

Karoliina Karjalainen ja Tomi Lintonen

Lääkäreillä keskeinen rooli PKV-lääkkeiden käytön seurannassa

Rattijuopoilla voi olla monia terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia

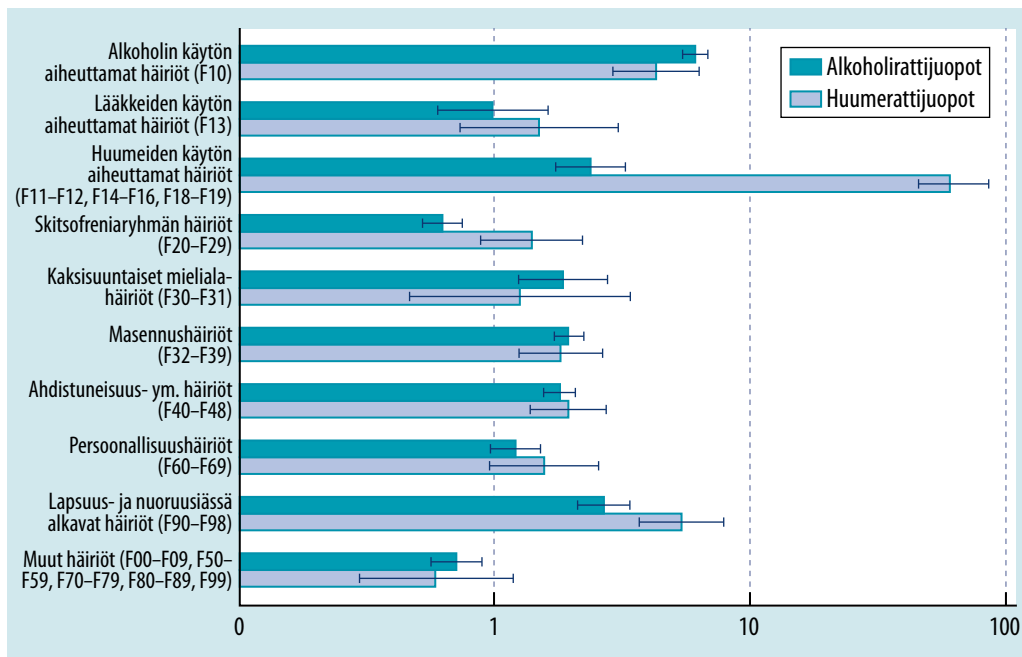
Vaikka rattijuopumustapaukset ovat kaikkiaan vähentyneet, huumeita tai lääkkeitä käyttäneiden kuljettajien osuus niissä on lisääntynyt. Suomalaisiin rekisteriaineistoihin pohjautuvissa tutkimuksissa on tarkasteltu rattijuopumukseen liittyviä tekijöitä ja todettu rattijuopumuksen voivan olla viite monista erilaisista terveydellisistä tai sosiaalisista ongelmista. Lääkkeitä, varsinkin bentsodiatsepiineja käyttäneet rattijuopot olivat usean mittarin mukaan sairaita ja heikossa asemassa. Lääkäreillä on keskeinen rooli rattijuopumustapausten vähentämisessä muun muassa päihdeongelmien hoidon ja PKV-lääkkeiden käytön seurannan muodossa. On mahdollista, että rattijuopolle on kasautunut useita erilaisia ongelmia samanaikaisesti, minkä vuoksi rattijuoppojen hoidossa on syytä kiinnittää huomiota kokonaisvaltaiseen tilanteen kartoitukseen sekä moniammatillisen yhteistyön hyödyntämiseen.

Rattijuopumus on harvoin kuljettajan muusta elämäntilanteesta irrallinen taaphtuma, vaikka useimmiten rattijuopumuksesta puhuttaessa keskiössä ovat liikenneturvallisuuteen liittyvät seikat sekä muille henkilöille tai yhteiskunnalle aiheutuvat haitat (1). Rattijuopumus voi olla viite siitä, että kiinnijääneellä on vakaviakin päihdeongelmia, mitä tukevat muun muassa suuret alkoholipitoisuudet kiinnijäämisen hetkellä, rattijuopumuksen toistuva uusiminen sekä viitteet päihteiden sekakäytöstä (2,3,4).

Vaikka rattijuopumustapaukset ja alkoholin käyttö liikenteessä ovat viime vuosina vähentyneet, on erityisesti huumeiden ja lääkkeiden käyttö liikenteessä lisääntynyt (5). Yhtenä tekijänä tässä kehityksessä on ollut vuonna 2003 voimaan tullut niin sanottu nollatoleranssilaki huumeista liikenteessä, sillä sen jälkeen epäiltyjen huumerattijuopumustapausten määrä alkoi lisääntyä (6). Edelleen jatkuva lisääntyminen tuskin kuitenkaan on enää selitettävissä pelkästään kyseisen lain voimaantulolla, vaan yhä

useampi on liikenteessä huumeiden tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena niin, että ajokyky on heikentynyt. Euroopan maiden keskiarvoon verrattuna alkoholia tai huumeita käyttäneitä kuljettajia on Suomen liikennevirrassa vähemmän, mutta suomalaisista kuljettajista suurempi osuus on käyttänyt ajokykyä heikentäviä lääkkeitä (7). Ajokykyä heikentävien lääkkeiden käytön lisääntyminen liikenteessä tekee muiden ongelmien ohella rattijuopumusilmiöstä keskeisen myös lääkärin näkökulmasta, vaikka kaikki rattijuoppojen käyttämät lääkkeet eivät välttämättä olekaan peräisin laillisista resepteistä eivätkä ohjeen mukaisesti käytettyjä.

