



SUSANNE UUSITALO

Eettisiä näkökulmia päihderiippuvuudesta toipumisen tutkimukseen ja sen vaikutuksiin

Vakavista päihdeongelmista kärsivät voivat joutua yhä haavoittuvaisempaan asemaan, jos palveluita koskevassa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa käytetään puutteellista tai heikkoa tutkimusnäyttöä. Filosofinen käsitteellinen analyysi voi auttaa hahmottamaan tutkimuksen ongelmakohtia – teoreettisista taustaoletuksista ja käsitteiden valinnoista alkaen. Esimerkiksi 'toipumisen' ja 'retkahduksen' käsitteiden kriittinen tarkastelu osoittaa, että riippuvuustutkimuksessa ja hoidossa tarvitaan monipuolista ymmärrystä inhimillisestä toiminnasta. Tutkimusnäytön ohjaamalla päätöksillä hoitokäytännöistä on eettisiä seurauksia sekä yksilöille että yhteiskunnalle.

Yhteiskunnallinen päätöksenteko nojaa usein tieteelliseen tietoon oli kysymyksessä sitten pandemian hallinnointi tai terveys- ja sosiaalipalveluiden järjestäminen. Ei liene yllätys, että eri maissa yhteiskunnalliset käytännöt kuten päihdehuolto vaihtelevat paljonkin, eikä globaalisti kattavia käytäntöjä oikeastaan ole¹. Palvelukäytäntöjen laaja kirjo vaikuttaa myös käytäntöjä koskevan tutkimusnäytön tuottamiseen ja hyödyntämiseen eri maissa². Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriön vuoteen 2030 ulottuva Päihde- ja riippuvuusstrategia nimeää yhdeksi painopisteeksi tietoperustan vahvistamisen: muun muassa päihde- ja riippuvuustutkimuksen tietoaiteiston jatkuvuudesta huolehtimisen ja uusien seuranta- ja arviointitapojen kehittämisen³. Painopiste viestii tutkimusnäytön yhteiskunnallisesta merkityksestä.

Terveystieteellinen ja erityisesti lääketieteellinen tutkimusnäyttö antaa usein pohjan esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan Terveydenhuollon palveluvalikoimanuovoston (PALKO) suosituksille julkisin varoin rahoitettujen terveydenhuoltopalveluiden valikoimasta. Terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluu esimerkiksi alkoholiriippuvuuden hoidossa ja kuntoutuksessa joukko vaikuttaviksi todettuja psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmenetelmiä.⁴ Lääketieteellinen tietopohja ja muu näyttö antavat läpinäkyvyyttä suosituksien perusteluille. Toisinaan eri suositusten valmistelussa ongelmaksi kuitenkin muodostuu se, ettei riit-

tävää tutkimusnäyttöä ole tai että se on heikkolaatuista.⁵ Tällöin menetelmää tai menetelmiä ei voida todeta vaikuttavaksi.

Tässä artikkelissa olen kiinnostunut erityisesti tutkimusnäytöstä, jonka olisi tarkoitus ohjata yhteiskunnallisia päätöksiä vakavien päihdeongelmien eli päihderiippuvuustutkimuksen psykososiaalisesta hoidosta julkisessa terveydenhuollossa. Lähtökohtani on, että päihderiippuvuustutkimuksen hoidon tutkimusnäytön heikkous tai riittämättömyys on tutkimuseettinen kysymys, jolla on vaikutuksia sekä tieteellisen tiedon laatuun että tutkimusnäyttöä hyödyntäviin yhteiskunnallisiin toimijoihin ja palveluihin käyttäviin yksilöihin⁶. Käyn läpi seikkoja, jotka voivat selittää sitä, että päihderiippuvuuden hoitoja koskeva tutkimusnäyttö jää helposti riittämättömäksi tai heikkolaatuiseksi. Ongelmat voivat juontaa juurensa tutkimusten taustalla vaikuttaviin valintoihin, teoreettisista viitekehyksistä ja käsitteidenkäytöstä lähtien. Filosofinen käsitteiden selkeyttäminen voi kirkastaa tutkimusnäytön haasteellisuuden syntyä ja näin helpottaa mahdollisiin ongelmakohtiin tarttumista.

Keskityn erityisesti päihderiippuvuustutkimuksen kysymykseen ja hoidon vaikuttavuutta koskevaan tutkimusnäyttöön. Tarkastelen aluksi peruskäsitteitä, kuten 'päihdeongelma', 'päihderiippuvuus' tai 'addiktio', 'toipuminen' ja 'retkahdus' ja avaan niiden haasteellisuutta. Tämän jälkeen pohdin tarkemmin sitä, miten nämä käsitteet vaikuttavat päihderiippuvuuden hoidon tutkimuksessa ja siitä saatavassa tutkimusnäytössä sekä mil-

laisia eettisiä ja yhteiskunnallisia vaikutuksia tutkimusnäytön heikkoudella tai riittämättömyydellä voi olla.

'Päihdeongelman' ongelmallisuus

Päihtheisiin kohdistuu paljon huomiota niin yksilöiden kuin yhteiskunnan tasolla. Joskus päihteet ajatellaan automaattisesti ongelmaksi, koska niiden yhteydessä ilmenee usein tiettyjä haittoja. Eri päihdeaineita hallinnoidaan ja säädellään eri tavoin ja tämä kasvattaa ilmiön moninaisuutta. On eri asia puhua alkoholin aiheuttamista ongelmista kuin amfetamiinin aiheuttamista ongelmista. Päihtheisiin kytkeytyy monenlaisia terveydellisiä, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia ongelmia, eivätkä kaikki niistä kohdistu vain niiden käyttäjiin⁷. Tässä artikkelissa keskityn kuitenkin sellaisiin päihdeongelmiin, joita voidaan hoitaa terveydenhuollon palveluiden avulla, tavoitteena edistää toipumista. Tämä raja on hyvä tehdä, koska päihneiden käyttöön voi liittyä monia erilaisia ilmiöitä, jotka vaativat erilaisten terveydenhuollon palvelujen käyttöä. Laittomiin huumeisiin voi liittyä esimerkiksi väkivaltaa ja sen uhkaa, päihtymistilat voivat aiheuttaa tapaturmia ja onnettomuuksia ja päihneiden käyttö voi aiheuttaa erilaisia terveysuhkia, kuten tulehduksia ja myrkytyksiä. Voi siis olla vaikeaa vetää raja ongelmatai väärinkäytön ja siitä välillisesti aiheutuvan haitan välille⁸.

Ei ole aina myöskään selvää, milloin eri päihteet ja niihin liittyvät ongelmat ovat riittävän samankaltaisia, että niitä kannattaa käsitellä kokonaisuutena esimerkiksi yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Päihdeaineilla on erilaisia ominaisuuksia ja niitä myös käytetään eri tavoin. Amfetamiiniriippuvuudella on omanlaisiaan piirteitä, jotka eivät ole tyypillisiä vaikkapa alkoholiriippuvuudessa. Pyrkimys sisällyttää tämä moninaisuus 'päihdeongelmaan' voi hukuttaa merkitykselliset ja keskeiset yksityiskohdat runsauden kirjoon tai yleistyksen alle.

Päihderiippuvuuksien diagnosointia kehystävät erilaiset tautiluokituskäsitteet kuten ICD-10 tai DSM-5 ja tutkimusnäyttöön pohjaavat erilaiset kansalliset suositukset⁹. Suomessa esimerkiksi *Käypä hoito* -suositus "Huumeongelman hoidosta" on päivitetty 2018 ja se kattaa huumaavien aineiden käytön sekä lääkkeiden ja huumaavien aineiden sekakäytön aiheuttamat terveysongelmat¹⁰. Suosituksen pohjana toimivien eri hoitoihin perustuvan tutkimusnäytön vahvuus on myös *Käypä hoito* -sivustolla näkyvillä ja se osoittaa, että tarjolla olevissa eri hoitomuodoissa näytönaste eli luottamus vaikutuksen arvioon vaihtelee vahvasta (A) hyvin heikkoon (D). Vahva näytönaste tarkoittaa, että "[o]n varsin varmaa, että todellinen vaikutus on lähellä arviota vaikutuksesta"¹¹.

