ettei edes hoito auta. Yhtä lukuun ottamatta kaikilla henkilöillä mainittiin taustatiedoissa terveyteen liittyviä ongelmia, muutamilla erittäin vakavia. Neljällä mainittiin C- tai B-hepatiitti, yhdellä HIV. Yksi oli pyörätuolipotilas, joka oli käyttänyt huumeita kipuihin, koska tarpeeksi kovia kipulääkkeitä ei hänen mukaansa ollut määrätty. Kolmella muullakin oli esiintynyt erilaisia fyysisiä kipuja. Kolmella oli ollut mielenterveysongelmia.

Narkomaanien lisäksi yli 40-vuotiaiden joukosta löytyi kaksi epämääräistä tapausta. Toinen tapauksista oli ilmeisesti kehonrakentaja, jonka käytön vaikuttimet eivät tulleet ilmi taustatiedoista. Toinen vainaja oli vakavasti vammautunut, ja hänen huumeiden käyttönsä vaikuttaisi liittyneen kivunlievitykseen.

5.1.2 Huume- ja alkoholiperäiset kuolemat

Yli 40 prosentissa tapaturmaisista yliannoskuolemista vuonna 2007 vainajan verestä tehtiin huumausainelöydösten lisäksi etanolilöydös. Yhteensä tapauksia sijoittui tähän ryhmään 59. Näistä vain kaksi (3 %) oli naisia, mikä on selvästi pienempi osuus kuin huumeperäisissä kuolemissa. Henkilöiden keskimääräinen kuolinikä oli 31 vuotta ja ikämediaani 30. Nämä luvut ovat hieman korkeampia kuin huumeperäisissä kuolemissa (ks. s. 43).

Eri aineiden esiintyminen vainajissa sekä niiden määrittäminen tärkeimmäksi ainelöydökseksi käyvät ilmi taulukosta 9. Tietoja kannattaa verrata huumeperäisten kuolemien ainelöydöksiin (taulukko 7, s. 44). Ensinnäkin amfetamiinitapauksia oli huume- ja alkoholiperäisissä kuolemissa paljon vähemmän kuin huumeperäisissä kuolemissa. Alkoholilla vähäisissä määrin nautittuna ei lisää amfetamiinimyrkytyksen

riskiä (Salasuo ym. 2009, 35), ja tässä se havainnollistuu hyvin. Sen sijaan buprenorfiini on vaarallisempi alkoholin kanssa nautittuna kuin pelkällään (ks. esim. Hietalahti 2005). Myös bentsodiatsepiinien – joita löytyi lähes jokaisesta vainajasta – haittavaikutus kasvaa selvästi sekakäytössä opioidien tai alkoholin kanssa (ks. esim. Valvira 2010).

Kaikissa huume- ja alkoholiperäisissä kuolemissa ruumiinavauksessa löydettiin vähintään kahta, suurimmassa osassa lukuisia erilaisia yliannostukseen vaikuttaneita aineita. Kuten huumeperäisissä tapauksissa, osa sekakäytöstä jää näkymättömiin: esimerkiksi amfetamiinia käyttänyt oli saattanut käyttää myös ekstaasia ja vastaavasti diatsepaamia käyttänyt muitakin bentsodiatsepiineja. Iän mukaan tarkasteltuna mitään erityisen merkittävää ei ollut havaittavissa. Buprenorfiini tuntuu olleen aavistuksen enemmän nuorten käyttäjien suosiossa, kun taas kaikkia muita aineita on löytynyt tasaisesti niin nuorista kuin vanhoistakin käyttäjistä.

Taulukko 9. Ainelöydökset vainajien verestä jaotellun nuoret/vanhat mukaan, suluissa tapaukset, joissa kyseinen aine oli tärkein löydös

	Nuoret, N=29	Vanhat, N=30	<i>Yht.</i> , N=59
Buprenorfiini	18 (12)	12 (10)	30 (22)
Metadoni	4 (2)	4 (3)	8 (5)
Muut opioidit	9 (6)	11 (5)	20 (11)
Amfetamiinit	5	7 (1)	12 (1)
Bentsodiatsepiinit	28	29 (4)	56 (4)
Muut	19 (3)	16 (4)	34 (7)
Alkoholi	29 (2)	30 (3)	59 (5)
Tärkein ainelöydös spesifioimaton	(4)	-	(4)

Olen jaotellut myös huume- ja alkoholiperäiset kuolemat taustatietojen avulla narkomaaneihin, holtittomiin ja epämääräisiin tapauksiin (ks. taulukko 10). Lukuja on hyvä verrata huumeperäisten kuolemien vastaavaan taulukkoon (taulukko 8, s. 45). Vaikka keskimääräinen kuolinikä ja ikämediaani olivat huume- ja alkoholiperäisissä tapauksissa vain hieman korkeammat kuin huumeperäisissä, oli ikähaitari erilainen. Huume- ja alkoholiperäisissä tapauksissa kuolemat keskittyivät 20–44-vuotiaisiin – sitä nuorempia tai vanhempia vainajia ei juuri ollut. Huumeperäisesti kuoli merkittävä määrä alle 20-vuotiaita ja toisaalta myös useampia yli 44-vuotiaita käyttäjiä. (Ks. myös taulukot 6 ja 8, s. 43 ja 45.) Narkomaaneja oli suhteellisesti hieman vähemmän kuin huumeperäisissä tapauksissa, ja näistäkin muutamat määrittyivät ennemmin

alkoholismiksi kuin huumaus- tai lääkeaineriippuvuudeksi. Epämääräisten tapausten osuus sen sijaan oli huume- ja alkoholiperäisissä tapauksissa hieman suurempi kuin huumeperäisissä kuolemissa.

Taulukko 10. Huume- ja alkoholiperäiset tapaturmaiset yliannoskuolemat ikäryhmittäin ja jaottelun narkomania/holtiton/epämääräinen mukaan

	15– 19	20– 24	25– 29	30– 34	35– 39	40– 44	45– 49	50– 54	55–	Yht.
Narkomania (53 %)		6	7	5	8*	4	-	-	1**	31
Holtiton (32 %)	1	3	9	4	1	1	-	-	-	19
Epämääräinen (15 %)	-	2	1	2	4	-	-	-	-	9
Yhteensä	1	11	17	11	13	5	-	-	1	59
%	2	20	29	20	22	8			2	103

* kolmessa tapauksessa alkoholismi

** alkoholismi

5.1.2.1 Alle 30-vuotiaat: rankkaa sekakäyttöä

Tässä ryhmässä tapauksia oli 29. Näistä kaksi oli naisia. Holtittomiksi tyypittelin 13 tapausta, narkomaaneiksi saman verran. Kolme tapausta jäi epämääräiseksi.

Tapausesimerkki 8:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 20–24

Peruskuolinsyy: kuolemaan johtanut buprenorfiiniin ja alkoholin yhteismyrkytys

Kuolemanluokka: tapaturma

Kuolinpaikka: tuttavan asunto

Kotikunta: muu kaupunki

Tärkein ainelöydös: buprenorfiini

Tyypittely: holtiton

Tapahtumatiedot:

Löytyi kuolleena, oli ollut juhlimassa muutaman päivän ajan laivalla, jonka jälkeen juhlat olivat jatkuneet tuttavan asunnolla. Hän oli juonut runsaasti alkoholia ja ollut kovassa humalassa, mutta mitään normaalista humalatilasta poikkeaa ei ollut havaittu. Yöllä nähty makaavan samassa asennossa kuin aamulla klo 7 jälkeen, jonka jälkeen ei reagoinut mitenkään.

Ambulanssimiehistö totesi kuolleen. Käytti tuttavan kertoman mukaan mahdollisesti A-klinikan antamia Tenox ja Rivatril -lääkkeitä. Illalla käyttänyt mahdollisesti Subutexia.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Buprenorfiini 0.97µg/l

- Etanoli 1.5 promillea

- Klonatsepaami ja tematsepaami positiivisia, alle kvantitointirajan

Tapausesimerkki 8 on hyvin tyypillinen holtiton tapaus. Päihteitä oli käytetty porukassa usein monia päiviä ja alkoholi oli ollut vahvasti mukana. Illalla juhlijat olivat menneet nukkumaan tai sammuneet ja aamulla joku oli löydetty kuolleena. Yhdessätoista tapauksessa uhri oli kuollut muiden läsnä ollessa nukkuessaan. Buprenorfiini oli selvästi yleisin tärkeimpänä ainelöydöksenä: se oli ensisijainen yliannostuksen aiheuttanut aine seitsemässä tapauksessa. Kaikissa näissä tapauksissa sen ja etanolin lisäksi elimistöstä löytyi bentsodiatsepiineja. Buprenorfiinin lisäksi tärkeimpänä ainelöydöksenä esiintyi lähinnä muita opioideja, mukaan lukien vuoden 2007 ainoa heroiniyliannostusepäily (tapaus jäi vain epäilyksi, sillä elimistöstä löytyi morfiinia, mutta ei heroinin käyttöä vahvistavaa 6-asetyylimorfiinia, vrt. Hakkarainen 2002, 127). Ainelöydöksinä opioideja oli lähes jokaisessa vainajassa.

Tapausesimerkki 9:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 25–29

Peruskuolinsyy: alkoholin ja lääkaineiden yhteisvaikutteinen myrkytys

Kuolemaan myötävaikuttanut syy: alkoholin aiheuttama maksan sidekudosrappeuma

Kuolemanluokka: tapaturma

Kuolinpaikka: tuttavan asunto

Kotikunta: muu kaupunki

Tärkein ainelöydös: tramadoli

Tyypittely: narkomania

Tapahtumatiedot:

Pitkään huumeita käyttänyt. Poliisilta saatujen esitietojen mukaan saadaan tietää, että oli ollut tuttavansa luona. Asunnossa oli nautittu alkoholia. Yöllä oli

sanonut olevansa väsynyt ja käyvänsä nukkumaan. Seuraavana iltapäivänä löytyi makuuhuoneesta kuolleena.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Tramadoli 8.7 mg/l*
- Etanoli 0.43 ‰*
- Buprenorfiini 0.86 µg/l*
- Alpratsolaami 0.07 mg/l*
- Desmetyylidiatsepaami 0.06 mg/l*
- Norbuprenorfiini 0.64 µg/l*
- Tramadoli 0-desmetyyli 0.2 mg/l*
- Alpratsolaami 1-hydroksi, midatsolaami 1-hydroksi ja nortramadoli positiivisia, alle kvantitointirajan*

Tapausesimerkki 9 puolestaan on tyypillinen tämän ikäryhmän narkomaanitapaus.

Lähes kaikki narkomaaneista olivat kuolleet muiden ihmisten seurassa.

Tapahtumakuvaukset olivat hyvin samanlaisia kuin holtittomissa tapauksissa: alkoholia ja huumeaineita käytettiin porukalla ja aamulla joku löytyi kuolleena. Kaava toistui yhdeksässä tapauksessa. Buprenorfiini oli viidessä tapauksessa ensisijainen yliannostuksen aiheuttanut aine. Kaikissa näissä tapauksissa sen ja etanolin kanssa esiintyi myös bentsodiatsepiineja.

Epämääräisiä tapauksia oli kolme. Kaikissa tapauksissa vainaja oli löydetty yksityisasunnosta useampi päivä kuoleman jälkeen. Kahdessa tapauksessa henkilöllä oli ollut masennuslääkitys. Yksi kuolema vaikutti lähinnä epäonniselta lääkemyrkytykseltä.

Kaikkiaan alle 30-vuotiaiden huume- ja alkoholiperäiset kuolemat näyttäytyivät huomattavasti yhdenmukaisempina kuin vastaavan ikäryhmän huumeperäiset kuolemat. Kaikissa tapauksissa, myös niissä missä taustatiedot viittasivat narkomaniaan, kuolemaan johtaneet tapahtumat noudattivat holtittoman käytön kaavaa. Alkoholin mukanaolo tuntuu muuttavan päihteidenkäytön kuvaa: käyttö on vähemmän yksinäistä ja selkeämmin rellestämistä. Huume- ja alkoholiperäisissä kuolemissa alkoholin käyttöön liittyi kiinteästi bentsodiatsepiinien päihdekäyttö. Tappavaksi sekakäyttö muuttui viimeistään siinä vaiheessa, kun mukana kuvioissa oli opioideja. Mielenterveysongelmista oli kärsinyt viisi henkilöä.

Huomionarvoista on myös se, että näistä tapauksista oli tarjolla selvästi vähemmän taustatietoja kuin huumeperäisistä kuolemista. Tiedot rajoittuivat lähinnä

tapahtumakuvaukseen, henkilöiden sairaus- ja muusta historiasta oli hyvin vähän mainintoja. On mahdoton sanoa, johtuuko tämä siitä, että näillä käyttäjillä oli vähemmän terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia kuin huumeperäisesti kuolleilla. Voi myös olla, että tietoa on jostain syystä ollut vaikeammin saatavilla. Kyseessä voi myös olla sattuma.

5.1.2.2 30-vuotiaat ja sitä vanhemmat: monipäihderiippuvuutta ja kroonista sairastelua

Tähän ryhmään lukeutui 30 tapausta, kaikki miehiä. Narkomaaneiksi tyypittelin 18 ja holtittomiksi kuusi tapausta, kuusi jäi epämääräiseksi. Narkomaaneista neljä oli tarkemmin ottaen taustaltaan alkoholisteja.

Tapausesimerkki 10:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 35–39

Peruskuolinsyy: morfiinin ja oksikodonin aiheuttama myrkytys

Kuolemaan myötävaikuttaneet syyt: etyylialkoholin aiheuttama äkillinen päihtymystila, krooninen alkoholismi

Kuolemanluokka: epäselvä

Kuolinpaikka: yksityisasunto

Kotikunta: pääkaupunkiseutu

Tärkein ainelöydös: oksikodoni

Tyypittely: narkomania (alkoholismi)

Tapahtumatiedot:

Oli vuosia sitten saanut verenvuotoisen haimatulehduksen, jonka seurauksena hänelle oli kehittynyt insuliinipuutos-sokeritauti. Lisäksi hänellä oli astma sekä B- ja C-hepatiitti. Sairaalapapereiden mukaan hänellä oli useita terveyskeskus- ja sairaalapoliklinikkakäyntejä kaatuilun ja kadulla tajuttomana löytymisen vuoksi. Tilanteisiin on usein liittynyt alkoholin, mahdollisesti lääkeaineiden väärinkäyttö. Löytyi yksityisasunnosta kuolleena. Hän löytyi pitkälle edenneessä mätänemistilansa. Oli tavattu edellisen kerran noin viikko sitten, jolloin hän oli valittanut vatsakipuja.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Oksikodoni 0.82 mg/l

- Etanoli 0.87 ‰

- Morfiini 0.16 mg/l

- Kodeiini (virtsa) 0.05 mg/l

- Tematsepaami 0.2 mg/l

- *Desmetyylidiatsepaami 0.2 mg/l*
- *Diatsepaami 0.09 mg/l*
- *Oksatsepaami 0.03 mg/l*

Tapausesimerkki 10 on melko tyypillinen tämän ikäryhmän narkomaanitapaus.

Terveystila oli heikko vuosia jatkuneen alkoholin ja muiden päihteiden käytön jäljiltä. Ainakin 14 narkomaanitapauksella oli ollut pitkäaikaissairauksia, joista moni oli aiheutunut nimenomaan päihteiden käytöstä: suurimmalla osalla oli hepatiitti.

Tapausesimerkin 10 henkilö oli menehtynyt yksin ollessaan, kuten kuusi muutakin tämän ikäryhmän vainajista. Kahdeksassa tapauksessa toistui aiemmista luvuista tuttu kaava: päihteitä oli käytetty illalla porukassa ja aamulla yksi oli löydetty kuolleena.

Seitsemässä tapauksessa tärkein ainelöydös oli buprenorfiini, kolmessa oksikodoni ja kolmessa metadoni. Kaikissa muissakin tapauksissa oli ainelöydöksinä opioideja.

Kahdessa tapauksessa yliannostus oli aiheutunut alkoholista ja bentsodiatsepiineista.

Tapausesimerkki 11:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 30–34

Peruskuolinsyy: alpratsolaamin, diatsepaamin, tematsepaamin, buprenorfiinin ja alkoholin yhteinen myrkytysvaikutus

Kuolemanluokka: tapaturma

Kuolinpaikka: tuttavan asunto

Kotikunta: muu kaupunki

Tärkein ainelöydös: alpratsolaami

Tyypittely: holtiton

Tapahtumatiedot:

Oli ollut kaverinsa luona juomassa alkoholia. Saatujen tietojen perusteella hän oli käyttänyt alkoholia sekä lääkkeitä koko edellisen viikon. Oli pelannut tietokonepelejä yöllä, ja jossain vaiheessa hän oli sammunut asunnon lattialle. Aamulla hänet löydettiin elottomana lattialta. Todettiin kuolleeksi.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- *Alpratsolaami 0.2 mg/l*
- *Etanoli 0.66 promillea*
- *Buprenorfiini 1.6 µg/l*
- *MDMA (virtsa) 0.07*
- *Tematsepaami 0.7 mg/l*
- *Desmetyylidiatsepaami 0.08 mg/l*
- *Oksatsepaami 0.06 mg/l*
- *Diatsepaami 0.1 mg/l*
- *THCOOH (virtsa) 21 µg/l*
- *Tramadoli positiivinen, alle kvantitointirajan*

Tapausesimerkki 11 on tyypillinen holtiton tapaus. Pitkän seurueessa tapahtuneen sekakäyttöputken jälkeen hänet oli löydetty kuolleena. Näitä tapauksia oli kaksi. Lisäksi kaksi oli kuollut yksin ollessaan ja kaksi menehtynyt putkassa. Holtittomat tapaukset painottuivat lähemmäs kolmeakymmentä ikävuotta, vain yksi oli yli nelikymppinen. Ainelöydökset elimistöistä olivat lukuisia, varsinkin bentsodiatsepiineja ja opioideja löytyi etanolin lisäksi lähes kaikilta. Yhdessä tapauksessa tärkein ainelöydös oli ekstaasi, muutaman elimistöstä löytyi amfetamiinia. Kahden tapauksen taustatiedoissa mainittiin mielenterveysongelmat.

Epämääräiseksi jäi kuusi tapausta. Tämä johtui osittain hyvin vähäisistä tapahtumatiedoista. Epämääräisistä tapauksista neljässä mainittiin mielenterveysongelmat, yhdellä anabolisten steroidien käyttö.

5.1.3 Suomalaisen huumekuoleman kuva

Olen edellä käsitellyt sekä huumeperäisiä että huume- ja alkoholiperäisiä tapaturmaisia yliannoskuolemia. Näissä tapauksissa on ollut vähintään yksi huumausaine osallisena aiheuttamassa yliannostusta, joten ne lienevät lähellä sitä, mistä voidaan puhua ”huumekuolemina”. Olen tyypitellyt vainajia narkomaaneihin ja holtittomiin tapahtuma- ja taustatietojen avulla. Tämän jaottelun ulkopuolelle on jäänyt joukko epämääräisiä tapauksia joissa tapahtumatiedot ovat olleet vähäiset tai sopimattomia jaotteluun narkomania/holtiton. Toinen merkittävä tarkasteluni kohde ovat olleet ne olosuhteet, joissa tapaturmaiset yliannoskuolemat ovat tapahtuneet. Erityistä huomiota olen kiinnittänyt siihen, onko kuolema tapahtunut muiden ihmisten seurassa vai henkilön ollessa yksin. Ristiintaulukoimalla (taulukko 11) nämä ulottuvuudet voidaan piirtää kuva tai pikemminkin kuvia siitä, miltä suomalainen huumekuolema näyttää.

Taulukko 11. Tapaturmaisen yliannoskuoleman tyypit, suluissa kyseiseen ryhmään kuuluvien keskimääräinen kuolinikä

	Holtiton	Narkomania	Epämääräiset
Kuollut muiden seurassa	Sekoilijat, N=29 (24 vuotta)	Sosiaaliset narkomaanit, N=49 (33)	Itselääkitsijät, N=14 (31)
Kuollut yksin	Kelkasta pudonneet, N=13 (29)	Yksinäiset narkomaanit, N=27 (32)	
Kuolinseurasta ei tietoa		Epäselvät, N=7 (31)	Epäselvät, N=3 (29)

Taulukon 11 ryhmistä selkein ja yhtenäisin on sekoilijat. Sekoilijoilla kuolintodistusten tapahtumatiedot kertoivat hyvin samankaltaisista tilanteista. Niiden avulla voidaan hahmotella seuraavanlainen tyypillinen kuvio: Sekoilu tapahtuu kaveriporukoissa, joissa nautitaan päihteitä yhdestä illasta aina yli viikkoon kestävässä putkissa (suurin osa kuolemista tapahtui lauantain ja tiistain välillä, mikä kertoo käytön ajoittuvan viikonloppuun tai ”venähtäneeseen” viikonloppuun). Kuolemaa edeltävänä iltana ei havaita mitään tavallisuudesta poikkeavaa: monet juovat alkoholia, toiset ottavat lääkkeitä tai huumeita. Buprenorfiini vaikuttaa olevan suosittu huumausaine, mutta monet muutkin aineet ovat käytössä. Seurue käy mahdollisesti baarissa, mutta palaa jonkun asunnolle nukkumaan. Viimeistään aamuyöllä sekoiluporukka alkaa rauhoittua ja käy nukkumaan tai sammuu. Aamulla tai iltapäivän puolella ihmiset alkavat heräillä ja herätellä toisiaan. Silloin huomataan, että joku on eloton. Paikalle soitetaan ambulanssi, mutta apu on myöhäistä – yliannostus on tappanut yön aikana.

Yksin kuolleet holtittomat olen nimennyt kelkasta pudonneiksi. Heillä on sekoilijoiden tapaan mahdollisesti pidempikin käyttöputki alla ja he pyörivät kaveriporukassa kuolemaa edeltävänä iltana tai päivänä. Jossain vaiheessa he kuitenkin lähtevät omille teilleen tai jäävät porukasta jälkeen. Osa on ollut omilla teillään useammankin päivän, osa lähtenyt tai jätetty porukasta vain hetki ennen kuolemaansa. Heidät on myöhemmin löydetty omasta tai toisen asunnosta tai ulkoa menehtyneinä. Kelkasta pudonneet ovat siis käyttöporukasta jälkeen jääneitä tai lähteneitä sekoilijoita. Lisäksi kelkasta

pudonneisiin laskin kolme putkatiloissa menehtynyttä holtitonta. Nämä kaikki poliisi oli ottanut talteen koska he olivat olleet hyvin sekavassa kunnossa.

