



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

LUOTTAMUS JA VAPAAEHTOISUUS TERVEYSNEUVONTAPISTETOIMINNAN ONNISTUMISEN EDELLYTYKSINÄ

Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden
käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta
tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa



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

**LUOTTAMUS JA VAPAAEHTOISUUS
TERVEYSNEUVONTAPISTETOIMINNAN ONNISTUMISEN
EDELLYTYKSIÄ**

*Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien
terveysneuvonnan vaikuttavuudesta
tartuntatautiin ehkäisyssä ja torjunnassa*

Kansanterveyslaitos
Infektioepidemiologian ja -torjunnan osasto
HIV-yksikkö

Helsinki 2008

Kansanterveyslaitoksen julkaisu B15 / 2008

Copyright National Public Health Institute

Julkaisija - Utgivare - Publisher

Kansanterveyslaitos

Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puh. vaihde (09) 474 41, telefax (09) 4744 8408

Folkhälsoinstitutet

Mannerheimvägen 166
00300 Helsingfors
Tel. växel (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 978-951-740-830-1 (print)

ISBN 978-951-740-831-8 (pdf)

ISSN 0359-3576

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

Kannen kuva – pärmbild - Cover graphic: © Mika Salminen

Painopaikka
Helsinki 2008

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

LUOTTAMUS JA VAPAAEHTOISUUS TERVEYSNEUVONTAPISTETOIMINNAN
ONNISTUMISEN EDELLYTYKSIÄ – poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden
käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B15/2008, 192 sivua

ISBN 978-951-740-830-1 (print)

ISBN 978-951-740-831-8 (pdf)

ISSN 0359-3576

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

TIIVISTELMÄ

Päähavainnot ja johtopäätökset

Raportissa kuvataan Kansanterveyslaitoksella tehty arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapiste (TNP) -toiminnan vaikuttavuudesta tartuntatautien, lähinnä veriteitse tarttuvien tautien, ehkäisyssä ja torjunnassa. Arviointitutkimus on tehty poikkitieteellisesti, hyödyntäen sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista metodologiaa ja -aineistoja.

Arviointi osoittaa selkeästi TNP-intervention olleen merkittävä tekijä hiv-infektion, A- ja B-hepatiitti-infektioiden ja osittain myös C-hepatiitti-infektioiden ennaltaehkäisyssä ja epidemioiden torjunnassa ruiskuhuumeiden käyttäjien joukossa sekä välillisesti koko väestön suuntaan. Toiminta on saavuttanut sille alunperin ja toiminnan kasvaessa asetetut tavoitteet palveluiden lisäämisen, kohderyhmän tavoittamisen, sekä tartuntariskien vähentämisen alueella.

Erityisen merkittävää on, että hiv-infektioilanteelle asetetut hyvin kunnianhimoiset tavoitteet epidemian katkaisemisesta ja tapausmäärien rajoittamisesta alle 30 uuteen tapaukseen vuodessa todella ovat toteutuneet. Tätä tukevat paitsi kattavasti toteutuvan passiivisen ilmaantuvuuden seurantajärjestelmän tuottama tieto (Kansanterveyslaitoksen tartuntatautirekisteri), myös kohdennetut otantaperustaiset esiintyvyystudkimukset. Verrattuna täysin realistisiin uhkaskenaarioihin, toiminnan kautta on ehkäisty tuhansia hiv-infektioita ja vähintään yhtä paljon erilaisia hepatiitti-infektioita.

Pääasiallisena johtopäätöksenä voidaan todeta ruiskuhuumeiden terveysneuvontapisteiden olleen menestyksekkäs ja karkeankin taloudellisen arvion perusteella hyvin kustannustehokas terveysinterventio jonka edelleenkehittäminen ja pysyvyyden varmistaminen olisi kansanterveydellisesti tärkeää.

Arviointi osoittaa myös että ruiskuhuumeiden terveysneuvontamalli muodostaa toimivan sosiaalisen innovaation, joka poikkeaa muualla aiemmin käytössä olleista ehkäisymalleista yhdistämällä menestyksekkäästi matalan kynnyksen terveysterveystoimet ja terveyden edistämisen haittojen vähentämiseen, ilman että samanaikaisesti jouduttaisiin luopumaan restriktiivisestä huumeepolitiikasta. Malli soveltuu siksi varsin hyvin sovellettavaksi myös muualla kuin Suomessa.

Raportin johtopäätösosoiossa annetaan myös suosituksia toiminnan kehittämisestä sekä sen puitteiden vahvistamisesta.

Ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden toiminnan kehitys 1996-2008

Ruiskuhuumeiden käyttöön liittyy monimuotoisia sosiaalisia- ja terveyshaittoja, joista veriteitse tarttuvien infektioautien leviämisen ja lisääntymisen uhka muodostaa merkittävän tekijän.

Suomessa pistämällä käytettävien huumeiden käyttöön liittyviin infektioriskeihin havahduttiin oikeastaan vasta 1990-luvun loppupuolella, jolloin Hepatiitti C-viruksen löytyminen ja tartunnan osoittavan laboratoriotestin laajamittainen käyttöönotto paljasti ruiskuhuumeiden käyttäjillä merkittävän tautitaakan. Samaan aikaan samalla ryhmällä esiintyi aiempaa selvempiä Hepatiitti B-epidemiaa. Kun ongelmakäyttäjien määristä lisäksi saatiin vuonna 1997 ensimmäiset objektiiviset arviot ja ne osoittautuivat selkeästi aikaisempia arvailuja merkittävästi korkeammiksi, ongelman varsin suuri kansanterveydellinen merkitys selveni.

Suomessa päätettiin siksi käynnistää ruiskuhuumeiden käyttäjien infektio-ongelmien ehkäisemiseksi uudenlaista ehkäisevää toimintaa, jonka lähtökohta on terveyttä edistävien käyttäytymismallien edistäminen erityisesti ongelmakäyttäjille suunnattujen terveysneuvontapisteiden kautta. Toiminnan lähtökohta on asiakkaille matalakynnyksinen ja käytännönläheinen terveysneuvonta, jonka välitön tarkoitus on ehkäistä käytöstä johtuvia terveyshaittoja, erityisesti veriteitse tarttuvien tautien leviämistä, ja pidempiaikainen tavoite taas lisätä käyttäjien terveystietoisuutta ja halua huolehtia omasta terveydestään. Alusta asti toimintaan kuului käytettyjen pistämisvälineiden vaihtaminen puhtaisiin. Vaikka toiminnan pitkäaikainen tavoite on myös vähentää huumeiden käyttöä, se ei kuulu sen välittömään päämäärään.

Toimintamalli ei kuitenkaan ole ristiriidassa huumeiden käytön- myynnin tai välittämisen ehdottomasti kieltävän terveys- ja sääntelypolitiikan kanssa, jonka toteuttamisessa Suomessa ei ole tehty muutoksia. Sen sijaan malli pyrkii parantamaan kontrolliviranomaisten sekä sosiaali- ja terveysviranomaisten yhteistyötä, jotta huumeriippuvuudesta kärsivät ohjautuisivat entistä paremmin hoitoon. Tämä onkin monella paikkakunnalla toteutunut.

Alkuperäisessä määritelmässä toimintamalli on esitetty seuraavasti: ”Terveysneuvontapisteellä tarkoitetaan paikkaa, josta [ruiskuhuumeiden]käyttäjä voi saada puhtaita ruiskuja ja neuloja ja johon hän voi palauttaa käyttämänsä ruiskut ja neulat, sekä jossa hänellä ja/tai hänen läheisillään on mahdollisuus tukikeskusteluihin, palveluohjaukseen, sosiaali- ja terveysneuvontaan sekä saada pieniä hoitotoimenpiteitä, kuten rokotuksia ja testejä”.

Lisäksi terveysneuvontapisteiden toimintakriteereihin kuuluvat tärkeinä reunaehtoina mm. *Anonymiteetti* – asiointi ilman nimeä tai tunnisteita, sijainnin ja palveluiden *Helppo lähestyttävyyys*, *Käyttäjystävällinen tunnelma*, *Dialogi* käyttäjien kanssa, *Käytännönläheisyys* toiminnassa, aattellinen ja moraalinen *Tuomitsemattomuus* sekä *Realistinen* tavoitteiden hierarkia.

Alkuperäisestä pilottihankkeesta TNP-malli on levinnyt ympäri Suomea siten, että vuonna 2008 pisteitä on toiminnassa noin 30, kattaen suurimman osan maata. Vuonna 2004 Tartuntatauti-asetukseen lisättiin kunnille velvoite tuottaa terveysneuvontapalveluita ruiskuhuumeiden käyttäjille, mukaanlukien pistämisvälineiden vaihtotoimintaa.

Malli tai siitä johdetut erilaiset sovellutukset ovat levinneet myös Suomen lähialueille, mm. Virossa, Latviassa ja Liettuassa sekä Venäjän Murmanskin alueella toimii TNP-malliin pohjautuvia ehkäisyhankkeita.

Asiasanat: Terveysneuvonta, terveysneuvontapiste (TNP), ruiskuhuumeet, veriteitse tarttuvat taudit, ennaltaehkäisy, hiv, Aids, HCV, HBV, HAV, haittojen vähentäminen

*Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan
vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa*

*Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan
vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa*

Sisältö

1.	JOHDANTO.....	11
1.1.	Huumeiden ongelmakäyttö.....	11
1.2.	Huumehoidon asiakaskunta.....	12
1.3.	Huumehoito.....	14
1.4.	Ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvät terveyshaitat.....	16
1.5.	Veriteitse tarttuvat infektioaudit.....	17
1.5.1.	HIV.....	17
1.5.2.	Hepatiitti B.....	18
1.5.3.	Hepatiitti C.....	18
1.5.4.	Hepatiitti A.....	20
1.6.	Haittojen vähentäminen ja matalan kynnyksen periaate.....	20
1.6.1.	Haittojen vähentämisestä.....	20
1.6.2. matalan kynnyksen terveyden edistämiseen.....	22
2.	RUISKUHUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN TERVEYSNEUVONTA.....	24
2.1.	Terveysneuvontapisteiden palvelut.....	31
2.2.	Arviointitutkimuksen lähtökohta.....	33
3.	MENETELMÄT JA TIETOLÄHTEET.....	38
3.1.	Tartuntatautien seuranta.....	38
3.1.1.	Passiivinen seuranta (tartuntatautirekisteri).....	38
3.1.2.	Kansanterveyslaitoksen tukema matalan kynnyksen testaus.....	39
3.1.3.	Anturiverkosto ja otantatutkimukset.....	40
3.2.	Terveysneuvontapisteiden toimintaraportit ja -tilastot.....	41
3.3.	Arviot huumeiden ongelmakäyttäjien määrästä.....	41
3.4.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus.....	41
4.	TULOKSET.....	44
4.1.	Tartuntatautiriskien kehittyminen.....	44
4.1.1.	HIV-epidemian kehittyminen vuoden 1998 jälkeen.....	44
4.1.2.	Hepatiitti B (HBV).....	46
4.1.3.	Hepatiitti C (HCV).....	47
4.1.4.	Hepatiitti A (HAV).....	48
4.1.5.	Terveysneuvontapisteiden toiminnan kehitys ja toimintaindikaattorit.....	49
4.2.	Terveysneuvontapisteiden toiminta.....	51
4.2.1.	Näkemyksiä terveysneuvontatoiminnasta.....	51
4.2.1.1.	Toiminnan onnistumiseen vaikuttaneet seikat.....	51
4.2.1.2.	Toiminnan laillinen perusta.....	53
4.2.1.3.	Terveysneuvontapiste osana palvelujärjestelmää.....	56
4.2.1.4.	Media.....	60
4.2.1.5.	Poliisi.....	63
4.2.1.6.	Apteekit.....	64
4.2.1.7.	Aukioloajat.....	66
4.2.1.8.	Toimitilat.....	67
4.2.1.9.	Sijainti.....	68
4.2.2.	Keskeisimmät palvelut.....	70
4.2.2.1.	Testaus.....	70
4.2.2.2.	Rokotukset ja rokottaminen.....	73
4.2.2.3.	Vaihtomäärien periaatteet.....	74
4.2.2.4.	Palautettujen välineiden merkitys.....	76
4.2.2.5.	Kirjallinen materiaali terveysneuvontatyössä.....	77
4.2.2.6.	Vertaistyö tavoitettavuuden parantajana.....	80

4.2.2.7.	Kenttätyö ja etsivä työ.....	82
4.2.2.8.	Henkilökohtaisen kohtaamisen mahdollisuudet.....	83
4.2.3.	Asiakkaat.....	88
4.2.3.1.	Muutokset asiakasmäärissä ja käyntimäärissä	89
4.2.3.2.	Asiakkaiden tavoittaminen.....	90
4.2.3.3.	Palveluihin ohjaaminen.....	91
4.2.3.4.	Asiakkaiden tieto tartuntataudeista	92
4.2.3.5.	Mielenterveyden häiriöt	93
4.2.3.6.	Riskikäyttäytyminen	95
4.2.3.7.	Seksikäyttäytymiseen vaikuttamisen vaikeus	97
4.2.3.8.	Vankiloiden tartuntariski.....	99
4.2.3.9.	Terveysneuvontapalveluiden ulkopuolelle jäävät	102
4.2.3.10.	Erytishuomiota vaativat ryhmät	106
4.2.3.11.	Naiset	106
4.2.3.12.	Alaikäiset ja nuoret	109
4.2.3.13.	Asunnottomat	111
4.2.4.	Huumeet	112
4.2.4.1.	Käytetyt huumeet	112
4.2.4.2.	Huumeiden käytön aloittaminen	115
4.2.4.3.	Turvallinen pistotekniikka	117
4.2.4.4.	Pistäminen ja piikkikoukku.....	118
4.2.4.5.	Lopettaminen	119
4.2.4.6.	Korvaushoitoon pääsy ja sen järjestäminen	120
4.2.4.7.	Terveyshaittoihin suhtautuminen	123
4.2.4.8.	Miten tartuntojen määrä tulee kehittymään?.....	125
4.2.4.9.	Terveysneuvonnan kehittyminen	126
4.2.4.10.	Ehdotuksia uusista palveluista ja toiminnan kehittämisestä	128
4.2.4.11.	Henkilökunnan kokemukset omasta työstä.....	132
5.	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	135
5.1.	Vaikuttavuus tartuntatauti-indikaattoreiden perusteella	135
5.2.	Kustannusvaikutukset	136
5.3.	Tavoittavuus ja saavutettavuus	137
5.4.	Tartuntatautitestauksen ja rokotusten saavuttavuus	138
5.5.	Terveysneuvontatoiminnan koordinaatio.....	138
5.6.	Luottamus sosiaali- ja terveyspalveluihin.....	139
5.7.	Asiakkaiden luottamus keskeistä	139
5.8.	Pistovälineiden vaihtomäärät	140
5.9.	Pistovälineiden apteekkimyynnin merkitys	141
5.10.	Pistovälineiden todellinen vuositarve	142
5.11.	Terveysriskeihin vaikuttaminen terveysneuvonnan ja hoitoonohjauksen avulla.....	143
5.11.1.	Infektioriskit.....	143
5.11.2.	Mielenterveysongelmat	143
5.11.3.	Seksiriskit.....	144
5.12.	Palveluiden huonosti tavoittamat erityisryhmät.....	144
5.12.1.	Romanit.....	144
5.12.2.	Suurkaupunkien lähiöt	145
5.12.3.	Satunnaiskäyttäjien leimautumisen pelko	145
5.13.	Toimintaraportoinnin uudistamistarpeet	145
5.14.	Vertaistoiminnan ja etsivän kenttätyön kehittämisen tarpeet.....	146
5.15.	Hepatiitti C-tartuntojen ehkäisyn haasteet	146

5.16.	Terveysneuvonnan todelliseen tarpeeseen perustuva alueellinen kattavuus	148
5.17.	Käyttäjien määrien selvittäminen alueellisesti tarpeen	148
5.18.	Vankilat	149
5.19.	Tarve ohjaaville suosituksille terveys-neuvonnan sisällöstä ja puitteista	150
6.	KIITOKSET	151
7.	LÄHTEET ja KIRJALLISUUS	152
8.	LIITTEET	160
8.1.	Liite 1: Haastatteluissa kysytyt kysymykset ja läpikäytyt teemat	160
8.2.	Liite 2: Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpide- ohjelmasta vuosille 2004 – 2007	162

Kuvat

Kuva 1. Terveiden edistämisen muutosportaat	23
Kuva 2. Tartuntatautien sähköinen ilmoitusjärjestelmä.....	38
Kuva 3. Vuosittain todetut uudet HIV tapaukset ja tapaukset ruiskuhuumeiden käyttäjillä (TTR, KTL).....	44
Kuva 4. Ruiskuhuumeisiin liittyneiden tapausten virustyyppit	45
Kuva 5. Hepatiitti C- ja hiv-infektion esiintyvyys ovensuutkimuksissa.....	45
Kuva 6. Suomessa vuosittain todetut akuutit B-hepatiitit.....	46
Kuva 7. Vuosittain todetut Hepatiitti C-tapaukset	47
Kuva 8. Uudet Hepatiitti C-tapaukset ikäryhmittäin.....	47
Kuva 9. Vuosittain tartuntatautirekisteriin ilmoitetut Hepatiitti A tapaukset	48
Kuva 10. Terveysneuvontapisteissä vaihdetut ruiskut ja neulat sekä ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvät hiv-tapaukset.....	49
Kuva 11. Ruiskuhuumeiden käyttäjien terveys-neuvontapisteiden alueellinen sijoittuminen.....	50

Taulukot

Taulukko 1. Amfetamiin ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrän kehitys Suomessa 1997 - 2005.	11
Taulukko 2. Terveysneuvontapisteiden asiakas- ja käyntimäärien sekä pistovälineiden vaihdon kehitys	49
Taulukko 3. TN-pisteissä vuonna 2006 annetut rokote-annokset.....	50

1. JOHDANTO

1.1. Huumeiden ongelmakäyttö

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus EMCDDA määrittelee huumeiden ongelmakäytön olevan suonensisäistä huumeidenkäyttöä tai opiaattien, kokaiinin ja/tai amfetamiinien pitkäaikaista/säännöllistä käyttöä (Huumeongelma Euroopassa 2005). Huume – ja päihderiippuvuudelle on ominaista päihteen jatkuva, usein toistuva tai pakonomainen hankkiminen ja käyttäminen riippumatta käytön aiheuttamista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista (Duodecim, terveyskirjasto. Päihde- ja huumeriippuvuus, Huttunen).

Suomessa huumeiden ongelmakäyttäjien määrää on arvioitu ja seurattu vuodesta 1997 lähtien. Vuonna 2002 huumeiden ongelmakäyttäjien määrän Suomessa arvioitiin olevan noin 16 000- 21 000 henkilöä. Uusin arvio koskee vuotta 2005, jolloin Suomessa oli noin 14 000- 19 000 amfetamiinien tai opiaattien ongelmakäyttäjää¹. Ongelmakäyttäjien määrässä ei ole lisääntymisen merkkejä enää

Taulukko 1.

Amfetamiin ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrän kehitys Suomessa 1997 - 2005.

	1997	1998	1999	2001	2002	2005
Koko Maa	9400-14700	11500-16400	11100-14000	13700-17500	16100-21100	14500-19100
Opiaattien käyttäjät	1500-3300	1800-2700	2500-3300	3900-4900	4200-5900	3700-4900
Amfetamiinien käyttäjät	6800-11600	7600-13000	8300-12400	10100-15400	10900-18500	12000-22000
Pääkaupunkiseutu	4000-7400	4200-6000	4100-5400	4900-6600	5300-7800	5100-8200
Opiaattien käyttäjät	900-2000	1000-1600	1200-1900	1800-2700	2000-3200	1300-2400
Amfetamiinien käyttäjät	2800-7400	2600-6000	2500-5000	3200-6900	3300-6000	4000-6000
Etelä-Suomi	nd	6200-10300	6500-8700	10100-20100	9900-14900	7000-12000
Länsi-Suomi	nd	2400-3900	2600-4200	3800-5700	4000-5800	3500-5200
Itä- ja Pohjois-Suomi	nd	700-1800	2000-3000	1500-2000	2100-3800	2000-3800

¹ Amfetamiinien tai opiaattien käyttö, joka on aiheuttanut käyttäjälle sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja. Lisäksi haitat ovat aiheuttaneet viranomaisen

vuoden 2002 jälkeen. Neljän rekisterin² perusteella tehdyn tilastollisen arvion mukaan vuonna 2005 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien arvioitiin muodostavan 0,5–0,7 prosenttia koko maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. (Partanen ym.2007.

Vuonna 2005 naisten osuus ongelmakäyttäjistä oli noin 20–25 prosenttia kummassakin aineryhmässä. Sukupuolijakauma on pysynyt lähes samana vuodesta 1999. Vuonna 2005 ongelmakäyttäjien selkeä enemmistö, 75–85 prosenttia muodostui amfetamiinin ongelmakäyttäjistä, joita arveltiin olevan noin 12 000–22 000. Opiaattien ongelmakäyttäjää oli arvion mukaan 3700–4900. Amfetamiinin ongelmakäyttäjien määrän arviointiväli on arvioissa huomattavasti opiaattien käyttäjien arvioita suurempi, mikä kuvaa amfetamiinin ongelmakäyttäjien ryhmän heterogeenisyyttä. (Partanen ym. 2007.) Alhon ym. (2007) tutkimuksessa terveysneuvontapisteiden asiakkailta opiaattit, ensisijaisesti buprenorfiini, oli pääkaupunkiseudun käyttäjien keskuudessa yleisimmin (73 %) suonensisäisesti käytetty huume, kun taas

puuttumisen asiaan jollain tavalla, mikä käy ilmi viranomaisrekistereistä. (Partanen, P. 2007.)

amfetamiinin käyttö (24 %) oli huomattavasti vähäisempää (Alho ym. 2007). Arvion mukaan vuonna 2005 pääkaupunkiseudulla oli 5100–8200 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää, noin 30–40 prosenttia (samoin vuonna 2002) koko Suomen ongelmakäyttäjistä. Arvion mukaan pääkaupunkiseudun ongelmakäyttäjien määrä on lähempänä arvioidun määrän ylä- kuin alarajaa. (Partanen ym. 2007.)

Terveysneuvontapisteiden toimintatilastojen mukaan vuonna 2005 pääkaupungin terveysneuvontapisteissä asioi noin 9300 ongelmakäyttäjää. Partanen ym. (2007) toteavat, että tiedonkeruun anonymisyyden vaikutukset näkyvät erityisesti pääkaupunkiseudulla, jossa terveysneuvontapisteiden asiakkaat hyödyntävät useita saman alueen palveluita ja asiakkaissa on myös ulkopaikkakuntalaisia. Näillä ehdoilla terveysneuvontapisteiden asiakaskunnan määrä todennäköisesti putoaa edellä mainitun tilastollisen arviövälän puitteisiin. (Emt.)

Pääkaupunkiseudulla terveysneuvontapisteiden kyky saavuttaa ongelmakäyttäjii on pääsääntöisesti erittäin hyvä. Vertaillen pääkaupunkiseudun arvioitua ongelmakäyttäjien määrää terveysneuvontapisteiden asiakkuuksiin, Partanen ym. (2007) toteavat, että niillä paikkakunnilla missä terveysneuvontapisteitä on, ne onnistuvat tavoittamaan palveluidensa piiriin huomattavan määrän alueen ongelmakäyttäjistä. He toteavat myös, että terveysneuvontapisteiden verkosto ei ole maantieteellisesti kattava, joten osa pistoskäyttäjistä jää väistämättä toiminnan ulkopuolelle. (Emt.)

Vuonna 2005 kaikista ongelmakäyttäjistä noin 50 – 60 prosenttia sijoittui Etelä-Suomeen (60–70% vuonna 2002). Etelä-Suomen läänissä oli vuonna 2005 arviolta 7600–12 900 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää. (Partanen ym. 2007.)

Terveysneuvontapisteiden toimintatilastojen mukaan Etelä-Suomen läänin sijoittuvat pisteet tavoittivat noin 10 000 henkilöä vuonna 2005. Länsi-Suomen läänin arvioidusta 3500–5200 ongelmakäyttäjistä, läänin terveysneuvontapisteet tavoittivat vuonna 2005 noin 1600 asiakasta. Itä-Suomen -, Oulun - ja Lapin läänin ongelmakäyttäjien yhteenlasketuksi määräksi vuonna 2005 arvioitiin noin 2000–3800 henkilöä. Näissä kolmessa läänissä terveysneuvontapalveluita on heikoimmin saatavilla. Toimintatilastojen mukaan näiden kolmen läänin terveysneuvontapisteiden yhteenlaskettu asiakasmäärä vuonna 2005 oli 175 henkilöä (noin 200 vuonna 2006).

Terveysneuvontapisteiden asiakasmäärät ja arvioidut ongelmakäyttäjien määrät eivät kuvaa suoraan tavoitettavuutta, sillä terveysneuvontapisteissä asioi pääasiassa vain suonensisäisten huumeiden käyttäjiä ja ongelmakäyttäjien määrää mittaaviin rekistereihin saattaa joutua myös niitä keillä ei ole suonensisäistä käyttöä tai jotka voidaan luokitella niin sanotuiksi satunnaiskäyttäjiksi.

Toisaalta havaintojen tullessa useasta rekisteristä, satunnaiskäyttäjien mahdollinen osuus loppuarviossa vähenee. (Partanen ym. 2007.) Arvioidut käyttäjämäärät ovat suuntaa antavia terveysneuvontapisteiden kattavuutta ajatellen ja auttavat kohdistamaan toimintaa sekä nostamaan esiin työn tarpeellisuutta tietyillä alueilla. On huomattava, että ongelmakäyttäjien arvioitu määrä ei ole noussut vuoden 2002 jälkeen, kun taas terveysneuvontapisteiden yhteenlasketut asiakasmäärät kasvavat vuosittain.

Terveysneuvontapisteiden kyky tavoittaa asiakkaita paranee siis jatkuvasti. Ongelmakäyttäjien jokseenkin suureksi arvioidusta määrästä huolimatta ruiskuhuumevälitteisesti saadut hiv-tartunnat ovat pysyneet erittäin alhaisina.

1.2. Huumehoidon asiakaskunta

Huumehoidon asiakaskunnan profiilia tutkitaan vuosittain asiakaskyselyillä joilla

² Hoitoilmoitusrekisteri, poliisiasiajn tietojärjestelmä, huumaantuneena ajaneiden rekisteri ja valtakunnallisen tartuntatautirekisterin C-hepatiittitapaukset.

kartoitetaan muun muassa käytettyjä huumeita, suonensisäisen käytön yleisyyttä ja tartuntatautien esiintyvyyttä. Huumehoitotiedonkeruun³ mukaan vuonna 2006 opiaatit olivat yleisin (41 %) päihdehoitoon hakeutumiseen johtanut ensisijainen ongelmapäihde. Opiaattiryhmään kuuluvan buprenorfiinin ongelmakäytön (31 %) vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus oli huomattavasti suurempi kuin samaan ryhmään kuuluvan heroiinin (2 %). Muina ensisijaisina päihdehoitoon johtaneina ongelmapäihteinä olivat stimulantit (21 %), alkoholin ja huumeiden sekakäyttö (17 %) ja kannabis (14 %). Rauhoittavat lääkkeet (7 %) tai muut huumeet olivat harvoin ensisijaisiksi mainittuina ongelmapäihteinä. Sekakäyttö oli yleistä, lähes kahdella kolmesta (62 %) oli mainittu ainakin kolme ongelmapäihdettä. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2006, 3. Stakes 2007.)

Kaikista päihdehuollon huumeasiakkaista 78 prosenttia oli joskus käyttänyt huumeita suonensisäisesti. Heistä reilulla puolella (59 %) oli ollut pistoskäyttöä viimeisen kuukauden aikana. Huumehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden keskuudessa opiaattien tavallisimpana käyttötapanana oli pistäminen (83 %). Pistäminen oli buprenorfiinin käyttötapanana (88 %) hieman yleisempää kuin heroiinin pistäminen (82 %). Stimulanttien käyttäjistä 81 prosenttia käytti niitä pistämällä. Joskus elämänsä aikana pistämällä huumeita käyttäneistä 81 prosenttia oli joskus käyttänyt yhteisiä pistosvälineitä ja heistä viimeisen kuukauden aikana pistosvälineiden yhteiskäyttöä oli joka viidennellä (19 %). (Emt.)

Huumehoitoon hakeutuneista asiakkaista suurimmalla osalla oli aikaisempia hoitokontakteja (86 %). Asiakkaista 44 prosentilla oli samanaikaisia hoitokontakteja. Yleisimmin samanaikaisia hoitokontakteja oli päihdehuollon avohoitoon (52 %), sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen

avohoitoon (27 %) ja terveysneuvontapisteeseen (18 %). Hoitoon hakeutuminen oli tapahtunut oma-aloitteisesti (37 %), sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palveluiden kautta (30 %) tai päihdepalveluiden kautta (20 %). Muina hoitoon ohjaavina tahoina olivat perhe (6 %), poliisi (4 %) ja terveysneuvontapiste (1 %). (Emt.) Terveysneuvontapisteiden prosentuaalisesti vähäistä roolia ensisijaisena palveluun ohjaavana tahona voi selittää ensinnäkin se, että asiakas voi yleisesti kokea tehneensä päätöksen hoitoon hakeutumisesta oma-aloitteisesti. Toiseksi, terveysneuvontapiste saatetaan kokea ensisijaisesti neuvoa – ja tukea antavana instanssina, ei virallista hoitoon pääsyn päätöstä tekevänä tahona.

Joskus pistämällä huumeita käyttäneistä huumehoidon asiakkaista kaksi kolmesta (69 %) oli saanut ainakin yhden hepatiitti B-rokotteen ja kaikki kolme annosta oli saanut 49 prosenttia. Lähes 65 prosenttia päihdehuollon huumeasiakkaista oli käynyt kaikissa kolmessa, hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C-testissä. Hiv-testissä oli käynyt noin 70 prosenttia, B-hepatiittitestissä 67 prosenttia ja C-hepatiittitestissä 73 prosenttia asiakkaista. Pistämällä joskus huumeita käyttäneistä alle kaksi prosenttia oli hiv-positiivisia itse ilmoitettuihin testituloksiin perustuen ja varmistettujen testitulosten pohjalta osuus oli hieman alle kolme prosenttia. Itse ilmoitettujen testitulosten mukaan hepatiitti C-positiivisia oli 60 prosenttia ja varmistettujen testitulosten mukaan 67 prosenttia. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2006, 5-6. Stakes 2007.)

Huumehoidon asiakaskunnalle tehdyssä kyselyssä suonensisäinen huumeiden käyttö oli hyvin yleistä ja sekakäyttö erittäin tyypillistä. Injektiovälineiden yhteiskäyttöä oli esiintynyt valtaosalla vastanneista. Hepatiitti B-rokotuksen saaneiden osuus oli erittäin kiitettävä, suonensisäisesti huumeita käyttäneistä noin puolet oli saanut kaikki kolme rokoteannosta. Hiv- ja hepatiittitesteissä käyneitä oli paljon, ja positiivisen tuloksen saaneiden osuudet noudattavat

³ Stakesin Päihdehuollon huumeasiakkaat 2006 – raportti. Tiedonkeruuseen osallistunut 133 yksikköä ja 4865 päihdehuollon huumeasiakasta.

tartuntatautirekisteriin ilmoitettujen positiivisten testitulosten esiintyvyyttä.

1.3. Huumehoito

Suomessa huumeongelmaisia hoidetaan terveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä ja sosiaalitoimessa sekä pitkäaikainen avohoito pyritään järjestämään lähelle potilaan asuinpaikkaa (Käypä hoito. Huumeongelman hoito). Stimulantit, ensisijaisesti amfetamiini on käytetyin huume ongelmakäyttäjien keskuudessa. Viimeisten arvioiden mukaan kaikista suomalaisista ongelmakäyttäjistä noin 75–88 prosenttia on amfetamiinin käyttäjiä. Arviointitutkimukset osoittavat, että amfetamiinin käyttö on ollut opiaatteja yleisempää ainakin jo vuodesta 1997 asti. (Partanen ym. 2007.)

Amfetamiinivieroitukseen ei tunneta tehokasta spesifistä lääkehoitoa, mutta oireita voidaan hoitaa (Käypä hoito. Huumeongelman hoito). Stimulanttiriippuvuuden hoitomahdollisuuksia pohtiessaan Tiihonen (2004) toteaa, että yleisesti ottaen psykososiaaliset hoitomuodot yksinään käytettyinä ovat toistaiseksi osoittautuneet vaikuttavuudeltaan varsin vaatimattomiksi suonensisäisten huumeiden aiheuttaman riippuvuuden hoidossa. Suonensisäinen opiaattien ja amfetamiinin käyttö on erittäin ongelmallista käyttöön liittyvien seurannaisilmiöiden, kuten hiv:n, hepatiittien, rikollisuuden, ylikuolleisuuden ja työelämästä syrjäytymisen vuoksi.

Opiaattiriippuvuuden korvaushoitoa metadonilla ja buprenorfiinilla vastaavaa tehokasta hoitomuotoa ei ole toistaiseksi onnistuttu kehittämään stimulanttiriippuvuuden hoitoon, vaikka tutkimusta aiheesta tehdään jatkuvasti (Tiihonen 2004, 1191). Tiihonen (2004) pohtii amfetamiiniriippuvuuden oraalisen korvaushoidon mahdollisuutta esimerkiksi amfetamiinilla tai metyyliifenidaatilla, jossa suonensisäinen käyttö voitaisiin korvata valvotulla oraalisella käytöllä ja näin vähentää rikollisuutta ja infektioiden leviämistä.

(Tiihonen 2004, 1192.) Tuoreen suomalaisen tutkimuksen mukaan, metyyliifenidaatti on osoittautunut olevan tehokas hoitomuoto vähentämään suonensisäistä huumeen käyttöä vakavasta amfetamiiniriippuvuudesta kärsivillä (Tiihonen ym. 2007, 162). Vaikka amfetamiiniriippuvuuden lääkehoito on vielä kehittyasteella, sen käyttäjät hakeutuvat silti hoitoon lähes samassa määrin kuin opiaattiriippuvaiset.

Metadonin tai buprenorfiinin kaltaisilla lääkkeillä annettavan korvaushoidon arvosta on nykyään vankkaa näyttöä. Tutkimuksissa on osoitettu, että korvaushoito vähentää laittomien huumeiden käyttöä, injektioikäyttöä sekä hiv:n ja muiden tartuntatautien leviämisen riskiä lisäävää käyttäytymistä, kuten välineiden jakamista. Sen on osoitettu myös parantavan sosiaalista toimintakykyä ja yleistä terveydentilaa. Tutkimustulokset viittaavat myös rikollisen toiminnan mahdolliseen vähenemiseen ja siihen, että riittävän korvaushoidon tarjoaminen vähentää huumekuolemien määrää. Hoidon onnistuminen edellyttää sen varhaista aloittamista, sen riittävän pitkää kestoa ja yhtäjaksoisuutta sekä lääkkeiden oikeaa annostelua. (EMCDDA 2006, 72.)

Huumehoito voi käytännössä olla lääkkeetöntä vieroitushoitoa tai lääkkeillä avustettua hoitoa, jossa kesto ja päämäärä vaihtelevat potilaskohtaisesti. Vieroitushoito on siinä mielessä tehottomampi, että hoitoon on vaikea kiinnittyä ilman lääkekorvaushoitoa (Hermanson 2001). Opioidiriippuvaisten hoidoista puhuttaessa, puhutaan pääsääntöisesti lääkitykseltään ja päämääriltään seuraavanlaisista hoidoista. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (289/2002) opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta erällä lääkkeillä määrittelee pykälässä 2 opioidiriippuvuuden ja lääkkeelliset hoidot seuraavasti:

1) *opioidiriippuvuudella* ICD-10 – tautiluokituksen F11.2x diagnostisten kriteerien täyttymistä;

2) *vieroitushoidolla* enintään kuukauden kestävää opioidiriippuvaisen päiheteettömyyteen tähtäävää hoitoa käyttäen apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita;

3) *korvaushoidolla* opioidiriippuvaisen kuntouttavaa, päiheteettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden; sekä

4) *ylläpito-hoidolla* opioidiriippuvaisen kuntouttavaa hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden ja jonka painopisteenä on haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen.

Korvaushoidossa lääke korvaa huumeen, mutta toisin kuin ylläpito-hoidossa, korvaushoidon tavoitteena on joskus irrottautuminen myös korvaavasta lääkkeestä. Huumehoitoja on pyritty vuosien varrella kehittämään matalakynnyksisemmiksi, vaikka todellinen matalan kynnyksen korvaushoito on vielä suunnitteluasteella. Käypä hoito-suosituksen mukaan opioidinkäyttäjän hoidossa tehokas tapa estää vieroitusoireet on antaa potilaalle 12–24 tunnin kuluessa viimeisestä huumeannoksesta buprenorfiinia tai metadonia. Lisäksi todetaan, että opioidiriippuvuuden korvaushoito on huomattavasti tehokkaampi kuin pitkä, kolmesta viikosta neljään kuukauteen kestävä psykososiaalisella hoidolla täydennetty vieroitushoito.

Metadonilla ja buprenorfiinilla saadaan vastaavilla annoksilla yhtä hyvä tulos. Intensiivinenkin lääkkeetön psykososiaalinen hoito ei paranna opioidien väärinkäytön eikä opioidiriippuvuuden hoidon tulosta. (Käypä hoito. Huumeongelman hoito.) Opiiaattiriippuvaisen korvaushoidossa arvioitiin vuonna 2004 olleen noin 700–750 henkilöä, joista valtaosan hoidossa käytettiin buprenorfiinia. (Virtanen 2006.) Vuoden 2005 lopulla korvaus- ja ylläpito-hoidossa arveltiin

olleen jo noin 800–900 asiakasta (Huumausainepolitiikan kertomus 2005. STM 2006)

Päiheteiden sekakäyttö on haaste terveydenhuollolle sekä huumeiden seurantajärjestelmille, jotka perustuvat yleensä yksittäisen huumeen käyttöä koskeviin käyttäytymismittareihin (EMCDDA 2006, 14). Oikeanlaisen hoidon löytäminen ja riskikäyttäytymiseen vaikuttaminen vaativat sekakäyttäjän kohdalla aivan erityistä panostusta, tietoa ja taitoa. Vuonna 2005 sekä 2006 kahdella kolmesta huume-hoidon asiakkaasta oli ainakin kolme ongelmapäihdettä (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2005, 3; Päihdehuollon...2006, 3.). Partasen ym. (2006) tutkimuksen mukaan, sekakäyttö on ruiskuhuumeidenkäyttäjien keskuudessa hyvin yleistä. Pistettävät aineet ovat pääosin buprenorfiinia, amfetamiinia tai heroiniä.

Tutkimuksen mukaan neljä viidestä pääasiassa buprenorfiinin tai heroinin käyttäjästä käyttää aika ajoin myös amfetamiinia. Riippuvuus useammasta päihteestä samanaikaisesti on sekakäytössä tavallista, jossa esimerkiksi opiaattien käyttäjä on myös riippuvainen rauhoittavista lääkkeistä. (Seppälä 2003; Partanen ym. 2006, 22–27.) Sekakäyttö lisää merkittävästi yliannostusriskiä. Buprenorfiinin käytön yhteydessä on raportoitu kuolemantapauksia, mutta tällöin kyseessä on poikkeuksetta ollut aineen väärinkäyttö, kuten sen suonensisäinen annostelu, sekakäyttö muiden lääkkeiden, huumeiden tai alkoholin kanssa. (Suominen & Saarijärvi 2003, 4149.)

Riski-tutkimukseen osallistuneista puolen vuoden aikana alkoholia oli käyttänyt alkuhaastattelussa 75 prosenttia ja puolentoista vuoden seurannan jälkeen 81 prosenttia, ja bentsodiatsepiinien osalta luvut olivat 73 % ja 45 % (Partanen ym. 2006, 38).

1.4. Ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvät terveyshaitat

Suonensisäinen huumeen käyttö on käyttötavan kannalta vaarallisin huumeiden käyttömuoto, sillä pistämällä tapahtuva käyttö lisää merkittävästi bakteri- ja virustartuntojen riskiä, sekä altistaa suoni- ja kudosaivaurioille. Ruiskuhuumeiden käyttöön liittyy myös riskejä yliannostuksesta, vakavista paikallisista ja systeemisistä infektioista, kuten kroonisista veritetitse tarttuvista virustaudeista ja verenmyrkytyksestä sekä verisuonitukoksista (EMCDDA 2006, 12). Huumeiden käyttö itsessään aiheuttaa monille vakavia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia, siihen liittyy usein mielenterveysongelmia ja se luo itsessään vakavan terveysriskin.

Ruiskuhuumeiden käyttö lisää merkittävästi suoni- ja kudosaivurioiden mahdollisuutta. Esimerkiksi oraalisesti otettaviksi tarkoitettujen korvaushoitolääkkeiden tai muiden lääkkeiden suonensisäinen käyttö on vaarallista lääkkeitä suoniin jäävien sidosaineiden vuoksi. Ruiskuhuumeiden käyttäjille suositellaankin yleisesti aineen huolellista murskaamista sekä suodattimen käyttöä, jolloin injektoitavan aineen vetäminen suodattimen läpi poistaa suuren osan epäpuhtauksista ja tablettien sidosaineista. Suonensisäisesti käytettynä terveydellisiä riskejä lisäävät myös käytettyjen huumeiden puhtaus ja laatu.

Toisinaan huomattavatkin vaihtelut esimerkiksi heroiinin laadussa ja vahvuudessa altistavat käyttäjän yliannostusriskille ja uudet huumeet, kuten viime aikoina suositaan lisänneet ”gamma” ja ”lakka” voivat pieninä annoksina ja muiden päihteiden kanssa yhdessä käytettynä aiheuttaa myrkytyksiä. Huume-erä saattaa myös itsessään olla saastunutta esimerkiksi sen kuljetusmenetelmästä johtuen. Ruumiinonteloihin kätkeminen saattaa johtaa erän monenlaiseen mikrobisaastumiseen.

Infektioiden riskejä sisältyy käyttötapaan, jossa huono injektiohygieniä ja verikontaktit

altistavat huumeiden käyttäjän bakteri- ja virusinfektioille. Tyypillisin riskitilanne on injektiovälineiden ja muiden huumeannoksen valmistamiseen tarvittavien tarvikkeiden yhteiskäyttö, jossa käytetään muiden jo aikaisemmin käyttämiä välineitä ja tarvikkeita tai annetaan omat käytetyt välineet muiden käyttöön. Ruiskuhuumeiden käytössä tulehduksille altistavia tekijöitä ovat likaiset tai käytetyt välineet, huono hygienia kuten puhdistamaton iho ja epäpuhtas huume.

Ristola (2003) luettelee huumeiden käyttäjien infektioiden esiintymiseen vaikuttavia tekijöitä, joita ovat muun muassa veren välityksellä tapahtuville tartunnoille altistava käyttäytyminen, huumeiden käyttö pistoksina, pistosvälineiden jakaminen muiden käyttäjien kanssa, pistettävien aineiden valmistus- ja käyttötapa, pistoksien aiheuttama kudostuho, seksuaalinen riskikäyttäytyminen, prostituutio huumeiden hankkimiseksi, päihtymyksen vaikutus seksuaaliseen käyttäytymiseen, sosiaalinen tilanne, ahtaat asuinolosuhteet ja asunnottomuus (Ristola 2003, 570).

Huumeiden valmistaminen pistoksina tapahtuu usein epästeriilisti ja pistettäviin liuoksiin päätyy bakteereita. Huumeiden epästeriili valmistaminen altistaa bakteerien pääsulle verenkiertoon ja seurauksena voi olla verenmyrkytys, sepsis. Kun pistoshuumeita on käytetty vuosia, raajojen laskimot ovat usein arpeutuneet, mikä suosii pistospaikkojen infektioiden kehittymistä. Bakteeri-infektiot voivat kehittyä joko paikallisina infektioina tai levitä veren välityksellä muualle elimistöön, joista tavallisin on sydämen sisäkalvon tulehdus, endokardiitti. (Ristola 2003, 570-1; Ristola 2004, 56.)

Suonensisäiseen käyttöön liittyy aina terveysriski ja yhteiskäyttöön mahdollinen verikontakti ja tartuntariski, joita voidaan kuitenkin vähentää käyttämällä aina omia puhtaita neuloja, ruiskuja ja muita käyttövälineitä sekä tekemällä pistostilanteesta mahdollisimman hygieeninen. Ristolán (2004) mukaan infektioalttiuden kannalta pistoskäytön lopettaminen poistaa osan

infektio-ongelmista, kuten pistospaikkojen bakteeri-infektiot. Kroonisista virusinfektioista hiv ja hepatiitti B leviävät kuitenkin myös seksiteitse, joten niiden ehkäiseminen on otettava huomioon vaikka huumeiden käyttö lakkaisikin. Usein huumeiden käytön lopettaminen ei ole realistinen tavoite, mutta henkilö voi silti olla halukas suojaamaan itseään ja muita tartunnoilta (Ristola 2004, 57).

1.5. Veriteitse tarttuvat infektioaudit

Ruiskuhuumeiden käytön vakavimpia terveysvaikutuksia ovat hiv:n ja muiden veriteitse tarttuvien tautien, erityisesti B- ja C-hepatiitin yleistyminen väestössä. Ruiskuhuumeiden käyttäjät ovat tartuntariskissä sekä itse injektioikäytymisen että seksivälitteisten tartuntojen osalta. Myös A-hepatiittiriski on osoittautunut liittyvän aiempaa selvemmin ruiskuhuumeiden käyttöön.

Kun tarkastellaan huumeita pistämällä käyttävien keskuudessa veriteitse leviäviin tartuntatauteihin liittyvää riskikäyttäytymistä, ollaan yleensä kiinnostuneita huumeiden pistämistilanteeseen liittyvästä käyttötilanteesta, pistämisessä käytettävien välineiden yhteiskäytöstä ja kondomin käytöstä seksitilanteissa. (Partanen ym. 2006, 10). Verrattuna muihin tartuntatapoihin, veriteitse tarttuvien tautien leviäminen ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa voi olla hyvinkin nopeaa, sillä käyttötapa altistaa suoralle verikontaktille. Hiv:n tartuttavuus on erityisen suuri kahtena ensimmäisenä kuukautena tartunnan saamisen jälkeen infektion alkuvaiheen suuren virusmäärän vuoksi. Suonensisäisesti huumeita käyttävillä muutama yhteiskäyttötilanne voi laukaista nopean lumipalloejektin.

Mikäli välineiden yhteiskäyttöä esiintyy sellaisten ihmisten kanssa joilla on esimerkiksi hiv- tai hepatiitti C-tartunta, yksi henkilö voi kerralla tartuttaa monta muuta henkilöä ja he voivat tartuttaa pienessä ajassa edelleen suuren

joukon muita, jolloin myös seksitartuntojen mahdollisuus kasvaa. Ilman nopeasti käynnistettyä ja laajaa taruntariskeiltä ehkäisevää toimintaa ruiskuhuumeiden käyttäjien hiv-epidemia voi laajentua vain muutamassa vuodessa kattamaan jopa puolet riskiryhmästä, kuten esimerkiksi Virossa on tapahtunut (Salminen 2007).

EMCDDA:n mukaan huumeiden injektioikäytön vähentämisestä ja puhtaiden injektiovälineiden jakamisesta on tullut kansanterveystoimien ensisijainen tavoite tällä alalla. Tutkimuksissa on ilmennyt, että huumeiden käytön ja riskialttiin seksuaalisen toiminnan välillä on yhteys, joten on entistä tärkeämpää kytkeä toisiinsa huumeiden käyttöön liittyvä toimet ja sukupuoliterveyttä koskevat kansanterveysstrategiat. (EMCDDA 2006, 75.) Suomen kansallinen hiv/Aids-strategia vuosille 2008- 2012 korostaakin puhtaiden injektiovälineiden hyvän saatavuuden turvaamista jatkossakin, sekä sukupuoliterveyden vahvemmin mukaan ottamista näissä toimissa (Kansallinen hiv/Aids-strategia 2008–2012).

1.5.1. HIV

Hiv:n esiintyvyys ja tartuntariski eräissä ryhmissä, kuten MSM miesten välistä seksiä harrastavilla (MSM⁴) ja ruiskuhuumeiden käyttäjillä on korkeampi kuin väestössä keskimäärin. Lähialueisiin verraten, hiv:n esiintyvyys on kuitenkin Suomessa pysynyt alhaisena. Esimerkiksi Virossa hiv:n esiintyvyyden ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa arvellaan olevan alueittain jopa 54,3–90 prosenttia. Viron hiv-epidemian piikki oli vuonna 2001, jolloin väestötasolla hiv-tartuntoja todettiin lähes 1500 kappaletta. (EMCDDA 2006.) Venäjällä ja Baltian maissa suurin osa hiv-tartunnoista on suonensisäisen huumeiden käytön kautta saatuja ja tartunnan saaneet ovat pääasiassa alle 30-vuotiaita. Lähialueiden hiv-tartuntojen määrä muodostaa luonnollisesti leviämiseriskin Suomeen, vaikka viitteitä lähialueilta Suomeen levinneistä

⁴ Men who have sex with men.

ruiskuhuumevälitteisistä tartunnoista on saatu vain vähän.

Suomessa hiv-tartunnat ruiskuhuumeiden käyttäjillä olivat hyvin harvinaisia ennen vuotta 1998, jolloin käyttäjien keskuudessa puhkesi pääkaupunkiseudulla epidemia. Epidemia käynnisti Suomessa tarpeen vahvistaa käyttäjille suunnattuja ehkäisypalveluita. Tätä kautta kehittyi nykyinen terveysneuvontamalli.

1.5.2. Hepatiitti B

Hepatiitti B on ainoa veri- ja seksiteitse tarttuva tauti johon on olemassa tehokas rokote (Duodecim, terveyskirjasto). Tartuntaa vastaan voidaan suojautua myös kondomin käytöllä ja riskikäyttäytymisen vähentämisellä. Hepatiitti B-virus (HBV) aiheuttaa maksatulehduksen, joka usein johtaa krooniseen tautiin, mikä puolestaan lisää merkittävästi maksasyövän vaaraa myöhemmällä iällä. HBV tarttuu yleisimmin veren välityksellä. Muita teitä ovat tarttuminen seksiteitse sekä äidistä syntyvään lapseen. (Leinikki 2003a.)

Tartuntatautirekisteristä on huomattavissa, että ruiskuhuumeiden käyttöön liittyväksi ilmoitetut akuutit hepatiitti B-tapaukset ovat laskeneet viime vuosina noin sadasta tapauksesta noin kahteenkymmeneen vuotuisen tapaukseen. B-hepatiittirokotus on tehokas tapa estää leviämistä ja rokotusten anto onnistuukin parhaiten ruiskuhuumeidenkäyttäjille suunnattujen erikoispalveluiden yhteydessä. (Ristola 2003). Vuonna 1998 rokotussuosituksia muutettiin niin, että ruiskuhuumeiden käyttäjiä voitiin tehokkaasti alkaa rokottaa ja terveysneuvontapisteet ovat osoittautuneet oivaksi väyläksi tavoittaa riskiryhmää. Huumeiden pitkäaikaiskäyttäjistä noin puolet arvellaan olevan rokotettuja hepatiitti B-tartuntaa vastaan ja ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa saavutettu rokotuskattavuus on erinomainen. (Leino 2006.)

Tartuntatautirekisteriin tehtyjen ilmoitusten perusteella Suomessa on viimeisen kymmenen vuoden aikana esiintynyt vuosittain 200–400 uutta hepatiitti B-tartuntaa. Paikallisissa epidemioissa tartunnan saaneet ovat usein olleet nuoria huumeidenkäyttäjiä ja heidän seksikumppaneitaan. Huumeiden pitkäaikaisten ongelmakäyttäjien keskuudessa HBV-tartuntoja on 20–30 prosentilla. (Leinikki 2003a 186; Ristola 2003, 572). Nykyään ruiskuhuumeiden käyttö on hepatiitti B:n merkittävin epidemiologinen riskitekijä, joskin seksiteitse saatujen tartuntojen osuus on ilmeisesti lisääntymässä. Suomalaisista ruiskuhuumeiden käyttäjistä yli puolet on saanut hepatiitti B-tartunnan elämänsä jossain vaiheessa. (Leinikki 2003a, 186–187.) B-hepatiittivirus aiheuttaa usein selvän akuutin maksatulehduksen, minkä takia huumeiden käyttäjien B-hepatiittiepidemiat ovat helposti tunnistettavissa (Ristola 2003, 572). Taudin akuuttia muotoa ei rutiininomaisesti hoideta viruslääkkeillä. Kroonistuva tautimuoto on merkittävä kroonisen maksavaurion riskitekijä, mutta läheskään kaikki kroonista tartuntaa kantavat eivät saa siitä mitään oireita. (Leinikki 2003a, 187–188.)

1.5.3. Hepatiitti C

Hepatiitti C-virus (HCV) aiheuttaa useimmiten vähäoireisen ohimenevän maksatulehduksen. Se tarttuu herkästi veren välityksellä, esimerkiksi veristen injektioneulojen – ja ruiskujen käytön yhteydessä ja tartuntaan riittää ilmeisesti hyvin pieni annos virusta. (Leinikki 2003a, 191.) Näin ollen merkittävä tartunnan riski on olemassa esimerkiksi yhteisesti käytettävien huumeiden liuotusastioiden kautta, joiden yhteiskäyttö on jokseenkin yleistä (WHO 2004; Ristola 2003, 572). Suomessa hepatiitti C-tartunnat ovatkin pääasiassa seurausta ruiskuhuumeiden käytöstä. Neulojen ja ruiskujen yhteiskäyttö aiheuttaa korkean tartuntariskin, kun taas seksitartunnat ovat jokseenkin harvinaisia. (Leinikki 2003a, 191, 194.)

Vuodesta 1995 lähtien tartuntatautirekisteriin on ilmoitettu vuosittain 1300–1900 hepatiitti

C-tapausta. Näistä osa on aiemmin saatuja tartuntoja, jotka paljastuvat vasta nyt. Hepatiitti C-virus löydettiin vasta 1990-luvun alussa joten taudin aiemmasta esiintyvyydestä ei ole varmaa tietoa ja siksi tartuntojen seuranta alkaa Suomessa vasta vuodesta 1995. (Vrt. Leinikki 2003a, 191.)

Suomessa kaikista ruiskuhuumeidenkäyttäjistä noin 50 prosentilla on HCV-vasta-aineita ja pitkäaikaisista käyttäjistä 70–80 prosenttia on viruksen kantajia. Tauti on 75 prosentilla vähäoireinen ja se havaitaan usein sattumalta laboratorikokeissa tai rutiinitutkimusten yhteydessä. (Leinikki 2003a, 191–192.) Vähäoireisuudesta huolimatta jopa noin 80 prosenttia C-hepatiittitartunnan saaneista jää sen kantajiksi ja levittää siten tautia (Ristola 2003). Prospektiivisessa Riski-tutkimuksessa Hepatiitti C-positiivisten osuus kasvoi seuranta-aikana siinä määrin, että alun perin hepatiitti C-negatiivisista 47 prosenttia tuli hepatiitti C-positiivisiksi 1,5 vuoden seurannan aikana. (Partanen ym. 2006, 31, 50).

Kroonisessa HCV infektiossa maksan vaurioitumisen riski kasvaa ajan myötä. Hepatiitti C-infektioon on kuitenkin viimeisten vuosien aikana kehitetty entistä tehokkaampia interferoni- ja antiviraalilääkehoitoja. Hoidon vaikutuksesta maksan vauriot vähenevät ja maksatuhon eteneminen hidastuu, ja merkittävällä osalla taudin eteneminen saattaa jopa pysähtyä kokonaan. Merkittävällä osalla hoidetuista tapauksista (30-50%) Hepatiitti C-virus näyttää myös kokonaan häviävän elimistöstä, joskaan hyvin matalan tason infektion mahdollisuutta ei voida kokonaan poissulkea. Tämä tarkoittaa että esim. tartuttavuuden häviämistä ei voida täysin varmasti todentaa. Vasta pitkäaikaiset seurannat tulevat varmasti osoittamaan kuinka suurella osalla tartunnan saaneista virus on todella pystytty hävittämään elimistöstä kokonaan eli kokonaan parantamaan. Osalla nykyisten tehokkaiden hoitojen läpikäyneistä potilaista tilanne kuitenkin palaa ennalleen hoidon lopettamisen jälkeen. Näille potilaille annetaan

oireenmukainen hoito, johon saattaa jossain vaiheessa kuulua myös maksansiirto. (Leinikki 2003a, 191–192, 194.)

Vaikkakin varsin tehokasta, C-hepatiitin lääkehoito on kallista, monimutkaista ja mahdollisia sivuvaikutuksia aiheuttavaa, jonka takia potilaan hoitomotivaation on oltava hyvä (Ristola 1999, 227). Hoidettu C-hepatiitti ei myöskään estä uuden tartunnan saamista. Hepatiitti C-viruksen jo aiemmin saanut saattaa sairastua uuteen hepatiitti C-infektioon, sillä hepatiitti C-viruksella on useita eri alatyyppejä, jotka kukin voivat aiheuttaa uuden infektion (Partanen ym.2006, 62). Itse huumeen käyttö ei sinänsä estä hoitoa, mutta jatkuva huumeidenkäyttö tarkoittaa useasti jatkuvaa altistusta uusille tartunnoille, jonka vuoksi suomalaiset lääkehoitomallit ovat edellyttäneet päihteettömyyttä (Ristola 1999, 227). Ennen hoitoon ryhtymistä vaaditaan kaikilta entisiltä päihteiden väärinkäyttäjiltä yleensä vähintään vuoden näyttö raitistumisesta koskien kaikkia huumeita ja alkoholia. (Karvonen 2003.)

HCV primääriprevention tärkein tavoite on uusien tartuntojen estäminen. Keinoja tähän ovat valistus ja neuvonta, puhtaiden injektiovälineiden saannin turvaaminen sekä yleinen riskikäyttäytymisen vähentäminen. Sekundaariprevention onnistumisen kannalta on tärkeää löytää tartunnan kantajat ja estää tartunnan leviäminen heidän kauttaan. Liittämällä HCV-tutkimus huumeidenkäyttäjille kohdistettuihin tukitoimenpiteisiin voidaan edistää taudin sekundaaripreventiota, eli tartuntojen löytämistä ja muiden suojaamista. (Leinikki 2003a, 191, 194.)

Sekundaariprevention oleellisena osana HCV-taudissa on myöhäiskomplikaatioiden estäminen ja tähän voidaan vaikuttaa esimerkiksi valistamalla alkoholinkäytön aiheuttamasta vaarasta. (Leinikki 2003a 193.) C-hepatiittivirus on levinnyt huumeiden käyttäjien keskuuteen varsin yleisesti ja suuri osa suomalaisista huumeidenkäyttäjistä nauttii myös runsaasti alkoholia. Tästä syystä

terveysneuvonnassa tulee tuoda esiin myös alkoholista pidättäytymisen merkitys. (Ristola 2003, 572.) Alkoholin käyttö suurentaa maksakirroosin kehittymisen mahdollisuutta varsin merkittävästi. Myös hiv lisää maksataudin riskiä.⁵ (Leinikki 2003a, 194.) Terveysneuvontatoiminnassa keskitytään tartuntariskin vähentämiseen, tartuntojen löytämiseen ja tartunnan saaneiden hoitoon ohjaamiseen.

Ruiskuhuumeiden käyttäjille suunnatuissa terveysneuvontapisteissä tehdään HCV-vastainetestejä tai kirjoitetaan läheteitä testeihin. (Leinikki 2003a, 191, 194.) Suomessa HCV-tartunnan kantajista valtaosa on alle 30-vuotiaita. Arvioidaan, että HCV on viimeistään parinkymmenen vuoden päästä merkittävä rasite terveydenhuollolle. On arvioitu, että vuoden 2020 tienoilla Suomessa hoidetaan vuosittain useita satoja henkilöitä lääkehoidolla, vakavia maksasairauksia todetaan 100–300 henkilöllä ja HCV on syynä 30–50 ylimääräiseen kuolemantapaukseen vuosittain. (Leinikki 2003a, 192.)

Jo Suomen ensimmäisen terveysneuvontakokeilun loppuraportissa vuodelta 1998 Ovaska ym. toteavat, että terveysneuvonnassa pyrittiin korostamaan hepatiitti C:n leviämisen ennaltaehkäisyä ja että hepatiitti C oli tuolloin yleisin suonensisäisillä huumeiden käyttäjillä todettu tartuntatauti (Ovaska 1998, 32). Vaikka tartunnat ovat huippuvuosista vähentyneet, hepatiitti C on edelleen yleisin tartunta ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa ja sen leviämisen ehkäisy on yksi oleellisimmista terveysneuvonnan tavoitteista.

1.5.4. Hepatiitti A

Yleensä ruiskuhuumeidenkäyttäjien hepatiittiriskeihin on luettu lähinnä B- ja C-hepatiitit, jotka etiologialtaan ovat selkeästi veritartuntariskiin liittyviä. Viimeisten 10 vuoden aikana on kuitenkin havaittu että samalla kohderyhmällä myös A-hepatiitin riski

on kohonnut ja useita Hepatiitti A-epidemioita on kuvattu. A-hepatiitti on aiemmin ajateltu tarttuvan pääosin fekaali-oraali reittiä, lähinnä saastuneiden elintarvikkeiden, veden tai puutteellisen käsi- ja käymälähygienian kautta syntyvän henkilökontaktin kautta.

Ruiskuhuumeidenkäyttäjien kohdalla epidemianselvitys on viitannut sekä edellämäinnittuihin tartuntatapoihin, erityisesti hygienian ongelmiin, mutta muutamassa tapauksessa on myös saatu viitteitä huumeränsä ulosteperäisen saastumisen kautta tapahtuneeseen epidemian syntyyn. Lisäksi taudin etiologian tarkempi selvittäminen on paljastanut että virusta esiintyy erityisesti akuutissa vaiheessa myös vireemisenä verenkierrossa. Tämä saattaa ruiskuhuumeiden käyttäjillä johtaa veriteitse tapahtuvaan, epätyypilliseen tartuntatapaan.

Helsingin alueella amfetamiinin käyttäjien keskuudessa vuosina 1994–1995 havaittu laaja A-hepatiitti-epidemia antoi viitteitä siitä, että virus oli peräisin huumeen kuljetuksen yhteydessä tapahtuneesta ulostekosketuksesta (Leino ym. 1997). A-hepatiitti-epidemioita esiintyi käyttäjillä myöhemmin 2000-luvulla myös pääkaupunkiseudulla. Tämän jälkeen epidemioita on ehkäisty rokottamalla. Suomessa Hepatiitti A otettiin ruiskuhuumeiden käyttäjillä osaksi yleistä rokotusohjelmaa vuonna 2004.

1.6. Haittojen vähentäminen ja matalan kynnyksen periaate

1.6.1. Haittojen vähentämisestä

Haittojen vähentämisen tai haittojen minimoinnin käsite kuuluu olennaisesti terveysneuvontatoimintaan ja sen voidaan katsoa olevan toimintaa sekä työtä ohjaava aatteellinen perusta. Haittojen vähentäminen on joukko toimenpiteitä joilla pyritään vähentämään yksilön toiminnasta ja tietynlaisesta käyttäytymisestä johtuvia terveydellisesti-, sosiaalisesti – ja taloudellisesti haitallisia seurauksia. Haittojen vähentämisen kohteena on terveydelle

⁵ Aihetta yksityiskohtaisesti esimerkiksi Leinikki, P. (2003) Virushepatiitit. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim.

haitallinen riskikäyttäytyminen, joka voi ilmetä esimerkiksi huumeiden-, alkoholin- tai tupakan käyttötavoissa. Samaan kategoriaan voidaan katsoa kuuluvan seksikäyttäytymiseen liittyvät riskit, so. puutteellinen turvaseksi. Puhuttaessa huumeiden käyttöön liittyvien haittojen vähentämisestä, ajatuksen kärki osuu tavallisimmin huumeiden vaarallisimpaan käyttömuotoon, suonensisäiseen käyttöön.

WHO:n (2005) mukaan terveydenhuollossa haittojen vähentäminen ymmärretään tavoitteena ehkäistä ja vähentää tietynlaisen käyttäytymisen aiheuttamia terveyshaittoja. Suonensisäisesti käytettyjen huumeiden yhteydessä haittojen vähentämiseen tähtäävillä toimilla pyritään ehkäisemään hiv:tä ja muita tartuntatauteja, jotka tarttuvat likaisten pistojen ja valmistusvälineiden avulla. (WHO 2005.) Huumehaittojen vähentämiseen tähtäävät käytännön toimenpiteet ovat kiistellympiä kuin esimerkiksi alkoholin tai tupakan riskeihin liittyvät interventiot joiden hyväksyttävyyden huomattavasti parempaa ja joita käytetään yleisesti (Vrt. Mäkelä 1999, 194). Huumehaittojen vähentämisellä tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla vähennetään huumeiden käytöstä aiheutuvia haittoja silloin, kun käytöstä luopuminen ei ole mahdollista. Varhaisvaiheessa se voi tarkoittaa neuvontaa, jolla ehkäistään satunnaiskäytön muuttumista ongelmakäytöksi, tai annetaan tietoa haittoja vähentävistä käyttötavoista. Myöhäisvaiheessa järjestetään esimerkiksi lääkkeellistä korvaushoitoa tai käytettyjen injektiovälineiden vaihtoa puhtaisiin. (Mäkelä 1999, 194.)

Perinteisistä malleista poikkeava huumeiden käyttöön puuttuminen nostattaa tunteita siksi että huumeiden käyttö on yhteiskunnallisesti tabu ja koska huumeiden käyttö on laitonta ja rikolliseksi toiminnaksi määriteltyä. Yhteiskunnan tasolla huumeiden käyttöä on totuttu pitämään epänormaalina käytöksenä, joka on osaltaan saattanut vaikuttaa siihen että huumeiden käyttäjä on monesti pyritty pitämään ulkopuolisena ja marginaalissa, mahdollisesti tällä tavoin vahvistaen yhteiskunnan taholta tulevaa syrjäyttämistä ja

sosiaalisia ongelmia. (Vrt. Tammi & Hurme 2006.) Huumeiden käyttäjä ei välttämättä uskalla puhua päihdeongelmastaan esimerkiksi perusterveydenhuollossa, eikä siellä välttämättä ole resursseja tai taitoa ohjata ja auttaa huumeriippuvaista asiakasta.

Haittojen vähentämisen politiikka on levinnyt useisiin länsimaihin 1980-luvulta lähtien ja se voidaan yhä enemmän määrin nähdä vaihtoehtona perinteiselle, rikosoikeudellisiin keinoihin perustuvalla huumeepolitiikalle (Tammi & Hurme 2006, 113). Huolimatta haittojen vähentämisen kasvavasta painoarvosta huumeepolitiikan kentällä, sitä ei tarvitse pitää täysin vastakkaisena lähestymistapana rajoittavalle huumeepolitiikalle, vaikka niiden sisällöissä on ristiriitaisuuksia (Vrt. Mäkelä 1999, 193). Useimmiten käytännön huumeepolitiikan keinot ovat yhdistelmä haittojen vähentämistä ja kontrolliin perustuvaa lähestymistapaa (Sarvanti 1997, 201). Suomessa jokseenkin vastakkaiset huumeepoliittiset lähtökohdat toimivat nykyään rinta rinnan, mikä ei ole ainakaan toistaiseksi aiheuttanut suuria konflikteja.

Huumevapaata yhteiskuntaa korostava näkemys ei välttämättä tee eroa huumeiden ongelmatai satunnais- tai viihdekäyttäjien välillä, vaan kohdistaa saman kontrollin yhtä lailla kaikkiin. Haittojen vähentämisen politiikan kannattajat pitävät rikosoikeudelliseen kontrolliin perustuvaa huumeepolitiikkaa epäonnistuneena, sillä huumeiden käyttöä ei ole saatu vähenemään. Tämän lisäksi rankaiseva politiikka saattaa toimia itsessään huumeiden käyttäjää syrjäyttävänä voimana, jolloin heille annettavan tuen ja hoidon mahdollisuus vaikeutuu. (Tammi & Hurme 2006, 113.) Tammi ja Hurme (2006) tiivistävät haittojen vähentämisen pääteesit huumeista ja huumeiden käytöstä toteamalla, että huumeiden käyttö on normaalia nyky-yhteiskunnassa vääjäämättä ilmenevää toimintaa, minkä vuoksi käyttäjiä tulee kohdella oikeudenmukaisesti täysivaltaisina kansalaisina ja heidän mahdollisiin

ongelmiinsa tulee puuttua käytännöllisesti ja tieteellisen tiedon varassa. Vaikka haittojen vähentämisen politiikka korostaa yksilön vapauksia ja käyttäjien oikeuksia, sen taustalla ovat kansanterveydelliset ongelmat ja keskeisenä pyrkimyksenä näin ollen kansanterveyden parantaminen. (Tammi & Hurme 2006, 113, 118–119.)

Haittojen vähentämisen poliittinen ydinajatus on, että huumeongelmaa ei voida poistaa, mutta huumeisiin liittyviä haittoja voidaan säädellä eri keinoin. Tunnetuimpia haittojen vähentämisen käytännön sovelluksia ovat huumeiden käytön rangaistavuudesta luopuminen, ruiskujen – ja neulojen vaihtotoiminta ja turvallisten käyttötilojen järjestäminen suonensisäisten huumeiden käyttäjille sekä lääkkeellisten korvaushoitojen tarjoaminen opiaattien käyttäjille. (Emt.)

Haittojen vähentämisen käytännön sovellukset vaihtelevat maiden tai alueiden poliittisten linjavetojen mukaisesti. Huumeiden käyttöön liittyvät toimenpiteet voivat vaihdella neulojen - ja ruiskujen vaihto-ohjelmista ja usein kiistellyistä matalan kynnyksen korvaushoidoista laillisiin käyttöhuoneisiin, tiettyjen huumeiden laillistamiseen tai reseptillä saatavaan heroiniin. Periaatteessa huumehaittojen vähentäminen pitää sisällään terveysneuvonnan ja välineiden vaihdon lisäksi kenttätöön, vertaistöön, lääkkeelliset korvaushoidot ja muiden palveluiden joustavan saatavuuden. Lähtökohtana on vähentää huumeiden käytöstä koituvia haittoja, ei sinänsä ottaa kantaa huumeiden käytön laillisuuteen tai hyväksyttävyyteen. Tämän ajattelu- ja toimintamallin mukaan keneltäkään ei tulisi evätä palveluita tai hoitoa, vaikka heidän käyttäytymisensä olisi yhteiskunnan normistoa kyseenalaistavaa tai jopa laitonta.

Huumehaittojen vähentämisen ajatukselle perustuvista toimenpiteistä yleisin, tunnetuin ja ehkä siksi kiistellyin muoto ovat erilaiset ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmat. Vaihto-ohjelmien pääajatus on puhtaiden injektiovälineiden mahdollisimman hyvän

kattavuuden takaaminen, jotta suonensisäisesti huumeita käyttävät henkilöt eivät käyttäisi yhteisiä välineitä. Puhtaiden käyttövälineiden saatavuus ja kannustaminen niiden käyttöön on keskeinen osa hiv:n torjuntaa ja tulisi nähdä osana huumeiden kysyntää vähentäviä toimenpiteitä. Puhtaiden välineiden saatavuus vähentää hiv-tartunnan riskiä, eikä toimenpiteillä ole todettu olevan negatiivisia vaikutuksia. Hiv-tartuntojen kontrollointiin suunnatuissa toimenpiteissä tulisi puhtaiden välineiden lisäksi aina käyttää myös muita rinnakkaisia toimenpiteitä. (WHO 2004.)

WHO:n näkökulma konkreettisesta haittojen vähentämisestä edellyttää toimijoilta yhteisiä työmuotoja ja tavoitteita. Yhteistyö edellyttää, että kaikki tahot hyväksyvät haittojen vähentämiseen ja suonensisäisten huumeiden käyttäjien ja muiden huumeongelmasta kärsivien auttamiseen perustuvan politiikan. Päämääränä on suojautua ja pyrkiä välttämään huumeiden käytön ja liikaisten välineiden yhteiskäytön aiheuttamilta terveysriskeiltä ja erityisesti vakavilta tartunnoilta. Tämän ajattelu- ja toimintamallin kautta parannetaan sekä käyttäjien, että heidän yhteisönsä terveyttä ja sosiaalista asemaa. Tästä seuraava kansanterveydellinen hyöty on merkittävää myös muulle väestölle. (WHO 2005.)

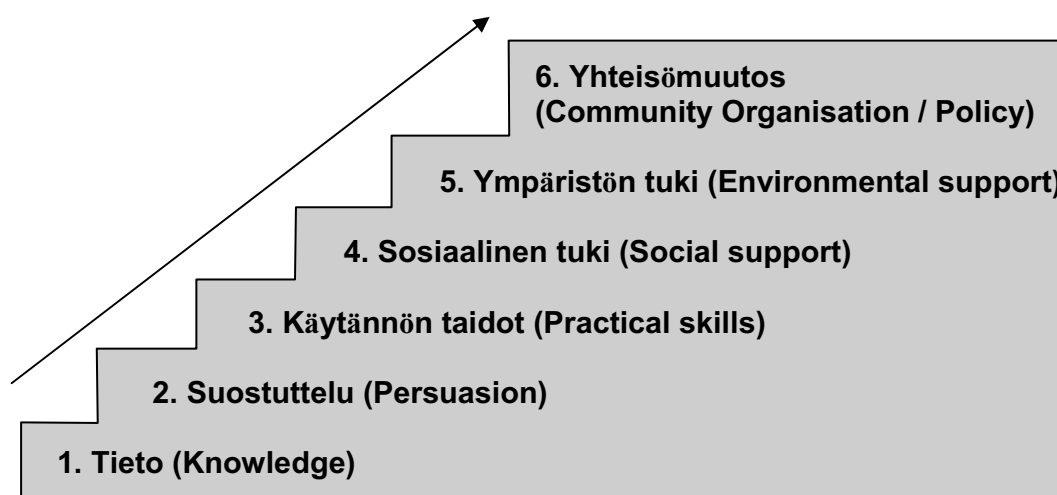
Haittojen vähentämisen malli kannattaa puhtaiden ja ennen kaikkea ilmaisten injektiovälineiden jakoa ja parhaimmassa tapauksessa toimivaa vaihtoa. Myös ylläpitohoito ja korvaushoito kuuluvat haittojen vähentämisen toimintakenttään, sillä niissä pyritään vähentämään tartuntariskiä puhtaiden huumeiden kautta määräämällä puhdasta ja kliinisesti testattua ruiskutettavaa huumetta ja tarjoamalla mahdollisuus huumeiden käyttöön muuten kuin pistämällä. (Esim. Käll 1996, 207.)

1.6.2. matalan kynnyksen terveyden edistämiseen

Kun Suomessa 1990-luvulla pohdittiin mahdollisuutta soveltaa haittojen vähentämisen mallia tartuntatautien

ehkäisemiseksi ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa, valittiin tietoisesti toimintalinja joka sisällöllisesti korostaa käyttäjille suunnattua terveysneuvontaa sekä palvelujen tarjoamista matalalla kynnyksellä. Matalalla kynnyksellä viitataan palveluiden saatavuuteen ja niiden lähestyttävyyteen. Terveysneuvontatoiminnassa matala kynnyks tarkoittaa käytännössä sitä, että palvelut ovat asiakkailleen maksuttomia, ei-tuomitsevia, luottamuksellisia ja nimettömiä, niihin saa tulla ilman ajanvarausta ja asiointi sallitaan myös päihtyneenä. Matalan kynnyksen terveysneuvontapisteet pyrkivät palvelemaan niitäkin, joilla on porttikieltoja muihin palveluihin, eikä pysyviä porttikieltoja sovelleta.

Kuva 1. Terveiden edistämisen muutosportaat



Matalan kynnyksen terveysneuvontapalveluiden voidaan ajatella soveltavan McAlisterin & Puskan jo vuonna 1982 esittelemää terveysinterventio-vaikuttamisen portaikkomallia jossa askel askeleelta nousee terveyden hallinnassa yksilön kanssa tasolta toiselle ja lopussa päästään tavoiteltuun yhteisölliseen vaikutukseen.

Malli osoittaa miten tieto (tai sen puute) alkuun määrittelee onnistumisen edellytykset, mutta ei yksin riitä tavoitteen saavuttamiseen. Portaikossa kuvatut tarpeelliset välivaiheet on helppo tunnistaa myös Suomen mallin ruiskuhuumeidenkäyttäjien terveysneuvontatoiminnasta. Tärkeää olisi kuitenkin varmistaa

ensimmäisen kynnyksen tai portaan säilyminen mahdollisimman matalana asiakkaiden suuntaan, jotta käyttäjät tavoitetaan.

Terveysneuvontapisteessä asiakkaiden toivotaan noudattavan tiettyjä sääntöjä, jotta tila pysyy turvallisena ja viihtyisänä. Tiedyt rajat, kuten väkivallan kieltäminen ja aukioloajoista kiinni pitäminen luovat huumeiden käyttäjille myös selkeyttä ja vahvistavat tietynlaista käyttäytymistä. Matala kynnyks ei kuitenkaan tarkoita säännöttömyyttä, vaan terveysneuvontapisteet pyrkivät pitämään tilansa rauhallisina ja siisteinä, ja välttävät esimerkiksi rokotusten antamista erittäin päihtyneille henkilöille. Hoitoon hakeutumisen kynnyksistä pyritään pitämään mahdollisimman matalalla, sekä ehkäisemään

yliannostuskuolemia ja ennen kaikkea vakavien tartuntojen leviämistä. (Esim. Mönkkönen 2001, 19.) Matala kynnyks ei tarkoita helposti toteutettavaa toimintaa, vaan päinvastoin, matalan kynnyksen toiminnalta vaaditaan erityisen voimakasta panostusta ja erikoistunutta osaamista (Törmä ym. 2003, 105).

2. RUISKUHUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN TERVEYSNEUVONTA

Ensimmäinen suonensisäisesti huumeita käyttäville tarkoitettu terveysneuvontapiste avattiin Helsingissä huhtikuussa vuonna 1997. Hankkeen kehittäminen alkoi jo vuonna 1996, mutta sen kohtaaman vastustuksen vuoksi puolivuotinen kokeiluprojekti päästiin aloittamaan vasta seuraavana vuonna. Median silmätikuksi joutumisen lisäksi vastustusta tuli sekä sosiaalihuollon suunnalta, että poliisitoimesta. Myös terveydenhuolto suhtautui toimintaan kielteisesti, varsinkin kun toimintaa ehdotettiin normaalien terveyspalvelujen piirissä toteutettavaksi. Asenteet muuttuivat kuitenkin pian myönteisemmäksi, kun eri tahot pääsivät tekemään yhteistyötä ja tutustumaan toiminnan tavoitteisiin ja käytäntöön. (Mäkelä 1999.)