Päihdeongelmia ei ole aina nähty lääketieteellisinä ongelmina eikä niiden "lääketieteellistäminen" ole tieteellisesti vakiintunut tiettyyn yleisesti hyväksytyyn käsitteeseen¹². Kansainvälisellä tutkimuskentällä käydään jatkuvaa keskustelua siitä, mikä olisi asianmukainen tapa teoretisoida ja käsitteellistää päihderiippuvuudet eli aineaddiktiot ja millaisin keinoin niitä tulisi hoitaa¹³.

Tämänkaltaisen moninaisuus selittänee osaltaan myös hoitoja koskevan tutkimusnäytön mahdollista yhteismitattomuutta ja sisäisiä jännitteitä.

Teoreettisen addiktiokeskustelun rakenne asettaa vastakkain niin kutsutun aivosairausmallin ja sitä haastavat näkemykset. Aivosairausmallia haastetaan muun muassa toisilla tieteellisillä malleilla, jotka voivat esimerkiksi korostaa oppimista. Mallia myös arvostellaan siitä, ettei sen näyttö riitä siinä esitettyihin väitteisiin, ja lisäksi sitä haastetaan sen epämielikkäiden seurausten vuoksi ja eettisin perustein ja niin edelleen¹⁴. Keskustelu on monipolvinen ja siihen osallistuminen ansaitsisi oman artikkelinsa, jollei kokonaista kirjaa. Tämän artikkelin tarpeisiin riittää tieto siitä, että tieteellinen ymmärrys addiktiosta on kaikkea muuta kuin vakiintunut. Laajojen teoreettisten viitekehysten mielekkyyden rinnalla käydään yksityiskohtaisempaa keskustelua myös siitä, olisiko esimerkiksi päihteen suurkulutus jo riittävä kriteeri addiktiolle¹⁵.

Ainakin päihteen suuren määrän ja siinä nimenomaan toksisten ominaisuuksien aiheuttama haitta ihmiskehelle todennäköisesti korreloi vahvasti päihderiippuvuudessa esiintyvien terveyshaittojen kanssa, mutta onko suurkulutus riittävä kriteeri addiktiolle? Osa päihhteistä on psykoaktiivisia aineita, joita käytetään erilaisissa lääkkeissä. Jos tällaisia lääkkeitä käyttää paljon, on todennäköistä, että terveyshaittoja syntyy. Mutta olemmeko valmiit ajattelemaan pelkästään tämän perusteella, että nämä yksilöt kärsivät addiktiosta? Tällaiset käyttäjät eivät käytä ainetta *päihteenä*. Tarkoituksenani ei ole tässä tarjota vastauksia näihin kysymyksiin, vaan näyttää minkälaisia käsitteellisiä kysymyksiä päihderiippuvuuksiin ja niiden hoitamiseen ylipäätään liittyy. Käsitteellisten kysymysten merkitys näkyy myös tutkimusnäytössä. Kun tutkittavasta ilmiöstä ei ole vakiintunutta ymmärrystä, ei voida olettaa, että tutkimuksen kohdetta tutkittaisiin samanlaisilla – tai edes keskenään yhteensopivilla – mittareilla ja muuttujilla. Tällainen pirstaloittaa tutkimuskenttää ja vaikuttaa myös siihen, kuinka paljon tutkimusnäyttöä kertyy.

Vaikka fyysinen riippuvuus sietokyvyn kasvun ja mahdollisten vieroitusoireiden kanssa syntyisikin, se ei ainakaan Amerikan psykiatriyhdistyksen (*American Psychiatric Association*) tautiluokituksessa vielä riitä päihderiippuvuuden tai tarkemmin sanottuna päihteidenkäytön häiriön diagnoosiin¹⁶. Kansainvälisissä tautiluokituksissa annetut kriteerit aineriippuvuuksille listaavat joukon erilaisia kriteereitä, joista pitää täytyä tietty määrä tietyin reunaehdoin, jotta diagnoosi voidaan antaa¹⁷. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että saman diagnoosin voi saada kaksi yksilöä ilman, että he täyttävät yhtäkään samaa diagnostista kriteeriä. Tämä saattaa olla yksi selittävä tekijä sille, miksi hoidoista ja toipumisesta voi olla hankalaa saada riittävä ja laadukasta tutkimusnäyttöä: diagnoosin saanut hoitoa tarvitseva joukko on lähtökohtaisesti hyvin heterogeeninen, mutta tutkimuksessa kaikkia tutkittavia tarkastellaan helposti kuitenkin samoin kriteerein.

”Miksei toipumista voisi nähdä harjoitteluna?”

Mitä 'toipuminen' tarkoittaa?

'Päihteet', 'päihdeongelma' ja 'päihderiippuvuus' ovat siis monitulkintaisia käsitteitä, eikä 'toipuminen' poikkea tästä. Päihderiippuvuudesta toipuminen voi olla yksilölle elämää mullistava kokemus, ja se jättää usein jälkensä. Moni päihderiippuvuudesta toipuva jatkaa aiheen parissa esimerkiksi kirjoittamalla muistelmia¹⁸, tekemällä tutkimusta¹⁹, tarjoamalla vertaistukea esimerkiksi Nimettömissä Narkomaaneissa (NA) tai kouluttautumalla kokemusasiantuntijaksi.

Jossain mielessä toipuminen on itseään selittävä käsite²⁰. Jostakin aiemmasta kärsimystä aiheuttaneesta, rasittavasta tai muuten epäsuotuisasta asiantilasta toivutaan. Toipuminen voidaan nähdä palaamisena takaisin aiempaan tilaan²¹. Jos olen lentänyt Australiasta Suomeen, voi kestää ennen kuin toimintakykyni ja vireystasoni on palannut samankaltaiseen tilaan kuin ennen lentoa. Toinen esimerkki on nuha: kärsimme tietyn väliajoin nuhasta, ja siitä toipuminen saattaa toimintakykymme samankaltaiselle tasolle kuin ennen nuhaa. Tarkalleen ottaen toipumisen jälkeinen tilamme ei kuitenkaan ole sama, identtinen, tila kuin ennen toivutavan asiantilan tapahtumista.

Ei myöskään ole mielekästä ajatella, että riippuvuudesta kärsivä yksilö pyrkisi samaan tilaan jossa hän oli ennen päihderiippuvuutta²². Hänen on varmaankin mahdotonta saavuttaa samankaltainen tila päihteen suhteen kuin ennen päihteen käytön aloittamista. Jos tämä tulkitaan siten, että riippuvuus on muokannut häntä peruuttamattomasti ja tämä muokkaus on merkki siitä, että hän on yhä riippuvainen, on ajatus toipumisesta mahdoton. Tällainen näkökulma nousee toisinaan esille aivosairausmallin yhteydessä. Aivosairausmallin vahvan tulkinnan mukaan aivoissa tapahtuu peruuttamattomia muutoksia, jotka jättävät yksilön aivoihin ainakin jonkinlaisen addiktion disposition²³. Vahvan tulkinnan mukaan tällaiset yksilöt eivät siis koskaan voi täysin toipua addiktiosta, vaikka lopettaisivat tai saisivat päihteen käytön hallintaan.

Vahva tulkinta ei kuitenkaan ole ainoa tapa ymmärtää riippuvuudessa tapahtuvia muutoksia. On ymmärret-

tävää ajatella, että addiktiosta jää jälki yksilöön. Aiemmat kokemukset muokkaavat yksilön toimintakykyä: hän todennäköisesti tietää, miten hän tyyppillisesti käyttäytyy käyttäessään tiettyä päihdettä ja minkälaisia vaikutuksia päihteen käytöllä on hänen vointiinsa²⁴. Tästä ei kuitenkaan voi vetää johtopäätöstä, ettei hän voisi toipua päihderiippuvuudesta. Esimerkiksi heroiniavusteisessa hoidossa on huomattu, että hoitoon hakeutuva käyttäjä osaa usein hoitohenkilökuntaa paremmin määritellä itselleen tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen aloitusannoksen²⁵. Tämän kokemustiedon käyttäminen hoidossa pikemminkin lisää kuin vähentää yksilön mahdollisuutta toipua.