Sekoilijat ovat selvästi nuorempia kuin muut käyttäjät. Myös kelkasta pudonneet kuolevat hieman narkomaaneja nuorempina. Sekoilijat ja kelkasta pudonneet edustavat tietynlaista ”sekoilukulttuuria”, missä käyttö on holtitonta, mutta ei vielä pakonomaista. Toisin sanoen heille ei ole vielä kehittynyt narkomaniaa, ja heidän kavereillaan voisi olla mahdollisuuksia auttaa huonovointista, jos he vain tunnistaisivat tämän yliannostuksen oireet ja toimittaisivat hänet asianmukaiseen hoitoon. Käytetyt aineet – monesti sekakäytössä – kuitenkin aiheuttavat yliannostuksen viiveellä, nukkumisen aikana. Oireet eivät ole äkillisiä. Sekoiluporukoissa on todennäköisesti myös kokemattomampia aineiden käyttäjiä kuin narkomaaneissa, jotka pystyvät tunnistamaan kaverinsa yliannostusoireet paremmin.

Muiden seurassa menehtyneet narkomaanit olen nimennyt sosiaalisiksi narkomaaneiksi. Tämä vastaa hyvin kuvaa, jonka esimerkiksi Jussi Perälä (2002) on hahmotellut narkomaaneista. Narkomaanien huumeiden käyttö on yleensä luonteeltaan sosiaalista toimintaa: narkomaanit kokevat, että tutuissa paikoissa tuttujen ihmisten seurassa aineiden käyttäminen on miellyttävämpää ja toisaalta käyttäjät voivat valvoa toisiaan yliannostuksen varalta (mt., 51–53). Tämän tutkimuksen aineisto viittaa samanlaiseen sosiaalisuuteen: usein narkomaanit olivat viettäneet kuolemaa edeltäneesti pitkiäkin aikoja toisten käyttäjien kanssa ja myös menehtyneet toisten koteihin. Lisäksi monissa tapahtumakuvauksissa kerrottiin narkomaanien annostelleen aineita toisilleen.

Kavereidenkaan seura ei kuitenkaan takaa, että yliannoskuolemilta välttyttäisiin: yli 30 kuolleista sosiaalisista narkomaaneista oli menehtynyt sekoilijoiden tapaan kaveriporukassa nukkuessaan. Kuolemaa edeltäneet tapahtumat ovat muutenkin samankaltaisia kuin sekoilijoilla. Yksi ero on kuitenkin se, että aineita käytetään pitkin viikkoa ja päivää ajankohdasta välittämättä. Tällöin kuolemat eivät tapahdu pelkästään öisin nukkuessa, vaan kaikkina vuorokaudenaikoina. Kun seurueessa aletaan heräillä, yksi huomataan elottomaksi, mutta ei välttämättä kuolleeksi. Joissakin tapauksissa ambulanssihenkilöstö ehtii paikalle ennen kuolemaa, mutta ei enää pysty elvyttämään tuloksekkaasti.

Aineistossani oli lisäksi tapauksia (vajaa kymmenen), joissa uhri oli – yleensä suonensisäisen käyttöannoksen jälkeen – alkanut voida huonosti, ”nuokkuu” (vrt. Perälä 2002, 51–53). Tällöin kaverit hälyttävät apua ja aloittavat elvytyksen. Osa selviää sairaalaan asti, mutta siitä huolimatta menehtyy. Sosiaalisista narkomaaneista reilu neljännes kuoli vasta hoitohenkilökunnan käsissä ja vielä useammalle oli hälytetty apua, kun he olivat olleet vielä elossa. Kolme sairaalassa menehtynyttä oli saatu elvytettyä, mutta tila oli romahtanut uudelleen sairaalahoidon aikana. Yhdessä käyttäessään narkomaanit kykenevät siis auttamaan toisiaan tarpeen vaatiessa. Nyt käsillä olleissa tapauksissa apu oli kuitenkin myöhäistä. Herää kysymys, olisiko silti jotain voinut olla tehtävissä. Voisiko narkomaanien elvytystaitoja parantaa? Olisiko kavereiden toimesta annosteltu naloksoni (opioidimyrkytyksen vastalääke, Käypä Hoito -suositus 2006, 605; Dettmer ym. 2001) voinut pelastaa hengen?

Sosiaalisilla narkomaaneilla käytetyt ja kuolemaan johtaneet aineet painottuvat selkeästi kolmeen kovaan suonensisäiseen, eli buprenorfiiniin, metadoniin ja amfetamiiniin. Kaksi ensimmäistä on opioideja, joita käytetään korvaus- ja vieroitushoitolääkkeinä ja joita löytyy myös katukaupasta (Rönkä & Virtanen 2008, 77; Käypä Hoito -suositus 2006, 606–608; Salaspuro & Holopainen 2005). Buprenorfiini ja amfetamiini ovat suosituimmat suonensisäisesti käytetyt huumausaineet Suomessa heroinin saatavuuden heikennyttyä selvästi vuosituhannen alun jälkeen. Yliannostuksen kannalta amfetamiini ei ole kerta-annoksena yhtä vaarallinen kuin opioidit, mutta pitkäaikaisessa käytössä sillä on terveyttä heikentäviä vaikutuksia (Käypä Hoito -suositus 2006, 598, 602–603; Vuori 2000b, 413). Amfetamiiniin kuolleet sosiaaliset narkomaanit ovatkin keskimäärin iäkkäämpiä kuin opioideihin kuolleet. Muutoin iän puolesta tarkasteltuna sosiaaliset narkomaanit sijoittuvat pitkin ikähaitaria. Nuorten ja vanhempien taustatarinoissa ei ole merkittäviä eroja. Suurin erilaisuus on se, että nuorilla on enemmän mielenterveysongelmia, vanhemmat ovat puolestaan fyysisesti huonokuntoisempia.

Yksin kuolleet narkomaanit nimeän yksinäisiksi narkomaaneiksi. He vaikuttavat sosiaalisesti huono-osaisimmilta huumeiden käyttäjiltä. Heidät nähdään viimeisen kerran päivää tai paria, jotkut jopa useita viikkoja ennen kuolemaa. Moni on silloin hyvin sekavassa kunnossa. Usein viimeinen havainto heistä elossa tehdään terveyskeskuksessa. Heidät löydetään myöhemmin yksin kotoaan kuolleina. Monet heistä ovat olleet vakavasti sairaita, jotkut fyysisesti mutta vielä useammat

mielenterveydeltään. Sosiaalisten narkomaanien tapaan heidän käytetyimmät kuolemaan johtaneet aineensa olivat buprenorfiini, metadoni ja amfetamiini.

Yksinäiset narkomaanit ovat kenties kaikkein vaikeimmin autettavia ja heidän ennenaikaiset kuolemansa näyttävät taustatietojen valossa monin tavoin vääjäämättömiltä. Heidän terveydentilansa on heikko, eikä heillä ole voimia eikä välttämättä haluakaan huolehtia itsestään. Monien käyttäytyminen vaikuttaa itsetuhoiselta. Yliannostustilanteissa he ovat yksin.

Narkomaaneista, joiden kuolinseurasta ei ollut tietoa, kuusi oli kuollut kotonaan ja yksi tien viereen. Kaikilla näillä mainitaan terveysongelmia, muutama on ollut hiljattain sairaalassa hoidettavana. Taustatietojen perusteella noin puolet heistä muistuttaa sosiaalisia narkomaaneja, puolet yksinäisiä narkomaaneja. Tapahtumakuvauksien niukkuuden takia nämä tapaukset jäivät kuitenkin epäselviksi.

Muiden seurassa (viisi tapausta) ja yksin menehtyneet (yhdeksän tapausta) epämääräiset nimesin itselääkitsijöiksi. Yksin kuolleista kaikki olivat olleet vähintään vuorokauden – jotkut toista viikkoa – kuolleena, ennen kuin heidät löydettiin. Itselääkitsijöistä yhdeksällä mainittiin mielenterveysongelmia ja kolmella somaattista sairastelua. Lähes kaikille oli määrätty lääkitys ja monien kohdalla oli tiedossa määräykset ylittänyt käyttö. Kaikki olivat käyttäneet lääkityksensä lisäksi myös laittomia huumausaineita, lähinnä opioideja ja kannabista. Monet olivat juoneet myös suuria määriä alkoholia. Kahden henkilön huumausaineiden käyttö oli kehonrakennukseen liittynyttä piristeiden ja hormonivalmisteiden käyttöä. Näissä kaikissa tapauksissa huumausaineiden käyttö on ensisijaisesti itselääkintää. Monilla holtittomilla ja varsinkin narkomaaneilla on yhtä lailla mielenterveysongelmia ja fyysistä sairastelua, mutta heillä itselääkintä ei ole käytön ensisijainen vaikutin. Heillä käyttöä ohjaavat ensisijaisesti päihtymyshakuisuus ja pakonomainen tarve.

Epäselviksi jäi kolme epämääräistä tapausta, joissa vainajien kuolinseurasta ei ollut tietoa. Näistä tapahtumatiedot olivat äärimmäisen niukat.

5.2 Itsemurhat

Huumeisiin liittyviä itsemurhia vuonna 2007 oli 45. Näistä tapauksista naisia oli 12. Naisten suhteellinen osuus oli siis selvästi korkeampi kuin muissa huumeisiin liittyvissä kuolemissa. Myös muussa väestössä naisten osuus itsemurhan tehneistä on noin neljäsosa (Kuolemansyyt 2009, 14–15). Huumeisiin liittyvissä itsemurhissa vuonna 2007 kuolleiden keski-ikä oli 29 vuotta ja ikämediaani 26 vuotta. Itsemurhatapaukset voidaan jaotella sen mukaan, ovatko huumeet olleet itsemurhan välineenä vai ainelöydöksenä: itse aiheutetun huumeiden yliannostuksen kautta kuoli 15 henkilöä, huumeiden vaikutuksen alaisena muilla keinoilla itsemurhan teki 30 henkilöä.

Vuonna 2007 Suomessa itsemurhan teki 995 henkilöä, joista työikäisiä (15–64-vuotiaita) 817 (Kuolemansyyt 2009, 14, 64–65). Noin yksi itsemurha kahdestakymmenestä on siis huumeisiin liittyvä. Lähes kaikkien itsemurhien taustalla tiedetään olevan mielenterveysongelmia (Lönnqvist 2005; Öhberg 2000, 131). Sama pätee huumeisiin liittyviin itsemurhiin. Suuressa osassa huumeisiin liittyviä itsemurhia taustalla on mielenterveysongelmia, joihin on määrätty lääkitys. Näiden vainajien elimistöstä on kuitenkin hoitoon tarkoitettujen lääkkeitten lisäksi löytynyt laittomia huumaus- tai lääkeaineita. Kyseessä on tietysti myös tulkinnanvarainen erottelu, sillä laillisia aineita saatetaan yhtä lailla käyttää väärin (aina yliannostusitsemurhaa myöten) ja laittomia aineita saatetaan käyttää itsehoidollisesti.

Narkomaaneilla on tutkitusti korkeampi itsemurhariski kuin muulla väestöllä (ks. esim. Darke & Ross 2002). Jos kaikki tämän aineiston itsemurhat olisivat narkomaanien itsemurhia, olisi niiden kytkös huumeisiin selvä. Näin ei kuitenkaan ole. Vain kymmenkunta itsemurhan tehneistä vaikuttaisi taustatietojen perusteella olleen narkomaaneja. Niin ikään taustatietojen perusteella vajaa kolmannes vaikutti enemmänkin satunnaisilta käyttäjiltä. Lisäksi muutamilla elimistöstä löytyneet huumausaineet johtuivat luultavasti vain siitä, että he olivat käyttäneet niitä yliannostuksellisesti itsemurhatarkoituksessa.

Voidaankin karkeasti arvioida, että noin kolmekymmentä eli kaksi kolmasosaa tapauksista oli huumeiden (ongelma)käyttäjien itsemurhia. Suomessa arvioitiin olevan vuonna 2005 noin 14 500–19 000 amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjää

(Partanen ym. 2007). Jos määrän oletetaan pysyneen suunnilleen samana vuoteen 2007, on itsemurhien esiintyvyys vuositasolla huumeiden ongelmakäyttäjien keskuudessa noin kaksi tapausta tuhatta käyttäjää kohden. Muun väestön keskuudessa suhdeluku on vajaat kaksi tapausta kymmentä tuhatta kohden (Kuolemansyyt 2009, 14–15).

Huumeiden ongelmakäyttö näyttäisi siis korreloivan positiivisesti itsemurhariskin kanssa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että huumeiden käyttö olisi itsemurhaan johtaneen tapahtumaketjun liikkeellepanija. Itsemurhien takana on lähes poikkeuksetta vakavia mielenterveysongelmia, jolloin on hyvin vaikea sanoa, mikä on ollut huumeiden osuus. Huumeet ovat voineet olla ratkaisevassa roolissa aiheuttamassa tai laukaisemassa mielenterveysongelmia (Öhberg 2000, 131). Toisaalta ne ovat voineet myös tulla mukaan kuvioihin mielenterveysongelmien alkamisen jälkeen. Useat huumeiden ongelmakäyttäjät ovat myös syrjäytyneitä yhteiskunnasta ja heidän elämäänsä määrittää tietynlainen epäjärjestys (vrt. anominen itsemurha, Durkheim 1985).

Aineistoni itsemurhatapaukset voidaan ryhmitellä kolmeen eri tyyppiin. Suurimman joukon muodostivat tapaukset, joissa taustatiedoista ilmenee selkeitä mielenterveysongelmia. Monilla oli ollut masennusta, joillakin skitsofreniaa ja useilla aiempia itsetuhoisia puheita ja itsemurhayrityksiä. Näitä tapauksia oli yhteensä 30, näistä 18 oli alle 30-vuotiaita. Käytettyjen huumaus- ja lääkeaineiden kirjo oli laaja. Yleisimmin esiintyi bentsodiatsepiineja ja masennuslääkkeitä. Opioidien tai amfetamiinien käytöstä oli viitteitä noin kahdessakymmenessä tapauksessa.

Mielenterveysongelmista kärsineistä 12 oli ottanut huumaus- tai lääkeaine yliannostuksen selvästi itsemurhatarkoituksessa. Näissä tapauksissa oli liki mahdoton sanoa, oliko huumeiden käytöllä ollut osuutta itsemurhaa edeltäneessä tapahtumaketjussa vai oliko niiden rooli ollut vain välineellinen.

Mielenterveysongelmaisista 18 oli riistänyt henkensä muilla tavoin, suurin osa hirttäytymällä. Osassa näitäkin tapauksia henkilö oli ottanut myös yliannostuksen lääkeaineita. Useimmissa tapauksissa vaikutti kuitenkin siltä, että huumeiden käyttö oli jatkunut pidempään. Se voi viestiä narkomaniasta, mutta käyttö saattoi olla myös keino lievittää ahdistusta.

Kymmenen tapausta arvioin seuranneen edellisiä suuremmin huumeiden käytön aiheuttamasta päihtymyksestä. Näiden kohdalla ei ollut mainintaa kuolemaa edeltäneestä masennuksesta tai muista mielenterveysongelmista. Tämä ei tietenkään tarkoita sitä, että niitä ei olisi voinut olla. Näihin tapauksiin liittyivät vahvasti amfetamiini, alkoholi ja bentsodiatsepiinit. Kuudella henkilöistä mainittiin taustatiedoissa narkomaniaan tai alkoholismiin viittaavaa. Huumeiden rooli näissä tapauksissa jäi silti arvailujen varaan.

Itsemurhista viisi kytkeytyi selvästi ihmissuhdeongelmiin. Kaikki vainajat olivat alle 25-vuotiaita. Ainelöydöksinä oli lähinnä amfetamiinia, etanolia, bentsodiatsepiineja ja kannabista, mutta määrät eivät olleet yhdessäkään tapauksessa suuria. Mikään ei myöskään viitannut vakaviin mielenterveysongelmiin. Kaikissa tapauksissa seurustelusuhde oli vastikään katkennut tai siinä oli ollut riitoja. Henkilöt oli löydetty hirttäytyneinä. On vaikea sanoa, mikä oli saanut nämä nuoret riistämään itseltään hengen, ja mikä oli ollut huumeiden osuus tapahtuneessa.

Huumeisiin liittyvissä itsemurhatapauksissa 20–24-vuotiaat oli selkeästi suurin viisivuotisikäryhmä (15 tapausta). Kuten jo huumeperäisiä kuolemia käsittelevässä luvussa totesin, 20–24-vuotiailla huumeiden käyttöön vaikuttaisi kytkeytyvän vakavia mielenterveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Itsemurhien kohdalla mielenterveysongelmien rooli korostuu. Vanhemmissa ikäryhmissä sen sijaan esiintyy enemmän narkomaniaa ja vuosia kestänyttä moniongelmaisuuutta, kuten syrjäytyneisyyttä. Vanhempien henkilöiden itsemurhien kohdalla huomio kiinnittyi myös siihen, että oma henki oli usein riistetty hyvin väkivaltaisella ja ”varmalla” tavalla, esimerkiksi päähän ampumalla. Ehkä itsemurha-aikomus oli niin vakaa, että mitään ei haluttu jättää sattuman varaan.

Aineittain katsasteltuna opioidit kytkeytyivät vahvasti yliannostuksella aiheutettuihin itsemurhiin: 15 tapauksesta 12:ssa jokin opioidi oli tärkein ainelöydös. Amfetamiinit puolestaan liittyivät muihin itsemurhiin: 30 tapauksesta 14:ään liittyi amfetamiinien käyttö.

Kaiken kaikkiaan huumeisiin liittyvien itsemurhien erittely tukee tutkimustuloksia, joiden mukaan huumeongelma ei kytkeydy pelkästään aineisiin, vaan myös

mielenterveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin (vrt. Nuorvala ym. 2008; Perälä 2007; Pesola 2004). Mielenterveysongelmat, syrjäytyminen ja huumeiden käyttö kietoutuvat toisiinsa muodostaen moniongelmaisuuksien kimppuja.

5.3 Sairauskuolemat

Huumeisiin liittyvät sairauskuolemat on monisyinen ja hankala ryhmä käsiteltäväksi. Monissa tapauksissa on vaikea määrittellä, onko huumeiden käyttö edeltänyt sairastumista ja mahdollisesti aiheuttanut sen, vai onko sairaus edeltänyt huumeiden käyttöä, jolloin itselääkinnän mahdollisuus on otettava huomioon. Välttämättä huumeiden käytöllä ei ole edes välillistä yhteyttä kuolemaan, vaan ainelöydös saattaa olla satunnainen ja kuolinsyy on jokin muusta kuin huumeiden käytöstä aiheutunut tauti.

Alkoholin käyttö tuo oman lisänsä sairauskuolemiin, sillä monilla vainajilla on pitkällisen juomisen aiheuttamia elimellisiä sairauksia. Toisaalta alkoholin ja huumeiden käyttöhistoriat saattavat kietoutua toisiinsa, jolloin sairastelun taustalla onkin pitkäaikainen sekakäyttö. Huumeiden ja alkoholin käytön vaikutus kuolemaan johtaneeseen tautiin voi olla paitsi pitkäaikainen (esimerkiksi maksatulehdus), myös akuutti (esimerkiksi päihtymyksestä aiheutunut insuliinipistoksen unohtaminen). Lisää määrittelyongelmia tulee siitä, kun kuolintodistuksessa mainitaan useampi erilainen sairaus (esimerkiksi maksan vajaatoiminta, sokeritauti ja päihderiippuvuus).

Huumeisiin liittyviä sairauskuolemia vuonna 2007 oli 20. Kuolleista kolme oli naisia. Huumeisiin liittyvät sairauskuolemat kohtasivat keskimäärin selvästi vanhempia huumeiden käyttäjiä kuin muut huumeisiin liittyvät kuolemat: alle 30-vuotiaita oli kuusi, yli 30-vuotiaita 14. Keskimääräinen kuolinikä oli 39 vuotta ja ikämediaani 41,5 vuotta.

Narkomaaneiksi määrittyi taustatietojen perusteella kymmenen, eli tasan puolet sairaustapauksista. Näistä kahdessa kyse oli pikemminkin alkoholismista. Kolme kuolleista oli naisia. Alle 30-vuotiaita oli neljä. Nuorin oli 24-vuotias, vanhin 68-vuotias (tämä oli vuoden 2007 huumeisiin liittyvien kuolemien vanhin tapaus). Keskimääräinen

kuolinikä oli 39 vuotta. Peruskuolinsyynä mainittujen sairauksien kirjo oli narkomaaneilla laaja: sydämen liikakasvu ja muut sydänvaivat (2 tapausta), epileptinen kohtausta (2), valtimosuonten hyytymätulpat, keuhkokuume, verenvuotoinen haimatulehdus, keuhkoveritulppa, mahaportin haava ja maksan rasvarappeuma. Monien kohdalla mainittiin myös muita sairauksia. Ruumiinavauksen yhteydessä verestä löytyi bentsodiatsepiineja kahdeksasta, opioideja seitsemästä, etanolia neljästä ja amfetamiinia kahdesta narkomaanista. Kahdella henkilöllä oli ollut lääkitys epilepsiaan. Muut ainelöydökset olivat yksittäisiä.