Suonensisäisesti huumeita käyttävien hiv-tartuntojen alkaessa lisääntyä vuonna 1998, terveysneuvontatoiminta tehosti tiedottamistaan asiakkaiden kautta ja sai lyhyessä ajassa paljon uusia asiakkaita hiv-testeihin ja palvelun piiriin. Terveysneuvontapisteen käynnistämisen tavoitteina olivat

- 1) aiempaa laajemman kontaktin saaminen ruiskuhuumeita käyttäviin ja hoitoon hakeutumisen kynnyksen madaltaminen;
- 2) asiakkaiden riskikäyttäytymisen vähentäminen infektioiden leviämisen ehkäisemiseksi sekä omassa ryhmässä että muussa väestössä;
- 3) tiedon saaminen ruiskuhuumeita käyttävien tilanteesta pääkaupunkiseudulla ja riskikäyttäytymisestä. (Ovaska ym.1998, 14; Partanen ym. 2006, 8.)

Terveysneuvonnan taustalla oli ennen kaikkea ennaltaehkäisevä työ ja sen kautta säästettävät terveydenhoitokustannukset. Asiakkaiden tavoittamisessa onnistuttiin erittäin hyvin, sillä

ensimmäisen toimintavuotensa aikana (4.4.1997–31.12.1997) terveysneuvontakokeilu tavoitti 508 asiakasta, asiakaskäyntejä rekisteröitiin 2157 kappaletta ja näillä käynneillä palautettiin yli 30 000 ruiskua (Ovaska ym. 1997, 17).

Terveysneuvontakokeilun myötä asiakkaiden riskikäyttäytyminen väheni siinä määrin, että käyttövälineiden yhteis- ja moninkertainen käyttö väheni, vaikkakaan seksikäyttäytymisessä ei ollut nähtävissä suuria muutoksia (Partanen, 1998). Ensimmäinen terveysneuvontapiste Vinkki toimi aluksi sosiaali- ja terveysministeriön määrärahalta, jonka jälkeen Helsingin kaupunki siirtyi vastaamaan sen rahoituksesta. (Vrt. Mäkelä 1999, 195.)

Terveysneuvontapisteidän alkuperäinen tavoite oli saada tietoa huumeiden käyttäjien keskuudessa leviävistä epidemioista ja ehkäistä terveydellisiä haittoja puhtaiden käyttövälineiden ja muiden tukipalveluiden avulla. Tavoitteena on koko ajan pysynyt uusien tartuntojen ehkäisy ja intervention suuntaaminen mahdollisimman varhaiseen vaiheeseen. Vuosien aikana toiminnan tavoitteet ovat laajentuneet ja alkaneet yhä enemmän seurata kansainvälisesti käyttöön otettuja toimintamuotoja.

Vuonna 2001 terveysneuvontapistees perustivat yhdessä Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin kanssa terveysneuvontapisteidän anturikeskusjärjestelmän, jonka tavoitteena oli yhdenmukaistaa ja parantaa terveysneuvontatyön dokumentointia ja tiedonkeruuta. Nykyään kaikki terveysneuvontapistees ilmoittavat vuosittain Stakesille ja Kansanterveyslaitokselle muun muassa vuosittaiset asiakasmäärät, asiakaskäynnit, vaihdetut ruiskut ja neulat, palautumisprosentit sekä annettujen rokotusten, läheteiden ja testien määrät. Nyt tiedonkeruuta on pyritty edelleen helpottamaan ja yhdenmukaistamaan kaikkien täyttämän internet-lomakkeen avulla.

Terveysneuvontapisteet pyrkivät toiminnallaan vaikuttamaan neulojen ja ruiskujen kiertoon ja käyttöiheyteen, sekä saamaan aikaan muutoksia asiakaskuntansa riskikäyttäytymisessä. Suomalaiset terveysneuvontapisteet tavoittivat 11 800 asiakasta vuonna 2005 ja käyntejä laskettiin kertyneen noin 80 000 (Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2005). Asioinnin perustuessa nimimerkkiin, sama henkilö voi asioida useassa eri pisteessä ja näin ollen nostaa tilastoitua asiakasmäärää. Anonyymiyden ongelma ja päällekkäiset asiakkuudet eivät kuitenkaan koske käyntimääriä, jotka kertovat sellaisenaan kuinka monta kertaa palveluita on käytetty. Vuonna 2005 huumeiden ongelmakäyttäjien määräksi arvioitiin noin 14 000-19 000 henkilöä (Partanen ym. 2007). Karkeasti arvioiden, vuonna 2005 terveysneuvontapisteet tavoittivat yli 70 prosenttia huumeiden ongelmakäyttäjistä.

Amundsen (2006b) toteaa, että toteutettu ruiskujen ja neulojenvaihto-ohjelma ei ole aina samanlainen ja yhtenäinen interventio, eikä sitä tulisi kirjallisuudessa käsitellä sillä tavoin. Vaihtelevuutta on ensinnäkin palveluissa: onko kyseessä vain puhtaiden välineiden jakaminen vai vaihto, kuuluuko valikoimaan koulutusta ja tiedon antoa, hoitonojausta, terveyspalveluita tai sosiaali- ja hyvinvointipalveluita? Toinen vaihtelevaisuus koskee toiminnan puitteita: onko kyseessä itsenäinen toimitila, luukku, myymälä, apteekkijakelu, liikkuva yksikkö, automaatti vai vertaistoimijavaihto? Eroavaisuuksia voi esiintyä myös yhteyksissä huumehoitoihin, aukioloajoissa, laillisessa statuksessa, palautuskäytännöissä tai hinnoissa. (Amundsen 2006b, 5.)

Suomessa terveysneuvontapalvelut ovat asiakkaille ilmaisia ja niissä asiointi tapahtuu anonyymisti. Vuonna 2007 Suomessa toimi n. 30 terveysneuvontapistettä 26 paikkakunnalla. Suurin osa pisteistä on kiinteitä, eli ne toimivat vakiintuneissa tiloissa tiettyinä kellonaikoina. Muutamassa kaupungissa terveysneuvontapisteistä käsin tehdään etsivää

kenttätöitä jalkautumalla lähiympäristöön, toisiin kaupunginosiin tai lähikuntiin. Pääkaupunkiseudun toiminta on hajautettu niin, että terveysneuvontaa antaa 13⁶ kiinteää pistettä, sekä liikkuva yksikkö seitsemällä eri pysäkillä⁷. Kiinteässä pisteessä toimiva palvelu on ehdottomasti yleisin palvelumuoto, vaikka liikkuvien yksiköiden toiminta tulee todennäköisesti lisääntymään. Tällä hetkellä niitä toimii Suomessa vain kaksi. Muutamilla paikkakunnilla käyttöön otettu vertaistoiminta on osoittautunut hyväksi tavaksi tavoittaa käyttäjiä sekä tehokkaaksi ruiskujen ja neulojen vaihtoväyläksi.

Suomessa ruiskuja ja neuloja on käytännössä mahdollista hankkia joko terveysneuvontatoiminnan kautta tai ostamalla välineet apteekista. Apteekkien rooli puhtaiden ruiskujen ja neulojen saatavuuden parantamisen väylänä on ensiarvoisen tärkeä niiden maantieteellisen kattavuuden kannalta. Vuonna 1997, 1999, 2001 ja 2003 A-klinikkasäätiön toimesta toteutettujen kyselyiden perusteella apteekeissa tapahtuu vuosittain noin 100 000 tunnistettua huumeiden käyttäjien asiakaskontaktia. (Harju ym. 2000a; Perälä ym. 2003; Malin ym. 2004.)

Valtioneuvoston huumausainepoliittiseen periaatepäätökseen liittyen sosiaali- ja terveysministeriö, Lääkelaitos, Kansanterveyslaitos, Suomen apteekkariliitto ja Yliopiston apteekki antoivat vuonna 1999 suosituksen apteekeille myydä injektiovälineitä suonensisäisten huumeiden käyttäjille. Viimeisten tietojen mukaan 85 prosenttia Suomen apteekeista myy puhtaita ruiskuja ja neuloja huumeiden käyttäjille. Myyntiin ei useimmiten liity terveysneuvontaa tai mahdollisuutta palauttaa käytettyjä välineitä. Apteekkikyselyihin vastanneista apteekeista pääasiallisina annettuna terveysneuvonnan muoto oli tieto terveysneuvontapisteistä. Vuonna 2005

⁶ A-klinikkasäätiön pisteet: Espoo 5 pistettä, Helsinki 4 pistettä, Vantaa 2 pistettä. Diakonissalaitos 2 pistettä Helsingissä.

⁷ Diakonissalaitoksen liikkuva yksikkö: Helsingissä 5 pysäkkiä, Vantaalla 2 pysäkkiä.

apteekeista myytiin huumeiden käyttäjille yli 300 000 ruiskua ja neulaa, sekä lisäksi yli 55 000 ruisku-neulapakkausta (sisältää 3 ruiskua ja neulaa, desinfiointipyyhkeitä ja tietoa infektioiden torjumisesta). (Suomen apteekkariliiton hallituksen kannanotto apteekkien roolista huumeidenvastaisessa työssä 2006.)

Vuonna 2003 apteekkikyselyyn vastanneista apteekeista (801 apteekista 651 vastasi) 86 prosenttia ilmoitti myyvänsä ruiskuja ja neuloja, ja noin puolet vastanneista otti niitä myös vastaan. Pääsääntöisesti apteekit olivat sitä mieltä, että ruiskujen ja neulojen saatavuus tulisi ensisijaisesti järjestää terveysneuvontapisteistä käsin (84 %), toteuttaa monien tahojen yhteistyönä (47 %), järjestää liikkuvista yksiköistä (41 %), terveyskeskuksista (40 %), apteekkiverkoston toimesta (22 %) ja jakeluautomaateista (21 %). Palautuksen kannalta parhaina paikkoina koettiin terveysneuvontapisteet (82 %) ja jakeluautomaatit (65 %). (Malin ym. 2004, 15)

Kaukonen (2002) toteaa, että 1990-luvun loppuvuotia ja 2000-luvun alkua voidaan pitää erikoistuneen huumehoidon ekspansiovaiheena. Huumehoidon erityisyksiköiden lukumäärä vähintään kymmenkertaistui, laitospaikkojen lukumäärä kasvoi ja huumeiden käyttäjille suunnatut erityispalvelut monipuolistuivat. (Kaukonen, 2002, 156.) Terveysneuvontapisteet ovat osa päihdehuollon erityispalveluita⁸ jotka sisältyvät niin sanottuun korjaavaan päihdetyöhön. Niiden lukumäärä kasvoi juuri tuona ekspansiovaiheena. Samaan aikaan muita matalan kynnyksen huumehoitomahdollisuuksia lisättiin ja opiaattiriippuvaisten lääkehoitoa laajennettiin (Kaukonen 2002, 156). Haittojen vähentämisen ajatus terveysneuvonnan

lähtökohtana perustuu kuitenkin osin ehkäisevään päihdetyöhön, jossa työ suuntautuu päihdeiden aiheuttamien haittojen vähentämiseen. Kaukosen (2002) mukaan 1990-luvun lopulla uusien palveluiden järjestämiseen vaikutti huumeiden käytön selvä lisääntyminen, uusien huumeiden tulo markkinoille ja suonensisäisen käytön nopea yleistymisen. Huomiota kiinnitti myös hiv-infektio, joka alkoi hepatiittien ohella levitä nopeasti ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa ja samaan aikaan opiaattien käyttöä seuranneiden huumekuolemien lisääntyminen. (Kaukonen, 2002.)

Martti Lindqvist (1989) kirjoittaa Aidsin ennaltaehkäisyä tärkeystään luettelemalla konkreettisia ehkäisy- ja hoitotoimenpiteitä joilla epidemiaan voidaan vaikuttaa. Lindqvistin luettelossa mainitaan muun muassa ilmaiset, luottamukselliset ja tarvittaessa täysin nimettömät testaukset, asiantunteva neuvonta- ja tukitoiminta testien yhteydessä sekä selkeä, konkreettinen ja kiihkoton valistustoiminta. Tämän jälkeen hän toteaa, että ”Erityisen vaikeaa on toimiminen tartunnan leviämisen ehkäisemiseksi niissä ryhmissä, jotka ovat kaikkein eniten sosiaalisesti leimattuja ja muutenkin huonoiten elämäntilannettaan hallitsevia. Näitä ovat mm. suonensisäisten huumeiden käyttäjät ja prostituoidut – varsinkin kun heidän kohdallaan kysymys on usein myös rikolliseksi määrittelystä tai rikollisuuteen läheisesti liittyvästä toiminnasta. Heidänkin osaltaan luottamuksen saavuttaminen ja heidän elämäntilanteensa kokonaisvaltainen parantaminen on paras – joskin myös vaikea – tie eteenpäin.” (Lindqvist 1989. 26.)

Vuoteen 1998 asti suonensisäisen huumeiden käytön kautta saadut hiv-tartunnat olivat yksittäisiä ja ne olivat peräisin ulkomailta. Tartuntatautien aktiivinen torjunta tuli ajankohtaiseksi suonensisäisesti huumeita käyttävien vuosien 1994–1995 hepatiitti A-epidemian, sitten hepatiitti B-epidemian ja lopuksi 1998 hiv-epidemian myötä. Vuonna 1999 saavutettiin hiv-epidemian huippu, jolloin todetuista 143 tapauksesta 84

⁸ Päihdehuollon erityispalvelut: A-klinikat, nuorisotasemat sekä vastaavat avohoitoyksiköt, katkaisuhuoltoasemat ja kuntoutusyksiköt sekä päihdeongelmallisille tarkoitettavat päivätoimintakeskukset, ensisuoajat ja asumispalvelut sekä huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2006.)

kappaletta (57 %) oli seurausta ruiskuhuumeiden käytöstä. Pääkaupunkiseudulla ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa 1998 todettu hiv-epidemia jatkoi kasvuaan vuoteen 2000 saakka. Vuoden 2000 jälkeen vuosittain löydettyjen uusien ruiskuhuumeperäisten hiv-tapausten määrä on jatkanut laskuaan ja vakiintunut alle kymmeneen vuosittain todettuun tapaukseen. Vuosina 1998–2003 terveysneuvontapisteissä ja vankiloissa tehdyissä yli 7000 hiv-pikatestissä hiv-seropositiivisuus väheni pisteissä 6,7 prosentista 0,4 prosenttiin ja vankiloissa 2,4 prosentista 0,3 prosenttiin (Kivelä ym. 2006). Terveysneuvontapisteissä vuosittain tehdyt nimettömät ovensuukyselyt ja testit kertovat myös hiv-tartuntojen esiintyvyyden pysyneen matalana.

Kasvaneisiin tartuntatapauksiin pyrittiin vastaamaan mahdollisimman kattavalla puhtaiden ruiskujen ja neulojen saatavuudella ja aikaisella interventiolla. Terveysneuvontatoimintaa ryhdyttiin laajentamaan ensin pääkaupunkiseudulla ja pian muualla Suomessa, aukioloaikoja lisättiin, palvelumuotoja kehitettiin ja samanaikaisesti apteekkeja kannustettiin jatkamaan ruiskujen ja neulojen myyntiä.

Vuodesta 2000 lähtien Helsingissä on toiminut Helsingin Diakonissalaitoksen ylläpitämä hiv-positiivisten ruiskuhuumeiden käyttäjien palvelukeskus. Palvelukeskus tarjoaa ruiskujen ja neulojen vaihdon sekä muun terveysneuvontatoiminnan lisäksi esimerkiksi ruokailua ja terveys- ja sosiaalipalveluita. Palvelukeskus on toimintansa aikana tavoittanut 218 hiv-positiivista huumeiden käyttäjää. Heistä 41 oli kuollut vuoden 2006 loppuun mennessä, suurin osa tapaturmaisesti ja neljä Aidsiin. Vuonna 2006 palvelukeskuksessa asioi päivittäin keskimäärin 130 eri asiakasta. (HDL vuosikertomus 2006, 25.) Päiväkeskuksen palvelut on tarkoitettu vain hiv-positiivisille ruiskuhuumeiden käyttäjille, mutta samassa kiinteistössä toimivat terveysneuvontapalvelut ovat avoinna kaikille ruiskuhuumeiden

käyttäjille. Kivelä ym. (2006) toteavat, että erillisten palveluiden tuottaminen hiv-positiivisille ruiskuhuumeiden käyttäjille on saattanut vähentää tämän ryhmän kontakteja muihin ruiskuhuumeiden käyttäjiin ja näin ollen rajata verkostoitumista ja tartuntojen leviämistä (Kivelä ym. 2006). Palvelukeskus vastaa myös asiakkaidensa hiv-lääkityksestä, joka todennäköisesti toimii yhtenä palveluun kiinnittämisen elementtinä. Kivelän ym. mukaan hiv-lääkitys saattaa vähentää myös hiv-tartuntojen määrää, sillä lääkityksen myötä tartuntakyky heikkenee (Emt.) Hiv-positiiviset narkomaanit rekisteröityvät palvelukeskuksen asiakkaiksi omalla nimellään ja luovuttavat tietonsa henkilökunnan käyttöön, jonka jälkeen he saavat kaikki palvelukeskuksen päivittäiset palvelut käyttöönsä.

Terveysneuvonta on muodostanut laajentuessaan uusia ilmiöitä huumeekulttuuriin, joista merkityksellisimpänä voidaan pitää huumeiden käyttäjien vertaistoiminnan vakiintumista ja huumeiden käyttäjien perustamaa käyttäjä-yhdistystoimintaa. Käyttäjähdistystoiminnan lähtöajatuksena on huumeiden käyttäjän tasa-arvoisuuden tunnustaminen palveluiden käyttäjänä. Toiminnassa keskeiseen osaan nousee myös vahva vertaistuki ja huumeiden käyttäjille tarjottu apu palveluiden käyttämisessä.

Kansainvälisesti terveysneuvontapisteet tunnetaan usein neulojen vaihtopisteinä tai neulojen vaihto-ohjelmina⁹. Suomessa vaihtopalvelun nimitys on alusta alkaen ollut terveysneuvontapiste¹⁰, jonka on katsottu vastaavan paremmin työn moninaisuutta ja päämäärää. Nimellä on haluttu myös painottaa että vaikka ruiskujen ja neulojen vaihto on toiminnan keskeisin palvelu, tarjolla on myös muita palveluita ja koko toiminta perustuu henkilökohtaiseen kontaktiin ja kokonaisvaltaisuuteen. Terveysneuvonnan

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).

määritellään olevan itsessään terveyttä edistävien, sairautta ehkäisevien tai hoitoa koskevien kysymysten käsittelyä, ongelman ratkaisun etsimistä ja neuvontaa terveydenhuollon asiakas-/ potilaskontaktien yhteydessä vuorovaikutustilanteessa, jossa toisena osapuolena on terveydenhuollon ammattihenkilö ja toisena osapuolena asiakas tai potilas (Vertio 2003, 1009).

Suomessa terveysneuvonnalle luotiin kokonaan oma rakenne, eikä toimintaa yritetty alun perin sopeuttaa tavallisen terveyspalvelujärjestelmään, sillä sen kapasiteetti tai ammattitaito ei välttämättä olisi riittänyt nykyisen laajuisen toiminnan ylläpitoon. Viime vuosina terveysneuvontaa on kuitenkin pyritty siirtämään yhä lähemmäksi perusterveydenhuoltoa. Tartuntatautilaki (583/86) ja -asetus (786/86) määrittelevät huumeiden käyttäjien tartuntatautien ehkäisemisen terveyttä edistävänä toimenpiteenä terveyskeskuksen vastuualueeksi. Vuonna 2004 tartuntatautilakiin liitetty asetus (1383/2003) velvoittaa kunnat huolehtimaan ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontatoiminnasta alueellaan, mukaan lukien pistosvälineiden vaihdosta.

Asetuksessa todetaan, että ”Tartuntatautien vastustamistyöstä vastaavan kunnallisen toimielimen ja sen alaisena terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaavan lääkärin tulee omalta osaltaan tartuntatautilaissa tarkoitettuina tehtävinä mainitussa laissa säädetyn lisäksi huolehtia terveyskeskuksen toimialueella tartuntatautien vastustamistyöstä, johon sisältyy tartuntatauteja koskeva tiedottaminen, terveyskasvatus ja terveysneuvonta, mukaan lukien suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonta ja tartuntatautien torjunnan edellyttämän tarpeen mukaan käyttövälineiden vaihtaminen”. (Tartuntatautiasetus 1383/2003.)

Tarpeen mukaisella palveluiden järjestämisellä tarkoitetaan käytännössä sitä, että kunnan tulisi kartoittaa oman alueensa

ruiskuhuumeiden käyttäjien määrä ja järjestää heille parhaansa mukaan toimivia terveysneuvontapalveluita. Laajamittaisen palvelun järjestäminen on luonnollisesti harkinnanvaraista, mikäli selvityksen jälkeen alueella ei ole viitteitä ruiskuhuumeiden käyttäjistä. Suomessa päihdehuollon järjestämisen vastuu on kunnilla, mutta kunnat päättävät itse miten palvelut järjestetään. Palveluiden saatavuus vaihtelee kuntien välillä suuresti. Kuntakyselyn mukaan vuonna 2004 vain noin 30 prosenttia kunnista järjesti huumeiden käyttäjille mahdollisuuden ruiskujen ja neulojen vaihtoon. Oman kunnan alueella näitä palveluja järjesti vain noin 10 prosenttia vastanneista kunnista. Terveysneuvontapalveluita esiintyi lähinnä suurissa kunnissa, joita lähikunnat myös jonkin verran käyttivät. Vuoden 2004 kuntakyselyn mukaan 37 prosenttia kunnista ei ollut järjestänyt opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoitoa. (Sisäasiainministeriö 2005, 122.)

Monet kunnat ostavat terveysneuvontapalvelut kolmannen sektorin toimijoilta, joskin terveysneuvontatyötä pyritään jatkuvasti integroimaan tiiviimmäksi osaksi kuntien peruspalveluita. Ostopalveluiden mahdollisena ongelmana ovat terveysneuvontaosaamisen jääminen palveluntuottajille sekä toiminnan jääminen edelleen erilliseksi erityispalveluksi jos kommunikaatio ja yhteistyö terveyskeskusten kanssa jäävät vähäiseksi. Ostopalveluiden toinen ongelma on niiden määräaikaisuudessa ja siinä että palveluita voidaan kilpailuttaa. Tämän kaltaisen terveys- ja sosiaalipalvelun kilpailuttaminen luo osaltaan hieman erikoisen asetelman työhön jonka edellytyksenä voidaan pitää pitkäjänteisyyttä ja pysyvyyttä. Kaupungit saattavat kilpailuttaa terveysneuvontapalvelun jopa vuosittain, joka heijastuu luonnollisesti henkilökunnan motivaatioon sekä työn laatuun.

Toisaalta terveysneuvonnan siirtyminen yhä lähemmäksi kuntien perusterveydenhuollon piiriä voi arkipäiväistää huumeiden käytön siihen liittyvine ongelmineen ja luoda

käsityksen ilmiön hyväksyttävyydestä. Toisaalta erityispalveluiden piiriin kuuluva ilmiö pitää yllä käsitystä, että kyseessä on vain marginaaliryhmässä havaittava ongelma. Monilla palveluntuottajilla, kuten A-klinikkasäätiöllä, A-klinikoilla, kristillisillä järjestöillä ja Helsingin Diakonissalaitoksella on vankka osaaminen huumeongelmallisille suunnattujen terveys- ja sosiaalipalveluiden toteuttamisesta, mutta toisaalta näiden toimijoiden erikoistuneita palveluita ei ole saatavissa ympäri Suomea. Tartuntatautilain asetuksen myötä, sairaanhoitopiireissä aloitettiin haittojen vähentämistä ja terveysneuvontatyötä koskeva koulutusarja vuonna 2005, jonka toivottiin lisäävän terveyskeskusten mahdollisuutta toteuttaa terveysneuvontatoimintaa.

Terveysneuvonnan lähtökohta on alusta alkaen ollut preventiivinen, eli sen myötä on pyritty ehkäisemään sairauksia ja terveyden huononemista. Terveysneuvontamalli on pyritty rakentamaan sellaiseksi jossa yhdistyvät konkreettisesti sairauksien ehkäisy, terveyden suojeleminen ja terveyden edistäminen. Terveyden edistämisen tarkoituksena ei ole ensisijaisesti käyttäytymisen muuttaminen tiettyyn suuntaan, vaan ihmisten mahdollisuuksien parantaminen terveyttään koskevassa päätöksenteossa (Vertio 2003). Terveysneuvontatoiminta on lähtökohtaisesti primaaripreventiivistä¹¹, eli tavoitteena on, ettei kukaan saisi tartuntaa tietämättömyytensä vuoksi tai siksi, ettei ehkäisyyn tarvittavia välineitä ole saatavilla (Leinikki 2003).

Marita Poskiparta (2002) lähestyy terveyskäyttäytymisen muutosta voimavarakeskeisen terveysneuvonnan keinoin. Niin sanottu muutosvaihemalli, jota on käytetty terveydelle epäsuotuisan käyttäytymisen lopettamiseksi, näkee käyttäytymisen muutoksen tapahtuvan syklistä kuuden eri vaiheen kautta. Tässä syklistä toiseen siirtymisen prosessissa asiakas nähdään tasavertaisena kumppanina, jonka

tulee aktiivisesti olla mukana omaa terveyttään koskevassa päätöksenteossa ja jota tuetaan koko prosessin ajan. Hän korostaa, ettei elämäntapojen muuttaminen ole yksittäinen tapahtuma, vaan pitkään kestävä ja aikaa vievä tapahtumasarja. Prosessi etenee asteittain ja siihen liittyy myös taantumavaiheita, repsahduksia, mikä ei tarkoita epäonnistumista, vaan on yleinen vaihe matkalla muutokseen. Muutos ei kuitenkaan etene kaavamaisesti esiharkintavaiheesta päätösvaiheeseen, vaan yksilöt seilaavat prosessin eri vaiheiden välillä, kunnes he lopulta saavuttavat pysyvän käyttäytymisen muutoksen. (Poskiparta 2002.)

Suomen kansallisessa hiv/Aids-strategiassa vuosille 2002–2006 todetaan että uusien hiv-tartuntojen ehkäisy on torjuntatoimien tukipilari ja ruiskuhuumeiden käyttäjien osalta haasteena on uusien hiv-tartuntojen vähentäminen. Tartuntatautitilastojen perusteella ruiskuhuumeiden välityksellä saatujen hiv-tartuntojen määrä on vähentynyt vuosien 2002–2006 aikana ja samanaikaisesti riskiryhmän testaus on pyritty pitämään korkeana. Ruiskuhuumeiden käyttäjien kohdalla strategia painottaa, että terveysneuvontatoiminta on tärkeimpiä hiv-ehkäisyn välineitä ja sen toimintaa täydentämään tarvitaan hyvin toimiva jatkohoitajärjestelmä ja hyvät yhteydet muuhun huumetyöhön. Lisäksi opioidiriippuvaisten hoitoa koskevan asetuksen toteutumisesta hiv-tartunnan saaneiden kohdalla on huolehdittava. (Strategia 2002, 18–19.) Terveysneuvonnassa vuosien myötä suurempaan osaan nousnut palveluihin ohjaus on tehostanut terveysneuvontapisteiden henkilökunnan ja muun huumetyön kontakteja. Helsingin Diakonissalaitoksen Palvelukeskus huolehtii hyvin pitkälti hiv-positiivisten korvaus- ja ylläpitohoidosta. Toiseksi, 2002–2006 strategian mukaan terveysneuvontaa tulisi olla saatavilla kaikissa suuremmissa asutuskeskuksissa lähimmän kolmen vuoden aikana ja tähän toimintaan tulee sisältyä myös käyttövälineiden vaihtaminen.

¹¹ Sairauksien ehkäisyä, kohdistuu terveisiin yksilöihin tavoitteenaan ennaltaehkäisy

Terveysneuvontapisteiden määrä on kasvanut vuosien 2002–2006 aikana, mutta ei ole vakiintunut kaikkiin asutuskeskuksiin, kaupunkiin tai kuntiin. Eräs tärkeä seikka tavoitteen toteutumisen ehdolle on ollut tartuntatautilakiin lisätty asetus, jonka myötä kunnat ovat yhä enemmän pyrkineet järjestämään terveysneuvontatoimintaa alueelleen. Strategian yksi haastavimmista kohdista koskee tavoitettavuutta, jonka mukaan terveysneuvonnan on tavoitettava enemmistö ongelmallisista huumeiden käyttäjistä. Vuonna 2005 terveysneuvonta tavoitti noin 11 800 henkilöä arvioidusta 14 000–19 000 ongelmakäyttäjistä (Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot; Partanen ym. 2007).

Kolmas tavoitealue koskee itse terveysneuvontatyötä, jonka mukaan erityyppisiä terveysneuvonnan työmuotoja tulee kehittää tähdäten siihen, että terveysneuvonta voidaan mahdollisimman hyvin integroida osaksi kuntien terveys- ja sosiaalitoimintaa. (Strategia 2002, 19.) Tavoitteella tarkoitetaan käytännössä sitä, että hyväksi todettua suomalaista terveysneuvontamallia tulisi siirtää enemmässä määrin järjestöpohjaisesta toiminnasta perusterveydenhuollon suuntaan. Tavoitteen kautta toiminnan järjestämisen vastuuta halutaan siirtää kuntien toteutettavaksi, vakiinnuttaa toimintaa ja määrätä sille vakituiset resurssit toiminnan ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

Terveyskeskusverkoston ehdottomana vahvuutena ovat sen alueellinen kattavuus, läheisyys sekä palvelut, kuten moniammatillinen henkilökunta ja laboratoriotoiminta. Heikkouksina voidaan pitää erityisosaamisen rajallisuutta sekä terveysneuvontaan ja sen kohderyhmään liittyviä mahdollisia asenneongelmia. Tavoitteena on, että terveyskeskus ottaa oman alueensa väestövastuussa huomioon myös ruiskuhuumeiden käyttäjät ja tartuntatautien ehkäisyn. Kunnat ovat voineet tehdä päätöksen järjestää toiminnan esimerkiksi terveyskeskuksen yhteyteen, jossa tietty

henkilökunta huolehtii palvelusta. Palvelu voidaan myös ostaa, esimerkiksi A-klinikoilta. Useasti pienet kunnat ostavat terveysneuvontapalvelut suuremmalta lähikunnalta, sillä toiminnan järjestäminen muutaman potentiaalisen asiakkaan vuoksi ei aja perimmäistä tarkoitusta, eivätkä asiakkaat välttämättä kiinnity pienellä ja tutulla paikkakunnalla järjestettyyn palveluun.

Paikkakunnista riippuen, jopa toistakymmentä kuntaa saattaa ostaa asukkailleen terveysneuvontapalvelua suuremmalta lähikunnalta. Integraatiopyrkimykseen liittyy myös tavoite siitä, että terveysneuvontatoimintaan ja sen pohjalla olevaan haittojen vähentämisen ajatukseen tulisi järjestää koulutusta ja näin ollen vahvistaa terveysneuvontatyötä tekevien ammattitaitoa ja selkiyttää työnkuvaa. Terveysneuvonnan lisäksi, myös korvaus- ja ylläpitohoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin, jolla pyritään madaltamaan hoidon toteutusta (Rönkä & Salonen 2006).

Valtioneuvoston huumausainepoliittisessa toimenpideohjelmassa vuosille 2004–2007 painotetaan verivälitteisten tartuntariskien sekä huumeiden kysynnän ja tarjonnan vähentämistä. Erääksi tavoitteeksi esitetään asianmukaisten huumehoitopalveluiden saatavuuden turvaaminen. Tavoitteeseen pääsemiseksi huumehoitopalvelut pyritään saamaan ja pitämään monipuolisina parantaen hoitojen saavutettavuutta ja vähentämällä esteitä hoitoon pääsulle. Huumeiden käyttäjien hoitopalveluiden saatavuutta parannetaan päihdehuollon erityispalveluissa ja perusterveydenhuollossa, painopisteen ollessa ongelmakäyttäjien matalan kynnyksen palveluissa, sekä korvaus- ja ylläpitoohidoissa, jotka tehokkaimmin ehkäisevät muun muassa tarttuvia tauteja. Päihdehuollon palvelujärjestelmän kehittämisessä painotetaan kuntien ja järjestöjen arviointia palveluiden riittävydestä ja toimivuudesta, sekä todetaan myös tartuntatautilain asetuksessa (1383/2003) mainitusta palveluiden järjestämisestä tarpeen

mukaan (Valtioneuvoston periaatepäätös... 2004–2007, 19. STM).

Hyvin järjestetty terveysneuvontatoiminta antaa tietoa huumeidenkäyttökulttuurista ja siinä tapahtuvista muutoksista, sekä kokonaisuudessaan marginaaliryhmän käyttäytymisestä. Lisäksi tehokkaan testauksen ja hyvän savuttamisen myötä terveysneuvontapisteet havaitsevat nopeasti riskiryhmässä tapahtuvat epidemiologiset muutokset.

2.1. Terveysneuvontapisteiden palvelut

Terveysneuvontapisteiden palveluihin vaikuttaa viikoittaisen aukioloajan kesto ja ajankohta, pisteen tilat, henkilökunnan määrä, asiakkaiden määrä sekä toimintaan käytössä olevat resurssit. Terveysneuvontapalveluiden on tarkoitus vakiintua osaksi ruiskuhuumeiden käyttökulttuuria niin, että välineiden vaihdosta ja puhtaiden välineiden käytöstä, sekä palveluissa asiointista tulee yleinen käytäntö. Terveysneuvonnalla on suuri haaste pystyä vastaamaan alati muutoksessa oleviin huumeiden käyttötapoihin, huumeidenkäyttömaailmassa tapahtuviin ilmiöihin ja kaiken aikaa muuttuvaan käyttäjäkuntaan.

Terveysneuvontapalvelut ovat maksuttomia, luottamuksellisia ja niissä voi asioida anonymisti ilman ajanvarausta. Asiakkailta pyydetään asioidessa nimimerkki ja syntymävuosi. Konkreettisen välinevaihdon lisäksi terveysneuvontapisteiden muita toimintoja ovat hoitopaikoista ja palveluista kertominen, hoitoon ohjaaminen sekä kenttätyö, vertaiskoulutus ja terveystasvatusmateriaalin tuottaminen. Vaikka suomalaiset terveysneuvontapisteet ovat palveluiltaan monipuolisia ja mahdollisimman matalakynnyksisiä, kaikkia ruiskuhuumeiden käyttäjiä ole saatu tai tulla saamaan juuri tämän palvelun piiriin. Syynä terveysneuvontapisteen välttelyyn voivat olla ongelmat virkavallan kanssa, matalan kynnyksen tosiasiallinen korkeus, sosiaalisten

verkostojen problemaattinen rooli tai pelko leimautumisesta. Palveluihin kiinnittymättömille apteekkimyynti ja muut väylät kuten etsivä- ja vertaistyö puhtaiden välineiden saamiseksi ovat ensiarvoisen tärkeitä.

Terveysneuvontapisteiden palveluvalikoima on pääpiirteissään yhtenevä, vaikka erojakin löytyy. Palveluiden kulmakivenä on ruiskujen ja neulojen vaihto, joka on kaikissa pisteissä käytetyin yksittäinen palvelu ja tärkein keino saada asiakkaita kiinnittymään palveluun. Ruiskujen ja neulojen vaihtomäärät vaihtelevat pisteittäin: joissakin puhtaita välineitä saa tilalle yhtä paljon kuin palauttaa, mutta useimmissa vaihtomäärille on asetettu 40–80 kappaleen katto. Asiakkaat palauttavat käytetyt välineensä tavallisesti pakattuina tyhjiin pulloihin tai muihin turvallisiksi katsomiinsa astioihin. Joissain pisteissä asiakkaille annetaan infektioriskiastioita joihin käytetyt välineet voi kerätä. Vaihtotilanteessa henkilökunta ei käsittele käytettyjä injektiovälineitä, vaan asiakas pudottaa välineet riskijätesäiliöön tai esimerkiksi laskemista helpottavalle tarjottimelle, mistä ne kaadetaan riskijätesäiliöön. Palautettuja välineitä ei yleensä lasketa yksitellen, vaan määrä arvioidaan silmämääräisesti tai tietyn kuljetukseen käytetyn säiliön koon mukaan. Terveysneuvontapiste huolehtii sinne palautettujen välineiden jätehuollosta.

Pisteissä tehdään hiv- ja hepatiittitestejä joko paikan päällä tai niihin kirjoitetaan lähete, useimmiten terveyskeskukseen. Osa pisteistä käyttää hiv-testeissä pikatestiä, jossa vastaus valmistuu 15 minuutissa, mutta joiden positiivinen tulos täytyy aina varmistaa suoniverinäytteellä. Jos testejä ei tehdä paikan päällä tai lähetteen kirjoittaminen ei onnistu esimerkiksi anonymiteetin säilyttämisen vuoksi, pyritään asiakas ohjaamaan nimettömään hiv-testiin esimerkiksi Suomen punaisen ristin palveluun tai Aids-tukikeskuksen. Kaikissa pisteissä annetaan suullista ja kirjallista tietoa tartuntataudeista, terveyden hoidosta ja hoitopaikoista, sekä hoidetaan pieniä haavoja, suonitulehduksia,

infektioita ja vammoja. Henkilökohtaisella kontaktilla ja keskusteluilla pyritään rakentamaan luottamuksellinen suhde asiakkaaseen ja antamaan hänelle tietoa terveytensä suojelemisesta.

Kaikissa pisteissä on mahdollisuus käydä tukikeskusteluja henkilökunnan kanssa sekä saada apua kriiseihin ja akuutteihin ongelmiin. Annetuista rokotuksista tyypillisimmät ovat maksuttomat A- ja B- hepatiittirokotukset, joita annetaan jo lähes kaikissa terveysneuvontapisteissä. Kaikkien palveluvalikoimassa on myös ilmaisia kondomeita ja liukuvoiteita sekä ihonpuhdistustarvikkeita. Ruiskujen ja neulojen lisäksi asiakkaille tarjotaan muita pistämiseen tarvittavia välineitä, kuten klikkikuppeja ja filttareita. Muita palveluita joita osasta terveysneuvontapisteistä saa, ovat esimerkiksi lääkärin vastaanottopalvelut, ruokailu, akupunktiohoidot ja internetin käyttömahdollisuus. Jotkut pisteet ovat lisäksi pyrkineet järjestämään asiakkaille tilan missä he voivat levätä. Joissakin pisteissä on pyykinpesumahdollisuus, peseytymismahdollisuus ja mahdollisesti hieman vaihtovaatteita. Niissä pisteissä missä on lääkäripalvelu, lääkäri on paikalla useimmiten muutaman tunnin kerrallaan viikoittain tai joka toinen viikko. Lääkäripalvelun tarve liittyy lähinnä asiakkailta toisinaan oleviin pahoihin suonitulehduksiin, raskaudenehkäisyyden ja hoitoon ohjaamiseen. Lääkäri kirjoittaa reseptejä pääasiallisesti ehkäisytabletteihin ja antibiootteihin sekä asettaa ilmaisia ehkäisykapseleita. Jotkut pisteet ovat ottaneet valikoimiinsa raskaustestit ja sukupuolitauditestit ja yhä enemmän tarjotaan myös C-hepatiitin saaneiden maksa-arvojen seurantaa.

Kaikki pisteet tarjoavat suullista ja kirjallista tietoa tartuntataudeista, terveys – ja infektorisokeista ja niiden välttämistä, huumeiden terveysriskeistä, turvallisesta pistämisestä ja vaihtoehtoisista käyttötavoista. Tärkeäksi osaksi terveysneuvontatyötä on muodostunut palveluihin ohjaus, jossa yhdessä

asiakkaan kanssa pyritään löytämään hänelle sopivat palvelut, esimerkiksi huumehoitoihin tai asumisasioihin liittyen ja tukemaan häntä niiden käytössä. Toimeentuloon, asumiseen ja rikosoikeudellisiin kysymyksiin pyritään tarjoamaan neuvoja, sekä ohjaamaan asiakkaita erikoistuneiden palveluiden piiriin. Kaikki terveysneuvontapisteet toteuttavat palveluihin ohjausta mutta esimerkiksi aukioloajat ja henkilökunnan määrä vaikuttavat siihen millä panostuksella ohjausta voidaan toteuttaa. Monet pisteet ovat pyrkineet verkostoitumaan muiden pisteiden tai – toimijoiden kanssa ja kehittämään kansainvälistä yhteistyötä muiden huume- ja päihdepalvelutoimijoiden kanssa.

Liikkuvien yksiköiden tarjoamat palvelut on pyritty saamaan mahdollisimman kattaviksi ja kiinteiden yksiköiden palveluita vastaaviksi. Liikkuvat yksiköt ovat tyypillisesti joko ambulansseja tai pakettiautoja ja niissä on kaksi työntekijää. Niiden ensisijaiset palvelut ovat ruiskujen ja neulojen vaihto, hiv-testit, hoitoonohjaus, sairaanhoitopalvelut, palveluihin ohjaus, hepatiittirokotukset sekä tarvittaessa saattoapu (Törmä & Huotari 2005, 21). Liikkuvan yksikön erikoispiirre on sen asiakaskunnan poikkeava rakenne verrattuna pääkaupunkiseudun kiinteisiin terveysneuvontapisteisiin. Liikkuva yksikkö vaikutti tavoittavan niitä käyttäjiä jotka eivät halunneet asioidessaan tavata muita käyttäjiä ja tästä syystä asioida kiinteissä pisteissä. Liikkuvan yksikön asiakkaissa on myös muita palveluita käyttämättömiä, erityisesti nuoria ja juuri käytön aloittaneita asiakkaita sekä huumeiden satunnaiskäyttäjiä. (Huotari & Törmä 2005, 113–114.) Erilaiset riskiryhmät kiinnittyvät eri terveysneuvontapalveluihin ja liikkuva yksikkö on osoittanut että huumeiden käyttäjien tavoittamiseksi on hyvä olla erilaisia ja eri tavoin toteutettuja palveluita jotka toimivat rinnakkain (Emt, 131).

Terveysneuvonta on maantieteellisesti keskittynyt eteläiseen Suomeen, kun taas Pohjois-Suomi on lähes täysin vailla terveysneuvontapalveluita. Monet terveysneuvontapisteet ovat tehneet

lähikuntien tai – kaupunkien kanssa ostosopimuksen, jossa toiminnan kustannukset jaetaan eri paikkakunnilta saapuvien asiakkaiden mukaan. Yhden asiakkaan vuosikustannusten voidaan arvioida olevan keskimäärin noin 160 euroa.

2.2. Arviointitutkimuksen lähtökohta

Suonensisäisesti huumeita käyttävien tartuntariskien vähentämisen tapoja on tutkittu paljon ja keinoista on päästy kansainvälisellä tasolla melko hyvään yhteisymmärrykseen. Ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmien asema tehokkaana tartuntariskejä minimoivana toimintamallina on vakiintunut ympäri maailmaa ja erilaisin keinoin toteutetut ohjelmat ovat vakiinnuttaneet paikkansa myös vankiloissa. Tämän lisäksi hiv:tä ja muita veriteitse tarttuvia tauteja ehkäistään huumehoidoilla jotka keskittyvät pääsääntöisesti opioidiriippuvuuden hoitoon, hiv-positiivisten huumeiden käyttäjien laadukkaalla hoidolla sekä erilaisilla etsivän kenttätöiden muodoilla. Ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmat sekä opioidikorvaushoito ovat nousseet yleisimmiksi sekä käytännön ja tutkimusten valossa tehokkaimmiksi keinoiksi vähentää suonensisäisesti huumeita käyttävien tartuntariskiä. (WHO 2004; WHO 2005; EMCDDA 2006.)

Terveysneuvonta on haastava tutkimusalue intervention rakentamiseksi sosiaaliselle vuorovaikutukselle jonka tavoitteena on pitkän aikavälin muutos. Terveysneuvonnan tavoitte on tukea kasvatuksellisin ja viestinnällisin keinoin asiakkaiden selviytymistä, välittää tietoa, virittää terveyttä edistäviä muutostoiveita sekä tukea asiakkaita muutospyrkimyksissä. Terveysneuvonta-toiminnan rakentuminen ja asiakkaiden saavuttaminen on jatkuva prosessi, jossa sekä palvelunantaja että – saaja opettelevat vuorovaikutusta ja kommunikointia sekä kuulostelevat toisensa mieltymyksiä ja päämääriä.

Yhteinen oppimisprosessi ja vuorovaikutus luovat vaikutuksia, joiden suuntaa on vaikea etukäteen ennustaa. Vaikutusten arviointi tuo esille niitä seikkoja ja ilmiöitä joilla voidaan arvella olevan avainasema toiminnan vaikuttavuuden kannalta. Vaikuttavuutta pyrittiin löytämään esimerkiksi Riskitutkimuksessa, jossa kuvattiin eräistä terveysneuvontapisteistä valittujen asiakkaiden riskikäyttäytymisen muutosta tietyllä aikavälillä (Partanen ym. 2006). Vaikuttavuutta voi myös olla terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kasvanut tieto ja taito kantaa vastuuta terveydestään ja elämästään. Mutta minkä vähentyminen ja toisaalta minkä lisääntyminen mitataan vaikuttavuudeksi ja miten sitä voidaan mitata? Miten voidaan osoittaa onko interventio muuttanut sosiaalisen ilmiön – riskikäytöksen- luonnetta ja mikä siihen on vaikuttanut?

Vaikuttavuuden arviointi on perusteltu vaatimus uuden toimintamuodon hyödyistä, tehokkuudesta, kannattavuudesta ja vaikutuksista. Vaikuttavuuden vaatimusta ajatellen on esitettävä kysymys, mitä voidaan arvioida, mitä on mahdollista mitata, millä ja miten? Ovatko asetetut tavoitteet ja tavoitteeseen pääsemiseksi suunnatut toiminnot sellaisia mitä voidaan mitata? Terveysneuvontapisteiden kohdalla päämäärät ovat alun perin olleet moninaisia ja osa niistä vaikeasti mitattavia. Lisäksi terveysneuvontatoiminta on laaja verkosto, joka ei ole toiminnallisilta puitteiltaan täysin yhdenmukainen ja sen osapäämäärät voivat vaihdella pistekohtaisesti. Terveysneuvonnan päämäärät muuttuvat toiminnan kehittyessä ja toimintatavat muuttuvat asiakaskunnan tarpeiden mukaan. Näin ollen ei ole yhtä suoraa ja pysyvää päämäärää mihin toiminta voisi tähdätä ja siihen päästessään olla onnistunutta.

Huolimatta yllämainituista rajoitteista vaikuttavuuden arvioinnissa, terveysneuvonta- ja haittojen vähentämistoiminnan tuloksellisuutta, kuten muitakin intervention-omaisia terveystoimia arvioitaessa, tulisi

lähtökohtaisesti verrata toiminnalle alunperin asetettuja tavoitteita peilaten. Tässä tutkimuksessa keskityttiin erityisesti yhteen tärkeään toiminnan osatavoitteeseen, tartuntatautien ehkäisyyn ja torjuntaan.

Ehkäisyn mittareina voidaan pitää erilaisia terveysosoittimia (indikaattoreita), jotka voivat olla joko toiminnallisia eli kuvaavia, tai lopputulokseen perustuvia, mikäli nämä ovat mitattavissa. Tartuntatautien ehkäisyssä kyseeseen tulevat mittarit ovat yksinkertaisimmillaan ehkäistyjen tauti- tai sairaustapausen määrä interventiota seuraavana ajanjaksona, tai mikäli halutaan arvioida saavutettuja resurssi- tai voimavaroja, voidaan arvioida suorissa ja epäsuorissa kustannuksissa ja tautitaakassa saavutettuja säästöjä. Mikäli näiden suora mittaaminen on vaikeaa, relevantteja epäsuorempia mittareita voivat olla riskikäyttäytymisen väheneminen, toiminnan tavoittamien kohderyhmään kuuluvien määrä, kattavuus ja suhde ryhmän kokoon. Myös käytettyjen voimavarojen määrää voidaan käyttää mittarina. Muita kyseeseen tulevia mittareita voivat lisäksi olla erilaiset asenteiden, väärin luulojen tai arvostuksen muutokset kohderyhmässä ja/tai sidosryhmissä intervention aikana.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä¹² 5.2.2004 kuvattiin kolmen skenaariomallin kautta huumeongelman kehityksen eri vaihtoehdot tulevaisuudessa. Huumeongelmalla tarkoitettiin tässä yhteydessä kaikkia niitä haittoja jotka syntyvät laittomien huumeiden käytöstä ja tarjonnasta. Skenaariomallit sisälsivät vaihtoehdot tilanteen A) vaikeutumisen, B) ennallaan säilymisestä sekä C) helpottumisesta. Skenaarioissa ohjelman vaikuttavuuden arviointivuodeksi on määritelty vuosi 2007.

Skenaariomalleihin on myös liitetty kuvaukset toteutumista tukevista tekijöistä sekä niistä julkisista toimista, joilla skenaarion

toteutumiseen voisi vaikuttaa. Skenaariomallien erottelun ja niiden toteutumisen seurantaan toimenpideohjelmassa otettiin käyttöön erilaisia terveysosoittimia, joista tämän tutkimuksen kannalta merkittävin on hiv-tartuntojen määrä huumeiden käyttäjillä¹³. Eri vaihtoehdoissa tämä osoitin määriteltiin varsin kapealle alueelle, tilanteen heikentyminen vastasi 50-100 vuosittaista tapausta ja helpottuminen alle 30 tapausta. Kansainvälisessä vertailussa tavoite on hyvin kunnianhimoinen.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta vuodelta 2001¹⁴ asetti kansalaisten terveyden ja elämänlaadun kehittymiselle tavoitteita ohjelmakaudella. Näistä nuorten terveyden kohdalla mainitaan riippuvuutta aiheuttavien aineiden terveyshaittojen ehkäiseminen. Ohjelman toteutumisen seuraamiseksi on myöhemmin kehitetty erilaisia terveysosoittimia, joista tässä yhteydessä käyttökelpoinen on ruiskuhomeiden käyttöön liittyvien infektioiden (hiv, hepatiittit A, B ja C) esiintyvyys 15-24 vuotiaalla nuorilla.

Suomessa ns. kovien mittarien, kuten tapausmäärien muutoksien mittaamiselle ja käyttämiseksi intervention vaikuttavuuden mittarina on monelta kannalta hyvät edellytykset. Terveystieteiden ja tartuntatautien seurantarjestelmämme kehittyneisyyden ansiosta on mahdollista mitata tarttuvien tautien ilmaantuvuudessa tapahtuvia muutoksia moniin muihin maihin verrattuna varsin luotettavasti reunaehdoin. Tämä mahdollistaa periaatteessa esimerkiksi vuosittain todettavissa tapausmäärissä tapahtuvien muutosten käyttämistä mittarina. Uutena todettujen tapausmäärien muutos on taudin *ilmaantuvuutta* (uusien tautitapausten syntymistä tietyn ajanjakson tai mittaushetken aikana tietyssä rajatussa joukossa, yleensä esitettynä suhteutettuna vakioituun väestömäärään, esim. 10.000 tai miljoonaan

¹² Hallituksen huume- ja huumausainepoliittinen toimenpideohjelma vuosille 2004-2007

¹³ 12, kts myös liitteet

¹⁴ Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2001:4

henkilöön) lähinnä kuvaava seurannan väline. Se ei koskaan ole täydellinen, sillä todellisesta ilmaantuvuudesta sen erottavat monet seikat, mm. taudin toteamiseen tarkoitettujen diagnostisten menetelmien tarkkuus ja herkkyys, erilaiset toteamiseen liittyvät viiveet ja todennäköisyys tulla ylipäätään todetuksi. Suomessa arvioidaan kattavan testauksen kautta kuitenkin uutena todettavien hiv- ja hepatiitti B -tapausten määrän varsin hyvin kuvastavan uusien taruntojen todellista ilmaantuvuutta. Hepatiitti C-infektion kohdalla viivettä saattaa tulla taudin kuvan takia enemmän, mutta nuorimpien ikäluokkien kohdalla uutena todettavat tapaukset ovat lähellä todellista ilmaantuvuutta. Tehokkaassa interventiossa voidaan olettaa ilmaantuvuuden laskevan nopeasti ehkäisevien toimien kautta.

Toinen taudin yleisyyden mittari voi olla ilmaantuvuuden lisäksi *esiintyvyyden* tai *vallitsevuuden* mittaaminen. Esiintyvyydellä tarkoitetaan tautia kantavien prosentuaalista osuutta tietyn ajanjakson tai mittaushetken aikana tietyssä rajatussa joukossa. Vallitsevuudella tarkoitetaan esiintyvyyttä jossa suhteutus on tehty suurempaan joukkoon, yleensä 10.000 tai miljoonaan henkilöön. Esiintyvyys on erityisen hyvä mittari kuvaamaan taudin yleisyyttä ja perusriskiä väestössä mikäli tauti on pysyvä ja kroonisesti tartuttava, kuten hiv-infektio ja merkittävä osa hepatiitti C- ja osa hepatiitti B-tapauksista. Kroonisten infektioitautien kohdalla esiintyvyys on tehokkaaseenkin interventioon hitaammin negatiivisesti reagoiva mittari, sillä riippuen taudinkuvasta tartunnan saaneiden osuus tarkastelun kohteena olevassa joukossa sattaa laskea hyvinkin hitaasti, jopa samassa suhteessa ryhmän uudistumisen kanssa.

Esiintyvyyttä voidaan kuitenkin käyttää indikaattorina myös toisin päin: mikäli esiintyvyys (vallitsevyys) luotettavasti mitaten ei kasva, vaan lyhyellä tai keskipitkällä aikavälillä pysyy ennallaan, tämä viittaa intervention vaikuttavuuteen riskiltä suojaavana tekijänä. Edellytyksenä on kuitenkin että tarkasteltavassa ryhmässä ei ole

tapahtunut kyllästymistä jossa kaikki tai suurin osa riskille alttiita ovat jo saaneet tartunnan. Kyllästyneessä epidemiassa esiintyvyyden lasku on hyvin hidasta vaikka interventio olisi hyvinkin kattavaa.

Terveydenhuollon intervention voidaan yleisimmin mittarein myös katsoa olevan vaikuttavaa, jos sen ansiosta asiakkaiden terveys kohenee tai terveydentilan huononemista voidaan ehkäistä. Terveysneuvontapisteiden kohdalla vaikuttavuuden mittaamisessa tulisi välttää vain toiminnallisten mittareiden käyttöä, esim. vain asiakkaiden tai asiakaskäyntien määrän seuraamista, jottei niiden ylläpitämisestä tai kasvattamisesta tulisi itsessään päämäärä.

Samoin seurantatilastojen tulkinnoissa tulisi välttää hätiköityjä johtopäätöksiä. Esim. uusien hiv-tartuntojen vähäisyyden ei tulisi vähentää testauksen tarjoamista. Luvut kertovat toiminnasta, mutta toisinaan on selvitettävä mitä lukujen takana tapahtuu ja miten lukuihin on päästy. Näistä systä johtuen onkin syytä tarkastella palveluita munipuolisemmin, esim. miten asiakkaat kiinnittyvät terveysneuvontapalveluun, miten kiinnittyminen tapahtuu, mihin riskeihin koetaan voivan vaikuttaa ja mihin ei? Mitä on tehtävä ja miten toteutetaan tilanne, jossa asiakkaiden tieto ja taito riskien välttämistä on mahdollisimman korkealla, asiakasmäärä kattaa mahdollisimman suuren osan ongelmakäyttäjistä ja että aktiivisesta testauksesta huolimatta, uusien tartuntojen määrä pysyy pienenä?

Terveysneuvontapisteiden asema päihdepalveluiden kentällä on siinä mielessä epäkiitollinen, että onnistuminen on vaikeasti havaittavissa. Esimerkiksi huumeiden käyttäjien laitoshoidojaksojen onnistumista voidaan tutkia ennen ja jälkeen - asetelmalla jossa kartoitetaan asiakkaan tulo- ja lähtötilanne. Toteutetun hoidon jälkeen voidaan todeta missä muutos nähdään ja mikä sen on todennäköisimmin saanut aikaan. Ruiskuhuumeiden käyttäjille suunnatun terveysneuvonnan tavoitteet ja saavutukset

ovat paljon vaikeammin havaittavissa, sillä ne eivät vaadi asiakkailtaan sitoutumista tai tiettyä tavoitetta käyttäytymisen muutoksessa. Toiminta on nimetöntä, maksutonta, asiakaslähtöistä eikä se itsessään tähtää päihitteettömyyteen tai hoidollisuuteen. Asiakkaiden lopettaessa ruiskuhuumeiden käytön, onnistumista ei nähdä, sillä asiakas ei enää tarvitse terveysneuvontapisteiden palveluita vaan siirtyy muiden palveluiden piiriin. Saavutuksena voidaan pitää tilannetta, jossa asiakkaat ovat tietoisia riskeistä ja niiden välttämistä, välittävät omasta terveydestään ja heillä on tiedolliset ja konkreettiset välineet sen suojelemiseen.

Haittojen vähentämisen sovellukset riippuvat kyseisen maan tai alueen sille asettamista poliittisista-, epidemiologisista- ja kulttuurillisista reunaehdoista. Myös toimintojen kansanterveysvaikutusten tutkiminen riippuu pitkälti järjestettyjen toimintojen laajuudesta ja kattavuudesta sekä ennen kaikkea tartuntatautilanteesta.

Kansainvälisessä vertailussa hiv-tapausten määrä ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa on Suomessa pysynyt verrattain pienenä, joka kansanterveydellisesti on erittäin myönteistä, mutta luo samanaikaisesti käytännön rajat sille minkälaista tietoa palveluiden interventiovaikutuksista voidaan tuottaa. Vuoden 2008 alkuun mennessä Suomessa oli ilmoitettu hieman yli 300 ruiskuhuumeiden käytöstä peräisin olevaa hiv-tartuntaa, joista valtaosa on keskittynyt pääkaupunkiseudulle. Sen sijaan terveysneuvontapisteiden verkosto kattaa suuren osan maata, ja erityisen hyvin suurimmat kaupunkikunnat.

Tartuntatautien torjuntaan tähtäävän intervention vaikuttavuuden arvioinnissa voidaan erottaa erilaisia tavoitteita. Tavoitteena voi toisaalta olla kokonaan ehkäistä uusien tautitapausten ja epidemioiden/epidemiarypäiden synty, kuten esim. rokotusinterventioiden kohdalla.

Toisaalta tavoitteena voi olla ehkäistä esiintyvyyden nousua tai laskea esiintyvyyttä tasolle jossa laajemman epidemian yhteisöriski laskee mahdollisimman matalalle, mutta ei välttämättä aivan olemattomalle tasolle, mikäli tämä ei ole realistisesti saavutettavissa. Joissakin interventioissa on arvioitavissa suojaavan toiminnan kattavuuden ja taudin esiintyvyyden välille raja-arvot joiden toteutuessa epidemioiden ja esiintyvyyden rajun kasvu riski muttuu pieneksi.

Edellä kuvatun kaltainen tilanne vastaa osittain rokotusohjelmiin liittyvää laumaimmuneetin käsitettä jossa suuri joukko rokotettuja suojaa myös niitä harvoja joilla ei suojaa ole katkaisemalla tartuntaketjut alkuunsa. Puhtaiden pistosvälineiden riittävän kattava saatavuus ja käyttö sekä yhteiskäytön välttäminen toimivat samalla tavoin, katkaisten tartuntaketjuja alkuunsa ja ehkäisemällä laajojen tartuntaverkostojen synnyn.

Interventioiden arviointi prospektiivisena vertailevana tutkimuksena esim. siten että vertailtaisiin kaupunkeja tai alueita joissa toisissa terveysneuvonta on kattavaa ja toisista puttuu on mahdollista, mutta eettisesti vaikeasti puolusteltavissa. Lisäksi tämänkaltainen tutkimus sisältää runsaasti kysymyksenasettelun validiteettia kyseenalaistavia epävarmuustekijöitä. Kansanterveydellisesti suotuisa matala hiv-ilmaantuvuus tekee myös paikkakunta-kohtaisen vertailun vaikeaksi. Hepatiitti C-infektion kohdalla arviointia vaikeuttaa todellisten uusien tapausten erottaminen jo aikaa sitten tapahtuneista tartunnoista.

Sen sijaan intervention tehoa voidaan jossain määrin arvioida retrospektiivisesti samalla paikkakunnalla, esim. vertailemalla tilannetta ennen interventiota ja sen jälkeisenä ajankohtana, ja ottamalla arvioinnin kohteeksi epidemiaryvästen ehkäisy, matalan esiintyvyyden säilyttäminen tai esiintyvyyden lasku.

Pienen hiv-esiintyvyyden ansiosta epidemiaa on pystytty seuraamaan erityisellä tarkkuudella, keskittymään myös muiden ruiskuhuumeiden käyttäjillä esiintyvien tartuntojen ehkäisyyn ja luomaan mahdollisimman kattavat rakenteet uuden epidemian ehkäisemiseksi.

Tartuntatautilanteen seurannan, otanta-tutkimusten ja terveysneuvontapisteiden toimintatilastojen lisäksi, ruiskuhuumeiden käyttäjien tartuntoja ja tartuntariskejä voidaan ymmärtää kuvailemalla terveysneuvonta-toimintaa, keitä se tavoittaa ja millä keinoin.

Amundsenin (2006b) mielestä ruiskujen ja neulojen vaihtotoiminnalle voidaan asettaa tietyt tavoitteet, joiden toteuttamiseksi on etsittävä parhaat mahdolliset toimintamallit ja keinot. Hän ehdottaa ruiskuhuumeiden käyttäjille suunnatun toiminnan tavoitteiksi Hiv – ja HCV- tartuntojen torjunnan, riskikäyttäytymisen – ja välineiden yhteiskäytön vähentämisen, pistämisen frekvenssin vähentämisen ja sillan tarjoamisen hoitopalveluihin. (Amundsen 2006b.)

Kyseenalaistaessaan ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmat ylivoimaisena työkaluna hiv:n ja muiden ruiskuhuumeiden käyttäjille tyypillisten tartuntatautien ehkäisijänä, Amundsen (2006a) toteaa, että tutkimuksissa tulisi kiinnittää enemmän huomiota siihen, mitkä työmuodot vaihto-ohjelmissa ovat tehokkaimpia tartuntatauteja ehkäiseviä toimenpiteitä. (Amundsen 2006a).

Samaa ovat korostaneet Bastos ja Strathdee (2000), jotka huomauttavat, että ruiskujen ja neulojen vaihtoa ja sen vaikutuksia tutkiessa tulisi enemmän määriin tarkastella mitkä rakenteelliset vaihto-ohjelman osat toimivat tartuntariskin vähentämisessä kaikkein tehokkaimmin ja mitkä taas kaikkein heikoimmin (Bastos & Strathdee 2000).

Kansainvälisten vaikuttavuustutkimusten valossa Amundsen (2006b) on oikeassa huomauttaessaan, etteivät ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmat toimi kaikkialla

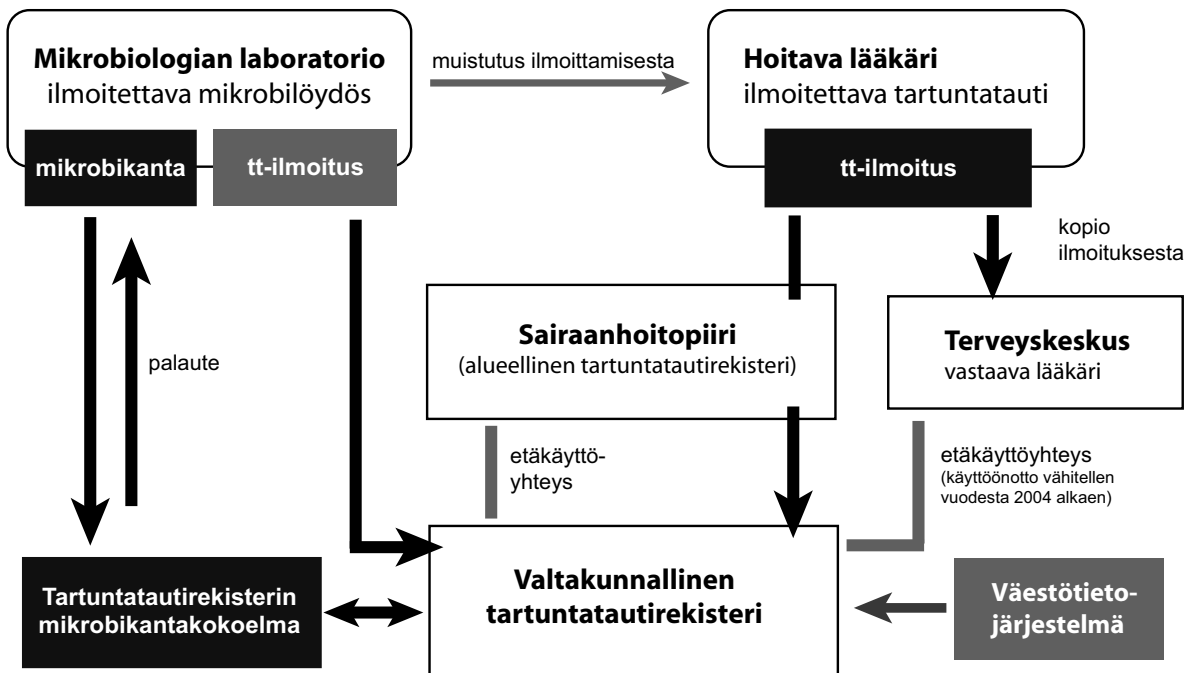
samalla toimintaperiaatteella, vaan niiden sisällöissä on huomattaviakin eroja. Näin ollen ei voida automaattisesti olettaa, että perustettu ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelma on tehokas tietämättä mitä se pitää sisällään, miten palvelukokonaisuutta toteutetaan ja mikä on palvelun sisällön yksittäisten toimenpiteiden vaikutus tartuntariskien vähentämiseen. (Amundsen 2006b.) On mahdollista että terveysneuvonnan muillakin osilla kuin puhtaiden käyttövälineiden tarjoamisella on ollut yhtä merkittävä rooli koko toiminnan onnistumisessa.

Ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelma ei myöskään automaattisesti lähde käyntiin perustamisensa jälkeen. Asiakkaiden saavuttamiseen ja tartuntariskien vähentämiseen saattaa vaikuttaa esimerkiksi pisteen sijainti. Myös Suomessa on kokemuksia siitä kuinka toiminta ei välttämättä saavuta sille asetettuja tavoitteita, jos piste on kaukana, liian näkyvillä, jonkun toisen palvelun yhteydessä tai asiointiin tarvitaan nimi.

3. MENETELMÄT JA TIETOLÄHTEET

Ruiskuhuumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteiden vaikuttavuutta tartuntatauti- ehkäisyssä ja torjunnassa arvioitiin käyttämällä tietopohjana kirjallisuuslähteitä, tartuntatauti- seurantatietoa ja neuvontapisteiden raportoinnin kautta kerättyä toimintatilastotietoa sekä rekisteritutkimuksia joiden avulla on arvioitu huumeidenkäyttäjien määrien muutoksia. Tutkimuksen laajin erillinen empiirisen osuus toteutettiin toimijoiden kvalitatiivisen ja semi- strukturoidun haastattelun kautta.

Kuva 2. Tartuntatauti- sähköinen ilmoitusjärjestelmä



3.1. Tartuntatauti- seuranta

Tartuntatauti- seurannan tavoitteena on tuottaa ajantasaista tietoa tartuntatauti- esiintyvyydestä/vallitsevuudesta ja ilmaantuvuudesta. Seurantatietoja analysoimalla saadaan tietoa erilaisten tarttuvien tautien kansanterveydellisestä merkityksestä jonka perusteella voidaan ohjata sekä ehkäisyyn että hoitoon käytettäviä voimavaroja. Suomessa tartuntatauti-

seurannan alueellinen vastuu on terveyskeskuksilla ja sairaanhoitopiireillä ja valtakunnallinen Kansanterveyslaitoksella. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on kansallinen vastuu terveyspolitiikan ohjaamisessa.

3.1.1. Passiivinen seuranta (tartuntatauti- rekisteri)

Tutkimuksessa käytettiin tartuntatauti- rekisteriin ilmoitettuja tapaustietoja epidemian seurannan indikaattorina. Tartuntatauti- rekisteriä¹⁵ ylläpitää Kansanterveyslaitos ja rekisteriin tietoja ilmoittavat sekä klinisen mikrobiologian laboratoriot että hoitavat lääkärit. Ilmoittaminen perustuu veloitteeseen joka on määritelty tartuntatauti- laissa ja -asetuksessa¹⁶. Ilmoitettavat taudit (ja aiheuttajamikrobit) ja niistä ilmoitettavat lisätiedot on määritelty edellämainituissa

säädöksissä ja niihin liittyissä ohjeissa standardoituin määritelmiin perustuen. Rekisteri on tartuntatauti- seurannan ja epidemiologian muutosten tärkein kansallinen työväline, jonka kautta saadaan ajantasaista tietoa tartuntatauti- ilmaantuvuudesta ja joissakin tapauksissa myös esiintyvyydestä (vallitsevuudesta).

¹⁵ www.ktl.fi/ttr

¹⁶ Tartuntatautilaki ja -asetus

Tartuntatautirekisteriin ilmoitetaan positiiviset tulokset kaikista terveydenhuollossa tehdyistä testeistä suoraan testit tekevästä laboratorioista. Luottamuksellinen ilmoittaminen tapahtuu käyttäen sosiaaliturvatunnusta, joten ilmoitukset voidaan yhdistää tapauksiksi varsin suurella luotettavuusasteella.

Useista tartuntataudeista myös hoitavat lääkärit tekevät erillisiä lääkärin ilmoituksia, taas käyttäen samaa sosiaaliturvatunnusta. Tätä kautta saadaan lisätietoa mm. tartuntataavasta ja -paikasta. Hivistä ja hepatiiteista myös lääkärit tekevät ilmoituksen.

Tartuntatautirekisteriin ilmoitettavat tapaukset kuvaavat tautitaakkaa niiden väestöryhmien keskuudessa jotka terveydenhuolto hyvin tavoittaa. Ruiskuhuumeiden tai käyttövälineiden yhteiskäytön välityksellä tarttuvien tautien kohdalla tämä ei aina toteudu ja lisäksi ne usein ovat pitkään oireettomia jonka kautta osalla tartunnan saaneilla testiin hakeutuminen saattaa viivästyä pitkää, jopa vuosilla. Pahimmassa tapauksessa tämä voi johtaa tilanteeseen jossa epidemia havaitaan vasta pitkään sen käynnistymisen jälkeen. Kroonisen infektioiden kohdalla tämä voi nopeasti johtaa korkean piiloesiintyvyyden syntyyn, mikä johtaa huomattavasti haastavampaan ehkäisy- ja torjuntatehtävään epidemian katkaisemisen kannalta.

Siksi passiivisen, perusterveydenhuollon testauksen rinnalle on järkevää rakentaa anonyymeihin otantatutkimuksiin perustuvaa seurantaa, jonka edellytykset havaita esiintyvyydessä tapahtuvia muutoksia vaikeasti tavoitettavissa ryhmissä on parempi. Jotta tämä toteutuisi, nämä ryhmät on kuitenkin jossakin tavoitettava. Ruiskuhuumeidenkäyttäjien kohdalla terveysneuvontapisteet mahdollistavat tämän.

3.1.2. Kansanterveyslaitoksen tukema matalan kynnyksen testaus

Ruiskuhuumeiden käyttäjien kynnys hakeutua julkisen terveydenhuollon piiriin tartuntatautitestejä varten on usein korkea, johtuen sekä koetusta että mielletystä syrjinnän pelosta. Pelko huumeidenkäytön myöntämisestä ja sen aiheuttamasta mahdollisesta henkilökunnan asenteellisuudesta tai ”rekistereihin” kirjaamisesta yhdistettynä positiivisen tuloksen (esim. hiv-infektion) pelkoon saattavat yhdessä muodostaa voimakkaan henkisen ja käytännön esteen testeihin hakeutumiselle. Sen sijaan nämä seikat eivät ole yhtä voimakkaita ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteissä, sillä huumeiden käyttö koskee niissä kaikkia käyttäjiä, ja myös riskit ovat kaikkien kohdalla samankaltaisia. Tästä syystä terveysneuvontapisteissä tehtävä testaus on tärkeä keino varmistaa ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa tehtävän diagnostisen testauksen tavoitavuus epidemioiden nopeaa tunnistamista varten.

Toinen testeihin liittyvä kynnys on näytteen ottamisen ja tulosten valmistumisen väliin jäävä suhteellisen pitkä odotusaika: hiv-testiä varten otetaan verinäyte joka lähetetään tutkittavaksi usein toisella paikkakunnalla sijaitsevaan kliinisen mikrobiologian laboratorioon. Tulosten valmistuminen ja vastausten saapuminen toimipisteeseen saattaa kestää 1-2 viikkoa, mikä tuntuu asiakkaasta hyvin pitkältä epävarmuuden ajalta. Siksi osa hiv-testissä kävijöistä ei koskaan palaa kuulemaan testin vastausta, ja erityisen suuri riski on ruiskuhuumeiden käyttäjillä, joiden tavoitettavuus voi olla huono.

Kolmas testikynnys ruiskuhuumeiden käyttäjillä liittyy näytetyyppiin: perinteiseen tekniikkaan perustuva hiv-testi tehdään suoniverinäytteestä. Koska ruiskuhuumeiden käyttäjien verisuonet ovat usein pistämisen jäljiltä huonokuntoisia, he eivät mielellään anna ottaa suoniverinäytteitä.

Osaratkaisu tulosviiveisiin ja suoniverinäytteiden laajamittaiseen ottamiseen

on ns. pikatestien tai point-of-care (poc) testien käyttäminen. Näitä testejä voidaan käyttää suoraan toimintapisteessä, ne tehdään sormenpäáverinäyttestä ja ne antavat varman negatiivisen ja alustavan positiivisen tuloksen lyhyessä ajassa (n. 15-20 min jlk). Suomessa käytettävät testit perustuvat koeteltuun lateral-flow teknologiaan ja käytössä oleva testi on sekä kansainvälisissä että kotimaisissa arvioinneissa osoittautunut hyvin luotettavaksi. Vaikka positiivisten pikatestien lopulliseen varmistamiseen tarvitaankin suoniverinäyte ja laboratoriossa tehtävä varmistustesti, kokemus osoittaa että näiden testien hyväksyttävyyden ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa on merkittävästi parempi kuin perinteisten laboratoriossa tehtävien hiv-testien. Kansanterveyslaitos ryhtyi jo 1990-luvun lopulla suosittamaan pika- tai poc-testien käyttämistä ruiskuhuumeidenkäyttäjien testauksessa paremman tavoitettavuuden ja testitulosten nopean viestittämisen takia.

Suomessa kliinisen mikrobiologian testejä saavat tartuntatautiin mukaan tehdä Kansanterveyslaitos sekä toimiluvan omaavat tutkimuslaboratoriot. Luvanvaraisuudella pyritään varmistamaan testauksen korkea laatu. Käytännössä tämä rajoittaa mm. hiv-testien tekemisen rajatulle joukolle keskuslaboratoriotoimijoita. Laki mahdollistaa kuitenkin poc-testien käytön suoraan terveydenhuollon toimipisteessä mikäli testien laadun takeena toimii luvan omaava testilaboratorio joka huolehtii testaajien kouluttamisesta sekä laadun varmistuksesta ja seurannasta.

Kansanterveyslaitos tuottaa tukilaboratorio- ja laadunvalvonta- sekä varmistustoiminnot hiv-pikatestauksessa mm. ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteissä. Kaikki pikatestejä tekevät pisteet ovat saaneet tarvittavaa koulutusta Kansanterveyslaitoksen hiv-yksikössä. Yksikkö koordinoi myös pisteiden laadunvarmistuskierroksia ja testimääriä ja tuloksia. Lisäksi hiv-yksikössä tuotetaan positiivisten tulosten varmistustestit.

3.1.3. Anturiverkosto ja otantatutkimukset

Tartuntatautiin esiintyvyydestä saadaan tietoa myös ruiskuhuumeiden käyttäjien anturiverkoston noin 1-2 vuoden välein toteuttamia ovensuukysely- ja esiintyvyydetutkimuksia. Anturiverkoston tarkoitetaan niitä ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteitä jotka osallistuvat tutkimuksiin Kansanterveyslaitoksen tuella ja ohjauksessa. Otanta- ja esiintyvyydetutkimukset on järjestetty yleensä useammassa terveysneuvontapisteessä noin 2 – 4 viikon aikana. Osallistujamäärät ovat vaihdelleet 150–700 välillä. Osallistujat ovat terveysneuvontapisteiden asiakkaita.

Osallistuja täyttää noin 10 kysymyksen anonyymin kaavakkeen ja luovuttaa sylkinesteenäytteen josta voidaan tutkia Hepatiitti C- ja hiv-vasta-aineet. Molempiin kirjataan sama anonyymi osallistujanumero, mikä mahdollistaa riskitekijöiden vertaamiseen vasta-ainetulokseen. Koska molemmat infektiot ovat kroonisia (hiv kroonistuu 100 % frekvensillä, hepatiitti C noin 30-50 % tapauksista), vasta-ainetulokset kuvaavat sen hetkistä esiintyvyyttä. Tarkaan ottaen kerättävä näyte ei ole sylkeä, vaan ns. ientaskunestettä, joka kerätään tarkoitukseen kehitetyllä keräystikulla (OraSure®). Keräystikku on päällystetty osmoottisesti aktiivisella aineella, jonka kautta tikkuun imeytyy suun sisäpinnan läpi kudospinnoitusta, jonka vasta-ainepitoisuus on paljon sylkeä korkeampi. Keräystikku säilötään osallistujanumerolla merkittyyn näyteastiaan jossa on säilytysnestettä. Tämä mahdollistaa näytteiden säilyttämisen huoneenlämmössä jopa noin 2-3 viikon ajan jonka jälkeenkin niistä voidaan Kansanterveyslaitoksella tutkia hiv- ja Hepatiitti C vasta-aineet. Testi ei ole diagnostinen, ja tuloksia ei anonymisoinnin takia myöskään voida palauttaa osallistujille, mikä tehdään osallistujille selväksi. Tämä on tutkimuksen edustavuuden kannalta oleellista, sillä näin myös ne henkilöt jotka eivät välttämättä ole valmiita saamaan tietoa tartunnastaan voivat osallistua. Tutkimukseen

kehotetaan myös osallistumaan vaikka tietäisi olevansa positiivinen hivin tai hepatiitti C:n suhteen.

Otantaan perustuvien tutkimusten kautta saadaan arvio hiv-infektion ja Hepatiitti C-infektion esiintyvyydestä tutkimukseen osallistuneita vastaavassa kohderyhmässä, jonka arvioidaan olevan hyvin lähellä ruiskuhuumeiden käyttäjiä. Esiintyvyydestä tutkimuksiin liitetyn lyhyen kyselylomakkeen avulla kerätään lisäksi ajankohtaista riskitietoa sekä osallistujien perusedemografiset tiedot.

3.2. Terveysneuvontapisteiden toimintaraportit ja -tilastot

Ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden anturikeskusverkosto kehitti Kansanterveyslaitoksen johdolla vuonna 2001 raportointimallin, jonka perusteella pisteistä ryhdyttiin keräämään toimintaa kuvaavia indikaattoreista vuosittain toiminnan seuraamiseksi ja sen vaikutusten arvioinnin pohjaksi.

