

A photograph of a large, clear, triangular piece of ice floating on dark water. The ice has a textured surface with many small bubbles and imperfections. The water is dark and reflects the light, creating a shimmering effect. The background is a solid teal color with a pattern of small, light-colored circles.

Anne Arponen • Henrikki Brummer-Korvenkontio
Kirsi Liitsola • Mika Salminen

Förtroende och fri vilja som grund för hälsorådgivningsverksamhetens framgångar

En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om
effektiviteten av smittoförebyggande
hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare

Folkhälsainstitutets publikationer **B** 29/2008



Anne Arponen, Henrikki Brummer-Korvenkontio, Kirsi Liitsola och Mika Salminen

FÖRTROENDE OCH FRI VILJA SOM GRUND FÖR HÄLSORÅDGININGSVERKSAMHETENS FRAMGÅNGAR

*En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten
av smittoförebyggande hälsorådgivningstjänster
riktade till sprutdrogbrukare*

Folkhälsainstitutet - KTL
Avdelningen för infektionsepidemiologi och smittskydd
HIV-enheten

Helsingfors 2008

Folkhälsoinstitutets publikationer B29 / 2008

Copyright Folkhälsoinstitutet

Utgivare - Julkaisija - Publisher

Folkhälsoinstitutet

Mannerheimvägen 166

00300 Helsingfors

Tel. växel (09) 474 41, telefax (09) 4744 8408

Kansanterveyslaitos

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Puh. vaihde (09) 474 41, telefax (09) 4744 8408

National Public Health Institute (KTL)

Mannerheimintie 166

FIN-00300 Helsinki, Finland

Telephone +358 9 474 41, telefax +358 9 4744 8408

<http://www.ktl.fi>

ISBN 978-951-740-896-7 (tryck)

ISBN 978-951-740-897-4 (pdf)

ISSN 0359-3576

<http://www.ktl.fi/portal/2920>

Pärbild - kannen kuva - cover graphic: © Mika Salminen

Tryckort: Helsingfors 2008

Anne Arponen, Henriikki Brummer-Korvenkontio, Kirsi Liitsola och Mika Salminen

**FÖRTROENDE OCH FRI VILJA SOM GRUND FÖR HÄLSORÅDGIVNINGSVERSAMHETENS
FRAMGÅNGAR** – En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten av smittoförebyggande
hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdroganvändare

Folkhälsoinstitutets publikationer, B29/2008, 168 sidor

ISBN 978-951-740-896-7 (tryck)

ISBN 978-951-740-897-4 (pdf)

ISSN 0359-3576

<http://www.ktl.fi/portal/2920>

SAMMANFATTNING

Huvudobservationer och slutsatser

I rapporten beskrivs en utvärderingsstudie (utförd av Folkhälsoinstitutet) av de effekter hälsorådgivningsverksamheten har haft för att förhindra och bekämpa spridning av smittsamma sjukdomar bland sprutdroganvändare, framför allt de som sprids via blodsmitta.

Utvärderingsstudien är tvärvetenskaplig och både kvalitativa och kvantitativa metoder och material utnyttjas.

Utvärderingen visar tydligt att hälsorådgivningsinterventionen varit en viktig faktor vid förebyggandet av hiv-infektioner, hepatit A- och B-infektioner och delvis också hepatit C-infektioner samt för att bekämpa epidemier bland sprutdroganvändare och indirekt också bland resten av befolkningen. Verksamheten har nått både de mål som ursprungligen ställdes upp och de mål som uppstått då verksamheten expanderat vad gäller utökade tjänster, hur man når målgruppen samt minskningen av smittorisker.

Särskilt betydande är det att de mycket ambitiösa mål som ställts för hiv-infektionssituationen för att stoppa epidemin samt begränsa antalet nya fall till under 30 per år verkligen har förverkligats. Detta stöds förutom av den information som det täckande passiva övervaknings-systemet producerar (Folkhälsoinstitutets register över smittsamma sjukdomar) också av riktade sampelundersökningar för förekomst. Jämfört med helt realistiska hotscenarier har man med verksamheten förebyggt tusentals hiv-infektioner och minst lika många olika hepatitinfektioner.

Den främsta slutsatsen är att hälsorådgivningarna för sprutdroganvändare har varit en framgångsrik hälsointervention, som också baserat på en grov ekonomisk uppskattning har varit kostnadseffektiv. Sett ur folkhälsoperspektiv är det viktigt att verksamheten vidareutvecklas och fortlever.

Utvärderingen visar också att hälsorådgivningsmodellen för sprutdroganvändare utgör en fungerande social innovation, som avviker från preventionsmodeller på annat håll genom att den förenar lättillgänglig hälsoservice och hälsofrämjande med skademinimering, utan att man samtidigt måste avstå från en restriktiv drogpolitik. Därför kan modellen med fördel tillämpas också på andra håll än i Finland.

Rapportens slutsatser ger också rekommendationer för att utveckla verksamheten samt för att stärka dess ramar.

*En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten av smittoförebyggande
hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare*

Utvecklingen av hälsorådgivningarnas verksamhet åren 1996–2008

Bruket av sprutdroger är förknippat med mångahanda sociala och hälsomässiga skador, av vilka en betydande faktor är risken för att infektionssjukdomar som smittar via blod sprids och ökar.

I Finland blev man egentligen varse om de infektionsrisker som är relaterade till sprutdroger först under slutet av 1990-talet, då hepatit C-viruset hittades och då man inledde en omfattande testning. Det visade sig att sprutdroganvändarna hade en betydande sjukdomsbelastning. Samtidigt förekom inom samma grupp allt tydligare hepatit B-epidemier. Då man dessutom fick de första objektiva uppskattningarna om brukarantalen år 1997 och dessa visade sig vara avsevärt högre än de tidigare uppskattningarna, insåg man att problemet hade en mycket stor betydelse för folkhälsan.

I Finland beslutade man sig därför att inleda en ny sorts preventiv verksamhet för att förebygga sprutdroganvändarnas infektionsproblem. Utgångspunkten för verksamheten var att gynna hälsofrämjande beteendemodeller via hälsorådgivningar som riktats speciellt till drogbrukarna. Utgångspunkten för verksamheten är en hälsorådgivning som är lättillgänglig och praktiskt betonad, och vars direkta mål är att förebygga hälsoskador som beror av bruket, särskilt sjukdomar som smittar via blod. Det mer långsiktiga målet är igen att öka brukarnas hälsomedvetenhet och vilja att sköta om sin egen hälsa. Ända från början omfattade verksamheten utbyte av använda injektionsverktyg mot rena. Även om verksamhetens långvariga mål också är att minska på drogbruket, innefattas detta inte i den omedelbara målsättningen.

Verksamhetsmodellen står ändå inte i strid med den hälso- och restriktionspolitik som fortfarande är gällande i Finland, och som absolut förbjuder användning, försäljning eller förmedling av droger. Däremot strävar modellen efter att förbättra kontrollmyndigheternas samt social- och hälsomyndigheternas samarbete, så att drogberoende personer bättre skulle styras till vård. Detta har verkställts på många orter.

I den ursprungliga definitionen har verksamhetsmodellen presenterats enligt följande: ”Med hälsorådgivning avses ett ställe där [sprut]drogbrukare kan få rena sprutor och nålar och dit de kan returnera använda sprutor och nålar, samt där de och/eller deras närstående har möjlighet till stöddiskussioner, vägledning till tjänster, till social- och hälsorådgivning samt att få små vårdåtgärder såsom vaccinationer och tester”.

Dessutom inkluderar hälsorådgivningarnas verksamhetskriterier som viktiga ramar bl.a. *Anonymitet* – besök utan namn eller identifikation, *Lättillgängligt* läge och tjänster, *Användarvänlig* stämning, *Dialog* med användarna, *Jordnära* verksamhet, ideell och moralisk *Tolerans* samt *Realistisk* hierarki för målsättningarna.

Från det ursprungliga pilotprojektet har hälsorådgivningsmodellen spritt sig runtom i Finland så att det år 2008 finns cirka 30 rådgivningar som täcker största delen av landet. År 2004 infördes i förordningen om smittsamma sjukdomar en förpliktelse för kommunerna att producera hälsorådgivningstjänster för sprutdroganvändare, inklusive utbyte av injektionsverktyg.

Modellen eller olika tillämpningar av den har spritt sig också till Finlands närområden; bl.a. i Estland, Lettland och Litauen samt Murmanskområdet i Ryssland finns preventionsprojekt som baseras på hälsorådgivningsmodellen.

Saktermer: hälsorådgivning, hälsorådgivningspunkt (HRP), sprutdrog, blodburen smitta, förebyggande verksamhet, hiv, Aids, HCV, HBV, HAV, skademinimering

*En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten av smittoförebyggande
hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare*

Innehåll

1.	INLEDNING	15
1.1.	Problemanvändning	15
1.2.	Klienterna inom drogbrukarvården	16
1.3.	Drogbrukarvård	17
1.4.	Hälsorisker relaterade till bruk av sprutdroger	19
1.5.	Infektionssjukdomar som smittar via blod	20
1.5.1.	Hiv	21
1.5.2.	Hepatit B	21
1.5.3.	Hepatit C	22
1.5.4.	Hepatit A	23
1.6.	Skademinimering samt principen om låg tröskel och lättillgänglighet	24
1.6.1.	Från skademinimering	24
1.6.2.till hälsorådgivning med låg tröskel	26
2.	HÄLSORÅDGIVNING FÖR SPRUTDROGBRUKARE	29
2.1.	Hälsorådgivningarnas tjänster	35
2.2.	Utgångspunkten för utvärderingsstudien	37
3.	METODER OCH DATAKÄLLOR	43
3.1.	Övervakning av smittsamma sjukdomar	43
3.1.1.	Passiv övervakning (registret över smittsamma sjukdomar)	43
3.1.2.	Lättillgänglig lågtröskeltestning som stöds av Folkhälsoinstitutet	44
3.1.3.	Sentinelnätverket och sampelundersökningar	45
3.2.	Hälsorådgivningarnas verksamhetsrapporter och -statistik	46
3.3.	Uppgifter om antalet drogbrukare	46
3.4.	Kvalitativ intervjuundersökning	46
4.	RESULTAT	49
4.1.	Utveckling av smittoriskerna	49
4.1.1.	Utvecklingen av hiv-epidemin efter år 1998	49
4.1.2.	Hepatit B (HBV)	51
4.1.3.	Hepatit C (HCV)	51
4.1.4.	Hepatit A (HAV)	53
4.1.5.	Utvecklingen av hälsorådgivningarnas verksamhet och dess indikatorer	54
4.2.	Hälsorådgivningarnas verksamhet	56
4.2.1.	Åsikter om hälsorådgivningen	56
4.2.1.1.	Faktorer som inverkat på att verksamheten lyckats	56
4.2.1.2.	Verksamhetens legala grund	58
4.2.1.3.	Hälsorådgivningen som en del av servicesystemet	61
4.2.1.4.	Medier	65
4.2.1.5.	Polisen	67
4.2.1.6.	Apotek	69
4.2.1.7.	Öppettider	71
4.2.1.8.	Lokaler	72
4.2.1.9.	Läge	73
4.2.2.	Centrala tjänster	74
4.2.2.1.	Testning	74
4.2.2.2.	Vacciner och vaccinationer	78

4.2.2.3.	Grunderna för bytesmängderna.....	79
4.2.2.4.	Betydelsen av returnerade redskap.....	80
4.2.2.5.	Skriftligt material i hälsorådgivningsarbetet.....	82
4.2.2.6.	Kamratstöd för att förbättra nåbarheten	84
4.2.2.7.	Fältarbete och uppsökande arbete	86
4.2.2.8.	Det personliga mötets möjligheter	87
4.2.3.	Klienter.....	92
4.2.3.1.	Förändringar i klient- och besöksantal.....	92
4.2.3.2.	Att nå ut till klienterna	94
4.2.3.3.	Att hänvisa till tjänster	95
4.2.3.4.	Klienternas kunskap om smittsamma sjukdomar.....	96
4.2.3.5.	Mentala störningar	97
4.2.3.6.	Riskbeteende	99
4.2.3.7.	Svårighet att påverka sexuellt beteende	100
4.2.3.8.	Smittorisk i fängelser	103
4.2.3.9.	Personer som hamnar utanför hälsorådgivningstjänsterna.....	106
4.2.3.10.	Grupper som fordrar särskild uppmärksamhet.....	109
4.2.3.11.	Kvinnor	110
4.2.3.12.	Minderåriga och ungdomar	112
4.2.3.13.	Bostadslösa.....	114
4.2.4.	Olagligt drogbruk.....	115
4.2.4.1.	Droger som används.....	115
4.2.4.2.	Att börja använda droger.....	118
4.2.4.3.	Trygg injektionsteknik	120
4.2.4.4.	Injicering och nålberoende	121
4.2.4.5.	Att sluta	122
4.2.4.6.	Att få och ordna substitutionsbehandling.....	123
4.2.4.7.	Attityder till hälsoskador.....	127
4.2.4.8.	Hur kommer antalet smittor att utvecklas?	128
4.2.4.9.	Utvecklandet av hälsorådgivningen	130
4.2.4.10.	Förslag till nya tjänster och utveckling av verksamheten	132
4.2.4.11.	Personalens erfarenheter av sitt eget arbetet	136
5.	DISKUSSION OCH SLUTSATSER.....	139
5.1.	Framgång utifrån indikatorer på smittsamma sjukdomar	139
5.2.	Kostnadseffekter	140
5.3.	Nåbarhet och tillgänglighet.....	141
5.4.	Tillgången till testning för och vaccinering mot smittsamma sjukdomar.....	142
5.5.	Koordinering av hälsorådgivningen.....	142
5.6.	Förtroende för social- och hälsovårdstjänster	143
5.7.	Klienternas förtroende centralt.....	143
5.8.	Antalet utbyta injektionsredskap.....	144
5.9.	Betydelsen av apoteksförsäljning av injektionsredskap.....	145
5.10.	Det verkliga årsbehovet av injektionsredskap.....	145
5.11.	Att inverka på hälsoriskerna med hjälp av hälsorådgivning och vårdhänvisning.....	147
5.11.1.	Infektionsrisker	147
5.11.2.	Mentala problem	147
5.11.3.	Sexuella risker.....	147
5.12.	Specialgrupper som tjänsterna har svårt att nå ut till.....	148
5.12.1.	Romer.....	148

5.12.2.	Storstädernas förorter	149
5.12.3.	De sporadiska användarnas rädsla att bli stämplade	149
5.13.	Verksamhetsrapporteringens förnyelsebehov	149
5.14.	Stödpersonsverksamhetens och det uppsökande fältarbetets utvecklingsbehov	150
5.15.	Utmaningar vid förebyggandet av hepatit C-smittor	150
5.16.	Regional täckning som grundar sig på det verkliga behovet av hälsorådgivning	152
5.17.	Nödvärdigt att utreda antalet användare regionalt	152
5.18.	Fängelser	153
5.19.	Behovet av styrande rekommendationer om hälsorådgivningens innehåll och verksamhetsmiljö	154
6.	TACK	155
7.	LITTERATUR OCH KÄLLOR	157
8.	BILAGOR	167
8.1.	Bilaga 1: Intervjufrågor och genomgångna teman	167

*En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten av smittoförebyggande
hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare*

Bilder och grafer

Bild 1. Förändringstrappa för hälsofrämjande.....	26
Bild 2. Det elektroniska anmälningssystemet för smittsamma sjukdomar.....	43
Bild 3. Årligen konstaterade nya hiv-fall och fall bland sprutdrogbrukare (Folkhälsoinstitutet, Registret över smittsamma sjukdomar).....	49
Bild 4. Släkträd för hi-virustyper associerade med användning av sprutdroger	50
Bild 5. Prevalens av hepatit C- och hiv-infektion i exit-poll förekomststudierna	50
Bild 6. Akuta hepatit B-fall som årligen konstaterats i Finland	51
Bild 7. Alla fall av hepatit C som årligen konstateras i Finland.....	52
Bild 8. Nya hepatit C-fall enligt åldersgrupp	52
Bild 9. Hepatit A-fall som årligen anmäls till registret över smittsamma sjukdomar	53
Bild 10. Sprutor och nålar utbytta vid hälsorådgivningspunkterna samt hiv-fall som hänför sig till användning av sprutdroger	54
Bild 11. Geografisk distribution av sprutdroganvändarnas hälsorådgivningspunkter	55

Tabeller

Tabell 1. Utvecklingen av antalet amfetamin- och opiatproblemanvändare i Finland åren 1997–2005.	15
Tabell 2. Utvecklingen av hälsorådgivningarnas klient- och besöksmängder	54
Tabell 3. Vaccindoser givna år 2006 vid HR-punkterna	55

*En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten av smittoförebyggande
hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare*

Förord till den svenska upplagan - författarnas kommentarer

Terminologi

Terminologin och språket som använts skiljer i den svenska översättningen sig i flera avseenden från vad som används i Sverige. I översättningen har man medvetet valt att använda termer och beskrivningar på användning av olagliga droger som är närmare den nuvarande finska terminologin. I den finska fackterminologin används inom narkotika-, drog- och rusmedelsfackspråket nuförtiden allmänt ett urval av termer som strävar efter att vara beskrivande men samtidigt undviker att vara stämplande eller moralistisk. Därför används också i den här rapporten termer såsom ”drog” framför ”narkotika” och ”drogbrukare”, ”brukare” eller ”användare” istället för ”narkoman”, ”missbrukare” eller slangformen ”knarkare”. Målet med den mera neutrala terminologin är att också i facklitteraturen minska på demoniseringen av de som lider av svåra beroendeproblem.

I sig betyder användandet av den här terminologin inte ett godkännande av drogbruket utan meningen är att förmedla en värdeneutral och möjligast saklig behandling av frågan. I rapporten refererar drogbruk och droganvändning därför klart till ett olagligt missbruk av mediciner, droger och narkotika.

Språkbruk

Förutom att terminologivalet till en början kan kännas ovant för den rikssvenska läsaren, följer en stor del av texten till sitt ordval och formuleringar en finlandssvensk modell, speciellt i de passager som försöker återge intervjusituationer i talspråksformat. I det ursprungliga materialet utfördes alla intervjuer på Finska, och översättningen har strävat efter att upprätthålla det ursprungliga talspråkets innehåll och formuleringar i så hög grad som möjligt. I översättningen av intervjupassagerna har man för att försöka kvarhålla den nationella kontexten därför konsekvent försökt följa ett finlandssvenskt talspråk. Detta kan ibland te sig svårförståeligt för den rikssvenska läsaren, då finlandssvenskt talspråk ofta innehåller lån från finskan.

*En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten av smittoförebyggande
hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare*

1. INLEDNING

1.1. Problemanvändning

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk EMCDDA definierar problemanvändning av droger/narkotika som användning av sprutdroger eller långvarig/regelbunden användning av opiater, kokain och/eller amfetaminer (Narkotikaproblem i Europa 2005). Kännetecknande för drog- och rusmedelsberoende är att man skaffar och använder rusmedlet kontinuerligt, ofta återkommande eller tvångsartat trots brukets sociala eller hälsomässiga skadliga verkan (Duodecim, hälsobiblioteket. Päihde- ja huumeriippuvuus [Rusmedels- och drogberoende], Huttunen).

En statistisk uppskattning som baserades på fyra register² tydde på att amfetamin- och opiatproblemanvändarna år 2005 skulle ha utgjort 0,5–0,7 procent av den 15–55-åriga befolkningen. (Partanen et al. 2007.)

År 2005 utgjorde kvinnorna ca 20–25 procent av problemanvändarna i båda ämnesgrupperna. Könsfördelningen har varit så gott som konstant sedan år 1999. År 2005 bestod en klar majoritet bland problemanvändarna, 75–85 procent, av amfetaminanvändare, som uppskattades uppgå till cirka 12 000–22 000. Opiatanvändarna uppskattades uppgå till 3 700–4 900.

Tabell 1. Utvecklingen av antalet amfetamin- och opiatproblemanvändare i Finland åren 1997–2005.

	1997	1998	1999	2001	2002	2005
Hela Landet	9400-14700	11500-16400	11100-14000	13700-17500	16100-21100	14500-19100
Opiatanvändare	1500-3300	1800-2700	2500-3300	3900-4900	4200-5900	3700-4900
Amfetaminanvändare	6800-11600	7600-13000	8300-12400	10100-15400	10900-18500	12000-22000
Huvudstadsregionen	4000-7400	4200-6000	4100-5400	4900-6600	5300-7800	5100-8200
Opiatanvändare	900-2000	1000-1600	1200-1900	1800-2700	2000-3200	1300-2400
Amfetaminanvändare	2800-7400	2600-6000	2500-5000	3200-6900	3300-6000	4000-6000
Södra Finland	nd	6200-10300	6500-8700	10100-20100	9900-14900	7000-12000
Västra Finland	nd	2400-3900	2600-4200	3800-5700	4000-5800	3500-5200
Östra och Norra Finland	nd	700-1800	2000-3000	1500-2000	2100-3800	2000-3800

I Finland har man uppskattat och följt upp antalet av problemanvändare sedan år 1997. År 2002 uppskattades antalet problemanvändare av droger i Finland uppgå till cirka 16 000–21 000 personer. Den nyaste uppskattningen gäller år 2005 och då fanns det cirka 14 000–19 000 problemanvändare av amfetamin eller opiater i Finland¹. Antalet problemanvändare verkar inte längre ha ökat efter år 2002

Det uppskattade intervallet för amfetaminanvändarna är betydligt bredare än för opiatanvändarna vilket beskriver heterogeniteten i gruppen av amfetaminanvändare. (Partanen et al. 2007.) I Alhos et al. (2007) undersökning var opiaterna, främst buprenorfin, den vanligaste (73 %) sprutdrogen bland klienterna på hälsorådgivningarna i huvudstadsregionen, medan användningen av amfetamin (24 %) var klart mindre (Alho et al. 2007). Enligt

¹ Amfetamin- eller opiatbruk, som har förorsakat användaren sociala- eller hälsoskador. Därtill har bruket förorsakat myndighetsingripande av något slag, vilket framgår ur myndighetsregister (Partanen, P. 2007.)

² Vårdnämningensregistret, Informationssystemet för polisärenden, berusade bilförarens register och det nationella registret för smittosamma sjukdomars C-hepatitfall.

uppskattningen fanns det år 2005 5 100–8 200 amfetamin- och opiatproblemanvändare i huvudstadsregionen, cirka 30–40 procent (liksom år 2002) av alla problemanvändare i Finland. Enligt ett estimat ligger antalet problemanvändare i huvudstadsregionen närmare uppskattningens övre gräns. (Partanen et al. 2007.) Enligt hälsorådgivningarnas verksamhetsstatistik besöktes huvudstadens hälsorådgivningar år 2005 av cirka 9 300 problemanvändare. Partanen et al. (2007) konstaterar att effekterna av anonymiteten vid datainsamlingen särskilt kan ses i huvudstadsregionen där klienterna vid hälsorådgivningarna använder flera tjänster på samma område och det bland klienterna också finns personer från andra orter. Med beaktande av detta sjunker antagligen klientantalet vid hälsorådgivningarna inom ramarna för det ovannämnda statistiska uppskattningsintervallet. (Ibid.) I huvudstadsregionen är hälsorådgivningarnas förmåga att nå problemdrogbrukarna generellt mycket god. Då Partanen et al. (2007) jämför det uppskattade problemdrogbrukarantalet i huvudstadsregionen med hälsorådgivningarnas klienter, konstaterar de att på de orter där hälsorådgivningar finns, lyckas dessa få en ansevärd mängd av områdets problemanvändare till sina tjänster. De konstaterar också att hälsorådgivningsnätverket inte är geografiskt täckande, så en del av sprutdrogbrukarna hamnar oundvikligen utanför verksamheten. (Ibid.)

År 2005 fanns cirka 50–60 procent av alla problemanvändare i södra Finland (60–70 % år 2002). Det fanns uppskattningsvis 7 600–12 900 amfetamin- och opiatproblemanvändare i Södra Finlands län år 2005. (Partanen et al. 2007.) Enligt hälsorådgivningarnas verksamhetsstatistik nådde rådgivningarna i Södra Finlands län cirka 10 000 personer år 2005. Av de 3 500–5 200 uppskattade problemdrogbrukarna i Västra Finlands län nådde länets hälsorådgivningar år 2005 cirka 1 600 klienter. Det sammanlagda antalet problemanvändare i Östra Finlands, Uleåborgs och Lapplands län

uppskattades år 2005 till cirka 2 000–3 800 personer. I dessa tre län är tillgången på hälsorådgivningstjänster mest begränsad. Enligt verksamhetsstatistiken var det totala klientantalet vid hälsorådgivningarna i dessa tre län 175 personer år 2005 (cirka 200 år 2006).

Klientantalet vid hälsorådgivningarna och de uppskattade problemdrogbrukarantalen beskriver inte direkt räckvidden, för hälsorådgivningarna besöks i regel enbart av sprutdrogbrukare och de register som mäter antalet problemanvändare kan också innefatta personer som inte använder injektionsdroger eller som kan klassas som så kallade sporadiska användare. Å andra sidan minskar den möjliga andelen sporadiska användare då observationerna kommer från flera register. (Partanen et al. 2007.) De uppskattade problemdrogbrukarantalen är vägledande med tanke på täckningsgraden för hälsorådgivningarna och de hjälper till att fokusera verksamheten samt lyfta fram arbetets nödvändighet på vissa områden. Det bör noteras att det uppskattade antalet problemanvändare inte har ökat sedan år 2002 medan hälsorådgivningarnas sammanlagda besökarantal växer årligen. Hälsorådgivningarnas förmåga att nå klienterna förbättras således kontinuerligt. Trots det rätt stora uppskattade antalet problemanvändare har antalet hiv-smittor via sprutdroger hållits mycket litet.

1.2. Klienterna inom drogbrukarvården

Rusmedelsvårdens klientprofil undersöks årligen med klientenkäter för att utreda bland annat vilka droger som tas, hur vanliga sprutdroger är samt förekomsten av smittsamma sjukdomar. Enligt datainsamlingen om Rusmedelsvården³ var opiaterna (41 %) år 2006 det vanligaste problemrusmedlet som ledde till att man sökt sig till rusmedelsvården. Andelen personer som sökt vård på grund av missbruk av

³ STAKES Rusmedelsvårdens drogklienter 2006. Deltagare 133 enheter och 4865 klienter

buprenorfin (31 %), som ingår i gruppen av opiater, var betydligt större än för heroin (2 %), som ingår i samma grupp. Andra problemrusmedel som i första hand lett till rusmedelsvård var stimulantia (21 %), blandbruk av alkohol och droger (17 %) och cannabis (14 %). Lugnande medel (7 %) eller andra droger var sällan angivna som primära problemrusmedel. Blandbruk var vanligt, nästan två tredjedelar (62 %) hade angivit åtminstone tre problemrusmedel. (Narkotikaberoende klienter inom rusmedelsvården 2006, 3. Stakes 2007.)

Av alla drogklienter inom rusmedelsvården hade 78 procent någon gång använt sprutdroger. Av dem hade dryga hälften (59 %) injicerat under den senaste månaden. Bland de klienter som sökt sig till rusmedelsvården var injicering (83 %) det vanligaste sättet att ta opiater. Injicering var det vanligaste sättet att ta buprenorfin och aningen vanligare än att injicera heroin (82 %). Av stimulantbrukarna injicerade 81 procent. Bland dem som någon gång under sitt liv tagit sprutdroger hade 81 procent någon gång använt gemensamma injiceringsverktyg och av dessa hade var femte (19 %) använt gemensamma injiceringsverktyg under den senaste månaden. (Ibid.)

Av de klienter som sökt sig till rusmedelsvården hade största delen tidigare vårdkontakter (86 %). Av klienterna hade 44 procent parallella vårdkontakter. Vanligast var de parallella vårdkontakterna till rusmedelsvårdens öppenvård (52 %), till öppenvården inom social- och hälsovårdens allmänna tjänster (27 %) och till hälsorådgivningar (18 %). Man hade sökt sig till vård på eget initiativ (37 %), via social- och hälsovårdens allmänna tjänster (30 %) eller via rusmedelstjänsterna (20 %). Andra instanser som styrts till vård var familj (6 %), polis (4 %) och hälsorådgivning (1 %). (Ibid.) Hälsorådgivningarnas procentuellt sett ringa roll som den instans som styrts till vård kan framför allt förklaras av att klienten vanligen kan uppleva att han/hon på eget initiativ fattat beslut om att söka sig vård. För det andra kan

man uppleva att hälsorådgivningen primärt är en instans som ger råd och stöd, inte som en officiell instans som fattar beslut om tillgång till vård.

Bland de klienter vid rusmedelsvården som ibland tagit sprutdroger hade två av tre (69 %) fått åtminstone ett hepatit B-vaccin och 49 procent hade fått alla tre doser. Närmare 65 procent av rusmedelsvårdens drogklienter hade testat sig för såväl hiv, hepatit B som hepatit C. Cirka 70 procent av klienterna hade tagit hiv-test, 67 procent hepatit B-test och 73 procent hepatit C-test. Bland dem som någon gång tagit sprutdroger var färre än två procent hiv-positiva enligt själv rapporterade testresultat och på basis av säkrade testresultat låg andelen strax under tre procent. Enligt själv rapporterade testresultat var 60 procent hepatit C-positiva och enligt säkrade testresultat var siffran 67 procent. (Narkotikaberoende klienter inom rusmedelsvården 2006, 5–6. Stakes 2007.) Enligt en enkät som gjordes bland rusmedelsvårdens klienter var användningen av sprutdroger mycket vanlig och blandmissbruk ytterst typiskt. Huvuddelen av dem som svarade hade haft gemensam användning av injektionsverktyg. Andelen som fått hepatit B-vaccin var utmärkt; av dem som tagit sprutdroger hade cirka hälften fått alla tre vaccindoser. Många hade tagit hiv- och hepatit B-tester och andelen av dem som fått positivt resultat följde incidensen för positiva testresultat som anmäls till registret över smittsamma sjukdomar.

1.3. Drogbrukarvård

I Finland vårdas drogbrukare vid hälsovården, vid rusmedelsvårdens specialserviceenheter samt i socialvården och man strävar efter att arrangera långvarig öppenvård nära patientens hemort (Gångse vård. Drogavvänjning). Stimulanter, främst amfetamin, är de mest använda drogerna bland drogbrukarna. Enligt de senaste uppskattningarna är 75–88 procent av de finska drogbrukarna amfetaminister. Utvärderingsstudier visar att användningen av amfetamin varit vanligare än användningen av opiater åtminstone sedan år 1997. (Partanen et

al. 2007.) Specifik läkemedelsbehandling för amfetaminavvänjning känner man inte till, men symtomen kan behandlas (Gänge vård. Drogavvänjning). Vad gäller vårdmöjligheterna vid stimulantberoende konstaterar Tiihonen (2004) att användningen av enbart psykosociala vårdformer än så länge generellt har visat sig vara tämligen ineffektivt då man behandlar beroende framkallat av sprutdroger. Användningen av intravenösa opiater och amfetamin är särskilt problematisk på grund av de relaterade konsekvenserna såsom hiv, hepatiter, brottslighet, överdödlighet och marginalisering från arbetslivet. För behandling av stimulantberoende har man tills vidare inte lyckats utveckla någon vårdform som skulle vara lika effektiv som substitutionsbehandling med metadon och buprenorfin vid opiatberoende även om forskning i ämnet pågår hela tiden (Tiihonen 2004, 1191). Tiihonen (2004) diskuterar möjligheten att vid amfetaminberoende använda oral substitutionsbehandling med till exempel amfetamin eller metylfenidat, så man kunde ersätta det intravenösa bruket med en övervakad oral användning och på det sättet minska brottslighet och infektionsspridning. (Tiihonen 2004, 1192.) Enligt en färsk finländsk undersökning har metylfenidat visat sig vara en effektiv vårdform för att minska användningen av sprutdroger hos personer med allvarligt amfetaminberoende (Tiihonen et al. 2007, 162). Även om läkemedelsbehandling av amfetaminberoende fortfarande är i ett utvecklingsskede, söker sig drogbrukarna till vård i samma utsträckning som opiatberoende personer.

Det finns numera tydliga bevis på att substitutionsbehandling med läkemedel som metadon eller buprenorfin är effektiv. Undersökningar har visat att substitutionsbehandlingen minskar illegalt bruk av drogerna, injektionsanvändning samt beteende som ökar spridningsrisken för hiv och andra smittsamma sjukdomar, t.ex. att använda gemensamma verktyg. Den har också visat sig förbättra den sociala funktionsförmågan och det allmänna

hälsotillståndet. Undersökningens resultat indikerar också att den kriminella verksamheten eventuellt minskat och att drogdödsfallen minskar då tillräcklig substitutionsbehandling erbjuds. För att vården ska lyckas måste den inledas tidigt, vara tillräckligt länge, vara kontinuerlig och läkemedlen doseras rätt. (EMCDDA 2006, 72.)

Rusmedelsvården kan i praktiken vara läkemedelsfri avgiftning eller läkemedelsassisterad behandling, där längden och målet varierar patientspecifikt. Avgiftning är såtillvida mindre effektivt att det är svårt för klienten att förbinda sig till den utan substitutionsbehandling med läkemedel (Hermanson 2001). Då vård av opioidberoende personer diskuteras, talar man vanligen om följande vårdformer gällande medicinering och mål. Social- och hälsovårdsministeriets förordning (289/2002) om avgiftning samt substitutions- och underhållsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel definieras i paragraf 2 opioidberoende och läkemedelsbehandlingar enligt följande:

1) *opioidberoende* ett tillstånd när de diagnostiska kriterierna för F11.2x i sjukdomsklassifikation ICD-10 uppfylls;

2) *avgiftning* behandling av en opioidberoende person i högst en månad med hjälp av läkemedelspreparat som innehåller buprenorfin eller metadon i syfte att få personen drogfri;

3) *substitutionsbehandling* rehabiliteringsvård av en opioidberoende person i över en månad med hjälp av läkemedelspreparat som innehåller buprenorfin eller metadon i syfte att få personen drogfri; samt

4) *underhållsbehandling* rehabiliteringsvård av en opioidberoende person i över en månad med läkemedelspreparat som innehåller buprenorfin eller metadon, med tyngdpunkten lagd på att minska skadorna och förbättra patientens livskvalitet.

Vid substitutionsbehandling ersätter läkemedlet drogen, men i motsats till underhållsbehandling är målet för substitutionsbehandlingen ibland att också komma loss från det ersättande läkemedlet. Rusmedelsvården har under årens lopp utvecklats i en riktning där tröskeln är allt lägre, men en verkligt lättillgänglig substitutionsbehandling är alltjämt på planeringsstadiet. Enligt riktlinjerna för god medicinsk praxis är ett effektivt sätt att förhindra abstinenssymtom att inom 12–24 timmar efter den senaste drogdosen ge patienten buprenorfin eller metadon. Dessutom konstateras att substitutionsbehandling av opioidberoende är betydligt effektivare än en lång avgiftning, som räcker mellan tre veckor och fyra månader och som kompletteras med psykosocial vård. Med motsvarande doser nås samma resultat med metadon och buprenorfin. Inte ens en intensiv psykosocial behandling förbättrar resultaten för en läkemedelsfri behandling av opioidmissbruk eller opioidberoende. (Gängse vård. Drogavvänjning.) År 2004 uppskattades cirka 700–750 personer ha deltagit i substitutionsbehandling för opiatberoende personer och största delen av behandlingen skedde med buprenorfin. (Virtanen 2006.) I slutet av år 2005 uppskattades redan cirka 800–900 klienter delta i substitutions- och underhållsbehandlingar (Huumausainepolitiikan kertomus 2005. SHM 2006).

Blandmissbruket är en utmaning för hälsovården och drogövervaknings-systemen, som vanligtvis är baserade på beteendemätare för användningen av enskilda droger (EMCDDA 2006, 14). För att för blandanvändare hitta den rätta vården och påverka riskbeteendet krävs alldeles särskilda insatser, kunskap och förmåga. År 2005 och 2006 hade två av tre klienter vid rusmedelsvården minst tre missbruksmedel (Narkotikaberoende klienter inom rusmedelsvården 2005, 3, Narkotikaberoende ... 2006, 3.). Enligt Partanens et al. (2006)

undersökning är blandmissbruk mycket vanligt bland sprutdrogbrukare. Injicerade ämnen är i huvudsak buprenorfin, amfetamin eller heroin. Enligt undersökningen använder fyra av fem som i huvudsak tar buprenorfin eller heroin tidvis också amfetamin. Samtidigt beroende av flera rusmedel är vanligt vid blandmissbruk, så att till exempel en opiatbrukare också är beroende av lugnande medel. (Seppälä 2003, Partanen et al. 2006, 22–27.) Blandmissbruk ökar risken för överdos avsevärt. Dödsfall har rapporterats i samband med användning av buprenorfin, men då har det i samtliga fall rört sig om felanvändning av ämnet, såsom intravenös dosering, blandmissbruk med andra läkemedel, droger eller alkohol. (Suominen & Saarijärvi 2003, 4149.) Av de personer som deltog i undersökningen Riski hade 75 procent använt alkohol under det senaste halvåret vid tidpunkten för startintervjun och 81 procent efter 1,5 års uppföljning. För bensodiazepinernas del var siffrorna 73 procent och 45 procent (Partanen et al. 2006, 38).

1.4. Hälsorisker relaterade till bruk av sprutdroger

Användningen av sprutdroger är med tanke på användningssättet den farligaste formen av drogbruk, eftersom användning genom injicering avsevärt ökar risken att få bakterie- och virusmittor samt exponerar för skador i vener och vävnader. Användningen av sprutdroger är också förknippad med risker för överdosering, allvarliga lokala och systemiska infektioner, såsom virusjukdomar som smittar via blod och blodförgiftning samt blodpropp (EMCDDA 2006, 12). Drogbruket i sig orsakar många allvarliga sociala och hälsomässiga problem, det är ofta förknippat med mentala problem och det utgör i sig självt en allvarlig hälsorisk.

Användningen av sprutdroger ökar märkbart risken för ven- och vävnadsskador. Att till exempel ta läkemedel avsedda för oral substitutionsbehandling eller andra läkemedel genom injektion är farligt på grund av att

bindemedlen stannar i blodkärlen. Sprutdrogbrukare rekommenderas också generellt att krossa ämne som injiceras noggrant samt filtrera det, varvid en stor del av orenheterna och tablettornas bindemedel stannar i filtret. Hälsoriskerna vid injektionsbruk ökas även av drogernas renhet och kvalitet. De ibland stora variationerna i heroinets kvalitet och styrka utsätter användaren för en risk att överdosera och nya droger, såsom de numera alltmer populära GHB och GBL, kan i små doser tillsammans med andra rusmedel orsaka förgiftningar. Också drogleveransen i sig kan vara kontaminerad till exempel på grund av transportsättet. Att gömma droger i kroppshålor kan leda till att leveransen blir kontaminerad av ett flertal mikrober.

Infektionsrisker ingår i användningssättet, där en dålig injektionshygien och blodkontakt exponerar sprutdrogbrukaren för bakterie- och virusinfektioner. Den mest typiska risksituationen är gemensam användning av injektionsverktyg och utrustning för beredning av drogdosen, när man använder verktyg och utrustning som redan använts av andra eller då man överlåter verktyg man själv använt till andra. Faktorer som bidrar till risken för infektioner vid användning av sprutdroger är smutsiga eller använda verktyg, dålig hygien såsom oren gjord hud och en oren drog.

Ristola (2003) listar faktorer som påverkar förekomsten av infektioner hos drogbrukare. Dessa är bland annat beteende som utsätter problemanvändaren för smittor via blod, injicering av droger, att man delar injiceringsverktyg med andra, berednings- och användningssätt för ämnen som injiceras, vävnadsskada orsakad av injicering, sexuellt riskbeteende, prostitution för att skaffa droger, berusningens inverkan på det sexuella beteendet, den sociala situationen, trånga boendeförhållanden och bostadslöshet (Ristola 2003, 570).

Beredningen av droger för injektioner sker ofta osterilt och bakterier kommer i vätskorna som ska injiceras. Att bereda drogerna osterilt

bereder en väg för bakterierna till blodomloppet och detta kan leda till blodförgiftning, sepsis. Efter årtal av sprutdroger har venerna i extremiteterna ofta ärrats, vilket främjar infektioner vid injiceringsställena. Bakterieinfektioner kan utvecklas antingen som lokala infektioner eller sprida sig med blodet till resten av kroppen vilket vanligen leder till en inflammation i hjärtats invändiga hinna, endokardit. (Ristola 2003, 570-1, Ristola 2004, 56.)

Injektionsbruk är alltid förknippat med en hälsorisk och gemensam användning av verktyg med en eventuell blodkontakt och en smittorisk. Man kan dock minska dessa genom att alltid använda egna, rena nålar, sprutor och andra verktyg samt genom att göra injektionsförhållandena så hygieniska som möjligt. Enligt Ristola (2004) avlägsnas en del av infektionsproblemen då man slutar ta sprutdroger, såsom bakterieinfektioner vid injektionsställena. Av de kroniska virusinfektionerna sprids dock hiv och hepatit B även via sex, så förebyggandet av dessa måste beaktas även om man slutar ta droger. Ofta är det inte ett realistiskt alternativ att sluta ta droger, men personen kan ändå vara villig att skydda sig själv och andra mot smittor (Ristola 2004, 57).

1.5. Infektionssjukdomar som smittar via blod

De allvarligaste hälsoeffekterna av användningen av sprutdroger är att förekomsten av hiv och andra blodförmedlade sjukdomar, särskilt B- och C-hepatit, ökar i befolkningen. Sprutdrogbrukarna löper smittorisk såväl med avseende på injektionsbeteendet som sexförmedlade smittor. Även risken för hepatit A har visat sig ha en allt tydligare koppling till användningen av sprutdroger.

Då man bland sprutdrogbrukare betraktar det riskbeteende som är relaterat till smittsamma sjukdomar som smittar via blod, är man ofta intresserad av injektionsförhållandena, gemensam användning av injektionsverktyg

och om kondom används vid sex. (Partanen et al. 2006, 10.) Jämfört med andra smittvägar kan sjukdomar som smittar via blod spridas mycket fort bland sprutdrogbrukare då användningssättet utsätter dem för direkt blodkontakt. Hiv smittar särskilt lätt under de två första månaderna efter att man fått smittan på grund av den höga virusmängden i början av infektionen. Bland sprutdrogbrukare kan några gånger då man använder gemensamma verktyg utlösa en snabb snöbollseffekt.

Om verktyg delas med sådana individer som har till exempel hiv- eller hepatit C-smitta, kan en person på en gång smitta ner flera andra och dessa kan i sin tur på en kort tid vidareförmedla smittan till en grupp andra, varvid också risken för sexförmedlade smittor ökar. Om man inte vidtar snabba och omfattande åtgärder för att förhindra smittorisker kan en hiv-epidemi bland sprutdrogbrukare inom bara några år omfatta till och med halva riskgruppen, vilket skett i till exempel Estland (Salminen 2007).

Enligt EMCDDA har det primära målet för folkhälsoåtgärderna inom detta område blivit att minska användningen av sprutdroger och att dela ut rena injektionsverktyg. Undersökningar har visat att det finns en koppling mellan drogbruk och ett riskfyllt sexuellt beteende, så det är allt viktigare att sammankoppla åtgärder relaterade till drogbruk och folkhälsostrategier som gäller sexuell hälsa. (EMCDDA 2006, 75.) Den finländska nationella strategin mot hiv/aids för åren 2008–2012 betonar en god tillgänglighet till rena injektionsverktyg också framöver samt att sexuell hälsa starkare kopplas till dessa åtgärder (Nationell strategi mot hiv/aids 2008–2012).

1.5.1. Hiv

Förekomsten av och smittorisken för hiv i vissa grupper, såsom i grupper som utövar sex mellan män (MSM⁴) och sprutdrogbrukare, är högre än bland befolkningen i genomsnitt. I jämförelse med närområdena har förekomsten

⁴ Män som har sex med män

av hiv dock hållits låg i Finland. Till exempel i Estland uppskattas förekomsten av hiv bland sprutdrogbrukare inom vissa områden uppgå till t.o.m. 54,3–90 procent. Hiv-epidemin i Estland nådde sin kulmen år 2001 då det konstaterades nästan 1 500 hiv-smittor på befolkningsnivå. (EMCDDA 2006.) I Ryssland och Baltikum har de flesta hiv-smittorna förvärvats via användningen av sprutdroger och de smittade är i huvudsak under 30 år gamla. Mängden hiv-smittor inom närområdena utgör naturligtvis en spridningsrisk till Finland, även om det endast finns få indikationer på att smittor som förmedlats via sprutdroger spridit sig till Finland.

I Finland var hiv-smittorna bland sprutdrogbrukare mycket sällsynta fram till år 1998, då en epidemi bröt ut bland dem i huvudstadsregionen. Epidemin gav upphov till ett behov att förstärka förebyggande tjänster riktade till drogbrukare i Finland. Den vägen utvecklades den nuvarande hälsorådgivningsmodellen.

1.5.2. Hepatit B

Hepatit B är den enda sjukdomen som smittar via blod och sex och som det finns ett effektivt vaccin mot (Duodecim, hälsobiblioteket). Man kan också skydda sig mot smitta genom att använda kondom och minska på riskbeteendet. Hepatit B-viruset (HBV) orsakar en leverinflammation som ofta leder till en kronisk sjukdom, som i sin tur avsevärt ökar risken för levercancer vid högre ålder. Vanligen smittar HBV via blod. Andra smittvägar är via sex och från mor till nyfött barn. (Leinikki, 2003a.)

I registret över smittsamma sjukdomar kan man se att de akuta fallen av hepatit B som anmälts vara relaterade till användningen av sprutdroger har minskat från cirka hundra fall till cirka tjugofall per år. Vaccination mot hepatit B är ett effektivt sätt att förhindra att sjukdomen sprids och vaccinering lyckas bäst i samband med specialtjänster riktade till sprutdrogbrukare. (Ristola 2003.) År 1998 ändrades vaccinationsrekommendationerna så

att man effektivt kunde börja vaccinera sprutdrogbrukare och hälsorådgivningarna har visat sig vara en utmärkt kanal för att nå riskgruppen. Av de långvariga drogbrukarna uppskattas cirka hälften vara vaccinerade mot hepatit B och den nådda vaccinationstäckningen bland sprutdrogbrukare är utmärkt. (Leino 2006.)

Baserat på anmälningarna till registret över smittsamma sjukdomar har det i Finland årligen förekommit 200–400 nya hepatit B-smittor under de senaste tio åren. I lokala epidemier har de smittade ofta varit unga drogbrukare och deras sexpartner. Bland de långvariga drogbrukarna har 20–30 procent HBV-smitta. (Leinikki 2003a 186, Ristola 2003, 572.) Numera är användningen av sprutdroger den främsta epidemiologiska riskfaktorn för hepatit B, även om sexuellt överförda smittor tydligen håller på att öka. Av de finländska sprutdrogbrukarna har mer än hälften i något skede av sitt liv fått hepatit B-smitta. (Leinikki 2003a, 186–187.) B-hepatitviruset orsakar ofta en klart akut leverinflammation, så det är lätt att identifiera B-hepatit epidemier bland drogbrukare (Ristola 2003, 572). Sjukdomens akuta form behandlas inte rutinmässigt med virusläkemedel. Den sjukdomsform som blir kronisk är en betydande riskfaktor för kronisk leverskada, men långtifrån alla som bär på en kronisk smitta får symtom av den. (Leinikki, 2003a, 187–188.)

1.5.3. Hepatit C

Hepatit C-virus (HCV) orsakar oftast en övergående leverinflammation med få symtom. Den smittar lätt via blod, till exempel i samband med att blodiga injektionsnålar och -sprutor används och det räcker tydligen med en mycket liten portion virus för att smittan ska ske. (Leinikki 2003a, 191.) Således finns det en betydande smittorisk till exempel via blötläggningsskärl som används gemensamt, vilket är ganska vanligt (WHO 2004, Ristola 2003, 572). I Finland är hepatit C-smittorna i huvudsak en följd av användningen av sprutdroger. En gemensam användning av nålar och sprutor ger upphov till en stor

smittorisk, medan sexsmittor är ganska sällsynta. (Leinikki, 2003a, 191, 194.)

Alltsedan år 1995 har 1300–1900 hepatit C-fall årligen anmälts till registret för smittsamma sjukdomar. En del av dessa är fall där smittan skett för länge sedan och som uppdagas först nu. Hepatit C-viruset upptäcktes först i början av 1990-talet och därför har man kunnat följa med smittofallen först efter år 1995 i Finland (jfr. Leinikki 2003a, 191).

I Finland har cirka 50 procent av alla sprutdrogbrukare HCV-antikroppar och av de långvariga drogbrukarna bär 70–80 procent på viruset. Hos 75 procent har sjukdomen få symtom och den upptäcks ofta av en slump vid laboratorieprover eller i samband med rutinundersökningar. (Leinikki 2003a, 191–192.) Även om sjukdomen har få symtom förblir cirka 80 procent av dem som fått hepatit C-smitta bärare och sprider därför sjukdomen (Ristola 2003). I den prospektiva RISKI-studien ökade andelen hepatit C-smittade så att 47 % av de som var osmittade vid början av den 1,5 år långa observationstiden hade fått smittan vid slutet (Partanen et al. 2006, 31, 50).

Vid kronisk HCV infektion ökar risken för att levern skall skadas med tiden. Under de senaste åren har emellertid nya, allt effektivare interferon- och antiviralläkemedels behandlingsformer utvecklats. Tack vare behandlingen minskar skadorna på levern och levern förstörs långsammare. Hos en betydande del av de som behandlas kan sjukdomsutvecklingen t.o.m. helt avstanna. I 30-50% av de som får behandlingen verkar hepatit C-viruset också helt och hållet försvinna från kroppen, även om man inte helt säkert kan utesluta en mycket lågaktiv eller latent infektion. Därför kan man inte helt utesluta fortsatt smittsamhet. Först långvariga uppföljningsstudier kommer med säkerhet att påvisa hur många av de som fått behandlingen verkligen har blivit friska och helt utrotat viruset. Hos en del av de patienter som genomgått de nuvarande effektiva behandlingsformerna återgår situationen dock till det

ursprungliga efter att behandlingen avslutats. Dessa patienter ges behandling mot symtomen, vilket i något skede också kan omfatta levertransplantation. (Leinikki 2003a, 191–192, 194.)

Även om läkemedelsbehandlingen för hepatit C är förhållandevis effektiv, är den också dyr, komplicerad och ger eventuellt biverkningar. Därför bör behandlingsmotivationen vara hög hos patienten (Ristola 1999, 227). En behandlad C-hepatit förhindrar inte heller att man får en ny smitta. En person som redan tidigare fått hepatit C-viruset kan insjukna i en ny hepatit C-infektion för viruset har flera subtyper som alla kan orsaka nya infektioner (Partanen et al. 2006, 62). Själva drogbruket i sig förhindrar inte behandling, men en ständig användning av droger innebär ofta att man kontinuerligt utsätts för ny smittorisk och därför har de finländska modellerna för läkemedelsbehandling förutsatt drogfrihet (Ristola 1999, 227). Innan man inleder behandling brukar man vanligen förutsätta att tidigare problemanvändare varit nyktra från alla droger och alkohol i minst ett år. (Karvonen 2003.)

Det viktigaste målet för HCV primärprevention är att förhindra ny smitta. Metoder för detta är upplysning och rådgivning, att trygga tillgången till rena injektionsverktyg samt att minska det allmänna riskbeteendet. Med tanke på sekundärpreventionen är det viktigt att hitta smittobärarna och förhindra att smittan sprids via dem. Genom att ansluta HCV-undersökningen till de stödåtgärder som riktats till drogbrukare kan man främja sekundärpreventionen av sjukdomen, dvs. hitta smittorna och skydda andra personer. (Leinikki 2003a, 191, 194.)

En central del av sekundärpreventionen för HCV-sjukdomen är att förhindra senkomplikationerna och detta kan påverkas exempelvis genom att informera om den fara som alkoholkonsumtion orsakar. (Leinikki 2003a 193.) Hepatit C-viruset är tämligen vanligt bland drogbrukare och en stor del av

de finländska drogbrukare använder också rikligt med alkohol. Därför bör man vid hälsorådgivningen även betona betydelsen av att avstå från alkohol. (Ristola 2003, 572.) Alkoholkonsumtion ökar märkbart risken för levercirros. Också hiv ökar risken för leversjukdom⁵ (Leinikki 2003a, 194.) I hälsorådgivningsverksamheten fokuseras på att minska smittorisken, finna smittor och styra smittade till behandling.

Remiss till HCV-antikroppstester ges vid en del av hälsorådgivningspunkterna för sprutdrogbrukare (Leinikki 2003a, 191, 194.). Man uppskattar att HCV-infektionerna senast efter några tiotal år kommer att innebära en betydande belastning för hälsovårdssystemet. Uppskattningarna visar att runt år 2020 behandlas årligen flera hundra personer med läkemedelsbehandling, allvarliga leversjukdomar diagnostiseras hos 100-300 personer och HCV är grundorsaken till 30-50 extra dödsfall årligen (Leinikki 2003a, 192.) .

Redan i slutrapporten för det första finländska hälsorådgivningsförsöket från år 1998 konstaterar Ovaska et al. att man i hälsorådgivningen strävade efter att betona förebyggandet av spridningen av hepatit C och att hepatit C på den tiden var den vanligaste smittsamma sjukdomen bland sprutdrogbrukare (Ovaska 1998, 32). Även om antalet smittor har blivit färre sedan toppåren är hepatit C fortfarande den vanligaste smittan bland sprutdrogbrukare och att förhindra spridningen av den är ett av de mest centrala målen för hälsorådgivningen.

1.5.4. Hepatit A

Vanligtvis har främst hepatit B och C räknats som hepatitrisiker för sprutdrogbrukare och deras etiologi är klart förknippad med risk för blodsmitta. Under de senaste tio åren har det dock noterats att samma målgrupp också har en förhöjd risk för hepatit A och flera hepatit

⁵ T.ex. Leinikki, P. (2003) Virushepatiitit [Virushepatiter]. i verket Koskenvuo, K. (ed.) Sairauksien ehkäisy [Förebyggande av sjukdomar]. Förläggnings Ab Duodecim.

A-epidemier har beskrivits. Det har tidigare ansetts att hepatit A i huvudsak är en fekal-oral smitta, främst via kontaminerade livsmedel, vatten eller via personkontakt som beror av bristfällig hand- och toaletthygien.

Hos sprutdrogbrukare har epidemiutredningen visat både på de ovan beskrivna smittvägarna, särskilt problem med bristfällig hygien, men i några fall har man också fått indikationer om att epidemin uppkommit på grund av att drogleveransen kontaminerats av avföring. Dessutom har en noggrannare utredning av sjukdomens etiologi avslöjat att viruset särskilt i den akuta fasen förekommit viremiskt i blodomloppet. Detta kan hos sprutdrogbrukare leda till ett otypiskt smittsätt via blod.

Den omfattande hepatit A-epidemin som observerades bland amfetaminister i Helsingforsområdet åren 1994–1995 gav indikationer om att viruset härstammade från att drogen i samband med transporten kommit i kontakt med avföring (Leino et al. 1997). Hepatit A-epidemier förekom senare på 2000-talet bland problemanvändare också inom huvudstadsregionen. Därefter har epidemier förebyggts genom vaccinationer. I Finland blev vaccination mot A-hepatit en del av det allmänna vaccinationsprogrammet för sprutdrogbrukarnas del år 2004.

1.6. Skademinimering samt principen om låg tröskel och lättillgänglighet

1.6.1. Från skademinimering.....

Begreppet att minska eller minimera skador är en central del av hälsorådgivningsverksamheten och det kan anses vara den ideella grunden för verksamheten och det som styr arbetet. Att minimera skadorna är en samling åtgärder som strävar efter att minska skadliga hälsomässiga, sociala och ekonomiska konsekvenser som beror på individens handlingar och vissa beteenden. Målet för skademinimeringen är det hälsovådliga riskbeteendet, som till exempel

kan uppträda som ett visst sätt av använda droger, alkohol eller tobak. Till samma kategori kan också räknas risker anknutna till sexuellt beteende, dvs. bristfälligt säkert sex. Då skademinimering relaterad till drogbruk diskuteras fokuserar man oftast på det farligaste sättet att använda droger, det intravenösa bruket.

Enligt WHO (2005) förstås i hälsovården skademinimering som en målsättning att förebygga och minska hälsoskador som orsakas av ett visst beteende. I samband med sprutdroger riktas åtgärderna för att minska skadorna till att förebygga hiv och andra smittsamma sjukdomar som smittas via smutsiga injektions- och beredningsverktyg. (WHO 2005.) Praktiska åtgärder för att minska drogskador är mer kontroversiella än interventioner mot exempelvis alkohol- eller tobaksrelaterade risker, vilka accepteras betydligt bättre och används allmänt (jfr Mäkelä 1999, 194). Att minska drogskador avser de åtgärder som används för att minska skador orsakade av drogbruk då det inte är möjligt att avstå från användandet. I ett tidigt skede kan det innebära rådgivning för att förebygga att sporadisk användning övergår till missbruk eller att ge råd om användningssätt som minskar de negativa effekterna. I ett sent skede arrangeras till exempel medicinsk substitutionsbehandling eller utbyte av använda injektionsverktyg mot rena. (Mäkelä 1999, 194.)

Okonventionell intervention mot drogbruk väcker känslor eftersom drogbruk är ett samhälleligt tabu och det är olagligt och definieras som kriminell verksamhet. På samhälls nivå har man vant sig vid att se drogbruk som ett onormalt beteende, vilket för sin del har kunnat påverka det att användare ofta ansetts vara utomstående och marginella, vilket eventuellt har förstärkt marginaliseringen och de sociala problemen från samhällets sida. (Jfr Tammi & Hurme 2006.) En drogbrukare vågar inte nödvändigtvis tala om sitt rusmedelsproblem inom exempelvis primärvården och primärvården har eventuellt

inte resurser eller kunskap att handleda och hjälpa en drogberoende klient.

Skademinimeringspolitiken har spritt sig till många västländer sedan 1980-talet och kan i allt högre grad ses som ett alternativ till den traditionella drogpolitiken, som baseras på straffrättsliga metoder (Tammi & Hurme 2006, 113). Trots att skademinimeringens vikt ökat, behöver den inte ses som ett helt motsatt förhållningssätt till den begränsande drogpolitiken, även om det finns motstridigheter mellan deras innehåll (jfr Mäkelä 1999, 193). Vanligtvis är drogpolitikens metoder en kombination av att minska skador och den kontrollbaserade metoden (Sarvanti 1997, 201). I Finland verkar de något motsatta drogpolitikerna numera sida vid sida, vilket åtminstone inte ännu orsakat större konflikter.

Det synsätt som betonar ett drogfritt samhälle särskiljer inte nödvändigtvis problembrukare från sporadiska användare eller nöjesanvändare, utan riktar samma kontroll mot alla på samma sätt. Anhängarna av skademinimeringspolitiken anser att en drogpolitik som baseras på straffrättslig kontroll är misslyckad då man inte lyckats minska användningen av droger. Förutom detta kan en bestraffande politik i sig verka som en kraft som marginaliserar drogbrukarna, vilket gör det svårare att ge dem stöd och behandling. (Tammi & Hurme 2006, 113.) Tammi och Hurme (2006) sammanfattar huvudteserna för att minska skador av droger och drogbruk genom att konstatera att drogbruk är en normal, oundvikligen förekommande verksamhet i dagens samhälle. Därför ska drogbrukarna behandlas rättvist som myndiga medborgare och man ska ta sig an deras problem på ett praktiskt sätt och baserat på vetenskaplig information. Även om skademinimeringspolitiken betonar individens frihet och problemanvändarens rättigheter, ligger folkhälsoproblem i bakgrunden och således är en central strävan att förbättra folkhälsan. (Tammi & Hurme 2006, 113, 118–119.)

Den politiska poängen med att minska skador är att drogproblemet inte kan avlägsnas men att man på olika sätt kan reglera drogrelaterade skador. De mest kända praktiska tillämpningarna av skademinimeringen är att avstå från straffbarheten på drogbruk, byte av sprutor och nålar och att arrangera säkra rum för att använda sprutdroger samt att erbjuda medicinsk substitutionsbehandling för opiatproblemanvändare. (Ibid.)

De praktiska tillämpningarna av skademinimeringen varierar enligt de politiska riktlinjerna i olika länder eller på olika områden. Åtgärder anknutna till drogbruk kan variera från att ha utbytesprogram för nålar och sprutor och ofta kontroversiella lättillgängliga substitutionsbehandlingar till lagliga användarrum, att legalisera vissa droger eller att ha receptbelagt heroin. I princip inkluderar minskningen av drogskador förutom hälsorådgivning och verktygsbyte också fältarbete, kamratstöd, medicinsk substitutionsbehandling och flexibel tillgång till övriga tjänster. Utgångspunkten är att minska de skador som uppstår av drogbruk, inte ta ställning till om droganvändningen är laglig eller acceptabel. Enligt denna tanke- och verksamhetsmodell borde ingen nekas tjänster eller vård även om hans/hennes beteende strider mot de samhälleliga normerna eller till och med är olagligt.

Den vanligaste, mest kända och därför kanske mest kontroversiella åtgärden som baseras på tanken att minska drogskadorna är de olika utbytesprogrammen för sprutor och nålar. Grundtanken bakom utbytesprogrammen är att garantera en så god täckning av rena injektionsverktyg som möjligt, så att sprutdrogbrukarna skulle undvika att använda gemensamma verktyg. Tillgången till rena verktyg samt att uppmana att använda dem är en central del av hiv-preventionen och borde ses som en del av de åtgärder som minskar efterfrågan på droger. Tillgången till rena verktyg minskar risken för hiv-smitta och åtgärderna har inte konstaterats ha några bieffekter. Åtgärder som riktas mot att kontrollera hiv-smittor borde förutom rena

verktyg alltid omfatta parallella åtgärder.
(WHO 2004.)

WHO:s perspektiv på att konkret minska skador förutsätter gemensamma arbetsformer och målsättningar av aktörerna. Samarbetet förutsätter att alla parter godtar en policy som baseras på skademinimering samt hjälp till sprutdrogbrukare och andra drogbrukare. Målet är att skydda sig mot och sträva efter att undvika hälsorisker och speciellt allvarliga smittor orsakade av drogbruk och gemensam användning av smutsiga verktyg. Med denna tanke- och verksamhetsmodell förbättras hälsan och den sociala ställningen för såväl drogbrukarna som den gemenskap de tillhör. Den folkhälsomässiga nyttan av detta är betydande också för den övriga befolkningen.
(WHO 2005.)

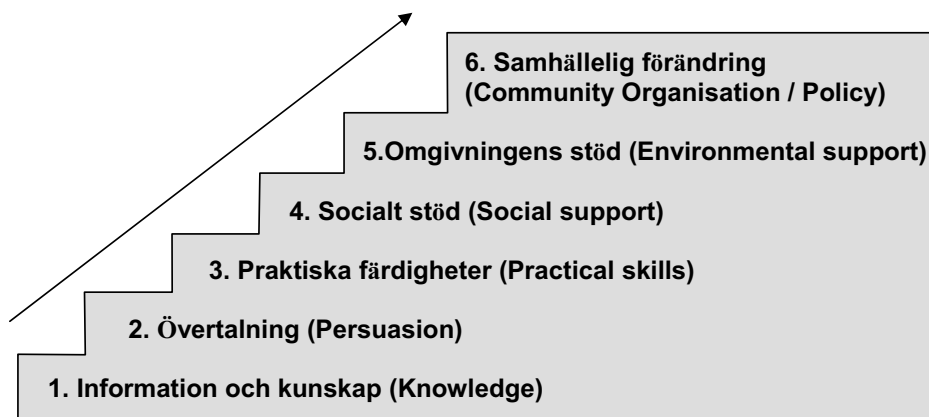
Modellen för skademinimering understöder utdelning av rena och framför allt kostnadsfria injektionsverktyg och i bästa fall en fungerande bytestjänst. Skademinimeringens verksamhetsområde omfattar också underhållsbehandling och substitutionsbehandling, för de strävar efter att minska smittorisken

1.6.2.till hälsorådgivning med låg tröskel

Då man i Finland under 1990-talet övervägde möjligheten att tillämpa modellen för skademinimering för att förebygga smittsamma sjukdomar bland sprutdrogbrukare, valde man avsiktligt en verksamhetslinje som innehållsmässigt betonar hälsorådgivning riktad till problemanvändare samt att erbjuda lättillgängliga tjänster.

Med lättillgänglighet (också kallad tjänster med låg tröskel) syftar man till tillgången till tjänsterna samt hur lätta de är att närma sig. I hälsorådgivningsverksamheten innebär lättillgängligheten i praktiken att tjänsterna är gratis, icke-dömande, konfidentiella och anonyma, att man kan komma utan att boka tid och att man får besöka dem också berusad. De lättillgängliga hälsorådgivningarna strävar efter att betjäna också dem som har portförbud till andra tjänster och permanenta portförbud tillämpas inte.

Bild 1. Förändringstrappa för hälsofrämjande



genom rena droger, så att rena och kliniskt testade droger ordinerar och så att annan droganvändning än injicering kan erbjudas.
(T.ex. Käll 1996, 207.)

De lättillgängliga hälsorådgivningstjänsterna kan anses tillämpa den trappstegsmodell för hälsointerventioner som presenterades av McAlister & Puska redan år 1982, där samhället tillsammans med individen lär sig behärska hälsan steg för steg för att till slut nå den eftersträlvade samhälleliga effekten.

Modellen visar hur kunskap (eller avsaknad av kunskap) till en början fastställer förutsättningarna för framgång, men att den inte ensam räcker för att nå målet. De i trappform beskrivna nödvändiga mellanstegen är lätta att identifiera också i den finska modellen för hälsorådgivningstjänster för sprutdrogbrukare. Speciellt viktigt är att försäkra sig om att det första trappsteget eller tröskeln till tjänsten hålls tillräckligt låg gentemot klienterna, så att användarna verkligen nås.

Vid hälsorådgivningarna förutsätter man att klienterna följer vissa regler så att stället hålls tryggt och trivsamt. Vissa gränser, såsom att förbjuda våld och hålla fast vid öppettiderna, ger drogbrukarna klarhet och förstärker ett visst beteende. Lättillgängligheten betyder dock inte frihet från regler, utan hälsorådgivningarna strävar efter att hålla lokaliteterna lugna och städade och undviker till exempel att vaccinera mycket berusade personer. Man strävar efter att hålla tröskeln för att söka vård så låg som möjligt samt att förebygga död genom överdosering och framför allt spridningen av allvarliga smittor. (se t.ex. Mönkkönen 2001, 19.) Lättillgänglighet innebär inte en lätt verkställd verksamhet, utan tvärtom förutsätter en lättillgänglig verksamhet särskilt kraftiga insatser och specialiserad expertis (Törmä et al. 2003, 105).

*En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten av smittoförebyggande
hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare*

2. HÄLSORÅDGIVNING FÖR SPRUTDROG- BRUKARE

Den första hälsorådgivningen avsedd för sprutdrogbrukare öppnades i Helsingfors i april 1997. Projektet startade redan 1996, men på grund av det motstånd man stötte på kunde det halvåriga försöksprojektet inledas först följande år. Förutom att medierna angrep projektet, stötte man på motstånd också från socialvården och polisväsendet. Också hälsovården ställde sig negativ till verksamheten, särskilt som det föreslogs att verksamheten skulle verkställas inom ramen för de vanliga hälso-tjänsterna. Attityderna blev dock snabbt mer positiva då de olika parterna kunde samarbeta och bekanta sig med verksamhetens målsättningar och praxis. (Mäkelä 1999.)

Då hiv-smittorna bland sprutdrogbrukare började öka år 1998 effektiverade hälsorådgivningsverksamheten sin kommunikation genom klienterna och fick på en kort tid många nya klienter till hiv-tester och tjänsten. Målet med att inleda hälsorådgivningen var

- 1) att få en allt bredare kontakt med sprutdrogbrukarna och sänka tröskeln för dem att söka vård.
- 2) att minska klienternas riskbeteende för att förebygga infektionsspridning inom såväl den egna gruppen som den övriga befolkningen.
- 3) att få information om situationen bland sprutdrogbrukarna i huvudstadsregionen och få uppgifter om riskbeteendet. (Ovaska et al. 1998, 14, Partanen et al. 2006, 8.)

Bakom hälsorådgivningen låg framför allt förebyggande arbete och de hälsovårdskostnader som på det sättet kunde sparas. Man lyckades nå klienterna ytterst väl, för under sitt första verksamhetsår (4.4.1997–31.12.1997) nådde hälsorådgivningsförsöket

508 klienter, 2157 klientbesök registrerades och vid dessa besök returnerades över 30 000 sprutor (Ovaska et al. 1997, 17). I samband med hälsorådgivningsförsöket minskade klienternas riskbeteende såtillvida att gemensam och upprepad användning av verktygen minskade, men det sexuella beteendet var så gott som oförändrat (Partanen, 1998). Den första hälsorådgivningen Vinkki verkade till en början på ett anslag från social- och hälsovårdsministeriet, varefter Helsingfors stad tog över finansieringen. (Jfr Mäkelä 1999, 195.)

Hälsorådgivningarnas ursprungliga mål var att få information om epidemier bland drogbrukare och att förebygga hälsomässiga olägenheter med hjälp av rena verktyg och andra stödtjänster. Målet har hela tiden varit att förebygga nya smittor och att rikta interventionen till ett så tidigt skede som möjligt. Under årens lopp har målen för verksamheten utvidgats och alltmer börjat följa internationellt använda verksamhetsformer.

År 2001 grundade hälsorådgivningarna tillsammans med Folkhälsoinstitutet och Stakes hälsorådgivningarnas sentinelnätverk, vars mål var att förenhetliga och förbättra dokumenteringen av och datainsamlingen från hälsorådgivningsarbetet. Numera anmäler alla hälsorådgivningar årligen bland annat sina årliga klientantal, klientbesök, utbytta sprutor och nålar, returneringsprocent samt antalet givna vaccinationer, remisser och tester till Stakes och Folkhälsoinstitutet. Nu har man försökt förenkla och förenhetliga datainsamlingen ytterligare genom att alla fyller i ett webbformulär.

Hälsorådgivningarnas verksamhet strävar efter att påverka cirkulationen av och användningsfrekvensen för nålar och sprutor och att åstadkomma förändringar i riskbeteendet hos sina klienter. År 2005 nådde de finska hälsorådgivningarna 11 800 klienter och antalet besök beräknades till cirka 80 000 (Hälsorådgivningarnas verksamhetsstatistik

2005). Då klientskapet baseras på en signatur kan samma person besöka flera rådgivningar och på det sättet höja det bokförda klientantalet. Problemet med anonymitet och överlappande klientskap påverkar dock inte antalet besök, vilket ger det absoluta antalet gånger tjänsterna utnyttjats. Antalet problemanvändare uppskattades till cirka 14 000–19 000 år 2005 (Partanen et al. 2007). Grovt uppskattat nådde hälsorådgivningarna år 2005 över 70 procent av sprutdrogbrukarna.

Amundsen (2006b) konstaterar att verkställda utbytesprogram för sprutor och nålar inte alltid är identiska och homogena interventioner och att de inte borde behandlas så i litteraturen. För det första varierar tjänsterna: gäller det endast utdelning av rena verktyg eller utbyte, omfattar paletten utbildning och en hjälpanvändare, vårdhänvisning, hälsotjänster eller social- och välfärdstjänster? Den andra variationen gäller ramarna för verksamheten: är det en separat lokal, lucka, affär, apoteksutdelning, ambulering, automat eller byte med stödperson? Skillnader kan också förekomma gällande kontakten till rusmedelsvård, öppettider, juridisk ställning, returpraxis eller priser. (Amundsen 2006b, 5.)

I Finland är hälsorådgivningstjänsterna kostnadsfria för klienterna och besöken sker anonymt. I Finland verkade år 2007 c. 30 hälsorådgivningar på 26 orter. Största delen av rådgivningarna var fasta, dvs. de verkade i etablerade lokaler under vissa tider. I några städer gör man uppsökande fältarbete från hälsorådgivningarna genom att röra sig i närmiljön, andra stadsdelar eller närliggande kommuner. Verksamheten inom huvudstadsregionen är spridd så att det finns 13 fasta hälsorådgivningar⁶ och en ambulering enhet med sju hållplatser⁷. Verksamhet vid fast rådgivning är den absolut vanligaste serviceformen även om

ambulering enheter sannolikt kommer att bli vanligare. För tillfället finns det bara två i Finland. Stöd från likställda, som startats på några orter, har visat sig vara ett bra sätt att nå användarna och vara en bra kanal för utbyte av sprutor och nålar.

I Finland är det i praktiken möjligt att skaffa sprutor och nålar antingen via hälsorådgivningarna eller genom att köpa verktygen på apotek. Apotekens roll som kanal för tillgång till rena sprutor och nålar är ytterst viktig på grund av deras geografiska täckning. Baserat på enkäter som gjorts åren 1997, 1999, 2001 och 2003 av A-klinikstiftelsen sker det årligen cirka 100 000 identifierade klientkontakter med drogbrukare. (Harju et al. 2000a, Perälä et al. 2003, Malin et al. 2004.)

