

Sanna Rönkä ja Solja Niemelä

Huumekuolemia voidaan ehkäistä

Huumekuolemat ovat ennenaikaisia ja ehkäistävissä. Suomessa kuoli vuonna 2018 huumeiden aiheuttamiin välittömiin syihin 261 henkilöä. Kun välilliset syyt, kuten huumeiden myötävaikutuksella tapahtuneet tauti- ja muut tapaturmaiset kuolemat, lasketaan mukaan, määrä on noin kolminkertainen (1). Huumeiden käyttöön liittyvät myrkytykset ovat Suomessa alle 40-vuotiaiden miesten toiseksi yleisin kuolinsyy. Myrkytykset liittyvät pääasiassa opioideihin ja ovat usein sekamyrkytyksiä, kun opioideja käytetään yhdessä bentsodiatsepiinien, muiden lääkeaineiden ja alkoholin kanssa.

Huumekuolemien ehkäisyyn on tehokkaita keinoja, joiden käyttöä tulisi aktiivisesti edistää (2). Opioidikorvaushoito vähentää tutkitusti huumekuolleisuutta (3). Keskeistä on varmistaa

riittävät annokset ja hoidon jatkuvuus. Suomessa korvaushoidon saatavuudessa on kehitettävää: opioidikorvaushoidon kattavuus Suomessa on vähäinen, sillä arviolta vain 20 % opioidi-ongelmaisista on korvaushoidossa (4). Lisäksi hoitoon pääsyssä on kynnyksiä ja merkittävää alueellista vaihtelua. Arviointiprosessit ovat pitkiä ja hoidon aloitusta voi joutua odottamaan useita kuukausia. Valtakunnallisen selvityksen mukaan 36 % keskeytyneistä korvaushoidoista on päättynyt asiakkaan oman tahdon vastaisesti, vaikka kansainvälisesti hoidossa pysymisen ajatellaan olevan yksi tärkeimmistä opioidikorvaushoidon vaikuttavuusmittareista (5).

Vankilassa olo pienentää käyttäjän toleranssia, ja yliannoksien kannalta erityinen riskiaika on vankilasta pääsyn jälkeinen viikko (6,7). Suositeltuja keinoja vankilasta vapautuvien yliannoksien vähentämiseksi ovat kouluttaminen yliannosriskistä, korvaushoidon jatka-

minen, nenän kautta otettavan tai lihakseen ruiskutettavan opioidiantagonisti naloksonin jakaminen sekä palveluiden järjestäminen vankilasta vapautuville (8–10). Korvaushoidon aloittaminen on mahdollista myös suomalaisissa vankiloissa, mutta toistaiseksi aloituksia on tehty tarpeeseen nähden huomattavan vähän. Tarkempaa tutkimustietoa tarvittaisiin myös suomalaisvankien kuolemanriskistä vankilasta vapautumisen jälkeen.

Tutkimusnäyttöä siitä, että naloksonin jakaminen heroiinin ja muiden lyhytvaikutteisten opioididiagonistien käyttäjille ja heidän läheisilleen on kustannustehokas ja toimiva yliannoskuolemien ehkäisykeino, on yhä enemmän (11). Oleellista naloksoniohjelmissa on käyttäjien ja heidän läheisten kouluttaminen paitsi naloksonin annosteluun myös tunnistamaan

yliannosoireet, soittamaan ambulanssi, asettamaan yliannoksen ottanut kylkiasentoon ja pysymään hänen seurassaan ambulanssin tuloon saakka (12).

Suomessa ei ole käynnissä naloksoniohjelmiä. Suomessa yleisin väärinkäytetty katuopioidi on buprenorfiini, mutta naloksoni toimii parhaiten lyhytvaikutteisten opioididiagonistien käyttöön liittyvissä yliannoksissa. Buprenorfiinin osalta ei ole tutkimustietoa siitä, millaisina annoksina ja kuinka tihein antovälein naloksonia tulisi antaa tai toimiiko nenään annettava naloksoni ylipäätään buprenorfiiniyliannoksien yhteydessä (13). Naloksonin jakaminen saattaisi kuitenkin olla hyödyllistä erityisesti alueilla, joilla ensihoidon saapuminen paikalle kestää pitempään.

Mukaan annettavan naloksonin annoksista ei ole selkeää tutkimusnäyttöä fentanyyliyliannoksien osaltakaan. Tästä huolimatta Viro on tehnyt päätöksen jakaa naloksonia käyttä-



jille pyrkimyksissään ehkäistä maassa yleisiä fentanyylimyrkytyskuolemia. Myös Ruotsi, Norja ja Tanska jakavat naloksonia heroiini- ja fentanyyliyliannoskuolemien ehkäisemiseksi.

Huumeiden käyttöhuoneet ovat maailmalla käytössä oleva keino opioidien pistoskäyttöön liittyvän välittömän yliannosriskin ehkäisemiseksi (14). Suomessa käyttöhuoneiden vaikutus yliannoskuolleisuuden vähentämiseen saattaa olla vähäisempi, sillä henkeä uhkaavat, buprenorfiinin pistoskäyttöön liittyvät sekapähdeyliannokset kehittyvät hitaammin kuin käytettäessä lyhytvaikutteisia opioididioneja kuten heroiinia. Helsingin kaupunki on silti halukas testaamaan käyttöhuoneita myös niiden tarjoamien muiden terveyshyötyjen vuoksi. Käyttöhuoneet ovat tutkimusten perusteella keino kaikkein marginalisoituneimpien käyttäjien tavoittamiseksi, tartuntatautien ja muiden oheissairauksien vähentämiseksi ja hoitoon hakeutumisen edistämiseksi (14). Ainetestauksen tarve yliannoksien ehkäisemiseksi on lisääntynyt erilaisten muunto-opioidien ja -bentso-diatsepiinien myötä. Ainetestaus eli käyttäjän mahdollisuus testauttaa käytettävät aineet käyttöhuoneiden yhteydessä olisi haittojen vähentämisen näkökulmasta luontevaa (15). Lainsäädäntöä tulisi tältä osin ajantasaistaa.

