

”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”

Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä

KATJA MALIN – ANTTI HOLOPAINEN – JOUNI TOURUNEN

Buprenorfiini otettiin käyttöön kipulääkkeenä vuonna 1978. Buprenorfiini poikkeaa farmakologisilta ominaisuuksiltaan morfiinijohdoksista siten, että se sitoutuu opioidireseptoriin lujemmin kuin morfiinijohdokset, mutta aktivoi reseptorin vain osittain. Ominaisuuden kliininen merkitys on siinä, että opioideille tyypillinen hengityslamariski on niin vähäinen, että sillä on käytännön merkitystä vain tilanteissa, joissa lääkettä käytetään yhdessä muiden hengitystä lamaavien aineiden, kuten bentsodiatsepiinien tai alkoholin, kanssa. Farmakologisten erityisominaisuuksien vuoksi buprenorfiinia ehdotettiin jo vuonna 1978 opioidiriippuvuuden hoitoon soveltuvaksi lääkkeeksi. (Jasinski & al. 1978.)

Kroonisesti opioidiriippuvaiset tunnistivat buprenorfiinin erityispiirteet nopeasti, sillä raportteja pistämällä tapahtuvasta väärinkäytöstä ilmestyi muun muassa Australiasta (Quigley & al. 1984), Englannista (Strang 1985, 725), Skotlannista (Sakol & al. 1989), Irlannista, Ranskasta, Espanjasta, Intiasta, Nepalista ja Uudesta-Seelannista (Jenkinson & al. 2005). Ilmiö on ollut tuttu myös Suomessa ainakin 1980-luvun puolivälistä lähtien, jolloin käytössä oli 0,2 mg:n ja 0,4 mg:n Temgesic-valmiste (Partanen & al. 2004, 3609).

Buprenorfiinin addiktiopotentiaali on ollut tiedossa sen kipulääkkeenä tapahtuneesta käyttöönotosta saakka (1978). Lääke on luokiteltu YK:n psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimuksen mukaan luokkaan III (Luettelot ..., 2004). Korvaushoitolääkkeenä buprenorfiini on todettu metadonin veroiseksi, mutta väärinkäyttöriskistä huolimatta turvallisemmaksi vähäisemmän yllänostuskuolemariskin vuoksi (Barnett & al. 2001; Walsh & Eisenberg 2003).

Buprenorfiinin korkea-annosvalmiste Subutex otettiin kliiniseen käyttöön ensimmäisen kerran Ranskassa vuonna 1996. Valmiste on kielen alla liuotettavaksi tarkoitettu lääke, jonka tablettivahvuudet ovat 0,4 mg, 2 mg ja 8 mg. Buprenorfiinihoidossa olevien määrä kasvoi Ranskassa nopeasti noin 80 000 potilaaseen (Vignau & al. 2001). Avohoitolääkäri sai kirjoittaa Subutexia potilaalle maksimissaan 4 viikon reseptin kerrallaan, joten mahdollisuus lääkkeen pistämiseen ja sen edelleen levittämiseen laajeni merkittävästi. Ranskalaisten tutkimusten mukaan noin puolella korvaushoitohjelmissä olevista on havaittu kyseisen lääkkeen pistämistä (Vidal-Trecan & al. 2003) ja 79 prosenttia neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmissä olleista buprenorfiinin käyttäjistä kertoi pistäneensä lääkettä viimeksi kuluneen kuukauden aikana (Valenciano & al. 2001).

Tieto uudesta ranskalaisesta korvaushoitohjelmasta levisi nopeasti suomalaisten opiaattiriippuvaisten keskuuteen, sillä Suomessa ei ennen vuotta 1997 ollut toimivia korvaushoitohjelmia. Suomessa korvaushoitokysymyksen esiin nousun kannalta ratkaisevaa oli se, että hoidon potentiaalinen asiakaskunta laajeni heroiniin käytön yleistymisen myötä aivan uusiin mittasuhteisiin (Hakkarainen & Tigerstedt 2005). Vaikka buprenorfiini- ja metadonihjelmia alettiin Suomessa ottaa käyttöön vuodesta 1997 alkaen, hakeutui suuri osa suomalaisista narkomaaneista Ranskaan hakemaan siellä suomalaista käytäntöä löysemmin indikaatiolin määrättävää buprenorfiinia. Näin Subutexin katukäyttö levisi 1990-luvun jälkipuoliskolla Suomeen ja syrjäytti muista maista poikkeavasti katukäytöstä heroiniin (Partanen & al. 2004).

Buprenorfiinikorvaushoito on yleistynyt maailmalla vuoden 1996 jälkeen. Siitä on kehittymässä yleistyvä hoitovaihtoehto myös niissä maissa, joissa metadonihjelmat olivat saavuttaneet valtaseman 1960-, 1970- ja 1980-luvulla (Jenkinson & al. 2005). Ranskaa ja Suomea lukuun ottamatta havainnot laajasta buprenorfiinin katukäyttöilmästä ovat toistaiseksi vähäisiä. Australiassa, jossa Subutex otettiin käyttöön vuonna 2000 ja jossa sen käyttö korvaushoitolääkkeenä on levinnyt Suomea laajemmalle, on havaittavissa buprenorfiinin pistämistä ja laitonta välittämistä mutta toistaiseksi jonkin verran vähäisemmässä määrin kuin Suomessa (Jenkinson & al. 2005; Partanen & al. 2004).

Toistaiseksi emme tiedä tarkasti, miksi Suomesta on tullut buprenorfiinin väärinkäytön johtava maa. Ilmiö näyttää kuitenkin kehittyvän hoitomallin yleistymisen myötä myös muualla maailmassa. Tässä vaiheessa olisi tärkeää tutkia niitä tekijöitä, jotka käyttäjien näkökulmasta ovat tärkeitä haitallista käyttökulttuuria rakentavia ja ylläpitäviä psykologisia, subjektiivisia ja käyttäjien elämäntilanteesta nousevia tekijöitä.

Korvaushoitokäytäntöjen kehittyessä on etsitty farmakologisia keinoja ehkäistä lääkkeen väärinkäyttöriskiä. Vuonna 2002 USA:ssa käyttöön hyväksytty buprenorfiini-naloksoniyhdistelmävalmiste on yksi tällainen Suomessakin kliiniseen käyttöön levinnyt hoitokäytäntö. Alustavien kokemusten perusteella on ilmeistä, että pelkästään farmakologiset keinot eivät riitä poistamaan Suomesta jo kehittyneitä buprenorfiinin väärinkäyttökulttuuria. Siksi tutkimukset, joilla selvitetään käyttäjien subjektiivisia pistämismotiiveja, saattavat olla hyödyllisiä kehitettäessä sekä terveysneuvontaa että haittoja vähentäviä korvaus- ja ylläpitohoitokäytäntöjä.