Kuvaamme Rattijuopon elämänkaari -projektiin pohjautuvien tutkimusten tuloksia, jotka on julkaistu projektin aikana valmistuneissa väitöskirjoissa ja muissa tieteellisissä artikkeleissa (2,3,4,6,8–16). Projekti sai rahoitusta Suomen Akatemian Päihteet ja addiktio -ohjelmasta vuosina 2007–2010, ja sinä aikana muodostettiin laaja rekisteriaineisto, jossa sisäasiainministeriön omistamaan ja Terveiden ja



KUVA 1. Rattijuopumuksesta kiinnijääneiden henkilöiden mielenterveyshäiriöiden todennäköisyydet verrattuna muuhun samanikäiseen väestöön. Kerroinsuhde (OR) ja 95 %:n luottamusväli (10). Kuvassa on käytetty logaritmista mitta-asteikkoa.

hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämään epäiltyjen rattijuopumustapausten rekisteriin yhdistettiin erilaisia sosiaali- ja terveystietoja muista kansallisista rekistereistä (muun muassa Tilastokeskuksen työssäkäyntitilasto ja kuolemansyytilasto, THL:n hoitoilmoitusrekisteri Hilmo sekä Kelan etuusrekisteri). Perusaineistona käytetty rekisteri sisälsi tietoja kaikista epäillyistä rattijuopumustapauksista vuosilta 1977–2007. Tutkimuseettisistä syistä epäiltyjen rattijuopumustapausten rekisteristä poimittiin kaksi toisistaan riippumatonta erillistä satunnaisotosta (otos 1, 50 %, n = 128 673 ja otos 2, 40 %, n = 99 622), ja näille rattijuopumuksesta epäillyille henkilöille poimittiin iän ja sukupuolen mukaan vakioidut verrokkit rattijuopumukseen syyllystymättömästä suomalaisväestöstä.

Rattijuopumus on yhteydessä mielenterveysongelmiin

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä rattijuoppojen keskuudessa kuin muussa samanikäisessä väestössä (KUVA 1). Alkoholinkäytön

aiheuttamien häiriöiden todennäköisyys oli suurempi sekä alkoholirattijuopumuksesta (kerroinsuhde, OR 6,1) että huumerattijuopumuksesta kiinnijääneillä (OR 4,3) muuhun väestöön verrattuna (10). Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt olivat alkoholirattijuopoilla muuta väestöä yleisempiä, mutta huumerattijuopoilla eroa muuhun väestöön ei ollut. Sekä alkoholi- että huumerattijuopoilla oli masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä muuta väestöä useammin, samoin lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunne-elämän häiriöt olivat rattijuopoilla yleisempiä. Skitsofreniaryhmän häiriöitä alkoholirattijuopoilla oli puolestaan muuta väestöä harvemmin.

Kelan etuusrekisterin lääkeostoja tarkasteltaessa kävi ilmi, että mahdollisesti väärin käytettävien, pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien reseptilääkkeiden (muun muassa bentsodiatsepiinit tai opioidit) ostot ja siten oletettavasti myös käyttö olivat yhteydessä sekä alkoholirattijuopumukseen (OR 3,2) että huumerattijuopumukseen (OR 19,3) (KUVA 2). Rattijuopumuksen uusijoilla näiden lääkkeiden käytön todennäköisyys oli vielä suurempi

(OR 1,8) kuin vain kerran kiinnijääneillä (11). Vaikka näissä tapauksissa kyse voi osittain olla monipäihderiippuvuudesta, viitannee tämä myös terveydellisiin ongelmiin siten, että rattijuopoilla on muuta väestöä todennäköisemmin sairauksia, joita lääkitään muun muassa bentsodiatsepiineilla ja opioideilla.

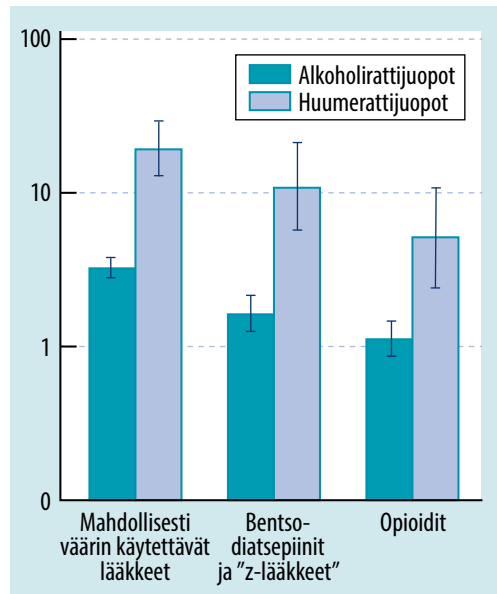
Merkki sosiaalisesta huono-osaisuudesta?