Prosessi tilasta A tilaan C on täynnä muutoksia, joista osa muodostaa tavallaan kynnyksen seuraavaan tilaan. Ennen päihderiippuvuutta ollut tila A muuttuu, kun yksilö alkaa käyttää päihdettä sellaisella tavalla, että kynnys päihderiippuvuuteen on ylitetty. Riippuvuuden aikana hän on tilassa B ja täyttää tautiluokituksissa mainituin ehdoin riittävän monta kriteeriä. Kun hän hakeutuu hoitoon ja haluaa irti päihderiippuvuudesta, tämä prosessi voidaan nimetä toipumiseksi ja se johtaa tilaan C. Muodollisesti nähtynä tila C on saavutettu, kun päihderiippuvuustilan B ehdot eivät enää täyty.

On kuitenkin syytä huomata, ettei tilan C sisällöstä olla yksimielisiä²⁶ ja tämä vaikuttaa myös hoitojen vaikuttavuuden tutkimuksen arviointiehtoihin. Eri tutkimuksissa toipumista arvioidaan eri mittareilla. Prosessia tilasta toiseen ei myöskään tule nähdä tasaisesti kehittyvänä jatkumona. Erityisesti riippuvuudesta toipuminen ei aina näyntyä edes asteittaisena kehityskaarena päihderiippuvuudesta (B) tilaan C, jossa toipuminen on riittävää tai tullut päätökseen. Tämä johtuu osittain retkahdusten asemasta päihderiippuvuudessa.

Retkahdusten merkitys

Päihderiippuvuuksista toipumisen kriteereistä ei vallitse yksimielisyyttä, ja se saattaa olla osasy siihen, ettei tutkimusnäyttöä ole välttämättä riittävästi saatavilla kaikista

päihderiippuvuuksista tai kaikista niiden hoitomuodoista. Tämän lisäksi 'retkahdusten' käsitteellistäminen osaksi päihderiippuvuutta ja siitä toipumista kuvastaa kentän moninaisuutta. Addiktion aivosairausmalli määrittelee riippuvuudet relapsoiviksi aivosairauksiksi. Mallin mukaan pitkänkin päihdeettömyyskauden jälkeen aivosairaus voi aktivoitua, ja yksilö alkaa taas käyttää päihdeitä addiktiivisen toimintamallin mukaisesti²⁷.

Tällainen toiminta on tautiluokituksen mukaan esimerkiksi voimakkaan halun tai pakonomaisen tarpeen aikaansaamaa. Päihteen käyttö voi olla hallitsematonta siten, että käyttäjä ei pysty kontrolloimaan annoskokoja tai hän käyttää päihdettä suunniteltua pidempiä ajanjaksoja. Päihteen käyttö vie aikaa muulta, tärkeältäkin toiminnalta kuten työltä, koulunkäynniltä tai läheisten kanssa yhdessäololta, ja käyttö jatkuu, vaikka sillä olisi vakaviakin negatiivisia seurauksia²⁸. Tässä viitekehityksessä jokainen retkahdus on oireilua aivosairaudesta, ja retkahduksia on hankala nähdä osana toipumista. Ne ovat pikemminkin osoitus sairaana pysymisestä, sairauden sitkeydestä ja ennen kaikkea uhka yksilön hyvinvoinnille ja toipumiselle.

Jos sen sijaan vaihdamme viitekehystä ja ajattelemme päihteen käytön jatkamista tauon jälkeen yrittämisen ja harjoittelun kautta, näyttäytyy prosessi erilaisena: retkahdukset eivät ole osoitus sairaudesta tai paluusta sairauteen, vaan yrityksiä päästä tilaan C. Kuten urheilija harjoittelee saavuttaakseen tietyn taidon tai toimintakyvyn tason – oli kyseessä sitten pallon hallinta, voltin tekeminen tai maratonin juokseminen – tämän taidon opetteluun todennäköisesti sisältyy monta yritystä, jotka eivät vielä toteuta harjoittelulla tavoiteltavaa taitoa. Miksei siis toipumistakin voisi nähdä harjoitteluna? Tällaisella näkökulman vaihdolla jokainen retkahdus voikin itse asiassa vahvistaa onnistumisen todennäköisyyttä, jos ajattelemme, että toistojen määrällä on taidon saavuttamisen kannalta olennainen ja sitä tukeva merkitys.

Retkahduksiin ja erityisesti niiden ehkäisyyn on keskitytty myös tutkimuksissa, ja retkahduksien ehkäisyyn pyritään kohdistamaan paljon erilaisia resursseja niin tutkimuksessa kuin palveluiden tasolla²⁹. Voi tuntua epäintuitiiviselta ajatella, että jokainen retkahdus lisää todennäköisyyttä onnistumiseen, sillä niitä olisi helppo pitää epäonnistumisina tai vaaroina toipumisen polulla. Kuitenkin jokainen retkahdus tuo yksilölle lisää kokemuksia siitä, miten hän saattaa retkahtaa joissakin tilanteissa todennäköisemmin kuin toisissa. Hän siis oppii kiinnittämään enemmän huomiota siihen, miten hän toimii eri tilanteissa sekä tunnistamaan riskejä. Kokemukset voivat opettaa myös retkahdusten syistä, ja siitä miten seuraavalla kerralla tilanteen voisi ehkäistä tai kiertää, jotta toiminnan lopputulos olisi toinen. Ei myöskään näytä olevan yhdentekevää millä tavalla toipuminen käsitteellistetään. Toipumisen sitominen sosiaaliseen todellisuuteen ja kokemuksiin kyseenalaistaa addiktion aivosairausmallin mukaista näkemystä siitä, että riippuvuudet olisivat ensisijaisesti (aivo)biologiaan perustuvia sairauksia³⁰. Se, miten retkahdukset nähdään

hoitojen tutkimuksessa ja miten ne suhteutetaan hoidon onnistumisen kriteereihin näyttää tarjoavan taas osasyyn tutkimusnäytön haasteille.

Tutkimusnäytön tuottamisesta

Jotta voitaisiin saada kestävä tutkimusnäyttöä päihderiippuvuuksien hoidoista, tarvitaan riittävä ymmärrys päihderiippuvuuden luonteesta, inhimillisestä toiminnasta ja siitä, mitä toipuminen oikeastaan tarkoittaa. Meillä on kykyjä ja edellytyksiä monenlaiseen toimintaan, käytämme näitä ominaisuuksia ja mahdollisuuksia vaihtelevasti eri konteksteissa ja sosiaalisten tilannetekijöiden vaikuttamana³¹. Tämä pätee myös yksilöihin, jotka kärsivät riippuvuudesta. Kuten olen edellä pyrkinyt osoittamaan, näissä kaikissa on omat haasteensa jo käsitteiden tasolla. Päihderiippuvuuksien ja niiden hoidon käsitteelliset haasteet eivät tietenkään ole ainoita haasteita tutkimusnäytön tuottamisessa. Näiden lisäksi on tehtävä oletuksia ja testauksia siitä, mihin hoito kohdistuu ja millä tavalla hoito on vaikuttavaa. Näkemys jonkinlaisen vian tai häiriön biologisesta korjaamisesta kausaalisesti vaikuttaisi riittämättömältä näin moniulotteisen ilmiön tapauksessa³².