Tutkimuksen tausta

A-klinikkasäätien Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimusyksikkö toteutti vuoden 2004 alkupuolella haastattelututkimuksen, jonka tarkoituksena oli tuottaa buprenorfiinin käyttäjien kokemuksiin ja näkemyksiin perustuvaa tietoa buprenorfiinin käytöstä ja sen merkityksistä heidän elämässään.

Suoraavassa raportoitavaan tutkimukseen osallistui 12 henkilöä, 4 naista ja 8 miestä. Haastateltavien keski-ikä oli 30 vuotta. Haastattelut to-

teutettiin teemahaastatteluina Helsingissä terveysneuvontapiste Vinkissä ja Järvenpään sosiaalisairaalassa. Haastatteluissa edettiin keskeisten, etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemat käsitelivät haastateltavien päihdehistoriaa, buprenorfiinin käytön aloitusta, buprenorfiinin pistämistä, buprenorfiinin käytön merkitystä, vieroitusoireita, käytön hyötyjä ja haittoja sekä korvaushoitoa (Malin 2004).

Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamia merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48). Teemahaastattelu on muodoltaan niin avoin, että vastaaja voi halutessaan puhua varsin vapaamuotoisesti, jolloin kerätyn materiaalin voi katsoa edustavan vastaajien omaa puhetta. Toisaalta teemahaastattelussa käytettävät teemat takaavat sen, että jokaisen haastateltavan kanssa on puhuttu edes jossain määrin samoista asioista (Eskola & Suoranta 1999, 87–88).

Käytön aloittaminen

Haastateltavien ensimmäiset huumeokeilut alkoivat noin 14 vuoden iässä kannabiksella, amfetamiini tuli kuvioihin mukaan noin 17 vuoden iässä, heroiinikokeilut sijoittuivat noin 19 vuoden ikään ja buprenorfiinin ensimmäinen käyttökerta sijoittui noin 24 vuoden ikään. Haastatteluissa mainittiin myös ekstaasin, LSD:n, kokaiinin, morfiinin, barbituraattien ja etenkin runsas bentsodiatsepiinien käyttö. Samansuuntaisia tutkimustuloksia saatiin Riski-tutkimuksessa, jossa tutkittavien ensimmäiset kannabiskokeilut sijoittuivat 15 vuoden ikään, amfetamiinikokeilut 17 vuoden ikään, heroiini tuli päihdevalikoimaan mukaan 19-vuotiaana ja buprenorfiinin käyttö aloitettiin noin 20-vuotiaana (Partanen & al. 2004, 3608).

Kuusi haastateltavaa käytti buprenorfiinia ensimmäisellä kerralla nuuskaamalla, viisi suonensisäisesti ja yksi polttamalla. Suurimmalla osalla haastateltavista buprenorfiinin käyttö vakiintui melko nopeasti kokeilujen jälkeen suonensisäiseksi käytöksi. Ensimmäinen buprenorfiinikokeilu tapahtui yleensä kavereiden kanssa, mutta haastateltavat kertoivat myös kotona ja vankilassa tapahtuneista kokeiluista.

Kaikki haastatellut voitiin luokitella huumei-

den ongelmakäyttäjiksi, kun kriteerinä käytettiin Euroopan unionin huumeseurantakeskuksen EMCDDA:n luokitusta (Hakkarainen 2002, 111). Päihderiippuvuudella tarkoitetaan päihdehakuksen käyttäytymisen voimistumista, sen muuttumista pakonomaiseksi ja käytön hallintakyvyn heikkenemistä. Riippuvuuden tunnusmerkkeinä ovat toleranssin kasvu ja vieroitusoireet päihdeiden käytön lopettamisen tai lopettamisyritysten yhteydessä. Päihde- ja huumeriippuvuus kuuluu Maailman terveysjärjestön (WHO) tautiluokituksessa (ICD-10) mielenterveyden häiriöiden ryhmään (Ulmanen 1997, 45).

Kuudella henkilöllä oli taustalla heroiniin ongelmakäyttöä. Mielenkiintoinen huomio oli se, että viidellä henkilöllä oli ollut ainoastaan satunnaisia heroiniin käyttökertoja ja yksi henkilö ei ollut koskaan käyttänyt heroiniä. Viisi haastateltavaa kertoi korvanneensa heroiniin buprenorfinilla, mikä mahdollisti heroiniin käytön lopettamisen.

”Käytin ekan kerran subua heroiniirefloissa (vieroitusoireissa), se oli ihmelääke mikä auttoi. Kivut ja säröt lähti pois. Mä olin tyytyväinen, ku pääsin heroiniista eroon, kunnes mä olin taas subuun koukussa ... subutex pienempi paha tuhat kertaa kun heroini.”

”Subutexiä aloin käyttää silleen, et mä olin kuullu kaverilta et heroiniista pääsee irti subutexillä, koska se on hyvä lääke. Mä olin aika skeptinen aluks, mut ajattelin kuitenkin testata sitä ... olen tosi ilonen, et oon alkanu käyttää subutexiä, sillä muuten mä olisin hau-dassa. Subun avulla iso porukka pääsi irti heroiniista.”

Neljä haastateltavaa kertoi onnistuneensa vähentämään amfetamiinin käyttöä tai lopettamaan amfetamiinin käytön buprenorfinin avulla.

”Se lähti vähän siitä, et amfetamiinin halus lopettaa ja korvasin sen subulla ja ajattelin et en mä niinku pitkään vedä tätäkään tätä subua, mutta sitte tietenki mä jäin sille tielle ja oon ollu koukussa siihen viime aikoina.”

Muutama haastateltava paranteli buprenorfinilla muiden aineiden aiheuttamia haittavaikutuksia, tai kaikki muut aineet yritettiin korvata buprenorfinilla. Buprenorfinin päihdekäytössä tarkoituksena on saada aikaan jonkinlainen päihtymystila. Käytettäessä buprenorfinia suunensisäisesti vaikutus on voimakkaampi kuin suun kautta otettuna. Usein käyttäjät kuvaavat vaikutuksen alkavan pistettäessä nopeammin, ja mikäli käyttö ei ole jatkuvaa tai henkilö ei ole käyttänyt opiaatteja runsaasti, aine vaikuttaa samalla tavalla kuin muutkin opiaatit. Tällöin buprenorfinin euforisoiva vaikutuskin on nähtävissä ja koettavissa.