I anknytning till statsrådets narkotikapolitiska principbeslut gav social- och hälsovårdsministeriet, Läkemedelsverket, Folkhälsoinstitutet, Finlands Apotekareförbund och Universitetsapoteket år 1999 en rekommendation till apoteken att sälja injektionsverktyg till sprutdrogbrukare. Enligt de färskaste uppgifterna säljer 85 procent av de finländska apoteken rena sprutor och nålar till drogbrukare. Försäljningen är oftast inte förknippad med hälsorådgivning eller möjlighet att returnera använda verktyg. Den vanligaste formen av hälsorådgivning som getts vid de apotek som besvarat apoteksenkäterna var att ge information om hälsorådgivningarna. År 2005 sålde apoteken mer än 300 000 sprutor och nålar till drogbrukare och dessutom över 55 000 sprutanålförpackningar (innehåller 3 sprutor och nålar, desinfektionsdukar och information om förebyggande av infektioner). (Styrelsen för Finlands Apotekareförbunds ställningstagande till apotekens roll vid narkotikabekämpning.)

Av de apotek som besvarade apoteksenkäten år 2003 (av 801 apotek deltog 651) uppgav 86 procent att de sålde sprutor och nålar och cirka hälften av dem som svarade tog också emot dem. I huvudsak ansåg apoteken att tillgången till sprutor och nålar primärt skulle arrangeras

⁶ A-klinikstiftelsens HR-punkter: Esbo 5 punkter, Helsingfors 4 punkter, Vanda 2 punkter. Diakonissanstalten 2 punkter i Helsingfors

⁷ Diakonissanstaltens mobila enhet: 5 hållplatser i Helsingfors, 2 hållplatser i Vanda.

via hälsorådgivningarna (84 %), verkställas som ett samarbete mellan flera parter (47 %), ordnas från ambulerande enheter (41 %), hälsocentraler (40 %), av apoteksnätverket (22 %) och distributionsautomater (21 %). Bästa ställen för returnering upplevdes vara hälsorådgivningarna (82 %) och distributionsautomater (65 %). (Malin et al. 2004, 15.)

Kaukonen (2002) konstaterar att slutet av 1990-talet och början av 2000-talet kan anses vara expansionsfasen för den specialiserade rusmedelsvården. Antalet specialenheter inom rusmedelsvården tiofaldigades, antalet institutionsplatser ökade och specialtjänsterna riktade till drogbrukare blev mångsidigare. (Kaukonen 2002, 156.) Hälsorådgivningarna är en del av specialtjänsterna⁸ inom rusmedelsvården och ingår i den så kallade reparerande rusmedelsvården. Deras antal ökade just under den ovan nämnda expansionsfasen. Vid samma tid ökades andra möjligheter till lättillgänglig rusmedelsvård och läkemedelsbehandling av opiatberoende personer utökades (Kaukonen 2002, 156). Tanken om skademinimering som utgångspunkt för hälsorådgivningen baseras dock delvis på förebyggande rusmedelsvård, där arbetet fokuserar på att minska skador orsakade av rusmedel. Enligt Kaukonen (2002) påverkades arrangerandet av nya tjänster i slutet av 1990-talet av den klart ökade användningen av droger, av att det kom nya droger på marknaden och att sprutdrogerna snabbt blev vanligare. Uppmärksamheten väcktes också av hiv-infektionerna som vid sidan av hepatiterna snabbt började sprida sig bland sprutdrogbrukarna och den samtidiga ökningen av drogdödsfall orsakade av opiatmissbruk. (Kaukonen, 2002.)

⁸ Rusmedelsvårdens specialtjänster: A-kliniker, ungdomscentraler och motsvarande öppenvårdsenheter, akutvårdstationer, rehabiliteringsinrättningar, dagaktivitetscentraler avsedda för personer missbruksproblem, behandlingshem, serviceboende, härbägen samt sprutdrogbrukarnas hälsorådgivningspunkter. (Rusmedelsvårdens drogklienter 2006.)

Martti Lindqvist (1989) skriver om hur viktigt det är att förebygga aids och listar konkreta åtgärder för förebyggande och vård för att påverka epidemin. I Lindqvists lista nämns bland annat kostnadsfria, konfidentiella och vid behov helt anonyma tester, sakkunnig rådgivning och stöd i samband med testerna samt en klar, konkret och lidelsefri upplysningsverksamhet. Efter detta konstaterar han att ”Det speciellt svåra är att göra smittförebyggande arbete i de grupper som är allra mest socialt stämplade och annars också behärskar sin livssituation sämst. Dessa är bland annat sprutdrogbrukare och prostituerade – särskilt som det för deras del ofta gäller verksamhet som klassas som kriminell eller nästan kriminell. Också för deras del är den bästa vägen – om än svåra – att få deras förtroende och att helhetsmässigt förbättra deras livssituation”. (Lindqvist 1989, 26.)

Fram till år 1998 var hiv-smittor via sprutdroger enskilda och de härstammade från utlandet. En aktiv bekämpning av smittsamma sjukdomar bland sprutdrogbrukare blev aktuell i och med deras hepatit A-epidemi åren 1994–1995, sedan hepatit B-epidemin och slutligen hiv-epidemin år 1998. År 1999 nåddes hiv-epidemins topp, då 84 av de konstaterade 143 fallen (57 %) berodde på användning av sprutdroger. Den hiv-epidemi som konstaterades bland sprutdrogbrukare i huvudstadsregionen år 1998 fortsatte att växa fram till år 2000. Efter år 2000 har de årligen konstaterade nya hiv-fallen som beror av sprutdroger fortsatt minska och har stabiliserats till färre än tio årliga fall. Vid de över 7 000 hiv-snabbtester som gjordes vid hälsorådgivningarna och i fängelserna åren 1998–2003 minskade hiv-seropositiviteten vid rådgivningarna från 6,7 procent till 0,4 procent och i fängelserna från 2,4 procent till 0,3 procent (Kivelä et al. 2006). De anonyma enkäterna och testerna som årligen utförts vid hälsorådgivningarna anger också att incidensen av hiv-smittor hållits låg.

Man strävade efter att svara mot det ökade antalet smittor med så omfattande

tillgänglighet till rena sprutor och nålar som möjligt och med tidig intervention. Hälsorådgivningsverksamheten utökades först i huvudstadsregionen och snart på andra håll i Finland, öppettiderna förlängdes, tjänsteformerna utvecklades och samtidigt uppmanades apoteken att fortsätta sälja sprutor och nålar.

Sedan år 2000 har Helsingfors Diakonissanstalt upprätthållit ett servicecenter för hiv-positiva sprutdrogbrukare i Helsingfors. Servicecentret erbjuder förutom utbyte av sprutor och nålar och annan hälsorådgivning också till exempel måltider och hälso- och socialtjänster. Servicecentret har under sin verksamma tid nått 218 hiv-positiva sprutdrogbrukare. Av dem hade 41 dött vid utgången av år 2006, största delen i olyckor och fyra av aids. År 2006 besöktes servicecentret dagligen i snitt av 130 olika klienter. (HDA årsberättelse 2006, 25.) Dagcentrets tjänster är endast avsedda för hiv-positiva sprutdrogbrukare, men den hälsorådgivning som verkar i samma fastighet är öppen för alla sprutdrogbrukare. Kivelä et al. (2006) konstaterar att det faktum att man producerar separata tjänster för hiv-positiva sprutdrogbrukare kan ha minskat gruppens kontakter till andra sprutdrogbrukare och på detta sätt begränsat bildandet av nätverk och spridning av smittan (Kivelä et al. 2006). Servicecentret ansvarar också för sina klienters hiv-medicinering, vilket sannolikt är ett element som förbinder dem till tjänsten. Enligt Kivelä et al. kan hiv-medicineringen minska också antalet hiv-smittor för i och med medicinering försvagas smittförmågan (ibid.). Hiv-positiva drogbrukare registrerar sig som klienter vid servicecentret under sitt eget namn och uppger sina uppgifter för personalen varefter de får tillgång till alla tjänster vid servicecentret.

I samband med att hälsorådgivningen har utvidgats har den fört med sig nya fenomen i drogkulturen, varav det viktigaste kan anses vara att kamratstödsverksamhet bland drogbrukare etablerats och att användarna grundat föreningsverksamhet för

problemanvändare. Grundtanken för föreningsverksamheten är att erkänna drogbrukarnas jämlikhet som användare av tjänsterna. En central roll inom verksamheten blir också ett starkt stöd från personer i samma situation och den hjälp som drogbrukarna erbjudits i att använda tjänsterna.

Internationellt uppfattas hälsorådgivningarna vanligen som bytesställen för nålar eller som bytesprogram för nålar⁹. I Finland har bytestjänsten från början kallats för hälsorådgivning¹⁰, vilket man ansett att bättre motsvarar arbetets mångsidighet och mål. Med namnet har man också velat betona att även om byte av sprutor och nålar är den mest centrala tjänsten i verksamheten, står också andra tjänster till buds och att hela verksamheten baseras på en personlig kontakt och universalitet. Hälsorådgivningen definieras som hantering av frågor som i sig främjar hälsa, förebygger sjukdom eller gäller vård, att leta efter lösningar på problem och ge råd i samband med klient-/patientkontakter inom hälsovården i interaktiva situationer, där den ena parten har yrkesutbildning inom hälsovården och den andra parten är klient eller patient (Vertio 2003, 1009).

I Finland skapades en helt egen struktur för hälsorådgivningen och man försökte inte ens anpassa verksamheten till det vanliga hälsovårdssystemet då dess kapacitet eller expertis inte nödvändigtvis skulle ha räckt till för att upprätthålla en verksamhet av den omfattning den har i dag. Under de senaste åren har man dock strävat efter att flytta hälsorådgivningen allt närmare primärvården. Lagen (583/86) och förordningen om smittsamma sjukdomar (786/86) fastställer förebyggandet av smittsamma sjukdomar som en hälsofrämjande åtgärd som hör till hälsocentralernas ansvarsområde. Förordningen tillägg (1383/2003) från år 2004, förpliktar kommunerna att ombesörja

⁹ Needle exchange programs (NEP), Needle and syringe exchange programs, Syringe exchange programs (SEP), Needle exchanges (NX)

¹⁰ Low threshold health promotion and service centres (LTHSC).

hälsorådgivningsverksamhet för sprutdrogbrukare inom sitt område, inklusive utbyte av injektionsverktyg. I förordningen konstateras följande:

Utdrag ur Förordning om smittsamma sjukdomar 31.10.1986/786

....

6 § (30.12.2003/1383)

Såsom i lagen om smittsamma sjukdomar avsedda uppgifter skall *det kommunala organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar samt den ansvariga läkare vid hälsovårdscentralen som lyder under det nämnda organet och ansvarar för smittsamma sjukdomar*, utöver vad som bestäms i lagen

1) inom hälsovårdscentralens verksamhetsområde sörja för bekämpandet av smittsamma sjukdomar, vilket omfattar information om smittsamma sjukdomar, hälsofostran och *hälsorådgivning, inklusive hälsorådgivning för personer som använder droger intravenöst och, enligt vad förebyggandet av smittsamma sjukdomar förutsätter, utbyte av sprutor och andra redskap*

....

Att sörja för tjänster enligt vad förebyggandet av smittsamma sjukdomar förutsätter innebär i praktiken att kommunen ska kartlägga antalet sprutdrogbrukare inom sitt område och enligt bästa förmåga arrangera fungerande hälsorådgivningstjänster för dem. Arrangerandet av en omfattande tjänst måste naturligtvis övervägas om utredningen visar att det inte finns något som tyder på att det finns sprutdrogbrukare inom området. I Finland är det kommunernas ansvar att arrangera rusmedelsvård, men kommunerna bestämmer själva hur tjänsterna ordnas. Tillgången till tjänsterna varierar starkt mellan kommunerna. Enligt kommunenkäten sörjde endast cirka 30 procent av kommunerna år 2004 för att utbyte av sprutor och nålar var möjligt för drogbrukare. Bland de kommuner som svarade arrangerade endast cirka 10 procent dessa tjänster inom den egna kommunen. Hälsorådgivningar förekom

främst i stora kommuner och närliggande kommuner använde sig också delvis av dessa. Enligt kommunenkäten år 2004 hade 37 procent av kommunerna inte arrangerat substitutions- eller underhållsbehandling för opioidberoende personer. (Inrikesministeriet 2005, 122.)

Många kommuner köper sina hälsorådgivningstjänster från tredje sektorn även om man ständigt försöker integrera hälsorådgivningsarbetet allt tätare i kommunernas basservice. Ett problem med köptjänster kan vara att hälsorådgivningskunnandet stannar hos serviceproducenterna och att verksamheten förblir en separat specialtjänst om kommunikationen och samarbetet med hälsocentralerna är snävt. Ett annat problem med köptjänster är att de är tidsbundna och att tjänsterna kan konkurrensutsättas. Att konkurrensutsätta en hälso- och socialtjänst av det här slaget orsakar för sin del ett speciellt upplägg för ett arbete vars grundförutsättning är långsiktighet och beständighet. Städerna kan konkurrensutsätta hälsorådgivningstjänsten till och med årligen, vilket naturligtvis återspeglas i personalens motivation samt arbetets kvalitet.

Å ena sidan kan överföringen av hälsorådgivningen allt närmare kommunernas primärvård ge drogbruket en vardaglig karaktär och en uppfattning om att fenomenet är acceptabelt. Å andra sidan kan fenomenet, då det tillhör specialtjänsterna, vidmakthålla en uppfattning om att det endast rör sig om ett problem i en marginalgrupp. Många serviceproducenter, såsom A-klinikstiftelsen, A-klinikerna, kristliga föreningar och Helsingfors Diakonissanstalt har ett gediget kunnande om att producera hälso- och socialtjänster riktade till drogbrukare, men å andra sidan finns deras specialiserade tjänster inte tillgängliga överallt i Finland. I och med förordningen i anslutning till lagen om smittsamma sjukdomar inleddes en utbildningsserie år 2005 gällande skademinimering och hälsorådgivningsarbete och man hoppades att den skulle öka

hälsocentralernas möjlighet att verkställa hälsorådgivningsverksamheten.

Syftet för hälsorådgivningen har från början varit preventiv, dvs. man har strävat efter att förebygga sjukdomar och hälsoförsämring. Målet var att ge hälsorådgivningen en struktur som konkret förenar sjukdomsprevention, hälsoskydd och hälsofrämjande. Målet för hälsofrämjandet är inte primärt att ändra beteendet i en viss riktning, utan att förbättra människors möjligheter att besluta om sin hälsa (Vertio 2003). Hälsorådgivningsverksamheten är utgångsmässigt primärpreventiv¹¹, dvs. målet är att ingen skulle bli smittad på grund av okunskap eller för att preventivmedel inte finns tillgängliga (Leinikki 2003).

Marita Poskiparta (2002) behandlar förändringen i hälsobeteendet med metoder för resursinriktad hälsorådgivning. Enligt den så kallade transteoretiska modellen, som använts för att avsluta ett hälsovådligt beteende, sker beteendeförändringen cykliskt via sex faser. I denna process där man övergår från en cykel till nästa ses klienten som en jämlik partner, som aktivt är med och fattar beslut som rör hans/hennes hälsa och får stöd under hela processen. Hon betonar att förändrade levnadsvanor inte är en enskild händelse utan ett långvarigt och långsamt händelseförlopp. Processen framskrider gradvis och den är också förknippad med faser utan utveckling, återfall, men det betyder inte att man misslyckats, utan det är en fas på vägen mot förändring. Förändringen framskrider dock inte linjärt från begrändastadium till handlingsstadium, utan individerna seglar på mellan de olika faserna tills de slutligen når en permanent förändring i beteendet. (Poskiparta 2002.)

I den finländska nationella hiv/aids-strategin för åren 2002–2006 konstateras att förebyggandet av nya hiv-smittor utgör grundpelaren för bekämpningsåtgärderna och

för sprutdrogbrukarnas del är utmaningen att minska antalet nya hiv-smittor. Baserat på statistik över smittsamma sjukdomar har antalet förvärvade hiv-smittor minskat under åren 2002–2006 och samtidigt har man strävat efter att testa riskgruppen extensivt. För sprutdrogbrukarnas del betonar strategin att hälsorådgivningsverksamheten är ett av de viktigaste medlen för att förebygga hiv och för att komplettera denna verksamhet behövs ett väl fungerande system för fortsatt behandling och goda förbindelser till det övriga drogarbetet. Dessutom ska det ombesörjas att förordningen om behandling av opioidberoende personer verkställs för personer med hiv-smitta. (Strategin 2002, 18–19.) Hänvisandet till tjänster, som under årens lopp fått en allt större roll inom hälsorådgivningen, har effektiviserat kontakterna mellan personalen vid hälsorådgivningarna och övriga som arbetar bland drogbrukare. Servicecentret vid Helsingfors Diakonissanstalt sörjer i stor omfattning för substitutions- och underhållsbehandling för hiv-positiva personer. För det andra borde hälsorådgivning enligt strategin för 2002–2006 finnas tillgänglig på alla större orter inom de närmaste tre åren och denna verksamhet ska omfatta också utbyte av verktyg.

Antalet hälsorådgivningar har vuxit under åren 2002–2006, men har inte etablerats i alla tätorter, städer eller kommuner. Ett viktigt steg mot att målet kunnat verkställas har varit förordningen som lades till lagen om smittsamma sjukdomar och som har gjort att kommunerna i allt större utsträckning strävat efter att arrangera hälsorådgivningsverksamhet inom sina områden. En av de mest utmanande punkterna i strategin gäller tillgängligheten, som säger att hälsorådgivningen ska nå majoriteten av drogbrukarna. År 2005 nådde hälsorådgivningen cirka 11 800 personer av de uppskattade 14 000–19 000 drogbrukarna (Hälsorådgivningarnas verksamhetsstatistik, Partanen et al. 2007).

Det tredje målområdet gäller själva hälsorådgivningsarbetet, som säger att de olika

¹¹ Förebyggande insatser, riktar sig till friska individer med mål att förhindra utveckling av sjukdom

arbetsformerna inom hälsorådgivningen ska utvecklas med sikte på att hälsorådgivningen så väl som möjligt kan integreras som en del av kommunernas hälso- och socialvård. (Strategin 2002, 19.) Med målet avses i praktiken att den finländska hälsorådgivningsmodellen, som visat sig fungera väl, borde förskjutas från organisationsbaserad verksamhet i riktning mot primärvården. Via målet vill man flytta över ansvaret för att arrangera verksamheten till kommunerna, etablera verksamheten och utse ordinarie resurser för att upprätthålla och utveckla verksamheten.

Den absoluta styrkan i nätverket av hälsocentraler är dess regionala täckning, närhet och tjänster, såsom tvärfacklig personal samt laborativ verksamhet. Svaga sidor kan anses vara det begränsade specialkunnandet samt eventuella attitydproblem vad gäller hälsorådgivningen och dess målgrupp. Målet är att hälsocentralen i sitt befolkningsansvar inom sitt område också beaktar sprutdrogbrukarna och förebyggandet av smittsamma sjukdomar. Kommunerna har kunnat fatta beslut om att ordna verksamheten i samband med till exempel hälsocentralen, där en viss del av personalen sköter tjänsten. Servicen kan också köpas, exempelvis från A-klinikerna. Ofta köper mindre kommuner hälsorådgivningstjänsterna från en större närliggande kommun, då det inte driver det primära syftet att arrangera verksamheten för några potentiella klienters skull och det kan hända att klienterna inte förbinder sig till en service som arrangeras på en liten och bekant ort.

Beroende på ort kan till och med fler än tio kommuner köpa hälsorådgivningsservice för sina invånare från en större, närbelägen kommun. Integrationssträvan inkluderar också ett mål om att utbildning borde ges i hälsorådgivningsverksamheten och i tanken om skademinimering, som ligger som grund för den, och på det sättet förstärka expertisen hos personer som arbetar med hälsorådgivning samt förtydliga deras arbetsbeskrivning. Förutom hälsorådgivningen håller man på att

flytta substitutions- och underhållsbehandlingen alltmer till hälsocentralerna för att sänka tröskeln för att behandlingen verkställs (Rönkä & Salonen 2006).

I statsrådets narkotikapolitiska åtgärdsprogram för åren 2004–2007 betonas minskningen av blodföremålade smittorisker samt utbudet och efterfrågan på droger. Ett föreslaget mål är att trygga tillgången på ändamålsenliga rusmedelsvårdstjänster. För att nå målet strävar man efter att skapa och upprätthålla mångsidiga rusmedelstjänster, vilket förbättrar tillgängligheten, samt att minska hindren att få vård. Tillgängligheten till rusmedelsvårdstjänsterna förbättras i rusmedelsvårdens specialtjänster och primärvården, så att tyngdpunkten ligger på lättillgängliga tjänster för problemanvändare samt på substitutions- och underhållsbehandlingar, vilka effektivast förebygger bland annat smittsamma sjukdomar. Vid utvecklingen av rusmedelsvårdens servicesystem betonas kommunernas och organisationernas utvärdering av om tjänsterna är tillräckliga och fungerande samt konstateras också att tjänster nämnda i förordningen till lagen om smittsamma sjukdomar (1383/2003) ska ombesörjas enligt behov (Statsrådets principbeslut ... 2004–2007, 19. SHM).

En väl organiserad hälsorådgivningsverksamhet ger information om drogkulturen och förändringarna inom den samt om marginalgruppens beteende som helhet. Dessutom upptäcker hälsorådgivningarna snabbt epidemiologiska förändringar inom riskgruppen tack vare effektiv testning och en god närbarhet.

2.1. Hälsorådgivningarnas tjänster

Tjänsterna vid hälsorådgivningarna påverkas av de veckovisa öppettiderna, lokalen, personalmängden, klientmängden samt vilka resurser som finns tillgängliga för tjänsten. Det är meningen att hälsorådgivningstjänsterna ska bli en del av

sprutdrogbrukarkulturen så att det blir allmän praxis att redskap byts, att rena redskap används samt att rådgivningarna besöks. Hälsorådgivningens stora utmaning är att kunna svara mot att användningssätten ständigt förändras samt att kunna handskas med de fenomen som sker inom drogvärlden och användarna hela tiden varierar.

Hälsorådgivningstjänsterna är kostnadsfria, konfidentiella och besöken kan ske anonymt utan tidsreservering. Vid besöket efterfrågas signatur samt födelseår av klienterna. Förutom att konkret byta ut redskap är hälsorådgivningarnas andra funktioner att informera om vårdställen och tjänster, hänvisa till vård samt utföra fältarbete, ge referensutbildning och producera material för hälsofostran. Även om de finländska hälsorådgivningarna har mångsidiga och så lättillgängliga tjänster som möjligt, har man inte lyckats få alla sprutdrogbrukare att använda just denna tjänst. Orsaken till att hälsorådgivningarna undviks kan vara problem med myndigheterna, frågan om hur lättillgängliga tjänsterna verkligen är, de sociala nätverkens problematiska roll eller rädslan för att bli stämplad. För sådana som inte förbinder sig till tjänsterna är apoteksförsäljningen och andra kanaler, såsom uppsökande arbete och referensarbete ytterst viktiga för tillgången till rena redskap.

Hälsorådgivningarnas tjänsteutbud är i huvudsak likadant även om det också finns skillnader. Hörnstenen för tjänsterna är utbyte av sprutor och nålar, vilket är den mest använda enskilda tjänsten vid alla ställen och den viktigaste metoden för att få klienterna att förbinda sig till servicen. Mängden av sprutor och nålar som byts varierar från ställe till ställe: på en del ställen får man lika många redskap som man returnerar, men på de flesta ställen är taket satt vid 40–80 stycken. Klienterna returnerar vanligtvis de använda redskapen i tomma flaskor eller andra kärl som de finner säkra. På vissa ställen ges klienterna infektionsriskskärl som de kan samla de använda redskapen i. I en utbytessituation hanterar personalen inte de

använda injektionsredskapen, utan klienterna lämnar dem i en container för riskavfall eller på en bricka som underlättar räknandet av verktyg och från vilken de sedan hålls i containern. Returnerade redskap räknas sällan enskilt, utan mängden uppskattas visuellt eller enligt storleken på den behållare som använts för transport. Hälsorådgivningen sörjer för avfallshanteringen av de returnerade redskapen.

På rådgivningarna görs hiv- och hepatittester antingen på plats eller så ges remiss för dem, vanligtvis till hälsocentral. En del av rådgivningarna använder snabbtest för hiv-testning, vilket ger ett svar på 15 minuter, men ett positivt resultat måste alltid säkras med ett venblodprov. Om testerna inte utförs på plats eller om det inte går att skriva en remiss till exempel på grund av att anonymiteten ska tryggas, strävar man efter att hänvisa patienten till ett anonymt hiv-test, till exempel till Finlands Röda Kors tjänst eller en aids-stödcentral. Vid alla rådgivningar ges muntlig och skriftlig information om smittsamma sjukdomar, om hälsovård och vårdställen samt behandlas små sår, blodkärlsinflammationer, infektioner och skador. Genom personlig kontakt och diskussioner strävar man efter att skapa ett konfidentiellt förhållande till klienten och ge denna information om hur han/hon kan skydda sin hälsa.

Vid alla rådgivningar kan man ha stöddiskussioner med personalen och få hjälp vid kriser och akuta problem. Av de vaccinationer som ges är de mest typiska kostnadsfria A- och B- hepatitvaccinationer, som redan ges vid nästan alla hälsorådgivningar. Allas serviceutbud omfattar också gratis kondomer och glidmedel samt tillbehör för rengöring av huden. Förutom sprutor och nålar erbjuds klienterna andra redskap som behövs för injicering, såsom klickskålar och filter. Andra tjänster, som tillhandahålls av vissa hälsorådgivningar, är till exempel läkarmottagningstjänster, måltider, akupunkturbehandlingar samt möjlighet att använda internet. Vissa rådgivningar har dessutom strävat efter att

ordna ett rum där klienterna kan vila. Vid vissa rådgivningar finns det möjlighet att byka, tvätta sig och eventuellt finns det en del byteskläder. Vid de rådgivningar som erbjuder läkartjänster är läkaren vanligtvis på plats några timmar åt gången varje vecka eller varannan vecka. Behovet av läkartjänster anknyter vanligtvis till allvarliga blodkärlsinflammationer, till att förebygga graviditet och till vårdhänvisning. Läkaren skriver recept för främst p-piller och antibiotika samt sätter in kostnadsfria p-stavar. Vissa rådgivningar har inkluderat graviditetstester och tester för könssjukdomar i sitt sortiment och uppföljning av levervärderna hos personer med hepatit C erbjuds allt oftare.

Alla rådgivningar erbjuder muntlig och skriftlig information om smittsamma sjukdomar, hälso- och infektionsrisker samt hur man undviker dem, drogernas hälsorisker, säker injicering samt alternativa sätt att använda droger. En viktig del av hälsorådgivningsarbetet har blivit vägledning till tjänster, där man tillsammans med klienten strävar efter att hitta tjänster som är lämpliga för honom/henne, till exempel rusmedelsvård eller boenderelaterade frågor samt stöda klienten att använda tjänsterna. Man försöker besvara utkomst-, boende- och straffrättsliga frågor samt hänvisa klienterna till att använda specialiserade tjänster. Alla hälsorådgivningar vägleder till tjänster, men till exempel öppetiderna och personalstyrkan inverkar på hur omfattande vägledningen är. Många rådgivningar har strävat efter att bilda nätverk med andra rådgivningar eller aktörer och utveckla ett internationellt samarbete med andra instanser som är verksamma inom drog- och rusmedelsservice.

Man har försökt göra de ambulande enheternas tjänster så omfattande som möjligt och få dem att motsvara de fasta enheternas tjänster. De ambulande enheterna är vanligtvis antingen ambulanser eller paketbilar och två personer jobbar i dem. Deras primära tjänster är utbyte av sprutor och nålar, hiv-tester, vårdhänvisning, sjukvårdstjänster, vägledning till tjänster, hepatitvaccinationer

samt vid behov transportstöd (Törmä & Huotari 2005, 21). Den ambulande enhetens specialkaraktär är att strukturen på dess klientel avviker från den vid huvudstadsregionens fasta hälsorådgivningar. Den ambulande enheten verkade nå de användare som inte ville träffa andra drogbrukare då de använde tjänsten och därför inte besökte fasta rådgivningar. Den ambulande enhetens klientel omfattar också sådana personer som inte använder andra tjänster, särskilt unga och klienter som nyligen börjat ta droger samt sporadiska användare. (Huotari & Törmä 2005, 113–114.) Olika riskgrupper förbinder sig till olika hälsorådgivningstjänster och den ambulande enheten har visat att det är bra att det finns olika, parallellt fungerande tjänster för att nå sprutdrogbrukarna (ibid., 131).

Geografisk sett har hälsorådgivningarna koncentrerats till södra Finland, medan det i norra Finland inte just finns hälsorådgivningstjänster. Många hälsorådgivningar har ingått ett köpavtal med närkommunerna eller -städerna, i vilket kostnaderna för verksamheten delas enligt antalet klienter från varje kommun. Årskostnaderna för en klient uppskattas i snitt vara cirka 160 euro.

2.2. Utgångspunkten för utvärderingsstudien

Metoderna för att minska smittoriskerna för sprutdrogbrukare har undersökts mycket och man har på internationell nivå nått en rätt god samstämmighet om metoderna. Utbytesprogrammen för sprutor och nålar har runtom i världen etablerat sin ställning som en effektiv verksamhetsmodell för att minimera smittoriskerna, och programmen, som verkställts på olika sätt, har etablerat sin ställning också i fängelser. Förutom detta förebyggs hiv och andra sjukdomar som smittar via blod med rusmedelsvård som främst fokuserar på behandling av opioidberoende, högklassig vård av hiv-positiva drogbrukare samt olika former av uppsökande fältarbete. Utbytesprogrammen

för sprutor och nålar samt opioidsubstitutionsbehandling har både i praktiken och i ljuset av undersökningar blivit de mest effektiva metoderna för att minska smittoriskerna hos sprutdrogbrukare. (WHO 2004, WHO 2005, EMCDDA 2006.)

Hälsorådgivning är ett utmanande undersökningsområde, eftersom interventionen baseras på en social växelverkan, vars mål är en långvarig förändring. Hälsorådgivningens mål är att via upplysning och kommunikation få klienterna att klara sig, sprida information, framkalla vilja till förändringar som främjar hälsan samt stöda klienterna i deras strävan att förändras. Att bygga upp hälsorådgivningsverksamheten och nå kunderna är en kontinuerlig process, där både serviceproducenten och -mottagaren lär sig växelverkan och kommunikation och är lyhörda för varandras preferenser och mål.

Den gemensamma inlärningsprocessen och växelverkan ger effekter, vilkas riktning är svår att förutspå i förväg. En utvärdering av effekterna framhäver de frågor och fenomen som kan antas ha en nyckelroll med tanke på hur effektiv verksamheten är. Till exempel undersökningen Riski strävade efter att fastställa konsekvenserna. I undersökningen beskrevs förändringen i riskbeteendet hos vissa utvalda klienter på vissa hälsorådgivningar under ett visst tidsintervall (Partanen et al. 2006). En konsekvens kan också vara att klienterna vid hälsorådgivningarna fått ökad kunskap och insikt att ta ansvar för sin hälsa och sina liv. Men vad ska ha minskat och å andra sidan vad ska ha ökat för att tjänsten ska vara effektiv och hur kan det mätas? Hur kan man visa att interventionen påverkat karaktären hos ett socialt fenomen, riskuppfattningen, och vad har inverkat på det?

Det är ett motiverat krav att utvärdera konsekvenserna av en ny verksamhet då det gäller dess nytta, effektivitet, lönsamhet och effekter. Med tanke på kravet om effekt måste man ställa frågan om vad som kan utvärderas, vad som kan mätas, med vad och hur? Är de

uppställda målen och de saker som gjorts för att nå målet sådana som kan mätas? För hälsorådgivningarnas del har målen från början varit mångfacetterade och en del av dem är svåra att mäta. Dessutom är hälsorådgivningsverksamheten ett omfattande nätverk, som inte har helt enhetliga ramar och dess delmål kan variera enligt rådgivning. Hälsorådgivningens mål ändras då verksamheten utvecklas och verksamhets-sätten förändras enligt klienternas behov. Därför finns det inget direkt och permanent mål som verksamheten kunde sikta mot och vara lyckad då målet nås.

Trots ovan nämnda begränsningar borde man använda de ursprungliga målen som referens då man utvärderar verkan, resultatet av hälsorådgivnings- och skademinskning-verksamheten och andra interventionella hälsoåtgärder. I denna undersökning fokuserades särskilt på ett av verksamhetens centrala delmål: att förebygga och bekämpa smittsamma sjukdomar.

Som mätare för prevention kan man använda olika hälsoindikatorer, som kan vara antingen funktionella eller beskrivande, eller baserade på slutresultatet om de är mätbara. Möjliga mätare då det gäller prevention av smittsamma sjukdomar är i det enklaste fallet antalet fall av smitta eller sjukdom som förebyggts under en period som följer efter interventionen. Om man vill utvärdera erhållna resursbesparingar, kan man av dessa uppskatta de besparingar som uppnåtts i direkta och indirekta kostnader samt i sjukdomslasten. Om det är svårt att mäta dessa direkt, kan relevanta, mer indirekta mätare vara att olika typer av riskbeteende minskat, antalet personer som nåtts inom målgruppen, täckning och förhållande till gruppens storlek. Också mängden använda resurser kan användas som en mätare. Andra möjliga mätare är olika förändringar i attityder, missuppfattningar eller värderingar inom målgruppen och/eller bland intressenterna under interventionen.

I statsrådets principbeslut 5.2.2004 beskrevs via tre scenarier de olika alternativen för hur

drogproblemet utvecklas i framtiden¹². Med drogproblem avsågs i detta sammanhang alla de skador som uppkommer av användningen och utbudet av illegala droger. Scenarierna inkluderade alternativ för att situationen A) förvärras, B) kvarstår samt C) underlättas. I scenarierna fastställdes år 2007 som utvärderingstidpunkt för programmets verkan.

Scenarierna omfattade också beskrivningar av faktorer som stöder realiseringen och de offentliga åtgärder som kunde inverka på att scenariot verkställs. För att differentiera modellerna och följa upp hur de realiserats tog man i åtgärdsprogrammet i bruk vissa hälsoindikatorer, av vilka den viktigaste för denna undersökning var antalet hiv-smittor bland drogbrukare¹³. För de olika alternativen definierades denna indikator för ett mycket smalt område; en förvärrad situation motsvarade 50–100 årliga fall och en förbättring färre än 30 fall. I en internationell jämförelse är målet mycket ambitiöst.

Statsrådets principbeslut om folkhälso-programmet Hälsa 2015 från år 2001 ställde upp mål för hur medborgarnas hälsa och livskvalitet utvecklas under program-perioden¹⁴. När det gäller ungas hälsa är ett av målen att förebygga hälsoskador orsakade av beroendeframkallande medel. För att följa upp hur programmet verkställs har det senare utvecklats olika hälsoindikatorer, av vilka incidensen av infektioner (hiv, hepatit A, B och C) relaterade till sprutdroger bland 15–24-åringar är användbar i detta sammanhang.

I Finland finns det i flera hänseenden goda förutsättningar för att använda så kallade hårda utfallsmätare, t.ex. mätning av förändringar i antalet fall, som måttstock för interventionens verkan. I och med att vår hälsovård och våra övervakningssystem för smittsamma sjukdomar är välutvecklade kan man mäta förändringar i sjukdomars incidens tämligen pålitligt jämfört med många andra

länder. Detta möjliggör i princip att till exempel förändringar i antalet årligen konstaterade fall kan användas som mätare. Förändringen i antalet nya konstaterade fall är det övervakningsredskap som närmast beskriver sjukdomens *incidens* (uppkomsten av nya sjukdomsfall under en viss period eller vid ett visst tillfälle i en begränsad grupp, vanligtvis angiven i förhållande till en standardiserad befolkningens mängd, t.ex. 10 000 eller en miljon personer). Den är aldrig perfekt, eftersom många saker skiljer den från den verkliga incidensen, bl.a. de använda diagnostiska metodernas noggrannhet och känslighet, olika fördröjningar anknutna till diagnostiseringen och sannolikheten för att ett fall över huvud taget konstateras. I Finland uppskattas dock att de konstaterade fallen av hiv och hepatit B mycket väl motsvarar den verkliga incidensen av nya smittor tack vare den omfattande testningen. För hepatit C-infektionernas del kan sjukdomsbilden dock orsaka mer fördröjning, men bland de yngre åldersklasserna ligger de konstaterade fallen nära den verkliga incidensen. Vid en effektiv intervention kan de preventiva åtgärderna antas sänka incidensen snabbt.

Ett annat sätt att mäta hur utbredd en sjukdom är förutom incidensen mätning av *förekomsten* eller *prevalensen*. Med förekomst avses smittbärarnas procentuella andel under en viss tidsperiod eller vid ett visst tillfälle i en begränsad grupp. Med prevalens (sjukfrekvens) avses en förekomst som ställts i proportion till en större grupp, vanligtvis 10 000 eller en miljon personer. Förekomsten är en speciellt bra mätare för att beskriva hur allmän en sjukdom är samt grundrisken inom befolkningen om sjukdomen är permanent, kroniskt smittsam, såsom hiv och en avsevärd del av hepatit C- och en del av hepatit B-fallen. Beträffande kroniska infektionssjukdomar är förekomsten som mätare långsammare att reagera på en negativ utveckling, även om interventionen är effektiv, för på grund av sjukdomsbilden kan de smittades andel i den betraktade gruppen sjunka mycket långsamt, till och med i samma takt som gruppen förnyas.

¹² Statsrådets narkotikapolitiska åtgärdsprogram för åren 2004–2007

¹³ s. 12, se också bilagor

¹⁴ Sosial- och hälsoministeriets publikationer 2001:4

Förekomsten kan också användas omvänt som indikator: om förekomsten (prevalensen) tillförlitligt mätt inte ökar, utan hålls konstant över ett långt eller mellanlångt tidsintervall, tyder detta på att interventionen har en skyddande effekt. Förutsättningen är dock att den betraktade gruppen inte blivit mättad, så att alla eller största delen av dem som utsätts för risken redan har blivit smittade. I en mättad epidemi och kronisk sjukdom sjunker förekomsten mycket långsamt även om interventionen skulle vara närapå heltäckande.

Med de flesta mätarna kan man också anse att hälsovårdens intervention har verkan om klienternas hälsa förbättras eller om ett försämrat hälsotillstånd kan förhindras tack vare den. För hälsorådgivningarnas del borde konsekvensen inte mätas enbart med funktionella mätare, till exempel enbart genom att följa upp antalet klienter eller klientbesök, för att undvika att det blir ett självändamål att upprätthålla eller öka dem.

Likaså borde man undvika förhastade slutsatser då man tolkar övervakningsstatistiken. Till exempel borde det låga antalet nya hiv-smittor inte leda till att testning erbjuds i mindre utsträckning. Siffrorna berättar om verksamheten, men ibland måste det utredas vad som sker bakom siffrorna och hur man nått siffrorna. Därför är det också skäl att granska tjänsterna mångsidigare, till exempel hur kunderna förbinder sig till hälsorådgivningstjänsten, hur det går till när de förbinder sig, vilka risker man känner att man kan påverka och vilka man inte kan påverka. Vad ska göras och hur verkställs en situation där klienternas kunskap och insikt är så höga som möjligt, klientelet omfattar en så stor andel av drogbrukarna som möjligt och antalet nya smittor hålls lågt trots aktiv testning?

Hälsorådgivningarnas ställning bland rusmedelstjänsterna är såtillvida otacksam att det är svårt att observera framgången. Exempelvis framgången av drogbrukares vårdperioder på institutioner kan undersökas

med ett före och efter-upplägg där man kartlägger klientens utgångs- och slutsituation. Efter genomförd behandling kan man konstatera var en förändring kan ses och vad som mest sannolikt åstadkommit den. Målen och resultaten för hälsorådgivning riktad till sprutdrogbrukare är mycket svårare att observera, för de kräver inte att klienterna förbinder sig eller ett visst mål för beteendeförändringen. Verksamheten är anonym, kostnadsfri, kundorienterad och strävar inte i sig efter drogfrihet eller terapi. Då klienterna slutar ta sprutdroger ser man inte framgången, för kunden behöver inte längre hälsorådgivningens tjänster utan övergår till annan service. En framgång är en situation där klienterna är medvetna om riskerna och hur man undviker dem, bryr sig om sin egen hälsa och har kunskapsmässiga och konkreta redskap för att skydda den.

Skademinimeringsåtgärderna beror på vilka politiska, epidemiologiska och kulturella ramvillkor som ifrågavarande land eller område ställer. Även undersökningen av verksamhetens folhälsoeffekter beror i hög grad på de arrangerade funktionernas omfattning och täckning och framför allt på smittoläget. I internationell jämförelse har antalet hiv-fall bland sprutdrogbrukare i Finland hållits relativt lågt, vilket ur folkhälsosynvinkle sett är mycket bra, men ger samtidigt praktiska gränser för hurdan information som kan produceras gällande interventionstjänsterna och deras effekter. Fram till början av år 2008 hade aningen fler än 300 sprutdrogsbaserade hiv-fall anmälts i Finland. Av dessa är majoriteten koncentrerade till huvudstadsregionen. Däremot täcker nätverket av hälsorådgivningspunkter en stor del av landet; speciellt god är täckningen av de största stadskommunerna.

Då man skall utvärdera effektiviteten av intervention med mål av att förhindra smittspridning, kan olika typer av delmål urkiljas. Målet kan vara att helt förhindra nya smittofall och uppkomsten av epidemier eller mindre utbrott. Så är fallet när det gäller t.ex. det allmänna vaccinationsprogrammet.

Alternativt kan målet vara att förhindra en ökad förekomst (dvs. prevalens) eller minska på förekomsten till en nivå där samhällsrisken för en vidare epidemi sjunker så lågt som möjligt, även om en nollnivå inte realistiskt sätt är möjlig att nå. För endel interventioner är det möjligt att göra en uppskattning av gränsvärden för sjukdomsförekomst och täckningsgrad av skyddande preventiva åtgärder som i kombination gör att risken för plötslig snabb prevalensökning blir låg.

Den ovan beskrivna situationen motsvarar i stor grad begreppet av sk. flockimmunitet. Flockimmunitet innebär att ifall en stor del av befolkningen är skyddade genom vaccination, skyddas också de få som inte vaccinerats av att smittokedjor effektivt förhindras. Tillräcklig tillgång till rena injektionsverktyg och undvikande av användning av gemensamma verktyg fungerar på samma sätt, genom att stoppa infektionskedjor i sin linda och genom att förhindra uppkomsten av utbredda smittonätverk.

Utvärdering av interventioner genom prospektiva jämförelsestudier, exempelvis genom att jämföra städer eller områden som skiljer sig beträffande hälsorådgivningsverksamhetens existens och täckning, är möjligt, men etiskt svårförsvart. Dessutom finns det gott om osäkerhetsfaktorer som ifrågasätter frågeställningens validitet i en sådan forskningsuppställning. Den från folkhälsans utgångspunkt fördelaktiga låga hiv-incidensen gör också jämförelser mellan orter svårt. För hepatit C försvåras utvärderingen av att det oftast inte är möjligt att urskilja verkliga nya fall från de där smitta skett för länge sedan.

Däremot är det i viss grad möjligt att retrospektivt uppskatta effekten av en intervention på samma ort, t.ex. genom att jämföra situationen före och efter interventionen, och genom att utvärdera förhindrandet av nya utbrott, upprätthållandet av låg förekomst eller minskning av förekomst.

Tack vare den låga hiv-förekomsten har man lyckats följa med epidemin särskilt noggrant och också fokusera på att förebygga andra smittor bland sprutdrogbrukare och skapa så omfattande strukturer som möjligt för att förhindra en ny epidemi. Förutom övervakning av situationen med smittsamma sjukdomar, sampelundersökningar och hälsorådgivningarnas verksamhetsstatistik kan smittorna och smittoriskerna bland sprutdrogbrukare förstås genom att beskriva hälsorådgivningsverksamheten, vem den når och med vilka metoder.

Enligt Amundsen (2006b) kan vissa mål ställas för utbytet av sprutor och nålar och de bästa möjliga verksamhetsmodellerna och metoderna ska sökas för att verkställa målen. Hon föreslår att målen för den verksamhet som riktas till sprutdrogbrukare ska ha som mål att förebygga hiv- och HCV-smittor, minska riskbeteendet och gemensam användning av verktyg, injektionsfrekvens och erbjuda en bro till vårdtjänster. (Amundsen 2006b.) Då hon ifrågasätter utbytesprogrammen för sprutor och nålar som överlägset verktyg för att förebygga hiv och andra typiska smittsamma sjukdomar bland sprutdrogbrukare, konstaterar Amundsen (2006a) att man i undersökningar borde fästa mera vikt vid vilka arbetsformer som inom utbytesprogrammen är de effektivaste åtgärderna för att förebygga smittsamma sjukdomar (Amundsen 2006a).

Samma sak har poängterats av Bastos och Strathdee (2000), som påpekar att då man utvärderar utbytet av sprutor och nålar samt effekterna av detta borde man i större utsträckning granska vilka strukturella delar av utbytesprogrammet som fungerar effektivast för att minska smittorisken och vilka som har den minsta verkan (Bastos & Strathdee 2000). I skenet av internationella undersökningar om programmets verkan har Amundsen (2006b) rätt då hon konstaterar att utbytesprogrammen rätt då hon konstaterar att utbytesprogrammen för sprutor och nålar inte har samma princip överallt, utan att skillnaderna kan vara stora. Därför kan man inte per automatik förutsätta

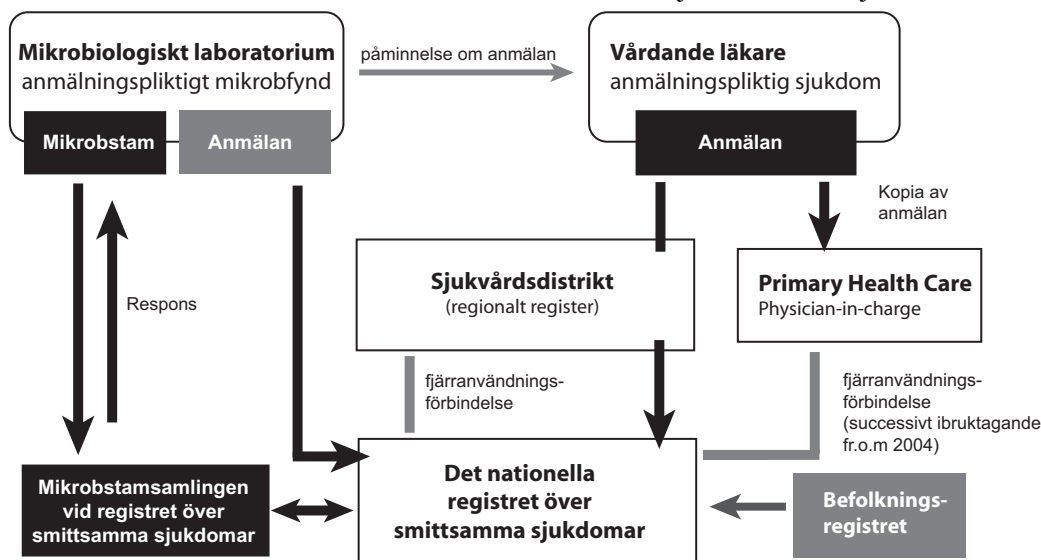
att ett utbytesprogram för sprutor och nålar är effektivt utan att veta vad det innehåller, hur servicekonceptet verkställs och vilken inverkan de enskilda åtgärderna har för att minska smittoriskerna. (Amundsen 2006b.) Det är möjligt att andra delar av hälsorådgivningen än erbjudandet av rena redskap har haft en lika betydande roll för att verksamheten lyckats.

Utbytesprogrammen för sprutor och nålar tar inte heller per automatik fart efter att de införts. Hur kunderna nås och smittoriskerna minskas kan bland annat bero på rådgivningens läge. Också i Finland har man fått erfara att om rådgivningen ligger för avsides, för centralt, i samband med någon annan tjänst eller om kunderna måste uppge sitt namn, kan det hända att verksamheten inte nödvändigtvis uppnår de mål som ställts för den.

3. METODER OCH DATAKÄLLOR

Hälsorådgivningarnas roll i att förebygga och förhindra smittsamma sjukdomar bland sprutdrogbrukare utvärderades genom att som kunskapsbas använda litteraturkällor, övervakningsinformation om smittsamma sjukdomar och verksamhetsstatistik från rådgivningarna samt registerundersökningar för att utvärdera förändringarna i antalet problemanvändare (av droger). Undersökningens största separata empiriska del verkställdes genom kvalitativa och semistrukturerade intervjuer.

Bild 2. Det elektroniska anmälningssystemet för smittsamma sjukdomar



3.1. Övervakning av smittsamma sjukdomar

Målet för övervakningen av smittsamma sjukdomar är att producera aktuell information om förekomsten/prevalensen och incidensen av smittsamma sjukdomar. Genom att analysera övervakningssinformation fås information om de smittsamma sjukdomarnas samhällsekonomiska betydelse. Utgående från det kan man styra resurser till både prevention

och vård. I Finland ligger ansvaret för den regionala övervakningen av smittsamma sjukdomar hos hälsocentralerna och sjukvårdsdistrikten och den nationella hos Folkhälsoinstitutet. Social- och hälsovårdsministeriet har det nationella ansvaret för att leda hälsopolitiken.

3.1.1. Passiv övervakning (registret över smittsamma sjukdomar)

I undersökningen användes uppgifter om fall som registrerats i registret över smittsamma sjukdomar som indikator för övervakningen av epidemier. Folkhälsoinstitutet upprätthåller registret över smittsamma sjukdomar¹⁵. Uppgifterna anmäls till registret från både kliniska laboratorier och vårdande läkare. Anmälan baseras på en förpliktelse som fastställts i lagen och förordningen om smittsamma sjukdomar¹⁶. De sjukdomar som

är anmälningspliktiga (och orsakande mikrober) och de tilläggsuppgifter som ska lämnas om dessa är definierade i ovan nämnda författningar och baserade på standardiserade metoder som är anslutna till dessa. Registret är det viktigaste nationella verktyget för övervakning av smittsamma sjukdomar och epidemiologiska förändringar. Via registret fås

¹⁵ www.ktl.fi/ttr

¹⁶ Lagen och förordningen om smittsamma sjukdomar

aktuell information om incidensen av smittsamma sjukdomar och i vissa fall om förekomsten (prevalensen).

Till registret över smittsamma sjukdomar anmäls alla positiva resultat direkt från de laboratorier som utför testerna inom hälsovården. Anmälan sker konfidentiellt med personbeteckningen, så anmälningarna kan kombineras med enskilda fall med tämligen hög grad av tillförlitlighet.

Flera av de smittsamma sjukdomarna anmäls också av vårdande läkare, med stöd av samma personbeteckning. På detta sätt fås tilläggsinformation om bland annat smittsättet och -stället. Också läkarna anmäler hiv och hepatit.

De fall som anmäls till registret över smittsamma sjukdomar beskriver väl sjukdomsbelastningen bland de befolkningsgrupper som hälsovården når bra. För de smittsamma sjukdomar som smittar via sprutdroger eller gemensam användning av redskap gäller inte alltid ovanstående och dessutom är de ofta symptomfria länge, vilket gör att en del smittade ibland testar sig först efter en lång tid, ibland till och med åratals senare. I värsta fall kan detta leda till en situation där en epidemi observeras först långt efter att den startat. För kroniska infektioners del kan detta snabbt leda till uppkomsten av en hög latent förekomst, vilket gör det mycket svårare att förebygga och förhindra epidemins utveckling.

Därför är det vettigt att vid sidan av den passiva testningen inom primärvården skapa en övervakning som baseras på anonyma sampelundersökningar, vilket ger bättre möjligheter att observera förändringar i förekomsten i grupper som är svåra att nå. För att detta skulle kunna verkställas måste grupperna dock gå att nå någonstans. För sprutdroganvändarnas del möjliggör hälsorådgivningarna detta.

3.1.2. Lättillgänglig lågtröskeltestning som stöds av Folkhälsoinstitutet

För sprutdroganvändarna är tröskeln ofta hög att testa sig för smittsamma sjukdomar inom den offentliga hälsovården, både på grund av tidigare diskriminering och rädsla för att bli diskriminerad. Rädslan att erkänna drogbruk och de attityder detta orsakar hos personalen eller att bli antecknad i ”register” kombinerat med rädslan för ett positivt resultat (t.ex. hiv-infektion) kan tillsammans utgöra ett kraftigt mentalt och praktiskt hinder för att söka sig till tester. Istället är dessa aspekter inte lika starka vid sprutdroganvändarnas hälsorådgivningar, för missbruket gäller alla klienter och riskerna är liknande för var och en. Av denna orsak är testning vid hälsorådgivningarna en viktig metod för att säkerställa att den diagnostiska testning som utförs bland sprutdroganvändarna når så många som möjligt så man snabbt kan identifiera epidemier.

En annan tröskel relaterad till testerna är den relativt långa väntetiden mellan provtagningen och det att man får resultaten: för hiv-test tas ett blodprov som skickas till ett laboratorium för klinisk mikrobiologi, som ofta ligger på annan ort. Att få resultaten och svaren dröjer 1–2 veckor, vilket kan kännas som en lång tid av osäkerhet för klienten. Därför kommer en del av de personer som hiv-testats aldrig tillbaka för att höra resultatet och särskilt stor är risken hos sprutdroganvändare, som dessutom kan vara svåra att nå.

Den tredje tröskeln för att testa sig är för sprutdrogbrukarnas del det sätt provet tas på: hiv-test som baseras på traditionell teknik görs på ett venblodprov. Eftersom sprutdrogbrukarnas blodkärl ofta är i dåligt skick av alla injiceringar, låter de inte gärna ta venblodprover.

En dellösning för fördröjda resultat och storskalig blodprovstagnning är att använda så kallade snabbtester eller point-of-care (poc)-tester. Dessa tester kan användas direkt på mottagningen, de tas från ett kapillärt blodprov och de ger ett säkert negativt resultat och ett preliminärt positivt resultat på kort tid

(c. 15–20 min). De tester som används i Finland baseras på den beprövade lateral-flow-tekniken och det test som används har visat sig vara mycket pålitligt såväl i internationella som inhemska utvärderingar. Även om ett venöst blodprov och säkringstest i laboratorium behövs för att säkra ett positivt snabbtest, visar erfarenheten att det är betydligt lättare för sprutdrogbrukare att godkänna dessa tester än traditionella laborietester för hiv. Folkhälsoinstitutet började också i slutet av 1990-talet rekommendera användningen av snabb- eller POC-tester¹⁷ för att testa sprutdrogbrukare för att ha en bättre närbarhet och snabbare kunna kommunicera testresultaten.

I Finland får Folkhälsoinstitutet och licenserade undersökningslaboratorier utföra kliniska mikrobiologitester enligt lagen som smittsamma sjukdomar. Målet med att testningen är tillståndspliktig är att trygga hög kvalitet. I praktiken innebär det bland annat att hiv-tester endast får utföras av en begränsad mängd centrallaboratorier. Lagen tillåter dock att poc-tester används direkt i hälsovården om testernas kvalitet garanteras av ett ackrediterat testlaboratorium, som sörjer för att utbilda testarna samt kvalitetssäkring och -övervakning.

Folkhälsoinstitutet producerar stödlaboratorie- och kvalitetsövervaknings- samt kvalitets-säkringsfunktioner för snabbtestning av hiv bland annat vid hälsorådgivningarna för sprutdrogbrukare. Alla rådgivningar som utför snabbtester har fått nödvändig utbildning på Folkhälsoinstitutets hiv-enhet. Enheten koordinerar också kvalitetssäkringsronder och testantal samt resultat vid hälsorådgivningarna. Dessutom produceras säkringstester för positiva resultat vid hiv-enheten.

3.1.3. Sentinel nätverket och sampelundersökningar

Uppgifter om förekomsten av smittsamma sjukdomar fås också genom sentinel nätverket

för sprutdrogbrukarnas hälsorådgivningspunkter genom enkät- och förekomstundersökningar som görs med 1–2 års mellanrum. Sentinel nätverket inkluderar de hälsorådgivningar som deltar i undersökningarna med Folkhälsoinstitutets stöd och handledning. Sampel- och förekomstundersökningarna arrangeras vanligen vid flera hälsorådgivningar under cirka 2–4 veckor. Deltagarmängderna har varierat mellan 150–700. Deltagarna är klienter vid hälsorådgivningarna.

Deltagaren fyller i en anonym blankett med cirka 10 frågor och ger ett salivprov ur vilket antikroppar för hepatit C och hiv kan undersökas. Båda märks med samma, anonyma deltagarnummer, som gör det möjligt att jämföra riskfaktorerna mot antikroppsresultatet. Eftersom båda infektionerna är kroniska (hiv blir kronisk med 100 % frekvens, hepatit C i cirka 30–50 % av fallen) beskriver antikroppsresultaten den aktuella förekomsten. Strikt taget är det tagna provet inte saliv, utan så kallad gingival vätska, som insamlas med en insamlingssticka utvecklad för ändamålet (OraSure[®]). Insamlingsstickan är överdragen med ett osmotiskt aktivt ämne, via vilket stickan suger i sig vävnadsvätska som har mycket högre antikroppshalt än saliv. Insamlingsstickan lagras i ett provkärl märkt med deltagarnumret och är fyllt med lagringsvätska. Detta gör att det är möjligt att spara prover i rumstemperatur till och med cirka 2–3 veckor varefter man ännu kan undersöka hiv- och hepatit C-antikroppar i dem på Folkhälsoinstitutet. Testet är inte diagnostiskt och resultaten kan inte heller returneras till deltagarna på grund av att de är anonymiserade, en sak som också klargörs för deltagarna. Detta är centralt för att undersökningen ska vara representativ, för på det sättet kan personer som inte nödvändigtvis är klara att höra om att de är smittade också delta. Man uppmanas också delta i undersökningen fast man skulle känna till att man är hiv- eller hepatit C-positiv.

¹⁷ Point-of-care tester

Sampelbaserade undersökningar ger en uppfattning om förekomsten av hiv- och hepatit C-infektioner i en målgrupp motsvarande den som deltagit i undersökningen, och som mycket väl uppskattas motsvara hela gruppen av sprutdrogbrukare. Med hjälp av en kort enkätblankett som kopplats till undersökningar prevalensundersökningarna insamlas aktuell riskinformation och basdemografiska uppgifter om deltagarna.

3.2. Hälsorådgivningarnas verksamhetsrapporter och -statistik

Sentinel nätverket för hälsorådgivningarna utvecklade under ledning av Folkhälsoinstitutet år 2001 en rapporteringsmodell, som låg som grund för årlig insamling av indikatorer som beskriver verksamheten för att följa med och utvärdera verkan.

Fram till år 2005 insamlades denna verksamhetsstatistik manuellt och de viktigaste indikatoruppgifterna rapporterades till medlemmarna i nätverket och bland annat EMCDDA.

Fr.o.m. år 2006 insamlas uppgifterna med hjälp av en elektronisk rapporteringsblankett¹⁸ som utvecklats av Folkhälsoinstitutet. Detta gör det möjligt att samla in uppgifterna allt enhetligare och snabbare.

Verksamhetsbeskrivande indikatorer är bland annat uppgifter om klientantal, antal besök, utdelade och returnerade injektionsredskap, utbytesprinciper, öppettider, utförda hiv- och HCV-tester, givna HBV- och HAV-vacciner och från år 2007 också resurser.

3.3. Uppgifter om antalet drogbrukare

År 1997 inledde STAKES, Folkhälsoinstitutet och inrikesministeriet ett samprojekt för att utvärdera drogbrukets omfattning statistiskt med den så kallade capture-recapture-metoden med hjälp av registeruppgifter om drogskador (Partanen 1997). Metoden använder Folkhälsoinstitutets register över smittsamma sjukdomar (TTR), sjukhusens vårdanmälningsregister (HILMO), datasystemet för polisärenden (PATJA) samt registret över personer som framfört fordon påverkade (HULAVA).

Missbruk har i utvärderingen definierats som användning av amfetaminer eller opiater, vilket orsakat användaren sådana sociala eller hälsomässiga skador, som gjort att myndigheterna på ett eller annat sätt ingripit, vilket framkommer ur myndighetsregistren. Den första uppskattningen gällde år 1995 och endast huvudstadsregionen (Partanen 1997). Från och med år 1997 insamlades uppgifterna från hela landet och från och med år 1998 bokfördes uppgifterna också regionalt (Seppälä & al. 1999, Partanen & al. 2000, Partanen & al. 2001). De senaste uppskattningarna har utförts år 2005.

På basis av de observerade fallen i registren och överlappande fall i de olika registren har man skapat en matematisk modell för att statistiskt kunna uppskatta det antal drogbrukare som inte noterats i något av dessa register (Cormack 1989). Summan av denna uppskattning och fallen i registren ger totalmängden problemanvändare. De totala uppskattningarna presenteras som konfidensintervall inom vilka totalantalet problemanvändare med 95 procents sannolikhet hamnar (Partanen 1999).

3.4. Kvalitativ intervjuundersökning

Den i den här rapporten beskrivna utvärderingsundersökningens kvalitativa del utgör en del av den övervakning och undersökning som koordineras av

¹⁸ Sidans kortadress: <http://www.ktl.fi/portal/9827>
Uppdaterad: 24.2.2008

Folkhälsoinstitutet gällande hälsorådgivningsverksamhetens roll för att minska smittoriskerna och de smittsamma sjukdomarna bland sprutdrogbrukare. Målet med undersökningens intervjudel var att utreda de uppfattningar de anställda vid hälsorådgivningarna har om sitt arbete, dess effekter och betydelse för att hantera smittoriskerna bland sprutdrogbrukarklienterna. Intervjuerna utgjordes av de anställdas beskrivningar av sin egen roll i att planera och erbjuda riskhantering samt om mottagligheten bland klienterna och hur budskapen konkretiseras i sprutdrogbrukarnas liv.

Det kvalitativa materialet utgörs av intervjuer som gjorts med personalen vid elva hälsorådgivningar. Man strävade efter att få med rådgivningar runt om i Finland och med olika klientmängder och öppettider. På grund av den krävande intervjuundersökningen kunde man inte besöka alla hälsorådgivningar i Finland, men man beslutade att ta med rådgivningar i olika faser av sin verksamhet, dock så att verksamheten etablerats senast år 2006. Strävan var att få med rådgivningar från kommuner med över 100 000 invånare, 50 000–100 000 invånare och sådana med färre än 50 000 invånare. Totalt elva intervjuer utfördes och de verkställdes under maj–juli år 2007. År 2007 kunde man få hälsorådgivning på cirka 35 orter, så ungefär en tredjedel av hälsorådgivningarna deltog i intervjuerna. Hälsorådgivningens ansvarsperson eller -personer deltog oftast i intervjuerna.

Insamlingen av intervjumaterialet utfördes med kvalitativa djupintervjuer, vars mål var att sätta sig in i hälsorådgivningspersonalens berättelser och uppfattningar om sitt arbete och dess effekter. Målet var att med ett omfattande fråge- och temabatteri som fokuserade på grundfunktionerna beskriva hurdan hälsorådgivningen är. Intervjuerna räckte från cirka två timmar upp till nästan fyra timmar och sammanlagt hade man över 25 timmar intervjuematerial. Med hjälp av intervjuerna var det möjligt att samla in sådan information som på annat sätt skulle ha varit

utmanande eller omöjligt att samla in eller mäta. I huvudsak var frågorna halvstrukturerade, medan andra frågor var mer av typen ja/nej och andra betonade egna erfarenheter och diskussion. Avsikten med alla frågor var att uppmuntra svararna att begrunda och diskutera hälsorådgivningens utveckling, förändringar i klientelet och arbetets framtid. Svararna gavs utrymme att själva berätta om frågor de ansåg viktiga och på många ställen var intervjun diskussionsaktig, där händelser och fenomen gick in i varandra. Intervjuerna var till en stor del skildrande, där man närmade sig ämnena och fenomenen via exempel och berättelser, där man klart kunde urskilja en viss utveckling.

Analysen av materialet utgick från materialet och var induktivt och framskred från enskilda observationer till att förstå det allmänna fenomenet. Materialbaserad analys är nödvändig särskilt då man behöver grundinformation om karaktären av ett visst fenomen, i detta fall den finländska hälsorådgivningsverksamheten. (Eskola & Suoranta 1998.) Renskrivningen av de inspelade intervjuerna inleddes redan under intervjuperioden för att det skulle vara möjligt att justera tyngdpunkten för senare intervjuer. Alla intervjuer transkriberades ordagrant och innehållet organiserades enligt temana som behandlats i intervjuerna. Materialet delades grovt in enligt de huvudteman som kom fram i intervjuerna. Dessa var hälsorådgivningen som arbete, förhållandet till de tjänster som tätt inverkar på verksamheten, den finländska hälsorådgivningens utveckling, hälsorådgivningarnas tjänster och användningen av dem, klienter, droger, risker och smittor. En klar tudelning i de hanterade temana framkom: faktorer som påverkar verksamheten internt och externt.

Externa faktorer som definierar verksamheten var hälsorådgivningsverksamhetens yttre förhållanden och uppfattningarna om dess roll som en del av hälsovårds- och rusmedelstjänsterna. Verksamheten påverkades av finansiärernas och förvaltningens uppfattningar och dessa

avgjorde vilka resurser som investeras i verksamheten. Kommunikationen uppåt, verksamhetens anseende och förståelsen för den påverkades i första hand av medierna, då deras uppfattningar kunde inverka på tillgången till finansiering, om man på den högre nivån inte hade personlig kännedom om den praktiska verksamheten. Den innebörd verksamheten gavs och den praktiska finansieringen påverkade i sin tur klientarbetet. Uppifrån givna ramar för verksamheten inverkade för sin del på rådgivningslokalen, placeringen, öppettiderna, vilka i sin tur hade en inverkan på hur kunder kunde nås och hurdan kontakten blev.

Internt definierande faktorer, dvs. de faktorer som uppkommer ur det praktiska arbetet gällde klienterna. Klienternas behov, önskemål, drogbruk och livssituation, sätt att vara och inbördes kontakt med dem definierade största delen av det praktiska arbetet. Verksamhetsramarna definierades av olika tjänster som getts till klienterna, efterfrågan på och behovet av tjänster samt resurser som satsats. Vid vissa tydliga för/emot-svar har man strävat efter att få med citat från båda perspektiven. Då de intervjuade istället har begrundat frågor och teman mer omfattande har man valt de mest träffande eller täckande citaten. De axplock från intervjuerna som förekommer i texten är direkta citat från de intervjuades tal. På grund av det något begränsade antalet hälsorådgivningar i Finland och den knappa personalmängden har i intervjuerna inte nämnts ålder, kön eller ort för att bevara anonymiteten. Bakgrundsinformation om de intervjuade har nämnts endast i den utsträckning det varit nödvändigt.

Gruppen av intervjuade (n=13) bestod av elva kvinnor och två män. Åldern fördelas mellan 27 och 56 år och medelvärdet är 42 år. Arbetserfarenheten varierade mellan ett och elva år, i genomsnitt var den fem och ett halvt år. De flesta var utbildade inom hälso- eller socialvård. Den vanligaste angivna utbildningen var sjukskötare eller hälsovårdare, i gruppen ingick även

socionomer och sådana med utbildning inom både hälso- och socialbranschen. Alla intervjuade hade utbildningsbakgrund inom hälso-, social- eller rusmedelsvård, ungdomsarbete eller diakoni. Vid nästan alla rådgivningar fanns det personal från såväl social- som hälsovården, vanligtvis sjukskötare och hälsovårdare samt socionomer och socialarbetare. Vid vissa rådgivningar arbetade också tidigare eller nuvarande problemanvändare. Personalen vid rådgivningarna bestod ofta av arbetare inom såväl social- som hälsovården, och det verkar vara allt vanligare att de jobbar sida vid sida.

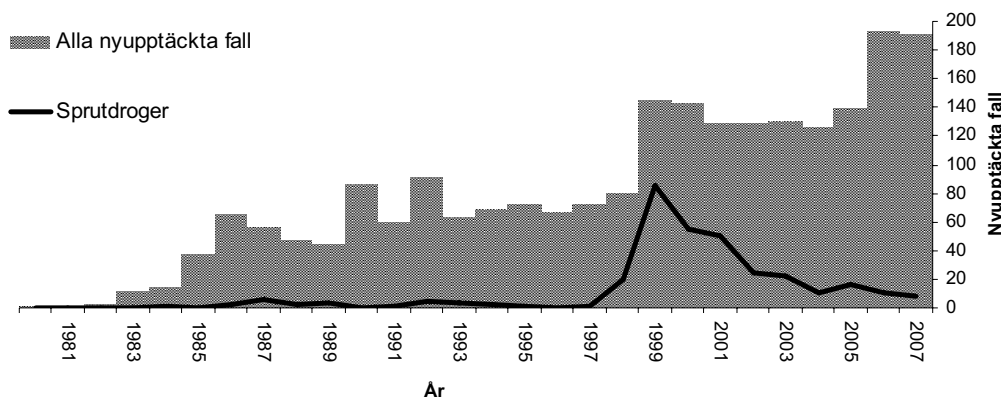
4. RESULTAT

4.1. Utveckling av smittoriskerna

I detta avsnitt granskas den standardiserade informationen gällande epidemiologi-utvecklingen av de mest centrala smittsamma sjukdomarna förknippade med användningen av sprutdroger. Informationen produceras av de olika delarna av Folkhälsoinstitutets övervakningssystem för smittsamma sjukdomar.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att antalet nya fall av hiv-infektioner samt hepatit B och C bland sprutdrogbrukarna sjunkit eller hållits på en låg nivå sedan början av 2000-talet. Hepatit A-viruset orsakade ännu i början av 2000-talet epidemier bland drogbrukarna, innan vaccineringen av sprutdrogbrukare togs upp i det allmänna vaccinationsprogrammet.

Bild 3. Årligen konstaterade nya hiv-fall och fall bland sprutdrogbrukare (Folkhälsoinstitutet, Registret över smittsamma sjukdomar)



4.1.1. Utvecklingen av hiv-epidemin efter år 1998

Fram till hösten 2007 hade det i Finland konstaterats 324 hiv-smittor som erhållits via sprutdroger. Av dessa hör majoriteten, över 95 procent till samma epidemi, som bröt ut år

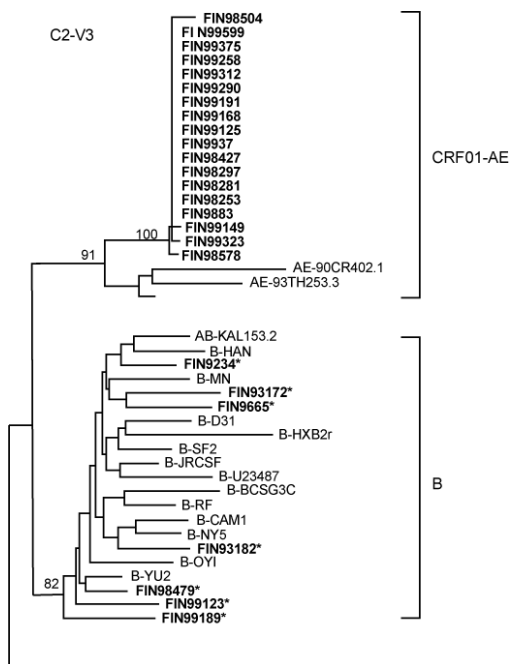
1998 i huvudstadsregionen, men fall förekom också på andra ställen i Finland.

Epidemin, som är förknippad med användningen av sprutdroger, uppkom innan det fanns några storskaliga hälsorådgivnings- och utbytestjänster för injiceringsredskap avsedda för sprutdrogbrukare. Hiv-epidemin hade föregåtts av ett flertal hepatit B- och A-epidemier i samma målgrupp, där även hepatit C-infektioner visat sig vara allmänna.

En noggrannare undersökning av hiv-epidemin bl.a. med noggranna gentyppningstekniker visade redan i ett tidigt skede att epidemin var både färsk och framkallad av en virusstyp som tidigare varit ovanlig i Finland inom denna grupp (Liitsola et al 2000). Före epidemin, som bröt ut år 1998, hade det i Finland funnits cirka 20 fall som på basis av bakgrundinformationen inte var relaterade till varandra och de hörde till hiv subtyp B, som är vanlig bland sprutdrogbrukare på annat håll i Europa (bild 4. fall märkta med asterisk). Detta stödde i många fall uppgiften om att smittan erhållits

utomlands. Den genetiska skillnaden mellan de tidiga fallen var också stor, vilket stärker uppfattningen om att fallen tillhörde skilda smittkedjor.

Bild 4. Släkträd för hi-virustyper associerade med användning av sprutdroger



Den ringa genetiska skillnaden mellan fallen visade på en smittkedja som uppkommit snabbt, vilket stödde uppfattningen om att epidemin uppkommit som en följd av gemensam användning av redskap. I släkträdet på bilden utgör den epidemi som uppkommit bland sprutdrogbrukarna en tät gruppering. De finländska fallen har märkts med prefixet "FIN". De två första siffrorna i nummerserien anger året för konstaterande.