Terveydellisten ongelmien lisäksi rattijuopot ovat muuta suomalaista väestöä heikommassa sosiaalisessa asemassa. Alkoholirattijuopumuksesta kiinnijääneillä oli muuta väestöä heikompi koulutus, jonka lisäksi työttömyys, yksin asuminen ja avioerotausta olivat muuta väestöä yleisempiä (15). Huumaussaineiden vaikutuksen alaisena ajamisesta kiinnijääneet olivat myös muuta väestöä sosiaalisesti huono-osaisempia. Ainekohtainen tarkastelu osoitti, että ainakin amfetamiineja tai kannabista mutta mahdollisesti muitakin päihteitä käyttäneiden rattijuopumuksesta epäiltyjen sosiaalinen asema oli vielä heikompi kuin pelkästään bentsodiatsepiineja käyttäneiden rattijuoppojen (13).

Siirtyminen ajan myötä sosiaalisesti huonompaan asemaan on rattijuopumuksesta kiinnijääneillä selvästi muuta väestöä todennäköisempää (KUVA 3): alkoholirattijuopoilla riskisuhte (HR) on 4,4, lääkerattijuopoilla 7,4 ja huumerattijuopoilla 8,6. Alkoholi- ja huumerattijuoppojen siirtyminen myös toiseen suuntaan eli sosiaalisen aseman paraneminen oli muuta väestöä todennäköisempää, eli rattijuoppojen sosiaalinen asema on vähemmän vakaa kuin muun väestön (12).

Suurentunut kuolemanriski

Kuolemanriski on rattijuopumuksesta kiinnijääneillä huomattavasti suurempi kuin muulla väestöllä (KUVA 4): samanikäiseen verrokki- väestöön verrattuna miespuolisten alkoholirattijuoppojen kuolemanriski (HR) oli 2,8 ja naisten 4,5. Huumerattijuoppojen kuolemanriski oli vielä suurempi, miesten HR oli 9,6 ja naisten 9,1. Alkoholiperäisiin sairauksiin ja alkoholimyrkytykseen kuoleamisen HR oli al-

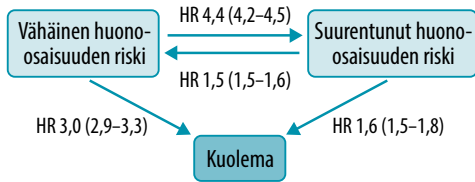


KUVA 2. Rattijuopumuksesta kiinnijääneiden henkilöiden psykoaktiivisten reseptilääkkeiden käytön todennäköisyydet verrattuna muuhun samanikäiseen väestöön. Kerroinsuhde (OR) ja 95 %:n luottamusväli (11). Kuvassa on käytetty logaritmistä mitta-asteikkoa. Mahdollisesti väärin käytettäviin lääkkeisiin kuuluvat ATC-luokituksen lääkeryhmät N03AE, N05BA, N05CD (bentsodiatsepiinit), N02A (opioidit), N05CA, N05CB, N05CF, N05CM (unilääkkeet), N07BC02 (metadoni), N06BA04 (metyylifenidaatti) ja N03AX16 (pregabaliini). Bentsodiatsepiineihin ja z-lääkkeisiin kuuluvat lääkeryhmät N03AE, N05BA, N05CD ja N05CF, opioideihin lääkeryhmä N02A.

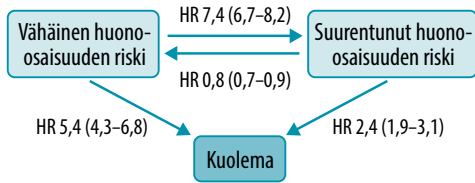
koholirattijuopoilla naisilla miehiä suurempi. Väkivaltakuolemat, kuolemaan johtaneet onnettomuudet ja itsemurhat olivat huomattavan yleisiä sekä alkoholi- että huumerattijuopoilla (14,16). Huumerattijuopoilla miehillä oli erityisen suuri riski kuolla joko päihteiden yliannostukseen tai väkivallan seurauksena. Sekä mies- että nashuumerattijuopoilla oli suuri riski kuolla itsemurhaan, onnettomuuteen, alkoholisairauteen tai -myrkytykseen, mutta myös muun muassa syöpään tai sydän- ja verisuonitautiin.