Tilanne on toinen, kun henkilö on käyttänyt pitkään buprenorfinia ja muita opiaatteja. Tällöin buprenorfini ei enää ”kolahda”, eli käyttäjä ei koe saavansa siitä minkäänlaista euforiaa (Buprenorfini päihdekäytössä, 7.5.2004). Tämän tutkimuksen perusteella buprenorfinin käyttöä saadaan hyvänolon tuntemuksia vain käytön alkuvaiheessa, ei enää toleranssin kasvettua. Yhdeksän henkilöä kertoi ensimmäisiin buprenorfinin käyttökertoihin liittyneen myös voimakkaita huonovointisuuden tuntemuksia, joissa oireina oli ollut muun muassa oksentelua. Samalla he kuvasivat kuitenkin myös mielihyvän tuntemuksia.

”Mä oksensin heti kun olin käyttäny ekan kerran subutexiä, mut kuitenkin siitä tuli ihan hyvä olo. Mä ajattelin, et se on hyvää, kun se ei oo niin vaarallista ku polle (heroini), mutta siitä saa samat olot ku pollesta.”

”Ekoja kertoja kun kokeilin subua tuli pyörryttävä ja pahoinvoiva olo. Kuitenki tuli hyvänolon tunteita ja turvallisuuden tunteita, se vei niinku kaiken häiriön ulkopuolelle, supisti ajatusmaailmaa eikä ulkopuoliset ärsykkeet vaikuttanu mitenkään, oli pelkätään minä itse.”

Buprenorfinin käyttö pistämällä

Haastateltavat kertoivat käyttäneensä buprenorfinia pääasiallisesti pistämällä. Pistettävä buprenorfini valmistettiin yleisimmin suoraan ruiskussa, vain muutammat haastateltavat kertoivat käyttäneensä klikkikuppia eli injektioannosteluastiaa silloin, kun sellainen oli saatavilla. Myös filterin eli suodattimen käyttö oli vähäistä. Monet haastateltavat mainitsivat suonien kalkkeutumisen buprenorfinin pistämisen vuoksi varsinkin silloin, kun he eivät olleet käyttäneet filteriä. Kuitenkin vain muutama haastateltava oli muuttanut pistotapaansa suonien kalkkeutumisen vuoksi. Tietoa buprenorfinin pistämisestä aiheutuvista haitoista oli saatu huumeita pistämällä käyttäville suunnatuista terveysneuvontapisteistä.

Pistettävän buprenorfinin kerta-annosten määrät vaihtelivat. Yleisimmin haastateltavat mainitsivat pistäneensä noin 2 mg kerralla, mutta mainintoja oli myös 8 mg:n kerta-annoksista. Buprenorfinin päiväannoksen vaihteluväli oli 4–16 mg. Toleranssin nopea kasvu tuli esiin monissa haastatteluissa. Annokset saattoivat jossain vaiheessa suurentua nopeasti, mutta monet olivat tietoisesti jälleen pienentäneet kerta-annosta, koska he olivat kokeneet buprenorfinin toimivan

samalla tavalla pistettävän kerta-annoksen määrästä riippumatta. D. J. Nutt (1997) on todennut, että buprenorfiini vaikuttaa kaikkein tehokkaimmin suonensisäisesti käytettynä. Sen vuoksi buprenorfiinin kielteisiä vaikutuksia voivat olla lääkkeen suonensisäinen käyttö ja euforihakuisuus. Käytön alussa aineen vaikutus lisääntyy annosta lisättäessä, mutta käytön jatkuessa annoksen suurentuminen ei enää vaikuta.

”Alotin pistämään suoraan 2,0 mg, välillä löin 4,0 mg, mutta se on ihan sama kuinka paljon sitä pistää kerralla ku vaikutuksessa ei oo mitään eroa. En mä saa siitä mitään oloja.”

Haastateltavat kertoivat pistäneensä buprenorfiinia vuorokauden aikana noin 2–3 kertaa. Muutamat mainitsivat pistäneensä useampiakin kertoja päivässä ja muutamalla pistäminen oli satunnaisempaa nuuskaamalla tapahtuneen käytön tai suun kautta tapahtuneen käytön vuoksi. Riskitutkimuksessa nousi esiin, että joka kolmas haastateltu käytti buprenorfiinia pistämällä päivittäin (Partanen & al. 2004, 3609). Tässä tutkimuksessa kaksi haastateltavaa kertoi suhteen pistämiseen muuttuneen ja pistämisen loppuneen hoidon aikana.

”Subua on parempi käyttää suun kautta, koska silloin pysyy omana itsenään, pysyy paljon toimeliaampana. Se on ihan eri asia käyttää suoneen ku kielen alle, koska suun kautta se (buprenorfiini) kantaa pidempään ja silloin tuntee ittensä ihan normaaliksi. Kun käytti iv:sti (suonensisäisesti) niin tottakai siitä meni ihan sekaisin, ero on ihan hirveä.”

Käytön hyödyt ja haitat

Haastateltavien mielestä buprenorfiinin käytön hyötynä on, että sillä on mahdollista lääkittää itseään. Buprenorfiinin koettiin myös tasapainotavan mieltä ja lisäävän maltillisuutta sekä vahvistavan sosiaalisia taitoja ja fyysistä tasapainoa. Haastateltavien mielestä buprenorfiini on heroiniin verrattuna turvallinen aine, jonka avulla oli mahdollista vähentää muiden aineiden käyttöä sekä jaksaa arjessa paremmin. Pistämällä tapahtuvan käytön ehdottomana hyötynä nähtiin aineen nopea vaikutus muihin käyttötapoihin verrattuna. Moni pisti buprenorfiinia myös taloudellisista syistä, sillä pistäminen tuli halvemmaksi kuin muilla tavoilla käyttäminen.

”Subutex tekee musta sosiaalisemman, mä jaksan tehdä asioita ja olo tuntuu terveeltä. Mä otan pistämisen riskit sen vuoksi, että pystyn elään täyspäiväistä elämää.”

Muutamat haastateltavat olivat sitä mieltä, ettei buprenorfiinin käytöstä ollut heille mitään hyötyä vaan että käyttö koettiin todellisuuden pakenemisena.

”Bupren pistämisestä ei ollu mulle mitään hyötyä, pääsin vaan pakoon todellisuutta.”

Tutkittavat kertoivat avoimesti monista haitoista, joita buprenorfiini ja etenkin sen pistämällä tapahtuva käyttö olivat aiheuttaneet. Fyysisinä haittoina mainittiin muun muassa suonien kalkkeutuminen ja erilaiset tulehdukset. Buprenorfiinia ei ole tarkoitettu injisoitavaksi, koska se sisältää muun muassa maissitärkkelystä ja muita sidosaineita, jotka voivat aiheuttaa suoniin erilaisia vaurioita ja tulehduksia (Buprenorfiini päihdekäytössä, 7.5.2004). Haastateltavat mainitsivat buprenorfiinin pistoskäytön haittoina myös näön huonontumisen. Tablettimuotoisten lääkeaineiden sidosaineet voivat pistettäessä aiheuttaa vakavia silmämöngän muutoksia. Näiden muutosten seurauksena voi olla näkökyvyn heikentyminen (Buprenorfiini päihdekäytössä, 7.5.2004).