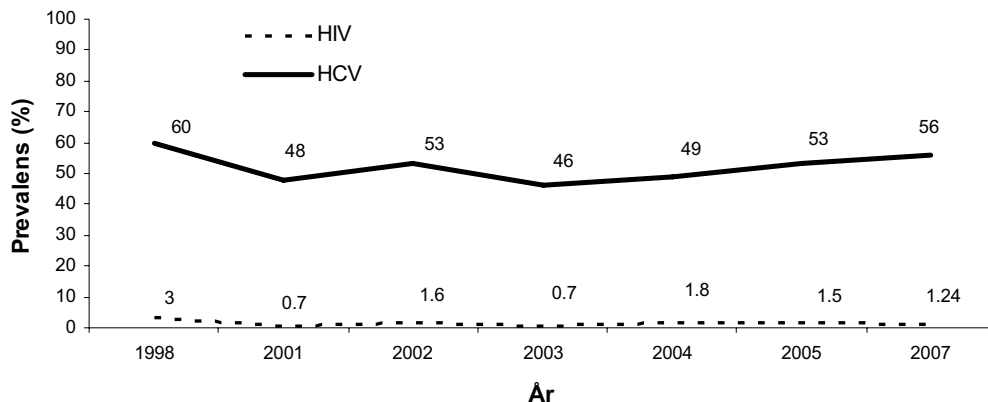
Med hjälp av anonyma förekomstundersökningar, som verkställs med cirka ett års mellanrum och koordineras av Folkhälsoinstitutet, strävar man efter att utvärdera förekomsten av hiv- och HCV-infektioner bland sprutdrogbrukare på ett sätt som når också de fall som inte söker sig till diagnostiska tester.

Förekomstundersökningarna indikerar att förekomsten av hiv bland sprutdrogbrukare i Finland trots epidemin år 1999 har hållit sig på cirka 1–2 procent, vilket är en ytterst låg nivå i internationell jämförelse (EMCDDA 2006). Enligt uppskattningen för år 2005 var förekomsten av hiv bland sprutdrogbrukare i Finland cirka 1,4 procent (0,5–3,2 %, CI 95 %) och förhandsuppgifter från år 2007 är likartade.

Av de hiv-fall som under åren 1998–2003 anmälts till registret över smittsamma sjukdomar och som relaterar till intravenös användning rapporterades till och med cirka

Situationen vid den epidemi som bröt ut 1998 var en annan: fallen var kopplade i både tid och rum och typningen av virusen visade att det rörde sig om en i Finland tämligen sällsynt virusstam av subtypen CRF01-AE. Virustypen är vanlig i Sydostasien, men ovanlig i övriga Europa bland sprutdrogbrukare.

Bild 5. Prevalens av hepatit C- och hiv-infektion i exit-poll förekomststudierna



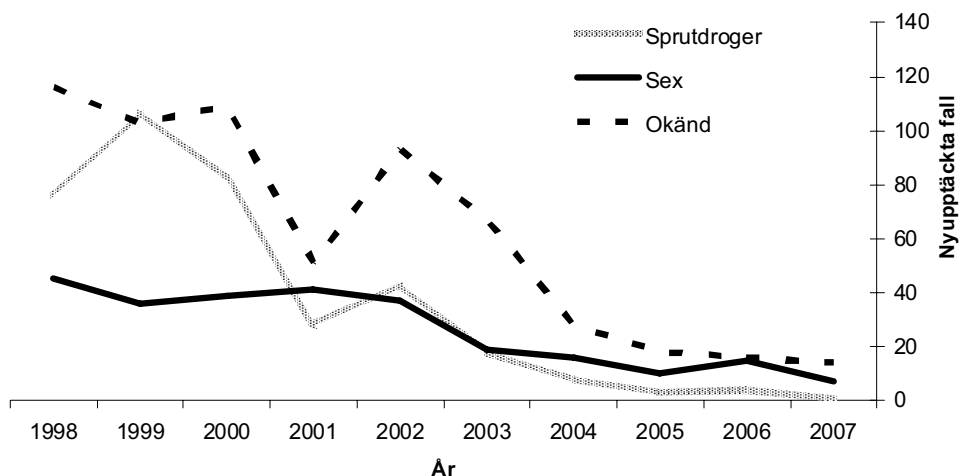
84 procent i huvudstadsregionen (Kivelä et al. 2006, Registret över smittsamma sjukdomar).

En undersökning som utredde hiv-smittade sprutdrogbrukares bakgrund (Kivelä et al. 2006) visade att huvuddelen av epidemifallen var koncentrerade till vissa geografiska områden och att de smittade var utslagna och mycket marginaliserade. Epidemin var nästan helt begränsad till huvudstadsregionen och

4.1.2. Hepatit B (HBV)

Hepatit B-virus-smittorna (HBV) har minskat kraftigt bland sprutdrogbrukarna under de senaste åren, sannolikt tack vare ett täckande vaccinationsprogram.

Bild 6. Akuta hepatit B-fall som årligen konstaterats i Finland



särskilt till Helsingfors.

De smittade hade tagit droger genom injektion över tio år och deras främsta rusmedel var amfetamin (över 70 %). De smittades medelålder var 32 år, de var män (72 %), bostadslösa (66 %), hade fängelsebakgrund (75 %) och hade varit på psykiatrisk sjukhusvård (41 %). (Kivelä et al. 2006..)

Epidemin bromsades upp snabbt efter att de preventiva åtgärderna inletts och utvidgats. Antalet nya hiv-infektioner har hållits lågt och de årliga mängderna av nya smittor varierar mellan några fall och några tiotals fall.

Det utökade antalet hälsorådgivningar och det utbyte av verktyg, testning och rådgivning som sker vid dessa har för sin del gjort det lättare att hitta och förebygga nya smittor.

Antagligen har utbytet av redskap också begränsat smittspridningen. Minskningen av hepatit B-fall stöds också av att hepatit C-fallen blivit färre och särskilt bland unga, 15–19-åringar. För att upprätthålla den gynnsamma situationen måste man också i fortsättningen ha en så omfattande vaccinationstäckning i riskgrupperna som möjligt för båda vaccinerarna (hepatit A och B) del. (KTL:s rekommendationer).

4.1.3. Hepatit C (HCV)

Den överlägset viktigaste smittvägen för hepatit C-viruset är blodkontakt och förekomsten av HCV-antikroppar är allmänt hög bland sprutdrogbrukare.

I Finland uppskattas färre än 40 procent av sprutdrogbrukarna vara smittade (EMCDDA 2006, 78), även om förekomsten baserad på årligen arrangerade exit poll-undersökningar är högre, cirka 50–70 procent..

**Bild 7. Alla fall av hepatit C som årligen konstateras
i Finland**

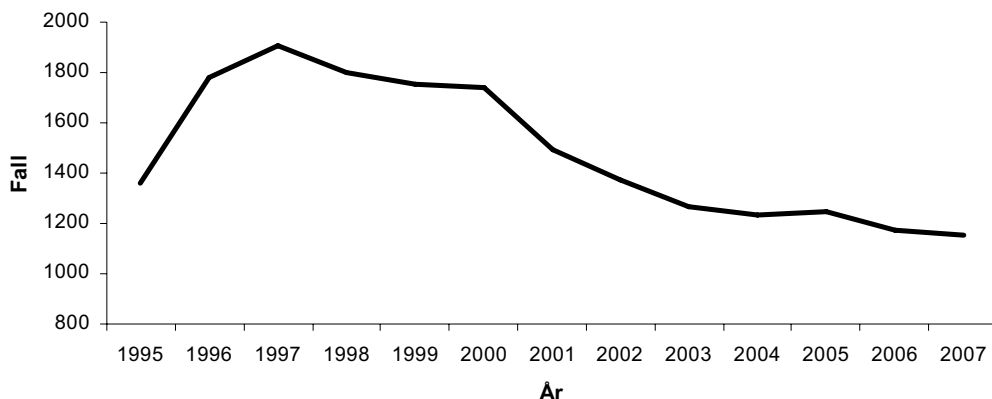
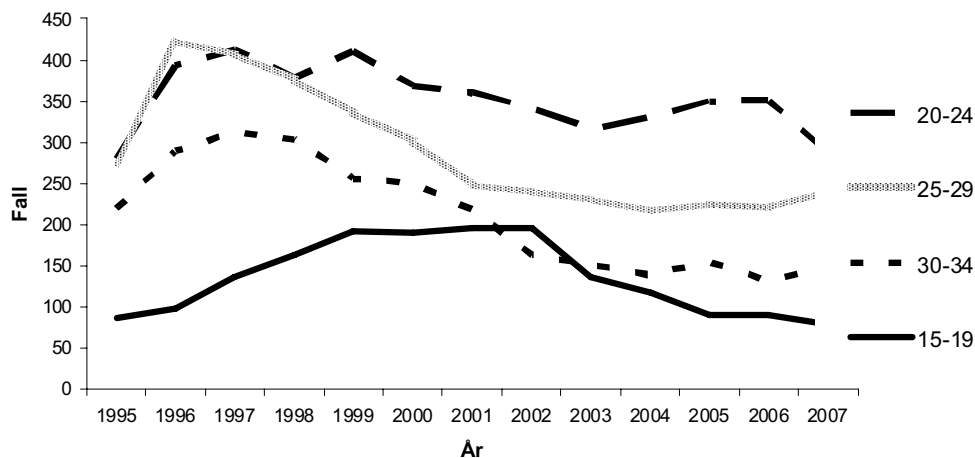


Bild 8. Nya hepatit C-fall enligt åldersgrupp



I Finland uppskattas färre än 40 procent av sprutdrogbrukarna vara smittade (EMCDDA 2006, 78), även om förekomsten baserad på årligen arrangerade exit poll-undersökningar är högre, cirka 50–70 procent..

Diagnostiken för HCV-infektion är utmanande, för det finns inga pålitliga laborietester för att urskilja färsk infektioner från smittor som erhållits flera år tidigare. Därför återspeglar en betydande, men

i detalj okänd, del av smittorna inte en nuvarande epidemi eller smittorisker, utan en situation som rådde årtal tidigare

Därför är det svårt att följa upp hepatit C-infektionernas verkliga incidens och dess förändringar i sådana åldersgrupper där användningshistorien kan vara lång. Eftersom drogbruket ofta inleds vid ung ålder, återspeglar de yngsta smittade åldersgrupperna

sannolikt bäst utvecklingen av smittoriskerna än de totala siffrorna.

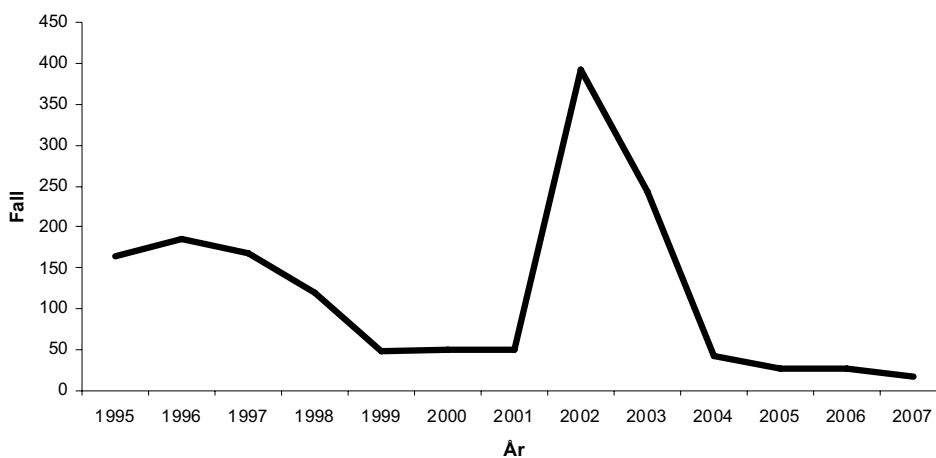
Trots att de fall som årligen konstateras som nya vid övervakningen av hepatit C-infektioner är en kombination av såväl tidigare års smittor som nyligen erhållna smittor, har det totala antalet årligen konstaterade fall småningom minskat till nästan hälften av mängden under toppåret 1997.

Då man betraktar fallen enligt åldersgrupp märker man att den största minskningen under de senaste åren skett i den yngsta åldersgruppen, 15–19-åringarna.

4.1.4. Hepatit A (HAV)

Hepatit A-infektionen ansågs länge smitta endast via vatten och livsmedel genom fekaliekontamination. I slutet av 1990-talet och på 2000-talet visade det sig dock att smittor förekommer relativt allmänt också bland sprutdrogbrukare, också i sådana länder där hepatit A-infektioner annars är sällsynta eller helt försvunna bland befolkningen.

Bild 9. Hepatit A-fall som årligen anmäls till registret över smittsamma sjukdomar



Detta gav anledning att misstänka att smittan förutom fekalt-oralt också kunde smitta via blod eller till och med genom kontaminerade droglaster. Sannolikt inverkar både dålig hygien och nya smittsätt åtminstone hos en del

av sprutdrogbrukare på att risken för hepatit A-infektion ökar. Även om man inte entydigt kunnat påvisa den exakta smittvägen, är associationen till användningen av sprutdroger mycket stark.

Dylika epidemier har också beskrivits i Finland, den första i huvudstadsregionen åren 1994–1995. Nya epidemier och fler antal årliga fall förekom ända fram till början av 2000-talet, den största inträffade åren 2001–2003.

På grund av epidemierna effektiviserades hepatit A-vaccineringen vid hälsorådgivningarna regionalt år 2002, och år 2004 blev hepatit A-vaccinationer för riskgruppen en del av det allmänna vaccinationsprogrammet. Hepatit B-vaccinationer har getts vid hälsorådgivningarna ända sedan år 1997 och de blev en del av det allmänna vaccinationsprogrammet år 1998.

Folkhälsoinstitutet rekommenderar (2005) som en del av det allmänna vaccinationsprogrammet att kostnadsfria

hepatit A- och B-vaccinationer ges till sprutdrogbrukare, deras sexpartner och andra personer som bor i samma hushåll. Särskilt viktigt är det att vaccinera nyfödda barn till föräldrar som använder sprutdroger.

(Hepatitvaccinationer som en del av det allmänna vaccinationsprogrammet.) Också i fängelserna har man strävat att förenkla vaccineringen och på det sättet främja smittpreventionen bland fångar och tidigare fångar. (Leinikki 2003a, 188–189.)

4.1.5. Utvecklingen av hälsorådgivningarnas verksamhet och dess indikatorer

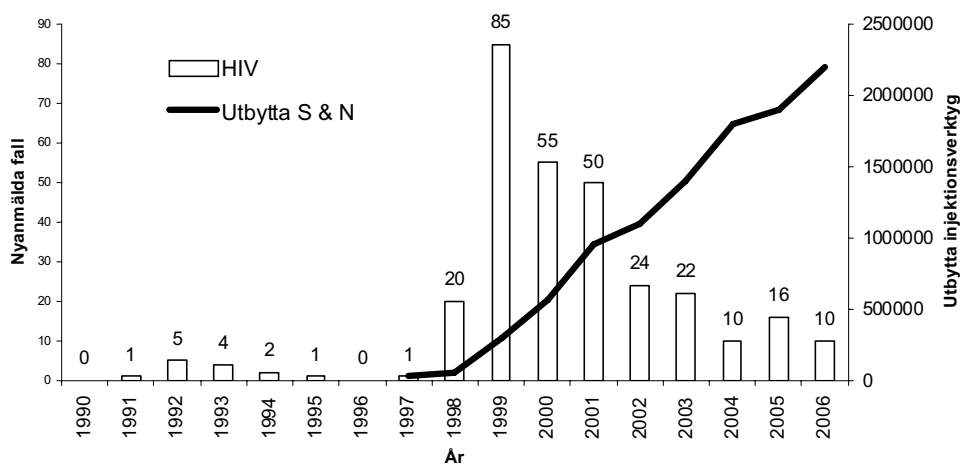
Utvecklingen av hälsorådgivningarnas verksamhet har följts upp sedan år 2001 genom en årlig verksamhetsrapportering. Rapporteringen har gemensamt koordinerats av A-klinikstiftelsen, STAKES och KTL, men år 2006 tog man i bruk en ny, elektronisk rapporteringsmodell, som är bättre standardiserad med avseende på indikatorerna.

Tabell 2. Utvecklingen av hälsorådgivningarnas klient- och besöksmängder

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
HR-punkternas antal	12	18	22	24	24	30+	30+
Klienter	4 800	8400	9 300	9 300	10400	11 800	~ 12 000
Besök	32 900	44 500	55 300	70 600	83 400	80 500	~ 90 000
Utbytta injektionsverktyg	564 500	950 500	1,1 mil.	1,4 mil.	1,8 mil.	1,9 mil.	~ 2.2 mil.

*förhandsuppgift

Bild 10. Sprutor och nålar utbytta vid hälsorådgivningspunkterna samt hiv-fall som hänförs till användning av sprutdroger

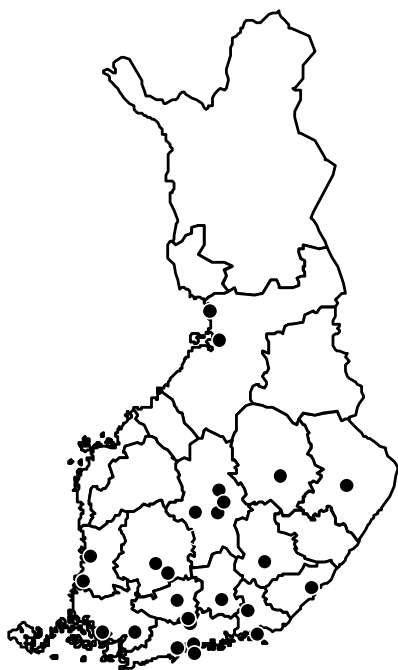


De uppgifter som var mest jämförbara i rådgivningarnas rapporteringstal före år 2006 var klientmängder, besöksantal och mängden utbytta injiceringsredskap (sprutor, nålar).

Alla funktionella indikatorer har vuxit under hela den tid hälsorådgivningarna funnits, även om det under de senaste åren kan noteras en viss utjämning i klient- och besöksmängderna. Mängden utbytta injektionssverktyg har i proportion vuxit allra kraftigast, men returandelen har samtidigt hållits hög, klart över 95 procent av utgivna sprutor och nålar returneras varje år. Det ökade utbytet (liksom de andra indikatorerna) korrelerar kraftigt negativt med att hiv-epidemin avmattades efter år 1999.

Hälsorådgivning för sprutdrogbrukare fanns tillgängligt på närapå 30 orter vid utgången av år 2006. På en del av orterna fungerade flera olika hälsorådgivningspunkter.

Bild 11. Geografisk distribution av sprutdroganvändarnas hälsorådgivningspunkter



Hälsorådgivning och till den hörande smittoriskpreventionservice finansierad held eller delvis av kommunen finns på alla orter med över 100.000 invånare, d.v.s. i Helsingfors, Esbo, Vanda, Åbo, Tampere och Uleborgs städer. Servicen finns också i de flesta kommuner med en befolkning mellan 50.000 – 100.000 invånare, förutom i Vasa och Villmanstrands städer. Därtill finns hälsorådgivningspunkter i flera mindre kommuner.

Klarast saknas servicen från Lappland, Ålands landskap samt mellersta Österbotten. I Kajana finns heller inte hälsorådgivningsservice.

Beräknat efter år 2005 invånarantal, når hälsorådgivningstjänsterna uppskattningsvis 2.3 miljoner invånare eller 44% av befolkningen. Med utgångspunkt av år 2005 besökarantal (11.800 olika klienter) och det uppskattade antalet problemdrogbrukare från samma år (14.500 – 19.100) når hälsorådgivningen c. 60 – 80 % av problemdrogbrukarna. Om man endast betraktar

huvudstadsregionens statistik upprätthålls samma eller t.o.m. en bättre proportion. (9315 klienter år 2005 och 5100 – 8200 problemdroganvändare). Eftersom upptill 20 % av besökarna söker sig till flera rådgivningspunkter, kan man konservativt uppskatta att c. 80 % av problemdrogbrukarna kan nås..

För diagnostisk testning av blodburna sjukdomar är statistiken jämförelsebar först efter år 2006. Under året gjordes 1409 hiv och 582 HCV-tester vid hälsorådgivningspunkterna. Av HIV-testerna var 1091 snabb-el. POC-tester och 318 gjordes från venöst blod (dvs. per remiss till annat ställe). Vid sju hälsorådgivningspunkter gjorde man inte alls testning.

Andra tester som flera HR-punkter erbjöd besökarna under år 2006 var HAV och HBV-test, klamydia-, gonorre- och syfilistest samt graviditetstest. Vid en av hälsorådgivningarna var det också möjligt att följa med sina levervärden.

Vaccineringar gavs enligt år 2006 uppföljningsstatistik enligt följande:

Tabell 3. Vaccindoser givna år 2006 vid HR-punkterna

dos\vaccin*	HAV-v	HBV-v	HAB-v
I	445	269	421
II	234	95	234
III	n.a.	116	136
sammanlagt:	679	480	791

HAV-v: Hepatit-A vaccin, HBV-v: Hepatit-B vaccin, HAB-v: Hepatit A och B kombinationsvaccin.

Allt som allt gavs 1950 st hepatitvaccindoser, vilket innebär en ökning av 3 % jämfört med året innan. Användning av kombinationsvaccinet (HAB) ökade med nästan 200 % och bruket av enskilda vaccin minskade i nästan motsvarande grad.

Hälsorådgivningspunkterna delade under år 2006 ut 58.991 gratis kondomer. Ökningen jämfört med tidigare år var närapå 50 %..

4.2. Hälsorådgivningarnas verksamhet

Denna del behandlar resultaten från den kvalitativa intervjuundersökningen vid hälsorådgivningarna (undersökningsinstrumentet är beskrivet i bilaga 1)

4.2.1. Åsikter om hälsorådgivningen

Härnäst granskas historier och erfarenheter kring hälsorådgivningens vardag, karaktär och betydelse, beskrivna av de anställda själva. Faktorer som påverkat hur verksamheten strukturerats och etablerats finns både i de ramar där själva verksamheten körts igång och i klientelet. Struktureringen av verksamheten och dess karaktär kan ses i de vardagliga mötena med klienterna. Principerna för hälsorådgivningsarbetet är samma mål som för uppsökande fältarbete och då man närmar sig svårnådda grupper. Sådana är kontinuitet, pålitlighet, flexibilitet, närhet/tillgänglighet, förståelse och frivillighet (Svensson 2003).

4.2.1.1. Faktorer som inverkat på att verksamheten lyckats

Den finländska hälsorådgivningsverksamheten uppfattas som en lyckad funktion för att förebygga smittsamma sjukdomar bland sprutdrogbrukare.

De hälsorådgivningsarbetare som intervjuats ombads begrunda vilka faktorer som i deras tycke gjort att verksamheten lyckats och vilka indikatorer som kunde användas för att beskriva framgången. Det som främst påverkat framgången är förtroende. Förtroendet hade först och främst kommit från beslutsfattarna, som ursprungligen vågat planera och köra igång hälsorådgivningarna. Förtroende hade också kommit från personalen, som vågade och fortfarande vågar gå ut och verkställa hälsorådgivningsarbetet. Det tredje och viktigaste förtroendeelementet som nämndes var klienterna, som i allt större omfattning vågat söka sig till hälsorådgivningarnas tjänster och uppvisa förtroende för både personalen och servicesystemet. Förtroende är alltid förknippat med en risk, en osäkerhet om hur en situation eller en växelverkan

framskrider och tar form. En av de intervjuade beskriver hur klienternas förtroende uppkommit gentemot verksamheten.

I början hade vi ju problem med att vårt klientel betedde sig schizofrent. De här äldre användarna, de tänkte ju liksom att "vaddå för ett helvetes ställe? Om man går dit så kommer poliserna riktigt säkert". Dvs. en sådan där känsla att vad är det där för ett ställe? Men nu då vi igen tänker på vad som hänt under tio års tid. Vi har fått med en ny användargeneration här. Inte är de ju alls skygga för hälsorådgivningarna längre, för de har funnits redan så länge de varit användare. För dem är det vardag, det är en normal grej och sen i fortsättningen är det en normal grej för alla användare. Det är en del av den där användarkulturen redan nu, bland de här nya användarna.

Intervjuaren: Var det mycket motstånd i början eller gick det ganska lätt igenom?

Svararen: Nå, nog var det lite kärvt, just den här rädslan för poliserna. Rädslan för myndigheterna var den största grejen. Man var tvungen att upprepa att "hej, nog vet de var ni håller hus annars också, inte behöver de komma hit och hänga. Riktigt säkert vet de var ni hänger". Den stora grejen är när de förstått att "jag behöver inte gå till apoteket, jag behöver inte stå ut med att folk stirrar på mig då jag köper mina saker där och det är obehagliga situationer. Jag kan gå dit och jag får i själva verket lite annan service där också". När man förstått det, så är det nog en viktig faktor där.

Många konstaterade att man åstadkommit en attitydförändring och de minskade riskerna ses redan i statistiken över smittsamma sjukdomar och i att andra hälsomässiga skador minskat. Den minskade mängden hiv-smittor som erhållits via sprutdroger sågs som den bästa indikatorn för att hälsorådgivningsverksamheten lyckats. Att man stirrar sig blind på siffrorna om smittsamma sjukdomar som en indikator för hur verksamheten lyckats upplevdes särskilt för hepatit C:s del som

problematiskt, eftersom man sannolikt skulle hitta fler smittor genom att effektivisera testningen. Dessutom konstaterades att utbytesprogrammen för sprutor och nålar ingenstans i världen lyckats förebygga hepatit C i samma utsträckning som hiv. Mängden givna hepatitvaccinationer och därmed den minskade mängden hepatit A- och B-smittor sågs också som en god indikator för hur effektiv och snabbt reagerande hälsorådgivningen i bästa fall kan vara. Vid sidan av smittorna sågs den årligen ökande mängden av utbytta redskap som en bra indikator då returingsprocenterna alltid låg vid nästan hundra. Klientmängderna ansågs vara bättre än besöksmängderna för att indikera verksamhetens nödvändighet och hur man når klienterna, även om besöksmängderna anger hur mycket tjänsterna används. Abstrakta och svårsmåta framgångsfaktorer som nämndes var bland annat antalet förebyggda graviditeter, aborter och de ofödda barnens osäkra framtid. Också det att klienterna tillbringade hela dagen på hälsorådgivningen och inte till exempel begick brott, sågs som en viss slags framgång och skademinimering. Att verksamheten utvidgats till att alltmer heltäckande sköta om klienterna ansågs berättiga att det har funnits ett behov av en service som denna och att den kunnat svara mot behovet.

Vad behövs för ett förändrat beteende? Redskap, konkreta redskap, insikt och kunskap och också attityd. Det görs hela tiden, via snöbollsutbildning och diskussioner. Man strävar efter att i något skede förändra klientens beteende. Denna attityd är en del av framgångshistorien.

Budskapet om säker och hygienisk injicering hade effektiverats på många rådgivningar och allt fler klienter hade rätt information om att byta blodkärl. En framgångsindikator som betonades var att blodförgiftningar och allvarliga inflammationer minskat, och även om deras roll inte är stor ur ett folkhälsomässigt perspektiv är förebyggandet av dem samhällsekonomiskt sett betydande. Nästan alla respondenter trodde att det allt

vanligare hygieniska injicerandet inverkat på att infektionerna blivit färre, att individerna mått bättre och att sjukhusbesök och diverse invaliditeter minskat. Många upplevde att den tidiga starten och ren och skär tur gjort att verksamheten lyckats samt att man ända från början reagerade på potentiella epidemier med tydliga och högklassiga verksamhetsmodeller. Man berömde det att hälsorådgivningen ända från början haft ett mångsidigt servicesortiment och väl svarat mot de förändrade utmaningarna då medan verksamheten utvecklats. Verksamheten koncentrerade sig redan tidigt förutom på hiv och hepatiter och utbyte av verktyg också på att sörja för god tillgång till andra tillbehör. Verksamheten och serviceutbudet antogs ännu utvidgas med åren så att man kan sköta klienternas hälso- och socialärenden alltmer omfattande och långsiktigt.

Tyvärr så är det säkert så här i världen att det måste finnas människor som tror på sin sak och är dedikerade, som inte är särskilt rädda för andras åsikter. Säkert en helt perfekt timing, men det är sådant man inte kan veta. Sen är det säkert det att man ganska från början strävat efter att använda och utveckla alla de metoder som behövs för en framgångsrik hälsorådgivning, eller för att minimera skador så där allmänt. Substitutionsbehandlingar, uppsökande arbete, referensarbete, social- och hälsorådgivning. Alla de här tillsammans, alla de här har verkställts här, eller åtminstone har man försökt verkställa dem.

En annan sak som visade på framgång var att antalet personer som sökt sig till rusmedelsvården växte, även om det konstaterades att det ännu finns fler som vill ha vård än det finns platser. Som en framgång sågs också stödpersonernas lyckade utbildningar och deras arbete bland drogbrukarna. Flera angav också bra läge och kundernas absoluta anonymitet som viktiga faktorer då verksamheten inleddes. Det nämndes att det från första början inte hade lönat sig att ordna verksamheten i samband med hälsocentralerna, utan att den egna

strukturen med tjänster och arbetare garanterade att det uppstod förtroende.

Klienterna kom genast från början och det uppstod direkt ett förtroende på fältet. Man litade på hälsovårdssystemet och om myndigheterna säger att verksamheten är anonym, så tror man på det. I Finland litar man mycket på systemet och fast man skulle vara hur trevlig som helst, så kommer kunderna frivilligt. Lagen stöder det att drogbrukarna riktigt på riktigt är välkomna. I personalen finns folk som på riktigt tänker att "Välkommen, denna tjänst är just för dig, trevligt att du kom". Interaktionen med fältet är en sak, man är öppen och redo att lyssna på drogbrukarna. Det har visat sig vara en bra modell i Centraleuropa och man börjar ju prova den också i Finland. Särskilt i huvudstadsregionen har det att man lyssnat på drogbrukarna och varit interaktiv ökat på den tilliten. Kunderna har fått ta del av verksamheten, man har verkat där människorna på riktigt finns. Människorna är helt tagna av att man går någonstans för deras skull. Man har varit känslig för händelserna på fältet och gått dit man behövs.

Många respondenter berättade att de under verksamhetens gång sett förändringar i klienternas riskbeteende och i hur de förhållit sig till sin egen hälsa. Att åstadkomma attitydförändringar ansågs också vara en av de främsta indikatorerna på att man lyckats, även om det uppfattades som svårt att mäta dem som sådana. Risktagningen hade minskat avsevärt och kunderna brydde sig mer om sin hälsa år för år. Också beteendet ändrades i en artigare riktning – för varje år kunde man få bättre kontakt med kunderna och deras tillit ökade. En arbetare sa träffande att *"de här betar sig ju liksom redan"*. Och fortsatte med att konstatera att *"det är ett enormt framsteg om en som kommer helt från buskarna och ser ut som en skogsrovare säger "god morgon", diskuterar, tackar och kommer och ber om förlåtelse även om man blir irriterad. Det är en så enorm förändring hos den personen, att*

nog har den här verksamheten haft någon betydelse".

Livskompetens upplevdes grovt taget vara motsatsen till marginalisering och trötthet på det egna livet, vilka uppfattades som betydande orsaker för att ta hälsomässiga risker. Den ökade livskompetensen beskrevs bland annat genom att berätta att:

En verksamhet i stil med dagcenter ger livet och sysslorna struktur. Platsens viktighet blir betonad. En klient hade till exempel varit i Helsingfors och härjat några dagar, liftade hit med sin klädkasse. Duschade, bytte kläder, tvättade dem och for tillbaka till Helsingfors. Detta var en fast punkt för honom. Nog har det påverkat riskerna, minskat dem jättemycket.

Även om det årligen kom nya klienter till alla rådgivningar och klienternas liv ofta beskrevs med ordet "kaos", hade klienterna i huvudsak blivit mindre riskbenägna och deras livskompetens hade ökat. Det nämndes också att det ännu var lång väg kvar innan verksamheten verkligen är lyckad och täckande, för man kände till att det i Finland ännu finns en massa sprutdrogbrukare som inte har åtkomst till hälsorådgivning och rena redskap. En del av dem låg geografiskt utanför de fasta hälsorådgivningarnas räckvidd, en del sökte sig av diverse orsaker inte till hälsorådgivningstjänsterna. Lösningen ansågs vara utvecklandet av ett alltmer täckande hälsorådgivningsnätverk, en omfattande tillgång till rena redskap på apotek samt nya arbetsformer, såsom uppsökande arbete och redskapsautomater.

4.2.1.2. Verksamhetens legala grund

Hälsorådgivningspersonalen frågades om sina åsikter om den förordning som år 2004 kompletterade lagen om smittsamma sjukdomar och som förpliktar kommunerna att sörja för att arrangera hälsorådgivning för sprutdrogbrukare. Målet var att utreda om förordningen allmänt ändrat på hälsorådgivningsarbetets karaktär, om det påverkat det praktiska arbetet och i vilken

riktning verksamheten håller på att utvecklas. Alla intervjuade kände till förordningen och tänkte att den främst förbättrat hur arbetet accepteras.

Jag upplever att lagen är ytterst bra, att så ska det vara. På sätt och vis ger den oss sådana där lagliga ramar att arbeta. Att vi ganska bra kan motivera vårt eget arbete, att varför. På sitt sätt ger det en viss trygghet i vårt arbete och sätt att jobba. Jag tror att det här någon dag, i framtiden, så är det här riktigt en del av den där primärvården.

Förordningen hade primärt gett trygghet i att utföra arbetet, för tidigare hade hälsorådgivningen i mångas tycke upplevts som en nästan laglös verksamhet. Trots att förordningen hade underlättat acceptansen för det egna arbetet, funderade nästan alla över om alla kommuner i praktiken följer innehållet i förordningen. Då klienterna använder hälsorådgivningarnas tjänster, ombeds de ange hemort. Personalen såg och hörde således vilka kommuner som inte hade arrangerat hälsorådgivningstjänster trots behovet. Av svaren framgick att problemet inte var att ha personer från andra kommuner som klienter utan främst att deras egen hemkommun inte officiellt konstaterat att det fanns sprutdrogbrukare eller ett behov för hälsorådgivningsservice.

Nog har jag erfarenhet av det riktigt här från närkommunerna. Om det finns en förpliktelse, finns det då några sanktioner? Här skulle jag kunna berätta att på den där [närliggande kommun] därborta skulle det finnas behov. Men de säger att de inte har något behov. Sen går de [klienterna] här. Där finns ju ett behov, men en del beslutsfattare där vill inte. Den där hälsorådgivningen borde vara riktigt obligatorisk. I [en annan närbelägen kommun] kommer det säkert aldrig lyckas. Inte finns där [räknar upp tre kommuner] några tjänster och ändå finns där fast hur många användare.

I och med lagen och förordningen hade situationen i de närliggande kommunerna också en positiv verkan:

Nog är det väl så att många småkommuner lämnar det obeaktat. För oss inverkade den här lagen om smittsamma sjukdomar konkret riktigt mycket. För vi har ju hela tiden haft en del av dessa personer från andra kommuner, främst nu då från grannkommunerna. De har fått riktigt samma tjänster, inte har vi gjort någon skillnad. Men sedan efter den här lagen om smittsamma sjukdomar fick vi ett bra tillfälle att försöka fakturera de här grannkommunerna. [Närliggande ort] kan skicka hit dem, att inte behöver de grunda något eget. Vi har nu då ett avtal med dessa några närliggande kommuner. Vi meddelar ju förstås inga namn eller personbeteckningar, utan de måste sen bara lita på siffran när vi anger att "från er kommun har det varit så och så många besök eller klienter under det här året". Det kan förstås också vara en dålig sak om någon närliggande kommun inte grundar sin egen rådgivning.

Man kunde tro att tröskeln är hög för att resa till en annan ort för att få tjänsterna, och att användaren måste vara motiverad att få tjänsterna för att göra detta. Å andra sidan nämndes att drogbrukarna inte nödvändigtvis är medvetna om sin rätt att få hälsorådgivningstjänster på sin egen hemort, och det är inte lätt att kräva dem.

Jag tippas att det finns sådana kommuner där man inte ens informerar att det finns en dylik förordning. Klienten måste vara ganska medveten om sina rättigheter, att "hej, jag har ju en möjlighet att få dem". Men inte basuneras det ut där.

En intervjuad funderade på att alla kommuner inte nödvändigtvis kartlägger behovet av tjänsten och kan konstatera att de inte har sprutdrogbrukare inom kommunen. Å andra sidan hade vissa kommuner aktivt börjat kartlägga om de har ett behov av tjänsterna och de har begärt hjälp att arrangera servicen från grannkommunens hälsorådgivning.

Inte finns det ju något straff om man inte följer den. Men hur definierar man behovet? Till exempel [närliggande kommun] kartlägger behovet av en hälsorådgivning genom att försöka kartlägga antalet användare. De frågar på apoteken, av polisen, skolverket om deras uppskattningar för användarmängder. Resultaten presenteras i kommunen, kommunanställda ges utbildning, man skräddarsyr så det motsvarar kommunens behov. Här får de utbildning och övningsområde. Vår läkare anser att detta borde bli modellen för små kommuner. Tjänsterna borde centraliseras någonstans. Antingen bil, ambulerande enhet eller annan verksamhetsform som skulle vara kopplad till hälsocentralerna. I [närliggande kommuner] har man märkt att det finns ett behov av servicen, det finns särskilt mycket hepatit C. Detta projekt pågår nu, verksamheten etableras så fort som möjligt i dessa kommuner. De närliggande kommunernas beslutsfattare önskade just att man i och med projektet skulle kunna påverka de professionellas attityder, för det finns ännu fördomar och missförstånd. Det finns en utbildning för miniintervention vid alkoholanvändning – hur ska man ta upp det om någon dricker för mycket eller inte. Det skulle behövas en likadan för droger. Hur fråga om någon tar droger, utan att anklaga. Detta är för många en första kontakt med vårdssystemet, de har ännu kontakt med samhället, det är en lång väg och en hög tröskel till juren. Hälsorådgivningen är ett viktigt gränssnitt. Det är också viktigt att man får information om gruppen, hur många de är och i vilket skick de är, smittor, boende, fysisk hälsa. De hålls synliga. På detta sätt sjunker tröskeln att söka sig till annan vård. Hälsorådgivningen är en första kontakt, men också viktig för dem som redan en gång fallit ut ur vårdssystemet.

Många konstaterade att det inte nödvändigtvis finns så många sprutdrogbrukare i alla kommuner att det ska arrangeras en egen hälsorådgivning för dem. I sådana fall kunde tjänsten köpas in från en närliggande kommun, arrangeras som ett samarbete mellan flera

kommuner eller en ambulerande tjänst eller hälsorådgivning kunde ges från hälsocentralen. Mest irritation väckte det om missbruket av sprutdroger åsidosattes på beslutsfattarnivå och dess existens inte erkändes. Man kände till att attityderna till servicen kunde ha en inverkan på om servicen ordnas eller inte.

Det är förstås hur kommunerna ordnar det. Vissa har ordnat en köptjänst och andra har själva ordnat. Oroväckande är det om arbetsmängden till exempel måste utföras av vissa människor. Vissa kommuner har personal på hälsocentralen som har i uppgift att en gång i veckan arbeta med hälsorådgivning med dessa klienter. Om den anställda inte alls har funderat på saken och arbetet inte känns eget, så ger det ingenting, för det syns oundvikligen i verksamheten. Det här arbetet kan man inte tvinga någon att göra. Även om jag jobbat i över tio år med rusmedelsvården, så när jag gick med i detta, så måste jag väldigt noggrant fundera i mitt eget huvud vad det är jag börjar göra. Det fungerar inte bara med att säga att "börja göra det här". Det kan hända att det inte tar fart över huvud taget. Då allt trots olika element baseras på den där växelverkan, så syns det nog om den anställda inte tror på det eller tycker att arbetet är motbjudande. Man måste vilja göra detta arbete och förstå vad det baseras på. Det jag tycker är ganska sorgligt är att det om läkaren som ansvarar för smittsamma sjukdomar tycker så. I de kommuner där det inte har tagit fart så tycker jag att det är på något vis konstigt att det då kan vara någon människas personliga åsikt. Om läkaren som ansvarar för smittsamma sjukdomar anser att man inte kan göra sådant här arbete, eller att det här är att förespråka drogbruk eller vad som helst, så då blir det ingen hälsorådgivning. Sen blir det fast personbyte, så snart kan där också finnas en hälsorådgivning, för att den personen tycker att det är en bra grej. Jag tycker att förordningarna inte kan ha sådant här, att de betyder att "vad jag personligen tycker och jag verkställer eller låter bli att verkställa det här". Jag är så mycket optimist att jag tänker

att den där förordningen åtminstone gynnat dem som gått med på att tänka på detta och funderat på den där frågan. Tyvärr finns det sådana kommuner där man inte ens vill fundera.

Det konstaterades att särskilt infektionsläkarna generellt hade en mycket tolerant attityd gentemot verksamheten och på vissa orter var det just deras aktiva roll för att starta verksamheten och få den att lyckas som varit viktig. Arrangerandet av hälsorådgivningsverksamhet antogs också bero på kunskapsnivån, för kännedomen om hiv och hepatit uppskattades i hög grad koncentra sig till de största städerna, vilket inverkar på hur man förstod verksamhetens utgångspunkter och mål. Förordningen som anslutits till lagen om smittsamma sjukdomar konstaterades inverka på att utbildningar snabbt ökat och etablerats. Hälsorådgivningsarbetet verkade småningom bli ett eget yrke, som det var möjligt att få en ytterst bra utbildning för. Då verksamhetens legala grund etablerats skulle lagstiftningen möjliggöra en avsevärt mångsidigare och mer omfattande verksamhet, för det skulle vara möjligt att ha hälsorådgivningen som en del av servicen vid hälsocentralerna, utbildningen kunde vara geografiskt mer täckande och rusmedelsvård kunde göras mer lättillgänglig. Många konstaterade att möjligheterna i verkligheten skulle vara ännu större och att praxis fortfarande släpar efter.

4.2.1.3. Hälsorådgivningen som en del av servicesystemet

En yrkesgrupp som aktivt arbetar med sprutdrogbrukare är ett relativt nytt fenomen i systemet för rusmedelsservice. De intervjuade frågades om sin syn på hälsorådgivningsverksamheten som en del av hälsovårdssystemet samt hur man förhållit sig till servicen och dess arbetare. Förutom att den är ny har den separerats redan på basis av sin placering, för endast en tredjedel av hälsorådgivningarna verkar i samband med hälsocentraler och samlevnaden har inte alltid varit helt friktionsfri. En av de intervjuade

berättade hur svårt och utmattande det ibland kan vara att arbeta i närheten av primärvården:

Ibland är det mest chockerande att till och med ens egna kolleger ibland tänker om detta arbete att "inte är det på riktigt något arbete".

Intervjuaren: Förekommer sådant?

Svararen: Ja. Oberoende av var man arbetar inom hälsovården så stöter man med säkerhet på drogbrukarklienter. Ett bra exempel är när vi höll på att köra igång hälsorådgivningen här, vi var på väg hit på besök med en arbetskamrat och vi hade ännu inga nycklar. Sen gick vi till hälsocentralen och frågade om de kunde komma och öppna dörren, för vi ville kolla in lokalen. Då sa de "vart?", vi sa att "nä, dit till hälsorådgivningen", de sa att "hälsorådgivningen, hmm, vad är det?". Vi sa att det är den där hälsorådgivningen och fick svaret "aj den där skiten, den där skiten?". Då undrade min arbetskamrat om hon hört rätt? Jag svarade att jo, du hörde riktigt rätt. På något sätt med allt sådant här smått. När vi kom dit till hälsocentralen, att personalen inte ens kan släppas in på samma toalett som deras personal. Vissa sådana här helt otroliga grejer. Det blir också personligt, att "det där är de där knarktanterna och de är lika hemska som klienterna". Å andra sidan har det ju blivit riktigt bra förhållanden och så efter att man verkat fem år. Men det här var nog det. Måste nog medge att när klienterna säger att de ibland blev illa bemötta, så inte åtminstone jag, jag tror till och med på det. På något sätt godkänner jag ännu denna ovetskap hos mannen på gatan eller rädslan för dessa människor, men inte från mina egna kolleger. Där tar min humor slut nuförtiden.

I: Man skulle tro att de utmanande eller svåra stunderna snarare skulle vara med klienterna?

S: Nej. Å andra sidan om man tänker på sådana här våldssituationer eller hot – som främmande människor alltid först frågar om det varit – så det har det nog inte varit. Med klienterna klarar man sig nog.

Många upplevde att hälsorådgivningarna blivit en central del av rusmedelsservicen, men att de fortfarande låg separat från primärvården. En naturlig utveckling ansågs vara att man närmar sig rusmedelsservicen, men att den ännu borde utvecklas och förbättras.

Hälsorådgivningen borde vara nära rusmedelsvården och utgöra en central del av den. Geografiskt nära. Utvidga laboratorietjänsterna och få gynekologservice. Sköta sakerna till slut helhetsmässigt.

Att verka nära rusmedelsservicen upplevdes såtillvida motstridigt att hälsorådgivningarna inte i sig strävar efter behandling eller att avsluta missbruket. De motsatta syftena med skademinimering och behandling sågs speciellt om det kom timanställda till hälsorådgivningen från rusmedelsvården. Även om kunden hänvisades till behandling, var det inte huvudavsikten för verksamheten och för många timanställda var det svårt att koncentrera sig på klienternas hälsa i den aktuella situationen och inte på att avsluta missbruket.

Man visste att många anställda inom primärvården har mycket negativa attityder mot drogbruk och -användare och många hade den uppfattningen att hälsorådgivningsverksamheten är jämförbar med kriminell verksamhet och olaglig. Motståndet mot substitutionsbehandling var allmänt och starkt och det var inte många inom primärvården som kunde förstå varför man skulle "ge droger" till drogbrukare. Också om någon anställd övergick från det traditionella hälsovårdsfältet till specialtjänsterna kunde det orsaka förfäran bland kolleger och bekanta:

I: Hur förhåller man sig till er inom hälsovården?

S: Jag skulle kunna berätta en sådan kommentar för dig som jag fått av grannfrun. Grannfrun hörde att jag bytt till detta, så hon sa att "kom i alla fall inte hem till oss och smitta ner oss". Jag sa att jasså.

I: Var det måntro en vits?

S: Nej, inte ifråga om den människan. Hon frågade att "är du inte rädd?". Vad skulle jag riktigt vara rädd för, inte vet jag, inte kan man vara rädd för dessa heller. Nog har mina gamla arbetskamrater ojat sig att "nog far du också överallt".

De rådgivningar som verkade i anknytning till en hälsocentral var vanligtvis mycket nöjda med samarbetet och kommunikationen. Andra upplevde att hälsorådgivningarna aldrig skulle bli en del av primärvården eller fungera som en naturlig del av tjänsterna vid till exempel hälsocentraler. En av de intervjuade undrade varför hälsorådgivningen är fysiskt separerad från kommunens andra hälso- och socialtjänster och ansåg att ett landsomfattande förenhetligande inte kan ske så länge en del av hälsorådgivningstjänsterna är köptjänster och en del arrangeras av staden.

Allt skulle få vara inom samma organisation. Det här borde inte få vara så differentierat. Hur skulle stiftelsens hälsorådgivningar å andra sidan passa in? På sätt och vis störs denna förening av att alla inte ligger under A-klinikstiftelsen. I kommunerna förstår man sig inte alls på A-klinikstiftelsen. Man tror att det är en privat stiftelse som får pengar från [Peningautomatföreningen] RAY till fast vad, medan kommunerna inte får.

De enda möjliga verksamhetsmodellerna var inte att förena hälsorådgivningstjänsterna helt med primärvården eller hålla dem helt separerade, utan man kunde förena lättillgängliga rusmedelstjänster till en fungerande helhet så att dörrarna hålls öppna för alla användare. Modellen upplevdes som fungerande och det betonades att det inte på små orter fanns underlag för att separera rusmedelstjänsterna utgående från rusmedel, för en kunnig hälsorådgivningspersonal har resurser att hjälpa alla användare.

Arbetet som görs under samma tak är omfattande, inte enbart att byta ut sprutor och nålar och hälsorådgivning. Man arrangerar

också själv utbildningar och deltar i referensstödgrupper för barn i drogbrukarfamiljer och gruppen för missbrukande barns föräldrar, har samarbete med socialverket. Man har också varit med i förortscentra och provat på att joura, klienterna fick komma och tala, äldre damer kunde mäta sitt blodtryck och hela rusmedelsvården beskrevs. Man far och simmar med klienterna på sommaren med mera.

I: Tror du att ni har blivit bättre accepterade i och med den omfattande verksamheten?

S: Jo, utbytet av sprutor och nålar är i varje fall verksamhetens hjärta, allt annat byggs kring detta. I en liten stad är det inte någon idé att separera dessa, alla användare får komma hit. Det är en bra sak. Klienterna har anpassat sig väl, fast de ibland kallar varandra för "knarkare eller suputer". På tisdagar och torsdagar äter alla sida vid sida. Man ska inte skapa onödiga skillnader.

Endast ett par intervjuade upplevde att hälsorådgivningsverksamheten flyttats närmare primärvården och att där fanns kunskap och kännedom om hälsorådgivningsarbetet. Oftast uppstod den bästa och närmaste relationen till infektionsläkaren eller -skötaren, men de var i stor utsträckning begränsade till några kontakter utanför rådgivningen. Bland goda och fungerande samarbetspartner nämndes också de lokala rusmedelstjänsterna, såsom drogklinikern. Kommunikationen med hälsovården inom området upplevdes som speciellt viktig särskilt med tanke på att hålla sig ajour kring läget med smittsamma sjukdomar. Om det t.ex. fanns en läkare i rådgivningens styrgrupp gav denna värdefull information om smittosituationen, som sedan tillämpades till exempel genom att erbjuda effektiviserad testning. På en ort hade man just via läkaren i styrgruppen fått höra att hepatit C-smittor börjat förekomma i vissa stadsdelar och man började aktivt utveckla interventionsmetoder. Man önskade att de professionella inom social- och hälsovården

skulle bekanta sig med hälsorådgivningsarbetet och principerna för skademinimering, så att arbetsbilden skulle bli klarare också för primärvården. Vissa rådgivningar hade bjudit in personal från hälsocentralerna för att bekanta sig med verksamheten, men deltagarantalet var lågt. Många upplevde att om kännedomen om hälsorådgivningsverksamheten inom primärvården var bättre, skulle läkare och skötare kunna hänvisa drogbrukare och klienter som inte var medvetna om tjänsten till hälsorådgivningen. I intervjuerna misstänkte man och ibland visste man av erfarenhet att till exempel alla sjukskötare inte hade beredskap att aktivt bemöta sprutdrogsklienter och att hanteringen av sprutor och nålar samt mötande av drogbrukare kunde upplevas som motbjudande. En intervjuad konstaterade om hälsorådgivningsarbetet att "detta är inte en sjukskötares grundarbete, inte hälsovårdens grundarbete och inte alltid heller acceptabelt". Hälsorådgivningsarbetet konstaterades också vara en egen profession, som alla inte nödvändigtvis kan uppfatta, och där det är av yttersta vikt att klargöra attityden och arbetets utgångspunkter för sig själv. Det konstaterades även att klienterna kände på sig om någon som arbetade med hälsorådgivningsarbetet hade en arrogant eller besvärad attityd eller om den kände motvilja mot klienterna. Många sa också att man behöver en viss attityd till arbetet och respektera klienterna om man vill klara sig i hälsorådgivningsarbetet, men att bara ha viljan att hjälpa inte räcker till.

Timanställda har konstaterats vara ett bra sätt att förena hälsorådgivningen, som är en köptjänst, och primärvården. Timanställda som är fast anställda på hälsovårdscentralen, på staden, ökade kännedomen om arbetet och det blev mer accepterat på hälsocentralerna. De skapade en mycket god kanal för informationsutbyte. Vid de rådgivningar som staden själv arrangerat arbetade personalen primärt vid en hälsocentral, så informationskanalen var på detta sätt öppen. En del upplevde att tjänsten ska hållas separat från den övriga hälsovården, då viktiga

aspekter för att nå kunderna och upprätthålla förtroendet är personalens attityder, att hålla hälsorådgivningstjänsterna separerade och att klienterna träffar den bekanta personalen. Som en service vid hälsocentralen skulle verksamheten inte nödvändigtvis nå en lika stor klientmängd, arbetsbilden skulle kunna ändras och förtroendet skulle knappast vara lika gott. Många betonade att kontakten med klienterna var kontinuerlig vid hälsorådgivningarna till skillnad från övriga drogbrukar- eller rusmedelstjänster och att man kunde ge klienterna betydligt mer tid än inom övriga tjänster. Att skapa en personlig kontakt och ge klienterna tid upplevdes som en central del för att arbetet skulle nå sina mål.

Tid är ett sådant begrepp som på något sätt är oklart i dagens läge. Allt borde ske jättesnabbt, kvartalsvis. Här kan det gå flera år innan en klient blir en människa. Det är inte längre en signatur, utan en människa. Jag kommer att tänka på flera exempel. Signaturen "Paha Pena" satt i tre års tid gömd under sin keps, ingen såg honom riktigt och han sa inte ett ord. Sen en vacker dag, vips bara, stiger kepsen och han börjar tala. De här är fina grejer. Det att människorna själva börjar fungera och öppna sig. Nog är det säkert det att notera attitydförändringen, själv har jag varit här sju år, så nog har attityderna blivit mer positiva, samhällets attityder mot den här verksamheten. Det är väl också ett slags arbetsseger.

Också hälsorelaterade risker och att informera om dessa upplevdes som hälsorådgivningens starka sidor, för yrkesmänniskorna inom primärvården hade inte nödvändigtvis strukturerad kunskap om till exempel hepatit C-smitta och hur man skyddar sig mot den. Den så kallade vanliga hälsovårdens budskap var inte nödvändigtvis tillräckliga eller tillräckligt fokuserade för just denna klientgrupp. Dessutom behövde klienterna information om frågor som hör till socialservicen: bostadsfrågor, fängelsestraff samt andra icke-hälsorelaterade saker.

Ledarna för staden eller hälsotjänsterna hade besökt största delen av rådgivningarna och deras besök hade upplevts som ytterst positiva. Till exempel primärvårdens överläkare, stadsdirektör, rusmedelsvårdens ansvariga läkare och biträdande stadsdirektör hade varit på besök. Hälften av rådgivningarna upplevde att förhållandena till primärvården och stadens ledning var goda och att de hade en ytterst god uppfattning om hälsorådgivningsarbetet, verksamheten, målen och betydelsen. Informationsutbytet fungerade väl i båda riktningarna och förtroendet för hälsorådgivningsverksamheten var djupt. Andra hälften ansåg igen att förhållandena till hälso- och rusmedelsvårdens ledning var någorlunda fungerande och goda, men att stadens ledning tog avstånd från hälsorådgivningsverksamheten och inte hade en sanningsenlig bild av arbetet, dess mål eller karaktär.

Jag tror att de inte nödvändigtvis känner till riktigt hela verksamheten. Det vill säga att det på sätt och vis ses som en väldigt begränsad verksamhet, när det i förordningen står att "prevention av smittsamma sjukdomar". Att man byter ut de där sprutorna och nålarna. Inte är de här styrgruppens möten så värst populära, fast tidtabellerna för mötena i förskott är ganska väl kända.

I: Men det finns ett forum där de kan ta reda på?

S: Ja. Rusmedelsvårdens ansvariga läkare besökte oss på våren. Den nya hälsovårdsdirektören började nu i januari och jag har framfört en inbjudan, men ännu har det inte blivit något besök.

Informationsflödet och inställningen till verksamheten uppvisade inga skillnader mellan köptjänsterna och kommunernas egna rådgivningar, utan en viss distans kunde noteras i båda fallen. Många av dem som svarade upplevde att staden har "köpt ett gott samvete" genom att köpa en hälsorådgivningsservice som från början startats med en underdimensionerad summa

utan hopp om att utveckla arbetet. I många fall hade tjänsterna ursprungligen inte dimensionerats enligt behovet, och verksamhetens framgång, såsom ökade klientmängder eller ökat antal utbytta redskap, gjorde inte heller att de resurser som reserverats för verksamheten skulle ha uppskattas på nytt. Vissa ansåg att städernas kyliga förhållanden till hälsorådgivningarna delvis var politiska ställningstaganden och en intervjuad konstaterade också att *"inte är det ju politiskt sett så värst sexigt att hjälpa knarkare"*. Informationsflödet till beslutsfattarna och deras intresse att utveckla verksamheten upplevdes på många orter som dåliga.

Ibland känns det bara så att när den här förordningen säger så här, så har vi ju en verksamhet arrangerad. Och that's it. Inte är det i verkligheten så att informationen skulle gå problemfritt nerifrån upp. Det beror på vilka de egna kontakterna är, man kan själv ta kontakt och föra budskapet vidare.

Generellt upplevde svararna att gemensamma möten och att berätta om och visa det konkreta arbetet var absolut viktiga saker för att verksamheten skulle lyckas och att kommunikationen uppåt borde ökas. Det konstaterades att många som beslutar om finansiering och utveckling av verksamheten har en möjlighet att ta reda på information om verksamheten och läsa hälsorådgivningarnas årsrapporter, men å andra sidan funderade man över hur väl informationen i dessa anammas och om rapporterna verkligen blir lästa.

De skulle få den konkreta informationen, för det kan ju hända att "utdelning av sprutor och nålar", för vissa räcker det att ha den i sinnebilderna. "Jag vet vad en hälsorådgivning är, där delar man ut sprutor och nålar och förebygger på det sättet hiv." Den smala uppfattningen har många. Om kunskapen är mycket smal och om man någonstans får höra att det inte är så bra att dela ut sprutor och nålar, eller om det är nödvändigt då det inte finns någon hiv-epidemi, så kan den smala kunskapen få en

annan innebörd. "Även nu slösas pengar på att man delar ut sprutor och nålar, och de delar också ut något annat tillbehör". Synd om man inte ser det – det påverkande elementet.

I regel ansåg svararna att hälsorådgivningsverksamhetens effekt kan ses i till exempel statistiken över smittsamma sjukdomar och klientmängder, men för att nå goda resultat, upprätthålla dem och på bästa möjliga sätt svara mot den förändrade drogkulturen, borde man bekanta sig lite djupare med verksamheten. En intervjuad begrundade hur de instanser som ansvarar för finansieringen av verksamheten endast varit intresserade av allt bättre och effektivare tal:

"Kejsaren vill ha vad kejsaren tillkommer", det vill säga de vill ha de där talen. Talen berättar ingenting, eller naturligtvis berättar de något, men om vad som händer här, det kan talen inte berätta ett smack om.

4.2.1.4. Medier

Under verksamhetens första tid fick hälsorådgivningen mycket utrymme i medierna och den offentliga debatten om dess nyttiga och skadliga följder gick emellanåt mycket het. Hälsorådgivningarna dyker fortfarande tidvis upp i offentligheten, men de når inte längre lika lätt över nyhetströskeln. De intervjuade frågades om den bild de anser att hälsorådgivningarna fått i offentligheten, om den motsvarar verksamhetens innehåll och om den inverkar på själva verksamheten. En liten del av de intervjuade sa att de är rädda för synlighet i olika medier och att de undviker den avsiktligt. Ställvis var man mycket noggrann och försiktig med att ge intervjuer och kommentarer. Den orsak som uppgavs var främst rädslan för medborgarnas reaktioner och dessa reaktioners eventuella inverkan på beslutsfattarna, tillgången till finansiering och att arbetet skulle bli svårare.

Skriverierna i medierna har blivit mer sakliga. Hälsorådgivningen är redan ett begrepp: Det har blivit mer innehåll och i [tidningen] Helsingin Sanomat har det skrivits en massa

gott. Klienterna har fått tala, användarföreningens röst har hörts. Nog är detta nuförtiden mycket mer mångfacetterat. Ändå kan vad som helst hända när som helst, någon vill skriva en negativ story, så lyckas det. Skulle landets mest sakliga tidningar gå in för det? Mer skulle det vara den gula pressen.

Medierna var inte den enda instansen där uppfattningarna om verksamhetens innehåll var bristfälliga, för det nämndes att också finansierarna och beslutsfattarna skulle kunna förbättra sin kännedom. Många ville självmant synas i medierna och var nöjda med tonen i skrivierna. Orsaken uppgavs vara att om aktörerna inte själva aktivt producerar sanningsenlig och aktuell information om hälsorådgivningsverksamheten, är den bild medierna ger inte nödvändigtvis sanningsenlig, utan den kunde i värsta fall basera sig på föreställningar och uppfattningar och annars också vara förvrängd och ensidig. På de ställen där hälsorådgivningarna annars också uppmärksammades i den lokala pressen, sågs ett aktivt ingripande i artiklarna, till exempel att granska fakta före publiceringen och ge intervjuer, som en slags överlevnadsstrategi och ett bra sätt att berätta om hälsorådgivningsarbetet. Utbyte av sprutor och nålar upplevdes som den absolut mest synliga delen av verksamheten och den bild som medierna gav verkade bero på om man själv aktivt producerat informationen även om budskapet om verksamheten inte alltid verkade gå fram:

Jag tycker att det är en väldigt ensidig bild. Det ger just den bilden att sprutor och nålar – vanligtvis står det att de delas ut, fast man säger tusen gånger att de byts ut, inte delas ut, att det här en utdelningspunkt för sprutor och nålar. I all sin korthet.

I: Påverkar det här hur finansiering ges, såsom du nämnde att det kanske finns för mycket av den tanken att hälsorådgivningen kan verka var som helst?

S: Nog kan det förstärka den också. För man kan tänka att "inte spelar det väl någon roll

var sprutorna och nålarna byts ut, inte behöver de väl någon desto vidare lokal för det?"

Generellt var de anställdas åsikt att mediernas bild om verksamheten och nivån på skrivierna allmänt taget blivit sakligare under årens lopp och börjat betona skademinimeringen mera. I början av verksamheten var tonen i tidningsskrivierna ställvis negativ och sensationssökande. Mediernas bild om arbetets karaktär och verksamhetens grunder ansågs inte vara felaktig, men ibland var den ensidig och smal. Då hälsorådgivningen var uppe i offentligheten, lades huvudvikten ofta på utbytet av sprutor och nålar istället för att man skulle fokusera på hälsorådgivningen som en mångfacetterad verksamhet. Utbytet av sprutor och nålar sades vara "verksamhetens hjärta" och en metod att få klienterna att komma, men att betona endast utbytet lämnade på ett störande sätt all annan central verksamhet och dess betydelse i bakgrunden.

Mediebilden har under årens lopp blivit mycket mer positiv. Särskilt i och med att de smittsamma sjukdomarna minskat. Man skulle ännu önska att vårt arbete skulle öppnas mer. Inte bara det att vi är en utbytespunkt för sprutor och nålar, för det här arbetet är så mycket mer, det är bara en del av arbetet. Klientarbete, utvecklingen av arbetet tar tid. Sen finns det kampanjer som är mycket viktiga för att klienterna får rätt information och allt relaterat material, allt sådant. Sprutorna och nålarna är den morot som man når klienterna med. Därför kommer de till rådgivningen. Det här behandlas inte mycket i offentligheten. Mycket talas det i de egna arbetsgrupperna att man borde öppna begreppen och rådgivningens tjänster, vad de är på riktigt, vad de innehåller. Man känner till det, men inte på bred front. Sprutorna och nålarna är bara en del av skademinskingsarbetet.

Ett problem ansågs vara den bild medierna skapat av drogbrukarna, vilket inte i sig anknöt till det spaltutrymme hälsorådgivningarna fått, och den var inte ny

som fenomen, men dess betydelse i förhållande till hälsorådgivningsverksamheten begrundades i många intervjuer. Av diskussionerna framgick det att även om man skulle skriva helt sanningsenligt om hälsorådgivningarna, så har en viss bild fastnat i människors sinne och denna ofta negativa sinnebild förknippas också med hälsorådgivningen. Många önskade att man i medierna och offentligheten skulle fästa mera uppmärksamhet vid smittoriskerna allmänt, vid att smittorna inte gäller endast en marginell grupp och att det förekommer växelverkan mellan sprutdrogbrukarna och den övriga befolkningen. Det konstaterades också att människor tolererar sprutor och nålar och drogbrukare tämligen dåligt och att sinnebilderna av drogbrukarna ibland var ensidig.

Jag förstår inte att finländarna ännu har den uppfattningen att sprutdrogbrukarna faktiskt bor i ett reservat, är magra, smutsiga och långhåriga. Att så känner man igen dem. Människorna vill inte tänka på eller tänka att vem som helst kan vara sprutdroganvändare, där på stationen eller på busshållplatsen. Det är inte en sak endast för någon marginell grupp, utan det kan vara vem som helst och det kan beröra vem som helst. Man skulle önska att det betonades mera, också de smittsamma sjukdomarna.

Vissa som kommer och byter ser riktigt ut som församlingsungdomar. Man tänker att det kan inte vara sant. Man skulle aldrig kunna tänka sig vem alla som använder, och mycket.

Många ansåg att medierna fäste mer uppmärksamhet vid drogbrukarna och verktygen än vid själva hälsorådgivningsverksamheten eller dess ledande tanke, att förebygga smittsamma sjukdomar. Åtminstone gällde den rädsla och aversion, som ibland återspeglades till hälsorådgivningen från den bild medierna gett, just drogbruket och -brukarna, inte det preventiva arbetet mot smittsamma sjukdomar. En intervjuad berättar hur budskapet om

hälsorådgivningsverksamheten och klienterna via en tolkning kan ges en negativ ton.

Jo, det givna budskapet är rätt, men det förändras i huvudet på den som behandlar informationen, jag tror det beror på att de har det formatet då vi använder ord som narkoman, kriminell, så ser de det via ett perspektiv som medierna skapat. De ser att det är den världen där man dödar, slår och gör hemska saker. Om vi slutligen tänker på hela drogbrukarfältet, drogbrukarkulturen i Finland, så nog är det så att i Finland görs dråpen i fyllan, fruarna slås i fyllan, barnen i fyllan, eller männen slås i fyllan. Det är i alla fall verkligheten. Men nog har medierna och underhållningen gett människorna en sinnebild av hurdan narkomanens värld är.

Många rådgivningar hade haft annonser och infonuttar i de lokala tidningarna och i radio, och det var en helt ny kanal för hälsorådgivningen att sprida information om sig själv i medier som riktar sig till majoriteten. Dessa ansågs vara positiva kanaler att informera om verksamheten och det att de godkännts i medierna innebar också att attityderna förändrats.

4.2.1.5. Polisen

Polisen och hälsorådgivningsarbetet representerar i hög grad motsatt praxis när det gäller de drogpolitiska utgångspunkterna, vilket ibland syns i det vardagliga arbetet. Förhållandena mellan polisen och hälsorådgivningen konstaterades i huvudsak vara goda och båda instanserna respekterade varandras arbete. Den slutsats man drog av de stora och växande klientmängderna var att rädslan för polisen inte stoppat majoriteten av klienterna att förbinda sig till hälsorådgivningsverksamheten. Det att polisen accepterat verksamheten konstaterades primärt bero på att smittoriskerna minskat. Även om poliserna ansåg att hanteringen av injektionsredskap var oangenäm, var de injektionsredskap som påträffats hos drogbrukarna allt oftare inpackade tack vare tillgången till sprutor och nålar och returneringsmekanismen, för många packade

de använda redskapen i en flaska, ett säkert kärl eller ett infektionsriskkärl. Dessutom upplevdes de så få hiv- och hepatitmittofallen som möjligt för sin del förbättra polisernas arbetarsäkerhet.

Inte har vi några möten, det är konsulteringshjälp vid behov.

I: Men det är ett riktigt gott förhållande?

S: Ja. I själva verket har stadens narkotikapolis varit med i svängarna ända från början och stött inledandet av denna verksamhet, hänvisar klienter hit och vi har kommit överens om arbetsfrid. Att då i början gjorde ordningspolisen några övertramp, men sen redde vi ut frågorna.

Hälsorådgivningarnas klienter konstaterades i regel vara skygga för polisen, även om det inte förhindrade de flesta från att komma till rådgivningen. Den kontinuerliga flykten undan polisen upplevdes vara mycket vardagligt för klienterna och ofta ytterst stressande. Rädslan för polisen och myndigheterna uppgavs vara en av de främsta orsakerna till att stanna utanför hälsorådgivningsservicen. Många intervjuade nämnde att särskilt i början av verksamheten hade många klienter haft uppfattningen att poliserna patrullerade utanför hälsorådgivningen eller att hälsorådgivningen förmedlade uppgifter till polisen. Även om rädslan för polisen fortfarande antogs hålla en del av klienterna utom räckhåll för hälsorådgivningen, konstaterades polisen vara till nytta vid planeringen av fältarbetet. Polisernas kännedom om och erfarenheter av var sprutdrogbrukarna rör sig gjorde det möjligt att rikta verksamheten till vissa områden och vissa målgrupper. Också polisens uppskattning av antalet användare, till exempel i vissa stadsdelar eller människogrupper, upplevdes vara värdefull information. Även om polisen och hälsorådgivningen ibland verkar parallellt mycket konkret, har man vid alla rådgivningar undvikit större konflikter. Önskan om att polisen inte skulle patrullera intill en öppen

rådgivning har förståtts på alla orter, även om man inte alltid undvikit möten.

Närpolisen har utnämnts till kontaktperson, han har vanligen besökt oss en gång om året, men samarbetet med polisen är mycket småskaligt. Frånsett att en gång tänkte vi dra in en här genom dörren. Det stod en människa bakom dörren och då öppnade en timanställd dörren och sa "hej! Kom in bara.". Han svarade "nej, nej, jag kommer inte nu", vi sa "nej men kom in nu bara, här är ingen nu". Då måste han säga att han var en narkotikapolis. Han hade bara kommit för att kolla om vi också hade så lugnt här. Hehheh. Inte undra på att det var lugnt, när vi hade en narkotikapolis bakom dörren. En gång har jag kontaktat vår kontaktperson. Det var en otrevlig situation att polisen störtade in efter en pojke. När jag gick och frågade vad detta skulle föreställa sa de att "håll käft! Vill du försvåra vårt arbete?" Jag blev mållös där. Då de för frågade jag efter konstaplarnas namn. Jag ringde kontaktpersonen, men pojkarna [poliserna] hade redan hunnit berätta att "personalen där på hälsorådgivningen är så oartig". Jag tyckte i varje fall att det var viktigt att vi tog upp frågan. Att man inte kan bete sig hur som helst.

Alla intervjuade konstaterade att samarbetet med polisen fungerade väl, även om det på vissa orter var rätt litet. Då man planerat grundandet av rådgivningarna hade man nästan utan undantag kontaktat den lokala polisen och berättat om hälsorådgivningsverksamheten. Poliserna ställde sig i allmänhet mycket välvilliga till hälsorådgivningsverksamheten och personalen vid hälsorådgivningen till polisen, även om båda parterna var medvetna om de avvikande utgångspunkterna för sina arbeten. Det konstaterades att det fanns stora skillnader mellan enskilda polisers inställning till hälsorådgivningarna och deras klienter. En intervjuad konstaterade det många andra också nämnde genom att säga att: "ju högre upp i polisväsendet man går, desto smartare inställning har de". Polisernas inställning till

drogbrukare varierade på individnivå, även om inställningen i huvudsak var neutral och professionell. Många klienter var rädda för polisen främst på grund av razzior och att bli överraskad då man bar redskapen med sig. Det sades att om klienterna påträffas med smutsiga redskap i en razzia, kan följderna i hög grad bero på den enskilda polisen. Klienten kan hänvisas till närmaste hälsorådgivning eller processen kan fortsätta ända till husrannsakan.

Man strävade efter att hålla kontakt med polisen bland annat genom årliga möten och att ringa varandra regelbundet. Rådgivningarnas styrgrupp kunde inkludera polisen, eller polisen kunde vara med på rådgivningens möten. I vissa städer hade poliserna själva begärt om hälsorådgivningarnas broschyrer som de kunde ge till klienter, som det fanns skäl att misstänka för användning av sprutdroger. Poliserna kunde också hänvisa sprutdrogbrukare de påträffade i fältarbetet att söka sig till hälsorådgivningarnas tjänster, till exempel genom att be dem gå och byta till rena verktyg. Poliserna kunde också ges skriftlig information om smittsamma sjukdomar och smittorisker, som de själva kunde studera och ge som läsning i finkan. Poliserna upplevdes allmänt stöda hälsorådgivningsverksamheten och det förekom just inga problem i de inbördes förhållandena. Det enda som polisen kritiserades för var att de skrev ut rikligt med böter för straffbart bruk av droger.