Koska tieteessä käydään yhä kiivasta keskustelua siitä, minkälainen tila tai häiriö päihderiippuvuus oikeastaan on, ei ole myöskään yllättävää, ettei ole onnistuttu kehittämään hoitoa, joka tehoaisi riittävästi jokaiseen päihderiippuvuudesta kärsivään. Tämä pätee erityisesti silloin, jos hyväksytään, että riippuvuuden luonteen ymmärryksellä on merkitystä myös sen hoitamiseen. Kokonaisvaltaisesti tehokkaan hoitomuodon puuttuessa on kuitenkin kehitetty monia erilaisia hoitokeinoja. Hoitojen tarjonnan moninaisuus mahdollistaa päihderiippuvuuksista kärsivien yksilöllisten tarpeiden huomioimisen, mutta haittapuolena on, että tutkimusnäytön tuottaminen yhteiskunnallisen päätöksenteon tueksi vaikeutuu. Siirryn seuraavaksi käsittelemään seikkoja, jotka näen keskeisenä tämän haasteen syntyyn.

Erilaisia psykososiaalisia ja lääkehoitoja on tarjolla suuri kirjo. Ne vaihtelevat vertaistuesta ja psykoterapeuttisista lähestymistavoista erilaisiin lääkehoitoihin, rokotteisiin ja näiden kaikkien yhdistelmiin. Tietyille aineriippuvuuksille on kehitetty hoitomuotoja, joiden vaikuttavuuden näyttö on vahvaa. Tällaisia ovat esimerkiksi opioidiriippuvuuksien korvaushoidot³³. Ne eivät ole kuitenkaan yleistettävissä kaikkiin muihin aineriippuvuuksien hoitoihin. Vaikka tutkimusnäyttö jonkin hoidon vaikuttavuudesta on vahvaa, eri yksilöille toimivat erilaiset hoitomuodot, joten niiden tehokkuutta täytyy arvioida myös yksilötasolla.

Tässä olen kuitenkin kiinnostunut sellaisesta hoitojen vaikuttavuuden arvioinnista, joka tapahtuu tutkimuksen muodossa ja jota käytetään tieteellisenä tutkimusnäyttönä yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Huomionarvoista on, että jos päätöksiä tehdään esimerkiksi "huumeriippuvuuksien" tasolla, meillä pitäisi olla tutkimusnäyttöä, joka mahdollistaisi päätöksenteon tällä

yleisyyden tasolla. Vaikka esimerkiksi opioidikorvaushoidon vaikuttavuudelle on vahvaa tutkimusnäyttöä³⁴, se ei yksin riitä, jos tarkoitus on tehdä päätöksiä, jotka koskevat myös muita laittomia päihteitä ja niitä koskevia hoitoja. Tällaiset päätökset voivat esimerkiksi velvoittaa palvelunjärjestäjiä varmistamaan, että heillä on tarjolla riittävä hoidon ja kuntoutuksen menetelmäliskoima ja että näitä menetelmiä käytetään³⁵.

Tieteellisesti näiden hoitojen tehokkuutta tai vaikuttavuutta pyritään arvioimaan erilaisilla vaikuttavuustutkimuksilla. Lääketieteellistä tutkimusta on pyritty säätelemään hyvin järjestelmällisesti kansainvälisissä julistuksissa ja ohjeistuksissa, direktiiveissä ja kansallisissa lainsäädännöissä sekä muissa ohjeistuksissa, kuten Helsingin julistuksessa, Hyvän kliinisen tutkimuskäytännön periaatteissa, ja Suomen kansallisessa lääkelaisissa³⁶. Tutkimuksen viitekehyksen asettamisen ja sääntelyn voidaan nähdä olevan varmistus siitä, että tutkimus suoritetaan eettisten ja tieteellisten sääntöjen mukaisesti, ja että tulokset täyttävät nämä edellytykset ja ovat laadukkaita.

Yhteiskunnalliseen päätöksentekoon tarvittavaan tietopohjaan hoitojen vaikuttavuudesta kerätään aineistoa monella tavalla, esimerkiksi palveluntarjoajien oman laadunseurannan ja potilaskäynteihin liittyvien tilastojen avulla. Satunnaistettujen koe- ja kontrolliryhmien vertailu nähdään kuitenkin yhtenä luotettavimmista syy-seuraussuhteita todentavista tutkimusasetelmista³⁷. Tällaisessa tutkimuksessa osallistujat arvotaan koeryhmään, joka saa mahdollisesti uudenlaista hoitoa ja kontrolliryhmään, joka – tutkimuksesta riippuen – saa tavanomaista hoitoa, lumelääkettä, jonkin muun hoidon tai ei minkäänlaista hoitoa.

Tutkimuksessa valitaan yksi tai useampi vastemuuttuja, eli tässä tapauksessa hoitotulosta mittaava asia tai ominaisuus, ja sen muutoksia tarkastellaan suhteessa annettuihin hoitoihin. Tutkimuksessa pyritään ympäristön ja tilanteiden kontrolloinnin avulla tuottamaan luotettavaa näyttöä syy-seuraussuhteista annettujen hoitojen ja vastemuuttujien välillä. Niin kutsuttu tutkimusvaikutus (*clinical effect*) on ilmiö, jossa tutkitavat reagoivat tutkimuksessa johonkin muuhun kuin tutkimuksessa annettuihin hoitoihin. Jotta tutkimusvaikutusta voidaan minimoida, asetelma pyritään sokkouttamaan, eli tutkittavat ja heidän tutkijansa eivät tutkimuksen lääkehoitajakson aikana saa tietää mitä (lääke) hoitoa tutkittava saa. Sokkouttaminen ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa mahdollista. Esimerkiksi psykoterapioiden sokkouttaminen on käytännössä mahdotonta, ja korvaushoidon korvaaminen lumelääkkeellä ei liene mahdollista, koska vieroitusoireita ei saada ehkäistyä ja tutkittava huomaisi hyvin nopeasti, ettei saisi vaikuttavaa hoitoa.

Koska satunnaistetulla kontrolloidulla tutkimusasetelmalla voi olla tällaisia käytännön ja myös puhtaan eettisiä esteitä, myös muita asetelmia käytetään. Kvasi-kokeellisissa tutkimusasetelmissa tutkittavia ei satunnaisteta koe- ja kontrolliryhmiin, tai kontrolliryhmä voi puuttua kokonaan. Tällöin voidaan tutkia hoidon

vaikuttavuutta esimerkiksi vertaamalla yksilön vastemuuttujassa tapahtuvaa muutosta ennen ja jälkeen annetun hoidon.³⁸ Päihderiippuvuuden hoidossa voidaan mitata muun muassa päihteiden käytön määrän muutoksia, erilaisia hyvinvoinnin indikaattoreita ja komorbiditeetteja, eli häiriöiden yhteisesiintymisiä³⁹.

Tarkoituksenani ei ole tässä tyhjentävästi kuvailla vaikuttavuustutkimuksien koko kirjoa, vaan piirtää kuvaa siitä, minkälaisista lähtöasetelmista päihderiippuvuuden hoidoista saatavaa tutkimusnäyttöä yleensä pyritään tuottamaan. Jokaisella näistä tutkimusasetelmista on myös omat metodologiset haasteensa, jotka eivät johdu tai riipu siitä, mikä tutkimuksen kohde on⁴⁰. Päihderiippuvuuden hoidon vaikuttavuustutkimusten haasteet eivät muodostu vain siitä, etteivät käytössä olevat käsitteet ja ymmärrys päihderiippuvuudesta ole aina yhdenmukaisia ja toisiinsa vertautuvia, vaan myös siitä, miten vaikuttavuutta ylipäänsä tieteellisesti tutkitaan. Myös laadullisen tutkimuksen tuominen lääketieteessä arvostetuimman satunnaistetun kontrollitutkimuksen rinnalle voisi antaa lisätietoa niin päihderiippuvuuden hoidon tutkimukseen liittyvistä haasteista kuin hoitojen vaikuttavuudestakin⁴¹. Laadullinen tutkimus mahdollistaa riippuvuudesta toipumisen ja hoitojen vaikuttavuuden tarkastelun monipuolisesti, huomioiden yksilön kokemukset ja sen miten ne kytkeytyvät tilanteisiin, ympäristöön, ympäröivään yhteiskuntaan ja sosiaalisiin suhteisiin. Se voi rikastaa yhteiskunnallisen päätöksentekoon tarvittavaa tutkimusnäyttöä, jos se tulee sisällytetyksi tutkimusnäyttöä kokoaviin kirjallisuuskatsauksiin. Tällaisia katsauksia tehdään esimerkiksi palveluvalikoimasuosituksissa tai *Käypä hoito* -suositusten taustalle. Laadullinen tutkimus ei kuitenkaan pysty tyhjentävästi vastaamaan kaikkiin tutkimusnäytön riittämättömyyden ja heikkouden haasteisiin.