Tapausesimerkki 12:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 30–34

Peruskuolinsyy: keuhkoveritulppa

Kuolemaan myötävaikuttaneet syyt: sydämen suureneminen ja vajaatoiminta, alkoholin, rauhoittavien lääkkeiden ja huumeiden vieroitushoidossa käytetyn lääkkeen samanaikainen käyttö, ylipainoisuus

Kuolemanluokka: tauti

Kuolinpaikka: ambulanssi

Kotikunta: muu kaupunki

Tyypittely: narkomania

Tapahatumatiedot:

Kysymyksessä runsaasti alkoholia käyttänyt henkilö, joka sairasti kaatumatautia. Aamulla sai toverinsa luona äkillisen sairaskohtauksen ja käveli vielä itse ambulanssiin mutta tämän jälkeen elvytystoimista huolimatta kuoli ambulanssissa.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Etanoli 0.42 ‰

- Buprenorfiini (virtsa) 10 µg/l

- Desmetyylidiatsepaami 0.07mg/l

- Tematsepaami 0.06 mg/l

- Lamotrigiini 2.3 mg/l

- Valproaatti 31 mg/l

- Oksatsepaami positiivinen, alle kvantitointirajan

Tapausesimerkki 12 paljastaa hyvin, kuinka vaikeaselitteisiä huumeisiin liittyvät narkomaanien sairauskuolemat ovat. Huumeiden ja alkoholin käytöllä oli selvästi ollut osuutta terveydentilan heikkenemiseen, mutta huumeiden tai alkoholin käyttö ei suoraan selitä kuolemaa. Tapauksissa oli paljon samaa kuin vanhempien ikäryhmien tapaturmaisissa yliannoskuolemissa, sairauskuolemissa huumeet vain eivät olleet välitön kuolinsyy. Olennaista on pitkään jatkunut päihteiden käyttö ja sen aiheuttama yleistilan

heikkous. Moni edellä mainituista kuolemaan johtaneista sairauksista aiheutuu ainakin osittain päihteiden käytöstä: esimerkiksi sydämen liikakasvu ja haima- ja maksatulehdukset ovat tällaisia.

Kymmenen henkilön taustatiedoissa ei ollut narkomaniaan viittaavaa. Kaikki olivat miehiä. Ikähaitari oli samantyyppinen kuin sairauksiin kuolleilla narkomaaneilla: nuorin oli 19-vuotias, vanhin 52-vuotias ja keskimääräinen kuolinikä oli 39 vuotta.

Huumelöydökset vaikuttivat pikemminkin satunnaisilta kuin narkomaniasta johtuvilta tai viittaisivat itselääkintään. Joissakin tapauksissa oli viitteitä holtittomasta huumeiden käytöstä, mutta itse käyttö ei ollut tappanut, vaan sairaus.

Sairauksittain jaotelleen tämän ryhmän kuolinsyyt jakautuivat seuraavasti: sydän- ja verisuonitaudit (3 tapausta), aivoverenvuoto (3), diabetes (2), keuhkokuume ja tuntematon. Kuudelta vainajalta löytyi verestä bentsodiatsepiineja ja kuudelta jotain opioidia. Muutamista vainajista löytyi etanolia, masennuslääkkeitä tai kannabista. Näiden lisäksi oli yksittäisiä insuliini- ja epilepsialääkelöydöksiä sekä erilaisia kipulääkkeitä. Kahdessa vainajassa oli amfetamiinia, yhdessä LSD:tä (aineiston ainoa LSD-löydös).

Tapausesimerkki 13:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 45–49

Peruskuolinsyy: oikean keskiaivovaltimon pullistuman repeämä ja lukinkalvon alainen verenvuoto

Kuolemanluokka: tauti

Kuolinpaikka: koti

Kuolinpaikkakunta: muu kaupunki

Tapahtumatiedot:

Löydettiin kotoaan kuolleena, oli aiemmin käyttänyt runsaasti alkoholia ja huumausaineita. Viime vuosina vähemmän. Hänelle oli määrätty metyylyfenidaattilääkitys aikuisten keskittymishäiriön, ADHD:n hoitoon.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Etanoli 0.39 ‰

- Metyylifenidaatti 0.05 mg/l

- THC 36 µg/l

Tapausesimerkki 13 näyttää, kuinka huumeiden osuus sairauskuolemissa on usein varsin vähäinen. Ei-narkomaanien sairauskuolemissa ainelöydökset vaikuttivat satunnaisemmilta kuin narkomaanien sairauskuolemissa, ja monesti aineiden tehtävänä näyttäisi olleen ahdistuksen tai kipujen lievittäminen.

5.4 Muut tapaturmat

Muita kuin yliannostuksen aiheuttamia tapaturmaisia kuolemia oli huumeisiin liittyneiden kuolemien joukossa vuonna 2007 yhteensä 21. Kuolleista kaksi oli naisia. Suurimman ikäryhmän muodostivat 20–24-vuotiaat (seitsemän tapausta). Keskimääräinen kuolinikä oli 31 vuotta, ikämediaani 26 vuotta. Kolmessa tapauksessa vainaja täytti varmuudella narkomaanin tunnusmerkit, holtittoman sekoilun piirteitä sen sijaan oli lähes kaikissa. Tyypittely narkomaaneihin ja holtittomiin olikin näiden kuolemantapausten kohdalla suhteellisen hedelmätöntä.

Yli puolet muista tapaturmista oli tieliikenneonnettomuuksia (11). Muut olivat tulipaloja (3), parvekkeelta putoamisia (3), hukkumisia (2) ja ”sammumisesta” johtunut tukehtuminen. Yhdessä tapauksessa tapahtumatiedot olivat niukat, mutta ilmeisesti kyseessä oli ollut päihteiden vaikutuksen alaisena kaatuminen ja siitä aiheutunut kallovamman. Monissa tapauksissa huumeiden käytön yhteyttä kuolemaan oli vaikea määrittellä. Tapaukset saattoi kuitenkin jakaa kolmeen alaryhmään: 1) huumeiden osuus välillinen, 2) huumeiden ja alkoholin osuus välillinen ja 3) huumeiden osuus epäselvä.

Tapausesimerkki 14:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 20–24

Peruskuolinsyy: kallon, aivojen, rintakehän, vatsan, lantion, vasemman alaraajan murskavammat

Kuolemaan myötävaikuttaneet syyt: alpratsolaamin, amfetamiinin ja kannabiksen käyttö

Kuolemanluokka: tapaturma

Kuolinpaikka: maantie

Kotikunta: maaseutu

Tapahtumatiedot:

Kuljettanut luvatta käyttöönottamaansa katsastamatonta henkilöautoa. Loivasti vasemmalle kaartuvassa mutkassa auto oli alkanut heittelehtiä ja lopulta pyörähtänyt pakettiauton eteen aiheuttaen rajun yhteentörmäyksen.

Henkilöauton vasen kylki ja katto olivat revenneet, ja auton katto sinkoutunut noin kolmenkymmenen metrin päähän törmäyspaikasta keskelle ajorataa.

Henkilöauton kuljettaja oli sinkoutunut noin kahden metrin päähän autosta keskelle tietä ja menehtynyt välittömästi.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Amfetamiini 0.12 mg/l

- Diatsepaami 0.3 mg/l

- Desmetyylidiatsepaami 0.2 mg/l

- Tematsepaami 0.1 mg/l

- Oksatsepaami 0.02 mg/l

- Alpratsolaami 0.1 mg/l

- THC 3.1 µg/l

- Klonatsepaami ja alpratsolaami-1-hydroksi positiivisia, alle kvantitointirajan

Tapausesimerkissä 14 ja viidessä muussa tapauksessa uhrin omalla, vain huumeista johtuneella päihtymyksellä voidaan katsoa olleen välillistä osuutta tapahtuneeseen. Kaikki olivat miehiä. Neljä kuolleista oli viisivuotiskäryryhmästä 20–24-vuotiaat, yksi oli 35-vuotias ja yksi 45-vuotias. Keskimääräinen kuolinikä oli 29 vuotta. Neljä tapauksista oli tieliikenneturmia. Kaikissa uhri oli itse ohjastanut onnettomuusajoneuvoa. Muut kuolinsyyt olivat tulipalo ja hukkuminen. Yhdellä henkilöllä oli narkomaanitausta. Eri huumeaineista amfetamiini ja bentsodiatsepiinit olivat turmissa suurimmassa roolissa. Amfetamiinia löydettiin viidestä vainajasta, samoin bentsodiatsepiineja. Vain yhdestä kuolleesta löytyi opioidia. Sekä ainejakauma että useimpien kuolleiden nuoruus viittaavat kuolemantapausten sekoiluluonteeseen. Ainelöydöksistä voi päätellä myös sen, että päihtymystila oli ollut kaikilla vahva.

Yhdeksässä tapauksessa huumeiden ja alkoholin aiheuttamalla päihtymyksellä voidaan katsoa olleen osuutta kuolemaan johtaneessa tapaturmassa. Vainajien verestä löytyi siis huumeaineiden lisäksi etanolia. Kuolleista yksi oli nainen. Nuorin oli 21-vuotias, vanhin 41-vuotias, ja keskimääräinen kuolinikä oli 31 vuotta. Tapauksista kolmessa uhri oli pudonnut parvekkeelta, auto-onnettomuuksia oli kaksi, yksi oli tukehtunut, yksi hukkunut ja yksi kuollut häämyrkytykseen tulipalossa. Yksi tapaus jäi epäselväksi: henkilö oli luultavasti menehtynyt kotonaan kallo- ja aivovammoihin ilmeisesti lyötyään pänsä. Ainakin kahdella oli narkomaanitausta. Lähes kaikkien kuolleiden verestä löytyi etanolin lisäksi bentsodiatsepiineja. Muut ainelöydökset olivat

vähäisempiä: opioideja, amfetamiinia, masennuslääkkeitä ja kannabista löytyi muutamista vainajista, yhdestä löytyi kokaiinijäämiä.

Tapauksista, joissa henkilön omalla päihtymyksellä oli välillistä osuutta tapahtuneeseen, voidaan huomata, että bentsodiatsepiineja löytyi lähes kaikista vainajista.

Bentsodiatsepiinien vaikutus ”onnettomuusherkinä” aineina ei ole yllättävä (vrt. Karjalainen ym. 2009). Oksatsepaamia (eräs bentsodiatsepiini, löydös yhteensä yhdeksästä vainajasta muissa tapaturmissa) sisältävän Oxaminin® pakkausseloste kuvailee haittavaikutuksia seuraavasti: ”Ohjeen mukainen annostus saattaa vaikuttaa reaktiokykyyn erityisesti hoidon alkuvaiheessa ja yhteisvaikutuksessa alkoholin kanssa. Liikenteessä sekä koneiden ja laitteiden käytössä voi ilmetä vaikeuksia vielä oksatsepaamin nauttimista seuraavina päivinäkin.” (Ratiopharm 2008.)

Amfetamiinia löytyi seitsemästä vainajasta, samoin kannabista. Muutamasta löytyi näitä molempia. Amfetamiini on stimulantti, ts. se kiihdyttää elintoimintoja. Kannabiksen vaikutus taas on usein keskushermostoa lamaava ja reaktiokykyä heikentävä. Näiden aineiden esiintyminen muiden tapaturmien uhrien elimistössä ei siis ole yllättävää. Opioideja esiintyi kolmessa vainajassa. Tämä on huomattavasti pienempi osuus kuin opioidien osuus kaikkien vuoden 2007 huumeisiin liittyvien kuolemien joukossa. Se voi kertoa siitä, että muissa tapaturmissa oman päihtymyksensä vuoksi menehtyvät eivät ole yleensä narkomaaneja, vaan satunnaisempia käyttäjiä. Tähän viittasivat myös tapausten tapahtumatiedot. Tapaturmia, joissa uhrin omalla huumeiden käytöllä on välillistä yhteyttä tapahtuneeseen, voisi kuvailla epämääräiseksi tai epäonniseksi sekoiluksi.

Kuudessa tapauksessa uhrin huumeiden käytöllä ja kuolemaan johtaneella tapaturmalla oli vaikea nähdä edes välillistä yhteyttä. Yhdessä tapauksessa kuollut oli nainen. Kolme oli menehtynyt verrattain nuorina (nuorin 18-vuotiaana), kolme yli 40-vuotiaana. Keskimääräinen kuolinikä oli 32 vuotta.

Viidessä tapauksessa uhri oli ollut matkustajana onnettomuuteen ajautuneessa autossa. Kahdessa näistä myös kuljettaja oli ollut huumepäihtymyksen alaisena. Yhdessä tapauksessa mainittiin ajaminen poliisia pakoon. Auto-onnettomuuksien lisäksi tässä ryhmässä oli yksi tapaus, jossa vuodepotilaana ollut henkilö menehtyi tulipalon

yhteydessä asunnossaan. Yleisimmät ainelöydökset verestä olivat bentsodiatsepiinit (5 tapausta), buprenorfiini (3), amfetamiini (2) ja etanoli (2).

Olemassa olevien tietojen valossa on mahdoton arvioida, onko näissä tapauksissa huumeiden käytöllä ollut välillistä osuutta tapahtuneisiin tapaturmiin. Päähtyneet automatkustajina olevat henkilöt saattavat häiritä kuljettajaa tai patistaa tätä ajamaan syystä tai toisesta kovempaa. Tällaista on kuitenkin lähes mahdoton näyttää toteen. Yhtä hyvin kyseessä saattaa olla vain epäonninen turma, jossa kuljettaja on ollut selvin päin. Näistä syistä tällaiset tapaukset kuuluvat huumeisiin liittyvien kuolemien reuna-alueille. Ainelöydökset ovat kuitenkin varmoja, ja jos ei muusta, niin ainakin nämä tapaukset kertovat huumeiden käytöstä.

5.5 Henkirikokset

Henkirikoksia oli vuoden 2007 huumeisiin liittyvien kuolemien joukossa kuusi. Kuolleista yksi oli nainen. Nuorin surmattu oli 18-vuotias ja vanhin 48-vuotias. Keski-ikä oli noin 33 vuotta. Tapauksista viisi oli tehty teräaseella, yksi ampuma-aseella. Neljä oli surmattu kotonaan, yksi tuttavien asunnossa ja yksi julkisella paikalla. Tapauksista kolme vaikutti selvästi suunnitelmallisilta, kaksi mahdollisesti suunnitelmallisilta ja yksi käsistä karanneelta riitelystä.

Viidellä uhrilla oli veressään alkoholia, neljällä bentsodiatsepiineja, kolmella kannabista, kolmella opioideja ja kahdella amfetamiinia. Tapahtumatiedot olivat kaikista tapauksista suhteellisen vähäiset. Muutamissa tapauksissa surmaan johtaneella tilanteella saattoi olla jotain tekemistä huumeiden käytön tai huumeisiin liittyvien velkojen kanssa (vrt. Vuori ym. 2001a). Lisää tietoa huumeisiin liittyvistä henkirikoksista olisi luultavasti saatavilla poliisin tutkinta-asiakirjoista. Nyt käytössä olleen aineiston valossa huumeiden osuus henkirikosten taustalla jäi kuitenkin epäselväksi, kuten tapausesimerkki 15 havainnollistaa:

Tapausesimerkki 15:

Sukupuoli: mies

Ikä kuolinhetkellä: 30–34

Välitön kuolinsyy: rintakehän alueen sydämen lävistämä pistohaava ja siihen liittyvä verenvuoto rintaonteloon

Kuolemanluokka: henkirikos

Kotikunta: muu kaupunki

Kuolinpaikka: koti

Tapahtumatiedot:

Poliisilta saatujen tietojen mukaan henkilöllä ei tiedossa pitkäaikaissairauksia tai lääkityksiä, häntä oli puukotettu ja hän kuoli.

Ruumiinavauspöytäkirja:

- Etanoli 0.21 ‰*
- Buprenorfiini 0.70 µg/l*
- Amfetamiini 0.06 mg/l*
- Tematsepaami 0.6 mg/l*
- Desmetyylidiatsepaami 0.2 mg/l*
- Diatsepaami 0.2 mg/l*
- Oksatsepaami 0.1 mg/l*

6 KETKÄ KUOLEVAT HUUMEISIIN LIITTYEN JA MITÄ ON HUUMEISIIN LIITTYVIEN KUOLEMIEN TAUSTALLA?

Tärkeimmät tutkimuskysymykseni olivat: ketkä kuolevat huumeisiin liittyen, mitä on näiden kuolemien taustalla ja millaisissa olosuhteissa kuolemat tapahtuvat? Vastaukset näihin kysymyksiin on hyvä vetää yhteen ja rakentaa näin selkeämpää kuvaa suomalaisesta huumeisiin liittyvästä kuolemasta.

Vuonna 2007 suurimman huumeisiin liittyvien kuolemien alaryhmän muodostivat huumeisiin liittyvät tapaturmaiset yliannoskuolemat, 142 tapausta. Tapaturmaiset yliannoskuolemat ovat huumeisiin liittyvien kuolemien ydinalue, se mihin käsite ”huumekuolema” parhaiten sopii. Muissa edellä käsitellyissä alaryhmissä huumeiden osuus kuolemassa oli korkeintaan välillinen. Erilaiset huumeisiin liittyvät kuolemat kohtasivat erilaisia huumeiden käyttäjiä, mutta kaikkien tutkimieni 234 tapauksen taustalla oli muitakin ongelmia kuin huumeiden käyttöä. Käyttäjätypit, jotka huumeisiin liittyen todennäköisimmin kuolevat, ovat nähtävissä taulukossa 12. Huumeisiin liittyvien kuolemien (ja ylipäättään huumeiden ongelmakäytön) taustalla piilevät muut tekijät on esitetty taulukossa 13 (s. 82). Näitä kahta taulukkoa voi olla hyvä tarkastella rinnakkain.

Taulukko 12. Huumeiden käyttäjätypit, jotka huumeisiin liittyen todennäköisimmin kuolevat

Käyttäjätyyppi	Tyypillinen kuolintapa	Tyypillinen ikäryhmä	Miten voisi ehkäistä?
Narkomaanit (n. 120 tapausta)	Tapaturmainen yliannostus, itsemurha, sairaus	20–	Puuttua ongelmakäyttöön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa
Sekoilijat (ja keltasta pudonneet) (n. 65)	Tapaturmainen yliannostus, muu tapaturma	15–30	Valistus (seka)käytön ja päihtymyksen riskeistä
Itselääkitsijät (n. 35)	Tapaturmainen yliannostus, itsemurha, sairaus	20– (mielenterveysongelmat), 30– (somaattinen sairastelu)	Palauttaa lääkkeiden käytön hallinta ja paneutua itselääkinnän syihin

Noin puolessa huumeisiin liittyvistä kuolemista kuolleen henkilön voidaan katsoa olleen *narkomaani* (tai muutamissa tapauksissa alkoholisti). Tapaturmaisten yliannoskuolemien kohdalla narkomaanien osuus oli noin kaksi kolmasosaa.

Narkomaanit käyttävät yleensä huumausaineita toisten narkomaanien seurassa, mutta se ei aina ehkäise tappaviltakaan yliannostuksilta. Varsin tavallinen kuolintapa narkomaaneille onkin tilanne, jossa toiset käyttäjät huomaavat toverinsa voivan huonosti, mutta he eivät ehdi ajoissa kutsumaan paikalle asianmukaista hoitoa. Yksin huumausaineita käyttävät narkomaanit ovat erityisen haavoittuvaisia, sillä heitä ei kukaan ole auttamassa. Jotkut heistä saattavat virua kuolleen – yleensä kotonaan – viikkojakin, ennen kuin heidät löydetään.

Narkomaaneilla myös itsemurhakuolleisuus on korkeampaa kuin koko väestöllä (luku 5.2; Darke & Ross 2002). Narkomaanien itsemurhat kytkeytyvät mielenterveysongelmiin ja/tai vahvaan päihtymystilaan. Tavallisimmat itsemurhatavat ovat lääkkeiden yliannostus ja hirttäytyminen.

Useat narkomaanit kärsivät pitkäaikaissairauksista. Ne saattavat aiheuttaa ennenaikaisen kuoleman myös tilanteissa, joihin ei edes liity runsasta päihteiden käyttöä. Esimerkiksi hepatiitit, varsinkin asianmukaisen hoidon puutteessa, rapaattavat elimistöä ja lyhentävät narkomaanien elinikää.

Narkomaniaa esiintyy jo verrattain nuorilla huumeiden käyttäjillä: jopa joillekin alle 20-vuotiaille on diagnosoitu päihderiippuvuus ja heillä on korvaus- tai vieroitushoitokäyntejä. Yleensä huumeiden käyttö saattaa alkaa luisua pakonomaiseksi vasta 20 ikävuoden jälkeen. Joillakin vanhemmilla narkomaaneilla voi olla taustalla jopa vuosikymmeniä kestänyttä (suonensisäistä) huumeiden käyttöä. Kun käyttö on muodostunut pakonomaiseksi ja se on jatkunut pitkään, sitä on hyvin vaikea lopettaa. Niinpä ongelmakäytön ehkäiseminen olisi aloitettava jo varhain. Erityinen ongelmien ehkäisyn kohderyhmä tulisikin olla 20–24-vuotiaat (vrt. STM 2000, 83–89).

Noin puolessa vuoden 2007 huumeisiin liittyvistä kuolemista huumeiden käyttö ei vielä ollut saavuttanut sellaisia mittasuhteita, että narkomanian tunnusmerkistö täytyisi. Näiden kuolemien taustalla näyttäisi sen sijaan olevan paljon kokemattomuutta ja sekoilua. Tapaturmaisista yliannoskuolemista merkittävä osa aiheutui juuri sekoilusta. Tyypillisesti *sekoilijat* käyttävät huumausaineita ja alkoholia porukassa. Ennemmin tai myöhemmin kaikki käyvät nukkumaan tai sammuvat. Seuraavana päivänä huomataan, että joku porukasta ei herääkään. Tässä vaiheessa kaikki apu on myöhäistä.

Omanlaisensa sekoilukuolemien ryhmän muodostavat muut huumeisiin liittyvät tapaturmat, kuten auto-onnettomuudet. Nämä voidaan rinnastaa alkoholin vaikutuksen alaisena tapahtuviin tapaturmiin. Suurimpana ongelmana niissä ei niinkään ole päihdyttävien aineiden käyttö, vaan päihtymyksen alainen toiminta. Siinä korostuu paitsi holtiton toiminta, myös tietoinen riskienotto (vrt. Vaaranen 2004).