Käyttöhuoneilla on palveluna mahdollisuus lisätä käyttäjien sosiaalista osallisuuden ko-

kemusta eli kokemusta siitä, että he kuuluvat yhteisöön, tulevat kuulluiksi ja voivat vaikuttaa elämänsä kulkuun. Tämä on tärkeää, koska huumeiden käyttöön liittyvän laittomuuden ja stigman vuoksi käyttö pyritään piilottamaan ja salaamaan. Stigma haittaa hoitoon hakeutumista ja kiinnittymistä. Sosiaalisen osallisuuden kokemuksen ja terveystaitojen lisääminen auttaisi käyttäjiä huolehtimaan paremmin itsestään ja välttämään yliannos- ja muita terveysriskejä.

Yliannoskuoleman merkittävien riskitekijä on aiempi yliannos. Siksi käyttäjien, joilla on yliannosriski, tunnistamista ja hoitoonohjausta tulisi kehittää (2). Kaikki henkiin jääneet, opioideja käyttävät yliannospotilaat tulisi aina ohjata opioidikorvaushoidon arvioon. Ryhmän, jolla on riski kuolla yliannokseen, tunnistamiseksi on suunnitteilla tutkimusprojekti, jonka yksi tavoite on kehittää päivistystilanteissa toimiva riskimittari.

Huumekuolemat ovat ennenaikaisia kuolemia, joiden ehkäisyyn löytyy tutkittuja keinoja. Riskiryhmien varhaisen tunnistamisen, hoitoonohjauksen tehostamisen ja näyttöön perustuvien interventiomien käyttöön ottamisen rinnalle tarvitaan stigman vähentämistä ja yhteiskunnallista halukkuutta puuttua asiaan. Huumeiden käyttäjilläkin on oikeus terveyteen ja elämään. ■



SANNA RÖNKÄ, VTT, erityisasiantuntija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Twitter:
@sannaronka



SOLJA NIEMELÄ, päihdelääketieteen apulaisprofessori, ylilääkäri
Turun yliopisto, psykiatrian oppiaine
TYKS, psykiatria, riippuvuuspsykiatrian vastuualue
Twitter:
@solnie

SIDONNAISUUDET

Sanna Rönkä: Luottamustoimet (Head of Focal Point, European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction; Member of PDU Expert Group, European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction; Member of Expert Working Group on Improving Drug Statistics and Strengthening of the Annual Report Questionnaire (ARQ), United Nations Office on Drugs and Crime)

Solja Niemelä: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Sunovion, Shire-Takeda), luento-/asiantuntijapalkkio (Shire-Takeda), luottamustoimet (Päihdelääketieteen yhdistys ry: varapuheenjohtaja, päihdelääketieteen erityispätevyystoimikunnan puheenjohtaja, Valvira: asiantuntijalääkäri)

Lue myös alkuperäistutkimus aiheesta sivulta 927.

KIRJALLISUUTTA

1. Rönkä S, Karjalainen K, Martikainen P, ym. Social determinants of drug-related mortality in a general population. *Drug Alcohol Depend* 2017;181:37–43.
2. Babu KM, Brent J, Juurlink DN. Prevention of opioid overdose. *N Engl J Med* 2019; 380:2246–55.
3. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, ym. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017; 357:j1550.
4. Selin J, Perälä R, Stenius K, ym. Opioid substitution treatment in Finland and other Nordic countries: established treatment, varying practices. *Nordic Stud Alcohol Drugs* 2015;32:311–24.
5. Partanen A, Alho H, Forsell M, ym. Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. *Suom Lääkäril* 2017;72: 2981–6.
6. Strang J, McCambridge J, Best D, ym. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ* 2003;326:959–60.
7. Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S, ym. High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction* 2017;112:1432–9.
8. Degenhardt L, Larney S, Kimber J, ym. The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. *Addiction* 2014;109:1306–17.
9. Bird SM, Fischbacher CM, Graham L, ym. Impact of opioid substitution therapy for Scotland's prisoners on drug-related deaths soon after prisoner release. *Addiction* 2015;110:1617–24.
10. Meade AM, Bird SM, Strang J, ym. Methods for delivering the UK's multi-centre prison-based naloxone-on-release pilot randomised trial (N-ALIVE): Europe's largest prison-based randomised controlled trial. *Drug Alcohol Rev* 2018;37:487–98.
11. McDonald R, Campbell ND, Strang J. Twenty years of take-home naloxone for the prevention of overdose deaths from heroin and other opioids – conception and maturation. *Drug Alcohol Depend* 2017;178:176–87.
12. Strang J, Manning V, Mayet S, ym. Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction* 2008;103:1648–57.
13. Strang J, McDonald R, Campbell G, ym. Take-home naloxone for the emergency interim management of opioid overdose: the public health application of an emergency medicine. *Drugs* 2019;79:1395–418.
14. Potier C, Laprèvote V, Dubois-Arber F, ym. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend* 2014; 145:48–68.
15. Kennedy MC, Scheim A, Rachlis B, ym. Willingness to use drug checking within future supervised injection services among people who inject drugs in a mid-sized Canadian city. *Drug Alcohol Depend* 2018;185:248–52.