Päihdeettömyys ja toipuminen tutkimuksessa

Erilaisten hoitojen vaikuttavuuden tutkimus nojaa vääjäämättä myös siihen, millainen käsitys sairaudesta tai häiriöstä hoidon taustalla on. Esimerkiksi aivosairuuskäsitteellisen mukainen käsitys addiktiosta on helposti nähtävissä puhtaasti lääketieteellisin termein: aivoissa on rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia sekä mahdollisesti toimintahäiriöitä, ja näitä pyritään korjaamaan lääkitykseen perustuvalla hoidolla sellaiselle tasolle, jonka nähdään olevan ”normaali”. Amerikan kansallisen huumeiden väärinkäytön instituutin (*National Institute for Drug Abuse, NIDA*) johtaja Nora Volkow kirjoittaa *Lancetin* kommentaarissaan, miten opioidiriippuvuuden hoidossa oikeanlainen lääkitys mahdollistaa aivojen parantumisen (*heal*)⁴². Erilaisissa psykoterapioissa voidaan nähdä, että hoito suunnataan kohentamaan ja vahvistamaan yksilön hyvinvointia myös muuten kuin puhtaasti biologisin perustein. Hoidot voivat ottaa lähtökohdakseen toimintakyvyn lisäämisen, oli kyseessä sitten uusien taitojen oppiminen tai vanhojen vahvistaminen. Käsitys päihderiippuvuuden luonteesta siis vaikuttaa

myös näiden tutkimusten taustalla, koska hoidot pyrkivät vaikuttamaan sellaisiin muuttujiin, joiden ajatellaan aiheuttavan, mahdollistavan tai ylläpitävän päihderiippuvuutta.

Päihderiippuvuuksien hoitojen kirjo on laaja ja oikeastaan ainoa yhdistävä tekijä niissä on se, että ne jollain tavalla liittyvät päihteeseen. Käytännössä hoidossa päihteen käyttömäärää pyritään mittaamaan jokseenkin järjestelmällisesti. Usein päihderiippuvuuksien tilan seurannassa voidaan käyttää kokeita, joissa seulotaan onko jotakin päihdettä käytetty viime aikoina, mitä päihteitä ylipäätään on käytetty tai kuinka paljon kyseisiä päihteitä on käytetty. Siksi on hyvin ymmärrettävää, että toipuminen voidaan usein kytkeä jollakin tavalla päihteen käyttömääriin tai päihteen käytön lopettamiseen. Tämä pätee myös tutkimuksessa käytettyihin muuttujiin, joilla arvioidaan hoitotulosta.

Toipumisen suhde päihteen käyttöön tai niistä pidättäytymiseen onkin yksi keskeinen huomion kohde myös päihderiippuvuuksien hoitojen tieteellisessä tutkimuksessa. Ei kuitenkaan ole selvää, että virtsa- tai verikokeen tulokset kertoisivat suoraan päihderiippuvuuden tilasta tai yksilön toipumisesta. Kaikki aineiden käyttö näkyy näytteessä, mutta ei kerro onko kyseessä esimerkiksi kokeilu tai vakava riippuvuus. ”Puhdas” eli päihteistä vapaa näyte ei myöskään anna varmuutta siitä, että ongelmallinen päihteen käyttö olisi loppunut pidemmäksi aikaa ja kestäväällä tavalla. Toisinaan päihderiippuvaiset ovat syystä tai toisesta pidemmän aikaa ilman päihdettä. Syyt voivat olla ulkoisia: yksilö ei esimerkiksi ole saanut hankittua päihdettä tai on päättänyt pitää taukoa käytöstä. Esimerkiksi heroiininkäyttäjät ovat raportoineet, että he toisinaan vieroittavat itsensä tarkoituksellisesti irti heroiinista, jotta sietokyky aineelle laskisi⁴³. Tämä vaikuttaa hyvinkin perustellulta toimintamallilta niin taloudellisesti kuin kehon kuormituksen näkökulmasta, jos hyväksytään, että heroiinin käytön jatkaminen kuitenkin nähdään mielekkäänä toimintavaihtoehtona.

Tämä keskustelu nostaa myös esiin, että on tärkeää erotella, millaista päihteen käyttö on. Onko se ongelmallista käyttöä, vai onko kyse esimerkiksi hallinnassa olevasta suurkulutuksesta? Onko tällä merkitystä hoidolle tai siitä tuotetulle tutkimusnäytölle? Jos kuitenkin keskitytään nimenomaan päihderiippuvuuksista *kärsiviin*, on varmasti turvallista sanoa, että päihteen jonkinasteinen vähentäminen, rajoittaminen tai kontrollointi on olennaista, jotta toipuminen pääsee alkamaan. Kysymys on vain siitä, rinnastetaanko hoidon vaikuttavuuden tutkimuksessa toipuminen päihteettömyyteen. Kysymykseen vastaaminen tuntuu vaihtelevan päihteittäin.

Nykyinen lääketiede antaa ainakin opioidien osalta vastauksen, sillä on selvää että korvaushoito on yksi tehokkaimmista hoitomuodoista opioidiriippuvuuden hoidossa⁴⁴. Korvaushoidossa laitton päihde korvataan tyypillisesti aineella, jolla voi olla samanlaisia tai samankaltaisia ominaisuuksia kuin ongelmakäytössä olleella

päihteellä. Heroiiniavusteisessa hoidossa kyse ei edes ole aineen korvaamisesta toisella, vaan ”korvaaminen” eli hoidon vaikuttava osa kohdistuu muuhun kuin ongelmapäihteen korvaamiseen muulla aineella. Lopputulokseen, eli halun sammuttamiseen ja vieroitusoireiden ehkäisemiseen, pyritään sen sijaan saman aineen hallitulla ja rajoitetulla käytöllä. Korvaushoito ja heroiniavusteinen hoito ovat esimerkkejä siitä, ettei toipumisen välttämättömänä piirteenä tarvitse olla päihteettömyys⁴⁵.

Lisäksi, koska päihderiippuvuus ei ole pelkästään päihteen ja yksilön aivojen vuorovaikutuksen synnyttämä häiriö, ei ole mielekästä keskittyä ainoastaan päihteen kulutusmääriin. Päihteen käyttö ja sen myötä syntyvä riippuvuus tulisi nähdä monimutkaisempana ilmiönä. Tämän ovat todenneet sekä aivosairausmallin edustajat että sen vastustajat, joiden näkemykset addiktioista voivat muuten vaihdella paljonkin⁴⁶. On olennaista ymmärtää, että päihderiippuvuus syntyy aina jossain ympäristössä, jossa käytön erityispiirteillä tai sosiaalisella verkostolla on myös merkitystä. Vaikka päihteettömyys olisi helposti mitattava vastemuuttuja, sen toimivuus päihderiippuvuuden hoitoja koskevan tutkimusnäytön tuottamisessa ei vaikuta olevan yksiselkoista.

Milloin on ”tarpeeksi” toipunut?