Huumeiden ongelmakäyttäjä on taparikkolinen, koska huumeiden käyttö, osto, hallussapito ja myynti ovat kaikki rikollista toimintaa. Tilanne on paradoksaalinen, kun vaikeasti huumeriippuvainen ihminen tekee rikoksia jo käyttäessään päivittäin laitonta huumetta. Valtaosa huumeiden käyttäjistä syyllistyy huumausainerikosten lisäksi niin sanottuun oheisrikollisuuteen. Oheisrikollisuutta ovat muun muassa varkaudet, varastetun tavaran kätkeminen ja maksuvälinepetokset. Huumeiden käyttäjä tekee siis rikoksia rahoittaakseen oman huumeiden käyttönsä. Aineiden tarpeen lisäksi rikokset liittyvät huumekeskeiseen elämäntapaan (Ahtiala & Ruuhonen 1998, 131–132).

Myös tässä tutkimuksessa haastateltavat mainitsivat buprenorfiinin käytön haittoina taloudelliset haitat ja rikokset. Huumeriippuvaiselle aineen hankkiminen on yleensä ensisijaista ja kontaktit huumeiden välittäjiin ja muihin huumeiden käyttäjiin ovat tärkeämpiä kuin yhteydet ihmisiin, jotka eivät käytä aineita. Vähitellen ihmisen koko sosiaalinen verkosto voi muodostua huumeiden käyttäjistä, jolloin normaalit sosiaali-

seen elämään kuuluvat asiat voivat jäädä sivuun. Sosiaalinen riippuvuus muodostuu käytön jatkuessa elämäntavaksi (Ahtiala & Ruohonen 1998, 157). Toisaalta syvä huumeriippuvuus voi eristää käyttäjän kaikista muista ihmisistä ja ympäristöstä. Tilanne voi ajautua siihen pisteeseen, että huumeiden käyttäjällä on suhde ainoastaan käytettävään aineeseen (Malin 2002, 82). Haastateltavat olivat kokeneet buprenorfinin käytön haittoina myös ihmishuoneongelmia ja käytön pakonomaisuutta. Myös joistakin harrastuksista oli jouduttu luopumaan käytön vuoksi.

”Kaman vetäminen rajoittaa montaa asiaa elämässä, mä haluaisin tehdä paljon asioita mut voimavarat ei riitä siihen, voimavarat menee bupren hankkimiseen. Vetäminen on niinku 24 h duunia, rankkaa enkä mä jaksa sitä. Haluaisin urheilla niinku ennen, elää tervettä elämää, alkaa taas harrastaa jalkapalloa, pelaan tennistä, opiskella ittelleni hyvän ammatin. Tommosia asioita se rajoittaa hyvinki paljon.”

Vaikka buprenorfiini yksinään käytettynä ei olekaan samalla tavalla hengenvaarallinen kuin heroiini yliannostusten osalta, suomalaiselle päihitteiden käytölle tyypillisen bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäytön myötä yliannostusriski on olemassa (Partanen 2003). Muutamit haastateltavat kertoivat kokeneensa buprenorfinin yliannostuksen tai tiesivät jonkun toisen, jolla oli ollut yliannostus. Yliannostuksen oireina mainittiin pääkipu, oksentelu, väsymys, hikoilu, hengityksen lamaantuminen, flegmaattisuus, masennus, haluttomuus ja reagoimattomuus ärsykkeisiin. Kuolemaan johtaneissa yliannostustapauksissa epäiltiin taustalla olleen buprenorfinin käyttöä.

Haastateltavat olivat kärsineet monenlaisista vieroitusoireista. He mainitsivat fyysisinä vieroitusoireina särty ja kolotukset luissa, kouristukset ja lihasjännitykset. Melkein jokainen haastateltava kuvasi hikoilua ja kylmänväristyksiä. Myös huonovointisuus, oksentelu, ripuli ja ruokahaluttomuus olivat tuttuja tuntemuksia. Haastateltavat kuvasivat buprenorfinin vieroitusoireita jopa pitkäkestoisemmiksi kuin esimerkiksi heroiinin aiheuttamia vieroitusoireita.

No siis siin on sitä kylmähikeä ja sitte tota kauheita kouristuksia, sellasii lihasjännityksiä varsinkin pohkeissa ja jaloissa. Sit ei tee mieli syödä ja siin on niin paljon kaikenlaista.”

Käyttäjät olivat kokeneet myös monenlaisia psykisiä vieroitusoireita, kuten toimettomuuden, voimattomuuden ja aloitekyvyttömyyden tuntemuk-

sia. Monet kuvasivat kokeneensa raivoa, hermostuneisuutta, kärsimättömyyttä, keskittymisvaikeuksia, unettomuutta ja itkuisuutta. Monet tunsivat pakonomaista tarvetta saada lisää ainetta.

”Vieroitusoireina on hikoilua, kuumotusta, ruokahaluttomuutta, unettomuutta, vilunväristyksiä, en saa mistään kiinni, en pysty keskittyy mihinkään enkä saa mielihyvää mistään, mä oon ihan tunteeton lobotominen idiotti. Subua ei pysty korvaan millään muulla lääkkeellä, bentsot ei auta. Vieroitusoireet kestää kauan ja ne alkaa aina uudestaan. Subutexin vieroitusoireet on pahemmat ku heroiinin. Pahinta on se, et tajua ettei pysty enää olemaan normaali, ei pysty meeneen kauppaan, ei pysty hoitamaan mitään asioita. On täysin kyvytön eikä oo mitään aloitekykyä, ei pysty keskittyy muuhun ku itteensä. Subutex on syöny kaiken muun sen mitä ihmisellä on päässä.”

Käyttö itselääkityksenä

Kaikki haastateltavat määrittivät oman buprenorfinin käyttönsä ensisijaisesti itselääkityksenä, vaikka he käyttivätkin sitä pistämällä. He pitivät buprenorfinin käyttöä terveenä pysymisen edellytyksenä. Buprenorfiini sai heidät toimimaan, hoitamaan asioitaan ja jaksamaan arkea. Buprenorfinia pitkään käyttänyt henkilö saattaa kokea lääkkeen vaikutuksen lähinnä siten, että hän pysyy terveenä eikä pode opiaattien vieroitusoireita. Monet pitkäaikaiset huumeiden käyttäjät puhuvatkin käyttävänsä vain lääkettä mieltämättä buprenorfinia huumaavaksi aineeksi (Buprenorfiini päihdekäytössä, 7.5.2004). Haastateltavista kukaan ei kuvannut omaa buprenorfinin käyttöään ainoastaan huumeiden käyttönä. Muutamit haastateltavat eivät kuitenkaan perustelleet omaa buprenorfinin pistoskäyttöään ainoastaan lääkinnällisessä mielessä vaan kuvasivat sitä myös osaksi huumeiden käyttöä.