Vuoteen 2005 asti nämä toimintatilastot kerättiin manuaalisesti ja niistä raportoititiin verkoston jäsenille ja mm. EMCDDA:lle tärkeimmät indikaattoritiedot.

Vuodesta 2006 lähtien tiedot kerätään Kansanterveyslaitoksen kehittämän sähköisen raportointilomakkeen kautta¹⁷. Tämä mahdollistaa tietojen sisällön aiempaa paremman yhteismitallisuuden ja nopeamman keräämisen.

Toimintaa kuvaaviin indikaattoreihin kuuluvat mm. tiedot asiakasmäärästä, käyntimäärästä, annetuista ja palautetuista pistovälinemäärästä, vaihtojen periaatteista, aukioloajoista, tehdyistä HIV- ja HCV-testeistä, annetuista HBV ja HAV rokotteista ja vuodesta 2007 myös voimavaroista.

3.3. Arviot huumeiden ongelmakäyttäjien määrästä

Vuonna 1997 STAKES, Kansanterveyslaitos ja sisäasiainministeriö käynnistivät yhteishankkeen huumeiden ongelmakäytön laajuuden arvioimiseksi tilastollisesti ns. capture-recapture menetelmällä huumehaittoja kuvaavien rekisteritietojen avulla (Partanen 1997). Menetelmässä käytetään Kansanterveyslaitoksen Tartuntatautirekisteriä (TTR), sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO), poliisiasian tietojärjestelmää (PATJA) sekä huumaantuneena ajaneiden rekisteriä (HULAVA).

Ongelmakäyttö on arvioinnissa määritelty amfetamiinien tai opiaattien käytöksi, joka on aiheuttanut käyttäjälle sellaisia sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja, joiden perusteella viranomaiset ovat puuttuneet asiaan tavalla tai toisella, mikä käy ilmi viranomaisrekistereistä.. Ensimmäisen kerran arvio koski vuotta 1995 ja vain pääkaupunkiseutua (Partanen 1997). Vuodesta 1997 lähtien tiedot koottiin koko maasta ja vuodesta 1998 lähtien tiedot kirjattiin myös alueellisesti (Seppälä & al. 1999; Partanen & al. 2000; Partanen & al. 2001). Viimeisimmät arviot on toteutettu vuonna 2005.

Rekistereissä olevien havaittujen tapausten ja eri rekisterien päällekkäisten tapausten perusteella on laadittu matemaattinen malli, jolla voidaan arvioida tilastollisesti niiden huumeiden ongelmakäyttäjien määrää, joita ei ole kirjattu mihinkään näistä rekistereistä (Cormack 1989). Tämän arvion ja rekisterien sisältämien tapausten summana saadaan arviot ongelmakäyttäjien kokonaismäärästä. Kokonaisarviot esitetään luottamusväleinä, joiden sisään ongelmakäyttäjien kokonaismäärät sijoittuvat 95 prosentin todennäköisyydellä (Partanen 1999).

3.4. Kvalitatiivinen haastattelututkimus

Tässä raportissa kuvatus arviointitutkimuksen kvalitatiivinen osuus muodostaa osan Kansanterveyslaitoksen koordinoimaa

¹⁷ Tämän sivun lyhytosoite: <http://www.ktl.fi/portal/9827> Päivitetty: 24.2.2008

seurantaa ja tutkimusta terveysneuvontatoiminnan roolista ruiskuhuumeiden käyttäjien tartuntariskien ja -tautien vähentämisessä. Tutkimuksen haastatteluosuuden tavoitteena oli selvittää terveysneuvontapisteiden työntekijöiden näkemyksiä työstään, sen vaikutuksista ja merkityksestä ruiskuhuumeita käyttävien asiakkaiden tartuntariskien hallinnassa. Haastattelut koostuivat työntekijöiden kuvauksista omasta roolistaan riskienhallinnan suunnittelussa ja tarjonnassa sekä asiakkaiden vastaanottavuudesta ja viestien konkretisoitumisesta huumeiden käyttäjien elämässä.

Kvalitatiivinen aineisto koostuu yhdentoista terveysneuvontapisteen henkilökunnalle tehdyistä haastatteluista. Mukaan pyrittiin saamaan asiakasmäärältään ja aukioloajoiltaan erikokoisia pisteitä ympäri Suomea. Vaativan haastattelututkimuksen vuoksi kaikissa Suomen terveysneuvontapisteissä ei ollut mahdollista käydä, mutta mukaan päätettiin ottaa toimintansa eri vaiheissa olevia pisteistä joiden toiminta oli kuitenkin vakiintunut viimeistään vuonna 2006. Mukaan pyrittiin saamaan pisteitä paikkakunnilta joissa oli yli 100.000 asukasta, 50.000 – 100.000 asukasta ja niiltä joiden asukasluku oli alle 50.000. Haastatteluja tehtiin kaiken kaikkiaan yksitoista kappaletta ja ne toteutettiin touko-, kesä- ja heinäkuun aikana 2007. Vuonna 2007 terveysneuvontaa sai noin 35 paikkakunnalta, joten haastatteluihin osallistui noin kolmasosa terveysneuvontapisteistä. Haastatteluihin osallistui useimmiten terveysneuvontapisteen vastuuhenkilö tai – henkilöt.

Haastatteluaineiston keruu suoritettiin kvalitatiivisilla syvähaastatteluilla, joiden tarkoituksena oli perehtyä terveysneuvontapisteiden henkilökunnan kertomuksiin ja näkemyksiin työstään ja sen vaikutuksista. Tavoitteena oli kuvaila laajan perustoimintoihin keskittyvän kysymys- ja teemapatteriston kautta minkälaista terveysneuvontaa on. Haastattelut kestivät noin kahdesta tunnista aina lähes neljään tuntiin saakka ja haastatteluaineistoa kertyi kaiken

kaikkiaan yli 25 tuntia. Haastatteluiden avulla oli mahdollista koota sellaista tietoa, jonka kerääminen tai mittaaminen muulla tavalla olisi ollut haastavaa tai mahdotonta. Pääsääntöisesti kysymykset olivat puolistrukturoituja, toisten kysymysten ollen enemmän kyllä/ei-tyyppisiä ja toisten omia kokemuksia ja pohdintaa korostavia. Kaikkien kysymysten tarkoitus oli kannustaa vastaajia laajempaan pohdintaan ja keskusteluun esimerkiksi terveysneuvonnan kehityksestä, asiakaskunnassa tapahtuneista muutoksista ja työn tulevaisuudesta. Haastatelluille pyrittiin antamaan tilaa kertoa itse tärkeäksi näkemistään asioista ja haastattelu oli monin paikoin keskustelun omaista, jossa tapahtumat ja ilmiöt kietoutuivat toisiinsa. Haastattelut olivat suurelta osin kertomuksellisia, jossa aiheita ja ilmiöitä lähestyttiin esimerkkien ja kertomusten muodossa, joissa oli selvästi erotettavissa tietty kehityskaari.

Aineiston analyysi oli luonteeltaan aineistolähtöistä ja induktiivista, yksittäisistä havainnoista yleiseen ilmiön ymmärtämiseen etenevää. Aineistolähtöinen analyysi on tarpeellista varsinkin silloin, kun tarvitaan perustietoa jonkin tietyn ilmiön olemuksesta, tässä tapauksessa suomalaisesta terveysneuvontatoiminnasta. (Eskola & Suoranta 1998) Nauhoitettujen haastatteluiden puhtaaksi kirjoittaminen aloitettiin jo haastattelijakson aikana jotta myöhempien haastatteluiden painopistettä oli mahdollista tarkistaa. Kaikki haastattelut kirjoitettiin sanatarkasti puhtaaksi ja sisältö järjestettiin haastatteluissa käsiteltyjen teemojen mukaan. Aineisto jaettiin karkeasti haastatteluista esiin nousseiden pääaihepiirien mukaan, joita olivat terveysneuvonta työnä, suhde toimintaan läheisesti vaikuttaviin palveluihin, suomalaisen terveysneuvonnan kehitys, terveysneuvontapisteiden palvelut ja niiden käyttäminen, asiakkaat, huumeet, riskit ja tartunnat. Aineistosta nousi esiin selkeä kahtiajako käsitellyissä teemoissa: toimintaan sisältä - ja ulkoapäin vaikuttavat tekijät.

Ulkopuolelta toimintaa määritteleviä tekijöitä olivat terveysneuvontatoiminnan suhteet ja

käsitykset sen roolista osana terveyspalveluita ja päihdepalveluita. Toimintaan vaikuttivat rahoittajien ja hallinnon käsitykset ja sitä kautta toimintaan sijoitetut resurssit. Tiedon kulkuun ylöspäin, toiminnan arvostukseen ja sen ymmärtämiseen vaikutti ensinnäkin media, jonka käsitykset saattoivat vaikuttaa rahoituksen saamiseen, mikäli ylemmällä tasolla ei ollut omakohtaista tietoa käytännön toiminnasta. Toiminnalle annettu merkitys ja käytännössä sille suunnattu rahoitus vaikutti edelleen asiakastyöhön. Ylhäältäpäin toiminnalle asetetut toimintapuitteet vaikuttivat osaltaan pisteen tiloihin, sijaintiin, aukioloaikoihin, jotka taas vaikuttivat asiakkaiden saavuttamiseen ja kanssakäymisen tasoon.

Sisäisesti, eli itse käytännön työstä nousevat toimintaa määrittelevät seikat koskivat asiakkaita. Asiakkaiden tarpeet, toiveet, huumeiden käyttö ja elämäntilanne, olemisen tapa sekä keskinäinen kanssakäynti heidän kanssaan, määrittivät suurimman osan käytännön työstä. Toiminnan puitteita määrittivät erilaiset asiakkaille annetut palvelut, niiden kysyntä, tarpeellisuus ja niihin laitettut resurssit.

Joidenkin selkeiden puolesta/vastaan - kysymysten kohdalla lainauksia on pyritty saamaan molemmista näkökulmista, kun taas kysymyksiin ja teemoihin joissa selkeän vastauksen sijasta haastatellut pohtivat aihetta laajemmin, on valittu osuvimpia tai kattavimpia lainauksia. Tekstissä esiintyvät poiminnot haastatteluista ovat suoria lainauksia haastateltujen puheesta. Suomen terveysneuvontapisteiden jokseenkin rajallisesta lukumäärästä ja pienestä henkilökunnan määrästä johtuen, haastatteluista otetuissa lainauksissa ei anonyymiyden säilyttämisen vuoksi mainita ikää, sukupuolta tai paikkakuntaa. Haastateltujen taustatietoja on kerrottu vain siinä määrin kuin tarpeellista.

Haastateltujen joukko (n=13) koostui yhdestätoista naisesta ja kahdesta miehestä. Iät jakaantuivat 27 ja 56 – vuoden väliin, keskiarvon ollessa 42 vuotta. Työkokemusta

terveysneuvontatyöstä oli yhden - ja yhdentoista vuoden väliltä, keskimäärin työssä oltiin oltu viisi ja puoli vuotta. Koulutustaustaltaan suurin osa oli terveyden- tai sosiaalihuollon ammattilaisia. Useimmin mainittu koulutus oli sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, joukossa oli myös sosionomeja sekä niitä joilla oli sekä terveyden- että sosiaalialan koulutus. Kaikilla haastatelluilla oli terveyden -, sosiaali-, nuoriso-, diakonia- tai päihdealan koulutuksellista taustaa. Lähes kaikissa pisteissä oli henkilökuntaa sekä sosiaali- että terveydenhuoltoalalta, useimmiten sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia sekä sosionomeja ja sosiaalityöntekijöitä. Joissain pisteissä työskenteli myös entisiä tai nykyisiä huumeiden käyttäjiä. Pisteiden henkilökunta koostui monesti sekä sosiaali- että terveydenalan työntekijöistä, joiden rinnakkain toimiminen vaikuttaa olevan yhä yleisempää.

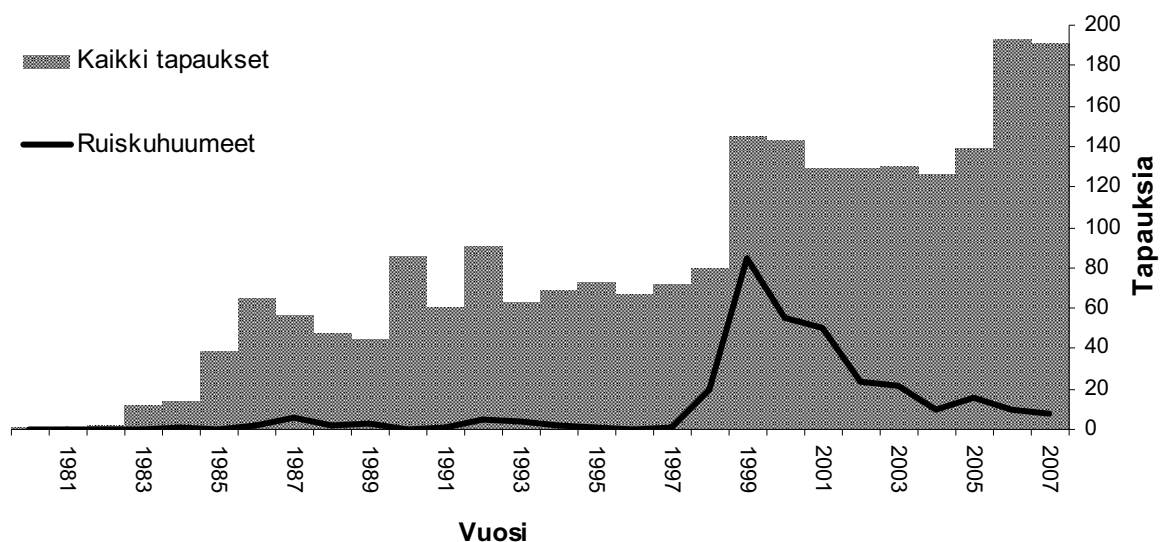
4. TULOKSET

4.1. Tartuntatautiriskien kehittyminen

Tässä arviointitutkimuksen osiossa tarkastellaan Kansanterveyslaitoksen ylläpitämän tartuntatautien seurantajärjestelmän eri osioiden tuottamaa vakioitua tietoa ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvien tärkeimpien tartuntatautien epidemiologian kehittymisestä.

Yhteenvedon voidaan todeta, että uutena todettujen Hiv-infektioiden, sekä B- ja C-hepatiitti-tapausten määrä ruiskuhuumeita käyttävien joukossa, on 2000-luvun alun jälkeen laskenut tai pysynyt alhaisella tasolla. A-hepatiittivirus aiheutti vielä ennen ruiskuhuumeiden käyttäjien rokotusten liittämistä yleiseen rokotusohjelmaan 2000-luvun alussa epidemioita käyttäjien keskuudessa, mutta HAV on tämän jälkeen taas harvinaistunut.

Kuva 3. Vuosittain todetut uudet HIV tapaukset ja tapaukset ruiskuhuumeiden käyttäjillä (TTR, KTL)



4.1.1. HIV-epidemian kehittyminen vuoden 1998 jälkeen

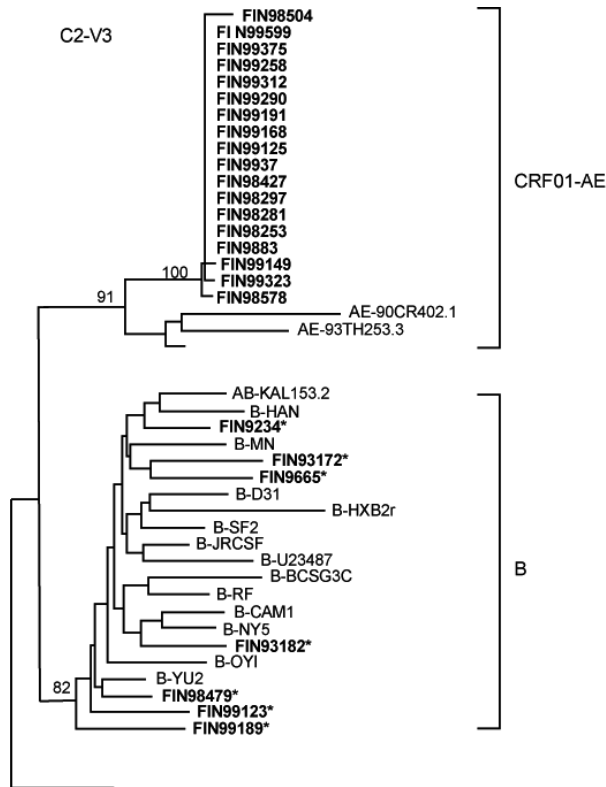
Syksyyn 2007 mennessä Suomessa oli todettu 324 ruiskuhuumeiden välityksellä saatua hiv-tartuntaa. Näistä valtaosa, yli 95 %, kuuluu samaan, vuonna 1998 puhjenneseen epidemiaan joka alkoi pääkaupunkiseudulta, mutta johon liittyviä tapauksia todettiin myös muualta Suomesta.

Ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvä epidemia sai alkunsa ennen kuin ruiskuhuumeidenkäyttäjille sunnattuja terveysneuvonta- ja pistovälineidenvaihtopalveluja oli Suomessa laajamittaisesti käytössä. Hiv-epidemiaa olivat edeltäneet useat hepatiitti B ja A-epidemat samassa kohderyhmässä, jossa hepatiitti C-infektio oli myös osoittautunut yleiseksi.

Hiv-epidemian tarkempi tutkiminen mm. tarkoin geenityypitystekniikoin osoitti jo aikaisessa vaiheessa että epidemia oli sekä tuore että Suomessa aiemmin tässä ryhmässä harvinaisen virustyyppin synnyttämä (Liitsola ym. 2000). Ennen vuonna 1998 puhjennutta epidemiaa, Suomessa esiintyneet noin 20 tapausta eivät taustatietojen perusteella

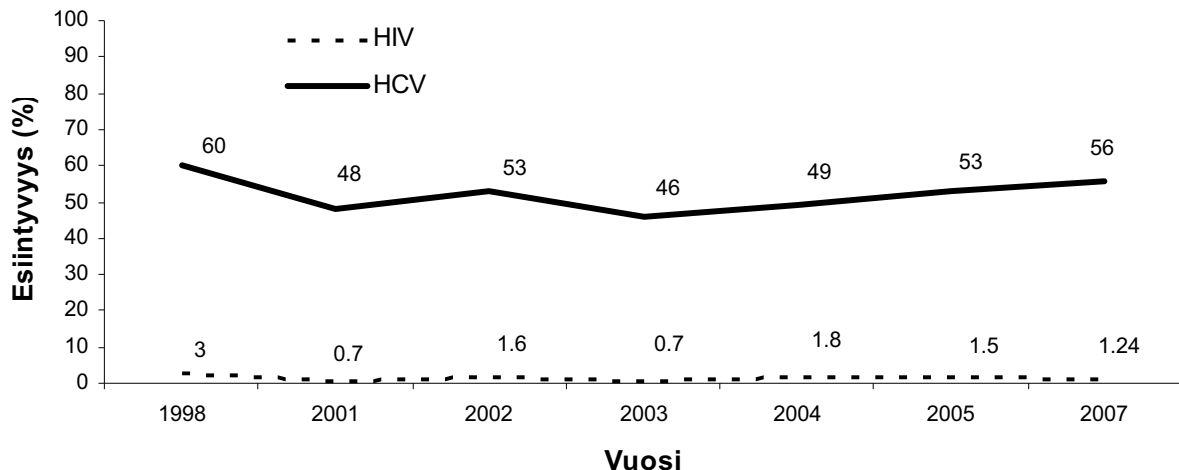
liittyneet toisiinsa, ja ne kuuluivat hiv:n alatyypin B joka on muualla Euroopassa yleinen ruiskuhuumeiden käyttäjillä (kuva 4:

tähdellä merkityt tapaukset). Tämä tuki usean tapauksen kohdalla tietoa ulkomailta saadusta tartunnasta. Aikaisten tapausten välinen geneettinen ero oli myös suuri, joka vahvistaa käsitystä eri tartuntaketjuihin kuulumisesta.



Kuva 4. Ruiskuhuumeisiin liittyneiden tapausten virustyypin sukupuu

Kuva 5. Hepatiitti C- ja hiv-infektion esiintyvyys ovensuututkimuksissa



Vuonna 1998 puhjenneessa epidemiassa tilanne oli toinen: tapauksilla oli sekä ajallinen että paikallinen yhteys toisiinsa ja virusten tyyppitys osoitti kyseessä olevan Suomessa suhteellisen harvinaisesta CRF01-AE alatyypin viruskannasta. Virustyyppi on yleinen Kaakkois-Aasiassa, mutta harvinainen muualla Euroopassa ruiskuhuumeiden käyttäjillä.

Tapausten välinen hyvin pieni geneettinen ero tuki nopeasti syntynyttä tartuntaketjua, tukien vahvasti yhteiskäytön kautta tapahtunutta epidemian syntymistä. Kuvan sukupuussa ruiskuhuumeiden käyttöön liittynyt epidemia muodostaa tiukan ryvästymän. Suomalaiset tapaukset on merkitty ”FIN” -etuliitteellä. Numero-sarjan kaksi ensimmäistä numeroa viittaavat toteamisvuoteen.

Kansanterveyslaitoksen koordinoimien, noin yhden vuoden välein toteutettavien anonyymien esiintyvyystudkimusten avulla hiv- ja HCV-infektioiden esiintyvyyttä ruiskuhuumeiden käyttäjillä pyritään arviomaan tavalla joka tavoittaa myös ne tapaukset jotka eivät hakeudu diagnostiseen testaukseen.

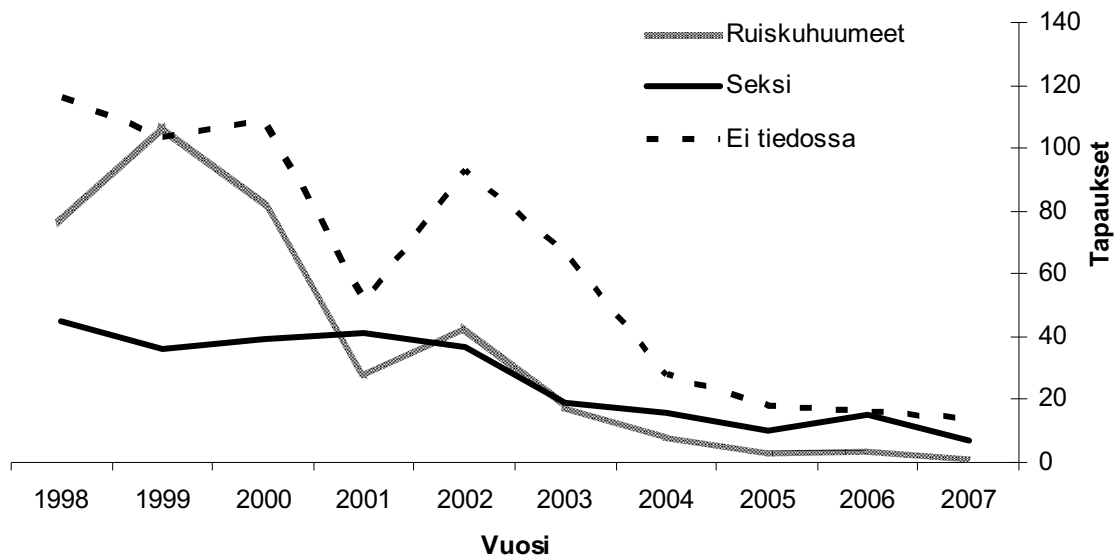
Esiintyvyystudkimukset osoittavat että Suomessa hiv:n esiintyvyys ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa on vuoden 1999 epidemiasta riippumatta pysytellyt noin 1-2 prosentissa, mikä on kansainvälisesti vertailussa erittäin matala taso (EMCDDA

2006). Vuoden 2005 arvion mukaan hiv:n esiintyvyys ruiskuhuumeiden käyttäjillä Suomessa oli noin 1,4 prosenttia (0,5–3,2 %, CI 95 %) ja ennakotiedot vuodelta 2007 ovat samansuuntaisia.

Vuosien 1998–2003 aikana tartuntatauti-rekisteriin ilmoitetuista suonensisäiseen käyttöön liittyvistä hiv-tapauksista peräti noin 84 prosenttia raportoitiin pääkaupunkiseudulta (Kivelä ym. 2006; Tartuntatauti-rekisteri).

Hiv-tartunnan saaneiden ruiskuhuumeiden käyttäjien taustoja selvittänyt tutkimus (Kivelä ym. 2006) osoitti, että valtaosa epidemiaan liittyneistä tapauksista keskittyi tietyille maantieteellisille alueille ja tartunnan saaneet olivat huono-osaisia ja erittäin syrjäytyneitä. Epidemia rajautui lähes täysin pääkaupunkiseudulle ja aivan erityisesti Helsinkiin.

Kuva 6. Suomessa vuosittain todetut akuutit B-hepatiitit



Tartunnan saaneet olivat käyttäneet huumeita suonensisäisesti yli kymmenen vuotta ja heidän pääpäähteensä oli amfetamiini (yli 70 %). Tartunnan saaneet olivat keski-ikältään 32-vuotiaita, miehiä (72 %) asunnottomia (66 %), vankilataustaisia (75 %) ja psykiatrisessa

sairaalahoitossa olleita (41 %). (Kivelä ym. 2006.)

Epidemia hidastui pian ehkäisytöiden käynnistämisen ja laajentamisen jälkeen. Uusien hiv-infektioiden määrä on pysynyt matalalla ja uusien tartuntojen vuosittaiset määrät vaihtelevat muutamista tapauksista muutamiin kymmeneen.

Terveysneuvontapisteiden lisääntyminen ja niissä tapahtuva käyttövälineiden vaihto, testaus ja neuvonta ovat osaltaan myötävaikuttaneet uusien tartuntojen löytämiseen ja ehkäisyyn.

4.1.2. Hepatiitti B (HBV)

Ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa B-hepatiittivirus (HBV) -tartunnat ovat vähentyneet voimakkaasti viime vuosina, todennäköisesti kattavasti toteutetun rokotusohjelman ansiosta.

Voidaan myös olettaa käyttövälineiden vaihtamisen rajoittaneen tartuntojen leviämistä. Hepatiitti B-tapausten laskua tukee myös uusien hepatiitti C-tapausten väheneminen, jossa lasku on havaittavissa erityisesti nuorten, 15–19-vuotiaitten keskuudessa. Suotuisan tilanteen

ylläpitämiseksi on riskiryhmien rokottamisessa edelleen pyrittävä mahdollisimman suureen kattavuuteen molempien (hepatiitti A ja - B) rokotteiden kohdalla. (KTL suosituksia).

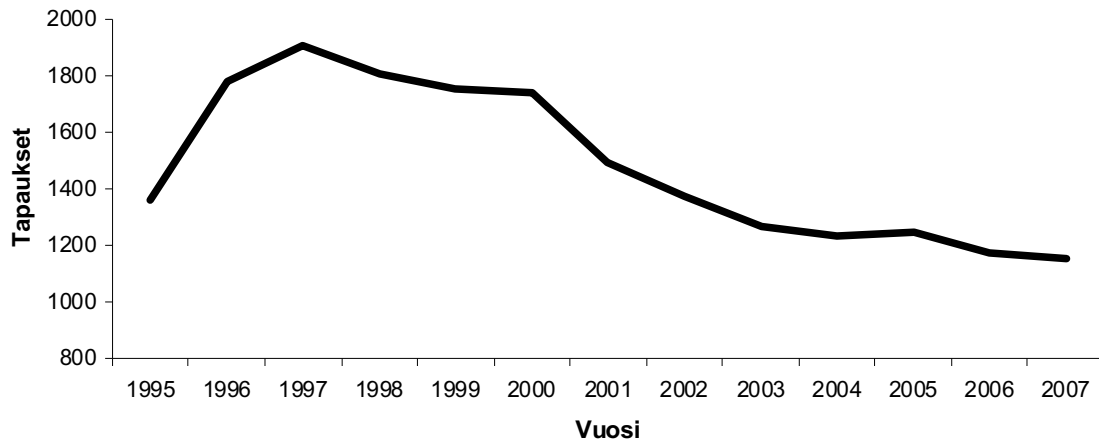
4.1.3. Hepatiitti C (HCV)

Hepatiitti C-viruksen ylivoimaisesti tärkein tartuntareitti on verikontakti, ja sen toteamiseen käytettävien anti-HCV-vasta-aineiden esiintyvyys ruiskuhuumeiden käyttäjillä on yleisesti ottaen korkea.

Suomessa levinneisyysaste ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa arvellaan olevan alle 40 prosenttia (EMCDDA 2006, 78.), vaikkakin vuosittain järjestettävien ovensuukyselyiden perusteella esiintyvyys on korkeampi, noin 50–70 prosenttia.

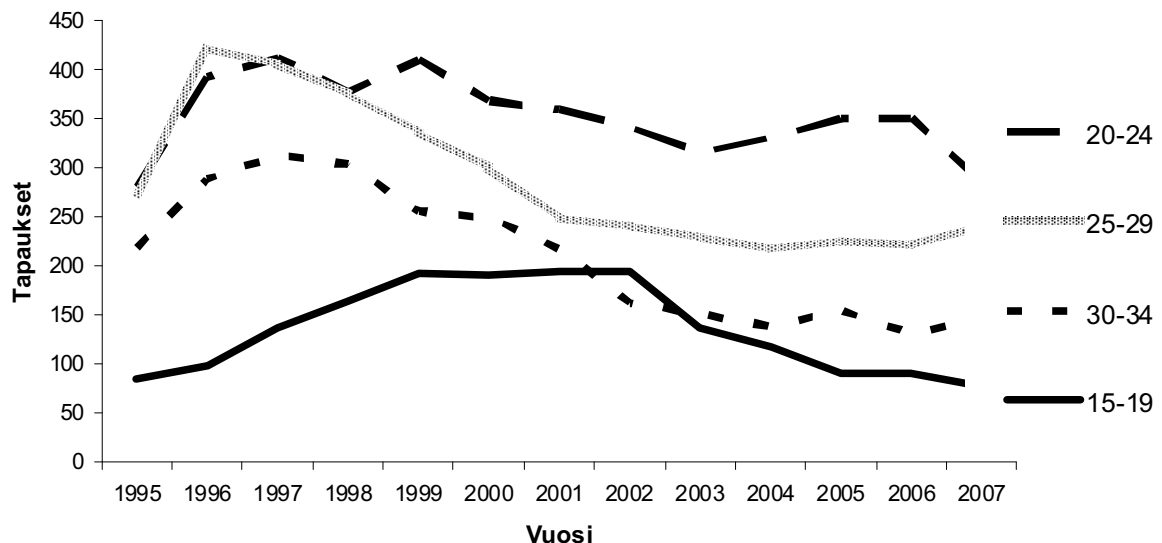
HCV-infektion diagnostiikka on haastavaa, sillä tuoreiden infektioiden erottamiseen vuosia aiemmin saaduista tartunnoista ei ole olemassa luotettavia laboratoriotestejä. Siksi merkittävä, mutta tarkemmin tuntematon osa tartunnoista ei kuvasta nykyistä epidemiaa tai tartuntariskejä, vaan tilannetta joka oli vallitseva vuosia aiemmin. Hepatiitti C-infektioiden

Kuva 7. Vuosittain todetut Hepatiitti C-tapaukset



Kuva 8. Uudet Hepatiitti C-tapaukset ikäryhmittäin

todellista ilmaantuvuutta ja sen muutoksien syitä onkin tästä syystä vaikeaa seurata



sellaisissa ikäryhmissä joilla käyttöhistoria voi olla pitkä. Koska huumeiden käyttö tiettävästi usein aloitetaan varsin nuorena, nuorimmat tartunnan saaneiden ikäryhmät todennäköisesti kuvastavat parhaiten epidemian ja tartuntariskien kehittymistä kuin kokonaisluvut.

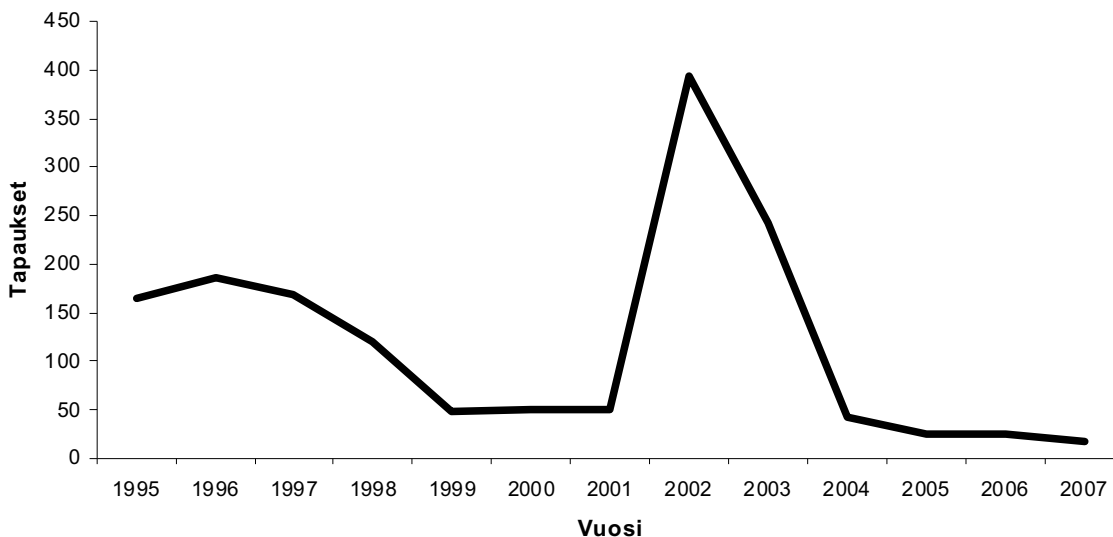
Riippumatta siitä että Hepatiitti C infektion seuranassa vuosittain uusina todettavat tapaukset ovat yhdistelmä sekä aiempien vuosien että hiljattain saatuja tartuntoja, vuosittain todetut kokonaistapausmäärät ovat vähitellen laskeneet huippuvuosista. lähes puoleen huippuvuoden 1997 määrästä.

Tarkasteltaessa tapausmääriä ikäryhmittäin, havaitaan että viimeisten vuosien aikana suurin lasku on tapahtunut nuorimmassa, 15-19 vuotiatten ikäryhmässä.

4.1.4. Hepatiitti A (HAV)

Hepatiitti A infektion ajateltiin pitkään leviävän ja tarttuvan vain vesi- ja elintarviketeitse ulosteperäisen saastumisen kautta. 1990-luvun lopulla ja 200-luvulla kuitenkin osoittautui että tartuntoja esiintyy suhteellisen yleisesti myös ruiskuhuumeita käyttävillä, ja myös sellaisissa maissa jossa A-hepatiitti-infektio on väestössä muuten jo harvinainen tai lähes kokonaan hävinnyt.

Kuva 9. Vuosittain tartuntatautirekisteriin ilmoitetut Hepatiitti A tapaukset



Tämä antoi aiheen epäillä että tartunta voisi tapahtua paitsi fekaali-oraali reittiä, myös verivälitteisesti tai peräti huume-erien kontaminaation kautta. Todennäköisesti sekä huono hygienia että uudet tartuntatavat vaikuttavat ainakin osalla ruiskuhuumeita käyttävillä A-hepatiitti-infektion riskin lisääntymiseen. Vaikka tarkkaa tartuntareittiä ei ole yksiselitteisesti pystytty todentamaan, assosiaatio ruiskuhuumeiden käyttöön on kuitenkin hyvin vahva.

Tämänkaltaisia epidemioita on myös kuvattu Suomessa, niistä ensimmäinen pääkaupunkiseudulla vuosina 1994-1995 (Leino et al. 1997). Uusia epidemioita ja tavanomaista korkeampia vuosittain todettavia tapausmääriä esiintyi 2000-luvun alkuun asti, niistä suurin vuosina 2001-2003.

Epidemioiden johdosta A-hepatiittirokotusten antamista terveysneuvontapisteissä tehostettiin alueellisesti vuonna 2002 ja vuonna 2004 A-hepatiittirokotukset riskiryhmälle tulivat yleisen rokotusohjelman osaksi. B-hepatiittirokotuksia on annettu terveysneuvontapisteistä jo vuodesta 1997 ja ne tulivat yleisen rokotusohjelman osaksi vuonna 1998.

Kansanterveyslaitos suosittelee (2005) yleisen rokotusohjelman osana, että maksuttomat A- ja B-hepatiittirokotukset annetaan ruiskuhuumeiden käyttäjille, heidän

seksikumppaneilleen ja samassa taloudessa asuville henkilöille. Erityisen tärkeää on rokottaa ruiskuhomeita käyttävien vanhempien vastasyntyneet lapset. (Hepatiittirokotukset yleisen rokotusohjelman osana.) Myös vankiloissa on pyritty helpottamaan rokotteen saantia ja siten edistämään tartunnan ehkäisyä vankien ja entisten vankien keskuudessa. (Leinikki 2003a, 188–189.)

4.1.5. Terveysneuvontapisteiden toiminnan kehitys ja toimintaindikaattorit

Terveysneuvontapisteiden toiminnan kehitystä on seurattu vuodesta 2001 vuosittaisen toimintaraportoinnin kautta. Raportointia on koordinoitunut A-klinikkasäätiö, STAKES ja KTL yhdessä, mutta vuonna 2006 otettiin käyttöön uusi, osoittimien suhteen paremmin standardoitu sähköinen raportointimalli.

Ennen vuotta 2006 parhaiten keskenään verrannollisia pisteiden raportointiluvuissa ovat asiakkaiden määrät, käyntien määrät sekä vaihdettujen pistovälineiden (ruiskut, neulat) määrät.

Kaikki toiminnalliset indikaattorit ovat koko terveysneuvontatoiminnan aikana kasvaneet, joskin asiakas- ja käyntimäärissä on havaittavissa jonkinasteista tasaantumista viimeisten vuosien aikana. Pistovälineiden vaihtomäärät ovat kasvaneet suhteessa kaikkein voimakkaimmin mutta palaututusprosentti on samanaikaisesti pysynyt korkeana, selvästi yli 95% pistovälineitä palautuu neuvontapisteisiin joka vuosi.

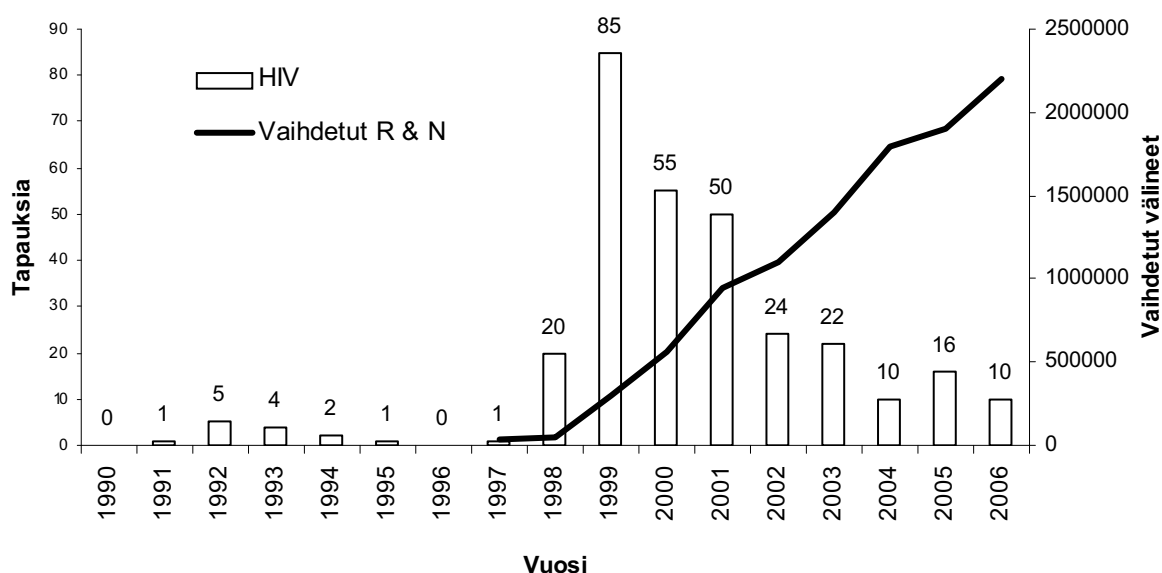
Vaihdon kasvu (kuten myös muut indikaattorit) korreloivat vahvasti negatiivisesti hiv-epidemian laantumisen kanssa vuoden 1999 jälkeen.

Taulukko 2. Terveysneuvontapisteiden asiakas- ja käyntimäärien sekä pistovälineiden vaihdon kehitys

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
TN-pisteiden lukumäärä	12	18	22	24	24	30+	30+
Asiakkaat	4 800	8400	9 300	9 300	10400	11 800	~ 12 000
Käynnit	32 900	44 500	55 300	70 600	83 400	80 500	~ 90 000
Vaihdetut pistovälineet	564 500	950 500	1,1 mil.	1,4 mil.	1,8 mil.	1,9 mil.	~ 2.2 mil.

*ennakkotiedot

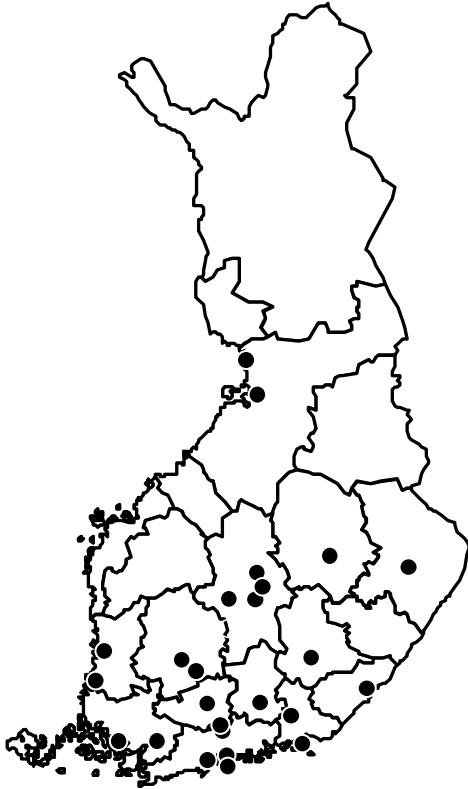
Kuva 10. Terveysneuvontapisteissä vaihdetut ruiskut ja neulat sekä ruiskuhomeiden käyttöön liittyvät hiv-tapaukset



Vuoden 2006 lopulla ruiskuhomeiden

käyttäjille suunnattua terveysneuvontaa oli tarjolla lähes kolmellakymmenellä paikkakunnalla joista osassa on useita toimintapisteitä.

Kuva 11. Ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden alueellinen sijoittuminen



Terveysneuvontaa ja siihen liittyviä tartuntariskien vähentämispalveluita on osittain tai kokonaan kuntien rahoittamana tarjolla kaikissa yli 100.000 asukkaan kunnissa, eli Helsingin, Espoon, Vantaan, Turun, Tampereen ja Oulun kaupungeissa, ja useimmissa 50.000 – 100.000 asukkaan kunnissa, poislukien Lappeenrannan ja Vaasan kaupungit. Lisäksi terveysneuvontapisteitä on useassa pienemmän väkiluvun kunnassa.

Selvimmän palvelut puuttuvat Lapista, Ahvenanmaalta sekä Keski-Pohjanmaalta. Myöskään Kainuussa ei palveluita ole tarjolla.

Terveysneuvontapisteiden toiminta-alue tavoittaa kuntien vuoden 2005 asukasluvun mukaan arvioituna n. 2.3 milj. henkeä vastaten 44 % väestöstä. Vuoden 2005 kokonaiskäyntitilastojen (11.800 eri asiakasta)

ja saman vuoden ongelma-käyttäjien määrän uusimman arvion mukaan (14.500 – 19.100) terveysneuvonta tavoittaa noin 60 – 80 % ongelmakäyttäjistä. Sama tai jopa parempi suhde säilyy tarkasteltaessa pääkaupunkiseudun lukuja erikseen (9315 asiakasta v. 2005 ja 5100 – 8200 ongelmakäyttäjää). Koska jopa 20 % asiakkaista asioi useassa pisteessä, voidaan konservatiivisesti arvioida että n. 80 % ongelmakäyttäjistä tavoitetaan.

Tartuntatautien diagnostisen testauksen suhteen tilastoidut tiedot ovat samanarvoisia vasta vuoden 2006 seurantatiedoissa. Hiv testejä tehtiin 1409 ja HCV-testejä 582 kpl. Hiv-testeistä 1091 olivat pikatestejä ja 318 tehtiin suoniverinäytteestä erillisessä laboratoriossa. Testejä ei tehty lainkaan seitsemässä terveysneuvontapisteessä.

Muita testejä joita useat testausta tekevät pisteet vuonna 2006 tarjosivat asiakkailleen olivat HAV ja HBV-testit, klamydia-, tippuri- ja raskaustestit. Yksi piste tarjosi myös maksarvojen seuranta.

Rokotuksia annettiin vuoden 2006 toimintatilastoraporttien mukaan yhteensä seuraavasti:

Taulukko 3. TN-pisteissä vuonna 2006 annetut rokote-annokset

annos\rokote*	HAV-R	HBV-R	HAB-R
I	445	269	421
II	234	95	234
III	n.a.	116	136
yhteensä:	679	480	791

HAV-R: Hepatiitti-A rokote, HBV-R: Hepatiitti-B rokote, HAB-R: Hepatiitti A ja B yhdistelmärokote.

Kaiken kaikkiaan hepatiittirokote-annoksia annettiin 1950 kpl, jossa kasvua edellisvuoteen 3 %. Yhdistelmärokotteen (HAB) käytön lisäys oli lähes 200 % ja vastaavasti erillisten rokotteiden käyttö väheni.

Vuonna 2006 Terveysneuvontapisteiden kautta jaettiin 58.991 kondomia. Vuoteen 2005 verrattuna määrä kasvoi lähes 50 %.

4.2. Terveysneuvontapisteiden toiminta

Tämä osio käsittelee terveysneuvontapisteissä tehdyn kvalitatiivisen haastattelututkimuksen tuloksia (haastatteluinstrumentti kuvattu liitteessä 8.1.).

4.2.1. Näkemyksiä terveysneuvontatoiminnasta

Seuraavassa tarkastellaan työntekijöiden itsensä kuvaamia tarinoita ja kokemuksia terveysneuvontatyön arjesta, luonteesta ja sen merkityksellisyydestä. Toiminnan rakentumiseen ja vakiintumiseen vaikuttaneita seikkoja löytyy niistä puitteista missä itse toiminta on käynnistetty sekä asiakaskunnasta. Toiminnan rakentuminen ja sen olemus näkyy jokapäiväisissä asiakaskohtaamisissa. Terveysneuvontatyön periaatteina voidaan pitää samoja tavoitteita kuin etsivässä kenttätyössä ja vaikeasti tavoitettavia ryhmiä lähestyessä. Näitä ovat jatkuvuus, luotettavuus, joustavuus, lähestyttävyyttä/saavutettavuus, ymmärrettävyys ja vapaaehtoisuus (Svensson 2003).

4.2.1.1. Toiminnan onnistumiseen vaikuttaneet seikat

Suomalaista terveysneuvontatoimintaa pidetään onnistuneena toimintona ruiskuhuumeiden käyttäjien tartuntatautien ehkäisyssä. Haastatteluihin osallistuneita terveysneuvontapisteiden työntekijöitä pyydettiin pohtimaan mitkä seikat ovat heidän mielestään vaikuttaneet toiminnan onnistumiseen ja minkälaisilla indikaattoreilla onnistumista voitiin heidän mielestään kuvata. Luottamuksen sanottiin vaikuttaneen eniten toiminnan onnistumiseen. Luottamus oli tullut ensinnäkin päättäjien taholta, jotka olivat alun perin uskaltaneet suunnitella ja käynnistää terveysneuvontatoiminnan. Luottamus oli tullut myös henkilökunnalta, joka uskalsi - ja edelleen uskaltaa lähteä toteuttamaan terveysneuvontatyötä. Kolmanneksi ja tärkeimmäksi luottamuselementiksi mainittiin asiakkaat, jotka uskalsivat yhä enemmän

määrin hakeutua terveysneuvontapisteiden palveluiden piiriin ja osoittaa luottamusta sekä henkilökuntaan että palvelujärjestelmään. Luottamukseen sisältyy aina myös riski, epävarmuus siitä miten tilanne tai vuorovaikutussuhde etenee ja rakentuu. Eräs haastateltava kuvaa asiakkaiden luottamuksen syntyä toimintaa kohtaan:

Meillähän oli alussa ongelmana tämä meidän asiakaskunnan skitsoilu. Nämä vanhan liiton käyttäjät, niin nehan oli vähän että ”mikä helvetin mesta? Tuonne kun menee niin salettiin tulee kytät”. Eli tämä tällainen pelko, että mikä toi paikka on? Mutta nyt kun me taas ajatellaan tätä mitä on tapahtunut kymmenen vuoden aikana. Me ollaan saatu tähän uutta käyttäjäsukupolvea. Eihän nämä vierasta terveysneuvontapisteitä enää ollenkaan, koska ne on ollut [olemassa] jo koko sen ajan mitä ne on käyttänyt. Se on niille arkea, se on normaali asia ja jatkossa sitten se on kaikille käyttäjille normaali asia. Se on osa sitä käyttökulttuuria jo tänä päivänä, näitten uusien käyttäjien keskuudessa. Haastattelija: Ottiko se paljon vastaan siinä alussa vai menikö se aika helpolla läpi? Vastaja: No kyllä se vähän siinä hinnasi, nimenomaan tämä poliisipelko. Viranomaispelkohan siinä oli se suurin asia. Sitä piti jauhaa, että ”hei, kyllä ne tietää missä te heilutte muutenkin, ei niitten tarvii tulla notkumaan tänne. Ihan saletisti ne tietää missä te pyöritte”. Se on suuri tekijä se, kun ovat hiffanneet että ”mun ei tarvii mennä apteekkiin, mun ei tarvii kokea siellä apteekissa että mua tuijotetaan kun mä ostan siinä ja ne on inhottavia tilanteita. Mä voin mennä tuonne noin ja mä saan itse asiassa vähän muutakin palvelua sieltä”. Kun se on opittu ymmärtämään, niin se on kyllä ollut suuri tekijä siinä.

Monet totesivat että aikaan saatu asennemuutos ja riskien vähentyminen näkyy jo tartuntatautilastoissa sekä muiden terveydellisten haittojen vähentymisenä. Ruiskuhuumeiden välityksellä saatujen hiv-tartuntamäärien lasku nähtiin parhaana indikaattorina terveysneuvontatoiminnan onnistumisesta. Tartuntatautilukujen liiallinen

tuijottaminen toiminnan onnistumisen indikaattorina koettiin erityisesti hepatiitti C:n kannalta ongelmallisena, sillä testausta tehostamalla saataisiin todennäköisesti löydettyä lisää tartuntoja. Lisäksi todettiin, etteivät ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmat ole missään päin maailmaa onnistuneet ehkäisemään hepatiitti C:tä samassa määrin kuin hiv:tä. Annettujen hepatiittirokotteiden määrät ja niiden myötä A- ja B-hepatiittitartuntojen lasku nähtiin myös hyvänä indikaattorina siitä kuinka tehokasta ja nopeasti tilanteeseen reagoivaa terveysneuvonta voi parhaimmillaan olla. Tartuntojen ohella hyvänä indikaattorina nähtiin vuosittain kasvava vaihdettujen välineiden määrä jossa palautusprosentit pysyivät aina lähes sadassa. Asiakasmäärät nähtiin käyntimääriä parempana osoituksena toiminnan tarpeellisuudesta ja asiakkaiden tavoittamisesta, vaikka toisaalta käyntimäärät kertovat kuinka paljon palvelua käytetään. Abstrakteja ja vaikeasti mitattavia onnistumisesta kertovia seikkoja mainittiin olevan esimerkiksi ehkäistyt raskaudet, abortit ja syntymättömien lasten epävarma tulevaisuus. Myös se, että asiakkaat viettivät koko päivän terveysneuvontapisteessä eivätkä olleet esimerkiksi tekemässä rikoksia, nähtiin eräänlaisena onnistumisena ja haittojen vähentämisenä. Toiminnan laajeneminen yhä kokonaisvaltaisemmaksi asiakkaasta huolehtimiseksi koettiin kertovan siitä, että tämänkaltaiselle palvelulle on ollut tilausta ja se on pystynyt vastaamaan tarpeeseen.

Mitä tarvitsee käyttäytymisen muutokseen? Välineet, konkreettiset välineet, tiedolliset ja taidolliset välineet ja myös asenne. Sitä tehdään kaiken aikaa, lumipallokoulutuksilla ja keskusteluilla. Pyritään asiakkaan käyttäytymisen muutokseen jossain vaiheessa. Tämä asenne on osa menestystarinaa.

Turvallisen ja hygieenisen pistämisen viestiä oli pyritty monissa pisteissä tehostamaan ja yhä useammalla asiakkaalla oli oikeaa tietoa suonten kierrätyksestä. Verenmyrkytysten ja pahojen tulehdusten määrän laskua korostettiin myös tärkeänä onnistumisesta

kertovana indikaattorina ja todettiin, että vaikka niiden rooli ei ole niin suuri kansanterveydellisesti, niiden ehkäisy oli kansantaloudellisesti merkittävää. Lähes kaikki vastaajat arvelivat hygieenisen pistämisen yleistymisellä olleen vaikutusta tulehdusten vähenemiseen, yksilöiden parempaan vointiin ja sairaalakäyntien - ja erilaisten vammautumisten vähenemiseen. Monet kokivat aikaisen ajoituksen ja puhtaan tuurin olleen mukana toiminnan onnistumisessa, sekä sen, että alusta alkaen epidemian mahdollisuuteen reagoitiin selkeällä ja korkeatasoisella toimintamallilla. Terveysneuvonnan kiiteltiin toimineen alusta asti monipuolisella palvelukokoelmalla ja vastanneen kehittyessään muuttuviin haasteisiin. Toiminta keskittyi jo varhain hiv:n lisäksi myös hepatiitteihin ja käyttövälineiden vaihdon lisäksi myös muiden tarvikkeiden hyvään saatavuuteen. Toiminnan ja palveluvalikoiman koettiin vielä laajenevan vuosien mittaan pyrkien hoitamaan asiakaskunnan terveys- ja sosiaalipuolen asioita yhä kokonaisvaltaisemmin ja pitkäjänteisemmin.

Ikävä kyllä, sillä tavalla se varmaan aina menee maailmassa, että täytyy olla asiaan uskovia ja omistautuneita ihmisiä jotka eivät hirveästi pelkää sitä ulkopuolista mielipidettä. Varmaan ihan nappi-ajotus, mutta näitä ei voi tietää. Sitten varmaan se, että aika lailla alusta asti pyritty käyttämään ja kehittämään kaikkia niitä keinoja mitä menestyksekkääseen terveysneuvontaan tarvitaan tai haittojen minimointitoimintaan noin yleisesti. Korvaushoidot, etsivä työ, vertaistyö, sosiaali- ja terveysneuvonta. Nämä kaikki yhdessä, nämä kaikki ovat toteutuneet täällä, ainakin pyritty toteuttamaan.

Onnistumisesta todettiin kertovan myös huumehoitoihin hakeutuneiden määrän kasvu, vaikkakin todettiin, että hoitoon olisi vielä nykyistä enemmän pyrkijöitä kuin mitä paikkoja on tarjolla. Onnistumisesta nähtiin myös vertaistoimijoiden onnistuneet koulutukset ja heidän tekemänsä työ huumeiden käyttäjien parissa. Monet

mainitsivat toiminnan aloittamisen kannalta tärkeitä seikkoja olleen hyvät sijainnit ja asiakkaiden ehdoton anonymiteetti. Mainittiin, ettei toimintaa olisi alun perin kannattanutkaan järjestää terveyskeskusten yhteyteen, vaan sille luotu oma rakenne palveluineen ja työntekijöineen takasi luottamuksen synnyn.

Heti aluksi asiakkaita alkoi tulla ja syntyi heti se luottamus kenttään. Luottamusta terveydenhuoltosysteemiin ja jos viranomaiset sanovat että toiminta on anonymiä, niin siihen uskotaan. Suomessa on paljon luottamusta systeemiin ja vaikka kuinka olisit kiva, niin kyllä asiakkaat tulevat vapaaehtoisesti. Laki on takana että huumeiden käyttäjät ovat ihan oikeasti tervetulleita. Henkilökuntaan on hakeutunut sellaisia ihmisiä, jotka oikeasti ajattelevat että ”Tervetuloa, tämä palvelu on juuri sinua varten, kiva kun tulit”. Vastavuoroisuus kentän kanssa on yksi, ollaan avoimia ja valmiita kuuntelemaan huumeiden käyttäjiä. Tämä on osoittautunut hyväksi malliksi Keski-Euroopassa, sitähän ruvetaan kokeilemaan myös Suomessa. Varsinkin pääkaupunkiseudulla käyttäjien kuuleminen ja vastavuoroisuus on lisännyt sitä luottamusta. Asiakkaat päässeet osalliseksi toimintaa, jalkauduttu sinne missä ihmiset oikeasti on. Porukka on ihan otettuja siitä, että mennään johonkin heitä varten. On ollut herkkyyks kentän tapahtumiin, menty sinne mihin tarvitaan.

Monet vastaajat kertoivat nähneensä toiminnan aikana muutoksia asiakkaiden riskikäyttäytymisessä ja suhtautumisessa omaan terveyteensä. Ajatusmuutoksen aikaansaamista pidettiin myös yhtenä tärkeimmistä onnistumisen indikaattoreista, vaikkakin sen mittaaminen sellaisenaan koettiin vaikeana. Riskien ottaminen oli selvästi vähentynyt ja asiakkaat välittivät terveydestään vuosi vuodelta enemmän. Myös käyttäytyminen oli muuttunut kohteliaampaan suuntaan, asiakkaisiin saatiin vuosi vuodelta enemmän kontaktia ja luottamus kasvoi. Yksi työntekijä sanoikin osuvasti että ”nämähän jo ihan muka käyttäytyy”. Ja jatkoi toteamalla,

että ”se on valtava edistysaskel jos sellainen täysin tuolta pusikosta noussut metsärosvon näköinen ihminen sanoo ”huomenta”, keskustelee, kiittää ja vaikka hermostuuakin, niin tulee ja pyytää anteeksi. Se on niin valtava muutos siinä ihmisessä, että kyllä tällä toiminnalla joku merkitys on ollut”.

Elämönhallinnan koettiin karkeasti ottaen olevan vastakohta syrjäytymiselle ja väsymykselle omaan elämään, joiden arveltiin olevan merkittäviä syitä terveydellisten riskien ottamiselle. Elämönhallinnan lisääntymistä kuvattiin muun muassa kertomalla että:

Päiväkeskustyypinen toiminta tuo hallintaa elämään ja asioihin. Korostuu se paikan tärkeys. Esimerkiksi asiakas oli ollut Helsingissä örveltämässä muutamia päiviä, tuli pummilla tänne vaatekassinsa kanssa. Hän kävi suihkussa, vaihtoi vaatteensa, pesi ne ja lähti takaisin Helsinkiin. Tämä oli hänelle kiinnekohta. Riskeihin on vaikuttanut kyllä, erittäin paljon vähentänyt niitä.

Vaikka kaikkiin pisteisiin tuli vuosittain uusia asiakkaita ja asiakkaiden elämää kuvattiin usein sanalla ”kaaos”, pääpiirteittäin asiakaskunta oli muuttunut vähemmän riskialttiiksi ja elämönhallinta oli kasvanut. Mainittiin myös, että toiminnan todelliseen onnistumiseen ja kattavuuteen oli vielä matkaa, sillä Suomessa tiedettiin edelleen olevan paljon suonensisäisesti huumeita käyttäviä joilla ei ollut mahdollisuutta saada terveysneuvontaa ja puhtaita välineitä. Osa heistä oli maantieteellisesti kiinteiden terveysneuvontapisteen tavoittamattomissa, osa ei erinäisistä syistä hakeutunut terveysneuvontapalveluiden piiriin. Ratkaisuksi nähtiin yhä kattavamman terveysneuvontapisteverkoston kehittäminen, puhtaiden käyttövälineiden kattava saanti apteekeista sekä uudet työmuodot, kuten etsivä työ ja välineautomaatit.

4.2.1.2. Toiminnan laillinen perusta

Terveysneuvontapisteen henkilökunnalta kysyttiin näkemyksiä tartuntatautilakiin vuonna 2004 lisätystä asetuksesta, jossa kuntia

velvoitetaan huolehtimaan ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan järjestämisestä. Tällä pyrittiin selvittämään onko asetus muuttanut yleisesti terveysneuvontatyön luonnetta, onko se vaikuttanut käytännön työhön ja mihin suuntaan toiminta on kehittymässä. Kaikki haastatellut tunsivat lakiin lisätyn asetuksen ja arvelivat sillä olleen merkitystä ensisijaisesti työn hyväksyttävyyden parantumisessa.

Mä koen että se laki on äärimmäisen hyvä, että niin pitää ollakin. Tavallaan se antaa meille sellaiset lailliset puitteet toimia. Että voidaan aika hyvin perustella omaa työtämme, että miksi ja minkä takia. Sinänsä se tuo sellaista varmuutta tähän meidän työhön ja tapan toimia. Mä uskon että joku päivä, tässä kun mennään eteenpäin, niin kyllä tää on ihan osa sitä perusterveydenhuoltoa.

Asetus oli tuonut ensisijaisesti turvaa työn toteuttamiselle, sillä ennen terveysneuvonta oli monien mielestä koettu lähes lainsuojattomana toimintana. Vaikka asetuksen olemassaolo oli helpottanut oman työn hyväksyttävyyttä, lähes kaikki pohtivat noudattivatko tosiasiasa kaikki kunnat asetuksen sisältöä. Käyttäessään terveysneuvontapisteiden palveluita, asiakkaita pyydetään kertomaan asuinpaikkakunta, joten henkilökunta näki ja kuuli asiakkaiden kautta missä kunnissa terveysneuvontapalveluita ei ollut tarpeesta huolimatta järjestetty. Vastauksissa tuli ilmi, ettei ongelmana koettu ulkopaikkakuntalaisten asiakkuutta, vaan lähinnä sitä ettei heidän kotikunnassaan oltu virallisesti todettu olevan ruiskuhuumeiden käyttäjiä tai tarvetta terveysneuvontapalvelulle.

Kyllä mulla on ihan näistä lähikunnista kokemuksia siitä. Jos velvoitetaan, niin onko sitten mitään sanktiota olemassa? Tästä mä voin kertoa että toi [lähikunta] tossa noin, siellähän olisi tarvetta. Mutta he sanovat että heillä ei ole mitään tarvetta. Sitten he [asiakkaat] käyvät täällä. Tarvettahan siellä on, mutta jotkut päättäjät siellä eivät halua. Se pitäisi olla ihan pakollinen se terveysneuvonta. [Toisessa lähikunnassa] se

ei tule varmaan ikinä onnistumaan. Ei sielläpäin [luettelee kolme kuntaa] ole mitään palvelua ja siellä on kuitenkin käyttäjiä vaikka kuinka paljon.

Lain ja asetuksen myötä lähikuntien tilanne vaikutti myös positiivisella tavalla:

Eiköhän se ole niin että moni pienempi kunta jättää huomioimatta ton. Meillehän se ihan konkreettisesti vaikutti paljon, tämä tartuntatautilaki. Koska meillähän on kokoajan käynyt jonkun verran näitä ulkokuntalaisia, lähinnä nyt naapurikunnista. He on saaneet ne ihan samat palvelut, me ei olla mitenkään eroteltu. Mutta sitten tämän tartuntatautilain jälkeen tuli sellainen hyvä tilaisuus koettaa laskuttaa näitä naapurikuntia. [Lähipaikkakunta] voi ohjata ne tänne, että ei tarvitse perustaa omaa. Meillä on nyt sitten sopimus näiden muutamien lähikuntien kanssa. Me emme ilmoita tietystikään mitään nimiä tai sosiaaliturvatunnuksia, vaan heidän täytyy sit vaan uskoa siihen lukuun, kun ilmoitetaan, että ”teidän kunnasta on näin ja näin monta käyntiä tai asiakasta tämän vuoden aikana”. Se voi tietysti olla myös huono asia että joku lähipaikkakunta ei perusta omaa pistettänsä.

Toiselle paikkakunnalle ja palveluiden äärelle matkustamisen voisi ajatella olevan suuri kynnys, jonka ylittääkseen käyttäjän on oltava motivoitunut saamaan palveluita. Toisaalta mainittiin, etteivät käyttäjät välttämättä tiedä oikeudesta saada terveysneuvontapalveluihin omalla kotikunnallaan, eikä niiden vaatiminen ole helppoa.

Mä veikkaan että tuolla on sellaisia kuntia missä ei edes infota että tällainen asetus on olemassa. Asiakkaan pitää olla aika tietoinen näistä oikeuksistaan, että ”hei, mullahan on mahdollisuus saada ne”. Mutta ei niistä toivoteta tuolla.

Eräs haastateltu pohti sitä, etteivät kaikki kunnat välttämättä kartoita palvelun tarvetta ja voivat todeta ettei heillä ole ruiskuhuumeiden käyttäjiä. Toisaalta jotkut kunnat olivat

alkaneet aktiivisesti kartoittaa onko heillä tarvetta palvelulle ja olivat pyytäneet toiminnan järjestämiseen apua naapurikunnan terveysneuvontapistestä.

Eihän siellä mitään rangaistusta ole jos ei noudateta. Miten sen tarpeen määrittelee? Esimerkiksi [lähikunta] tekee kartoitusta terveysneuvontapisteen tarvetta varten niin, että pyrkivät kartoittamaan käyttäjien määrän. Kyselevät apteekkeista, poliiseilta, koulutoimelta mitkä ovat heidän arvionsa käyttäjämääristä. Tulokset esitellään kunnassa, kunnan työntekijöille järjestetään koulutusohjelmaa, räätälöidään sen kunnan tarvetta vastaavaksi. Täältä tulee koulutus ja harjoitteluala heille. Meidän lääkäri on sitä mieltä, että tällaisesta pitäisi tehdä pienten kuntien malli. Palveluita tulisi siis keskittää johonkin. Joko autovaihtoehto, liikkuva yksikkö tai joku muu toimintamuoto joka olisi yhteydessä terveyskeskuksiin. [Lähikunnissa] on huomattu että on tarvetta palvelulle, varsinkin C-hepatiittia on paljon. Tämä hanke on nyt vireillä, toiminta vakiintuu näissä kunnissa mahdollisimman pian. Lähikuntien päättäjät toivoivat juuri, että hankkeen myötä pystyttäisiin vaikuttamaan ammattilaisten asenteisiin, siellä on vielä ennakkoluuloja ja väärinkäsityksiä. Alkoholista on olemassa mini-interventio koulutus – miten ottaa puheeksi juoko joku liikaa vai ei. Huumeet tarvitsisivat samanlaista. Miten kysellä että käyttäkö joku, syyllistämättä. Tämä on monelle ensikohtaaminen hoitojärjestelmään, ovat vielä yhteiskunnan kanssa kontaktissa, päivystykseen on pitkä matka ja korkea kynnys. Terveysneuvontapiste on tärkeä rajapinta. On myös tärkeää, että tästä ryhmästä saadaan tietoa, paljonko heitä on ja missä kunnossa, tartunnat, asuminen, fyysinen kunto. Heitä pidetään näkyvillä. Kynnys madaltuu tätä kautta myös muuhun hoitoon. Terveysneuvontapiste on ensikontakti, mutta myös tärkeä heille jotka ovat jo kertaalleen tippuneet hoitojärjestelmästä.

Monet totesivat, ettei kaikissa kunnissa välttämättä ollut niin suurta määrää ruiskuhuumeiden käyttäjiä että heille tulisi

järjestää omaa terveysneuvontapistettä. Tällaisissa tilanteissa palvelu voitiin ostaa lähikunnalta, järjestää useampien kuntien yhteistyönä toimiva - tai kiertävä palvelu, tai antaa terveysneuvontaa terveyskeskuksesta käsin. Eniten närkästystä aiheutti se, jos päättäjätasolla ruiskuhuumeiden käyttö ilmiönä sivuutettiin eikä sen olemassaoloa tunnustettu. Palvelua kohtaan tunnettujen asenteiden tiedettiin voivan vaikuttaa siihen järjestetäänkö toimintaa vai ei.

Se on tietysti miten kunnat sen järjestää. Osa on järjestänyt ostopalveluna ja osa on järjestänyt itse. Se mikä on huolestuttavaa, että jos se työmäärä jää esimerkiksi joiden ihmisten tehtäväksi. Joillain paikkakunnilla on terveyskeskushenkilökuntaa joiden tehtävä on kerran viikossa tehdä terveysneuvontaa näiden asiakkaiden kanssa. Jos se työntekijä ei ole sitä yhtään miettinyt ja se ei tunnu omalta työltä, niin se ei kannu mihinkään koska se väkisinkin näkyy siinä toiminnassa. Tätä työtä ei voi määrätä ketään tekemään. Vaikka mä itse olen ollut päihdetyössä toistakymmentä vuotta, niin silloin kun lähdin tähän, niin jouduin hirveän tarkkaan omassa päässäni miettimään että mitä mä lähdän tekemään. Ei se ole vaan niin että sanotaan ”rupeapa tekemään tätä”. Se voi olla että se ei käynnisty lainkaan. Kun kaikki perustuu eri elementeistä huolimatta siihen vuorovaikutukseen, niin se ei voi olla näkymättä jos työntekijä ei usko tai sen on vastenmielistä tehdä sitä työtä. Tätä työtä täytyy haluta tehdä ja ymmärtää mihin tämä perustuu. Se joka on musta jotenkin aika surullista, että se on tartuntataudeista vastaava lääkäri. Niissä kunnissa missä se ei ole käynnistynyt, niin mun mielestä on jotenkin kummallista että se voi silloin olla jonkun ihmisen henkilökohtainen mielipide. Jos se tartuntataudeista vastaava lääkäri on sitä mieltä että tällaista hommaa ei voi tehdä, tai että tämä on huumeiden käytön suosimista tai mitä tahansa, niin silloin sitä terveysneuvontapistettä ei laiteta. Sitten vaihtuu vaikka ihminen, niin seuraavaksi siellä kunnassa voi olla sitten taas terveysneuvontapiste, koska se on hänen mielestään taas hyvä juttu. Mun mielestä

asetuksissa ei voi olla tällaisia, että ne tarkoittavatkin että ”mitä mieltä mä henkilökohtaisesti olen ja mä toteutan tätä tai jätän toteuttamatta”. Mä olen sen verran optimisti että ajattelen että siitä asetuksesta on ollut hyötyä ainakin niille jotka ovat suostuneet miettimään tätä ja ajatelleet sitä asiaa. Ikävä kyllä on niitä kuntia mitkä eivät edes suostu miettimään.

Todettiin, että varsinkin infektiolääkäreillä oli pääsääntöisesti erittäin hyväksyvä asenne toimintaa kohtaan ja joillain paikkakunnilla juuri heidän aktiivinen roolinsa toiminnan aloittamisessa ja onnistumisessa oli ollut ensiarvoisen tärkeää. Terveysneuvontatoiminnan järjestämiseen arveltiin vaikuttavan myös tiedon taso, sillä hiv- ja hepatiittitietouden arveltiin pitkälti keskittyneen vain suurimpiin kaupunkeihin, joka taas vaikutti toiminnan lähtökohtien ja tavoitteiden ymmärtämiseen. Tartuntatautilakiin lisätyllä asetuksella todettiin olleen vaikutusta koulutuksen nopeaan lisääntymiseen ja vakiintumiseen. Terveysneuvontatyöstä vaikuttikin vähitellen tulevan oma ammattinsa, johon oli mahdollista saada erittäin hyvää koulutusta. Toiminnan laillisen perustan vakiintumisen myötä lainsäädäntö mahdollistaisi nykyistä vielä huomattavasti monipuolisemman ja laajemman toiminnan, sillä terveysneuvontaa olisi mahdollista ottaa osaksi terveyskeskuspalveluita, koulutus voisi olla maantieteellisesti kattavampaa ja huumehoitoja voisi toteuttaa matalammalla kynnyksellä. Monet totesivat, että mahdollisuudet olisivat todellisuudessa vielä nykyistä suuremmat ja että käytäntö laahaa edelleen perässä.

4.2.1.3. Terveysneuvontapiste osana palvelujärjestelmää

Aktiivisesti ruiskuhomeita käyttävien kanssa työskentelevä ammattilaisryhmä on suhteellisen uusi ilmiö päihdepalvelujärjestelmässä. Haastatelluilta kysyttiin mikä on heidän näkemyksensä terveysneuvontatoiminnasta osana terveydenhoitojärjestelmää sekä miten

palveluun ja sen työntekijöihin on suhtauduttu. Uutuuden lisäksi se on myös eriytynyt jo pelkästään sijaintinsa puolesta, sillä vain kolmasosa terveysneuvontapisteistä toimi terveyskeskusten yhteydessä, eikä yhteiselo aina sujunut täysin ongelmitta. Eräs haastateltava kertoi kuinka vaikeaa ja uuvuttavaa perusterveydenhuollon läheisyydessä toimiminen voi toisinaan olla:

Joskus on kaikista järkyttävintä että jopa omat kollegat ajattelevat tästä työstä että ”eihän toi oikeasti ole mitään työtä”.

Haastattelija: Onko sellaista?

Vastaaja: On. Vaikka työskentelisi millä terveydenhuollon alalla niin ihan varmasti törmää päihdeasiakkaisiin. Se on mun mielestä hyvä esimerkki, että silloin kun terveysneuvontapistettä tässä tehtiin, oltiin työkaverin kanssa tulossa käymään täällä ja meillä ei ollut vielä avaimia. Sitten me käytiin terkkarin puolelta kysymässä että voisivatko tulla avaamaan oven kun käytäisiin katsomassa niitä tiloja. Siten sanoivat ”minne?”, sanottiin ”no sinne terveysneuvontapisteeseen”, sanoivat että ”terveysneuvontapiste, hmm, mikä se on?”. Sanottiin että se on se terveysneuvontapiste, tämä vastasi ”ai se paska, se paska?”. Sitten toi mun työkaveri ihmetteli että kuuliko hän oikein? Vastasin että kyllä kuulit ihan oikein. Jotenkin tällaisella kaikella pienellä. Silloin kun tultiin tuonne terkkarille, että henkilökuntaakaan ei voi päästää samaan vessaan kuin heidän henkilökuntaa. Jotain tällaisia aivan uskomattomia. Ne myös henkilökohtaistuu, että ”noi on ne huumetädit tuolla ja ne on yhtä hirveitä kuin ne asiakkaatkin”. Toisaalta kun on viisi vuotta toiminut niin on ihan hyviä suhteita luonut ja näin. Mutta tämä oli kyllä se. Täytyy myöntää että kun asiakkaat sanovat että he saivat joskus huonoa kohtelua, niin en mä ainakaan, mä jopa uskon sen. Mä jotenkin hyväksyn tavalliselta kaduntallaajalta vielä sen tietämättömyyden tai pelon näitä ihmisiä kohtaan, mutta en omilta kollegoilta. Siinä kohtaa multa loppuu nykyisin huumori.

H: Luulisi että haastavia tai vaikeita hetkiä olisi enemmänkin niiden asiakkaiden kanssa?

V: Ei. Toisaalta jos ajattelee että tällaisia väkivaltatilanteita tai uhkia – mitä aina ensimmäiseksi vieraat ihmiset kysyvät että onko niitä ollut – niin ei niitä kyllä ole ollut. Asiakkaiden kanssa kyllä pärjää.

Monet kokivat, että terveysneuvontapisteet ovat muodostuneet olennaiseksi osaksi päihdepalvelujärjestelmää, mutta olivat edelleen erillään perusterveydenhuollosta. Lähtyminen päihdepalveluihin koettiin luonnolliseksi kehitykseksi jota oli syytä kuitenkin vielä kehittää ja parantaa.

Terveysneuvontapiste tulisi olla lähellä ja olennainen osa päihdehoitopalveluita. Lyhyet välimatkat maantieteellisesti. Laajentaa labrapalveluita ja saada gynekologipalveluita. Hoitaa asiat alusta loppuun kokonaisvaltaisesti.

Päihdehuoltopalveluiden läheisyydessä toimimisessa nähtiin kuitenkin se ristiriita, etteivät terveysneuvontapisteet sinänsä tähtää hoidollisuuteen tai päihteiden käytön lopettamiseen. Haittojen vähentämisen ja hoidollisuuden vastakkaisuus nähtiin erityisesti siinä jos terveysneuvontatyöhön tuli tuntityöntekijöitä päihdehoidon puolelta. Vaikka asiakkaita ohjattiin hoitoihin, se ei kuitenkaan ollut toiminnan pääajatus ja monilla tuntityöntekijöille oli vaikeuksia yrittää keskittyä asiakkaan sen hetkiseen terveyteen, ei käytön lopettamiseen.

Monien perusterveydenhuollon työntekijöiden asenteet huumeiden käyttöä ja – käyttäjiä kohtaan tiedettiin olevan hyvin kielteisiä ja monilla oli käsitys, että terveysneuvontatoiminta on rikolliseen toimintaan verrattavaa ja laitonta. Myös korvaushoidon vastustus oli yleistä ja vahvaa, eivätkä monet perusterveydenhuollossa voineet käsittää miksi huumeiden käyttäjille tulisi ”antaa huumeita”. Myös työntekijän siirtyminen perinteiseltä terveydenhuoltokentältä erityispalveluiden

piiriin saattoi aiheuttaa kollegoissa ja tutuissa kauhistusta:

H: Entä miten teihin suhtaudutaan terveydenhuoltokentällä?

V: Mä voisin sanoa sulle yhden sellaisen kommentin minkä mä olen saanut mun naapurin emännältä. Naapurin emäntä kuuli että mä olen vaihtanut tähän, niin se sanoi että ”älä sitten ainakaan meille kylään tule tartuttamaan”. Mä sanoin että aha.

H: Olikohan se vitsi?

V: Ei. sen ihmisen kohdalla ei ollut. Hän kyseli että ”etkö sä pelkää?”. Mitäs mä nyt tässä sitten oikein pelkäisin, en mä tiedä, ei näitä osaa pelätäkään. Kyllä nämä entiset työkaverit ovat kauhistelleet että ”kyllä säkin joka paikkaan menet”.

Ne pisteet jotka toimivat terveyskeskuksen yhteydessä, olivat pääosin erittäin tyytyväisiä yhteistyöhön ja kommunikaatioon. Toiset taas kokivat, etteivät terveysneuvontapisteet tule koskaan olemaan osa perusterveydenhuoltoa tai toimimaan luonnollisena osana esimerkiksi terveyskeskuspalveluita. Eräs haastateltu ihmetteli miksi terveysneuvonta on fyysisesti erillään kunnan muista terveys- ja sosiaalipalveluista ja katsoi ettei maanlaajuista yhdentymistä voi tapahtua niin kauan kun osa terveysneuvontapalveluista on ostopalveluita ja osa kaupungin itse järjestämiä.