Sekoilijat ovat keskimäärin nuorempia kuin narkomaanit: tyypillinen sekoilija on hieman yli 20-vuotias. Sekoilijoilla huumeiden käyttö on holtitonta, mutta ei vielä pakonomaista. Voi hyvin olla, ettei kaikkien heidän huumeiden käyttö ikinä edes luisuisi pakonomaiseksi. Huumeisiin liittyviä sekoilijoiden kuolemia voitaisiin ehkäistä, jos (nuorten) päihteiden käyttökulttuuria saataisiin käännettyä vähemmän riskialttiiksi. Tämä on kuitenkin vaikeaa, sillä sekoilijoilla riskienotto on olennainen osa päihteiden käyttöä ja päihteiden alaista toimintaa (vrt. Vaaranen 2004). Sekoilijoilla pään sekoittaminen vaikuttaisi ajavan lähes kaiken muun edelle. Päihtymyksen hakemisen ensisijaisuus näkyy piittaamattomuutena sekä omasta, että muiden terveydestä.

Itselääkitsijöitä on kahdenlaisia: jotkut lievittävät masennusta ja muita mielenterveysongelmia huumeiden avulla (vrt. Nuorvala ym. 2008; Perälä 2007), ja joillakin huumeiden käytön taustalla on fyysisiä sairauksia ja kipuja. Useilla itselääkitsijöillä on lääkärin määräämä lääkitys, mutta he käyttävät lisäksi muita aineita. Tällöin aineiden päällekkäiskäytössä voi syntyä vaarallisia yhdistelmiä. Osa tapaturmaisista yliannoskuolemista aiheutuu juuri itselääkinnästä. Joidenkin itselääkitsijöiden toiminta vaikuttaa lisäksi piittaamattomalta omasta hyvinvoinnista tai jopa itsetuhoiselta. Varsinkin mielenterveysongelmiaan itselääkitsevät käyttäjät saattavatkin tehdä itsemurhan. Sen sijaan somaattisia sairauksiaan itselääkitsevät henkilöt kuolevat usein juuri sairauteensa. Heidän kohdallaan päällimmäinen ongelma elämässä ei luultavasti ole huumausaineiden käyttö. Kuolintavasta riippumatta itselääkitsijät menehtyvät usein varsin yksinäisissä olosuhteissa: he ovat saattaneet olla kuolleen pitkänsä aikaa, ennen kuin heidät löydetään.

Mielenterveysongelmien itselääkintä on tyypillistä nuoremmissa ikäryhmissä ja somaattisia sairauksia itselääkitsevät ovat puolestaan keskimäärin vanhempia henkilöitä. Heillä sairastelu ja aineiden käyttö muodostavat usein vyyhdin, josta syitä ja seurauksia

on mahdoton eritellä. Nuoremmissakin ikäryhmissä esiintyy somaattisen sairastelun itselääkintää, jolloin se on lähinnä vakavien vammojen ja niistä aiheutuvien kiputilojen lievitystä huumeiden avulla. Jos huumeiden käyttö on vahvojen kipujen lievitystä, sen lopettaminen on hyvin vaikeaa ja kenties jopa vahingollinen toimenpide.

Kaikkia vuonna 2007 huumeisiin liittyen kuolleita ei ollut mahdollista paikantaa edellä mainittuihin käyttäjäryhmiin, mikä johtui pääosin hyvin niukoista tapahtuma- ja taustatiedoista. Tällaisia tapauksia oli noin viisitoista ja ne sijoittuivat lähinnä tapaturmaisiin yliannoskuolemiin, itsemurhiin ja huumeisiin liittyviin henkirikoksiin. Tapaturmaisten yliannoskuolemien ja henkirikosten kohdalla tämä johtui hyvin vähäisistä tapahtumatiedoista. Muutaman itsemurhatapauksen kohdalla vaikutti sen sijaan siltä, että kyseessä oli vain satunnaisia huumeiden käyttäjiä, jolloin huumeiden osuus tapahtuneessa oli vähäinen tai ainakin vaikeasti todettavissa.

Taulukko 13. Huumeisiin liittyvien kuolemien taustatekijöitä

Käytön tausta	Tyypillinen alaryhmä	Tyypillinen ikäryhmä	Miten voisi ehkäistä?
Syrjäytyminen (vähintään 150 tapausta)	Tapaturmaiset yliannostukset, itsemurhat, sairauskuolemat	25–	Moniongelmaisuuuteen puuttuminen ennen syrjäytymiskierrettä
Mielenterveysongelmat (n. 120 tapausta)	Tapaturmaiset yliannostukset, itsemurhat	20–35	Molemmat ongelmat huomioiva hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa
Somaattinen sairastelu (n. 70)	Tapaturmaiset yliannostukset, sairauskuolemat	30–	Oikeanlainen lääkitys ja uusien sairauksien ehkäiseminen

Taulukossa 12 esitetyistä käyttäjäryhmistä varsinkin narkomaaneilla ja itselääkitsijöillä käytön taustalla on muutakin, kuin pelkkiä huumausaineita. Käyttö kytkeytyy vahvasti syrjäytymiseen, mielenterveyden häiriöihin ja somaattiseen sairasteluun (ks. taulukko 13). Nämä muodostavat yhdessä moniongelmaisuuuden ryppään. Yhdellä henkilöllä voi olla jopa kaikki kolme eri taustaongelmaa samanaikaisesti.

On vaikea arvioida syrjäytymisen tarkkaa osuutta huumeisiin liittyvissä kuolemissa, mutta luultavasti se koskettaa selvästi useampaa kuin joka toista huumeisiin liittyen kuolevaa. Narkomaaneista valtaosa on syrjäytynyt yhteiskunnasta (ks. esim. Rönkä & Virtanen 2008, 64–65; Perälä 2007; Perälä 2002). Tämän tutkimuksen valossa myös

huumausaineita itselääkintätarkoituksissa käyttävät ovat hyvin syrjäytyneitä. Narkomaaneja ja itselääkitsijöitä voi olla hyvin vaikea auttaa, sillä he eivät välttämättä osaa hakeutua avun piiriin (Perälä 2007). Sekoilijoiden kohdalla syrjäytymisen osuutta on vaikeampi arvioida, mutta luultavasti useilla heistäkin on erilaisia sosiaalisia ongelmia jotka saattavat tulevaisuudessa pahentua.

Syrjäytymiskehitykseen olisi pystyttävä puuttumaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja huumeiden käytön alkuvaiheessa (STM 2000, 25–28). Pahimmillaan syrjäytyminen voikin johtaa eräänlaiseen marginaalin marginaaliin, jolloin henkilöt saattavat ”kadota” yhteiskunnasta. Tässä tutkimuksessa en kuitenkaan kykene tarkentamaan, millaista huumeisiin liittyen kuolleiden syrjäytyminen on ollut tai miten vakavasti syrjäytyneitä he ovat olleet. Aihe saattaa kaivata lisätutkimusta, jonka avulla huumeiden käyttäjien syrjäytymistä voitaisiin ehkäistä tulevaisuudesta.

Huumeiden ongelmakäyttö ja narkomania kytkeytyvät usein mielenterveyden häiriöihin, joista merkittävä osa on päihteistä riippumattomia (Nuorvala ym. 2008). Osa mielenterveyshäiriöistä on myös seurausta huumeiden käytöstä: esimerkiksi amfetamiinin pitkäaikainen käyttö kasvattaa psykoosiriskiä (Käypä Hoito -suositus 2006, 598, 602–603; Vuori 2000b, 413). Tapaturmaiseen yliannostukseen vuonna 2007 kuolleista noin puolet kärsi mielenterveysongelmista, itsemurhaan kuolleista lähes kaikki. Erityisesti 20–24-vuotiailla päihteiden ja mielenterveysongelmien yhteishaitat aiheuttavat paljon kuolemia niin tapaturmaisten yliannostusten kuin itsemurhienkin muodossa. Päihderiippuvuuden ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen vaatii erityistä, tapauskohtaista ja molemmat sairaudet huomioivaa hoitoa (STM 2009, 23–27; Tourunen ym. 2009). Se tulisi suunnata erityisesti nuoriin, 15–24-vuotiaiden ikäryhmiin, sillä siinä iässä intervention onnistuminen on todennäköisempää kuin myöhemmin (STM 2009, 34; STM 2000, 83–89).

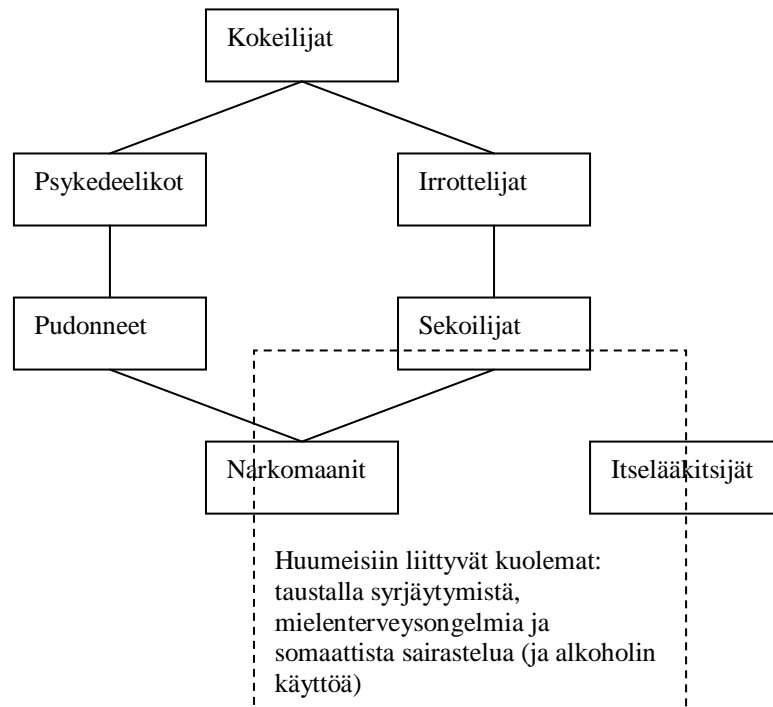
Myös somaattinen sairastelu kytkeytyy vahvasti huumeiden ongelmakäyttöön. Noin kolmestakymmenestä ikävuodesta ylöspäin pitkäaikainen päihteiden käyttö vaikuttaa aiheuttavan vakavia fyysisiä terveyshaittoja, joista osa, kuten HIV ja hepatiitit, ovat peruuttamattomia. Somaattista sairastelua esiintyy toki myös nuoremmilla huumeiden ongelmakäyttäjillä, mutta heillä se on luonteeltaan hieman erilaista: yleensä se edeltää päihteiden käyttöä, kun taas vanhemmilla käyttäjillä sairastelu yleensä on päihteiden

käytön seuraus. Somaattinen sairastelu voi kytkeytyä myös mielenterveyden ongelmiin. Vakava sairaus voi esimerkiksi sekä aiheuttaa masennusta että lisätä päihteiden käyttöä (Perälä 2007).

Eräs huumeisiin liittyvien kuolemien taustatekijä, jota ei ole mainittu taulukossa 13, mutta jonka osuutta ei pidä aliarvioida, on alkoholi ja suomalainen alkoholin suurkulutus (Mustonen ym. 2007; Simonen 2007, 35–41; Törrönen & Maunu 2007, 67–72; Mäkelä & Österberg 2006). Päihtymyshakuisella juomiskulttuurilla vaikuttaa olevan kytkös päihtymyshakuisen huumeiden käyttöön. Alkoholia esiintyi yhteensä 59 tapaturmaisen yliannoskuoleman yhteydessä ja se oli tärkein ainelöydös viidessä tapauksessa. Alkoholin käytöllä oli merkittävä osuus myös muissa huumeisiin liittyvissä kuolemista: osa itsemurhista syntyi huume- ja alkoholipäihtymyksen alaisena, pitkäaikainen alkoholinkäyttö aiheuttaa sairauksia siinä missä huumeetkin, alkoholipäihtymys kasvattaa erilaisten tapaturmien todennäköisyyttä ja liittyy usein henkirikoksiin. Alkoholin aiheuttamat haitat lisääntyivät vuoden 2004 alkoholiveron alennuksen jälkeen (Mustonen ym. 2007; Mäkelä & Österberg 2006) ja alkoholin ongelmakäyttö on yhteydessä myös huumeiden ongelmakäyttöön (Nuorvala ym. 2008).

6.1 Analyysistä nouseva typologia: huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa

Yhdistämällä edellisessä luvussa esitetyt huumeiden käyttäjäryhmät ja huumeisiin liittyvien kuolemien taustatekijät sekä Pekka Hakkaraisen (1987, 124–137; ks. myös luku 4.3) kehittämä huumeiden käyttäjien tyypittely, voidaan piirtää kuvion 2 näyttämä tiivistys ja siten luoda teoriaa (Charmaz 2006, 130–175) huumeisiin liittyvistä kuolemista Suomessa.



Kuvio 2. Huumeiden käyttäjätyyppit ja huumeisiin liittyvät kuolemat

Katkoviivan rajaama alue osoittaa, millaiset huumeiden käyttäjät saattavat kuolla huumeisiin liittyen. Olen kirjannut katkoviivan sisään myös kuolemaan mahdollisesti johtavan huumeiden käytön taustalla piilevät muut ongelmat. Kuten voidaan huomata, itselääkitsijät eivät kuulu varsinaiseen huumeiden ”käyttäjäperheeseen”, vaan heidän käyttönsä vaikuttimet eroavat muiden huumeiden käyttäjien käytön vaikuttimista. Itselääkitsijät voitaisiinkin nähdä lääkkeiden käytön hallinnan menettäneinä eli holtittomina lääkäritöinä. Mikäli luvussa 4.3 esiteltyä Hakkaraisen (1987) luomaa huumeiden käyttäjien tyypittelyä haluttaisiin uudistaa, juuri lääkkeiden (hallittu ja holtiton) käyttö voisi tuoda siihen lisäulottuvuuden.

Luonnollisesti kuvion 2 käyttäjäryhmät eivät ole tarkkarajaisia, vaan eri käyttäjillä voi olla toisten käyttäjien piirteitä. Esimerkiksi itselääkitsijä saattaa ”sortua sekoiluun” tai narkomaani lääkitä itseään huumeilla (vrt. Hakkarainen 1987, 135–137). Rajankäynti ei myöskään rajoitu vain huumeiden käyttäjäryhmien välille, vaan sitä joutuu tekemään myös lääkkeiden hallitun ja holtittoman käytön, eli todellisen tarpeen ja väärinkäytön välillä. Kuviota 2 ei myöskään pidä tulkita niin, että huumeiden kokeilu johtaa väajäämättä huumeiden ongelmakäyttöön ja sitä kautta kuolemaan, tai että huumeiden käytöllä on vain yksi ”suunta”, pahempaan päin. Esimerkiksi sekoilijat

voivat saada huumeiden käytön hallinnan palautettua, eivätkä kaikki narkomaanit kuole huumeisiin liittyen. Esittämäni typologia onkin nähtävä esityksenä siitä, millainen huumeiden käyttö *saattaa* johtaa kuolemaan.

On myös hyvä muistaa, että tekemäni analyysi ja siitä noussut teoria on tehty vain yhden vuoden huumeisiin liittyvien kuolemantapausten avulla. Siitä huolimatta uskon, että käyttämäni tutkimuskehystä voisi soveltaa myös muiden vuosien huumeisiin liittyvien kuolemien tutkimiseen ja että sellaiset tutkimukset tuottaisivat tuloksia, jotka olisivat vertailukelpoisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Nyt tehdyt tulkinnat ja johtopäätökset ovat muodostuneet käytetyn aineiston mahdollistamissa rajoissa, mutta tässä esitettyä kuvaa huumeisiin liittyen kuolevista huumeiden käyttäjistä voisi vielä syventää tutkimalla esimerkiksi sairaala- tai poliisiasiakirjoja. Näin käyttökulttuureja ja käytön vaikuttimia voisi hahmotella tarkemmin.

Luvun 3 lopussa esitin, että huumeiden, alkoholin ja lääkkeiden käyttö muodostaa ongelmavyöhyhdin, joka kaipaa tutkimusta ja rajojen selvitystä. Tämä tutkimus ei pysty siihen tyhjentävästi, mutta kuviossa 2 esittämäni typologia ja saamani tulokset tarjoavat joitakin vastauksia ja mahdollisesti apuvälineitä tulevaisuutta varten. Seuraavassa alaluvussa luon vielä vilkaisun erityiskysymykseeni nuorten huumeisiin liittyvistä kuolemista ja pääluvussa 7 katselen tämän tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä aiemman tutkimuksen valossa.

6.2 Erityiskysymys: nuorten huumeisiin liittyvät kuolemat

Sekoilu tarjoaa osittaisen vastauksen tämän tutkimuksen erityiskysymykseen, eli siihen, miksi huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa painottuvat nuoriin ikäryhmiin. Kun tarkastellaan luvussa 5.1.3 luotuja huumeikuoleman tyyppittelyjä, huomataan että sekoilijoiden (ja keltasta pudonneiden) keskimääräinen kuolinikä on alhaisempi kuin muilla tapaturmaiseen yliannostukseen kuolleilla. Myös huumeisiin välillisesti liittyvät tapaturmat ovat usein seurausta sekoilusta. Sekoilijoilla huumeet ovatkin vain yksi osatekijä; muita tärkeitä tekijöitä ovat ainakin runsas alkoholin käyttö, päihtymyshakuisuus ja riskienotto. Monipäihtein sekoilu voidaan nähdä myös kärjistymänä suomalaisten (nuorten) humalahakuisesta ja jopa ”kännisekoilua”

ihannoivasta juomiskulttuurista (Simonen 2007, 35–41; Törrönen & Maunu 2007, 67–72). Siten voidaan kysyä, ovatko suomalaisten nuorten huumeisiin liittyvien kuolemien juuret itse asiassa syvällä suomalaisessa alkoholin käyttökulttuurissa (ks. esim. Virtanen 1982).

Toinen tärkeä tekijä nuorten huumeisiin liittyvien kuolemien taustalla ovat mielenterveysongelmat. Nuorilla, n. 20–29-vuotiailla huumeiden käyttäjillä (varsinkin narkomaaneilla) käyttöön liittyy masentuneisuutta ja piittaamattomuutta omasta voinnista, jolloin käyttäytyminen saattaa muuttua jopa itsetuhoiseksi. Tämä heijastuu paitsi tapaturmisiin yliannoskuolemiin, myös huumeisiin liittyviin itsemurhiin, jotka painottuvat keskimäärin nuorempiin käyttäjiin kuin muut huumeisiin liittyvät kuolemat. Suomessa alkoholismi on perinteisesti kytkeytynyt mielenterveyden häiriöihin (STM 2009, 23–25). Näyttää siltä, että sama pätee myös narkomaniaan. Mielenterveys- ja päihdeongelmat saattavat heijastua myös seuraaville sukupolville (STM 2009 23–25; Kestilä 2008; STM 2000, 44–46). Sikäli nuorille suunnattu mielenterveys- ja päihdetyö tulisi olla erityisen huomion kohteena.

Kolmas tekijä Suomen huumeisiin liittyvien kuolemien nuoruuden taustalla on laajamittaisen opioidien käyttökulttuurin vasta hiljattainen kehittyminen. Opioidien väärinkäyttö yleisty merkittävästi 1990-luvun toisen huumeaallon ja heroinin käytön lisääntymisen myötä. 2000-luvun alussa opioidien väärinkäyttö siirtyi heroininista lääkeopioideihin, mutta opioidien ongelmakäyttäjien määrä oli huipussaan vuoden 2002 paikkeilla. Sen jälkeen ongelmakäyttäjien määrä on vakiintunut tai mahdollisesti jopa hieman laskenut. (Ks. taulukko 1, s. 6; Partanen ym. 2007.)

Opioidien käyttökulttuurin viimeaikaisella kehitymisellä on kahdenlaisia vaikutuksia. Ensinnäkin opioidien ja niiden vaikutusten tuntemus ei luultavasti ole samalla tasolla kuin maissa, joissa opioidien (lähinnä heroinin) käytöllä on pidemmät juuret. Siten silkka kokemattomuus aiheuttaa yllätyksiä ja kuolemantapauksia (vrt. Hakkarainen 2002, 131–133).

Toisekseen kyse on osittain ongelmien esiintymisen viiveestä suhteessa huumeiden käytön aloittamiseen. On arvioitu, että huumehoitoon johtava ongelmakäyttö ilmenee noin viisi vuotta huumeen (lähinnä opioidit ja amfetamiini) käytön aloittamisen jälkeen

(Virtanen 2003, 88–90). Täten myös huumeisiin liittyvien kuolemien (ja varsinkin tapaturmaisten yliannoskuolemien) määrä saattaa hyvinkin kasvaa viiveellä huumeiden ongelmakäyttäjien määrän kasvun jo pysähdyttyä. Nyt toisen huumeaallon huipusta on kuitenkin kulunut jo niin paljon aikaa, että huumeisiin liittyvien kuolemien määrän kasvu voisi pysähtyä ja kuolleiden keski-ikä alkaa nousta. Mikäli näin käy, Suomi seuraa maita, joissa laajamittainen ongelmakäyttö on pidempiaikaista ja vakiintuneempaa. (Vrt. Hakkarainen 2005.)

7 VERTAILUA JA KESKUSTELUA

Vastaavaa tutkimusta huumeisiin liittyvistä kuolemista Suomessa (tai muualla) ei ole aiemmin tehty. Siksi tulosten suora vertailu ei ole mahdollista. Joitakin yksittäisiä tuloksia voidaan kuitenkin peilata aiempaa tutkimusta vasten.

Suomessa huumeisiin liittyviin kuolemiin on yhdistetty kuolleiden nuori ikä (Vuori 2010; Steentoft ym. 2006). Tämä tutkimus vahvistaa tuota käsitystä. Vuonna 2007 yli puolet huumeisiin liittyvistä kuolemista kohtasi alle 30-vuotiaita. Nuorten osuus oli erityisen suuri huumeperäisissä tapaturmaisissa yliannoskuolemissa ja itsemurhissa.