4.2.1.6. Apotek

Samarbetet med apoteken konstaterades vara bra, men aningen småskaligt. Kontakterna mellan apotek och hälsorådgivningarna initierades nästan i samtliga fall av hälsorådgivningarna och kommunikationen upplevdes annars också vara förargligt ensidig. Det hade hörts från apoteken att deras personal i många fall önskade få handledning och stöd för att möta drogbrukare och särskilt unga klienter. På många orter hade man kartlagt de apotek som säljer sprutor och nålar genom att ringa dem eller besöka dem på ort och ställe och man strävade efter att förse alla

apotek i området med hälsorådgivningens broschyrer som de kunde dela ut med de sprutor och nålar de sålde. Broschyrer distribuerades också till de apotek som inte sålde sprutor och nålar och de uppmuntrades att hänvisa drogbrukarna till hälsorådgivningen.

Apoteken var mycket intresserade av förebyggandet av smittsamma sjukdomar och hälsorådgivningarna strävade vid olika evenemang efter att ge dem information om sin verksamhet och smittsamma sjukdomar. Några intervjuade nämnde att de hade ett särskilt gott förhållande till något apotek, vanligtvis till ett sådant som sålde mycket sprutor och nålar. I många fall berodde apotekens inställning till försäljningen av redskap och kontakten till hälsorådgivningen på provisorn. Man kände till att många apotek stöder utvidningen av hälsorådgivningsservicen och att täckningen förbättras och även om många sålde redskap önskade de att hälsorådgivningarna i varje fall skulle vara den primära kanalen för utbyte av sprutor och nålar och via vilken klienterna också skulle få andra tjänster. För att nå drogbrukarna inom närområdet hade man kunnat ha ett tätare samarbete mellan hälsorådgivningen och något apotek så att personalen vid hälsorådgivningen gick till apoteket för att sköta utbytet av sprutor och nålar. Detta möjliggjorde att man en gång i veckan gav större mängder och å andra sidan returnerade redskap, vilket inte typiskt görs på apoteken.

I huvudsak verkade apoteksförsäljningen vara mindre i de största städerna, medan man i aningen mindre städer kunde känna till att alla apotek i området sålde sprutor och nålar. Hälsorådgivningarna försöker hålla sig ajour med de apotek som säljer redskap inom närområdet och de håller ofta listor på väggen över de apotek som säljer sprutor och nålar samt över deras öppettider och priser.

Ganska ofta skaffar klienterna sprutor och nålar också från apoteken. Riktigt säkert finns där också annat folk. Ibland kommer det en

klient som varit användare länge och som alltid har köpt sina redskap på apoteket. Där går alltså också mycket folk som inte besöker hälsorådgivningen.

Man kände till att många apotek som sålde sprutor och nålar begränsade sin försäljning enligt tiden på dygnet, så att de vanligtvis slutade sälja redskap kl. 21 på kvällen. På vissa orter hade apoteken slutat eller minskat på försäljningen av sprutor och nålar efter att en hälsorådgivning grundats. Försäljningen av sprutor och nålar hade förorsakat eller fruktades förorsaka störningar och kunderna kunde vara rädda för användarna. Det kunde också upplevas att hälsorådgivningen ersatte apoteksförsäljningen och att det inte längre var meningsfullt att sälja redskap. Det sades att sprutorna och nålarna ibland var mycket dyra och att apoteken kunde höja priset ytterligare under kvällar och veckoslut. En intervjuad hade hört ett rykte av klienterna om att en förpackning med två sprutor och nålar kunde kosta till och med 14 euro. I andra intervjuer nämndes det att redskapen kunde vara dyrare för drogbrukare än för till exempel kosmetologer. Man visste att försäljningen och prissättningen av sprutor och nålar var mycket brokig beroende på ort, stad eller stadsdel. På stora stadsområden kunde det finnas endast ett apotek som sålde sprutor och nålar till drogbrukare och det kunde på så sätt upprätthålla en monopolställning för drogbrukarna i flera stadsdelar. Det skrattades också att rena redskap ställvis blivit en bra försäljningsartikel. Apotekens roll i att förbättra tillgången på rena redskap var central på sådana orter där det inte fanns någon hälsorådgivning eller där rådgivningen hade begränsade öppettider. De intervjuade upplevde på många områden att apoteksförsäljningen dock var otillräcklig och konstaterade att hälsorådgivningarnas och apotekens tjänster borde verka sida vid sida och stöda varandra. Även om förhållandena till apotekareförbundet och apoteken på många ställen var goda, konstaterades apoteken trots allt ha rätten att låta bli att sälja, fast man önskade naturligtvis att alla apotek skulle sälja sprutor och nålar.

Det finns ganska lite samarbete. Först för vi våra broschyrer dit och de ringer främst då broschyrerna tagit slut. När vi kom hit, slutade apoteket mitt emot att sälja sprutor och nålar när hälsorådgivningen kom.

I: Tyckte du att det var helt OK?

S: Jag tycker apoteken borde sälja. Inte håller vi ju heller öppet mer än två gånger i veckan. Då hjälper det inte mycket. Om någon frågar efter hälsorådgivningen en fredagskväll, så kan man säga att "sorry, den är öppen igen på onsdag".

Apoteksförsäljningen upplevdes vara en nödvändig tilläggstjänst för hälsorådgivningarnas klienter, men en primär tjänst för dem som inte besöker hälsorådgivningen. I huvudsak köpte klienterna vid alla rådgivningar ibland sina redskap också på apotek, även om man antog att apoteken delvis når en annan användargrupp än hälsorådgivningarna. En intervjuad ansåg att de allra svagaste och mest utslagna personerna hade förbundit sig till hälsorådgivningsservicen och de sköter anskaffningen av rena redskap via hälsorådgivningarna. De utträttar inte just ärenden på apotek, för många upplever att man kan få redskapen gratis utan att känna sig stämplad. En intervjuad funderade om den grupp som skaffar sina redskap på apotek ändå är den rikaste användargruppen, för det skulle bli rätt dyrt att kontinuerligt köpa sprutor och nålar. Av de personer som deltog i undersökningen Riski hade 95 procent köpt sprutor och nålar på apotek vid tidpunkten för startintervjun, och 98 procent hade köpt redskap på apotek efter ett och ett halvt års uppföljning. (Partanen et al. 2006, 46.) Även om apoteksbesöken minskade under uppföljningstiden, visade undersökningen att praktiskt taget alla klienter vid hälsorådgivningarna ibland skaffade sina sprutor och nålar också på apotek.

Även om många klienter sa att de köper redskap på apotek, berodde det ofta på att hälsorådgivningstjänsten inte var öppen eller i

närheten, och att det primära sättet att skaffa redskap inte var på apoteket. Trots detta upplevdes att de som i huvudsak handlade på apotek är ett slags marginell grupp, som inte sannolikt skulle söka sig till hälsorådgivningarna och att det kanske till och med skulle vara onödigt. Då en intervjuad ställdes frågan "köper era klienter sprutor och nålar på apotek?", svarade hon "det är väldigt sällan jag hört den frasen". Vid en del rådgivningar misstänkte man att till exempel hormoninjicerande personer i huvudsak skaffade sina sprutor och nålar på apotek. Alla ansåg att apoteken borde sälja sprutor och nålar om det inte orsakade oskäliga besvär för den övriga verksamheten.

4.2.1.7. Öppettider

Typiskt fanns det två till tre anställda på plats under hälsorådgivningens öppettider, beroende på den totala personal- och klientmängden. Vid små rådgivningar kunde det finnas bara en anställd på plats. Vid stora rådgivningar upplevdes ibland till och med att tre personer på plats inte var tillräckligt, till exempel i situationer där en anställd var med läkaren, en diskuterade avsidet med en klient och det endast satt en person vid disken och det började uppstå kö. Personalmängden på plats berodde mycket på rådgivning, även om det i det typiska fallet fanns minst två personer närvarande. Största delen av hälsorådgivningarna öppnar mitt på dagen eller senare. Många intervjuade nämnde att klienterna vanligen är igång först efter kl. 12, så man har försökt koncentrera öppettiderna till eftermiddagarna eller kvällarna. Innan rådgivningen öppnar hade de anställda möjlighet att träffa samarbetspartner och sköta andra arbetsuppgifter än de som relaterar till kundbetjäning. Det upplevdes som viktigt att hålla öppet under kontorstid, för tjänster som många klienter behöver, att leda klienterna till dem, ringa och besöka dem måste skötas under dagtid. I det typiska fallet ringde man till socialskyddsbyrån, man utredde vårdplatser, bostadsfrågor, reserverade läkartider och ringde till avgiftningsbehandling. Vid många rådgivningar hade man försökt ordna

öppettider både dag- och kvällstid. Kvällens öppettider motiverades med att också de klienter som går på jobb eller studerar får service och speciellt efter kontorstid. Att hänvisa klienterna till tjänster förekom i mindre utsträckning på de ställen där öppettiderna till stor del eller helt var koncentrerade till kvällar. Rådgivningar av dagcentertyp, eller rådgivningar vilkas lokaler också betjänade andra än sprutdrogbrukare, var oftast öppna längst, öppnade tidigare och/eller stängde sina dörrar förhållandevis sent. De rådgivningar som hade begränsade öppettider koncentrerade sin verksamhet nästan utan undantag till kvällar. Då personalen gjorde hälsorådgivning på deltid och vid sidan av annat arbete, koncentrerades verksamheten och öppettiderna till kvällar och var korta, vanligtvis ett par timmar åt gången. De rådgivningar som var öppna några timmar i veckan kritiserade själva sina begränsade öppettider, till exempel genom att konstatera att:

Användarna har ofta svårigheter att uppfatta vilken dag det är, vad klockan är och när någonting är öppet. Sen måste man ännu se till att få med sig de använda redskapen och ta sig någonstans. Det kräver ganska mycket rationalitet och tidshantering. Två gånger i veckan är bra, att det inte är så lång tid till nästa öppethållning. Om man skulle vilja ordna ett riktigt lättillgängligt ställe, så borde det vara öppet dygnet runt. Fyra gånger i veckan är inte det.

Det ansågs viktigt att till exempel hemlösa eller småbarnsföräldrar hade tillgång till redskapsbyte regelbundet och ganska ofta. Dessa personer kunde inte nödvändigtvis samla ihop och spara stora mängder använda redskap. Ofta var man tvungen att minska på hälsorådgivningarnas öppettider under semesterperioder och enligt verksamhetsberättelserna kunde vissa rådgivningar hålla stängt upp till en månad under semesterperioderna. Man försökte kompensera de kortare öppettiderna genom att öka mängden redskap som varje gång delades ut till klienterna utan utbyte och genom att

hänvisa dem till andra, öppna tjänster. I praktiken fanns det endast i huvudstadsregionen så mycket tjänster att enskilda rådgivningar kunde hålla sina dörrar stängda också längre tider utan att den totala tillgängligheten försämrades märkbart. Under semestersäsongen kunde taket för utbytesprincipen höjas eller tas bort helt och hållet. Vid vissa rådgivningar byttes större mängder verktyg ut också före veckoslut. Under de begränsade öppettiderna sökte sig klienterna inte nödvändigtvis till andra hälsorådgivningar, även om de skulle ha varit tillgängliga. Den låga användningen av alternativa hälsorådgivningstjänster antogs bero på avstånden och framför allt trogenheten till en viss plats. Att man utträttade sina ärenden på ett visst ställe upplevdes bero på den bekantskap och det förtroende som uppstått mellan personalen, stället och klienten. Även om det upplevdes att tjänsterna användes en del i kors, visste man att klienterna i regel hade en fästpunkt, en viss service som de för det mesta använde.

4.2.1.8. Lokaler

Det viktigaste kriteriet för att verksamhetslokalerna fungerar sådes vara att det måste finnas ett sådant rum eller utrymme dit man kunde dra sig tillbaka på tumanhand med en klient. De personliga samtalens roll och möjlighet sågs som en mycket stor och viktig del av hälsorådgivningsverksamheten och avsaknaden av ett rum som möjliggjorde detta upplevdes som ett stort problem.

Det är på den anställdas ansvar att om lokalen är liten och klienten börjar förklara något personligt där vid rådgivningsdisken, så kunde man säga att "vänta lite, vi fortsätter diskussionen i ett annat rum". Men vad ska man säga i det skedet, när det andra rummet inte finns?

Diskussionerna konstaterades vara en stor del av hälsorådgivningen, förtroendeingivande och en central del av att ingripa i risker. En hälsorådgivning flyttade till mindre lokaler, vilket ledde till att diskussionerna minskade märkbart och blev yttligare till sin karaktär.

Man befarade också att det minskade antalet diskussioner, som berodde på lokalerna, innebar att viktiga hälsorelaterade diskussioner många gånger föll bort.

I de gamla lokalerna skulle en konversation mellan två personer ha lyckats. Nu har man verkligen börjat be om det. Nuförtiden finns det alltid två anställda på plats och en grupp klienter, diskussionerna är mycket yttligare än förut. Tidigare var lokalen större. Å andra sidan var man förr mycket trött på grund av dessa diskussioner. Våldtäktsrättegångar och motsvarande samtalsämnen tog på krafterna. Ett dagcenter skulle vara det ställe där man kunde tala om dessa saker. Dessa frågor och fenomen har inte försvunnit, man bara inte talar om dem. Allt beror på lokalerna och kontakten. Ett förargligt fenomen.

Utbytet av sprutor nämndes ofta som en bra hälsorådgivningssituation, men de stora klientmängderna och köbildningen var irriterande och störde rådgivningssituationen. Vid många rådgivningar upplevdes avsaknaden av separata rum och ett tillräckligt stort väntrum som ett problem. Vid vissa rådgivningar hade man beslutat att stödpersonerna fick sköta utbyte av sprutor och nålar, så att personalen fick mer tid och kontakt med de klienter som besökte rådgivningen. Om rådgivningen samtidigt besöktes av flera människor, kunde brådskan och det sänkta röstläget också sabotera en annars bra hälsorådgivningssituation. Separata rum sågs som absolut viktiga, om rådgivningen omfattade testning, vaccinering eller läkar- och gynekologtjänster. Små lokaler invercade också på hur man kunde utföra testning och ge testresultat och man funderade också om det på ett sådant ställe lönar sig att ha aktiv testning eller om klienterna skulle hänvisas någon annanstans för tester.

Remiss till hiv- och hepatittester och svaret kommer hit. Tester görs inte på plats och ställe av praktiska orsaker. Blodkärnen är dåliga och blodprovstagningen har rostat, och det skulle vara besvärligt att transportera blodet. Man verkar på kvällen och

blodtransporten skulle ske först på morgonen. Hit har det inte kommit ett enda positivt hiv-testresultat. Om det skulle komma ett positivt resultat, borde man ha tid för klienten. Lokalerna tillåter inte ett bra privat utrymme. I det läget borde man kanske kontakta kristjänsten.

En idealisk lokal visade sig ha ett tillräckligt stort klientrum och mottagningsdisk, ett rum för personliga diskussioner, ett rum för åtgärder och tillräckligt stora lagerrum. Få av de intervjuade rådgivningarna kunde uppfylla dessa önskemål.

4.2.1.9. Läge

Många hälsorådgivningar hade velat eller varit tvungna att flytta under sin verksamhetshistoria. Det hade många gånger varit svårt att hitta nya lokaler framför allt på grund av verksamhetens karaktär. Fördomarna och misstankarna kring de fenomen som hälsorådgivningen förde med sig samt kring klientelet gjorde det nästan alltid svårt att få nya lokaler. Det största motståndet hade upplevts från köpmannaföreningar, som ibland konstaterades vara ännu mer negativa än privatpersoner. I samband med flyttar hade rädslan för att klienterna inte skulle söka sig till det nya stället visat sig vara befogad i de fall man varit tvungen att flytta. Att flytta hälsorådgivningen inom ett litet stadsområde eller från en stadsdel till en annan decimerade antalet klienter förvånansvärt mycket. En hälsorådgivning som flyttat till nya lokaler kunde under en kort tid få många nya klienter, men av de gamla klienterna sökte sig en stor del inte längre till den nya servicen. Av detta drogs slutsatser att vissa klienter eller klientgrupper inte lämnar sitt område och särskilt i stora städer finns det en stor trogenhet till ställen eller hållplatser.

Det finns ett fenomen som hänger samman med dessa små lokala enheter, att den flyttrörelse som gjorts har visat för oss att små lokala enheter är alldeles jätteviktiga.

I: Det har gett information?

S: Jo, absolut. Då man flyttar [från en stadsdel till en annan], så är det 300–400 meter över fotbollsplanerna. Det är verkligen en kort sträcka, längs vägen, men bara ett stenkast bort. Fotbollsplaner emellan. Dit kom tiotals nya klienter som bara inte hade kommit där över fotbollsplanen. Samma grej när vi var tvungna att flytta till [tredje ställe], så dit blev de, klienterna. De kom inte längre [till det nya stället].

Man visste också att många klienter kom från hundratals kilometers håll för att besöka sin "egen hälsorådgivning", även om de kunde ha fått redskapen närmare. I samband med en eller flera flyttar noterades det att det fanns fler användare än vad hälsorådgivningen vid det tillfället nådde och att det behövdes nya arbetsformer för att nå dem. Små lokala rådgivningar, stödpersoner och uppsökande fältarbete upplevdes som lösningar för att nå dessa människor.

Största delen av de intervjuade var nöjda med sitt nuvarande läge. Läget, det vill säga om verksamheten till exempel var arrangerad i ett bostadshus, berodde också på klientmängderna. Missnöjet med placeringen var störst då hälsorådgivningen klart låg utanför kärncentrum. En lugn plats avskilt från förbindelser antogs höja klienternas tröskel att besöka rådgivningen. Av de fasta hälsorådgivningarna verkade en tredjedel i samband med hälsocentraler, en tredjedel i en fastighet i anknytning till bostadshus och en tredjedel i egen fastighet eller affärslokal. Vissa rådgivningar som verkade i hälsocentralens lokaler byggdes upp för verksamheten i exempelvis ett rum på kvällen en gång i veckan. På ställen där det i samma fastighet hade verkat till exempel föreningar eller företag, hade hälsorådgivningens närvaro till en början upplevts som pinsam. Det största problemet och orosmomentet hade uppgetts vara rädslan för eventuella smittor. Gemensamma diskussioner och genomgångar av smittoriskerna hade dock minskat fördomarna och rädslorna hos bägge parterna. Ju mindre rådgivning och mindre klientmängder, desto mindre

ordningsstörningar upplevdes det vara kring verksamheten och desto mindre motstånd upplevde rådgivningen generellt.

Alla intervjuade betonade att läget hade en stor betydelse. Rådgivningen skulle ligga centralt och nära goda trafikförbindelser. Å andra sidan fick den inte ligga för centralt, för det skulle göra det svårare för klienterna att komma in obemärkta. En del av personalen vid rådgivningar som verkade i samband med hälsocentraler betonade dess goda sidor och en del åter dess dåliga sidor. Hälsovårdspersonalens inställning till verksamheten ansågs vara svår och pinsam, fast å andra sidan ökade närheten till hälsocentralen hälsorådgivningens kontakt med primärvården samt samarbetet och den inbördes förståelsen. Den absoluta fördelen med att verka i hälsocentralens lokaler var närheten till goda laboratorietjänster, vilket möjliggjorde testning på plats och ställe. För en stor del av klienterna var det diskret och naturligt att utträta sina ärenden på hälsocentralen, medan det för vissa klienter, såsom amfetaminister, sades vara en möjlig tröskel och ett hinder för besök. En paranoid inställning till att komma till hälsocentralområdet kunde lämna vissa eventuella klienter utanför servicen.

Att verka i samband med hälsocentraler ansåg många vara ett bra steg för att verksamheten skulle etableras som en del av primärvården, vilket betonas i hiv-aids-strategin för 2002–2006. Personalen vid hälsocentralen ställde sig olika till att hälsorådgivningen verkade i samma utrymmen beroende på ort. På vissa ställen ansåg man att hälsorådgivningen som en specialtjänst inte hör ihop med hälsocentralen, medan man på annat håll kunde se att ett avskilt läge kunde isolera tjänsten ytterligare. De rådgivningar, vars lokaler låg i bostadshus, affärslokaler eller fastigheter, fann många motiveringar till varför rådgivningarna inte borde hållas i samband med hälsocentralerna. Närmiljöns reaktioner på hälsorådgivningens existens upplevdes genomgående som liten och överraskande nog upplevde rådgivningar som

verkade i samband med bostadshus minst tryck från närmiljön. En låg profil upplevdes dock viktig på ställen där rådgivningen var i samband med bostadshus och en del av personalen antog att alla invånare inte ens kände till hälsorådgivningen eller dess verksamhet. Det förekom enskilda omnämmanden om situationer där klienten felparkerat sin bil och man hade kommit för att säga till om det eller att en person på andra sidan gatan kritiserat verksamheten. Sällan, men ibland, kunde någon komma till platsen för att berätta om sin åsikt om verksamheten:

Några enskilda medborgare har kanske någon gång varit här och tjabblat.

I: Kommer de ända in?

S: Vissa ja, tar det som sin livsuppgift. Skäller ut oss och användare över huvud taget. Lyckligtvis är de sådana där enskilda fall.

Klienterna uppmanades att inte stanna utanför hälsorådgivningen för att till exempel röka och man försökte hålla omgivningen kring rådgivningen ren. Affärsidkare eller jämförbara instanser motsatte sig oftare hälsorådgivningens existens än privatpersoner. Beträffande omgivningen strävade man efter att hålla så låg profil som möjligt och råda klienterna att göra likadant. Man försökte hålla lokalerna så diskreta som möjligt och miljön städad. För att förhindra missförstånd stod det sällan ”Hälsorådgivning” på ytterdörren, för att förhindra att till exempel äldre personer som önskar blodtrycksmätning skulle förirra sig in.

4.2.2. Centrala tjänster

4.2.2.1. Testning

Hiv- och hepatittestning är en central del av hälsorådgivningsarbetet och en av de viktigaste tjänsterna som erbjuds. Hiv-, hepatit B- och C-tester som görs på plats ingår i de flesta hälsorådgivningarnas basservice-sortiment och resten av dem skriver ut remiss. Nästan alla betonade att klienterna

genomgående söker sig till hiv- och hepatitester endast då det finns riskbeteende i bakgrunden. Att de frivilligt sökte sig till tester ansågs i sig vara en mycket god sak, men om de endast sökte sig till tester efter att riskbeteende förekommit, så drog man slutsatsen att det förekom minst lika många risksituationer som utförda tester. Orsaken att söka sig till tester, en risk, sades lika mycket vara relaterad till gemensam användning av verktyg som till oskyddat sex. Ofta uppfattade klienterna inte riskerna anknutna till sex som stora, även om personalen försökte påminna dem om möjligheten att t.ex. hiv och hepatit B kan smitta via sex.

Det finns alltid riskbeteende i bakgrunden. De kan alltid misstänka. Alltid finns det någon som de tänker kan vara smittad.

I: Man kommer alltså inte utan orsak?

S: Nej. Inte kommer de utan orsak. Jag har inte en enda gång hört någon säga att "jag kom hit riktigt för skojs skull". Alla har [en orsak] och alla darrar de.

En del av klienterna lät testa sig regelbundet med tre–fyra månaders mellanrum. Den regelbundna testningen gällde främst hiv. Det konstaterades att det förekom färre hepatiter C-tester, för många var redan testade, en stor del var redan smittade och det finns inget behov av att upprepa testet. Vid många rådgivningar var man först på väg att ta med hepatit C-testerna i det regelbundna serviceutbudet och man räknade med att den effektiviserade testningen till en början skulle avslöja en stor mängd nya hepatit C-smittor. Även om man strävade efter att betona regelbunden testning i det dagliga hälsorådgivningsarbetet, upplevdes det som problematiskt att klienterna skenbart skötte om sig genom att gå på regelbundna tester. Många konstaterade att personer som regelbundet testat sig har ett kontinuerligt riskbeteende och att en del av dem kunde ha en föreställning om att smittorna hålls borta om man testat sig. Vid alla rådgivningar antog personalen att hela klientelet inte testats för hiv och hepatiter.

Största delen av svaren var kommentarer i stil med "kanske har hälften testat sig någon gång" eller "en mycket minimal del har låtit testa sig ens någon gång". I gruppen fanns också rådgivningar som uppskattade att största delen av klientelet testat sig för hiv och hepatiter åtminstone en gång, även om testbesöken generellt upplevdes som för få. En stor del av rådgivningarnas klienter hade aldrig testats och många vågade inte söka sig till tester efter riskbeteende. Vissa klienter konstaterades vara övertygade om att de personer de hade haft oskyddat sex med eller delat verktyg med inte var smittade och att det således inte förekom någon smittorisik och inte heller ett behov av testning. Förtroende som baserats på sociala förhållanden och gruppens skenbara normer kunde ge skenet av en säker gemensam användning och riskfritt oskyddat sex.

Beroende på hälsorådgivning hade testning ordnats antingen på plats eller med remiss. Testning på plats förutsatte en sjukskötare, tillräckliga öppettider och överenskomna laboratorietjänster så man kunde skicka säkringsproverna vidare. På många ställen hade möjligheten till testning arrangerats en viss dag vid ett visst klockslag. Hiv-snabbtest, där resultatet blir klart inom 15 minuter, användes på de flesta ställena. Hepatittesterna kräver alltid ett venöst blodprov och därför måste transporten av blodprover till laboratorium vara tryggad för att man skulle kunna ta proverna. HCV-snabbtesterna, som blir allt vanligare på marknaden, kan för sin del sänka tröskeln för att göra tester och underlätta testpraxisen i framtiden. På grund av besvären kring att arrangera tester hade många rådgivningar beslutat sig för remisser. De hälsorådgivningar som skrev ut remisser upplevde att denna praxis höjde tröskeln för klienterna att söka sig till tester. Orsaken till att tester inte togs på plats hänförde sig till praktiska frågor, såsom begränsade lokaliteter, öppettider och personal. För remissernas del upplevdes det vara svårt att få klienterna ända till laboratoriet, för om testresultatet förmedlades från laboratoriet till hälsorådgivningen, så var mängden av

testresultat bara en bråkdel av de utskrivna remisserna. Det utskrivna antalet remisser berättade alltså inte per automatik om hur många som sökt sig till tester. Lättillgänglig testning på plats upplevdes som mycket viktig för klienterna och grovt taget var det så att ju mer lättillgänglig testningen var, desto större del av klienterna hade testats åtminstone en gång. Man strävade alltid efter att fråga klienterna när de senast testat sig och påminna dem om vilka dagar testning erbjöds. Även om risksituationer motiverade människor att testa sig, fungerade riskerna motsatt för många, dvs. man ville eller vågade inte testa sig efter att ha tagit en risk. Många av dem som inte ville testa sig trots övertalningsförsök hade uppgett rädsla för att vara smittade som orsak. Andra hinder var testremisser och i sällsynta fall likgiltighet. Rädslan för smitta och testning ökade av de risker som tagits i umgänge utanför parförhållandet samt rädslan för att man redan hunnit smitta andra. En intervjuad nämnde att tröskeln också höjdes av andra klienter som besökte hälsorådgivningen och det var stora skillnader mellan att söka sig till de olika testerna.

En mycket minimal del har låtit testa sig ens någon gång. De här vill inte komma fast vad. De bara inte vågar komma, det är en orsak. En annan är det att för många är det en hög tröskel om man beslutar att testa sig och så finns här också andra människor. Den här lokalen är så liten, man försvinner inte här bland klienterna. Alltid när man går dit, så vet alla att det är vårdrummet. Jag har sagt till klienterna att de kan säga "hej, jag har ärende till dig, kan vi gå och tala på tu man hand?". På något vis upplevs det som en tröskel, jag antar att det i varje fall är en tröskel. Till exempel i Helsingfors finns det så otaliga klienter att ingen noterar om man går till vårdrummet.

I: Hur är det med hepatit C-test? De [hepatit C-testerna] upplevs som mycket lättare. Dem kan man tala högt om: "Jo, jag vill ta det där hepatit C-testet! Kan man ta det nu?" I det ligger inget sådant, men hiv-testet är sedan. I hiv-testet finns också rädslan att när det är ett

snabbtest, så kommer svaret genast. En klient kom häromdagen på hiv-snabbtest och berättade att han funderat på det i ett års tid. Sen kom han, kallsvettig och darrande, när han var så rädd för att för höra svaret. Det var negativt.

Då personalen begrundade andelen klienter som tagit hiv- och hepatittester, var deras uppfattningar mycket likartade. Alla tänkte att det bland klienterna fanns många som aldrig låtit testa sig själva, men som ändå uppvisat riskbeteende. På basis av klientskap och testmängder uppskattades vid en rådgivning att knappa hälften hade låtit testa sig under det senaste året. Vid en annan rådgivning tippade man att cirka 15 procent av klienterna skulle ha låtit testa sig under det föregående året. I båda fallen ingick den grupp som lät testa sig upp till fyra gånger om året. Vid varje hälsorådgivning fanns det klienter som låter sig testas regelbundet, minst en gång i halvåret, och deras andel av klientelet uppskattades vara förhållandevis liten, i snitt cirka 10 procent.

Hepatit C-test upplevdes nästan utan undantag vara lättare än hiv-test, även om vissa var väldigt rädda för hepatit C

Vissa är verkligen noggranna och håller sina sprutor och nålar undagömda för att inte smitta ner andra. Om det kommer ett positivt hepatit C-resultat, så är många oroliga för vem de redan hunnit smitta ner. Ibland kommer hela kamratkretsen och låter testa sig under samma dag. Nog förhåller man sig i allmänhet förnuftigt till detta, man vill inte smitta ner andra. Igår fick en klient ett positivt C och var helt oberörd "den försvinner med interferon".

En intervjuad berättade om en klient som vågat sig till hiv-test efter en risk:

En flicka sa att ... Som tur var hade hon en kompis med sig, en väninna. Hon var alltså helt galen i något skede, hon var så otroligt rädd. Hon sa att "herregud, jag blir troende om jag inte har hiv nu". Vi sa att hon inte

skulle ge några löften hon inte skulle hålla ännu, för inte hade hon ju nödvändigtvis hiv. Hon hade någon gång för länge sedan haft oskyddat samlag, och nu hade den där kiffen kommit och sagt att han har hiv. Han hade också först nyligen fått veta. Tänk efter! Det är hemskt när man måste börja räkna att "jag var med den och den då". Sen när de kommer [till testet] så är hela deras värld upp och ner.

Ett positivt testresultat uppgavs fungera som en väckande faktor för många klienter och vanligtvis minska på medveten risktagning.

Att ge svaren är en verklig krissituation för den människan. Det är inte riktigt egalt i dagens läge, det har man märkt här. Förr var det att "jag har ju ändå hepatit C". Bland de yngre är det inte längre så. Man har märkt att det nog väcker upp dem, men det får dem inte att sluta använda. Det ger upphov till en viss förändring i tankarna, det är helt klart. Nog ser man det på klienten och hans sätt att agera efteråt.

På basis av erfarenheter har hepatit C- och särskilt hiv-smittade antingen kunnat minska på missbruket eller å andra sidan börjat ta allt mer droger och alltmer vårdslöst. I och med hiv-smitta kunde klienter helt avsluta sexuell umgänge och på sätt och vis isolera sig själva från andra. Det nämndes också om sådana fall där hiv-positivitet fått människor att helt sluta ta droger. Klienterna var mycket sällan likgiltiga för i synnerhet hiv-smitta och många konstaterade att det krävs ett positivt resultat innan klienterna verkligen inser vilka smittorisker som är relaterade till sprutdroger.

Jag vet nog några klienter, hos vilka det skett en förändring då situationen blivit tillräckligt allvarlig. En av mina klienter, då han fick höra att han var hiv-positiv, så slutade han ta rusmedel. Det var på något sätt droppen som fick bägaren att rinna över. De kan också verka positivt, tänkt på detta sätt. Ett positivt resultat ger en positiv förändring.

Intresset för att skydda sig mot sexuell överförd sjukdomar upplevdes som lamt, och

klienterna tog sällan initiativ till att tala om klamydia eller kondylom i diskussioner som rörde sexuell hälsa. Det konstaterades att det förekom mycket oskyddat sex, och upplysningen om säkert sex konstaterades inte ha samma effekt för att ändra beteendet som vad som nåtts gällande säkra injiceringar. Vid alla hälsorådgivningar var klienternas förhållande till könssjukdomar och skyddet mot dem svagt, ibland till och med helt likgiltigt. En könssjukdom, såsom klamydia, konstaterades inte ändra på riskbeteendet och det nämndes att ibland kunde en klient få tre till fyra antibiotikakurer utskrivna för behandling av klamydia under ett år.

Inte riktigt om könssjukdomar. Nog är hiv den mest skrämmande av sexsjukdomarna också. Väldigt lite talas det om till exempel syfilis "har jag manne syfilis, jag är jätteorolig att jag har syfilis", inte nämns något sådant. De har inte tagits upp så mycket av personalen heller, för de har inte förekommit på det viset. Av gonorré fanns det en viss ansamling och det talades det om då det testades. Klamydia är man inte riktigt rädd för, men nog finns ju den rädslan, hänger ofta samman med de här frågorna kring parförhållande sedan. Det märkte man vid testerna, när det kan vara så att man fått klamydian från något vänsterprassel, funderar sen hur de ska klara av processen. Sen kan de säga att de går och bankar någon på fältet, när där är någon med klamydia. Sen är det många som har det. Inte är man rädd för sjukdomen, för man vet att det finns antibiotika mot den och inte är hotet om barnlöshet ett så farligt troll heller.

Inställningen till egen hiv- och/eller hepatit C-smitta varierade mellan klienterna, men i huvudsak sades ett positivt resultat minska på risktagningen och öka ansvarstagandet. Å andra sidan visste en intervjuad om en hiv-positiv klient som avsiktligt erbjöd andra använda sprutor och nålar, men de ville ändå sällan ta emot dem. Man hade allvarligt diskuterat hans verksamhet med honom och man kände inte till att han skulle ha smittat ner sina bekanta. I många klienters tankar fanns oron för vem de redan hunnit smitta ner,

rädsla, skuld känslor och metoderna att skydda andra efter att deras smitta konstaterats. Det fanns mycket få omnämnanden om att man avsiktligt skulle ha smittat ner någon, även om det konstaterades att det också hände någon gång.

Jag tycker det hänger riktigt på individen, en del är väldigt ansvarskännande, men det finns ju också de som den [hiv] inte spelar någon roll för. Jag har inte ännu stött på någon som skulle säga att det inte spelar någon roll vem man smittar ner. Det säger man nog inte högt.

Många nämnde att användarna förhåller sig ganska neutralt till varandras smittor, och man kände inte till att smittade skulle bli utestängda eller stämplade inom den egna gruppen. Ett något slags artigt distanstagande till hiv-positiva användare kunde dock vara vanligt. Till och med i huvudstadsregionen antog man att det när allt kommer omkring finns så få hiv-positiva drogbrukare och så små drogbrukarkretsar att de flesta kände till vem som har hiv och kunde undvika gemensam användning av verktyg och andra risker. En hepatitsmitta antogs ibland ha betydelse som ett element av gruppstillhörigheten och den kunde förstärka individens ”drogbrukaridentitet”, åtminstone bland de andra drogbrukarna.

4.2.2.2. Vacciner och vaccinationer

Vaccinering mot hepatit A och B är en central del av hälsorådgivningsarbetet och en betydande del av preventiv hälsovård. Största delen av hälsorådgivningarna vaccinerar på plats och från resten skrivs remisser till bland annat hälsocentraler. Vaccinationerna är kostnadsfria för sprutdrogbrukarna och då man ger dem efterfrågas namn och personbeteckning av klienterna, så att de givna vaccinationerna kan registreras i hälsocentralens datasystem. På basis av intervjuerna var klienterna mycket mottagliga gällande vaccinerna och största delen gick med på att ge sina personuppgifter för vaccinationerna och registreringen av dem. Man strävade efter att vaccinera och testa nya klienter så tidigt som möjligt. Även om väldigt

få klienter såg lämnandet av personuppgifter som en stötesten, kunde man inte officiellt vaccinera minderåriga, även om det är just dem man skulle vilja vaccinera så tidigt som möjligt. De få personer man visste eller misstänkte att var minderåriga och som vågade besöka hälsorådgivningen, var vanligtvis mycket ängsliga och skyddade sin identitet. Alla de intervjuade antog att åtminstone alla stamklienter fått hepatit A- och B-vaccinationer i stor utsträckning och att hälsorådgivningen lyckats vaccinera sprutdrogbrukarna mycket väl. Procentuellt uppskattade många att åtminstone cirka 60 procent av klienterna fått alla tre hepatit B-vaccindoser. För att undvika att vaccinprogrammen avbryts försökte man alltid fråga klienterna om status på deras vaccinationer och vid behov ringde man till exempel till fängelse eller vårdställen och frågade om vacciner som fått där. Antalet givna vacciner hade minskat vid vissa rådgivningar för klientelet hade redan i hög grad vaccinerats.

Då vi gav hepatit A-vaccinationskurer för flera år sedan, så började sjuksköterskans händer redan domna i något skede. Nog är de där vaccinationerna riktigt bra här, jo det är de. Och de är efterfrågade.

Många tänkte att man nått ett mycket gott skydd beträffande hepatit A och B, för vaccinationer mot dessa ges förutom vid hälsorådgivningarna också på rådgivningar och i fängelser och erbjuds också till sprutdrogbrukares närstående. En intervjuad sa att det ibland ändå känns som om klienterna tar vaccinationer för att det är möjligt, utan att desto vidare fundera på vad det är för vacciner och vad de skyddar mot. Detta upplevdes i sig inte som ett problem, utan man var främst nöjd med att klienterna var mottagliga för de tjänster som riktades till dem.

Då man frågade om hur sprutdrogbrukarnas anhöriga besökte rådgivningen, berättade många att till exempel klienternas makar eller anhöriga väldigt sällan besökte hälsorådgivningen men att de kommer för

hepatitvaccinationer om de kommer. Å andra sidan nämnde vissa att det på rådgivningen ibland dyker upp människor som inte är eller känner sprutdrogbrukare. De hänvisas till den egna hälsocentralen. Vaccinationssituationerna upplevdes vara mycket goda hälsorådgivningssituationer, för under dem kunde man tala mellan fyra ögon, och situationen var inte förknippad med likadan spänning som till exempel ett hiv-test. Vissa nämnde att en del klienter – trots sitt intravenösa missbruk – är rädda för vaccinationer och nålar, för det kunde vara mycket smärtsamt på grund av till exempel lokala inflammationer. Vaccineringen upplevdes vara en del av hälsorådgivningsarbetets tekniska sida, dit också utbytet av sprutor och nålar räknades.

4.2.2.3. *Grunderna för bytesmängderna*

Om klienten inte kunde returnera använda verktyg, kunde han/hon få en till tio sprutor och nålar beroende på rådgivning. Servicecentret gav sina hiv-positiva klienter endast en spruta och nål om de inte returnerade några som helst verktyg. Den största mängden sprutor och nålar klienten i det typiska fallet kunde byta ut var 80 stycken, men begränsningarna varierade mellan 40 och 100 stycken. Det fanns också några rådgivningar där ett-till-ett-principen inte var absolut och där man inte ställt några övre gränser för mängden utbytta verktyg. Maximiantalen har höjts under åren och i början av hälsorådgivningsverksamheten var den största mängden sprutor och nålar 15 stycken (Ovaska et al. 1998, 14). Man kunde returnera hur många redskap som helst till alla rådgivningar, men största delen av rådgivningarna följde utbyte ett-till-ett. I semestertider eller med specialarrangemang, om någon meddelar att den kommer långt ifrån, kunde gränserna tillfälligt slopas. På många rådgivningar fick man byta en och en halv gång fler nålar eller få lite fler nålar än sprutor om man ville. Det gick åt mer nålar, för man kunde inte alltid hitta injiceringsställe på grund av att blodkärlen var i dåligt skick eller om injiceraren var ovan. Man hade hört kritik från klienterna om dålig tillgång till

sprutor och nålar på sådana ställen där bytesbegränsningar tillämpades och där öppettiderna var begränsade. Särskilt problematiska var begränsningarna för sådana personer som reste lång väg och samtidigt bytte ut verktyg för andra användare. Många klienter ville byta ut ungefär det dubbla antalet jämfört med begränsningen. En god tillgång till verktyg och alternativa sätt för att skaffa dem ansågs vara viktiga med tanke på en god prevention av smittsamma sjukdomar. Om rådgivningen var öppen en gång i veckan och man fick med sig tre sprutor och nålar, så räckte det inte på något sätt för att täcka behovet av rena redskap hela veckan. En intervjuad funderade på avlägsnande av begränsningarna då hon konstaterade:

Det måste finnas små lokala enheter och det måste finnas tillgång till så mycket sprutor och nålar som det behövs på fältet. Vi arbetar också lite mot dessa principer, vi har begränsade utbytesmängder och så vidare.

I: Skulle det finnas ett behov för större utbytesmängder?

S: Min personliga åsikt är att det skulle finnas. Det borde vara så att man får så många redskap med sig som man har med sig hit. I början har det varit riktigt motiverat att man fått dessa indikatorer, besökare, att verksamheten inte är onödig.

Målet med att begränsa utbytesmängderna var att ha en så effektiv kontroll över cirkulationen av sprutor och nålar som möjligt samt att klienterna nåddes kontinuerligt. En intervjuad funderade över orsakerna till ett obegränsat och begränsat utbyte:

Om någon har med sig hundra redskap och taket ligger på ungefär 40, så låter det lite konstigt. Den klienten kan inte nödvändigtvis komma en gång i veckan just då. Om någon samlar in redskap längre ut i landskapen och kommer till rådgivningen, där man önskar att "bara de skulle komma hit och ofta", så kan klientens realitet vara en helt annan. De lever sitt eget liv, något helt annat liv och visiten på

hälsorådgivningen är ändå en liten stund i livet. I något skede kan hälsorådgivningen ändå vara en verkligt stor del av livet för vissa, om man följer dem en tid av någon orsak. Vare sig det gäller smittsamma sjukdomar eller tjänster. Annars är hälsorådgivningen en ganska begränsad del av den människans liv. Man försöker åstadkomma en effekt, påverka klientens kunskap och attityder så mycket att han kan föra det vidare, så man kan se det som en stor grej, snöbollseffekten. Inte är vi ju på riktigt en så stor del i människans liv, vi måste ju förstå det också.

Rådgivningarna var i praktiken inelade i dem som ville hålla maximiantalen kvar och dem som inte såg någon orsak till att begränsa utbytesmängderna. Båda perspektiven övervägdes, för tillgången till verktyg och att nå kunderna sågs båda som centrala mål för hälsorådgivningen. En intervjuad funderade över om ett obegränsat utbyte skulle påverka hur klienterna förbinder sig:

I huvudsak är sättet [med begränsat utbyte] bra, det finns inga motiverade orsaker till en maxgräns. Nog kommer klienterna ändå. Om någon kommer till exempel med två månaders eller en månads mellanrum och hämtar större mängder, så kan man en gång i månaden tala med personen, se till att vaccinationerna är i skick. Hur mycket mer kunde man ge åt den människan om hon kom hit en gång i veckan? Om man bara kommer ihåg att diskutera med den människan, ofta stannar de och talar om de inte besökt oss på en tid, frågar om läget. Visserligen finns det ju de som kommer varje vecka eller flera gånger i veckan, hämtar små mängder och ser om det finns bekanta här. Ofta hänger de tillsammans i centrum, men sen finns det de som kommer hit enkom för den saken. Det finns inget vägande skäl för att sätta ett tak på sprutor och nålar. Där finns också elementet med att ge egenmakt, att man får hämta stora mängder, sköta rubbet, men om de behöver hjälp eller vad som helst så kan de alltid komma. Man behöver inte vara förmyndare för människor eller ha dem att

springa på rådgivningen. Och naturligtvis kan de ju föra redskap till andra också.

Besök som sker sällan men kontinuerligt kunde alltså också ses som ett positivt fenomen, om personen gavs tillräckligt med rena verktyg och man reserverade lite tid för diskussion. Att besök skedde med längre intervaller antogs vara förknippat med förbättrad livskompetens och hälsa, och en ringa användning av hälso tjänsten sågs inte nödvändigtvis som ett tecken på marginalisering eller ökat riskbeteende.

4.2.2.4. Betydelsen av returnerade redskap

Hälsorådgivningarna önskade att största delen av verktygen skulle lämnas till hälsorådgivningen för att förstöras, men de förstod också att det inte alltid var möjligt. Även om största delen av klienterna hade med sig lika många använda verktyg som de fick nya, så var det besvärligt eller till och med omöjligt för många personer som befann sig i en svår situation. Man kände till att hemlösa gömde använda verktyg i skogen eller att de transporterade dem i sina ryggsäckar. Av denna orsak förstörde många hemlösa ett verktyg åt gången och var således inte berättigade till mer än minimimängden rena verktyg. Också personer som använde boendetjänster och hade barn i samma hushåll nämndes ha problem med att lagra använda verktyg. Vissa funderade om kravet på returnering ska vara så absolut, om klienten förstör verktygen på ett lämpligt sätt eller om man primärt borde satsa på att det finns tillräckligt med rena verktyg. Även om det är lagligt att byta ut verktyg var man rädd för personer som rörde sig med använda verktyg särskilt på grund av polisen. Även om verktygen i sig inte är olagliga, berättades det att många fått böter för straffbart bruk av narkotika då de blivit överraskade med dem berusade. Detta fenomen nämndes i nästan alla intervjuer.

Å ena sidan är polisen själv också emot detta bötesförfarande, men nog kan de ganska bra använda det sen. Till exempel för använda redskap skrivs det ut böter för straffbart bruk,

vilket är helt mot förnuftet. Det har inget att göra med sunt bondförnuft. Det är en orsak till att särskilt hemlösa kastar bort sina använda verktyg. Om polisen ger böter så varför skulle man då bära dem med sig?

Det önskades att man inte skulle ingripa i enbart innehav, utan att personerna skulle få byta ut sina verktyg till rena. Flera intervjuade berättade om sådana klienter som inte orkade eller brydde sig om att returnera använda verktyg, utan de hade med sig det antal sprutor och nålar man fick utan returnering. Dem fick man tidvis påminna och till och med tillrättavisa att tanken med verksamheten är att returnera verktyg, inte endast dela ut dem. I många fall gick budskapet fram och också de mest envisa klienterna började returnera sina verktyg. Det upplevdes att returneringen skapade ansvarskänsla och ansvar för det egna drogbruket, vilket också verkade vara viktigt för drogbrukarna själva. Returneringen konstaterades berättiga hela verksamheten och man ville inte hitta sprutor och nålar på offentliga platser eller dåligt förstörda. Hemlösa eller användare med barn hemma kunde inte alltid lagra stora mängder använda verktyg, utan de förstörde dem ett och ett med blandavfallet. Det berättades att klienterna ganska väl kände till hur sprutor och nålar skulle packas och förstöras säkert, och de ville inte själva heller lämna dem på offentliga ställen eller så att någon skulle kunna bli utsatt för ett stick. En intervjuad konstaterade att klienterna hade tagit åt sig kritiken från samhällets sida såtillvida att de ville städa bort verktyg som andra användare och "turister" lämnat på offentliga platser och sörja för att de förstörs korrekt. På det sättet ville många visa att användarna kan ta ansvar för sitt drogbruk och göra det utan att skada andra. Det nämndes också att klienterna ofta håller efter varandra så att de förstör verktygen rätt och använder rena verktyg. Många hade observerat att det blivit en norm och självklar sak för de flesta att använda rena verktyg och att det verkade bli allt vanligare. Det berättades att klienterna ofta transporterar och byter verktyg för andra. Då ombads de komma ihåg att de själva kan bli stuckna av varandras verktyg

och att verktygen alltid borde packas noggrant. Man gav positiv respons för bra och säker packning, och klienterna var väl rutinerade i att packa verktygen säkert till exempel i förslutna flaskor eller kärl. Särskilt vid varmt väder påmindes klienterna om att ta med sig använda verktyg de hittar hemma och i knarkkvartar, för bakterierna frodas och verktyg som ännu innehåller smittande blod kan användas på nytt. Vikten av att städa till exempel knarkkvartar och annars också returnera använda verktyg betonades alltid med tanke på drogbrukarnas egen säkerhet och hälsa.

Många konstaterade att returneringen som helhet är en bra sak, för det berättigar verksamheten och minskar tendensen att använda verktyg återanvänds bland användarna. Trots detta var nästan alla respondenter redo att ge rena verktyg också utan utbyte, för det allra viktigaste ansågs vara tillgången till rena verktyg. Å andra sidan funderade många vad som är tillräckligt och om resten av hälsoriskerna också skulle försvinna med ännu större mängder verktyg. Returneringen hade också en politisk innebörd för att verksamheten accepteras allmänt. Många sa också att hälsorådgivningen inte ursprungligen kunde ha inletts om det hade rört sig om utdelning istället för utbyte. För många hade utbytet av verktyg blivit en rutin och de veckovisa besöken vid hälsorådgivningen ansågs vara en lika vardaglig händelse som butiksbesök. Trots rutinaktigheten och de goda returneringsprocenterna kritiserade många ett-till-ett-principen för verktygsutbytet. Det konstaterades att en stor del av verktygen sannolikt skulle bli returnerade även om man skulle avstå från ett-till-ett-returneringen och att man ofta bara kunde byta ut endast ett visst antal verktyg. Klienterna sades vara tvungna att göra fler returneringsbesök om mängden verktyg som delades ut mot använda verktyg var liten och begränsad. Detta kunde för sin del minska motivationen att returnera använda eller skaffa rena verktyg.

4.2.2.5. Skriftligt material i hälsorådgivningsarbetet

Vid alla hälsorådgivningar erbjöds skriftligt material till exempel om smittsamma sjukdomar och hur man skyddar sig mot dem. Materialet var ofta i form av broschyrer och frågorna presenterades så kort men täckande som möjligt. Broschyerna behandlar hiv, hepatiter, könssjukdomar, säker injicering, prevention, ställen för rusmedelsvård och droger.

Folk tar vanligtvis broschyrer med sig. När det på något plan vaknar en tanke att man borde söka sig till vård, så tar de en broschyr om ett vårdställe. Den ges alltid, även om det inte skulle ge något resultat på ett halvt år, ett år eller två år. Det är varje fall en viss tankenivå, att man skulle kunna söka sig till vård i något skede och det är ju bra. I något skede ger det något resultat. Då man ger testresultat är hepatit C en rejäl chock för många. De kan inte ta emot all information. Då ger man konkret broschyrerna i handen på dem och råder dem att komma och tala då de är klara.

Den största rollen verkade hiv- och hepatit C-broschyerna ha, då de lästes mest och användes mest i klientarbetet. Sämst gick broschyrerna om säkert sex åt. I dem behandlades bland annat användning av kondom och könssjukdomar. Andra ämnen som klienterna hade getts eller producerats skriftligt material om var bland annat över- och underanvändning av läkemedel, tandvård, första hjälpen, överdoseringar, våld, guide till självavgiftning, områdets "viktigaste telefonnummer" och näring. Broschyerna om smittsamma sjukdomar och andra ämnen hade inte fokuserats enligt preventivt eller reparerande syfte. På basis av intervjuerna användes materialet om hepatit C-smitta mest efter att smitta konstaterats, medan information om säker injicering och droger i stor skala utnyttjades preventivt. Den skrivna informationens preventiva nytta upplevdes generellt vara begränsad, även om klienterna i allmänhet hade bekantat sig med de frågor som behandlades i materialet.

Många konstaterade att textmängden och dess kvalitet i betydande grad kunde inverka på om broschyren lästes. Beroende på ämne konstaterades broschyrerna ibland vara för generella och ibland för detaljerade. Det sades att hepatit C behandlades i tio olika broschyrer som alla tog upp viruset, smittoriskerna och livet som smittad på olika sätt och i olika omfattning. Å andra sidan nämndes att hepatit C redan på grund av sin vanliga förekomst är en smitta som klienterna hade mycket frågor om och som det var bra att ha olika slags kunskap om, såväl detaljerad som generell. Man konstaterade att broschyrernas åtgång också påverkades av hur de var framsatta. Vid en rådgivning hade ett knippe broschyrer om verbölder av misstag lämnats på bytesdisken, vilket gjorde att klienterna tog dem i utbytessituationen och började diskutera ämnet. Om alla broschyrer alltid hölls framme på samma sätt i hyllan, konstaterades åtgången vara mindre, och man började inte heller lätt tala om de ämnen som behandlades i dem. Placeringen av broschyrerna ändrades regelbundet och man strävade efter att tidvis sätta upp affischer om olika ämnen på väggarna. Många hade också tagit i bruk temamånader, då man försökte tala om ett visst ämne, t.ex. säkert sex, med alla klienter.

Man ansåg att den skriftliga informationens nackdel var att det ibland fanns för mycket av den och att kvaliteten var ojämn. Vid en del rådgivningar upplevdes det som frustrerande att det inte fanns information om hurdana broschyrer som finns och att nästan alla rådgivningar tillhandahöll olika broschyrer om t.ex. hepatit C. Klienterna konstaterades "drunkna i material" och man var rädd för att dess ursprungliga betydelse lider om man försöker ersätta kvalitet med kvantitet. Många sa att de själva skrivit informationspaket om sådana ämnen där det bara fanns "ditt och datt" och samlat ihop den bästa och mest centrala informationen i ett. Alla hade en klar uppfattning om att texten i broschyrerna inte får vara för komprimerad, dryg eller annars heller svårsläslig. Dock konstaterades det att en text som handlar om hiv eller hepatit C också

fick vara omfattande i en situation där klienten fått höra om sin smitta. Efter att en smitta konstaterats ville klienterna ha information om sin smitta och man försökte ge dem så omfattande skriftligt material som möjligt. Man konstaterade att textmängden allmänt taget var den faktor som hade största inverkan på om en klient ens överväger att läsa en broschyr:

Jag hade en klient som ville ha information om könssjukdomar och så gav jag honom den här. När han såg den sa han att inte börjar han nu, det är för mycket text.

I intervjuerna konstaterades att *"läsning inte nödvändigtvis är klienternas starka sida"* och att oviljan att läsa också kunde bero på verkliga problem att hantera skriven text, särskilt om den är kompakt eller om ämnet är förhållandevis krångligt och abstrakt. Nästan alla intervjuade nämnde att deras klienter hade verkligt mycket läs- och skrivsvårigheter och koncentrationssvårigheter.

Våra klienter har helt otroligt mycket till exempel läs- och skrivsvårigheter, att då kan man redan tänka att man kunde snyta näsan i det där materialet. Det borde nog vara mer konkret undervisning.

I: Det kräver väl tid?

S: Absolut. Tid och resurser.

Vid vissa rådgivningar erbjöds vid sidan av traditionella, informativa broschyrer också broschyrer gjorda vid Träskända socialsjukhus, skrivna som serier. Dem orkade och ville klienterna läsa. En del klienter tog också svårlästa broschyrer och läste dem verkligen, för i alla klientgrupper ingick också sådana personer som ville och förmådde läsa komprimerad text. Några nämnde att kvinnorna tar och läser fler broschyrer än männen och också annars är mer insatta i att minska hälsoskador. Via självgjorda broschyrer försökte man också fästa uppmärksamhet vid till exempel kost och upprätthållande av hälsan.

När man länge har använt droger, så börjar det bli sådana här kostrelaterade problem. Dem borde man få information om, hur man kan samla lite fett inför vintern så man kan leva.

Informationspaket som man själv sammanställt på rådgivningarna och som behandlade injicering, smittsamma sjukdomar och andra hälsorådgivningsfrågor kunde distribueras till poliser och väktare, så att de själva kunde bekanta sig med dem och vidareförmedla dem till finkan. Man konstaterade att poliserna var intresserade av information om smittsamma sjukdomar och annat material som fanns tillgängligt på hälsorådgivningarna. Då en drogbrukare hamnar i finkan kan han utnyttja tiden där och drogfriheten med att läsa igenom ett kompakt hälsoinformationspaket. Trots att broschyrerna inte alltid gick åt, upplevdes det att man alltid borde erbjuda också skriftligt material om de mest centrala hälsorådgivningsfrågorna. Det skriftliga materialet ansågs komplettera den muntliga rådgivningen, även om dess roll som sådan var begränsad. Klienterna upplevdes anamma informationen i broschyren egentligen endast då man också talade om ämnet. Om det fanns mycket tid för klienterna, ersatte personliga träffar och hantering av hälsofrågor i hög grad den skriftliga informationen.

Vid alla rådgivningar fanns det gott om skriftligt material, men vissa önskade mer information till sina klienter till exempel gällande användningen av filter. En riklig intravenös användning av buprenorfin och läkemedel gjorde det allt viktigare att betona användningen av filter. Klienterna förstod inte alltid att fyllnadsmedlen i tablettorna täpper blodkärlen, vilket till exempel orsakar svullnad i händerna. Den ringa användningen av filter beklagades vid alla rådgivningar. Trots att de kände till farorna vägrade många klienter att använda filter, för de antog att tablettens verksamma ämne stannade i filtret. Samma konstaterade Malin et al. (2006) – många av de personer som de intervjuat och som tog buprenorfin genom injektion vägrade

använda filter trots de medvetna riskerna (Malin et al. 2006).

I en intervju föreslogs det att en nationell hälsorådgivningstidning skulle grundas. Det skulle vara en publikation som utkommer en gång i månaden och behandlar centrala hälsorådgivningsfrågor. Dess målgrupp kunde vara alla injicerande användare och tidningen skulle finnas tillgänglig på alla hälsorådgivningar och hälsostationer. Målet med tidningen skulle vara att presentera aktuella frågor som hälsorådgivningspersonalen valt ut. Även om publikationen skulle redigeras av proffs, kunde den också innehålla drogbrukarnas erfarenheter och uppfattningar om till exempel smittsamma sjukdomar och endokardit. Problemet med den nuvarande situationen ansågs vara att alla rådgivningar publicerade, klippte, klistrade och kopierade material skilt. Ett förslag var att grunda en elektronisk databank för hälsorådgivningsmaterial. Det konstaterades att allt skriftligt material borde finnas också elektroniskt och att man kunde skriva ut information om de frågor man specifikt behövde från databanken. Databanken antogs gynna små rådgivningar och särskilt den personal som arbetar deltid inom hälsorådgivningsverksamheten. En omfattande databank planeras redan och man strävar efter att ta den i bruk så fort som möjligt.

4.2.2.6. Kamratstöd för att förbättra nåbarheten

På de ställen där kamratstöd hade arrangerats, var man mycket nöjd med resultaten. Verksamhetens roll antogs växa i framtiden och etableras som en viktig del av hälsorådgivningsarbetet. Utbildningen sades vara viktig för såväl dem som deltagit i den som för de klienter som inte förbundit sig till tjänsten eller låg utom räckhåll för den. Via andra i samma situation fick klienterna viktig och aktuell information om drogsituationen och -kulturen. Där stödpersoner utbildats, uppgavs det att de bytt ut upp till 800 sprutor och nålar på en gång. Vanligtvis fick stödpersonerna byta så mycket verktyg som de

returnerade, på vissa ställen mer än den vanliga maximimängden, till exempel 200 verktyg åt gången. Med stödet från andra i samma situation tryggades tillgången till rena verktyg också när hälsorådgivningen var stängd. De användare som de nådde antogs vara sådana som knappt någonsin besöker hälsorådgivningen samt sådana som tröskeln ännu var för hög för. Stödpersonerna nådde många människor, för de mängder de bytte ut kunde på en kort tid uppgå till tusentals sprutor och nålar.

I: Ni hör säkert om klienternas önskemål via referensverksamheten?

S: Ja.

I: Motsvarar den här nuvarande modellen i stor utsträckning vad de önskar?

S: Nå, det är ju sprutorna och nålarna som människorna kommer hit för. Det är den viktigaste grejen. Annars får vi slå igen dörrarna. Det är därför folk kommer hit. Vi försöker bygga upp allt möjligt annat som skulle vara viktigt för dem runt omkring, utgående från deras budskap och våra egna erfarenheter. Själv är jag av den åsikten att användningen av likställda och att lyssna till klienterna är det viktiga. På beslutsfattarnivå är det säkert lite svårt att anamma att knarkarna kommer hit och berättar för oss vad de ska ha, att nog tar de ju emot allting, men ändå. De kan åtminstone berätta hurdana tjänster de behöver. Det vill säga i vilken riktning den här servicen borde utvecklas, hurdana problem de stöter på där ute i nätverken och så vidare. Det är helt förnuftigt att ta med klienterna och fundera på vad som är viktigt för dem. Det gäller deras liv, inte gäller det mitt liv över huvud taget.

På platser där kamratstödet ännu inte kört igång, nämnde många om klienter som i praktiken redan stödde andra i samma situation, förde rena verktyg till andra och försökte ingripa i säkerheten vid injiceringstillfällena. Man kände också till att drogförsäljarna ibland gav sina kunder rena

verktyg vid köp. Via kamratstödkurserna kunde klienterna öka sin kunskap, till exempel om smittsamma sjukdomar och på det sättet kunde man slå hål på föreställningar och uppfattningar ute på fältet. Man kunde lita mer på den information stödpersonerna förde med sig, då de hade egna erfarenheter av drogbruk. Klienterna sadades vara ivriga gällande möjligheten att vara med i arbetet såväl på de ställen där kurser redan arrangerats framgångsrikt som på ställen där kurser först planerades.

När vi hade den första gruppen, var det en oerhört förbunden grupp, alla gick den till slut, var alltid i tid och de skulle ha velat vara ännu mera. Det att man gör något med människor ger redan förändring. I dag är alla – förutom en som var amfetaminist – från den gruppen i substitutionsbehandling. Även om det inte på något sätt är ett mål, men när man tänker på de frågorna ger det redan en förändring.

Kursen tog vanligtvis fem kvällar och man gick igenom risker förknippade till drogbrukskulturen och sätt att minska på dem. Till kvällarna inbjöds experter att berätta om till exempel hiv, hepatiter, överdosering, sexualitet eller att leva med smitta. Trots att målet med utbildningen var att utbilda enskilda personer, fick de utbildade stöd av varandra via gruppåtgivningen och de skapade tillsammans en säkrare droggkultur. Det var absolut inte lätt att arrangera stödverksamheterna och det fanns inte alltid garantier att den skulle lyckas, för slutligen kunde det dyka upp bara några personer. Alla som genomgått den så kallade Snöbollsutbildningen blev inte aktiva stödpersoner som kunnat ansvara för hälsorådgivningsarbete. Å andra sidan kunde drogbrukarna vid utbildningen visa upp nya sidor av sig själva och lyckas utmärkt i sina målsättningar.

Inte får man med stödpersoner så där bara. Det finns en eller två av dem här och var. Snöbollen räcker en kortare tid, så dit får man nog människor, men referensverksamheten är

en annan grej. Nog vet ju en användare också att han inte nödvändigtvis kan förbinda sig till gemensamma möten, vissa tider och så vidare.

Då vi arrangerade den första snöbollsutbildningen, så hade utbildningen redan inletts och en av våra mest kaotiska, kanske den mest kaotiska användaren av tjack [amfetamin] kom till dörren och sa att ni håller på att köra igång en sådan där utbildning och att han absolut skulle vilja med. Vi tänkte där vid dörren att det inte kan vara sant. Vi berättade vad det rörde sig om och frågade honom att "Tror du att du kan förbinda dig till det här och ta din plats i utbildningen? Tror du här att du vill vara med? Han svarade "absolut". Sedan fattades beslutet att "välkommen". Det visade sig vara den perfekta lösningen. Det var alltså helt motsatt till vad man kunde tro om honom, sådan här armbrytning om allt möjligt, helt kaotisk yrsel. Han var helt korrekt, ställde korrekta och skarpa frågor, skötte sitt arbete på fältet, gjorde allt hela vägen ut. Det var för en själv första gången ögonen öppnades, att de där fördomarna ofta finns mellan ens egna öron och sinnebilderna om vad dessa människor klarar av.

I: Är han med ännu?

S: Ja. Fortfarande. Byter större mängder och är alldeles likadan som då.

Stödpersonerna kunde arbeta på hälsorådgivningarna och sköta utbyte av sprutor och nålar. Detta upplevdes förbättra de anställdas möjlighet att i lugn och ro diskutera med klienterna och underlätta den bråda öppettiden. Man hade vant sig vid stödpersonernas närvaro som en del av personalen, även om det till en början kändes mycket konstigt. Helpers, det vill säga aktiva stödpersoner, möter i sina egna nätverk bland annat unga och gamla användare, dagliga och sporadiska användare, personer med familj, studerande och arbetande användare (Malin, 2006a). Av intervjuerna med hälsorådgivningspersonalen framgick att ovannämnda användare eller

drogbrukargrupper var just de som antogs hamna utanför hälsorådgivningarnas tjänster.

En av fördelarna med stödet till likställda ansågs vara att informationen rörde sig snabbt och var aktuell. Via stödpersonerna kunde man sprida information till fältet om den aktuella smittosituationen och rådande risker och man fick tillbaka information om händelser på fältet. Vanligen var det aktiva användare som verkade som stödpersoner, även om många via utbildningen fick nödvändig motivation för att söka sig till rusmedelsvård. Stödpersonernas aktivitet upphörde inte nödvändigtvis efter att de slutat ta droger, men arbetsbilden kunde förändras en del. Några av de intervjuade kom att nämna sina erfarenheter om hur personer som slutat ta droger var tvungna att ta avstånd till sin gamla bekantskapskrets och också till hälsorådgivningen. Att börja ta droger på nytt låg mycket nära för många och risken för återfall var verklig ännu flera år senare.

Då man talar om användningen av kamratstöd talar man om människor som tar droger. Om man igen har varit drogfri. En anställd hade redan varit drogfri i fem år och efter arbetsskiftet frågade jag honom hur arbetet känns. Han sade att han inte trott att det skulle bli så verkligt igen, hade drömt om knarkande följande natt, fast han varit drogfri i fem år och hade NA:s stöd bakom sig. Här kommer den där drogbrukarvärlden. I det skedet som man själv slutat, så måste det också finnas tillräckligt med tid, för risken för återfall finns alltid där sen. Då måste man vara rysligt nogga och fundera om till exempel hälsorådgivningen är det första stället att börja jobba på efteråt. Inom rusmedelsvården, på vårdställen är man nykter, talar man om att sluta och ställer upp mål, men här står man igen inför den grymma världen.

Man ansåg att stödpersonernas roll inom hälsorådgivningen kommer att växa. På en del ställen hade stödpersonerna tagit ansvar för arbetsuppgifter vid hälsorådgivningen och skötte till exempel utbyte av sprutor och nålar. De stöder också alltmer andra användare, ger

information och är med på möten. Utbildade stödpersoner sköter ofta också värvandet av nya stödpersoner. I intervjuerna nämndes att stödpersoner är mycket noga med vem de börjar rekrytera, till och mer noggrannare och strängare än personalen vid hälsorådgivningen.

4.2.2.7. Fältarbete och uppsökande arbete

Uppsökande arbete utfördes vid några av de intervjuade hälsorådgivningarna och erfarenheterna av dess möjligheter att nå nya klienter var goda. Fältarbete utfördes till exempel i parker, hem för bostadslösa och drogbrukarnas hem. På en ort nådde fältarbetet på en kort tid cirka hundra personer varav hälften inte kände till att den närbelägna hälsorådgivningen existerade eller dess tjänster. Vissa hade hört om hälsorådgivningen men inte vågat besöka den. Den första kontakten med fältarbetaren uppmuntrade också många att besöka rådgivningen. Ofta hittades nya klienter via tidigare bekanta klienter. Vanligtvis tog fältarbetarna det första steget genom att säga vem och varifrån de var genom att fråga om personerna känner till hälsorådgivningen och fråga om de behöver dess tjänster. Fältarbetarna hade med sig en liten mängd rena verktyg och broschyrer om hälsorådgivningen.

Problemet med att verkställa det uppsökande arbetet ansågs inte vara hur utmanande själva arbetet var, utan de små resurserna för att verkställa arbetet. Det uppsökande fältarbetet var också nästan utan undantag oregelbundet och verkställdes oftast med projektfinansiering eller i samarbete med någon annan instans. Ett utökat uppsökande arbete sågs som ett alternativ till att förlänga eller öka öppettiderna. Vid vissa rådgivningar ansågs det fältarbete som utfördes av personer i samma situation som ytterst viktigt, för de hade många kontakter och till sådana användare som de övriga anställda inte skulle kunna nå. Å andra fokuserades hälsorådgivningspersonalens fältarbete också på dem som till exempel på grund av sin ålder saknade tidigare service- eller

drogbrukarkontakter. Vid nästan alla rådgivningar upplevdes det som särskilt viktiga utvecklingsobjekt att det uppsökande arbetet ökas, upprätthålls eller inleds.

De borde våga komma, för våra långvariga användare har själva börjat som mycket unga, redan som 11-, 12-, 13-, 14- och 15-åringar. Tänk om man då skulle ha träffat dessa människor, hurdana skulle de vara i dag? Det uppsökande arbetet är mycket svårt att verkställa då det gäller minderåriga. Hur reagerar föräldrarna, myndigheterna, barnskyddet, alla? Det är inte entydigt. Hellre låter man dem komma och uppge sin ålder. Om man går och ger en minderårig en broschyr om en hälsorådgivning, och någon mamma eller pappa hittar den i fickan, så kommer de på oss via linjerna, att "vad ger ni för drogreklamer till vårt barn?". Händerna är verkligen bundna. I det skedet skulle det vara mycket viktigt att det skulle finnas någon kontakt, även om kontakten skulle vara att man besöker hälsorådgivningen. Det finns ändå en vuxen människa där som behandlar en människovärdigt och på sätt och vis ger utrymme att fundera på saker, producera vad man vill. Sen uppkommer förtroendet och på det viset kan man påverka. Man får inte skrämna bort dem.

Att nå minderåriga och unga genom uppsökande arbete ansågs vara en fungerande praxis, men det upplevdes moraliskt vara ett mycket svårt och känsligt ämne. Många funderade över sätten och god praxis för att underlätta det uppsökande arbetet och att nå minderåriga.

4.2.2.8. Det personliga mötets möjligheter

Klienterna hade inte nödvändigtvis andra kontakter till samhällets tjänster och hälsorådgivningarna kunde för många vara den första kontakten till samhällets servicesystem. Hälsorådgivningarna fungerade ofta också som kontaktpunkter och tolkar mellan användare och samhällets servicesystem. Rådgivningarnas och personalernas roll i klienternas liv kunde också vara förknippade med att få en viss

normal social kontakt. Av många intervjuer framgick det att hälsorådgivningen ibland, trots lättillgängligheten, ses som en del av "det onda samhället" och en manifestation av det kodex man utgångsmässigt protesterar mot och som många har dåliga erfarenheter av eller fördomar om.

Just nyligen fick vi en rejäl utskällning. Ifrågavarande persons beteende har varit mycket gränslöst, vi har fått hot och gett portförbud. Hans beteende har varit verkligen problematiskt. Vi talade igen med honom, men inte blev det just annat än skällor. Motiveringen är "då jag tillbringat hela mitt liv på anstalter så kan jag inte tåla regler och förbud". Vi konstaterar åt honom att vi själva också varit på anstalter och att regler och förbud ibland är tråkiga, men att du måste anpassa dig till samhället, samhället behöver inte anpassa sig till dig. Och att man inte måste komma hit, att man kan stanna borta om personalen är så hemsk. Ingen tvingas komma. Andra upplever att detta är en jättebra service, man talar också om personliga saker. Förtroendet är viktigt. En tidigare sjukskötare hade arbetat ett år och först ett år senare hade en besvärlig typ konstaterat då han gick "sist och slutligen är du en riktigt helvetes bra typ".

Å andra sidan växte förtroendet för hälsorådgivningen och samhället i allmänhet i och med de åratal långa klientförhållandena.

Till exempel en klient, som när han kom till oss, så hade han mycket – kanske det hänger ihop med tillit och att hitta den – flackande blick och han såg aldrig rakt i ögonen, och man kunde inte heller riktigt förstå vad han sade. När han satte sig där började han alltid svettas. Så småningom när man började diskutera med honom, så blev han egentligen en stödperson i grannstaden. Nu sitter han i fångelset och har skrivit brev därifrån, kommit och besökt oss på sina permissioner. På något vis har förhållandet ändrats totalt, han har hittat något han kan lita på.

Det sades att hälsorådgivningen för många klienter verkade som ett uppfostrande element, som gav klienterna kunskap och förmåga att klara sig i samhällssystemet och som gav stor vikt åt ärlighet och artig kommunikation. Hälsorådgivningspersonalen hade avsiktligt tagit vänlighet och saklighet som utgångspunkt för sitt arbete, men också en viss nivå av bestämdhet. Det konstaterades att klienterna ofta var multiproblematiska, i bakgrunden låg verkligt långvarigt drogbruk och många motsatte sig samhällets rådande officiella eller inofficiella normer. Klienterna använde ofta samma metoder då de utträttade ärenden med myndigheterna som i sin egen referensgrupp.

Man lär dem inte fel beteende, annars stöter man på andra ställen i vårdssystemet på att de beter sig så, då detta sätt har fungerat för dem vid hälsorådgivningen. De har fått något genom att hota. På bostadsbyrån når de inget genom hot.