Kuolleisuudessa havaittiin myös päihdekohtaisia eroja (14). Erityisen suuri riski oli alkoholia, lääkkeitä ja huumeita sekaisin käyttäneillä rattijuopoilla (miesten HR 24,5 ja naisten 26,6). Bentsodiatsepiineja (HR 10,0) tai bentsodiatsepiineja ja alkoholia yhtä aikaa

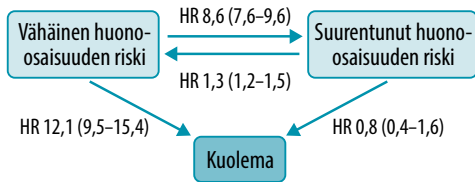
A. Alkoholirattijuopot



B. Lääkerattijuopot



C. Huumerattijuopot



KUVA 3. Rattijuopumuksesta kiinnijäämisen vaikutus sosiaalisen aseman muutokseen tai kuolemaan (1,12). HR = riskisuhde (95 %:n luottamusväli).

(HR 9,6) käyttäneiden miesten kuolemanriski oli suurempi kuin amfetamiineja käyttäneiden (HR 4,6).

Seurantatutkimuksessa rattijuopumus lisäsi jopa enemmän niiden kuolemanriskiä, jotka olivat alkujaan sosiaalisesti paremmassa asemassa (KUVA 3). Huonommassa sosiaalisessa asemassa jo valmiiksi olleilla sosiaaliset tekijät vaikuttivat kuolleisuuteen ja päihteiden käytöstä aiheutunut lisävaikutus ei ollut kovin suuri (12).

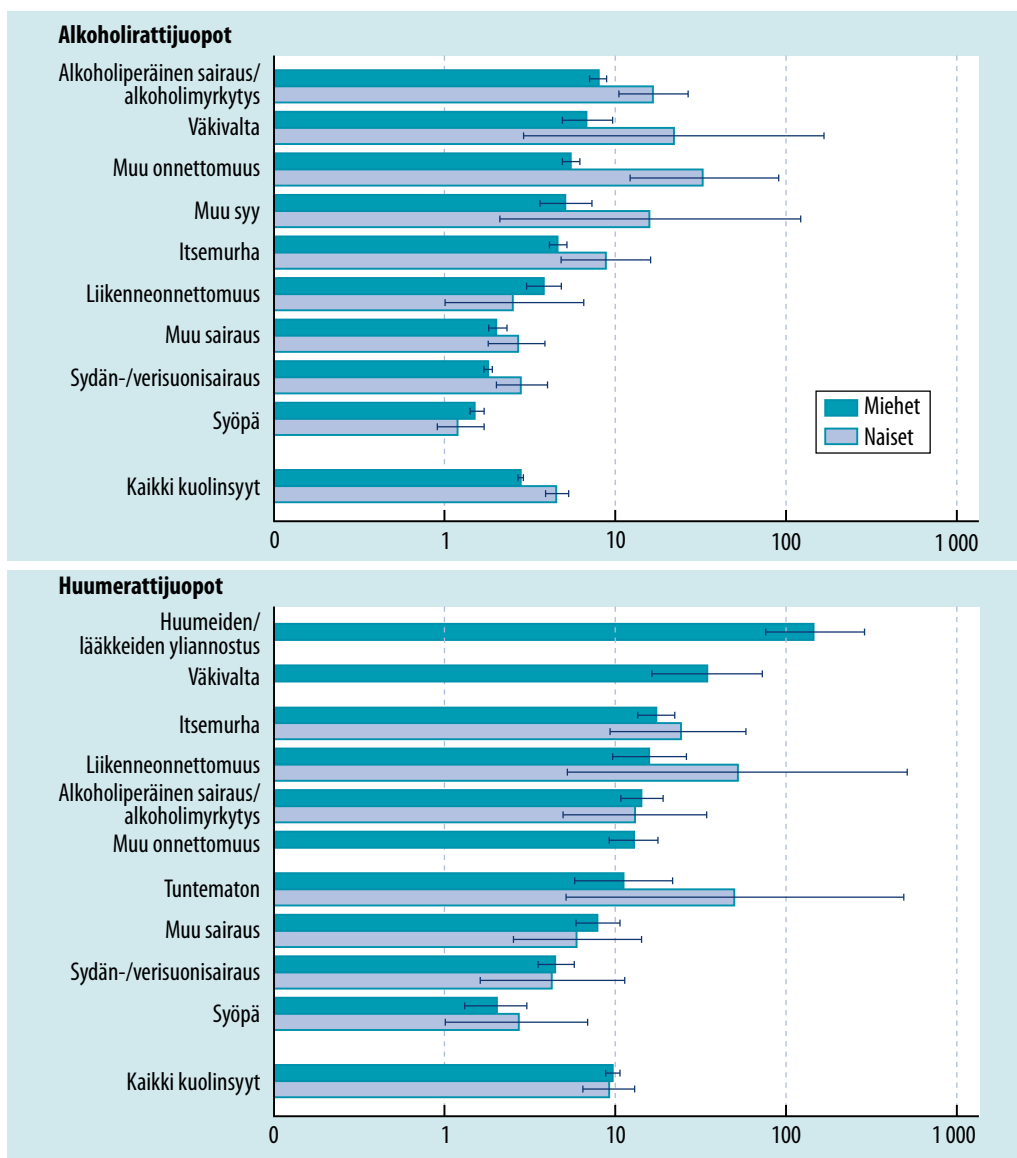
Kokonaisvaltainen tilanteen kartoittaminen tärkeää