”Se (buprenorfiini) pitää vain fyysisen hyvinvoinnin kohallaan, syömisen, juomisen, sossuun menemisen ajallaan, asioiden hoitamisen ajallaan, suihkuun menemisen, ittensä puhtaana pitämisen ja ihan perusasiat kohallaan.”

”Buprenkäyttö ei oo omalla kohdalla niin mustavalkonen asia, mä käytän sitä väärin, koska käytän sitä suonensisäisesti, mutta ku se on niin pitkälle tapa se pistäminen, se on kuin rituaali. Mut toisaalta mä lääkittsen itteäni, ettei alkais tekeen mieli heroiinia.”

”Subujen käyttö iv:sti (suonensisäisesti) oli itselääkitystä ja huumeiden käyttöä. Kylhän sen näki, et se oli huumeiden käyttöä ku katto peiliin. Itselääkitystä siks, et sai vaan ittensä kuntoon et pysty liikkun.”

Sekakäyttö

Eri aineiden jatkuva samanaikainen käyttö eli sekakäyttö on tullut esiin monissa tutkimuksissa. Buprenorfiinihoitoon ja erityisesti lääkkeen injektiokäyttöön hoito-ohjelmien ulkopuolella on todettu liittyvän erityisesti bentsodiatsepiinien samanaikaista käyttöä ainakin Ranskassa (Bouley & al. 2000; Lapeyre-Mestre & al. 2003; Obadia & al. 2001). Kettutien A-poliklinikalla toteutetussa buprenorfiinivahoidossa 60 prosenttia avohoidossa olleista potilaista kertoi sekakäytöstä (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 62). Myös Riski-tutkimuksessa¹ todettiin runsas päihteen sekakäyttö terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa (Partanen & al. 2004, 3609).

Vaikka haastateltavat eivät kokeneet saavansa minkäänlaista päihtymystä ainoastaan buprenorfiinia käyttämällä, he kertoivat kuitenkin sekä hakeneensa että kokeneensa päihtymystä käyttämällä samanaikaisesti eri aineita. Neljä henkilöä mainitsi erityisesti buprenorfiinin ja bentsodiatsepiinien sekakäytön.

”En mä enää saa siitä (buprenorfiinista) oloja, mut jos mä oikein haluan niin saan mä bentsojen kanssa.”

”Oon korvaushoitojonossa ollu puoli vuotta ja hoito olis jo alotettu, ellen olis pullikoitu vastaan unilääkekäytöksessä. Bentsojen käyttö pitäis saada tasapainoon ja sitten voitais aloittaa korvaushoito. Nyt mul saattaa mennä (bentsodiatsepiinejä) monia levyjä keralla. Motivaatiota mulla on, mutta noi bentsot on tosi suuri ongelma.”

Kolme haastateltavaa kertoi buprenorfiinin, bentsodiatsepiinien ja kannabiksen yhteiskäytöstä. He kuvasivat bentsodiatsepiinien antavan buprenorfiinille ”lisäpotkua” ja kannabiksen korostavan buprenorfiinin vaikutusta.

”Mä käytin subutexin kanssa myös sirdaludia mikä anto potkua vähän lisää tai sitte dormicumia. Me tehtiin sellasia mikseriä (sekoituksia), millä saatiin vähän parempi olo. Nyt ku ajattelee sitä jälkepäin, ni se oli aika hullua touhua ... en mä saanu mitään nuokkuja

¹Riski-tutkimus eli Piikkihuumeiden käyttäjien riskikäyttäytymisen seurantatutkimus on A-klinikkasäätiön, Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin yhteistyönä toteutettu tutkimus, jossa saadaan tietoa pistämällä huumeita käyttävien elämästä ja tartuntatautilanteesta. Tutkimus toteutettiin haastattelututkimuksena terveysneuvontapisteissä Helsingissä, Tampereella ja Turussa vuosina 2000–2003. Tutkimuksen loppuraportti julkaistaan vuoden 2006 aikana. Sosiaali- ja terveysministeriö rahoitti tutkimuksen.

pelkästä subusta, mut kannabiksen ja pillereiden kans mä sain hieman hyvinolontunteita ja nuokkuja, koska kannabis korosti bupren vaikutusta.”

Yksi haastateltava mainitsi käyttäneensä buprenorfiinia, bentsodiatsepiinejä ja neuroleptejä samanaikaisesti päihtymystarkoituksessa.

”Jos mä käytän bentsoja, subuja ja neuroleptejä ni saan oloja, mut kannabiksesta mulle tulee paniikkihäiriö. Silloin tällöin mä haen päihtymystä oheiskäytöllä, pari kertaa viikossa.”

Tämän aineiston perusteella buprenorfiinin ja amfetamiinin sekakäyttö on hyvin tyypillistä ja yleistä, sillä yli puolet haastateltavista mainitsi siitä.

”Mä olin kuus vuotta käyttämättä amfetamiinia, mut viime talvena aloin käyttää sitä subujen tuomaan flegmaattisuuteen.”

”Bupren oheiskäyttönä mul on amfetamiinin käyttöä, mut mä en käytä sitä (amfetamiinia) sillon kun meen perheen luokse. Amfetamiinin käyttö on mulla ajoittaista ja tällä hetkellä mä käytän piriä (amfetamiinia) noin kerran viikossa.”

Myös alkoholia käytettiin samanaikaisesti buprenorfiinin ja muiden aineiden kanssa. Eri aineiden seka- ja oheiskäyttö buprenorfiinin kanssa oli siis tässä aineistossa hyvin yleistä ja tyypillistä. Muita aineita käytettiin joko korjaamaan tai korostamaan buprenorfiinin vaikutuksia. Sekakäytöllä haettiin myös päihtymystä ja euforiaa. Airi Partanen (2003) on todennut, että buprenorfiinia käytetään Suomessa tyypillisesti osana eri päihteen ongelmakäyttöä. Tyypillisiä buprenorfiinin kanssa käytettäviä aineita ovat juuri bentsodiatsepiinit, kannabis ja alkoholi.

Käyttäjien näkemyksiä korvaushoitolanteesta

Buprenorfiinikorvaushoito alkoi vieroitustavoitteella vuonna 1997. Buprenorfiini sai virallisen aseman korvaushoitolääkkeenä ilman hoidon pituuteen liittyvää aikarajoitusta vuonna 2000. Laillinen korvaushoito on yleistynyt lääkkeen kadulle leviämistä hitaammin. Vuosina 1997–2003 pääasiallinen buprenorfiinin lähde katukäytössä lienee ollut Ranska. Vuodesta 2004 alkaen lääkettä alettiin hankkia Baltian maista, joissa buprenorfiinikorvaushoito tuli lailliseksi.