Diskussioner med klienterna var de bästa sätten att fundera över frågor kring hälsa och annat välmående och innehållet i diskussionerna utgjordes i stor utsträckning av att lyssna och att i all oändlighet repetera saker, såsom sätt att undvika risker. Vikten av utbytet av verktyg erkändes och upplevdes vara verksamhetens grundval, men för själva hälsorådgivningens del betonades diskussionernas vikt. Genom samtal försökte man driva igenom tanken varför rena verktyg ska användas och varför det lönar sig att sörja för sin egen hälsa. Man talade om många andra frågor än drogbruket med klienterna. Diskussionsstödet i den egna levnadskretsen kunde vara ringa och klienterna tyckte att det var lättande att tala till utomstående. För att delta i NA-grupper måste man vara drogfri, och aktiva användare upplevdes inte ha många ställen där de kunde få sin röst hörd utan krav på drogfrihet, att söka sig till behandling eller att presentera sakerna i deras bästa sken. Det hade ofta blivit ett problem att kommunikationen försiggick på samma sätt som i drogbrukarvärlden. Många hade inga andra bekanta än användare och

användarsamfundets sociala kommunikationspraxis går inte att få bort ur den dagliga verksamheten. Förutom sättet att tala och vara kunde drogbrukarnas samtalsämnen kretsa enbart kring droger. De intervjuade begrundade hälsorådgivningens betydelse i klienternas liv och hurdan roll personalen har i klienternas liv. Det sociala nätverket utgjordes ofta så gott som helt av andra användare och livsstilen och identiteten var primärt rusmedelscentrerade. För många gick största delen av vardagen åt till att drogbruket.

I många fall är [det bästa] att klienten sätter sig ner och man talar om något vardagligt. Ofta säger de att det är jätteskönt att kunna tala om annat än att skaffa knark, rådda på eller ta ämnen. I den egna kamratkretsen är alla användare, så samtalsämnena är ganska begränsade. Vi representerar ändå på något sätt det där vardagslivet. Humanitet för människan.

Ett personligt serviceförhållande upplevdes vara baserat framför allt på förtroende och på att klienten vid hälsorådgivningen bemöttes av en professionell och pålitlig person. Klienterna upplevde det som viktigt att de kunde berätta att de höll sig undan polisen och annars också kunde berätta om sina saker utan att försköna eller ljuga. Å andra sidan försökte man hålla vissa ämnen, såsom allvarliga brott, utanför diskussionerna. Stödet från personalen kunde anses viktigt till exempel i situationer där klienten väntade på att få komma till vård, bli tagen till fängelse, testresultat eller om klienten upplevt att han/hon fått dålig service någonstans på grund av att han/hon är drogbrukare. Även om klienterna trivdes flera timmar åt gången vid hälsorådgivningen, ansåg svararna att alla i huvudsak kom till platsen för att få rena sprutor och nålar och att det sociala och trivseln på sätt och vis var mervärde.

Jokinen (2005) utredde vilka frågor diskussionerna vid hälsorådgivningarna i huvudsak gällde. 15 hälsorådgivningar bokförde under en dag de diskussioner de haft med klienterna. Diskussionerna räckte i

genomsnitt 5–10 minuter och behandlade rusmedelsvård (33 %), injicering (21 %), smittsamma sjukdomar (18 %), sexuell hälsa (11 %) och andra frågor (17 %). (Jokinen 2005.) En liknande uppfattning uppkom på basis av intervjuerna även om det verkade som om de så kallade andra frågorna, såsom vardagens med- och motgångar hade en mycket betydande roll i diskussionerna och var utgångspunkter för hanteringen av vård- och hälsorelaterade frågor. Vikten av den personliga kontakten sågs i hur de centrala hälsobudskapen upprepades, för det berättades att man också för bekanta klienter upprepade samma saker om och om igen till exempel gällande smittorisker, säkert sex och betydelsen av rena verktyg. Att anamma och konkret utnyttja informationen var långsamt och å ena sidan visste man att klienterna ofta glömmet de diskuterade frågorna.

Det viktigaste är att få till stånd en tankeförändring. Den måste presenteras för klienten att fundera över, så att han förstår och anammar den som sin egen tanke. Klienterna förstår att "jag vill göra så här, så här ska man göra i den här situationen".

Det kan fast finnas hundratals sprutor och nålar, men ändå använder man rutinemässigt samma verktyg med flickvännen. Det är verkligen viktigt att det sker något i människans tankar, så att det här inte uppfattas som alltför verktygscentrerat. Visserligen är den tekniska sidan med vaccinationer och tester på hälsorådgivningen viktig, men det internationellt använda behavioural change är viktigt, även om det bara är en liten förändring. Om någon bryr sig så mycket om sig själv att den använder en mindre nål, så kan det vara en stor förändring i den personens system. Man försöker upprätthålla fostrande rådgivningsarbete, det gör arbetet meningsfullt. Att bara byta ut sprutor och nålar är som att jobba på en fabrik, om inte det övriga skulle finnas.

Största delen av dem som svarade upplevde att anonymiteten var grundpelaren för en lättillgänglig verksamhet och sade att

hälsorådgivningsverksamheten absolut måste baseras på namnlöshet. Anonymitetens betydelse var särskilt stor i början av ett klientförhållande och man sade att den ofta var förknippad med misstanke och rädsla för tjänsten också annars. Då klientförhållandet utvecklades och förtroendet växte minskade anonymitetens betydelse och det var inte längre så vanligt att skydda den egna identiteten. Även om man vid alla rådgivningar kände många klienter vid namn, strävade man efter att tilltala dem med deras signatur. Man gick med på att uppge det egna namnet då man fick vaccinationer och det sades att många öppet bad om hjälp att fylla i olika ansökningar och papper, där personuppgifterna var synliga.

En stor del av klienterna hade en såtillvida brottslig bakgrund att de varit eller var på väg till fängelse, att poliserna letade efter dem eller att de berättat om brott de begått. Personalen ville utan undantag hållas utanför dessa saker och man påpekade alltid för klienterna om de i diskussionerna "berättade för mycket". Vissa konstaterade att anonymiteten och utelämnandet av brottsligheten från diskussionerna skyddade både personalen och klienten. En intervjuad sa att om besöken utträttades med eget namn eller om en klient berättade att han begått ett brott, kunde personalen vara tvungen att vittna om vad de hört och kunde därefter inte fortsätta sitt hälsorådgivningsarbete. På grund av anonymiteten har de anställda inte heller någon skyldighet att berätta mer om sig själva än nödvändigt. I många fall kunde berusade klienter börja berätta om till exempel brott de begått och då försökte man avbryta situationen och tala om andra saker. Det sades att klienterna ibland blev generade då de insåg att de berättat för mycket för personalen och att de därefter inte täcktes besöka rådgivningen på en tid.

Även om brottsligheten uppgavs vara vardag för hälsorådgivningarnas klienter då hela deras existens i princip var kriminaliserad, upplevdes brottsligheten inte vara särskilt stor. Kunderna konstaterades för det mesta vara

”grundanvändare”, ”småskurkar” eller ”knackkorvstjuvar” och större försäljare eller langare konstaterades inte just besöka hälsorådgivningarna. Man gissade att den högre nivåns drogkriminella inte just själva använder droger. Personalen hade egentligen inte upplevt våldssituationer i sitt arbete, särskilt på små punkter, men också vid dessa förekom ibland hot och utpressning, till exempel om klienten ville byta ut fler sprutor än maximigränsen tillade. Personalen vid större hälsorådgivningar hade ibland hotats, slagits och misshandlats på fritiden, men dessa fall var dock relativt få och de hade skett på de oroligaste och klientmässigt största rådgivningarna. I många intervjuer konstaterades de verbala förolämpningarna och de högljudda svordomarna till och med belasta mer än de sporadiska fysiska tillbudena och ibland kunde den kontinuerliga mentala belastningen ta sig uttryck i upprepade sjukledigheter. En intervjuad berättar ett extremt exempel på hur krävande klienter ibland blir nervösa över de långsamma tjänsterna och vad de kan leda till:

*Det värsta är när man är ”f**ns gamla kor”, när man är så helvetes långsam. Detta får man alltid höra när de inte genast får service. Sen hotar man att döda, hotar att misshandla, ibland har familjen hotats och ”jag vet var du bor” och ”jag vet att ditt barn är sånt och sånt”. Det är alltså jättetungt, du förstår hur tungt det är i något skede, pust, man tänker att man inte alltid orkar.*

I: Skulle de då ha förmågan att göra något, att tröskeln inte är hög?

S: Jo jo. Den är inte hög. De säger att ”det kvittar. För mig kvittar det. Dråp ger 5 år. Det gör detsamma, jag har redan suttit så många gånger i fängelse eller jag har redan dödat en eller fem gånger, eller hur många gånger det nu sen är”. De säger att ”jag förlorar inget på det”. Och det är riktigt sant, de förlorar inget på det. Det är nog tungt, och alla klarar det inte. Vi har haft en och annan lång sjukledighet efter dylika fall.

I: Så man talar om sådant psykiskt?

S: Psykiskt våld, jag tycker det är den allra råaste formen. Fast inte är det roligt att bli slagen heller. För en drogbrukare är ”jag dödar dig” samma som att ”sidu morjens” [övers. anm. Finlandism: ung. ”sidu hejsan”]. De förstår inte att en så kallad vanlig människa inte nödvändigtvis orkar höra det varje dag, ännu till mellan tänderna. ”Du kan alltså inte stoppa mig när jag går där, där kan jag inte bli begränsad”. Det är inte riktigt något roligt att höra.

Klienternas sätt att sköta ärenden vare ibland beklämmande, men om man kommenterade deras dåliga beteende så var de oftast mycket ledsna och bad om ursäkt. Stora klientmängder gjorde lokalen orolig och svårare att hantera, vilket för sin del ansågs höja risken för våld. Stora klientmängder upplevdes också öka droghandeln inom rådgivningen och föra bort fokus från själva hälsorådgivningen. Man kände till att stora klientmängder och långa besök på rådgivningen hindrade andra klienter från att dyka upp och ställvis kunde situationen bli mycket påfrestande och orolig. På vissa rådgivningar hade man lyckats minska oroligheten och folkmängden genom att minska på kaffe- eller matservering och öka på antalet verktyg som byts ut per gång. Att spjälka upp stora rådgivningar i mindre och mer utspridda enheter upplevdes vara den bästa lösningen för att minska oroligheten och förbättra arbetssäkerheten. Klienterna upplevdes dock i huvudsak vara lugna och våldshotet hörde verkligen inte till vardagen. Amfetaministerna kunde ibland vara oroliga och hallucinerande och personer som vid sidan av droger också använder hormoner upplevdes till och med vara lite skrämmande, men våldet upplevdes i varje fall vara sällsynt. Vissa nämnde att de ibland sett klienterna ha vapen och till exempel knivar, men personalen hade aldrig hotats med dem. Många sade att nästa alla klienter bär med sig något eggvapen eller vapen, men de hade inte orsakat problem. Eftersom personalen generellt inte hanterar använda verktyg hade det inte förekommit stickolyckor och smittorisken via blod

upplevdes inte vara stor. Det konstaterades till och med att klienterna skyddade personalen från eventuella smittor och att de inte ville att personalen rör de använda verktygen.

När vi skakar om så att det skulle rymmas mera dit [i sopkärlet] när verktygen hålls in i en hög från ett litet hål, så säger de att "nej, nej, rör inte, jag har hepatit C" och så skakar de själva om kärlet. Hehheh. De skyddar oss. De säger att "de här är smutsiga", jag säger att "jo, jag vet".

Hälsorådgivningsarbetet upplevdes för det mesta vara säkert och alla intervjuade trivdes i sitt arbete. Man hade försökt beakta säkerhetsaspekterna till exempel genom att ha flera utgångar och att flera personer alltid jobbade i varje skift. Man hade försökt göra personalen så säker som möjligt särskilt på de rådgivningar som inte var i anknytning till en hälsocentral eller annat verk och som var öppna endast kvällstid. På vissa rådgivningar hade personalen en alarmknapp, som började tjuta då man tryckte in den och som var vidarekopplad till en vaktfirma. Knappen konstaterades vara effektiv om larmet går i hela lokalen, för då går de flesta kunderna ut och nödsituationen kunde genast brytas. Vissa anställda menade att det var en skyddsåtgärd att larma in en väktare, men ofta tog det cirka fem minuter innan vakten kom, vilket konstaterades vara en olidligt lång stund. Man var sällan tvungen att tillkalla polis till rådgivningarna och i allmänhet strävade man i nödsituationer efter att först ringa in en väktare. Poliserna fick beröm för att de vid behov kom till platsen otroligt fort och att de var många. Med tanke på arbetarsäkerheten konstaterade en intervjuad att personalen dock hade en väldigt hög tröskel att göra anmälningar om faro- och risksituationer.

Gällande den personliga kontakten ombads svararna fundera över vilken hälsorådgivningssituation som är den bästa i deras tycke. Största delen uppgav vaccinationstillfället som den bästa möjliga hälsorådgivningssituationen. Kriterierna var vanligtvis det att man var på tumanhand och

att stunden var fredad. Situationen måste också vara tillräckligt neutral. Å andra sidan kunde goda diskussioner om till exempel säkert sex också uppkomma med par eller goda vänner samt i grupper. Teststillfället upplevdes inte som den bästa möjliga hälsorådgivningssituationen, även om man oundvikligen gav hälsoinformation för att försöka förbereda klienten på ett eventuellt positivt resultat.

Vaccineringen är en bra stund. Det måste absolut ske på tumanhand. Absolut inte i en grupp. Klienten kommer alltid ensam till vårdtillfället. Vård av sår är bra, också om kunden vill visa sina blodkärl. Också testtillfällena, om man testar hepatit, så är de riktigt OK. Om man igen testar hiv, så är det svårt att prata på en allmän nivå. Under den kvarten måste man förbereda klienten på att resultatet kan vara positivt. Det kan man ju aldrig veta. Lite fråga om risksituationer, när senast, har du tänkt att om du är positiv. Om det är ett positivt resultat, så faller inte klienten så högt ifrån.

I: Har du någon gång fått ett positivt resultat?

S: Ett enda snabbtest har varit positivt, och det for till laboratorium för säkring och kom lyckligtvis tillbaka som negativt. De två veckorna med klienten var nog ganska tunga, för båda. Den klienten väntade på säkringssvaret. Man kan aldrig veta vad som kommer därifrån, dvs. man måste hålla situationen där. Även om det aldrig blivit positivt, så kan vi inte utgå från att det inte skulle bli sådana.

Första besöket är bra. I början erbjöd testerna och vaccinationerna goda situationer. Nu är klienterna bekanta, man får kontakt vid sidan av utbytena. Kontakten behöver inte alltid ske på tumanhand, ofta kan det vara en klient och flera i personalen, eller sen ett kamratgäng eller par. Diskussionerna är ofta bra. Man kan inte pracka information på folk, man måste vara tålmodig. Vänta att klienterna är redo att ta emot information, men acceptera det att vissa bara vill byta verktyg.

Många sade att en viss nivå av rådgivning ingick i största delen av klientkontakterna. Oftast försökte man växla ens några ord med klienten och fråga dem om läget. Om rådgivningens öppettider var relativt begränsade eller om klientmängderna var stora, blev tidsbristen den största faktorn som förhindrar rådgivning och diskussioner.

Det kan vara ett tvåpartssamtal eller en gruppsituation. En fredad situation. Man borde vara med i den så länge som det behövs. Frågande, mycket interaktiv: "Vad gör du i dylika situationer, hur blandar du ämnet, hur sticker du, är langaren bekant, var skaffar du dem, vet du vad ämnet innehåller, är det rent". Man måste vara känslig, känna hur klienten mår. Situationen borde ge egenmakt och vara stärkande och inte nedtryckande. Lite som i inlärningspedagogik eller livet, man borde inte behöva känna att "jag kan ingenting", utan "jag kan och behärskar och det där filar jag ännu på".

För mig är det som sker utanför viktigare än det här konkreta utbytet av sprutor och nålar. De där verktygen för människornas tankar till någon händelse, vad som händer med dem eller något annat. Men det att man kan sätta ner sig och koncentrera sig på något tema utanför utbytessituationen. Det kan förstås vara att utbytet kan göras sådant att man kan angripa något tema, men till exempel här är det riktigt omöjligt. Det finns så många klienter och en kö bakom ryggen, inte kan man koncentrera sig på det väsentliga i den situationen. På det sättet blir det kanske så att det inte är väsentligt. Här till exempel sköter utbildade stödpersoner i stor utsträckning utbytet av sprutor och nålar. Andra fokuserar på att skapa kontakter med människor, fördjupa dem, tala om de frågor som är viktiga för oss. Jag skulle ännu vilja poängtera att det här är social- och hälsorådgivningar. Hälsorådgivningen är en stor och otroligt viktig del, och sen finns den andra sidan, vårdhänvisning och allt möjligt annat som ligger utanför hälsosektorn. Så här förekommer det helt otroligt mycket av det.

4.2.3. Klienter

En hiv-positiv, tidigare drogbrukare hade berättat för rådgivningspersonalen om sina personliga erfarenheter från den tid då specialtjänster för drogbrukare började bli vanligare i Finland.

Det här är en person som berättade om verksamheten. Också många andra äldre som fortfarande lever har berättat om det. Också sådana som fortfarande använder. Det började ju i liten skala När centret öppnades i Kluuvi (Gloet), var det härligt då man började höra på gatorna att det finns en plats dit man får gå fast man är påverkad. Redan det var ett mirakel, och klienten trodde det inte. Denna person gick för att ta reda på var en sådan plats kunde finnas. Dörrarna där var låsta, klienten ringde på dörrklockan och dörren öppnades. Den första frågan, det första som sades var: "Nå hej, välkommen. Har du ätit i dag?". Sedan blir klienten bjuden på bröd, kaffe och mat. Besökaren får vara alldeles i fred och får vila. Det var något som klienten aldrig tidigare hade upplevt, inte under hela sitt liv: att vara välkommen på en plats precis som man är. Jag lyssnade på klienten och jag ryser fortfarande då jag tänker på att någon människa alldeles på riktigt. Nog har jag vetat att det finns människor som en gång för alla inte har någon plats i den här världen, annat än ett strandbuskage någonstans. Och ingen vill ha dem. Det var den första julen någonsin som den här personen fick vara med om att det var jul, att de gjorde julmat tillsammans, de fick äta, de fick vara i fred och de fick chokladaskar. Det var något så underbart. Och ingen kastade ut besökaren. Tänk efter. När jag tänkte på hur hemskt det är. Vi har fortfarande sådana människor i samhället som aldrig har fått ut något gott av livet.

4.2.3.1. Förändringar i klient- och besöksantal

Vid största delen av hälsorådgivningarna hade klientantalet ökat kraftigt under de första verksamhetsåren och småningom utjämnats. Där verksamheten var förhållandevis ny och där den gjordes klart mångsidigare, kunde

klientantalet fördubblas varje år. I allmänhet tyckte man sig se en liten ökning av antalet klienter och besök. På de platser där man gav ut ett större antal sprutor och nålar, hade klientbesöken minskat en aning. På livliga rådgivningar minskade antalet klientbesök då man ökade den mängd redskap som en klient fick byta ut åt gången, men det upplevdes i princip som fel och ibland också som en tvångslösning. Antalet klienter under en dag varierade mycket beroende på orten. På lugnare rådgivningar kunde det komma cirka tio personer under några timmars öppettid, medan det igen på livliga rådgivningar kunde komma cirka 200 personer under några timmar. Antalet klienter och besök berättade mycket om i vilken omfattning och under hurudana förhållanden som man hann diskutera med klienterna.

Många berättade att de hade upplevt klientbortfall, till exempel i samband med flyttningar, då gamla klienter hade fallit bort och nya långsamt hade kommit till. På en rådgivning hade klientantalet minskat drastiskt i samband med en flytt, men man trodde att orsaken även var en samtidig och kännbar ökning av antalet platser för substitutionsbehandling. Ibland upplevde man plötsliga och märkbara variationer i antalet klienter och detta kunde till exempel bero på oregelbundna öppettider under semesterperioderna, flyttar, tillfälligt försämrad tillgång på droger eller fler vårdplatser. Om klientantalet var relativt litet, kunde det faktum att flera personer satt i fängelse klart minska antalet besök. Några hade funderat över hur ofta en klient måste besöka hälsorådgivningen för att kunna anses vara stamkund. Oftast hade man kommit fram till att de som besökte rådgivningen en gång per månad eller oftare var så kallade stamkunder. Många förmodade att stamkundernas andel var minst en tredjedel av alla klienter.

Flera nämnde att efter år av verksamhet och i och med att klientelet stabiliserades, hade klienternas medelålder ökat från år till år och att det inte längre hade kommit så många nya,

framför allt unga, drogbrukare. Många trodde också att drogbruket bland unga hade minskat och att trenden på lång sikt syns som ett allt äldre klientel. Å andra sidan förundrade man sig på ett par rådgivningar över att cirka hälften av klienterna på en rådgivning och en tredjedel på den andra rådgivningen under de senaste åren hade varit nya klienter, sådana som inte tidigare hade använt hälsorådgivningens tjänster. Detta trots att antalet klienter under de senaste två åren hade legat på nästan samma nivå. Detta väckte frågor om vart en mycket stor del av de gamla klienterna hade tagit vägen. Många gånger var orsaken till att klienter uteblev att de avled, avtjänade fängelsestraff eller flyttade till en annan ort, men man framhävde att många faktiskt lyckades sluta använda droger och att det också kunde vara en positiv sak att klienter uteblev. Några av de intervjuade nämnde att andelen besök av kvinnor hade ökat under åren. Trots att kvinnor oftast utgjorde endast cirka en fjärdedel av klienterna, besökte de på flera orter rådgivningarna aktivare och engagerade sig märkbart bättre än männen i tjänsten. På några orter kunde kvinnorna utgöra till och med hälften av klienterna och i en intervju trodde man att detta berodde på att kvinnorna även skötte om människans materialbehov. Trots skillnader i könsfördelning eller variation i medelålder bestod klientelet vid alla hälsorådgivningar till största delen av "medelklassanvändare". Vad gällde klientelet nämndes inga mer speciella karaktärsdrag eller iögonfallande specialgrupper, förutom att det till hälsorådgivningarna i södra Finland i någon mån kom Sverigefinländare, en del till och med ganska regelbundet. Oftast var de på semester i Finland och tog till och med ganska stora mängder rena verktyg med sig. Man konstaterade att hälsorådgivningarnas klienter i regel var i relativt gott skick och man såg inte mycket av absolut misär inom klientelet.

Sämst har budskapet gått fram till dem som har det sämst, kanske de inte har någon självkontroll och inte kan göra något åt sitt beteende. Det går lite bättre för användare i Finland än för användare i andra länder. Om

man bor på gatan och grundbehoven inte är tillfredsställda, orkar man inte använda krafterna till att injicera och annat som hör till. Om man beaktar Maslows behovshierarki, kan personer ta till sig information först då grundbehoven är tillfredsställda – finländarna kan ta in information om hälsobeteende. Till exempel i de östeuropeiska länderna finns det sprutdrogbrukare som befinner sig i en mycket eländig situation, som inte har någonting. Ju mer marginaliserad gruppen är, desto svårare blir den alltid att nå. Det finns nog en sådan grupp i Finland som är mycket marginaliserad, främst i huvudstadsregionen. De var de första som fick hiv-smittan, där finns många mentala problem, bostadslöshet, personer som befinner sig i en verkligt svår situation. I en sådan situation kan man inte ta ansvar för sig själv eller andra, eller också bryr man sig inte.

4.2.3.2. Att nå ut till klienterna

Att byta ut sprutor och nålar ansågs vara det bästa och i slutändan enda sättet att få klienterna att komma till hälsorådgivningarna. Personalen tillfrågades om det eventuellt skulle vara lika effektivt att testa och ge klienterna råd som att som nu byta ut injektionsverktyg och om man kunde minska nackdelarna och kontrollera riskerna även med andra metoder. Största delen svarade nej. Alla ansåg att det inte skulle vara möjligt att nå ut till drogbrukare enbart med testning. En av de intervjuade konstaterade att lättillgänglig hiv-testning borde utvidgas från riskgruppen till hela befolkningen, men att det behövs andra metoder för att nå dem som använder injektionsdroger och få dem till tester. En annan av de intervjuade sade att man med enbart testning skulle nå bara dem som vill ha ett testresultat, inte droganvändare. Den intervjuade sade att man vid sidan om verktygsbyte mycket väl kan testa och få till stånd bra diskussioner, men att enbart testning inte under några omständigheter räcker till för att locka målgruppen.

Man resonerade mycket kring ämnet.

Jag skulle se det som att byte av sprutor och nålar är det förebyggande i denna onda sak. Testning och rådgivning är stödfunktioner. De kan inte skiljas från varandra. Om man enbart delar ut verktyg, så hjälper det till en del. Men om man inte alls ger råd och inte ens strävar efter diskussion, så är det. I det avseendet är en person alltid ett bättre alternativ än en automat i bytessituationen, men om man måste välja och man i vilket fall som helst måste få dem [verktygen], så måste det också finnas automater. För nog förstår personen redan då så mycket att han eller hon måste använda rena verktyg för att inte bli smittad. Han eller hon har redan fått den informationen någonstans. Testningen innebär igen att man får tag på de hiv-smittade, så att de inte sprider smittan ytterligare. Testning och rådgivning är bättre än ingenting, men om man inte får rena verktyg någonstans ifrån och ändå använder droger, så är det ganska hopplöst. Det är lite samma sak som med sexualupplysning. Om man tänker att man borde förhindra graviditet, så att man inte blir gravid, tänker man i det skedet bara på det och inte på sjukdomar. Om man bara ger upplysning, upplysning, upplysning, men inga verktyg, inga kondomer, ingen information om hur man använder spiral eller piller, så har människor oundvikligen samlag, oundvikligen uppstår graviditeter, också oönskade. Jag tycker att det här är samma sak. Man måste ju ha redskap.

Man resonerade också kring om man kunde minska smittorisken genom att satsa mer på rusmedelsvård. Rusmedelsvårdens problem ansågs vara att alla inte var motiverade att söka vård, det var ibland svårt att få vårdplats, själva vården kunde vara komplicerad för många och även om man fick en vårdplats var det ingen garanti för att sluta använda droger genom injektion. Den finländska hälsorådgivningsmodellen, där byte, testning, stöd och vård fungerar sida vid sida och förstärker varandra, ansågs vara den allra bästa tillämpningen för att minska skadorna.

4.2.3.3. Att hänvisa till tjänster

Genom att hänvisa till tjänster försökte man tillsammans med klienten hitta tjänster som är lämpliga med tanke på klientens mål samt hjälpa och stöda klienten att använda tjänsterna. Vägledningen av klienterna ansågs vara ”den andra sidan av jobbet”, till skillnad från de tjänster som är direkt relaterade till hälsa.

Det finns många som en gång för alla inte vet hur det lönar sig att gå till väga, var de ska söka efter något. Ganska ofta vägleder vi vart det lönar sig att gå, vi reder ut saker, till exempel med socialen, vad som bör lämnas in vart. Inte behöver vi heller veta allt, men vi kan ringa och fråga om råd.

Nästan alla intervjuade nämnde att det ibland var svårt att söka sig just till rusmedelsservicen. Det var svårt för många att hålla överenskomna tider, klienterna hade dåliga erfarenheter av servicesystemet och de var rädda för att bli dåligt behandlade.

Det skulle jag tänka på att när våra klienter till exempel går till – nu pratar jag igen illa på bandet – men när de till exempel går till akuten. När de förs dit, så vet jag att personalens inställning där är så ohygglig att de säger att de inte går dit. ”Jag går sen inte dit”, säger de. Om man säger att nu till akuten, nu måste du gå. Jag tycker att deras berättelser har varit förskräckliga. En klient blev tvungen att gå dit. Den här klienten hade fått något i benen, hade väl injicerat i dem, kanske det fanns en infektion i dem eller nåt. Klienten hade gått till akuten och väntat på sin tur, och sen hade läkaren kommit till dörren och sagt åt personen att klä av sig i väntrummet där det fanns andra människor. Läkaren sa ”Dra ner byxorna, jag tittar här”. Det här är det värsta som jag har hört. Det är alltså verkligen förnedrande, men så här behandlas de. Eller också undersöks de inte alls eller körs bara ut. Då gråter de förtvivlat där. Då de mår dåligt så mår de verkligen dåligt. Jag tycker att det är så fel.

Hälsorådgivningens personal fungerade som kontaktpersoner mellan klienten och servicesystemet, som tolkar, medhjälpare och stöd. Klienterna hade, även om de ville, ofta inte medel och kunskap om var de kunde söka hjälp för sina problem, hur och vart de borde ta kontakt. Det var en utmaning för personalen att berätta om tjänster, eftersom till exempel tjänsterna vid huvudstadsregionens hälsorådgivningar oavbrutet användes över stadsgränserna och även på andra håll i Finland anlände klienter från andra orter. Därför måste personalen vara ajour vad gällde flera städers eller kommuners servicerutiner och vårdmöjligheter. En del av personalen vägledde konkret till tjänster, till exempel genom att föra nuvarande och före detta klienter till avtalade möten såsom vårdbedömningar, föra hiv-mediciner till klienterna samt genomföra substitutionsbehandlingar.

Jag tycker inte att hälsorådgivningsverksamheten är någon självständig enhet, en isolerad ö. Nog tycker jag att hälsorådgivningen hör till rusmedelsvårdssystemet eller till hälsovårdssystemet i allmänhet. Det finns fasligt många samarbetspartner, det är inte heller meningen att vi på rådgivningen skulle, att vi borde vara experter inom alla områden. Det är mer som att det här är en plats där vi vägleder till tjänster. Jag anser att det i hälsorådgivningsarbetet även betyder alldeles konkret att man går bredvid klienten. Vi går till specialpolikliniken för drog-, alkohol- eller läkemedelsberoende gravida kvinnor, till socialvården, till hälsocentralen, till A-kliniken, till rusmedelpsykiatrins poliklinik. Det att personalen ändå är ganska medveten om vilka serviceplatser det finns, men att det skulle behövas någon från varje område här. Bara det att vi vet vart vi ska hänvisa och vart vi ska gå med klienten för att sköta dessa saker. I en del kommuner finns det särskilda sådana serviceledare från kommunens sida, men vi har ingen.

4.2.3.4. Klienternas kunskap om smittsamma sjukdomar

Trots att man upplevde att hälsorådgivningarnas klienter hade mycket korrekt information om smittsamma sjukdomar och om drogbruk och risker i anslutning till droger, fanns det även inkorrekt information och okunskap. Allra mest felaktig information eller okunskap fanns det bland klienterna om hepatit C. Den största enskilda föreställningen bland klienterna var inkapsling av C-hepatit. På största delen av rådgivningarna hade klienterna pratat om inkapsling av C-hepatit och om att den inte längre kan smitta då den kapslas in. Man hörde fortfarande talas om inkapsling, trots att det redan under en tid hade konstaterats vara den vanligaste feluppfattningen. Det sades att felaktig information, speciellt om inkapsling, var förarglig, eftersom klienterna också förde den felaktiga informationen vidare.

Klienterna har verkligen svårt att förstå vad bärare betyder, att den smittar och vad det innebär om man har insjuknat men inte är bärare eller smittar. Hälsovårdspersonalen, som inte har särskilt mycket att göra med dessa saker, har inte nödvändigtvis exakt information, och därför kan fel information även komma från det hållet.

C-hepatit var också relaterad till bristfälliga kunskaper om dubbelinfektion och vaccination. I intervjuerna kom det fram att väldigt få klienter vet att C-hepatit kan smitta igen, och de kände i allmänhet inte till så kallad dubbelinfektion/återkommande infektion. Ofta tänkte de att om två eller flera personer har hepatit C eller hiv, så kan de använda samma verktyg. En annan oklarhet eller föreställning gällde vaccination, klienterna trodde att om man hade blivit vaccinerad mot A- och B-hepatit, så hade man även fått vaccination mot hepatit C.

Ingen sade att de hade hört direkt felaktiga uppfattningar om hiv, trots att kunskaperna om hiv kunde vara bristfälliga. Allmänt taget hade klienterna en hel del korrekt information om hiv, och inte en enda klient hade varit okunnig

om riskerna när det gällde hiv i anslutning till drogbruk. En av de få föreställningar man hört om hiv var rädslan att man genast dör om man blir smittad. Allmänt taget upplevdes hiv som ett mycket skrämmande hot, som oundvikligen hörde samman med injektions drogbruk. Det rädde lite oklarhet om hiv-medicinering, närmast om hur man skulle förbinda sig till den och hur genomförandet av medicineringen skulle lyckas i praktiken. Man visste att några av de värsta enskilda myterna eller missuppfattningarna om hiv berodde på klienternas mentala problem, d.v.s. de trodde inte att de hade hiv-infektionen eller också trodde de att det fanns ett hemligt vaccin mot hiv. Dessa fall var emellertid mycket sällsynta. Klienterna förstod eller visste inte alltid till fullo att många infektioner kan uppträda på varandra eller parallellt och vad det kan innebära för hälsan. Man strävade speciellt efter att betona för dem som fått hiv- eller hepatitinfektion att det är speciellt viktigt att skydda sig själv och andra från nya infektioner och att man borde undvika fler infektioner och att ständigt utsätta sig för nya smittor. Flera smittor eller en fortsatt exponering gjorde det svårare att inleda eventuell behandling och att lyckas med behandlingen samt försämrade märkbart hälsotillståndet hos de smittade. Av denna orsak ska man till exempel undvika gemensam användning, där en hiv-positiv person tillåts använda gemensamma verktyg sist.

Då och då sades det råda en sådan uppfattning att könssjukdomar inte smittar via munnen. Andra uppfattningar i anslutning till drogbruk och smittorisker som nämndes gällde bland annat att slicka nålar eller tunna ut blodet med aspirin. Drogbruket ledde många gånger till att menstruationen uteblev och det sades att klienterna ibland trodde att man inte kan bli gravid om man inte har mens. Oregelbunden menstruationscykel konstaterades onödigt ofta skapa en illusion av prevention. Det sades att gravida drogbrukare ibland trodde att drogbruk inte påverkar fostret. I en lokal användarkrets hade det rått en uppfattning att det allra tryggaste sättet att använda droger var att injicera. Det sades även råda ovisshet om

rengöring av redskapen, speciellt kokning av verktyg.

Några av dem som svarade ansåg att i synnerhet unga och numera också sprutdrogbrukare har rätt information om smittsamma sjukdomar, deras smittomekanismer och hur man skyddar sig. Man strävade efter att rätta till föreställningar och missuppfattningar i den dagliga hälsorådgivningen. Där konstaterade man att det bästa sättet att nå fram med information är att upprepa saker, även om det går långsamt. Även utbildningen av personer i samma situation som kan sprida korrekt information ansågs vara värdefullt. Personer i samma situation kunde vidareförmedla budskapet i sina egna nätverk och förhoppningsvis nå ut till de drogbrukare som inte besökte hälsorådgivningarna.

Trots att det bland klienterna vid alla hälsorådgivningar fanns missuppfattningar och missföreställningar om riskerna med drogbruk och smittsamma sjukdomar, hade klienterna i allmänhet en bra uppfattning om risken med att använda sprutdroger.

4.2.3.5. Mentala störningar

De som svarade kommenterade vården av diagnostiserade psykiatriska tillstånd och rusmedelsberoende bland annat genom att konstatera att klienternas vardagsliv ofta domineras betydligt mer av rusmedelsberoendet än till exempel av en diagnostiserad mental störning och klienterna önskade i första hand hjälp för sina rusmedelsproblem. Man visste att det inom alla klientgrupper fanns många mentala problem, som både var orsaker till och följer av rusmedelsanvändningen. Flera av de intervjuade funderade på om rusmedelsproblemet ursprungligen hade kunnat förebyggas om man ingripit i de begynnande mentala problemen eller det allmänna illamåendet.

Visst, visst. Dubbeldiagnoser. En del självmedicinerar. För en del har användningen av rusmedel lett till mentala problem. Det finns galenskap i oss alla, och

om man använder rusmedel tillräckligt länge, kryper galenskapen fram.

Många av klienterna hade berättat att de använder droger som medicin, och droger sågs inte nödvändigtvis som droger utan i första hand som läkemedel. Man visste att amfetamin användes mot koncentrationssvårigheter och buprenorfin som substitutionsbehandling mot heroinberoende. Det nämndes att speciellt buprenorfin gjorde att många klienter kunde fungera, och de blev inte eurofiska av det utan kände sig normala. Den euforiska känslan hade närmast upplevts då beroendet ännu inte hade utvecklats. Alla nämnde att klienterna hade mentala problem. Några förmodade att till och med största delen hade något mentalt problem förutom drogproblemet och att en del dessutom hade någon betydande somatisk sjukdom såsom hiv. Man nämnde ofta att drogbrukarna led av inlärningssvårigheter, ADHD, koncentrationssvårigheter, Aspergers syndrom, schizofreni, depression, ångeststörningar, labilitet, affektiva störningar, paranoia och personlighetsstörningar. Man visste att många hade en dubbeldiagnos, men ändå trodde man att största delen av klienternas mentala problem var odiagnostiserade. Man berättade att klienterna ofta hade traumatisk bakgrund och trodde att det hade orsakat t.o.m. allvarliga mentala problem. Förutom koncentrationssvårigheter nämndes även ångest, som behandlades med lugnande mediciner. Nästan alla konstaterade att det bland klienterna fanns både sådana som använde droger och rusmedel, närmast amfetamin, som självmedicinering och sådana vars drog- och rusmedelsmissbruk hade lett till mentala problem eller förändrat personligheten. Man trodde att till exempel panikstörningar kan vara orsaker till eller följer av drogbruk och att depression och ångest ibland kan ha ett samband med diagnostiserad hiv eller hepatit. Många använder amfetamin som självmedicinering för depression och ADHD. Det sades att många klienter hade berättat att användningen av droger hjälper mot allmänt illamående

genom att skapa välbehag, men att drogbruket till slut ändå vänder sig mot användaren själv.

*Jag skulle se det som att det för många har varit **den** riktigt goda erfarenheten. De har varit så bra erfarenheter, eftersom man har mått så väldigt dåligt. När jag är med dessa människor, tycker jag mig se och höra sådant. Å ena sidan mår man bra av drogen, men å andra sidan mår man även bra av sällskapet. Man hör till en grupp, man hör tätt ihop med gruppen, man är en del av något – en viktig del av något – gruppen. Man mår bra av det och även av själva drogen. Nog beskriver de dem, att amfetaminet första gången gav en sådan kick. Det var första gången man upplevde något sådant som man aldrig upplevt tidigare. När man tänker på någon ung som har ett mycket bra liv och så, så kan det hända att det inte är så viktigt, att upplevelsen inte får en sådan betydelse. Och ännu mer sen om man faktiskt har koncentrationsproblem och ADHD och amfetaminet ger koncentrationsförmåga och lugn från resten av världen.*

Låt det sedan vara dyslexi eller någon händelse i något skede av livet, som har skapat bilden av att "jag duger ingenting till" eller också någon annan händelse i livet vad det nu kan vara. Man har hittat någon sorts lindring i någon drog, ett sätt att medicinera sig själv till något bättre än vad den situationen har varit just då.

De intervjuade trodde att mentala störningar hörde samman med ett större risktagande både vad gäller droger och sex. Mentala störningar förmodades orsaka social utslagning och därigenom oförmåga att sköta hygien vid injicering, trots att man å andra sidan visste att några var neurotiskt hygieniska. Största delen nämnde att i synnerhet om det förekom mycket depression bland klienterna, fanns det en tydlig koppling till större risktagande. Depressionen antogs ofta bero både på drogbruket och på den allmänna livssituationen. Å andra sidan funderade man över om en likgiltig inställning till den egna hälsan berodde på depressionen eller de

mentala problemen eller om det generellt är typiskt för många klienter.

Deras liv är mycket stressande och de lever praktiskt taget mitt i en kris. Säkert de egna erfarenheterna som de har, kanske sådana traumatiska erfarenheter som orsakar en kriskänsla, eller också familjen som de kommer från, eller parförhållanden som de lever i och sedan polisen som hela tiden är på dem. Att leva i en kris gör ofta att det inte finns någon framtid. Man har ingen bild av vad man ska göra då man blir stor, eftersom man inte ens har en bild av hur det är att vara stor. När det liv som man kan föreställa sig det kanske bara räcker någon dag eller någon vecka framåt, så har det ingen betydelse om man är frisk eller inte och om man har hepatit, som gör någonting om 20 år. Man bryr sig inte om den egna hälsan, man bryr sig inte om vilket rykte man har på stan, det spelar ingen roll hur man betar sig sexuellt, om man är en hora, att de själva skulle uppfatta sig som en hora. Spelar det någon roll när man ändå ska dö snart? Stressen och att leva i en kris. För många är saker och ting bara ett enda kaos.

Till livskriserna hörde ofta en allmän desperation, våld, anhörigas död, att leva i samhällets marginaler och en ständig rädsla.

En person som befinner sig mitt i den härvan söker säkert lindring för sig själv, ibland också utan att undvika riskerna. Att man klarar av allt det. Inte orkar man längre tänka på risker i den situationen.

Flera av de intervjuade nämnde att klienterna ofta var självdestruktiva och tog många risker. Självdestruktiviteten antogs höra till exempel till ålderskriser eller helt enkelt till insikten om att det är destruktivt att använda droger. Att uppfatta sig själv som användare eller narkoman ansågs orsaka självförakt hos många och drogbruket och risktagandet kunde fungera som ett medvetet sätt att straffa sig själv:

Några förhåller sig negativt till sin egen kropp – den inte är värd att vara rädd om. Man kan

förstås alltid tänka att en del har blivit sexuellt utnyttjade eller något. Andra har, och så självdestruktivt på sätt och vis ... för att straffa sig själva. Man säger ju om drogbruk att det för en del är självdestruktivt beteende.

Man trodde att en del klienters mentala problem tillsammans med en kaotisk livssituation utsätter dem för en större smittorisk än normalt. Att påverka speciellt riskbenägna klienter upplevdes som en utmaning för hälsorådgivningen och för det behövs personlig kontakt, tid och tålmod. För att gå mot ett säkrare drogbruk och sexbeteende räckte det inte enbart med rena injiceringsverktyg, utan till det behövdes många redskap och att man beaktade klientens liv som en helhet.

4.2.3.6. Riskbeteende

Man stävade efter att alltid prata om säkert sex då det var möjligt. Några av de intervjuade trodde att man på andra hälsorådgivningar förmodligen gav mycket mer sexualrådgivning, trots att nästan alla rådgivningar utifrån intervjuerna upplevde sig ge relativt litet sexualrådgivning, att den sexualrådgivning man gav var otillräcklig och att ämnet var svårt. Klienternas sexuella vanor var inte nödvändigtvis okomplicerade eller enkla, och därför upplevdes det som att det enklaste sättet att öppna diskussionen var att erbjuda en neutral produkt, t.ex. en kondom. Trots försök att upprätthålla diskussionerna om säkert sex, upplevdes personalens möjligheter att öppna diskussioner och påverka risker som begränsade. Man konstaterade att hälsorådgivningen har en uppfostrande, upplysande och instrumentell betydelse för att främja en säkrare användning av sprutdroger, men möjligheterna att påverka folk att utöva säkert sex är mycket begränsade. Det ansågs vara mer problematiskt att påverka sexvanor än injicering, eftersom risksituationerna verkade vara fler och deras sociala betydelse var större. Sex kunde utövas till exempel mot pengar eller droger, det kunde innefatta tvång och det utövades ofta då man var drogad. Det sades även att berusningen ovillkorligen var den vanligaste

orsaken till att man hade oskyddat sex. I den sexualhälsoenkät som genomfördes år 2006 på hälsorådgivningen Nervi i Tammerfors hade 50 procent av svararna (n=97) alltid/ofta eller varannan gång varit drogade då de haft sex och 72 procent av de svarande meddelade att de varit drogade under det senaste samlaget (Ovaska et al. 2006).

Gemensam användning av verktyg sker oftast i situationer då man inte har tillgång till rena verktyg, man får abstinensbesvär, man av misstag tar någon annans verktyg, man är drogad eller användningen sker tillsammans med närstående personer (EMCDDA, 2001). Även gruppens normer och ritualer inverkar på situationen och gemensam användning kan förekomma trots att rena verktyg finns tillgängliga (WHO, 2004). I intervjuerna nämndes att klienterna hemföll till gemensam användning av verktyg speciellt då de hade abstinensbesvär, ett tvångsmässigt behov av att få droger, då de var påverkade eller då det var svårt att få tag på rena verktyg, till exempel i fängelse. För många var det ett tecken på stärkt vänskaps- eller parrelation och på tillit att dela verktyg, även om avsiktlig gemensam användning ansågs vara sällsynt.

Beklagligt ofta sker det fortfarande att de använder andras verktyg. Det går bara inte hem.

I: I hurdana situationer?

S: Det är säkert situationer då de är någonstans mitt i natten och bara har en uppsättning verktyg. Fast hur man försöker säga att det inte är så bråttom att de inte hinner ta nya verktyg. Natten är värst. De skulle få dem från automaten. Å andra sidan är det ingen som går ens 500 meter för att hämta dem, om det redan finns verktyg framför en. Rena eller inte.

Begäret efter drogen kan just då vara så starkt och de har inte de rena verktygen. Nog var det någon klient som sa att hur stort begäret än är, så injicerar jag inte med smutsiga verktyg. Det finns skillnader där också. Om man frågar

”nä, putsade du dem på nåt sätt?”, så svarar de ”nog putsade jag med den där Sterets-lappen”. Ibland tänker man på det att vi ändå inte pratar så värst mycket om rengöring. Vi pratar mer om att ”alltid ha egna rena verktyg”, men borde man trots allt också beakta att de inte alltid har egna. Det har man inte velat så värst mycket, det är först det nästbästa alternativet. Men då den situationen kan inträffa att de inte har och sen är det enda man tänker på – ”egna rena verktyg”. Om de inte har dem, så kommer de inte heller på följande alternativ.

I: Hur är det med oskyddat sex, vilken är bakgrunden ofta där?

S: En del kan tänka att ”inte gäller det där mig”, eller den stund då det bär av. Det kan också vara så att den ena håller fast vid preventivmedel, men att den andra inte gör det. Sånt hör man också om. I fasta förhållanden litar de extremt mycket på varandra, fast de kanske bara har varit tillsammans i en vecka och i stort sett nästan redan har flyttat ihop.

I: Finns det några normer som kanske skulle inverka på riskbeteende?

S: Det finns säkert det att de injicerar med samma verktyg som partnern, det är något slags bevis på tillit.

I: Då kan de kanske inte riktigt neka.

S: Nej. Det är en sådan sak att så här hör de ihop.

Tyvärre såg och hörde personalen om situationer, då en person som hade ansetts vara ”smittfri” hade haft C-hepatit eller hiv, varför det även fanns andra i kamratgänget som hade fått smittan. I intervjuerna kom det fram att tilliten till att en bekant var ”smittfri” inte särskilt ofta byggde på säker information, utan närmast på viljan att lita på någon. Trots att man kunde berätta för bekanta att man hade testat sig, kunde det vara flera år sedan testtidpunkten. För många kom rena verktyg i

andra hand i det skede då de blev erbjudna drog och man visste att många saknade förmågan att avstå från risksituationen i sådana fall.

Vad man än gör så glömmar klienterna ändå i något skede att de borde använda egna verktyg. I extremt drogat tillstånd då de har samlats någonstans, nålar och sprutor huller om buller. Eller också har de inga rena med, de har hamnat i något gäng, till exempel på vägen till affären, och så injicerar de med någon annans verktyg. Sedan dessa föreställningar att de bara använder en viss typs verktyg, eftersom han eller hon inte har någonting. Sedan visar det sig i alla fall att den personen har någon sjukdom. Det finns tillfälligheter, men även medvetna risker. Medvetna, därför att de har fått information om riskerna via hälsorådgivningen och om att man bör använda egna verktyg, och de får även informationen med sig till fältet till dem som inte är klienter. Men om situationen är sådan att de inte har egna rena verktyg och ändå måste få drogen, då tar de en medveten risk.

Man strävade kontinuerligt efter att påminna klienterna om att verktygen alltid är personliga och att de bara ska användas en gång. Man upplevde emellertid också problem med budskapet ”alltid rena verktyg”, eftersom man av erfarenhet hade märkt att det inte alltid var möjligt för klienterna att få rena verktyg och att de inte nödvändigtvis hade tillräcklig kunskap om hur de ska rengöra verktygen. Man strävade också efter att berätta för klienterna om kokning och rengöring av verktyg, även om man betonade att rengöring endast ska användas som en sekundär lösning om de inte har tillgång till rena verktyg. Å andra sidan visste klienterna att nålar blir slöare om de kokas många gånger eller av starkt desinfektionsmedel.

4.2.3.7. Svårighet att påverka sexuellt beteende

Alla de intervjuade ansåg att verksamheten i högre grad hade minimerat risker vid drogbruk än kontrollerat risker i samband med sexuellt

beteende. Det upplevdes som utmanande att diskutera sex och sexuell hälsa och man hade tydligt resonerat kring metoder för att utveckla diskussionen. På några av rådgivningarna hade man tagit i bruk temaveckor eller -månader, då man strävade efter att utbyta tankar med klienterna, till exempel om graviditetsprevention och könssjukdomar.

Via sprutdrogerna har det inte kommit nya smittor till stan. Via sex har det däremot nog kommit. Och via våra klienter har nog ett par smittor kommit. Så här finns det fortfarande jobb inom hälsorådgivningsområdet och uttryckligen det att "kom ihåg att använda kondom". Fast klienterna är ganska medvetna om att hiv smittar dåligt i sexuella förhållanden, så de spelar liksom på det. Så om de tänker att "ett av tusen samlag, mycket dåligt", men inte vet de ju någonsin när det tusende inträffar.

Att minska riskerna i anslutning till sex ansågs problematiskt, inte bara för att det är intimt utan också för att klienterna hade olika uppfattningar och vanor gällande sexualiteten. För att gå igenom en del av dessa borde man absolut befinna sig i en stressfri och lugn situation.

Nog är det på något vis mer utmanande att ta upp sex. Det är ju så mycket mer normalt, sex är en del av livet. Det gäller inte enbart den här klientgruppen. Det är lite samma situation annars. Nog strävar vi – och nu borde vi sträva ännu mer – efter att lyfta upp den här frågan. Under det ena projektet pratade vi mycket om vad sex innebär och det kräver en lugnare inramning. Det känns som att man kan prata mer om saker som hör till injicering, vad som händer vid injiceringen. Men om man sedan tänker att "hurudant sex har ni", så är det ju på det sättet. Är det analsex, vaginalt samlag eller vad är det. Du milde tid. I fjol eller för en tid sedan kom det en kille som inte själv använde droger, men som sade att han under en tid hade haft en flickvän som var hepatit C-positiv. Killen ville bli testad. Vi sade åt honom att det smittar väldigt dåligt via sex, men låt oss för all del göra ett test, vi försökte lugna honom. Killen

berättade att de hade haft lite våldsammare sex. Vi berättade att risken mycket riktigt är större vid analsex, eftersom man kan få blodsmitta. Killen sade då att de hade skurit sig, att de verkligen gjorde sådant. I hans värld hörde det till sex, det var vad han alltid hade gjort tillsammans med flickvänner. Egentligen kräver den diskussionen ett annat utrymme, den sortens diskussioner. Nog kan man förstås också prata om sex så här bara i viss mån, men om det blir personligt på det sättet, att "vad är ditt sexliv?"

Vad gällde hiv trodde man att sjukdomen i allt högre grad i framtiden skulle smitta via heterosex, även bland sprutdrogbrukare. Man upplevde att risksituationer i anslutning till gemensam användning av verktyg hade minskat, men klienterna hade fortfarande ofta oskyddat sex. Personalen verkade i regel anse att det inte har varit lika effektivt att påverka säkert sex som att påverka injiceringsbeteendet. Riskbeteende i anslutning till sprutdrogsbruk verkar ha minskat även på annat håll, medan sexuellt beteende inte har gått i en säkrare riktning. Många menade att om riskfyllt sex förblir lika allmänt som nu, kan sexförmedlade hiv-infektioner bli den primära smittvägen även för dem som använder sprutdroger, vilket det även på annat håll har funnits tecken på. (T.ex. Kral et al. 2001, Lindenburg et al. 2006.)

Det sades att klienterna ofta hade oskyddat sex och att de inte alltid förstod riskerna med det sexuella beteendet eller upplevde riskerna som stora. Om användning av kondom nämndes det att det ingalunda var självklart att alla kunde använda kondom och det sades till exempel att kondomen användes "som en strumpa". Oskyddat sex förekom speciellt i parförhållanden eller med en stadigvarande partner, vilket kunde öka tilliten speciellt i början av förhållandet. Många konstaterade tillspetsat att ett stadigt förhållande för en del i praktiken kunde innebära att de hade känt partnern i bara en vecka, eller att personen kunde ha flera stadigvarande partner. Man strävade också efter att påminna klienterna om att även stadigvarande partner kunde ha lösa

förhållanden och att det därför var speciellt viktigt att testa sig och särskilt att använda kondom för att skydda sig.

I: Vilka är de centrala budskapen i ert arbete?

S: Använd alltid egna verktyg och använd kondom. Kondomen finns alltid med. Klienternas medelålder är 25, och man kan inte alltid se utanpå vem som använder droger. Det blir sommar, festivaler, människor rör på sig, hänger i barer, folk har engångsligg. Det är hyckleri att säga att "jag har ett bra parförhållande". När de har druckit lite sprit gör de vad som helst. De behöver inte ens dricka. Lösa förhållanden bara sker, det är bara fakta. Fast de hur sku ha ett parförhållande, fast ett bra sådant. 25-årig tjej, killen är 30. Han har hiv eller hepatit C. Sedan beklagligt nog så sker den där tusende gången där och den andra tusende gången hemma, och sedan har ännu partnern ett löst förhållande. Därför måste man hela tiden predika om att använda kondom. Det är alltså en så viktig sak! Jag har pratat om dessa saker på föräldrakvällar i skolor och har fått ogillande blickar då jag har använt just de här orden. Men när det bara är så här.

Genom klienterna strävade man även efter att testa och vaccinera stadigvarande och tillfälliga sexpartner. Många av de svarande konstaterade att för att förebygga sjukdomar som smittar sexuellt borde man fästa mer uppmärksamhet förutom vid riskgrupperna även vid den övriga befolkningen. Att påverka bestämda riskgrupper ansågs inte vara tillräckligt, utan det skulle behövas mycket mer offentlig prevention och öppenhet för att påverka sexuellt beteende.

Man ser på klienterna om de vill prata om saker som gäller sex. Det är ett bra tillfälle att prata om sex då man bjuder ut kondomer. Många rodnar, men tar emot dem. Det är ett bra sätt att komma igång, det ger upphov till fortsatta diskussioner. Då kan man fråga om könssjukdomar, berätta om hur de smittar och om symptomen. Att man erbjuder kondomer är ett enkelt sätt att närma sig, eftersom ingen är

tvungen att ta dem. Kondomer är ett enkelt sätt för alla, eftersom man kan vägra att ta dem och saken lämnas därhän. Om man skulle börja prata med en okänd så där bara, kan man inte veta hur den personen upplever det, om man inte känner honom eller henne. Man kan inte veta om personen har blivit utnyttjad, hur han eller hon upplever sin egen sexualitet, sitt sexuella beteende om personen är prostituerad. Man kan inte sära någon. Om man naturligt visar att det här är en av de saker som erbjuds. I så fall behöver man inte göra en stor sak av det.

I intervjuerna nämndes att det kan väcka oväntade reaktioner hos klienterna då man frågar om behovet av och ger kondomer och glidmedel, såsom "jag är ingen bög" eller "jag sysslar inte med smuggling". Sådana kommentarer konstaterades på ett bra sätt beskriva hur det är betydligt svårare att prata om sex än att prata om drogbruk. Man strävade efter att påverka den sexuella hälsan genom att ge klienterna kondomer, påminna dem om tester, ge hepatit B-vaccin och berätta om möjligheterna att skydda sig mot graviditet. På de rådgivningar där det fanns en läkare var läkarens roll mycket viktig, speciellt gällande kvinnors sexualhälsa. Preventivrådgivningen upplevdes också som en viktig del av hälsorådgivningsarbetet och på många rådgivningar strävade man efter att förstärka denna.

Vi har i någon mån i arbetsgruppen funderat på preventivrådgivning. Det vill säga inte enbart att "kondomen skyddar mot smittsamma sjukdomar", utan mer preventivrådgivning och att det skulle vara möjligt att få piller. Det är en sådan sak som vi då och då har pratat om i arbetsgruppen. I stadiga förhållanden bryr de här människorna inte sig om kondomer och glidmedel. Det är inte den tjänst som de behöver.

Man visste att klienterna förstod att det fanns en smittorisk vid oskyddat sex och för kvinnorna en möjlighet att bli gravid. Ingen hade oskyddat sex för att de inte var medvetna om riskerna, men det sades att det fanns

många andra motiveringar. Riskfyllt sex berodde oftast på omständigheter då det var mycket svårt att skydda sig eller till och med omöjligt. Berusning eller att byta sex mot olika tjänster konstaterades vara de mest typiska orsakerna till att ta sexuella risker, förutom ren likgiltighet. Kvinnornas möjlighet att skydda sig konstaterades i många intervjuer vara sämre än männens. Av kvinnliga klienter hade man i någon mån hört om våldtäkter och annat slags våld, då det hade varit omöjligt att skydda sig. I parförhållanden förmodade man att oskyddat sex berodde på tillit och närhet, och i intervjuerna kom det fram att man i parförhållanden fäste mer uppmärksamhet vid att skydda sig mot graviditet än mot smittsamma sjukdomar.

Många uppfattar det inte som prostitution om det är inom bekantskapskretsen. Om det är en man som skaffar drogerna och de har ett sexuellt förhållande, så klassas det inte på det sättet som prostitution, utan mer som ett parförhållande. Utgångspunkten kan vara ett parförhållande eller droganskaffning. Så ser man det inte.

I: Men det här är ingen ovanlig företeelse?

S: Nej. Det är en suddig gräns. Många kvinnor har en kille som skaffar ... men nog skaffar flickorna också pengar, men hur mycket är det prostitution? Åtminstone pratas det inte mycket om det. Men nog är till exempel våld en del av dessa parförhållandefrågor. Det sker förskräckligt många våldtäkter, i förhållande till majoritetsbefolkningen.

4.2.3.8. Smittorisk i fängelser

I finländska fängelser har man inte tagit i bruk ett bytesprogram för sprutor och nålar, utan fångarna har tillgång till ett desinfektionsmedel, Virkon, som är avsett för att rengöra verktygen. Många nämnde att infektionsrisken vid drogbruk i fängelser fortfarande är stor, men att risken sannolikt har minskat tack vare Virkon-lösning, som används för att desinficera verktygen, projektet Terve som nyligen har slutförts av

Stiftelsen för Kriminalvårdens Främjande och utbildningar av stödpersoner som ordnas i fängelset. De som kände till fångarnas situation väl sade att tillgången till Virkon-lösning och hälsorådgivning inte var systematisk eller garanterad i alla fängelser. I allmänhet ansåg man att genom injektion drogbruk inte kommer att upphöra i fängelserna och att det i fängelserna borde ordnas utbyte av verktyg. Positiva effekter av utbytet skulle förutom minskad infektionsrisk även kunna vara ökad allmän säkerhet. En av de intervjuade funderade över hur verktygsbytet kunde ordnas.

Å ena sidan tänker jag på personalen som jobbar där, på fångvaktarna, personalen är underdimensionerad. Skulle det innebära trygghet? Jag anser att det skulle innebära trygghet. De som är beroende skulle få medicinera sitt eget beroende som de anser bäst. Även av det uppstår ett eget kollektivt spel där, om vilka droger som används. Några av gamla förbundets [övers. anm. "vanha liitto", slang för de användare som hörde till "Finlands första knarkvåg" på 70-80-talen] klienter har berättat om att de som använde någon gång på 70- och 80-talen fick använda i fred. Det gav lugn och ro i huset, var och en visste sin egen plats. Det uppstod ingen större uppståndelse av det. Kanske saker och ting har förändrats. Nuförtiden finns det gäng och andra som vill dominera, kanske det har förändrat saken. Det där är en svår fråga. Men det behövs absolut information om hälsorådgivning på alla möjliga sätt, hälsorådgivning i huset och absolut Virkon.

I: Så det är alltså sånt som man åtminstone kan ordna?

S: Absolut. Personligen tycker jag nog själv i slutändan att de som använder där borde få använda på ett säkert sätt. De här frågorna är alltid så mångdimensionella.

Personalen ansåg att drogbruk i fängelset är förknippat med större risker än i frihet och att användningen är svårare på alla sätt. Först och främst är verktyg inte tillgängliga officiellt,

utan de smugglas in i fängelset utan lov. För det andra är de fångar som använder droger ofta tvungna att dela de få verktygen med andra fångar. För det tredje måste injektionen ske verkligt snabbt, eftersom den oövervakade tiden är relativt begränsad. För det fjärde hade man hört av klienter som suttit i fängelse att desinficeringen av sprutor och nålar frätte på verktygen och att rengöringen var en åtgärd som gick för långsamt. Att desinficera verktygen genom kokning tog cirka 15 minuter och med Virkon-lösning minst tio minuter. Om flera personer ville ha en drogdos och det bara fanns en uppsättning verktyg, hände det mycket ofta att de inte rengjorde verktygen efter varje injektion.

Det finns ju Virkon, och det får de i förpackningen för bashygien, men en del personer säger att det är svårt att gå och be om mer. Det är sedan samma som att berätta [om användningen], eftersom alla får förpackningen för bashygien. Därefter måste man be personligen. Det är inte lätt. Ofta frågar jag av fängsvaktare vad det är för skillnad på om det finns Virkon att putsa redskapen med eller rena verktyg. Fängsvaktarens roll är förstås hemskt svår. Svårt att tänka att det finns sprutor och nålar där. En fängsvaktare önskade en gång att det åtminstone skulle finnas en plats, ett rör, där fångarna kunde returnera verktygen då man gör razzior, så att nålarna inte skulle sitta i ens egna fingrar.

I: Men uppenbarligen finns de där ändå?

S: Ja. Tyvärr finns det så få av dem, att man använder samma.

I: Så det här fungerar inte på det sätt man önskar i fängelserna?

S: Nej. Tyvärr inte. Det är åtminstone bra att det nu finns Virkon och det borde åtminstone finnas i de gemensamma tvättutrymmena.

Svararna berättade att klienterna i regel känner till riskerna med injektionsbruk i fängelserna och naturligtvis skulle man även vilja använda

rena verktyg i fängelset. Många av dem som svarade nämnde att de strävar efter att diskutera alternativa användningssätt med klienterna före ett känt fängelsestraff. Många berättade att det inte alls är ovanligt att klienten slutar eller åtminstone minskar användningen under fängelsestraffet. Orsaken till att de slutade tillfälligt sades ofta vara att drogerna är dyra i fängelset, eventuell skuldsättning och rädsla för våld. Man tänkte emellertid inte på fängelsevistelsen som varaktig avgiftning eller drogavvänjning, eftersom många av klienterna konstaterades återvända till injektionsbruk efter avtjänat straff.

En kvinna hade inte använt under hela fängelsevistelsen. Hon fick permission, men hälsorådgivningen var stängd. Hon hade velat komma och prata och få stöd. Hon hade varit där ett par veckor utan, men började ändå använda. Hon hade ingen bostad, så hon sov hos kamrater som använde. Hur kan man då låta bli att använda? Sådana fall har det funnits många av. Det är irriterande, då de som har suttit i fängelse återvänder till det civila och de inte har någonstans att ta vägen. Förutom till andra användare. Många slutar ändå för den tid de sitter i fängelse.

Å andra sidan betonade man att klienterna, tack vare effektiv testning, det goda hiv-läget och ökad kunskap, från år till år är friskare då de åker i fängelse, vilket för sin del kan minska smittoriskerna. Trots att man i intervjuerna nämnde att många slutar eller minskar det intravenösa bruket under fängelsetiden, nämndes också de som inte ändrar sina användarvanor, utan strävar efter att fortsätta använda droger på samma sätt som i frihet, flera gånger. De som inte slutar använda droger under fängelsestraffet är på basis av intervjuerna de användare som är mest vårdslösa, de är långvariga användare och tar fler risker. Många av dem hade redan hepatit C eller hiv och ofta ett tvångsmässigt behov av att få och använda droger. Personalen hade synpunkter på hiv-positiva sprutdrogbrukare som ständigt avtjänade fängelsestraff och man visste att många av

dem använde droger även under fängelsetiden. Vad gäller att sluta använda droger och hur stor smittorisken är resonerade man också att en stor del av fångarna är drogbrukare och att de sitter i fängelse just på grund av drogerna. Trots minskad injektionsfrekvens och trots desinficeringsmöjligheter, ansågs riskerna vid en enda injektion i fängelset vara enorma. Å andra sidan betonade man att det inte finns tillförlitlig information om den verkliga smittorisken i fängelserna, eftersom man inte säkert kan veta hur många som smittas medan de sitter i fängelse.

Då de intervjuade fick frågan hur stor del av klienterna som uppskattningsvis hade avtjänat fängelsestraff, varierade svaren mellan "åtminstone en tredjedel" och "säkert 80 procent". Största delen av svaren placerade sig mellan dessa och sannolikt hade i genomsnitt cirka hälften av klienterna suttit i fängelse åtminstone en gång. För de hiv-positiva drogbrukare som aktivt använder droger var situationen en annan, eftersom den absoluta majoriteten hade suttit i fängelse. En av de intervjuade beskriver frekvensen av fängelsestraff bland hiv-positiva drogbrukare och drogbruk i fängelset.

Hahhah, alla, många gånger. Alla många gånger, de är efterlysta hela tiden, fler än en. Det är snarare ett undantag om det är någon som inte har varit [i fängelse]. Jag vet om en som ännu inte har varit i fängelse, en kvinna. Men alla andra har alltså varit, flera gånger och även långa straff. De här är alltså hiv-positiva användare, de är sprutanvändare varenda en. De injicerar alla möjliga medel som du någonsin kan föreställa dig att någon ska injicera i ådrorna, också sånt som de inte skulle få injicera.

I: Det är alltså injiceringen?

S: Ja. Det är saken. Speciellt för de här, Tenox och allt injiceras.

I: Tycker du att det borde finnas utbyte i fängelset?

S: Ja. Om det en gång finns här också, och då de vet alldeles säkert att de använder.

Oftast hade klienterna suttit i fängelse på grund av obetalda böter och det konstaterades att fängelsestraffen var vardagsmat för klienterna. Drogbruk, kriminalitet, böter, fängelse och smittorisk i fängelset ansågs vara en mycket vanlig ond cirkel i många klienters liv. Andelen klienter som suttit i fängelse hade inget samband med antalet klienter eller ortens och hälsorådgivningens storlek. Över hälften av de svarande ansåg att de nuvarande åtgärderna för att förebygga infektioner var otillräckliga och att det i fängelserna borde ordnas utbyte av verktyg. Att ordna verksamheten ansågs däremot vara problematisk ur fängvaktarnas synvinkel och man beklagade deras svåra ställning. Man trodde att rena sprutor och nålar skulle ge både fångar och fängvaktare trygghet. Tillgången på verktyg förmodades även fungera som ett lugnande element i fängelsets vardag, eftersom människorna skulle få "sköta sig själva" tryggt och i fred.

Hälsorådgivningspersonalens kunnande och erfarenhet hade utnyttjats genom att ordna kurser för stödpersoner bland användare i fängelset. Med god framgång ordnades även träffar för fängvaktare, där hälsorådgivningarnas personal berättade om sprutdrogbruk, om smittorisker i samband med detta och om hur man undviker riskerna. Fängelserna upplevdes spela en stor roll vid förebyggande av smittsamma sjukdomar, speciellt vid genomförandet av vaccinationsprogram och testning. Alla personer som kom till fängelset erbjöds vaccinationer samt hiv- och hepatit C-test, och dem fick fångar även alltid då de ville. Många nämnde att hälsorådgivningen och fängelset samarbetade vid genomförandet av vaccinationsserier för sprutdrogbrukare. Man hade ringt från fängelserna till hälsorådgivningen och frågat om de vaccinationer som klienten fått, för att doser som eventuellt fattades skulle kunna ges i fängelset. Vaccinationsprogrammet kontrollerades även genom att man ringde till

fängelset om vaccinationer som hade påbörjats där. Den andra fördelen med fängelserna ansågs vara att många klienter hade testats för hepatit och hiv under fängelsetiden.

Samarbetet mellan fängelserna och hälsorådgivningarna, som hade ökat under årens lopp, kändes naturligt, eftersom de ofta hade samma klienter och många av dem hoppade mellan dessa två tjänster. Missbrukande fångar fick i samband med frigivningen information om den närmaste hälsorådgivningen och i intervjuerna nämndes det att många fångar som just har frigivits ofta kommer direkt till hälsorådgivningen och motivet är långt ifrån alltid att hämta rena verktyg. Man konstaterade att många nyligen frigivna fångar var i mycket bra kondition och att de hade fått omfattande hälso-tjänster under fängelsetiden. Man strävade efter att fråga fångarna om deras droganvändning under fängelsetiden och att påminna dem om att toleransen sänkts under den drogfria tiden och att risken för överdos därför ökade. Frigivna fångar behöver ofta snarare hälsorådgivningstjänsternas sociala kunskaper och man strävade efter att ge dem information om till exempel boendetjänster. Många fångar hade ett långvarigt förhållande till hälsorådgivningen, som därför sades vara den naturliga fasta punkten och den första kontakten med samhället efter frigivningen.

4.2.3.9. Personer som hamnar utanför hälsorådgivningstjänsterna

Alla de intervjuade förmodade att den egna hälsorådgivningen inte nådde ut till alla sprutdrogbrukare i området. Personalen ombads att utifrån sin egen erfarenhet fundera på vem som hamnar utanför och varför. Alla kunde nämna flera användargrupper som tjänsten inte nådde ut till. De största orsakerna till att hamna utanför var brist på förtroende, rädsla, geografiskt avstånd eller okunskap om att tjänsten existerar. Kunskapen om dem som hamnar utanför grundar sig på flera informationskällor, såsom polisen, andra myndigheter och klienter. Till alla rådgivningar kom personer eller grupper

mycket långt ifrån för att byta verktyg, till exempel kom klienter från Rovaniemi till Helsingfors.

I: Tycker du att hälsorådgivningsverksamheten har ordnats heltäckande i Finland?

S: Den har inte ordnats heltäckande. Jag tror inte att den finns på alla orter, åtminstone inte på hälsostationerna. Åtminstone inte i norr, finns det en enda i norr?

I: Man håller på att ordna en i Kemi.

S: Nå, Kemi är en sådan plats, där man skulle kunna föreställa sig en, men sedan borde det också finnas i Rovaniemi, Kemijärvi, Sodankylä, och det finns inget hinder för att ordna rådgivning också på mindre orter, inget hinder alls. Jag tror inte att alla får här i söder. Det tror jag inte. Man byter garanterat inte på alla hälsostationer, alltså i stan.

En av de intervjuade konstaterade att rådgivningens klientantal är särskilt stort, eftersom cirka tio närkommuner inte alls erbjuder hälsorådgivningstjänster och alla användare i närområdena bara kan få stöd vid en rådgivning. Nästan varje rådgivning hade ingått köptjänstavtal med närkommunerna, även om några kommuner, beroende på orter, både vägrade att ingå köptjänstavtal och att ordna egen rådgivning. Detta trots att det fanns sprutdrogbrukare i kommunen.

På finlandssvenska områden finns det många användare, men inga tjänster alls. De vill under inga omständigheter ha sånt här i sin ankdamn. Det har man till och med öppet erkänt.

Man funderade också på om det finns tillräckligt omfattande hälsorådgivningstjänster i östra Finland, eftersom personer med rysk bakgrund regelbundet reste därifrån för att använda tjänsterna i södra Finland. Av dem som kom långväga ifrån fick man information om användare som inte hörde till någon

hälsorådgivning och även av lokala klienter hörde man om personer som blev utanför. Polisens roll som informationskälla ansågs mycket viktig för att få veta om verksamhetens täckning. Polisen berättade för hälsorådgivningarna om de områden där de hade påträffat användare och om var de rörde sig. Till dessa platser strävade man efter att skicka information om hälsorådgivning, till exempel genom uppsökande fältarbete, den ambulerande enheten, via stödpersoner eller klienter.

I flera intervjuer antog man att de användare som hamnar utanför socioekonomiskt hör till under- eller överklassen eller till en etnisk minoritet, vilket förstärkte uppfattningen om att största delen av hälsorådgivningarnas klienter är "medelklassanvändare". De användare som mådde allra sämst fysiskt eller som var mest marginaliserade och för vilka det var svårt att röra på sig, använde sällan hälsorådgivningens tjänster, utan fick rena verktyg via en vän eller bekant. Flera gånger nämndes också långvariga drogbrukare, minst 40–50-åriga "gamla mohikaner". Det konstaterades att dessa ofta hade fattat beslutet att de inte behöver samhällets tjänster. Man visste att äldre användare förhöll sig mycket misstänksamt till hälsorådgivningstjänsten. Trots att tjänsterna allmänt taget får beröm, kan besöket på hälsorådgivningen ändå upplevas som förödmjukande, liksom även hela vårdssystemet, vilket några användare som intervjuades av Perälä (2002, 84) konstaterade.