Huumeiden ongelmakäyttäjien määrän kasvu vaikuttaa pysähtyneen vuoden 2002 tienoilla (Partanen ym. 2007) joten voi hyvin olla, että huumeisiin liittyvien kuolemien ikäjakauma alkaa lähivuosina siirtyä kohti vanhempia ikäryhmiä (vrt. Jönsson ym. 2007; Virtanen 2003, 88–90). Tätä tukee myös havainto, että vuonna 2007 kaikkien huumeisiin liittyvien kuolemien 25–29-vuotiaiden ikäryhmä (54 tapausta) oli lähes yhtä iso kuin 20–24-vuotiaiden ikäryhmä (58 tapausta). Tapaturmaisissa yliannoskuolemissa nämä ikäryhmät olivat samankokoisia (25 tapausta molemmissa). Alustavat tiedot vuoden 2008 huumausainelöydöksistä vainajissa osoittavat, että alle 30-vuotiaiden osuus olisi alle puolet (noin 46 %) huumeisiin liittyen kuolleista. Näyttää myös siltä, että 30–34-vuotiaiden ikäryhmä olisi yhtä suuri kuin 20–24- ja 25–29-vuotiaiden ikäryhmät. (Vuori 2010.) Näitä tietoja on hyvä verrata luvussa 2.1 ja taulukossa 3 (s. 12) esitettyihin aiempien vuosien tietoihin. Vuoden 2008 tapausten tarkempi erittely (varsinkin tapaturmaisten yliannoskuolemien osalta) olisi tarpeen ja voisi tarjota vihiä siitä, mihin suuntaan kehitys on menossa.

Vuosien 1990–1996 huumeisiin liittyvien kuolemantapausten (Vuori ym. 2001a) suora vertailu vuoden 2007 tapauksiin ei ole mahdollista, sillä tässä tutkimuksessa huumeisiin liittyvät kuolemat on ryhmitelty uudelleen. Vuoren ym. (2001a) tutkimuksessa tapauksia tarkasteltiin oikeuslääkärin määrittämien kuolinsyiden ja kuolemanluokkien kautta. Silti voidaan todeta, että huumeisiin liittyvien itsemurhien, sairauskuolemien ja liikenneturmien määrät ovat kasvaneet jonkin verran, mutta suhteelliset osuudet laskeneet. Tapaturmaisten yliannoskuolemien tarkkaa lukumäärää vuosina 1990–1996 on mahdoton arvioida edellä mainitun laskutapojen epäyhdenmukaisuuden vuoksi,

mutta joka tapauksessa niiden määrä on kasvanut huomattavasti ja niiden suhteellinen osuus on noussut jonkin verran.

Vuosina 1990–1996 lähes puolet huumeisiin liittyvistä kuolemista tapahtui vainajan ollessa yksin. Heroiinin ja amfetamiinin käyttäjien kohdalla yksin kuolleiden osuus oli vieläkin suurempi. Vain neljäsosa kuoli kaveriporukassa. Muut olivat kuolleet putkassa, sairaalassa tai heidän kuolinseuransa oli epäselvä. (Vuori ym. 2001a.) Yksin kuolleiden osuus oli siis selvästi suurempi kuin vuonna 2007. Tämä voi johtua siitä, että huumeiden käyttäjiä oli 1990-luvulla vähemmän ja täten heillä ei yksinkertaisesti ollut kaveriporukoita missä aineita olisi voinut käyttää. Huumeiden käytön – myös ongelmakäytön – ympärille lienee kehittynyt laajempi alakulttuuri, mikä puolestaan näkyy sosiaalisempina käyttötapoina. Yleisissä vessoissa kuoli vuosina 1990–1996 26 käyttäjää (Vuori ym. 2001a). Vuonna 2007 tällaisia tapauksia ei ollut ainoatakaan. Yleisten wc-tilojen valvonta ja ns. ”huumevalaistus” ovat ilmeisesti tehonneet. Oma vaikutuksensa on myös sillä, että heroinin käyttö on vähentynyt, jolloin yhtäkkisiä, välittömän tajuttomuuden aiheuttavia yliannostuksia ei esiinny yhtä paljon.

Vuosina 1990–1996 alkoholia todettiin 42 prosentissa vainajista, mikä on suunnilleen sama osuus kuin vuonna 2007. Tärkeimpänä ainelöydöksenä myrkytystapauksissa vuosina 1990–1996 oli jokin opioidi kolmessa tapauksessa neljästä. Amfetamiinien aiheuttamien kuolemantapausten määrä on noussut selvästi, sillä vuosina 1990–1996 ne aiheuttivat yhteensä vain kahdeksan kuolemaa. (Vuori ym. 2001a.)

1990-luvun lopulla heroini-kuolemien määrä lähti jyrkkään nousuun ja saavutti lähes epidemian mittasuhteet varsinkin Turussa. Turun heroini-kuolemien taustalla vaikutti olevan käyttäjien kokemattomuutta ja tietämättömyyttä aineen vaarallisuudesta. (Hakkarainen 2002, 131–133; ks. myös Kouvonen 2006, 61; STM 2000, 5.) Vuonna 2007 vastaavanlaista esiintyi edelleen, tosin aine on vaihtunut heroinin lähinnä lääkeopioideihin. 1990-luvun lopulla kuolemia aiheuttanut katukaupasta ostettu heroini on aineena arvaamaton, sillä ostaja ei voi aina tietää, kuinka vahvaa se on (vrt. Perälä 2002, 52). Lääkeopioidit ovat tasalaatuisia, joten niiden käytössä vastaavanlainen ”yllätys” ei ole yhtä todennäköinen. Niiden käyttöön liittyy kuitenkin yhtä lailla – varsinkin sekakäytössä muiden aineiden kanssa – riskejä, joista käyttäjät eivät välttämättä ole tietoisia (vrt. Salasuo ym. 2009; Vuori ym. 2009).

Huumeisiin liittyvissä kuolemissa on jo pidempään havaittu tapausten leviämistä laajemmin koko maahan (Steentoft ym. 2006; Steentoft ym. 2001). Siihen viittaavat myös tämän tutkimuksen tulokset: Huumeiden ongelmakäyttö ja huumehaitat eivät enää keskity vain pääkaupunkiseudulle ja muihin suuriin kaupunkeihin. Huumeiden käyttäjien kuolemia sattuu myös pienemmällä paikkakunnilla varsinkin Etelä- ja Länsi-Suomen rannikkoseudulla.

Kansainvälisesti huumeisiin liittyvien kuolemien tutkimus on koskenut ensisijaisesti kuolemantapauksia aiheuttaneita huumausaineita. Useimmissa maissa heroini on yleisin yliannostuskuolemien aiheuttaja, ja siitä syystä sen käyttöä ja vaikutuksia on myös tutkittu eniten (Bargagli ym. 2001; Warner-Smith ym. 2001; Risser ym. 2000; Hammersley ym. 1995). Suomessa huumeisiin liittyvien kuolemien ja huumeiden ongelmakäytön ominaispiirteinä ovat buprenorfiinin ja muiden lääkeoppioidien pistoskäyttö ja amfetamiinin vahva asema. Tutkimuksia, joissa huumeisiin liittyvien kuolemien taustoja tai olosuhteita olisi pyritty selvittämään yksityiskohtaisesti, ei kansainvälisesti ole tehty, joten sellainen vertailu ei ole mahdollista.

Jopa pohjoismaiden välinen vertailu on hankalaa, sillä esimerkiksi Ruotsissa on tutkittu huumeisiin liittyviä kuolemia vain niissä tapauksissa, joissa vainajalle on diagnosoitu päihderiippuvuus (Jönsson ym. 2007), ja Norjassa tutkitut huumeiden käyttäjien kuolemantapaukset tapahtuivat vuosina 1981–1991 (Ødegard ym. 2007).

Yhteispohjoismaalaiset tutkimukset puolestaan ovat käsitelleet vain huumeiden aiheuttamia myrkytyskuolemia (Steentoft ym. 2006; Steentoft ym. 2001; Steentoft ym. 1996). Suomessa huumeisiin liittyvät kuolemat painottuvat joka tapauksessa muita pohjoismaita vahvemmin nuoriin ikäryhmiin. Tämän osasyynä lienee (nuorten) suomalaisten huumeiden käyttäjien korkeampi yliannostus- ja itsemurhakuolleisuus ja mahdollisesti myös huumeiden ongelmakäytön varhaisempi aloittamisikä (vrt. Ødegard ym. 2007). Vastaavasti muissa pohjoismaissa huumeiden ongelmakäytöllä on pidemmät juuret, joka näkyy lukuisampina sairauskuolemina.

7.1 Narkomania

Lyhyesti määriteltynä narkomania tarkoittaa pakonomaista tarvetta käyttää ainetta, johon riippuvuus kohdistuu (Lönnqvist ym. 1999; Hakkarainen 1987). Suomessa vuonna 2005 opioidien ja amfetamiinien ongelmakäyttäjiiä arvioitiin olevan 14 500–19 100. Etenkin lisääntyneen lääkeopiooidien päihdekäytön vuoksi kaikki narkomaanit eivät luultavasti näy kyseisissä luvuissa, mutta toisaalta kaikki ongelmakäyttäjät eivät ole narkomaaneja. Siten narkomaanien määrä vastannee suurin piirtein ongelmakäyttäjien määrää. Varsinkin opioidit, mutta myös amfetamiinit aiheuttavat yliannoskuolemia ja ne liittyvät välillisesti myös lukuisiin muihin kuolemiin. Vuoden 2007 huumeisiin liittyvistä kuolemista noin 120 kohtasi narkomaaneja. Näistä tapauksista 83 oli tapaturmaisia yliannoskuolemia.

Narkomaanit käyttävät aineita joista he ovat riippuvaisia milloin ja missä tahansa, jos heillä on siihen kova tarve eli ns. reflat iskevät (Perälä 2002, 55–57). He suosivat kuitenkin käyttöä sisätiloissa, mieluiten jossain yksityisasunnossa muiden käyttäjien seurassa. Tähän on useita syitä. Ensimmäisenä ovat turvallisuustekijät, eli tutussa paikassa tuttujen ihmisten seurassa he voivat paremmin pitää toisistaan huolta, mikäli jokin menee vikaan. Toisekseen yksityistiloissa käyttäessään he ovat paremmin piilossa viranomaisilta. Kolmanneksi huumeiden vaikutukset koetaan miellyttävämmiksi, kun olosuhteet ovat tutut. (Perälä 2002.) Tutkimukseni tukee suurelta osin näitä näkemyksiä. Suurin osa narkomaaneista on menehtynyt käytettyään aineita yhdessä muiden käyttäjien kanssa. Osassa tapauksista uhri on ehditty toimittaa hoitoon, mutta sekään ei ole pelastanut kuolemalta. Narkomaanien huumeiden käyttö vaikuttaa siis ensisijaisesti sosiaaliselta toiminnalta. Osa narkomaaneista on kuitenkin menehtynyt yksin ollessaan, ja joissakin tapauksissa vainaja on löydetty vasta pitkän ajan kuluttua kuolemasta. Tämä todistaa, että myös yksinäistä, narkomaanikuvioista syrjäytynyttä ongelmakäyttöä esiintyy (vrt. Malin ym. 2006, 300–301).

Amfetamiini on suomalaisten ongelmakäyttäjien keskuudessa käytetyin huumausaine (Partanen ym. 2007). Amfetamiinin käyttö eroaa opioidien käytöstä, sillä niiden vaikutukset ovat toisilleen lähes vastakkaiset. Amfetamiini on ”nopee”, elintoimintoja piristävä stimulantti, kun taas opioidit ovat ”hitaita”, elintoimintoja hidastavia narkoottisia analgeetteja (Perälä 2002; Vuori 2000b, 414–415; ks. myös liite 1).

Amfetamiinien vaikutuksen alaisena käyttäjät ovat usein toimeliaita ja suorittavat tehtäviään (Perälä 2002, 42–45). Tämä näkyy amfetamiinien osuutena huumeisiin liittyvissä muissa tapaturmissa. Toisaalta amfetamiinit aiheuttavat myös yliannoskuolemia varsinkin pitkäaikaisen käytön myötä, vaikka narkomaanit eivät miellä amfetamiinin yliannostusriskiä suureksi (mt., 52–53).

Narkomaanien suhde korvaushoidossa käytettäviin aineisiin, lähinnä buprenorfiiniin, on kaksijakoinen. Suuri osa narkomaaneista mieltää buprenorfiinin käytön ensisijaisesti itselääkinnäksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi (Malin ym. 2006; Perälä 2002, 47–49). Toisaalta narkomaanit hakevat buprenorfiinin avulla myös päihtymystä, usein sekakäytössä bentsodiatsepiinien ja/tai alkoholin kanssa (Perälä 2010; Malin ym. 2006). Vuonna 2007 buprenorfiini aiheutti enemmän tapaturmaisia yliannoskuolemia kuin mikään muu aine. Suuri osa näistä kuolemista kohtasi narkomaaneja ja kaikissa tapauksissa mukana oli bentsodiatsepiineja ja/tai alkoholia. Tämä viittaa siihen, että buprenorfiini on vaarallinen aine juuri silloin, kun sen avulla haetaan päihtymystä. Sen sijaan oikein käytettynä se on suhteellisen turvallinen ja vaikuttaisi olevan toimiva ja narkomaanien elintasoja kohentava korvaushoitolääke (Malin ym. 2006). Haasteena onkin, kuinka päihdekäyttö saataisiin vähenemään ja kuinka mahdollisimman moni käyttäjä saataisiin laillisen korvaushoidon piiriin, pois katukaupan avulla tapahtuvasta omahoidosta (Alho ym. 2007).

Yksi ongelma narkomanian hoidossa ongelmana on hoitopaikkojen vähyys (Alho ym. 2007). Osa narkomaaneista ei tietoisesti edes halua hakeutua hoitoon (Perälä 2007, 259–260). Useat kuitenkin haluaisivat, mutta eivät hoitopaikkojen vähyys vuoksi pääse (mt., 269). Hoitoon hakeudutaan yleensä siinä vaiheessa, kun ongelmakäyttöä on kestänyt jo useamman vuoden (Tourunen ym. 2009). Niinpä kuntoutusprosessista muodostuu pitkä ja työläs, eikä se varmuudella takaa lopullista aineista irtipääsyä. Hoidon piirissä päihderiippuvuutta pystytään kuitenkin kontrolloimaan paremmin ja käyttäjien elämänhallintaa ja toimintakykyä kohentamaan. (Tourunen ym. 2009; Pesola 2004.) Hoidossa olevien ongelmakäyttäjien kuolleisuus on pienempi kuin hoidon ulkopuolella olevien ongelmakäyttäjien (Tourunen ym. 2009; EMCDDA 2008, 86).

Narkomaanit ovat menettäneet huumausaineiden käytön hallinnan. Osa heistä ei saa koskaan hallintaa palautettua ja on hyvin todennäköistä, että he kuolevat ennen aikaisesti

joko huumeiden suoran tai välillisen vaikutuksen seurauksena. On myös otettava huomioon, että osa narkomaaneista ei edes halua päästä irti huumausaineista (Perälä 2007; Perälä 2002). Huumeiden ongelmakäyttö ja narkomania vaikuttavatkin vakiintuneen osaksi suomalaista päihteiden käyttökulttuuria. Tästä on väistämättä seurauksena myös huumeisiin liittyviä kuolemia.

7.2 Nuorten sekoilukulttuuri ja elämän näköalattomuus

Suomessa nuorten huumeisiin liittyvät kuolemat eivät juuri liity ns. huumeiden viihdekäyttöön (Salasuo 2004). Taustalla on erilaista, voimakkaaseen päihtymykseen tähtäävää sekakäyttöä, jota ei voi kuitenkaan laskea narkomaniaksi. Tätä kuvaa parhaiten ilmaus sekoilu, tai jopa sekoilukulttuuri, jossa on paljon yhtymäkohtia suomalaiseen – ei vain nuorten – humalahakuiseen alkoholin käyttökulttuuriin (Simonen 2007, 35–41; Törrönen & Maunu 2007, 67–72; Virtanen 1982).

Sekoilukulttuuria voidaan kuvata nuorten, usein työttömien, toimeettomien miesten riskialttiiksi käyttäytymiseksi, jossa sekä alkoholilla että huumeilla on vahva rooli.

Sekoilukulttuurin ytimessä on tietoinen riskienotto, jopa uho. Se heijastuu paitsi päihteiden käyttötapoihin, myös muuhun toimintaan, joko päihteiden vaikutuksen alaisena tai selvin päin (ks. esim. Vaaranen 2004; Kuure 1996, 96–97; Piispa 1994). Tällaista on esimerkiksi autolla hurjastelu, mistä aiheutuneet onnettomuudet ja kuolemantapaukset ovat aiheuttaneet kansalaiskeskustelua ja kiinnittäneet median ja tutkijoiden huomion (Iltalehti 26.11.2009; Vaaranen 2004). Vuoden 2007 huumeisiin liittyvien kuolemien joukossa liikenneturmia oli yksitoista. Nämä voidaan ainakin osittain kytkeä juuri sekoilukulttuuriin. Alkoholilla on huumeita suurempi osuus liikenneturmissa (Kuolinsyyt 2009, 12–15), mutta huumeiden merkitys liikenneturmissa on kasvanut. Erityisen paljon ongelmia aiheuttaa bentsodiatsepiinien laillinen ja laitton käyttö (Karjalainen ym. 2009).

Käyttäjät, joilla huumeiden käyttö on hallittua (irrottelijat ja psykedeelikot, Hakkarainen 1987, 124–130; ks. luku 4.3), ovat tietoisia huumeiden käytön riskeistä, mutta he pyrkivät parhaansa mukaan minimoimaan niiden vaikutuksen (Hunt ym. 2007). Sekoilijoilla huumeiden käyttö on holtitonta, ja vaikuttaa siltä, että he eivät onnistu

arvioimaan riskejä ja suojautumaan niiltä tai he eivät piittaa niistä (vrt. Collison 1996; Piispa 1994).

Toinen sekoilukulttuuria määrittävä piirre on sekakäyttö. Päihteiden sekakäytöllä tarkoitetaan yleensä kahden tai useamman psykoaktiivisen aineen samanaikaista käyttämistä päihtymistarkoituksessa, jolloin sekakäyttö voi kattaa hyvinkin erilaisia päihdeyhdistelmiä (Holopainen 2005). Sekoilukulttuurin yhteyteen tämä määritelmä sopii, sillä sekoilijoille tuntuu kelpaavan mikä tahansa aine, jolla on päihdyttävä vaikutus. Tästä viestivät lukuisat erilaiset ainelöydökset vuoden 2007 huumeisiin liittyvissä sekoilijoiden kuolemissa. Kun sekakäyttö yhdistyy tietoiseen riskienottoon, se muuttuu erityisen vaaralliseksi: esimerkiksi alkoholin kanssa saatetaan käyttää lääkkeitä, joiden sisällöstä tai vaikutuksista ei ole tarkkaa tietoa.

Käyttäjien kokemattomuuden lisäksi heroiinin arvaamattomuus oli eräs tärkeä osatekijä 1990-luvun lopun heroiinikuolemissa (Hakkarainen 2002, 131–133). Heroiinin lähes kadottua Suomesta yliannoskuolemat ovat kasvavasti kytkeytyneet lääkeopioideihin (Vuori ym. 2009; Vuori ym. 2006). Eniten yliannoskuolemia aiheuttava aine (buprenorfiini) vaikuttaa päällekkäiskäytössä alkoholin ja bentsodiatsepiinien kanssa lähes yhtä arvaamattomalta kuin heroini (ks. esim. Kintz 2001). Sekoilukulttuurissa päihteiden vaaroista (päällekkäiskäytössä) ei luultavasti ole täyttä ymmärrystä. Tästä ei kuitenkaan pidä vetää suoria johtopäätöksiä siihen, että buprenorfiini tulisi vaihtaa korvaushoidossa johonkin toiseen aineeseen. Voi olla, että buprenorfiini on ”pienin paha”. Katukaupassa esiintyvä buprenorfiini on sitä paitsi yleensä peräisin ulkomailta (Perälä 2010; Rönkä & Virtanen 2008, 77).

Mistä sekoilukulttuuri sitten kumpuaa? Miksi joillakin nuorilla on tarve riskialttiiseen (päihde)käyttäytymiseen? On todettu, että monilla nuorilla huumeiden käyttö liittyy toimettomuuteen ja tulevaisuuden näköalattomuuteen (MacDonald & Marsh 2005, 170–192; Collison 1996). Huumeisiin liittyvät kuolemat ovat levinneet pääkaupunkiseudulta ja suuremmista kaupungeista myös pienempiin kaupunkeihin ja maaseutukuntiin. Muuttoliikkeen suuntautuessa asutuskeskuksiin pienet paikkakunnat kurjistuvat ja niihin jäävät nuoret saattavat kokea elämänsä näköalattomaksi. Riskienotto esimerkiksi huumeiden käytön tai rikosten teon muodossa saattaa tarjota käyttäjän mukaan mielekkäältä tuntuvaa toimintaa ja helpotusta ahdistukseen (MacDonald & Marsh 2005,

170–192; Collison 1996; Kuure 1996, 96–97). Samoin ”huume kuvioiden” pyörittäminen voi antaa tunteen siitä, että tekee jotain (ks. esim. Collison 1996). Varsinkin pienillä paikkakunnilla huumeiden käyttö saattaa myös herkästi keskittyä tiettyyn porukkaan, joka leimautuessaan erkaantuu muusta yhteisöstä edelleen. He alkavat nähdä elämäntapansa ainoana, tai ainakin helpoimpana vaihtoehtona (ks. esim. Kuure 1996).

Sekoilukulttuurissa huumeet ovat yksi riskitekijä muiden joukossa. Sekoilijoiden kuolemien ehkäisyä ajatellen riskialttiiseen käyttäytymiseen puuttuminen on hankalaa, sillä riskienotto on sekoilukulttuurin perusrakenteita. Lisäksi sekoilukulttuuri vaikuttaa juurtuneen tiukasti ns. toimeettomien nuorten miesten keskuuteen. Toisaalta nuorten päihdekäyttäytymiseen liittyvät aina kokemattomuuden ja ”herooisen humalan” (Törrönen & Maunu 2007, 67–72) tavoittelun mukanaan tuomat riskit. Siksi sekoilukuolemien vähentäminen lienee helpointa haittoja vähentämällä: ainakin tietoutta sekakäytön vaarallisuudesta ja valmiutta huonovointisen kaverin auttamiseen tulisi pyrkiä lisäämään.

Suomalaisen huumeisiin liittyvän kuoleman nuori keski-ikä kytkeytyy osittain juuri sekoilijoiden kuolemiin. Mikäli huumeisiin liittyen kuolisi vain narkomaaneja, kuolleiden keski-ikä olisi merkittävästi korkeampi. Sekoilukulttuuri liittyy tiettyyn (nuorten miesten) ikävaiheeseen. Olisi tärkeää miettiä, miten suurempi osa sekoilijoista saataisiin pidettyä hengissä tämän vaiheen yli, jonka jälkeen ainakin osalla heistä elämä voisi rauhoittua omalla painollaan.