Päihderiippuvuuksien hoitojen vaikuttavuuden arviointiin vaikuttaa tietenkin myös se, *milloin* vaikuttavuutta arvioidaan. Onko kyseessä tietynkestoinen ohjelma, vai onko hoito jatkuvaa kuten korvaushoitoa? Vaikuttavuustutkimuksen lopputulema antaa tutkimusnäyttöä hoidon vaikuttavuudesta, mutta se ei automaattisesti kerro siitä, miten hyvin hoidon teho kantaa tulevaisuudessa. Hoitoja koskevassa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa tällaisella tutkimusnäytöllä on tarvetta, ja jos pitkäaikaista tutkimusnäyttöä ei ole saatavilla tai se ei ole riittävää, se voi vinouttaa näitä päätöksiä ja aiheuttaa sitä kautta haittaa palvelujärjestelmälle ja sen käyttäjille. Päihderiippuvuuden vaikutukset voivat olla elinikäisiä ja myös hoidon vaikuttavuutta olisi hyvä tutkia yhtä kattavalla aika-akselilla.

Vuosikymmenten läpi kestäväillä tutkimusasetelmilla on usein monenlaisia haasteita. Toisinaan päihderiippuvaisten ongelmana on sitoutuminen hoitoon, ja sama ongelma nousee esille myös seurantatutkimuksissa. Tämä pätee myös muihin kuin päihderiippuvuuden hoitojen seurantatutkimuksiin. Usein hoidon onnistumista mitataan kuukausien tai muutaman vuoden pituisilla seurantatutkimuksilla. Mitä pidempää seuranta on, sen suurempi tutkittavien joukko tyypillisesti jää pois tutkimuksesta. Pienenevä ja valikoitunut tutkittavien määrä heikentää tutkimuksen luotettavuutta erityisesti silloin, kun keskeyttävien perusteita ei tiedetä. Myös tutkimukseen osallistujien edustavuudesta on käyty keskustelua⁴⁷. Ei ole itsestään selvää, että otoksen tuottama tutkimusnäyttö olisi yleistettävissä kaikkiin hoitoa saaneisiin yksilöihin, varsinkin jos tutkimusasetelma sulkee pois potilaat, joilla on myös esimerkiksi muita diagnooseja.

Seurantatutkimukset ovat kuitenkin tärkeitä nimenaan ilmiöissä, joissa ei välttämättä voida vetää yksiselitteistä rajaa siihen, milloin hoito on onnistunut ja yksilö toipunut. Jos vertaa umpisuolen leikkauksen seurantatutkimusta, ei useamman vuoden seuranta enää anna leikkauksen onnistumisesta kovinkaan paljoa uutta tietoa, kun taas psykoterapeuttiset interventiot päihderiippuvaisen elämänhallintaan jatkavat eri tavalla yksilön elämässä mukana. Jälleen kerran rinnastus jonkinlaisen taidon hankkimiseen tai kyvyn ylläpitämiseen on ehkä hyödyllinen. Hyvän kestävyuden hankkinut liikkuja voi hetkellisesti kokea notkahduksia kestävyyskunnossaan, mutta se ei tarkoita, että hän olisi menettänyt kykynsä tai että hänen taitonsa olisivat kadonneet. Lisähaasteen tällaisten seurantatutkimusten luotettavuuteen tuo jo edellä mainittu huomio siitä, että päihderiippuvuutta voidaan luonnehtia relapsoivaksi, jolloin yhden hoidon hetkellisen ”toimimattomuuden” ei pitäisi yksioikaisesti todistaa, että hoito ei ole vaikuttava⁴⁸. Retkahdus vaatii tarkempaa tarkastelua ja tulkintaa siitä, oliko kyseessä jokin sellainen tilanne, joka voidaan nähdä harjoitteluna, osana yritystä toipumisprosessissa. Retkahdus todennäköisesti vaatii lisähoitoa ja sen mukana lisää yrittämistä, mutta tarvitaan lisäkriteereitä sille, että retkahdus olisi merkki hoidon epäonnistumisesta, ja tämä on olennaista huomioida myös tutkimusnäytön tuottamisessa.

Yhteiskunnallisia ja eettisiä vaikutuksia

Kuten edellä on tullut ilmi, tieteellinen yhteisö ei ole saavuttanut yhteisymmärrystä päihderiippuvuuden luonteesta. Ei ole yhdentekevää, minkä käsityksen otamme yhteiskunnalliseen käyttöön, koska eri mallien ja käsityksien ”totuudenmukaisuus”, eli se, miten hyvin ne kuvaavat päihderiippuvaisten tarpeita ja päihderiippuvuuteen kohdistettuja käytänteitä aiheuttavat yksilöille erilaisia seurauksia: esimerkiksi päihdeettömyys voi olla edellytys joidenkin palveluiden käyttämiselle tai töihin palaamiselle. Yhteiskunnallinen päätöksenteko pyrkii tutkimusnäytön hyödyntämiseen ratkaisuisaan. Jos käsitteellinen epäselvyys vaikeuttaa päätöksiä, jotka liittyvät päihderiippuvuushoitoihin ja muihin palveluihin kuten asumisen tai sosiaaliseen tukeen, on vaarana, että palveluiden käyttäjätkin voivat tällöin kärsiä päätösten taustalla vaikuttavasta epäselvien käsitteiden siivittävästä heikosta tutkimusnäytöstä.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen väestökyselyjen tilastot kertovat, että vuosien 1992 ja 2018 välillä huumeiden käyttö on yleistynyt ja moninaistunut⁴⁹. Päihdehuollon huumeasiakkailta 2018 teetetyssä kyselyssä opioidit mainitaan huumeeksi, joka aiheuttaa käyttäjille merkittäviä ongelmia⁵⁰. On tärkeää huomata, että hoitoon hakeutuvista suurin osa (81 prosenttia vastaajista) nimeää ongelmakäyttöön kaksipäihdettä, vastaajista reilu puolet (54 prosenttia) on sekakäyttäjiä ja 17 prosenttia ei osannut nimetä ongelmallisinta päihdettään⁵¹. ICD-10 diagnoosikäsi kirja tunnistaa moni-

huumeriippuvuuden, ja sille on oma diagnoosinsa, mutta terveydenhuoltojärjestelmä joka osaltaan nojaa tautiluokitukseen, näyttäytyy kuitenkin esimerkiksi *Käypä hoito* -suosituksessa ”yhden huumeen periaatteella” järjestäytyneeksi⁵². Tämä voi selittyä sillä, että hoitosuosituksissa käytetty tutkimusnäyttö on tyypillisesti päihdekohtaista ja näin sekakäyttäjien hoitojen tutkimusnäyttö voi jäädä puutteelliseksi. Tämä asettaa sekakäyttäjät – joita voi päihdeiden käyttäjistä olla valtaosa – tilanteeseen, jossa hoidot eivät nojaa yhtä vahvaan tutkimusnäyttöön kuin yksittäisten päihderiippuvuuden tapauksessa, ja johon he eivät ominaisuuksiltaan helposti sovi.

Sama ”sopimattomuus” kuvaa päihderiippuvuuteen liittyviä retkahduksia. Jos retkahdukset voivat olla osa toipumisprosessia, päihteen käyttö ei voi olla objektiivinen kriteeri, koska se ei yksin kerro luotettavasti toipumisesta. Käytön mittarina pitäminen voi pahimmillaan johtaa siihen, ettei hoitosuhdetta jatketa: retkahdus voidaan nähdä osoituksena siitä, että yksilö ei ole sitoutunut hoitoon. Tällainen vinouma voi myös valua tutkimusnäyttöön, jos tutkimusasetelmassa vastemuuttujiin vaikuttaa puutteellinen tai vinoutunut näkemys päihderiippuvuudesta, retkahdusten merkityksestä ja riippuvuudesta toipumisesta. Rinnalla kulkeva laadullinen tutkimus voisi myös tässä tehdä näkyväksi näitä vinoumia ja antaa näyttöä taustalla vaikuttavista näkemyksistä. Esimerkiksi heroiniavusteisen hoidon tutkimuksessa ennakkoluuloja heroiniin merkityksestä käyttäjille purettiin haastattelemalla potilaita ja heidän läheisiään. Tämä teki myös näkyväksi sosiaalisia ja kulttuurisia tekijöitä hoidon vaikuttavuuden takana⁵³.