Det kan vara svårt att stiga över tröskeln. Om man har börjat med att sniffa och har använt redan under en tid, ser man med förakt på sprutanvändare. Det att man en dag märker att man själv injicerar är en degradering av jaget. Om man dessutom skulle gå och byta sprutor och nålar, skulle det göra en till narkoman. Ingen vill se sig själv som narkoman. Det är skämmande, en identitetskris.

Flera nämnde att sprutdrogbrukare som arbetar, studerar eller har familj inte kommer

till hälsorådgivningen, närmast eftersom de är rädda för att bli igenkända.

Alldeles säkert om de till exempel har ett sådant yrke som gör att de är rädda för att bli igenkända. Jag undrar var alla invandrare är? Nu har romerna börjat visa sig. Nu har även romerna hittat hälsorådgivningen. En del är nog så borttappade, tror att det finns kameror, bandspelare och annat här. Det finns alltid en del som aldrig kommer att använda tjänsten.

I: Kan du säga varför?

S: Förtroendet finns inte nödvändigtvis. Man vågar inte komma, bryr sig inte om att komma eller är inte särskilt intresserad av sin hälsa.

Statusen som sprutnarkoman eller droganvändare konstaterades vara en svår sak för många, och många ville inte få stämpeln som narkoman i andras – och i början minst av allt i sina egna – ögon. Det konstaterades att det för många var en "degradering" att komma till hälsorådgivningen och det slutliga beviset för att de var drogbrukare.

Det är klart att det är många som inte vill konstatera att de är användare. Det kräver ju väldigt mycket av en person att ta i socialbyråns dörrehandtag eller på någon hälsorådgivnings dörrehandtag. Det är en tröskel. Trots att vi pratar om en låg tröskel är den inte låg, den är väldigt hög. För unga drogade människor är det säkert ingenting, men nog för en del – varför inte också för unga, deras inställning är olika – speciellt för äldre människor, nog kräver det mycket för att den dörren ska öppnas.

Man visste att det bland dem som hamnade utanför hälsorådgivningstjänsterna fanns minderåriga, invandrare, romer och ungdomar från "normala" familjer. Ortsvis fanns det även utsagor om finlandssvenska, ghananska, handikappade och rörelsehindrade sprutdrogbrukare samt om unga som använder droger i nöjessyfte. Det noterades att den romska kulturen är starkt emot drogbruk,

användningen var mycket dold, och romerna fanns i princip endast bland huvudstadsregionens klienter. Till rådgivningarna utanför huvudstadsregionen kom endast några romer, trots att man visste genom dem själva och polisen att det fanns fler användare inom denna grupp. För att nå ut till dem ansågs det bra att det då några romer började använda hälsorådgivningens tjänster ofta ledde till att nya klienter så småningom började dyka upp genom den personen. Då de romska klinterna ökade planerades det för dem en egen referensgruppsutbildning, genom vilken informationen om hälsorådgivning skulle kunna föras vidare också till dem som ännu inte vågade komma till hälsorådgivningen.

Det är mycket svårt för romer att komma. Den kulturen är i sig själv en sådan kultur där missbruk inte är accepterat. Om där finns missbruk, så utestängs man på sätt och vis från den egna kulturen och stammen. På sätt och vis så hör de inte längre till sin egen stam och sin kultur om de avslöjar att de är användare eller om det kommer fram. Det är svårt. Det finns några av dem bland klienterna, men de säger att "jag skaffar de här till en kamrat, jag använder inte själv". Vi vet nog att de är användare, men det ifrågasätts inte.

I huvudstadsregionen har de romska klienterna ökat tydligt under de senaste åren. Det fanns ett behov av rådgivning för i synnerhet unga romer, men det måste på sätt och vis göras i hemlighet och så att de övriga romerna inte skulle få veta, på några av rådgivningarna till exempel efter stängningsdags. De unga ville ha rena verktyg, kondomer och råd om prevention, trots att den romska kulturen med sina bestämmelser officiellt inte godkänner rusmedel – eller användning av kondom. Runt om i Finland var det tydligt att det fanns sprutdrogbruk bland romer, men man trodde att det skulle krävas en särskild ansträngning och förståelse för kulturen för att få romerna att ta till sig hälsorådgivningens tjänster. Invandrare eller personer med flyktingbakgrund syntes inte vid någon av

hälsorådgivningarna, trots att man på flera av rådgivningarna hade hört av den lokala polisen att det fanns sprutdroganvändare bland dem. På många orter upplevde man att sprutdrogbrukare med rysk bakgrund blev utan tjänster, trots att det i några städer konstaterades att de till och med var speciellt "örädda att använda tjänsterna", åtminstone jämfört med andra minoriteter. Det är sällsynt med rusmedelsservice som riktar sig till minoriteter. Många svarare funderade på om till exempel romer, eller olika invandrargrupper behöver skraddarsydda hälsorådgivnings-tjänster. I allmänhet såg man inget behov av att ordna ännu mindre specialtjänster, utan vettigare skulle det vara att försöka få in dessa grupper i den nuvarande hälsorådgivningsmodellen. Trots att svaren överensstämde vad gällde vissa grupper som blir utanför, kunde det variera från ort till ort om det fanns till exempel romer, personer med rysk bakgrund, gravida och användare med familj bland klienterna.

På varje ort visste man att det fanns förorter eller områden där det fanns sprutdrogbrukare, men att dessa inte rörde sig nästan alls utanför dessa områden. Man menade att regionala användargrupper och deras onåbarhet kunde leda till problem, om det bland dem fanns till exempel hiv och de inte kunde nås av hälsorådgivningen. Strax före intervjun hade man på en ort fått veta av infektionsläkaren att man i en viss förort hade hittat många fall av hepatit C. Förorten låg cirka tio kilometer från hälsorådgivningen, vilket man visste var för lång väg för många användare till hälsorådgivningstjänsten. Ortsvis nämndes att det kan vara en mycket hög tröskel för många om hälsorådgivningen finns i samband med hälsocentralen. Utanför hamnade även de på vars hemort det inte är möjligt att få rena verktyg anonymt och som inte har kunnat eller velat resa till en annan ort. Att uträta ärenden på apoteket konstaterades vara mycket stämplande speciellt på små orter, och uppenbarligen använde man olika apotek, d.v.s. man besökte inte det allra närmaste apoteket. Alla trodde att det fanns användare som stod utanför hälsorådgivningstjänsterna,

men att det åtminstone i någon mån skulle vara möjligt att nå dem. Många konstaterade dock att det även finns användare som man inte ska slösa resurser på för att nå ut till och göra synliga, eftersom hälsorådgivningstjänsten inte är till för alla.

Sedan finns det å andra sidan också sådana som klarar sig. Hur stort behov har vi av att försöka få tag i de människorna, om de testat sig någonstans, får sprutor och når någonstans, jobbar någonstans, sköter sitt liv? Vilket intresse, har de något behov av oss, vår typ av tjänst? En internationell uppskattning är hälsorådgivningsverksamheten när 60 procent så är det redan jättebra.

Antalet drogbrukare uppskattades till cirka 14 000–19 000 år 2005. Enligt verksamhetsstatistiken besöktes hälsorådgivningarna år 2005 av cirka 11 800 klienter, med totalt 80 000 besök. En grov uppskattning är att hälsorådgivningarna träffade cirka 63–85 procent av drogbrukarna 2005. Klientskap räknas oundvikligen dubbelt, speciellt på de områden där det finns rikligt med tillgängliga tjänster och ett tätt nätverk av hälsorådgivningar. Å andra sidan har hälsorådgivningarna koncentrerats till vissa områden, så det finns stora regionala skillnader vad gäller täckningen. Många klienter är rädda för att bli igenkända och stämplade, men den risken minskar genast om klienten har möjlighet att använda tjänsterna på ett annat område än sitt eget. Orsaken till att besöka en ort längre bort eller en grannkommun var ofta just anonymiteten, eftersom det på rådgivningen på den egna orten kunde finnas en anställd som var bekant från andra sammanhang eller en så liten och bekant miljö att uppgiften om droganvändningen kunde spridas.

På en liten ort kommer inte alla, trots att man får vara anonym. Ingen går genom dörren anonymt, det finns alltid en risk att man stöter på bekanta. Speciellt om man har barn kommer man inte. Vi har inga mammor och pappor som klienter, trots att de finns. Arbetande och studerande kommer inte.

Ofta ville man komma längre ifrån till hälsorådgivningen, trots att man hade kunnat få rena verktyg på närmare håll. Trots den låga tröskeln, kan tröskeln för att komma till hälsorådgivningen vara överraskande hög för en del användare, och besöken, speciellt på små orter, förblev inte alltid anonyma och obemärkta. Hälsorådgivningens tröskel höjdes också av att personalen byttes ut och då gick det långsammare att bygga upp förtroende och regelbundenhet, även om det inte var omöjligt. Å andra sidan berättades det att klienterna på rådgivningar där personalen hade varierat rätt mycket under årens lopp hade vant sig vid att det nästan alltid satt en annan person bakom disken. Uppkomsten av tillit kunde också höra samman med själva tjänsten och platsen och var inte alltid bunden till vissa personer. Tanken med hälsorådgivningen i Finland har från början varit att klienterna får använda alla hälsorådgivningstjänster oberoende av boningsort. På så vis behöver inte ärendet uträttas nära hemmet eller ens i den egna staden. I huvudstadsregionen möjliggör flera tjänster att det i praktiken är möjligt att välja vilken hälsorådgivning eller vilket apotek som man vill besöka. En av de intervjuade konstaterade att klienten borde få välja sin service, eftersom alla klienter inte kommer lika bra överens med alla anställda, och alla har inte en viss anställd som de litar på och som de alltid vill besöka.

4.2.3.10. Grupper som fordrar särskild uppmärksamhet

Klienter som fordrade speciell uppmärksamhet var inte alltid de som hamnade utanför hälsorådgivningens tjänster, utan det fanns även de klienter för vilka man upplevde att det inte fanns tillräckligt med resurser vid sidan av det dagliga hälsorådgivningsarbetet på grund av deras livssituation och risktagning. Personer och grupper som behöver särskild uppmärksamhet ansågs behöva större satsningar både vad gäller hälsorådgivningarnas och hälsovårdens tjänster. Mest funderade man över särskilda satsningar på kvinnor, ungdomar och bostadslösa.

4.2.3.11. Kvinnor

Kvinnornas andel av hälsorådgivningarnas klienter var 28 procent år 2005. År 2006 var 31 procent av drogklienterna i rusmedelsvården kvinnor (30 procent år 2005). Många intervjuade lyfte fram kvinnor som en grupp som behöver särskild uppmärksamhet och särskilda tjänster, i synnerhet i anslutning till prostitution och graviditeter. Kvinnors möjlighet att undvika hälsorisker och ställning i sociala kretsar upplevdes ofta som sämre än männens. Man konstaterade även att många kvinnor som har missbrukat droger länge och tillbringat lång tid i drogkulturen under årens lopp har "förlorat sin kvinnlighet" och att de måste vara "lika hårda som männen".

4.2.3.11.1. Prostitution

Man var medveten om att en del kvinnor är tvungna att sälja sig själva för att finansiera drogbruket. Prostitutionen är inte alltid frivillig, utan bakom kan det finnas en hallick, som även fungerar som kvinnans "säkerhetsman" och langare. Kvinnorna kan vara beroende av männen ekonomiskt, socialt och psykiskt. Dessa kvinnor upplevdes inte ha möjlighet att frigöra sig från den onda cirkeln av prostitution, droganskaftning och drogbruk själva. Rädsla eller våld hindrar många från att söka sig till exempel till föreningen Pro-tukipiste (stödcentral för prostituerade) eller till andra tjänster. Man menade att kvinnorna behöver riktade tjänster, till exempel gällande prevention och att skaffa barn, samt sådana hälsorådgivningstjänster som skulle vara öppna endast för kvinnor. I dessa tjänster skulle det vara möjligt att koncentrera sig på till exempel orsakerna till att kvinnors möjlighet att kontrollera riskerna upplevdes som allmänt sämre än männens.

Vid frågor om klienters prostitution, upplevde de intervjuade att det var svårt att definiera vad prostitution betyder i praktiken. Man konstaterade till exempel att "*om drogbruk är tabu, är prostitution det ännu mer*". Man visste att många kvinnor byter sex mot droger eller pengar, trots att de inte själva

nödvändigtvis upplever sig som prostituerade. Man visste att kvinnorna ofta har oskyddat sex, vilket kunde vara ett eget val, men ofta även kunde handla om tvång. Man upplevde också att kvinnor i allmänhet har mer begränsade möjligheter att neka till sex eller att använda kondom. Alla de intervjuade visste att det bland klienterna finns de som systematiskt utövar prostitution, sex mot betalning, som huvudsaklig inkomstkälla, men det är relativt få. För dem är det fråga om ett yrke och sexet är därför oftast skyddat. Man visste att största delen av dem använder föreningen Pro-tukipistes tjänster. Svaren på hur många som utövar prostitution varierade mellan "några" och "inte fullt hundra". Personer som säljer sex eller byter sex mot tjänster fanns bland unga kvinnor "som ser vanliga ut", personer med rysk bakgrund, stripteasedansare, hiv-positiva och många andra, även män. Det fanns inga speciella sätt att känna igen dem och det behövs inte nödvändigtvis heller, men om man visste om saken uppmuntrades kvinnorna att kontakta föreningen Pro-tukipiste och man gav dem rikligt med kondomer. Man upplevde att det i regel är unga kvinnor som byter sex mot tjänster, även om fenomenet förekommer i alla åldersgrupper. Man förknippade unga kvinnors prostitution med många olika risker och även med direkt utnyttjande.

Hälsorådgivningen Nervi i Tammerfors genomförde år 2006 en sexualhälsoenkät, som besvarades av cirka hundra klienter. Trots att det inte fanns någon direkt fråga om sexuellt våld, berättade en del om våldtäkter och sexuellt våld som de hade råkat ut för både i parrelationer och utanför dessa. På frågan om man hade sålt sex för pengar eller droger svarade 19 av 96 svarande "ja" och av dem var 12 stycken män (Ovaska et al. 2006). Att byta sex mot pengar eller droger är inte ovanligt bland klienterna vid någon av hälsorådgivningarna, och fenomenet begränsar sig inte enbart till kvinnor. Många berättade att de hade funderat på sjukdomar som sprids via oskyddat heterosex och riskfyllt sex och menade, till exempel vad gäller spridningen av hiv, att heterosex småningom kan bli den

huvudsakliga smittvägen även för sprutdrogbrukarna. Att finansiera drogbruket med sex är en effektiv smittväg för hiv och andra könssjukdomar och genom prostitution kan sjukdomarna spridas från drogbrukare även till majoritetsbefolkningen. Å andra sidan påminde många om att sjukdomar också kan spridas från majoritetsbefolkningen till drogbrukarna, eftersom drogbrukarna inte lever åtskilda från det övriga samhället och det finns många människor bland majoritetsbefolkningen som inte vet om att de är smittade. Som många av de svarande konstaterade är prostitution ett svårt och svävande begrepp och klienterna själva uppfattar inte nödvändigtvis sin verksamhet som prostitution.

4.2.3.11.2. Graviditeter

Att träffa gravida drogbrukare upplevdes ofta som svårt och som ett av hälsorådgivningsarbetets mest utmanande ämnen. På grund av anonymiteten kunde man inte ingripa i situationen utan klientens medgivande eller egen önskan. Man var i synnerhet rädd för att skrämja bort den blivande mamman, om man ingriper i situationen till exempel genom att kontakta barnskyddet eller föreslå behandlingsalternativ. Man var tvungen att tillämpa särskild försiktighet och sätta sig in i den gravidas situation. Vanligen strävade man efter att diskutera graviditeten med klienten genom att berätta för henne om vårdalternativ och uppmuntra henne att söka sig till exempel till specialpolikliniken för gravida användare (DAM-poliklinik)¹⁹ eller till annan öppenvård. Ofta erbjöd sig personalen i dessa fall att följa med klienten åtminstone på det första besöket. Flera av de intervjuade kände till familjestödcentret Päiväperho i Tammerfors och önskade att liknande tjänster även skulle finnas på annat håll i Finland. Päiväperho erbjuder en lättillgänglig tjänst för gravida användare eller småbarnsfamiljer och fungerar som kontakt mellan barnskyddets, rusmedelsvårdens samt moderskaps- och familjerådgivningarnas tjänster. Om klienten

inte gick med på att söka sig till vården, följde man upp hennes besök, drogbruk och situation och gav så mycket stöd som möjligt. Många klienter sadades sluta besöka hälsorådgivningen då de blev gravida, vilket gjorde det ännu svårare än tidigare att ingripa i situationen. Många dolde även sin graviditet, till exempel av rädsla för tvångsvård eller myndighetsingripande, vilket kan leda till att både mamman och barnet förblir utom räckhåll för vården. Ibland hörde man om graviditeten och om den gravida kvinnans fortsatta drogbruk av andra klienter, då de hämtade rena verktyg till den väntande mamman.

Det är hemskt då man vet vem den person som hämtar för dem till och vet att där finns en bebis eller ett barn. Och man vet inte alls hur det är där. Sedan de som inte vågar, som är gravida. De vågar inte komma hit, och sedan berättar de inte heller på rådgivningen om missbruket förrän det i något skede kommer fram. De är redan i slutet av graviditeten då det kommer fram att de använder. De vågar inte komma hit då de väntar barnet, ifall jag eller någon annan skulle ringa dit [till socialarbetaren], och de sedan skulle föras någonstans eller vara tvungna att genomgå abort eller tvångssterilisering. Här var nyligen en sådan kvinna, väldigt trevlig, använt droger länge. Sedan slutade hon mitt i allt att komma hit. Senare råkade en kamrat nämna att hon väntar barn. Hon slutade komma hit genast då hon började vänta. Hon missbrukade hela tiden, nästan ända till slutet.

Å andra sidan nämndes det att många tar upp sin graviditet första gången på hälsorådgivningen och enligt erfarenheterna går största delen av de gravida drogbrukarna till slut med på att söka sig till adekvat vård. Under början av graviditeten kan hälsorådgivningen för många vara den enda tjänstekontakten och för många den enda plats där man vet om både graviditeten och missbruket. På några av hälsorådgivningarna utförs graviditetstester och på några platser där det finns läkartjänster görs även gynekologiska undersökningar. På så sätt hade

¹⁹ Drog -, alkohol- och medicinalpoliklinik

man strävat efter att sänka tröskeln för att berätta om graviditeten och ämnen gällande den sexuella hälsan så mycket som möjligt. Dessutom har några rådgivningar ingått avtal om att styra klienterna till lättillgängliga gynekologiska tjänster, vilket har visat sig vara en mycket god praxis ur kvinnans synvinkel. Gravida och även nyförlösta kvinnor eller föräldrar till minderåriga barn vågar ofta inte berätta om eller söka hjälp för sitt rusmedelsproblem av rädsla för att förlora barnet. Man visste att många användare har barn hemma och ibland kom de till hälsorådgivningen med barnvagnen. Då och då blev man tvungen att kontakta barnskyddet, men då man inte kände till personens namn blev processen ofta på sätt och vis på hälft och mamman kunde försvinna med sina barn utom räckhåll för tjänsterna. Några av de intervjuade ansåg att det borde vara hårdare tag i värden av användare under graviditetstiden och finnas fler möjligheter att ingripa i situationen. Man nämnde att tvångsvård under graviditetstiden för några av klienterna skulle kännas som ett radikalt sätt men det enda sättet att skydda barnet. Speciellt när det blev tal om barnets ställning och barnets framtid, blev många av de intervjuade påtagligt allvarsamma och berättade om sin frustration över att de egna möjligheterna att påverka är begränsade. Vad gäller sprutdrogbrukare som blir gravida upplevde man det som problematiskt att de inte nödvändigtvis berättade om sitt missbruk på rådgivningen och man visste att många klienter använde droger genom injektion under hela graviditeten. Därför ansåg man att eventuell exponering för sjukdomar både vid gemensam användning av verktyg och vid sex är fenomen som fordrar särskild uppmärksamhet.

Man såg det som ett problem att många, speciellt unga, sprutdrogbrukare vill bli gravida. Att bli gravid konstaterades också vara ett relativt enkelt sätt för att få substitutionsbehandling. Graviditet som en väg för att få substitutionsbehandling kunde förutom av den väntande mamman användas av den dåvarande partnern eller partnerna.

Vikten av familjeplanering och angelägenheter i anslutning till graviditetsprevention betonades som en viktig del av hälsorådgivningsarbetet. Som det har konstaterats fortsatte många kvinnor sitt riskbeteende under graviditeten och exponerades fortsättningsvis för olika hälsoolägenheter och smittsamma sjukdomar både genom injicering och oskyddad sex. På de orter där det inte finns särskilda tjänster för missbrukande mammor eller familjer önskade man mer samarbete med ortens rådgivning. Av erfarenhet visste man att blivande mammor nästan aldrig vågade berätta om droganvändning på rådgivningen och att mammorna å andra sidan heller inte egentligen tillfrågades om saken på rådgivningarna.

4.2.3.12. Minderåriga och ungdomar

Minderåriga besökte hälsorådgivningen förvånansvärt sällan. Antalet minderåriga antogs inte vara stort, men ändå större än vad statistiken låter förstå, även om många minderåriga inte vågar besöka hälsorådgivningen. Trots att inte enda rådgivning officiellt betjänar minderåriga, hade alla anställda erfarenhet av klienter som man visste eller trodde var minderåriga. Att träffa minderåriga drogbrukare upplevdes som en annan av hälsorådgivningsarbetets svåraste frågor. Alla anställda var medvetna om att det finns sprutdrogbrukare bland minderåriga och att flera börjar sitt missbruk redan som minderåriga.

Av de drogbrukare som deltog i undersökningen Riski hade nästan hälften börjat injicera innan de fyllde 18 år och var femte innan de fyllde 16 år (Partanen et al. 2006). Klientskap med signatur och födelseår gör att ingen kan avvisas från tjänsterna, även om man skulle ana att klienten är minderårig.

De finns, det finns säkert fler än vad vår statistik berättar. Statistiken visar minimiantalet. Jag tror att de är fler, eftersom folk anger födelseåret så att de blir 18. När de sedan fyller 18 på riktigt, säger de att "nu kan vi byta födelseåret". Å andra sidan är det verkligen svårt att säga exakt ålder till

exempel på unga flickor. Om någon vill byta verktyg utgår vi från det, det är det viktigaste.

Nog har vi försökt att dra gränsen så att vi inte byter åt minderåriga. Men sedan finns det den andra sidan, som jag tänker på, d.v.s. att då använder de använda verktyg. Om inger ger dem åt dem, så finns ju de använda. Å andra sidan, om vi börjar ge åt dem, så kommer barnskyddet in. Finlands lag kommer emot där. De är minderåriga och får inte droger, då de inte får alkohol heller. Det är en av de ömtåligaste frågorna.

Det är mycket svårt att binda minderåriga användare till hälsojourerna och det är inte säkert att de får den hälsohandledning de skulle behöva på annat håll. Om klienten visar sig vara minderårig, till exempel genom att av misstag säga sitt riktiga födelseår, diskuteras fortsatta åtgärder med klienten. En av de intervjuade betonade att om man måste kontakta myndigheterna, bör man berätta om det ärligt för den minderåriga och inte till exempel ringa till socialjouren utan att berätta om det för klienten. Då den unga hör detta är det troligt att han eller hon avlägsnar sig och kanske aldrig återvänder.

Att skrämja bort den unga upplevdes som mycket skadligt, eftersom den unga i värsta fall kan avstå från alla tjänster redan i början av drogbruket. Om de unga är rädda eller likgiltiga är det mycket svårt att berätta för dem om riskerna. Det nämndes att de unga eller minderåriga ofta ännu håller på att förälska sig i droger och att de inte tror att de någonsin skulle kunna bli drogbrukare. En del ungdomar konstaterades uppfatta droger som "häftiga" och "ett bra alternativ till alkohol". Man konstaterade att ungdomarna tar väldigt många risker och att många inte förstår vilka risker som kan förknippas med drogbruk.

Kanske riskerna inträffar i det skede då de lär sig och fungerar som lärlingar. När de lär sig av vänner eller kamrater hur de ska använda drogerna, så kan de inte. I det skedet är de liksom beroende av andra, de tar emot det som erbjuds.

Många trodde eller visste att det bland klienterna finns personer som för rena verktyg till minderåriga. I intervjuerna lyfte man också fram ungdomarnas sexuella beteende, som man visste var riskabelt, och uppgiften om att de unga har många könssjukdomar. På en del orter hade man även hört om hepatit C-infektioner hos minderåriga av bekanta läkare. Oron över att minderåriga blir utan rådgivning om säkert sex och rena verktyg var stor. Mest funderade man över om man ska ge dem rena verktyg och hälsorådgivningens tjänster. Majoriteten av de intervjuade ansåg att drogbrukarna bör garanteras tillgång till rena verktyg och alla andra hälsorådgivningstjänster, oberoende av ålder. En del sade att man inte kan inverka på minderårigheten på grund av anonymiteten, även om man kan försöka skapa en saklig förmedlande atmosfär, där de får all den information och det stöd som övriga användare får.

Det vanligaste argumentet för att byta ut minderårigas verktyg var att de om några borde erbjudas rena verktyg, eftersom de ännu inte har sjukdomar, många börjar missbruka som minderåriga och ofta tar många risker utan att veta om det eller förstå. För många var det obegripligt att just minderåriga skulle vara tvungna att injicera med andras använda verktyg och utsätta sig för hälsorisker. Man visste att ungdomar ofta hinner få åtminstone hepatit C innan de blir klienter hos hälsorådgivningarna. Hepatit C-infektion tyder nästan utan undantag på sprutdrogbruk och på hälsorådgivningarna visste man att minderåriga i viss mån bär på hepatit C-infektioner. Den yngsta bäraren av hepatit C som man hade stött på var 15 år. Man upplevde det som mycket viktigt att vaccinera ungdomar, trots att man i så fall måste veta klientens rätta födelseår och namn. Man hade fått bud från barnskyddsmyndigheten att de nog visste om många av de minderåriga drogbrukarna och att det är bra om de erbjuds rena verktyg. En av de intervjuade konstaterade att alla minderåriga emellertid inte omfattas av barnskyddet och att de som är anställda inom barnskyddet inte är de första

som varnar för C-hepatit. Alla av de intervjuade understödde utbyte av verktyg även till minderåriga, även om ett par av de intervjuade resonerade kring lagligheten. Många sade att de inte under några omständigheter skulle vilja byta ut verktyg till barn, men att det fanns skäl att garantera tillgången till rena verktyg för dem som är strax under 18 år. Största delen av de minderåriga som redan brukar droger genom injektion och som man nådde ut till genom till exempel fältarbete, är cirka 16–17 år, inte nödvändigtvis yngre än så.

Vi försöker speciellt nå ut till minderåriga. Problemet är snarare det att vi inte träffar ungdomar, än att det skulle vara något annat problem med dem. Vi vill lyfta fram de minderårigas klientskap och dess förfärlighet, väcka känslor, men först borde man träffa dem, skapa kontakter. Låt oss tänka på det, då vi har jättemånga minderåriga klienter. Men då de inte finns på någon hälsorådgivning. Där ser man för övrigt hur folk förhåller sig till hälsorådgivningen – det är helt hemskt om någon minderårig kommer till hälsorådgivningen. Fast personen skulle röra sig på fältet i något gäng, men om han eller hon kommer till rådgivningen, så du milde tid. "Tar ni emot minderåriga?!" . Då undrar man om människor tror att hälsorådgivningen är ett nattsvart tomrum? Om klienten själv kommer har man åtminstone någon kontakt till honom eller henne.

Alla de intervjuade nämnde att det finns fler sprutdrogbrukare bland minderåriga än hälsorådgivningarnas statistik låter förstå och att man på fasta hälsorådgivningar inte träffar denna grupp i tillräcklig utsträckning. Man strävade efter att utveckla nya medel för att nå denna användargrupp, närmast med hjälp av uppsökande arbete och samarbete med ungdomsbyrån. Trots att man förmodade att största delen av de minderåriga redan hörde till barnskyddet, framhävde man även att kontakten till barnskyddet inte räcker för att avlägsna smittoriskerna.

4.2.3.13. Bostadslösa

År 2006 var 11 procent av drogklienterna i rusmedelsvården bostadslösa (12 procent år 2005). Bland de klienter som deltog i undersökningen Riski meddelade 12 procent i startintervjun att de var bostadslösa (Partanen et al. 2006). Intervjuerna tydde på att det nästan utan undantag fanns bostadslösa bland alla hälsorådgivningars klienter, och detta verkade inte stå i samband med stadens eller ortens storlek. På en del rådgivningar uppskattade man att cirka 30 procent av klienterna var bostadslösa och på andra var uppskattningen lite över tio procent eller något enstaka fall. Många konstaterade att alla bostadslösa i själva verket inte är helt utan någonstans att bo, utan flera har vänner eller bekanta hos vilka de kan vistas, eller om någon bekant sitter i fängelse kan de bo i dennas bostad. Man trodde att bostadslöshet och social marginalisering är förknippade med större risktagning och risksituationer. Speciellt att sköta injektionshygien upplevdes som ett stort problem.

De [hemblösa] är ofta sådana att de använder vad som helst när de råkar få tag på något. De lever på sätt och vis på andra, eftersom de inte längre riktigt kan stjåla. Man ser redan på en kilometers avstånd att den där kan man inte släppa in eller så måste vakten följa efter hela tiden. Inte kan de sälja sex heller, de har inte kapacitet att spela på fältet. På sätt och vis är det lite så att de får leva på allmosor. Nog betalar de ändå säkert med pengar. Men de använder alldeles säkert vad som helst och det kan hända att då de får en bit av någonting, så spelar det ingen roll vad de injicerar det med. Det är så trassligt. Om de hade mat, bostad, all annan trivsel där, och inte var så illa ute – även om de hade mentala problem, också svåra – så skulle det väl ändå utgöra bättre förutsättningar för att sköta injiceringen?

Enligt Ristola (2003) innebär övernattnings till exempel i ett natthärbärge eller en bostad som fungerar som knarkkvart att drogbrukarna exponeras för tuberkulossjukdomar. På grund av immunbrist i samband med hiv-infektion kan tuberkulossjukdomar spridas snabbt, om

det finns ett märkbart antal hiv-smittade bland drogbrukarna. (Ristola 2003.) För att minska smittoriskerna bland bostadslösa föreslogs i flera intervjuer användarrum, där det skulle vara möjligt att använda droger i en ren och övervakad miljö. I intervjuerna konstaterades det att finländska bostadslösa drogbrukare, trots marginaliseringen och multiproblematiken, internationellt sett är i relativt god kondition, de har möjlighet att få hälsotjänster och ekonomisk hjälp. I Finland är drogbruket tämligen osynligt och öppet injicerande syns inte i stadsbilden. Man trodde att endast få lever i absolut misär och hemlöshet och att dessa i huvudsak är koncentrerade till Helsingfors. Å andra sidan upplevdes bostadslösheten som ett svävande begrepp, eftersom många byter bostad i snabb takt och man konstaterade att klienternas liv ”även annars är så kaotiskt”. Det konstaterades att de som är helt utan stadigvarande bostad besöker hälsorådgivningen lite oftare än de övriga klienterna, eftersom de inte har någonstans där de kan förvara sprutor och nålar och det konstaterades att de även annars rör på sig mera. Bostadslösa har egentligen ingen annan plats än hälsorådgivningen där de kan reda ut sina ärenden. Bostadslösheten eller den verkliga hemlösheten syntes speciellt vintertid, då de som var allra sämst därnär berättade att de bodde till exempel i trappuppgångar. Det berättades att många av de långtidsbostadslösa hade portförbud till nästan alla bostadstjänster och andra tjänster. På de rådgivningar där det finns till och med hundratals hemlösa klienter, konstaterades att de ofta begår brott i hopp om att få sitta i fängelse över vintern. Det samma säger Hypén (2004), som undersökt flegångsförbrytare. Hans undersökning visar att bostadslösa i synnerhet på vintern tar till brott för att få mat och bostad, för att få sitta i fängelse (Hypén 2004, 56). Man nämnde att det kändes mycket illa att höra hur människor funderade på om de borde begå ett brott eller se till så att de fick hiv, för att få tjänster som tillfredsställer grundbehoven.

4.2.4. Olagligt drogbruk

4.2.4.1. Droger som används

Alla nämnde att de mest använda intravenösa drogerna bland klienterna var amfetamin och buprenorfin och förekomsten av dessa verkade vara tämligen jämnt fördelad bland klienterna vid olika hälsorådgivningar. Många nämnde dessutom ett rikligt bruk av cannabis och bensodiazepiner²⁰. Av dem som svarade på undersökningen Riski hade cirka 95 procent någon gång använt cannabis och cirka 80 procent bensodiazepiner.

Bensodiazepinerna konstaterades hjälpa mot abstinensbesvär eller förstärka opiaternas effekt och de användes mycket ofta sida vid sida (Partanen et al. 2006). Användningen av olika mediciner förekom verkligen mycket bland hälsorådgivningarnas klienter. Speciellt användningen av bensodiazepiner upplevdes som riklig och de användes både mot abstinensbesvär och till exempel som drogsstitut. Många konstaterades även använda mediciner intravenöst. Alla de intervjuade ansåg att nästan alla klienter mer eller mindre var blandanvändare, trots att många klienter uppgav att de i regel håller sig till ett ämne, ofta antingen opiater eller stimulantia.

Men åtminstone då man ser på våra klienter, så duger allt. Trots att de själva påstår att "jag använder åtminstone inte det och det, utan bara lite av det här". Nog tycker jag mig ha sett att vad som helst går in.

Många upplevde att ett oregerligt blandmissbruk ofta medför större hälsorisker och märkbart försvårar eventuell vård.

Det är väldigt få som använder enbart buprenorfin. Finländarna använder bensodiazepiner. Blandanvändaren tar större risker. Hur kan vi veta vad klienten har använt? Det finns buprenorfin eller amfetamin

²⁰ Ängstdämpande, lugnande, muskelavslappande och krampmotverkande läkemedel

och sedan en ryslig läkemedelsarsenal, så inte tar man längre reda på vilken effekten är.

Huvuddrogerna varierade från ort till ort, såtillvida att alla hade erfarenheter av säsongsmässig tillgång till amfetamin och buprenorfin och deras roll som huvuddrog varierade tidvis. Ofta var det så att om det ena inte fanns att få kunde man använda det andra.

I: Finns det många blandanvändare bland klienterna?

S: Alla. Om tjacket [amfetamin] tar slut på stan, super de eller tar Subutex [buprenorfin]. Det finns ingen ren alkoholist eller ren droganvändare, en sådan skulle man kunna visa på utställning. Nuförtiden har de lärt sig att gå på tillnyktring för att få Diapam, de har förstått att de slipper baksmälla med det. Det är i någon mån alltid blandmissbruk, gambling.

Under samma vecka kunde man på en ort berätta om den dåliga tillgången på buprenorfin, medan man på annat håll berättade att tillgången plötsligt hade förbättrats. Uppenbarligen varierar tillgången på amfetamin och buprenorfin runt om i Finland och även tillgången på andra ämnen kan förändras hastigt och vara beroende av orten.

I allmänhet blandar de, åtminstone mediciner. En del använder bara amfetamin och mediciner, andra bara Subutex och mediciner. Det finns också de som använder amfetamin och Subutex som en cocktail. Minoriteten skulle inte använda bensodiazepiner, antingen använder de Subutex eller amfetamin. Det är väldigt få som använder heroin. Heroin blev utbytt mot Subutex för sju år sedan. Varför skulle inte situationen kunna ändras igen? Nu finns det kokain på marknaden och någon nämnde också crack. Det har varit tal om kokain och dyrt är det ännu. Det finns ingen orsak till varför heroinet inte skulle komma igen om marknaden ändras, användare finns nog.

Buprenorfin, närmast Subutex, upplevdes av klienterna som tryggt tack vara den jämna kvaliteten och det var inte många som saknade heroinet, som de eventuellt hade missbrukat tidigare. Man drar nytta av den jämna kvaliteten i köp- och säljsituationer, dosens storlek kan inte ökas förutom till en viss punkt och man kan inte ta överdos av det som sådant. I en intervjuundersökning av Malin et al. (2006) kommer det fram att många har ersatt heroinmissbruket med buprenorfin och att man även har lyckats minska eller ta sig ur amfetaminmissbruk med buprenorfin (Malin et al. 2006). Buprenorfin upplevdes ofta som ett läkemedel, inte som en drog och användningen upplevdes alltså inte nödvändigtvis som drogbruk, utan som medicinering. De som använde buprenorfin var inte så drogade som heroinanvändarna och det var märkbart lättare att kommunicera med dem. För många var buprenorfin självmedicinering och det yttersta syftet var inte att bli redlöst drogad, utan närmast att bevara handlingskraften och medvetandet. Många funderade emellertid på vilken roll substitutionsbehandlingen och buprenorfinet, som ges vid denna behandling, skulle ha för dem som inte tidigare hade varit beroende av heroin, utan som från början uttryckligen hade använt buprenorfin. Av de personer som använde buprenorfin genom injektion och svarade på undersökningen av Alho et al. (2007), uppgav över 75 procent att de använde buprenorfin som egenvård för sitt beroende eller för att förhindra abstinensbesvär. Endast cirka 10 procent svarade att orsaken till användningen var att uppleva eufori och njutning. Egenvården av beroendet kan även hålla drogbrukarna medvetet borta från heroin, vilket gör att efterfrågan på heroin är liten (Alho et al. 2007, 76). Den jämna kvaliteten som uppskattas av många hör samman med minskad risk för överdos, renhet och ett tydligt pris. Buprenorfin är emellertid livsfarligt tillsammans med alkohol och i synnerhet med bensodiazepiner. Också injektions bruk ökar risken. (Kintz 2001.) Denna kombination användes dessvärre ofta bland klienterna.

Heroinet konstaterades vara huvuddrogen ännu i början av 2000-talet, men det hade nästan helt försvunnit under årens lopp. Å andra sidan hade klienterna år 2007 själva berättat att tillgången på heroin hade förbättrats märkbart och utifrån klienternas dåliga kondition trodde man att tillgången verkligen hade förbättrats.

GHB och GBL, som förlamar det centrala nervsystemet, konstaterades vara rätt nya fenomen bland klienterna och man var rädd för att användningen av dessa håller på att bli vanligare. Det konstaterades i intervjuerna att det är viktigt att veta vilka droger klienterna använder och hur, för att man i tid ska kunna informera om de risker som uppstår vid användningen och varna för dem. Med andra ord, personalen strävar alltid efter att ligga steget före sina klienter, innan en ny drog eller ett nytt användningssätt blir mer allmänt. Till exempel injektions bruk av GHB och GBL var ett tämligen nytt fenomen och man var tvungen att resonera kring innehållet i ett riktat varningsmeddelande. Det allmänt förekommande blandmissbruket var överraskande och alla de intervjuade nämnde att klienterna nästan utan undantag var blandanvändare. De mest använda rusmedlen var buprenorfin, amfetamin, alkohol, cannabis och mediciner. Det fanns utsagor om några enskilda personer eller grupper som endast använde ett rusmedel, som hade en lång användarhistoria och som ändå kunde kontrollera sitt liv förhållandevis bra. De var i regel heroinanvändare. Livskompetensen verkade vara sämre bland blandanvändare och stimulantiaanvändare, även om helt okontrollerat drogbruk inte definierade hela klientelet. För många varierade huvuddrogen beroende på tillgång, mående eller motiv och en av de intervjuade berättar att:

De som vill få substitutionsbehandling säger öppet att de använder Subutex, även om de skulle använda amfetamin.

Injektionsbruk av anabola ämnen, närmast hormoner, orsakar på samma sätt en hälsorisk, om verktygen används gemensamt eller många

gånger. I intervjuer som gjordes med fångar år 1995 meddelade 9,6 procent av de tillfrågade att de använt anabola steroider och 3,7 procent av de tillfrågade hade använt dem även under fängelsetiden (Korte et al. 1998). De intervjuade tillfrågades om det bland deras klienter finns sådana som injicerar anabola ämnen. Största delen svarade ja, men att det finns tämligen få av dem. Största delen av dem som injicerade anabola ämnen var män och de använde även andra droger, särskilt amfetamin. I skaran fanns det å andra sidan också sådana som endast använde hormoner och som hämtade sprutor och nålar på hälsorådgivningen. De som injicerade anabola ämnen ville gärna ha nålar med vilka man injicerar i muskler och som är längre än normalt. Några hälsorådgivningar hade sådana nålar i sitt sortiment. På basis av åtgången på nålar för injicering i muskler trodde en del av dem som svarade att de som injicerar anabola ämnen i själva verket var fler än vad de visste om och att till exempel amfetamin- eller buprenorfinmissbruket kom i första hand för många. En av de intervjuade beskriver klienter som använder hormoner:

Det syns utåt och de säger rätt ut att de injicerar hormoner.

I: Använder de andra droger?

S: De använder alltså allt möjligt, heroin, Subutex, metadon, allt hopblandat, lite av allt i något skede. Och sedan vet jag också om en som injicerar helt regelbundet och alldeles okontrollerat. Det syns alltså alldeles utanpå att den klienten har injicerat hormoner under en lång tid. Inte vill jag vara i vägen då den personen får ett utbrott.

En annan av de intervjuade berättar om klientens motiv för att använda hormoner:

En av dem är en ganska aktiv droganvändare, men använder också anabola aktivt. Han motiverar sin användning med att han besöker gymmet för att vara i bättre kondition, eftersom han har hiv.

Det största hotet vad gäller användningen av droger ansågs vara att tillgången på buprenorfin håller på att bli sämre och att heroinet kommer i stället. Andra saker som upplevdes som problematiska var hiv-situationen i Estland, att heroinet kommer till Finland därifrån och att användarpopulationerna blandas.

Just nu besöker våra klienter Tallinn. Jag har någon gång intervjuat dem. Om man tänker att 50 procent av IV-drogbrukarna i Tallinn är hiv-positiva, så har de ändå inte särskilt mycket med varandra att göra. De använder ganska mycket heroin där och våra klienter åker dit för att hämta buprenorfin och lugnande.

I: På något vis skulle man tro att det är heroin de vill ha. Buprenorfin är alltså inte ett substitut, utan det är huvuddrogen?

S: Jo, det är huvuddrogen. Det är ju många som säger att de är riktigt nöjda då de har bytt det [heroinet] mot buprenorfin.

Det har inte rapporterats om hiv-infektioner som kommit från Estland till följd av sprutdrogbruk och endast några få hiv-infektioner som kommit från Ryssland till följd av sprutdrogbruk har registrerats. Trots att alla de intervjuade nämnde att det finns många bland deras klienter som använder buprenorfin vid heroinavvänjning och som en självkontrollerad substitutionsbehandling, fanns det även många bland klienterna som inte tidigare har varit beroende av heroin. Det upplevdes som ett hot att tillgången på buprenorfin är dålig och att användningen av andra ämnen som tar buprenorfinets plats därför ökar.

Man ser lite av heroinet nu ännu, men det har kommit upp, de pratar om det. Jag menar inte att det är bra då de injicerar Subutex, men alternativt berättar klienterna att de använder GHB och GBL mot abstinensen. Då finns där GHB, GBL, alkohol, mediciner, benzo. Det är inte alls någon bra kombination. Sådana riskfaktorer finns och det kommer alltid fler av

dem. Det att Subutex inte finns tillgängligt betyder verkligen inte att de inte använder någonting alls. De får inte längre så mycket [Subutex] från Estland som de gjorde förr.

4.2.4.2. Att börja använda droger

Det fanns ingen direkt fråga om att börja använda droger, men många berättade att klienterna hade berättat om orsaker och situationer som lett till att de ursprungligen hade börjat använda droger intravenöst. För många klienter hade användningen börjat för att lindra illamående, för att man var intresserad av eller nyfiken på erfarenheten, men ibland var användningen även dikterad av omständigheterna.

Givetvis är det alltid personens eget val, inte är det ju någon annan som orsakar att du använder droger, alltså i sista hand. Men inte är det alltid ett eget val trots det. Jag vet om sådana härifrån som använder i andra och tredje led. Om du redan är ett FAS-barn till exempel, så vad har du för val?

Många klienter hade berättat att de aldrig hade tänkt övergå till injektionsbruk ursprungligen, eftersom det upplevdes som ett motbjudande användningssätt. För en del av klienterna hade det tagit år att övergå till injektionsbruk, medan andra hade börjat använda droger genom injektion nästan från första stund. Man hade ofta lärt sig att injicera av den som man skaffat drogen av och det var inte många som hade injicerat själv första gången.

Det är vanligast för de unga nybörjarna att de förrirrar sig till något hemmaparty. Där finns oundvikligen en langare som vill få nya kunder, eftersom langarens egen tillgång på droger beror på det. Sedan finns där de som hjälper att injicera. Och det kan vara den ena gången som du testar och så är du där. De säger att det har kommit heroin på nytt nu igen.

I: Har det?

S: Ja, ja. De säger att de här unga inte vet vilken drog de leker med. Det finns och enligt

vad jag hört är det nu något helt rent.

I: Hur går det till när de börjar injicera?

S: Kanske har det att göra med den övriga rusmedelskulturen. Det är ett sådant riskbeteende som det bara kan vara att dricka sig själv berusad. Då man är väldigt berusad förstår man inte vad man gör, med vem man går, om det är kallt ute, om man faller på någon vass kant. Att injicera är kanske samma sak, man måste nå den yttersta gränsen genast. Man bryr sig helt enkelt inte. Det är ju många som börjar missbruket genom att injicera. Nålen är ganska nära cannabis. I någon publikation hade det funnits en artikel om att vi skulle kunna prata med klienterna om att de inte ska lära upp unga användare. Om en yngre användare är med, så lär inte upp honom eller henne. "Vägra att lära ut och var noga med att inte injicera så att någon annan ser det, det är din egen sak och ditt eget problem och ditt eget sätt, locka inte andra." Före detta användare började i tiden använda cannabis och svor på att aldrig injicera. De började använda tyngre droger genom munnen och hörde redan till gänget. Det var en vacker dag då en kompis gav råd och lärde ut hur behändigt och snabbt det går att injicera. Kompisen var genast där med utsträckt hand. I det skedet orkar man inte bry sig om sig själv. Man är nyfiken och intresserad av upplevelsen.

Ofta hade drog- eller rusmedelsmissbruket fortsatt under flera generationer och man hade fått modellen för drogbruket redan som barn. För många sades missbruket börja genom någonting som gällde skolan, såsom olika inlärningssvårigheter eller mobbning. Orsaken till att börja använda droger var många gånger att man kände samhörighet med den grupp som använde droger, att man upplevde sig själv som betydelsefull och att man blev accepterad. Å andra sidan hade inte alla problem i bakgrunden. Det fanns även sådana klienter för vilka det att experimentera med droger hade varit en erfarenhet bland andra erfarenheter som man kunde få för pengar. Några av klienterna hade ursprungligen haft

mycket extra pengar till sitt förfogande. Ofta upplevde man att samhällets oförmåga att hjälpa en person med dennas ursprungliga problem inverkad på ett fortsatt drogbruk och i sista hand ifrågasatte man servicesystemets möjligheter att hjälpa vid problem i anslutning till drogbruk. Samhällets roll ansågs vara tudelad, eftersom många var redo att ta emot samhällets hjälp, trots att de kände en viss bitterhet gentemot samhället och dess instanser.

Om man på något sätt kommer över den här medelklassbilden som medierna skapar av våra klienter – jag representerar säkert själv också medelklassen – om man kommer över det att användare är det här och användare är det där. Så det här är intressant, de här människornas berättelser är helt ofattbara. I dem finns en främmande värld, som många gånger också är skrämmande. Inte människorna, kanske de också någon gång, men berättelserna är sådana att de kryper under skinnet på en. Låg tröskel, inte kan vi egentligen fly härifrån från deras berättelser. Nog är de ju tunga ibland, men var och en måste hitta sina egna sätt att komma över dem.

I: Vilka historier är de tyngsta?

S: Nå den vanliga, själv strävar jag alltid efter att i historierna ta reda på varifrån den här människan kommer och varför. Att alltid söka svaret på frågan "varför". Varför kommer personen hit eller varför använder han eller hon dessa tjänster? Ibland får man veta och nog finns där alltid någonting i personens bakgrund. Det kan vara vem som helst av våra klienter, man hittar nog alltid ett frö där.

I: Vad är det för frön?

S: Det handlar om läs- och skrivsvårigheter, barnskyddsbakgrund, allt möjligt. Det går alltid att hitta något slags samband mellan orsak och följd. Inte letar jag efter dem, alltså att de skulle intressera på det sättet att jag skulle söka efter dem. Jag funderar bara på varför den människan är här utifrån

berättelserna. Det är intressant hur de klarar sig med sin egen bakgrund. Om historien på något vis börjar öppna sig kan man kanske komma så långt att man i något skede kan säga någonting rakt ut till den personen: "Varför fortsätter du med det här, din pappskalle?". Sådana tillfällen kommer då man på något vis kommer så nära att man kanske kan säga: "skulle det finnas skäl att sluta injicera?" eller "skulle det finnas skäl att söka vård?". Eller om personen höjer rösten så kan man säga att "nu är du tyst". Det uppstår någon sådan kontakt. Det är så för mig att jobba här.

I: Man får förtroende för varandra?

S: Precis.

I: Trivs du i ditt arbete?

S: Ibland trivs jag, ibland inte.

I: Känns det här som något meningsfullt och viktigt?

S: Ja, absolut. Här finns sjukt många nivåer. Det finns folkhälsoaspekten och så finns det människorättsaspekten. Det här är en sorts – det här kanske låter som det låter, men trots det tycker jag det – tillflykt för dessa människor. Om tiden går och det uppstår någon sorts från mig till dig-kontakt med vem som helst av de anställda här, så kan de vara de enda ställena i deras liv där ... Med det dagliga kaoset där många av dessa människor lever. Där händer sådana saker som vi inte ens vill höra om.

I: Är det så kaotiskt?

S: För många är det det. Och var är de platser där de kan dela dem, söka någon sorts lindring för det, för de händelser som de blir tvungna att ta emot där. Den vägen är det viktigt. Den vägen tänker jag att om det finns sådana platser där de utslagna på något vis kan ta sig från det grå området hit till närheten av normaliteten – eller låt vara vilken nivå som helst – så måste det även vara

tryggt för samhället, eller hur? Om subkulturen helt lever sitt eget liv och ingen vet någonting om den, så uppstår där helt egna lagar och betydelser, egen moral och allt möjligt. Jag tror att här i alla fall jobbar fullt friska människor, här finns även många jämlikar som på något sätt är jämlika med dem. Därigenom ser de att det kanske även sker något vettigt här. Här kan de kanske berätta om några saker, det medför ju även trygghet för omgivningen. Det är ju en självklarhet. Det är en mycket viktig poäng. Sedan skulle jag peka på det här med stödpersoner, det skapar mycket gott för samhället, sådant som vi aldrig kan se.

4.2.4.3. Trygg injektionsteknik

På hälsorådgivningarna lär man klienterna att hitta venerna och att akta sig för att injicera i artärer. Att lära ut en trygg injektionsteknik upplevdes som mycket nyttigt och man trodde sig därigenom kunna förebygga inflammationer och tilltäppning av blodkärl. En av de intervjuade nämnde att till och med långtidsanvändare, sådana som har injicerat länge, är mycket intresserade av att förbättra sin injektionsteknik och -hygien. Många nämnde att klienterna oftast är mycket bekymrade över blodkärlens kondition och med glädje tar emot information om hur de kan spara på venerna. Till trygg injicering hör även att kontinuerligt påminna om att använda filter och att lösa upp och krossa tabletter på rätt sätt.

Alla nämnde att en stor del av klienterna var bekymrade för sin hälsa och att de strävade efter att inte skada sig själva eller att ta medvetna risker. Ju längre klientrelationerna var, desto mer uppmärksamhet fäste personerna vid sin hälsa.

En del är, andra är inte [oroliga]. En del kastar fram att "legender dör då de är 27 år, ingenting har någon betydelse". Andra är verkligen oroade över alla inflammationer, skrämor, allt. En del är inte alls intresserade, följer sina inflammationer. Några är bekymrade på riktigt, de hittar inga vener, injicerar i halsen. Vi har försökt att tala om

andra användningssätt. Här visar sig behovet av att injicera, addiktionen är stark.

De är bekymrade. På sätt och vis är det ganska befängt då man tänker att de injicerar vad som helst i venerna och inte alls vet vad det är blandat med eller vad det är gjort av. Sedan är de ändå ytterst bekymrade för sina vener, sitt hjärta och om det och det och det.

När det gäller den egna hälsan var största delen mest oroade över blodkärlens skick. Det konstaterades att det var en "livsviktig sak" för många att deras blodkärl var i så gott skick som möjligt, trots att det inte var betydelsefullt för alla klienter att sköta sin injicering på ett tryggt sätt. Inte ens amputerade fingrar ändrade nödvändigtvis personens injektionsteknik så att den blev säkrare. Situationen verkade vara densamma vid veninflammationer, dålig injektionshygien och felaktig injicering. Kallbrand, amputationer och endokarditer ignorerades lätt i resonemanget om det egna injektionsbeteendet. Man upplevde sig kunna använda en viss skrämstaktik för att upplysa om allvarliga hälsorisker till följd av ett visst drogbruk. Denna slags upplysning konstaterades ofta – ironiskt nog – vara effektiv. Bilder av amputerade fingrar och lemmar och tuffa historier om problem orsakade av hepatit C väckte en tydlig lust hos klienterna att undvika riskerna och få information om en säkrare användning. Å andra sidan konstaterades det vara mycket ofördelaktigt att använda skrämstaktik vid förebyggande av drogbruk. En av de intervjuade beskriver hur onödigt tillspetsade budskap till och med kan driva en ungdom till att testa droger:

Vanlig upplysning består av att skrämmas och då de märker att det inte stämmer så ogiltigförklarar de alla råd. "Man får inte uselt av cannabis, utan det är mycket trevligt." Det motsvarar inte bilden i medierna. De känner redan människor som injicerar, men de är inte alls sådana som befinner sig i skiten, smutsiga, bostadslösa, psykotiska människor. Det funkar åtminstone inte att försöka

skrämmas, utan det skulle vara bättre att förmedla ett lättare budskap om att bry sig om sig själv.

Skrämstaktiken kan ha sin plats i det skede då drogbruket har fortsatt redan under en tid och personen har en likgiltig inställning till de skador som drogbruket orsakar.

4.2.4.4. Injicering och nålberoende

I intervjuerna frågade man personalen om deras synpunkter angående klienternas vilja att sluta använda droger eller att sluta använda genom injicering. Många trodde sig veta orsakerna till att till exempel substitutionsläkemedel för opiatanvändare (närmast Subutex) och amfetamin används intravenöst. Det nämndes att största orsaken till injicering var priset. Då man använder droger genom injektion räcker det med en avsevärt mindre dos, vilket gör användningen förmånligare, speciellt om tillgången på droger är dålig. Då man använder droger genom injektion kan man känna av effekten nästan genast. Enligt Suominen och Saarijärvi (2003) är andelen buprenorfin som passerar till blodet vid dosering av sublingual tablett i medicinskt bruk cirka 30–35 procent jämfört med intravenös dosering. Då det används genom injektion inverkar läkemedlet snabbare, håller längre och med en mindre dos får man samma effekt som vid den sublinguala doseringen. (Suominen & Saarijärvi 2003, 4149–50.)

Den andra orsaken till injicering troddes vara ett så kallat nålberoende, ett separat beroende av injicering och intravenös användning. Det konstaterades att många mycket snart efter att de testat andra rusmedel övergått till att missbruka intravenöst. Det noterades att injicering är en väsentlig del av den finländska droggkulturen och i flera intervjuer nämndes det att många klienter "injicerar vad som helst" och att "en del injicerar allt". Man trodde att det så kallade nålberoendet utvecklades tämligen snabbt efter att drogbruk genom injicering inletts. En av de intervjuade berättade att beroendet av att injicera kan vara så stort att man måste gömma planscher av

ådror som ingår i utbildningsmaterialet då man möter klienter som får substitutionsbehandling. Man hade hört av klienter att det känns fel att injicera med använda verktyg, även om injiceringen i sig inte upplevs som dålig. I vaccinationssituationer kunde klienter vara mycket nervösa och de njöt inte alls av sticket i samband med vaccinationen. Det konstaterades alltså finnas en skillnad mellan injicering och stickande och att "själva injiceringen är en helt annan sak". Det noterades att det för många klienter är lika svårt att sluta injicera som att sluta använda droger i samband med drogavvänjning. Det sades att sprutdrogbruk är en del av den finländska användarkulturen och att man till exempel även injicerar olika läkemedel. Många sade också att injiceringen är *den grejen* för klienterna.

Nålberoendet är ett verkligt stort beroende. Det är en stor del av användarkulturen, finländarna injicerar mediciner och allt. Vi är ett injicerande folk. Beror det männe på att ämnena har kostat mycket i Finland jämfört med Mellaneuropa? I Holland finns det till exempel de som kommer från Surinam och för vilka kroppen är helig. De injicerar inte. De är i gott skick därför att de röker heroinet och det här har inverkat på den lokala användarkulturen. I de holländska användarrummen märker man ändå att det är få som injicerar. Fast de har ju sina egna problem, rökbart crack och lungproblem.

Beroendet av att injicera visade sig för de klienter som sades injicera till exempel i halsen om de inte hittade en ven. Klienterna konstaterades ibland vara dödsförskräckta för inflammationer orsakade av injicering och vara oroliga för sin hälsa, trots att det inte nödvändigtvis förhindrade eller minskade injiceringen. Man strävade efter att aktivt berätta för klienterna om alternativa användningssätt, såsom sniffning och intag via slemhinnorna och om hur injiceringsberoendet ändå kan tillfredsställas.

Nog är det injiceringen som är grejen. Nog talar vi ju om alternativa användningssätt, men i princip känner de också till dem. De har övergått till injicering eftersom ämnena är så dyra och tillgången är dålig. De tycker att verkkningsgraden är bättre och ser inte den andra sidan, det vill säga vad deras kroppar klarar av.

Man kunde skönja förändringar i attityderna och föreställningarna, till exempel uppfattningen om att injicering är ett säkrare användningssätt hade minskat. Det sades att klienterna blev alltmer medvetna om riskerna i samband med sprutdrogbruk. Trots det sade många att sprutdrogbruk aldrig kommer att försvinna.

4.2.4.5. Att sluta

Personalen tillfrågades om klienternas vilja och försök att sluta använda droger intravenöst. Av dem som deltog i undersökningen Riski ansåg över hälften att det vara ganska troligt eller mycket troligt att de skulle sluta använda droger intravenöst. Största delen av dem som svarade ansåg emellertid att det var mycket osannolikt att de skulle sluta använda droger helt. (Partanen et al. 2006.) Vid en del rådgivningar visste man att största delen av klienterna hade gått på avgiftning och ville sluta använda intravenöst. En av hälsorådgivningarnas mest centrala roller är att leda och motivera klienterna att söka vård mot missbruket. Många ansåg att det är svårt för personalen att rekommendera vård, då det är svårt att få en vårdplats. Man visste att största delen i första hand ville ha medicinsk behandling och pratet om att sluta använda droger genom injektion var ett vanligt diskussionsämne. Viljan att sluta kom åtminstone fram i samtal med klienterna, där de funderade på att sluta injicera om de bara fick substitutionsvård. Man konstaterade att slutandet var bara prat i synnerhet bland dem som väntade på vård. I det skedet hade klienterna nämnt att de använde droger som egenvård mot abstinensbesvär och såg inte droganvändningen som frivillig.

Mer handlar pratet om att de borde få substitutionsvård. Rädslan för att vara helt utan droger är för många en väldigt stor rädsla.

Det är väldigt vanligt. Alltså människor tröttnar på det sättet att leva och livsstilen. Nog tänker var och en i något skede på det [att sluta] och både pratar om det och försöker.

Återfall upplevdes vara acceptabla i återhämtningsprocessen, eftersom redan en liten förändring i beteendet eller en äkta vilja att hjälpa sig själv skapade hopp om förändring. Några av dem som svarade konstaterade att återfall och misslyckad vård hör till processen för att minska droganvändningen och att första gången man får vård för många sällan är den sista. Återhämtningen ansågs vara lång. Medicinsk behandling var för många den enda lösningen som kom på fråga för att försöka sluta med intravenös användning. Många saknade emellertid kontroll, till exempel för att reglera de läkemedel som de fått med sig från substitutionsbehandlingen och en två veckors dos kunde användas på två dagar. Mångas oförmåga att kontrollera och speciellt att minska användningen ansågs uttryckligen som ett problem. Många försökte sluta med all droganvändning på en gång och återgick ändå alltid till samma utgångspunkt. En av de intervjuade jämförde de plötsliga försöken att sluta med bantning, där samma jojo-fenomen lätt uppstår. Å andra sidan sades det också att en del klienter gjorde sig fria från drogerna eller åtminstone lyckades minska användningen självständigt och utan mediciner. På en av rådgivningarna hade man gjort en guide om självavgiftning, med rikligt med information om hurudana saker som ska beaktas då man minskar eller upphör med användningen. I guiden betonades speciellt betydelsen av socialt stöd och att vara bra förberedd. Att lägga till guiden om självavgiftning till den elektroniska materialbank som är under arbete kunde vara meningsfullt, eftersom det i många intervjuer betonades hur svårt det är att minska

användningen. För många var det i första hand svårt att sluta på grund av sociala omständigheter och de hade inte förmågan att stanna borta från andra användare.

Det är en så avlägsen tanke. Drogfrihet är för andra människor. Många står i kön till substitutionsbehandling, många har avgiftningsförsök bakom sig. Kön till substitutionsbehandling är åtminstone ett år lång. De platserna finns inte. Om någon blir gravid, så går ju den personen förbi kön. Platser blir lediga om någon faller bort eller dör. Man har hört att folk blir gravida för att få substitutionsbehandling. Klienterna tänker kortsiktigt, de måste få vård genast. Om de blir tvungna att vänta i två veckor, så struntar de i det.

Längden på köerna till substitutionsbehandlingen upplevdes tidvis till och med som skrattretande och detta fenomen omnämndes runt om i Finland. Många funderade på om köerna till rusmedelsvården berättade om resursernas verkliga otillräcklighet eller om det fanns någon annan orsak bakom. För många av klienterna kunde enbart vetskapen om köernas längd inverka på om de ville gå med i processen eller själva försöka sköta sitt beroende. Till exempel enligt Alho et al. (2007) måste man köa 12–18 månader för att få komma till opioidsstitutionsbehandlingen i Helsingfors. Ungefär hälften av klienterna vid huvudstadsregionens hälsorådgivningar ville få substitutionsbehandling, men just nu får bara 13 procent vård. (Alho et al. 2007, 75.) Man konstaterade att ytterst få personer stiger ur köerna och de som avbröt köandet hade vanligen avlidit.

4.2.4.6. Att få och ordna substitutionsbehandling

Man hoppades att rusmedelsvårdssystemets strukturer skulle bli enklare i framtiden och att lättillgänglig substitutionsbehandling skulle bli vanligare. Flera av dem som svarade nämnde att den nuvarande vårdkedjans och vårdhelhetens komplexitet var en första klassens flaskhals när det gällde att minska

skadorna. Problem upplevdes närmast finnas i mekanismerna för att få vård. I praktiken fick en klient som ville ha vård relativt enkelt en remiss för att utvärdera vårdbehovet, men efter detta saktade processen ner. I intervjuerna konstaterade man att det i en stor stad kunde vara en enda person som behandlade de betalningsförbindelser som ges för vård. Å andra sidan förstod de intervjuade att man strävar efter att koncentrera vårdbesluten till en plats, för att utvärderingen av vården och vårdens kvalitet ska vara jämn. Flera nämnde att den svåra processen för att få komma till substitutionsbehandling var ett lika stort problem som den obetydliga finansieringen till hälsorådgivningarna när det gällde att minska drogskador.

Ofta försvårades processen av mellanstegen för att få substitutionsbehandling. Mellanstegen ansågs vara långsamma och orimligt tunga för klienten. Vårdköns längd, det obetydliga antalet vårdplatser och utvärderingens besvärlighet beklagades också bland hälsorådgivningens klienter i intervjuer av Malin et al. (2006). En del ansåg att klienterna måste sjunka ännu djupare ner i drogbruket för att uppfylla kriterierna för substitutionsvård, medan man konstaterade att frustrerade klienter eller klienter i sämre skick inte ens kunde klara av den nuvarande utvärderingen om behov av substitutionsbehandling. För att utveckla verksamheten önskade man att utvärderingen av behovet av substitutionsbehandling skulle mildras samt att tröskeln för förverkligandet av substitutionsvården skulle sänkas. För att få komma till lättillgänglig substitutionsbehandling skulle det räcka med att just då vilja avbryta det intravenösa missbruket och det levnadssätt som hör till.

Substitutionsbehandlingen är bra. Det är bara så helvetes kontrollerat i Finland och det är så svårt att få komma dit, ribban ligger verkligen högt. Om klienten, en bekant klient, kommer in genom dörren och måttet är rågat, borde man börja behandlingen genast. Göra en utvärdering och så vidare, men inleda medicineringen genast. Göra screeningar och

följa upp sidomissbruk. Belöna klienten för att sidomissbruket upphör, nuförtiden bestraffas det. Nuförtiden leder det ofta till dubbelspel, lögn och oärlighet av rädsla att falla bort från vården om man har råkat sidomissbruka. Å andra sidan finns det ibland typer som kommer till substitutionsbehandlingen utan någon riktig vilja att bli i skick eller sluta använda droger.

Att få substitutionsbehandling innebar inte för alla klienter att de slutade använda droger, utan många hämtade fortfarande sprutor och nålar medan de fick substitutionsbehandling. Det ansågs i regel att det fanns för få platser för substitutionsbehandling i förhållande till behovet och det upplevdes som tungt att stanna kvar i behandlingen i enlighet med nuvarande praxis. Man önskade att substitutionsbehandlingen i framtiden skulle utvecklas så att den hade lika låg tröskel som den nu endast har för sprutdrogbrukare som är allvarligt sjuka, hiv-positiva eller till exempel gravida. Många ansåg att det skulle finnas ett tillräckligt kriterium för att sluta använda droger för att omedelbart få substitutionsbehandling. Vid alla rådgivningar trodde man att en stor del eller största delen av klienterna ville få vård och upphöra med, eller åtminstone minska på, det intravenösa missbruket. En del klienters liv kunde bestå av att gå från en vårdform till en annan, utan ett tydligt mål. Kortvarig avgiftning för att sluta använda rusmedel, minska på användningen eller sluta injicera ansågs näst intill betydelselös. Läkemedelsfri vård, som det överlag var enklare att få, upplevdes som bra, men det är inte en vårdform som motsvarar allas behov. För många klienter ansågs långvarig rehabilitering vara i nyckelposition med tanke på ett mer kontrollerat och eventuellt mer drogfritt liv. Å andra sidan visste man att patienter som får substitutionsbehandling inte alltid är så rakryggade som man kunde önska sig, eftersom många aktivt fortsätter att missbruka vid sidan om. Försök till tvångsavgiftning före man får komma till substitutionsbehandlingen upplevdes nästan oundvikligen som onödiga och till och med som att plåga klienten.

Utvärderingen av behovet av substitutionsvård och praxis för att få substitutionsbehandling är alldeles förnuftsvidriga. Jag kommer att tänka på ett exempel. Det var en person över femtio år som har använt opiater sedan 9-årsåldern. Personen fick först metadonbehandling och avbröt själv behandlingen. Därefter fick personen delta i en poliklinisk modell, som vi utförde på prov med [det lokala] nätverket. Modellen förverkligades med fyra personer, den här personen var en av dem och kom i princip direkt från gatan till vården. Klienten avbröt vården då han fick ett arv. Nu håller personen igen på att söka sig till substitutionsvård och måste gå igenom utvärderingsproceduren från början. Klienten har utvärderats två gånger och måste nu ännu en gång gå igenom utvärderingsprocessen som pågår cirka ett halvt år.

I: Ett halvt år?

S: Det räcker många gånger så länge för dessa människor, eftersom de inte har mod att gå till utvärderingsstället för att kissa i burken, berätta samma historier igen, ännu en gång, som de redan har berättat två gånger i sitt liv. Ännu en gång utvärderas det om personen ska få substitutionsbehandling eller inte. En vanlig medborgare ser redan på en kilometers avstånd att denna person omedelbart borde få substitutionsbehandling. Sedan finns det även sådana rutiner, att det finns människor som i hela sitt liv har missbrukat ämnen och aldrig har varit en del av servicenätverket, eller som har haft att göra med det, men deras rusmedelsproblem har inte verifierats där. De har inte gått på tillnyktring eller någon annanstans. De låter dem springa runt – det är helt komiskt – på tillnyktring för att stadgan beskriver vad rusmedelspsykiatrins enhet. Att det måste vara så här. Så personen åker på tillnyktring och vet att det är ett humorbesök. De säger högt att " tror ni att jag är dum? Jag måste åka på tillnyktring med barn, juniorer" – i deras ögon barn – "och komma ut därifrån så att stadgans kriterier ska uppfyllas?". Vi tycker att alla kan se att personen behöver

substitutionsbehandlingen redan med ett ögonkast.

I: Är det så att den helt drog fria tillnyktringen för många inte är ett alternativ?

S: Absolut, absolut. Alltså det finns säkert många sådana människor. Sedan tänker jag också på något annat, de här är alltså personliga åsikter, att om man jämför metadon med buprenorfin, så är metadon gift jämfört med buprenorfin. Det är en självklarhet, klart som korvspad. Eftersom medicinering med buprenorfin är märkbart svårare att övervaka och dessutom dyrare, rekommenderas folk att ta metadon. Jag tycker att buprenorfin mycket väl kunde vara ett sätt att koppla många till nätverket. Med märkbart lägre tröskel och att så småningom börja sänka den neråt.

I: Borde man göra något åt den här situationen?

S: Nå, ovillkorligen borde man göra något, det är ju helt klart. Folk åker till Estland för att hämta väldigt mycket mediciner och tar också med sig allt annat då de kommer tillbaka, mediciner med bensodiazepiner, alkohol. Sedan har vi ett blandmissbruksdilemma. Som jag sade tidigare, inte finns det ju längre rena användare som bara använder ett ämne. De injicerar läkemedel och förstör sina ådror och sin hälsa, man måste utföra amputationer och så vidare. Sedan frågar man av enskilda poliser, till exempel "säg din personliga åsikt, vilket är bättre på fältet, heroin eller buprenorfin?". Då säger de genast att det är klart att Subutex är lättare för dem och givetvis är det lättare för oss också att folk använder det hellre än heroin.

I: Jag har förstått att det är ett ganska ekonomiskt sätt att injicera Subutex. Om det fanns tillgängligt, så skulle folk vara beredda att sluta injicera det? Känns det som att det på sätt och vis är fråga om utbud och efterfrågan?

S: Ja. Det är just så här, det är helt galet dyrt.

Nog fylls ju alltid marknaden med något. Den fylls med buprenorfin eller heroin eller med något annat. Själv tänker jag att rusmedelsanvändningen på något vis är konstant också annars. Ur hälsorådgivningens synvinkel är situationen att folk injicerar alla världens benzo i sig själva och alla möjliga mediciner helt ohygglig.

Man hoppades att substitutionsvården skulle utvidgas och mer och mer flyttas till primärvården. Man hoppades att tröskeln för att få vård skulle sänkas och att vården skulle individualiseras mer för att motsvara klienternas behov. Några ansåg att substitutionsbehandlingen skulle kunna genomföras från hälsorådgivningen eller att möjligheten till vård på annat sätt borde finnas närmare klienterna.

Om man håller fast vid dem, hur många misslyckade vårdförsök det nu måste vara. Jag tycker att det är vanvettigt att klienterna åker iväg för att göra misslyckade vårdförsök för att få komma till substitutionsvården. Enbart vad det kostar ekonomiskt, alldeles på riktigt. Så finns det förstås många som utan problem har varit på Wismar och vårdat sig själva, det går bra för dem och de arbetar eventuellt. De har bara inte misslyckats tillräckligt många gånger för att få substitutionsbehandling. Jag tycker att det kunde finnas substitutionsbehandling på hälsorådgivningarna, men det borde vara på en annan tid än vår normala öppettid. Men varför skulle man inte kunna få substitutionsbehandling på hälsorådgivningarna? Det skulle kunna fungera, men på en annan tid.

Som ett alternativ till officiell substitutionsbehandling åker flera klienter till Estland för att hämta substitutionsläkemedel för opiatanvändare och medicinerar sig själva på detta sätt. Man upplevde inte att den huvudsakliga orsaken till att bli hämta substitutionsläkemedel var att bli berusad, utan det var för att kunna fungera. Man konstaterade att de klienter som åker till Estland för att hämta substitutionsläkemedel är de som inte klarar av den nuvarande

substitutionsprocessen, de som väntar åratals i vårdkön eller de som ännu inte har tillräckligt många misslyckade vårdförsök bakom sig. Man menade att det ställvis kunde ta upp till två år för att få komma till medicinsk substitutionsbehandling.