7.3 Itselääkintä ja lääkkeiden päihdekäyttö

Lääkkeiden päihde- ja väärinkäyttö ja siitä aiheutuvat haitat ovat lisääntyneet Suomessa (Vuori ym. 2009). Lääkeaineiden aiheuttamien myrkytyskuolemien määrä ylitti alkoholin aiheuttamien myrkytyskuolemien määrän vuosina 2006 ja 2007 (mt., 3190). Vuoden 2007 huumeisiin liittyvien tapaturmaisten yliannoskuolemien painottuminen lääkeopioideihin ja lukuisat lääkeainelöydökset vainajista viestivät lääkkeiden päihdekäytön lisääntymisestä. Kun otetaan huomioon huumeisiin liittyvien kuolemien

taustalla piilevät mielenterveysongelmat ja fyysinen sairastelu, voidaan puhua myös huumausaineiden käytöstä itselääkintänä.

Lähes kaikki huumausaineet, joiden käyttöön liittyy yliannoskuoleman riski, ovat alun perin lääketieteellisuuden kehittämiä tuotteita. Jos tarkastellaan vuoden 2007 huumeisiin liittyviä tapaturmaisia yliannoskuolemia tärkeimmän ainelöydöksen mukaan, ainoastaan alkoholi (5 tapausta), ekstaasi (3) ja butaani (1) ovat aineita, joita lääketieteellisyys ei ole kehittänyt. Mikäli vielä lasketaan pois amfetamiini (11), metamfetamiini (3) ja gamma (1), joilla ei nykyisin ole Suomessa lääkinnällistä käyttöä, jäljelle jää 118 tapaturmaista yliannoskuolemaa, jotka ovat tarkalleen ottaen aiheutuneet lääkkeiden päihdekäytöstä. Näistä kuolemista 95 aiheutui opioidien käytöstä, joita käytetään lääkinnällisesti lähinnä kivunlievitykseen. Lisäksi kuolemia aiheuttivat epilepsia-, masennus- ja rauhoittavat lääkkeet. Ainelöydöksenä lääkkeitä oli lähes jokaisessa huumeisiin liittyvässä kuolemassa. Erityisen usein vainajista löytyi bentsodiatsepiineja.

Tietyllä tapaa juuri ”bentsot” ovatkin lääkkeiden päihdekäytön ytimessä. Vaikuttaa siltä, että niitä käytetään toisten aineiden ohella ”buustaamaan” päihdyttävää vaikutusta (Perälä 2010) tai niillä saatetaan tasoitella ”laskuja” ja lievittää ahdistustiloja. Niitä käytetään myös alkoholiriippuvuuden hoidossa (Ashton 2006). Monet ongelmakäyttäjät käyttävätkin bentsodiatsepiineja lääkärin määräyksestä, mutta niitä hankitaan myös katukaupasta. Bentsodiatsepiinien käyttö on yhdistelmä päihtymyshakuisuutta ja itsehoitoa ja niiden käyttö saatetaan mielletään kohtalaisen riskittömäksi. On myös esitetty, että jotkut lääkärit määräävät bentsodiatsepiineja liian herkästi (ks. esim. Seppä 2008). Tämä voi johtaa hallitsemattomaan lääkkeiden käyttöön.

Myös buprenorfiinin käytössä yhdistyy päihdekäyttö ja itselääkintä. Monille opioidien ongelmakäyttäjille buprenorfiini on korvike, jonka käyttöä ei mielletä huumausainekäytöksi. Pikemminkin buprenorfiinin avulla pidetään yllä toimintakykyä. Buprenorfiini ei tarjoa samanlaista päihdyttävää vaikutusta kuin heroini, mutta monet narkomaanit kertovat pysyttelevänsä buprenorfiinin avulla irti heroiinista. (Malin ym. 2006.) Buprenorfiini, riippumatta siitä, onko se saatu korvaushoidon vai katukaupan kautta, vaikuttaakin olevan osin itselääkinnällinen aine. Sen sijaan suonensisäinen buprenorfiinin käyttö on aina päihtymyshakuista.

Lääkkeiden päihdekäytöllä ja lääkkeillä suoritettavalla itselääkinnällä voidaankin nähdä kytköksiä ns. medikalisaatioon, eli yhteiskunnan ”lääketieteellistymiseen” (ks. esim. Tuomainen ym. 1999). Lääketieteellistyneessä yhteiskunnassa vallitsee näkemys, että jokaiseen vaivaan on parannuskeinonsa – usein sellainen, joka perustuu lääkehoitoon. Täten on lääketieteellistymisen sijaan puhuttu myös lääkkeellistymisestä (ks. esim. Helén 2008; Rose 2004) Tämä voi johtaa myös siihen, että yksilöt hoitavat itse omia vaivojaan niillä lääkkeillä, mitä on tarjolla, tai käyttävät lääkkeitä vaikka mitään varsinaisia vaivoja ei olisikaan. Tällainen käyttö saattaa tähdätä esimerkiksi päihtymykseen tai suorituskyvyn parantamiseen. Medikalisaation myötä erilaiset lääkkeet ovat helpommin saatavilla, myös väärinkäyttäjille. Lääkkeiden käyttö saatetaan kokea hyvinkin riskittömäksi ”nappien popsimiseksi”. Esimerkiksi jonkun tietyn huumeen (lääkkeen) käytön aiheuttamia jälkitiloja saatetaan hoitaa toisella huumeella (lääkkeellä). Näiden yhteisvaikutus voi olla arvaamaton ja johtaa kuolemaan.

Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että esimerkiksi opioidiriippuvaisten korvaushoito olisi hyödytön tai jopa vaarallinen, pikemminkin päinvastoin. Mitä useampi ongelmakäyttäjä on valvotun ja hyvin organisoidun hoidon piirissä, sitä varmemmin he käyttävät aineita turvallisesti (Nuorvala ym. 2008; Malin ym. 2006). Korvaushoidon ja muun ongelmakäyttäjien hoidon kautta voidaan lisäksi jakaa käyttäjille tietoutta sekakäytön ja itselääkinnän riskeistä. Olisi myös syytä pohtia, voitaisiinko bentsodiatsepiinien saatavuutta rajoittaa esimerkiksi lääkemääräyskäytäntöihin puuttumalla (vrt. Hakkarainen 2010; Salasuo ym. 2009, 48; Seppä 2008). Monet lääkkeet, kuten juuri bentsodiatsepiinit ja buprenorfiini, ovat hengenvaarallisia vasta sekakäytössä. Kontrolloidusti ja oikein käytettynä ne voivat olla hyödyllisiä lääkeaineita huumeongelmaisten hoidossa ja sitä kautta huumeisiin liittyviä kuolemia ehkäistäessä.

Kuten todettu, huumeaineiden käyttö liittyy vahvasti mielenterveysongelmien, kuten masennuksen ja ahdistuksen itselääkintään. On kuitenkin vaikea vastata siihen, mistä tämä johtuu. Onko kyse siitä, että mielenterveysongelmaiset eivät pääse hoitoon, minkä vuoksi he joutuvat hoitamaan itseään parhaaksi katsomallaan tavalla? On myös mahdollista, että mielenterveysongelmiin on määrätty lääkitys ja/tai muu hoitomuoto, jonka lisäksi käytetään itse hankittuja lääkkeitä tai muita päihhteitä. Voi jopa olla, että – lääkkeellistymisen (Rose 2004) kautta – yritys ratkaista mielenterveysongelmia lääkkeiden avulla johtaa lääkeongelmaan.

Jos mielenterveysongelmien ohessa esiintyy myös päihdeongelmia, on kyse ns. kaksoisdiagnoosista (STM 2009, 31–32; Rönkä & Virtanen 2008, 56).

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon ei ole vakiintunutta käytäntöä ja heidän hoitonsa on vaativa prosessi (Rönkä & Virtanen 2008, 62–63). Vuoden 2007 huumeisiin liittyvien kuolemantapausten perusteella vaikuttaisi siltä, että moni (vakavasti) mielenterveys- ja päihdeongelmainen ei saa tarvitsemaansa hoitoa. He turvautuvat itselääkintään, jolla voi olla kohtalokkaita seurauksia.

Totesin luvussa 6.1, että itselääkintä voidaan nähdä holtittomana lääkkeiden käyttönä. Holtiton käyttö saattaa edelleen luisua pakonomaiseksi käytöksi eli narkomaniaksi. Korvaushoidon tai mielenterveysongelmien hoidon suhteen ei kuitenkaan pidä tehdä johtopäätöstä, että lääkehoito olisi automaattisesti pahasta ja aiheuttaisi vain enemmän narkomaniaa ja yliannoskuolemia. Sen sijaan lääkehoidon tulee olla kontrolloitua ja tarpeen mukaista. Sitä on tuettava tarvittaessa myös muilla hoitomuodoilla, kuten psyko-sosiaalisella hoidolla. Täten lääkkeillä ja huumeilla suoritettava itselääkintä ja holtiton lääkkeiden käyttö voitaisiin saada vähenemään.

Lääkkeiden ja niiden päihde- ja väärinkäytön aiheuttamat kuolemat ovat olleet Suomessa viime vuosina kasvussa. Asiasta on viime aikoina alettu käymään enemmän julkista keskustelua (Hakkarainen 2010; MOT 15.2.2010; Yle 16.11.2009; Yle 3.11.2009; Image 2009; Hiltunen 2009). Tämän tutkimuksen perusteella se onkin tarpeen. Pelkkä keskustelu ei kuitenkaan auta mikäli itse ongelmaan ei puututa. Esimerkiksi lääkemääräyskäytännöt kaivannevat parannusta (Hakkarainen 2010; Salasuo ym. 2009, 48; Seppä 2008).

8 LOPUKSI: KUINKA EHKÄISTÄ HUUMEISIIN LIITTYVIÄ KUOLEMIA?

On esitetty, että huumausaineiden ongelmakäytön haitat ilmenevät noin viiden vuoden kuluttua kyseisen aineen käytön aloittamisesta (Virtanen 2003, 88–90). Täten vuosituhannen lopulla lisääntynyt heroinin käyttö ja siitä seurannut opioidiriippuvaisten määrän kasvu on heijastunut huumeisiin liittyvien kuolemien määrän kasvuna 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puolivälin jälkeen. Oma osuutensa on voinut olla myös vuoden 2004 alkoholiveron alennuksella. Huumeiden ongelmakäyttäjien määrä on osoittanut vakiintumisen ja jopa lievän laskun merkkejä (Partanen ym. 2007; Hakkarainen & Metso 2007). Täten myös huumeisiin liittyvien kuolemien määrä saattaa olla vakiintumassa. Mikäli uusien ongelmakäyttäjien määrä pysyisi ennallaan, pitkällä aikavälillä huumeisiin liittyvät kuolemat painottuisivat kasvavissa määrin vanhempiin ikäryhmiin ja niiden lukumäärä vakiintuisi. Tällaisesta on ollut merkkejä sellaisissa Länsi-Euroopan maissa, joissa huumeongelma on pitkäaikaisempi ja vakiintunut (EMCDDA 2008, 87). Mikäli tyydytään siihen, että huumeisiin liittyvien kuolemien määrä vakiintuu, merkitsisi se huumeongelman tietynlaista hyväksymistä ja sietämistä ja keskittymistä haittojen minimoimiseen.

Jos halutaan vähentää kuolemantapauksia, tulisi ainakin korvaus- ja vieroitushoitoja kehittää ja sen piiriin saada mahdollisimman monia ongelmakäyttäjii (Alho ym. 2007). Korvaushoidon piirissä olevat käyttäjät elävät keskimäärin pidempään kuin muut käyttäjät (Tourunen ym. 2009), mutta esimerkiksi opioidien ongelmakäyttäjistä arviolta vain noin neljäsosa on korvaushoidon piirissä (Rönkä & Virtanen 2008, 43). Hoitoon pääsyn kynnyksessä saattaa olla turhan korkea (Alho ym. 2007), sillä moni huumeiden käyttäjä ei pääse hoitoon vaikka haluaisikin (Perälä ym. 2007). Tällöin varsinkin opioidien ongelmakäyttäjät saattavat turvautua itselääkintään katukaupasta ostettujen aineiden kautta (vrt. Alho ym. 2007).

Eräs suuri kuolemia aiheuttava ongelma on lääkkeiden sekakäyttö ja siinä vahva asema on bentsodiatsepiinien käytöllä. Reseptien ”hamstraaminen” useiden eri lääkärikäyntien ja lääkäreiden huijaamisen avulla (Hakkarainen 2010; Seppä 2008) ja tätä kautta lääkkeiden myynti eteenpäin sekä lääkkeiden, erityisesti bentsodiatsepiinien maahantuonti (Perälä 2010) ovat sellaisia asioita, joihin voitaisiin kenties puuttua (Salasuo ym. 2009, 48). Huumeisiin liittyvien kuolemien vähentäminen aineiden saantia

vaikuttamalla voi onnistua, varsinkin jos siihen yhdistetään (nuorille) käyttäjille jaettavaa riskitietoutta. Tämä voisi koskea erityisesti buprenorfiinin päällekkäiskäyttöä muiden aineiden, kuten bentsodiatsepiinien ja alkoholin kanssa. Lisäksi alkoholin saatavuuden vaikeuttaminen alkoholiveroa nostamalla voisi hyvinkin vähentää myös huumeisiin liittyvien kuolemantapausten määrää.

Fentanyylin yliannoskuolemia sattui jonkin verran vuonna 2007. Sen jälkeen fentanyylikuolemat ovat lisääntyneet entisestään ja saaneet myös osakseen huomiota (ks. esim. Pihlava 2010; Länsi-Savo 31.1.2010). Fentanyyli on voimakkuutensa vuoksi väärinkäytössä erittäin vaarallinen opioidi. Olisi syytä miettiä, miten sen vaaroista voitaisiin paremmin jakaa tietoa käyttäjille. Mikäli heroiini palaa vahvemmin Suomen markkinoille, myös se voi aiheuttaa yllätyksiä huumeiden käyttäjille. Esimerkiksi buprenorfiiniin tottuneet käyttäjät eivät välttämättä osaa annostella heroiinia tarpeeksi varovaisesti (Perälä 2010).

Osa kuolemantapauksista voitaisiin kenties välttää, jos reagointi yliannostustilanteisiin olisi nopeampaa. Huumeiden käyttäjät eivät luultavasti aina kutsu ammattiapua paikalle tarpeen vaatimalla tavalla – usein he pelkäävät viranomaistoimia, mitä avun kutsuminen saattaisi tuoda mukanaan (Lalander 2003, 79–81; Perälä 2002, 52).

Avunhälytyskynnystä olisikin kyettävä jollain tavalla madaltamaan. Yksi keino voisi olla myös käyttäjille jaettava naloksoni (opioidimyrkytyksen vastalääke, Käypä Hoito -suositus 2006, 605), jota he voisivat itse annostella yliannostustilanteessa (Dettmer ym. 2001).

Edellä mainitut keinot voivat vähentää ongelmakäytön vaarallisuutta ja hankaloittaa riskialtista sekakäyttöä. Tästä seurauksena saattaisi pitkällä aikavälillä olla, että nuorten huumeisiin liittyvät kuolemat vähenisivät ja huumeisiin liittyvät kuolemat painottuisivat vanhempiin käyttäjäryhmiin: yliannoskuolemien määrä laskisi, mutta sairauskuolemien määrä kasvaisi. Saattaisi käydä myös niin, että kun nuoret sekoilijat selviäisivät riskialttiin iän yli, osa heistä pääsisi irti haitallisesta huumeiden käytöstä ajautumatta krooniseen sairasteluun ja täten huumeisiin liittyvien kuolemien määrä voisi laskea (vrt. Kekki 2009, 113–116). Tärkeää olisi myös se, että huumetilanne Suomessa ei muutu (esimerkiksi ei saavu uutta heroiiniaaltoa). Jos huumeisiin liittyviä kuolemia halutaan vähentää merkittävästi, olisikin puututtava käytön syihin, ei kuolemien syihin. Tällöin

edellä mainittujen keinojen rinnalle olisi tuotava toisia, moniongelmaisuuteen pureutuvia ratkaisumalleja, jotka voisivat auttaa myös narkomaaneja.

Kuten todettua, korvaus- ja vieroitushoitoja tulisi kehittää ja niiden piiriin saatava mahdollisimman paljon ongelmakäyttäjiä. Lisäksi varsinkin nuorten käyttäjien kohdalla olisi pureuduttava mielenterveys- ja sosiaalisten ongelmien hoitoon. Nuorten käyttäjien kohdalla interventiot voivat tuottaa todennäköisemmin tuloksia kuin vanhempien käyttäjien. Täten moniongelmaisuuuden vyyhtejä voitaisiin vielä purkaa ja sitä kautta välttää huumeista aiheutuvia tai niiden käyttöön liittyviä kuolemia. Integroidulla ja hyvin toteutetulla mielenterveys- ja päihdetyöllä voitaisiin vähentää sekä päihderiippuvuutta ja yliannoskuolemia että huumeisiin liittyviä itsemurhatapauksia. Pitkällä aikavälillä ongelmakäyttäjien määrä voitaisiin saada laskuun ja sitä kautta vähentää huumeista aiheutuvia kuolemia ja muita haittoja. Huume- ja moniongelmaisia henkilöitä voitaisiin myös auttaa ja hoitaa, ei vain pitää hengissä ja ylläpitää.

Huumeiden aiheuttamista yliannostuksista vain osa on tappavia (Perälä 2002, 51–53; Bennett & Higgins 1999; Powis ym. 1999). Voisi olla hyödyllistä tutkia narkomaanien kokemuksia ei-tappavista yliannostuksista. Kansainvälisesti tällaista tutkimusta on tehty, mutta se on koskenut lähinnä heroiinin aiheuttamia yliannostuksia (ks. esim. Bennett & Higgins 1999; Powis ym. 1999). Suomalaisen ongelmakäytön erikoisuus on buprenorfiini. Minkälaisia yliannostuskokemuksia se aiheuttaa? Voitaisiko sen tai muiden lääkeopioidien aiheuttamia yliannostuksia kartoittamalla saada tietoa, josta olisi apua ennaltaehkäisyssä? Olisi myös mietittävä keinoja tavoittaa kaikkein vaikeimpien ongelmakäyttäjien tavoittamiseksi.

Tietous huumeisiin liittyvistä kuolemista on kasvanut tämän tutkimuksen myötä. Jatkotutkimus kuitenkin tarkentaisi kuvaa ja toisi ajallista syvyyttä. Tässä tutkimuksessa käytettyä kehystä voisi soveltaa paitsi tulevien, myös aiempien vuosien huumeisiin liittyvien kuolemien tutkimisessa. Täten saataisiin tietoa siitä, mihin suuntaan ollaan menossa. Aiempien vuosien tutkimus toisi tarkempaa tietoa esimerkiksi vuosituhannen vaihteen heroiiniaallon aikaisista kuolemantapauksista, mistä olisi paljon hyötyä mikäli heroiini palaa vahvemmin Suomen huume kuvioihin.

Aineistonani käyttämät kuolinsyyasiakirjat tarjosivat arvokasta tietoa vainajien elämästä. Kuolintodistuksen ”tapahtumatiedot” -kohtaan tulisi mahdollisuuksien puitteissa pyrkiä vielä aiempaa systemaattisemmin kirjaamaan tietyt tiedot vainajasta (vrt. Salasuo ym. 2009, 48). Huumeiden ongelmakäyttäjistä ei ymmärrettävästi ole aina tarjolla kattavasti tietoa, mutta nähdäkseni ainakin seuraavat seikat olisi tärkeää sisällyttää kuolintodistukseen: kuolleiden sairaus- ja päihdehistoria, käytetty lääkitys, tieto mahdollisesta korvaushoidosta, kuolemaan johtaneet olosuhteet ja kuolinseura. Mikäli nämä tiedot ovat saatavilla, uusien tutkimusten teko tämän tutkimuksen tarjoaman mallin mukaisesti helpottuu. Uusi tieto tarjoaa myös tarkemman kuvan kuolemantapauksista, jolloin mahdollisuudet niiden ehkäisemiselle tulevaisuudessa parantuvat.