Kaikki saisi olla saman organisaation alla. Tämä ei saisi olla niin eriytynyttä. Toisaalta miten säätiön terveysneuvontapisteet asettuisivat siihen? Se tavallaan haittaa tätä yhtenäistymistä kun kaikki eivät ole A-klinikkasäätiön alla. Kunnissa ei ymmärretä A-klinikkasäätiötä ollenkaan. Luullaan, että se on yksityinen säätiö joka saa RAY:ltä rahaa vaikka mihin, kun taas kunnat eivät saa.

Terveysneuvontapalveluiden yhdistäminen perusterveydenhuoltoon tai täysin erillään pitäminen eivät olleet ainoita mahdollisia toimintamalleja, vaan matalakynnyksisiä

päihdepalveluita voitiin yhdistää toimivaksi kokonaisuudeksi pitäen ovet auki kaikille päihdeongelmallisille. Mallin koettiin olevan toimiva ja korostettiin, ettei pienemmillä paikkakunnilla ollut syytä erotella päihdepalveluita käytettävän päihteen mukaan, sillä osaavalla terveysneuvontahenkilökunnalla on resursseja auttaa kaikkia päihdeongelmaisia.

Saman katon alla on laajaa se työ mitä tehdään, ei pelkkää ruiskujen ja neulojen vaihtoa ja terveysneuvontatoimintaa. Järjestetään myös itse koulutuksia ja ollaan mukana päihdeperheiden lasten vertaistukiryhmässä ja päihdelasten vanhempien ryhmässä, yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa. Ollaan oltu myös lähiökeskuksissa kokeilemassa päivystystä, asiakkaat saivat tulla juttelemaan, mummit mittaamaan verenpainettaan ja kerrottiin koko päihdehoitojärjestelmästä. Lähdetään asiakkaiden kanssa uimaan kesällä ynnä muuta.

H: Luuletko että laajan toiminnan kautta teidät on hyväksytty paremmin?

V: Joo, ruiskujen ja neulojen vaihto on kuitenkin toiminnan sydän, kaikki muu rakentuu sen ympärille. Pienessä kaupungissa ei ole järkeä erotella näitä, tänne saa tulla kaikki päihdeongelmaiset. Se on hyvä asia. Asiakkaat ovat hyvin sopeutuneet siihen, vaikka välillä sanovat toisiaan ”nisteiksi tai juopoiksi”. Tiistaisin ja torstaisin syövät kaikki sulassa sovussa. Turhia eroja ei pidä luoda.

Vain pari haastateltua koki terveysneuvontatoiminnan siirtyneen lähemmäksi perusterveydenhuoltoa ja koki että siellä oli tietoa ja ymmärrystä terveysneuvontatyöstä. Useimmiten välit olivat hyvät ja läheisimmät infektiolääkärin tai –hoitajan kanssa, mutta rajoittuivat pitkälti muutamaan pisteen ulkopuoliseen kontaktiin. Hyvistä ja toimivista yhteistyökumppaneista mainittiin myös paikalliset päihdepalvelut, kuten päihdekliniikka. Kommunikointi alueen

terveydenhuollon kanssa koettiin tärkeäksi erityisesti tartuntatautilanteen tasalla pysymisen kannalta. Jos esimerkiksi pisteen ohjausryhmään kuului lääkäri, häneltä saatiin arvokasta tietoa tartuntatautilanteesta jota sovellettiin esimerkiksi tarjoamalla tehostetusti testausta. Eräällä paikkakunnalla juuri ohjausryhmään kuuluvan lääkärin kautta oli kuultu että hepatiitti C-tartuntoja oli alkanut löytyä tietyistä kaupunginosista, johon ryhdyttiin aktiivisesti kehittämään interventiokeinoja. Sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisten toivottiin tutustuvan terveysneuvontatyön ja haittojen vähentämisen periaatteisiin jotta työnkuva avautuisi enemmän myös perusterveydenhuollolle. Jotkut pisteet olivat kutsuneet terveyskeskuksien henkilökuntaa tutustumaan toimintaan, mutta tilaisuuksiin ei ollut tullut juuri ketään. Monet kokivat että jos perusterveydenhuollossa olisi enemmän tietoa terveysneuvontatoiminnasta, lääkärit ja hoitajat osaisivat ohjata huumeiden käyttäjiä ja palvelusta tietämättömiä asiakkaitaan terveysneuvontapisteeseen. Haastatteluisissa arveltiin ja joskus kokemuksesta tiedettiin, että esimerkiksi kaikilla sairaanhoitajilla ei ollut valmiutta kohdata aktiivisesti ruiskuhuumeita käyttäviä asiakkaita ja ruiskujen ja neulojen käsittely sekä huumeiden käyttäjien kohtaaminen saatettiin kokea vastenmielisenä. Eräs haastateltava totesi terveysneuvontapistetyöstä, että ”tämä ei ole sairaanhoitajan perustyötä, ei terveydenhuollon perustyötä, eikä aina hyväksyttävääkään”. Terveysneuvontatyön todettiin olevan oma professio jota kaikki eivät välttämättä hahmota, ja jossa asenne ja työn lähtökohtien itselleen selvittäminen olivat ensisijaisen tärkeitä. Todettiin myös että asiakkaat vaistosivat jos terveysneuvontatyötä teki ihminen jonka asenne oli ylimieleinen, kiusaantunut tai josta huokui vastenmielisyyttä asiakasta kohtaan. Monet sanoivatkin että terveysneuvontatyössä pärjätäkseen täytyy olla tietty asenne työn tekemiseen ja kunnioittaa asiakkaita, mutta pelkkä auttamisen halu ei riitä.

Eräs hyväksi todettu tapa lähentää ostopalveluna tehtävää terveysneuvontaa ja perusterveydenhuoltoa olivat tuntityöntekijät. Kaupungin puolelta tulleet, terveyskeskuksessa vakituisesti työskentelevät tuntityöntekijät lisäsivät työn tunnettavuutta ja hyväksyttävyyttä terveyskeskuksissa ja loivat erittäin hyvän väylän tiedon vaihtoon. Kaupunkien itse järjestämässä pisteissä henkilökunta teki monesti ensisijaista työtään terveyskeskuksessa, joten tiedon välityksen väylä oli tätä kautta avoin. Osa koki, että palvelu oli pidettävä erillään muusta terveydenhuollosta, sillä terveysneuvontapalveluiden erillään olo, tutun henkilökunnan kohtaaminen ja henkilökunnan asenteet nähtiin ensisijaisen tärkeinä seikkoina asiakkaiden tavoittamisessa ja luottamuksen ylläpitämisessä. Terveyskeskuspalveluna toiminta ei välttämättä saavuttaisi yhtä suurta asiakasmäärää, työnkuva saattaisi muuttua, eikä luottamus olisi välttämättä yhtä hyvää. Monet korostivat, että verrattuna muihin päihde- tai huumepalveluihin, terveysneuvontapisteessä asiakkaiden kanssa oli jatkuva kontakti ja heille pystyttiin antamaan huomattavasti enemmän aikaa kuin muissa palveluissa. Henkilökohtaisen kontaktin luominen ja asiakkaille ajan antaminen koettiin olennaiseksi osaksi työn tavoitteisiin pääsyä.

Aika on sellainen käsite mikä on jollain lailla hämärä nykypäivänä. asiat pitäisi tapahtua hirveän nopeasti, kvartaaleissa. Täällä voi mennä vuosiakin siihen että joku asiakas tulee ihmiseksi. Se ei ole enää nimimerkki vaan se on ihminen. Tulee monia esimerkkejä mieleen. Nimimerkki "Paha Pena" oli kolme vuotta lippalakin alla piilossa, kukaan ei oikein nähnyt sitä eikä se puhunut sanaakaan. Sitten yksi kaunis päivä joku napsaus vain tapahtui, se lippalaki nousee ja sieltä rupeaa tulemaan puhetta. Tällaiset on sellaisia upeita juttuja. Se että ihmiset itse lähtevät toimimaan ja avautumaan johonkin. Kyllä varmaan sen asennemuutoksen havaitseminen, itse oon ollut seitsemän vuotta täällä, niin kyllä asenteet ovat muuttuneet positiivisempaan suuntaan,

yhteiskunnan asenteet tätä toimintaa kohtaan. Sekin on jonkinnäköinen työvoitto, varmaan.

Myös terveyteen liittyvät riskit ja niistä tiedottaminen koettiin terveysneuvonnan vahvuuksiksi, sillä perusterveydenhuollon ammattilaisilla ei välttämättä ollut jäsentynyttä tietoa esimerkiksi hepatiitti C-tartunnasta ja siltä suojautumisesta. Niin sanotun tavallisen terveydenhoidon viestit eivät välttämättä olleet riittäviä tai tarpeeksi kohdennettuja juuri tälle asiakasryhmälle. Lisäksi asiakkaat tarvitsivat tietoa sosiaalihuollon piiriin kuuluvista asioista: asuntoasioita, vankeustuomioista sekä muista ei-terveydellisistä aiheista.

Kaupungin tai terveystalouden johtajat olivat käynyt tutustumassa suurimassa osassa pisteitä ja heidän käyntinsä oli koettu erittäin positiivisiksi. Paikalle oli saatu esimerkiksi perusterveydenhuollon ylilääkäri, kaupunginjohtaja, päihdehuollon vastaava lääkäri ja apulaiskaupunginjohtaja. Puolet pisteistä koki että välit terveydenhuollon – ja kaupungin johtoon olivat hyvät, ja että heillä oli erittäin hyvä käsitys terveysneuvontatyöstä, sen toiminnasta, päämääristä ja merkityksestä. Tiedon vaihto oli mutkatonta molempiin suuntiin, ja luottamus terveysneuvontatoimintaa oli suurta. Toinen puoli taas oli sitä mieltä, että välit terveyden – ja päihdehuollon johdon kanssa olivat jokseenkin toimivat ja hyvät, mutta kaupungin johto piti etäisyyttä terveysneuvontatoimintaan, eikä heillä ollut totuudenmukaista kuvaa työstä, sen päämääristä tai sen luonteesta.

Mä luulen etteivät ne välttämättä tiedä ihan sitä koko toimintaa. Eli tavallaan kun asetuksessa sanotaan että "tartuntatautien ehkäisyyn", niin se helposti nähdään hyvin suppeana toimintana. Että ne ruiskut ja neulat vaihdetaan. Ei nämä ohjausryhmän kokoukset nyt niin kauhean suosittuja ole, vaikka kokousaikataulut ovat etukäteen aika hyvin tiedossa.

H: Mutta on foorumi missä he voivat ottaa selvää?

V: On. Pähdehuollon vastaava lääkäri kävi keväällä. Uusi terveystoimen johtaja aloitti nyt tammikuussa ja olen kutsunut hänet tänne, mutta ei ole näkynyt vielä.

Tiedonkululla ja toimintaan suhtautumisella ei ollut eroa ostopalveluiden ja kuntien itse ylläpitäminen pisteiden välillä, vaan etäisyyttä oli havaittavissa molemmissa. Useat vastaajat kokivat, että kaupunki on ”ostanut omantunnon puhtaaksi” ostamalla terveysneuvontapalvelun joka on alusta alkaen laitettu toimimaan alimitoitettulla summalla ilman toivoa työn kehittämisestä. Monesti palveluita ei ollut alun perinkään mitoitettu tarpeen mukaan, eikä toiminnan menestyminen, kuten asiakasmäärien kasvu tai vaihdettujen välineiden lisääntyminen, vaikuttanut toimintaan varattujen resurssien uudelleen arviointiin. Jotkut olivat sitä mieltä että kaupunkien viileät välit terveysneuvontapisteisiin olivat osaksi poliittisia kannanottoja ja yksi haastateltu totesikin, että ”eihän tää ole poliittisesti kovinkaan seksikästä nistejä auttaa”. Tiedon kulku päättäjille ja heidän kiinnostuksensa toiminnan kehittämiseen koettiin monilla paikkakunnilla huonoksi.

Joskus on vaan sellainen olo itsellä, että kun asetus sanoo näin, niin meillähän on tämä toiminta järjestetty. Ja that's it. Ei se todellisuudessa niin ole että tieto kulkisi mutkattomasti alhaalta ylös. Se riippuu mitkä ne omat kontaktit on, voi ottaa itse yhteyttä ja viedä viestiä eteenpäin.

Yleisesti ottaen vastaajat kokivat, että yhteiset tapaamiset ja konkreettisesta työstä kertominen ja sen näyttäminen olivat ehdottoman tärkeitä seikkoja toiminnan onnistumisen kannalta ja että kommunikointia ylemmän tason kanssa olisi syytä lisätä. Monilla rahoituksesta ja toiminnan kehittämisestä päättävillä todettiin olevan mahdollisuus ottaa selvää toiminnasta ja lukea terveysneuvontapisteiden vuosiraportteja, mutta toisaalta pohdittiin kuinka hyvin niissä

olevaa tietoa sisäistetään ja tulevatko raportit todellisuudessa luetuiksi.

Saisivat sen konkreettisen tiedon, koska voihan se olla se ”ruiskujen ja neulojen jakaminen”, joillekin se riittää mielikuvissa. ”Tiedän mikä on terveysneuvontapiste, siellä jaetaan ruiskuja ja neuloja ja ehkäistään hiv:tä sillä tavalla” Se käsitys on kauhean ohut monilla. Jos se tieto on kauhean ohutta ja jos jostain rupeaa kuulumaan, että ruiskujen ja neulojen jakaminen ei ole hyvä juttu, tai että onko se tarpeellista kun ei ole hiv-epidemiaa, niin se ohut tieto voi saada muunlaisen sisällön. ”Nytkin tuhataan rahaa siihen että jaetaan ruiskuja ja neuloja, ne antaa siellä myös jotain muuta tilpehööriä”. Harmi jos ei nähdä sitä vaikutuselementtiä.

Pääsääntöisesti kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että terveysneuvontatoiminnan vaikutus näkyy esimerkiksi tartuntatautilastoissa ja asiakasmäärissä, mutta hyviin tuloksiin päästäkseen, niissä pysyäkseen ja muuttuvaan huumeekulttuurin parhaalla tavalla vastaamiseksi, toimintaan tuli tutustua hieman syvemmin. Eräs haastateltava pohti sitä, kuinka toiminnan rahoituksesta vastaavat tahot ovat olleet kiinnostuneita vain yhä paremmista ja tehokkaammista luvuista:

”Keisari haluaa sen mikä keisarille kuuluu”, eli ne haluavat niitä lukuja. Luvut eivät kerro yhtään mitään, tai totta kai ne kertovat jotain, mutta se mitä täällä tapahtuu, niin luvut eivät voi kertoa siitä yhtään mitään.

4.2.1.4. Media

Terveysneuvonta sai toiminnan alkuaikoina paljon näkyvyyttä medioissa ja julkinen debatti sen hyödyllisistä ja haitallisista seurauksista kävi ajoittain erittäin kiihkeänä. Terveysneuvontapisteet nousevat edelleen aika ajoin julkisuuteen, mutta niiden voima uutiskynnyksen ylittäjänä vaikuttaisi laskeneen ja tasaantuneen. Haastatelluilta kysyttiin mikä heidän mielestään on terveysneuvonnasta julkisuuteen annettu kuva, vastaako se toiminnan sisältöä ja onko sillä vaikutusta itse toimintaan? Pieni osa haastatelluista sanoi pelkäävänsä näkyvyyttä

erilaisissa medioissa ja välttävänä sitä tietoisesti. Haastatteluiden ja kommenttien antamisessa oltiin paikka paikoin todella tarkkoja ja varovaisia. Syyksi mainittiin lähinnä pelko kansalaisten reaktioista ja näiden reaktioiden mahdollisesta vaikutuksesta päättäjiin, rahoituksen saamiseen ja työn hankaloitumiseen. Rahoituksessa tapahtuvien muutosten pelon lisäksi uhkana mainittiin se, jos ulospäin annetaan kuva että terveysneuvontatoiminta on vain ruiskujen ja neulojen vaihtamista, toiminta kohtaa uhkia esimerkiksi rahoituksen saannissa ja lopulta palveluiden supistamisessa.

Mediakirjoittelu on mennyt asiallisemmaksi. Terveysneuvontapiste on joku käsite jo. Sisältöä on tullut enemmän ja Hesarissakin on ollut paljon hyviä juttuja. Asiakkaat ovat päässeet ääneen, huumeiden käyttäjäyhdistyksen ääni on esillä. Onhan tämä nykyään paljon moniäänisempää. Silti milloin tahansa jotain voi tapahtua, joku haluaa tehdä siitä sellaisen negatiivisen jutun, niin se onnistuu. Lähtisivätkö valtakunnan asiallisimmat lehdet siihen? Enemmän se olisi keltaista lehdistöä.

Media ei ollut ainut taho, jonka käsityksissä toiminnan sisällöstä vaikutti olevan puutteita, sillä myös toiminnan rahoittajien ja päättäjien käsityksissä ja tiedossa mainittiin olevan parantamisen varaa. Monet halusivat oma-aloitteisesti näkyä medioissa ja olivat tyytyväisiä kirjoittelun sävyyn. Syyksi todettiin, että jos toimijat eivät itse aktiivisesti tuota todenmukaista ja ajankohtaista tietoa terveysneuvontatoiminnasta, median sellaisenaan antama kuva ei välttämättä ollut totuudenmukainen, se saattoi pahimmassa tapauksessa perustua uskomuksiin ja käsityksiin sekä olla hyvinkin vääristynyt ja yksipuolinen. Niissä paikoissa joissa terveysneuvontapisteet saivat muutenkin paikallismedian huomioita, aktiivinen juttuihin puuttuminen, esimerkiksi ennen julkaisua artikkelin asiakohtien tarkastaminen ja haastatteluiden antaminen, nähtiin ikään kuin selviytymiskeinona ja hyvänä tapana kertoa

terveysneuvontatyöstä. Ruiskujen ja neulojen vaihtaminen koettiin ehdottomasti toiminnan näkyvimmäksi osaksi ja median antamaan kuvaan tuntui vaikuttavan se oliko itse aktiivinen tiedon tuottaja, vaikkakaan viesti toiminnasta ei aina tahtonut mennä perille:

Mun mielestä se on hyvin yksipuolinen kuva. Antaa just sen kuvan että tämä on ruiskujen ja neulojen- yleensä vielä lukee että jakaminen, vaikka sanoo tuhanteen kertaan että niitä sitten vaihdetaan, ei jaeta, että tämä on ruiskujen ja neulojen jakopiste. Lyhykäisyydessään.

H: Vaikuttaako tämä siihen miten rahoitusta annetaan, kuten mainitsit että on ehkä liikaa sellaista ajatusmallia että terveysneuvontatoiminta voi toimia missä vaan?

V: Kyllä se voi sitäkin myös vahvistaa. Koska voidaan ajatella että ”se on sama missä ruiskut ja neulat vaihdetaan, että ei kai ne tarvitse sen kummempaa tilaa siihen?”

Pääsääntöisesti työntekijöiden mielipide oli että median antama kuva toiminnasta ja kirjoittelun taso yleisesti on vuosien varrella muuttunut asiallisemmaksi ja haittojen vähentämisen lähtökohtaa korostavammaksi. Toiminnan alkuaikoina lehtikirjoitusten sävy oli ollut paikka paikoin negatiivista ja sensaatiohaluista. Median antamaa kuvaa työn luonteesta ja toiminnan perusteista ei nähty virheellisenä, mutta se nähtiin toisinaan yksipuolisena ja ohuena. Terveysneuvonnan ollessa esillä julkisuudessa, pääpaino laitettiin usein ruiskujen ja neulojen vaihtoon sen sijaan että keskityttäisiin terveysneuvontaan laaja-alaisena toimintana. Ruiskujen ja neulojen vaihdon sanottiin olevan ”toiminnan sydän” ja keino saada asiakkaat tulemaan, mutta pelkän vaihdon korostaminen jätti harmillisella tavalla taka-alalle muun oleellisen toiminnan ja sen merkityksellisyyden.

Mediakuva on muuttunut vuosien varrella hyvin paljon positiivisemmaksi. Nimenomaan tartuntatautien laskun myötä. Edelleen

toivoisi, että meidän työtä avattaisiin enemmän. Ei vaan sitä, että me ollaan ruiskujen ja neulojen vaihtopiste, koska tämä työ on niin paljon muutakin, se on vain pieni osa työstä. Asiakastyö, työn kehittäminen vie aikaa. Sitten on kampanjoita, jotka ovat hyvin tärkeitä että saadaan hoidettua asiakkaalle oikeaa tietoa ja siihen liittyvät materiaalit, kaikki tällainen. Ruiskut ja neulat on se porkkana että tavoitetaan asiakkaita. Siksi ne tulevat pisteeseen. Tästä ei puhuta paljoa julkisuudessa. Paljon puhutaan omissa työryhmissä, että pitäisi avata käsitteitä ja pisteen palveluita, mitä ne oikeasti on, mitä ne pitävät sisällään. Se on tiedossa, mutta se ei ole laajassa tiedossa. Ruiskut ja neulat on vain yksi osa haittojen minimointityötä.

Eräänä ongelmana nähtiin median luoma kuva huumeiden käyttäjistä, joka ei sinänsä liittynyt terveysneuvontapisteiden saamaan palstatilaan, eikä ollut ilmiönä uusi, mutta sen vaikutusta suhteessa terveysneuvontatoimintaan pohdittiin useassa haastattelussa. Keskusteluista nousi esiin ajatus, että vaikka terveysneuvontapisteistä kirjoitettaisiin kuinka todenmukaisesti tahansa, tietynlainen kuva huumeiden käyttäjästä on iskostunut ihmisten mieliin ja tämä usein negatiivinen mielikuva yhdistetään myös terveysneuvontaan. Monet toivoivat, että mediassa ja julkisuudessa kiinnitettäisiin enemmän huomiota tartuntariskeihin yleensä, siihen että tartunnat eivät koske vain marginaaliryhmää ja että ruiskuhuumeiden käyttäjillä ja muun väestön välillä on kanssakäymistä. Todettiin myös, että ihmisten sietokyky ruiskuihin ja neuloihin sekä huumeiden käyttäjiin on melko heikko ja mielikuva huumeiden käyttäjästä oli joskus yksipuolinen.

Mä en ymmärrä että suomalaisilla on vielä se kuva, että ruiskuhuumeidenkäyttäjä tosiaan asuu siellä reservaatissa, se on laiha, likainen ja pitkätukkainen. Että siitä sen tunnistaa. Ihmiset eivät halua miettiä tai ajatella että kuka tahansa voi olla ruiskuhuumeiden käyttäjä, tuossa asemalla tai bussia odottava. Se ei ole mikään sellainen jonkun

marginaaliryhmän asia, vaan kyse voi olla kenestä tahansa ja se voi koskettaa ihan ketä tahansa. Sitä toivoisi että tuotaisi enemmän esille, tartuntatauteja myös.

Jotkut vaihtajat ovat ihan seurakuntanuorien näköisiä. Sitä ajattelee että ei voi olla totta. Ei voisi ikinä arvata ketkä kaikki käyttävät, ja paljon.

Monista media vaikutti kiinnostavan enemmän huomioita huumeiden käyttäjiin ja käyttövälineisiin kuin itse terveysneuvontatoimintaan tai sen johtoajatukseen, tartuntatautien ehkäisyyn. Ainakin se pelko ja vastenmielisyys mitä median antamasta kuvasta joskus heijastuivat takaisin terveysneuvontapisteeseen, koski nimenomaan itse huumeiden käyttöä ja –käyttäjää, ei tartuntatautien ehkäisytyötä. Eräs haastateltu kertoo kuinka viesti terveysneuvontatoiminnasta ja sen asiakkaista saattaa tulkinnan kautta saada negatiivisen sävyn.

Joo se annettu viesti on ihan oikein, mutta se muuttuu käsittelijän päässä ja muuttuu mun mielestä sen takia, että niillä on se formaatti siitä kun me käytetään sanoja narkomaani, rikollinen, niin ne näkevät sen tällaisen median luoman asian kautta. Ne näkevät että sen on maailma missä tapetaan, hakataan ja tehdään kauheita asioita. Kun loppujen lopuksi jos me mietitään koko päihdekenttää, päihdekulttuuria Suomessa, niin kyllä Suomessa henkirikokset tehdään kannipäissään, hakataan vaimot kannipäissään, lapset kannipäissään tai hakataan miehet kannipäissään. Se on kuitenkin se todellisuus. Mutta kyllä media ja viihde ovat tehneet sen mielikuvan ihmisille siitä että minkälainen on narkomaanin maailma.

Monet pisteet olivat saaneet toiminnastaan mainoksia ja tietoiskuja paikallislehtiin ja radioon, joka oli terveysneuvonnalle aivan uudenlainen väylä antaa tietoa itsestään valtaväestölle suunnatussa mediassa. Nämä nähtiin positiivisina teinä tiedottaa toiminnasta

ja niiden hyväksyminen mediaan kertoi myös asenteiden muutoksesta.

4.2.1.5. Poliisi

Poliisi ja terveysneuvontatyö edustavat jokseenkin vastakkaisia käytäntöjä huumeepoliittisilta lähtökohdiltaan, joka ei aina voi olla näkymättä jokapäiväisessä työssä. Poliisin ja terveysneuvonnan välien todettiin olevan pääsääntöisesti hyvät ja molemmat tahot arvostivat toistensa työtä. Suurista ja kasvavista asiakasmääristä pääteltiin, ettei poliisin pelko ole estänyt valtaosaa asiakkaista kiinnittymästä terveysneuvontatoimintaan. Poliisin hyväksynnän toimintaa kohtaan todettiin liittyvän ensisijaisesti tartuntariskin vähenemiseen. Vaikka injektiovälineiden käsitteleminen oli poliiseille epämiellyttävää, ruiskujen ja neulojen saatavuuden ja palauttamismekanismin ansiosta käyttäjiltä löytyvät injektiovälineet olivat entistä harvemmin irrallaan, sillä monet pakkasivat käytetyt välineet yhä useammin esimerkiksi pulloon, turvalliseen astiaan tai infektioriskiastiaan. Lisäksi mahdollisimman alhaisten hiv- ja hepatiittitartuntojen määrien koettiin osaltaan parantavan poliisien työturvallisuutta.

Ei meillä tapaamisia ole, ne on konsultaatioapua tarvittaessa.

H: Mutta on ihan hyvä suhde?

V: On. Itse asiassa kaupungin huumeepoliisi on ollut alusta lähtien mukana kuvioissa ja ollut tukemassa tämän toiminnan aloittamista, ohjaa asiakkaita tänne ja on sovittu se työrauha. Että silloin alussa oli pari ylilyöntiä järjestyspuolen poliisilta, mutta sitten käytiin asiat läpi.

Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden todettiin pääsääntöisesti säikkyvän poliiseja, vaikkakaan se ei estänyt suurinta osaa asiakkaista tulemasta pisteeseen. Jatkuvan poliisin pakoilun koettiin olevan asiakkaille erittäin arkipäiväistä ja usein äärimmäisen stressaavaa. Poliisin ja viranomaisten pelon mainittiin olevan yksi keskeisimmistä syistä

jäädä terveysneuvontapalveluiden ulkopuolelle. Useat haastatellut mainitsivat että varsinkin toiminnan alkuaikoina monilla asiakkailla oli ollut käsitys että poliisit partioivat terveysneuvontapisteen edessä tai että terveysneuvontapisteestä annettiin tietoja poliisille. Vaikka poliisipelon arveltiin edelleen pitävän osan asiakkaista terveysneuvonnan saavuttamattomissa, poliiseista todettiin olevan hyötyä esimerkiksi kenttätöiden suunnittelussa. Poliisien tieto ja kokemukset siitä missä ruiskuhuumeiden käyttäjiä liikkuu, mahdollistivat toiminnan suuntaamisen tietyille alueille ja tiettyihin kohderyhmiin. Myös poliisien arviot käyttäjien määristä, esimerkiksi tietyissä kaupunginosissa tai ihmisryhmissä koettiin arvokkaaksi tiedoksi. Vaikka poliisi ja terveysneuvonta toimivat välillä hyvinkin konkreettisesti rinnakkain, suuremmilta konflikteilta oli välttytty kaikissa pisteissä. Pyyntö olla partioimatta auki olevan pisteen vieressä oli kaikilla paikkakunnilla ymmärretty, vaikka kohtaamisilta ei aina välttytty.

Lähipoliisi on nimetty yhdyshenkilöksi, hän on yleensä kerran vuodessa käynyt, mutta hyvin vähäistä poliisin kanssa yhteistyö on. Paitsi että kerran me meinattiin yksi vetäistä meidän ovesta tänne sisälle. Kun oven takana seisoi yksi ihminen ja sitten yksi tuntityöntekijä avasi oven ja sanoi "hei! tule sisään vaan.". Se vastasi "ei, ei, en mä tule nyt", sanottiin "eikä kun tule nyt vaan, täällä ei ole ketään nyt". Sitten hänen oli pakko sanoa että hän on huumeepoliisi. Hän oli tullut vaan katsomaan onko meilläkin näin hiljaista täällä. Hehheh. Ilmankos meillä oli hiljaista jos meillä on huumeepoliisi oven takana. Kerran olen ottanut yhteyttä tähän meidän yhdyshenkilöön. Oli sellainen ikävä tilanne että poliisit ryntäsivät sisälle yhden pojan perässä. Sitten kun menin kysymään että mitä tämä on, niin sanoivat että "suu kiinni! Haluatko sä vaikeuttaa meidän työtämme?" Jäin siihen suu auki. Kun he lähtivät siitä niin pyysin konstaapeliä nimet. Soitin yhdyshenkilölle, mutta pojat [poliisit] olivat ehtineet jo kertomaan että "siellä terveysneuvontapisteessä on niin

epäkohteliasta henkilökuntaa”. Mun mielestä oli kuitenkin tärkeää että se otettiin puheeksi. Että ei voi ihan miten tahansa käyttäytyä.

Kaikki haastatellut totesivat yhteistyön poliisin kanssa olevan hyvää, joskin paikkakuntakohtaisesti jokseenkin vähäistä. Pisteiden perustamista suunnitellessa oltiin lähes poikkeuksetta oltu yhteydessä paikalliseen poliisiin ja kerrottu terveysneuvontatoiminnasta. Poliisit suhtautuivat pääsääntöisesti erittäin suopeasti terveysneuvontatoimintaan ja terveysneuvontapisteiden henkilökunta poliisiin, vaikka molemmat osapuolet tiedostivat työnsä toisistaan poikkeavat lähtökohdat. Yksittäisten poliisien suhtautumisessa terveysneuvontapisteisiin ja niiden asiakkaisiin todettiin olevan paljon eroja. Eräs haastateltu totesi sen mitä monet muutkin mainitsivat, sanomalla että: ”*mitä korkeammalla poliisissa ollaan niin sitä fiksummin ne kyllä suhtautuvat*”. Poliisien suhtautuminen huumeiden käyttäjiin vaihteli yksilötasolla, vaikkakin pääsääntöisesti suhtautuminen oli neutraalia ja ammattimaista. Monet asiakkaat pelkäsivät poliisia lähinnä ratsioiden ja käyttövälineiden kanssa yllätetyksi tulemisen vuoksi. Sanottiin, että jos asiakkailta löytyy ratsiassa likaiset käyttövälineet, seuraukset saattavat riippua hyvin pitkälti yksittäisestä poliisista. Asiakas voidaan neuvoa lähimpään terveysneuvontapisteeseen tai jatkaa prosessia esimerkiksi kotietsintään asti.

Poliisiin pyrittiin pitämään yhteyttä esimerkiksi vuosittaisissa palavereissa ja soittamalla säännöllisesti puoleen ja toiseen. Pisteiden ohjausryhmään saattoi kuulua poliisi, tai poliisi saattoi olla mukana pisteen palavereissa. Eräissä kaupungeissa poliisit olivat itse pyytäneet terveysneuvontapisteiden esitteitä joita he saattoivat antaa asiakkaille joilla oli syytä epäillä ruiskuhuumeiden käyttöä. Poliisit saattoivat myös ohjata kenttätyössä kohtaamia ruiskuhuumeiden käyttäjiä hakeutumaan terveysneuvontapisteiden palveluihin, esimerkiksi pyytämällä heitä menemään

vaihtamaan käyttövälineensä puhtaisiin. Poliiseille saatiin antaa myös kirjallista tietoa tartuntataudeista ja tartuntariskeistä, jota he saattoivat itse lukea ja antaa putkaan luettavaksi. Poliisien koettiin pääsääntöisesti tukevan terveysneuvontatoimintaa, eikä keskinäisissä suhteissa ollut juurikaan ongelmia. Ainoa asia mistä poliisin toimintaa kritisoitiin, oli käyttöríkossakkojen runsas kirjoittaminen.

4.2.1.6. Apteekit

Apteekkien kanssa tehtävän yhteistyön todettiin olevan hyvää, mutta jokseenkin vähäistä. Yhteydenotot apteekkien ja terveysneuvontapisteiden välillä olivat lähes poikkeuksetta terveysneuvontapisteiden aloitteesta tehtyjä ja kommunikaation koettiin muutenkin olevan harmillisen yksipuolista. Apteekkeilta oli kuultu, että niiden henkilökunta toivoi monesti saavansa ohjausta ja tukea huumeita käyttävien - ja erityisesti nuorten asiakkaiden kohtaamiseen. Monilla paikkakunnilla oli kartoitettu ruiskuja ja neuloja myyvät apteekit soittamalla tai paikan päällä käymällä ja kaikille alueen apteekkeille pyrittiin toimittamaan terveysneuvontapisteiden esitteitä joita he saattoivat antaa myymiensä ruiskujen ja neulojen mukaan. Esitteitä toimitettiin myös niille apteekkeille jotka eivät myyneet ruiskuja ja neuloja ja kannustettiin heitä ohjaamaan huumeiden käyttäjiä terveysneuvontapisteeseen.

Apteekkien asenne tartuntatautien ehkäisyyn oli erittäin kiinnostunut ja terveysneuvontapisteet pyrkivät erilaisissa tapahtumissa jakamaan heille tietoa toiminnastaan ja tartuntataudeista. Muutamat haastatellut mainitsivat, että heillä oli erityisen hyvä suhde johonkin tiettyyn apteekkiin, useimmiten sellaiseen missä myytiin runsaasti ruiskuja ja neuloja. Monesti apteekkien suhtautuminen käyttövälineiden myyntiin ja yhteydenpito terveysneuvontapisteiden riippui proviisorista. Monien apteekkien tiedettiin kannattavan terveysneuvontapalveluiden laajenemista ja kattavuuden parantamista ja vaikka monet myivät käyttövälineitä, he toivoivat että terveysneuvontapisteet olisivat

kuitenkin ensisijainen ruiskujen ja neulojen vaihdon väylä, jonka ohella asiakkaat saivat myös muita palveluita Lähialueiden käyttäjien saavuttamiseksi terveysneuvontapisteen ja jonkin lähialueen apteekin yhteistyötä oli saatettu tiivistää niin, että terveysneuvontapisteen henkilökunta meni apteekin tiloihin hoitamaan ruiskujen ja neulojen vaihtoa. Tämä mahdollisti kerran viikossa suurien määrien antamisen ja toisaalta myös käyttövälineiden palauttamisen, mitä ei tyypillisesti tehdä apteekeissa.

Pääasiassa apteekkimyynti vaikutti vähäisemmältä suurimmissa kaupungeissa, kun taas hieman pienemmissä kaupungeissa saatettiin tietää kaikkien alueen apteekkien myyvän ruiskuja ja neuloja. Terveysneuvontapistet pyrkivät olemaan ajan tasalla alueensa välineitä myyvistä apteekeista ja pitävät monesti seinällään listoja niistä apteekeista mistä saa ostettua ruiskuja ja neuloja, sekä niiden aukioloajat ja hinnat.

Aika monet asiakkaat hakevat myös apteekeista ruiskut ja neulat. Ihan varmasti siellä on myös muuta porukkaa. Joskus tulee asiakas joka on käyttänyt pitkään ja ostanut välineet aina apteekista. Siellä käy siis myös paljon porukkaa jotka eivät käy terveysneuvontapisteessä.

Monien ruiskuja ja neuloja myyvien apteekkien tiedettiin säännöstelevän myyntiä vuorokaudenajallisesti, lopettaen välineiden myynnin yleensä illalla klo 21. Joillain paikkakunnilla apteekit olivat lopettaneet tai supistaneet ruiskujen ja neulojen myyntiä sen jälkeen kun terveysneuvontapiste oli perustettu. Ruiskujen ja neulojen myynnistä oli aiheutunut, tai pelättiin aiheutuvan häiriöitä, sekä asiakkaat saattoivat pelätä huumeiden käyttäjiä. Saatettiin myös kokea, että terveysneuvontapiste korvasi apteekkimyynnin, eikä välineiden myynti ollut enää mielekäästä. Ruiskujen ja neulojen sanottiin olevan toisinaan hyvinkin kalliita ja apteekit saattoivat nostaa hintaa entisestään illalla tai viikonloppuisin. Eräs haastateltava oli kuullut asiakkailta huhun, että kahden

ruiskun ja neulan pakkaus saattoi maksaa jopa 14 euroa. Toisissa haastatteluissa mainittiin, että käyttövälineiden hinta saattoi olla korkeampi huumeiden käyttäjälle kuin esimerkiksi kosmetologille. Ruiskujen ja neulojen myynnin ja hinnoittelun tiedettiin olevan hyvin kirjavaa paikkakunnasta, kaupungista tai kaupunginosasta riippuen. Suurilla kaupunkialueilla saattoi olla vain yksi ainoa apteekki joka myi ruiskuja ja neuloja huumeiden käyttäjille ja näin saattoi pitää monopoliasemaa usean kaupunginosan käyttäjille. Puhtaiden välineiden naureskeltiin muodostuneen paikoittain erittäin hyväksi myyntiartikkeliksi. Apteekkien rooli puhtaiden käyttövälineiden saatavuuden parantamisessa oli keskeinen sellaisilla paikkakunnilla, joilla ei ollut terveysneuvontapistettä tai joilla pisteen aukioloajat olivat suppeat. Haastatellut kokivat monilla alueilla apteekkien myynnin kuitenkin riittämättömäksi ja totesivat, että terveysneuvontapisteen ja apteekkien palveluiden tulisi toimia rinnakkain ja toisiaan tukien. Vaikka välit apteekkariliittoon ja apteekkeihin olivat monin paikoin hyvät, apteekeilla todettiin silti olevan oikeus kieltäytyä myynnistä vaikka tietysti toivottiin, että kaikki apteekit myisivät ruiskuja ja neuloja.

Aika vähän on yhteistyötä. Viedään meidän esitteet sinne ja he soittavat lähinnä silloin kun esitteet ovat loppu. Silloin kun tultiin tähän, niin vastapäinen apteekki lopetti ruiskujen ja neulojen myynnin kun terveysneuvontapiste tuli.

H: Oliko se sun mielestä ihan ok?

V: Mun mielestä apteekkien pitäisi myydä. Eihän mekään olla kuin kaksi kertaa viikossa auki. Se ei silloin paljoa auta. Jos joku kysyy terveysneuvontapistettä perjantai-illalla, niin voi sanoa että ”sori, se on ensi keskiviikkona taas auki”.

Apteekkimyynnin koettiin olevan tarpeellinen lisäpalvelu terveysneuvontapisteen asiakkaille, mutta ensisijainen palvelu niille ketkä eivät asioi terveysneuvontapisteessä.

Pääsääntöisesti kaikissa pisteissä asiakkaat ostivat toisinaan välineensä myös apteekista, vaikka arveltiin että apteekit tavoittivat osaksi eri käyttäjäkuntaa kuin mitä terveysneuvontapisteet. Eräs haastateltu oli sitä mieltä, että kaikkein huonokuntoisimmat ja syrjäytyneimmät henkilöt on saatu kiinnittymään terveysneuvontapalveluun ja he hoitavat puhtaiden välineiden hankinnan terveysneuvontapisteiden kautta. Apteekissa he eivät juuri asioi, sillä monet kokevat että käyttövälineet voi saada ilmaiseksikin ilman leimautumisen tunnetta. Eräs haastateltu pohti olisiko apteekista välineensä hankkiva joukko kuitenkin varakkainta käyttäjäkuntaa, sillä ruiskujen ja neulojen jatkuva ostaminen tulisi jokseenkin kalliiksi. Riski-tutkimukseen osallistuneista henkilöistä alkuhaastattelun aikaan 95 prosenttia oli ostanut ruiskuja ja neuloja apteekista ja puolentoista vuoden seurannan jälkeen, välineitä apteekista oli ostanut 98 prosenttia. (Partanen ym. 2006, 46). Vaikka apteekissa asiointi väheni seuranta-ajan kuluessa, tutkimus osoitti, että käytännössä kaikki terveysneuvontapisteiden asiakkaat hankkivat toisinaan ruiskuja ja neuloja myös apteekista.

Vaikka monet asiakkaat sanoivat ostavansa välineitä apteekista, se johtui usein siitä, ettei terveysneuvontapalvelu ollut auki tai lähettyvillä, eikä apteekista ostaminen ei ollut ensisijainen keino hankkia välineitä. Tästä huolimatta apteekissa pääasiassa asioivat koettiin jokseenkin marginaaliryhmäksi, joiden hakeutuminen terveysneuvontapisteiden palveluihin koettiin epätodennäköiseksi ja ehkä jopa tarpeettomaksi. Eräältä haastateltavalta kysyttäessä ”*ostavatko teidän asiakkaat ruiskuja ja neuloja apteekista?*”, hän vastasi ”*mä olen kauhean harvoin kuullut sen lauseen*”. Joissain pisteissä arveltiin, että esimerkiksi hormonien pistäjät hankkivat ruiskut ja neulat pääsääntöisesti apteekista. Kaikki olivat sitä mieltä että apteekkien tulisi myydä ruiskuja ja neuloja mikäli siitä ei ole aivan suhteetonta haittaa muulle toiminnalle.

4.2.1.7. Aukioloajat

Tyypillisesti terveysneuvontapisteen aukioloaikana työntekijöitä oli paikalla kahdesta kolmeen, riippuen henkilökunnan kokonaismäärästä ja asiakasmäärästä. Pienissä pisteissä työntekijöitä saattoi olla paikalla vain yksi. Suurissa pisteissä jopa kolmen työntekijän paikalla olo koettiin joskus riittämättömäksi esimerkiksi tilanteessa, jossa yksi työntekijä oli lääkärin kanssa, yksi keskusteli asiakkaan kanssa sivummalla ja tiskillä oli vain yksi ihminen jonka eteen alkoi muodostua jonoa. Paikalla olevan henkilökunnan määrä on hyvin pistekohtaista, vaikka tyypillisimmin työntekijöitä on paikalla vähintään kaksi. Suurin osa terveysneuvontapisteistä aukeaa puoliltapäivin tai sen jälkeen. Useat haastateltavat mainitsivat asiakaskunnan liikkuvan periaatteessa vasta klo 12 jälkeen, joten aukioloaikoja oli pyritty painottamaan iltapäivään tai iltaan. Ennen pisteen aukeamista työntekijöillä oli mahdollisuus tavata yhteistyökumppaneita ja hoitaa muita kuin asiakaspalveluun liittyviä työtehtäviä. Virka-aikana aukiolo koettiin tärkeäksi, sillä monien asiakkaiden tarvitsemat palvelut, niihin ohjaaminen, soittaminen ja niissä käyminen oli hoidettava päiväsaikaan. Tyypillisimmin puheluita tehtiin sosiaaliturvatoimistoon, selvitettiin hoitopaikkoja, asuntoasioita, varattiin lääkäri-aikoja ja soitettiin katkaisuhuoltoon. Useissa pisteissä oli pyritty järjestämään aukioloaika sekä päivään että iltaan. Illan aukioloja perusteltiin sillä, että myös työssäkäyvät ja opiskelevat asiakkaat saavat palvelua ja nimenomaan virka-ajan jälkeen. Asiakkaiden ohjaaminen palveluihin oli suppeampaa niissä paikoissa missä aukioloajat painottuvat suurelta osin tai kokonaan iltaan. Päiväkeskustyypiset pisteet, tai pisteet joiden tilat palvelivat myös muita kuin ruiskuhomeidenkäyttäjiä, olivat useimmiten auki pidempiä aikoja, aukesivat aikaisemmin ja/tai sulki ovensa verraten myöhään. Aukioloajoiltaan suppeat pisteet keskittävät toimintansa lähes poikkeuksetta iltaan. Henkilökunnan tehdessä terveysneuvontaa puolipäiväisesti ja muun työn ohella, toiminta

ja aukiolot keskittyvät iltaan ja olivat lyhyitä, useimmiten noin kaksi tuntia kerrallaan. Muutaman tunnin viikossa avoinna olevat pisteet kritisivat itse suppeita aukioloaikojaan, toteamalla esimerkiksi, että:

Huumeiden käyttäjillä on usein vaikeuksia havaita mikä päivä on, paljonko kello on, moneltako ja koska joku on auki. Sitten pitää vielä huolehtia käytetyt välineet mukaan ja liikkua johonkin. Se vaatii aika paljon suunnitelmallisuutta ja ajan hallintaa. Kaksi kertaa viikossa on hyvä, että ei ole niin pitkä aika seuraavaan aukioloon. Jos haluaisi järjestää oikean matalakynnyksisen paikan, sen pitäisi olla auki ympäri vuorokauden. Neljä tuntia viikossa ei ole sitä.

Säännöllinen ja melko usein tapahtuva pääsy välineiden vaihtoon katsottiin tärkeäksi esimerkiksi kodittomille tai pienten lasten vanhemmille. Nämä henkilöt eivät välttämättä pystyneet keräämään ja säilyttämään suuria määriä käytettyjä välineitä. Loma-aikoina terveysneuvontapisteidensä aukioloaikoja jouduttiin monesti supistamaan ja toimintakertomusten mukaan jotkut pienet pisteet saattoivat loma-aikoina olla suljettuina jopa kuukauden. Tavallista lyhyempiä aukioloaikoja pyrittiin tasoittamaan nostamalla hetkellisesti asiakkaille kerralla ilman vaihtoa annettujen välineiden määrää ja ohjaamalla heitä muihin, aukioloviin palveluihin. Käytännössä vain pääkaupunkiseudulla palveluita oli tarjolla niin runsaasti, että yksittäiset pisteet pystyivät pitämään ovensa kiinni pidempiäkin aikoja ilman kokonaissaatavuuden merkittävää huonontumista. Lomakautena vaihtoperiaatteen kattoa saatettiin nostaa tai poistaa kokonaan vaihtomäärille asetettu katto. Joissain pisteissä tavallista suurempia määriä vaihdettiin myös ennen viikonloppua. Supistettujen aukioloaikojen aikana asiakkaat eivät välttämättä hakeutuneet toisiin terveysneuvontapisteesiin, vaikka niitä olisi ollut tarjolla. Vaihtoehtoisten terveysneuvontapalveluiden käytön vähäisyyden arveltiin liittyvän välimatkoihin ja ennen kaikkea paikkauskollisuuteen.

Tiettyssä paikassa asiointiin koettiin vaikuttavan henkilökunnan, paikan ja asiakkaan välille kehkeytynyt tutuus ja luottamus. Vaikka palveluita koettiin käytettävän jonkun verran ristiin, pääsääntöisesti asiakkailla tiedettiin olevan yksi kiinnekohta, yksi tietty palvelu jota he enimmäkseen käyttivät.

4.2.1.8. Toimitilat

Toimintatilojen toimivuuden kannalta tärkeimmäksi kriteeriksi nostettiin se, oliko pisteessä sellaista huonetta tai tilaa mihin saattoi vetäytyä kahden kesken asiakkaan kanssa. Henkilökohtaisten keskustelujen rooli ja mahdollisuus niihin nähtiin hyvin suurena ja tärkeänä osana terveysneuvontatoimintaa ja niihin mahdollistavien tilojen puute koettiin suurena pulmana.

Se on työntekijän vastuulla että jos on pieni tila ja asiakas alkaa selittää jotain henkilökohtaista juttua siinä neuvontatiskillä, niin voisi sanoa että ”odota vähän, mennään jatkamaan juttua toiseen huoneeseen”. Mutta mihin sä sanot sitten siinä kohtaa kun ei ole sitä toista tilaa?

Keskusteluiden todettiin olevan suuri osa terveysneuvontaa, vahvistavan luottamuksen syntyä ja olevan olennainen osa riskeihin puuttumista. Erään terveysneuvontapisteen muutto pienempiin toimitiloihin oli oleellisesti vähentänyt käytyjen keskusteluiden määrää ja pinnallistanut niiden laatua. Tilojen saneleman keskusteluiden vähenemisen pelättiin merkitsevän myös sitä, että oleelliset terveyteen liittyvät keskustelut jäivät monesti käymättä.

Vanhoissa tiloissa kahdenkeskinen keskustelu olisi onnistunut. Nyt sitä on alettu todella pyydellä. Nykyään toimitiloissa on aina kaksi henkilökunnan jäsentä sekä joukko asiakkaita, keskustelut ovat paljon kevyempiä kuin ennen. Ennen tilat olivat isommat. Toisaalta silloin ennen näiden keskusteluiden myötä oli todella väsynyt olo. Raiskausoikeykännit ja vastaavat puheenaiheet veivät voimat. Päiväkeskus olisi se paikka missä näitä voisi

puida. Nämä jutut ja ilmiöt eivät ole poistuneet, niistä ei vaan puhuta. Kaikki riippuu tiloista ja kontaktista. Harmillinen ilmiö.

Välineiden vaihtotilanne mainittiin useasti hyväksi terveysneuvontatilanteeksi, mutta suuret asiakasmäärät ja jonon muodostuminen nähtiin hermostuttaviksi ja neuvontatilannetta haittaaviksi tekijöiksi. Monissa pisteissä ongelmaksi koettiin sekä erillisten huoneiden että tarpeeksi suuren odotustilan puute. Joissain pisteissä oli tehty ratkaisu antaa vertaistoimijoiden hoitaa ruiskujen ja neulojen vaihtoa, jotta henkilökunta sai enemmän aikaa ja kontaktia pisteessä asioiviin asiakkaisiin. Jos pisteessä asioi samanaikaisesti useita ihmisiä, kiire ja äänen madaltaminen saattoivat myös vesittää muuten hyvää terveysneuvontatilannetta. Erilliset huoneet nähtiin ehdottoman tärkeinä, mikäli paikan päällä oli testausta, rokottamista tai lääkärin ja gynekologin palveluita. Pienet tilat vaikuttivat myös testaukseen ja testitulosten antamiseen ja pohdittiinkin, oliko tällaisessa paikassa syytä tehdä aktiivista testausta vai ohjata asiakkaat muualle testeihin.

Lähetä hiv ja hepatiittitesteihin ja vastaus tulee tänne. Testejä ei tehdä paikan päällä käytännön syystä. Suonet ovat huonot ja verenottotaidot ruostuneet, sekä veren kuljetus olisi hankalaa. Toimitaan illalla ja verikuljetus olisi vasta aamulla. Tänne ei ole tullut yhtäkään positiivista hiv-testitulosta. Jos tulisi positiivinen tulos, asiakkaalle pitäisi olla aikaa. Tilat eivät salli hyvää yksityistä tilaa. Siinä tilanteessa pitäisi ehkä olla yhteydessä kriisipalveluihin.

Ideaaliksi näyttivät muodostuvan toimintatilat, joissa olisi riittävän suuri asiakastila ja vastaanottotiski, yksi huone henkilökohtaisille keskusteluille, yksi huone toimenpiteille ja riittävät varastotilat. Harva haastatelluista pisteistä pystyi täyttämään näitä toiveita.

4.2.1.9. Sijainti

Monet terveysneuvontapisteen olivat halunneet tai joutuneet muuttamaan sijaintiaan

toimintahistoriansa aikana. Uusien toimitilojen löytäminen oli monesti ollut hankalaa ennen kaikkea toiminnan luonteen vuoksi. Ennakkoluulot ja epäilyt terveysneuvontapisteen mukanaan tuomiosta ilmiöistä ja asiakaskunnasta hankaloivat lähes aina uusien tilojen saantia. Suurinta vastustusta oli koettu kauppiasyhdistyksiltä, joiden suhtautumisen todettiin olevan joskus jopa kielteisempää kuin yksityishenkilöiden. Muuton yhteydessä pelko siitä etteivät asiakkaat hakeudu uuteen paikkaan, osoittautui aiheelliseksi niissä paikoissa missä oli jouduttu muuttamaan. Terveysneuvontapisteen muutto pienen kaupunkialueen sisällä tai yhdestä kaupunginosasta toiseen, verotti asiakkuuksia yllättävän paljon. Uusiin tiloihin muuttanut terveysneuvontapiste saattoi saada pienessä ajassa paljon uusia asiakkaita, mutta vanhoista asiakkaista suuri osa ei enää hakeutunut uuden palvelun piiriin. Tästä vedettiin johtopäätöksiä siitä, että jotkut asiakkaat tai asiakasryhmät eivät liiku alueeltaan ja varsinkin suurissa kaupungeissa on paljon paikka - tai pysäkkiuskollisuutta.

Siinä on yksi ilmiö mikä liittyy näihin pieniin alueellisiin yksiköihin, että tämä muuttoliike mitä on tehty, on kuvastanut meille sen, että pienet alueelliset yksiköt ovat aivan älyttömän tärkeitä.

H: Se on antanut tietoa?

V: Juu ihan ehdottomasti. [Kaupunginosasta toiseen] siirtyessä, siitä on jalkapallokenttien läpi 300- 400 metriä. Se on todellakin lyhyt, tietä pitkin pidempi, mutta siitä on ihan kivenheitto. Jalkapallokentät välissä. Sinne tuli kymmeniä uusia asiakkaita, jotka eivät vaan olleet päässeet siitä jalkapallokentän yli. Sama homma kun jouduttiin [kolmanteen paikkaan] lähtemään, niin sinne ne jäivät, asiakkaat. Ne eivät enää tulleet [uuteen paikkaan].

Monien asiakkaiden tiedettiin myös matkustavan satojen kilometrien päästä asioimaan ”omassa terveysneuvontapisteessä”,

vaikka käyttövälineet voisi saada lähempääkin. Yhden tai useamman muuton myötä havaittiin, että käyttäjiä oli enemmän kuin mitä terveysneuvontapiste sillä hetkellä tavoitti ja että uusia työmuotoja tarvittiin heidän tavoittamiseksi. Pienet alueelliset pisteet, vertaistyöntekijät ja etsivä kenttätyö koettiin ratkaisuksi näiden ihmisten tavoittamiseksi.

Suurin osa haastatelluista oli tyytyväisiä nykyiseen sijaintiinsa. Sijaintiin, eli siihen oliko toiminta esimerkiksi asuintalossa, vaikutti myös asiakasmäärät. Tyytymättömyys sijaintiin oli suurinta siellä missä terveysneuvontapiste oli selkeästi ydinkeskusta-alueen ulkopuolella. Hiljaisen ja kulkuyhteyksiltä syrjässä olevan paikan arveltiin nostavan asiakkaiden kynnystä asioida pisteessä. Kiinteistä terveysneuvontapisteistä kolmannes toimi terveyskeskuksen yhteydessä, kolmannes asuintalon yhteydessä olevassa kiinteistössä ja kolmannes omassa kiinteistössään tai liiketilassa. Eräät terveyskeskuksen tiloissa toimivat pisteet rakennettiin varta vasten esimerkiksi yhteen huoneeseen kerran viikossa illalla. Siellä missä samassa kiinteistössä oli ollut esimerkiksi järjestöjen tai yritysten tiloja, terveysneuvontapisteen olemassaolo oli koettu alussa kiusalliseksi. Suurimman ongelman ja huolen aiheen oli ilmaistu olleen pelko mahdollisista tartunnoista. Yhteiset keskustelut ja tartuntariskien läpikäynti olivat kuitenkin vähentäneet ennakkoluuloja ja pelkoja suuntaan ja toiseen. Mitä pienempi piste ja pienemmät asiakasmäärät, sitä vähemmän järjestyshäiriöitä toiminnan ympärillä koettiin olevan ja sitä vähemmän vastustusta piste pääsääntöisesti koki.

Kaikki haastateltavat korostivat sijainnilla olevan suuri merkitys. Pisteiden tuli olla keskeisellä paikalla ja hyvien liikenneyhteyksien lähellä. Toisaalta se ei saanut olla liian keskeisellä paikalla, jotta asiakkaiden huomaamaton sisäänvalo hankaloituisi. Terveyskeskuksen yhteydessä toimivien pisteiden henkilökunnasta osa painotti sen hyviä ja osa taas huonoja puolia.

Terveyskeskuksen henkilökunnan suhtautuminen toimintaan nähtiin vaikeaksi ja kiusalliseksi, vaikka toisaalta terveyskeskuksen yhteydessä oleminen lisäsi terveysneuvonnan yhteyttä perusterveydenhuoltoon sekä yhteistyötä ja keskinäistä ymmärrystä. Terveyskeskuksen tiloissa toimimisen ehdoton valtti oli hyvien laboratoriapalveluiden läheisyys, joka mahdollisti testien tekemisen paikan päällä. Terveyskeskuksessa asioiminen oli suurelle osalle asiakkaista huomaamatonta ja luonnollista, kun taas joillekin asiakkaille, kuten amfetamiinin käyttäjille sen sanottiin olevan mahdollinen kynnyksen ja este asioimiseen. Vainoharhainen suhtautuminen terveyskeskusalueelle tulon saattoi jättää mahdollisia asiakkaista palvelun ulkopuolelle.

Terveyskeskusten yhteydessä toimiminen oli monien mielestä hyvä askel toiminnan vakiintumiseksi osaksi perusterveydenhuoltoa, kuten 2002–2006 hiv-aids-strategiassa painotetaan. Terveyskeskusten henkilökunnan suhtautuminen samoissa tiloissa toimivaan terveysneuvontapisteeseen vaihteli paikkakunnittain. Joissain paikoissa oltiin sitä mieltä, ettei terveysneuvonta erityispalveluna kuulu terveyskeskuksen yhteyteen, kun taas toisaalla saatettiin nähdä, että erillään olo eriyttää palvelua entisestään. Ne pisteet, joiden toimitilat olivat asuinrakennuksessa, liiketilassa tai kiinteistössä, löysivät paljon perusteluita sille miksi pisteiden ei tarvitsisi olla terveyskeskusten yhteydessä. Lähiympäristön reagointi terveysneuvontapisteen olemassaoloon koettiin poikkeuksetta vähäiseksi ja yllättävästi, asuinrakennusten yhteydessä toimivat pisteet kokivat vähiten lähiympäristön painetta. Matala profiili koettiin kuitenkin tärkeäksi siellä missä piste oli asuinrakennusten yhteydessä ja osa henkilökunnasta arveli, etteivät kaikki asukkaat olleet edes tietoisia terveysneuvontapisteen olemassaolosta tai sen toiminnasta. Yksittäisiä mainintoja oli tilanteista, joissa asiakas on parkkeerannut autonsa väärin ja siitä oltiin tultu sanomaan, tai että tien toisella puolella asuva henkilö oli

kritisoinut toimintaa. Harvoin, mutta joskus joku saattoi tulla paikan päälle kertomaan mielipiteensä toiminnasta:

Jotain yksittäisiä kansalaisia on ehkä joskus käynyt päätään aukomassa.

H: Tulevatko ihan sisälle asti?

V: Jotkut joo, ottavat elämäntehtäväkseen. Haukkuvat meidät ja narkomaanit yleisesti ottaen. Onneksi ovat sellaisia yksittäistapauksia.

Asiakkaita muistutettiin olematta jäämästä terveysneuvontapisteen ulkopuolelle esimerkiksi tupakalle ja pisteen ympäristö pyrittiin pitämään siistinä. Jos terveysneuvontapisteen olemassaoloa vastustettiin, vastustus tuli yksityisten ihmisten sijasta enimmäkseen liikkeenharjoittajilta tai siihen verrattavilta tahoilta. Ympäristön suhteen pyrittiin pitämään mahdollisimman matalaa profiilia ja neuvomaan asiakkaita tekemään samoin. Tilat pyrittiin pitämään mahdollisimman huomioita herättämättöminä ja ympäristö siistinä. Väärinkäsitysten estämiseksi ulko-ovessa ei usein lukenut ”Terveysneuvontapiste”, ettei sisään enää vahingossa eksyisi esimerkiksi verenpaineenmittausta toivovia vanhuksia.

4.2.2. Keskeisimmät palvelut

4.2.2.1. Testaus

Hiv- ja hepatiittitestausta ovat keskeinen osa terveysneuvontatyötä ja yksi tärkeimmistä annetuista palveluista. Paikan päällä tehtävät hiv-, hepatiitti B- ja C-testit kuuluvat useimpien terveysneuvontapisteen peruspalveluvalikoimaan ja lopuissa testeihin kirjoitetaan lähete. Lähes kaikki painottivat, että hiv- ja hepatiittitesteihin hakeudutaan poikkeuksetta vain silloin kun taustalla on ollut riskikäyttäytymistä. Vapaaehtoinen testiin hakeutuminen nähtiin itsessään erittäin hyvänä asiana, mutta jos testeihin hakeuduttiin vain silloin kun taustalla oli riskikäyttäytymistä, pääteltiin, että riskitilanteista oli vähintään yhtä paljon kuin

tehtyjä testejä. Testiin hakeutumisen syyn, jonkun riskin, sanottiin liittyvän yhtä lailla käyttövälineiden yhteiskäyttöön kuin suojaamattomaan seksiin. Useasti asiakkaat eivät mieltäneet seksiin liittyviä riskejä suuriksi, vaikka henkilökunta yritti muistuttaa esimerkiksi hiv:n ja hepatiitti B:n seksivälitteisen tartunnan mahdollisuudesta.

Siellä on taustalla aina riskikäyttäytyminen. Ne aina tietävät epäillä. Aina on joku mistä he ajattelevat että heillä voisi olla.

H: Eli syyttä ei tulla?

V: Ei. Ne eivät tule syyttä. Mä en ole yhdenkään kuullut sanovan, että ”ihan huvikseni vaan tulin”. Jokaisella on [syy] ja joka ikinen tärisee.

Osa asiakaskunnasta kävi säännöllisesti testauttamassa itsensä noin kolmen- neljän kuukauden välein. Säännöllinen testaus koski lähinnä hiv-testiä. Hepatiitti C-testejä todettiin tehtävän vähemmän, sillä monet oli jo testattu, suurella osalla heistä oli jo tartunta, eikä testiä ole tarvetta uusina. Monissa pisteissä hepatiitti C-testejä oltiin vasta ottamassa säännölliseen palveluvalikoimaan ja tehostuneen testauksen myötä arveltiin alussa löytyvän suuren määrän hepatiitti C-tartuntoja. Vaikka säännöllisen testeissä käymisen tärkeyttä pyrittiin korostamaan päivittäisessä terveysneuvontatyössä, näennäisesti itsestään huolehtiminen säännöllisen testeissä käymisen muodossa koettiin ongelmalliseksi. Monet totesivat, että säännöllisesti testeissä käyvillä henkilöillä tiedettiin olevan jatkuva riskikäyttäytymistä ja että osalla heistä saattoi olla mielikuva siitä, että tartunnat pysyvät poissa testeissä käymällä. Kaikissa pisteissä henkilökunta arveli, että koko asiakaskuntaa ei ollut testattu hiv:n ja hepatiittien osalta. Suurin osa vastauksista oli kommentteja, kuten ”*ehkä puolet on testauttanut itsensä joskus*” tai ”*hyvin minimaalinen osa on testauttanut itsensä edes joskus*”. Joukossa oli myös niitä pisteitä, joissa asiakaskunnan arveltiin olevan suurimmaksi osaksi edes kerran hiv- ja hepatiittitesteissä käyneitä, vaikkakin testeissä

käyminen koettiin pääasiassa liian vähäiseksi. Suurta osaa useiden pisteiden asiakkaista ei ollut koskaan testattu eivätkä monet uskaltaneet riskikäyttäytymisen jälkeen hakeutua testeihin. Joidenkin asiakkaiden todettiin olevan vakuuttuneita, että niillä henkilöillä joiden kanssa välineiden yhteiskäyttöä tai suojaamatonta seksiä oli ollut, ei ollut tartuntaa eikä näin ollen ollut tartuntariskiä tai tarvetta testille Sosiaaliin suhteisiin liittyvä luottamus ja ryhmän näennäiset normit saattoivat aiheuttaa harhan turvallisesta yhteiskäytöstä ja riskittömästä suojaamattomasta seksistä.

Terveysneuvontapisteestä riippuen, testaus oli järjestetty joko paikan päällä tai läheteellä. Paikan päällä järjestetty testaus vaati sairaanhoitajan, tarpeeksi aukioloaikaa ja sovitut laboratoriopalvelut jotta varmistusnäytteet pystyttiin lähettämään eteenpäin. Useissa paikoissa testausmahdollisuus oli sovitettu tiettyyn päivään ja tiettyyn kellonaikaan. Hiv-pikatesti jossa tulos varmistui 15 minuutissa, oli käytössä suurimmassa osassa paikkoja. Hepatiittitestit vaativat aina suoniverinäytteen ja tästä syystä verinäytteiden kuljetus laboratorioon piti olla taattu jotta näytteitä voitiin ottaa. Markkinoilla yleistyvät HCV-pikatestit saattavat osaltaan madaltaa testien tekemisen kynnystä ja helpottaa testikäytäntöä tulevaisuudessa. Useissa pisteissä testauksen hankalan järjestämisen vuoksi oli päädytty läheteisiin. Ne terveysneuvontapisteet joissa kirjoitettiin läheteitä, kokivat tämän käytännön korottavan testeihin hakeutumisen kynnystä. Syy siihen ettei testejä otettu paikan päällä, liittyi käytännön kysymyksiin kuten tilojen, aukioloaikojen ja henkilökunnan rajallisuuteen. Läheteiden osalta asiakkaan saaminen laboratorioon asti koettiin hankalana, sillä jos testitulos toimitettiin laboratoriosta terveysneuvontapisteeseen, testitulosten määrä oli vain murto-osa kirjoitettujen läheteiden määrästä. Kirjoitettujen läheteiden määrä ei siis automaattisesti kertonut testiin hakeutuneiden määrää. Paikan päällä tapahtuva matalan kynnyksen testaus koettiin asiakkaiden

kannalta erittäin tärkeäksi ja karkeasti ottaen mitä matalampi testiin tulemisen kynnyks oli, sitä suurempi osa asiakkaista oli testattu edes kerran. Asiakkailta pyrittiin aina kysymään koska he olivat viimeksi käyneet testeissä ja muistuttaa minä päivinä testejä on saatavilla. Vaikka riskitilanteet motivoivat ihmisiä testeihin, monille riskit toimivat päinvastaisesti, eli testeihin ei haluttu tai uskallettu tulla riskin jälkeen. Useat ketkä eivät suostuttelusta huolimatta suostuneet testattaviksi, olivat kertoneet syyksi pelon tartunnasta. Muita esteitä olivat testilähetteen sekä harvojen kohdalla välinpitämättömyys. Pelkoa tartunnasta ja testauksesta lisäsi otetut riskit parisuhteen ulkopuolisessa kanssakäymisessä, sekä pelko siitä, että oli jo ehtinyt tartuttaa muita. Eräs haastateltava mainitsi että kynnystä nosti myös terveysneuvontapisteessä asioivat muut asiakkaat ja eri testeihin hakeutumisessa oli suuria eroja.

Hyvin minimaalinen osa on testauttanut itsensä edes joskus. Nämä eivät millään meinaa tulla. Eivät vaan uskalla tulla, se on yksi syy. Toinen on se, että monille on iso kynnyks siinä että jos haluaa tulla ja päättää tulla testiin, niin täällä onkin muita ihmisiä. Nämä tilat ovat niin pienet, että täällä ei häviä sinne asiakkaiden sekaan. Aina kun mennään tuonne, niin kaikki tietävät että se on hoituhuone. Olen sanonut asiakkaille että voivat sanoa "hei mulla on asiaa sulle, voidaanko mennä juttelemaan kahdestaan?". Jotenkin se koetaan yhtenä kynnyksenä, oletan että se on yksi kynnyks kuitenkin. Esimerkiksi Helsingissä on niin pilvin pimein sitä asiakaskuntaa, ettei kukaan kiinnitä huomiota siihen että jos menet käymään hoituhuoneessa.

H: Entäs hepatiitti C-testi? Ne [C-hepatiittitestit] koetaan paljon helpompina. Niistä voi puhua tässä ääneen: "Joo, mä haluan sen C-hepatiittitestin! Voiko sen nyt ottaa?" Siinä ei ole mitään sellaista, mutta hiv-testi sitten on. Hiv-testissä on myös se pelko, että sitten kun se on pika, niin se vastaus tulee heti. Kävi tuossa yksi asiakas hiv-pikatestissä ja sanoi että oli vuoden

miettinyt että tuleeko. Sitten se tuli, tuskanhiki valui, se täräsi kun pelkäsi niin paljon että mikä se vastaus on. Se oli negatiivinen.

Hiv- ja hepatiittitesteissä käyneiden asiakkaiden osuutta pohtiessaan henkilökunnan näkemykset olivat hyvin yhdenmukaisia. Kaikki arvelivat että asiakaskunnassa oli paljon niitä jotka eivät olleet koskaan testauttaneet itseään, mutta joilla oli kuitenkin ollut riskikäyttäytymistä. Asiakkuuksien ja testien määrien perusteella eräässä pisteessä arveltiin, että vajaa puolet olisi testauttanut itsensä edellisen vuoden aikana. Toisessa pisteessä arveltiin, että noin 15 prosenttia asiakkaista olisi testauttanut itsensä edellisenä vuonna. Molemmissa tapauksissa joukossa oli mukana se ryhmä, joka testautti itseään jopa neljä kertaa vuodessa. Säännöllisesti itseään testauttavia, vähintään puolen vuoden välein käyviä oli jokaisessa terveysneuvontapisteessä ja heidän osuutensa asiakaskunnasta arveltiin olevan suhteellisen pieni, keskimäärin arvio oli noin 10 prosenttia.

Hepatiitti C-testi koettiin lähes poikkeuksetta hiv-testiä helpompana, vaikka monille pelko hepatiitti C:stä oli kuitenkin todella suuri.

Toiset ovat todella tarkkoja ja pitävät omat ruiskunsa ja neulansa visusti piilossa ettei tartuta muita. Jos positiivinen c-hepatiittitulokset, useat huolissaan keitä ovat jo ehtineet tartuttaa. Joskus saman päivän aikana koko kaveriporukka tulee testauttamaan. Kyllä suhtaudutaan pääpiirteissään järkevästi, eikä haluta tartuttaa muita. Eilen asiakas sai positiivisen C:n ja ei ollut moksiskaan "sen saa interferonilla pois".

Eräs haastateltava kertoi asiakkaasta joka oli uskaltanut tulemaan hiv-testiin riskin jälkeen:

Yksikin tyttö sanoi että... Sillä oli onneksi kaveri mukana, naisystävä. Siis se oli aivan sekopää sitten jo jossain vaiheessa, se pelkäsi niin valtavasti. Se sanoi että "voi jumala, mä

rupean uskovaiseksi jos mulla ei nyt ole hiv:tä". Me sanottiin ettei nyt kauhean katteettomia lupauksia vielä antaisi, eihän sillä välttämättä ole sitä hiv:tä. Hän oli joskus kauan aikaa sitten ollut suojaamattomassa yhdynnässä, ja nyt se kaveri oli tullut sanomaan että hänellä on hiv. Sekin oli saanut vasta tietää. Mieti! Se on kamalaa kun sen pitää ruveta laskemaan että "mä olin sen kanssa silloin". Sitten kun ne tulevat [testiin] niin niillä on koko maailma sekaisin.

Positiivisen testituloksen mainittiin toimivan herättävänä elementtinä monille asiakkaille ja useimmiten vähentävän tietoista riskien ottoa.

Vastausten antaminen on tosi kriisitilanne sille ihmiselle. Se ei ole ihan sama nykypäivänä, sen on huomannut tässä. Ennen olivat, että "mullahan on kuitenkin C-hepatiitti". Ei näillä nuoremmilla ole enää sillä tavalla. Sen on huomannut, että kyllä se herättää, mutta ei se käyttöä lopeta. Jotakin ajatusmuutosta se saa aikaan, se on ihan selvä. Kyllä sen näkee asiakkaasta ja sen tavasta toimia sitten.

Kokemusten perusteella hepatiitti C - ja erityisesti hiv- tartunnasta tiedon saanut saattoi esimerkiksi joko vähentää huumeiden käyttöä tai toisaalta alkaa käyttää huumeita entistä enemmän ja entistä holtittomammin. Hiv-tartunnan myötä asiakas saattoi lopettaa täysin seksuaalisen kanssakäymisen ja ikään kuin eristää itsensä muista. Oli myös mainintoja niistä, jotka hiv-positiivisuuden myötä lopettivat kokonaan huumeiden käytön. Varsinkin hiv-tartunta oli hyvin harvoin asiakkaille yhdentekevä ja monet totesivat että valitettavasti vasta positiivisen tuloksen jälkeen asiakkaat alkoivat todella käsittää ruiskuhuumeiden käyttöön liittyviä tartuntariskejä.

Tiedän kyllä joitakin asiakkaita joissa on jotakin muuttunut kun tilanne on ollut tarpeeksi vakava. Yksi oma asiakas, kun sai tietää olevansa hiv-positiivinen, niin hän lopetti päihteiden käytön. Se oli se viimeinen pisara jotenkin. Ne voivat toimia myös positiivisesti, tällä tavalla ajateltuna.

Positiivinen vastaus tekee positiivista muutosta.

Kiinnostus sukupuolitaudeilta suojautumiseen koettiin heikkona, eivätkä asiakkaat oma-aloitteisesti keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvissä keskusteluissa esimerkiksi klamydiasta tai kondyloomasta juuri koskaan. Suojaamatonta seksiä todettiin olevan paljon, eikä turvaseksivalistuksella todettu saavan aikaan yhtä tehokkaita käyttäytymisen muutoksia kuin mitä turvallisessa pistämisessä oli saatu. Kaikissa terveysneuvontapisteissä asiakkaiden suhtautuminen sukupuolitauteihin ja niiltä suojautumiseen oli heikkoa, joskus jopa täysin välinpitämätöntä. Sukupuolitaudin, kuten klamydian, ei todettu muuttavan riskikäyttäytymistä ja mainittiin, että joskus asiakkaalla saattoi vuoden aikana olla kolmesta neljään klamydian hoitoon määrättyä antibioottikuuria.

Sukupuolitaudeista ei oikein. Kyllä se hiv on pelättävin seksitautien osalta myös. Hirveän vähän puhutaan esimerkiksi kupasta ”voisko mulla olla kuppa, mä pelkään hirveästi että mulla on kuppa”, ei puheessa ole tällaista. Niitä ei ole myöskään hirveästi nostettu esille henkilökunnan puolelta, koska ei niitä ole sillä tavalla ollut. Tippuria oli jonkunlainen rypäs ja siitä puhuttiin kun oli sitä testausta. Klamydiaa ei toisaalta niinkään pelätä, mutta kyllähän siinä se pelko, liittyy monesti johonkin näihin parisuhdekysymyksiin sitten. Sen huomasi testauksessa, kun se voi olla niin että se klamydia on tullut jossain syrjähyppäessä, miettivät miten selviävät siitä prosessista. Sitten voivat sanoa menevänsä hakkaamaan jonkun kentällä kun siellä on joku jolla on klamydia. Sitten sitä on monella. Ei sitä tautia pelätä, koska tiedetään että siihen on antibioottihoito, eikä se lapsettomuusuhka niin suuri peikko ole.

Omaan hiv- ja/tai hepatiitti C-tartuntaan suhtautuminen vaihteli asiakkaan mukaan, mutta pääsääntöisesti positiivisen tuloksen sanottiin vähentävän riskien ottoa ja lisäävän vastuullisuutta. Toisaalta eräs haastateltu tiesi hiv-positiivisen asiakkaan, joka tahallaan

tarjosi käytettyjä ruiskuja ja neulojaan muille, joita kuitenkin harvoin kukaan halusi ottaa vastaan. Asiakkaan kanssa oli puhuttu vakavasti hänen toiminnastaan, eikä hänen tiedetty kuitenkaan tartuttaneen tuttaviaan. Tartunnan toteamisen jälkeen huoli siitä keitä oli jo ehtinyt tartuttaa, pelko, syyllisyys ja keinot suojata muita olivat monien asiakkaiden mielessä. Tahallaan tartuttamisesta oli hyvin vähän mainintoja, vaikka sitäkin todettiin joskus tapahtuvan.

Mun mielestä se on ihan ihmisestä kiinni, osa on kauhean vastuuntuntoisia, mutta onhan niitäkin joille se[hiv] on aivan yksi hailee. En ole sellaiseen vielä törmännyt joka sanoisi että se on ihan sama kenet tartuttaa. Ei ne sitä kyllä ääneen sano.

Monet mainitsivat, että huumeiden käyttäjät suhtautuvat jokseenkin neutraalisti toistensa tartuntoihin, eikä tartunnan saaneita tiedetty syrjittävän tai leimaavan oman ryhmänsä sisällä. Kuitenkin jonkinlaisen kohteliaan etäisyyden pitäminen hiv-positiivisiin huumeiden käyttäjiin saattoi olla yleistä. Jopa pääkaupunkiseudulla arveltiin olevan loppujen lopuksi niin vähän hiv-positiivisia narkomaaneja ja niin pienet käyttäjäpiirit, että suurin osa tiesi keillä on hiv ja osasi välttää välineiden yhteiskäyttöä ja muita riskejä. Hepatiitti-tartunnalla arveltiin joskus olevan merkitystä ryhmään kuulumisen elementtinä ja se saattoi vahvistaa yksilön ”käyttäjä-identiteettiä” ainakin muiden käyttäjien silmissä.

4.2.2.2. Rokotukset ja rokottaminen

Hepatiitti A - ja B-rokotteiden antaminen on olennainen osa terveysneuvontatyötä ja merkittävä osa ehkäisevää terveydenhoitoa. Suurin osa terveysneuvontapisteistä antaa rokotteita paikan päällä ja lopuista kirjoitetaan läheteitä esimerkiksi terveyskeskukseen. Rokotukset ovat ruiskuhoimeiden käyttäjille ilmaisia ja niitä annettaessa asiakkailta pyydetään nimi ja sosiaaliturvatunnus, joten annetut rokotukset saadaan rekisteröityä terveyskeskuksen tietojärjestelmään. Haastatteluiden perusteella asiakkaat olivat

rokotteiden suhteen erittäin vastaanottavia ja suurin osa suostui antamaan henkilötietonsa rokotuksia ja niiden rekisteröintiä varten. Uudet asiakkaat pyrittiin rokottamaan ja testaamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Vaikka henkilötietojen antaminen rokotuksen yhteydessä oli harvalle asiakkaalle kynnyskysymys, alaikäisten rokottaminen ei näin ollen ollut virallisesti mahdollista, vaikka juuri heidän rokottaminen haluttiin tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ne harvat alaikäisiksi tiedetyt tai arvellut jotka uskaltautuivat asioimaan terveysneuvontapalvelussa, olivat monesti hyvin pelokkaita ja suojelivat henkilöllisyyttään. Kaikki haastateltavat arvelivat ainakin vakioasiakkaiden saaneen kattavasti A- ja B-hepatiittirokotteet ja että terveysneuvonta on onnistunut erittäin hyvin ruiskuhomeiden käyttäjien rokottamisessa. Prosentuaalisesti monet arvelivat että ainakin noin 60 prosenttia asiakkaista olisi saanut kaikki kolme hepatiitti B-rokoteannosta. Rokotusohjelmien kesken jäämiseen pyrittiin vaikuttamaan kysymällä aina asiakkaiden rokotusten tilasta ja tarvittaessa soittamalla esimerkiksi vankilaan tai hoitopaikkoihin siellä saaduista rokotteista. Annettujen rokotteiden määrän todettiin hieman laskeneen joissain pisteissä, sillä asiakaskunta oli jo kattavasti rokotettua.