Rattijuopumusongelmaa yritetään yhtäältä suitsea erilaisten rangaistusten avulla. Vaatimukset rattijuoppojen tuntuvammista rangaistuksista näyttävät saavan runsaasti näkyvyyttä julkisuudessa, ja onkin olemassa jonkinlaista näyttöä siitä, että kovemmat rangaistukset vähentäisivät rattijuopumuksen uusimista (17). Edellä esitetyt tutkimustulokset kuitenkin osoittavat

selkeästi, että rattijuopot kohtaavat elämässään monia terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia, joita ei rankaisemalla paranneta tai korjata.

Rattijuopumus voi olla merkki siitä, että henkilöllä on laajemminkin ongelmia alkoholin tai muiden päihteiden käytön kanssa. Olisi siis tärkeää, että mahdollinen päihteiden ongelma-ikäyttö ja siten rattijuopumuksen riskissä olevat havaittaisiin ja tunnistettaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta päihdeongelmaan puuttamalla voitaisiin ehkäistä mahdollisesti jo ensimmäinen rattijuopumus. Alkoholin riskikulutusta on esimerkiksi mahdollista selvittää AUDIT-kyselyn avulla. Lyhennetyt, vain kolme kysymystä sisältävän ja siten nopeasti toteutettavan AUDIT-C:n on todettu olevan käyttökelpoinen väline alkoholin ongelmakäyttäjän tunnistamiseen (18). Alkoholin käytön puheeksi ottaminen ei välttämättä aina ole helppoa. Väestökyselyyn pohjautuvan arvion mukaan alkoholin käytöstä oli kysytty terveydenhuollon käyntien yhteydessä vain kolmasosalta, vaikka väestö suhtautuu myönteisesti alkoholin käytön puheeksi ottamiseen terveydenhuollossa (19). Ja vaikka alkoholin käyttöön liittyvän lyhytneuvonnan on osoitettu olevan tehokasta, vuonna 2007 toteutetun kartoituksen mukaan viidenes Suomen perusterveydenhuollon lääkäreistä ei ollut lainkaan käyttänyt lyhytneuvontaa (20,21).

Rattijuopumuksesta kiinnijääneitä tulisi myös aktiivisesti ohjata ja motivoida hoitoon rattijuopumusten uusimisen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Suomalaisessa seurantatutkimuksessa selvitettiin EU-direktiivin velvoittaman päihderiippuvuusarvion ja siihen sisällytetyn hoidon vaikutusta rattijuopumukseen, mutta kyseisen toimintatavan vaikutuksen rattijuopumusten uusimiseen todettiin jäävän vähäiseksi työmäärään nähden (22). Käytössä olevien resurssien parhaan hyödyntämisen varmistamiseksi olisikin ensiarvoisen tärkeää tunnistaa ne, jotka ovat motivoituneita hoitoon ja muutokseen. Esimerkiksi eräissä yhdysvaltalaisessa rattijuoppoja koskevassa tutkimuksessa mielialtaan masentuneiden todettiin olevan vastaanottavampia lyhytneuvonnalle ja keskusteluterapialle sekä halukkaampia muuttamaan juomistottumuksiaan (23).



KUVA 4. Alkoholi- ja huumerattijuoppojen kuolemanriski kuolinsyittäin verrattuna muuhun samanikäiseen väestöön, riskisuhde (HR) ja 95 %:n luottamusväli (1,14,16). Kuvassa on käytetty logaritmistä mitta-asteikkoa.

Rattijuopoilla on päihdeongelmien lisäksi muitakin terveydellisiä ongelmia. Mielen-terveyden häiriöt ja rattijuopumus olivat yhteydessä toisiinsa, mitä odotettiinkin, sillä samanaikaiset mielen-terveys- ja päihdeongelmat ovat yleisiä (10,24). On myös osoitettu, että mitä nuorempana ensimmäiset rattijuopumukset tapahtuvat, sitä suuremmalla todennäköisyydellä rattijuopumus on yhteydessä väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja mielen-terveyden häiriöihin (25). Tästä huolimatta on kansainvälistä näyt-

töä siitä, että rattijuopumuksen uusijoiden mielen-terveysongelmat jäävät alidiagnosoiduiksi (26). Rattijuoppojen kuolemanriski oli moninkertainen rattijuopumukseen syyllystymättömään väestöön verrattuna, ja riski oli suurentunut kaikkien tarkasteltujen kuolinsyiden osalta, ei pelkästään välittömästi päihteisiin liittyvien syiden (14,16).