LÄHTEET

- Alho, Hannu, Vuori, Erkki & Holopainen, Antti (2007): Laittomasta opiaattikorvaushoidosta päästävä laillisen hoidon piiriin. *Duodecim* 123 (7), 757–759.
- Ashton, Heather (2006): Bentsodiatsepiinit – vaikutukset – vieroitus. Tietoa ja ohjeita ongelmakäyttäjille, vieroitusta toivoville ja heitä tukeville. [Http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/bentsodiatsepiini_hoitomanaali.pdf](http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/bentsodiatsepiini_hoitomanaali.pdf). (Haettu 26.10.2009.)
- Bargagli, Anna Maria, Sperati, Alessandra, Davoli, Marina, Forastiere, Francesco & Perucci, Carlo A. (2001): Mortality among problem drug users in Rome: an 18-year follow-up study 1980–1997. *Addiction* 96, 1455–1463.
- Bennett, Gerald A. & Higgins, David S. (1999): Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK. *Addiction* 94 (8), 1179–1190.
- Burroughs, William S. (1953): *Junkie*. New York: Penguin Books.
- Charmaz, Kathy (2006): *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Collison, Mike (1996): In search of the high life. Drugs, crime, masculinities and consumption. *British Journal of Criminology* 36 (3), 428–444.
- Darke, Shane & Ross, Joanne (2002): Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction* 97, 1383–1394.
- Dettmer, Kirstin, Saunders, Bill & Strang, John (2001): Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *British Medical Journal* 322, 895–896.
- Drummer, Olaf H. (2001): *The forensic pharmacology of drugs of abuse*. London: Arnold.
- Durkheim, Émile (1985 [alkup. 1897]): *Itsemurha. Sosiologinen tutkimus*. Helsinki: Tammi.
- EMCDDA (2008): *Vuosiraportti 2008. Huumeongelma Euroopassa*. Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto.
- Farrell, Michael & Marsden, John (2008): Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment. *Addiction* 103, 251–255.
- Glaser, Barney & Strauss, Anselm L. (1967): *The Discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

- Hakkarainen, Pekka (1987): Huumausainekulttuuri ja käyttötavat Suomessa. Turun yliopisto. Lisensiaattityö, Sosiologian laitos.
- Hakkarainen, Pekka (1992): Suomalainen huumeekysymys. Huumausaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Julkaisu 42. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö.
- Hakkarainen, Pekka (2002): Huumeekulttuurin muutos ja huumekuolemat. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 110–136.
- Hakkarainen, Pekka (2005): Drug use as a generational phenomenon. Teoksessa Ludvig Kraus & Dirk Korf (toim.): Research on drugs and drug policy from a European perspective. Lengerich: PABST, 48–61.
- Hakkarainen, Pekka (2010): Hämmäntävä huumekuolema.
[Http://community.stakes.fi/blogs/neuvoa-antavat/archive/2010/02/24/Pekka-Hakkarainen_3A00_-H_E400_mment_E400_v_E400_-huumekuolema.aspx](http://community.stakes.fi/blogs/neuvoa-antavat/archive/2010/02/24/Pekka-Hakkarainen_3A00_-H_E400_mment_E400_v_E400_-huumekuolema.aspx). (Haettu 26.2.2010.)
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2003): Huumeiden käytön uusi sukupolvi. Yhteiskuntapolitiikka 68 (3), 244–256.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2007): Huumeekysymyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumeekyselyn tulokset. Yhteiskuntapolitiikka 72 (5), 541–552.
- Hammersley, Richard, Cassidy, Marie T. & Oliver, John (1995): Drugs associated with drug-related deaths in Edinburgh and Glasgow, November 1990 to October 1992. *Addiction* 90, 959–965.
- Helén, Ilpo (2008): Pharmaceuticalisation of mental health care in Finland. Esitelmä, NHV workshop. Bruk av psykofarmaka i Norden. Oslo, 28–29.8. Julkaisematon.
- Hietalahti, Anne (2005): Buprenorfiini päihdekäytössä.
[Http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/323-buprenorfiini-paihdekytossa](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/323-buprenorfiini-paihdekytossa). (Haettu 1.12.2009.)
- Hiltunen, Pekka (2009): Paha lääke. *Image* 25 (6–7), 36–45.
- Holopainen, Antti (2005): Päihteiden sekakäyttö.
[Http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/113-monipaihteisyys](http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/113-monipaihteisyys). (Haettu 25.1.2010.)
- Holopainen, Antti (2006): Alkoholimyrkytys.
[Http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/235-alkoholimyrkytys](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/235-alkoholimyrkytys). (Haettu 1.10.2009.)

- Hunt, Geoffrey P., Evans, Kirstin & Kares, Faith (2007): Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of Youth Studies* 10 (1), 73–96.
- Hurme, Toivo & Kotovirta, Elina (2005): Huumekuolemien raportoinnin ongelmallisuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (2), 223–224.
- Häkkinen, Antti (1998): Samhällets bottenskikt: Om den helsingforsiska subkulturens historia. *Historisk Tidskrift för Finland* 83 (2), 308–335.
- Iltalehti 28.10.2008 (2008): Nuorten huumekuolemat lisääntyneet. [Http://www.iltalehti.fi/uutiset/200810288502186_uu.shtml](http://www.iltalehti.fi/uutiset/200810288502186_uu.shtml). (Haettu 20.1.2010.)
- Iltalehti 26.11.2009 (2009): Poliisi huolissaan: nuorten kuolonkolarit kasvussa. [Http://www.iltalehti.fi/autot/2009112610664784_au.shtml](http://www.iltalehti.fi/autot/2009112610664784_au.shtml). (Haettu 28.1.2010.)
- Image (2009): Narkomaanin päiväkirja. *Image* 25 (8), 50–53.
- Jönsson, Anna K., Holmgren, Per, Druid, Henrik & Ahlner, Johan (2007): Cause of death and drug use pattern in deceased drug addicts in Sweden, 2002–2003. *Forensic Science International* 169, 101–107.
- Karjalainen, Karoliina, Lintonen, Tomi, Impinen, Antti, Mäkelä, Pia, Rahkonen, Ossi, Lillsunde, Pirjo & Ostamo, Aini (2009): Mortality and causes of death among drugged drivers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, julkaistu Online First -versiona 5.11.2009.
- Kekki, Tuula (2009): Taparikollisuus, huumeet ja rikoskierre. Raportteja 80. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.
- Kestilä, Laura (2008): Pathways to health. Determinants of health, health behaviour and health inequalities in early adulthood. *Julkaisu A23*. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Kinnunen, Aarne (1996): Isännät, rengit ja pokat. *Tutkimuksia* 133. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kintz, Pascal (2001): Deaths involving buprenorphine: a compendium of French cases. *Forensic Science International* 121, 65–69.
- Koskinen, Torsti (1997): Helsingin huumeet 1966–1996. Poliisin oppikirjasarja 9/1997. Helsinki: Sisäasiainministeriö, poliisiosasto.
- Kouvonen, Petra (2006): Consequences of problem drug use. Teoksessa Petra Kouvonen, Astrid Skretting & Pia Rosenqvist (toim.): *Drugs in Nordic and Baltic countries. Common concerns, different realities*. NAD Publication 48. Helsinki: Nordic council of alcohol and drug research, 43–72.

- Kuolemansyyt (2009): Kuolemansyyt 2007. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2009. Helsinki: Tilastokeskus.
- Kuula, Arja (2006): Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuure, Tapio (1996): Marginaalin politiikkaa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja, politiikan tutkimuksen laitos.
- Käypä Hoito -suositus (2006): Huumeongelman hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Duodecim 122 (5), 596–614.
- Lahti, Raimo A., Korpi, Helena & Vuori, Erkki (2009): Blood-positive illicit-drug findings: Implications for cause-of-death certification, classification and coding. *Forensic Science International* 187, 14–18.
- Lai, Siang Hui, Yao, Yi Ju & Lo, Danny Siaw Teck (2006): A survey of buprenorphine related deaths in Singapore. *Forensic Science International* 162, 80–86.
- Lalander, Phillip (2003): *Hooked on heroin. Drugs and drifters in a globalized world.* Oxford: Berg.
- Länsi-Savo 31.1.2010 (2010): Fentanyyli tappanut jo parikymmentä. [Http://www.lansi-savo.fi/Uutiset/fentanyyli_tappanut_jo_parikymment%C3%A4_v%C3%A4rink%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4_9898374.html](http://www.lansi-savo.fi/Uutiset/fentanyyli_tappanut_jo_parikymment%C3%A4_v%C3%A4rink%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4_9898374.html). (Haettu 4.2.2010.)
- Lönnqvist, Jouko (2005): *Itsemurhat.* Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim. [Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00029#s2](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00029#s2). (Haettu 23.1.2010.)
- Lönnqvist, Jouko, Kanerva, Hannele, Heikkonen, Timo, Moberg, Timo, Ovaska, Anne, Poikolainen, Kari, Pomoell, Risto, Poutanen, Pauli, Rantanen, Päivi, Roine, Risto, Mäki, Jukka, Soininvaara, Osmo, Tervo, Marjo & Tokola, Olavi (1999): Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. Konsensuslausuma. *Duodecim* 115, 2510–2522.
- MacDonald, Robert & Marsh, Jane (2005): *Disconnected youth? Growing up in Britain's poor neighbourhoods.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Malin, Katja, Holopainen, Antti & Tourunen, Jouni (2006): ”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”. Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (3), 297–306.
- MOT 15.2.2010 (2010): Bentsoa suonissa. TV-ohjelma. Yleisradio.

- Mustonen, Heli, Mäkelä, Pia & Huhtanen, Petri (2007): Kaksi vuotta alkoholin hinnan laskun jälkeen. Alkoholin käyttö vuonna 2006. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 532–540.
- Mäkelä, Pia & Österberg, Esa (2006): Halvat huvit – millaiset seuraukset? *Tiimi* 2, 4–6.
- Nuorvala, Yrjö, Huhtanen, Petri, Ahtola, Raija & Metso, Leena (2008): Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskenttä 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (6), 659–668.
- Nutt, David (2009): Estimating drug harms: a risky business? Briefing 10. London: Centre for Crime and Justice Studies.
- Partanen, Juha (2002): Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.): *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 13–37.
- Partanen, Juha & Metso, Leena (1999): Suomen toinen huumeaalto. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (2), 143–149.
- Partanen, Päivi, Hakkarainen, Pekka, Holmström, Pekka, Kinnunen, Aarne, Leinikki, Pauli, Partanen, Airi, Seppälä, Timo, Välkki, Jouni & Virtanen, Ari (2004): Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (3), 278–286.
- Partanen, Päivi, Hakkarainen, Pekka, Hankilanoja, Arto, Kuussaari, Kristiina, Rönkä, Sanna, Salminen, Mika, Seppälä, Timo & Virtanen, Ari (2007): Amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 553–561.
- Penttilä, Antti (2000): Epäselvät kuolemat. Teoksessa Antti Penttilä, Jorma Hirvonen, Pekka Saukko & Pekka Karhunen (toim.): *Oikeuslääketiede*. Hämeenlinna: Duodecim, 154–158.
- Perälä, Jussi (2002): Hidasta ja nopeeta – tutkielma narkomaanien arjesta. Helsingin yliopisto. Pro Gradu, Sosiologian laitos.
- Perälä, Jussi (2010): Miksi lehmät pitää tappaa? 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Perälä, Riikka (2007): Huumeidenkäyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveystoimen palveluista. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (3), 256–271.
- Pesola, Eeva-Liisa (2004): Kokemuksia päihteiden sekakäyttäjien hoidosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (5), 517–528.

- Pihlava, Minna (2010): Kipulaastarin väärinkäyttö vaati kaksi kuolonuhria. *Mediuutiset* 18.2.
[Http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article376268.ece?s=il&wtm=medi uutiset/-19022010](http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article376268.ece?s=il&wtm=medi uutiset/-19022010). (Haettu 19.2.2010.)
- Piispa, Matti (1994): Miksi mies sukeltaa liian syvälle? *Alkoholipolitiikka* 59 (3), 242–243.
- Piispa, Matti, Jallinoja, Piia, Helakorpi, Satu & Uutela, Antti (2005): Huumekontaktit, huumemielipiteet, huumekampanja. Tutkimus aikuisista suomalaisista vuonna 2004. Julkaisuja B1. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Powis, Beverly, Strang, John, Griffiths, Paul, Taylor, Colin, Williamson, Sara, Fountain, Jane & Gossop, Michael (1999): Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem. *Addiction* 94 (4), 471–478.
- Preble, Edward & Casey, John J. (1969): Taking care of business – the heroin user's life on the street. *International Journal of the Addictions* 4, 1–24.
- Punkka-Hänninen, Päivi (2007): Ilona oli yksi huumeiden paristasadasta vuotuisesta uhrista. *Helsingin Sanomat* 13.10.2007.
- Ratiopharm (2008): Pakkausseloste. Oxamin 50 mg tabletti. Oksatsepaami. Espoo: Ratiopharm. [Spc.nam.fi/indox/nam/html/nam/humpil/1/189311.pdf](http://www.ratiopharm.fi/indox/nam/html/nam/humpil/1/189311.pdf). (Haettu 15.1.2010.)
- Risser, Daniele, Uhl, Alfred, Stichenwirth, Martin, Hönigschnabl, Selma, Hirz, Walter, Schneider, Barbara, Stellwag-Carion, Carl, Klupp, Nikolaus, Vycudilik, Walter & Bauer, Georg (2000): Quality of heroin and heroin-related deaths from 1987 to 1995 in Vienna, Austria. *Addiction* 95 (3), 375–382.
- Rose, Nikolas (2004): Becoming neurochemical selves. Teoksessa Nico Stehr (toim.): *Biotechnology: between commerce and civil society*. New Brunswick: Transaction, 89–126.
- Rönkä, Sanna & Virtanen, Ari (toim.) (2008): Huumetilanne Suomessa 2008. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Helsinki: EMCDDA & Stakes.
[Http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/Huumetilanne%20Suomessa%202008.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/Huumetilanne%20Suomessa%202008.pdf). (Haettu 10.7.2009.)
- Sairanen, Sanna & Tacke, Ulrich (2005): Amfetamiini, metamfetamiini sekä muut piristeet. [Http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/311-amfetamiini-ja-muut-piristeet](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/311-amfetamiini-ja-muut-piristeet). (Haettu 25.1.2010.)
- Salaspuro, Mikko & Holopainen, Antti (2005): Opioidikorvaushoito: metadonin ja buprenorfiinin suurten annosten vertailu.
[Http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/nak05146](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/nak05146). (Haettu 3.2.2010.)

- Salasuo, Mikko (2004): Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. Tutkimuksia 149. Helsinki: Stakes.
- Salasuo, Mikko & Seppälä, Pauliina (2001): Aaltoja vai vedenpinnan pysyvää nousua? Teoksessa Tapio Onnela (toim.): Pyhä huumesota – huume politiikan pelkoja ja utopioita. Helsinki: Vihreä Sivistysliitto, 227–238.
- Salasuo, Mikko, Vuori, Erkki, Piispa, Mikko & Hakkarainen, Pekka (2009): Suomalainen huume kuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista. THL:n raportteja 43, Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 99. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Nuorisotutkimusseura ja Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos.
- Seaman, Shaun R., Brettle, Ray P. & Gore, Sheila M. (1998): Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal* 316, 426–428.
- Seppä, Kaija (2008): Lääkkeitä määrättäessä uskallettava tehdä yksilöllisiä ratkaisuja. *Tiimi* 6, 10–11.
- Simonen, Jenni (2007): Nuorten juomisen sosiaalisuuden lajit. Teoksessa Christoffer Tigerstedt (toim.): Nuoret ja alkoholi. Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 75. Alkoholi- ja huume tutkijain seura & Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, 33–58.
- Single Convention on Narcotic Drugs (1961): Single convention on narcotic drugs, 1961. As amended by the 1972 protocol amending the single convention on narcotic drugs, 1961. United Nations.
- Steenftoft, Anni, Teige, Brita, Ceder, Gunnel, Vuori, Erkki, Kristinsson, Jakob, Simonsen, Kirsten W., Holmgren, Per, Wethe, Grete & Kaa, Elisabet (2001): Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries. *Forensic Science International* 123, 63–69.
- Steenftoft, Anni, Teige, Brita, Holmgren, Per, Vuori, Erkki, Kristinsson, Jakob, Hansen, Axel C., Ceder, Gunnel, Wethe, Grete & Rollmann, Dorte (2006): Fatal poisoning in Nordic drug addicts in 2002. *Forensic Science International* 160, 148–156.
- Steenftoft, Anni, Teige, Brita, Holmgren, Per, Vuori, Erkki, Kristinsson, Jakob, Kaa, Elisabet, Wethe, Grete, Ceder, Gunnel, Pikkarainen, Jarmo & Simonsen, Kirsten W. (1996): Drug addict deaths in the Nordic countries: a study based on medicolegally examined cases in the five Nordic countries in the five Nordic countries in 1991. *Forensic Science International* 77, 109–118.
- STM (2000): Nuorten huumeiden käytön ehkäisytoimikunnan mietintö. Komiteamietintöjä 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

- STM (2009): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tammi, Tuukka (2007): Medicalising prohibition. Harm reduction in Finnish and international drug policy. Research report 161. Helsinki: Stakes.
- Tammi, Tuukka (2009): Huume on lääke on päihde.
[Http://community.stakes.fi/blogs/blogiikka/archive/2009/09/02/580.aspx](http://community.stakes.fi/blogs/blogiikka/archive/2009/09/02/580.aspx).
 (Haettu 2.2.2010.)
- Tourunen, Jouni, Pitkänen, Tuuli, Harju-Koskelin, Outi, Häkkinen, Anitta & Holopainen, Antti (2009): Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. Yhteiskuntapolitiikka 74 (4), 421–428.
- Tuomainen, Raimo, Myllykangas, Markku, Elo, Jyrki & Ryyänen, Olli-Pekka (1999): Medikalisaatio. Aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.
- Törrönen & Maunu (2007): Teoksessa Christoffer Tigerstedt (toim.): Nuoret ja alkoholi. Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 75. Alkoholi- ja huumeututkijain seura & Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, 59–87.
- Vaaranen, Heli (2004): Kaaharipoikia ja rappioromantiikkaa. Tutkimus erään kaahailukulttuurin elämänilosta ja tuhoisuudesta. Julkaisuja A 30. Espoo: Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Valtioneuvoston asetus 28.8.2008 (2008): Valtioneuvoston asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista.
- Valvira (2010): Bentsodiatsepiinien määrääminen.
[Http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/bentsodiatsepiinien_maaraaminen](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/bentsodiatsepiinien_maaraaminen). (Haettu 1.3.2010.)
- Virtanen, Ari (toim.) (2003): Huumausainetilanne Suomessa 2002: Suomen huumausaineiden seurantakeskuksen kansallinen raportti EMCDDA:lle. Tilastoraportti 2. Helsinki: Stakes.
- Virtanen, Matti (1982): Änkyrä, tuiske, huppeli: muuttuva suomalainen humala. Porvoo: WSOY.
- Vuori, Erkki (2000a): Myrkytyskuolleisuus. Teoksessa Antti Penttilä, Jorma Hirvonen, Pekka Saukko & Pekka Karhunen (toim.): Oikeuslääketiede. Hämeenlinna: Duodecim, 383–389.
- Vuori, Erkki (2000b): Huumausaineet. Teoksessa Antti Penttilä, Jorma Hirvonen, Pekka Saukko & Pekka Karhunen (toim.): Oikeuslääketiede. Hämeenlinna: Duodecim, 412–417.

- Vuori, Erkki (2009): Professori Erkki Vuoren oikeuslääkärien tekemistä kuolintodistuksista kokoama lista, joka kertoo vainajan iän, sukupuolen, kuolemanluokan, tärkeimmän ainelöydöksen ja muut ainelöydökset sekä alkoholimäärän veressä. Julkaisematon.
- Vuori, Erkki (2010): Professori Erkki Vuoren kokoama taulukko, joka kertoo viisivuotisikäryhmittäin huumausainepositiivisten vainajien lukumäärän vuosina 1988–2008. Julkaisematon.
- Vuori, Erkki, Ojanperä, Ilkka, Nokua, Jari & Ojansivu, Riitta-Leena (2001b): Oikeuskemiallisen tutkimuksen perusteella todetut myrkytyskuolemat vuosina 1998 ja 1999. Suomen Lääkärilehti 23 (56), 2521–2525.
- Vuori, Erkki, Ojanperä, Ilkka, Nokua, Jari & Ojansivu, Riitta-Leena (2003): Oikeuskemiallisen tutkimuksen perusteella todetut myrkytyskuolemat 2000 ja 2001. Suomen Lääkärilehti 35 (58), 3403–3407.
- Vuori, Erkki, Ojanperä, Ilkka, Nokua, Jari & Ojansivu, Riitta-Leena (2006): Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2002–2004. Suomen Lääkärilehti 35 (61) 2339–44.
- Vuori, Erkki, Ojanperä, Ilkka, Nokua, Jari & Ojansivu, Riitta-Leena (2009): Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005–2007. Suomen Lääkärilehti 39 (64), 3187–3195.
- Vuori, Erkki, Ojanperä, Ilkka, Ojansivu, Riitta-Leena & Nieminen, Raija (1999): Lääke, myrky, huume vai taasko viina? Duodecim 115, 1531–1535.
- Vuori, Erkki, Poikolainen, Kari, Kontula, Osmo & Virtanen, Ari (2001a): Suomalainen huumekuolema 1990–1996. Suomen Lääkärilehti 24 (56), 2635–2640.
- Warner-Smith, Matthew, Darke, Shane, Lynskey, Michael & Hall, Wayne (2001): Heroin overdose: causes and consequences. Addiction 96, 1113–1125.
- Yle 3.11.2009 (2009): Lääkkeiden väärinkäyttö on lisääntynyt.
[Http://yle.fi/alueet/oulu/2009/11/laakkeiden_vaarinkaytto_on_lisaantynyt_1134008.html?print=true](http://yle.fi/alueet/oulu/2009/11/laakkeiden_vaarinkaytto_on_lisaantynyt_1134008.html?print=true). (Haettu 17.11.2009.)
- Yle 16.11.2009 (2009): Lääkkeet ovat jo huumeiden veroinen ongelma.
[Http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2009/11/laakkeet_ovat_jo_huumeiden_veroinen_ongelma_1155502.html](http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2009/11/laakkeet_ovat_jo_huumeiden_veroinen_ongelma_1155502.html). (Haettu 17.11.2009.)
- Ylikangas, Mikko (2009): Unileipää, kuolonvettä, spiidiä. Huumeet Suomessa 1800–1950. Keuruu: Atena.
- Ødegard, Einar, Amundsen, Ellen J. & Kielland, Knut B. (2007): Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers – A competing risk approach. Drug and Alcohol Dependence 89, 176–182.

Öhberg, Annakatri (2000): Itsemurhat. Teoksessa Antti Penttilä, Jorma Hirvonen, Pekka Saukko & Pekka Karhunen (toim.): Oikeuslääketiede. Hämeenlinna: Duodecim, 130–135.

LIITE 1

Katsaus olennaisiin huumaus- ja lääkeaineisiin

Opioidit olivat vuoden 2007 huumeisiin liittyvissä yliannoskuolemissa useimmin tärkein ainelöydös. Amfetamiineja esiintyi ainelöydöksinä lähes yhtä paljon kuin opioideja, mutta yliannoskuolemia ne eivät aiheuttaneet yhtä paljon. Bentsodiatsepiinit olivat mukana suurimmassa osassa huumeisiin liittyviä kuolemantapauksia ja lähes kaikissa tapaturmaisissa yliannoskuolemissa, mutta ne olivat tärkein ainelöydös vain harvoin. Yleisesti ottaen muut lääkkeet, eli masennus-, psykoosi- ja epilepsialääkkeet aiheuttavat kuolemia lähinnä hoidollisessa käytössä, mutta niitä esiintyy jonkin verran myös huumausainekäytössä ja siten vuoden 2007 huumeisiin liittyvissä kuolemissa. Kannabis esiintyi ainelöydöksenä lukuisissa tapauksissa, mutta alhaisen toksisuutensa vuoksi se ei aiheuta yliannoskuolemia.