Vuosien takaisia A-hepatiittirokotuskuurejakin kun annettiin, niin meidän sairaanhoitajalla rupesi jo kädet puutumaan jossain vaiheessa. Kyllä täällä tosi hyvin on noi rokotukset, on kyllä. Ja niitä kysytään.

Monet arvelivat, että A- ja B-hepatiittien osalta on saavutettu erittäin hyvä suoja, sillä niitä annetaan terveysneuvontapisteiden lisäksi neuvoloiden ja vankiloiden kautta, sekä tarjotaan suonensisäisesti huumeita käyttävien läheisille. Eräs haastateltu sanoi, että joskus kuitenkin muodostuu sellainen tunne että asiakkaat ottavat rokotuksia siksi koska se on mahdollista, sen kummemmin mieltämättä mitä rokotteita ne ovat ja miltä ne suojaavat. Tätä ei koettu sinänsä ongelmalliseksi, vaan oltiin lähinnä tyytyväisiä että asiakkaat ovat

vastaanottavia heille kohdistettuihin palveluihin.

Kysyttäessä suonensisäisesti huumeita käyttävien läheisten asioinnista pisteessä, monet kertoivat että esimerkiksi asiakkaiden puoliset tai läheiset käyvät todella harvoin terveysneuvontapisteessä, mutta jos käyvät, he tulevat hepatiittirokotusten vuoksi. Toisaalta jotkut mainitsivat, että ajoittain pisteeseen ilmestyy rokotettavaksi ihmisiä jotka eivät ole tai tunne suonensisäisesti huumeita käyttäviä. Heitä neuvotaan kääntymään oman terveyskeskuksen puoleen. Rokotustilanteiden todettiin olevan erittäin hyviä terveysneuvontatilanteita, sillä niissä pystyi keskustelemaan kahden kesken, eikä tilanteeseen liittynyt samanlaista jännitystä kuin esimerkiksi hiv- testiin. Jotkut mainitsivat joidenkin asiakkaiden – suonensisäisestä käytöstä huolimatta – pelkäävän rokotuksia ja neuloja, sillä se saattoi olla esimerkiksi paikallisten tulehdusten vuoksi hyvin kivuliasta. Rokottamisen koettiin olevan osa terveysneuvontatyön teknistä puolta, johon laskettiin myös ruiskujen ja neulojen vaihto.

4.2.2.3. Vaihtomäärien periaatteet

Jos asiakkaalla ei ollut palauttaa käytettyjä välineitä, hän sai pisteestä riippuen yhdestä kymmeneen ruiskua ja neulaa. Palvelukeskus antoi hiv-positiivisille asiakkailleen vain yhden ruiskun ja neulan mikäli he eivät palauta lainkaan välineitä. Tyypillisin maksimivaihtomäärä mitä asiakas voi kerralla vaihtaa oli 80 ruiskua ja neulaa, mutta rajoitukset vaihtelivat 40 ja 100 välineen välillä. Oli myös muutamien pisteitä, joissa yksi yhteen periaate ei ollut ehdoton, eikä niissä oltu asetettu vaihdettavien välineiden määrille ylärajoja. Vaihtojen ylärajoja on nostettu vuosien varrella ja terveysneuvontatoiminnan alussa maksimimäärä vaihdettuja ruiskuja ja neuloja oli 15 kappaletta (Ovaska ym. 1998, 14). Kaikkiin pisteisiin sai palauttaa välineitä niin paljon kuin halusi, mutta suurin osa pisteistä noudatti yksi yhteen-vaihtoa. Loma-aikoina tai erityisjärjestelyillä, usein jos joku ilmoittaa

tulevansa kaukaa, katot voitiin hetkellisesti poistaa. Monissa pisteissä neuloja sai vaihtaa puolitoistakertaisesti tai neuloja sai halutessaan hieman enemmän kuin ruiskuja. Neuloja kului enemmän, sillä pistopaikkaa ei aina löytynyt huonokuntoisten suonien vuoksi tai jos kyseessä oli kokematon pistäjä. Asiakkailta oli kuultu kritiikkiä ruiskujen ja neulojen huonosta saatavuudesta siellä missä vaihtorajoitukset olivat käytössä ja aukioloajat olivat rajalliset. Vaihtomäärien rajoitukset olivat erityisen hankalia niille jotka matkustivat pitkän matkan päästä ja vaihtoivat samalla välineitä muille käyttäjille. Monet asiakkaat halusivat vaihtaa noin kaksinkertaisen määrän siitä mitä rajoitus oli. Välineiden hyvä saatavuus ja vaihtoehdot niiden hankkimisessa katsottiin tärkeiksi hyvää tartuntatautien ehkäisyä ajatellen. Jos piste oli kerran viikossa auki ja mukaan saa kolme ruiskua ja neulaa, se ei mitenkään riittänyt kattamaan koko viikon puhtaiden välineiden tarvetta. Eräs haastateltu pohti rajoitusten poistamista todetessaan:

Alueellisia pieniä yksiköitä pitää olla ja ruiskuja ja neuloja pitää olla saatavilla niin paljon kuin niitä kentällä tarvitaan. Mekin toimitaan vähän näitä periaatteita vastaan, meillä on rajoitettu vaihtomäärä ja niin edelleen.

H: Olisiko tarve suuremmille vaihtomäärille?

V: Mun henkilökohtainen mielipide on että olisi. Se täytyisi olla että niin paljon kuin tänne tuodaan, niin paljon annetaan mukaan. Alkuaikoina se on ollut ihan perusteltua että on saatu näitä indikaattoreita, kävijöitä, että toiminta ei ole turhaa.

Vaihtomäärien rajoittamisen tavoitteeksi mainittiin mahdollisimman tehokas ruiskujen ja neulojen kierron kontrollointi sekä asiakkaiden säännöllinen tavoittaminen. Eräs haastateltava pohti rajattoman ja rajoituksellisen vaihdon syitä:

Jos joku tuo sadat välineet ja siellä on joku 40 kappaleen katto, niin se kuulostaa

kummalliselta. Se asiakas ei välttämättä aina pääse juuri silloin kerran viikossa käymään. Jos joku kerää välineitä maakunnista kauempaa ja tulee pisteeseen, jossa todella toivotaan että ”voi kun näitä kävisi ja voi kun kävisivät usein”, niin sen asiakkaan realiteetti voi olla jotain ihan muuta. Se elää omaa elämäänsä, jotain ihan muuta elämää ja se terveysneuvontapisteen visiitti on kuitenkin pieni hetki elämässä. Jossain kohtaa terveysneuvontapiste voi olla joillekin todella iso osa elämää jos on rinnalla kulkemassa jonkun pätkän jonkun asian tiimoilta. Liittyi se sitten tartuntatauteihin tai palveluihin. Muuten terveysneuvontapiste on kuitenkin aika rajattu osa sen ihmisen elämää. Pyritään saamaan sitä vaikutusta aikaan, vaikuttamaan asiakkaan tietoon ja asenteisiin niin paljon että se voi viedä sitä eteenpäin, niin se voidaan nähdä isona juttuna, lumipalloeefkti. Eihän me nyt oikeasti olla sen ihmisen elämässä niin iso osa, täytyyhän meidän sekin ymmärtää.

Pisteet jakautuivat käytännössä niihin ketkä halusivat pitää vaihdetuilla välineillä maksimimäärät, sekä niihin ketkä eivät nähneet syytä vaihtomäärien rajoittamiselle. Molempia näkökulmia pohdittiin, sillä välineiden kattavuus ja asiakkaiden tavoittaminen nähtiin molemmat terveysneuvonnan keskeisiksi tavoitteiksi. Eräs haastateltu pohti, vaikuttaako rajaton vaihto asiakkaiden kiinnittymiseen:

Pääsääntöisesti[rajattoman vaihdon] tapa on hyvä, ei maksimirajalle löydy perusteltuja syitä. Käyvät ne asiakkaat muutenkin. Jos joku käy vaikka kahden kuukauden tai kuukauden välin hakemassa isoja määriä, niin kerran kuukaudessa voidaan jutella ihmisen kanssa, katsoa että rokotukset pysyvät kunnossa. Kuinka paljon enemmän sille ihmiselle voisi antaa jos se kävisi paikan päällä kerran viikossa? Jos vaan muistaa keskustella sen ihmisen kanssa, monesti jäävät juttelemaan jos eivät ole vähään aikaan käyneet, kyselevät kuulumisia. Toki onhan niitä jotka käyvät viikoittain tai monta kertaa viikossa, hakemassa pieniä määriä ja katsomassa onko

tuttuja. Usein käyvät hengaavat keskustassa, mutta sitten on niitä jotka tulevat ihan varta vasten. Ei ole painavaa syytä ruiskujen ja neulojen katon asettamiselle. Siinä on myös se valtaistamisen elementti että saa hakea isot määrät, hoitaa homman, mutta jos tarvitsevat apua tai mitä tahansa niin aina on mahdollisuus tulla. Ihmistä ei tarvitse holhota tai juoksuttaa pisteessä. Ja tietysti se, että voivat viedä välineitä muillekin.

Harvoin mutta säännöllisesti tapahtuva asiointi saatettiin siis nähdä myös positiivisena ilmiönä, mikäli henkilölle annettiin riittävästi puhtaita välineitä ja varattiin hieman aikaa keskustelulle. Harvoin tapahtuvalla palvelun käytöllä arveltiin olevan yhteys elämänhallinnan ja terveyden parantumiseen, eikä vähäinen terveyspalvelun käyttö ollut välttämättä merkki syrjäytymisestä tai lisääntyneestä riskikäyttäytymisestä.

4.2.2.4. Palautettujen välineiden merkitys

Terveysneuvontapisteet toivoivat että suurin osa käyttövälineistä tuotaisiin terveysneuvontapisteeseen hävitettäväksi, mutta ymmärsivät myös, ettei se ollut aina mahdollista. Vaikka suurin osa asiakkaista toi yhtä paljon käytettyjä välineitä kuin sai puhtaita mukaan, monille vaikeassa tilanteessa oleville välineiden palauttaminen oli hankalaa tai jopa mahdotonta. Asunnottomien tiedettiin piilottavan käytettyjä välineitä metsään tai kuljettavan niitä repussa. Tämän johdosta useat asunnottomat hävittivät välineet yksi kerrallaan, eivätkä näin ollen olleet oikeutettuja saamaan puhtaita välineitä kuin minimimäärän. Myös asumispalveluiden piirissä olevilla ja lapsien kanssa samassa taloudessa asuvilla mainittiin olevan ongelmia käytettyjen välineiden varastoimisessa. Jotkut pohtivat tarvitseeko palauttamisen vaatimus olla niin ehdoton jos asiakas hävittää välineet asianmukaisella tavalla, vai tulisiko panostaa ensisijaisesti siihen, että puhtaita välineitä olisi riittävästi. Vaikka välineiden vaihtaminen on laillista, käytettyjen välineiden kanssa kulkemista pelättiin erityisesti poliisien takia. Vaikka käyttövälineet itsessään eivät ole laittomia, niiden kanssa yllätettynä ja

päihtyneenä monien kerrottiin saaneen sakan huumausaineen käyttörikoksesta. Tästä ilmiöstä mainittiin lähes kaikissa haastatteluissa.

Toisaalta poliisi itsekin oli tätä sakotuskäytäntöä vastaan, mutta kyllä ne sitä aika hyvin osaa käyttää sitten. Esimerkiksi käytetyistä välineistä kirjoitetaan käyttörikossakkoja jotka ovat aivan järjenvastaisia. Siinä ei ole maalaisjärjen kanssa mitään tekemistä. Se on yksi sellainen syy minkä takia asunnottomat varsinkin heittävät minne nyt heittävät noita käytettyjä välineitä. Jos poliisi niistä sakottaa niin eihän niitä sitten kanneta mukana.

Toivottiin, ettei pelkkien käyttövälineiden hallussapitoon puututtaisi, vaan henkilöiden annettaisiin aina mennä vaihtamaan välineet puhtaisiin. Useat haastatellut kertoivat sellaisistakin asiakkaista, jotka eivät huolimattomuuttaan tai viitsimiseltään palauta käytettyjä välineitä, vaan hakevat vain muutaman ruiskun ja neulan mitkä saa ilman palautusta. Heitä jouduttiin aika ajoin muistuttamaan ja jopa nuhtelemaan, että toiminnan ajatuksena on kuitenkin välineiden palautus, ei pelkkä antaminen. Monesti viesti meni perille ja itsepintaisimmatkin asiakkaat ryhtyivät palauttamaan välineitään. Palauttamisen koettiin luovan vastuuntuntoa ja vastuullisuutta omasta huumeiden käytöstä, mikä vaikutti olevan tärkeää myös käyttäjille itselleen. Palauttamisen todettiin olevan koko toiminnan oikeutus, sillä ruiskuja ja neuloja ei haluttu löytyvän julkisilta paikoilta tai huonosti hävitettyinä. Asunnottomat, tai käyttäjät joilla oli lapsia kotona, eivät aina pystyneet varastoimaan suuria määriä käytettyjä välineitä, vaan hävittivät ne yksi kerrallaan sekajätteen mukana. Asiakkaiden kerrottiin tietävän suhteellisen hyvin miten ruiskut ja neulat pakataan ja hävitetään turvallisesti, eivätkä he itsekään halunneet jättää niitä esimerkiksi julkisille paikoille tai niin, että joku saattaisi altistua pistokselle. Eräs haastateltava totesi, että asiakkaat ovat ottaneet yhteiskunnan taholta tulleen kritiikin siinä mielessä itseensä, että he haluavat siivota

toisten käyttäjien ja ”turistien” julkisille paikoille jättämät käyttövälineet ja huolehtia niiden oikeanlaisesta hävittämisestä. Tällä tavoin monet haluavat osoittaa, että narkomaanit voivat ottaa vastuun huumeiden käytöstään ja tehdä sitä vahingoittamatta muita. Asiakkaiden mainittiin monesti katsovan toistensa perään välineiden oikeanlaisessa hävittämisessä ja puhtaiden välineiden käytössä. Monet olivat havainneet että suurelle osalle puhtaiden välineiden käyttämisestä oli tullut normi ja itsestään selvä asia, jonka omaksuminen vaikutti olevan yhä yleisempää. Asiakkaiden kerrottiin usein kuljettavan ja vaihtavan välineitä muiden puolesta. Tällöin heitä pyrittiin muistuttamaan että he voivat itse saada piston toistensa välineistä, ja että ne tuli aina pakata huolellisesti. Hyvästä ja turvallisesta pakkaamisesta annettiin positiivista palautetta, ja asiakkaat olivatkin hyvin rutinoituneita pakkaamaan välineet turvallisesti esimerkiksi suljettaviin pulloihin tai astioihin. Varsinkin kuumalla ilmalla asiakkaita muistutettiin tuomaan kotoaan ja huumeluukuista kaikki käytetyt välineet pois, sillä bakteereita muhivat ja mahdollisesti vielä tartuttavaa verta sisältävät välineet olivat riskissä tulla uudelleen käytetyiksi. Esimerkiksi huumeluukkujen siivoamisen ja muutenkin käytettyjen välineiden palauttamisen tärkeyttä korostettiin aina käyttäjien oman turvallisuuden ja terveyden kannalta.

Monet totesivat että palautus on kaiken kaikkiaan hyvä asia, sillä se toimii palvelun oikeutuksena ja vähentää altistusta käyttäjäpiireissä liikkuvien välineiden uudelleenkäytölle. Tästä huolimatta, lähes kaikki vastaajat olisivat olleet valmiita antamaan puhtaita välineitä myös ilman vaihtoa, sillä kaikkein tärkeimpänä asiana nähtiin puhtaiden välineiden hyvä saatavuus. Toisaalta monet pohtivat mikä määrä on tarpeeksi ja poistuvatko loputkin terveysriskit vielä suuremmilla välinemäärillä? Palautuksella oli myös poliittinen merkitys toiminnan yleisen hyväksyttävyyden kannalta. Monet sanoivatkin, ettei terveysneuvontaa olisi alun perin pystytty aloittamaan, jos kyse

olisi ollut vaihtamisen sijaan antamisesta. Suurelle osalle välineiden vaihdosta oli tullut rutiini ja viikoittaista terveysneuvontapisteessä käyntiä verrattiin yhtä arkipäiväiseksi tapahtumaksi kuin kaupassa käymistä. Palauttamisen rutiininomaisuudesta ja hyvistä palautusprosentteista huolimatta, monet kritisoivat välinevaihdon yksi yhteen – linjaa. Todettiin, että suuri osa välineistä todennäköisesti palautuisi vaikka luovuttaisiin yksi yhteen - palautuksesta ja siitä, että välineitä saa monesti vaihtaa vain tiettyyn määrään asti. Asiakkaiden sanottiin joutuvan tekemään useampia palautuskäyntejä jos käytettyjä vastaan saatava määrä oli pieni ja rajoitettu. Tämä saattoi osaltaan vähentää motivaatiota palauttaa käytettyjä – tai hankkia puhtaita välineitä.

4.2.2.5. Kirjallinen materiaali terveysneuvontatyössä

Kaikissa terveysneuvontapisteissä asiakkaille oli tarjolla kirjallista materiaalia esimerkiksi tartuntataudeista ja niiltä suojautumiselta. Materiaali oli usein esitteiden muodossa ja pyritty esittämään lyhyesti mutta kattavasti. Esitteet koskevat hiv:tä, hepatiitteja, sukupuolitauteja, turvallista pistämistä, ehkäisyä, huumehoitopaikkoja ja huumeita.

Porukka ottaa brosyreja yleensäkin mukaan. Silloin kun jollain tasolla herää ajatus että pitäisi hakeutua hoitoon, niin ottavat hoitopaikan esitteen. Se annetaan aina, vaikka se ei tuottaisi tulosta puoleen vuoteen, vuoteen tai kahteen vuoteen. Se on kuitenkin ajatuksen taso, että voisi hakeutua hoitoon jossain vaiheessa ja sehän on hyvä. Se poikii jossain vaiheessa jotain. Testivastauksia annettaessa, C-hepatiitti on monelle aikamoinen shokki. Eivät pysty vastaanottamaan kaikkea tietoa. Silloin konkreettisesti esitteet käteen ja neuvotaan tulemaan juttelemaan kun ovat valmiita.

Suurimmassa roolissa vaikuttivat olevan hiv- ja hepatiitti C-esitteet, jotka olivat kaikkein luetuimpia ja asiakastyössä eniten käytettyjä. Huonointen kaupansa tekivät turvaseksiesitteet, joissa käsiteltyjä aiheita

olivat esimerkiksi kondomin käyttö ja sukupuolitaudit. Muita aiheita joista asiakkaille oli hankittu tai tehty kirjallista materiaalia, olivat muun muassa lääkkeiden yli- ja alikäyttö, hampaiden hoito, ensiapu, yliannostukset, väkivalta, opas itsevieroitukseen, alueen ”tärkeimmät puhelinnumerot” ja ravitseminen. Tartuntatauteja ja muita aiheita käsitteleviä esitteitä ei ollut kohdistettu sen mukaan, oliko tarkoitus antaa tietoa ennaltaehkäisevästi vai korjaavasti. Haastatteluiden perusteella ainakin hepatiitti C-tartuntaa koskeva materiaali oli suurimassa käytössä tartunnan toteamisen jälkeen, kun taas tietoa turvallisuudesta pistämisestä ja huumeista hyödynnettiin paljon ennaltaehkäisevästi. Kirjoitetun tiedon ennaltaehkäisevä hyöty koettiin pääsääntöisesti rajalliseksi, vaikka yleisesti ottaen asiakkaat olivat tutustuneet materiaalissa esiintyviin aiheisiin.

Monet otesivat että tekstin määrä ja laatu saattoivat olennaisesti vaikuttaa siihen tuliko esite luetuksi. Aiheesta riippuen esitteiden todettiin olevan toisinaan liian yleisluontoisia ja taas toisinaan taas liian yksityiskohtaisia. C-hepatiitista sanottiin olevan tarjolla kymmentä eri esitettä joissa kaikissa virusta, tartuntariskejä ja tartunnan kanssa elämistä lähestyttiin eri tavoin ja eri laajuudessa. Toisaalta C-hepatiitti mainittiin jo yleisyytensä vuoksi sellaiseksi tartunnaksi josta asiakkailta on paljon kysymyksiä ja josta on hyvä olla paljon erilaista tietoa, sekä yksityiskohtaista että yleistä. Esitteiden menekkiin todettiin vaikuttavan myös se miten ne olivat esillä. Eräässä pisteessä pino märkäpesäkkeistä kertovia esitteitä oli vahingossa jäänyt vaihtotiskille, jonka seuraukset asiakkaat ottivat niitä vaihtotilanteessa ja alkoivat puhua aiheesta. Jos kaikki esitteet olivat aina samalla tavalla hyllyssä, niiden menekin todettiin olevan pienempi, eikä niissä käsitellyistä aiheista lähdetty herkästi keskustelemaan. Esitteiden paikkaa vaihdettiin säännöllisesti ja seinille pyrittiin laittamaan aika ajoin julisteita eri aiheista. Monet olivat ottaneet käyttöön teemakuukaudet, jolloin kaikkien asiakkaiden

kanssa pyrittiin keskustelemaan yhdestä tietyistä aiheesta, esimerkiksi turvallisesta seksistä.

Kirjallisen tiedon huonona puolena nähtiin se, että sitä oli toisinaan liikaa ja se oli laadultaan epätasaista. Joissain pisteissä koettiin turhauttavaksi, ettei ollut tietoa siitä minkälaisia esitteistä on olemassa ja lähes kaikissa pisteissä esimerkiksi hepatiitti C:stä oli tarjolla eri esite. Asiakkaiden todettiin ”hukkuvan materiaaliin” ja pelättiin että niiden alkuperäinen tarkoitus kärsii jos määrällä pyritään korvaamaan laatua. Useat sanoivat kirjoittaneensa itse tietopaketteja niistä aiheista mistä oli tarjolla vain ”silppua ja sälää” ja kokoamaan parhaita ja olennaisimpia tietopaketteja yhteen. Kaikilla oli selkeä näkemys siitä, ettei esitteiden teksti saa olla liian tiivistä, runsasta eikä se saa olla muutenkaan raskaslukuinen. Kuitenkaan esimerkiksi hiv:tä tai hepatiitti C:tä käsittelevän tekstin runsaallakaan määrällä ei todettu olevan negatiivista vaikutusta siinä tilanteessa kun asiakas oli saanut tiedon tartunnasta. Tartunnan toteamisen jälkeen asiakkaat halusivat saada tietoa tartunnastaan ja heille pyrittiin antamaan mukaan mahdollisimman kattava määrä kirjallista tietoa. Erityisesti tekstin määrän todettiin yleisesti ottaen olevan suurin vaikuttava tekijä siinä, suostuuko asiakas edes harkitsemaan esitteen lukemista:

Mulla kävi asiakas joka halusi sukupuolitaudeista tietoa ja mä sitten annoin hänelle tämän. Kun se näki ton tekstin niin se sanoi, että ei hän nyt, siinä on liikaa tekstiä.

Haastatteluissa todettiin, että asiakkaiden keskuudessa ”lukeminen ei välttämättä ole valtti” ja lukuhaluttomuuden lisäksi taustalla voi olla todellisia ongelmia käsitellä kirjoitettua tekstiä, varsinkin jos se on tiivistä, tai aihe on suhteellisen hankala tai abstrakti. Lähes kaikki haastatellut mainitsivat asiakkailtaan olevan todella paljon lukihäiriöitä ja keskittymisvaikeuksia.

Meidän asiakkailla on aivan mielettömästi esimerkiksi lukihäiriötä, että silloin jo voi miettiä että noilla voi niistä nenänsä. Kyllä se enempi pitäisi olla sitä kädestä pitäen konkreettisesti opettamista.

H: Siihen pitäisi kai olla aikaa?

V: Ehdottomasti. Aikaa ja resursseja.

Joissain pisteissä oli perinteisellä mallilla tehtyjen asiapitoisten esitteiden rinnalla tarjolla Järvenpään sosiaalisairaalan tekemiä, sarjakuvan muotoon tehtyjä esitteitä. Niitä asiakkaat jaksoivat ja halusivat lukea. Toiset asiakkaat ottivat hankalalukuisiakin esitteitä ja todella lukivat niitä, sillä kaikkiin asiakaskuntiin mahtui myös sellaisia jotka halusivat ja pystyivät lukemaan tiivistä tekstiä. Jotkut mainitsivat, että naiset ottavat ja lukevat enemmän esitteitä kuin miehet, ja ovat muutenkin valvutuneempia terveysthaittojen vähentämisen suhteen. Itse tehtyjen esitteiden kautta pyrittiin kiinnittämään huomiota myös esimerkiksi ravitsemukseen ja terveyden ylläpitämiseen.

Silloin kun on kauan käyttänyt huumeita, niin sitten alkaa olla tällaisia ravitsemuksellisia ongelmia. Niihin tarvitsisi saada tietoa, millä kerätä itselleen talveksi vähän rasvaa ympärille että pystyy elämään.

Pisteessä itse koottuja tietopaketteja, jotka käsittelevät pistämistä, tartuntatauteja ja muita terveysneuvonta-aiheita saatettiin toimittaa esimerkiksi poliiseille ja vartijoille, jotta he saattoivat itse perehtyä niihin ja toimittaa niitä edelleen putkaan. Poliisien todettiin olevan kiinnostuneita tartuntatautitiedosta ja muusta terveysneuvontapisteissä saatavilla olevista materiaalista. Putkaan joutuessaan huumeiden käyttäjä voi hyödyntää siellä vietettyä aikaa ja päihteettömyyttään ”Koppilukemisella”, lukemalla läpi yhden tiiviin terveysneuvonta-aiheisen paketin. Siitä huolimatta etteivät esitteet aina tehneet hyvin kauppaansa, koettiin että keskeisimmistä terveysneuvonta-aiheista tulisi aina olla tarjolla myös kirjallista materiaalia. Kirjallisen materiaalin nähtiin

täydentävän suullisesti annettua neuvontaa, vaikka sen rooli sellaisenaan oli rajallinen. Asiakkaan koettiin sisäistävän esitteen tiedon oikeastaan vain silloin kun aiheesta myös puhuttiin. Jos asiakkaille oli paljon aikaa, henkilökohtaiset kohtaamiset ja terveysasioiden käsittely korvasi pitkälti kirjallisen tiedon.

Kaikissa pisteissä oli paljon kirjallista materiaalia, mutta jotkut kaipasivat asiakkaille lisää tietoa esimerkiksi filterin käytöstä. Buprenorfiinin ja lääkkeiden runsas suonensisäinen käyttö teki filterin käytön painottamisen yhä tärkeämmäksi. Asiakkaat eivät aina käsittäneet tablettien täyteainesten tukkivan suonet, josta aiheutui esimerkiksi käsien turpoamista. Filtereiden käytön vähäisyyttä harmiteltiin kaikissa pisteissä. Monet asiakkaat kieltäytyivät tiedostamastaan vaaroista huolimatta käyttämästä siitä, sillä filteriin arveltiin jäävän tabletin vaikuttavaa osaa. Samaa sanovat Malin ym. (2006), joiden haastattelemista suonensisäisesti buprenorfiinia käyttävistä hyvin harva suostui käyttämään filteriä tiedostetuista riskeistä huolimatta (Malin ym. 2006).

Eräessä haastattelussa ehdotettiin valtakunnallisen terveysneuvontalehden perustamista joka olisi kuukausittain ilmestyvä, keskeisiä terveysneuvonta-aiheita käsittelevä julkaisu. Sen kohderyhmänä voisivat olla kaikki suonensisäisesti huumeita käyttävät ja sitä saisi kaikista terveysneuvontapisteistä ja terveysasemilta. Lehden tarkoituksena olisi tuoda esille terveysneuvontahenkilökunnan valikoimia ajankohtaisia aiheita. Vaikka julkaisu olisi ammattimaisen toimittajahenkilöstön tekemä, mukana voi olla myös käyttäjien kokemuksia ja näkemyksiä esimerkiksi tartuntataudeista ja endokardiitista. Nykyisessä tilanteessa ongelmana nähtiin se, että kaikki pisteet julkaisivat, leikkasivat, liimasivat ja kopioivat erikseen materiaalia. Eräs ehdotus oli sähköisen terveysneuvontamateriaalipankin perustaminen. Todettiin, että kaikki kirjallinen materiaali tulisi olla myös sähköisessä muodossa ja tietopankista voisi tulostaa tietoa

juuri tarvittavasta aiheesta. Tietopankin arveltiin hyödyttävän pieniä pisteitä ja erityisesti sitä henkilökuntaa joka ei tee terveysneuvontatyötä päätoimisesti. Kattavaa tietopankkia ollaan jo suunnittelemassa ja se pyritään saamaan käyttöön mahdollisimman pian.

4.2.2.6. Vertaistyö tavoitettavuuden parantajana

Niissä paikoissa missä vertaistyötä oli järjestetty, oltiin varsin tyytyväisiä sen tuloksiin. Vertaistoiminnan roolin arveltiin kasvavan tulevaisuudessa ja vakiintuvan tärkeäksi osaksi terveysneuvontatyötä. Koulutuksen sanottiin olevan tärkeää sekä koulutukseen osallistuneille itselleen että palvelun piirin kiinnittymättömien ja saavuttamattomissa olevien asiakkaiden tavoittamisessa. Vertaisten kautta saatiin tärkeää ja ajankohtaista tietoa huumetilanteesta ja – kulttuurista. Siellä missä vertaistyöntekijöitä oli koulutettu, heidän mainittiin vaihtavan yhdellä käyntikerralla jopa 800 ruiskua ja neulaa. Useimmiten vertaistyöntekijät saivat vaihtaa niin paljon välineitä kuin palauttivat, joissain paikoissa enemmän kuin tavallisen maksimivaihtomäärän, esimerkiksi 200 käyttövälinettä kerralla. Vertaistoiminnalla turvattiin puhtaiden välineiden saatavuutta myös silloin kun terveysneuvontapiste ei ollut auki. Heidän tavoittamisessa käyttäjissä arveltiin olevan niitä ketkä tuskin koskaan tulevat asioimaan terveysneuvontapisteessä sekä niitä, joille kynnyksasiointiin oli vielä liian korkea. Vertaiset tavoittivat runsaasti ihmisiä, sillä heidän vaihtamansa määrät saattoivat lyhyessä ajassa olla useita tuhansia ruiskuja ja neuloja.

H: Kuulette varmaan vertaistoiminnan kautta asiakkaiden toiveita?

V: Kyllä.

H: Vastaako tämä nykyinen malli pitkälti sitä mitä he toivovat?

V: No siis ruiskut ja neulathan ovat se minkä takia ihmiset tänne tulevat. Se on se tärkein juttu. Muuten saadaan panna ovet kiinni. Se on se juttu minkä takia ihmiset tulee. Me yritetään luoda siihen ympärille kaikkea muuta joka olisi heille tärkeää, niiden viestien perusteella ja omien kokemusten perusteella. Itse olen sitä mieltä että vertaisten käyttö ja asiakkaiden äänen kuuleminen on se juttu. Päätäjätasolla on varmaan vaikea vastaanottaa, että nistit tulee kertomaan meille mitä heille pitäisi antaa, että kyllähän ne ottaa kaiken vastaan, mutta siitä huolimatta. He osaavat ainakin kertoa minkälaisia palveluita he tarvitsevat. Eli mihin suuntaan näiden palveluiden pitäisi kehittyä, minkälaisia ongelmia kohtaavat tuolla verkostoissa ja niin edelleen. Se on täysin järkevää ottaa asiakkaat mukaan pohtimaan mikä on heille tärkeätä. Kysymys on heidän elämästään, eihän tässä ole kysymys mun elämästä pätkäkään.

Siellä missä vertaistoiminta ei ollut vielä lähtenyt käyntiin, monet mainitsivat asiakkaista, jotka jo käytännössä tekivät vertaistyötä, veivät puhtaita välineitä muille ja yrittivät puuttua pistostilanteiden turvallisuuteen. Huumeiden myyjien tiedettiin myös toisinaan antavan asiakkailleen puhtaita välineitä oston yhteydessä. Vertaistyön kurssien kautta asiakkaat saivat lisättyä tietomääräänsä esimerkiksi tartuntataudeista ja näin saatettiin murtaa kentällä liikkuvia uskomuksia ja käsityksiä. Vertaisten mukanaan viemään tietoon kyettiin luottamaan eri tavalla, sillä heillä oli kokemusperäistä tietoa huumeiden käytöstä. Asiakkaiden kerrottiin olevan innoissaan vertaistyön mahdollisuudesta sekä paikoissa missä kursseja oli jo onnistuneesti järjestetty että siellä missä kursseja vasta suunniteltiin.

Silloin kun oli se ensimmäinen ryhmä, se oli äärettömän sitoutunut ryhmä, jokainen kävi sen loppuun, olivat aina ajoissa, olisivat halunneet olla enemmänkin. Se, että ihmisten kanssa tehdään jotain tuo jo sitä muutosta. Tänä päivänä - yhtä lukuun ottamatta joka oli amfetamiinin käyttäjä - kaikki siitä ryhmästä

ovat korvaushoidossa. Vaikkei se ole mitenkään tavoite, mutta kun miettii niitä asioita niin se tuo ihmisiin jo muutosta.

Kurssi kesti tyypillisimmin viisi iltaa ja siellä käytiin läpi huumeiden käyttökulttuuriin liittyviä riskejä ja niiden vähentämisen tapoja. Iltoihin kutsuttiin asiantuntijoita kertomaan esimerkiksi hiv:stä, hepatiiteista, yliannostuksista, seksuaalisuudesta tai tartunnan kanssa elämisestä. Vaikka koulutuksen tarkoitus oli kouluttaa yksittäisiä henkilöitä, ryhmäneuvonnan kautta koulutettavat saivat toisistaan tukea ja loivat yhdessä turvallisempaa huumeiden käyttökulttuuria. Vertaistoimintaa ei suinkaan ollut helppo järjestää eikä sen onnistumisesta ollut aina takeita, sillä paikalle saattoi ilmestyä loppujen lopuksi vain muutama ihminen. Kaikista niin sanotun Lumipallo-koulutuksen käyneistä ei tullut aktiivisia vertaistojen joita saattaisivat ottaa vastuulleen terveysneuvontatyötä. Toisaalta käyttäjät saattoivat näyttää koulutuksissa uuden puolen itsestään ja onnistua tavoitteessa mainiosti.

Eikä niitä vertaisia noin vaan saa. Niitä on yksi tai kaksi sieltä ja täältä. Lumipallo on kestoiltaan lyhyempi, eli kyllä sinne saadaan ihmisiä, mutta vertaistoiminta on toinen juttu. Kyllä huumeiden käyttäjäkin tietää että ei välttämättä pysty sitoutumaan yhteisiin palavereihin, tiettyihin aikoihin ja niin edelleen.

Ensimmäinen lumipallokoulutus kun järjestettiin, koulutus oli alkanut ja yksi meidän kaoottisimmista, ehkä kaoottisin pirin [amfetamiinin] käyttäjä tuli ovelle ja sanoi että teillä on alkamassa sellainen koulutus ja että hän haluaisi ehdottomasti tulla mukaan. Ajateltiin siinä ovella, että ei voi olla totta. Kerrottiin mistä on kysymys ja kysyttiin häneltä että ”Luuletko että voit sitoutua tähän ja otat paikkasi tässä koulutuksessa? Luuletko näin että haluat tulla mukaan?” Hän vastasi ”ehdottomasti”. Sitten tehtiin se päätös että ”tervetuloa”. Se osoittautui aivan nappi-ratkaisuksi. Mikä oli siis aivan käänteinen sille mitä hänestä voi ajatella, tällaisesta

väännöstä ja kaikesta mahdollisesta, aivan kaoottisesta sähläämisestä. Hän oli aivan korrekti, esitti korrekkeja skarppeja kysymyksiä, hoiti hommansa kentällä, teki sen koko jutun loppuun asti. Se oli itselleen sellainen ensimmäinen silmien avautuminen, että ne ovat omassa päässä monesti ne ennakkoasenteet ja mielikuvat siitä mihin nämä ihmiset ovat kykeneväisiä.

H: Onko hän vielä mukana?

V: On. On edelleen. Vaihtaa isompia määriä ja ihan samanlainen on kuin silloinkin.

Vertaistyöntekijät saattoivat olla terveysneuvontapisteessä töissä ja hoitaa ruiskujen ja neulojen vaihtoa. Tämän koettiin auttavan terveysneuvontapisteiden työntekijöiden mahdollisuutta keskustella asiakkaiden kanssa kiireettömämmin ja helpottavan kiireistä aukioloaika. Vertaisten läsnäoloon osana henkilökuntaa oli totuttu, vaikka alussa se tuntui hyvin erikoiselta. Helpperit, eli aktiivisesti vertaistoimintaa tekevät huumeiden käyttäjät kohtaavat omassa verkostoissaan muun muassa nuoria ja vanhoja käyttäjiä, päivittäis- ja satunnaiskäyttäjiä, perheellisiä, opiskelijoita ja työssä käyviä huumeiden käyttäjiä (Malin, 2006a). Terveysneuvontapisteiden henkilökunnan haastattelussa kävi ilmi, että edellä mainitut käyttäjät tai käyttäjäryhmät ovat juuri niitä keiden arveltiin jäävän terveysneuvontapisteiden palveluiden ulkopuolelle.

Vertaistoiminnan eräänä hyvänä piirteenä nähtiin tiedonkulun nopeus ja ajankohtaisuus. Vertaistoimijoiden kautta pystyttiin levittämään kentälle tietoa sen hetkisestä tartuntatautilanteesta ja vallitsevista riskeistä, sekä saatiin takaisin tietoa kentän tapahtumista. Vertaisina toimi ensisijaisesti aktiivisesti huumeita käyttäviä henkilöitä, joskin vertaistokoulutuksen myötä monet saivat tarvittavaa motivaatiota hakeutua huumehoitoon. Vertaistoimijoiden aktiivisuus ei välttämättä lakannut huumeiden käytön lopettamisen jälkeen, mutta työnkuva saattoi

muuttua jonkin verran. Muutama haastateltava tuli maininneeksi kokemuksiinsa siitä miten huumeiden käytön lopettanut henkilö joutuu pitämään etäisyyttä vanhaan tuttavapiiriinsä ja myös terveysneuvontapisteeseen. Uudelleen aloittamisen sanottiin olevan monelle todella lähellä ja retkahtamisriskin olevan todellinen vielä vuosien päästä.

Kun puhutaan vertaisten käytöstä, niin puhutaan käyttävistä ihmisistä. Kun taas jos on raittiina ollut. Yksi työntekijä oli ollut jo viisi vuotta raittiina ja ensimmäisen työvuoron jälkeen kysyin häneltä, että miltä tämä työ tuntuu? Hän sanoi että hän ei olisi uskonut että se tulee niin lähelle taas, oli nähnyt seuraavana yönä käyttämisestä unta, vaikka oli viiden vuoden raittiutensa takana ja NA:n tuki taustalla. Tässä tulee se käyttömaailma. Siinä kohtaa kun oma päihteen käyttö on loppunut, niin kyllä täytyy olla tarpeeksi myös sitä aikaa, koska se retkahtamisen riski on aina olemassa siinä sitten. Siinä täytyy olla kauhean tarkka ja miettiä että onko esimerkiksi terveysneuvontapiste ensimmäinen paikka mihin tulla sen jälkeen töihin? Päihdehuollon paikoissa, hoitopaikoissa ollaan selvin päin, puhutaan lopettamisesta ja tehdään tavoitteita, mutta täällä on taas se raaka maailma edessä.

Vertaistyön rooli osana terveysneuvontaa nähtiin kasvavana. Paikoitellen vertaiset ovat ottaneet vastuulle terveysneuvontapisteeseen työtehtäviä ja suorittavat esimerkiksi ruiskujen ja neulojen vaihtoa. He toimivat myös yhä enemmän tukena muille huumeiden käyttäjille, antavat tietoa ja kulkevat mukana tapaamisissa. Koulutetut vertaiset hoitavat myös uusien vertaisten rekrytointia. Haastattelussa mainittiin, että vertaiset ovat hyvin tarkkoja siitä keitä he lähtevät rekrytoimaan, jopa tarkempia ja tiukempia kuin terveysneuvontapisteeseen henkilökunta.

4.2.2.7. Kenttätyö ja etsivä työ

Etsivää työtä tehtiin muutamissa haastatteluihin osallistuneissa terveysneuvontapisteissä ja kokemukset sen mahdollisuudesta tavoittaa uusia asiakkaita

olivat hyviä. Kenttätyötä tehtiin esimerkiksi puistoissa, asuntoloissa ja käyttäjien kodeissa. Eräällä paikkakunnalla kenttätyöllä tavoitettiin lyhyessä ajassa noin sata henkilöä, joista puolet ei ollut tietoisia läheisen terveysneuvontapisteen olemassaolosta tai sen palveluista. Jotkut olivat kuulleet terveysneuvontapisteestä, mutta eivät olleet uskaltaneet mennä käymään siellä. Ensikontakti kenttätyöntekijän kanssa rohkaisikin monia tulemaan paikan päälle. Usein uusia asiakkaita löydettiin entuudestaan tuttujen asiakkaiden kautta. Tavallisesti kenttätyöntekijät ottivat ensiaskeleen sanomalla keitä ja mistä ovat, kysymällä tietävätkö he terveysneuvontapisteen ja tarvitsevatko sen palveluita. Kenttätyöntekijöillä oli mukanaan pieniä määriä puhtaita välineitä sekä esitteitä terveysneuvontapisteestä.

Etsivän työn toteuttamisen ongelmana ei nähty itse työn haastavuutta, vaan liian vähäisiä resursseja sen toteutukseen. Etsivä kenttätyö olikin lähes poikkeuksetta epäsäännöllistä ja sitä toteutettiin useimmiten projektirahoituksella tai yhteistyössä jonkun muun tahon kanssa. Etsivän työn roolin kasvattaminen nähtiin vaihtoehtona aukioloaikojen pidentämiselle tai lisäämiselle. Joissain pisteissä vertaistoimijoiden tekemä kenttätyö nähtiin ensiarvoisen tärkeäksi, sillä heillä oli paljon kontakteja sellaisiin käyttäjiin joita muilla työntekijöillä ei olisi mahdollisuutta saada. Toisaalta terveysneuvontapisteen henkilökunnan tekemä kenttätyö keskittyi myös niihin, jotka olivat esimerkiksi ikänsä puolesta vailla aikaisempia palvelu- tai huumeiden käyttäjäkontakteja. Lähes kaikissa pisteissä etsivän työn lisääminen, ylläpitäminen tai aloittaminen koettiin erityisen tärkeänä kehittämisen kohteena.

Heidän pitäisi uskaltaa tulla, koska nämä meidän pitkäaikaiset käyttäjät ovat itse aloittaneet hyvin nuorena, ihan 11-, 12-, 13-, 14- ja 15-vuotiaina. Mitä jos olisi silloin kohdannut tämän ihmisen, niin mitä hän olisi nyt tänä päivänä? Etsivä työ on hirveän

hankala toteuttaa kun kyse on alaikäisestä. Miten siihen reagoi vanhemmat, virkavalta, lastensuojelu, kaikki? Se ei ole yksiselitteistä. Mieluummin antaa heidän tulla ja ilmoittaa ikänsä. Jos menet antamaan alaikäiselle terveysneuvontapisteeseen esitteen, ja joku äiti tai isä löytää sen taskusta, niin sieltä tullaan linjoja pitkin niskaan, että ”mitä te mainostatte huumeita meidän lapselle?”. Kädet on todella sidotut. Tuossa vaiheessa olisi todella tärkeää että olisi joku kontakti, vaikka se kontakti olisi sitä että kävisi terveysneuvontapisteessä. Kuitenkin siellä on aikuinen ihminen joka kohtelee ihmisarvoisesti ja tavallaan antaa sen tilan miettiä asioita, tuottaa mitä haluaa. Sitten luottamus syntyy ja sitä kautta vaikuttamisen mahdollisuus mahdollistuu. Niitä ei saa säikyttää pois.

Alaikäisten ja nuorten tavoittaminen etsivän työn kautta nähtiin toimivaksi käytännöksi, mutta sen koettiin olevan moraalisesti hyvin vaikea ja arka aihe. Monet pohtivat tapoja ja hyviä käytäntöjä etsivän työn ja alaikäisten kohtaamisen helpottamiseksi.

4.2.2.8. Henkilökohtaisen kohtaamisen mahdollisuudet

Asiakkailla ei välttämättä ollut muita kontakteja yhteiskunnan palveluihin ja terveysneuvontapisteet saattoivat olla monen ensimmäinen askel yhteiskunnan palvelujärjestelmään. Terveysneuvontapisteet toimivatkin usein yhteyskohtina ja tulkkeina suonensisäisesti huumeita käyttävän ja yhteiskunnan palvelujärjestelmän välillä. Pisteiden ja niiden henkilökunnan rooli asiakkaiden elämässä saattoi liittyä myös tietynlaisen normaalin sosiaalisen kontaktin saamiseen. Monissa haastatteluissa tuli ilmi että matalasta kynnyksestä huolimatta, toisinaan terveysneuvontapiste nähdään kuitenkin osana ”paha yhteiskuntaa” ja ilmentymänä siitä normistosta, mitä lähtökohtaisesti vastustetaan ja mistä monilla on huonoja kokemuksia tai ennakkoluuloja.

Juuri taannoin saatiin kunnon haukkumiset niskaan. Kyseisen henkilön käyttäytyminen ollut hyvin rajatonta, on tullut uhkailuja, on

annettu porttikieltoja. Käyttäytyminen on ollut hänellä todella ongelmallista. Juteltiin taas hänen kanssaan, mutta ei siitä oikein mitään muuta tullut kuin haukkumista. Perustelu on ”kun olen ikäni laitoksessa ollut, niin en voi sietää sääntöjä ja kielloja”. Hänelle todetaan, että on oltu itsekin laitoksessa ja että säännöt ja kiellot ovat joskus inhottavia, mutta sinun on sopeuduttava yhteiskuntaan, yhteiskunnan ei tarvitse sopeutua sinun juttuihin. Ja että ei tänne ole mikään pakko tulla, voi pysyä poissa jos henkilökunta on niin kamalaa. Ei ketään pakoteta tulemaan. Toiset taas kokevat että tämä on todella hyvä palvelu, kerrotaan henkilökohtaisistakin jutuista. Luottamus on tärkeää. Aikaisempi sairaanhoitaja oli ollut vuoden töissä ja vasta sen vuoden jälkeen yksi hankala tyyppi oli tokaissut lähtiessään ”loppujen lopuksi sä olet ihan helvetin hyvä tyyppi”.

Toisaalta vuosia kestäneiden asiakkuuksien myötä, luottamus terveysneuvontatoimintaan ja yleensäkin yhteiskuntaan kasvoi.

Esimerkiksi yksi sellainen asiakas kun hän tuli meille, niin hän oli hyvin – ehkä se liittyi siihen luottamukseen ja sen löytämiseen – pälyilevä ja hän ei koskaan katsonut päin, puheestakaan ei saanut koskaan oikein selvää. Kun hän istui tuohon niin hiki alkoi aina valumaan. Pikkuhiljaa kun hänen kanssa alkoi keskustella, niin hänestä tuli oikeastaan tällainen meidän vertaistyöntekijä naapurikaupungissa. Nyt hän on vankilassa ja on kirjoittanut sieltä, käynyt lomilla tapaamassa meitä. Jotenkin se suhde on muuttunut täysin, hän on löytänyt jotakin mihin luottaa.

Terveysneuvonnan sanottiin toimivan monien asiakkaiden kohdalla kasvatuksellisenä elementtinä, jossa asiakkaalle annettiin taitoa ja tietoa selviytyä yhteiskunnan järjestelmässä ja jossa vastuulla, rehellisyydellä ja kohteliaalla kommunikoinnilla oli suuri merkitys. Terveysneuvontahenkilökunta oli tietoisesti ottanut työnsä lähtökohdaksi ystävällisyyden ja asiallisuuden, mutta myös tietynlaisen jämakkyuden. Asiakkaiden

todettiin monesti olevan moniongelmaisia, taustalla oli todella pitkiä käyttöuria ja monet vastustivat yhteiskunnassa vallitsevia, virallisia tai epävirallisia normeja. Asiakkaat käyttivät usein viranomaisasioinnissa samoja keinoja kuin omassa viiteryhmässään.

Ei opeteta heitä väärille tavoille, muuten muualla hoitojärjestelmässä törmäivät siihen että he käyttäytyvät noin, koska terveysneuvontapisteessä se on onnistunut. Ovat saaneet jotain uhkailemalla. Asuntotoimistossa eivät saa mitään aikaan uhkailemalla.

Asiakkaiden kanssa käydyt keskustelut olivat parhaita keinoja pohtia terveyteen ja muuhun hyvinvointiin liittyviä asioita ja niiden sisältöä määritteli pitkälti kuunteleminen ja asioiden – kuten riskien välttämisen tapojen- loputon toisto. Käyttövälineiden vaihdon suuri merkitys tunnustettiin ja koettiin toiminnan kivijalaksi, mutta itse terveysneuvonnassa keskusteluiden tärkeyttä painotettiin. Keskustelun myötä pyrittiin saamaan perille ajatusta miksi puhtaita välineitä tulee käyttää ja miksi omasta terveydestä kannattaa huolehtia. Asiakkaiden kanssa puhuttiin paljon muustakin kuin huumeiden käyttöön liittyvistä asioista. Keskustelutuen vähäisyys omassa elinpiirissä saattoi olla suppea ja ulkopuoliselle puhuminen koettiin asiakkaiden mielestä helpottavaksi. NA-ryhmiin osallistumiseen vaadittiin päihteettömyyttä, eikä aktiivisesti huumeita käyttävälle henkilölle koettu olevan tarjolla monia paikkoja missä he saisivat itsensä kuulluksi ilman vaatimusta päihteettömyydestä, hoitoon hakeutumisesta tai asioiden parhain päin esittämisestä. Ongelmaksi oli usein muodostunut se, että kommunikoinnissa käytettiin samoja tapoja kuin käyttäjämaailmassa. Monilla kaikki tutut ovat käyttäjiä ja käyttäjäyhteisön sosiaalisen kommunikoinnin tavat iskostuvat jokapäiväiseen toimintaan. Puhetyylin ja olemisen lisäksi, huumeiden käyttäjien keskustelunaiheet saattoivat pyöriä ainoastaan huumeiden ympärillä. Haastatellut pohtivat terveysneuvontapisteiden merkitystä

asiakkaiden elämässä ja sitä, minkälaisessa roolissa henkilökunta on asiakkaiden elämässä. Sosiaalinen verkosto muodostui monesti lähes täysin muista käyttäjistä ja elämäntapa ja identiteetti olivat ensisijaisesti päihdekeskeisiä. Monilla suuri osa arjesta kului suurimmaksi osaksi huumeiden käytön toteuttamisessa.

Monesti [parasta on] se, että asiakas istahtaa ja puhutaan jostain arkipäivän elämästä. Monesti sanovat, että on aivan ihana kun voi puhua jostain muusta kuin kaman hankkimisesta, säätämisestä tai vetämisestä. Omassa kaveriporukassa kaikki on huumeiden käyttäjiä, niin se on aika suppeaa mistä asioista keskustellaan. Me edustetaan kuitenkin jollain tavalla sitä arkielämää. Ihmisyyttä ihmiselle.

Henkilökohtaisen palvelusuhteen koettiin perustuvan ennen kaikkea luottamukselle ja sille, että terveysneuvontapisteessä asiakasta vastassa oli ammattimainen ja luotettava henkilö. Asiakkaat kokivat tärkeäksi että he saattoivat kertoa suoraan esimerkiksi pakoilevansa poliisia ja muutenkin puhua asioistaan kaunistelematta tai valehtelematta. Toisaalta jotkut aiheet, kuten vakavat rikokset pyrittiin pitämään keskusteluiden ulkopuolella. Henkilökunnalta saatu tuki näkyi tärkeänä esimerkiksi tilanteissa joissa asiakas odotti hoitoon pääsyä, vankilaan menoa, testitulosta tai jos asiakas koki saaneensa huonoa palvelua jostain siksi että oli huumeiden käyttäjä. Vaikka asiakkaat viihtyivät terveysneuvontapisteessä useita tunteja kerrallaan, vastaajat olivat sitä mieltä, että pääasiassa kaikki tulivat paikalle puhtaiden ruiskujen ja neulojen takia ja sosiaalisuus ja viihtyminen olivat tavallaan lisäarvoa.

Jokinen (2005) selvitti mitä aihealueita terveysneuvontapisteissä käydyt keskustelut pääasiassa koskivat. 15 terveysneuvontapistettä piti kirjaa yhden päivän aikana asiakkaiden kanssa käydyistä keskusteluista. Keskustelut kestivät keskimäärin 5-10 minuuttia, ja käsittelivät

huumehoitoa (33 %), piikittämistä (21 %), tartuntatauteja (18 %), seksuaaliterveyttä (11 %) ja muita aiheita (17 %). (Jokinen 2005.) Samansuuntainen käsitys muodostui haastatteluiden perusteella, vaikkakin vaikutti että niin sanotut muut aiheet, kuten arjen iloiset ja surulliset asiat tai tapahtumat olivat erittäin merkittävässä osassa keskusteluita ja toimivat lähtökohtina hoidollisten ja terveydellisten aiheiden käsittelylle. Henkilökohtaisen kontaktin tärkeys näkyi keskeisten terveysviestien toistossa, sillä tutuillekin asiakkaille kerrottiin toistettavan useita kertoja samoja asioita esimerkiksi tartuntariskeistä, turvallisesta seksistä ja puhtaiden välineiden merkityksestä. Tiedon omaksuminen ja sen konkreettinen hyödyntäminen oli hidasta ja toisaalta asiakkaiden tiedettiin monesti unohtavan aiheet mistä oli keskusteltu.

Tärkeintä on saada ajatusmuutos aikaan. Se pitää tuottaa asiakkaan pohdittavaksi, että hän ymmärtää ja omaksuu sen omana ajatuksenaan. Asiakkaat ymmärtävät että ”mä haluan tehdä näin, näin tässä pitää toimia”.

Voi olla vaikka sadat ruiskut ja neulat, mutta silti vetää rutiininomaisesti tyttöystävän kanssa yhteisillä välineillä. On todella tärkeää että ihmisen ajattelussa tapahtuu jotain, ettei tätä nähdä liian välineellisenä. Toki tekninen puoli rokotuksineen ja testauksineen terveysneuvontapisteessä on tärkeä, mutta kansainvälisesti puhuttu behavioural change on tärkeä, vaikka se olisi vain pieni muutos. Jos joku välittää itsestään sen verran että pistää pienemmällä neulalla, niin se voi olla jo suuri muutos siinä ihmisen systeemissä. Kasvatusohjausneuvontatyötä pyritään ylläpitämään, siitä löytyy sen työn mielekkyys. Se pelkkä ruiskujen ja neulojen vaihto on kuin olisi tehtaassa töissä jos ei muuta olisi.

Suurin osa vastaajista koki anonymiteetin matalakynnyksisen toiminnan peruspilariksi ja sanoivat että terveysneuvontatoiminnan oli ehdottomasti perustuttava nimettömyydelle. Nimettömyyden merkitys oli erityisen suuri asiakassuhteen muodostumisen alussa, johon

sanottiin monesti liittyvän muutenkin epäluuloa ja pelkoa palvelua kohtaan. Asiakassuhteen kehittyessä ja luottamuksen kasvaessa nimettömyyden merkitys väheni ja oman henkilöllisyyden varjelu ei ollut enää kovinkaan yleistä. Vaikka kaikissa pisteissä monet asiakkaista tunnettiin nimeltä, heitä pyrittiin aina puhuttelemaan nimimerkillä. Oma nimi suostuttiin antamaan rokotuksia otettaessa ja monien sanottiin avoimesti pyytävän apua erilaisten hakemusten ja paperien täyttämässä, joissa henkilötiedot olivat näkyvillä.

Suurella osalla asiakkaista oli siinä mielessä rikollinen tausta, että he olivat olleet - tai olivat menossa vankilaan, poliisit etsivät heitä tai he olivat kertoneet tekemistään rikoksista. Henkilökunta halusi poikkeuksetta pysyä näiden asioiden ulkopuolella ja asiakkaille huomautettiin aina jos keskusteluissa ”kerrottiin liikaa”. Jotkut totesivat, että nimettömyys ja rikollisuuden poisjättäminen keskusteluista suojasivat sekä henkilökuntaa että asiakasta. Eräs haastateltu sanoi, että mikäli asiointi tapahtuisi omalla nimellä tai jos asiakas kertoo tehneensä jonkun rikoksen, henkilökunta voisi joutua todistamaan mitä on kuullut, eikä heidän sen jälkeen olisi mahdollista jatkaa terveysneuvontatyötä. Anonymiteetin vuoksi henkilökunnalla ei myöskään ole velvollisuutta kertoa itsestään sen enempää kuin oli tarve. Monesti jos asiakas oli päihtynyt ja alkoi kertoa esimerkiksi tekemistään rikoksista, tilanne pyrittiin keskeyttämään ja puhumaan muista asioista. Asiakkaiden sanottiin joskus nolostuvan tajuttuaan kertoneensa henkilökunnalle liikaa, eivätkä he sen jälkeen kehanneet vähään aikaan asioita pisteessä.

Vaikka rikollisuuden mainittiin olevan terveysneuvontapisteiden asiakkaille arkea jo siinä mielessä että heidän koko olemassaolonsa oli tavallaan kriminalisoitu, rikollisuuden tasoa ei koettu kovin suureksi. Asiakkaiden todettiin olevan enimmäksi ”peruskäyttäjiä”, ”pikkutekijöitä” tai ”nakkivarkaita”, eikä suurempien myyjien tai diilerin juurikaan todettu asioivan

terveysneuvontapisteissä. Arveltiin että korkeamman tason huumerikolliset eivät välttämättä itse käytä huumeita. Henkilökunta ei ollut juuri kohdannut väkivaltatilanteita työssään, varsinkaan pienemmissä pisteissä, mutta niissäkin esiintyi toisinaan uhkailua ja kiristämistä, esimerkiksi jos asiakas halusi vaihtaa kerralla enemmän kuin mikä maksimiraja oli. Suurien terveysneuvontapisteiden henkilökuntaa oli toisinaan uhkailtu, lyöty ja pahoinpidelty vapaa-ajalla, mutta näitä tapauksia oli kuitenkin suhteellisen vähän ja ne sijoittuivat levottomimpiin ja asiakasmääriltään suurimpiin pisteisiin. Monessa haastattelussa sanallisten solvausten ja kovaäänisen kiroilun todettiin olevan jopa kuormittavampaa kuin satunnaisten fyysisten välikohtausten ja joskus henkilökunnan jatkuva henkinen kuormitus näkyi toistuvina sairaslomina. Eräs haastateltu kertoo ääriesimerkin siitä, kuinka hyvin vaativat asiakkaat toisinaan hermostuvat palveluiden hitaudesta ja mitä siitä voi seurata:

*Pahimmasta päästä on kun ollaan ”v**un vanhoja lemmiä”, kun ollaan niin helvetin hitaita. Tää tulee aina kun ei tule palvelua heti. Sitten uhataan tappaa, uhataan pahoinpidellä, joskus on uhattu perheitä ja ”mä tiedän missä sä asut” ja ”mä tiedän että sulla on sellainen ja sellainen lapsi”. Siis se on tosi rankkaa, se on tiedätkö niin rankkaa että jossain vaiheessa, huh, ajattelee että ei aina välttämättä kestä.*

H: Olisiko heillä sitten kyky tehdä jotain, että kynnys ei ole korkea?

V: Joo joo. Se ei ole korkea. Ne sanovat näin, että ”se on aivan sama. Mulla ei ole mitään väliä. Taposta saa 5 vuotta. Se on aivan sama, mä olen ollut jo niin monta kertaa linnassa tai mä olen jo tappanut kerran tai viisi, tai montako on tapettu”. Sanovat että ”mä en menetä siinä mitään”. Ja se on ihan totuus, ne eivät menetä siinä yhtään mitään. Kyllä se rankkaa on, eivätkä kaikki sitä kestä. Meillä on ollut yksi jos toinenkin pitkällä sairaslomilla tällaisten jälkeen.

H: Niin että puhutaan tällaisesta henkisestä?

V: Henkisestä väkivallasta, musta se on kaikkein raain muoto. Joskaan ei ole kiva jos sut hakataankaan. Katso kun huumeiden käyttäjälle ”mä tapan sut” on sama kuin että ”kato moro”. Ne ei tajua sitä että niin sanottu tavallinen ihminen ei välttämättä kestä kuulla sitä joka päivä, vielä hampaiden välistä. ”Sä et kuule pysty mua estämään tuolla kun mä kuljen, sieltä mua ei voida rajata”. Ei se nyt ole kauhean kivaa kuultavaa.

Asiakkaiden tapa hoitaa asioita oli toisinaan painostava, mutta jos heille huomautettiin huonosta käytöksestä, olivat he useimmiten todella pahoillaan ja pyysivät anteeksi. Suuret asiakasmäärät tekivät tiloista levottomia ja vaikeammin hallittavia, minkä nähtiin osaltaan nostavan väkivallan uhkaa. Suurien asiakasmäärien koettiin myös lisäävän huumekaupan tekoa pisteen sisällä ja vievän huomiota pois itse terveysneuvonnasta. Suurten asiakasmäärien ja pitkien pisteessä viipymisten tiedettiin estävän toisia asiakkaita tulemasta paikan päälle ja tilanne saattoi paikka paikoin käydä erittäin hermostuttavaksi ja levottomaksi. Joissain pisteessä levottomuutta ja ihmisten määrää oli saatu vähennettyä supistamalla kahvi – tai ruokatarjoilua ja korottamalla kerralla vaihdettujen välineiden maksimimääriä. Suurten pisteiden jakaminen pienempiin ja alueellisesti hajanaisempiin yksiköihin koettiin parhaaksi ratkaisuksi levottomuuden vähentämiseksi ja työturvallisuuden parantamiseksi. Asiakkaiden koettiin kuitenkin pääsääntöisesti olevan rauhallisia, eikä väkivallan uhka ollut suinkaan jokapäiväistä. Amfetamiinin käyttäjät saattoivat toisinaan olla levottomia ja harhaisia, ja huumeiden lisäksi hormoneja käyttävät jopa hieman pelottavia, mutta väkivalta koettiin kuitenkin harvinaiseksi. Jotkut mainitsivat toisinaan näkevänsä asiakkailta aseita ja esimerkiksi veitsiä, mutta niillä ei koskaan uhkailtu henkilökuntaa. Monet sanoivat, että lähes kaikki asiakkaat kantavat mukanaan jotakin teräasetta tai asetta, mutta niistä ei ollut aiheutunut

ongelmia. Koska henkilökunta ei pääasiassa käsittele käytettyjä välineitä, pistostapaturmia ei ollut juurikaan tapahtunut, eikä värivälitteistä tartuntariskiä koettu työssä suureksi. Asiakkaiden todettiin jopa suojelevan henkilökuntaa mahdollisilta tartunnoilta, eikä henkilökunnan haluttu koskevan käytettyihin välineisiin.

Kun me heilutetaan että sinne[jäteastiaan] mahtuisi enemmän, kun ne kaadetaan siihen keolle siitä pienestä aukosta, niin sanovat että ”älä, älä koske, mulla on C-hepatiitti” ja sitten ne heiluttavat itse. Hehheh. Ne suojelevat meitä. Sanovat ”nämä ovat likaisia”, mä sanon että ”joo mä tiedän”.

Terveysneuvontatyön koettiin olevan enimmäkseen turvallista ja kaikki haastatellut viihtyivät työssään. Turvallisuusnäkökulmat oli pyritty ottamaan huomioon esimerkiksi niin, että tilassa oli toinen uloskäynti ja työvuorossa oli aina useampia ihmisiä. Henkilökunnan turvallisuus oli pyritty tekemään mahdollisimman hyväksi varsinkin niissä pisteissä jotka eivät olleet terveyskeskuksen tai muun toimen yhteydessä ja jotka olivat auki vain iltaisin. Joissain pisteissä henkilökunnalla on hälytysnappi, joka alkoi painamisen jälkeen soida koko tilassa ja josta meni hälytys vartiointiliikkeeseen. Napin todettiin olevan tehokas, mikäli hälytys soi koko tilassa, sillä silloin suurin osa asiakkaista lähtee ulos ja vaaratilanne saadaan saman tien katkaistua. Eräät työntekijät pohtivat, että vartijan tilaaminen napin painalluksella oli hyvä varotoimi, mutta vartijan tuloon meni usein noin viisi minuuttia jonka todettiin olevan hermostuttavan pitkä aika. Poliiseja pisteisiin jouduttiin kutsumaan harvoin ja pääasiassa vaaratilanteissa paikalle pyrittiin aluksi soittamaan vartija. Poliiseissa kiiteltiin sitä, että tarvittaessa he tulivat paikalle äärimmäisen nopeasti ja heitä tuli paljon. Työturvallisuutta ajatellen eräs haastateltu totesi, että henkilökunnalla on kuitenkin äärimmäisen korkea kynnys tehdä vaara – ja uhkatilanneilmoituksia.

Henkilökohtaiseen kontaktiin liittyen vastaajia pyydettiin pohtimaan mikä oli heidän mielestään paras terveysneuvontatilanne. Suurin osa mainitsi rokotustilanteen parhaaksi mahdolliseksi terveysneuvontatilanteeksi. Kriteereinä oli useimmiten kahdenkeskisyys ja rauhoitettu hetki. Tilanteen piti olla myös tarpeeksi neutraali. Toisaalta hyviä keskusteluja esimerkiksi turvaseksistä saattoi syntyä myös pariskuntien tai hyvien ystäväysten kanssa sekä ryhmissä. Testitulannetta ei koettu parhaaksi mahdolliseksi terveysneuvontatilanteeksi, vaikkakin siinä annettiin väistämättä terveystietoa pyrkimällä valmistelemaan asiakasta mahdolliseen positiiviseen tulokseen.

Rokottaminen on sellainen hyvä hetki. Pitää ehdottomasti olla kahdenkeskeistä. Ei missään nimessä porukassa. Aina asiakas tulee yksin hoitotilanteeseen. Haavanhoitotilanteet ovat hyviä, myös jos asiakas haluaa näyttää suoniaan. Testitulanteet myös, jos hepatiittia testataan, niin se on ihan ok. Sitten taas jos hiv:tä testataan, niin siinä on vaikea vaihtaa ajatuksia yleisellä tasolla. Sen vartin aikana on valmisteltava se asiakas siihen, että se tulos voi olla positiivinen. Sitähän ei koskaan voi tietää. Vähän kuulostella riskitilanteita, koska viimeksi, oletko miettinyt että jos olisitkin positiivinen. Jos se on positiivinen tulos, niin ei pudoteta sitä asiakasta niin korkealta.

H: Onko sulle koskaan tullut positiivista tulosta?

V: Yksi ainut pikatestissä positiivinen, joka lähti labraan varmistukseen ja tuli onneksi negatiivisena takaisin. Se kaksi viikkoa sen asiakkaan kanssa oli kyllä aika raskasta, molemmille. Se asiakas odotti sitä varmistusvastausta. Ei koskaan voi tietää mitä sieltä tulee, eli se on pidettävä se tilanne siinä. Vaikka ei ole koskaan positiivista tullut, niin ei me koskaan voida olettaa ettei niitä tulisi.

Ensikäynti on hyvä. Alkuvaiheessa testit ja rokotukset tarjosivat hyvän tilanteen. Nyt

asiakkaat tuttuja, kontaktin saa vaihtojen ohella. Kontaktin ei tarvitse aina olla kahdenkeskinen, monesti yksi asiakas ja monta henkilökunnan jäsentä tai sitten kaveriporukka tai pariskunta. Keskustelut ovat monesti hyviä. Tietoa ei voi tyrkyttää, pitää olla kärsivällinen. Odottaa, että asiakkaat ovat valmiita ottamaan tietoa vastaan, mutta hyväksyä se, että jotkut haluavat vain vaihtaa välineet.

Monet sanoivat, että jonkinasteista neuvontaa sisältyi suurimpaan osaan asiakaskontakteista. Useimmiten asiakkaan kanssa pyrittiin vaihtamaan edes muutama sana ja kysyä kuulumisia. Jos pisteen aukioloajat olivat suhteellisen rajatut tai asiakasmäärät suuria, ajan puute muodostui suurimmaksi neuvontaa ja keskusteluita estäväksi tekijäksi.

Se voi olla kahdenkeskinen tai ryhmätilanne. Rauhoitettu tilanne. Siinä pitäisi voida olla niin kauan kuin on tarvis. Kyselevä, hyvin vuorovaikutteinen: ”Mitä sä teet tällaisissa tilanteissa, miten sekoitat sen aineen, miten pistät, onko tuttu diileri mistä hommaat ne, tiedätkö mitä siinä aineessa on, onko se puhdasta”. Pitää olla herkillä, aistia sen asiakkaan olo. Sen tilanteen pitäisi olla nimenomaan voimaannuttava ja vahvistava eikä latistava. Vähän kuten opetuspedagogiikassa tai elämässä, ei saisi tulla sellainen olo, että ”mä en osaa mitään”, vaan että ”minä pystyn ja osaan ja tota mä vielä filaan”.

Mulle on tärkeämpää se mitä tapahtuu ulkopuolella kuin tämä konkreettinen ruiskujen ja neulojen vaihto. Nuo välineet vievät ihmisten ajatukset johonkin tapahtumaan mitä niiden kanssa tapahtuu tai jotain muuta. Mutta se, että päästään istumaan ja keskittymään johonkin teemaan vaihtotapahtuman ulkopuolella. Voi tietysti olla, että se vaihto voidaan luoda sen kaltaiseksi että siinä päästään johonkin teemaan kiinni, mutta esimerkiksi täällä se on ihan mahdotonta. On niin paljon asiakkaita että selän takana on jono, ei siinä pääse keskittymään siihen mikä on oleellista. Sitä

kautta se ehkä kääntyy siihen, että se ei ole oleellista. Täällä esimerkiksi koulutetut vertaiset hoitavat pitkälti ruiskujen ja neulojen vaihdon. Muut keskittyvät luomaan kontakteja ihmisiin, syventämään niitä, puhumaan niistä aiheista mitkä ovat meille tärkeitä. Sitä halusin vielä painottaa, että nämä ovat sosiaali- ja terveysneuvontapisteitä. Se terveysneuvonta on iso ja älyttömän tärkeä osa, ja sitten on se toinen puoli, hoitoon ohjaukset ja kaikesta muusta mahdollisesta joka menee terveyspuolen ulkopuolelle. Niin täällä tapahtuu aivan valtavasti sitä.

4.2.3. Asiakkaat

Eräs huumeiden käytön lopettanut hiv-positiivinen narkomaani oli kertonut terveysneuvontahenkilökunnalle omakohtaista kokemustaan siitä ajasta, kun huumeiden käyttäjien erityispalvelut alkoivat yleistyä Suomessa.

Hän on ihminen joka kertoi tästä toiminnasta, että kun, ja tätä on kertonut moni näistä vanhoista jotka ovat vielä hengissä, nämäkin jotka vielä käyttää. Että silloin kun se Kluuvissa avattiin, sehän on alkanut ihan pienestä. Niin se oli ihanaa kun kaduilla alkoi kuulua sellaista että on paikka johon saa mennä päihtyneenä. Se oli jo ihme sinänsä, ja hän ei uskonut. Hän lähti katsomaan että missä sellainen paikka voisi olla. Siellä oli ovet lukossa, hän soitti ovikelloa ja hänelle avattiin ovi. Ensimmäinen mitä häneltä kysyttiin, ensin hänelle sanottiin: ”No hei, tervetuloa. Oletko syönyt tänä päivänä?”. Ja sitten hänelle tarjotaan, leipää, kahvia ja ruokaa. Hän saa olla ihan rauhassa, pääsee lepäämään. Hän sanoi että se oli jotakin sellaista mitä hän ei ole kokenut, ei koko elämänsä aikana: hän on tervetullut jonnekin sellaisena kun hän on. Mä kuuntelin sitä, mulle tulee vieläkin kylmä kun mä ajattelen, että joku ihminen ihan oikeasti. Kyllähän mä olen sen tiennyt että on ihmisiä joilla ei ole kerta kaikkiaan paikkaa tässä maailmassa, muuta kuin joku rantapusikko. Eikä kukaan halua niitä. Se oli ensimmäinen joulun sen ihmisen elämässä kun se oli päässyt, että oli joulun, tehtiin yhdessä jouluruokaa, he saivat

syödä, he saivat olla rauhassa ja he saivat suklaarasiat. Se oli jotain niin ihmeellistä. Eikä laitettu ulos. Mieti. Kun mä ajattelin että voi kauheaa, meillä on yhteiskunnassa vielä sellaisia ihmisiä jotka ei ole koskaan mitään hyvää tältä eläältä saanut.

4.2.3.1. Muutokset asiakasmäärissä ja käyntimäärissä

Suurimmassa osassa terveysneuvontapisteitä asiakasmäärät olivat kasvaneet runsaasti ensimmäisten toimintavuosien aikana ja tasoittuneet vähitellen. Siellä missä toiminta oli suhteellisen uutta ja sitä selvästi vielä monipuolistettiin, asiakasmäärät saattoivat kaksinkertaistua joka vuosi. Pääsääntöisesti asiakasmäärissä ja käyntimäärissä arveltiin olevan pientä kasvua. Niissä paikoissa missä annettujen ruiskujen ja neulojen määrää oli nostettu, asiakaskäyntien määrä oli hieman laskenut. Vilkkaissa pisteissä asiakaskäyntien lasku oli ylikuormitetun palvelun kannalta hyvä, mutta sen koettiin olevan lähtökohtaisesti väärin ja välinemäärien kattojen nostamisen toisinaan pakon sanelema ratkaisu. Yhden päivän aikana käyneiden asiakkaiden määrä vaihteli paljon paikkakunnasta riippuen. Hiljaisemmissa pisteissä asiakkaita saattoi muutaman tunnin aukiolon aikana käydä noin kymmenen henkilöä, kun taas vilkkaissa pisteissä saattoi asioida noin 200 henkilöä muutaman tunnin aikana. Asiakas- ja käyntimäärät kertoivat paljon siitä, kuinka paljon ja minkälaisissa olosuhteissa heidän kanssaan ehdittiin keskustella.

Monet kertoivat kokeneensa asiakaskatoa esimerkiksi muuttojen yhteydessä, jolloin vanhaa asiakaskuntaa oli jäänyt pois ja uutta tullut hitaasti tilalle. Eräissä pisteissä asiakkaiden määrä oli tippunut todella tuntuvasti muuton yhteydessä, mutta syynä arveltiin olleen myös samanaikainen korvaushoitopaikkojen tuntuva lisääntyminen. Tuntuvien asiakasmäärien vaihetuiden koettiin olevan toisinaan äkillisiä ja voivan johtua esimerkiksi lomakausien epäsäännöllisistä aukioloajoista, muutosta, tilapäisestä

huumeiden saatavuuden huononemisesta tai hoitopaikkojen lisääntymisestä. Jos asiakasmäärä oli suhteellisen pieni, useiden henkilöiden vankilassaolo saattoi selvästi tiputtaa käyntimääriä. Jotkut olivat pohtineet sitä, kuinka usein asiakkaan pitää käydä terveysneuvontapisteessä, että häntä voidaan pitää vakioasiakkaana. Useimmiten oli päädytty siihen, että kerran kuukaudessa tai useammin käyvät olivat niin sanottuja vakioasiakkaita. Monet arvelivat vakioasiakkaiden osuuden olevan vähintään kolmasosa kaikista asiakkaista.

Useat mainitsivat että vuosien toiminnan jälkeen ja asiakaskunnan vakiintumisen myötä, asiakkaiden keski-ikä oli noussut vuosi vuodelta, eikä uusia, varsinkaan nuoria huumeiden käyttäjiä tullut enää niin paljoa. Monet arvelivatkin, että huumeiden käyttö nuorten keskuudessa oli vähentynyt ja trendi näkyy pitkällä aikavälillä yhä vanhempana asiakaskuntana. Toisaalta parissa pisteessä ihmeteltiin, että vaikka asiakasmäärä oli ollut viimeiset pari vuotta lähes samalla tasolla, viime vuosina noin puolet ja toisessa pisteessä kolmasosa asiakkaista oli uusia asiakkaita, sellaisia jotka eivät olleet aikaisemmin käyttäneet terveysneuvontapisteiden palveluita. Tämä herätti kysymyksiä siitä, mihin hyvin suuri osa vanhoista asiakkaista oli hävinnyt. Monesti syy palveluista pois jäämiselle oli kuolema, vankeusrangaistus tai muutto toiselle paikkakunnalle, mutta korostettiin, että monet onnistuvat lopettamaan huumeiden käytön ja että asiakkaiden pois jääminen saattoi olla myös positiivinen asia. Muutama haastateltu mainitsi että naisten käyntien osuus oli vuosien myötä kasvanut. Vaikka naisia oli useimmiten vain noin neljäsosa asiakaskunnasta, heidän käyntiaktiivisuutensa ja palveluun kiinnittymisensä oli monin paikoin huomattavasti parempaa kuin miesten. Joillain paikkakunnilla naisten osuus asiakkaista saattoi olla jopa puolet ja tämän arveltiin eräissä haastattelussa johtuvan siitä että naiset huolehtivat myös miesten käyttövälinetarpeesta. Sukupuolijakauman eroista tai keski-ikä vaihtelusta huolimatta kaikkien terveysneuvontapisteiden

asiakaskunnat koostuivat suurimmaksi osaksi ”huumeiden käyttäjien keskiluokasta”. Asiakaskunnissa ei mainittu sen suurempia erityispiirteitä tai silmiin pistäviä erityisryhmiä, paitsi Etelä-Suomessa sijaitsevilla terveysneuvontapisteissä kävi jonkin verran ruotsinsuomalaisia, toiset jopa melko säännöllisesti. Useimmiten he olivat lomalla Suomessa ja veivät mukanaan melko suuriakin määriä puhtaita käyttövälineitä. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden todettiin pääasiassa olevan verrattain hyväkuntoisia, eikä asiakaskunnassa näkynyt paljoa absoluuttista kurjuutta.