Enligt de erfarenheter som hälsorådgivningarnas personal hade vill en stor del av sprutdrogbrukarna få substitutionsbehandling. Det upplevdes som viktigt att öka antalet platser inom substitutionsvården och sänka tröskeln, speciellt på grund av Estlands anslutning till Schengenområdet. Redan nu visste man på många rådgivningar att klienterna varje vecka åker till Estland och man trodde att resandet mellan länderna kommer att öka då det blir lättare att röra sig. Genom Schengenavtalet upphör importen av buprenorfin mot recept helt från Estland eller försvåras åtminstone märkbart. Därför kan heroinet, som är lätt att få tag på i gatuhandeln i Estland, även hitta sin väg till de finländska drogbrukarna. De intervjuade trodde att många sannolikt kommer att övergå till heroin om tillgången på buprenorfin är dålig, även om många finländska användare hellre väljer buprenorfin än heroin. Man var orolig för att de som använder buprenorfin ska tvingas gå tillbaka till att använda heroin och att även de oftast unga buprenorfinanvändare som inte tidigare har varit beroende av heroin kommer att börja använda heroin. Man förfasade sig över att man i framtiden ska kunna resa utan pass mellan Estland och Finland och många trodde att detta kommer att ändra på utbud av och efterfrågan på droger i gatuhandeln, samt oundvikligen inverka på de finländska sprutdrogbrukarnas smittosituation. Man trodde att estniska och finländska sprutdrogbrukare inte har haft mycket att göra med varandra hittills, eftersom det missbrukas mycket heroin i Estland, medan missbruket av heroin i Finland är obetydligt. Man ansåg det möjligt att umgänget mellan populationerna kommer att öka om tillgången på buprenorfin försämras.

Fortfarande väntar jag på att det ska bli problem här i Finland genast då Schengenavtalet med Estland träder i kraft. Verkligen, verkligen så skapar det fler problem. Det är klart att det skapar fler problem då det blir enklare att röra sig. Det för med sig ämnen, det för med sig människor på bägge sidor, det för med sig sjukdomar. Då finländaren åker dit behöver han inte längre pass. Nu då man behöver passet, åker inte vår användare dit. Sedan då man inte behöver pass, två timmar på båten dit, billigare knark. Men inte åker man dit med verktygen i fickan och inte kommer man heller därifrån med verktygen i fickan. Där finns helvetes mycket hiv och jag tror inte att det stannar där. Nog kommer det att smälla.

I åtgärdsprogrammet för narkotikapolitiken 2004–2007 upplever man att utvidgningen av Europeiska unionen och Schengenavtalets ikraftträdande speciellt vad gäller de baltiska länderna är en utmaning för den narkotikapolitiska verksamhetsmiljön. Sloandet av gränskontroller speciellt mellan Finland och Estland, vilket även nämns i intervjuerna, utgör en utmaning vad gäller spridningen av droger och smittsamma sjukdomar. (Statsrådets principbeslut ... 2004–2007. SHM.)

4.2.4.7. Attityder till hälsoskador

Även andra risker än risken att bli smittad av hiv eller hepatit hör samman med drogbruk genom injicering. Dessa är till exempel inflammationer till följd av dålig injektionshygien, venskador och risker i anslutning till vissa injektionsställen, såsom ljumskarna. (EMCDDA, 2001). I intervjuerna frågade man vilka hälsoskador som klienterna anser att är de allra värsta och som de är mest rädda för och vad man i första hand försöker förebygga med användningen av rena verktyg.

Hiv ligger på allra första plats. En del vågar fortfarande inte ta hiv-testet, då de är rädda för att det ska vara positivt. Smittsamma sjukdomar ligger på första plats. Hiv, hepatit C, sedan de andra och

könssjukdomarna.

I: Hur förhåller sig klienterna till varandras hepatiter och hiv-smittor?

S: Ganska ofta då klienten kommer och testar sig frågar vi om han eller hon känner någon annan som har sjukdomen. De säger att jo, de känner den och den som har. Någon kan känna någon riktigt närstående. Kanske är de inte rädda för andras smittor, bara för sina egna. Det spelar ingen roll att den andra har smittan. C-hepatit är inte så relevant som hiv kanske är. Men då man till exempel vet om ett gäng som har använt gemensamt, till exempel just den här flickan som testades och var hiv-positiv. De andra var på något sätt helt att "det var nu den sista som man trodde skulle vara positiv. Vi trodde att vi nu åtminstone kunde använda hennes verktyg, då hon alltid är så noggrann." Men trots att man kände till det [hiv], så fanns riskbeteendet fortfarande kvar inom gruppen. Då de inte hade [verktyg], så använde de fortfarande samma, fast de visste om det. Jag har funderat på vad som händer i huvudet just då och om de verkligen alltid, om personen förklarar att "de var misstag, jag tog verktygen av misstag". Jag har funderat på om drogbegäret verkligen går före det att du till exempel vet att någon har hiv. Att man till och med använder deras verktyg för att få injektionen.

Nästan alla nämnde att hiv är den mest fruktade skadan till följd av missbruk, även om några nämnde att hepatit C var den mest fruktade, eftersom hiv är relativt sällsynt i Finland. Beträffande smittsamma sjukdomar var hiv emellertid den absolut mest fruktade sjukdomen, följd av hepatit C, övriga hepatiter och könssjukdomar. Klienterna kunde uppleva att det passade dåligt in i hälsorådgivningsmodellen att prata om och behandla könssjukdomar och ville inte just föra dem på tal.

HCV är nummer ett just nu. Hiv är sällsynt i den här gruppen, siffrorna är svindlande på heterosexidan. Nog är HCV nummer ett, den har varit med i kampanjer. Det är ganska få

som testar sig för könsjukdomar. Vi vet att det finns oskyddad sex, ändå frågar klienterna vart de kan gå i fråga om detta. De vill inte låta sköta detta på hälsorådgivningen. Nog är det väl en tröskel att gå in i undersökningsrummet.

Trots att hiv verkade vara den viktigaste orsaken till att använda rena verktyg, var även veninflammationer och andra inflammationer mycket fruktade hälsoskador. Venernas dåliga skick gör det svårare att injicera och allvarliga inflammationer kan leda till sjukhusvård, där situationens allvar är mycket konkret. Å andra sidan ändrade en del inte sitt beteende trots att lemmar hade amputerats eller de hade långa sjukhusperioder bakom sig. Smittornas följder upplevdes ofta som avlägsna och en av de intervjuade konstaterade att det är mycket osannolikt att klienten hinner dö i hiv eller aids. Mångas hälsa sviktar redan innan de får verkliga skador av hiv, till exempel i komplikationer vid hepatit C om leverns kondition försvagas, eller klienten dör av en överdos, i en olycka eller blir dödad. Det sades att många var likgiltiga beträffande smittor, eftersom man visste att det fanns goda behandlingar att få mot många av dem. Bland alla klienter var könssjukdomarna de mest ignorerade vad gällde hälsoskadornas prioritetsordning och de upplevdes som sjukdomar som lätt kan botas.

Hiv är den mest fruktade, hemska. Hepatiter är skrottretande. Det finns skillnader i attityderna till hepatit C, en del menar allvar. Det kommer att ändras om några år, då de första fallen med symptom kommer. Då folk ser att de användare som har fått hepatit C blir gula, att det kliar och att magen sväller. Då kommer det att bli skrämmande. Många berättar helt vardagligt, räknar upp vilka sjukdomar de har, det är sorligt alldagligt. Det hör till identiteten, en riktig användare som menar allvar, eftersom han eller hon har alla hepatiter. Könssjukdomarna har ingen betydelse. Det är svårt att tala om sex, eftersom en del inte alls har sex, för andra är det ett verktyg, ett sätt att behaga, andra minns inte att de har haft sex då de har varit

drogade. Klienternas sexuella beteende motsvarar inte nödvändigtvis den bild av sex som människor vanligen har. Det är inte nödvändigtvis tillfredsställande, hur skulle man prata om det?

Det fanns skillnader i klienternas sätt att undvika risker. Långvariga klienter – inte nödvändigtvis de som missbrukat längst – konstaterades sköta sin egen hälsa allra mest.

Många har omfattat tanken att undvika vissa saker, det beror på klientförhållandets längd. Långvariga klienter har ett tydligt tankemönster av varför de ska använda rena verktyg och vad gott det för med sig och orsakar för egen del. De som har besökt oss mindre övar fortfarande tankemönstret i sina huvuden, "varför gör jag så här, varför rena verktyg". Nog märker man att folk lär sig.

Att undvika hälsoskador och rädslan för dem hörde i hög grad ihop med om personen hade smittor sedan förut. Personer som inte hade några konstaterade sjukdomar var närmast rädda för hiv och hepatit C, medan de som redan hade hiv eller HCV i första hand var rädda för veninflammationer och överdoser.

4.2.4.8. Hur kommer antalet smittor att utvecklas?

Många funderade över hur förekomsten av smittor på grund av riskbeteende som upptäckts genom arbetet kommer att utvecklas i framtiden. Nästan alla ansåg att hiv-smittor som fås via heterosex kommer att öka bland hela befolkningen och även bland sprutdrogbrukarna, men att smittor som fås via verktyg kommer att förbli på en låg nivå. Man konstaterade att speciellt förekomsten av hiv helt beror på i hur stor grad människor testas. Många konstaterade att testningen borde vara så effektiv och alldaglig som möjligt vid alla hälsorådgivningar, men även bland den övriga befolkningen. Många upplevde att de höga hiv-siffrorna i Estland var ett hot även för finländare, även om man visste att rådgivningarnas klienter var väl medvetna om smittoriskerna i Estland och undvek dem så gott de kunde.

Hiv ligger på en låg nivå. Det kan uppstå epidemier i drogbrukarkretsar, eftersom någon kan sprida och smitta utan att veta om det. Jag tror inte att det bland de egna klienterna någonsin helt kommer att explodera i händerna. Estlandstrafiken finns där. Det är den. Men vi strävar efter att satsa på tester, så att klienten vet vad som gäller. Ändå finns rädslan alltid där, men om man svarar snabbt på den så kommer vi knappast någonsin att komma upp till Estlands siffror. Risken finns ändå, eftersom gemensam användning förekommer i vilket fall som helst. Vad man än gör så glömmar klienterna ändå i något skede att de borde använda egna verktyg. I extremt drogat tillstånd då de har samlats någonstans, når och sprutor huller om buller. Eller också har de inga rena med, de har hamnat mitt ibland något gäng, till exempel på vägen till affären och så injicerar de med någon annans verktyg. Sedan dessa föreställningar att de bara använder en viss människas verktyg, eftersom han eller hon inte har någonting. Sedan visar det sig i alla fall att den personen har någon sjukdom. Det finns tillfälligheter, men även medvetna risker. Medvetna, därför att de har fått information om riskerna via hälsorådgivningen om att man bör använda egna verktyg och de för även med sig information till fältet till dem som inte är klienter. Men om situationen är sådan att de inte har egna rena verktyg och ändå måste få drogen, då tar de en medveten risk.

Rädslan för hiv är bestående. Hiv hålls i schack och smittorisken är liten. Upplysningen bidrar inte till säkert sex och sexsmittor [hiv] kommer att öka. Säkert sex är en stor utmaning. Det kan överföras från den normala befolkningen till drogbrukarna. HCV kommer att förbli på en hög nivå, medan A- och B-hepatiterna kommer att minska.

Hepatit C upplevdes som mer problematisk, på grund av den rikliga förekomsten. Några klienter var upprörda då de fick ett positivt testresultat för hepatit C, eftersom de själva ansåg att de hade sett till att använda rena sprutor och nålar. Man resonerade kring vad som har hänt i dessa smittsituationer och om

HCV sprids i någon sådan situation som man inte har förstått att berätta om i tillräcklig utsträckning. Man trodde att många inte har förstått att smittorisken kring sprutor och nålar även gäller andra verktyg eller att det i användarkulturen finns något vedertaget sätt vars smittorisk man inte medvetet uppfattar. Man trodde att A- och B-hepatiterna skulle minska dramatiskt och det fanns redan tecken på detta.

Jag skulle önska det för IV-droger eller i princip önskar jag det för alla. Man måste vara optimist och tro på det här arbetet. Om hälsorådgivningarna får fortsätta sin verksamhet utan att pengar dras in hela tiden, så kommer smittorna att förbli på en låg nivå. Men hiv-smittor som smittar genom sex kommer nog att öka.

I: Och HCV?

S: Antalet positiva är så väldigt stort, men jag tror åtminstone inte att det kommer att öka. Eller det ökar givetvis nu. Vad kommer att hända i verkligheten nu då de första levercirroserna, hepatit C-patienterna kommer? Jag tänkte för den delen på interferonbehandlingarna, hur noga håller man fast vid helnykterheten? Om man får substitutionsbehandling just nu är det möjligt att även få interferonbehandling, åtminstone på en del orter.

Vi har inte fått C-hepatiterna att minska så mycket som vi borde med den här verksamheten. Det är också en helt global trend. C-hepatit är liksom den första saken som vi borde kunna koncentrera oss på. Det är så sanslöst svårt. Man borde undervisa folk handgripligen. Man borde ha mycket mera mod till det. Visa hur det går till, så att du inte får C-hepatit själv. Det är redan många gånger för sent. Det handlar mycket om resurser.

Även om hiv upplevdes som ett större hot bland de smittsamma sjukdomarna, ansågs hepatit C vara särskilt problematisk på grund av dess utbredning och attityden till hepatit C.

Man försökte satsa på förebyggande åtgärder genom att berätta för klienterna om de värsta följderna av hepatit C, om kontroll av alkoholbruk och framför allt betonade man att det handlar om en allvarlig sjukdom. Trots att man kunde skönja en attitydförändring och ökad insikt hos klienterna, ignorerades allmänt taget allvaret med hepatit C. Många trodde att klienterna kommer att förstå smittans allvar först då de konkreta symptomen börjar synas bland klienterna. Man föreslog att man på hälsorådgivningarna kunde utföra uppföljning av levervärden bland dem som fått hepatit C-smittan, eftersom en stor del av klienterna har smittan. Samtidigt skulle situationens allvar konkretiseras då det skulle vara möjligt att följa upp sjukdomens framfart. Därigenom skulle en annan ignorerad omständighet, den understundom mycket rikliga alkoholkonsumtionen bland dem som fått hepatit C, synas på ett konkret sätt.

Jag hoppas att situationen förblir så här, att inte hiv plötsligt flammnar upp igen. Men så länge som vi orkar byta de här, så länge lyckas detta. Det kommer alltid att finnas användare, jag tror inte att de försvinner. Man har inte lyckats få bort brännvin eller tobak i det här landet, knappast tar drogerna heller slut. Om den här verksamheten finns så är den nog värd sitt pris, om man tänker på hur många hiv-positiva det kunde finnas om inte verksamheten fanns. Det skulle finnas ett helt obegripligt antal.

Vad gäller smittor sågs det som ett hot att sexförmedlade hiv-smittor sannolikt ökar både bland majoritetsbefolkningen och bland sprutdrogbrukarna. Många trodde att om hiv igen sprider sig inom denna population, så kommer det sannolikt att ske via sex. Trots att man konstaterade att det fortfarande finns ett riskbeteende både vad gäller drogbruk och sex, upplevdes det att de tagna riskerna är större och vanligare vid sex. Det finns bevis på att situationer då en sprutdrogbrukare riskerar att bli smittad med hiv även ofta hör ihop med sexuellt beteende och inte alls med injicering. De största riskfaktorerna för att sprutdrogbrukare ska bli smittade med hiv är

sex mellan män, sex i kommersiellt syfte som utövas av kvinnor eller att personen är under 40 år. (Kral et al. 2001.)

Inte kommer ju alla och testar sig. Jag tror att det [hiv] ännu är något som kommer att explodera, uttryckligen via heterosex. När det sedan smäller är det alldeles säkert en förskräcklig bomb.

4.2.4.9. Utvecklandet av hälsorådgivningen

På många rådgivningar konstaterade man att den typiska tidsbestämda finansieringen syntes i personalens arbetsinsats och i den allmänna atmosfären. Många konstaterade att man speciellt under slutet av året alltid måste visa att verksamheten är effektiv och värd ny finansiering, vilket upplevdes som frustrerande och tungt. Även rädslan för att servicen skulle konkurrensutsättas oroade personalen både inom köptjänster och vid rådgivningar som hörde till staden.

De allmänna attityderna har nog förändrats alldeles förskräckligt.

I: Har de?

S: Javisst. Jag klagar alltså inte, men jag beklagar stadens inställning till saken. De resurser som den här verksamheten har beviljats under årens lopp är helt skrattretande, de är verkligen helt skrattretande. Jämfört med det arbete som har gjorts här.

I: Det är alltså penningbrist?

S: Det är helt akut alltid. Nå ja, jag ids inte klaga, eftersom det inte går att göra något åt det.

Lyckligtvis finns det bara konkurrens i huvudstadsregionen än så länge. Den kan även komma på annat håll. Någon kan ju börja erbjuda utbyte av sprutor och nålar billigt och om det finns beslutsfattare som anser att det kan göras från en bil, bakom plexiglas. Det här är helt möjligt i framtiden. Därför är det viktigt att beslutsfattarna förstår

vad detta verkligen handlar om. Om det blir så att man bara gör utbyte eller delar ut metadon genom en lucka. En person kan mycket väl finnas där bland alarmlapparna, det är ju så. Det här är en dålig sak.

Den [verksamheten] växer säkert, men på något vis känns det ganska motstridigt just nu. När man har visualiserat hur den här verksamheten kunde vara och hur den kunde utvecklas och sedan känns det precis som att den börjar lösas upp, resurserna minskas så mycket. Man måste också komma ihåg vad det här hälsorådgivningsarbetet går ut på. Några ser det som mycket smalt, att det handlar om att förebygga smittsamma sjukdomar – och naturligtvis gör det det – och att minimera skadorna. Men när det gäller att minimera skadorna så är det ett mycket brett begrepp och det omfattar den sociala sidan och vanligen också människan som helhet. De områden som borde växa – eller nå, det är åtminstone vårt utvecklingsområde – är stödet från likställda och hänvisningen till tjänster, men med de här resurserna känns det som att de inte kommer att utvecklas så värst mycket just nu.

Man ansåg att det var en central utmaning för hälsorådgivningen om hälsorådgivningarnas verksamhet inskränks eller om finansieringen minskas.

Vi har redan kunnat visa att om en enda hiv-smitta kan förebyggas, så är vi värda lönen och finansieringen. Rusvårdslagen är ett ganska gott skydd. I stora städer kan däremot konkurrensutsättningen skapa problem. Vem gör det billigast? Konkurrens och strid om existensen är alltid bort från klienten och god service. Problemen kommer – om de kommer – från förvaltningen.

Alla respondenter ville ingalunda att tjänster skulle läggas till i serviceutbudet vid deras hälsorådgivningar. Många betonade att tröskeln för att få vård måste sänkas och att sprutdrogbrukarnas välbefinnandetjänster skulle kunna förbättras på alla sätt, men att det med de nuvarande resurserna i första hand bör

ske utanför hälsorådgivningarna. Trots att man strävade efter att utföra vårdåtgärder vid hälsorådgivningarna och man upplevde att dessa var viktiga, sade en av de intervjuade att rådgivningen emellertid inte bör bli en ”liten hälsostation”, utan att det finns skäl att sänka tröskeln för att söka vård inom hela hälso- och socialvården. Man ansåg att det när allt kommer omkring var på hälsostationernas ansvar att ge en mångsidig vård och att hälsorådgivningsverksamheten ska medvetandegöra sin gräns för vad resurserna räcker till för och för hur många tjänster som ryms under samma tak. Genom att hänvisa till tjänster strävade man efter att klienten säkert skulle få rätt sorts uppmärksamhet och vård för sina problem. En av de intervjuade nämnde att trots att de diskussioner som äger rum på hälsorådgivningen är konfidentiella, handlar det ändå inte om ett långvarigt vårdförhållande och man borde inte ge klienterna en illusion av detta. De som samarbetar mycket med andra hälsorådgivningar ville betona att trots att det finns många likheter och sådant som kan utvecklas i verksamheten, skiljer sig alla hälsorådgivningar från varandra utifrån historia, klientel, besöksantal och fysiska ramar. Därför bör man inte tvinga alla rådgivningar i samma riktning, utan hitta de lämpligaste tjänsterna och verksamhetssätten som passar just den rådgivningen. Genom det praktiska arbetat hade man märkt att alla tjänster inte automatiskt fungerar på alla rådgivningar.

De [en annan ort] har redan gått igenom sådana saker som är nya för oss, vi är i så olika skeden. De har hunnit så mycket längre än oss vad gäller tilläggstjänster, men här begrundar och funderar vi ännu över vad det kommer att leda till, vad som händer sedan, på vad det inverkar, föreställningar bland klienterna och så vidare. Att någon arbetsform fungerar på annat håll betyder inte att den fungerar här. De här är så olika. Till exempel användarrum som en tjänst är inte en sådan sak som det ens lönar sig att fundera på, däremot kan någon fundera på det på ett annat ställe. På detta sätt är vi i så olika skeden. Trots att vi gör samma saker är

utvecklingen ändå på olika nivå. Alla kan inte följa samma utvecklingskurva. Ändå kan man ta in en del i sin egen verksamhet, det hör ju till arbetets utveckling, det hör till saken. Gemensamma riktlinjer för basservicen är bra, men specialtjänsterna är en annan sak. Att utveckla dem inom sina egna gränser.

4.2.4.10. Förslag till nya tjänster och utveckling av verksamheten

I intervjuerna kom det fram förslag för att utvidga och förbättra den befintliga hälsorådgivningsmodellen samt förslag om tämligen nya serviceformer. Den klart mest typiska utvecklingsriktningen var att utbilda stödpersoner för upplysningsarbete. En av de centrala saker som man önskade sig i samband med hälsorådgivningarna var täckande läkartjänster. Där det fanns en läkare tillgänglig en gång per vecka eller en gång varannan vecka önskade man läkartjänster minst en gång per vecka. På de rådgivningar där det inte fanns läkartjänster, önskade man läkartjänster på plats åtminstone en gång per månad. Det konstaterades att det för många klienter är en mycket hög tröskel att söka sig till hälsocentralläkare eller till läkartjänster i allmänhet. Man sökte sig till läkare endast då man var tvungen, oftast då problemet redan var mycket allvarligt. Största behovet av läkare var relaterat till svåra blodkärlsinflammationer och gynekologiska frågor. Förutom läkartjänsten uttryckte många behovet av en socialarbetare och dennas kunskap om servicestrukturen. På de rådgivningar där det inte fanns personal inom socialbranschen koncentrerades tyngdpunkten och kompetensen till största delen på hälsoärenden. Man konstaterade att den bästa personalstrukturen består av jämnt fördelad kompetens mellan hälso- och socialsidan. På grund av praktiska orsaker ordnades inte hiv- och hepatittester vid alla rådgivningar, men man uttryckte ett klart behov för dessa, eftersom det berättades att klienterna låg på latsidan när det gällde att använda testremisser. Själva remissen höjde tröskeln för att söka sig till testet, men även att gå till laboratoriet och riskera anonymiteten upplevdes som omständigheter som höjde

tröskeln för att söka sig till testet. Vid en del rådgivningar var det möjligt att hänvisa klienterna till tester vid lättillgängliga serviceenheter för drogbruk, men där är det inte säkert att man kan utträta ärenden anonymt. Många kartlade även möjligheten att ordna hiv- och hepatittester vid sin hälsorådgivning.

Man lyfte även fram behovet av att minska skadorna och av en koordinator som är förtrogen med hälsorådgivningen och som skulle ordna och övervaka hur verksamheten och utbildningen lyckas i hela landet. Man trodde att utbildning behövs runt om i Finland så att den alltid motsvarar varje rådgivnings speciella behov och frågor. Skademinimeringsideologin konstaterades vara en omfattande och stabil del av rusmedelsvården, men det saknas praktisk handledning för att den ska förverkligas.

Nu förhandlar vi med staden om vad man kan göra på rådgivningarna utanför öppettiden. En sak kunde vara utvärderingar av vårdbehovet och något annat. Jag vet inte om vår personal eller stadens anställda ska vara där och vad samarbetet går ut på. Det utvidgas emellertid i den riktningen. Här är något på gång hela tiden.

Största delen av de intervjuade hade funderat på om man eventuellt skulle kunna införa användarrum och sprutautomater vid den finländska hälsorådgivningen. Det var inte direkt fråga om användarrum, utan det nämndes ofta som en del av resonemanget om hälsorådgivningens framtid och nya serviceformer. Användarrum avsedda för drogbrukare har till exempel grundats i Holland och Kanada. Syftet med rummen är att erbjuda användaren en säker plats att använda droger, rena verktyg och möjligheten till hälsorådgivning. Behovet av användarrum motiverades med det växande antalet hemlösa och mycket vanlottade människor samt deras begränsade möjligheter att sköta injektionshygien. Man konstaterade att drogbruk genom injicering ohjälpligt hör till den finländska drogkulturen och därför borde

man sträva efter att göra användningen säkrare och mer kontrollerad. Man hoppades att diskussionen om användarrum ska inledas, även om grundandet av användarrum tidsmässigt ligger långt fram i tiden. Tack vare ett tryggt användarrum skulle inte klienterna behöva bära med sig så många använda verktyg, eftersom de skulle få de verktyg de behöver på plats och också lämna dem där.

Eftersom det här är en ganska tokig situation i det avseendet att klienten kommer hit, vi byter ut sprutor och nålar mot rena, klienten går dit (visar ut genom fönstret) och använder drogen där. På vilket vis är det förnuftigt? När klienten kunde gå in i det där rummet, använda drogen där säkrare och lämna sprutorna och nålarna där. Varför måste vi göra så att klienten går över vägen till en trappuppgång eller till parken? Den här situationen är ju helt knäpp. Nog borde vi redan våga prata om användarrum i Finland. Drogerna är en del av vårt moderna samhälle och kommer alltid att vara det. Användningen av läkemedel och droger genom injicering kommer inte att försvinna från det här landet. Jag tror också att till exempel polisen i dagsläget säkert understöder grundandet av användarrum. I Amsterdam var ju polisen mycket aktiv vad gällde grundandet av användarrummen. Där registrerar ju klienterna sig också till användarrummet.

I: Det skulle kanske vara mer kontrollerat?

S: Det skulle uttryckligen vara mer kontrollerat och man skulle märkbart effektivare kunna utföra hälsorådgivning och minska skadorna.

Tre av de intervjuade understödde grundandet av användarrum, men förde fram svårigheterna med att ordna detta i praktiken. Det var tydligt att understödet för användarrum koncentrerades till stora städer och de klienter bland vilka det fanns många bostadslösa och sämre lottade. De intervjuade betonade att användarrum inte alls behöver grundas på alla orter, utan endast på de platser där det finns ett verkligt behov av dem.

Användarrummen skulle inte vara öppna för alla drogbrukare, utan begränsade så att endast registrerade användare kan använda dem. Det fanns emellertid ingen klar uppfattning om hur verksamheten passar in i det finländska systemet.

Användarrummen motiverades med att användningen skulle bli mer kontrollerad och minskningen av skadorna effektivare och mer helhetsbetonad. I stället för att använda namnet injiceringsrum, hoppades man att benämningen ”användarrum” skulle ge budskapet att injicering inte är det enda sättet att använda droger. Det skulle vara möjligt att erbjuda även säkrare användningssätt i användarrummen. Man föreställde sig att det är en realistisk tidpunkt att grunda användarrum om tio år, även om man hoppades på verksamhet före det. Man resonerade kring användarrum även på andra rådgivningar än de rådgivningar där man understödde rummen. Många var övertygade om att ett användarrum i något skede kommer att öppnas i Finland. Ett par av de intervjuade ansåg att tanken på användarrum på den egna orten var vetlös, men konstaterade att det finns olika problem i olika städer och om användarrummen svarar mot dessa problem så ska man diskutera dem.

Automater som innehåller sprutor och nålar skulle förbättra den geografiska tillgången på rena verktyg. Många upplevde att det för en del användare ibland är svårt eller till och med omöjligt att uträtta ärenden på hälsorådgivningen eller apoteket. Öppettiderna, avstånden, anonymiteten och rädslan för att bli stämplad höjer tröskeln för att uträtta ärenden vid hälsorådgivningen eller apoteket. Det bästa med automater ansågs vara att drogbrukarna skulle få rena verktyg dygnet runt och att de kunde returnera verktyg samtidigt. Många drogbrukare konstaterades röra sig nattetid, då tillgången på rena verktyg i praktiken är obefintlig.

Om man enbart tänker på smittsamma sjukdomar, så tycker jag att de borde finnas tillgängliga. Hur skulle då ... Hehheh. Den här

*diskussionen fördes när kondomautomaterna kom, att "minderåriga får tillgång till dem".
Aj sjutton.*

*I: Ja, att får närheten till och tillgången på
sprutor och nålar någon att börja injicera
droger?*

*S: Nej, nej, alldeles säkert inte. Du måste ha
en egen vilja till det eller så hamnar du av en
slump i den situationen någon helt
annanstans, men säkerligen inte på grund av
att automaten står där.*

*I: Tycker du att de skulle vara ett bra
komplement?*

*S: Det skulle de. De borde finnas på sådana
platser där de här gängen rör sig, så att de
ändå är lättillgängliga. Inte skulle jag placera
dem i skolor. De skulle till exempel kunna
finnas på hälsostationer, men på så sätt att
inte var och en märker vem som använder
dem. Det skulle vara en sådan där man sätter
smutsiga och får rena i stället.*

Nästan alla respondenter understödde sprut- och nålautomater. Och de som inte direkt understödde automaterna motsatte sig inte heller dem. Många ansåg att automaterna uttryckligen skulle placeras nära de platser där drogbrukarna helst rör sig, såsom i städernas centrum och förorter. Automater skulle vara en relativt enkel och förmånlig lösning för att nå ut till förorternas användarpopulationer. Det är ingalunda så att alla användare som bor i förorterna använder tjänsterna vid rådgivningen, som oftast finns i centrum. Man hade hört om användare som förblir i förorterna, till exempel av klienter, poliser och genom fältarbete. Man konstaterade att automater skulle betjäna drogbrukare oberoende av ålder, socioekonomisk klass eller samhällslig ställning. Många sade att automater skulle vara ett mycket bra komplement till verksamheten och att deras tydliga uppgift skulle vara att förbättra täckningen av rena verktyg. I samma andetag konstaterade man att automaterna inte under några omständigheter skulle ersätta den

personliga hälsorådgivningen, utan att de skulle utgöra en bra tilläggstjänst till den hälsorådgivningsverksamhet som redan finns och för att maximera verktygens täckning. Automaterna skulle för all del inte kunna få till stånd en förändrad uppfattning vid riskbeteende, vilket hälsorådgivningen strävar efter med personlig kontakt, men de konstaterades ändå vara ett gott komplement till verksamheten och speciellt vid förebyggandet av smittsamma sjukdomar.

Trots de ortsvisa täckande nätverken av hälsorådgivningar och förlängda öppettider ansåg man att hälsorådgivningen och speciellt täckningen av rena verktyg inte nådde ut till alla förorter, orter eller alla användare. De som var för automater önskade att hälsorådgivningarnas kontaktuppgifter skulle finnas på automaterna. Man önskade automater på både små och stora orter. På de stora orterna ville man ha automater på grund av det stora antalet användare och ojämn täckning, på de små orterna på grund av anonymitet, avstånd och den dåliga tillgången på verktyg.

Man trodde att automaterna också skulle betjäna den användargrupp som inte annars besöker hälsorådgivningarna, såsom sporadiska användare och minderåriga. Det är inte alla drogbrukare som kommer att förbinda sig till hälsorådgivningens tjänster, antingen på grund av egen vilja eller till exempel på grund av läget. För att minska smittorisken för dessa användare måste man vara beredd att göra eftergifter på hälsorådgivningens princip om krav på personlig kontakt.

I många städer hade man funderat över verksamhetssätt, med vilka man skulle få hälsorådgivningen att nå utanför städernas centrum. I huvudstadsregionen finns det flera hälsorådgivningar, eftersom antalet användare är stort, avstånden är långa, kommunikationerna är begränsade och det inte är många som rör sig utanför det egna området. Till exempel i Esbo, där det inte finns något officiellt centrum, finns det fem hälsorådgivningar. Lösningen att grunda flera

små regionala rådgivningar har varit påtagligt lyckad. Huvudstadsregionen var inte den enda plats där man upplevde att utlokaliseringen av verksamheten var en bra lösning, utan på många andra orter vändades man över samma problem med tillgänglighet. Ofta fanns det förorter till städerna eller närbelägna orter dit hälsorådgivningen inte nådde. Till dessa platser planerade man till exempel egna fasta rådgivningar, tjänster av en ambulerande enhet, automater eller fältarbete. I stora städer konstaterades det att antalet klienter vid hälsorådgivningarna redan var så stort att verksamheten snart skulle utlokaliseras till ännu fler enheter. Små regionala rådgivningar skulle kunna skapa kontakter och erbjuda tjänster så nära drogbrukarnas egen livsmiljö som möjligt. Att upprätthålla stora hälsorådgivningar och att verka i dessa var svårt både för personalen och för klienterna.

Många lyfte fram idén om dagcenterliknande verksamhet, som skulle kunna vara en del av den nuvarande hälsorådgivningen eller verka separat, men som uttryckligen skulle vara avsedd för alla sprutdrogbrukare. Flera av de intervjuade önskade att dagcentret skulle erbjuda regelbundna och långa öppettider, måltider och meningsfull sysselsättning. Man hoppades att dagcentrets basservice skulle likna den som Servicecentret vid Helsingfors Diakonissanstalt erbjuder hiv-positiva drogbrukare.

Vart jag tycker att hälsorådgivningsarbetet också skulle kunna utvecklas, är att det skulle vara ett fullservicehus, att det redan skulle vara socialarbete. Sådana servicecenter för användarna och inträdesbiljetten får inte vara att du är hiv-positiv. Men jag minns också en klient då. Alltså om det finns en plats dit man kan hänvisa en bostadslös person i vinterkölden och den personen har portförbud dit också, så står man ganska handfallen i det läget. Ibland känner man bara att medlen eller anvisningarna eller råden tar slut.

Önskingar om dagcenterliknande verksamhet hade kommit både från klienterna och från personalen. Personalen hade avvikande åsikter

om vad som avsågs med ett dagcenter, hur det skulle förverkligas och till vem det skulle rikta sig. Åsikterna varierade från att det skulle vara en helt drogfri plats till en sådan lösning där drogbrukarna förutom samvaro skulle erbjudas ett stort antal tjänster och där det skulle vara tillåtet att vara drogad.

Det finns sanslöst goda erfarenheter ute i världen av sådana vårdshus med full service där boende och alla tjänster finns under samma tak, allt från substitutionsbehandlingar. De skulle vara en lösning på frågan om bostadslöshet. Inte behövs egentligen drogfria platser längre i någon större utsträckning. Det borde vara sådana här i så fall där det ändå finns en väg framåt om personen själv vill det.

Det konstaterades att dagcentret skulle vara en naturlig del av hälso- och socialrådgivningen, där man också annars nuförtiden koncentrerar sig på att helhetsbetonat stöda människan och hänvisa människan till platser där hon får stöd. Möjligheten att möta, skapa kontakt samt ett tvärfackligt angreppssätt upplevdes som dagcentrens styrkor. Man ansåg att verksamheten skulle betjäna skötseln av klienternas sociala ärenden, vars utredning man ansåg tog tid, samt underlätta långa diskussioner om hälsa. Man trodde också att dag- eller servicecentren skulle fungera som lugnande element genom att hålla personerna borta från gatorna och ge dem en meningsfull miljö, där det skulle finnas meningsfull sysselsättning som följer vardagens rytm. En av de intervjuade konstaterade att "användarens värsta fiende är sysslolöshet" och att det på detta följer frustration, brottslighet och störningar. Man konstaterade att också de splittrade tjänsterna och byråkratin hade samma följder.

Så många verksamheter som möjligt under samma tak. Det underlättar för klienten och servicesystemet. Om man låter klienterna hoppa fram och tillbaka, blir de frustrerade och på det följer problem, besvikelse och störningar.

Man trodde att dagcenterverksamheten skulle fungera bäst i samband med små rådgivningar, där klienternas antal inte var stort. Understödet för verksamheten var större i mindre städer och det verkade också som om det i stora städer fanns många andra tjänster dit man naturligt kunde ledsaga klienterna. På mindre orter var tillgången på andra tjänster mer begränsad och modellen där ett så stort antal tjänster som möjligt skulle samlas under samma tak kom fram som en god lösning. Man trodde att dagcenter med många tjänster bäst skulle betjäna de som var allra mest marginaliserade och de hemlösa, men även unga användare. Ett problem med dagcentren ansågs vara att deras långa öppettider och klienternas långa närvarotider belastar personalen. På de platser där hälsorådgivningen hade bearbetats i riktning mot ett dagcenter nämndes det att klienterna kan trivas på rådgivningen hela dagen, vilket i och för sig gör att man har tid att diskutera med dem. Möjligheten att tillbringa hela dagen på en plats och inte till exempel ”snatta i affärerna i centrum” upplevdes som en del av helheten för att minska skadorna. Dessa omständigheter ansågs i sig vara goda, men nackdelen var klienternas drogade tillstånd och en tidvis stor oro bland klienterna. Man hade också provat på dagcenterliknande verksamhet vid några rådgivningar, men man hade upplevt att det var en dålig lösning att befinna sig i samma lokaliteter som hälsorådgivningens tjänster under samma öppettider.

Man förmodade att det skulle kunna lyckas att ordna dagcenterliknande verksamhet i mindre lokaler, om antalet klienter redan från början kan kontrolleras, öppettiderna är långa och det finns tillräckligt med personal som kan verka både inom dagcentret och på hälsorådgivningen. Ett alternativ ansågs vara att ordna dagcenterverksamhet i hälsorådgivningens lokaliteter, men under andra öppettider. Vid flera rådgivningar kunde hälsorådgivningens lokal stå tom sex dagar i veckan. Många hälsorådgivningar önskade att de befintliga lokaliteterna och kompetensen skulle kunna utnyttjas också för andra liknande tjänster, såsom dagcenter. Flera av de

intervjuade sade att även om man strävar efter att hälsorådgivningarnas tröskel ska vara så låg som möjligt, skulle även andra tjänster behöva en låg tröskel. Många sade också att tröskeln till andra tjänster, som klienterna behöver, ibland är mycket hög.

4.2.4.11. Personalens erfarenheter av sitt eget arbetet

Inom hälsorådgivningsarbetet hade man i allt högre grad strävat efter att öka den tvärfackliga kompetensen och det tvärfackliga arbetet. Sammanslagningen av social- och hälsosidans verksamhetssätt, olikheterna vad gäller arbetets tyngdpunkter samt de anställdas olika utgångspunkter orsakade emellertid då och då svårigheter i det dagliga arbetet. En av de intervjuade beskriver hur det ibland kan framträda spänningar mellan de anställda och hur ett krävande klientarbete kan orsaka spänningar även inom arbetsgemenskapen.

Det finns så många svåra lägen att man inte ens orkar tänka på dem. Denna ständiga resursbrist och missförhållanden i vårdkedjor som är helt ofattligt tunga. Givetvis är personalens uppfattning och tankar om vad en låg tröskel är eller vad den skulle kunna vara väldigt avvikande, vad det betyder. I det avseendet är det svårt då tröskeln är låg, att det kommer drogade människor in hit och de kan vara i vilket skick som helst. Ibland kan någon se att någon har en pistol i en ficka. Vi har alla vår gräns och de gränserna är olika. Hurudana saker och hurudana företeelser vi har råd att ta till oss och hur nära man kan låta klienterna komma. Då det är svårt att skapa gränser och strukturer uppstår det en önskan om samstämmighet eller en vilja att alla ska fungera på samma sätt med klienterna. Att man söker gränser och strukturer för små saker som för andra igen är betydelselösa. Att man finner gränserna i det som sker mellan människor då de möts och man anser att man därigenom skapar trygghet inom gemenskapen. En del kanske tror att de uppstår genom regler och noggranna bestämmelser om hur man bör gå till väga. Sådant är säkert tungt ibland.

I: Uppstår det konflikter någon gång?

S: Förstås. Företeelserna som klienterna för med sig då de kommer är så starka och okända för den vanliga medborgaren. Sedan handlar det förstås om social- och hälsovården i princip. Ett sådant här tvärfackligt arbete är en ovillkorlig förutsättning, men av det uppstår ändå avvikande åsikter om vad som är viktigt och hur man ska göra. På hälsovårdssidan är verksamheten mycket hierarkisk, på den sociala sidan kanske inte fullt så mycket, utan där är man närmast van vid att fungera som individer. Nog finns det enormt mycket spänningar här som det säkert inte finns på andra ställen. Det här undersöks mycket utifrån siffror, riskbeteende och smittsamma sjukdomar, men de företeelser som klienterna för med sig, laglöshet, våld, all slags misär som de här människorna bär med sig – givetvis inverkar det på arbetsgemenskapen. Det kräver kontinuerlig arbetshandledning, att man pratar om saker.

Tidigare var det mer, men fortfarande är man tvungen att förklara det egna arbetet, att motivera att det finns. Det återspeglar igen att det inte är självklart att få finnas till. Mer sällan primärvården, men nog den också. Social- och hälsovårdens anställda emellanåt, tjänstemän med flera. Alltid då minsta sak sker, man hittar en nål någonstans, så är vi i medierna och sedan måste vi motivera för vanliga människor, politiska beslutsfattare. Nog händer det ibland att vi måste förklara för anställda på rusmedelssidan också. Stämplande. På en del hälsorådsgivningar – eller på vilken arbetsplats som helst nuförtiden – kan det vara ont om finansiering och vetenskapen om detta faller på personalens axlar. Man klarar inte av att hålla den på förvaltningsnivå, eftersom diskussionen kan vara offentlig. Arbetstagaren skulle ha tillräckligt att fundera på i det egna arbetet, men blir tvungen att oroa sig för om det finns finansiering nästa år. Personalen är aktivt oroad för finansieringen. Speciellt i huvudstadsregionen. Stabiliteten är en sådan bubbla, eftersom vi har haft många projekt på

hälsorådsgivningen, men grundfinansieringen från staden har hela tiden varit otillräcklig. Trots att det ser stabilt ut och antalet klienter är helt hejdlöst, så befinner vi oss hela tiden på smärigränsen.

I intervjuerna frågade man om arbetets mest belönande ögonblick och om erfarenheter av att lyckas. Alla de intervjuade trivdes på arbetet trots arbetets tidvis tunga karaktär och för största delen hörde de mest belönande ögonblicken ihop med klientarbetet, tilliten som uppstod där och att se positiva förändringar. Många betonade att det dröjer länge innan man ser positiva resultat och att förändringar tar tid.

I: Vad är det som är mest belönande i det här arbetet?

S: Att människorna kommer på nytt. Om de är i nöd och de får hjälp, senast reparerade vi ett par skor. Att de tar personalen som sina vårdare, trots att det är klart att de inte bör komma hit med alla sina problem. De är glada, de vågar komma, de vågar låta vaccinera sig trots att det kan vara smärtsamt. Det är också ett bevis på tillit att våga visa en sjuk hand och tro på att personalen vill deras bästa. Vi strävar efter en naturlig växelverkan. Rusmedelsproblemet kommer inte alltid först, utan det gör mötet i sig själv.

När man har uppnått en förtroendefull relation. Klienten har så småningom börjat prata om vårdmönster och sedan har det gått ett år eller ett och ett halvt innan klienten kommer till den punkten att han eller hon vill få vård. Nu då man ser att vården lyckas och att de tillfrisknar – och den processen har kunnat ta fyra år – så är det ganska belönande. Jag stöter på gamla ex-klienter på andra ställen och de hälsar nog alldeles ordentligt. Det finns framgångssagor, men det är en lång och stenig väg i det här arbetet. Det här går inte alls i ett snabbt tempo. Man måste sätta målen mycket långt fram och avancera med mycket små steg. Det kan t.o.m. gå fyra år. I klientens liv är det en extremt kort tid om man tänker att han eller hon är närmare 30 år

och har börjat missbruka som 13- eller 14-åring. Det är klientens hela liv. Klienten blir tvungen att göra en total livsförändring och det betyder ju allt. Hoppa in i ett helt främmande liv. Inte kan ju någon göra det i en handvändning. Man måste ju vänja sig i små delar vid det andra livet innan man vågar följa med. Det är svårt att byta de fast anställda, eftersom det kan hända att klienterna inte har något annat. Den sociala miljön och de sociala relationerna finns bara där. Vad sedan? Då har man ingenting att falla tillbaka på. Ingen vill ju vara ensam. Den sociala samvaron är viktig. Men om man sedan får smaka lite på ett annat liv och man får nya bekanta och så småningom får komma med, så kan man märka att det inte alls är så förfärligt. Det kan ta tid..

5. DISKUSSION OCH SLUTSATSER

5.1. Framgång utifrån indikatorer på smittsamma sjukdomar

Mätt med övervakningsindikatorer för smittsamma sjukdomar samt värderat med indirekta mätare verkar det som om hälsorådgivningen för sprutdrogbrukare har haft effekter på att dämpa epidemins negativa folkhälsoeffekter och minska smittorisken bland sprutdrogbrukare, speciellt vad gäller minskad gemensam användning av verktyg. Den objektiva och rikliga informationen om smittsamma sjukdomar och andra hälsoskador samt tillgången till rena injektionsmaterial verkar ha nått ut till största delen av sprutdrogbrukarna och fått till stånd en synlig förändring.

Hälsorådgivningen har haft framgång även i det avseendet att viljan att använda rena verktyg har förstärkts bland sprutdrogbrukare och det har inte kunnat konstateras att den förbättrade tillgången på rena verktyg har lett till ett ökat drogbruk. Verksamheten har också varit effektiv i det avseendet att kostnaderna för den förebyggande hälsorådgivningen och dess tjänster, även utifrån en grov beräkning, blir förmånligare än vården av nya hiv-infektioner, hepatiter, endokarditer och andra hälsomässiga skador.

Genom att granska fallstatistiken som beskrivs i kapitel 4 och som genererats via övervakningssystemet för smittsamma sjukdomar samt uppgifter om förekomst utgående från de hälsoindikatorer som beskrivs i kapitel 2 och framgångsmålen som fastställts för dessa, kan vi konstatera att hälsorådgivningen har uppnått sitt mål: Av de scenarier beträffande smittsamma sjukdomar som beskrivs i regeringens åtgärdsprogram för narkotikapolitiken åren 2004–2007 har det alternativ förverkligats där situationen lättar. År 2007 konstaterades i Finland bara 10 nya hiv-fall relaterade till missbruk av sprutdroger

och en stor del av dessa konstaterades dessutom bland utlänningar. Antalet fall har hållit sig på denna låga nivå redan under flera års tid. Siffran underskrider klart det synnerligen ambitiösa målet på 30 årliga nya fall som satts upp för det scenario där situationen lättar och visar på att man har lyckats bryta smittokedjorna och åtminstone tillfälligt har fått riskerna för en utbredd epidemi under kontroll.

Av de indikatorer som gäller problem med smittsamma sjukdomar relaterade till ungas drogbruk och som utvecklats för att följa upp framgången med programmet Hälsa 2015 har största delen utvecklats gynnsamt under hälsorådgivningsverksamhetens verkningstid. Nyupptäckta hiv- och hepatit A-, B- och C-infektioner har minskat eller hållit sig kvar på den ursprungligen låga nivån i åldersgruppen 15–24 år. Den tydligaste förändringen som har skett under de senaste åren gäller hepatit C-infektionerna, där antalet fall bland unga tydligt har sjunkit.

Lyckligtvis har inte särdeles många hiv-fall konstaterats bland unga (15–24 år) i Finland och antalet fall har sjunkit tydligt under de senaste åren.

Särskilt anmärkningsvärd har informationen varit att förekomsten av hiv inte i något skede har överskridit en gräns om 5 procent bland sprutdrogbrukare. Detta har sannolikt fungerat som en viktig faktor för att minska risken för uppkomsten av en epidemi som när sig själv.

De så gott som årligen arrangerade prevalensstudierna bland sprutdrogbrukarna har påvisat att det med stor sannolikhet inte existerar någon dold hiv-epidemi i gruppen, och negativa förändringar i riskmiljön har inte uppdagats.

Prevalensstudierna som påbörjades 1998 och den samtidigt startade hälsorådgivningsverksamheten hade en klar betydelse för snabb identifiering av epidemin och dess begränsning. Utvidgningen av sprutdrogbrukarnas hälsorådgivningstjänster verkar att

ha fungerat som en effektiv förebyggande intervention som förhindrat fortsatt smitta och ökande hiv-prevalens.

Internationell erfarenhet visar att det förebyggande arbetet försvåras väsentligt på områden där förekomsten av hiv i något skede stiger över gränsen om 5–10 procent. Då förekomsten är tillräckligt hög, kumuleras riskerna för användarna lätt och blir så höga att de förebyggande åtgärderna inte längre räcker till för att stoppa smittokedjorna. Infektionen blir då endemisk i gruppen, vilket inom kort leder till en mycket hög förekomst. Detta har ofta skett vid andra epidemier och det färskaste exemplet på ett sådant utvecklingsförlopp finns i Estland. De prevalensundersökningar som utförts av Tervise Arengu Instituut i Estland visar att förekomsten av hiv uppgår till över 50 procent bland sprutdrogbrukarna i Tallinnområdet och i östra Estland har man beskrivit en förekomst på nästan 90 procent (Uuskülä et al. 2006). I Estland inledde man först med flera års dröjsmål en verksamhet som motsvarar den finländska hälsorådgivningen för att minska skadorna och inledningen av verksamheten gick långsamt.

Trots att det är tydligt att Estlands och Finlands sociala situation och verksamhetsförutsättningar inte motsvarar varandra är många saker likadana, till exempel de huvudsakliga drogerna, den allmänna förekomsten av injicering som användarform samt uppskattningar av problemdrogbrukarnas antal. I Estland har incidensen efter epidemins inledande topp fortsättningsvis legat på en mycket hög nivå, cirka 500–600 fall per år (fortfarande cirka 1/3 av toppåret) och den nästan tiofaldiga minskningen som man har sett i Finland har inte skett.

Epidemin i Estland utgör ett beklagligt exempel på hur snabbt situationen kan utvecklas och bli riktigt dålig vid epidemier av blodsmittande sjukdomar bland sprutdrogbrukare. Exemplet framhäver behovet av långsiktigt förebyggande arbete för att kontrollera riskerna.

5.2. Kostnadseffekter

Då man ursprungligen beräknade effekten av en hiv-epidemi som uppstår bland sprutdrogbrukare använde man en uppskattning, enligt vilken de direkta och totala vårdkostnaderna som en smitta orsakar samhället är cirka 170 000 euro (Leinikki 2003a). Denna uppskattning har ändrats bara lite efter detta och är fortfarande en användbar generalisering för att få fram en grov kostandsberäkning. Att uppskatta de indirekta kostnaderna som sparats skulle däremot kräva en betydligt mångsidigare analys och står utanför möjligheterna för denna utvärderingsstudie.

Internationella beräkningar av de direkta årskostnaderna för hälsovården i västländerna ligger mellan 10 000–50 000 euro för en hiv-infektion. Man kan förmoda att vård- och undersökningskostnaderna per patient i Finland skulle uppgå till cirka 10–15 000 euro (Salminen 2007). Då man beräknar kostnaderna för en hiv-infektion hos en sprutdrogbrukare bör man även beakta att många som har fått smittan också ofta har hepatit C. I Finland kostar läkemedelsbehandlingen av en C-hepatit cirka 10 000–20 000 euro (Ristola 2004, 56–57). Till exempel i Tyskland kostar en 48 veckors vårdkur av hepatit C cirka 23 500 euro (EMCDDA 2003). Ju längre C-hepatiten framskrider, desto dyrare blir vården.

Om hälften av hälsorådgivningarnas klienter (cirka 6 000) eller hälften av drogbrukarna (cirka 8 000) fick hiv-infektion och de årliga vårdkostnaderna förblev cirka 15 000 euro, skulle de kommande årskostnaderna för den offentliga hälsovården kunna vara 90–120 miljoner euro. Det är också viktigt att förebygga smittor bland sprutdrogbrukare därför att den medicinska vården av smittorna och engagemanget i vården ofta är mycket utmanande för den här gruppen, vilket i sig ökar kostnaderna ytterligare.

Finansieringen av hälsorådgivningarna kommer från flera olika källor och riktas både

till upprätthållandet av verksamheten och till utvecklingen av denna. Till exempel var de totala kostnaderna för A-klinikstiftelsens hälsorådgivningar i Helsingfors 814 196 euro 2005. Summan skulle grovt räknat räcka till vårdkostnaderna för cirka femtio personer som fått hiv. Endast en bråkdel av rådgivningarnas kostnader går till material.

5.3. Nåbarhet och tillgänglighet

Världshälsoorganisationen WHO har uppskattat att hälsorådgivning som riktar sig till sprutdrogbrukare borde nå ut till cirka 60 procent av drogbrukarna för att vara effektiv. Enligt hälsorådgivningarnas verksamhetsstatistik når man upp till denna siffra.

Då hälsorådgivningarna når ut till en betydande del av sprutdrogbrukarna har de lyckats i sitt arbete och strävat efter att möjliggöra att inte en enda klient ska bli smittad på grund av okunskap eller dålig tillgång på rena verktyg. Det är också möjligt att en minskning av hiv-smittor bland sprutdrogbrukare för sin del har förbättrat drogbrukarnas status och ingjutit tilltro till att det är möjligt att förändra beteendet hos en marginaliserad grupp.

Som en följd av den förbättrade smittosituationen är det svårare än tidigare att stämpla drogbrukaren som marginaliserad, som en stor potentiell smittspridare och i detta avseende har skillnaden mellan dem som lever i samhällets marginaler och den övriga befolkningen minskat. Ökningen av sexförmedlade hiv-smittor under de senaste åren för alltmer över riskgruppstänkandet i riktning mot den så kallade vanliga befolkningen och heterosexsmittorna. Riskerna gäller naturligtvis också sprutdrogbrukare, som fortfarande riskerar att få smittorna även via sex. Genom hälsorådgivningsarbetet har man gett sprutdrogbrukare kunskapsmässiga och konstfulla redskap för att skydda sin egen och andras hälsa samt stöttat dem i denna process. Likväl sker tankeförändringen och

konkretiseringen av denna långsamt och på det området upphör arbetet aldrig.

Trots att intervjuer för denna undersökning gjordes på endast 11 rådgivningar, utgör klienterna vid dessa rådgivningar nästan 90 procent av alla klienter vid Finlands hälsorådgivningar. Utifrån intervjuerna var det möjligt att märka likheter mellan rådgivningarna, men även skillnader. Det existerar inte en viss verksamhetsmodell eller ett visst utvecklingsförlopp som skulle förena alla rådgivningar, utan verksamheten påverkas såväl av inre lagbundenheter som utgår från klientarbetet som externt uppsatta villkor för arbetet.

Vuori (1993) konstaterar med tanke på hälsotjänsternas tillräcklighet att köerna är ett tecken på typisk otillräcklighet eller en ineffektiv organisation och att det är det politiska beslutsfattandets uppgift att garantera att tjänsten är tillräcklig (Vuori 1993). Vid hälsorådgivningarna i stora städer kunde man urskilja köer som konstaterades bli längre och längre. Köerna berodde både på ett ökat antal klienter och på rusmedelsvårdens köer, som syntes i hälsorådgivningarnas vardag.

Hälsorådgivningen är åtminstone i de största städerna tillgänglig i det avseendet att en stor del av drogbrukarna har möjlighet att använda tjänsten. Tillgängligheten försämras inte av att tjänsterna är dyra, eftersom de är gratis för alla, men den kan försämras av geografiska omständigheter samt om anonymiteten äventyras. Hälsorådgivningstjänsten har varit godtagbar, eftersom dess ställning i arbetet mot smittsamma sjukdomar och i mötet med drogbrukare har erkänts officiellt. Kriterierna för godtagbarhet har också uppfyllts från klienternas håll, vilket syns i fler klienter och i engagemanget för tjänsten.

5.4. Tillgången till testning för och vaccinering mot smittsamma sjukdomar

På många rådgivningar trodde man att cirka en tiondel av klienterna testade sig regelbundet. Att testa sig regelbundet är en mycket bra vana och man borde sträva efter att öka intresset för detta också bland övriga klienter. Om det emellertid alltid är riskbeteende som ligger bakom testningen innebär det att minst tio procent av klienterna sannolikt utövar fortsatt riskbeteende. Oberoende av den oroande bakgrundsfaktorn är det möjligt att genom regelbunden testning snabbt upptäcka eventuella epidemier.

I Finland har hiv-smittor relaterade till användning av sprutdroger i genomsnitt konstaterats först i 35-årsåldern och därför finns det skäl att betona betydelsen av regelbunden testning för unga användare och nya klienter. Många konstaterade också att man strävar efter att i ett så tidigt skede som möjligt få ungdomar och nya klienter att testa sig och ge dem skydd med de vaccinationer som erbjuds. Inför livandet av hepatit A och B vaccinering i det allmänna vaccinationsprogrammet för sprutdrogbrukarnas grupp har klart förbättrat vaccinationstäckningen och minskat på infektionernas insidens.

Av dem som deltog i undersökningen Riski hade den övervägande delen någon gång testat sig för hepatit och hiv och största delen (85–93 %) hade låtit sig testas under föregående eller samma kalenderår. Av dem som svarade hade 91 procent tagit hiv-test, 88 procent hepatit C-test, 86 procent hepatit B-test och 53 procent hepatit A-test. Över hälften av svararna hade hepatit C och fyra procent hade hiv. (Partanen et al. 2006.)

På några rådgivningar uppskattade man att endast en bråkdel av klienterna någon gång hade testat sig för hiv och hepatiter och det fanns stora skillnader mellan orterna beträffande andelen testade. Man trodde att den viktigaste enskilda faktorn som höjde tröskeln var testning via remiss. Å andra sidan

kunde andelen klienter som testade sig vara lika liten på rådgivningar där testen ordnades på plats.

Uppenbarligen kan rädsla, ovilja eller andra orsaker höja tröskeln precis lika mycket som saker som är relaterade till strukturerna. Det skulle dock vara önskvärt att man skulle försöka få alla klienter som inte har konstaterats ha hiv eller hepatit C att ta test åtminstone en gång per år och dessutom efter att de har utsatt sig för smittan eller om de har använt droger i flera olika sällskap. Alla hälsorådgivningar borde sträva efter att ordna så täckande och lättillgänglig testning som möjligt och att effektivare eller fortsättningsvis bjuda ut den aktivt.

De allt vanligare snabbtesterna för hiv och hepatit C sänker förhoppningsvis tröskeln för att göra tester och söka sig till test. Det skulle ändå vara bra att skapa uppdaterade rekommendationer om testningens yttre villkor och hur testen ska genomföras i praktiken.

5.5. Koordinering av hälsorådgivningen

De finländska hälsorådgivningarna fungerar utifrån olika finansieringsvillkor och villkor i olika städer och det finns inget samarbete som täcker hela verksamheten eller någon gemensam linje. Därför skulle det vara viktigt att hälsorådgivningarna utnyttjar varandras kompetens och erfarenheter för att utveckla den egna verksamheten. Gemensamma möten är näst intill omöjliga på grund av rådgivningarnas antal och avstånd. Personalen vid de största rådgivningarna deltar i utländska seminarier för att få information om den internationella utvecklingen av skademinimeringen. Att föra denna information vidare inom den finländska hälsorådgivningen skulle vara lika viktigt som att utbyta finländska erfarenheter.

Det fanns inga sådana skillnader mellan svaren på små och stora orter som skulle ha gjort det möjligt att åtskilja dessa. Missnöjet

med den nuvarande hälsorådgivningen var störst bland de personer som hade varit med i verksamheten under nästan hela dess historia. I deras kommentarer betonades att det på senare tid har blivit svårare att utveckla arbetet, att antalet klienter, som ofta är krävande, hade ökat samt hälsorådgivningens tidsbundenhet vad gäller finansieringen. Tidsbunden finansiering och projektfinansiering skapade ett tydligt missnöje bland personalen och dessa finansieringsformer uppmuntrar eller möjliggör inte heller ett långsiktigt arbete. Finansieringsmässigt är hälsorådgivningsverksamheten onödigt ofta ett tidsbundet projekt, vars verkliga framgång i första hand beror på stabilitet och långsiktighet.

5.6. Förtroende för social- och hälsovårdstjänster

Många klienter hade i något skede av sitt liv förlorat förtroendet för samhällets social- och hälsovårdstjänster och deras förmåga att hjälpa droganvändare. Många hade flera mentala diagnoser, men ofta upplevde de att diagnoserna inte hade någon betydelse för att förbättra vardagen. Tvärtom blev många ännu mer deprimerade då de fick svar på problemens ursprungskälla, men de fick ändå ingen hjälp. Flera hade varit med om att barnen hade blivit omhändertagna då de hade försökt söka hjälp mot sitt rusmedelsproblem. Andra hade blivit avvisade från vården, eftersom de hade kommit för sent till möten eller inte hade lyckats sluta med sidomissbruket.

De kunde dra sig för att komma till hälsorådgivningen, eftersom de var rädda för att polisen eller någon annan skulle känna igen dem och det var inte heller alltid en angenäm erfarenhet att utträta ärenden på apoteket. Enligt personalens berättelser var det inom basservicen alltid något som var för mycket eller för litet med många klienter. De kunde vara för drogade, för multiproblematiska, för opålitliga eller för skrämmande. Det kunde också hända att de inte var i tillräckligt dåligt

skick för att bli betjänade, tillräckligt hövliga för att bli hörda eller också hade de för kort drogbrukarhistoria bakom sig för att få vård. Trots allvarlig blodförgiftning eller annan situation som krävde akut vård vägrade en del in i det sista att uppsöka akuten eftersom de inte ville konfronteras med vårdpersonalens dömande blickar.

I största delen av intervjuerna efterlystes en bättre och mångsidigare service för droganvändare. Ofta ansåg personalen att det, trots att det är möjligt att ytterligare öka hälsorådgivningens serviceutbud och föra den närmare rusmedelsvården, när allt kommer omkring är basservicens uppgift och skyldighet att bära sin del av ansvaret för att hjälpa denna grupp av klienter.

5.7. Klienternas förtroende centralt

Förtroendet verkade stiga fram som den största enskilda faktorn för att hälsorådgivningen ska lyckas. I alla intervjuer betonades hur viktig tilliten är och hur tilliten byggs upp och upprätthålls i den dagliga verksamheten. Den tillit som byggts upp mellan hälsorådgivningen och den så kallade marginella gruppen kan även reflekteras på andra delar av servicesystemet som är väsentliga för gruppen och följderna kan vara mycket positiva.

Närmandet mellan drogbrukaren och primär- och socialvården kan emellertid vara långsam, även om drogbrukarens förtroende för tjänsterna ökar. Kuussaari (2006) intervjuade personer inom social- och hälsovården kring åsikter om narkotika och droganvändare.

Undersökningen visade att de som arbetar inom specialtjänsterna är mer förstående till droger, medan de som arbetar inom basservicen har mer avvisande åsikter. Kuussaari ansåg att den tidvis till och med fientliga inställningen till drogbrukare bland dem som arbetar inom basservicen är speciellt illa för det förebyggande drogärende som till

stor del genomförs inom basservicen. (Kuussaari 2006.)

I intervjuerna kom det fram att attityderna till drogbrukare och drogbrukartjänster fortfarande är negativa inom basservicen. Hälsorådgivningens relation till medierna verkade vara positiv och balanserad. Ändå önskade man att den bild som gavs av hälsorådgivningen i offentligheten skulle vara mångsidig och mer behandla arbetets innehåll. Samarbetet med polisen verkar ha stabiliserats till att vara hövligt distanserat, även om relationerna ortsvis kan vara mycket varma. Rädslan för polisen hindrar inte största delen av Finlands sprutdrogbrukare från att använda hälsorådgivningens tjänster.

5.8. Antalet utbytta injektionsredskap

Som vi redan tidigare har konstaterat är verksamheten tillräcklig i den mån att hälsorådgivningstjänsten har nått ut till en stor del av de uppskattade drogbrukarna. En viss otillräcklighet kunde emellertid märkas till exempel beträffande det tak som satts upp för antalet verktyg, eftersom man önskade ett större antal än vad som fanns tillgängligt.

Enligt intervjuerna ville klienterna byta ett större antal verktyg än vad en del hälsorådgivningar går med på att byta. På de orter där tillgången på hälsorådgivningstjänster är begränsad, dit många personer från andra orter kommer eller där apoteksförsäljningen inte är täckande borde man kanske överväga att avlägsna taket för antalet byten. Det kunde vara möjligt att testa det verkliga behovet av antalet utbyten genom att avlägsna begränsningarna till exempel under en viss tid. Då får man en uppfattning om ifall begränsningarna alls har samma proportion som det antal som byts under den tiden. Man kunde även testa behovet av att öka antalet utbyten genom att låta de regelbundna och långvariga klienter som testat sig regelbundet och får sina vaccinationer ta med sig så många verktyg som de returnerar. Man kunde även överväga

att avlägsna begränsningarna för vissa personer eller grupper, såsom hemlösa och dem som har familj.

Enligt verksamhetsstatistiken verkar det inte finnas något direkt samband mellan antalet utbytta verktyg och ortens storlek. Statistiken visar att antalet utbytta redskap på orter med under 50 000 invånare kan var fyra gånger så stor som på orter med över 100 000 invånare. Stora orter och stora rådgivningar avviker i allmänhet genom ett stort antal utbyten, men på små och medelstora orter är linjen för antalet byten inte lika klar. Antalet byten varierar mycket både på orter med 50 000–100 000 invånare och på orter med under 50 000 invånare. På små orter varierar utbytet mellan några hundra utbytta verktyg per år till cirka trettiotusen, på medelstora orter från ett par tusen till över fyrtyotusen. Ortens storlek i sig berättar inte om antalet utbytta verktyg, utan det verkar som om bland annat klienternas antal, öppettider och begränsningar av antalet utbyten inverkar på antalet. Antalet utbyten kan vara relativt stort även med ett litet klientantal om rådgivningen är öppen mer än en gång per vecka och antalet utbyten inte är begränsade.

Skillnader i antalet givna och bytta verktyg kan skapa motstridiga meddelanden om hälsorådgivningens linje, önskemål och målsättning med utbytet. Det största problemet med principen om antalet utbyten är att verktygen eventuellt inte räcker till.

Man kan mycket väl hålla fast vid bytesbegränsningarna på de platser där rådgivningen ofta är öppen eller om klienterna utan oskäligt stort besvär kan skaffa verktyg även på andra ställen, till exempel på apotek. Om dessa villkor inte uppfylls, kan tillgången på verktyg vara otillräcklig. De tak som satts upp för antalet byten kan också vara av ekonomisk betydelse, för även om sprutor och nålar i sig inte är dyra skulle ett obegränsat utbyte kunna öka verksamhetens kostnader i det långa loppet.

Den ringa mängden av andra tjänster, geografiska avstånd, begränsade öppettider och det att många hämtar verktyg åt andra samtidigt talar för att avlägsna begränsningarna. Önskan om att engagera allt fler användare i tjänsterna med hjälp av begränsningar i utbyten av verktyg är emellertid inte målet i sig, även om det stora eller växande antalet klienter och klientbesök ger verksamheten en viss säkerhet. Fördelarna med regelbunden nåbarhet är minskad risk för marginalisering och minskat riskbeteende, vilka man strävade efter att ingripa i med hjälp av lättillgänglig hälsorådgivning.

Utan lättillgänglig hälsorådgivningsverksamhet skulle kontakterna till sprutdrogbrukare och mötet med klienter begränsa sig till nästan enbart rusmedelsvård. Enligt hälsorådgivningarnas statistik (2005) är returneringsprocenten ofta större vid rådgivningar där verktyg byts och ges till klienten enligt behov utan krav om byte en mot en än på rådgivningar med begränsat utbyte.

Enligt hälsorådgivningarnas verksamhetsstatistik för 2004 och 2005 returnerades 98 procent av sprutorna och nålarna. Siffran kan i verkligheten vara lite högre, eftersom flera rådgivningar hade uppgett att returneringsprocenten var ”över hundra”, i stället för att meddela en exakt procentsats. Returneringsbelopp på över hundra procent är i sig inte returneringsprocenter, utan berättar hur många använda verktyg som förs till hälsorådgivningarna i förhållande till utdelade. Enligt verksamhetsstatistiken ökar returneringsprocenterna vid flera rådgivningar från år till år och är ofta redan närmare hundra procent.

5.9. Betydelsen av apoteksförsäljning av injektionsredskap

Man hoppades att de apotek som säljer sprutor och nålar ska fortsätta med försäljningen, så att deras tjänster kan fungera sida vid sida med hälsorådgivningarnas tjänster. Enligt de

senaste uppskattningarna säljer 85 procent av Finlands apotek rena sprutor och nålar till drogbrukare (Suomen apteekkariliiton hallituksen kannanotto apteekkien roolista huumeidenvastaisessa työssä 2006).

Trots att apoteksförsäljningen procentuellt är täckande, saknar många stadsdelar eller områden de verktyg som fås från apoteken. Till exempel våren 2007 sålde 30 procent av apoteken i Helsingfors sprutor och nålar till drogbrukare, medan motsvarande siffra i Esbo var 75 procent. Utifrån intervjuerna är det möjligt att apoteken på alla områden på små orter säljer verktyg, vilket är mycket bra med tanke på hälsorådgivningens snäva öppettider och geografiska avstånd.

I Finland ges hälsorådgivning i genomsnitt fyra och en halv timme åt gången och öppettiden varierar från en till tio timmar. I Finland finns det ingen rådgivning som är öppen sent på kvällen eller på natten, utan rådgivningarna stängs i allmänhet senast klockan åtta och många apotek slutar sälja verktyg klockan nio. På helgerna är tillgängligheten till hälsorådgivningstjänster dålig. På lördagar fås tjänster på tre ställen och på söndagar på två ställen, vilka alla är koncentrerade till huvudstadsregionen. Drogbrukarna har ett tydligt behov av att få verktyg också på veckosluten. Understödet för automater var stort bland de intervjuade, eftersom automaterna geografiskt och tidsmässigt skulle omfatta användare och områden som ligger utanför rådgivningarnas räckvidd.

5.10. Det verkliga årsbehovet av injektionsredskap

De som använder droger intravenöst, speciellt buprenorfin, injicerar drogen cirka tre gånger om dygnet och behöver därför tre rena sprutor och nålar per dygn (Harju et al. 2000b, Alho et al. 2007, Malin et al. 2006). Enligt hälsorådgivningarnas verksamhetsstatistik för 2005 byter en klient i genomsnitt cirka 25 sprutor och nålar vid varje besök (21 år 2004) och antalet bytta verktyg under året

uppgår till cirka 150 sprutor och nålar per klient (170 år 2004, 160 år 2006).

Om man räknar med antalet som säljs på apotek (620 000 år 2005) får en sprutdrogbrukare cirka 200 rena sprutor och nålar per år. Antalet sprutor och nålar som delats ut av hälsorådgivningarna under ett år varierade år 2006 från cirka 20 verktyg per klient i

S:t Michel till över 300 verktyg per klient i Kouvola. De användare som svarade på undersökningen Riski förbrukade cirka 40 nålar per månad och en aning färre sprutor (Partanen et al. 2006). Många av dem som svarade på undersökningen Riski använder egna verktyg två gånger, d.v.s. om de skulle ha använt nya verktyg vid varje injicering skulle de ha behövt cirka 80 stycken per månad.

Om en klient byter eller får i genomsnitt 150 sprutor och nålar per år, räcker detta antal till cirka två månaders hygienisk injicering. Om injektionsfrekvensen per dygn i genomsnitt är två till tre gånger behöver användaren cirka 900 rena sprutor och nålar under ett år. Om man jämför antalet utbytta verktyg och antalet klienter får genomsnittsanvändaren från hälsorådgivningen cirka en femtedel av det antal verktyg som han eller hon skulle behöva för att varje gång injicera med rena sprutor och nålar. Utifrån detta används en spruta och en nål i medeltal sex gånger och cirka 80 procent av injektionerna görs med använda verktyg.

Enligt verksamhetsstatistiken år 2005 besöktes hälsorådgivningarna av cirka 11 800 olika personer och cirka 1,9 miljoner sprutor och nålar delades ut (13 500 personer och 2,1 miljoner sprutor och nålar år 2006). Om varje klient skulle använda två till tre rena sprutor och nålar per dag skulle det totala antalet uppgå till sammanlagt cirka 12 miljoner sprutor och nålar. Antalet verktyg som hälsorådgivningarna ger ut täcker inte nödvändigtvis ännu klienternas behov av

rena injektionsredskap, trots att det totala antalet sprutor och nålar som en klient får per år ökar årligen.

År 2005 var antalet sprutor och nålar som hälsorådgivningarna och apoteken sammanlagt gav ut och sålde cirka 2,5 miljoner. I förhållande till antalet användare (14 000–19 000) kan det årliga behovet av verktyg uppgå till cirka 12–17 miljoner. Trots att antalen inte berättar om gemensam användning och alla inte injicerar två till tre gånger per dag, är siffrorna vägledande med tanke på att varje användare sannolikt inte använder rena sprutor och nålar vid varje injicering.