Viimeksi kuluneet viisi vuotta ovat olleet lääkeellisten hoitojen sekä voimakkaan laajentumi-

sen että uudelleen muotoutumisen aikaa. Asiakkaiden ja hoitopaikkojen määrä on kasvanut voimakkaasti. Vuonna 2000 korvaushoidossa oli asiakkaita arviolta 200 ja hoitopaikkoja noin 35, kun taas vuonna 2005 hoitoa annettiin jo arviolta 72 paikassa ympäri maata ja asiakkaiden määräkin oli kasvanut 800:aan. Korvaushoidossa olevista henkilöistä noin 400 on buprenorfiinikorvaushoidossa. Samaa aikaa hoito on herättänyt paljon keskustelua sekä puolesta että vastaan. Hoitomuotoja koskevia asetuksia on täsmennetty ja tarkistettu moneen kertaan, viimeksi vuonna 2002 (Harju-Koskelin 2006, 16).

Korvaushoidon kysyntä on erityisesti pääkaupunkiseudulla ollut tarjontaa selvästi suurempaa, mikä on synnyttänyt jonotusta hoitoihin ja jonotusaikana tapahtuvaa lääkkeen hankintaa katu- ja kaupasta ja ulkomailta. Suomalaisen korvaushoitomallin mukaan mahdollisuus lääkkeiden levittämiseen hoito-ohjelmista laittomaan myyntiin on vähäistä, sillä kotiannosten saamisen kynnyks on korkea (Asetus 289/2002). Hoitoon pääsyn korkea kynnyks ja opiaattiriippuvaisten suuri määrä hoito-ohjelmien ulkopuolella lienevät olleet tärkeimmät syyt siihen, että käyttäjät ovat hankinneet lääkkeitä ulkomailta katu- ja pistoskäyttöön. Seurauksena on ollut se, että lääkettä on tuotu laittomasti ja organisoidusti Suomeen erityisesti sen jälkeen, kun buprenorfiinin tuonti omaan käyttöön Schengen-maista kiellettiin asetuksella.

Stakesin koordinoiman huumeihoidon tietojärjestelmän mukaan buprenorfiini oli vuonna 2002 selvästi heroiniä yleisempi päihdehoitoon hakeutumiseen johtanut opiaatti. Joka viides päihdehuollon huumeasiakas oli hakeutunut päihdehoitoon buprenorfiinin ongelmakäytön vuoksi. Vuonna 2000 tilanne oli vielä aivan päinvastainen: heroini oli vielä tuolloin buprenorfiinia yleisempi ongelma huumeiden käyttäjien keskuudessa (Partanen 2003). Tähän tutkimukseen osallistuneista kahdestatoista henkilöstä muutamia olivat haastatteluhetkellä buprenorfiinikorvaushoitojonossa ja kaksi henkilöä oli korvaushoidossa Järvenpään sosiaalisairaalassa. Haastateltavat ilmaisivat selvää turhautuneisuutta ja toivottomuutta korvaushoitoon pääsyä kohtaan. He pitivät hoitojonoa aivan liian pitkänä, hoitopaikkojen määrää vähäisenä sekä hoitoon pääsyä huumeuseuloissa ja arvioinneissa käynteineen hankalana.

”Ku vaan päättäjät myöntäis sen, et minkälainen on-

gelma meil on täällä näin ni. Et näit hoitopaikkojaki pitäis saada ehdottomasti lisää ja sit tommosii niinku, et Helsingissä on kahen vuoden jonot just tänne näin (korvaushoitoon) ni, moni ystävä on kypsny siinä ja lähteny oman käden kautta.”

”Ja sillon ku narkomaani on valmis lähten hoitoon ni sille pitäis heti osoittaa hoitopaikka. Niinku mullaki oli 2–4 kertaa viikossa johonki paikkaan mennä haastatteluun ja antaa näytteitä ja seuloja ja kertoo tilanne, et se on niinku tosi vaikeeks tehty tää tänne (korvaushoitoon) pääsy. Ja sit ku sä pääset vihdoinkin ja viimeinki tänne (hoitoon) ni tota sä oot ihan naatti.”

Ulkomaisten tutkimusten mukaan korvaushoito on tuloksellista: laittomien aineiden käyttö voi loppua tai ainakin vähentyä, rikollisuus vähenee, kuolemanriski ja sairaudet vähenevät, elämänlaatu ja sosiaalinen tilanne paranevat ja myös muiden hoitokeinojen hyödyntäminen tulee paremmin mahdolliseksi (Opiaattiriippuvuuden korvaus- ja ylläpitohoito, 7.5.2004). Monien haastateltavien mielestä korvaushoitoon otettavien henkilöiden valintaperusteet eivät ole tällä hetkellä täysin oikeudenmukaisia. He arvioivat, että hoidossa on monia sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole motivoituneita hoitoon tai joilla ei ole opiaattiriippuvuutta buprenorfiinin käytön taustalla. Hoitoon pääsyn kriteereitä pitäisi haastateltavien mielestä tiukentaa ja täsmentää. Myös Pekka Hakkarainen ja Christoffer Tigerstedt (2005) ovat todenneet artikkelissaan, että Suomessa hoitoon hyväksymiskriteerit ovat kansainvälisessä ja pohjoismaisessa vertailussa väljät. Vaikka monella haastateltavalla oli korvaushoitokäytännöistä negatiivista sanottavaa, moni piti sitä kuitenkin itselleen sopivimpana hoitomuotona.

”Korvaushoidossa on niin paljon porukkaa keille ei hoito kuulu. Ne keiden kuuluis saada hoitoa eivät sitä saa. Miksei nuorille keksitä jotain omaa hoitoa, koska suurin osa nuorista on alottanu käyttönsä subulla, eivätkä ole mitään muuta käyttäneetkään. Ne jotka on käyttäny 20 vuotta laitetaan jonon viimesiks, vaikka heille se hoito kuuluis, koska haluuvat päästä aineista eroon. Suurin osa nuorista ei oo edes nähny heroinia.”

”Mun pitää sanoo se, että Suomeen pitäis ehdottomasti saada lisää näitä korvaushoitopaikkoja. Rikollisuus vähenis. Hoitoon valittais sellaiset, et ne on toissaan motivoituneita tähän hommaan, ettei ne vaan niinku kuseta.”

”Mä haluisin korvaushoitoon, mut lääkkeen lisäksi mä haluan ehdottomasti keskusteluapua lääkäreitten ja hoitohenkilökunnan kanssa, koska kaipaen henkistäkin tukea.”