Rattijuoppojen osoitettiin olevan myös sosiaalisesti vähäosaisemmassa asemassa, ja heidän syrjäytymisriskinsä muuhun väestöön

Ydinasiat

- ▶ Rattijuopumus voi olla merkki terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista.
- ▶ Alkoholin, lääkkeiden tai huumeiden ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito on tärkeää rattijuopumuksen ehkäisemisessä ja vähentämisessä.
- ▶ Lääkäreillä on keskeinen rooli PKV-lääkkeiden käytön seurannassa.
- ▶ Rattijuoppojen hoidossa monialainen yhteistyö on tärkeää.

verrattuna oli suurentunut (12,13,15). Lapso- tai nuoruusiässä alkaneiden psyykkisten ongelmien, erityisesti käytöshäiriöiden on osoitettu altistavan rattijuopumukselle ja muullekin rikollisuudelle (27,28,29). Samoin vanhempien avioeron tai eroperheessä elämisen, aggressiivisuuden ja päihteiden käytön on todettu olevan yhteydessä rattijuopumukseen myöhemmässä elämänvaiheessa (28,30). Ongelmat ja siten mahdollinen syrjäytymiskehitys ovat siis voineet alkaa jo varhaisessa vaiheessa, paljon ennen ensimmäistä rattijuopumusta. Epäsuotuisa kehitys näyttäisi kuitenkin jatkuvan rattijuopumuksen jälkeenkin, sillä sen on osoitettu olevan tapahtuma, jonka jälkeen sosiaalisten vastoinkäymisten kohtaamisen todennäköisyys lisääntyy (31). Kun taustalla saattaa olla vielä vaikka rikoksia (esimerkiksi liikennetai huumeiden käyttörikokset), on mahdollista, että henkilölle on kasautunut useita erilaisia vaikeuksia samanaikaisesti.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan useammasta eri osatekijästä koostuvat ohjelmat ovat vaikuttavampia rattijuopumuksen uusimisen vähentämisessä kuin vain yhteen osa-alueeseen keskittyvät interventiot (32). Siksi tarvitaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa tilanne kartoitetaan monesta eri näkökulmasta ja ratkaisuja pyritään löytämään useammalle eri osa-alueelle samanaikaisesti. Yhtenä keskeisenä toimintatapana on kattava viranomaisyhteistyö eri ammattiryhmien kes-

ken (muun muassa terveydenhuolto, sosiaalihuolto, poliisi). Hyvä kotimainen esimerkki tästä on sisäisen turvallisuuden ohjelmaan sisällytetty Tie selväksi -toimintamalli, jonka tavoitteena on puuttua erityisesti nuorten rattijuopumuksiin (33). Mallissa poliisi tarjoaa rattijuopumuksesta kiinnijääneelle nuorelle henkilölle mahdollisuutta keskustella sosiaali- tai terveydenhuollon edustajan kanssa mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen. Tällä tavoitellaan varhaista puuttumista mahdollisiin ongelmiin sekä rattijuopumuksesta kiinnijääneiden havahduttamista ja motivointia tarkkailemaan omaa päihteiden käyttöönsä ja siitä aiheutuvia riskejä. Keskeisenä ajatuksena on tarjota tukea matalan kynnyksen, vapaaehtoisuuden ja nopean puuttumisen periaatteella (34). Lisäksi rattijuopumuksen ehkäisyn näkökulmasta erityisesti nuorten parissa tehtävä työ, niin päihteiden käytön, käytöshäiriöiden kuin syrjäytymisenkin ehkäisy sekä asenteisiin vaikuttaminen, on ensiarvoisen tärkeää.

Lääkkeet valokeilassa

Päinvastoin kuin suomalaisessa väestössä, jossa kannabiksen käyttö on huomattavasti yleisempää kuin amfetamiinin käyttö, huumerattijuopumustapauksissa on havaittu amfetamiinin olevan kannabista yleisempi löydös (6,35). Rattijuopumustapauksissa vielä näitä huumeitakin keskeisemmin esille nousivat pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet (PKV-lääkkeet), erityisesti bentsodiatsepiinit. Suurimmalla osalla (77 %) kiinnijääneistä huumerattijuopoista oli löydös kahdesta tai useammasta eri aineryhmästä. Bentsodiatsepiineja todettiin yhtenä aineena viidessä yleisimmässä yhdistelmässä, ja yleisimmät yhdistelmät näissä tapauksissa olivat bentsodiatsepiinit ja alkoholi (20 %) sekä bentsodiatsepiinit ja amfetamiinit (18 %) (4). Bentsodiatsepiineja käyttäneiden rattijuoppojen sosiaalinen asema oli muuta väestöä huonompi, ja vaikka alkoholi- tai huumerattijuopot saattoivat ajan myötä myös kohentaa asemaansa, näin ei lääkkeitä käyttäneille rattijuopuille käynyt (12,13). Bentsodiatsepiineja käyttäneiden rattijuoppojen kuolemanriskikin oli suurempi kuin muun

väestön, jopa suurempi kuin amfetamiinirattijuopojen (14).