Antalet som avhämtas från hälsorådgivningar och apotek räcker inte nödvändigtvis till för att täcka det uppskattade behovet av verktyg bland hälsorådgivningarnas klienter och övriga användare, även om totalantalet sprutor och nålar en klient fått vuxit årligen. Att återanvända egna injektionsredskap är förknippat med hälsorisker och det nuvarande antalet utbytta rena verktyg räcker inte till för att helt avlägsna de riskerna.

Det finns inga enhetliga instruktioner för antalet verktyg som byts eller delas ut eller för grunderna, liksom inte heller för utvecklandet av antalen i förhållande till verksamhetens tillväxt och antalet klienter. Antalet byten och det minsta antalet verktyg som ges borde i högre grad överensstämma med klienterna och vissa behov. De omständigheter som bör beaktas är bland annat öppettider, antalet klientbesök, andra tjänster som specialiserar sig på att sälja, dela ut eller byta verktyg och dessa tjänsters tillgänglighet samt geografiskt läge i förhållande till de områden där klienternas vistas. Klienterna behöver ett mycket varierande antal verktyg och antalet är inte detsamma vid varje besök.

Det kan gå långsamt eller snabbt att engagera klienterna i tjänsten och ett begränsat antal byten i verksamhetens första skede fungerar uppenbarligen bra när det gäller att engagera klienterna. I början av verksamheten kan

bytesbegränsningarna också göra verksamheten berättigad, eftersom tämligen stora besöksantal statistikförs tack vare begränsningarna. Å andra sidan har antalet besök efter hand ökat och jämnat ut sig på de platser där utbytet från början har varit obegränsat. De platser där det maximala antalet för utbytet i något skede hade ökats eller avlägsnats hade antalet klienter förblivit på samma nivå som tidigare, även om antalet besök oftast hade sjunkit och antalet utbytta verktyg många gånger hade ökat med upp till tio procent. I principerna för antalet byten borde man beakta användargruppen, rådgivningens öppettider och geografiska läge samt närheten till andra ställen som erbjuder eller säljer injektionsredskap, deras öppettid och tillgänglighet. För att minska hälsoriskerna borde så många rena verktyg som behövs finnas tillgängliga.

5.11. Att inverka på hälsoriskerna med hjälp av hälsorådgivning och vårdhänvisning

Enligt Vertio (2003) är förändringar i riskfaktorer eller beteende efter interventionen det som vanligen mäts i undersökningar då man utvärderar hälsorådgivningens framgång. Redan lite rådgivning har konstaterats inverka på människors beteende. Vertio konstaterar att trots att hälsointerventionernas framgång har mätts till exempel genom förändringar i sjukdomsbild och mortalitet, har själva interventionen och rådgivningen som en del av denna undersökts betydligt mindre. (Vertio 2003.)

Syftet med denna intervjuundersökning var uttryckligen att granska själva hälsorådgivningen och dess möjligheter att påverka riskerna. Hälsorådgivningen är en social process, vars resultat man kan resonera kring utifrån dess tillvägagångssätt. Betydelsen av även ett kort hälsorådgivningsmöte som sker på klientens villkor var enligt svararnas åsikt väsentlig för att minska riskerna. Det är möjligt att en klient som regelbundet besöker hälsorådgivningen

har mer specifik information om drogbrukets risker, hur man undviker dessa och olika vårdmöjligheter än vad en storkonsument av alkohol i genomsnitt har om alkoholens faror eller en tobaksrökare om tobakens skador.

5.11.1. Infektionsrisker

Enligt personalens uppfattning har klienterna mycket korrekt information om smittoriskerna och om hur de ska undvika dem och informationens omfattning och kvalitet växer från år till år. Emellertid är till exempel hepatit C fortfarande sammankopplat med mycket felaktig information och man upplevde att personlig rådgivning var det bästa sättet för att ändra på detta. Dessutom ansåg man att andra i samma situation har en mycket viktig roll för att föra informationen vidare.

5.11.2. Mentala problem

Det fanns många mentala problem bland alla klienter. Bland dem som deltog i undersökningen Riski meddelade 42 procent i startintervjun att de hade haft mentala problem under det senaste halvåret. Ju längre man kom i uppföljningen, desto mindre upplevde man att de mentala problemen framträdde. (Partanen et al. 2006.) I anvisningen Gångse vård konstateras det att droganvändare med en psykisk sjukdom eller allvarlig psykisk störning borde höra till den psykiatriska vården och de borde erbjudas rusmedelsvård samtidigt (Gångse vård. Drogavvänjning). Personalen ansåg emellertid att klienterna sällan fick hjälp mot både rusmedelsproblemet och det mentala problemet. Man upplevde att mentala problem är förknippade med större hälsorisker samt en allmän oförmåga och frustration när det gäller att undvika risker.

5.11.3. Sexuella risker

I alla intervjuer lyfte man fram svårigheten att ingripa i sexuellt riskbeteende. Man kunde prata om sex till exempel i situationer då man erbjöd klienterna kondomer. Kondomernas popularitet verkade variera från ort till ort och man upplevde inte att det fanns könsskillnader vid mottagandet av kondomerna. Enligt verksamhetsstatistiken ger

hälsorådgivningarna sina klienter i genomsnitt 12 kondomer per år.

Man visste att många har oskyddat sex och det var inte vanligt att använda preventivmedel. Oskyddat sex ledde förutom till könssjukdomar också till graviditeter som man strävade efter att förhindra genom preventivrådgivning samt gratis p-piller och p-stavar. Man visste att många kvinnor som blev gravida fortsatte att använda droger genom injektion under graviditeten. Samma fenomen kan märkas i vårderfarenheterna år 2002–2005 vid Kvinnoklinikens drog-, alkohol- och läkemedelspoliklinik för gravida användare. En tredjedel av patienterna använde sprutdroger under graviditeten och nio av tio hade i början av graviditeten en partner som inte nödvändigtvis var pappa till det väntade barnet. (Halmesmäki et al. 2007.)

Risken att bli smittad av hiv genom heterosex ansågs öka bland klienterna. Bland hiv-positiva drogbrukare i Boston använde 38 procent kondom oregelbundet och ett rikligt alkoholbruk medförde att risken för att utöva oskyddat sex var större (Ehrenstein et al. 2004). I intervjuerna nämndes att berusning sannolikt var den största orsaken till att man hade oskyddat sex. Det finns emellertid många sociala bruk och normer i risksituationer gällande både sex och droganvändning. Genom att undersöka dessa bruk och normer kan man sträva efter att förändra risksituationerna.

Hur riskerna uppfattas i drogbrukarens dagliga liv kan hamna i skuggan av en epidemiologisk förståelse av smittoriskerna i anslutning till drogbruk. Det är till största delen frågan om socialt umgänge och dess praxis då man tar risker eller hamnar i risksituationer.

Genom att samarbeta med de sociala vetenskaperna kan man bättre förstå riskerna och kartlägga de situationer och miljöer där riskerna finns. För att minska riskerna borde man i högre grad beakta de sociala situationer där injicering sker, i stället för att endast fortsätta med hjälp av budskapet ”använd

aldrig gemensamt”. Genom att undersöka användarsituationer och gestaltningen av risker kan man utveckla bättre medel för att minska riskerna. (Rhodes 1997, Rhodes et al. 2004, Rhodes & Simic 2005.)

I utkastet för Finlands hiv/aids-strategi för åren 2008–2012 konstateras att rådgivning gällande sexuell hälsa enligt vedertagen praxis hör till de lättillgängliga serviceställenas uppgifter. Till den sexuella hälsan hör förebyggande av smittsamma sjukdomar och graviditeter. Det har även märkts på andra ställen att man i allt högre grad tar med säkert sex som en del av specialtjänsterna för sprutdrogbrukare, för trots att injektionsbeteendet under årens lopp har förändrats i en säkrare riktning har inte samma utveckling skett när det gäller sex (Lindenburg et al. 2006).

5.12. Specialgrupper som tjänsterna har svårt att nå ut till

5.12.1. Romer

I många städer var romerna den ”synligaste” gruppen som var onåbar för tjänsten. Dagcentret Kaalo, som upprätthålls av Helsingfors Diakonissanstalt, är ett dagcenter som riktar sig till romer och vars målsättning är att fungera som kulturtolkar i samarbete med myndigheter och att minska att romerna blir förbigångna i det normala servicesystemet. Kaalos anställda har varit regelbundet anträffbar på hälsorådgivningen Vinkki i östra Helsingfors. (HDL vuosikertomus 2006.)

Romerna konstaterades så småningom börja ta kontakt med hälsorådgivningarna, men denna utveckling kunde endast skönjas i några städer. Enligt Vertio (2003) kan beteendet i gemenskaper avancera på så sätt att det i gemenskapen finns människor som först tillägnar sig en ny tanke eller verksamhetsmodell, varefter de följs av en tidig och en sen majoritet (Vertio 2003). En utveckling i den här riktningen verkade vara

utmärkande bland annat för romer som använder droger intravenöst.

5.12.2. Storstädernas förorter

De för tjänsten otillgängliga förorterna och deras användargrupper, vilka nämndes i många intervjuer, bekymrade personalen runt om i Finland. Kivelä et al. (2006) studerade hiv-epidemins utveckling bland sprutdrogbrukare i Helsingforsområdet. De upptäckte att drogbrukarna bodde och missbrukade droger på vissa områden och i vissa grupper och att hiv-smittorna koncentrerade sig till socialt marginaliserade grupper och till geografiska områden där det fanns mycket arbetslöshet och sämre levnadsstandard än genomsnittet. Det är i synnerhet värt att beakta att 40 procent av de hiv-positiva drogbrukarna inte hade kontakt med Helsingfors centrum, där de skulle ha haft tillgång till hälsorådgivningstjänster. (Kivelä et al. 2006.)

På basis av intervjuerna bildades uppfattningen att det finns många städer och stadsdelar från vilka användargrupperna inte rör sig till andra ställen och de nuvarande tjänsterna som sådana kan inte nå dem.

5.12.3. De sporadiska användarnas rädsla att bli stämplade

Malin (2006) har resonerat kring orsakerna till att vissa blir utanför hälsorådgivningarnas tjänster. Orsakerna som uppgavs av de stödpersoner som Malin intervjuade motsvarar i hög grad de orsaker som hälsorådgivningarnas personal lyfte fram i intervjuerna. Sporadiska användare vill inte besöka rådgivningen närmast på grund av de andra drogbrukarna som finns där och rädsla för att bli stämplade som drogbrukare. Det kan handla om att bli stämplad både i andras och i egna ögon. Oviljan att engagera sig i tjänsten kan också bero på en uppenbart allmän myndighetsrädsla.

Det nämndes i intervjuerna att de vanligaste myndighetsrädslorna gäller polisen och barnskyddet. En del drogbrukare kan uppfatta

hälsorådgivningarna som opålitliga, eftersom de samarbetar med olika myndigheter. Uppenbarligen var också tron att hälsorådgivningen vidareförmedlar klienternas uppgifter stor. (Jfr Malin 2006.)

5.13. Verksamhetsrapporteringens förnyelsebehov

Hälsorådgivningarna skickar årligen uppgifter om verksamhetens viktigaste indikatorer till Stakes och Folkhälsoinstitutet. På basis av indikatorerna kan man följa upp antalet bytta verktyg, klienter och klientskap samt antalet utförda test och vaccinationer. Dessutom har hälsorådgivningarna ombetts uppgöra en årsrapport om sin verksamhet. Årsrapporten fogas till de viktigaste statistikuppgifterna. Verksamhetsberättelserna ger viktig information om hur det går för hälsorådgivningen, men verkar under årens lopp kanske lite för mycket ha utformats som en genomgång av etablerade verksamheter.

Dessutom finns det stora skillnader i verksamhetsberättelserna. Medan en stor hälsorådgivning kan skriva en rapport på tio sidor, kan en liten rådgivning skriva om sin verksamhet på endast några rader eller låta bli att skriva rapporten helt och hållet. Rapportmodellen borde eventuellt förnyas så att den innehåller spelrum. Syftet är inte att göra rapportmodellen längre eller att lägga till mer information om verksamheten i den redan befintliga stommen, utan att ändra den så att den bättre motsvarar just den hälsorådgivningens årliga händelser. Att berätta om väsentliga ärenden, om också lite kortare, i stället för tvångsproducerad text, skulle ge värdefull information om rådgivningens vardag.

De saker som kom fram i intervjuerna, rädslor, känslor av att lyckas eller misslyckas eller resonemang kring diverse nya projekt finns inte i de nuvarande verksamhetsberättelserna. Allför ofta finns där inte heller åsikter om verksamhetens utveckling eller utmaningar, vars utgångspunkter finns i klienterna eller i

själva verksamheten. Det skulle vara önskvärt att det i verksamhetsrapporterna modigt skulle föras fram kommentarer om angelägenheter som har sysselsatt under året, om genomförda projekt och hur de har lyckats. Man behöver inte göra en lista över förnyelser eller erfarenheter eller förslag som är värda att utveckla bara för listandets skull, men inte heller låta bli att berätta om dessa till exempel av rädsla för att inte få finansiering.

5.14. Stödpersonsverksamhetens och det uppsökande fältarbetets utvecklingsbehov

Stödpersonsverksamheten kan i praktiken förverkligas på tre nivåer. Den första av dessa är kamratstöd (peer support), där klienterna utbyter tankar och erfarenheter om frågor i anslutning till droger. Den andra nivån är stödpersonsutbildning (peer education), där klienterna utbildas till tutorer för hälsorådgivningen, med syftet att föra information om hälsorådgivningen till de egna bekantskapsnäten.

I Finland har stödpersonsutbildningar, så kallade Snöbollsutbildningar (Lumipallo), ordnats sedan 2001. Deltagarna får ett intyg över att de har genomfört kursen. Stödpersonsverksamhetens tredje nivå är så kallade helpers eller jobister (peer work), d.v.s. drogbrukare som har genomgått Snöbollskursen och för vilka man skräddarsyr en arbetsuppgift som utförs vid hälsorådgivningen eller på fältet. (Malin 2006a.) Stödpersonsverksamheten har ökat i popularitet även när det gäller att minska skadorna i Finland och man trodde att dess roll kommer att växa betydligt.

Vid sidan av ett utökat stödpersonsarbete nämnde många att behovet var stort av att utvidga det uppsökande fältarbetet, speciellt för att nå ut till svårt marginaliserade användare och unga användare. Svensson (2003) konstaterar att kontinuitet och regelbundenhet kan anses vara grunden till ett lyckat uppsökande fältarbete. Även om det

inte skulle uppstå nya kontakter på en tid eller målgruppen inte skulle visa intresse för det givna budskapet eller för tjänsten, är det viktigt att finnas på plats regelbundet. Till kravet på kontinuitet och regelbundenhet hör också tillit, som kan ta tid att bygga upp. (Svensson 2003.) Där man fram till nu hade utfört fältarbete upplevde man att dess största problem var begränsningen av finansiering och andra resurser, oregelbundenhet och tidsbundenhet.

5.15. Utmaningar vid förebyggandet av hepatit C-smittor

Hälsorådgivningen har klart haft effekt när det gäller att minska riskerna i anslutning till injektionsbeteende speciellt beträffande hiv, men effekten är svårare att tydligt påvisa beträffande hepatit C. Antalet fall har minskat sedan toppåren, men utvecklingen är relativt långsam och antalet fall är fortfarande mycket stort. Antalet smittade i den allra yngsta åldersgruppen, 15–19-åringar, har emellertid tydligt börjat minska under de senaste åren, vilket är ett gott tecken.

Grundorsaken till den långsamma minskningen av incidensen av hepatit C är epidemiologisk: C-hepatit hann nå en hög förekomst bland drogbrukarna redan i början av 1990-talet och eventuellt redan före det. Eftersom förekomsten bland användare generellt är över 50 procent är den sammanlagda risken för att konfronteras med smittan mycket hög även vid gemensam användning som sker sporadiskt. Av denna orsak kan vilken intervention som helst vars täckning och skyddseffekt inte är i närheten av 100 procent inverka endast långsamt på antalet fall. Därför bör man förbereda sig på att förebyggandet av hepatit C-epidemin är ett långsiktigt arbete.

En annan orsak kan också vara att hepatit C smittar lättare via andra gemensamma redskap, såsom lösningskopp och filter och att drogbrukarna ännu inte har tagit till sig detta budskap till fullo. Rhodes et al. (2004)

konstaterar att rutiner för att minska skadorna å det snaraste borde riktas mot en effektivare bekämpning för att förebygga hepatit C. Undersökningen om hanteringen av risker bland sprutdrogbrukare i London visade att hepatit C-smittan uppfattas som ett vanligt och oundvikligt resultat av drogbruk som sker genom injicering. (Rhodes et al. 2004.)

Andra iakttagelser som Rhodes et al. (2004) gjorde om sådant som främjar spridningen av hepatit C var de intervjuades okunskap och osäkerhet om uppgifter gällande hepatit C. Smittoriskerna, med andra ord i vilka situationer som man kan smittas, var inte klara, liksom inte heller uppfattningen om de hälsomässiga konsekvenserna av hepatit C. Det rådde även ovisshet om vad resultatet av HCV-antikroppstestet innebär. De intervjuade drogbrukarna upplevde att ett positivt testresultat för hepatit C ignorerades bland drogbrukare och ansågs vara mindre allvarligt jämfört med hiv. De intervjuade ansåg att tillgången på rena verktyg var god och största delen av dem meddelade att de aldrig använder gemensamma sprutor och nålar. Till delandet hörde emellertid många situationer där delande av verktyg inte ansågs som delande, utan var förknippat med sociala, moraliska och omgivande element, som lindrade eller avlägsnade tanken på direkt delande av verktyg.

Den viktigaste observationen i Rhodes undersökning var att hepatit C förstås i förhållande till hiv och att informationen om riskerna med hepatit C ursprungligen har förts in i ett riskramverk som koncentrerar sig på hiv. Man kan förmoda att ett riskförhållande av denna proportion försämrar uppfattningarna om minskningen av riskerna i anslutning till hepatit C. Största delen av de intervjuade upplevde inte att hepatit C var den största faran med sprutdrogbruk, utan hiv ansågs vara det största hotet bland virusinfektionerna. (Rhodes et al. 2004.) Man kan se liknande resultat utifrån intervjuerna på hälsorådgivningarna och konstatera att hepatit C ofta jämförs med hiv, att hiv är den mest fruktade smittan också bland finländska

drogbrukare och att det fortfarande finns mycket okunskap kring hepatit C.

Minskningen av nya hepatit C-smittor visar att riktningen är positiv, trots att man fortfarande påträffar nästan tusen smittor varje år. På grund av att hepatit C är så vanlig och mycket smittsam är antalet hepatit C-smittor bland sprutdrogbrukare runt om i världen större än antalet hiv-smittor. Eftersom hepatit C smittar dåligt sexuellt har den övervägande delen av de smittade sannolikt varit utsatt för någon slags risk i samband med sprutdrogbruk eller annan blodexponering. Eftersom hepatit C-test ingalunda utförs vid alla hälsorådgivningar är det möjligt att många får och sprider smittan utan att veta om det.

Hör spridningen av hepatit C-smittor ihop med att man gemensamt använder sådana tillbehör vars smittorisk man inte uppfattar vid gemensam användning, såsom att man fördelar drogdosen från en spruta till en annan utan att ta bort kolven eller nålen²¹ från mottagarens spruta eller delar på en färdig ranson från samma spruta? Det är också möjligt att man gemensamt använder olika verktyg vid missbruk av olika droger och att till exempel de som använder buprenorfin oftare delar filter än amfetaminister. Bara genom att ta reda på de verkliga situationerna då droger missbrukas kan man sträva efter att förstå varför hepatit C fortsätter att spridas, trots att det finns tydliga antydningar om ett minskat riskbeteende.

I en klientenkät som gjordes på hälsorådgivningsbyrån Milli i Åbo 2005 frågade man klienterna om vanan att använda egna verktyg flera gånger. 41 procent svarade att de dagligen använder egna använda verktyg. Utifrån denna information började man aktivt betona för klienterna att sprutor och nålar är engångsartiklar och att man ska använda rena verktyg vid varje injicering. I och med att man betonade engångsanvändning var det endast 27 procent som använde egna använda verktyg i följande års enkät och

²¹ "Backloading" och "frontloading"

53 procent av dem som svarade meddelade att de aldrig använder andras verktyg. Förutom smittorisk i samband med gemensam användning av sprutor och nålar finns det skäl att uppmärksamma skador orsakade av bakterier vid upprepad användning av använda verktyg. Dessa skador kan minskas med rena verktyg som bara används en gång samt genom att använda filtret endast en gång. Betoningen av engångsanvändning av verktyg har märkbart minskat antalet inflammationer bland klienterna.

Övergången till engångsanvändning syntes även i undersökningen Riski, där de svarande vanligen använde egna använda verktyg två gånger och i slutintervjun som gjordes ett och ett halvt år senare bara en gång (Partanen et al. 2006, 47).

5.16. Regional täckning som grundar sig på det verkliga behovet av hälsorådgivning

Med tanke på hälsorådgivningens täckning och att nå ut till drogbrukarna är det speciellt viktigt att tjänster finns tillgängliga där drogbrukarna finns. Det kan vara svårt att ordna hälsorådgivning på små orter till följd av brist på arbetare och genomdrivare. Inledningen av verksamheten kan även försvåras om verksamheten utsätts för mycket motstånd från medborgare eller beslutsfattare. Därför behövs samarbete mellan många aktörer då man planerar verksamheten. På små orter kan hälsocentralen vara den naturligaste platsen för tjänsten och personalen bör garanteras utbildning och stöd för att verksamheten ska lyckas. Hälsorådgivningarnas personal ger vid behov varandra hjälp och råd.

Uppskattningar av antalet användare år 2005 visar att drogbrukarna i Östra Finlands, Uleåborgs och Lapplands län uppskattas till 2 000–3 800 stycken. Även om antalet i verkligheten skulle vara mindre när områdets hälsorådgivningar för tillfället ut till högst fem procent av områdets användare.

Trots att man försökt ordna hälsorådgivningsverksamhet i Lapplands län fanns där år 2006 inte en enda hälsorådgivning och i Uleåborgs län fanns bara en hälsorådgivning. I Östra Finlands län har man strävat efter att grunda hälsorådgivningar i de största städerna och av dessa tre län är tillgängligheten på rådgivningar bäst i Östra Finlands län.

Det existerar ingen uppskattning av drogbrukarna i Ålands län och där finns ingen hälsorådgivningsverksamhet. Även på många andra områden som i huvudsak är svenskspråkiga saknas hälsorådgivning helt. Nätverket av hälsorådgivningar täcker inte hela landet och regionalt finns det också stora luckor i tjänsternas tillgänglighet vilka släpper igenom smittor.

5.17. Nödvändigt att utreda antalet användare regionalt

Hanteringen av de regionala riskerna borde fås under klart bättre kontroll än nu. Därför skulle det finnas skäl att genomföra lokala informationsbaserade uppskattningar av det verkliga antalet sprutdrogbrukare och utveckla hälsorådgivningsverksamheten utifrån detta.

Rusmedelsvårdens eller hälso- och socialvårdens klient- och verksamhetsstatistik ger på grund av hemlighållandet av missbruk vanligen inte vid separat granskning information om problemets verkliga regionala omfattning, vilken är nödvändig för detta behov. Att stöda sig på den uppskattning som dessa ger kan lätt leda till tänkandet ”att stoppa huvudet i sanden”, vilket kan slå tillbaka om de dolda riskerna någon gång förverkligas. Därför borde man använda andra inriktade sätt för att utreda den verkliga risk- och användarsituationen. Rätt genomförda är sådana metoder till exempel anonyma enkäter och regionala utredningar av typen capture-recapture.

Utän kunskapsbaserade uppskattningar av behovet av utbyte av injektionsredskap uppfylls inte den skyldighet som fastslagits för

hälsomyndigheterna i förordningen om smittsamma sjukdomar.

5.18. Fängelser

WHO uppmanar fängelser att erbjuda fungerande desinfektionsmetoder av injektions- och tatueringssverktyg samt tillräcklig information och utbildning, om man upplever att byte till rena injektionsverktyg är otillräckligt eller omöjligt. Desinficering är emellertid en långsam metod och det finns ingen garanti för att den utförs rätt. Därför kan det uppstå en falsk trygghetskänsla vid bristfällig rengöring och desinficeringen kan endast anses vara det nästbästa alternativet i jämförelse med utbytesprogrammen. (WHO 2004, WHO 2005.)

Den sampelundersökning som Brottspåföljdsverket genomförde och som omfattade 700 fångar visade att cirka 50 procent av fångarna har hepatit C (Brottspåföljdsverkets årsberättelse 2006). Förekomsten av hiv i fängelser är bara ett par procent, så smittförekomsterna i fängelserna motsvarar nästan helt de antal som allmänt förekommer bland sprutdrogbrukarna. Det finns emellertid inga uppgifter om hur många som får smittan i fängelset.

Av intervjuer som gjordes med fångar år 1995 framgick det att 70,1 procent av fångarna någon gång hade använt illegala droger, 27,7 procent hade använt under fängelsetiden och 21,7 procent hade börjat användningen under fängelsevistelsen. Av dem som svarade berättade 19,2 procent att de använt sprutdroger och 10,7 procent hade injicerat medan de satt i fängelse. (Korte et al. 1998.)

Den rapport från år 1999 som koordinerades av Folkhälsoinstitutet och som utredde smittoriskerna i fängelserna visade att cirka 50 procent av de intervjuade fångarna (n=552) hade använt droger intravenöst. Av dem hade 52 procent injicerat under fängelsetiden och 7 procent hade injicerat för första gången medan de satt i fängelse. 47 procent hade använt verktyg gemensamt under fängelsetiden och cirka 43 procent i

samband med den senaste injektionen. Största delen av sprutdrogbrukarna hade haft minst två sexpartner som använde droger genom injektion (45 %). År 1999 var 33 hiv-testresultat positiva i fängelserna. (Folkhälsoinstitutets undersökningar 1999, Fångvårdens årsberättelse 1999, 48).

Den nationella hiv/aids-strategin för åren 2002–2006 satte för fängelsernas del upp målet att förebygga hiv-smittor genom att sänka tröskeln för hiv-testning och rådgivning samt att ta i bruk nya verksamhets sätt för att minska den stora infektionsrisken i anslutning till gemensam användning av sprutor och nålar (Suomen kansallinen HIV/AIDS-strategia vuosille 2002–2006, 19). År 2005 bekämpades hiv- och hepatitsmittor i fängelserna med hälsofostran och genom att säkerställa möjligheterna att skydda sig mot smittor. I den hygienförpackning som delas ut åt alla fångar finns det instruktioner om hur man ska använda kondom samt rengöra och förstöra injektionsredskap samt personliga desinfektionstillbehör. Man uppmanar speciellt sprutdrogbrukare att söka sig till hiv-test. Två nya smittor upptäcktes i de 1 073 test som gjordes år 2005. (Kriminaali-huoltolaitoksen ja Vankeinhoitolaitoksen vuosikertomus 2005, 48.) Finlands nationella hiv/aids-strategi för åren 2008–2012 betonar att det för att förebygga infektioner bland fångar skulle vara viktigt att förebygga smittor som sker i fängelset, till exempel genom att ge fångarna möjligheten att använda rena injektionsredskap (Suomen kansallinen HIV/AIDS-strategia vuosille 2008–2012).

Enligt den statistik som Folkhälsoinstitutet samlat in var 45 stycken av de cirka 11 000 snabbtest som gjordes i fängelserna under åren 1999–2005 positiva. Av de 324 hiv-positiva sprutdrogbrukare som konstaterats fram till hösten 2007 hade 14 procent påträffats genom testning i fängelser, så den testning som genomförs i fängelserna är uppenbart effektiv för att hitta smittor. Å andra sidan kan en del av smittorna ha testats redan tidigare och konstaterats på annat håll, vilket kommer fram senast då man

kontrollerar registret över smittsamma sjukdomar.

Bland de drogbrukare som intervjuades för undersökningen Riski meddelade 38 procent i startintervjun att de någon gång suttit i fängelse (Partanen et al. 2006). Utifrån intervjuerna är fängelsestraff mycket vanliga bland hälsorådgivningarnas klienter och ju längre drogbruket har pågått, desto större är sannolikheten att personen har fått minst ett fängelsestraff. I allmänhet upplevdes smittorisen i fängelserna i alla intervjuer som större än i frihet. Största delen av personalen hoppades att det också skulle vara möjligt att byta till rena injektionsverktyg i fängelserna..

5.19. Behovet av styrande rekommendationer om hälsorådgivningens innehåll och verksamhetsmiljö

Utvärderingen visade att den lättillgängliga hälsorådgivningsverksamheten för sprutdrogbrukare i grunden fortfarande baserar sig på de modeller som utvecklades under 1990-talets slut. Den ursprungliga modellen har lyckats nå de ursprungligt utsatta målen och den tillämpas vid de flesta hälsorådgivningspunkterna. Verksamheten har dock också utvecklats till sitt innehåll och därmed blivit mångsidigare.

Delvis har utvecklingen haft en riktning där hälsorådgivningspunkterna har utvecklat en del av sitt serviceinnehåll i olika riktningar i olika delar av landet. Ofta är det här ändamålsenligt, eftersom behoven växlar mellan orter och klientgrupper. Samtidigt finns en risk att diversifieringen på lång sikt leder till att verksamheten skiljer sig så mycket från de ursprungliga målen, att den inte mera uppfyller hälsorådgivningsverksamhetens funktion. I värsta fall kan detta betyda att man ”döper om” en helt annan typ av verksamhet för att formellt fylla den skyldighet som av smittskyddsförordningen förutsätter.

Lyckligtvis finns det än så länge få exempel på att utvecklingen skulle gå åt det här hållet, men det finns orter där man har tolkat apoteksförsäljning av injektionsverktyg eller hälsorådgivning utan utbyte av verktyg som att man fullföljt förordningens skyldighet. Ingendera av dessa verksamheter fyller de ursprungliga målen eller definitionerna på hälsorådgivningsverksamhet för sprutdrogbrukare.

Därför finns ett behov av att ge ut klara minimirekommendationer om kriterierna av innehållet av hälsorådgivningsverksamhet för sprutdrogbrukare och dess verksamhetsmiljö. Förutom att det här skulle hjälpa till att garantera verksamhetens kvalitet, skulle rekommendationerna också ge hjälp då nya servicepunkter planeras och i deras startfas.

Klart är att kriterierna och rekommendationerna bör utformas på ett sådant sätt att de går att tillämpa oberoende av ortens storlek och med iakttagande av det lokala problemanvändarläget. Kriterierna bör innefatta de essentiella serviceformer och funktioner som verksamheten kräver, en beskrivning av nödvändig verksamhetsmiljö och valbara komponenter som kan tillämpas enligt lokala behov.

Utformandet av rekommendationerna borde lämpligast ske i en arbetsgrupp av sakkunniga, utsatt antingen av Social- och hälsovårdsministeriet eller ett forsknings- och expertinstitut underställt ministeriet.

6. TACK

Många personer och organisationer förtjänar tack för att rapporten kommit till. Stort tack förtjänar personalen vid hälsorådgivningarna runt om i Finland.

Hälsorådgivningspunkternas uppföljning och statistikföring av sin verksamhets huvudfunktioner och ett långsiktigt samarbete har varit centrala faktorer för både förståelsen och utvecklingen av den finska modellen för hälsorådgivning.

Personalens kunskap om hälsorådgivningen och deras skicklighet i sitt arbete är en oslagbar resurs både för hela rusmedelsservicefältet som också utvecklingen av smittskyddsarbetet. Speciell tacksamhet riktas till de medlemmar av personalen som deltog i intervjuerna som gjordes för rapporten. Genom de långa och givande intervjuerna öppnar sig hälsorådgivningsverksamhetens inre gestalt i högre grad också för en större allmänhet.

Lika stort tack riktar sig till hälsorådgivningarnas besökare, de som använder sprutdroger. De har själva genom sin egen verksamhet i hälsorådgivningarna visat att de bryr sig om både sin egen och andras hälsa. Ett bevis på detta är användarnas starka vilja att skydda sig själv och andra från smittorisker och deltagande i olika frågeundersökningar och studier som betjänar en allmän folkhälsoynytta. Förhoppningsvis bidrar det här till att ytterligare minska på stereotypa förhållningssätt gentemot användarna.

Också de ursprungliga utvecklarna av hela hälsorådgivningsmodellen inom statsförvaltningen och bland medborgarorganisationerna förtjänar att tackas. Föregångare står att finnas bland m.fl. A-klinikstiftelsen, Helsingfors Diakonissanstalt, Social och hälsovårdsministeriets, Folkhälsoinstitutets och STAKES experter och tjänstemän.

Utan deras öppna attityd och arbete mot ofta ingrodda åsikter och synsätt, kunde verksamheten med säkerhet inte tagit fart. Utan pionjärerens övertygelse om verksamhetens absoluta nödvändighet, som förutom solidt vetenskaplig bevismaterial också grundade sig på ett humanitärt tänkesätt, hade hiv-epidemin och andra smittosamma sjukdomar spritts till en stor del av sprutdogbrukarna. Detta hade betytt omätbara mängder av personligt lidande.

Man bör också klart tacka de beslutsfattare inom kommunal socialvård, hälsovård och hälsofrämjande verksamhet som har förstått värdet av det arbete som görs bland användarna, och som därför varit beredda att fortsätta finansieringen efter att pilotprojektet avslutats. I jämförelse med det lidande som kunnat förebyggas är investeringarna i det riktade arbetet värd varje Euro som använts.

Utvärderingstudien samt dess produktions-, översättnings- och tryckkostnader har finansierats med hjälp av anslag för hälsofrämjande verksamhet från Social- och hälsovårdsministeriet under åren 2006 och 2007 (delprojekt ”Utvärdering av projektet för prevention av smittosamma sjukdomar bland drogbrukare” projektnr. 142/KTL/TE/2007 och 019/TRO/TE/2006).

Projektet har varit en del av ett bredare tvärvetenskapligt forskningsprogram gällande prevention av drogbruk och dess skadeverkningar samt utveckling av drogbrukarnas vård.

*En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten av smittoförebyggande
hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare*

7. LITTERATUR OCH KÄLLOR

Alho, H., Sinclair, D., Vuori, E. & Holopainen, A. (2007) Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 88 (2007) 75–78.

Amundsen, E., Eskild, A., Stigum, H. et al. (2003) Legal access to needles and syringes/needle exchange programmes versus HIV counselling and testing to prevent transmission of HIV among intravenous drug users. A comparative study of Denmark, Norway and Sweden. *European journal of public health*; 13: 252–258.

Amundsen, E. (2006a) Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among injecting drug users. *Addiction*; 101: 911–912.

Amundsen, E. (2006b) Preventing HIV among intravenous drug user

S: Do we know what really works? Presentation på HIV Net Conference 2006. Bergen, 19 oktober, 2006. Hämtat från www.cih.uib.no/FCKeditor/upload/File/Amundsen%20HIV%20Net%20Conference%20Bergen%202006.pdf 2.2.2007.

Annala, T. (1998) Huumeidenkäyttäjät apteekkien asiakkaina – tulokset apteekkikyselyistä 1997 ja 1998. [Drogbrukare som apotekens kunder. Resultat av apoteksenkäter 1997 och 1998]. A-klinikstiftelsens duplikat 12/1998.

Bastos, F. I., Strathdee, S. A. (2000) Evaluating Effectiveness of Syringe Exchange Programme

S: Current Issues and Future Prospects. *Social Science & Medicine*, 51, 1771–1782.

Des Jarlais, Don C.; Marmor, Michael; Paone, Denise; et al. (1996) HIV incidence among injection drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet*, 348, 987–991.

Duodecim. Elektroniskt hälsobibliotek. Hämtat från www.terveyskirjasto.fi.

Ehrenstein, V., Horton, N. J. & Samet, J. H. (2004) Inconsistent condom use among HIV-infected patients with alcohol problems. *[Drug and Alcohol Dependence* 73 (2004) 159–166.

EMCDDA (2001) Insights Series Nr 4: Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of AIDS. Lissabon: Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk.

EMCDDA (2003) Teemana huumeet. Hepatiitti C – piilevä epidemia. Finns även på svenska: Fokus på narkotika. Hepatit C: en dold epidemi. November–december 2003.

EMCDDA (2004) Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monografier 7.

EMCDDA (2006) Vuosiraportti 2006. Huumeongelma Euroopassa. Finns även på svenska: Årsrapport 2006: situationen på narkotikaområdet i Europa. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk. Lissabon.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. [Inledning till kvalitativ forskningsmetodik] Vastapaino, Tampere.

Hagan, H., McGough, J., Thiede, H., Hopkins, S., Duchin, J. & Alexander, R. (2000) Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle-exchange participation in Seattle drug injectors. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19 (2000) 247–252.

- Hakkarainen, P. (1992) Suomalainen huumeekysymys. Huumeausaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. [Den finländska drogfrågan. Drogernas samhälleliga ställning i Finland efter andra världskriget]. Stiftelsen för alkoholforskningens publikationer 42. Helsingfors 1992.
- Hakkarainen, P. & Tigerstedt, C. (2002) Ristiriitojen huume politiikka – huumeongelman normalisaatio Suomessa. [Den konfliktfyllda drogpolitiken – normaliseringen av drogproblemet i Finland]. I Heikkilä, M., Kautto, M. (red.). Suomalaisten hyvinvointi 2002. [Finländarnas välfärd 2002]. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2002.
- Halmesmäki, E., Kahila, H., Keski-Kohtamäki, R., Lisakka, T., Backmark-Lindqvist, G. & Haukkamaa, M. (2007) Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito: Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. [Vården av en gravid missbrukande kvinna: beskrivning av Helsingforsmodellen och erfarenheterna av material på 312 patienter]. Finlands läkartidning 11/2007 årgång 62: 1151–1154.
- Harju, O., Holopainen, A. & Annala, T. (2000a) Huumeidenkäyttäjät apteekkien asiakkaina vuosina 1997–1999. [Drogbrukare som apotekens kunder under åren 1997–1999]. A-klinikstiftelsens duplikat 22/2000.
- Harju, O., Ovaska, A. & Holopainen, A. (2000b) Selvitys Terveysneuvontapiste Vinkin asiakkaina. [Utredning av Hälsorådgivningen Vinkkis klienter] A-klinikstiftelsens duplikat 23/2000.
- Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T., Sysmeri, L. (1994) Päihteenkäyttäjien hoitotyön haasteena. [Rusmedelsanvändaren som en utmaning i vårdarbetet]. Helsingfors, Kirjayhtymä 1994.
- Heikkinen, M. (2003) Sosiaaliset tekijät ja terveys. [Sociala faktorer och hälsa]. I Kimmo Koskenvuo (red.) Sairauksien ehkäisy. [Förebyggande av sjukdomar]. Kustannus Oy Duodecim.
- Helne, T. (2002) Syrjäytymisen yhteiskunta. [Marginaliseringens samhälle]. Stakes, Forskningsrapporter 123. Helsingfors 2002.
- Helsingin Diakonissalaitoksen vuosikertomus 2006. [Helsingfors Diakonissanstalts årsberättelse 2006]. Hämtat på <http://www.hdl.fi/liitteet/hdl-00010414-33.pdf> 24.10.2007.
- Hepatiittirokotukset yleisen rokotosohjelman osana. Finns även på svenska: Vaccinering mot hepatit inom ramen för det allmänna vaccinationsprogrammet. Folkhälsoinstitutets rekommendation 2005. Folkhälsoinstitutets publikationer C1/2005. Helsingfors.
- Hermanson, T. (2001) Mitä mahdollisuuksia opioidiriippuvaisten hoidossa? [Vilka möjligheter finns det i vården av opioidberoende personer?] Finlands läkartidning 2001/46 årgång 56: 4763–4766.
- Hermanson, T. & Järvinen, P. (2003) Schengen-sopimus lopetti buprenorfiinin hankkimisen Ranskasta. Huumaavien lääkkeiden kuljettamiseen Schengen-maiden välillä tarvitaan apteekin kirjoittama todistus. [Schengenavtalet gjorde slut på anskaffning av buprenorfin från Frankrike. För att transportera berusande läkemedel mellan Schengenländerna behövs ett skriftligt intyg från apoteket]. Finlands läkartidning 5/2003 årgång 58: 549–551.
- Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M & Sirola, K. (red.). Terveys edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. [Främjande av hälsa. Förnyade arbetsmetoder]. 2002. WSOY, Helsingfors.
- Holopainen, A. (1999) Päihdyttävien aineiden sekakäyttö opioidiriippuvaisten hoidon ongelmana. [Blandmissbruk av rusmedel som ett problem i vården av opioidberoende personer]. I Huumeriippuvuuden hoito

- Suomessa. [Vården av drogberoende i Finland]. Konsensusmöte 1–3.11.1999. Finska Läkarföreningen Duodecim & Finlands Akademi. Vammala 1999.
- Holopainen, A. Pääkaupunkiseudun huumeongelmaa hoidetaan luvattoman huonosti. [Huvudstadsregionens drogproblem angrips oacceptabelt dåligt]. Finlands läkaretidning 2004/8 årgång 59: 743.
- Huo, Dezheng; Bailey, Susan L.; Ouellet, Lawrence J. (2006) Cessation of injection drug use and change in injection frequency: the Chicago Needle Exchange Evaluation Study. *Addiction*, 101, 1606–1613.
- Huotari, K., Törmä, S. (2005) Palvelut liikkeelle. Liikkuvan terveysneuvontayksikön toiminnan ulkoinen arviointi. [Tjänsterna i rörelse. Extern utvärdering av den ambulerande hälsorådgivningsenhetens verksamhet]. Sosiaalikehitys Oy.
- Huotari, K. & Törmä, S. (2006) Tapaus Vancouver Downtown Eastside ja mitä siitä voidaan oppia. [Fallet Vancouver Downtown Eastside och lärdomar därav]. *Tiimi* 6/2006. Hämtat på www.aklinikka.fi/tiimi/606/vancouver.html 18.12.2006.
- Hurley, S., Jolley, D., Kaldor, J. (1997) Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. [Nålutbytesprogrammets effektivitet vid förebyggandet av hiv-infektioner]. *Lancet*, 349: 1797–1800.
- Huumausainepolitiikan kertomus vuodelta 2005. [Narkotikapolitisk berättelse 2005]. Social- och hälsovårdsministeriets utredningar 2006: 54.
- Hypén, K. (2004) Vankilasta vuosina 1993–2001 vapautuneet ja vankilaan uudestaan palanneet. [Frigivna från fängelserna 1993–2001 och de som återvände]. Helsingfor
- Jaatinen, J., Kaukonen, O., Warsell, L., Halmeaho, M. & Ahtola, R. (1998) Huumeet ja kouluyhteisö. Konstruktionistinen tapaustutkimus. [Drogerna och skolgemenskapen. En konstruktionistisk fallstudie]. Stakes, Forskningsrapporter 91. Helsingfors 1998.
- Jokinen, P. (2002) Vinkkejä piikkihuumeita käyttävien kanssa työskenteleville. [Tips till dem som arbetar med sprutdrogbrukare]. Hämtat på http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmaterialia/vinkeja_kirja.pdf 14.12.2007.
- Jokinen, P. (2005) Terveysneuvontapisteissä keskustellaan monista aiheista. [På hälsorådgivningarna diskuterar man många ämnen]. *Tiimi* 2/2005.
- Kansanterveys. (2006) Buprenorfiinista yleisin piikkihuume. [Buprenorfin den vanligaste sprutdrogen] *Kansanterveys* 10/2006.
- Karjalainen, J. (red.), Hänninen, S., Kuure, T., Kääriäinen, J., Melin, T. & Parkkonen, A. (1996) Kenen ongelma? Hyvinvointivaltion murros ja sosiaaliset ongelmat. [Vems är problemet? Välfärdsstatens genombrott och sociala problem]. Stakes, Forskningsrapporter 71. Helsingfors 1996.
- Karvonen, A-L. (2003) Kroonisten virushepatiittien hoito ja ennaltaehkäisy. [Vård och förebyggande av kroniska virushepatiter]. *Finlands läkartidning* 51–52/2003 årgång 58: 5181–5185.
- Kaukonen, O. (2002) Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. [Rusmedelsservicepolitiken och välfärdsstatens förändring]. I Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. [Droganvändaren i en välfärdsstat]. Gaudeamus, Helsingfors.
- Kintz, P. Deaths involving buprenorphine: a compendium of French cases. *Forensic Science International* 121 (2001) 65–69.
- S: Brottsförhållningens publikationer 1/ 2004.

- Kivelä, P., Krol, A., Simola, S., Vaattovaara, M., Tuomola, P., Brummer-Korvenkontio, H. & Ristola, M. (2007) HIV outbreak among injecting drug users in the Helsinki region: social and geographical pockets. *European Journal of Public Health*. 2007 17 (4): 381–386.
- Korte, T., Pykäläinen, J. & Seppälä, T. (1998) Drug abuse of Finnish male prisoners in 1995. *Forensic Science International*. 97 (1998) 171–183.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Peltö-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. (red.) Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämisessä. [Reflektioner om hälsofrämjandets effektivitet]. Serien publikationer från Centret för hälsofrämjande 4/2005.
- Kral, A. H., Bluthenthal, R. N., Lorvick, J., Gee, L., Bacchetti, P. & Edlin, B. R. Sexual Transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *The Lancet*; 357: 1397–1401.
- Kriminaalihuoltolaitoksen & Vankeinhoitolaitoksen vuosikertomus 2005. [Kriminalvårdsväsendets & Fångvårdsväsendets årsberättelse 2005]. Brottsförhållanden. Hämtat på <http://www.rikosseuraamus.fi/36093.htm> 10.1.2008, på finska
- Kuussaari, K. (2006) Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. [Betraktelsesättens spektrum, splittrad information. Åsikter om vårdssystemet för droganvändaren bland anställda inom hälsovården, socialvården och ungdomsväsendet]. Stakes, Forskningsrapporter 155. Helsingfors 2006.
- Käll, K. (1996) Hiv-epidemin bland intravenösa missbrukare. Perspektiv på hiv 1996; 4: 207–212.
- Laurinkari, J. & Niemelä, P. (1999) Elämänhallinta ja syrjäytyminen Suomussalmella. Tutkimus ennaltaehkäisevän sosiaalipolitiikan toimintaohjelman toteuttamiseksi. [Livskontroll och marginalisering i Suomussalmi. Undersökning för förverkligandet av den förebyggande socialpolitikens verksamhetsprogram]. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 1999: 28.
- Leinikki, P. (1999) Tehoa huumeiden käytön välityksellä leviävien infektioiden torjuntaan. [Effekten på bekämpningen av infektioner som sprids genom drogbruk]. *Finlands läkartidning* 30/1999 årgång 54: 3646–3647.
- Leinikki, P. (2000) HIV-epidemia ruisku- ja injiceringshuumeiden käyttäjillä – onko Suomi muita länsimaita jäljessä vai edellä? [Hiv-epidemi bland sprutdrogbrukare – ligger Finland efter eller före andra västländer?]. *Duodecim* 2000; 116: 55–60.
- Leinikki, P. (2003a) HIV-infektio ja AIDS. [Hiv-infektion och aids]. I Kimmo Koskenvuo (red.) *Sairauksien ehkäisy*. [Förebyggande av sjukdomar]. Kustannus Oy Duodecim.
- Leinikki, P. (2003b) Virushepatiitit. [Virushepatiter]. I Kimmo Koskenvuo (red.) *Sairauksien ehkäisy*. [Förebyggande av sjukdomar]. Kustannus Oy Duodecim.
- Leino, T., Leinikki, P., Hyypiä, T., Ristola, M., Suni, J., Sutinen, J., Holopainen, A., Haikala, O., Valle, M. & Ristola, T. (1997) Hepatitis A outbreak amongst intravenous amphetamine abusers in Finland. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*. 1997; 29(3):213–6. [javascript:PopUpMenu2_Set\(Menu9255876\);](http://www.duodecim.fi/javascript:PopUpMenu2_Set(Menu9255876);)
- Leino, T. (2006) Hepatiitti B-rokotusohjelman arviointi. [Utvärdering av vaccinationsprogrammet mot hepatit B]. *Folkhälsoinstitutets publikationer B*. 9/2006.
- Liitsola, K., Ristola, M., Holmström, P., Salminen, M., Brummer-Korvenkontio, H.,

- Simola S., Suni, J. ja Leinikki, P. An outbreak of the circulating recombinant form AECM240 HIV-1 in the Finnish injection drug user population. *AIDS* 2000; 14: 2613-5
- Lillrank, A. & Seppälä, U. (2000) Sairauden ja terveyden kokemus maallikkonäkökulmasta. [Erfarenhet av sjukdom och hälsa ur lekmannens synvinkel]. I Kangas, I., Karvonen, S. & Lillrank, A. (red.) *Terveys sosiologian suuntauksia. [Hälsosociologins trender]*. Gaudeamus, Helsingfors 2000.
- Lindenburg, C. E. A., Krol, A., Smit, C., Buster, M. C. A., Coutinho, R. A. & Prins, M. Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: A 19-year prospective cohort study. *AIDS* 2006; 20: 1771–1775.
- Lindqvist, M. (1989) Aids-haaste kirkolle. [Aids – en utmaning för kyrkan] Kirkon sairaalasielunhoidon keskus. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Lyytikäinen, M. (2002) The low-threshold service centre for HIV-positive drug addicts – Kluuvi Service Centre as a case example. I Aaltonen, U., Arsalo, A., Sinkkonen, M. (red.) *Being Positive. Perspectives on HIV/AIDS in the EU's Northern Dimension and Finland's Neighbouring Areas. Stakes. Gummerus, Saarijärvi* 2002.
- Malin, K., Holmström, P., Holopainen, A. & Partanen A. (2004) Huumeidenkäyttäjät apteekkien asiakkaina vuosina 2001 ja 2003. [Drogbukare som apotekens kunder under åren 2001 och 2003]. A-klinikstiftelsens duplikatserie nr 43. A-klinikstiftelsen 2004.
- Malin, K. (2006) Vertaistoiminnalla vähennetään huumehaittoja. [Stödpersons verksamhet minskar drogskadorna]. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2006): 2: 197–203.
- Malin, K., Holopainen, A. & Tourunen, J. (2006) ”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”. Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. [”Jag använder Subutex för att förbli frisk och kunna fungera”. En användares erfarenheter om och synpunkter på buprenorfinanvändning]. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2006): 3: 297–306.
- McAlister A., Puska P., Salonen J. T., Tuomilehto J., Koskela K. (1982) Theory and action for health promotion illustrations from the North Karelia Project. *Am J Public Health*. 72(1):43–50.
- Murto, L. (2002) Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. [Den finländska modellen för rusmedelsvård i en alltmer internationell omgivning]. I Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. [Droganvändare i en välfärdsstat]*. Gaudeamus, Helsingfors.
- Mäkelä, R. (1999) Haittojen vähentäminen (harm reduction). [Skademinimering]. I Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. [Vården av drogberoende i Finland]. Konsensusmöte 1–3.11.1999. Finska Läkarföreningen Duodecim & Finlands Akademi. Vammala 1999.
- Mäkelä, R. (2000) Onko ilmaisten neulojen jakamisessa järjeä? [Är det klokt att dela ut gratis nålar?]. *Duodecim* 2000; 116: 109–110.
- Mönkkönen, K. & Sonninen, P. (2001) Apteekkien rooli ennalta estävässä huumeuudessa. [Apotekens roll i det förebyggande drogarbetet]. *Dosis* 2001; 17 (1).
- Ovaska, A., Holopainen, A., Annala, T. (1998) Terveysneuvontapiste Vinkki. Loppuraportti terveysneuvontakokeilun toiminnasta 4.4.-31.12.1997. [Hälsorådgivningen Vinkki. Slutrapport om hälsorådgivningsförsökets verksamhet 4.4–31.12.1997]. A-klinikstiftelsens duplikat 7/1998.
- Ovaska, A., Nyberg, M., Kivimäki, J. & Järventie, J. (2006) Nervin

- seksuaaliterveysprojekt. [Nervis sexualhälsoprojekt]. Opublicerad.
- Partanen, A. (1998) Suonensisäisesti huumausaineita käytävien huumeisiin liittämät riskit sekä riskikäyttäytyminen ja sen muutos. [Risker i anslutning till droger bland sprutdrogbrukare samt riskbeteende och förändring av detta]. Institutionen för folkhälsovetenskap publikationer M 145: 1998. Helsingfors universitet. Institutionen för folkhälsovetenskap. Helsingfors, 1998.
- Partanen, A., Holmström, P., Holopainen, A. & Perälä, R. (2004) Piikkihuumeiden käyttäjät Riski-tutkimuksessa. Buprenorfiinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. [Sprutdrogbrukare i undersökningen Riski. Injicering av buprenorfin har blivit vanligare vid blandbruk av droger]. *Finlands läkartidning* 39/2004 årgång 59.
- Partanen, A., Malin, K., Perälä, R., Harju-Koskelin, O., Holopainen, A., Holmström, P., Brummer-Korvenkontio, H. (2006) Riski-tutkimus 2000–2003. Pistämällä huumeita käytävien seurantatutkimus. [Undersökningen Riski 2000–2003. Uppföljande undersökning av sprutdrogbrukare]. A-klinikstiftelsens rapportserie nr 52. Helsingfors 2006.
- Partanen, J. (2002) Huumeet maailmalla ja Suomessa. [Droger i världen och i Finland]. I Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. [Droganvändaren i en välfärdsstat]. Gaudeamus, Helsingfors.
- Partanen, P., Hakkarainen, P., Holmström, P., Kinnunen, A., Leinikki, P., Partanen, A., Seppälä, T., Välkki, J. & Virtanen, A. (2004) Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. [Utbredning av missbruk av amfetaminer och opiater i Finland 2002]. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004):3.
- Partanen, P., Hakkarainen, P., Hankilanoja, A., Kuussaari, K., Rönkä, S., Salminen, M., Seppälä, T. & Virtanen, A. (2007) Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. [Utbredning av missbruk av amfetaminer och opiater i Finland 2005]. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007):5.
- Perälä, J. (2002) Hidasta ja nopeaa – heroisiin ja amfetamiinin käytön etnografiaa. [Långsamt och snabbt – etnografi av missbruket av heroin och amfetamin]. I Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. [Droganvändaren i en välfärdsstat]. Gaudeamus, Helsingfors.
- Perälä, R. & Telkkä, T. (2002) Moraalinen paniikki vai realistinen pelko? [Moralpanik eller realistisk rädsla?]. *Haaste* 1/2002. Justitieministeriet.
- Perälä, R., Holmström, P., Holopainen, A. & Partanen, A. (2003) Huumeidenkäyttäjät apteekkien asiakkaina vuosina 1999 ja 2001. [Drogbrukare som apotekens kunder under åren 1999 och 2001]. A-klinikstiftelsens duplikationsserie nr 34. A-klinikstiftelsen 2003.
- Pietikäinen, R., Ristola, M., Valtonen, V. & Pekkarinen, T. (1999) Huumeiden käyttäjien HIV-epidemia pääkaupunkiseudulla. [Hiv-epidemin bland drogbrukare i huvudstadsregionen]. *Finlands läkartidning* 28/1999 årgång 54: 3345–3346.
- Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (2002) Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. [Främjande av hälsa. Förnyade arbetsmetoder]. WSOY, Helsingfors.
- Pirinen, O. (2002) Suonensisäisten huumeiden käyttäjät apteekkien näkökulmasta – teemahaastattelu apteekkihenkilöstölle. [Sprutdrogbrukare ur apotekens synvinkel – temaintervju med apotekspersonal]. *Dosis* 2002/02 vol. 18: 80–89.
- Poikolainen, K. (2003) Huumeidenkäytön ehkäisy. [Förebyggande av drogbruk]. I Kimmo Koskenvuo (red.) *Sairauksien ehkäisy*.

- [Förebyggande av sjukdomar]. Kustannus Oy Duodecim.
- Poskiparta, M. (2002) Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttämisen muutosta. [Förändring av hälsobeteendet med hjälp av rådgivning]. I Sinikka Torkkola (red.) Terveysviestintä. [Hälsokommunikation]. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2002.
- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2005. [Drogberoende klienter inom rusmedelsvården 2005]. Stakes. Socialskydd 2006. Statistikmeddelande 11/2006.
- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2006. Finns även på svenska: Narkotikaberoende klienter inom missbrukarvården 2006. Stakes. Statistikmeddelande 16/2007.
- Rauhala, P-L. (1998) Mistä ehkäisevässä sosiaalipolitiikassa on kysymys? Käsitteellistä ja historiallista tarkastelua. [Vad handlar det om i den förebyggande socialpolitiken? Begreppslig och historisk granskning]. Stakes, Forskningsrapporter 90.
- Rhodes, T. (1997) Risk theory in epidemic time
- S: sex, drugs and the social organisation of 'risk behaviour'. *Sociology of Health & Illness* 1997; 19 (2): 208–227.
- Rhodes, T. (2002) The Risk Environment: a Framework for Understanding and Reducing Drug-Related Harm. *International Journal of Drug Policy*, (13) 2: 85–94.
- Rhodes, T., Davis, M., Judd, A. (2004) Hepatitis C and its Risk Management among Drug Injectors in London: Renewing Harm Reduction in the Context of Uncertainty. *Addiction*, 99, 621–633.
- Rhodes, T., Simic, M. (2005) Transition and the HIV risk environment. *BMJ* 2005; 331: 220–223.
- Rikosseuraamusalan vuosikertomus 2006. [Brottspåföljdsverkets årsrapport 2006]. Brottspåföljdsverket. Hämtat på: <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/3g98yn9lv.pdf>. 13.10.2007, på finska.
- Ristola, M. (1999) Huumeet ja infektioit, [Droger och infektioner], s. 225–232. I Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. [Vården av drogberoende i Finland]. Konsensusmöte 1–3.11.1999. Finska Läkarföreningen Duodecim & Finlands Akademi. Vammala 1999.
- Ristola, M. (2003) Huumeiden käyttäjien infektioit. [Drogbrukarnas infektioner]. I Huovinen, P., Meri, S., Peltola, H., Vaara, M., Vaheri, A., Valtonen, V. (red.) *Mikrobiologia ja infektiosairaudet*. [Mikrobiologi och infektionssjukdomar]. Bok II. Kustannus Oy Duodecim.
- Ristola, M. (2004) Alkoholi, huumeet ja infektioit. [Alkohol, drog och infektioner]. I Alho, H., Lindeman, J., Raitasalo, K. & Roine, R. (red.) Tommi 2004. *Alkoholi- ja huumetutkimuksen vuosikirja*. Yearbook of Finnish Alcohol and Drug Research. Helsingfor
- S: Alkoholi- ja huumetutkijain seura ry 2004.
- Ristola, M. (2006) Huumeidenkäyttäjän infektioit – toivottomiako hoitaa ja ehkäistä? [Drogbrukarens infektioner – hopplösa att behandla och förebygga?]. Duodecim 2006; 122: 921–928.
- Rönkä, S., Salonen, P. (red.), Lillsunde, P. & Salasuo, M. (2006) Huumetilanne Suomessa 2006. Kansallinen huumevuosisraportti EMCDDA:lle. [Narkotikasituationen i Finland 2006. Nationell årsrapport om narkotikaläget till EMCDDA]. Stakes. Helsingfors.
- Salasuo, M. (2004) Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. [Drogerna som tidsbild. Hur nöjesbruk av droger uppträder

- kulturellt i Finland]. Stakes, Forskningsrapporter 149. Helsingfors 2004. <http://www.intermin.fi/julkaisu/192005> 24.10.2007, på finska.
- Salminen, M. (2005) HIV-pandemia 20 vuotta viruksen löytämisen jälkeen. [Hiv-pandemi 20 år efter upptäckten av viruset]. *Finlands läkartidning* 48/2005 årgång 60: 4969–4974.
- Salminen, M. (2006) Ruiskuhuumeiden käyttäjien terveystapit – todellista vaikuttavuutta tartuntatautien ehkäisyyn. [Hälsorådgivningar för sprutdrogbrukare – den verkliga framgången vid förebyggande av smittsamma sjukdomar]. *Kansanterveys* 2006; 3: 6–7.
- Salminen, M. (2007) Ruiskuhuumeita käyttävien terveystapit on vaikuttava interventio. [Hälsorådgivning för sprutdrogbrukare är en effektiv intervention]. *Kansanterveys* 2007; 7: 15–16.
- Sarvanti, T. (1997) Huume politiikka ja oikeudenmukaisuus. [Drogpolitiken och rättvisan]. Helsingfors universitet. Statsvetenskapliga fakulteten. Socialpolitiska institutionen. Stakes 1997. *Forskningsrapporter* 83.
- Savola, E., Koskinen-Ollonqvist, P. (2005) Terveystapin edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. [Hälsöfrämjande och exempel. Begrepp och förklaringar]. *Serien Publikationer från Centret för hälsöfrämjande* 3/2005. Edita Helsingfors 2005.
- Seppälä, P. (2003) Havaintoja huumeista. Tutkimus uusien huumeilmiöiden varhaisena tunnistajana. [Observationer om drog. Forskning kan identifiera nya drogfenomen i ett tidigt skede]. Stakes. *Rapporter* 275. Helsingfors 2003.
- Inrikesministeriet. Lääninhallitusten keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2004. [Länsstyrelsernas centrala utvärderingar av läget inom basservicen 2004]. Inrikesministeriets publikationer 19/2005. Hämtat på
- Sosiaali- ja terveystapitministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta erällä lääkkeillä. Finns även på svenska: Social- och hälsövärdstapitministeriets förordning om avgiftning samt substitutions- och underhållsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel; Nr 289/2002.
- Stimson, G. (1989) Syringe-exchange programmes for injecting drug users. *AIDS*, 3: 253–260.
- Suomen apteekkariliiton hallituksen kannanotto apteekkien roolista huumeidenvastaisessa työssä. [Styrelsen för Finlands Apotekareförbunds ställningstagande till apotekens roll vid drogbehandling]. SAL Hallitus 14.12.2006. Hämtat på : <http://www.apteekkariliitto.fi/BinaryServlet?rs=623/655/824/:4110/>, 4.9.2007, på finska.
- Suomen kansallinen HIV/AIDS- strategia vuosille 2002–2006. [Finlands nationella hiv/aids-strategi för åren 2002–2006]. Social- och hälsövärdstapitministeriets arbetsgrupps-PM 2002:1.
- Suomen kansallinen HIV/AIDS- strategia vuosille 2008–2012. [Finlands nationella hiv/aids-strategi för åren 2008–2012]. Tills vidare opublicerad.
- Suominen, J. & Saarijärvi, S. (2003) Miksi opioidiriippuvuuden buprenorfiinihoito ei toteudu kunnolla Suomessa? [Varför förverkligas inte buprenorfinbehandling mot opioidberoende ordentligt i Finland?]. *Finlands läkartidning* 41/2003 årgång 58: 4149–4152.
- Svensson, N. P. (2003) Outreach work with young people, young drug users and young people at risk. Emphasis on secondary prevention. Pompidou Group. P-PG/PREV (2003) 6.

- Takalainen, J. (2003) Automaatista puhtaita ruiskuja pikkukolikolla. [Rena sprutor med mynt från automaten]. *Finlands läkartidning* 2003/42 årgång 58: 4210–4211.
- Tammi, T. (2005) Diffusion of public health views on drug policy: the case of needle exchange in Finland. I Hoikkala, T., Hakkarinen, P., Laine, S. (red.) *Beyond Health Literacy. Youth Cultures, Prevention and Policy*. Ungdomsforskningsnätverket och Ungdomsforsknings-sällskapet. Publikationer 52. Stakes.
- Tammi, T. & Hurme, T. (2006) Huumeiden käyttäjän asema ja huume politiikan terveystaju. [Drogbrukarens ställning och drogpolitikens hälsomedvetande]. I Puuronen, A. (red.) *Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö*. [Hälsomedvetande. Ungdomar, politik och praxis]. Ungdomsforskningsnätverket. Ungdomsforsknings-sällskapet. Publikationer 63.
- The Australian Government Department of Health and Ageing (2005) *Economic Evaluation of Hepatitis C in Australia*. Rapport av Applied Economics.
- Tiihonen, J. (2004) Stimulanttiriippuvuuden hoidot. [Vård av stimulanttiberöende]. *Duodecim* 2004; 120:1191–2.
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Föhr, J., Tuomola, P., Kuikanmäki, O., Vormaa, H., Sokero, P., Haukka, J. & Meririnne, E. (2007) A Comparison of Aripiprazole, Methylphenidate, and Placebo for Amphetamine Dependence *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 160–162.
- Tuominen, P., Savola, E., Koskinen-Ollonqvist, P. (2005) *Terveys edistämisen avainsäällöt*. [Hälsöfrämjandets nyckelinhääll].
- Törmä, S., Huotari, K., Inkeroinen, T. (2003) *Koordinointia ja kumppanuksia! Helsingin päihdehuollon ulkoinen arviointi*. [Koordination och partnerskap! Extern utvärdering av rusmedelsvården i Helsingfors]. Helsingfors stads socialverk. Undersökningar. 2003:4.
- Uusküla, A., Abel, K., Rajaleid, K., Rützel, K., Talu, A., Fisher, K. and Boborova, N. (2006) *Hiv and Risk Behaviour among Injecting Drug Users in two Cities (Tallin, Kohtla-Järve) in Estonia*. Studierapport. National Institute for Health Development, Tallinn, Estland.
- Uusitalo, L. (red.) (2005) *Vankilat, pähteet ja haittojen vähentäminen. Tilannekatsaus*. [Fängelser, droger och skademinskning. Lägesrapport]. Stiftelsen för Kriminalvårdens Främjande, duplikat 1/2005. Original: Status paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. World Health Organization, 2005.
- Valtakunnallinen tartuntatautirekisteri. Finns även på svenska. Riksomfattande registret för smittsamma sjukdomar. Finns på Folkhälsoinstitutets webbplats på adressen: <http://www3.ktl.fi/stat/>.
- Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisessta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007. Finns även på svenska: Statsrådets principbeslut om åtgärdsprogram för narkotikapolitiken 2004–2007. Social- och hälsövärdministeriet.
- Vankeinhoidon vuosikertomus 1999. (2000). [Fångvärdens årsberättelse 1999]. Publikationer av justitieministeriets fångvärdavdelning, Helsingfors, Periodiska rapporter, Serie A – Nr 42.
- Vertio, H. (2003) *Terveysneuvonnan periaatteet*. [Hälsörådgivningens principer]. I Kimmo Koskenvuo (red.) *Sairauksien ehkäisy*. [Förebyggande av sjukdomar]. Kustannus Oy Duodecim.
- Virtanen, A. (red.) & Sjöberg, S. (2006) *Huume tilanne Suomessa 2005 – kansallinen huume vuosiraportti* EMCDDA:lle.

[Narkotikasituationen i Finland 2005. Nationell årsrapport om narkotikaläget till EMCDDA]. Stakes.

Vuori, H. (1993) Terveysthuollon laadunvarmistus. [Kvalitetssäkrän inom hälsovården]. Stiftelsen för sjuksköterskeutbildning. Vammalan Kirjapaino Oy.

WHO World Health Organization. Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy Brief: WHO/HIV 2004.02; 2004.03; 2004.04; 2004.05; 2005.06.

Wodak, A. & Cooney, A. (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. World Health Organization, Genève.

8. BILAGOR

8.1. Bilaga 1: Intervjufrågor och genomgångna teman

- Verksamhetens finansiär och den som förverkligar tjänsten
- Antal anställda och utbildning
- Hurudan arbetsmiljö är hälsorådgivningen?
- Har förvaltningsområdet eller verksamhetens finansiär en sanningsenlig bild av er verksamhet och ert arbete?
- Hurdan är enligt dig mediebild av hälsorådgivningen?
- Hurudan relation har ni till polismyndigheterna?
- Hurudan relation har ni till apoteken?
- Vilka åsikter har du eller era klienter om riskbeteende och smittorisker i fångelserna?
- Vilka är era viktigaste eller mest använda samarbetsparter?
- Vilka stödtjänster har ni?
- Hur förhåller sig människor i näromgivningen till er rådgivnings existens?
- Den nya lagen och förordningen om smittsamma sjukdomar förpliktar kommunerna att sörja för att bekämpa smittsamma sjukdomar genom att arrangera hälsorådgivning för sprutdrogbrukare. Hur har det påverkat och kommer det att påverka den finländska hälsorådgivningsverksamheten?
- Man har pratat om att den finländska hälsorådgivningsverksamheten är en framgångshistoria. Vilka faktorer tycker du har inverkat på att verksamheten har lyckats?
- Med hurdana indikatorer, siffror eller observationer tycker du att hälsorådgivningens verksamhet och effekt kan mätas eller evalueras?
- Vilken är hälsorådgivningens roll på servicefältet? Vilken sorts aktör är rådgivningen?
- Hur kommer den finländska hälsorådgivningsverksamheten att förändras och betonas och vilka verksamhets- eller serviceformers roll kommer att öka?
- Vilka hot eller utmaningar kan hälsorådgivningsverksamheten möta i framtiden?
- Vilken roll har skriftliga broschyrer och informationspaket i hälsorådgivningen och när man berättar om smittsamma sjukdomar? I vilka situationer är de bra?
- Har ni andra verksamhetsformer? Berätta om dem.
- Vilka tankar har du om stödpersonarbete och dess roll i verksamheten?
- Och vilka tankar om uppsökande arbete/fältarbete? Vilken är dess roll?
- Hur betydelsefullt är det i denna verksamhet att hänvisa till tjänster och att ge stöd och information om hur man använder servicesystemet?
- Vilken betydelse har anonymiteten och avgiftsfriheten med tanke på hela hälsorådgivningsverksamhetens framgång?
- Vilka är era öppettider och är de bra vad gäller tiden på dygnet och längden?
- Är storleken och kvaliteten på er rådgivnings verksamhetsutrymmen bra?
- Vilken betydelse har hälsorådgivningens läge för verksamheten?
- Hälsorådgivningarna är också öppna för sprutdrogbrukarnas anhöriga. Används de här tjänsterna?
- Hur många byten av injektionsredskap och vilka bytesprinciper tycker du är lämpliga?
- Ger ni kondomer på begäran eller genom att erbjuda dem aktivt och är det antal som ni ger tillräckligt?
- Hur ser en bra hälsorådgivningssituation ut och hur kan den åstadkommas?
- Tror du att det skulle vara ett effektivt sätt att förebygga smittsamma sjukdomar att enbart byta till rena verktyg utan personlig kontakt?
- Utför ni test och vaccinationer på stället? Vilka?

- Vilken roll har returneringen av använda verktyg? Är det lika betydelsefullt som att ge rena?
- Har det blivit en vana bland användare att använda rena verktyg och byta verktyg? Har det skett en förändring i tänkesätten?
- Har det skett tydliga förändringar i antalet klienter eller antalet besök under er verksamhet?
- Hur många av era klienter injicerar anabola ämnen?
- Hur många av era klienter utövar prostitution?
- Hur stor del av era klienter har suttit i fängelse?
- Hur stor del av era klienter är hemlösa?
- Hur stor del av era klienter har fått HAV- och HBV-vacciner?
- Hur stor del av era klienter har testat sig för hiv åtminstone någon gång? Ändå under det senaste året eller annars rutinmässigt?
- Hur stor del av era klienter har tagit HCV-test?
- Varför söker man sig till tester? I vilka situationer söker man sig dit?
- Varför testar sig en del inte?
- Hur stor del av era klienter söker sig till eller har någon gång sökt sig till vård med sikte på att sluta?
- Hur stor del av era klienter skulle ni bedöma vill sluta använda droger genom injicering?
- Har era klienter mentala problem?
- Har de mentala problemen ett samband med riskbeteende och smittorisker?
- Är era klienter bekymrade om sin egen hälsa?
- Vilka grupper eller personer hamnar utanför hälsorådgivningstjänsten?
- Hur många av era klienter är minderåriga?
- På vem eller vilka saker borde man fästa mer uppmärksamhet i hälsorådgivningsverksamheten?
- Vilka droger använder era klienter i huvudsak?
- Hur stor del av era klienter är blandanvändare och skapar blandbruket problem när det gäller att minska skadorna/ur hälsorådgivningens synvinkel?
- Är tröskeln för att få substitutionsbehandling för hög?
- Tycker du att den nuvarande hälsorådgivningsmodellen har haft effekt när det gäller att minska riskbeteendet inom er klientgrupp?
- Tycker du att effekten är större vad gäller riskanvändning av droger eller sexuellt beteende?
- Hur uppfattar man allvaret med olika hälsoskador, vilken är den mest fruktade och vilken är den mest ignorerade?
- Har era klienter sanningsenlig information om olika smittsamma sjukdomar och smittomekanismer eller finns det också felaktig information eller vanföreställningar?
- Ändrar ett positivt testresultat på riskbeteende eller risktagning?
- Skulle ”enbart” hiv- och hepatittestning och rådgivning vara lika effektivt som det nuvarande utbytet av injektionsredskap vid sidan av hälsorådgivningen?
- Hur tror du att incidensen av smittsamma sjukdomar bland sprutdrogbrukare kommer att utvecklas?
- Bildas det sådana flaskhalsar eller problemmoment i drogbrukarvården som gör att verksamheten inte är så effektiv som den kunde vara?
- Vad är det som är allra svårast eller mest utmanande i det här arbetet?
- Kan du berätta om ett toppögonblick i verksamheten?