Opiaattiriippuvuuden hoito on pitkäkestoinen prosessi, jossa pelkkä lääkahoito ei riitä hyvien hoitotulosten saavuttamiseen. Korvaushoidossa

olevat asiakkaat tarvitsevat myös psykososiaalista kuntoutusta. On myös selvää, että kaikki hoitomenetelmät eivät sovi kaikille. Korvaushoidossa olisikin tärkeää, että kullekin asiakkaalle löydettäisiin sopivat hoitotavoitteet ja -menetelmät. Myös hoito- ja kuntoutustavoitteiden tarkempi julkinen määrittely voisi edesauttaa sopivien menetelmien löytymistä ja voisi helpottaa työntekijöiden työtä vaativan asiakaskunnan parissa (Harju-Koskelin 2006, 18–19).

Lopuksi

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja tuoda esiin buprenorfiinin käyttäjien omia kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. Jos haluamme ymmärtää ilmiöiden syy- ja seuraussuhteita, on otettava huomioon myös kokemuksiin perustuva tieto.

Tämä tutkimus on vain alustava kuvaus buprenorfiinin käytöstä. Tutkimus tuo esiin yhden näkökulman eikä siitä voida tehdä laaja-alaisia johtopäätöksiä kaikkien buprenorfiinin käyttäjien suhteen. Tässä tutkimuksessa haastatellut käyttäjät korostivat buprenorfiinin käyttöä ensisijaisesti itselääkityksenä ja terveenä pysymisen edellytyksenä: käyttäjän toimintakyky ja selviytyminen yhdistettiin vahvasti buprenorfiiniin. Haastatellut olivat kuitenkin kokeneet monia haittoja buprenorfiinin käytöstä. Niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin haitat korostuivat ja muutamaiset käyttäjät näkivät buprenorfiinin käyttönsä myös huumeiden käyttönä.

Hakkarainen ja Tigerstedt (2005) ovat todenneet artikkelissaan, että itsehoitoon viittaaminen, kun kaikki halukkaat eivät pääse riittävän nopeasti hoitojärjestelmän piiriin, ei ole vakuuttava argumentti. Tässä tutkimuksessa haastatellut käyttäjät kuitenkin kokivat buprenorfiinin käytön pääasiallisesti itselääkityksenä, vaikka käyttö olikin ongelmallista.

TIIVISTELMÄ

Katja Malin & Antti Holopainen & Jouni Tourunen: "Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan." Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä

Suomalaisessa päihdeiden käyttökulttuurissa on tullut heroiniin käytön tilalle opiaattiriippuvaisten lääkkeellisessä hoidossa käytetty lääkeaine buprenorfiini.

Aineistosta nousi kuitenkin esiin muullekin suomalaiselle päihdeiden käytölle tyypillinen sekakäyttö. Eri aineiden samanaikainen käyttö liitettyinä suonensisäiseen käyttötapaan tekee ilmiöstä hankalan. Tartuntatautiin, kuten hepatiittien ja hi-viruksen, leviämisen sekä yliannostusten riskit kasvavat. Miten sekakäyttö tulisi ottaa hoidossa huomioon? Päihdeiden sekakäyttäjiä kohdataan monissa palvelujärjestelmissä. Sekakäyttäjien hoito edellyttää eri tahojen yhteistyötä ja tietojen koordinoitua (Pesola 2004, 527). Huumeiden käyttäjille suunnatut terveysneuvontapisteet, korvaushoitoa antavat klinikat ja muut päihdehoitolaitokset kohtaavat sekakäyttäjiä jatkuvasti. Yhteistyö sekakäyttöön liittyvissä asioissa voisi auttaa päihdetyöntekijöitä ymmärtämään paremmin sekakäyttöongelmaa ja antaisi heille myös uusia valmiuksia sekakäyttäjäasiakkaan kohtaamiseen.

Monet haastateltavat pitivät buprenorfiinikorvaushoitoa hyvänä ja itselleen sopivimpana hoitovaihtoehtona. He kokivat kuitenkin tämänhetkiset korvaushoitokäytännöt epäoikeudenmukaisiksi: hoitopaikkoja on liian vähän, hoitoa eivät saa ne henkilöt, joiden pitäisi sitä saada, hoitojonot ovat liian pitkiä ja hoitoon pääsy on tehty hankalaksi. Buprenorfiinin käyttäjien kokemukset ja näkemykset korvaushoidon toteuttamisesta kannattaisi ottaa paremmin huomioon hoitoja suunniteltaessa. Käyttäjien osallistaminen ja heidän asiantuntijuutensa tunnustaminen buprenorfiinin käyttöön liittyvissä asioissa voisivat avata uusia ovia korvaushoitojen toteuttamiselle.

On tärkeää, että buprenorfiinin päihdekäytön laajuutta ja käyttötapoja sekä siihen liittyvää käyttökulttuuria seurataan ja tutkitaan Suomessa tiiviisti. Käyttäjille tulee myös välittää tietoa buprenorfiinin päihdekäyttöön liittyvistä riskeistä ja ongelmista (Partanen 2003, 10). Toivomme, että tämä artikkeli tuo buprenorfiinin käyttäjien ääntä kuuluviin ja tekee näkyväksi heidän elämänsä.

Toistaiseksi emme tiedä tarkasti, miksi Suomesta on tullut buprenorfiinin väärinkäytön johtava maa. Ilmiö näyttää kuitenkin kehittyvän hoitomallin yleistymisen myötä myös muualla maailmassa.

A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimusyksikkö toteutti vuoden 2004 alkupuolella haastattelututkimuksen, jonka tarkoituksena oli tuottaa buprenorfiinin käyttäjien kokemuksiin ja näkemyksiin

perustuvaa tietoa buprenorfiinin käytöstä ja sen merkityksistä heidän elämässään.

Buprenorfiinin pistäminen oli yleistä. Kaikki haastateltavat määrittivät oman buprenorfiinin käyttönsä ensisijaisesti itselääkityksenä, vaikka he käyttivätkin sitä pistämällä. He pitivät buprenorfiinin käyttöä terveenä pysymisen edellytyksenä. Buprenorfiini sai heidät toimimaan, hoitamaan asioitaan ja jaksamaan arkea.

Buprenorfiinin käyttö aiheutti myös monia haittoja, niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisiaakin. Vaikka buprenorfiini yksinään käytettynä ei olekaan samalla tavalla hengenvaarallinen kuin heroiini yliannostusten osalta, suomalaiselle päihteiden käytölle tyypillisen bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäytön myötä yliannostusriski on olemassa. Eri aineiden seka- ja oheiskäyttö buprenorfiinin kanssa oli tässä tutkimuksessa hyvin yleistä ja tyypillistä. Muita aineita käytet-

tiin joko korjaamaan tai korostamaan buprenorfiinin vaikutuksia. Sekakäytöllä haettiin myös päihtymystä ja euforiaa.