Tutkimusnäytön puute voi myös pahimmassa tapauksessa toimia yhtenä palasena stigman luomisessa päihderiippuvuuden ympärille tukemalla mielikuvaa ”vaikeasta” kohderyhmästä. Vaikeuden mielikuva syntyy tässä siitä, että riittävän ja vahvan tutkimusnäytön tuottaminen on päihderiippuvuudessa edellä kuvatun mukaisesti monisäikeisen haasteellista. Tätä näkemystä vaikeasta kohderyhmästä ei kuitenkaan voi missään mielessä pitää oikeutettuna tai hyvin perusteltuna. Yksittäiset päihderiippuvuudesta kärsivät yksilöt eivät omalla toiminnallaan ole vaikuttaneet siihen, että päihderiippuvuuden ymmärtäminen tieteellisessä ja kliinisessä ympäristössä on yhä kiistanalaista ja sen myötä hoitojen vaikuttavuuden tutkiminenkin on haasteellista.

Päihderiippuvuuden ja siihen kohdennettujen hoitojen tieteellisellä tutkimuksella voi olla merkittäviä vaikutuksia niin yhteiskunnalliseen päätöksentekoon kuin ilmiön kanssa eläville yksilöille. Tutkimusnäyttö ei aina tuo ratkaisuja arjen ongelmiin olivatpa ne sitten yhteiskunnallisia tai yksilöllisiä. Näytön puute tai riittämättömyys voi myös olla osasyynä näiden ongelmien syntyyn. Tämän huomion myötä tutkimusetiikan tärkeys laajasti ymmärrettyinä korostuu entisestään. Ei ole eettisesti yhdentekevää minkälaisia käsitteitä tutkimuksessa käytetään tai miten käsitteet kuten ’päihderiippuvuus’, ’retkahdus’ tai ’toipuminen’ ymmärretään.⁵⁴

Viitteet

- 1 Ks. esimerkiksi päihdepalvelujen tarjoamisen moninaisuudesta Klingeman 2020.
- 2 Ks. tutkimuksen yhteiskunnallisesta vaikuttavuuden arvioinnista Muhonen 2021. Esimerkki tällaisesta ks. EMCD-DA 2012.
- 3 Kotovirta ym. 2021.
- 4 Palko 2020. Toimin tällä hetkellä Palkon Mielenferveys ja päihtet -jaoston etiikan asiantuntijana Huumeriippuvuuk-sien hoitosuosituksen valmistelussa.
- 5 Käytän sanaa 'tietopohja' viittaamaan siihen kokonaisuuteen, jota käytetään yhteiskunnallisen päätöksenteon pohjana. 'Tutkimusnäyttö' on tyypillisesti ainakin osa tätä tietopohjaa. Heikko laatu viittaa siihen, etteivät tutkimukset syystä tai toisesta täytä vaadittuja tieteellisiä kriteerejä, esimerkiksi niiden otoskoko on liian pieni tai käytetyt mittaussenetelmät eivät ole luotettavia.
- 6 Ks. Clarkeburn & Mustajoki 2007.
- 7 Ks. esim. Melberg ym. 2011.
- 8 Ks. Nutt ym. 2007; Degenhardt & Hall 2012.
- 9 WHO 2004; APA 2013.
- 10 Duodecim, *Käypä hoito* -suositus.
- 11 Ks. Hotus, Näytönasteen määrittäminen.
- 12 Selin 2011.
- 13 Klingeman 2020; Selin 2010. Käytän tässä artikkelissa termejä 'addiktio' ja 'riippuvuus' keskenään synonyymeina.
- 14 Heather ym. 2018.
- 15 Heather 2013.
- 16 APA 2013.
- 17 WHO 2004; APA 2013; vrt. THL 2020.
- 18 Esim. Lewis 2012; Walker 2011.
- 19 Esim. Flanagan 2011.
- 20 Vrt. kuitenkin Tengland 2018.
- 21 Addiktiosta toipumisen yhteydessä ks. esim. Lewis 2017.
- 22 Ks. esim. Best & Kawalek artikkelissa Heather ym. 2018.
- 23 Ks. keskustelu asiasta Wiers artikkelissa Heather ym. 2018.
- 24 Ks. Melemis 2015.
- 25 Perneger ym. 2000; Uusitalo 2019.
- 26 Best & Kawalek artikkelissa Heather ym. 2018; vrt. Lewis 2017.
- 27 Leshner 1997.
- 28 Ks. esim. Opioidiriippuvuuden ICD-10 diagnosikriteerit, *Käypä hoito* -suositus 2018.
- 29 Ks. esim. Livingstone-Banks ym. 2019; Leone ym. 2010; Dutra ym. 2008; Tims ym. 2001.
- 30 Ks. Best & Kawalek artikkelissa Heather ym. 2018.
- 31 Ks. esim. Vargas 2018; Uusitalo 2018.
- 32 Ks. Levy 2013.
- 33 Ks. esim. Mattick ym. 2014.
- 34 Ks. esim. Huumeongelman hoito -suosituksen näytönastekausket 2018.
- 35 Palko 2020.
- 36 WMA 2013; European Medicines Agency GCP 2002; FINLEX.
- 37 Grimshaw ym. 2000.
- 38 Sama 2000.
- 39 Käytön määrä: esim. Minozzi 2016. Mielenferveys: esim. Cavicchioli 2018; Sancho 2018; Morris 2018. Komorbiditeetti: esim. Haller 2016.
- 40 Ks. Hotus Tutkimusten arviointikriteeristö JBI.
- 41 EBM Resources.
- 42 Volkow 2018, 285.
- 43 Ainslie 2000.
- 44 Mattick ym. 2013; ks. myös Volkow 2018.
- 45 Uusitalo & Broers 2016.
- 46 Leshner 1997; Heather ym. 2018.
- 47 Storbjörk 2014.
- 48 Vrt. Marlatt & George 1984.
- 49 Karjalainen ym. 2020.
- 50 Impinen & Rönkä 2020.
- 51 Sama, 1.
- 52 Ks. Duodecim, Huumeongelmien hoito-suosituksissa olevat taulukot huume- ja huumeriippuvuuden kohtaisista taulukoista.
- 53 Romo ym. 2009.
- 54 Toimittajat ovat lisänneet ingressiin ja johdantoon lauseita. Kirjoittaja on korjannut lauseet sisältöä vastaaviksi.
- Ainslie, George, A Researched-Based Theory of Addictive Motivation. *Law and Philosophy*. Vol. 19, No. 1, 2000, 77–115.
- American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5. painos. American Psychiatric Association 2013.
- Cavicchioli, M., Movalli, M., Maffei, C., The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *European Addiction Research*. Vol. 24, No 3, 2018, 137–162.
- Clarkeburn, Henriikka & Mustajoki, Arto, *Tutkijan arkipäivän etiikka*. Vastapaino, Tampere 2007.
- Degenhardt, Louisa & Hall, Wayne, Extent of Illicit Drug Use and Dependence, and Their Contribution to the Global Burden of Disease. *The Lancet*. Vol. 379, No. 9810, 2012, 55–70.
- Dutra, Lissa, Stathopoulou, Georgia, Basden, Shawnee L., Leyro, Teresa M., Powers, Mark B. & Otto, Michael W., A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 165, No 2, 2008, 179–187.
- European Medicines Agency, *ICH E6 (R2) Good clinical practice (GCP)*. 2002. Verkossa: ema.europa.eu/en/ich-e6-r2-good-clinical-practice
- Euroopan huumeaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCD-DA), EMCDDA Insights 2012 New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Euroopan unionin julkaisutoimisto, Lisbon 2012.
- Evidence based medicine (EBM), EBM Resources. Verkossa: sites.google.com/site/evidencebasedmedicineuos/ebm-resources
- Flanagan, Owen, What Is It Like to Be an Addict? Teoksessa *Addiction and Responsibility*. Toim. Jeffrey Poland & George Graham. MIT Press, Cambridge (MA) 2011, 269–292.
- Grimshaw, J., Campbell, M., Eccles, M., & Steen, N., Experimental and Quasi-Experimental Designs for Evaluating Guideline Implementation Strategies. *Family practice*. Vol. 17, 2000, Suppl 1, S11–S16.
- Haller, M., Norman, S. B., Cummins, K., Trim, R. S., Xu, X., Cui, R., Allard, C. B., Brown, S. A. & Tate, S. R., Integrated Cognitive Behavioral Therapy Versus Cognitive Processing Therapy for Adults With Depression, Substance Use Disorder, and Trauma. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 62, 2016, 38–48.

- Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., Reinout W. & Heim, D., Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory*. Vol. 26, No. 4, 2018, 249–255.
- Heather N., A Radical but Flawed Proposal. Comments on Rehm et al., 'Substance Use Disorders. Do We Really Need More than Heavy Use?' *Alcohol and Alcoholism*. Vol. 48, No. 6, 2013, 646–647.
- Hotus, Tutkimuksen arviointikriteerit (JBI). Verkossa: hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/
- Impinen, Antti & Rönkä, Sanna, Päihdehuollon huumeasiakkaat 2018. Tilastoraportti 14/2020. THL 2020.
- Karjalainen, Karoliina & Pekkanen, Niina & Hakkarainen, Pekka, *Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018*. 2020. Verkossa: urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-441-7 Raportti : 2020_002 julkari.fi/handle/10024/139059
- Klingeman, Harald, Successes and failures in treatment of substance abuse: Treatment system perspectives and lessons from the European continent. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. Vol. 37, No 4, 2020, 323–337.
- Kotovirta, Elina, Markkula, Jaana, Pajula, Mari, Paavola, Meri, Honkanen, Reetta & Tuominen, Ismo, *Päihde- ja riippuvuusstrategia: Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030*. Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.
- Leone, M. A., Vigna Taglianti, Federica, Avanzi, GianCarlo, Brambilla, Romeo & Faggiano, Fabrizio, Gamma Hydroxybutyrate (GHB) for Treatment of Alcohol Withdrawal and Prevention of Relapses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. No 2, 2010.
- Leshner, A. I., Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science*. Vol. 278, No. 5335, 1997, 45–47.
- Levy, Neil, Addiction is Not a Brain Disease (and it Matters). *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 4, 2013, Article No. 24.
- Lewis, Marc, *The Memoirs of an Addicted Brain. A Neuroscientist Examines His Former Life on Drugs*. New York, PublicAffairs 2012.
- Lewis, Marc, Addiction and the Brain: Development, Not Disease. *Neuroethics*. Vol. 10, 2017, 7–18.
- Livingstone Banks, Jonathan, Norris, Emma, Hartmann-Boyce, Jamie, West, Robert, Jarvis, Martin, Chubb, Emma & Hajek, Peter, Relapse Prevention Interventions for Smoking Cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 28.10.2019.
- Lääkelaki. Verkossa: finlex.fi/fi/laki/ajantas/1987/19870395
- Marlatt, G. Alan & George, William H., Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*. Vol. 79, 1984, 261–273.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M., Buprenorphine Maintenance versus Placebo or Methadone Maintenance for Opioid Dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. No. 2, 2014.
- Melberg, H. O., Hakkarainen, P., Houborg, E. ym., Measuring the Harm of Illicit Drug Use on Friends and Family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. Vol. 28, No. 2, 2011, 105–121.
- Melemis, S. M., Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *The Yale journal of biology and medicine*. Vol. 88, No. 3, 2015, 325–332.
- Minozzi, S., Saulle, R., De Crescenzo, F. & Amato, L., Psychosocial Interventions for Psychostimulant Misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 29, No. 9, 2016.
- Morris, L., Stander, J., Ebrahim, W., Eksteen, S., Meaden, O. A. & Ras, A. ym., Effect of Exercise versus Cognitive Behavioural Therapy or No Intervention on Anxiety, Depression, Fitness and Quality of Life in Adults with Previous Methamphetamine Dependency. A Systematic Review. *Addiction Science & Clinical Practice*. Vol. 13, No. 1, 2018, 4.
- Muhonen, Reetta, Tutkimuksen yhteiskunnallisen vaikuttavuuden arvioinnin haasteet. *Vastuullinen tiede* 23.3.2021. Verkossa: vastuullintiede.fi/fi/jatkokaytto/tutkimuksen-yhteiskunnallisen-vaikuttavuuden-arvioinnin-haasteet
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., Blake-more, C., Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse. *Lancet*. Vol. 369, No. 9566, 2007, 1047–53.
- Palveluvalikoimaneuvosto, Palveluvalikoimaneuvoston suositus Riippuvuus-sairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät, osa 1: Alkoholiriippuvuus. Hyväksytty 11.6.2020. Verkossa: palveluvalikoima.fi/valmiit-suositukset
- Perneger, Thomas V., Mino, Annie, Giner, Francisco, Broers, Barbara, Patterns of Opiate Use in a Heroin Maintenance Programme. *Psychopharmacology*. Vol. 152, No. 1, 2000, 7–13.
- Romo, N., Poo, M., Ballesta, R., the Pepsa team, From Illegal Poison to Legal Medicine: A Qualitative Research in a Heroin Prescription Trial in Spain. *Drug and Alcohol Review*. Vol. 28, No. 2, 2009, 186–195.
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodriguez, R. C., Mallorqui-Bague, N., Sanchez-Gonzalez, J., Trujols, J. ym., Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 9, 2018, 95.
- Selin, Jani, Lääketiede, huumeriippuvuus ja huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1965–2005. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. Vol. 47, No. 4, 2010, 250–265.
- Selin, Jani, Implementation of substitution treatment in Finland: Beyond rationalisation and medicalisation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. Vol. 28, No. 1, 2011, 29–42.
- Storbjörk, Jessica, Implications of enrolment eligibility criteria in alcohol treatment outcome research: Generalisability and potential bias in 1- and 6-year outcomes. *Drug and Alcohol Review*. Vol. 33, November 2014, 604–611.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, Huumeongelman hoito. *Käypä hoito* -suositus. Duodecim, Helsinki 2018. Verkossa: kaypahoito.fi/hoi50041
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, Opioidiriippuvuuden diagnostiset kriteerit ICD-10. *Käypä hoito* -suositus. Helsinki, 2018. Verkossa: kaypahoito.fi/nix00465
- Tengland, P.-A., The Concept of 'Recovery' in Social Psychiatry, ESPMH conference. 24.8.2018 Lisbon.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), kansainväliset tautiluokitukset. Verkossa: thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/rahapeliuongelma/kansainvaliset-tautiluokitukset Luettu: 19.2.2021.
- Tims, Frank M., Leukefeld, Carl G., & Platt, Jerome J. (toim.), *Relapse and Recovery in Addictions*. Yale University Press, London 2001.
- Uusitalo, Susanne, Reading Against the Grain of Vulnerability in Addiction. Philosophical Reflections on Agency and Vulnerability. *Suomen Antropologi: Journal of the Finnish Anthropological Society*. Vol. 43, No. 3, 2019, 56–72.
- Uusitalo, Susanne & Broers, Barbara, Addiction, Heroin-Assisted Treatment and the Idea of Abstinence. A reply to Henden. *Bioethics*. Vol. 30, 2016, 776–780.
- Vargas, Manuel R., Social Constitution of Agency and Responsibility: Oppression, Politics, and Moral Ecology. Teoksessa Hutchison, Katrina & Mackenzie, Catriona & Oshana, Marina (toim.), *Social Dimensions of Moral Responsibility*. Oxford University Press, Oxford 2018, 111–136.
- Volkow, Nora D., Medications for Opioid Use Disorder. Bridging the Gap in Care. *Lancet*. Vol. 391, 2018, 285–287.
- Walker, Steve, *Steve. Unwanted*. London, Short Books 2011.
- World Health Organization (WHO), *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems*. 10. versio, 2. painos. World Health Organization, Geneva 2004. Verkossa: apps.who.int/iris/handle/10665/42980
- World Medical Association (WMA), Maailman lääkäriliitto, Helsingin julistus. 2013. Verkossa: laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/helsingin-julistus/