Huonoiten viesti on mennyt perille niille jotka ovat huonoimmassa tilanteessa, ehkä heillä ei ole sisältäpäin ohjautuvuutta, ei pysty tekemään käyttäytymiselleen mitään. Suomessa huumeidenkäyttäjillä menee vähän paremmin kuin muissa maissa. Jos asuu kadulla, ei perustatarpeita tyydytetty, ei pysty käyttämään voimavaroja pistämiseen ja siihen liittyvään. Maslowin tarvehierarkiaa ajatellen, voi ottaa vastaan tietoa vasta perustarpeiden ollessa tyydytettyjä, suomalaiset pystyvät ottamaan vastaan tietoa terveyskäyttäytymisestä. Esimerkiksi Itä-Euroopan maissa on niin surkeassa asemassa olevia piikkihuumeiden käyttäjiä, joilla ei ole mitään. Toisaalta tavoitettavuus menee aina sitä huonommaksi mitä marginalisoituneempi ryhmä. Kyllähän Suomessa on olemassa tällainen todella syrjäytynyt joukko, lähinnä Pääkaupunkiseudulla. Ne saivat hiv-tartunnan ensimmäisinä, siellä paljon mielenterveysongelmia, asunnottomuutta, todella vaikeassa tilanteessa olevia. Tuollaisessa tilanteessa ei pysty kantamaan vastuuta itsestään tai muista, tai ei vaan välitetä.

4.2.3.2. Asiakkaiden tavoittaminen

Ruiskujen ja neulojen vaihdon arveltiin olevan paras ja loppujen lopuksi ainoa keino saada asiakkaita terveysneuvontapisteeseen. Henkilökunnalta kysyttiin olisiko asiakkaiden testaus ja neuvonta mahdollisesti yhtä tehokasta kuin nykyinen käyttövälineiden vaihto ja onnistuisiko haittojen vähentäminen

ja riskien hallinta myös muilla keinoilla. Suurin osa totesi että ei. Kaikki olivat sitä mieltä, ettei pelkällä testauksella olisi mitään mahdollisuutta tavoittaa huumeiden käyttäjiä. Eräs haastateltu totesi, että matalan kynnyksen hiv-testausta pitäisi laajentaa riskiryhmän ulkopuolelle koko väestön tasolle, mutta suonensisäisesti huumeita käyttävien tavoittamiseen ja testeihin saamiseen tarvittiin muitakin keinoja. Toinen haastateltava sanoi, että pelkällä testauksella saavutettaisiin vain testituloksen haluavia, ei huumeidenkäyttäjiä. Hän sanoi, että vaihdon ohella voi ihan hyvin testata ja saada aikaan hyviä keskusteluita, mutta pelkkä testaus ei missään nimessä riitä houkuttelemaan kohderyhmää. Aihetta pohdittiin paljon.

Mä näkisin että ruiskujen ja neulojen vaihto on se ennaltaehkäisy tässä pahassa asiassa. Sitten se on tukitoimi se testaus ja neuvonta. Niitä ei voi erottaa toisistaan. Jos pelkästään jakaa välineitä, niin se auttaa jonkun verran. Mutta jos ei yhtään neuvo eikä edes pyri keskusteluun, niin se on. Siinä mielessä aina se ihminen siinä vaihtotilanteessa on parempi vaihtoehto kuin se automaatti, mutta jos täytyy valita ja on joka tapauksessa saatava niitä [välineitä], niin kyllä silloin täytyy olla myös automaatteja. Koska kyllä se silloin jo sen verran ymmärtää se ihminen, että hänen täytyy puhdasta käyttää, ettei hän saisi tartuntoja. On se sen tiedon jo jostain saanut. Testaus on taas se, että saadaan sieltä kiinni ne hiv:t, etteivät ne sitten levitä sitä lisää. Testaus ja neuvonta on parempi kuin ei mitään, mutta jos ei saa puhtaita välineitä mistään ja joka tapauksessa käyttää aineita, niin aika toivotonta on. Se on vähän sama juttu kuin sukupuolivalistuksessa. Jos ajattelee että raskauden ehkäisyä pitäisi, että ei tulisi raskaaksi, niin ajattelisi pelkästään sitä, eikä tauteja siinä tilanteessa. Jos vaan antaa valistusta, valistusta, valistusta, mutta ei anna mitään välineitä, ei kondomeja, ei kierukan tai pillerien käytön opastusta, niin väistämättä ihmiset ovat yhdynnässä, väistämättä tulee raskauksia ja ei-toivottujakin. Mun mielestä tässä on ihan sama peli. Täytyy nyt jotkut välineet olla.

Pohdittiin myös sitä, onnistuisiko tartuntariskin vähentäminen panostamalla enemmän määrin huumehoitoihin. Huumehoitojen ongelmana nähtiin, etteivät kaikki olleet motivoituneita hoitoon, sinne pääseminen oli toisinaan hankalaa, itse hoito saattoi olla monille vaikeaa, eikä hoitoon pääsy ollut tae suonensisäisen käytön lopettamiselle. Kaikkein parhaana haittojen vähentämisen sovelluksena nähtiin suomalainen terveysneuvontamalli, jossa vaihto, testaus, tuki ja hoito toimivat rinnakkain ja toisiaan vahvistaen.

4.2.3.3. *Palveluihin ohjaaminen*

Palveluihin ohjaamisella pyrittiin löytämään yhdessä asiakkaan kanssa hänen tavoitteisiinsa sopivat palvelut, sekä auttamaan ja tukemaan häntä niiden käytössä. Palveluihin ohjaamisen todettiin olevan ”se toinen puoli työtä”, erotuksena suoranaisesti terveydellisiin asioihin liittyvästä palvelusta.

On paljon sellaisia jotka eivät kerta kaikkiaan tiedä miten kannattaisi toimia, mitä kautta hakea jotain. Aika paljon ohjeistetaan siitä minne kannattaa mennä, selvitetään asioita esimerkiksi sossun kanssa, mitä pitää toimittaa mihinkin. Ei meidänkään tarvitse kaikkea tietää, mutta me voidaan soittaa ja kysyä neuvoa.

Lähes kaikki haastatellut mainitsivat nimenomaan päihdepalveluihin hakeutumisen olevan toisinaan vaikeaa. Sovituista ajoista kiinni pitäminen oli monelle vaikeaa, asiakkailla oli huonoja kokemuksia palvelujärjestelmästä ja he pelkäsivät tulevansa huonosti kohdelluiksi.

Sitä mä ajattelin että kun meidän asiakkaat menee esimerkiksi. Nyt mä taas sanon tuonne nauhalle pahoja. Mutta kun ne menevät esimerkiksi päivystykseen. Kun ne viedään, niin mä tiedän että siellä henkilökunnan suhtautuminen on jotain niin karmaisevaa että nämä sanovat etteivät sinne lähde. ”En mene muuten sinne ” ne sanovat. Jos sanotaan että nyt sitten päivystykseen, nyt pitää mennä. Mun

mielestä ne ovat olleet hirveitä ne kertomukset mitä nämä kertovat. Yksi asiakas joutui menemään sinne. Tällä yhdelle asiakkaalle tuli joku jalkoihin, kai se oli pistänyt niihin, olisiko niissä ollut joku tulehdus tai jotain. Se meni sinne ja kun siellä aikansa jonotti, niin sitten lääkäri oli tullut ovelle ja käskenyt sen riisuutua siinä vastaanottotilassa missä oli muita ihmisiä. Sanoi että ”laske housut alas, minä katson täältä”. Tämä oli se pahin mitä mä olen kuullut. Se on siis todella nöyryyttävää, mutta näin niitä kohdellaan. Tai sitten niitä ei katsota ollenkaan tai pannaan vaan ulos. Sitten ne ihan itkevät tuolla. Silloin kun niillä on paha olla, niin niillä on todella paha olla. Mun mielestä se on niin väärin.

Terveysneuvontapisteiden henkilökunta toimi asiakkaan ja palvelujärjestelmän välissä yhdyshenkilönä, tulkkina, avustajana ja tukena. Asiakkailla ei monesti ollut halusta huolimatta keinoja tai tietoa mistä voisi hakea apua ongelmiin, miten ja mihin tulisi ottaa yhteyttä. Palveluista kertominen oli haaste henkilökunnalle, sillä esimerkiksi pääkaupunkiseudulla terveysneuvontapisteiden palveluita käytettiin jatkuvasti yli kaupunkien rajojen ja myös muualla Suomessa asiakkaita saapui muilta paikkakunnilta. Näin ollen henkilökunta joutui olemaan ajan tasalla useiden kaupunkien tai kuntien palvelukäytännöistä ja hoitomahdollisuuksista. Osa henkilökunnasta teki konkreettista palveluihin ohjaamista esimerkiksi saattamalla nykyisiä ja entisiä asiakkaita sovittuihin tapaamisiin kuten hoitoarviointeihin, viemällä asiakkaille hiv-lääkityksiä sekä toteuttamalla korvaushoitoja.

Terveysneuvontatoiminta ei mun mielestä ole mikään itsenäinen yksikkö, yksinäinen saareke, kyllä se mun mielestä kuuluu päihdehuoltojärjestelmään tai yleensä terveydenhuollon järjestelmään. Yhteistyökumppaneita on hirveän paljon, se ei ole tarkoituskaan että pisteessä tehtäisiin, että meidän pitäisi olla joka alan asiantuntijoita. Vaan enemmän että tämä on tällainen palveluihin ohjauspaikka. Mun mielestä terveysneuvontatyössä se myös tarkoittaa ihan

konkreettisesti asiakkaan kanssa rinnalla kulkemista. Lähdetään HAL-poliklinikalle tai sosiaalitoimeen, terveyskeskukseen, A-klinikalle, päihdepsykiatrian poliklinikalle. Se että työntekijä on kuitenkin aika tietoinen niistä palvelupaikoista mitä on, mutta se että tarvitsisi joka alalta täällä tekemään. Vaan se että me tiedetään mihin ohjata ja asiakkaan kanssa lähteä hoitamaan niitä asioita. Joillakin kunnilla on erikseen tällaiset palveluohjaajat kunnan puolelta, mutta meillä ei ole.

4.2.3.4. Asiakkaiden tieto tartuntataudeista

Vaikka terveysneuvontapisteiden asiakkailla koettiin olevan paljon oikeaa tietoa tartuntataudeista sekä huumeiden käytöstä ja niihin liittyvistä riskeistä, joukossa oli myös väärää tietoa ja tietämättömyyttä. Hepatiitti C:stä oli asiakkaiden keskuudessa kaikista eniten väärää tietoa tai tietämättömyyttä. Suurin yksittäinen asiakkaiden keskuudessa liikkuva uskomus oli C-hepatiitin koteloituminen. Suurimmassa osassa pisteistä asiakkaat olivat puhuneet C-hepatiitin koteloitumisesta ja siitä, ettei se koteloiduttuaan voinut enää tarttua. Koteloitumista kuultiin edelleen, vaikka sen todettiin olleen yleisin virhekäsitys jo jonkin aikaa. Virheellisen tiedon ja varsinkin koteloitumisen sanottiin olevan harmillista, sillä asiakkaat veivät virheellistä tietoa myös eteenpäin.

Asiakkaiden on todella vaikea ymmärtää mitä tarkoittaa kantaja, että se tartuttaa ja mitä tarkoittaa jos on sairastanut mutta ei ole jäänyt kantajaksi eikä tartuta. Terveystoimen henkilökunnalle jotka eivät ole näiden asioiden kanssa kauheasti tekemisissä, ei välttämättä ole tarkkaa tietoa, eli väärää tietoa voi tulla siltäkin taholta.

C-hepatiittiin liittyi myös tiedon puutetta päällekkäisinfektioista ja rokotuksesta. Haastatteluissa tuli esiin että kovin harvat asiakkaat tietävät C-hepatiitin mahdollisuudesta tarttua uudelleen, eikä niin sanottu päällekkäisinfektio/uusintainfektio

ollut yleisessä tiedossa. Monesti ajateltiin että jos kahdella tai useammalla henkilöllä on hepatiitti C tai hiv, he voivat käyttää samoja välineitä. Toinen epäselvyys tai luulo liittyi rokotuksiin, eli jos oli saanut A- ja B-hepatiitteihin rokotukset, ymmärrettiin että rokotus oli saatu myös C:hen.

Hiv:stä ei sanottu kuulleen suoranaisesti virheellisiä uskomuksia, vaikka tieto siitä saattoi olla puutteellista. Yleisesti ottaen asiakkailla oli paljon oikeaa tietoa hiv:stä, eikä yksikään asiakas ollut tietämätön sen riskistä huumeiden käyttöön liittyen. Yksi harvoja hiv:stä kuultuja uskomuksia oli pelko siitä että siihen kuolee heti. Hiv koettiin yleisesti ottaen erittäin pelottavaksi uhkaksi, joka liittyi väistämättä suonensisäiseen huumeiden käyttöön. Hiv-lääkityksestä oli hieman epäselvyyttä, lähinnä siitä miten siihen tulisi sitoutua ja miten sen toteuttaminen käytännössä onnistuisi. Jotkut hurjimmista yksittäisistä myyteistä tai vääristä käsityksistä hiv:tä koskien tiedettiin johtuvan asiakkaiden mielenterveysongelmista, eli ei uskottu että heillä on hiv-tartunta tai että hiv:hen on olemassa salainen rokote. Nämä tapaukset olivat kuitenkin erittäin harvinaisia. Asiakkaat eivät aina täysin ymmärtäneet tai tienneet että monia tartuntoja voi esiintyä päällekkäin tai rinnakkain ja mitä siitä voi terveydellisesti seurata. Erityisesti hiv- tai hepatiittitartunnan saaneille pyrittiin painottamaan, että on erityisen tärkeää suojata itsensä ja muut uusilta tartunnoilta ja että useita tartuntoja ja jatkuvaa altistusta uusille tartunnoille tulisi välttää. Useat tartunnat tai jatkuva altistus hankaloittivat mahdollisten hoitojen aloittamista ja onnistumista, sekä huononsivat merkittävästi tartunnan saaneen terveydentilaa. Tästä syystä tuli välttää esimerkiksi yhteiskäyttötilanteita, missä hiv-positiivisen annetaan käyttää yhteisiä välineitä viimeisenä.

Sukupuolitaudeista sanottiin silloin tällöin olevan valloillaan käsitys että ne eivät tartu suun kautta. Muita huumeiden käyttöön ja tartuntariskeihin liittyviä käsityksiä mainittiin olevan muun muassa neulojen nuoleminen tai

veren ohentaminen aspiriinilla. Huumeiden käyttö vaikutti monesti kuukautisten pois jääntiin ja asiakkaiden sanottiin joskus uskovan, että jos ei ole kuukautisia, ei voi tulla raskaaksi. Epäsäännöllisen kuukautiskierron todettiin turhan usein luovan ehkäisy-illusion. Raskaana olevien huumeiden käyttäjien sanottiin joskus uskovan, ettei huumeiden käyttö vaikuta sikiöön. Eräissä paikallisissa käyttäjäkunnassa oli ollut liikkeellä käsitys, että pistämisellä tapahtuva huumeiden käyttö on kaikkein turvallisin tapa käyttää huumeita. Epätietoisuutta sanottiin olevan myös käyttövälineiden puhdistamisesta, varsinkin välineiden keittämisestä.

Jotkut vastaajista olivat sitä mieltä että varsinkin nuorilla ja nykyisin yleisesti ruiskuhuumeiden käyttäjillä on oikeaa tietoa tartuntataudeista, niiden tartuntamekanismeista ja niiltä suojautumiselta. Uskomuksia ja vääriä käsityksiä pyrittiin murtamaan jokapäiväisessä terveysneuvonnassa, jossa asioiden toiston todettiin olevan hidaskin mutta paras keino saada tietoa perille. Vertaiskoulutusten arvo oikean tiedon levittämisessä nähtiin myös suurena. Vertaistoimijat pystyivät viemään viestiä eteenpäin omissa verkostoissaan ja toivon mukaan saavuttamaan niitä huumeidenkäyttäjiä jotka eivät asioineet terveysneuvontapisteissä.

Vaikka kaikkien terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa oli vääriä käsityksiä ja uskomuksia tartuntataudeista ja huumeiden käyttöön liittyvistä riskeistä, pääsääntöisesti asiakkailla oli hyvä käsitys ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvistä vaaroista.

4.2.3.5. Mielen terveyden häiriöt

Psykiatrien diagnoosien ja päihderiippuvuuden hoitoa kommentoitiin muun muassa toteamalla, että asiakkaiden arkielämää hallitsee usein huomattavasti enemmän riippuvuus päihteistä kuin esimerkiksi diagnosoitu mielen tilan häiriö ja asiakkaat toivoivat ensisijaisesti apua päihdeongelmaansa. Kaikissa asiakaskunnissa

tiedettiin olevan paljon mielen terveyden ongelmia jotka olivat sekä syitä että seurauksia päihteiden käytöstä. Useat haastatellut pohtivat olisiko päihdeongelma voitu alun perin ehkäistä puuttamalla orastaviin mielen terveyden ongelmiin tai yleiseen pahaan oloon.

On on. Kaksoisdiagnoosi. Osalla itselääkintää. Osalla päihteiden käyttö on laukaissut mielen terveysongelmia. Meissä jokaisessa asuu hulluus ja jos riittävästi käyttää päihteitä, niin se hulluus hiipii esille.

Monet kertoivat käyttävänsä huumeita lääkityksenä, eikä huumetta välttämättä koettu huumeena vaan ensisijaisesti lääkkeenä. Amfetamiinia tiedettiin käytettävän keskittymisvaikeuksiin ja buprenorfiinia heroiniiriippuvuuden korvaushoitoon. Erityisesti buprenorfiinin mainittiin pitävän monet asiakkaat toimintakykyisinä, eivätkä he saaneet siitä euforista – vaan normaalin olon. Euforian tunnetta oli koettu lähinnä silloin kun riippuvuus ei ollut vielä kehittynyt. Kaikki mainitsivat asiakkaillaan olevan mielen terveysongelmia. Jotkut arvelivat että jopa suurimmalla osalla oli päihdeongelman lisäksi joku mielen terveyden ongelma ja osalla lisäksi vielä jokin merkittävä somaattinen sairaus, kuten hiv. Huumeiden käyttäjillä mainittiin monesti olevan oppimisvaikeuksia, ADHD:ta, keskittymisvaikeuksia, Aspergerin syndroomaa, skitsofreniaa, masennusta, ahdistuneisuushäiriöitä, epävakautta, mielialahäiriöitä, vainoharhaisuutta ja persoonallisuushäiriöitä. Monilla tiedettiin olevan kaksoisdiagnoosi, mutta silti suurimman osan asiakkaiden mielen terveysongelmista arveltiin olevan diagnosoimatta. Asiakaskunnan taustojen sanottiin olevan usein traumaattisia ja niiden arveltiin aiheuttaneen vakaviakin mielen terveysongelmia. Keskittymishäiriöiden lisäksi mainittiin myös ahdistuneisuus, jota lääkittiin rauhoittavilla lääkkeillä. Lähes kaikki totesivat asiakaskunnassaan olevan sekä niitä joille huumeiden- ja päihteiden käyttö, lähinnä amfetamiinin käyttö, on itselääkityksen asemassa että niitä, joilla huumeiden ja päihteiden käyttö on laukaissut

mielenterveysongelmia tai muuttanut persoonallisuutta. Arveltiin, että esimerkiksi paniikkihäiriöt voivat olla huumeiden käytön syitä tai seurauksia ja osa masennuksesta ja ahdistuneisuudesta voi olla yhteydessä diagnosoituun hiv:hen tai hepatiittiin. Amfetamiini toimi monilla itselääkityksenä masennukseen ja ADHD:hen. Monien asiakkaiden sanottiin kertoneen että huumeiden käyttö auttaa yleiseen pahaan oloon tuottaen mielihyvää, mutta toisaalta loppujen lopuksi kääntyen itseään vastaan.

Näkisin että monen kohdalla se on ollut se todella hyvä kokemus. Sen takia ne ovat olleet niin hyviä kokemuksia, koska siellä on ollut niin paljon sitä pahaa oloa. Kun olen näiden ihmisten kanssa, olen näkevinäni ja kuulevinani sellaista. Toisaalta on se hyvä olo aineesta, mutta sitten myös hyvä olo siitä ryhmästäkin. Kuuluu johonkin ryhmään, kuuluu tiivistä johonkin ryhmään, on osa jotain – on tärkeä osa jotain - ryhmää. Se hyvä olo siitäkin ja myös itse siitä aineesta. Kyllähän nämä kuvaavat niitä, että amfetamiini ekalla kerralla kolahti niin, ensimmäistä kertaa sellaista mitä ei ole koskaan kokenut. Kun ajattelee, että joku nuori jolla on paljon hyvää elämässä ja sellaista, niin voi olla että se ei ole niin tärkeä, se ei nouse sellaiseen merkitykseen se kokemus. Saati sitten jos on oikeasti jotain keskittymisongelmaa ja ADHD:ta ja se amfetamiini tuo sen keskittymiskyvyn ja sen rauhan muulta maailmalta.

Olkoon se sitten lukihäiriö tai joku tapahtuma jossain vaiheessa elämää mikä on lähtenyt luomaan sitä mielikuvaa että ”musta ei oikein mihinkään ole” tai sitten joku muu tapahtuma elämässä mikä on, jonkinäköisen helpotuksen on löytänyt jostain päihteestä, keino lääkitä itseään johonkin parempaan kuin se mitä senhetkinen tilanne on ollut.

Mielenterveyden häiriöillä arveltiin olevan yhteys suurempaan riskinottoon sekä huumeiden että seksin osalta. Mielenterveyden häiriöiden arveltiin aiheuttavan sosiaalista syrjäytymistä ja sitä kautta

kykenemättömyyttä huolehtia pistämistilanteen hygieenisyydestä, vaikka joidenkin tiedettiin toisaalta olevan neuroottisen hygieenisää. Suurin osa mainitsi että varsinkin asiakaskunnassa paljon esiintyvällä masennuksella oli selvä yhteys suurempaan riskinottoon. Masennuksen arveltiin monesti johtuvan sekä huumeiden käytöstä että yleisestä elämäntilanteesta. Toisaalta pohdittiin sitä, onko yhdentekevyys omasta terveydestä riippuvainen masennuksesta tai mielenterveysongelmista vai onko se yleensäkin tyypillistä monille asiakkaille.

Heidän elämänsä on tosi stressaavaa ja he elävät käytännössä keskellä kriisiä. Omat kokemukset varmasti mitä on, ehkä sellaiset traumaattiset kokemukset jotka aiheuttavat sellaista kriisintunnetta, tai sitten se perhe mistä he ovat lähtöisin, tai sitten parisuhteet missä ovat ja sitten on poliisi kokoajan päällä. Se kriisissä eläminen tekee usein sitä että tulevaisuutta ei ole. Ei ole mielikuvaa siitä mitä tekisi isona, kun ei siitä isona olemisestakaan ole mielikuvaa. Kun elämä jota osaa kuvitella on ehkä vain muutama päivä tai muutama viikko eteenpäin, niin eihän sillä ole mitään väliä että onko terve vai ei ja onko hepatiitti joka 20 vuoden päästä tekee jotakin. Ei ole väliä siitä omasta terveydestään, ei ole väliä mikä maine on itsestään kaupungissa, ei väliä seksuaalisella käyttäytymisellä, että onko huoran tasolla, että itse mieltäisivät itsensä huoraksi. Onko sillä väliä kun kuolee kuitenkin pian? Se stressi ja sellaisessa kriisissä eläminen. Monella asiat ovat vaan niin sekaisin.

Elämän kriiseihin liittyi monesti yleinen epätoivo, väkivalta, läheisten kuolemat, yhteiskunnan marginaalissa eläminen ja ainainen pelko.

Sen vyyhdin keskellä oleva ihminen hakee varmasti joskus riskejäkin kaihtamatta helpotusta siihen omaan oloonsa. Että selviää siitä kaikesta. Ei niitä riskejä enää jakseta mieltä siinä kohdassa.

Useat haastatellut mainitsivat asiakkailta olevan monesti itsetuhoisuutta ja paljon riskien ottoa. Itsetuhoisuuden arveltiin liittyvän esimerkiksi ikäkriisiin tai yksinkertaisesti tietoisuuteen siitä käyttää huumeita. Käyttäjäksi tai narkomaaniksi itsensä mieltämisen koettiin aiheuttavan monille itseinhoa ja huumeiden käyttö ja riskien ottaminen saattoi toimia tietoisena rangaistuksena itseä kohtaan:

Joillakin on kielteinen suhtautuminen omaan kehoon, että ei ole mitään säästämisen arvoista. Voi tietysti aina ajatella että toisilla on seksuaalista hyväksikäyttöä taustalla tai jotakin. Toisilla on, ja sellaista itsetuhoista tavallaan... rangaistuksena itseä kohtaan. Huumeidenkäytöstähän sanotaan että se on toisille itsetuhoista käyttäytymisistä.

Arveltiin että joidenkin asiakkaiden mielenterveydelliset ongelmat yhdessä kaoottisen elämäntilanteen kanssa altistavat heitä tavallista suuremmille tartuntariskeille. Erityisen riskialttiisiin asiakkaisiin vaikuttaminen koettiin haasteena terveysneuvonnalle ja siihen tarvittiin henkilökohtaista kontaktia, aikaa ja kärsivällisyyttä. Turvallisempaa huumeiden käyttöä ja seksikäyttäytymistä kohti siirtyessä pelkät puhtaat injektiovälineet eivät riittäneet, vaan siihen tarvittiin monia työkaluja ja asiakkaan elämän kokonaisvaltaista huomioimista.

4.2.3.6. Riskikäyttäytyminen

Turvallisesta seksistä pyrittiin puhumaan aina kun mahdollista. Muutamat haastatellut arvelivat, että muissa terveysneuvontapisteissä annettiin todennäköisesti paljon enemmän seksuaalineuvontaa, vaikka haastatteluiden perusteella lähestulkoon kaikki pisteet kokivat antamansa seksuaalineuvonnan suhteellisen vähäiseksi, riittämättömäksi ja aiheen vaikeaksi. Asiakaskunnan seksuaalisuuden tavat eivät välttämättä olleet mutkattomia tai yksinkertaisia, joten neutraalin tuotteen kuten kondomin tarjoaminen koettiin helpoimmaksi tavaksi avata keskustelu. Huolimatta yrityksestä pitää turvaseksiaihetta yllä

keskusteluissa, henkilökunnan mahdollisuudet avata keskusteluita ja puuttua riskeihin koettiin rajallisiksi. Todettiin, että terveysneuvonnalla on kasvatuksellista, valistuksellista ja välineellistä merkitystä turvallisemman pistokäytön edistämässä, mutta sen mahdollisuudet turvaseksiin vaikuttamisessa ovat erittäin rajalliset. Seksin nähtiin pistämiseen puuttumista ongelmallisempana, koska riskitilanteita vaikutti olevan enemmän ja niiden sosiaalinen merkitys oli suurempi. Seksiä voitiin harrastaa esimerkiksi rahaa tai huumeita vastaan, siihen saattoi liittyä pakottamista ja sitä harrastettiin monesti päihtyneenä. Päihtymyksen sanottiinkin olevan ehdottomasti yleisin syy suojaamattoman seksin harrastamiseen. Tampereen terveysneuvontapiste Nervissä vuonna 2006 toteutetussa seksuaaliterveyskyselyssä 50 prosenttia vastaajista (n=97) oli aina/usein tai joka toinen kerta ollut päihtyneenä harrastaessaan seksiä ja vastanneista 72 prosenttia ilmoitti olleensa päihtyneenä viimeisimmässä yhdynnässä (Ovaska ym. 2006).

Käyttövälineiden yhteiskäyttöä tapahtuu useimmiten tilanteissa joissa puhtaita välineitä ei ole saatavilla, vieroitusoireiden aikana, otetaan vahingossa toisen välineet, päihtyneenä tai jos käyttötilanne tapahtuu läheisten ihmisten kanssa (EMCDDA, 2001). Tilanteeseen vaikuttavat myös ryhmän normit ja rituaalit, jonka myötä yhteiskäyttöä saattaa ilmetä vaikka puhtaita välineitä olisi saatavilla (WHO 2004). Haastatteluissa asiakkaiden mainittiin sortuvan välineiden yhteiskäyttöön erityisesti silloin, kun heillä oli vieroitusoireita, pakonomainen tarve saada huumetta, kun he olivat päihtyneitä tai silloin kun puhtaita välineitä oli huonosti saatavilla, esimerkiksi vankilassa. Monille käyttövälineiden jakaminen oli merkki ystävyys – tai parisuhteen vahvistamisesta ja luottamuksesta, joskin tahallisia yhteiskäyttötilanteita pidettiin harvinaisina.

Valitettavan paljon edelleen tapahtuu sitä että käytetään muiden välineitä. Se ei vaan mene perille.

H: Minkälaisissa tilanteissa?

V: Ne on varmaan niitä missä ollaan keskellä yötä jossain, eikä ole kuin ne yhdet välineet. Vaikka kuinka yrittää toivottaa että niin kiire ei ole, että ei ehtisi uusia välineitä ottaa. Yöaika on paha. Sieltä automaattista niitä saisi. Toisaalta kukaan ei lähde edes 500 metrin päähän hakemaan niitä, jos on yhdet jo siinä edessä. Puhtaat tai ei.

Se aineen himo voi siinä kohtaa olla niin suuri eikä ole niitä puhtaita välineitä. Kyllä joku asiakas sanoi että vaikka olisi kuinka suuri himo, niin likaisilla en vedä. Siinäkin on eroja. Jos kysyy että ”no putsasitko sä niitä mitenkään?”, niin vastaavat ”kyllä mä sitä tolla Sterets-lapulla putsasin”. Joskus miettii sitä, että kun me ei kauheasti siitä putsamisesta kuitenkaan puhuta. Enemmän puhutaan siitä että ”aina omat puhtaat käyttövälineet”, niin pitäisikö sittenkin myös ottaa se huomioon että aina ei ole niitä omia. Sitä ei ole kauheasti haluttu, se on se toiseksi paras vaihtoehto sitten vasta. Mutta kun voi olla se tilanne ettei ole, ja sitten ainoana päässä on se että ”omat puhtaat välineet”. Jos niitä ei ole, niin ei tulekaan seuraavaa vaihtoehtoa mieleen.

H: Entäs tämä suojaamaton seksi, mikä siellä usein taustalla?

V: Osa voi ajatella että ”eihän se mua koske toi juttu”, tai se hetki kun mennään. On myös niin, että pidetään siitä ehkäisystä kiinni, mutta toinen ei pidäkään. Näitäkin kuulee sitten. Vakiintuneissa parisuhteissa siihen toiseen luotetaan äärimmäisen paljon, vaikka oltaisiin oltu viikko yhdessä ja suurin piirtein muutettu jo melkein yhteen.

H: Onko olemassa jotain normeja jotka vaikuttaisivat ehkä riskikäyttäytymiseen?

V: On varmaan se, että vedetään yhteisillä käyttövälineillä kumppanin kanssa, se on joku sellainen luottamuksen osoitus.

H: Siinä ei voi kieltäytyä oikein sitten ehkä.

V: Niin. Se on sellainen että näin kuulutaan yhteen.

Valitettavasti henkilökunta näki ja kuuli tilanteista, missä erittäin ”taudittomana” pidetyllä henkilöllä oli ollut C-hepatiitti tai hiv, jonka johdosta kaveriporukasta löytyi muitakin tartunnan saaneita. Haastatteluisissa kävi ilmi, ettei luottamus tuttavan ”taudittomuuteen” kovinkaan usein perustunut varmaan tietoon vaan lähinnä haluun luottaa. Vaikka tuttaville saatettiin kertoa että testeissä oli käyty, testiajankohdasta saattoi olla kulunut useampia vuosia. Monille puhtaat välineet jäivät toissijaisiksi siinä vaiheessa jos heille tarjottiin huumeita ja monilla tiedettiin olevan kyvyttömyyttä kieltäytyä riskitilanteesta tällaisissa tapauksissa.

Vaikka mitä tehtäisiin niin kuitenkin asiakkaat joissain tilanteissa unohtavat sen että pitäisi olla ne omat välineet. Äärimmäisen päihtyneessä tilassa kun ovat kokoontuneet jonnekin, neulat ruiskut mennyt sekaisin, tai sitten ei ole puhtaita mukana, on ajautunut johonkin porukkaan kesken vaikka kauppamatkan ja sitten toisen välineillä pistetään. Sitten nämä uskomukset, että käyttävät vaan jonkun tietyn tyyppin välineitä, koska sillä ei ole mitään. Sitten kun käykin ilmi että toisella on jotain. Sattumia on, mutta myös tietoisia riskejä. Tietoisia siksi, että ovat saaneet terveysneuvontapisteiden kautta tietoa riskeistä ja siitä että pitäisi olla omat välineet ja vievät sitä myös kentälle niille jotka eivät asiakkaita. Mutta jos tilanne on sellainen että ei omia puhtaita välineitä ja on kuitenkin pakko saada se aine, niin silloin otetaan tietoinen riski.

Asiakkaita pyrittiin jatkuvasti muistuttamaan, että käyttövälineet ovat aina henkilökohtaisia ja niitä tulisi käyttää vain kerran. ”Aina puhtaat välineet”- viestissä koettiin kuitenkin myös ongelmia, sillä kokemuksen myötä oli huomattu, ettei asiakkaiden ollut aina mahdollista saada puhtaita välineitä ja ettei välineiden puhdistamisesta oltu välttämättä

riittävästi tietoa. Asiakkaille pyrittiin kertomaan myös välineiden keittämisestä ja puhdistamisesta, vaikkakin korostettiin, ettei puhdistamista tule käyttää muuten kuin toissijaisena ratkaisuna jos puhtaita välineitä ei ole saatavilla. Toisaalta tiedettiin, että neulat tylsyivät monenkertaisesta keittämisestä tai vahvasta desinfioinnista.

4.2.3.7. Seksikäyttäytymiseen vaikuttamisen vaikeus

Kaikki haastatellut olivat sitä mieltä, että toiminta on vaikuttanut enemmän huumeiden käytön riskien minimointiin kuin seksikäyttäytymisessä ilmenevien riskien hallintaan. Seksistä ja seksuaaliterveydestä keskusteleminen koettiin haasteelliseksi ja keinoja sen kehittämiseen oli selvästi pohdittu. Joissain pisteissä oli otettu käyttöön teemaviikkoja tai – kuukausia, jolloin pyrittiin vaihtamaan ajatuksia asiakkaiden kanssa esimerkiksi raskaudenehkäisystä ja sukupuolitaudeista.

Ruiskuhuumeiden välityksellä ei ole uusia tartuntoja tullut kaupunkiin. Seksin välityksellä on kylläkin. Ja meidän asiakkaiden kautta kylläkin, pari tartuntaa tullut. Että tässä on edelleen tää terveysneuvonnan saralla töitä ja nimenomaan siitä että ”muista käyttää kondomia”. Vaikka asiakkaat on aika hyvin tietoisia siitä että hiv tarttuu huonosti seksisuhteessa, niin sen varjolla ne niinku pelaa. Et jos ne miettivät että ”yks tuhannesta yhdynnästä, tosi huonosti” mutta eihän sitä koskaan tiedä koska se on se tuhannes.

Seksiin liittyvien riskien vähentäminen nähtiin ongelmallisena sen intiimin luonteen lisäksi siksi, että asiakkailla oli erilaisia käsityksiä ja tapoja seksuaalisuuteen liittyen, joista osan läpikäyminen tarvitsi ehdottomasti kiireettömän ja rauhoitetun tilanteen.

Kyllä se seksiin puuttuminen haasteellisempaa on jotenkin. Onhan se niin paljon sellaista normaalimpaa, seksi on osa ihmisen elämää. Se ei liity ainoastaan tähän asiakasryhmään. Se on vähän sama tilanne muutenkin. Kyllähän pyritään ja nyt taas pitäisi pyrkiä

enemmän nostamaan tätä aihetta. Sen yhden hankkeen aikana puhuttiin paljon että mitä se seksi tarkoittaa ja se vaatii sellaisen rauhallisemman tilanteen. Kun tuntuu että pistämiseen liittyvistä jutuista voi puhua vaikka tässä enemmän, mitä pistostilanteessa tapahtuu. Mutta sitten jos ajatellaan että ”minkälaista se teidän seksi on” niin onhan se sillä tavalla. Onko se anaaliseksiä, emätinyhdyntää vai mitä se on. Voi hyvänen aika, viime vuonna tai jonkin aikaa sitten tuli sellainen kundi joka ei itse käyttänyt, mutta sanoi että hänellä oli C-hepatiittipositiivinen tyttöystävä jonkun ajan. Se kundi halusi tulla testeihin. Hänelle sanottiin että se tarttuu hirveän huonosti seksin välityksellä, mutta otetaan ilman muuta testi, yritettiin rauhoitella häntä. Kundi sanoi että heillä oli ollut vähän sellaista rajumpaa seksiä. Kerrottiin että tosissaan anaaliseksiä se riski on suurempi koska voi tulla veritartunta. Kundi sanoi että mutta kun he olivat viilleleet, että heillä oli oikeasti sellaista. Hänen maailmassaan se liittyi seksiin, se oli sitä mitä hän oli tehnyt aina tyttöystävien kanssa. Oikeasti se keskustelu vaatii toisenlaisen tilan, sen tyyppinen keskustelu. Kyllähän seksistäkin jossain määrin voi puhua ihan näin, mutta jos se menee henkilökohtaiseksi sillä tavalla, että ”mikä on sinun seksielämäsi?”.

Hiv:n kohdalla tartuntareitin arveltiin yhä suuremmassa määrin olevan tulevaisuudessa heteroseksivälitteinen myös ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa. Välineiden yhteiskäyttöön liittyvien riskitilanteiden koettiin vähentyneen, mutta asiakkaat harrastivat edelleen paljon suojaamatonta seksiä. Henkilökunta vaikutti kautta linjan olevan sitä mieltä, ettei turvaseksiin vaikuttaminen ole ollut yhtä tehokasta kuin pistämiskäyttäytymiseen vaikuttaminen. Suonensisäiseen käyttöön liittyvä riskikäyttäytyminen vaikuttaa vähentyneen myös muualla, kun taas seksikäyttäytyminen ei ole siirtynyt turvallisempaan suuntaan. Monet arvelivat, että mikäli riskialtis seksi pysyy yhtä yleisenä kuin nyt, seksivälitteiset hiv-tartunnat voivat nousta ensisijaiseksi tartuntareitiksi myös suonensisäisesti

huumeita käyttävillä, mistä on ollut viitteitä myös muualla. (Esim. Kral ym. 2001; Lindenburg ym. 2006.)

Asiakkailla sanottiin olevan paljon suojaamatonta seksiä, eikä seksikäyttäytymisen riskejä aina käsitetty tai koettu suurina. Kondomin käytöstä mainittiin, ettei ollut suinkaan itsestään selvää että kaikki osasivat käyttää kondomia ja kondomia sanottiin esimerkiksi käytettävän ”kuin sukkaa”. Suojaamatonta seksiä oli erityisesti parisuhteissa tai vakituisen kumppanin kanssa, joka saattoi lisätä luottamusta varsinkin suhteen alkuvaiheessa. Monet totesivat kärjistäen, että joillekin vakituinen suhde saattoi käytännössä tarkoittaa sitä, että partneri oli tunnettu vasta viikon tai että henkilöllä saattoi olla monta vakituista kumppania. Asiakkaita pyrittiin myös muistuttamaan, että vakituisillakin kumppaneilla saattoi olla irtosuhteita, ja siitä syystä testaus ja erityisesti kondomin käyttö ovat erityisen tärkeitä suojautumien välineitä.

H: Mitkä on keskeiset sanomat teidän työssä?

V: Käytä aina omia välineitä ja käytä kortsua. Se kortsu on siellä mukana aina. Asiakkaiden keski-ikä on 25 eikä päällepäin voi aina sanoa ketkä kaikki käyttävät aineita. Kesä tulee, festareita, ihmiset liikkuvat, pyöritään kapakoissa, on yhden illan suhteita. Jeesustelua sanoa että ”mulla on hyvä parisuhde”. Kun on vähän viinaa päässä niin ne tekevät mitä vaan. Ei tarvitse edes olla viinaa päässä. Irtosuhteita vaan tapahtuu, se on vaan fakta. Vaikka kuinka olisivat parisuhteessa, hyvässäkin sellaisessa. 25-vuotias tyttö, jätkä on 30, sillä on hiv tai C-hepatiitti. Sitten ikävä kyllä se tuhannes kerta tapahtuu siinä ja se toinen tuhannes siellä kotona, sitten sillä puolisolllakin on joku irtosuhte. Sen takia sen kondomin käytöstä pitää paasata kokoajan. Se on siis niin tärkeä juttu! Oon ollut koulujen vanhempainillassa puhumassa näistä jutuista ja saanut paheksuvia katseita kun oon puhunut juuri näillä sanoilla. Kun se vaan on näin.

Asiakkaiden kautta myös vakituisia ja satunnaisia seksikumppaneita pyrittiin saamaan testattaviksi ja rokotettaviksi. Monet vastaajat totesivat, että seksivälitteisesti tarttuvien tautien ehkäisyyn tulisi kiinnittää enemmän huomioita riskiryhmien lisäksi myös koko väestötasolla. Tiettyihin riskiryhmiin vaikuttamista ei yksinään katsottu riittäväksi, vaan tarvittaisiin paljon enemmän julkista ennaltaehkäisyä ja avoimuutta seksikäyttäytymiseen vaikuttamisessa.

Asiakkaista näkee haluavatko puhua seksiin liittyvistä asioista. Kondomien tarjoaminen on hyvä tilanne puhua seksistä. Monet punastelevat, mutta ottavat niitä vastaan. Se on hyvä tapa lähteä liikkeelle, se poikii jatkokeskusteluja. Sitten voidaan kysellä sukupuolitaudeista, kertoa miten ne tarttuvat ja mitkä ovat oireita. Se että kondomeita tarjotaan, on matalan kynnyksen lähestymistapa, koska eihän niitä ole pakko ottaa. Kondomit on helppo tapa kaikille, koska niistä voi kieltäytyä ja juttu jää siihen. Jos alkaisi puhua tuntemattomalla ihan noin vaan, ei voi tietää miten hän kokee sen, jos et tunne. Ei voi tietää että onko hän hyväksikäytetty, miten hän kokee oman seksuaalisuutensa, seksikäyttäytymisensä jos on prostituoitu, niin ei voi lähteä loukkaamaan ketään. Jos luontevasti esittää, että tämä on yksi asia tarjottujen tuotteiden joukossa. Ei siitä tarvitse tehdä siinä tapauksessa isoa asiaa.

Haastatteluissa mainittiin, että kondomien ja liukuvoiteen tarpeen kysyminen ja niiden antaminen voi herättää asiakkaissa odottamattomia reaktioita, kuten ”en mä mikään homo ole” tai ”en mä mitään salakuljetusta harrasta”. Tällaisten kommenttien todettiin kuvaavan hyvin sitä, kuinka seksistä puhuminen on huomattavasti hankalampaa kuin huumeiden käytöstä puhuminen. Seksuaaliterveyteen pyrittiin puuttumaan antamalla asiakkaille kondomeja, muistattamalla heitä testauksesta, antamalla hepatiitti B-rokotteita ja kertomalla raskaudenehkäisyn mahdollisuuksista. Niissä pisteissä missä oli lääkäri, hänen roolinsa oli hyvin tärkeä erityisesti naisten

seksuaaliterveyttä koskien. Ehkäisyneuvonta koettiin myös tärkeäksi osaksi terveysneuvontatyötä ja monissa pisteissä sen asemaa pyrittiin lisäämään.

On pohdittu jonkun verran työryhmässä, että tähän ehkäisyneuvontaan. Eli ettei pelkästään ”kondomi suojaa tartuntataudeilta”, vaan ehkäisyneuvontaa enemmän ja että olisi mahdollista saada pillereitä. Se on sellainen mitä on aika ajoin puhuttu työryhmässä. Vakiintuneissa suhteissa, ei nämä ihmiset tästä kondomista ja liukuvoiteesta, ei se ole se palvelu mitä he tarvitsevat.

Asiakkaiden tiedettiin ymmärtävän, että suojaamattomassa seksissä on tartuntariski ja naisten kohdalla mahdollisuus tulla raskaaksi. Kukaan ei harrastanut suojaamatonta seksiä riskeistä tietämättömyyden vuoksi, mutta monia muita perusteluita sille sanottiin löytyvän. Riskialtis seksi johtui useimmiten olosuhteista, joissa suojautuminen oli hyvin vaikeaa tai jopa mahdotonta. Päihtymys tai seksin vaihtaminen erilaisiin palveluksiin todettiin olevan tyypillisimmät syyt ottaa riskejä seksikäyttäytymisessä puhtaana välinpitämättömyyden lisäksi. Naisten asema suojautua todettiin monissa haastatteluissa heikommaksi kuin miesten. Naisiasiakkailta oli kuultu jonkun verran raiskauksista ja muunlaisesta väkivallasta, jonka myötä suojautuminen oli ollut mahdotonta. Parisuhteessa suojaamattoman seksin arveltiin liittyvän luottamukseen ja läheisyyteen, ja haastatteluissa tuli ilmi, että parisuhteissa huomio kiinnittyi enemmän raskauden – kuin tartuntatautien ehkäisyyn.

Monet eivät miellä prostituutioksi sitä, jos se liittyy tuttavapiiriin. Jos on joku mies joka hankkii aineet ja heillä on sitten seksisuhde, niin sitä ei luokitella sillä tavalla prostituutioksi vaan enemmän parisuhteeksi. Se voi olla lähtökohtaisesti parisuhdepohjalla tai aineen hankinta-pohjalla. Sitä ei mielletä.

H: Mutta tämä ei ole epätavallinen ilmiö?

V: Ei. Se on hämärä raja. Monilla naisilla on joku kundi joka hankkii... mutta kyllähän ne tytötkin hankkivat rahaa, mutta kuinka paljon se on prostituutiota? Ainakaan se ei ole puheissa kauheasti läsnä. Mutta kyllä esimerkiksi väkivalta liittyy osaksi näihin parisuhdekysymyksiin. Niitä on ihan hirveästi, raiskauksia, suhteessa valtaväestöön.

4.2.3.8. Vankiloiden tartuntariski

Suomen vankiloissa ei ole otettu käyttöön ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmia, vaan vankien saatavilla on käyttövälineiden puhdistukseen tarkoitettua desinfektioainetta, Virkonia. Monet mainitsivat, että vankiloissa tapahtuvan huumeiden käytön tartuntariski on edelleen suuri, mutta se on todennäköisesti vähentynyt käyttövälineiden desinfiointiin käyvän Virkon-liuoksen, vastikään päätökseen saadun Kriminaalihuollon tukisäätiön Terveprojektin ja vankilassa järjestettyjen vertaiskoulutusten myötä. Ketkä tunsivat vankiloiden tilanteen hyvin, sanoivat, ettei Virkon-liuoksen ja terveysneuvonnan saatavuus ollut kaikissa vankiloissa systemaattista tai varmaa. Pääsääntöisesti oltiin sitä mieltä, että suonensisäinen huumeiden käyttö ei tule loppumaan vankiloista ja vankiloissa tulisi järjestää käyttövälineiden vaihtoa. Vaihdon positiiviset vaikutukset saattaisivat näkyä tartuntariskin vähentymisen lisäksi myös yleisen turvallisuuden kasvamisena. Eräs haastateltava pohti välineiden vaihdon järjestämistä.

Toisaalta mietin sitä henkilökuntaa siellä, vanginvartijoita, ne tekevät alimitoitettusti sitä omaa duuniansa. Toisiko se turvallisuutta? Mun mielestä se toisi turvallisuutta sinne. Ne ketkä ovat riippuvaisia niin saisivat sitä omaa riippuvuuttaan lääkityä siellä kuten parhaaksi näkevät. Siitäkin syntyy sellainen oma yhteisöllinen pelinsä siellä, että mitä aineita. Jotkut vanhan liiton asiakkaat ovat kertoneet siitä että joskus silloin 70-, 80-luvuilla ne ketkä käyttivät niin saivat käyttää rauhassa. Toi rauhaa sinne taloon, jokainen tiesi oman paikkansa. Siitä ei syntynyt sen suurempaa hälyä. Ehkä jutut ovat muuttuneet, nykyään on nämä jengit ja muut jotka pyrkivät

dominoimaan jotain juttuja, ehkä se on muuttunut se asia. Toi on vaikea kysymys. Mutta ehdottomasti terveysneuvontaviestit kaikilla mahdollisilla tavoilla, terveysneuvonta talon sisällä ja Virkon ehdottomasti.

H: Että ne nyt on sellaisia mitä ainakin voi tehdä?

V: Ehdottomasti. Kyllä henkilökohtaisesti loppupeleissä itse käännyin siihen että ne ketkä siellä käyttävät niin niiden pitäisi päästä turvallisesti käyttämään. Nämä on aina niin moniulotteisia kysymyksiä.

Henkilökunta oli sitä mieltä, että vankilassa huumeiden käyttöön liittyy suurempia riskejä kuin vapaudessa ja käyttäminen on kaikin tavoin vaikeampaa. Ensinnäkin käyttövälineitä ei ole virallisesti saatavilla, vaan ne on kuljetettu vankilaan luvatta. Toiseksi, huumeita käyttävät vangit ovat monesti pakotettuja jakamaan vähät käyttövälineensä muiden vankien kanssa. Kolmanneksi, pistämisen täytyy tapahtua todella nopeasti, sillä valvomaton aika on suhteellisen rajallinen. Neljänneksi, vankilassa olleilta asiakkailta oli kuultu että ruiskujen ja neulojen desinfiointi syövytti käyttövälineitä ja että puhdistaminen oli toimenpiteenä liian hidasta. Käyttövälineiden desinfiointi keittämällä vei noin 15 minuuttia ja Virkon-liuoksella vähintään kymmenen minuuttia. Jos useampi henkilö halusi huumeannoksen ja käytössä oli vain yhdet välineet, niiden puhdistaminen jokaisen pistoksen jälkeen jäi hyvin monesti tekemättä.

Siellähän on se Virkon ja sitä saa perushygieneiapakkauksessa, mutta osa ihmisistä sanoo että sitä on vaikea mennä pyytämään lisää. Se on sama sitten kertooko [käytöstä], koska sen perushygieneiapakkauksen saa kaikki. Sen jälkeen se on henkilökohtaista se pyytäminen. Se ei ole helppoa. Usein vanginvartijoille esitän sen kysymyksen että mitä eroa on siinä onko Virkonilla millä putsata välineet vai että olisi puhtaat välineet? Vanginvartijan rooli on

tietysti kamalan vaikea. Vaikea ajatella että jos siellä olisi ruiskuja ja neuloja. Vanginvartija joskus toivoi että, olisi edes joku paikka, joku putki, mihin palauttaa välineet kun niitä ratsataan, etteivät sitten olisi omissa sormissa pystyssä.

H: Mutta ilmeisesti niitä siellä kuitenkin on?

V: On. Niitä on ikävä kyllä niin vähän, että käytetään sitten niitä samoja.

H: Eli tämä ei toimi vankiloissa halutulla tavalla?

V: Ei. Ikävä kyllä. Sekin on hyvä että sitä Virkonilla nyt on ja sitä ainakin pitäisi olla yhteisissä pesutiloissa.

Vastaajat sanoivat, että pääsääntöisesti asiakkaat tietävät vankiloissa tapahtuvan suonensisäisen käytön riskeistä ja puhtaita välineitä haluttaisiin luonnollisesti käyttää myös vankilassa. Vastaajista moni mainitsi, että asiakkaiden kanssa pyritään keskustelemaan vaihtoehtoisista käyttötavoista ennen tiedossa olevaa vankilatuomioita. Monet kertoivat, ettei ole lainkaan epätavallista, että asiakas lopettaa tai ainakin vähentää käyttöä vankilatuomion ajaksi. Useimmiten hetkellisen lopettamisen syynä kerrottiin olevan huumeiden kalleus vankilassa, mahdollinen velkaantuminen ja väkivallan pelko. Vankilassaoloajan ei kuitenkaan ajateltu käyvän pysyvästä katkaisuhoidosta tai huumevieroituksesta, sillä monien asiakkaiden todettiin palaavaan suonensisäiseen käyttöön tuomion jälkeen.

Yksi nainen oli koko vankilassaoloaikansa käyttämättä. Pääsi lomille, mutta terveysneuvontapiste oli kiinni. Olisi halunnut tulla juttelemaan ja saamaan tukea. Oli ollut siinä pari viikkoa ilman, mutta alkanut kuitenkin käyttää. Tällä kyseisellä henkilöllä ei ollut asuntoa, joten majaili käyttävien kavereiden nurkissa. Miten siinä voi olla käyttämättä? Tällaisia tapauksia on ollut paljon. On ottanut päähän, kun vankilassa olleet palaavat siviiliin eikä heillä ole paikkaa

minne mennä. Paitsi muiden käyttäjien luokse. Monet kuitenkin lopettavat vankilassaolon ajaksi.

Toisaalta painotettiin, että tehokkaan testauksen, hyvän hiv-tilanteen ja tietomäärän lisääntymisen vuoksi asiakkaat ovat vuosi vuodelta terveempiä mennessään vankilaan, joka voi osaltaan vähentää tartuntariskejä. Vaikka haastatteluissa mainittiin että monet lopettavat tai vähentävät suonensisäistä käyttöä vankilassa olon ajaksi, oli myös paljon mainintoja niistä ketkä eivät muuta käytön tapoja, vaan pyrkivät jatkamaan huumeen käyttöä samalla tavalla kuin vapaudessa. Ne ketkä eivät lopeta käyttöä vankilatuomion ajaksi, ovat haastattelujen perusteella käyttötavoiltaan kaikkein holtittomimpia, pitkäaikaisia käyttäjiä ja riskialttiimpia, joilla monista oli jo hepatiitti C tai hiv sekä useasti pakonomainen tarve saada - ja käyttää huumeita. Henkilökunnalla oli näkemyksiä hiv-positiivisista ruiskuhuumeiden käyttäjistä joilla oli jatkuvasti vankilatuomioita ja heistä monien tiedettiin käyttävän huumeita myös vankilassaoloaikanaan. Lopettamista ja tartuntariskien suuruutta pohdittiin myös niin, että suuri osa vangeista on huumeiden käyttäjiä ja ovat vankilassa juuri huumeiden takia. Pistämisen frekvenssin vähentymisestä ja desinfiointimahdollisuuksista huolimatta, vankilassa otetun, yhdenkin pistoksen riskit nähtiin valtavina. Toisaalta painotettiin, ettei vankiloiden todellisesta tartuntariskistä ole varmaa tietoa, sillä ei ole varmaa tietoaä kuinka moni saa vankilassa ollessaan tartunnan.

Kysyttäessä arvioita kuinka suurella osalla asiakkaista oli ollut vankilatuomioita, vastaukset vaihtelivat ”ainakin kolmannes” ja ”varmasti 80 prosenttia ” välillä. Suurin osa vastauksista sijoittui näiden väliin, ja keskimäärin noin puolet asiakkaista oli todennäköisesti ollut vankilassa ainakin kerran. Hiv-positiivisten, aktiivisesti huumeita käyttävien kohdalla tilanne oli toinen, sillä ehdoton enemmistö oli ollut vankilassa. Eräs haastateltava kuvaa hiv-positiivisten

narkomaanien vankilatuomioiden yleisyyttä ja huumeiden käyttöä vankilassa.

Hahhah, kaikki, monta kertaa. Kaikki monta kertaa, niillä on jatkuvasti haku päällä, useammalla kuin yhdellä. Siis se on enemmänkin poikkeus jos joku ei ole ollut[vankilassa]. Mä tiedän yhden joka ei ole vielä ollut vankilassa, nainen. Mutta siis kaikki muut ovat olleet, useamman kerran ja pitkiäkin tuomioita. Siis nämä ovat hiv-positiivisia narkomaaneja, nämä ovat piikkihuumeita käyttäviä joka ikinen, nämä pistävät kaikkea mahdollista ainetta mitä ikinä voit kuvitella suoneen pistettävän, sellaistaikin mitä sinne ei saisi pistää.

H: Onko se sitten se pistäminen?

V: On. Se on se juttu. Varsinkin näille, Tenoxit ja kaikki menee suoneen.

H: Oletko sä sitä mieltä että vankilassa pitäisi olla vaihtoa?

V: Olen. Jos kerran sitä täälläkin on ja kun ne tietävät ihan varmasti että nämä käyttävät.

Useimmiten asiakkaat olivat olleet vankilassa maksamattomien sakkojen vuoksi ja vankilatuomioiden todettiin olevan asiakkaiden keskuudessa arkipäivää. Huumeiden käyttö, rikollisuus, sakot, vankila ja vankilan tartuntariski nähtiin monien asiakkaiden elämässä hyvin yleisenä kierteenä. Vankilassa olleiden asiakkaiden osuuksilla ei ollut yhteyttä asiakaskunnan määrään, paikkakunnan tai terveysneuvontapisteen kokoon. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä että nykyiset tartuntojen ehkäisyyn suunnatut toimenpiteet ovat riittämättömiä ja vankiloissa tulisi järjestää välineiden vaihtotoimintaa. Toiminnan järjestäminen nähtiin toisaalta ongelmallisena vanginvartioiden kannalta ja heidän hankalaa asemaansa päiviteltiin. Puhtaiden ruiskujen ja neulojen arveltiin tuovan turvaa vangittujen lisäksi myös vanginvartijoille. Käyttövälineiden saatavuuden arveltiin toimivan myös vankilan arkea rauhoittavana elementtinä, koska ihmiset

saisivat ”hoitaa itseään” rauhassa ja turvallisesti.

Terveysneuvontapisteiden henkilökunnan tietoa ja taitoa oli käytetty hyväksi järjestämällä vertaisvalistuskursseja vankilassa oleville huumeiden käyttäjille. Hyvällä menestyksellä toteutettuja tapahtumia oli järjestetty myös vanginvartijoille, joissa terveysneuvontapisteiden henkilökunta kävi kertomassa suonensisäisestä huumeiden käytöstä, siihen liittyvistä tartuntariskeistä ja niiden välttämistä. Vankiloiden rooli tartuntatautien ehkäisyssä koettiin suurena erityisesti rokotosohjelmien toteuttamisen ja testauksen vuoksi. Kaikille vankilaan tuleville henkilöille tarjottiin rokotukset ja hiv- ja hepatiitti C-testit, ja niitä sai myös aina halutessaan. Monet mainitsivat, että terveysneuvontapiste ja vankila tekivät yhteistyötä ruiskuhuumeiden käyttäjien rokotosarjojen toteuttamisesta. Vankiloista oli soiteltu terveysneuvontapisteeseen ja kysely asiakkaalle annetuista rokotuksista, jotta mahdollisesti puuttuvia annoksia voidaan jatkaa vankilassa ja rokotosohjelmaa oli tarkastettu myös soittamalla vankilaan siellä aloitetuista rokotuksista. Vankiloiden toinen hyvä puoli nähtiin siinä, että monet asiakkaat oli testattu hepatiittien ja hiv:n osalta vankilassaoloaikanaan..

Vankiloiden ja terveysneuvontapisteiden vuosien mittaan lisääntynyt yhteistyö tuntui luonnolliselta, sillä niillä oli paljon samaa asiakaskuntaa joista monet seilasivat näiden kahden palvelun välillä. Huumeita käyttäneelle vangille annettiin vapautumisen yhteydessä tietoa lähimmästä terveysneuvontapisteestä ja haastatteluissa mainittiin, että monet juuri vapautuneet vangit tulevat usein suoraan terveysneuvontapisteeseen, eikä motiivina ole läheskään aina puhtaiden käyttövälineiden hakeminen. Monien vasta vapautuneiden vankien todettiin olevan erittäin hyväkuntoisia ja he olivat saaneet kattavat terveyspalvelut vankilassaoloaikanaan. Heiltä pyrittiin kyselemään vankilassaoloajan huumeiden käytöstä ja muistuttamaan huumeettoman ajan

myötä madaltuneesta sietokyvystä ja siitä johtuvasta kohonneesta yliannostusriskistä. Vapautuneet vangit tarvitsevat monesti enemmänkin terveysneuvontapalveluiden sosiaalista osaamista ja heille pyrittiin antamaan tietoa esimerkiksi asumispalveluista. Monilla vangeilla oli pitkäaikainen suhde terveysneuvontapisteeseen, joten sen sanottiin olevan luonnollinen kiinnekohta ja ensikontakti yhteiskuntaan vapautumisen jälkeen.

4.2.3.9. Terveysneuvontapalveluiden ulkopuolelle jäävät

Kaikki haastateltavat arvelivat, ettei oma terveysneuvontapiste tavoittanut kaikkia alueen ruiskuhuumeiden käyttäjiä. Henkilökuntaa pyydettiin kokemuksensa perusteella pohtimaan ketkä jäävät ulkopuolelle ja miksi. Kaikki osasivat nimetä useampia palvelun saavuttamattomissa olevia käyttäjäryhmiä. Suurimmat syyt ulkopuolelle jäämiseen olivat luottamuksen puute, pelko, maantieteellinen etäisyys tai tietämättömyys palvelun olemassaolosta. Tieto ulkopuolelle jäävistä oli rakentunut useista tietolähteistä, kuten poliisilta, muilta viranomaisilta ja asiakkailta. Kaikissa pisteissä asioi henkilöitä tai ryhmiä, jotka tulivat vaihtamaan käyttövälineitä hyvin pitkien matkojen päästä, esimerkiksi Helsingissä asioi rovaniemeläisiä asiakkaita.

H: Tuntuuko että terveysneuvontatoimintaa on järjestetty kattavasti Suomeen?

V: Ei ole kattavasti järjestetty. Mä en usko että joka paikkakunnilla on, ainakaan terveysasemilta saatavana. Pohjoisessa ei ainakaan, onko pohjoisessa yhtään?

H: Kemiin ollaan järjestämässä.

V: No Kemi on sellainen missä sen voisi kuvitella olevan, mutta sitten täytyisi olla myös Rovaniemi, Kemijärvi, Sodankylä, eikä olisi mikään este vaikka sitä pienemmälläkin paikkakunnilla saisi, ei mikään este. Mä en usko että täällä etelässä kaikki saa. En usko.

Joka terveysasemalla ei varmaan vaihdeta, tai siis kaupungissa.

Eräs haastateltu totesi, että pisteen asiakasmäärä on erikoisen suuri siksi koska noin kymmenellä lähikunnalla ei ole ollenkaan terveysneuvontapalveluita ja kaikki lähialueiden käyttäjät ovat vain yhden pisteen varassa. Lähes jokainen piste oli tehnyt ostopalvelusopimuksia lähikuntien kanssa, vaikkakin paikkakunnista riippuen jotkut kunnat kieltäytyivät sekä ostopalvelusopimuksen teosta tai oman pisteen järjestämisestä huolimatta siitä, että kunnissa oli ruiskuhuumeiden käyttäjiä.

Suomenruotsalaisilla alueilla on paljon käyttäjiä, mutta ei ollenkaan palvelua. He eivät missään nimessä halua tällaista ankkalampeensa. Tämä on ihan myönnetty ääneen.

Pohdittiin myös, onko Itä-Suomessa kattavasti terveysneuvontapalveluita, sillä venäläistaustaiset matkasivat sieltä säännöllisesti käyttämään Etelä-Suomen palveluita. Pitkien matkojen päästä tulevilta saatiin tietoa käyttäjistä jotka eivät olleet minkään terveysneuvontapalvelun piirissä ja myös paikallisilta asiakkailta kuultiin ulkopuolelle jäävistä. Poliisin rooli tiedonantajana nähtiin hyvin tärkeänä toiminnan kattavuuden tietämisen suhteen. Poliisi kertoi terveysneuvontapisteille millä alueilla se oli kohdannut käyttäjiä ja missä he liikkuvat. Näihin paikkoihin pyrittiin lähettämään terveysneuvontaviestiä esimerkiksi etsivällä kenttätyöllä, liikkuvalla yksiköllä, vertaistyoiteijöiden - tai asiakkaiden kautta.

Useissa haastatteluisissa arveltiin ulkopuolelle jäävien käyttäjien olevan sosioekonomisesti alinta tai ylintä luokkaa, tai etnisistä vähemmistöistä lähtöisin olevia, joka vahvisti käsitystä, että terveysneuvontapisteiden asiakkaista suurin osa on "huumeiden käyttäjien keskiluokkaa". Fyysisesti kaikkein huonokuntoisimmat tai syrjäytyneimmät käyttäjät joille liikkumisen tiedettiin tuottavan

ongelmia, eivät monesti käyttäneet terveysneuvontapisteiden palveluita, vaan saivat puhtaat käyttövälineet jonkun ystävän tai tuttavien kautta. Useita mainintoja oli myös pitkän linjan narkomaaneista, vähintään 40-50-vuotiaista "vanhoista mohikaaneista", joiden todettiin monesti tehneen päätös, etteivät he tarvitse yhteiskunnan palveluita. Vanhojen käyttäjien tiedettiin monesti suhtautuvan erittäin epäluuloisesti terveysneuvontapalveluun. Vaikka palveluita yleisesti ottaen kiitellään, terveysneuvontapisteissä asiointi voidaan siitä huolimatta kokea nöyryyttäväksi kuten koko hoitojärjestelmäkin, kuten eräät Perälän (2002) haastattelemat huumeiden käyttäjät totesivat (Perälä 2002, 84).

Kynnyksen ylittäminen saattaa olla hankalaa. Jos on alettu käyttää nuuskaamalla ja käytetty jo jonkin aikaa, pistämällä käyttäviä katsotaan halveksuvasti. Se, että joku päivä huomaa pistävänsä itse, on arvonalennus minuudelle. Jos menisi vielä vaihtamaan ruiskut ja neulat, niin se tekisi henkilöstä narkomaanin. Kukaan ei halua pitää itseään narkomaanina. Se on hävettävää, identiteettikriisi.

Useat mainitsivat, että töissä käyvät, opiskelevat tai perheelliset ruiskuhuumeiden käyttäjät eivät päädy terveysneuvontapalveluiden piiriin lähinnä siitä syystä että pelkäävät tulevansa tunnistetuiksi.

Ihan varmasti esimerkiksi jos on sellaisessa ammatissa että pelkää tulevansa tunnistetuksi. Ihmettelen että missä on kaikki maahanmuuttajat? Nyt on alkanut näkyä romanit. Romanit ovat myös nyt löytäneet terveysneuvontapisteiden. Osa on kyllä niin kadonneita, ajattelevat että täällä on kamerat, nauhoitukset ja muut. Aina on osa joka ei tule koskaan käyttämäänkaan tätä.

H: Osaatko arvella miksi?

V: Sitä luottamusta ei välttämättä ole. Ei uskalla tulla, ei välitä tulla tai ei ole kauhean kiinnostunut siitä terveydestään.

Ruiskuhuumeiden käyttäjän tai narkomaanin statuksen todettiin olevan monille kova kynnys, eivätkä monet halunneet leimautua narkomaaniksi muiden - ja alussa kaikista vähiten omissa silmissä. Terveysneuvontapisteeseen tulemisen todettiin olevan monille ”arvonalennus” ja viimeistään merkki siitä, että he olivat narkomaaneja.

Totta kai monet eivät halua todeta olevansa narkomaaneja. Sehän vaatii valtavan paljon ihmiseltä että asettaa kätensä sosiaalitoimiston oven kahvalle tai jonkun terveysneuvontapisteen oven kahvalle. Se on kynnys. Vaikka me puhutaan matalasta kynnyksestä, niin se ei mikään matala ole, se on valtavan iso. Nuorille päähtyneille ihmisille se ei varmaan ole mikään juttu, mutta kyllä jollekin – miksi ei nuorillekin, heidän suhtautumisensa on erilaista – vanhemmille ihmisille varsinkin, niin kyllä se paljon vaatii että tuo ovi aukeaa.

Terveysneuvontapalveluiden ulkopuolelle jäävissä tiedettiin olevan alaikäisiä, maahanmuuttajia, romaneja ja ”tavallisten” perheiden nuoria. Paikkakunnittain mainintoja oli myös suomenruotsalaisista -, ghanalaisista -, vammaisista - ja liikuntaesteisistä ruiskuhuumeiden käyttäjistä, sekä nuorista viihdekäyttäjistä. Romanikulttuurin todettiin olevan ankarasti huumeiden käyttöä vastaan, käyttö oli erittäin piiloteltua, ja romanit näkyivät asiakaskunnassa periaatteessa vain pääkaupunkiseudulla. Pääkaupunkiseudun ulkopuolella sijaitsevilla pisteillä asioi vain muutamia romaniasiakkaita, vaikka heidän itsensä ja poliisin kautta tiedettiin, että tässä ryhmässä oli enemmänkin käyttöä. Saavuttamisen kannalta nähtiin hyvänä, että monesti muutaman romanin alkaessa käyttää terveysneuvontapisteen palveluita, alkoi hänen kauttaan vähitellen ilmestyä uusia asiakkaita. Romaaniasiakkuuksien lisääntymisen myötä heille oli suunniteltu omaa vertaisvalistuskoulutusta, jonka kautta terveysneuvontaviestiä saisi vietyä eteenpäin niillekin jotka eivät vielä uskaltaneet terveysneuvontapisteeseen.

Romaneille on hirveän vaikea tulla. Se kulttuuri on itsessään sellainen kulttuuri jossa käyttöä ei hyväksytä. Jos siellä on käyttöä, niin tavallaan syrjäytetään siitä omasta kulttuurista ja heimosta. Sitten tavallaan jos he tuovat ilmi sen että ovat käyttäjiä tai jos se tulee ilmi, niin he eivät kuulu enää siihen omaan heimoonsa ja kulttuuriinsa. Se on vaikeaa. Asiakaskunnassa heitä on muutama, mutta he sanovat että ”haen nämä kaverille, en itse käytä”. Tiedetään kyllä että he ovat käyttäjiä, mutta sitä ei kyseenalaisteta.

Pääkaupunkiseudulla romanien asiakkuudet olivat selvästi kasvaneet viimeisten vuosien aikana. Varsinkin romaninuorten neuvonnalle oli tarvetta, mutta se piti tehdä ikään kuin salaa ja niin ettei muu yhteisö saisi tietää, joissakin pisteissä esimerkiksi aukioloajan jälkeen. Nuoret halusivat puhtaita käyttövälineitä, kondomeja ja neuvoja ehkäisyasioista, vaikka virallisesti romanikulttuuri säännöksineen ei hyväksynyt päihteiden – tai kondomin käyttöä. Ympäri Suomea romanien keskuudessa oli selvästi suonensisäistä huumeiden käyttöä, mutta heidän kiinnittämisensä terveysneuvontapalvelun piiriin arveltiin vaativan erityistä ponnistusta ja kulttuurin ymmärrystä. Maahanmuuttajat tai pakolaistaustaiset eivät näkyneet minkään terveysneuvontapisteen asiakaskunnassa, vaikka useissa pisteissä paikalliselta poliisilta oli kuultu, että heidän keskuudessaan oli ruiskuhuumeiden käyttöä. Monilla paikkakunnilla venäläistaustaisten ruiskuhuumeiden käyttäjien koettiin jäävän palveluiden ulkopuolelle, vaikka muutamissa kaupungeissa heidän todettiin olevan jopa erityisen ”rohkeita käyttämään palveluita”, ainakin muihin vähemmistöihin verrattuna. Vähemmistöille suunnattuja päihdepalveluita on olemassa hyvin vähän. Monet vastaajat pohtivat, tarvitsevatko esimerkiksi romanit, maahanmuuttajat tai venäläiset räätälöityä terveysneuvontapalvelua. Pääsääntöisesti ei nähty tarvetta järjestää vielä pienempiä erityispalveluita, vaan mielekkäämpää olisi yrittää saada nämä ryhmät nykyisen

terveysneuvontamallin puitteisiin. Vaikka vastauksissa oli yhdenmukaisuutta tiettyjen ulkopuolelle jäävien ryhmien osalta, esimerkiksi romanien, venäläistaustaisten, raskaana olevien ja perheellisten käyttäjien asiakkuudet saattoivat vaihdella paikkakuntakohtaisesti.

Jokaisella paikkakunnalla tiedettiin olevan lähiöitä tai alueita missä suonensisäisesti huumeita käyttäviä oli, mutta jotka eivät juuri liikkuneet näiltä alueelta. Alueellisten käyttäjäryhmien ja heidän tavoittamattomuutensa arveltiin koituvan ongelmaksi, mikäli heidän keskuudessaan oli esimerkiksi hiv:tä, eikä heitä tavoitettu terveysneuvonnan piiriin. Juuri ennen haastattelua, eräällä paikkakunnalla infektio lääkäriä oli kuultu tietystä lähiöstä löytyneen paljon hepatiitti C-tartuntoja. Lähiö sijaitsi noin kymmenen kilometrin päässä terveysneuvontapisteestä, jonka tiedettiin olevan monille käyttäjille liian pitkä matka terveysneuvontapalveluun.

Paikkakuntakohtaisesti mainittiin, että terveysneuvontapisteen sijaitseminen terveyskeskuksen yhteydessä saattaa olla monille todella iso kynnys. Ulkopuolelle jäivät myös ne, joiden kotipaikkakunnalla ei ollut mahdollisuutta saada nimettömästi puhtaita välineitä ja jotka eivät pystyneet tai halunneet matkustaa toiselle paikkakunnalle. Aptekeissa asiointin todettiin olevan varsinkin pienillä paikkakunnilla todella leimaavaa ja apteekkeja käytettiin ilmeisesti ristiin, eli ei asioitu aivan lähimmässä apteekissa. Kaikki arvelivat että terveysneuvontapalveluiden ulkopuolelle jäi käyttäjiä, mutta heidän saavuttaminen olisi ainakin jossain määrin mahdollista. Monet totesivat kuitenkin, että on olemassa myös käyttäjiä, joiden saavuttamiseen ja näkyville saattamiseen ei kannata väkisin kuluttaa resursseja, sillä terveysneuvontapalvelu ei ole kaikkia varten.

Sitten on myös toisaalta sellaiset pärjääjät. Kuinka suuri tarve meillä on tavoittaa niitä ihmisiä, jos käyvät testeissä jossain, saavat ruiskut ja neulat jostain, käyvät töissä jossain,

hoitavat elämänsä? Mikä intressi, onko heillä mitään tarvetta meille, meidän tyyppiselle palvelulle? Kansainvälinen arvio on, että jos 60 prosenttia tavoitetaan terveysneuvontatoiminnalla, niin se on jo todella hyvä.

Huumeiden ongelmakäyttäjiä arvioitiin olevan noin 14 000–19 000 vuonna 2005. Toimintatilastojen mukaan terveysneuvontapisteet tavoittivat vuonna 2005 noin 11 800 asiakasta, joille kertyi yhteensä 80 000 käyntiä. Karkea arvio terveysneuvontapisteen tavoittamista ongelmakäyttäjistä vuonna 2005 on noin 63–85 prosenttia. Asiakkuuksissa on väistämättä päällekkäisyyttä erityisesti niillä alueilla, missä palveluita on runsaasti saatavilla ja terveysneuvontaverkosto on tiheä. Toisaalta terveysneuvontapisteet ovat keskittyneet tietyille alueille, joten kattavuudessa on suuria alueellisia eroja. Monien asiakkaiden pelkäämä tunnistettavuus ja leimautuvuus vähentyvät heti jos asiakkaalla on mahdollisuus asioida muualla kuin oman alueensa palveluissa. Kauempaa tai viereiseltä paikkakunnalta tulemisen syy oli monesti juuri anonymiteetissä, sillä oman paikkakunnan pisteessä saattoi olla muualta tuttu työntekijä tai niin pieni ja tuttu ympäristö, että tieto huumeiden käytöstä voisi levitä.

Pienellä paikkakunnalla kaikki eivät tule, vaikka anonymisti saa asioida. Kukaan ei kulje ovesta anonymisti, aina on mahdollisuus törmätä tuttuihin. Varsinkin jos on lapsia, niin ei käydä. Asiakkaana ei yhtäkään äitiä tai isää, vaikka niitä on. Työssäkäyvät ja opiskelijat eivät käy.

terveysneuvontapisteeseen haluttiin usein tulla kauempaakin, vaikka puhtaat välineet olisi voinut saada lähempää. Matalasta kynnyksestä huolimatta, kynnys tulla terveysneuvontapisteeseen voi olla yllättävän korkea joillekin käyttäjille, eivätkä käynnit varsinkaan pienillä paikkakunnilla aina jääneet anonymiksi ja huomaamattomiksi. Terveysneuvonnan kynnystä nosti vaihtuva henkilökunta, jolloin luottamuksen ja säännöllisyyden muodostaminen oli

hitaampaa, vaikkakaan ei mahdotonta. Toisaalta joissain pisteissä missä henkilökunta oli vuosien saatossa vaihtunut hyvinkin paljon, asiakkaiden kerrottiin tottuneen siihen että tiskin takana saattoi lähes aina olla eri henkilö. Luottamuksen syntyminen saattoikin liittyä itse palveluun ja paikkaan, eikä ollut aina sidottu tiettyihin henkilöihin. Suomessa terveysneuvonnan ajatus on ollut alusta asti, että asiakkaat saavat käyttää kaikkia terveysneuvontapalveluita asuinpaikkakunnasta riippumatta. Näin ollen asioinnin ei tarvitse tapahtua lähellä kotia tai edes omassa kaupungissa. Pääkaupunkiseudulla useat palvelut mahdollistavat sen, että on käytännössä mahdollista valita missä terveysneuvontapisteessä tai apteekissa haluaa asioida. Eräs haastateltu totesi, että asiakkaan olisi saatava valita palvelunsa, sillä kaikki asiakkaat eivät tule yhtä hyvin toimeen kaikkien työntekijöiden kanssa, eikä kaikille muodostu yhtä tiettyä luottotyöntekijää jonka luona haluttaisiin aina asioida.

4.2.3.10. Erityishuomiota vaativat ryhmät

Erityishuomioita vaativat asiakkaat eivät aina olleet niitä ketkä jäivät terveysneuvontapisteen palveluiden ulkopuolelle, vaan mukana oli myös niitä, joiden elämäntilanteeseen ja riskien ottoon ei koettu olevan riittävästi resursseja jokapäiväisen terveysneuvontatyön ohella. Erityishuomiota tarvitsevien henkilöiden ja ryhmien katsottiin tarvitsevan enemmän paneutumista sekä terveysneuvontapisteiden- että terveydenhuollon palveluiden osalta. Eniten pohdintaa erityisestä panostuksesta saivat naiset, nuoret ja asunnottomat.

4.2.3.11. Naiset

Naisten osuus terveysneuvontapisteiden asiakkaista vuonna 2005 oli 28 prosenttia. Vuonna 2006 päihdehuollossa olleista huumeasiakkaista 31 prosenttia oli naisia (30 % vuonna 2005). Monet haastatellut nostivat esiin naiset erityishuomiota ja – palveluja tarvitsevana ryhmänä erityisesti prostituutioon ja raskauksiin liittyen. Naisten mahdollisuus terveysriskien välttämiseen ja asema

sosiaalisissa piireissä koettiin usein miehiä huonommaksi. Todettiin myös, että monilla pitkään huumeita käyttäneillä ja huumeekulttuurissa aikaansa viettäneillä naisilla oli vuosien saatossa ”naisuus hävinnyt” ja heidän piti olla ”yhtä kovia kuin miehet”.