Haastateltavat ilmaisivat selvää turhautuneisuutta ja toivottomuutta buprenorfiinikorvaushoitoon pääsyä kohtaan. He pitivät hoitojonoa aivan liian pitkänä, hoitopaikkojen määrää vähäisenä sekä hoitoon pääsyä huumeuseloissa ja arvioinneissa käynteineen hankalana. Hoitoon pääsyn kriteereitä pitäisi heidän mielestään tiukentaa ja täsmentää. Vaikka monella oli korvaushoitokäytännöistä negatiivista sanottavaa, moni piti sitä kuitenkin itselleen sopivimpana hoitomuotona. Haastattelututkimuksen perusteella voidaan todeta, että buprenorfiinin käyttö on ilmiönä hyvin monimuotoinen. Myös jatkossa tarvitaan uutta tutkimustietoa buprenorfiinin käytöstä sitä käyttävien henkilöiden näkökulmasta.

KIRJALLISUUS

- AHTIALA, P. & RUOHONEN, K.: ”Se oli sitä koko elämä” – kokemuksia ja näkemyksiä huumeriippuvuudesta. Helsinki: Kirjayhtymä, 1998
- BAAS, A. & SEPPÄNEN-LEIMAN, T.: Kadulta korvaushoitoon. Buprenorfiinihoidon kehittämisprojektin (1.1.1998–30.6.2000) loppuraportti. A-klinikkasäätiön raportisarja nro 38. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 2002
- BARNETT, P. G. & RODEGERS, J. H. & BLOCH, D. A.: A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction* 96 (2001), 683–690
- BOULEY, M. & VIRIOT, E. & BARACHE, D.: Practical reflections on the diversion of drugs. Article in *French. Therapie* 55 (2000): 2, 295–301
- BUPRENORFIINI PÄIHDEKÄYTÖSSÄ. (http://www.paihdelinkki.fi/tietopankki/400_huumelinja/index.html, 7.5.2004)
- ESKOLA, J. & SUORANTA, J.: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, 1999
- HAKKARAINEN, P.: Huume kulttuurin muutos ja huume kuolemat. Teoksessa: Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (toim.): Huumeidenkäyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 2002
- HAKKARAINEN, P. & TIGERSTEDT, C.: Korvaushoidon läpimurto Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (2005): 2, 143–154
- HARJU-KOSKELIN, O.: Asiakkaiden moniongelmaisuus tuo haasteita lääkkeellisen korvaushoidon psykososiaaliseen kuntoutukseen. *Tiimi* 2/2006, 16–19
- HIRSJÄRVI, S. & HURME, H.: Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2001
- JASINSKI, D. R. & PEVNIK, J. S. & GRIFFITH, J. D.: Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine. *Arch Gen Psychiatry* 35 (1978), 501–516
- JENKINSON, R. A. & CLARK, N. C. & FRY, C. L. & DOBBIN, M.: Buprenorphine diversion and injecting in Melbourne, Australia: an emerging issue? *Addiction* 100 (2005), 197–205
- LAPEYRE-MESTRE, M. & LLAU, M. E. & GONY, M. & NAVEL, A. M. & BEZ, J. & GRAU, M. & MONTASTRUC, J. L.: Opiate maintenance with buprenorphine in ambulatory care: a 24-week follow-up study of new users. *Drug Alcohol Depend* 72 (2003): 3, 297–303
- LUETTELOT PKV-LÄÄKEVALMISTEISTA SEKÄ HUUMAUSSAINEITA JA PSYKOTROOPPISIA AINEITA SISÄLTÄVISTÄ LÄÄKEAINEISTA. www.nam.fi. Lääkelaitos, 2004
- MALIN, K.: Huumeriippuvaisessa tapahtuneet suhdetähtämykset pidennetyn myllyhoidon aikana. Helsingin yliopiston käytännöllisen teologian laitoksen pro gradu -tutkielma, 2002
- MALIN, K.: Teemahaastattelurunko. 2004. Tekijän hallussa
- NUTT, D. J.: Receptor pharmacology of buprenorphine. *Res Clin Forums* 19 (1997), 9–15
- OBADIA, Y. & PERRIN, V. & FERONI, I. & VLAHOV, D. & MOATTI, J. P.: Injecting misuse of buprenorphine among French drug users. *Addiction* 96 (2001): 2, 267–272
- OPIOIDIRIIPPUVUUDEN KORVAUS- JA YLLÄPITOHOITO. (http://www.paihdelinkki.fi/tietopankki/400_huumelinja/index.html, 7.5.2004)
- PARTANEN, A.: Huume hoidon tietojärjestelmä 2000–2002: buprenorfiini yleistynyt ongelmapäihteenä. *Tiimi* 6/2003, 7–10
- PARTANEN, A. & HOLMSTRÖM, P. & HOLOPAINEN, A. & PERÄLÄ, R.: Piikkihuumeiden käyttäjät Riski-tutkimuksessa – buprenorfiinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. *Suomen Lääkärilehti* 59 (2004): 39, 3605–3611
- PESOLA, E.-L.: Kokemuksia päihteiden sekakäyttäjien hoidosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 5, 517–528
- QUIGLEY, A. J. & BREDEMEYER, D. E. & SEOW, S. S.: A case of buprenorphine abuse. *Medical Journal of Australia* 140 (1984), 425–426
- SAKOL, M. S. & STARK, C. & SYKES, R.: Buprenorphine and temazepam abuse by drug takers in Glasgow

- an increase. *British Journal of Addiction* 84 (1989), 439–441
- STRANG, J.: Abuse of buprenorphine. *Lancet* (1985): 2, 725
- ULMANEN, K. (toim.): *Tietopaketti huumeista*. Helsinki 1997
- VALENCIANO, M. & EMMANUELLI, J. & LERT, F.: Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction* 96 (2001), 597–606
- WALSH, S. L. & EISENBERG, T.: The clinical pharmacology of buprenorphine: extrapolating from the laboratory to clinic. *Drug Alc Dependence* 70 (2003), 13–27
- VIDAL-TRECAN, G. & VARESCON, I. & NABET, N. & BOISSONNAS, A.: Intravenous use of prescribed sublingual buprenorphine tablets by drug users receiving maintenance therapy in France. *Drug Alcohol Depend* 69 (2003), 175–181
- VIGNAU, J. & DUHAMEL, A. & CATTEAU, J. & LEGAL, G. & PHO, A. H. & GRAILLES, I. & BEAUVILLAIN, J. & PETIT, P. & BEAUVILLAIN, P. & PARQUET, P. J.: Practice-based buprenorphine maintenance treatment (BMT): how do French healthcare providers manage the opiate-addicted patients? *J Subst Abuse Treat* 21 (2001), 135–144.