Edellä kuvatuissa tutkimuksissa ei ole tietty, onko lääkkeitä käytetty reseptin mukaisesti tai onko käyttäjällä ollut niihin laillista reseptiä. Rattijuopoilla oli kuitenkin Kela-korvauksen piirissä olevia lääkeostoja muuta väestöä huomattavasti enemmän, joten lääkärit hyvin todennäköisesti kohtaavat heitä työssään (11). Lisäksi tuloksista käy selvästi ilmi, että lääkkeitä ja varsinkin bentsodiatsepiineja käyttäneet rattijuopot ovat erityisen heikossa asemassa ja siten ryhmä, johon tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Bentsodiatsepiineja tai muuta vastaavaa lääkitystä määrättäessä on syytä kartoittaa tilanne kokonaisvaltaisesti ja pyrkiä siten selvittämään taustalla mahdollisesti olevia muitakin ongelmia. Liikenteen turvallisuusvirasto Trafic julkaisemat ajoterveyden arviointiohjeet velvoittavat lääkäreitä aktiivisesti kartoittamaan ja ottamaan kantaa potilaan ajokykyyn (36). Alkoholin käyttöä voidaan kartoittaa esimerkiksi AUDIT-kyselyn avulla, ja sähköisen reseptin käyttöönotto on puolestaan helpottanut PKV-lääkkeiden ongelmakäytön havaitsemista ja siihen puuttumista. Rattijuopumuksen ehkäisy ja vähentämisen näkökulmasta on myös hyvä kertoa potilaille, miten määrätyt lääkkeet vaikuttavat ajokykyyn, milloin ajamista on vältet-

tävä ja mitkä ovat lääkkeiden yhteisvaikutukset alkoholin kanssa. Lisäksi lääkkeiden käytön seuranta on tärkeää.

Lopuksi

Rattijuopumuksen taustalla saattaa olla monisyinen ongelma-alue, jonka ratkaisemiseksi tarvitaan laajaa ja moniammatillista yhteistyötä. Terveystieteiden ongelmien lisäksi henkilö voi olla muun muassa sosiaalisten palveluiden tarpeessa, jolloin paras lopputulos saavutetaan useilla erilaisilla mutta yhtäaikaistavilla toimilla. Konkreettinen esimerkki tästä on edellä kuvaamamme Tie selväksi -toimintamalli, jossa sekä terveydenhuolto, sosiaalihuolto että poliisi toimivat yhteistyössä rattijuopumusten vähentämiseksi. Lääkäreillä on keskeinen rooli päiheteiden ongelmakäyttäjien ja rattijuopumuksen riskissä olevien tunnistamisessa sekä erityisesti PKV-lääkkeiden käytön seurannassa. ■

KAROLIINA KARJALAINEN, TtT, dosentti, erikoistutkija
Päihitteet ja riippuvuudet -yksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

TOMI LINTONEN, FT, dosentti, tutkimusjohtaja
Alkoholitutkimussäätiö

SIDONNAISUUDET
Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

SUMMARY

DUI offenders may have multiple health and social problems – doctors play a central role in monitoring the use of medications affecting the central nervous system

While the overall number of driving under the influence (DUI) cases has reduced, the proportion of drivers under the influence of medications or illicit drugs has increased. In studies based on Finnish register data sets, the factors involved in DUI have been examined with the conclusion that drunk driving may be an indication of multiple health or social problems. According to several measures, DUI offenders who had used medications, especially benzodiazepines, were ill and disadvantaged. Doctors play a central role in reducing the number of DUI cases, e.g. by treating substance abuse problems and by monitoring the use of drugs which affect the central nervous system. It is possible that a DUI offender has accumulated a number of different problems at the same time, which is why the treatment of DUI offenders should pay attention to a comprehensive mapping of the situation and the use of multidisciplinary cooperation.