4.2.3.11.1. Prostituutio

Tiedettiin, että jotkut naiset ovat pakotettuja myymään itseään huumeiden käytön rahoittamiseksi. Prostituutio ei aina ollut vapaaehtoista, vaan takana saattoi olla parittaja, joka toimi myös kyseisen naisen ”turvamiehenä” ja huumeidenvälittäjänä. Naiset saattoivat olla riippuvaisia miehistä taloudellisesti, sosiaalisesti ja henkisesti. Näillä naisilla ei koettu olevan mahdollisuutta irtautua itsensä myymisen, huumeiden hankinnan ja huumeiden käytön kehästä. Monien kohdalla pelko tai väkivalta esti heitä hakeutumasta esimerkiksi Pro-tukipisteen tai muiden palveluiden piiriin. Naisten arveltiin tarvitsevan kohdennettuja palveluita esimerkiksi ehkäisyyn ja lasten hankkimiseen liittyvissä aiheissa sekä sellaisia terveysneuvontapalveluita, jotka olisivat avoinna vain naisille. Näissä palveluissa olisi mahdollista keskittyä esimerkiksi niihin syihin miksi naisten mahdollisuus kontrolloida riskejä koettiin yleisesti heikommaksi kuin miesten.

Kysyttäessä asiakkaiden prostituutiosta, haastatellut kokivat hankalaksi määritellä mitä prostituutio käytännössä tarkoittaa. Aiheesta todettiin esimerkiksi, että ”jos huumeidenkäyttö on tabu, prostituutio on vielä enemmän”. Monien naisten tiedettiin vaihtavan seksiä huumeisiin tai rahaan vaikka he eivät välttämättä itse kokeneet harjoittavansa prostituutiota. Seksin tiedettiin monesti olevan suojaamatonta ja sen syynä saattoi olla oma valinta, mutta usein myös pakottaminen. Naisilla koettiin yleensäkin olevan rajatummat mahdollisuudet kieltäytyä seksistä tai käyttää kondomia. Kaikki haastatellut tiesivät, että asiakaskunnassa on niitä ketkä harjoittavat systemaattisesti prostituutiota, maksullista seksiä

pääasiallisena toimeentulolähteenä, mutta määrät olivat suhteellisen pieniä. Heidän kohdallaan kyse oli ammatista ja seksi oli sen mukaisesti useimmiten suojattua. Suurimman osan heistä tiedettiin olevan Pro-tukipisteen palveluiden piirissä. Vastaukset prostituutioita harjoittavien määrästä vaihtelivat ”muutamia” ja ”ei niitä satoja ole” välillä. Seksiä myyviä tai seksiä palveluksiin vaihtavia naisia oli ”tavallisen näköisissä” nuorissa, venäläistaustaisissa, striptease-tanssijoissa, hiv-positiivisissa ja monissa muissa, myös miehissä. Mitään erityistä keinoa heidän tunnistamiseksi ei ollut, eikä välttämättä tarvittu, mutta jos ilmiöstä tiedettiin, heitä kannustettiin ottamaan yhteyttä Pro-tukipisteeseen ja heille annettiin runsaasti kondomeja. Seksiä palveluihin vaihtavien koettiin olevan pääsääntöisesti nuoria naisia, vaikka ilmiötä esiintyi kaiken ikäisillä. Nuorten naisten prostituutioon koettiin liittyvän paljon erinäisiä riskejä ja myös suoranaista hyväksikäyttöä.

Tampereen terveysneuvontapiste Nervissä toteutettiin vuonna 2006 seksuaaliterveyskysely, johon vastasi noin sata asiakasta. Vaikka seksuaalisesta väkivallasta ei suoranaisesti kysytty, osa kertoi raiskauksista ja seksuaalisesta väkivallasta joita he kohtasivat sekä parisuhteissa että niiden ulkopuolella. Seksin myyntiin rahaa tai huumetta vastaan liittyvään kysymykseen 96 vastanneen joukosta 19 vastasi kyllä, ja heistä 12 oli miehiä (Ovaska ym. 2004). Seksin vaihtaminen rahaan tai huumeisiin ei ole epätavallista minkään terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa, eikä ilmiö rajoitu vain naisiin. Monet kertoivat pohtineensa suojaamattoman heteroseksin ja riskialttiin seksin kautta leviäviä tartuntoja ja arvelivat, että esimerkiksi hiv:n leviämisen kannalta, heteroseksiksi voi tulla vähitellen myös suonensisäisesti huumeita käyttävien pääasialliseksi tartuntareitiksi. Huumeiden käytön rahoittaminen seksillä on tehokas reitti hiv:n ja muiden sukupuolitautien leviämiseksi ja prostituution kautta tartunnat saattavat levitä huumeiden käyttäjiltä myös valtaväestöön. Toisaalta monet muistuttivat, että tartunnat

voivat levitä myös valtaväestöstä huumeiden käyttäjiin, sillä huumeiden käyttäjät eivät eläneet erillään muusta yhteiskunnasta ja valtaväestössä on paljon tartunnastaan tietämättömiä ihmisiä. Kuten monet vastaajat totesivat, prostituutio on vaikea ja häilyvä käsite, eivätkä asiakkaat itse miellä toimintaansa välttämättä prostituutioksi.

4.2.3.11.2. Raskaudet

Raskaana olevien huumeiden käyttäjien kohtaaminen koettiin monesti hankalaksi ja sen koettiin olevan yksi terveysneuvontatyön haastavimmista aiheista. Nimettömyyden vuoksi tilanteeseen ei voitu puuttua ilman asiakkaan suostumusta tai omaa halua. Ongelmana koettiin erityisesti odottavan äidin pois säilyttäminen, mikäli tilanteeseen puututaan esimerkiksi ottamalla yhteyttä lastensuojeluun tai ehdottamalla hoitovaihtoehtoja. Raskaana olevien kanssa tulikin noudattaa erityistä varovaisuutta ja tilanteeseen paneutumista. Yleensä raskaudesta pyrittiin keskustelemaan asiakkaan kanssa kertomalla hänelle hoitovaihtoehtoja ja kannustamalla häntä hakeutumaan esimerkiksi HAL-Poliklinikalle¹⁸ tai muualle avohoidon piiriin. Monesti näissä tapauksissa henkilökunta tarjoutui lähtemään ainakin ensimmäisellä käynnillä asiakkaan mukaan. Useat haastatellut tunsivat Tampereella toimivan Päiväperhon perhetukikeskuksen toiminnan ja toivoivat vastaavanlaisia palveluita myös muualle Suomeen. Päiväperho tarjoaa matalakynnyksistä palvelua päihde-ongelmalliselle raskaana oleville tai pienen lapsen perheelle ja toimii lastensuojelun, päihdehuollon sekä äitiys- ja perheneuvoloiden palveluiden välillä. Mikäli asiakas ei suostunut hakeutumaan hoidon piiriin, hänen käyntejään, huumeiden käyttöään ja tilannettaan seurattiin ja annettiin mahdollisimman paljon tukea. Raskaaksi tullessaan monien asiakkaiden kerrottiin lopettavan terveysneuvontapisteessä asiointi, mikä teki tilanteeseen puuttumisen entistä hankalammaksi. Monet myös peittelivät

¹⁸ Huumeet -, alkoholi- ja lääkepoliklinikka

raskauksiaan esimerkiksi pakkohoidon tai viranomaisintervention pelossa, joka saattoi johtaa siihen, että sekä äiti että lapsi jäivät hoidon ulottumattomiin. Joskus raskaudesta ja odottavan äidin jatkuvasta huumeiden käytöstä kuultiin muiden asiakkaiden kautta kun odottavalle äidille haettiin puhtaita käyttövälineitä:

Se on hirveää kun tietää että henkilö joka tulee hakemaan, että tietää kenelle se vie ja tietää että siellä on vauva tai lapsi. Eikä yhtään tiedä sitten mitä siellä on. Sitten nämä jotka eivät uskalla, jotka ovat raskaana. Ne ei uskalla tulla tänne ja sitten ne eivät kerro neuvolassakaan sitä käyttöönsä ennen kuin se jossain vaiheessa tulee ilmi. Että ne ovat sitten jo viimeisillään kun se tulee ilmi että niillä on käyttöä. Ne ei uskalla tulla tänne kun ne odottaa sitä vauvaa, sitä varten että minä tai joku soittaa tonne [sosiaalityöntekijälle] ja sitten he joutuvat johonkin tai heille tehdään abortti tai pakkosterilisaatio. Tässä oli just sellainen nainen, tosi mukava, käyttänyt aineita pitkään. Sitten hän yks kaks lopetti täällä käymisen. Sitten joku kaveri lipsautti että se odottaa vauvaa. Se lopetti sen käynnin heti kun se alkoi odottaa. Käytti kokoajan, melkein loppuun asti.

Toisaalta mainittiin, että monet ottavat raskautensa ensimmäistä kertaa puheeksi terveysneuvontapisteessä ja kokemusten mukaan suurin osa raskaana olevista huumeiden käyttäjistä suostuu loppujen lopuksi hakeutumaan asianmukaiseen hoitoon. Terveysneuvontapiste saattoi olla alkuraskauden aikana monille ainoa palvelukontakti ja monelle ainoa paikka missä tiedettiin sekä raskaudesta että huumeiden käytöstä. Joissain terveysneuvontapisteissä tehdään raskaustestejä paikan päällä ja muutamissa paikoissa joissa on lääkäripalveluita, tehdään myös gynekologisia tutkimuksia. Näin kynnyksellä kertoma raskaudesta ja seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista oli pyritty saamaan mahdollisimman matalaksi. Lisäksi jotkut pisteet ovat tehneet sopimuksia ohjata asiakkaita matalalla kynnyksellä gynekologisten palveluiden piiriin, mikä on

osoittautunut naisten kannalta erittäin hyväksi käytännöksi. Raskaana olevat –, mutta myös juuri synnyttäneet naiset tai alaikäisten lasten vanhemmat eivät usein uskaltaneet kertoa tai hakea apua päihdeongelmaansa lasten pois ottamisen pelossa. Monilla käyttäjillä tiedettiin olevan lapsia kotona ja joskus terveysneuvontapisteessä asioitiin lasten-vaunujen kanssa.

Lastensuojeluilmoituksia jouduttiin aika ajoin tekemään, mutta tietämättä henkilön nimeä, prosessi jäi usein ikään kuin puolitiehen ja äiti saattoi kadota lapsineen palveluiden ulottumattomiin. Muutamit haastatellut olivat sitä mieltä, että päihteitä käyttävien raskaudenaikaisessa hoidossa tulisi olla tiukemmat otteet ja enemmän mahdollisuuksia puuttua tilanteeseen. Mainittiin, että joidenkin asiakkaiden kohdalla raskausajan pakkohoito tuntuisi radikaalilta, mutta ainoalta keinolta suojella lasta. Erityisesti lapsen asemaa ja lapsen tulevaisuutta pohtiessa, monet haastatellut vakavoituivat silminnähdessä ja kertoivat turhautumisesta omien vaikutusmahdollisuuksien rajallisuuteen. Raskaaksi tulevien ruiskuhuumeiden käyttäjien kannalta koettiin ongelmalliseksi, etteivät he välttämättä kertoneet käytöstään neuvolassa ja monien asiakkaiden tiedettiin käyttävän suonensisäisiä huumeita koko raskausaikansa. Näin ollen mahdollinen altistus tartunnoille sekä välineiden yhteiskäytön että seksin osalta koettiin erityistä huomioita vaativana ilmiönä.

Ongelmallisena nähtiin, että monet, varsinkin nuoret ruiskuhuumeiden käyttäjät halusivat tulla raskaaksi. Raskaaksi tulemisen todettiin myös olevan suhteellisen helppo keino päästä korvaushoitoon. Raskautta korvaushoitoon pääsyn väylänä saattoi käyttää odottavan äidin lisäksi senhetkinen puoliso tai puoliso. Perhesuunnittelun tärkeyttä ja raskauden ehkäisyyn liittyviä seikkoja korostettiin tärkeänä osana terveysneuvontatyötä. Kuten todettu, monet naiset jatkoivat riskikäyttäytymistä raskaana ollessaan ja altistuvat jatkuvasti erilaisille terveyshaitoille ja tarttuville taudeille sekä pistämisen että

suojaamattoman seksin osalta. Niillä paikkakunnilla missä päihdeäideille tai –perheille ei ollut erityisiä palveluita, toivottiin enemmän yhteistyötä paikkakunnan neuvolan kanssa. Kokemuksesta tiedettiin, että neuvolassa ei juuri koskaan uskallettu kertoa käytöstä, eikä toisaalta neuvoloissa juuri koskaan kyselty käytöstä.

4.2.3.12. Alaikäiset ja nuoret

Alaikäisten asiakkuudet terveysneuvontapisteissä olivat yllättävän harvinaisia. Alaikäisten määrän ei arveltu olevan suuri, mutta kuitenkin suurempi kuin mitä tilastot antavat ymmärtää, vaikkakin monet alaikäiset eivät uskaltaneet asioida terveysneuvontapisteessä. Vaikka yhdessäkään pisteessä ei virallisesti anneta palveluita alaikäisille, kaikilla työntekijöillä oli kokemusta alaikäisiksi tiedetyistä tai -arvelluista asiakkaista. Alaikäisten huumeiden käyttäjien kohtaaminen koettiin toisena terveysneuvontatyön hankalimmista kysymyksistä. Kaikki työntekijät olivat tietoisia siitä, että alaikäisten keskuudessa on ruiskuhuumeiden käyttöä ja että useat aloittavat käyttönsä jo alaikäisinä. Riskitutkimukseen osallistuneista huumeiden käyttäjistä lähes puolet oli aloittanut pistämisen alle 18-vuotiaana ja alle 16-vuotiaana joka viides (Partanen ym. 2006). Nimimerkillä ja syntymävuodella asiointi aiheutti sen, ettei ketään voida käännättää palveluista vaikka asiakkaan alaikäisyydestä olisi aavistus.

On niitä, on varmaan enemmän kuin mitä meidän tilastot kertovat. Aivan minimisissään tilastollisesti. Luulen että niitä on enemmän, koska ihmiset kertovat sen syntymävuoden että olisivat 18. Sitten kun ovat oikeasti 18, niin sanovat että ”nyt sen syntymävuoden voi vaihtaa”. Toisaalta on todella vaikeaa sanoa esimerkiksi nuorista tytöistä tarkkaa ikää. Jos haluaa vaihtaa välineet, lähdetään siitä liikkeelle, se on se tärkein.

Kyllä me ollaan yritetty vetää se raja siihen että alaikäisille ei vaihdeta. Mutta sitten siinä on se toinen puoli, jota mä sitten ajattelen,

että sitten ne käyttävät niitä käytettyjä. Jos ei kukaan niille anna niitä, niin sitten ne on ne käytetyt. Toisaalta jos me ruvetaan antamaan niille, niin sitten siinä on se lastensuojelu. Suomen laki tulee siinä vastaan. Ne ovat alaikäisiä eivätkä saa päihkeitä, kun eivät saa viinaakaan. Se on yksi kinkkisimmistä jutuista.

Alaikäisten käyttäjien kiinnittäminen terveyspalveluihin oli erittäin hankalaa, eivätkä he välttämättä saaneet muualta sellaista terveydellistä ohjausta mitä he olisivat tarvinneet. Mikäli asiakas osoittautui alaikäiseksi, esimerkiksi sanomalla vahingossa oikean syntymävuotensa, jatkotoimenpiteistä puhuttiin asiakkaan kanssa. Eräs haastatelluista korosti että mikäli viranomaisiin on otettava yhteyttä, se on kerrottava rehellisesti alaikäiselle, eikä esimerkiksi sosiaalipäivystykseen soiteta siitä asiakkaalle kertomatta. Tämän kuultuaan nuori todennäköisesti lähtee pois mahdollisesti koskaan palaamatta.

Pois säilyttämisen koettiin olevan erittäin haitallista, sillä nuori saattoi pahimmassa tapauksessa jäädä pois kaikkien palveluiden piiristä jo huumeiden käytön alkuvaiheessa. Jos nuoret olivat pelokkaita tai välinpitämättömiä, heille oli hyvin vaikeaa kertoa riskeistä. Mainittiin, että nuorilla tai alaikäisillä on monesti vielä meneillään rakastumisvaihe huumeeseen, eivätkä he ajattele että heistä voisi koskaan tulla narkomaaneja. Joidenkin nuorten todettiin mieltävän huumeet ”kivoiksi” ja ”hyväksi vaihtoehdoksi alkoholille”. Nuorilla todettiin olevan erittäin paljon riskien ottoa, eivätkä monet käsittäneet mitä riskejä huumeiden käyttöön saattoi liittyä.

Ehkä ne riskit tapahtuvat siinä vaiheessa kun opetellaan ja ollaan siinä oppipojan tai –tytön asemassa. Kun se opitaan ystävilta tai kavereilta se kuinka niitä aineita käytetään, niin siinä ei pysty. Siinä ollaan vähän toisen armoilla siinä vaiheessa, otetaan vastaan se mitä annetaan.

Monet arvelivat tai tiesivät että asiakaskunnassa on henkilöitä jotka vievät alaikäisille puhtaita välineitä. Haastatteluissa nostettiin esiin myös nuorten riskialttiiksi tiedetty seksikäyttäytyminen ja tieto siitä, että nuorilla oli paljon sukupuolitauteja. Joillain paikkakunnilla oli kuultu tutuilta lääkäreiltä myös alaikäisten C-hepatiittitartunnoista. Huoli siitä, että alaikäiset jäävät ilman turvaseksineuvontaa ja puhtaita käyttövälineitä, oli suuri ja eniten pohdintuttu se, vaihtaako heille puhtaita välineitä ja antaako heille terveysneuvontapisteiden palveluita. Valtaosa haastateltavasta oli sitä mieltä että käyttäjille tulee taata puhtaiden välineiden saanti ja kaikki muut terveysneuvontapalvelut iästä huolimatta. Jotkut sanoivat, että nimettömyyden vuoksi alaikäisyyteen ei voida vaikuttaa, vaikkakin voidaan yrittää luoda asiallinen välittämisen ilmapiiri, missä he saavat kaiken sen tiedon ja tuen mitä muutkin käyttäjät.

Yleisin argumentti alaikäisille vaihdon puolesta oli se, että heille jos jollekin pitäisi tarjota puhtaita välineitä, koska heillä ei ollut vielä tartuntoja, useat aloittavat käytön alaikäisinä ja ottavat monesti tietämättään tai ymmärtämättään paljon riskejä. Monista tuntui käsittämättömältä, että nimenomaan alaikäiset joutuisivat pistämään muiden käytetyillä välineillä ja altistumaan terveysriskeille. Tiedettiin, että nuoret ehtivät monesti saada ainakin C-hepatiitin ennen kuin löysivät tiensä terveysneuvontapisteiden asiakkaiksi. Hepatiitti C-tartunta osoittaa lähes poikkeuksetta suonensisäistä huumeiden käyttöä ja terveysneuvontapisteissä tiedettiin että alaikäisillä oli jonkun verran C-hepatiittitartuntoja. Nuorin kohdattu C-hepatiitin kantaja oli 15-vuotias. Nuorten rokottaminen koettiin erittäin tärkeäksi, vaikka niiden antamiseksi tuli tietää asiakkaan oikea syntymävuosi ja nimi. Lastensuojeluviranomaisilta oli saatu viestiä, että monet alaikäisistä huumeiden käyttäjistä olivat kyllä heidän tiedossaan ja on hyvä jos heille tarjotaan puhtaat käyttövälineet. Eräs haastateltu totesikin, että eiväthän kaikki alaikäiset kuitenkaan ole lastensuojelun

piirissä, eivätkä lastensuojelun työntekijät ensimmäisenä varoita C-hepatiitista. Kaikki haastateltavat kannattivat käyttövälineiden vaihtamista myös alaikäisille, vaikka pari haastateltua pohti sen laillisuutta. Monet sanoivat, etteivät missään nimessä haluaisi vaihtaa välineitä lapsille, mutta hieman alle 18-vuotialle oli syytä taata puhtaiden välineiden saatavuus. Suurin osa esimerkiksi kenttätyöllä saavutetuista alaikäisistä suonensisäisesti jo käyttävistä oli noin 16–17-vuotiaita, eivät välttämättä tämän nuorempia.

Alaikäisiä yritetään erityisesti tavoittaa. Ongelma on enemmänkin se että ei tavoiteta nuoria, kun että olisi joku muu ongelma niiden kanssa. Halutaan nostaa esiin alaikäisten asiakkuutta ja sen kauheutta, herättää tunteita, mutta kun pitäisi ensin tavoittaa heidät, luoda kontaktia. Mietitään sitä sitten, kun on pilvin pimein alaikäisiä asiakkaita. Mutta kun niitä ei ole missään terveysneuvontapisteessä.. Siinä muuten näkyy se suhtautuminen terveysneuvontapisteisiin, että se on sitten ihan kamalaa jos joku alaikäinen tulee terveysneuvontapisteeseen. Vaikka se kulkisi tuolla kentällä siinä porukassa, mutta sitten kun se tulee pisteeseen, niin hyvänen aika. ”Otatteko vastaan alaikäisiä?!”. Silloin tulee se ajatus, että onko ihmisillä se käsitys terveysneuvontapisteestä että se on joku pimeyden musta aukko? Jos asiakas itse tulee, niin on edes joku kontakti häneen.

Kaikki haastatellut mainitsivat, että alaikäisillä on enemmän ruiskuhomeiden käyttöä kuin terveysneuvontapisteiden tilastot antavat ymmärtää, eikä kiinteillä pisteillä tavoiteta tarpeeksi tätä ryhmää. Uusia keinoja tämän käyttäjäryhmän tavoittamiseksi pyrittiin kehittämään lähinnä etsivän työn ja nuorisotoimen kanssa tehtävän yhteistyön avulla. Vaikka arveltiin että suurin osa alaikäisistä on jo lastensuojelun piirissä, huomautettiin myös, ettei kontakti lastensuojeluun riitä poistamaan tartuntariskejä.

4.2.3.13. Asunnottomat

Vuonna 2006 päihdehuollossa hoidossa olleista huumeasiakkaista 11 prosenttia oli asunnottomia (12 prosenttia vuonna 2005). Riski-tutkimukseen osallistuneista asiakkaista 12 prosenttia ilmoitti alkuhaastattelussa olevansa asunnottomia (Partanen ym. 2006). Haastatteluiden perusteella kaikkien terveysneuvontapisteiden asiakkaissa oli lähes poikkeuksetta asunnottomia, eikä sillä vaikuttanut olevan yhteyttä kaupungin tai paikkakunnan kokoon. Joissain pisteissä arvioitiin että noin 30 prosenttia asiakkaista olisi asunnottomia ja toisissa arvio oli hieman yli kymmenen prosenttia tai muutama yksittäinen tapaus. Monet totesivat, etteivät kaikki asunnottomat ole todellisuudessa täysin vailla asuntoa, vaan useilla oli ystäviä tai tuttavita joiden luona voi majoittua, tai jos tuttava oli vankilassa, hänen asunnossaan voitiin majoittua. Asunnottomuudella ja sosiaalisella syrjäytymisellä arveltiin olevan yhteys suurempien riskien ottamiseen ja riskitilanteisiin joutumiseen. Varsinkin pistohygieniasta huolehtiminen koettiin suureksi ongelmaksi.

Ne [kodittomat] ovat monesti myös sellaisia että käyttävät mitä vaan milloin sattuu saamaan. Elävät tavallaan muiden varassa, koska eivät enää pysty oikein varastamaan koska kilometrin päästä jo näkee että tuota ei voi päästää sisälle, tai sitä pitää kokoajan vartijan seurata. Eivätkä pysty myymään seksiäkään, ei ole kapasiteettia pelata tuossa kentässä. He ovat tavallaan vähän, armopaloja saavat. Kyllähän toki varmaan jollain rahalla maksavatkin. Mutta käyttävät todella varmasti mitä sattuvat ja voihan olla, että sitten kun saa sen palasen jotakin, niin ei sillä ole väliä millä sen pistää. Se on niin sekavaa. Jos olisi ruokaa, asunto, kaikki muu hyvinvointi siinä, eikä olisi niin huonossa jamassa, niin vaikka olisi mielenterveysongelma, pahakin, niin olisiko kuitenkin paremmat edellytykset huolehtia siitä pistostilanteesta?

Ristolán (2003) mukaan majoittuminen esimerkiksi yömajoiissa tai asunnoissa, jotka

toimivat huumeiden käyttöpaikkoina, altistaa huumeiden käyttäjän tuberkuloositartunnoille. Hiv-infektioon liittyvän immuunikadon vuoksi tuberkuloositartunnat voivat levitä nopeasti, mikäli huumeiden käyttäjien joukossa on merkittävässä määrin hiv-infektiota sairastavia. (Ristola 2003.) Asunnottomien tartuntariskin vähentämiseksi ehdotettiin useassa haastattelussa käyttöhuoneita, joissa huumeiden käyttötilanne olisi mahdollista suorittaa puhtaassa ja valvotussa ympäristössä. Haastatteluissa todettiin, että syrjäytyneisyydestä ja moniongelmaisuudesta huolimatta, suomalaiset asunnottomat huumeiden käyttäjät olivat kansainvälisesti verrattuna suhteellisen hyväkuntoisia, heillä on mahdollisuus saada terveyspalveluita ja taloudellista apua. Suomessa huumeiden käyttö on jokseenkin näkymätöntä, eikä se näy kaupunkikuvassa avoimena piikittämisenä. Arveltiin että absoluuttista kurjuutta ja kodittomuutta oli vain harvoilla, jotka olivat pääasiassa keskittyneet Helsinkiin. Toisaalta asunnottomuuden koettiin olevan häilyvä käsite, sillä monilla asunnot vaihtuivat tiuhaan tahtiin ja asiakkaiden elämän todettiin olevan ”muutenkin niin kaoottista”. Täysin vailla vakituista asuntoa olevien todettiin käyvän terveysneuvontapisteessä hieman muuta asiakaskuntaa useammin, sillä heillä ei ollut paikkaa missä säilyttää ruiskuja ja neuloja ja heidän todettiin muutenkin liikkuvan enemmän. Asunnottomilla ei oikeastaan ollut muuta paikkaa mistä selvittää asioitaan kuin terveysneuvontapisteestä. Asunnottomuus tai todellinen kodittomuus näkyi erityisesti talviaikana, jolloin kaikista huonokuntoisimmat kertoivat asuvansa esimerkiksi rappukäytävissä. Monilla pitkäaikaisasunnottomilla kerrottiin olevan porttikielto lähes kaikkiin mahdollisiin asumis- ja muihin palveluihin. Niissä pisteissä missä asiakkaina oli jopa satoja kodittomia, heidän todettiin useasti tekevän rikoksia siinä toivossa että he pääsevät talveksi vankilaan. Samaa sanoo Hypén (2004) tutkimuksessaan vankilakierteestä, jonka mukaan erityisesti talvella asunnottomat turvautuvat rikoksiin saadakseen ruokaa ja asunnon, päästäkseen vankilaan (Hypén 2004, 56). Mainittiin, että

tuntui todella pahalta kuulla ihmisten pohtivan pitäisikö heidän tehdä rikos tai hankkia itselleen hiv-tartunta, jotta he saisivat palveluita perustarpeiden tyydyttämiseksi.

4.2.4. Huumeet

4.2.4.1. Käytetyt huumeet

Kaikki mainitsivat asiakkaiden keskuudessa eniten käytetyiksi suonensisäisiksi huumeiksi amfetamiinin ja buprenorfiinin ja niiden käyttö vaikutti jakautuvan asiakaskunnissa jokseenkin tasan. Monet mainitsivat lisäksi runsaasta kannabiksen ja bentsodiatsepiinien käytöstä. Riski-tutkimukseen vastanneista kannabista joskus käyttäneitä oli noin 95 prosenttia ja bentsodiatsepiineja noin 80 prosenttia vastaajista. Bentsodiatsepiinien¹⁹ todettiin vahvistavan opiaattien vaikutusta tai toimivan vieroitusoireiden apuna ja niitä käytettiin hyvin usein rinnakkain (Partanen ym. 2006.) Erialaisten lääkkeiden käyttöä esiintyi todella paljon terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa. Erityisesti bentsodiatsepiinien käyttö koettiin runsaaksi ja niitä käytettiin sekä vieroitusoireisiin että esimerkiksi huumeiden korvikkeena. Monien todettiin käyttävän myös lääkkeitä suonensisäisesti. Kaikki haastatellut kokivat, että lähestulkoon kaikki asiakkaat olivat enemmän tai vähemmän sekakäyttäjiä, vaikka monet asiakkaat sanoivat pitäytyvänsä pääsääntöisesti yhdessä aineessa, usein joko opiaateissa tai stimulantteissa.

Mutta ainakin kun noita meidän asiakkaita katsoo, niin kaikki käy. Vaikka ne itse väittää että "en mä ainakaan sitä ja sitä, vaan ihan vähän tätä". Kyllä mä olen ollut näkevinäni että mitä vaan, siitä sisään vaan.

Monet kokivat että holtiton sekakäyttö johtaa usein suurempiin terveydellisiin riskeihin ja vaikeuttaa huomattavasti mahdollisia hoitoja.

¹⁹ Tuskaisuutta vähentäviä, rauhoittavia, poikkijuovaisten lihasten jännitystä vähentäviä ja kouristuksia ehkäiseviä lääkkeitä

Pelkästään buprenorfiinia käyttäviä on todella vähän. Suomalaiset käyttävät bentsoja. Sekakäyttäjän riskinotto on suurempaa. Miten voi tietää mitä asiakas on käyttänyt? On buprenorfiini tai amfetamiini ja sitten on hirveä lääkearsenaali, niin eihän niistä enää ota selvää että mikä se vaikutus on.

Pääpäihteet vaihtelivat paikkakunnittain siinä mielessä, että kaikilla oli kokemuksia amfetamiinin ja buprenorfiinin kausiluonteisesta saatavuudesta ja niiden rooli pääpäihteenä vaihteli aika ajoin. Useasti, jos toista ei ollut saatavilla, saatettiin käyttää toista.

H: Onko asiakkaita paljon sekakäyttäjiä?

V: Kaikki. Jos piri[amfetamiini] loppuu kaupungista, sitten vedetään viinaa tai subua[buprenorfiinia]. Ei ole puhdasta alkoholista tai puhdasta narkomaania, sellaisen voisi nostaa vitriiniin. Nykyään on opittu käymään katkolla saamassa diapameja, tajuttu että sillä saa krapulan pois. Se on jossain määrin aina sekakäyttöä, pelaamista.

Saman viikon aikana yhdellä paikkakunnalla saatettiin mainita buprenorfiinin huonosta saatavuudesta, kun taas toisaalla kerrottiin sen saatavuuden äkillisestä parantumisesta. Ilmeisesti amfetamiinin ja buprenorfiinin saatavuus vaihtelee ympäri Suomea ja muutokset myös muiden aineiden saatavuudessa voivat olla hyvinkin äkkinäisiä ja paikkakuntaakohtaisia.

Pääsääntöisesti käyttävät sekaisin, ainakin lääkkeitä. Jotkut ovat sellaisia jotka käyttävät vain amfetamiinia ja lääkkeitä, jotkut vain subutexia ja lääkkeitä. Onhan niitäkin jotka käyttävät cocktailina amfetamiinia ja subutexia. Vähemmistö on sellaista jotka eivät käyttäisi bentsoja, että selkeästi käyttäisivät subutexia tai amfetamiinia. Heroiinin käyttäjiä on todella vähän. Heroiini muuttui subutexiksi seitsemän vuotta sitten. Miksi tilanne ei muuttuisi taas? Nyt on kokaiinia markkinoilla ja joku mainitsi crackin myös. Kokaiini ollut puheissa, kallista se on vieläkin. Ei ole mitään

syytä miksi heroini ei tulisi jos markkinat vaan muuttuisivat, kyllä tätä käyttäjäkuntaa löytyisi.

Buprenorfiini, lähinnä Subutex koettiin asiakkaista tasalaatuisuutensa ansiosta turvalliseksi, eivätkä monet kaivanneet mahdollisesti aikaisemmin käyttämäänsä heroinia. Tasalaatuisuudesta oli hyötyä osto- ja myyntitilanteessa, sen annoskokoja ei voitu lisätä kuin tiettyyn pisteeseen asti, eikä siitä sellaisenaan voinut saada yliannostusta. Malinin ym. (2006) haastattelututkimuksessa käy ilmi, että monet ovat korvanneet heroinin käytön buprenorfiinilla ja buprenorfiinilla on onnistuttu vähentämään tai lopettamaan myös amfetamiinin käyttöä (Malin ym. 2006). Buprenorfiini koettiin usein lääkkeeksi, ei huumeeksi, eikä käyttöä siis välttämättä koettu huumeiden käytöksi, vaan lääkitykseksi. Buprenorfiinin käyttäjät eivät olleet niin päihtyneitä kuin heroinin käyttäjät ja heidän kanssaan oli huomattavasti helpompi kommunikoida. Monille buprenorfiini toimi itselääkityksenä, eikä sen perimmäinen tarkoitus ollut holtiton päihtyminen, vaan lähinnä toimintakyvyn ja tietoisuuden säilyttäminen. Monet kuitenkin pohtivat mikä olisi korvaushoidon ja siinä annettavan buprenorfiinin rooli nille, joilla ei ollut aiempaa heroiniiniriippuvuutta, vaan jotka olivat alusta lähtien käyttäneet nimenomaan buprenorfiinia. Alhon ym. (2007) tutkimukseen vastanneista suonensisäisesti buprenorfiinia käyttävistä henkilöistä yli 75 prosenttia vastasi käyttävänsä sitä riippuvuutensa itsehoitona tai vieroitusoireiden estämiseen ja vain noin 10 prosenttia vastasi käytön syynä olevan euforian ja nautinnon saaminen. Riippuvuuden itsehoito saattaa myös pitää käyttäjät tietoisesti erossa heroininista, joka pitää heroinin kysynnän vähäisenä (Alho ym. 2007, 76). Monien arvostama tasalaatuisuus liittyi vähentyneeseen yliannostuksen riskiin, puhtauteen ja selkeään hintaan. Buprenorfiini on kuitenkin hengenvaarallinen alkoholin ja erityisesti bentsodiatsepiinien kanssa yhdessä käytettynä ja riskiä lisää myös suonensisäinen käyttö (Kintz 2001). Tätä yhdistelmää

käytettiin asiakkaiden keskuudessa valitettavan paljon.

Heroinin todettiin olleen pääpähde vielä 2000-luvun alussa, mutta se oli lähes täysin hävinnyt vuosien saatossa. Toisaalta vuonna 2007 asiakkaat olivat itse kertoneet heroinin saatavuuden merkittävästä parantumisesta ja asiakkaiden huonokuntoisuudesta arveltiin saatavuuden todella parantuneen.

Keskushermostoa lamaavat gamma ja lakka todettiin melko uusiksi ilmiöiksi asiakkaiden keskuudessa ja niiden käytön pelättiin olevan yleistymässä. Haastateluisissa todettiin, että on tärkeää tietää miten ja mitä huumeita asiakkaat käyttävät, jotta käytöstä koituvat riskit voidaan tiedostaa ajoissa ja niistä osataan varoittaa. Toisin sanoen, henkilökunta pyrkii aina olemaan askeleen edellä asiakkaita, ennen kuin uusi huume tai käyttötapa yleistyy. Esimerkiksi gamman ja lakan suonensisäinen käyttö oli jokseenkin uusi ilmiö, jonka kohdennetun varoitusviestin sisältöä jouduttiin pohtimaan. Sekakäytön yleisyys oli yllättävää ja kaikki haastatellut mainitsivat asiakaskuntansa olevan lähes poikkeuksetta sekakäyttäjiä. Käytetyimpiä päihteitä olivat buprenorfiini, amfetamiini, alkoholi, kannabis ja lääkkeet. Mainintoja oli muutamista yksittäisistä henkilöistä tai ryhmistä jotka käyttivät vain yhtä päihdettä, joilla oli pitkä käyttöhistoria ja ketkä kuitenkin pystyivät hallitsemaan elämänsä suhteellisen hyvin. He olivat pääsääntöisesti heroinin käyttäjiä. Sekakäyttäjien ja stimulanttien käyttäjien elämänhallinta vaikutti heikommalta, vaikkakaan täysin hallitsematon päihteiden käyttö ei määrittänyt koko asiakaskuntaa. Monilla pääpähde vaihteli saatavuuden, olon tai motiivin mukaan ja eräs haastateltu kertoo, että:

Ne jotka haluavat korvaushoitoon puhuvat avoimesti siitä että käyttävät subutexia, vaikka käyttäisivätkin amfetamiinia.

Suonensisäisesti käytettynä, anaboliset aineet, lähinnä hormonit aiheuttavat yhtä lailla terveysriskin mikäli välineillä on yhteistä- tai

monikertaista käyttöä. Vuonna 1995 vangeille tehdyissä haastatteluissa 9,6 prosenttia vastaajista ilmoitti käyttäneensä anabolisia steroideja ja 3,7 prosenttia vastaajista oli käyttänyt niitä myös vankilassaoloaikanaan (Korte ym. 1998). Haastatelluilta kysyttiin onko heidän asiakkaisaan anabolisten aineiden pistäjiä. Suurin osa vastasi että kyllä, mutta heitä on jokseenkin vähän. Suurin osa anabolisten aineiden pistäjistä oli miehiä ja he käyttivät myös muita huumeita, varsinkin amfetamiinia. Joukossa oli toisaalta myös sellaisia ketkä käyttivät ainoastaan hormoneja ja hakivat ruiskut ja neulat terveysneuvontapisteestä. Anabolisten aineiden pistäjät tarvitsivat pistämiseen mielellään lihasneuloja, joissa neula on tavallista pidempi. Joissain terveysneuvontapisteissä valikoimissa oli lihasneuloja. Eräät vastaajat arvelivat, että lihasneulojen menekin perusteella anabolisten aineiden pistäjiä oli todellisuudessa enemmän kuin mitä he tiesivät, ja monilla esimerkiksi amfetamiinin tai buprenorfiinin käyttö oli ensisijaista. Eräs haastateltu kuvaa hormoneja käyttäviä asiakkaita:

Sen näkee jo ihan päällepäin ja he sanovat ihan suoraan että pistävät hormoneja.

H: Käyttävätkö muita aineita?

V: Siis käyttävät ihan kaikkea mahdollista, heroïinia, subutexia, metadonia, kaikkea sekaisin, kaikkea vähän jossain vaiheessa. Sitten mä tiedän sen yhdenkin joka pistää ihan säännöllisesti ja aivan hallitsemattomasti. Siis sen näkee ihan päällepäin että se on pistänyt hormoneja pitkään. En kyllä halua olla tiellä kun se saa raivarin.

Toinen haastateltava kertoo asiakkaan motiivista käyttää hormoneja:

Yksi on aika aktiivinen aineiden käyttäjä mutta myös aktiivinen anabolisten käyttäjä. Perustelee käyttöönsä sillä, että hän käy salilla pysyäkseen paremmassa kunnossa koska hänellä on hiv.

Suurimpana uhkana huumeiden käytön kannalta nähtiin buprenorfiinin saatavuuden

huononeminen ja heroïinin tilalle tuleminen. Ongelmallisena koettiin myös Viron hiv-tilanne, heroïinin kulkeutuminen Suomeen sitä kautta ja käyttäjäpopulaatioiden sekoittuminen.

Tällä hetkellä meidän asiakkaat käyvät Tallinnassa. Olen joskus haastatellut heitä. Että jos miettii että Tallinnassa on 50 prosenttia iv-huumeiden käyttäjistä hiv-positiivisia, niin he eivät kuitenkaan ole tekemisissä toistensa kanssa kovinkaan paljoa. Käyttävät aika paljon heroïinia siellä ja meidän asiakkaat käyvät hakemassa buprenorfiinia ja rauhoittavat.

H: Jotenkin ajattelisi että sitä heroïinia haluttaisiin, eli se buprenorfiini ei ole korvike vaan se on se pääpähde?

V: Joo, se on se pääpähde. Monihan sanoo että on ihan tyytyväinen että on sen [heroïinin] saanut vaihdettua buprenorfiiniin.

Virosta ei ole raportoitu ruiskuhuumeiden käytön seurauksena tulleita hiv-tartuntoja ja Venäjältä tulleita ruiskuhuumeperäisiä hiv-tartuntoja on rekisteröity vain vähän. Vaikka kaikki haastatellut mainitsivat asiakkaisaan olevan paljon niitä joille buprenorfiini toimi heroïinista vieroittamisen asemassa ja itse kontrolloituna korvaushoitona, asiakkaisissa oli myös paljon niitä, joilla ei ole aiempaa heroïiniriippuvuutta. Uhkana nähtiin buprenorfiinin huono saatavuus ja sen kautta muiden aineiden käytön lisääntyminen ja tilalle tuleminen.

Heroïinia ei näy vasta kun ihan vähän, mutta siitä on puhetta, siitä puhutaan. En tarkoita, että on hyvä kun subutexia pistetään suoneen, mutta vaihtoehtoisesti asiakkaat kertovat sitä, että käyttävät vieroitusoireisiin gammaa ja lakkaa. Siinä on sitten gammaa, lakkaa, alkoholia, lääkkeitä, bentsoja. Se ei ole ollenkaan hyvä yhdistelmä. Siinä on tällaisia riskitekijöitä, ja niitä tulee aina lisää. Se että ei ole subutexia saatavilla, ei todellakaan tarkoita että ei käytettäisi mitään. Virosta ei

saa [subutexia] enää niin paljoa kuin aikaisemmin.

4.2.4.2. Huumeiden käytön aloittaminen

Huumeiden käytön aloittamisesta ei varsinaisesti kysytty, mutta monet kertoivat asiakkailta kuulemiaan syitä ja tilanteita minkä johdosta he olivat alun perin alkaneet käyttää huumeita suonensisäisesti. Monilla asiakkailla käyttö oli alkanut pahan olon lievityksenä, mielenkiintona tai uteliaisuutena kokemuksiin, mutta joskus myös olosuhteiden sanelemana.

Totta kai se on aina ihmisen oma valinta, eihän sitä kukaan toinen aiheuta että sä käytät huumeita, siis viimekädessä. Mutta ei se ole aina oma valinta kuitenkaan. Mä tiedän täältä sellaisia joista edelliset ja edelliset[sukupolvet] ovat käyttäneet. Jos olet jo valmiiksi FAS-lapsi esimerkiksi, niin mitäs valintaa siinä on?

Monet asiakkaat olivat kertoneet, ettei heillä alun perin ollut tarkoitusta ikinä siirtyä suonensisäiseen käyttöön, sillä se koettiin vastenmielisenä käyttötapana. Osalla asiakkaista suonensisäiseen käyttöön siirtyminen oli vienyt vuosia, kun taas toisilla suonensisäinen käyttö oli alkanut lähes heti huumekekeiluiden alussa. Pistäminen oli monesti opittu siltä keneltä huume oli hankittu, eikä monikaan pistänyt ensimmäisellä kerralla itse.

Se on yleisin näillä nuorilla aloittelijoilla, että kun eksyvät johonkin kotibileisiin. Siellä on väistämättä kauppias joka haluaa saada uusia asiakkaita, koska sen oma aineen saanti on kiinni siitä. Sitten siellä on näitä jotka auttavat pistämisessä. Ja se saattaa olla se yksi kerta kun sä kokeilet, ja se on siinä. Sanovat että nyt kun on tullut heroini uudestaan taas.

H: Onko?

V: On, on. Niin sanovat että kun nämä nuoret eivät tiedä minkä aineen kanssa ne pelleilee. Sitä on, ja se on kuulemma nyt jotain ihan puhdasta.

H: Miten ajautuminen pistämiseen tapahtunut?

V: *Ehkä se on se muukin päihdekulttuuri, kun tässä juodaan itsensä humalaan, se on niin riskikäyttäytymistä kuin voi olla vaan. Valtavassa humalassa ei tajua mitä tekee, kenen kanssa lähtee, onko ulkona kylmä, kaatuuko johonkin terävään reunaan. Pistäminen on ehkä samanlainen juttu, ääri rajoille pitää mennä saman tien. Ei vaan välitetä. Monethan aloittavat käytön pistämällä. Neula on aika lähellä kannabista. Jossain julkaisussa oli ollut juttua siitä, että voisi puhua asiakkaiden kanssa, etteivät opettaisi nuoria käyttäjiä. Jos on nuorempi käyttäjä mukana, niin älä opeta sille. ”Kieltäydy opettamisesta ja kiinnitä huomiota siihen ettet pistä muiden nähden, se on sun oma juttu ja sun oma ongelma ja sun oma tapa, älä houkuta muita.” Entiset käyttäjät alkoivat aikoinaan käyttää kannabista ja vannoivat etteivät ikinä pistä, siirtyivät kovempiin suun kautta ja kuuluivat jo porukkaan. Se oli yksi kaunis päivä kun kaveri neuvoi ja opetti kuinka kätevää ja nopeaa on pistää suoneen. Kaveri oli heti käsi ojossa. Siinä vaiheessa se itsestä välittäminen on jo aika heikkoa. On uteliaisuutta ja mielenkiintoa kokemuksiin.*

Useasti huumeiden- tai päihteiden käyttö oli jatkunut useita sukupolvia ja huumeenkäytön malli oli saatu jo lapsena. Monilla käytön sanottiin alkaneen jostakin kouluun liittyvästä asiasta, kuten erilaisista oppimisvaikeuksista tai koulukiusaamisesta. Syyinä huumeiden käytön aloittamiseen olikin monesti yhteenkuuluvuuden tunne huumeita käyttävässä ryhmässä, itsensä merkitykselliseksi kokeminen ja hyväksyntä. Toisaalta kaikilla ei ollut taustalla ongelmia, vaan asiakkaissa oli myös niitä joille huumeiden kokeileminen oli ollut yksi rahalla saatava kokemus muiden joukossa. Joillain asiakkailla oli ollut alun perin paljon ylimääräistä rahaa käytettävissä. Monesti huumeiden käytön jatkumiseen koettiin

vaikuttaneen yhteiskunnan kyvyttömyys auttaa henkilöä alkuperäisissä ongelmissaan ja lopulta kyseenalaistettiin yhteiskunnan palvelujärjestelmän mahdollisuudet auttaa huumeiden käyttöön liittyvissä ongelmissa. Yhteiskunnan rooli nähtiin kaksijakoisena, sillä monet olivat valmiita ottamaan vastaan yhteiskunnan apua, vaikka tunsivat tiettyä katkeruutta sitä ja sen ilmentymiä kohtaan.

Jos jollain tavalla pääsee yli tällaisesta keskiluokkaisesta mielikuvasta minkä media luo näistä meidän asiakkaista, itsekin varmaan sitä keskiluokkaa edustan, jos pääsee yli siitä että narkomaani on sitä ja narkomaani on tätä. Niin tämä on mielenkiintoinen, näiden ihmisten tarinat ovat ihan käsittämättömiä. Pitävät sisällään itselleen vierasta maailmaa, mikä on monta kertaa pelottavaakin. Ei nämä ihmiset, ehkä nekin joskus, ne tarinat ovat sellaisia, että kun ne tulee iholle tässä. Matala kynnyks, ei meillä ole oikeastaan pakopaikkaa tästä niiden tarinoiden kanssa. Onhan ne välillä raskaita, mutta siihen täytyy löytää jokaisen omat keinonsa päästä yli niistä.

H: Mitkä tarinoista ovat raskaimpia?

V: No yleinen, itse pyrin aina löytämään niistä tarinoista sen että mistä tämä ihminen on kotoisin, minkä takia. Hakea aina vastausta kysymykseen miksi? Miksi tulee tänne tai miksi käyttää näitä palveluita? Joskus ne tarinat aukeavat ja kyllä siellä on aina jonkinlainen syytöstehdas, löytyy sieltä ihmisen taustalta. Oli ihan kuka tahansa meidän asiakkaista, niin jonkinlainen syytöstehdas siellä on.

H: Mitä ne syytöstehtaat ovat?

V: Siellä on lukihäiriötä, lastensuojelutaustaa, kaikkea mahdollista. Jonkinlainen syyseuraus on aina löydettävissä. En mä niitä ole kaivamassa, tai että ne kiinnostaisivat sillä tavalla että niitä lähtisi etsimään. Pohdin vaan näiden tarinoiden kautta sitä että miksi se ihminen on täällä. Se on mielenkiintoista että miten ne selviävät sen oman

syytöstehtaan kanssa. Jos se tarina jotenkin lähtee avautumaan, niin voidaan ehkä olla niin pitkällä, että jossain vaiheessa voi sanoa sille ihmiselle jotain ihan suoraankin: ”Miksi sä pahvi teet enää tätä” sellaisia kohtia tulee, että pääsee jollain lailla lähelle niin ehkä voi sanoa: ”olisiko syytä lopettaa pistäminen?” tai ”olisiko syytä lähteä hoitoon?”. Tai jos tulee äänenkorotustilanteita niin voi sanoa että ”pidäpä nyt turpasi kiinni”. Syntyy joku tällainen kontakti. Se on mulle sellainen juttu, olla täällä töissä.

H: Siihen tulee sitä luottamusta?

V: Aivan.

H: Viihdytkö sä työssäsi?

V: Välillä viihdyn, välillä en.

H: Tuntuuko tämä sellaiselta merkitykselliseltä ja tärkeältä?

V: Joo ehdottomasti. Tässä on sairaan monia tasoja. On kansanterveysnäkökulma, sitten on ihmisoikeusnäkökulma. Näille ihmisille tämä on jonkinlainen – tämä ehkä kuulostaa miltä kuulostaa, mutta siitä huolimatta mä olen tätä mieltä – turvapaikka. Jos aikaa kuluu, ja täällä syntyy joku tällainen minulta sinulle-kontakti kenen tahansa työntekijän kanssa, niin ne voivat olla ainoita paikkoja heidän elämässään missä... Sen päivittäisen kaaoksen kanssa missä monet näistä ihmisistä elää. Tuolla tapahtuu sellaisia tarinoita mitä me ei haluta edes kuulla.

H: Onko se niin kaoottista?

V: Monilla on. Ja että missä on ne paikat jossa pääsevät jakamaan niitä, hakemaan jonkinlainen helpotusta sille, niille tapahtumille joita joutuvat tuolla vastaanottamaan. Sitä kautta se on tärkeää.. Sitä kautta mietin, että jos on olemassa tällaisia paikkoja joissa tämä marginaali pääsee jollain tavalla harmaalta alueelta tänne normaaliuden – tai olkoon se mitä tahansa – lähelle sitä tasoa, niin silloin sen

on pakko olla turvallista myös tälle yhteiskunnalle, eikö niin? Jos alakulttuuri elää täysin omaa elämäänsä, siitä ei kukaan tiedä mitään, niin siellä syntyy aivan omat lait, merkitykset ja moraali ja kaikki mahdollinen. Uskon näin, että kuitenkin täyspäisiä ihmisiä on töissä täällä, täällä on myös paljon vertaisia jotka ovat jollain lailla heidän kanssaan vertaisia. He näkevät sitä kautta että ehkä täällä tapahtuu jotain järkevääkin. Tällä voi ehkä puhua joistain asioista, tuottaahan se turvallisuutta silloin myös ympäristöön. Sehän on itsestäänselvyys. Se on tosi tärkeä pointti. Sitten viittasin tähän vertaistoimijuuteen, niin se tuottaa paljon hyvää tälle yhteiskunnalle, sellaista mitä me ei voida ikinä nähdä.

4.2.4.3. Turvallinen pistotekniikka

Terveysneuvontapisteissä asiakkaita opetetaan löytämään suonet ja varomaan valtimoon pistämistä. Turvallisen pistotekniikan opettaminen koettiin erittäin hyödylliseksi ja sillä arveltiin voivan ehkäistä tulehduksia ja verisuonten tukkeutumisia. Eräs haastateltava mainitsi, että jopa huumeiden pitkäaikaiskäyttäjät, sellaiset jotka pistäneet kauan, ovat todella kiinnostuneita pistotekniikan ja –hygienian parantamisesta. Useat mainitsivat, että asiakkaat ovat useimmiten hyvin huolissaan suoniensa kunnosta ja ottavat ilomielin vastaan tietoa suontensa säästämisestä. Turvalliseen pistämisen liittyi myös jatkuva muistuttaminen filttarin käytöstä ja tablettien oikeanlaisesta liuottamisesta ja murskaamisesta.

Kaikki mainitsivat suuren osan asiakkaistaan olevan huolissaan terveydestään ja pyrkivän olemaan vahingoittamatta itseään tai ottamatta tietoisia riskejä. Mitä pitempiä asiakassuhteet olivat, sitä enemmän ihmiset kiinnittivät huomiota terveyteensä.

Toiset on, toiset ei [huolissaan]. Toiset heittää että ”legendat kuolevat 27-vuotiaina, ei ole millään mitään väliä”. Toiset ovat todella huolissaan kaikista tulehduksista, naarmuista, kaikesta. Toisia ei kiinnosta yhtään, peittelevät tulehduksiaan. Jotkut aidosti huolissaan, ei

löydy suonia, pistävät kaulaan. Muista käyttötavoista on yritetty puhua. Tässä ilmenee se pistämisen tarve, se addiktio on kova.

Ovat huolissaan. Tavallaan aika hassua kun ajattelee että pistävät mitä tahansa kamaa sinne suoneen, eivätkä yhtään tiedä mihin se on sekoitettu tai mistä se on tehty. Sitten kuitenkin ollaan äärimäisen huolissaan suonistaan, sydämestään ja siitä ja tästä ja tuosta.

Suurin huoli omasta terveydestä liittyi suurimmalla osalla suonten kuntoon. Mahdollisimman hyväkuntoisten suonten todettiin olevan useille ”elintärkeä asia”, vaikka kaikille asiakkaille turvallinen pistäminen ei ollut merkityksellistä, eivätkä edes amputoidut sormet välttämättä muuttaneet henkilön pistämistekniikkaa turvallisemmaksi. Tilanne vaikutti olevan sama suonitulehduksen, huonon pistohygienian ja vääränlaisen pistämisen kohdalla. Kuoliot, amputaatiot ja endokardiitit sivuutettiin helposti oman pistokäyttötymisen pohdinnassa. Tietynlaisesta huumeiden käytöstä seurauksena johtuvista vakavista terveyshaitoista koettiin voitavan käyttää tietynlaisia pelotteluvalistusta, jonka –ironista kyllä – todettiin monesti tepsivän. Kuvat amputoiduista sormista ja raajoista ja rankat tarinat hepatiitti C:n aiheuttamista ongelmista herättivät asiakkaissa selkeää halua välttää riskejä ja saada tietoa turvallisemmasta käytöstä. Toisaalta huumeiden käytön ennaltaehkäisyssä pelottelun todettiin olevan erittäin haitallista. Eräs haastateltu kuvaa miten turhan kärjistetyillä viesteillä voidaan jopa ajaa nuori kokeilemaan huumeita:

Tavallinen valistus on sellainen pelotteluvalistus, kun he kokevat ettei se pidä paikkaansa, niin he mitätöivät kaikki neuvot. ”Ei kannabiksesta tule kurja olo, vaan se on tosi mukavaa.” Se ei vastaa sitä valtamedian käsitystä. He tuntevat jo ihmisiä jotka pistävät, mutta eivät he suinkaan ole niitä ojissa olevia, likaisia, asunnottomia psykoottisia ihmisiä. Pelotteluvalistus ei ainakaan toimi, vaan

sellainen kevyempi itsestään välittäminen olisi parempi.

Pelotteluvalistuksella saattoi olla oma paikkansa siinä vaiheessa, kun huumeiden käyttö oli jatkunut jo jonkin aikaa ja henkilöllä oli välinpitämätön suhtautuminen siitä aiheutuviin haittoihin.

4.2.4.4. Pistäminen ja piikkikoukku

Haastatteluissa kysyttiin henkilökunnan näkemyksiä asiakkaiden halusta lopettaa huumeiden käyttö tai pistämisellä tapahtuva käyttö. Monet arvelivat syitä, miksi esimerkiksi opiaattikorvaushoitolääkkeitä (lähinnä Subutex) ja amfetamiinia käytetään suonensisäisesti. Suurin syy pistämiseen mainittiin olevan hinta. Suonensisäisesti käytettynä huomattavasti pienempi annos huumetta riittää, joka tekee käytöstä edullisempää, etenkin jos huumeiden saatavuus on huonoa. Suonensisäisesti käytettynä vaikutus pystyttiin tuntemaan lähes välittömästi. Suomisen ja Saarijärven (2003) mukaan lääkkeellisessä käytössä kielenalaisena tablettina annostellussa buprenorfiinissa vereen kulkeutuva osuus on noin 30–35 prosenttia suonensisäiseen annosteluun verrattuna. Näin käytettynä lääkkeen vaikutus on nopeampi, kestää pidempään ja kielenalaista annostelua vastaava teho saadaan pienemmällä annoksella. (Suominen & Saarijärvi 2003, 4149–50.)

Toinen syy pistämiseen arveltiin olevan niin sanottu piikkikoukku, erillinen riippuvuus pistämiseen ja suonensisäiseen käyttöön. Monien todettiin siirtyneen hyvin pian muiden päihteiden kokeilemisen jälkeen suonensisäiseen käyttöön. Pistämisen todettiin kuuluvan olennaisesti suomalaisen huumeidenkäyttökulttuuriin ja useissa haastatteluissa mainittiin, että monet asiakkaat ”pistävät mitä sattuu” ja että ”jotkut pistävät kaiken”. Niin sanotun piikkikoukun arveltiin kehittyvän jokseenkin nopeasti pistämisellä tapahtuvan käytön aloittamisen jälkeen. Eräs haastateltava kertoi, että riippuvuus piikkittämiseen voi olla niin suuri, että

korvaushoidossa olevia asiakkaita kohdatessa on peitettävä opetusmateriaalina käytetyt suonijulisteet. Asiakkailta oli kuultu, että vaikka pistäminen itsessään ei tuntunut pahalta, käytetyillä välineillä pistäminen tuntui väärältä. Rokottamistilanteessa asiakkaat saattoivat olla hyvin hermostuneista ja rokottamisessa tapahtuvasta pistoksesta ei suinkaan nautittu. Pistämisellä ja pistoksilla todettiin siis olevan eroja, ja että ”itse pistäminen on ihan eri juttu”. Huumeiden käytön lopettamiseen liittyen, monille asiakkaille pistämisen lopettamisen todettiin olevan yhtä vaikeaa kuin itse huumeiden käytön lopettaminen. Suonensisäisen käytön sanottiin olevan osa suomalaista käyttökulttuuria ja että suoneen pistetään myös esimerkiksi erilaisia lääkkeitä. Monet sanoivatkin pistämisen olevan asiakkaille se juttu.

Piikkikoukku on todella iso koukku. Se on suuri osa sitä käyttökulttuuria, suomalaiset pistävät lääkkeet ja kaiken. Ollaan pistämisen kansa. Tuleeko sieltä että Suomessa aineet ovat maksaneet paljon verrattuna Keski-Eurooppaan? Hollannissa on esimerkiksi Surinamesta tulleita joille keho on pyhä, eikä pistämistä harrasteta. Ovat sen takia hyvässä kunnossa koska käyttävät polttamalla heroïnia ja tämä on vaikuttanut paikalliseen käyttökulttuuriin. Hollannin käyttöhuoneissa huomaa, että pistäminen on kuitenkin aika vähäistä. Onhan siellä omat ongelmansa, poltettava crack ja keuhko-ongelmat.

Riippuvuus pistämisestä tuli ilmi niiden asiakkaiden kohdalla, joiden sanottiin pistävän vaikka kaulaan jos suonia ei löydy. Asiakkaiden todettiin välillä pelkäävän kuollakseen pistämisestä aiheutuvia tulehduksia ja olevan huolissaan terveydestään, vaikkei se välttämättä estänyt tai vähentänyt pistämistä. Asiakkaille pyrittiin aktiivisesti kertomaan vaihtoehtoisista käyttötavoista, kuten nuuskaamisesta ja limakalvoilta imeytymisestä ja siitä, miten pistämisriippuvuuden saa silti toteutettua.

Kyllä se pistäminen on se juttu. Kyllähän vaihtoehtoisista käyttötavoista puhutaan,

mutta kyllä ne periaatteessa ne tietävätkin. Pistämiseen siirtyminen on tapahtunut sen takia että aineet ovat niin kalliita ja niitä on vähän saatavilla. Parempi hyötysuhde heidän mielestään, eikä nähdä sitä toista puolta, eli mitä heidän elimistönsä sietää.

Muutosta asenteissa oli havaittavissa ja luulojen, kuten pistämisen mieltäminen turvallisimmaksi käyttötavaksi, oli vähentynyt. Asiakkaiden sanottiin yhä enemmän tiedostavan riskit suonensisäisessä huumeiden käytössä. Siitä huolimatta monet sanoivat, että suonensisäinen huumeiden käyttö ei tule koskaan häviämään.

4.2.4.5. Lopettaminen

Henkilökunnalta kyseltiin asiakkaiden halusta ja yrityksistä lopettaa ruiskuhuumeiden käyttö. Riski-tutkimukseen osallistuneista yli puolet piti suonensisäisen käytön lopettamista joko melko todennäköisenä tai hyvin todennäköisenä. Suurin osa vastanneista piti kuitenkin kokonaan huumeiden käytön lopettamista hyvin epätodennäköisenä. (Partanen ym. 2006.) Eräissä pisteissä suurimman osan asiakkaista tiedettiin käyneen katkaisuhoidossa ja haluavan lopettaa suonensisäisen käytön. Terveysneuvontapisteiden yksi keskeisimmistä rooleista on ohjata ja motivoida asiakkaita huumehoitoihin. Monien mielestä hoitoihin pääsyn vaikeus vaikeutti myös henkilökunnan roolia hoitojen suosittelijana. Suurimman osan tiedettiin haluavan ensisijaisesti lääkkeelliseen hoitoon ja puhe suonensisäisen huumeiden käytön lopettamisesta oli yleinen keskustelunaihe. Lopettamisen halu ilmeni ainakin asiakkaiden puheissa, joissa pohdittiin pistämisen lopettamista, mikäli pääsisi korvaushoitoon. Lopettamisesta todettiin olevan puhetta varsinkin niiden kohdalla jotka odottivat hoitoon pääsyä. Siinä vaiheessa asiakkaat olivat maininneet huumeiden käyttönsä olevan vieroitusoireiden itsehoitoa, eikä sen katsottu olevan vapaaehtoista.

Enemmän se puhe on sillä tasolla että pitäisi päästä korvaushoitoon. Pelko siitä että olisi

täysin päihteetön, on monelle todella iso pelko.

On todella yleistä. Siis ihmiset kyllästyvät siihen elämäntapaan ja -tyyliin. Kyllä se [lopettaminen] jokaisella jossain vaiheessa mielessä on ja myös ihan puheen tasolla ja yrityksinä.

Retkahdukset koettiin hyväksyttävänä parantumisen prosessissa, sillä jo pieni muutos käyttäytymisessä tai aito halu auttaa itseään loi toivoa muutoksesta. Vastajista muutama totesi, että retkahdukset ja epäonnistuneet hoidot kuuluvat huumeiden vähentämisprosessiin, eikä ensimmäinen hoitokerta jää monillekaan viimeiseksi. Toipuminen nähtiin pitkänä tienä. Lääkkeelliset hoidot olivat monille ainoa kyseeseen tuleva ratkaisu yrittää lopettaa suonensisäinen käyttö. Kuitenkin monilta puuttui kontrolli säädellä esimerkiksi korvaushoidosta mukaansa saamia lääkkeitä ja kahden viikon annos saatettiin käyttää kahdessa päivässä. Ongelmana nähtiin nimenomaan monien kyvyttömyys kontrolloida ja erityisesti vähentää käyttöä. Monet yrittivät lopettaa kaiken huumeidenkäytön kerralla ja palasivat kuitenkin aina samaan lähtötilanteeseen. Eräs haastateltava vertasi äkkinäisiä lopettamisyrityksiä painonpudotukseen, josta muodostui helposti samanlainen jojo-ilmiö. Toisaalta mainittiin myös, että osa asiakkaista pääsi huumeista eroon tai ainakin onnistui vähentämään käyttöä lääkkeettömästi ja itsenäisesti. Eräessä pisteessä asiakkaille oli tehty itsevieroitusopas, jossa oli runsaasti tietoa, minkälaisia asioita tulee ottaa huomioon käyttöä vähennettäessä tai lopettaessa. Oppaassa korostettiin erityisesti sosiaalisen tuen merkitystä ja hyvää valmistautumista. Itsevieroitusoppaan lisääminen valmisteilla olevaan sähköiseen materiaalipankkiin saattaisi olla mielekäästä, sillä vähentämisen vaikeutta korostettiin monissa haastatteluissa. Monilla lopettamisen vaikeus liittyi ensisijaisesti sosiaalisiin seikkoihin, eikä heillä ollut kykyä olla erossa muista käyttäjistä.

Se on niin kaukainen ajatus. Raittius on muille ihmisille. Monet ovat korvaushoitajonossa, monilla vieroitushoitoyrityksiä takana. Korvaushoitajono on vuoden pituinen ainakin. Niitä paikkoja ei ole. Jos joku tulee raskaaksi, sehän menee jonon edelle. Paikkoja vapautuu jos joku tippuu pois tai kuolee. On kuullut, että ihmiset tulevat raskaaksi päästäkseen korvaushoitoon. Asiakaskunta on lyhytjänteistä, pitäisi päästä heti. Jos joutuu kaksi viikkoa odottamaan, niin sitten annetaan olla sen asian.

Korvaushoitajonon pituus koettiin toisinaan jopa naurettavaksi ja tämä ilmiö mainittiin ympäri Suomea. Monet pohtivat sitä, kertoivatko huumehoidon jonot todellisesta resurssien riittämättömyydestä vai oliko takana jokin muu syy. Monilla asiakkailla pelkkä tietoisuus jonon pituudesta saattoi vaikuttaa siihen, haluavatko he lähteä mukaan prosessiin vai yrittää itse hoitaa riippuvuuttaan. Esimerkiksi Alhon ym. (2007) mukaan Helsingissä opioidikorvaushoiton pääsyyn on 12–18 kuukauden jono. Noin puolet pääkaupunkiseudun terveysneuvontapisteiden asiakkaista haluaisi korvaushoitoon, mutta hoitoa saa tällä hetkellä vain 13 prosenttia. (Alho ym. 2007, 75.) Jonoista todettiin poistuvan hyvin vähän ihmisiä ja yleensä jonottamisen kesken jättäneet olivat kuolleet.

4.2.4.6. Korvaushoitoon pääsy ja sen järjestäminen

Huumehoitojärjestelmän rakenteiden toivottiin tulevaisuudessa yksinkertaistuvan, sekä matalan kynnyksen korvaushoitajonon yleistyvän. Useat vastaajat mainitsivat nykyisen hoitoketjun ja hoitokokonaisuuden monimutkaisuuden haittojen vähentämisen kokonaisuuden ensisijaisena pullonkaulana. Ongelmia koettiin olevan lähinnä hoitoon pääsyn mekanismeissa. Käytännössä hoitoon haluava asiakas sai suhteellisen helposti lähetteen hoidon tarpeen arviointiin, mutta tämän jälkeen prosessi hidastui. Haastatteluissa todettiin, että isossa

kaupungissa yksi ainoa ihminen saattoi käsitellä hoitoa varten annettavia maksusitoumuksia. Vaikka toisaalta ymmärrettiin, että hoitopäätökset oli pyritty keskittämään yhteen paikkaan, jotta hoidon arviointi ja hoidon laatu pysyisi tasaisena. Useat mainitsivat korvaushoitoon pääsyn hankalan prosessin olevan huumehaittojen vähentämisen toimintakentässä yhtä suuri ongelma kuin terveysneuvontapisteiden rahoituksen vähäisyys.

Usein hankaluuteen vaikutti korvaushoitoon pääsyn välivaiheet, joiden katsottiin olevan hitaita ja asiakkaalle kohtuuttoman raskaita. Hoitojonon pituutta, hoitopaikkojen määrään vähäisyyttä ja arvioinnin hankaluutta päiviteltiin myös Malinin ym. haastatteleminen terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa (Malin ym. 2006). Joidenkin mielestä asiakkaiden täytyi vajota huumeiden käytössä vielä syvemmälle täyttääkseen korvaushoitoon pääsyn kriteerit, kun taas huonokuntoisimpien tai turhautuneimpien asiakkaiden ei todettu pystyvän toteuttamaan edes nykyistä korvaushoitotarvetta. Toiveena toiminnan kehittämiseksi esitettiin korvaushoitotarvetta helpottamista ja matalampaa kynnystä korvaushoidon toteuttamiseen. Matalan kynnyksen korvaushoidossa hoitoon pääsyyn riittäisi sen hetkinen halu katkaista suonensisäinen käyttö ja siihen liittyvä elämäntapa.

Korvaushoito on hyvä. Suomessa se on vaan niin helvetin kontrolloitu tämä asia ja sinne pääsy on niin hankalaa, rima on todella korkealla. Jos asiakas tulee ovesta sisään, tuttu asiakas, jolla mittari täynnä, se hoito pitäisi aloittaa heti. Tehdä arvio ja niin edelleen, mutta aloittaa lääkitys heti. Ottaa seuloja ja seurata oheiskäyttöä. Palkita asiakas siitä, että oheiskäyttö loppuu, nykyään siitä rangaistaan. Usein nykyään sitten lähtee se pelaaminen, valehtelu ja epärehellisyys siinä pelossa että se putoaa pois sieltä hoidosta jos on sattunut oheiskäyttämään. Toisaalta joskus tyypit tulevat korvaushoitoon ilman mitään halua saada oikeasti itseään kuntoon tai lopettaa käyttöä.

Korvaushoitoon pääseminen ei lopettanut kaikkien asiakkaiden kohdalla huumeiden käyttöä, vaan monet hakivat edelleen ruiskut ja neulat korvaushoidossa ollessaan. Korvaushoitopaikkoja katsottiin pääsääntöisesti olevan tarjolla liian vähän suhteessa niiden tarpeeseen ja niissä pysyminen koettiin nykyisen käytännön mukaan raskaaksi. Korvaushoitoon pääsyt toivottiin tulevaisuudessa kehittyvän yhtä matalakynnyksiseksi mitä se tällä hetkellä on vain vakavasti sairaille -, hiv-positiivisille – tai esimerkiksi raskaana oleville suonensisäisesti huumeita käyttäville. Monien mielestä yksilön huumeenkäytön lopettamiseen tulisi olla riittävä kriteeri päästä välittömästi korvaushoitoon. Kaikissa pisteissä asiakaskunnasta suuren tai suurimman osan arveltiin haluavan päästä hoitoon ja lopettaa, tai ainakin vähentää suonensisäistä käyttöä. Joidenkin asiakkaiden elämä saattoi muodostua erilaisista hoidoista toiseen kulkemiseksi, jossa selkeä päämäärä hämärtyi. Lyhytkestoisen vieroitushoidon merkitys päihteiden käytön lopettamisessa, vähentämisessä tai pistämisen lopettamisessa nähtiin lähes merkityksettömänä. Lääkkeettömät hoidot, joihin oli kautta linjan helpompi päästä, koettiin hyviksi, mutta ei kaikkien tarpeisiin vastaaviksi hoitomuodoiksi. Monille asiakkaille pitkäaikainen kuntoutus nähtiin avainasemassa kohti hallitumpaa ja mahdollisesti päihteettömämpää elämää. Toisaalta tiedettiin, etteivät korvaushoitopotilaat olleet aina niin suoraselkäisiä kuin saattoi toivoa, sillä monet jatkavat aktiivista käyttöä samanaikaisesti. Pakolliset vieroitusyritykset ennen korvaushoitoon pääsyä koettiin lähes väistämättä tarpeettomiksi ja jopa asiakkaan kiusaamiseksi.

Korvaushoitoarvio ja korvaushoitoon pääsyt käytännöt ovat aivan järjenvastaisia. Tulee mieleen yksi esimerkki. Oli yksi yli viisikymppinen kaveri joka on 9-vuotiaasta asti käyttänyt opiaatteja. Hän on ollut ensin metadon-hoidossa ja itse keskeytti sen. Sen jälkeen tällaiseen polikliiniseen malliin, mikä

oli meillä tällainen kokeilu [paikallisen] verkoston kanssa, toteutettiin neljän henkilön kanssa, hän pääsi siihen, periaatteessa suoraan kadulta hoitoon.

Hän keskeytti sen saatuaan perinnön. Nyt hän on uudestaan hakeutumassa korvaushoidon piiriin ja hän joutuu käymään alusta asti arvioprocedurein läpi. Hänet on kaksi kertaa arvioitu ja nyt hän joutuu jälleen kerran käymään noin puoli vuotta kestävästä arviointiprocedurein läpi.

H: Puoli vuotta?

V: Se monta kertaa kestää näillä ihmisillä niin kauan, koska heillä ei ole paukkuja lähteä arviointipaikkaan pissaamaan purkkiin, kertomaan samat tarinat uudelleen, jälleen kerran, jotka ovat jo kaksi kertaa elämässään kertoneet. Arvioidaan jälleen kerran onko hän korvaushoidon asiakas vai ei.

Normikansalainen näkee kilometrin päähän jo sen, että hänet pitäisi saman tien ottaa korvaushoitoon. Sitten on myös tällaisia käytäntöjä, että on ihmisiä jotka ovat käyttäneet ikänsä aineita ja eivät ikinä ole olleet palveluverkostossa missään, tai ovat olleet tekemisissä mutta heidän päihdeongelmansa ei ole todentunut siellä. Eivät ole olleet katkolla tai muualla. Heitä juoksetetaan – siis aivan huumoria – katkoilla sen takia, että asetus kirjaa mitä päihdepsykiatrian yksikkö, että näin sen täytyy mennä. Eli ihminen lähtee katkolle ja tietää sen että tämä on huumorikäynti. Ne sanovat sen ääneen, että ”pidetäänkö mua ihan pellenä? Mun täytyy mennä lasten, junioreiden” – heidän silmissään lasten - ”kanssa katkolle ja tulla ulos sieltä että asetuksen kriteerit täytyisivät?”. Meistä kaikki voi sanoa että ihminen tarvitsee sen korvaushoidon jo ihan silmämääräisesti.

H: Onko niin että monille se täysin päihteetön katkaisu ei ole se vaihtoehto?

V: Ehdottomasti, ehdottomasti. Siis on olemassa sellaisia ihmisiä varmasti paljon.

Sitten toisaalta mietin jotain, nää on taas henkilökohtaisia mielipiteitä, että metadoni versus buprenorfiini, niin metadoni on myrkkyyä verrattuna buprenorfiiniin. Se on itsestäänselvyys, ihan selvää pässinlihaa.

Koska buprenorfiini-lääkitys on huomattavasti vaikeampaa valvoa ja kalliimpaakin, niin ihmisille suositellaan metadonia. Mun näkemyksen mukaan buprenorfiini voisi olla hyvinkin monen kohdalla sellainen että heidät voitaisiin kiinnittää verkostoon sitä kautta. Huomattavasti matalammalla kynnyksellä ja ruveta pikkuhiljaa laskemaan sitä alas.

H: Pitäisikö tälle tilanteelle tehdä jotain?

V: No ihan ehdottomasti pitäisi tehdä jotain, se on ihan selvä homma. Virosta ihmiset käyvät hakemassa valtavasti lääkityksiä ja tuovat sieltä myös kaikkea muuta tullessaan, bentso-pohjaisia lääkkeitä, alkoholia. Sitten se on tällainen sekakäyttödilemma käsissä. Niin kuin sanoin aikaisemmin niin eihän tällaisia puhtaita yhden aineen käyttäjiä ole enää olemassakaan. Ne pistävät lääkkeitä ja tuhoavat suonensa ja terveytensä, tulee amputaatioita ja niin edelleen. Sitten kun kyselee yksittäisiltä poliiseilta esimerkiksi että ”sano henkilökohtainen mielipide, kumpi on parempi kentällä, heroini vai buprenorfiini?”. Niin ne sanovat heti että totta kai se subutex on heille helpompaa ja totta kai se on meillekin helpompaa, että ihmiset käyttävät sitä mieluummin kuin heroinia.

H: Olen ymmärtänyt että tämä subutexin pistäminen on aika taloudellinen tapa. Jos sitä olisi saatavilla niin ihmiset olisivat valmiita lopettamaan sen pistämisen? Tuntuuko että se on vähän tällainen kysyntä-tarjonta-juttu?

V: Kyllä. Se on juuri näin, se on ihan mielettömän kallista. Kyllähän aina markkinat täytyvät jollain. Täytyy buprella tai heroininilla tai ne täytyvät jollain. Itse ajattelen että se päihteen käyttö on jollain lailla vakio muutenkin. Terveysneuvonnan näkökulmasta se tilanne että ihmiset pistävät kaiken maailman bentsot itseensä ja kaikki

mahdolliset lääkkeet, niin se on karmeata kyllä.

Korvaushoidon toivottiin laajentuvan ja siirtyvän yhä enemmän määrin osaksi perusterveydenhuoltoa. Hoitoon pääsyn kynnyksen toivottiin madaltuvan ja hoidon yksilöityvän enemmän asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Jotkut näkivät että korvaushoitoa voisi toteuttaa terveysneuvontapisteestä, tai saada hoidon mahdollisuuden muulla tavoin lähemmäksi asiakkaita.

Jos pidetään niistä kiinni, että montako epäonnistunutta hoitoyritystä nyt piti olla. Mun mielestä se on järjetöntä että asiakkaat lähtevät tekemään epäonnistuneita hoitoja päästäkseen korvaushoitoon. Pelkästään taloudellisesti, mitä se maksaa, ihan oikeasti. Sitten kuitenkin moni on käynyt ongelmitta tuolla Wismarissa hoidattamassa itseään, he ihan toimivat ja mahdollisesti käyvät töissä. Ei vaan ole niitä epäonnistuneita tarpeeksi että pääsisivät korvaushoitoon. Mun mielestä terveysneuvontapisteissä voisi olla korvaushoitoa, mutta sen pitäisi olla eri aikaan kun ollaan muuten auki. Mutta terveysneuvontapisteissä, miksi ei voisi olla korvaushoitoa? Se voisi toimia, mutta eri aikana.

Virallisen korvaushoidon vaihtoehtona useat asiakkaat käyvät hakemassa opiaattikorvaushoitolääkkeitä Virosta ja lääkitsevät näin itseään. Pääsääntöisen syyn korvaushoitolääkkeiden hakemiseen ei koettu olevan päihtymistarkoitus vaan itsensä toimintakykyisenä pitäminen. Virosta korvaushoitolääkkeitä hakevan asiakaskunnan todettiin olevan heitä ketkä eivät pysty suoriutumaan nykyisestä korvaushoitoprosessista, ketkä odottavat vuosia hoitojonossa, tai keillä ei vielä ole tarpeeksi epäonnistuneita hoitoyrityksiä takana. Lääkkeellisen korvaushoitoon pääsemisen arveltiin kestävän paikoitellen jopa kaksi vuotta.