Opioidit

Opioidit ovat oopiumunikosta saatuja tai synteettisesti valmistettuja aineita. Useimpia käytetään lähinnä kohtalaisten, keskivaikkeiden tai vaikeiden kipujen hoitoon. Tyypillisiä käyttötarkoituksia ovat leikkausten, vammojen ja syövän loppuvaiheen aiheuttamat kivut. Opioideihin kehittyy helposti riippuvuus ja niiden erityinen riski on hengityslama, joka pahimmillaan voi johtaa kuolemaan. Opioidien käyttäjät kuvaavat nopeita ja voimakkaita mielihyvän tunteita. Riippuvuuskäyttäjä ei välttämättä käytä ainetta mielihyvän saamiseksi, vaan normalisoidakseen olonsa.

Vuonna 2007 yliannoskuolemia aiheuttaneita opioideja olivat buprenorfiini, metadoni, fentanyl, dekstropropoksifeeni, tramadoli, kodeiini, morfiini ja oksikodoni. Opioideista tunnetuin lienee kuitenkin heroini. Heroiniin liittyneitä kuolemantapauksia on kuitenkin ollut viime vuosina hyvin vähän.

Buprenorfiinia käytetään Suomessa opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitolääkkeenä. Se on myös yleisimmin käytetty opioidi suomalaisten huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Buprenorfiini (tuotenimillä Temgesic® ja Subutex®) on tablettimuodossa, eli se on tarkoitettu käytettäväksi kielen alla liuottaen. Väärinkäytössä tabletti kuitenkin usein liuotetaan ja käytetään ruiskulla suonensisäisesti. Näin käytettynä se voi sidosaineidensa vuoksi aiheuttaa suonitukoksia ja näkökykyä heikentäviä silmänpohjan muutoksia. Buprenorfiinia käytetään suonensisäisesti, koska niin käytettynä sen päihdyttävä vaikutus on voimakkaampi. Buprenorfiinilla on ns. kattovaikutus, toisin sanoen pelkällään käytettynä se ei aiheuta yliannostusta niin herkästi kuin vaikkapa heroini tai metadoni. Buprenorfiinin käytössä hengityslaman riski kasvaa huomattavasti jos sen kanssa käytetään samanaikaisesti bentsodiatsepiineja ja/tai alkoholia.

Metadonia käytetään buprenorfiinin tapaan Suomessa opioidiriippuvaisten korvaus- ja vieroitushoidossa. Monet metadoniin liittyvät kuolemantapaukset tapahtuvat metadonihoidon alkuvaiheessa, jolloin lääkeannosta kasvatetaan. Näihinkin tapauksiin liittyy usein sekakäyttö muiden aineiden, kuten bentsodiatsepiinien kanssa. Metadoni eroaa buprenorfiinista mm. siinä mielessä, että se voi huomattavasti helpommin pelkällään käytettynä aiheuttaa tappavan yliannostuksen.

Fentanyyli on erittäin voimakas opioidi, jota käytetään mm. leikkausten aiheuttamiin vaikeisiin kiputiloihin ja syöpäpotilaiden hoidossa. Sitä on myös laastarimuodossa (Durogesic®), jolloin se imeytyy hitaammin elimistöön. Väärinkäytössä laastarit ovat erityisen vaarallisia, sillä yksi laastari sisältää moneen yliannostukseen riittävän määrän fentanyyliä. Laastareita on väärinkäytetty ainakin suussa imeskeltynä ja uuttamalla fentanyyli laastarista, jonka jälkeen se on pistetty suoneen.

Dekstropropoksifeeni on mieto opioidi, jonka hengityslamariski varsinkin alkoholin kanssa käytettynä on suuri. Dekstropropoksifeenilla ei ole enää myyntilupaa Euroopan lääkeviraston (EMA) suosituksesta. Sen riskit – ennen kaikkea yliannostukseen liittyvä kuolemanvaara – arvioitiin hyötyjä suuremmiksi.

Kodeiini on lyhytvaikutteinen mieto opioidi. Sen yleisin muoto Suomessa on yhdistelmävalmiste, jossa kodeiini on yhdistettynä parasetamoliin (Panacod®). Kodeiinin teho kasvaa tulehduskipulääkkeisiin yhdistettynä. Kuten kaikkien opioidien, myös kodeiinin käytön riskit kasvavat sekakäytössä muiden aineiden kanssa. Tramadoli on mieto opioidi, joka sopii kodeiinia paremmin pitkäaikaisen kivun hoitoon. Tramadoli on sellaisenaan turvallinen lääkeaine, mutta yhteiskäytössä muiden aineiden kanssa sen aiheuttamat riskit kasvavat huomattavasti.

Morfiini ja oksikodoni ovat vahvoja opioideja, joten niitä käytetään mm. syöpäsairaitten saattohoidossa. Niitäkin valuu jonkin verran päihdekäyttöön. Päihdekäytössä molempia käytetään usein suoneen pistämällä. Morfiini on ensimmäinen lääketieteellisuuden oopiumunikosta jalostama opioidi ja tietyllä tapaa myös ensimmäinen aine, jonka väärinkäytön ympärille kehittyi narkomaniaa. Se on läheistä sukua heroiinille, sillä heroini muuttuu elimistössä morfiiniksi ja 6-asetyylimorfiiniksi. Oksikodoni tunnetaan myös nimillä ”hillbilly heroin” ja ”killer”. Tämä johtuu siitä, että se on aiheuttanut (mm. Yhdysvalloissa Appalakkien alueella) käyttöepidemioita ja sen seuraukset ovat arvaamattomat.

Amfetamiinit

Amfetamiini on pitkään ollut käytetyin aine suomalaisessa huumeiden ongelmakäytössä. Sitä käytetään useimmiten nuuskaamalla, suun kautta tai suonensisäisesti. Sen vaikutus on elintoimintoja kiihdyttävä ja piristävä. Äkillisen yliannostuksen seurauksena (yleensä suonensisäisesti käytettynä) se aiheuttaa jonkin verran yliannoskuolemia. Pitkään jatkuneessa käytössä amfetamiini heikentää verisuonia ja aiheuttaa mm. kohonneen aivoverenvuodon riskin. Amfetamiinin käyttö voi johtaa myös psykoosiin.

Metamfetamiini on amfetamiinin sukulaisaine, jota ei kuitenkaan esiinny Suomessa yhtä paljon kuin amfetamiinia. Sen vaikutukset ovat samankaltaiset kuin amfetamiinilla, mutta voimakkaammat. Sen käyttö voi herkästi johtaa myös sekavuuteen ja aiheuttaa psykoosioireita. Kuten amfetamiinikin, se on vaarallisimmillaan suonensisäisessä käytössä.

Myös ekstaasi (eli MDMA eli 3,4-metyleenidioksimetamfetamiini) on amfetamiinijohdannainen. Se voidaan luokitella hallusinogeeniseksi amfetamiiniksi. Ekstaasi on tablettimuotoinen, joten sitä käytetään yleensä suun kautta. Se on

perinteisesti ollut suosittu huume ns. bailukulttuurissa. Amfetamiinin tavoin ekstaasin vaikutus on piristävä ja stimuloiva, mutta se voi myös rauhoittaa ja aiheuttaa aistiharhoja. Ekstaasin riskeistä ei ole kovin paljoa tutkimustietoa, mutta ainakin se voi aiheuttaa masentuneisuutta, unettomuutta ja olla vaarallinen ihmisille, joilla on korkea verenpaine. Yliannostusriski ei ole yhtä suuri kuin amfetamiinissa tai metamfetamiinissa, mutta väsymyksen tunteen kadotessa ekstaasin käyttö voi johtaa elimistön ylipärasitustilaan ja sitä kautta kuolemaan.

Bentsodiatsepiinit

Suomessa tyypillisiä bentsodiatsepiineja ovat mm. tematsepaami (mm. Tenox®), diatsepaami (mm. Diapam®), oksatsepaami (mm. Opamox®) ja alpratsolaami (mm. Alprox®). Kaikki ”bentsot” vaikuttavat elimistössä samalla tavalla. Niiden erot ovat lähinnä voimakkuudessa, vaikutuksen kestossa ja poistumisnopeudessa.

Bentsodiatsepiineja käytetään lähinnä ahdistuksen, unettomuuden ja kouristelun hoidossa. Lisäksi niitä saatetaan käyttää alkoholivieroitushoidossa. Lyhytaikaisessa käytössä ne ovat usein tehokkaita ja hyödyllisiä lääkkeitä. Suurin osa niihin liittyvistä haittavaikutuksista on seurausta pitkäaikaisesta käytöstä (yli muutaman viikon kestävä säännöllinen käyttö).

Bentsodiatsepiinit vaikuttavat suoraan tai välillisesti melkein kaikkiin aivotointoihin. Siten myös niiden väärinkäyttöpotentiaali on huomattava. Huumeiden ongelmakäytössä bentsodiatsepiineja käytetään usein muiden aineiden, kuten alkoholin ja opioidien ohella, mutta harvemmin ensisijaisena aineena. Sekakäytössä niiden aiheuttamat riskit kasvavat huomattavasti. Bentsodiatsepiineja saatetaan käyttää myös suonensisäisesti. Suurin osa bentsodiatsepiinien käytöstä liittyy kuitenkin hoitokäyttöön. Hoitokäyttöään ei aina ole ongelmattonta, varsinkaan pitkäkestoisena.

Muut lääkkeet

Masennuslääkkeet aiheuttavat opioidien jälkeen eniten lääkeainemyrkytyskuolemia Suomessa. Erityisen vaarallisia ovat trisykliset masennuslääkkeet, kuten doksepiini ja amitriptyliini. Uudemmat, selektiiviset masennuksen hoidossa käytetyt lääkkeet, kuten sitalopraami, ovat myrkytysriskiltään huomattavasti matalampia. Masennuslääkkeitä esiintyy jonkin verran myös päihdekäytössä.

Neuroleptit eli psykoosilääkkeet aiheuttavat jonkin verran lääkeainemyrkytyskuolemia, mutta vanhojen lääkkeiden poistuttua ja uusien tultua tilalle niiden aiheuttamat kuolemantapaukset ovat vähentyneet. Erityisen vaarallinen neurolepti on kuitenkin edelleen levomepromatsiini, varsinkin yhteiskäytössä alkoholin kanssa. Päihdekäytössä neuroleptejä esiintyy jonkin verran.

Myös epilepsialääkkeitä esiintyy jonkin verran päihdekäytössä. Näistä erityisesti pregabaliinin suosio on kasvanut viime vuosina. Pregabaliinin päihdyttävä vaikutus muistuttaa bentsodiatsepiineja, vaikka sen toimintamekanismi onkin täysin erilainen.

Kannabis

Kannabistuotteita ovat hasis, hasisöljy ja marihuana, joita saadaan *cannabis sativa*-nimisestä hampukasvista. Kannabiksen päihdyttävä ainesosa on THC eli delta-9-tetrahydrokannabinoli. Kannabista käytetään yleensä polttamalla tai syömällä. Kannabiksen välittömiä vaikutuksia ovat usein puheliaisuus, iloisuus ja estojen katoaminen. Fyysisiä vaikutuksia ovat pulssin kiihtyminen ja silmien verestäminen. Tutkimustiedon mukaan kannabiksen pitkäaikainen käyttö saattaa käyttäjän herkkyydestä ja toleranssista riippuen nostaa riskiä sairastua skitsofreniaan tai masennukseen. Jatkuvan käytön vaikutuksista ei ole varmoja ja perusteellisia tutkimustuloksia. Kannabiksella on myös jonkin verran lääkinnällistä käyttöä esimerkiksi syöpä- ja silmäkaihipotilaitten hoidossa.

Kannabis ei mietoutensa vuoksi voi aiheuttaa yliannoskuolemaa, joten se ei voi esiintyä välittömänä kuolinsyynä. Huumeisiin liittyvissä kuolemissa se kuitenkin esiintyy ainelöydöksenä. Joissakin tapauksissa, kuten itsemurhissa se saattaa olla ainoa huumelöydös ja olla kuoleman osasyllinen esimerkiksi mahdollisena masennuksen aiheuttajana. Myös mm. sen unettava vaikutus voi lisätä onnettomuusriskiä.

LÄHTEET

- Ashton, Heather (2006): Bentsodiatsepiinit – vaikutukset – vieroitus. Tietoa ja ohjeita ongelmakäyttäjille, vieroitusta toivoville ja heitä tukeville.
[Http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/bentsodiatsepiini_hoitomateriaali.pdf](http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/bentsodiatsepiini_hoitomateriaali.pdf). (Haettu 26.10.2009.)
- Harju-Kivinen, Raija, Tacke, Ulrich & Laitinen, Kirsti (2005): Ekstaasi ja MDPV eli metyleenidioksiropyrovaleroni. [Http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/316-ekstaasi-ja-muut-tanssihuumeet](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/316-ekstaasi-ja-muut-tanssihuumeet). (Haettu 1.3.2010.)
- Heikkilä, Mari (2009): Dekstropoksifeeni menettää myyntiluvan. Mediuutiset.
[Http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article304292.ece](http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article304292.ece). (Haettu 5.12.2009.)
- Hietalahti, Anne (2005): Buprenorfiini päihdekäytössä.
[Http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/323-buprenorfiini-paihdekaaytossa](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/323-buprenorfiini-paihdekaaytossa). (Haettu 1.12.2009.)
- Kipukanava (2004): Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit.
[Http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/6235864](http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/6235864). (Haettu 2.3.2010.)
- NIDA (2005): Heroin abuse and addiction. National institutes of health, publication 05-4165. National institute on drug abuse.
- Partanen, Päivi, Hakkarainen, Pekka, Hankilanoja, Arto, Kuussaari, Kristiina, Rönkä, Sanna, Salminen, Mika, Seppälä, Timo & Virtanen, Ari (2007): Amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 553–561.
- Perälä, Jussi (2002): Hidasta ja nopeeta – tutkielma narkomaanien arjesta. Helsingin yliopisto. Pro Gradu, Sosiologian laitos.
- Sairanen, Sanna & Tacke, Ulrich (2005): Amfetamiini, metamfetamiini sekä muut piristeet. [Http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/311-amfetamiini-ja-muut-piristeet](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/311-amfetamiini-ja-muut-piristeet). (Haettu 25.1.2010.)
- Salaspuro, Mikko & Holopainen, Antti (2005): Opioidikorvaushoito: metadonin ja buprenorfiinin suurten annosten vertailu.
[Http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/nak05146](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/nak05146). (Haettu 3.2.2010.)
- Tacke, Ulrich & Sairanen, Sanna (2005): Kannabis (marihuana ja hasis).
[Http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/312-kannabis-marihuana-ja-hasis](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/312-kannabis-marihuana-ja-hasis). (Haettu 2.3.2010.)

Tough, Paul (2001): The Alchemy of OxyContin. New York Times 29.7.2001.
[Http://www.nytimes.com/2001/07/29/magazine/the-alchemy-of-oxycontin.html?sec=health&pagewanted=1](http://www.nytimes.com/2001/07/29/magazine/the-alchemy-of-oxycontin.html?sec=health&pagewanted=1). (Haettu 14.10.2009.)

Valvira (2010): Bentsodiatsepiinien määrääminen.
[Http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/bentsodiatsepiinien_maaraaminen](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/bentsodiatsepiinien_maaraaminen). (Haettu 1.3.2010.)

Vuori, Erkki (2000): Huumausaineet. Teoksessa Antti Penttilä, Jorma Hirvonen, Pekka Saukko & Pekka Karhunen (toim.): Oikeuslääketiede. Hämeenlinna: Duodecim, 412–417.

Vuori, Erkki, Ojanperä, Ilkka, Nokua, Jari & Ojansivu, Riitta-Leena (2009): Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005–2007. Suomen Lääkärilehti 39 (64), 3187–3195.

Ylikangas, Mikko (2009): Unileipää, kuolonvettä, spiidiä. Huumeet Suomessa 1800–1950. Keuruu: Atena.

LIITE 2

Opioidien alimmat myrkylliset pitoisuudet, amfetamiinien viitealueet ja tiettyjen lääkeaineiden hoitoalueet

Joidenkin opioidien alin myrkyllinen pitoisuus veressä (opioidien kohdalla terapeuttisetkin annokset voivat olla myrkyllisiä, mistä johtuen alin myrkyllinen pitoisuus on tässä yhteydessä parempi indikaattori kuin hoitoalue), amfetamiinien viitealueet ja tiettyjen bentsodiatsepiinien sekä joidenkin muiden lääkkeiden hoitoalueet. Opioideista buprenorfiinin alinta myrkyllistä pitoisuutta ei ole saatavilla.

<i>Opioidit</i>	Alin myrkyllinen pitoisuus veressä (mg/l)
Dekstropropoksifeeni	>1.0
Fentanyyli	>0.0002
Kodeiini	>0.4
Metadoni	>0.1
Morfiini	>0.01
Oksikodoni	>0.2
Tramadoli	>2
Buprenorfiini (hoitoalue)	0.00005–0.0010
<i>Amfetamiinit</i>	Viitealue (mg/l)
Amfetamiini	0.03–0.6
Metamfetamiini	0.01–0.05
MDMA (ekstaasi)	0.1–0.35
<i>Bentsodiatsepiinit</i>	Hoitoalue (mg/l)
Alpratsolaami	0.02–0.06
Desmetyylidiatsepaami	0.1–1.7
Diatsepaami	0.1–2.5
Klonatsepaami	0.02–0.06
Loratsepaami	0.02–0.25
Oksatsepaami	0.1–1.4
Olantsapiini	0.075
Tematsepaami	0.4–0.9
<i>Muut</i>	Hoitoalue (mg/l)
Lamotrigiini	0.5–4.5
Lidokaiini	2–5
Metyylifenidaatti	0.01–0.06
Mirtatsapiini	0.2
Naprokseeni	26–51
Orfenadriini	0.03–0.85
Parasetamoli	10–25
Pentoksifylliini	0.5–2
Sitalopraami	0.06–0.4
Titsanidiini	0.01
Valproaatti	50–100

Lähde: Drummer, Olaf H. (2001): The forensic pharmacology of drugs of abuse. London:Arnold.

LIITE 3
Kopio kuolintodistuksesta

KUOLINTODISTUS			
28 vrk:n ikäisestä tai vanhemmasta			
1. Sukunimi	2. Etunimet		
3. Henkilötunnus pv kk v tunnusosa	4. Kuolinaika pv kk v <input type="checkbox"/> varma <input type="checkbox"/> arvioitu	5. Viimeinen kotikunta	6. Maistraatti
7. Kuolemansyyt 7.1 Kuolemaan johtaneet taudit, vammat, myrkytykset ja ulkoiset syyt (I) Välitön kuolemansyy (ei tarkoita kuolemissen viime vaiheen tapaa)		Tautiluokitus ICD-10 koodit (Koodit annetaan ilman pistettä) Syykoodi tai Oirekoodi* Ulkoinen syy Tärkein vamma/ vaikuttavin aine (ATC)	
Välivaiheen kuolemansyyt/syyt		Oletettu sairauden kesto	
Peruskuolemansyy			
7.2 Muut kuolemaan myötävaikuttaneet merkittävät tilat (II), jotka eivät ole suorassa syy-yhteydessä kohdassa 7.1 mainittuihin tiloihin			
8. Kuolemanluokka (Määräytyy kohdan 7.1 C peruskuolemansyyyn mukaan)			
<input type="checkbox"/> Tauti <input type="checkbox"/> Ammattitauti <input type="checkbox"/> Tapaturma <input type="checkbox"/> Lääketieteellinen hoito tai tutkimustoimenpide <input type="checkbox"/> Itsemurha <input type="checkbox"/> Henkirikos <input type="checkbox"/> Sota <input type="checkbox"/> Epäselvä			
9. Kun kuolemanluokka on tapaturma, valitaan ensimmäinen sopiva seuraavista:			
<input type="checkbox"/> Kuljetus <input type="checkbox"/> Ansiotyössä <input type="checkbox"/> Urheilussa <input type="checkbox"/> Vapaa-ajan harrastuksissa <input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Terveystieteiden toimintayksikössä <input type="checkbox"/> Muu <input type="checkbox"/> Ei tiedossa			
10. Kuolinpaikka			
<input type="checkbox"/> Terveystieteiden toimintayksikkö, mikä? <input type="checkbox"/> Koti/asunto <input type="checkbox"/> Muu, mikä? <input type="checkbox"/> Ulkomailta, missä? <input type="text"/>			
11. Onko kuolemaa edeltäneen neljän viikon aikana suoritettu jokin vähäistä merkittävämpi lääketieteellinen toimenpide, jota ei ole ilmoitettu kohdassa 7?			
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä ilmoita toimenpiteen syy, mikä toimenpide ja milloin kohdassa 12.			
12. Tapahtumatiedot (Terveystieteilijän kuolemaan johtaneen tapahtumaketjun alkua, Kuolemaan johtaneen sairauden kulku, keskeiset tutkimustulokset ja hoito.) Jos kuolemaan liittyy vamma tai myrkytys, tulee ulkoiset olosuhteet kuvata yksityiskohtaisesti.			
<input type="checkbox"/> Lisätietoja liitteenä			
13. Kuolemansyy selvittäminen perustuu:			
<input type="checkbox"/> Kliininen tutkimus <input type="checkbox"/> Lääketieteellinen ruumiinavaus <input type="checkbox"/> Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Ruumiinavauspaikka / Muu, mikä?	Ruumiinavauksen tunniste
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta (Kukin lomake allekirjoitetaan erikseen.)			
Paikka ja aika		Lääkärin allekirjoitus	
Virka-aika:		Nimen selvitys	
Puh. Faksi:		Virka-asema	
15. Terveystieteiden toimintayksikön (virka-aikajan) tunnus			
<input type="text"/>			
Lääninhallitus: Kuolemansyy on selvitetty ja todistus on asianmukaisesti laadittu			
Päiväys		Allekirjoitus	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
(Kohdat 7 - 15 täytetään ja kuolintodistus allekirjoitetaan, kun kuolemansyyt on selvitetty.)			
Toimitetaan siihen lääninhallitukseen, jonka alueella vainajalla oli viimeinen kotikunta. Lääninhallitus toimittaa kuolintodistuksen edelleen Tilastokeskukseen.			