KIRJALLISUUTTA

1. Karjalainen K, Lintonen T. Rattijuopilla ongelmat kasautuvat. Tuloksia suomalaisesta rekisteritutkimuksesta. Yhteiskuntapolitiikka 2016;81:711–6.
2. Impinen A, Rahkonen O, Ojaniemi K, ym. Rattijuoppo on yhä useammin 18-vuotias. Suom Lääkäril 2008;63:2221–6.
3. Impinen A, Rahkonen O, Karjalainen K, ym. Substance use as a predictor of driving under the influence (DUI) rearrests. A 15-year retrospective study. Traffic Inj Prev 2009;10:220–6.
4. Karjalainen K, Lintonen T, Impinen A, ym. Poly-drug findings in drugged driving cases during 1977–2007. J Subst Use 2010;15:143–56.
5. Niemi H. Liikenne-rikokset. Julkaisussa: Rikollisuustilanne 2014: rikollisuuskehitys tilastojen ja tutkimusten valossa. Helsingin yliopiston kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutin katsauksia 4/2015, s. 157–84.
6. Ojaniemi K, Lintonen T, Impinen A, ym. Trends in driving under the influence of drugs: a register-based study of DUID suspects during 1977–2007. Accid Anal Prev 2009;41:191–6.
7. Lillsunde P, Langel K, Blencowe T, ym. Psykoaktiiviset aineet ja onnettomuus-riski tieliikenteessä. Duodecim 2012; 128:1877–86.
8. Karjalainen K. Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007: ilmaantuvuus, sosiaalinen tausta ja kuolleisuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2011.
9. Impinen A. Arrested drunk drivers: trends, social background, recidivism and mortality. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2011.
10. Karjalainen K, Lintonen T, Joukamaa M, Lillsunde P. Mental disorders associated with driving under the influence of alcohol and/or drugs: a register-based study. Eur Addict Res 2013;19:113–20.
11. Karjalainen K, Haukka J, Lintonen T, ym. The use of psychoactive prescription drugs among DUI suspects. Drug Alcohol Depend 2015;155:215–21.
12. Karjalainen K, Haukka J, Lillsunde P, ym. The arrest of drivers under the influence as a predictor of subsequent social disadvantage and death. Drug Alcohol Depend 2014;137:114–20.
13. Karjalainen K, Lintonen T, Impinen A, ym. Socio-economic determinants of drugged driving – a register-based study. Addiction 2011;106:1448–59.
14. Karjalainen K, Lintonen T, Impinen A, ym. Mortality and causes of death among drugged drivers. J Epidemiol Community Health 2010;64:506–12.
15. Impinen A, Mäkelä P, Karjalainen K, ym. The association between social determinants and drunken driving: a 15-year register-based study of 81,125 suspects. Alcohol Alcohol 2011;46:721–8.
16. Impinen A, Mäkelä P, Karjalainen K, ym. High mortality among people suspected of drunk-driving. An 18-year register-based follow-up. Drug Alcohol Depend 2010;110:80–4.
17. Hansen B. Punishment and deterrence: evidence from drunk driving. Am Econ Rev 2015;105:1581–617.
18. Bergström T, Honkalampi K, Kuhlman I, Saarinen P. AUDIT-kysely lyhytversio käy alkoholin ongelmakäyttäjän tunnistamiseen. Suom Lääkäril 2014;69:533.
19. Mäkelä P, Seppä K, Havio M. Lyhytneuvontaa on syytä lisätä terveydenhuollossa. Suom Lääkäril 2012;67:1166–7.
20. Álvarez-Bueno C, Rodríguez-Martín B, García-Ortiz L, ym. Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. Prev Med 2015;76(Suppl):S33–8.
21. Seppänen KK, Aalto M, Seppä K. Institutionalization of brief alcohol intervention in primary health care – the Finnish case. Alcohol Clin Exp Res 2012;36:1456–61.
22. Mettovaara P, Rantanen P, Seppä K. Rattijuoppojen hoitoonohjaus – kolmen vuoden seurattututkimuksen tulokset. Suom Lääkäril 2006;61:4453–8.
23. Wells-Parker E, Dill P, Williams M, ym. Are depressed drinking/driving offenders more receptive to brief intervention? Addict Behav 2006;31:339–50.
24. Vormaa H, Aalto M. Päihdepsykiatrisen osaamisen tarve kasvaa. Duodecim 2013; 129:2049–50.
25. Räsänen P, Hakko H, Järvelin MR. Early-onset drunk driving, violent criminality, and mental disorders. Lancet 1999; 354:1788.
26. McMillan GP, Timken DS, Lapidus J, ym. Underdiagnosis of comorbid mental illness in repeat DUI offenders mandated to treatment. J Subst Abuse Treat 2008;34:320–5.
27. Koisaari T, Michelsson K, Holopainen JM, ym. Traffic and criminal behavior of adults with attention deficit-hyperactivity with a prospective follow-up from birth to the age of 40 years. Traffic Inj Prev 2015;16:824–30.
28. Sourander A, Elonheimo H, Niemelä S, ym. Childhood predictors of male criminality: a prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:578–86.
29. Sourander A, Jensen P, Rönning JA, ym. Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence: the Finnish from a Boy to a Man study. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:546–52.
30. Elonheimo H, Sourander A, Niemelä S, Helenius H. Generic and crime type specific correlates of youth crime: a Finnish population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011; 46:903–14.
31. Oksanen A, Aaltonen M, Kivivuori J. Driving under the influence as a turning point? A register-based study on financial and social consequences among first-time male offenders. Addiction 2015; 110:471–8.
32. Miller PG, Curtis A, Sonderlund A, ym. Effectiveness of interventions for convicted DUI offenders in reducing recidivism: a systematic review of the peer-reviewed scientific literature. Am J Drug Alcohol Abuse 2015;41:16–29.
33. Turvallisempi huominen – sisäisen turvallisuuden ohjelma. Helsinki: Sisäasianministeriön julkaisusarja 26/2012.
34. Kekki T. ”Poliisi on puuttunut päihteiden käyttöösi - tee sinä samoin” – Tie selväksi -hankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 12/2011.
35. Karjalainen K, Savonen J, Hakkarainen P. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 2/2016.
36. Ajoterveysten arviointiohjeet lääkäreille. Liikenteen turvallisuusvirasto Trafi 2016 [päivitetty 3.2.2016]. www.trafi.fi/liikennejarjestelma/liikenne_ ja_terveys/ tieliikenne_ ja_terveys/ajoterveysohjeet_laakarille.