Suuri osa ruiskuhuumeiden käyttäjistä haluisi terveysneuvontapisteiden henkilökunnan

kokemuksen mukaan päästä korvaushoitoon. Korvaushoitopaikkojen lisääminen ja kynnyksen madaltaminen koettiin tärkeäksi erityisen Viron Schengen-alueeseen liittymisen vuoksi. Monissa pisteissä asiakkaiden tiedettiin jo nyt käyvän viikoittain Virossa ja arveltiin että matkailu maiden välillä tulee kulkemisen helpottuessa lisääntymään. Schengenin sopimuksen myötä reseptillä saatavan buprenorfiinin tuonti Virosta loppuu täysin tai vähintään vaikeutuu huomattavasti. Näin ollen Viron katukaupasta helposti saatava heroini saattaa löytää myös suomalaisen käyttäjäkunnan. Haastateltavat arvelivat, että vaikka monet suomalaiset käyttäjät valitsevat mieluummin buprenorfiinin kuin heroinin, mikäli buprenorfiinin tarjonta on huonoa, monet siirtyvät todennäköisesti käyttämään heroinia. Huolena oli että buprenorfiinin käyttäjät ovat pakotettuja siirtymään takaisin heroiniin käyttöön ja heroinin käyttäjäksi siirtyy myös niitä, useimmiten nuoria buprenorfiinin käyttäjiä, joilla ei ole aikaisempaa heroiniiriippuvuutta. Tulevaisuudessa passitta kulkemista Viron ja Suomen välillä kauhisteltiin ja monet arvelivat sen muuttavan katukauppahuumeiden kysyntää ja tarjontaa, sekä vaikuttavan väistämättä suomalaisten ruiskuhuumeiden käyttäjien tartuntatautilanteeseen. Arveltiin etteivät virolaiset ja suomalaiset ruiskuhuumeiden käyttäjät olleet toistaiseksi juurikaan olleet tekemisissä toistensa kanssa, sillä Virossa käytettiin paljon heroinia, kun taas Suomessa sen käyttö on vähäistä. Populaatioiden kanssakäymisen tiivistyminen nähtiin mahdolliseksi, mikäli buprenorfiinin saatavuus huononee.

Edelleen mä odotan ongelmia tässä Suomessa heti kun Schengen-sopimus astuu voimaan Viron kanssa. Oikeasti, oikeasti se tuo ongelmia lisää. Kun liikkuminen helpottuu, ilman muuta se tuo ongelmia. Se tuo aineita, se tuo ihmisiä puolin ja toisin, se tuo ne taudit. Kun suomalainen menee sinne, ei tarvita enää passeja. Kun nyt tarvitaan se passi, niin ei meidän käyttäjä mene sinne. Sit kun ei tarvita passeja, kaksi tuntia laivalla sinne, halvempaa

kamaa. Mutta ei sinne mennä värkit [käyttövälineet] taskussa, eikä sieltä tulla värkit taskussa. Siellä on helvetin paljon hiv:tä ja mä en usko että se pysyy siellä. Kyllä varmaan pamahtaa.

Huumausainepoliittisessa toimenpideohjelmassa 2004–2007 Euroopan unionin laajentuminen ja Schengenin sopimuksen voimaantulo erityisesti Baltian maiden kohdalla koetaan huumausainepoliittisen toimintaympäristön haasteeksi. Haastateluissakin mainittu rajatarkastusten poistuminen erityisesti Suomen ja Viron välillä muodostaa haasteen huumeiden- ja tartuntatautien leviämisen suhteen. (Valtioneuvoston periaatepäätös... 2004–2007. STM.)

4.2.4.7. Terveyshaittoihin suhtautuminen

Pistämällä tapahtuvaan huumeidenkäyttöön liittyy muitakin riskejä kuin hiv- ja hepatiittitartunnan mahdollisuus. Näitä ovat esimerkiksi huonosta pistohygieniasta johtuvat tulehdukset, suonivauriot ja tiettyihin pistospaikkoihin kuten nivusiin liittyvät riskit. (EMCDDA, 2001.) Haastateluissa kysyttiin mitkä terveyshaitat ovat asiakkaiden mielestä kaikkein pahimpia ja pelätyimpiä ja mitä puhtaiden välineiden käytöllä pyritään ensisijaisesti ehkäisemään.

Hiv on se ihan ykkönen. Osa ei uskalla edelleenkään tulla hiv-testiin kun ajattelevat että se on positiivinen. Tartuntataudit ovat ykkösenä. Hiv, hepatiitti C, sitten muut ja sukupuolitaudit.

H: Miten asiakkaat suhtautuvat toistensa hepatiitteihin ja hiv-tartuntoihin?

V: Aika usein kun asiakas tulee testeihin niin tulee kysyttyä että "tunnetko ketään kellä on?". Sanovat että joo tuntevat, on se ja se. Jollain voi olla ihan joku läheinenkin. Ehkä siihen muiden tartuntoihin ei, on vaan pelko siitä omasta tartunnasta. Ei sillä ole väliä että sillä toisella on se. C-hepatiitti ei ole niin merkityksellinen kuin ehkä hiv. Mutta kun

tietää esimerkiksi tuon yhden porukan joka on yhdessä käyttänyt, ja esimerkiksi just tämä tyttö joka testattiin ja oli hiv-positiivinen ja jotenkin ne muut oli ihan että ”se nyt oli viimeinen kenellä olisi kuvitellut että on. Aina ajateltiin että sen käyttövälineitä nyt ainakin voi käyttää kun se on aina niin tarkka.” Mutta vaikka se [hiv] oli tiedossa, niin siinä porukassa oli siltikin vielä sitä riskikäyttäytymistä. Kun ei ollut [välineitä], niin käytettiin edelleen niitä samoja vaikka se tiedettiin. Sitä jäi miettimään että mitä päässä tapahtuu siinä kohtaa ja onko ne oikeasti aina, selittääkö ihminen että ”ne oli vahinkoja, mä otin vahingossa käyttövälineet ” Sitä mä olen miettinyt, että meneekö se aineen himo todella sen yli kun tiedät esimerkiksi että jollain on hiv. Että käyttää jopa niiden välineitä että saa pistettyä.

Lähes kaikki mainitsivat, että hiv on kaikkein pelättävin käytöstä johtuva haitta, vaikka muutamat mainitsivat hepatiitti C:n olevan pelätyin, sillä hiv on Suomessa suhteellisen harvinainen. Tartuntatautien suhteen hiv oli kuitenkin ehdottomasti pelätyin tartunta, jota seurasi hepatiitti C, muut hepatiitit ja sukupuolitaudit. Asiakkaat saattoivat kokea sukupuolitaudeista puhumisen ja niiden hoidattamisen sopivan huonosti terveysneuvontamalliin, eikä niitä haluttu juurikaan tuoda esille.

HCV on tällä hetkellä ykkönen. Hiv on harvinainen tässä ryhmässä, heteroseksin puolella luvut huikeita. Kyllä HCV on ykkönen, sitä on kampanjoitu. Aika vähän käy porukkaa sukupuolitauditesteissä. Tiedetään että suojaamatonta seksiä on, silti asiakkaat kyselevät minne voivat mennä tämän asian tiimoilta. Eivät halua hoidattaa terveysneuvontapisteessä. Kai se on joku kynns tulla tuohon hoituhuoneeseen.

Vaikka hiv vaikutti olevan tärkein syy käyttää puhtaita välineitä, myös suoni- ja muut tulehdukset olivat erittäin pelättyjä terveyshaittoja. Suonten huono kunto hankaloittaa pistämistä ja vakavat tulehdukset voivat johtaa sairaalahoitoon, jossa tilanteen

vakavuus on hyvin konkreettinen. Toisaalta jotkut eivät muuttaneet käyttäytymistä vaikka raajoja oli amputoitu tai heillä oli pitkiäkin sairaalajaksoja takana. Tartuntojen seuraukset koettiin monesti kaukaisina ja eräs haastateltu totesi, että on hyvin epätodennäköistä että asiakas ehtisi kuolla hiv:hen tai Aidsiin. Monien terveys pettää jo ennen hiv:n todellisia haittoja esimerkiksi, hepatiitti C:n komplikaatioihin jos maksan kunto heikkenee tai asiakas kuolee yliannostukseen, - onnettomuudessa tai hänet tapetaan. Monien mainittiin olevan välinpitämättömiä tartuntojen suhteen, sillä moniin niistä tiedettiin olevan tarjolla hyviä hoitoja. Kaikissa asiakaskunnissa sukupuolitaudit olivat terveyshaittojen tärkeysjärjestyksessä kaikkein vähätellyimpiä ja ne koettiin helposti parannettaviksi.

Hiv on pelättävin, kamala. Hepatiitit ovat naurun asia. Hepatiitti C:hen suhtautumisessa on eroja, toiset ovat tosissaan. Se tulee muuttumaan muutaman vuoden kuluttua, kun tulee ensimmäisiä oireilevia tapauksia. Kun ihmiset näkevät hepatiitti C:n saneiden käyttäjien muuttuvan keltaiseksi, kutittaa ja maha turpoaa. Sitten se menee pelottavaksi. Monet kertovat arkisesti, luettelevat mitä sairauksia heillä on, se on surullisen arkipäiväistä. Se liittyy siihen identiteettiin, tosissaan oleva kova käyttäjä, koska hänellä on kaikki hepatiitit. Sukupuolitaudit eivät ole merkityksellisiä. Seksistä vaikea puhua, koska toisilla ei ole seksiä ollenkaan, toisille se on väline, miellyttämisen keino, toiset eivät muista harrastaneensa aineissa seksiä. Asiakkaiden seksikäyttäytyminen ei välttämättä vastaa sitä mielikuvaa mikä ihmisillä seksistä muuten on. Se ei ole välttämättä tyydyttävää, miten siitä puhuisi?

Asiakkailla oli eroja riskien välttämässä. Pitkäaikaisten- ei välttämättä käyttöuraltaan vanhimpien, asiakkaiden todettiin huolehtivan kaikkein eniten omasta terveydestään.

Monet omaksuneet ajatuksen tiettyjen asioiden välttämisestä, riippuu asiakkuuden kestosta. Pitkäaikaisilla asiakkailla selkeä ajatuskuvio

siitä, miksi puhtaat välineet ja mitä hyvää sillä itselleen tekee ja aiheuttaa. Vähemmän käyneet vielä harjoittelevat ajatuskuviona päässään, että ”miksi teen näin, miksi puhtaat välineet”. Kyllä sen huomaa että ihmiset oppivat.

Terveyshaittojen välttäminen ja niiden pelko liittyi suuressa määrin siihen oliko henkilöllä entuudestaan tartuntoja. Henkilöt joilla ei ollut todettu tartuntoja, pelkäsivät lähinnä hiv:tä ja hepatiitti C:tä, kun taas hiv- tai HCV-tartunnan saaneet pelkäsivät ensisijaisesti suonitulehduksia ja yliannostuksia.

4.2.4.8. Miten tartuntojen määrä tulee kehittymään?

Monet pohtivat miten työn kautta havaitun riskikäyttäytymisen valossa tartuntojen ilmaantuvuus tulee tulevaisuudessa kehittymään. Lähes kaikkien mielestä heteroseksin kautta saadut hiv-tartunnat tulevat kasvamaan koko väestössä ja myös suonensisäisesti huumeita käyttävillä, mutta käyttövälineiden kautta saadut tartunnat pysyvät matalalla. Todettiin, että varsinkin hiv:n ilmaantuvuus on täysin riippuvainen siitä kuinka suuressa määrin ihmisiä testataan. Monet totesivat, että testaus tulisi olla mahdollisimman tehokasta ja arkipäiväistä kaikissa terveysneuvontapisteissä, mutta myös muun väestön keskuudessa. Monet kokivat Viron suuret hiv-luvut uhkana myös suomalaisille, vaikkakin pisteiden asiakkaiden tiedettiin olevan hyvin perillä Viron tartuntariskeistä ja välttävän niitä parhaansa mukaan.

Hiv pysyy alhaalla. Voi tulla epidemia käyttäjäpiireissä, koska joku voi levittää ja tartuttaa tietämättään. En usko, että omassa asiakaskunnassa pääsee koskaan täysin levähtämään käsiin. Toi Viron liikenne tuossa on. Se on se. Mutta pyritään vaan panostamaan testeihin että asiakas tietää mikä on homman nimi. Toki se pelko on aina olemassa, mutta jos siihen nopeasti vastataan niin tuskin päästään Viron lukuihin koskaan. Riski on kuitenkin olemassa, koska yhteiskäyttöä joka tapauksessa on. Vaikka

mitä tehtäisiin niin kuitenkin asiakkaat joissain tilanteissa unohtavat sen että pitäisi olla ne omat välineet. Äärimmäisen päähtyneessä tilassa kun ovat kokoontuneet jonnekin, neulat ruiskut menneet sekaisin, tai sitten ei ole puhtaita mukana, on ajautunut johonkin porukkaan kesken vaikka kauppamatkan ja sitten toisen välineillä. Sitten nämä uskomukset, että käyttävät vaan jonkun tietyn tyyppin välineitä, koska sillä ei ole mitään. Sitten kun käykin ilmi että toisella on jotain. Sattumia on, mutta myös tietoisia riskejä. Tietoisia siksi, että ovat saaneet pisteen kautta tietoa riskeistä ja siitä että pitäisi olla omat välineet, ja vievät sitä myös kentälle niille jotka eivät ole asiakkaita. Mutta jos tilanne on sellainen että ei omia puhtaita välineitä ja on kuitenkin pakko saada se aine, niin silloin otetaan tietoinen riski.

Hiv:n pelko on pysyvää. Hiv on aisoissa ja tartuntariski on pieni. Turvaseksiin asti valistus ei yllä ja seksitartunnat [hiv] tulevat lisääntymään. Se turvaseksi on suuri haaste. Se saattaa siirtyä tavallisesta väestöstä huumeidenkäyttäjiin. HCV tulee pysymään korkealla, A- ja B -hepatiitit tulevat vähenemään.

Hepatiitti C koettiin ongelmallisemmaksi sen runsaan esiintyvyyden vuoksi. Jotkut asiakkaat olivat järkyttyneitä saadessaan positiivisen hepatiitti C-testituloksen koska olivat omasta mielestään huolehtineet puhtaiden ruiskujen ja neulojen käytöstä. Pohdittiinkin, mistä näissä tartuntatilanteissa on ollut kyse ja leviääkö HCV jossain sellaisessa tilanteessa, mistä ei ole ymmärretty tai tiedetty kertoa tarpeeksi. Arveltiin, että monet eivät ole sisäistäneet tartuntariskin liittyvän ruiskujen ja neulojen lisäksi myös muihin käyttövälineisiin, tai että käyttökulttuurissa on joku ylläpidetty tapa jonka tartuntariskiä ei tiedosteta. A- ja B-hepatiittien arveltiin vähenevän dramaattisesti ja siitä oli jo nähtävissä merkkejä.

Toivoisin että iv-huumeiden tai periaatteessa toivon kaikkien kannalta että. Täytyy olla optimisti ja uskoa tähän työhön. Jos terveysneuvontapisteet voivat jatkaa

toimintaansa ilman että niitä rahoja leikataan jatkuvasti, niin tartunnat pysyvät matalalla. Mutta seksiteitse tarttuvat hiv-tartunnat tulevat lisääntymään kyllä.

H: Entä HCV?

V: Se on niin valtavan suuri se positiivisten määrä, mutta en usko että se ainakaan nousee. Tai nousee tietysti nyt. Mitä tulee oikeasti nyt kun ensimmäiset maksakirroosit, potilaat tulevat tästä C-hepatiitista? Mietin sen osalta näitä interferonihoidoja, että kuinka tarkkaan pidetään kiinni siitä täysraittiudesta. Jos on korvaushoidossa tällä hetkellä, niin on mahdollista päästä interferonihoidoon, ainakin joissain paikoissa.

C-hepatiitteja ei me olla saatu laskemaan tällä toiminnalla niin paljon kuin pitäisi. Sekin on ihan globaali trendi. C-hepatiitti on niin kuin se, ykkösjuttu mihin pitäisi pystyä keskittymään. Siihen on älyttömän vaikea. Se pitäisi olla ihan kädestä pitäen ihmisten opettamista. Siihen pitäisi olla paukkuja paljon enemmän. Näyttää miten se tapahtuu niin että sä et pysty saamaan C-hepatiittia itseesi. Se on sitten monta kertaa myöhäistä jo. Resurssit, siitä on paljon kysymys.

Vaikka hiv koettiin tartuntatautien kohdalla suurimpana uhkana, hepatiitti C nähtiin erityisen ongelmallisena sen yleisyyden - ja siihen asennoitumisen vuoksi. Ennaltaehkäisyyn yritettiin panostaa kertomalla asiakkaille sen pahimmista seurauksista, alkoholin käytön kontrolloinnista ja ennen kaikkea korostettiin että kyseessä on vakava sairaus. Huolimatta asiakkaissa havaittavasta asennemuutoksesta ja tietoisuuden lisääntymisestä, yleisesti ottaen hepatiitti C:n vakavuutta vähäteltiin. Monet arvelivat että tartunnan vakavuus tullaan ymmärtämään vasta kun sen konkreettiset oireet alkavat näkyä asiakaskunnan keskuudessa. Ehdotettiin, että hepatiitti C-tartunnan saaneiden maksa-arvojen seuranta voisi alkaa toteuttaa terveysneuvontapisteissä, sillä suurella osalla asiakkaista on tartunta. Samalla tilanteen vakavuus konkretisoituisi kun taudin etenemistä olisi mahdollista

seurata. Tätä kautta toinen vähätelty seikka, hepatiitti C:n saaneiden toisinaan erittäin runsas alkoholin kulutus näkyisi konkreettisella tavalla.

Mä toivon että tilanne pysyy tässä, että hiv ei roihahda mistään yhtäkkiä taas. Mutta niin kauan kun me jaksetaan vaihtaa näitä, niin kauan tämä onnistuu. Aina tulee olemaan käyttäjiä, mä en usko että ne lopettavat. Ei ole saatu viinaa eikä tupakkaakaan loppumaan tästä maasta, tuskin loppuu huumeetkaan. Jos tätä toimintaa on, niin kyllä se hintansa haukkuu siinä kun ajattelee kuinka paljon hiv-positiivisia voisi olla jos ei tätä toimintaa olisi. Niitä olisi aivan tolkuton määrä.

Tartuntojen osalta uhkana nähtiin seksivälitteisten hiv-tartuntojen todennäköinen kasvu sekä valtaväestössä että ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa. Monet arvelivat että jos hiv leviää uudelleen tässä populaatiossa, se tulee todennäköisesti leviämään seksin välityksellä. Vaikka riskikäyttäytymistä todettiin edelleen tapahtuvan sekä huumeiden käytön että seksin osalta, otettujen riskien koettiin olevan suurempia ja yleisempiä seksissä. On näyttöä, että tilanteet joissa suonensisäisesti huumeita käyttävä on riskissä altistua hiv-tartunnalle, liittyvät myös usein seksuaaliseen käyttäytymiseen, eivätkä niinkään pistämiseen. Miesten välinen seksi, naisilla kaupallisen seksin harjoittaminen tai henkilön alle 40-vuoden ikä ovat suonensisäisesti huumeita käyttävien ensisijaisia riskitekijöitä hiv-tartunnan saamiselle. (Kral ym. 2001.)

Eihän kaikki tule testeihin. Mä ajattelen että se [hiv] on sellainen mikä tuolta vielä räjähtää, nimenomaan heteroseksin kautta. Sitten kun se räjähtää niin se on varmaan kyllä joku hirveä pommi.

4.2.4.9. Terveysneuvonnan kehittyminen

Monissa pisteissä, tyypillisen määräaikaisen rahoituksen todettiin näkyvän henkilökunnan työpanoksessa ja yleisessä ilmapiirissä. Monet totesivat, että varsinkin loppuvuodesta oli aina

osoitettava toiminta tehokkaaksi ja uuden rahoituksen arvoiseksi, joka koettiin turhauttavana ja raskaana. Myös pelko palvelun kilpailuttamisesta hermostutti henkilökuntaa sekä ostopalveluissa että kaupungin alaisena toimivissa pisteissä.

Yleiset asenteet ovat muuttuneet ihan hirvittävästi kyllä.

H: Ovatko?

V: On on. En siis valita, mutta valitan kaupungin suhtautumista asiaan. Resurssit mitä tähän toimintaan on myönnetty vuosien varrella ovat ihan naurettavat, ne ovat todellakin ihan naurettavat. Versus siihen duuniin mitä täällä on tehty.

H: Eli rahapula on?

V: Se on ihan akuutti aina. No joo, en viitsi valittaa siitä koska sille ei mitään pysty tekemään.

Kilpailua ei onneksi vielä muualla kuin pääkaupunkiseudulla. Se voi tulla myös muualle. Voihan joku ruveta tarjoamaan halvalla ruiskujen ja neulojen vaihtoa ja jos on niitä päättäjiä jotka näkevät että sen voi tehdä autosta, pleksin takaa. Tämä on ihan mahdollista tulevaisuudessa. Siksi on tärkeää, että päättäjät ymmärtävät mistä tässä on oikeasti kysymys. Jos menee sellaiseen, että vain vaihdetaan tai jaetaan metadonia luukusta. Yksi ihminen voi ihan hyvin olla siellä hälytysnappien keskellä, sehän hoituu niin. Tämä on huono juttu.

Se[toiminta] varmaan kasvaa, mutta on aika ristiriitainen olo itsellä tällä hetkellä jotenkin. Kun on visioinut mitä tämä toiminta voisi olla ja miten tämä voisi kehittyä ja sitten tuntuu ihan kuin tätä ruvettaisiin purkamaan, varoja vähennetään niin paljon. Täytyy myös muistaa että mitä tämä terveysneuvontatyö on. Jotkut näkevät sen hyvin kapeana, että se on tartuntatautien ehkäisyä ja tietysti se sitä on ja haittojen minimointia, mutta sitten kun päästään siihen haittojen minimointiin, niin

sehän on hyvin laaja käsite ja se pitää sisällään sosiaalipuolen ja yleensäkin sen ihmisen kokonaisuuden. Sen mistä se tulisi kasvamaan – tai no, se on ainakin meidän kehittämisaalue – olisi tämä vertaistoiminta ja palveluihin ohjaus, mutta näillä resursseilla tuntuu että ei tällä hetkellä kauheasti kehitetä sitä kyllä.

Keskeiseksi terveysneuvonnan haasteeksi nähtiin jos terveysneuvontapisteiden toimintaa ruvetaan kaventamaan tai sen rahoitusta supistamaan.

On jo pystytty osoittamaan että jos yksikin hiv-tartunta ehkäistään, niin palkka on ansaittu ja rahoitus on ansaittu. Päihdehoitolaki on aika hyvä turva. Isoissa kaupungeissa toisaalta kilpailutus saattaa tuottaa ongelmia. Kuka tekee edullisimmin? Kilpailu ja taistelu olemassaolosta ovat aina asiakkailta ja hyvältä palvelulta pois. Ongelmat tulevat – jos tulevat – hallinnon puolelta.

Kaikki vastaajat eivät suinkaan kaivanneet palveluiden lisäämistä terveysneuvontapisteensä palveluvalikoimaan. Monet korostivat, että hoitoon pääsyn kynnyksestä on madallettava ja että ruiskuhuumeiden käyttäjien hyvinvointipalveluita voisi kaikin tavoin parantaa, mutta nykyisillä resursseilla sen tulisi tapahtua ensisijaisesti terveysneuvontapisteiden ulkopuolella. Vaikka terveysneuvontapisteissä pyrittiin tekemään asiakkaille hoitotoimenpiteitä ja niiden merkitys koettiin tärkeäksi, eräs haastateltu sanoi, ettei pisteestä kuitenkaan pidä tehdä ”pientä terveysasemaa”, vaan palveluihin hakeutumisen kynnyksestä olisi syytä madaltaa koko terveys- ja sosiaalihuollossa. Monipuolisen hoidon antaminen nähtiin olevan loppujen lopuksi terveysasemien vastuulla, ja terveysneuvontatoiminnan tuli tiedostaa rajansa siinä mihin resurssit riittävät ja kuinka paljon palveluita voidaan ottaa saman katon alle. Palveluihin ohjauksella pyrittiin siihen, että asiakas sai varmasti oikeanlaista huomiota ja hoitoa ongelmilleen. Eräs haastateltava mainitsi, että vaikka

terveysneuvontapisteessä tapahtuvat keskustelut ovat luottamuksellisia, kyseessä ei kuitenkaan ole pitkäjänteinen hoitosuhde, eikä tätä illuusiota pitäisi antaa asiakkaille. Paljon yhteistyötä muiden terveysneuvontapisteiden kanssa tekevät halusivat korostaa, että vaikka toiminnassa on paljon yhtäläisyyksiä ja kehitettävää, kaikki terveysneuvontapisteet eroavat toisistaan historian-, asiakaskunnan-, käyntimäärien- ja fyysisten puitteiden perusteella. Näin ollen kaikkia pisteitä ei tule väkisin viedä samaan suuntaan, vaan löytää sopivimmat palvelut ja toimintatavat juuri sille pisteelle sopiviksi. Käytännön kautta oli huomattu, etteivät kaikki palvelut automaattisesti toimi kaikissa pisteissä.

He [toinen paikkakunta] ovat jo kokeneet sellaisia asioita jotka ovat meille uusia, me ollaan niin eri vaiheissa. Siellä on paljon pidemmällä tässä mitä lisäpalveluja on, mutta täällä on vielä harkinta ja mietintä, eli mitä siitä seuraa, mitäs sitten, mihin se vaikuttaa, mielikuvat asiakaskunnassa ja niin edelleen. Jos joku työmuoto toimii muualla, se ei välttämättä toimi täällä. Nämä on niin erilaisia. Esimerkiksi käyttöhuoneet palveluna ei ole sellainen asia jota kannattaisi edes pohtia, toisaalta sitä saatetaan muualla pohtia. Tällä tavalla ollaan juuri niin eri vaiheessa, vaikka tehdään samoja asioita, niin kuitenkin kehitysvaiheet ovat eri tasolla. Kaikki eivät voi mennä samassa kehityskaaressa. Toki voi tuoda osan osaksi omaa toimintaansa, sehän on työn kehittämistä, kuuluu asiaan. Yhteiset linjaukset peruspalveluista ovat hyvät, mutta erikoispalvelut ovat eri asia. Kehittää niitä omien puitteidensa mukaan.

4.2.4.10. Ehdotuksia uusista palveluista ja toiminnan kehittämisestä

Haastatteluissa nousi esille ehdotuksia olemassa olevan terveysneuvontamallin laajentamisesta ja parantamisesta sekä täysin uudenlaisista palvelumuodoista. Selvästi tyypillisin kehittämisen suunta oli vertaisvalistuskoulutuksen järjestäminen. Yksi keskeinen mitä terveysneuvontapisteiden yhteyteen toivottiin, oli kattavat

lääkäripalvelut. Siellä missä lääkäri oli tavattavissa kerran viikossa tai kerran kahdessa viikossa, toivottiin että lääkäri palveluita saisi vähintään kerran viikossa. Niissä pisteissä missä ei ollut lääkärin palveluita, lääkäripalvelua toivottiin paikan päälle edes kerran kuukaudessa. Monilla asiakkailla todettiin olevan erittäin suuri kynnys hakeutua terveyskeskuslääkärille tai yleensäkin lääkäripalveluihin. Lääkärille hakeuduttiin vain pakon edessä, useimmiten silloin kun ongelma oli jo todella vakava. Lääkärin suurin tarve liittyi pahoihin suositulehduksiin ja gynekologisiin asioihin. Lääkäripalvelun lisäksi monet ilmaisivat tarpeen sosiaalityöntekijälle ja heidän palvelurakennetietoudelleen. Niissä pisteissä missä ei ollut sosiaalialan henkilökuntaa, painopiste ja osaaminen keskittyivät suurimmaksi osaksi terveyspuolen asioihin. Parhaan henkilökuntarakenteen todettiin koostuvan tasapuolisesti terveyden – ja sosiaalipuolen osaamisesta. Kaikissa pisteissä ei ollut käytännön syistä järjestetty hiv- ja hepatiittitestausta, mutta niille ilmaistiin selkeä tarve, sillä asiakkaiden kerrottiin käyttävän laiskanpuoleisesti testilähetteitä. Itse lähete lisäsi testiin hakeutumisen kynnystä, mutta myös laboratorioon meno ja anonymiteetin vaarantuminen koettiin seikoiksi, jotka nostivat testiin hakeutumisen kynnystä. Joissain pisteissä oli mahdollista ohjata asiakkaita testaukseen matalan kynnyksen huumepalveluyksiköihin, mutta niissä ei välttämättä voinut asioida anonymisti. Monet kartoittivatkin mahdollisuutta järjestää hiv- ja hepatiittitestausta terveysneuvontapisteeseensä.

Esiin nousi myös tarve haittojen vähentämiseen ja terveysneuvontaan perehtyneelle koordinaattorille, joka järjestäisi ja valvoisi toiminnan ja koulutuksen onnistumista valtakunnallisesti. Koulusta arveltiin tarvittavan ympäri Suomea niin että se vastaisi aina myös kunkin pisteen erityistarpeita ja -kysymyksiä. Haittojen vähentämisen ideologian todettiin olevan suuri

ja vakiintunut osa päihdetyötä, mutta käytännön ohjaus sen toteuttamiseen puuttui.

Nyt on neuvotteluja kaupungin kanssa siitä, että mitä näissä pisteissä voi tehdä aukioloajan ulkopuolella. Yksi voisi olla hoidontarpeen arvioinnit ja jotain muuta. En tiedä onko siinä meidän henkilökunta vai kaupungin työntekijät ja että mikä se on se yhteistyö. Laajenee kuitenkin sinne suuntaan. Kokoajan tässä on jotain meneillään.

Suurin osa haastatelluista oli miettinyt käyttöhuoneiden ja ruiskuautomaattien mahdollista rantautumista suomalaiseen terveysneuvontakenttään. Käyttöhuoneista ei ollut suoranaista kysymystä, vaan se mainittiin usein osana pohdintaa terveysneuvontatoiminnan tulevaisuudesta ja uusista palvelumuodoista. Huumeiden käyttäjille tarkoitettuja käyttöhuoneita on perustettu esimerkiksi Hollannissa ja Kanadassa. Niiden tarkoitus on tarjota käyttäjälle turvallinen huumeenkäyttöpaikka, puhtaat välineet ja mahdollisuus terveysneuvontaan. Käyttöhuoneiden tarvetta perusteltiin kodittomien ja erittäin huono-osaisten kasvavalla määrällä sekä heidän rajallisilla mahdollisuuksilla huolehtia pistohygieniasta. Pistämällä tapahtuvan huumeiden käytön todettiin kuuluvan auttamattomasti suomalaiseen huumeiden käyttökulttuuriin, josta syystä käyttötapauksista tulisi pyrkiä tekemään turvallisempi ja kontrolloidumpi. Käyttöhuoneista käytävä keskustelu toivottiin avattavaksi, vaikka käyttöhuoneiden perustaminen olisi ajankohtaista vasta kaukana tulevaisuudessa. Turvallisen käyttöhuoneen myötä asiakkaiden tarvitsisi kuljettaa vähemmän käytettyjä välineitä mukanaan, sillä he saisivat tarvitsemansa käyttövälineet paikan päältä ja voisivat myös jättää ne sinne.

Koska tää on aika hullu tilanne siinä mielessä että asiakas tulee tähän, me vaihdetaan ruiskut ja neulat puhtaisiin, se menee tohon (osoittaa ikkunasta ulos), käyttää sen tuossa. Mitä järkeä? Kun se vois mennä tohon huoneeseen, käyttää sen siinä turvallisemmin

ja jättää ne ruiskut ja neulat siihen. Miksi meidän pitää toimia näin, että se menee tien yli rappukäytävään tai puistoon? Tämähän on ihan hölmö tilanne. Kyllä meidän pitäisi jo uskaltaa puhua Suomessa jo tästä käyttöhuoneesta. Huumeet on osa meidän nyky-yhteiskuntaa, ja tulee aina olemaan, pistämällä tapahtuva lääkkeiden ja huumeiden käyttö ei tästä maasta häviä. Mä uskon siihen myös, että kyllä nykypäivänä poliisi esimerkiksi varmaan kannattaa tällaisten käyttöhuoneiden perustamista. Amsterdamissa poliisi oli hyvin aktiivinen käyttöhuoneiden perustamisen suhteen. Siellähän asiakkaat myös rekisteröity sinne käyttöhuoneeseen.

H: Ehkä se olisi kontrolloidumpaa?

V: Se olisi kontrolloidumpaa nimenomaan, ja se terveysneuvonta ja haittojen vähentäminen pystytään suorittamaan huomattavasti tehokkaammin.

Kolme haastateltua kannatti käyttöhuoneiden perustamista, mutta toivat esiin sen käytännön järjestämisen vaikeudet. Käyttöhuoneiden kannatus keskittyi selvästi suuriin kaupunkeihin ja niihin asiakaskuntiin joissa oli paljon asunnottomuutta ja huono-osaisuutta. Haastatellut korostivat, ettei käyttöhuoneita tarvitsisi suinkaan perustaa kaikille paikkakunnille, vaan ainoastaan sinne missä niille olisi todellinen tarve. Käyttöhuoneet eivät olisi avoinna kaikille huumeiden käyttäjille, vaan asiointi olisi rajattu vain rekisteröidyille käyttäjille. Selkeää käsitystä toiminnan istuvuudesta suomalaiseen järjestelmään ei kuitenkaan ollut.

Käyttöhuoneita perusteltiin sillä, että käytöstä tulisi kontrolloidumpaa ja haittojen vähentämisestä tehokkaampaa ja kokonaisvaltaisempaa. Pistohuoneiden sijaan nimityksellä ”käyttöhuone”, toivottiin annettavan viestiä, ettei pistäminen ole ainoa tapa käyttää huumeita. Käyttöhuoneissa olisi mahdollisuus tarjota myös turvallisempia käyttötapoja. Realistinen aika käyttöhuoneiden perustamiselle ajateltiin olevan kymmenen

vuoden kuluttua, vaikka aikaisempaa toimintaa toivottiin. Käyttöhuoneita pohdittiin muissakin kuin sitä kannattavissa pisteissä. Monet olivat vakuuttuneita, että jossain vaiheessa Suomeen tullaan avaamaan käyttöhuone. Pari haastateltua piti ajatusta käyttöhuoneista omalla paikkakunnallaan älyttömänä, mutta totesivat, että eri kaupungeissa on erilaiset ongelmat ja mikäli käyttöhuoneet vastaavat näihin ongelmiin, niistä tulisi keskustella.

Ruiskuja ja neuloja sisältävät automaattit parantaisivat puhtaiden käyttövälineiden maantieteellistä saatavuutta. Monet kokivat, että joillekin käyttäjille terveysneuvontapisteessä- tai apteekissa asiointi on toisinaan hankalaa tai jopa mahdotonta. Aukioloajat, välimatkat, anonymiteetti ja leimautumisen pelko nostivat kynnystä asioida terveysneuvontapisteessä tai apteekissa. Automaattien parhaimmaksi puoleksi nähtiin se että puhtaita välineitä saisi ympäri vuorokauden ja palautuksen voisi tehdä samalla. Monien huumeiden käyttäjien todettiin liikkuvan öisin, jolloin puhtaiden välineiden saatavuus on käytännössä olematon.

Jos ihan pelkästään tartuntatauteja ajatellaan, niin mun mielestä niitä pitäisi olla saatavana. Miten siihen sitten taas... Hehheh. Tätä keskustelua käytiin silloin kun tuli nämä kondomiautomaatit, että ”siihen pääsee käsiksi alaikäiset”. Ai jukra.

H: Niin että saako ruiskujen ja neulojen läheisyys ja saatavuus jonkun aloittamaan ruiskuhuumeiden käytön.

V: Ei, ei, ihan oikeasti ei. Sulla täytyy olla siihen oma halu tai sitten sä vahingossa joudut siihen tilanteeseen jossain ihan muualla, mutta et varmasti sillä tavalla että se automaatti on siinä.

H: Oletko sitä mieltä että ne olisivat hyvä lisä?

V: Olisi. Niitä pitäisi olla sellaisissa paikoissa missä nämä porukat liikkuvat, että ne olisivat helposti kuitenkin saatavilla. En mä niitä kouluille laittaisi. Voisihan se olla esimerkiksi terveysasemilla, mutta sillä tavalla ettei jokainen huomaa että kuka siinä kävi. Se olisi joku sellainen mihin laitetaan likaiset ja saa tilalle puhtaat.

Lähes kaikki vastaajat kannattivat ruisku- ja neula-automaatteja. Nekin jotka eivät suoranaisesti kannattaneet niitä, eivät kuitenkaan vastustaneet niitä. Monet olivat sitä mieltä, että automaatteja tulisi asentaa nimenomaan lähelle huumeiden käyttäjien suosimia paikkoja, kuten kaupunkien keskustoihin ja lähiöihin. Automaatit olisivat suhteellisen helppo ja edullinen ratkaisu lähiöiden käyttäjäpopulaatioiden tavoittamiseen. Kaikki lähiöissä asuvat käyttäjät eivät suinkaan käyttäneet useinmiten keskustassa sijaitsevan pisteen palveluita. Lähiöön jäävistä käyttäjistä oli kuultu esimerkiksi asiakkailta, poliiseilta ja kenttätyön kautta. Automaattien todettiin palvelevan huumeiden käyttäjiä iästä ja sosioekonomisesta luokasta tai yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta. Monet sanoivat, että automaattit olisivat erittäin hyvä lisä toiminnalle ja niillä olisi selkeä tilaus puhtaiden käyttövälineiden kattavuuden parantamisessa. Samaan hengenvetoon todettiin, etteivät automaattit missään nimessä olisi henkilökohtaista terveysneuvontaa korvaava palvelu, vaan hyvä lisäpalvelu jo olemassa olevalle terveysneuvontatoiminnalle ja käyttövälineiden kattavuuden maksimoinnille. Automaatit eivät missään nimessä voisi saada aikaan sitä ajatusmuutosta riskikäyttäytymisessä, mihin terveysneuvontatoiminta henkilökohtaisella kontaktilla pyrkii, mutta niiden todettiin kuitenkin olevan hyvä lisä toiminnalle ja erityisesti tartuntatautien ehkäisyssä.

Paikkakunnittain kattavista terveysneuvontaverkostoista huolimatta ja pidennetyistä aukioloajoista huolimatta, terveysneuvonnan ja erityisesti puhtaiden

välineiden kattavuuden ei katsottu ulottuvan kaikkiin lähiöihin, paikkakunnille tai kaikkiin käyttäjiin. Automaattien kannattajat toivoivat niihin terveysneuvontapisteiden yhteystietoja. Automaatteja toivottiin sekä pienillä että suurilla paikkakunnilla, suurilla paikkakunnilla suurten käyttäjämäärien ja epätasaisen kattavuuden takia, pienillä paikkakunnilla anonymiteetin, välimatkojen ja välineiden huonon saatavuuden vuoksi.

Automaattien arveltiin palvelevan myös sitä käyttäjäkuntaa joka ei muutenkaan käy terveysneuvontapisteissä, kuten satunnaiskäyttäjiä ja alaikäisiä. Joko omasta halusta tai esimerkiksi sijainnin puolesta, kaikki huumeiden käyttäjät eivät koskaan tule kiinnittymään terveysneuvontapalveluihin. Näiden käyttäjien tartuntariskin vähentämisen osalta, henkilökohtaisen kontaktin terveysneuvontaperiaatteen vaatimuksesta piti olla valmis tekemään myönnytyksiä.

Monissa kaupungeissa oli mietitty toimintatapoja, joilla terveysneuvontaa saataisiin ulotettua kaupunkien keskustojen ulkopuolelle. Pääkaupunkiseudulla on useita terveysneuvontapisteitä, sillä käyttäjien määrä on suuri, välimatkat pitkiä, kulkuyhteydet rajallisia, eivätkä monet juuri liiku omalta alueeltaan. Esimerkiksi Espoossa, jossa ei ole virallista keskustaa, on viisi terveysneuvontapistettä. Ratkaisu perustaa useampia pieniä alueellisia pisteitä on ollut ilmeisen onnistunut. Pääkaupunkiseutu ei ollut ainoa paikka jossa toiminnan hajauttaminen koettiin hyväksi ratkaisuksi, vaan monilla muilla paikkakunnilla tuskailtiin saman tavoitettavuuden ongelman kanssa. Useasti kaupungeissa oli lähiöitä tai lähipaikkakuntia, joihin terveysneuvonta ei ulottunut. Näihin paikkoihin kaavailtiin esimerkiksi omia kiinteitä pisteitä, liikkuvan yksikön palveluita, automaatteja tai kenttätyötä. Suurissa kaupungeissa terveysneuvontapisteiden asiakasmäärien todettiin olevan jo niin suuria, että toiminta tulisi pian hajauttaa vielä useampaan yksikköön. Pienet alueelliset pisteet pystyisivät luomaan kontaktia ja tarjoamaan palveluita mahdollisimman lähellä

huumeiden käyttäjien omaa elinympäristöä. Isojen terveysneuvontapisteiden ylläpitäminen ja niissä toimiminen oli hankalaa sekä henkilökunnalle että asiakkaille.

Monet nostivat esiin ajatuksen päiväkeskustyyppisestä toiminnasta, joka voisi olla osa nykyistä terveysneuvontaa tai toimia erikseen, mutta joka olisi tarkoitettu nimenomaan kaikille ruiskuhuumeiden käyttäjille. Useat haastateltavat toivoivat päiväkeskukselta säännöllisiä ja pitkiä aukioloaikoja, ruokailua ja mielekästä tekemistä. Päiväkeskuksen peruspalveluiden toivottiin olevan lähellä niitä mitä Helsingin Diakonissalaitoksen Palvelukeskus tarjoaa hiv-positiivisille narkomaaneille.

Mihin mun mielestä terveysneuvontatyö voisi myös kehittyä, että olisi tällainen täyden palvelun talo, että olisi jo sosiaalityötä. Tällaisia palvelukeskuksia huumeiden käyttäjille, eikä pääsylippuna saa olla se että olet hiv-positiivinen. Mutta muistan jonkun asiakkaankin kun. Siis jos on yksi paikka minne ohjata asunnoton talvipakkasilla ja sinnekin sillä on porttikielto, niin aika kädetön on siinä kohtaa. Joskus vaan tuntuu että loppuu keinot tai ohjeet tai neuvot.

Toiveita päiväkeskustyyppisestä toiminnasta oli tullut sekä asiakkailta että henkilökunnalta. Henkilökunnalla oli eriäviä näkemyksiä siitä mitä päiväkeskuksella tarkoitettiin, miten se toteutettaisiin ja kenelle se olisi suunnattu. Mielenpisteet vaihtelivat täysin päihteettömästä paikasta sellaiseen ratkaisuun, jossa huumeiden käyttäjille tarjottaisiin yhdessäolon lisäksi suuri määrä palveluita ja päihtyneenä oleminen olisi sallittua.

Maailmalla on älyttömän hyviä kokemuksia sellaisista täyden palvelun majataloista joissa on asuminen ja kaikki palvelut saman katon alla, korvaushoidoista lähtien. Ne olisivat yksi ratkaisu tähän asunnottomuusjuttuun. Ei päihteettömiä paikkoja enää oikeastaan paljoa tarvita. Pitäisi olla tällaisia sitten joissa on kuitenkin se väylä eteenpäin jos ihminen sitä itse haluaa.

Päiväkeskuksen todettiin olevan luonnollinen osa terveys- ja sosiaalineuvontaa jossa nykyään muutenkin keskitytään ihmisen kokonaisvaltaiseen tukemiseen ja tuen piiriin saattamiseen. Mahdollisuus kohtaamiseen, kontaktin luomiseen sekä moniammatillinen lähestymistapa koettiin päiväkeskusten vahvuuksiksi. Toiminnan nähtiin palvelevan asiakkaiden sosiaalipuolen asioiden hoitoa, joiden selvittely koettiin aikaa vieväksi, sekä helpottavan pitkien, terveyteen liittyvien keskustelujen käymistä. Päivä- tai palvelukeskusten arveltiin toimivan myös rauhoittavana elementteinä pitämällä ihmiset poissa kaduilta ja antamalla heille mielekäs ympäristö missä olisi mielekästä, arkea rytmittävää tekemistä. Eräs haastateltu totesi, että *”tekemättömyys on pahin vihollinen aineiden käyttäjälle”* ja että tekemättömyydestä seuraa turhautumista, rikollisuutta ja häiriöitä. Samoja seurauksia todettiin koituvan myös palveluiden hajanaisuudesta ja byrokraattisuudesta.

Saman katon alle mahdollisimman paljon toimintoja. Se helpottaa asiakasta ja palvelujärjestelmää. Jos hyppytetään asiakasta, he turhautuvat ja siitä seuraa ongelmia, turhautumista ja häiriöitä.

Päiväkeskustoiminnan arveltiin toimivan parhaiten pienten pisteiden yhteydessä, joissa asiakasmäärät eivät olleet suuria. Toiminnan kannatus oli suurempaa pienemmissä kaupungeissa ja vaikuttikin että suurissa kaupungeissa oli paljon muita palveluita joihin asiakkaita voitiin luontevasti ohjata. Pienemmällä paikkakunnilla muiden palveluiden saatavuus oli rajallisempaa, jolloin hyväksi ratkaisuksi nousi malli jossa mahdollisimman suuri määrä palveluita olisi saman katon alla. Monia palveluita sisältävien päiväkeskusten arveltiin palvelevan parhaiten kaikkein syrjäytyneimmässä asemassa olevia ja kodittomia, mutta myös nuoria käyttäjiä. Päiväkeskusten eräs ongelma nähtiin siinä, että niiden pitkiksi muodostuvat aukioloajat ja asiakkaiden pitkät läsnäoloajat kuormittivat henkilökuntaa. Niissä paikoissa joissa

terveysneuvontapistettä oli mukailtu päiväkeskuksen suuntaan, mainittiin että asiakkaat saattavat viihtyä pisteessä koko päivän, jolloin heidän kanssaan on toisaalta aikaa keskustella. Mahdollisuus viettää koko päivä yhdessä paikassa, eikä olla esimerkiksi ”keskustan kaupoissa näpistelemässä” koettiin osaksi haittojen vähentämisen kokonaisuutta. Näiden sinänsä hyväksi katsottujen seikkojen varjopuoli oli asiakkaiden päihtymys ja asiakaskunnan ollessa suuri, ajoittainen levottomuus. Päiväkeskustyyppistä toimintaa oli myös kokeiltu joissain pisteissä, mutta terveysneuvontapisteen palveluiden kanssa samoissa tiloissa samaan aukioloaikaan oleminen oli koettu huonoksi ratkaisuksi. Päiväkeskustyyppisen toiminnan järjestäminen pienehköissä tiloissa arveltiin onnistuvan, mikäli asiakasmäärät ovat jo alun perin hallittavia, aukioloajat pitkiä ja henkilökuntaa oli riittävästi toimimaan sekä päiväkeskuksen- että terveysneuvonnan parissa. Yksi vaihtoehto nähtiin olevan päiväkeskustoiminnan järjestäminen terveysneuvontapisteen tiloissa, mutta eri aukioloaikana. Useissa pisteissä terveysneuvontapisteen tilat saattoivat olla tyhjillään kuusi päivää viikosta.. Monet terveysneuvontapistet toivoivat että olemassa olevia tiloja ja osaamista voisi hyödyntää myös muissa samansuuntaisissa palveluissa, kuten päiväkeskuksissa. Useat haastateltavat sanoivat, että vaikka terveysneuvontapisteen kynnys pyritään pitämään mahdollisimman matalalla, kynnyksen mataluutta tarvittaisiin myös muissa palveluissa. Monet sanovatkin, että kynnys muihin palveluihin mitä asiakkaat tarvitsevat, on välillä todella korkea.

4.2.4.11. Henkilökunnan kokemukset omasta työstä

terveysneuvontatyössä oli pyritty yhä suuremmassa määrin lisäämään moniammatillista osaamista ja työskentelyä. Kuitenkin sosiaali- ja terveystieteiden toimintatapojen yhdistäminen, työn painopisteiden eriävyys sekä työntekijöiden erilaiset lähtökohdat aiheuttivat toisinaan hankaluuksia jokapäiväisessä työssä. Eräs haastateltu kuvaa miten henkilökunnan välillä

voi välillä ilmetä jännitteitä ja kuinka vaativa asiakastyö voi vaikuttaa välien kiristymiseen myös työyhteisössä.

Vaikeita kohtia on niin paljon että niitä ei viitsi edes miettiä. Tämä ainainen resurssivaje ja hoitoketjutusten epäkohdat jotka ovat aivan käsittämättömän raskaita. Totta kai henkilökunnan käsitys ja ajatukset siitä mitä matala kynnyks on tai mitä se voisi olla, ovat valtavan poikkeavia, mitä se tarkoittaa. Se on siinä mielessä vaikeaa että kun matala kynnyks on sitä että tänne tulee päihtyneitä ihmisiä sisään ja ne voivat olla missä kunnossa tahansa. Joku voi nähdä jonkun pyssyn joskus jonkun taskussa. Meillä jokaisella ihmisellä on rajamme ja ne rajat ovat erilaisia. Minkälaisia asioita ja minkälaisia ilmiöitä meillä on varaa vastaanottaa tai kuinka lähelle asiakkaita voidaan päästää. Siitä syntyy sellainen että kun niitä rajoja ja rakenteita on vaikea luoda, niin sellainen yhteneväisyyden toive tai halu että kaikki toimisivat samalla lailla asiakkaiden kanssa. Että niitä rajoja ja rakenteita haetaan pienistä asioista mitkä ovat taas toisille merkityksettömiä. Että ne rajat löytyvät jostain siitä että mitä tapahtuu siinä ihmisten välisessä kohtaamisessa ja ajatellaan että sitä kautta luodaan turvallisuutta sen yhteisön sisään. Toiset ehkä ajattelevat että ne syntyvät säännöistä ja tarkoista määrityksistä miten pitää toimia. Sellaiset varmaan joskus ovat raskaita.

H: Tuleeko joskus konflikteja?

V: Totta kai. Ne ilmiöt ovat niin voimakkaita ja tuntemattomia keskivertokansalaiselle, ne ilmiöt joita asiakkaat tuovat tullessaan. Sitten tietysti sosiaali- ja terveyshuollon ihan lähtökohtaisesti, tällainen moniammatillinen työskentely on ehdoton edellytys, mutta siitä kuitenkin syntyy eriäviä näkemyksiä siitä mikä on tärkeätä ja miten toimitaan. Terveystenhuollon puolella se on hyvin hierarkkista toimintaa, sosiaalipuolella ei ehkä niinkään, vaan siellä on totuttu toimimaan lähinnä yksilöinä. Kyllä tässä valtavasti on sellaisia jännitteitä mitkä eivät

varmaan missään. Tätä tutkitaan paljon lukujen, riskikäyttäytymisen ja tartuntatautien pohjalta, mutta ne ilmiöt mitkä asiakkaat tuovat mukanaan, laittomuus, väkivalta, kaikinainen misery mitä nämä ihmiset kantavat mukanaan, niin totta kai se vaikuttaa työyhteisöissä. Se vaatii jatkuvaa työnohjausta, asioiden puhumista.

Aiemmin enemmän, vieläkin joutuu selittelemään omaa työtä, perustelemaan sen olemassaoloa. Se taas heijastuu siihen, että se ei ole itsestään selvää se oikeutus olla olemassa. Harvemmin perusterveydenhuoltoon, mutta kyllä sinnekin. Ihan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille välillä, virkamiehet, ym. Aina kun jotain vähänkään tapahtuu, neulaa löytyy jostain, niin ollaan mediassa, ja sitten tulee tämä tavallisille ihmisille perusteleminen, poliittisille päättäjille. Kyllähän joskus on niitä päihdepuolenkin työntekijöitä joille joutuu selittelemään. Leimaavaa. Joissain terveysneuvontapisteissä – tai missä tahansa työpaikassa nykyään – rahoitukset voi olla tiukassa ja se tieto siitä valuu henkilökunnan harteille. Sitä ei pystytä pitämään hallinnon tasolla, koska se keskustelu voi olla julkista. Rivityöntekijällä olisi tarpeeksi siinä omassa työssään, mutta joutuu kantamaan huolta siitä onko rahoitusta ensi vuonna. Henkilökunta on aktiivisesti huolissaan rahoituksesta. Varsinkin pääkaupunkiseudulla. Vakiintuneisuus on sellainen kupla, koska terveysneuvontapisteessä on ollut paljon projekteja, mutta se perusrahoitus kaupungilta on ollut kokoajan riittämätön. Vaikka se näyttää vakaalta ja asiakasmäärät on ihan hillittömiä, niin siinä ollaan kokoajan kipurajalla.

Haastatteluissa kysyttiin työn palkitsevimista hetkistä ja onnistumisen kokemuksista. Kaikki haastatellut viihtyivät työssään sen toisinaan raskaasta luonteesta huolimatta ja suurimmalla osalla palkitsevimmat hetket liittyivät asiakastyöhön, siinä syntyvään luottamukseen ja positiivisten muutosten näkemiseen. Monet korostivat työn

positiivisten tulosten näkemisen hitautta ja sitä, että muutokset veivät aikaa.

H: Mikä tässä työssä on kaikkein palkitsevinta?

V: Että ihmiset tulevat uudestaan. Jos heillä on joku hätä ja he saavat apua, viimeksi korjattiin yhdet kengät. Vaikka on selvää että heidän ei pidä kaikissa ongelmissaan sitoutua tähän paikkaan, ottaa henkilökunnasta hoitajiaan. Ovat iloisia, uskaltavat tulla, uskaltavat tulla rokotukseen vaikka se voi olla kivulias. Se on myös luottamuksen osoitus että uskaltaa näyttää kipeää kättä ja uskoa siihen että henkilökunta tahtoo heidän parastaan. Luonnollinen vuorovaikutus on pyrkimyksenä, päihdeongelma ei ole aina päällimmäisenä vaan se on se kohtaaminen itsessään.

Kun on saavuttanut luottamuksellisen suhteen. Pikkuhiljaa asiakas on alkanut puhua hoitokuvioista ja sitten on mennyt vuosi tai puolitoista ja hän on siinä pisteessä että haluaakin hoitoon. Nyt kun näkee että he ovat hoidoissa onnistuneesti ja tervehtyvät – ja kun se prosessi on voinut kestää neljä vuotta – niin se on aika palkitsevaa. Vanhoihin ex-asiakkaisiin törmää muualla ja he kyllä tervehtivät ihan reilusti. Menestystarinoita on, mutta se on pitkä ja kivinen tie tässä työssä. Tämä ei ole ollenkaan nopeitempoista, tavoitteet pitää asettaa hyvin kauas ja edetään ihan pienin askelin sinne. Neljä vuottakin voi mennä. Asiakkaan elämässä se on äärimmäisen lyhyt aika jos ajattelee sitä, että hän on lähemmäs 30 vuotta ja käyttö on alkanut 13- tai 14-vuotiaana. Se on koko hänen elämänsä. Hän joutuu tekemään totaalisen elämänmuutoksen ja sehän tarkoittaa kaikkea. Hypätä täysin vieraaseen elämään. Eihän sitä pysty kukaan tekemään hetkessä. Täytyyhän siinä totutella pienin osin siihen muuhun elämään sitten ennen kuin siihen uskaltaa lähteä mukaan. Vakioporukan vaihto on vaikeaa, koska voi olla ettei ole mitään muuta. Sosiaalinen ympäristö ja sosiaaliset suhteet ovat vain siinä. Mitä sitten? Siinä jää aika tyhjän päälle. Ei kukaan halua olla yksin kuitenkaan. Sosiaalisuus on tärkeää.

Mutta sitten jos käy vähän maistelemassa muutakin elämää siinä ja sieltä tulee uusia tuttuja ja pikkuhiljaa pääsee siihen mukaan, niin voi huomata ettei tämä niin kamalaa olekaan. Se voi viedä aikaa.

5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1. Vaikuttavuus tartuntatauti-indikaattoreiden perusteella

Tartuntatautien seurantaindikaattorein mitaten sekä epäsuorilla mittareilla arvioiden, ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnalla näyttää olleen vaikutusta epidemian negatiivisten kansanterveysvaikutusten hillitsemiseksi ja ruiskuhuumeiden käyttäjien tartuntariskin vähenemisessä. Asiallinen ja runsas tieto tartuntataudeista ja muista terveyshaitoista sekä puhtaiden pistovälineiden tarjonta näyttää tavoittaneen suurimman osan ruiskuhuumeiden käyttäjistä ja saanut aikaan näkyvää muutosta.

Terveysneuvonnalla on ollut vaikutusta myös siten, että suonensisäisesti huumeita käytävillä halu käyttää puhtaita käyttövälineitä on vahvistunut, eikä niiden saatavuuden parantumisen ole voitu todeta lisäävän huumeiden käyttöä. Toiminta on ollut sikäli tehokasta, että terveysneuvontatoiminnan ja sen palveluiden kustannukset tulevat ennaltaehkäisevästi karkeankin laskutoimituksen perusteella edullisemmaksi kuin uusien hiv-tartuntojen, hepatiittien, endokardiittien ja muiden terveydellisten haittojen hoito.

Tarkastelemalla osiossa 4 kuvattuja tartuntatautien seurantajärjestelmän tuottamia tapauksilastoja sekä esiintyvyystietoja osiossa 2 kuvattujen terveysosoittimien ja niille asetettujen vaikuttavuus-tavoitteiden valossa, terveysneuvonnan voidaan todeta saavuttaneen tavoitteensa:

Hallituksen huumausainepoliittisessa toimintapideohjelmassa vuosille 2004-2007 kuvatuista skenaarioista tartuntatautien suhteen on toteutunut vaihtoehto jossa tilanne helpottuu. Vuonna 2007 Suomessa todettiin vain 10 ruiskuhuumeiden käyttöön liittynyttä uutta hiv-tapausta ja näistäkin suuri osa todettiin

ulkomaalaisilla. Tapausmäärät ovat pysytelleet tällä matalalla tasolla jo useamman vuoden ajan. Luku alittaa kirkaasti helpottuvan tilanneskenaarion varsin kunnianhimoisesti asetetun tavoitteen 30:stä uudesta tapauksesta ja viittaa siihen että tartuntaketjujen katkaisu on onnistunut ja laajempi epidemia saatu ainakin hetkellisesti torjuttua.

Terveys 2015 -ohjelman tuloksellisuuden seurantaan kehitetyistä nuorten päihteisiin ja niihin liittyvien tartuntatauti-ongelmien indikaattoreista suurin osa on kehittynyt suotuisasti terveysneuvontatoiminnan vaikutusaikana. Uutena todettavat hiv-hepatiitti A, B ja C-infektiot ovat vähentyneet tai pysyneet alunperinkin matalalla tasolla 15-24 vuotiaitten ikäryhmissä. Selkein muutos on viime vuosien aikana tapahtunut hepatiitti C-infektion kohdalla, jossa nuorten tapausmäärät ovat lähteneet selvään laskuun.

Hiv-tapauksia nuorten (15-24 vuotiaat) keskuudessa ei onneksi ole todettu Suomessa kovinkaan paljon, ja tapausmäärät ovat viime vuosina laskeneet selkeästi.

Erityisen merkittävää on ollut tieto siitä että hiv-infektion esiintyvyys ei ole missään vaiheessa kasvanut ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa yli 5 % rajan. Tämä on todennäköisesti toiminut tärkeänä tekijänä vähentämällä itseään ruokkivan epidemian syntymisen riskiä.

Lähes vuosittain terveysneuvontapisteissä järjestettävät otantatutkimukset ovat osoittaneet, ettei ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa ole havaittu piilossa olevaa epidemiaa vuoden 1998 jälkeen, eikä riskiympäristössä ole tapahtunut haitallisia muutoksia.

Otantatutkimuksilla ja tuolloin vasta hiljattain aloitetulla terveysneuvontatoiminnalla oli vaikutusta epidemian varhaiseen tunnistamiseen ja sen rajaamiseen. Epidemian havaitsemisen jälkeen laajentunut terveysneuvontatoiminta näyttää toimineen

tehokkaana tartuntoja ja esiintyvyyden nousua ennaltaehkäisevänä interventiona.

Kansainvälinen kokemus osoittaa, että alueilla joissa hiv-infektion esiintyvyys pääsee jossakin vaiheessa nousemaan yli 5 – 10 % rajan, ehkäisevä työ vaikeutuu huomattavasti. Kun esiintyvyys on riittävän korkea, riskit kumuloituvat käyttäjillä herkästi niin korkeiksi, että ehkäisevät toimenpiteet eivät enää riitä pysäyttämään tartuntaketjuja, ja infektio muodostuu ryhmässä endeemiseksi johtaen ennen pitkää hyvin korkeaan esiintyvyyteen. Näin on tapahtunut muissa epidemioissa usein, ja tuorein esimerkki kehityskulusta löytyy Virossa.

Viron Tervise Arengu Instituutin tekemät esiintyvyydetutkimukset osoittavat hiv-infektion saavuttaneen Tallinnan alueella yli 50 % esiintyvyyden ruiskuhuumeiden käyttäjillä ja Itä-Virossa on kuvattu jopa lähellä 90 % oleva esiintyvyys (Uuskülä et al 2006). Virossa Suomalaista terveysneuvontaa ja haittojen vähentämistä vastaavaa toimintaa saatiin käyntiin vasta usean vuoden viiveellä, ja toiminta käynnistyi hitaasti.

Vaikka on selvää että Viron ja Suomen sosiaalinen tilanne ja toiminnan edellytykset eivät vastaa toisiaan, moni asia, kuten esim. pää-asialliset huumeet, pistämisen yleisyys käyttömuotona sekä käyttäjien määristä tehdyt arviot ovat samankaltaisia. Virossa ilmaantuvuus on jäänyt epidemian alkupiikin jälkeen hyvin korkeaksi, noin 500-600 tapaukseen vuodessa (yhä noin 1/3-osa huippuvuodesta) eikä Suomessa nähtyä lähes kymmenkertaista vähentymistä ole tapahtunut.

Viron epidemia muodostaa valitettavan esimerkin siitä miten nopeasti tilanne voi kehittyä erittäin huonoksi veriteitse tarttuvien tautien epidemioissa ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa. Esimerkki korostaa pitkäjänteisen ehkäisevän työn tarvetta riskien hallinnassa pitämiseksi.

5.2. Kustannusvaikutukset

Ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa syntyneen hiv-epidemian vaikutusta alunperin laskettaessa käytössä oli arvio, jonka mukaan yhden tartunnan yhteiskunnalle aiheuttamat suorat kokonaishoitokustannukset ovat noin 170.000 euroa (Leinikki 2003a). Tämä arvio on muuttunut tämän jälkeen vain vähän ja on yhä käyttökelpoinen yleistys karkean kustannusarvion tuottamiseen. Epäsuorien kustannussäästöjen arviointi vaatisi kuitenkin huomattavasti monipuolisempaa analyttistä lähestymistapaa, joka tämän arviointiraportin puitteissa ei ollut mahdollista.

Kansainväliset arviot yhden hiv-infektion suorista terveydenhuollon vuosikustannuksista länsimaissa asettuvat 10.000–50.000 euron välille. Voidaan arvella, että Suomessa potilasta kohden hoito- ja tutkimuskustannukset saattaisivat olla noin 10-15.000 euron suuruusluokkaa (Salminen, 2007). Suonensisäisesti huumeita käyttävän saaman hiv-tartunnan kustannuksia laskiessa tulee ottaa huomioon että monilla tartunnan saaneilla on usein myös hepatiitti C-tartunta. Suomessa yhden C-hepatiitin lääkehoito maksaa noin 10.000–20.000 euroa (Ristola 2004, 56–57). Esimerkiksi Saksassa hepatiitti C:n 48 viikon hoitokuuri maksaa noin 23 500 euroa (EMCDDA 2003). Mitä pidemmälle C-hepatiitti kehittyy, sitä kalliimmaksi sen hoitaminen tulee.

Jos puolet terveysneuvontapisteiden asiakkaista (noin 6000) tai puolet ongelmakäyttäjistä (noin 8000) saisi hiv-tartunnan ja hoidon vuosikustannukset pysyisivät noin 15.000 eurossa, julkiselle terveydenhuollolle tulevat vuosikustannukset voisivat olla 90–120 M€. Ruiskuhuumeiden käyttäjien tartuntojen ehkäisy on tärkeää myös siksi, että tartuntojen lääkinnällinen hoito ja niihin sitoutuminen on tälle ryhmälle monesti erittäin haastavaa, mikä itsessään nostaa kustannuksia entisestään.

Terveysneuvontapisteiden rahoitukset tulevat useista eri lähteistä ja ne suunnataan sekä

toiminnan ylläpitoon että sen kehittämiseen. Esimerkiksi A-klinikkasäätiön ylläpitämien Helsingin terveysneuvontapisteiden kokonaiskustannukset vuonna 2005 olivat 814 196 euroa, joka summana riittäisi karkeasti arvioiden noin viidenkymmenen hiv-tartunnan saaneen hoitokustannuksiin. Pisteiden kustannuksista vain murto-osa menee tarvikkeisiin.

5.3. Tavoittavuus ja saavutettavuus

Maailman terveysjärjestö WHO, on arvioinut että ollakseen tehokasta, ruiskuhuumeiden käyttäjille suunnattun terveysneuvonnan tulisi saavuttaa noin 60 % käyttäjistä. Tämä luku toteutuu terveysneuvontapisteiden toimintatilastojen perusteella.

Tavoittaessaan merkittävän osan suonensisäisesti huumeita käyttävistä, terveysneuvontapisteet ovat onnistuneet työssään ja pyrkineet mahdollistamaan sen, ettei yksikään asiakas saisi tartuntaa tietämättömyyttään tai puhtaiden käyttövälineiden huonon saatavuuden vuoksi. Hiv-tartuntojen väheneminen suonensisäisesti huumeita käyttävien keskuudessa on saattanut myös osaltaan parantaa huumeiden käyttäjien statusta ja valaa uskoa marginaaliryhmän käyttäytymisen muutoksen mahdollisuuteen.

Tartuntatautilanteen paranemisen vuoksi huumeiden käyttäjää on entistä hankalampi leimata syrjäytyneeksi, suuren potentiaalinen tartunnan levittäjäksi ja tässä suhteessa raja marginaalin ja muun väestön välillä on kaventunut. Viimeisten vuosien aikana tapahtunut seksivälitteisten hiv-tartuntojen kasvu siirtää riskiryhmäajattelua yhä enemmän niin sanotun tavallisen väestön ja heteroseksitartuntojen suuntaan. Riskit koskevat luonnollisesti myös ruiskuhuumeiden käyttäjiä, jotka ovat edelleen riskissä saada tartuntoja myös seksivälitteisesti. Terveysneuvontatyön myötä suonensisäisesti huumeita käyttäville on annettu tiedolliset ja taidolliset välineet suojata omaa ja muiden terveyttä sekä tuettu heitä

tässä prosessissa. Silti ajatusmuutoksen tapahtuminen ja sen konkretisoituminen on hidasta, eikä sillä saralla työ koskaan lakkaa.

Vaikka haastatteluja tehtiin tätä tutkimusta varten vain 11 pisteessä, niiden tavoittama asiakasmäärä on lähes 90 prosenttia kaikista Suomen terveysneuvontapisteiden asiakkaista. Haastatteluista oli mahdollista havaita pisteiden samanlaisuus mutta myös erilaisuus. Ei ole olemassa yhtä tiettyä toimintamallia tai kehityskulkua joka yhdistäisi kaikkia pisteitä, vaan toimintaan vaikuttavat niin sisäiset asiakastyöstä kumpuavat lainalaisuudet kuin myös ulkoisten puitteiden työlle asettamat reunaehdot.

Vuori (1993) toteaa terveyspalveluiden riittävyttä ajatellen, että jonot ovat tyypillinen riittämättömyyden tai tehottoman organisaation merkki ja että poliittisen päätöksenteon tehtävänä on taata palvelun riittävyys (Vuori 1993). Suurien kaupunkien terveysneuvontapisteissä oli havaittavissa jonoja, joiden todettiin jatkuvasti pitenevän. Jonot johtuivat sekä kasvaneista asiakasmääristä että huumehoidon jonoista, jotka näkyivät terveysneuvontapisteiden arjessa.

Terveysneuvonta on ainakin suurimmissa kaupungeissa siinä mielessä saavutettavaa, että suurella osalla huumeiden käyttäjistä on mahdollisuus käyttää palvelua. Saavutettavuutta ei huononna palveluiden kalleus, sillä ne ovat kaikille ilmaisia, mutta sitä saattaa huonontaa maantieteelliset seikat sekä anonymiteetin vaarantuminen. Terveysneuvontapalvelu on ollut hyväksyttävää, sillä sen asema tartuntatautien vastustamistyössä ja huumeiden käyttäjien tavoittamisessa on virallisesti tunnustettu. Hyväksyttävyyden kriteerit ovat täyttyneet myös asiakaskunnasta päin, joka näkyy kasvavina asiakkuuksina ja palveluun kiinnostumisenä.

5.4. Tartuntatautitestauksen ja rokotusten saavuttavuus

Monissa pisteissä arveltiin noin kymmenesosan asiakkaista testaattavan itseään säännöllisesti. Säännöllinen testeissä käyminen on erittäin hyvä tapa jonka suosiota tulisi pyrkiä kasvattamaan myös muissa asiakkaissa. Jos kuitenkin testiin hakeutumisen takana on aina riskikäyttäytymistä, vähintään kymmenellä prosentilla asiakkaista on todennäköisesti jatkuvaa riskikäyttäytymistä. Huolestuttavasta taustatekijästä huolimatta, säännöllisen testauksen kautta on mahdollista havaita nopeasti mahdolliset epidemiat.

Suomessa ruiskuhomeiden käyttöön liittyvät hiv-tartunnat on todettu keskimäärin vasta 35-vuotiaana, joten säännöllisen testauksen merkitystä nuorille käyttäjille ja uusille asiakkaille on syytä korostaa. Monet totesivatkin, että nuoret ja uudet asiakkaat pyritään saamaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa testeihin ja suojaamaan heidät tarjolla olevilla rokotteilla. Hepatiitti A ja B rokotusten ottaminen yleiseen ohjelmaan kohderyhmälle on selkeästi parantanut rokotuskattavuutta ja vähentänyt tautien ilmaantuvuutta.

Riski-tutkimukseen osallistuneista valtaosa oli käynyt joskus hepatiitti – ja hiv-testeissä ja suurin osa (85–93%) oli testaattanut itsensä viimeisen tai saman kalenterivuoden aikana. Vastaajista hiv-testeissä käyneitä oli 91 prosenttia, hepatiitti C-testissä 88 prosenttia, hepatiitti B-testissä 86 prosenttia ja hepatiitti A-testissä 53 prosenttia. Yli puolella vastaajista oli hepatiitti C-tartunta ja hiv-tartunta oli neljällä prosentilla. (Partanen ym. 2006.)

Joissain pisteissä arveltiin vain murto-osan asiakkaista koskaan käyneen hiv- ja hepatiittitesteissä ja testeissä käyneiden osuuksissa oli suuria paikkakuntaakohtaisia eroja. Lähetteen kautta tapahtuvan testausmahdollisuuden arveltiin olevan merkittävin yksittäinen kynnystä nostava tekijä. Toisaalta niissä paikoissa missä testaus

oli järjestetty paikan päälle, testeissä käyvien osuus asiakkaista saattoi olla aivan yhtä pieni.

Ilmeisesti pelko, haluttomuus tai muut syyt saattavat olla aivan yhtä merkittäviä testikynnystä nostavia tekijöitä kuin puitteisiin liittyvät epäkohdat. Olisi kuitenkin suotavaa että kaikki asiakkaat joilla ei ole todettu hiv- tai hepatiitti C-tartuntaa, yritettäisiin saada käymään testeissä ainakin kerran vuodessa, lisäksi tartunnalle altistumisen jälkeen tai jos huumeita on käytetty useissa eri seurueissa. Kaikissa terveysneuvontapisteissä tulisi pyrkiä järjestämään mahdollisimman kattavaa ja matalakynnyksistä testausta ja tehostaa tai jatkaa sen aktiivista tarjoamista.

Yleistyvät hiv- ja hepatiitti C-pikatestit toivottavasti madaltavat testien tekemisen ja testiin hakeutumisen kynnystä. Testauksen reunaehdoista ja käytännön toteuttamisesta olisi kuitenkin hyvä tuottaa ajantasaistetut suositukset.

5.5. Terveysneuvontatoiminnan koordinaatio

Suomalaiset terveysneuvontapisteet toimivat eri rahoitusten ja eri kaupunkien ehdoilla, eikä toiminnassa ole kaiken kattavaa yhteistyötä tai yhteistä linjaa. Tästä syystä olisi tärkeää, että terveysneuvontapisteet voisivat hyödyntää toistensa osaamista ja kokemuksia omaa toimintaa kehittäessä. Yhteiset tapaamiset ovat lähes mahdottomia pisteiden lukumäärän ja välimatkojen vuoksi. Suurimpien pisteiden henkilökunta käy ulkomaisissa seminaareissa saamassa tietoa haittojen vähentämisen kansainvälisestä kehityksestä. Tämän tiedon eteenpäin vieminen suomalaisessa terveysneuvontakentässä olisi yhtä tärkeää kuin suomalaisten kokemusten vaihtaminen.

Pienten ja suurten paikkakuntien välisissä vastauksissa ei ollut siinä määrin eroja, että niitä olisi tämän piirteen avulla pystynyt erottelemaan. Tyytymättömyys nykyiseen terveysneuvontaan oli suurinta niillä henkilöillä, jotka olivat olleet mukana toiminnassa lähes koko sen historian ajan.

Heidän kommentissaan korostui työn kehittämisen viimeaikainen vaikeutuminen, usein vaativan asiakaskunnan kasvu sekä rahoituksen osalta terveysneuvonnan määräaikaisuus. Määräaikaiset- ja projektirahoitukset loivat selvää tyytymättömyyttä henkilökunnassa eivätkä kannusta tai mahdollista pitkäjänteiseen työskentelyyn. Rahoituksellisesti terveysneuvontatoiminta on turhan monesti määräaikainen projekti, jonka todellinen onnistuminen riippuu kuitenkin ensisijaisesti pysyvyydestä ja pitkäaikaisuudesta.

5.6. Luottamus sosiaali- ja terveyspalveluihin

Monilla asiakkailla oli jossain vaiheessa elämäänsä mennyt luottamus yhteiskunnan sosiaali- ja terveyspalveluihin ja niiden kykyyn auttaa huumeongelmaisia. Monilla oli useampia diagnooseja mielenterveydellisistä tiloista, mutta useasti diagnooseilla ei koettu olevan mitään merkitystä arjen parantumisen kannalta, päinvastoin, monet olivat masentuneet entisestään saadessaan vastauksen ongelmiansa alkulähteestä jääden kuitenkin ilman apua. Useilla oli kokemuksia lasten huostaanotosta kun he olivat yrittäneet hakea apua päihdeongelmaansa. Toiset oli käännytetty hoidoista, koska he olivat myöhästyneet tapaamisista tai eivät olleet kyenneet lopettamaan oheiskäyttöä.

Terveysneuvontapisteeseen tuloa saatettiin arastella, koska pelättiin että poliisi tai joku muu tunnistaa heidät, eikä apteekissakaan asiointi ollut aina miellyttävä palvelukokemus. Henkilökunnan kertoman mukaan, monet asiakkaista olivat peruspalveluiden piirissä aina jotakin liikaa tai liian vähän. He saattoivat olla liian päihtyneitä, liian moniongelmaisia, liian epäluotettavia tai liian pelottavia. Saattoi myös olla, etteivät he olleet tarpeeksi huonokuntoisia saadakseen palvelua, tarpeeksi kohteliaita tullakseen kuulluksi tai heillä oli takana liian vähän käyttöhistoriaa saadakseen hoitoa. Vakavasta verenmyrkytyksestä tai muusta akuutista hoitoa vaativasta tilanteesta huolimatta, osa

kieltäytyi viimeiseen asti hakeutumasta ensiapuun koska eivät halunneet kohdata hoitohenkilökunnan tuomitsevia katseita.

Huumeongelmaisten parempaa ja moninaisempaa palvelua peräänkuulutettiin suurimmassa osassa haastatteluja. Henkilökunta oli monesti sitä mieltä, että vaikka terveysneuvonnan palveluvalikoimaa on mahdollista vielä kasvattaa ja liittää se tiiviimmin huumehoitoihin päin, on loppujen lopuksi peruspalveluiden tehtävä ja velvollisuus kantaa myös oma vastuunsa tämän asiakasryhmän auttamisessa.

5.7. Asiakkaiden luottamus keskeistä

Luottamus vaikutti nousevan suurimmaksi yksittäiseksi tekijäksi terveysneuvonnan onnistumisessa. Kaikissa haastatteluissa korostui luottamuksen tärkeys ja se, kuinka luottamusta rakennettiin ja pidettiin yllä jokapäiväisessä toiminnassa. Terveysneuvonnan ja niin sanotun marginaaliryhmän välille rakentunut luottamus saattaa heijastua myös muuhun ryhmälle oleellisiin palvelujärjestelmän osiin ja sen seuraukset saattavat olla hyvinkin positiivisia.

Huumeiden käyttäjän ja perusterveyden- ja sosiaalihuollon lähentyminen voi kuitenkin olla hidasta, huumeiden käyttäjän palveluita kohtaan kasvaneesta luottamuksesta huolimatta. Kuussaari (2006) haastatteli sosiaali- ja terveystoimen palveluissa työskenteleviä henkilöitä huumeisiin ja huumeiden käyttäjiin liittyvistä mielipiteistä.

Tutkimus osoitti, että huumeisiin ymmärtävästi suhtautuvat mielipiteet kasaantuivat erityispalveluissa työskenteleville, kun taas torjuvammat mielipiteet keskittyivät peruspalveluissa työskenteleville. Kuussaari näki peruspalveluissa työskentelevien toisinaan jopa vihamieliset asenteet huumeiden käyttäjiä kohtaan erityisen haitallisina peruspalveluissa paljon tehtävän ehkäisevän huumetyön toteuttamisen kannalta. (Kuussaari 2006.)

Haastatteluissa kävi ilmi, että peruspalveluissa asenteet huumeiden käyttäjiä ja huumepalveluja kohtaan ovat edelleen negatiivisia. Terveysneuvontapisteiden suhde mediaan vaikuttanut olevan positiivinen ja tasapainoinen. Kuitenkin julkisuudessa näkyessään, terveysneuvontapisteistä toivottiin annettavan monipuolinen ja työn sisältöä laajemmin käsittelevä kuva. Yhteistyö poliisin kanssa vaikuttaa vakiintuneen kohteliaan etäiseksi, joskin paikkakunnittain välit voivat olla erittäin lämpimät. Poliisin pelko ei estä suurinta osaa Suomen ruiskuhomeiden käyttäjistä käyttämästä terveysneuvontapalveluita.

5.8. Pistovälineiden vaihtomäärät

Kuten jo edellä on todettu, toiminta on riittävää siinä määrin, että terveysneuvontapalvelu on saavuttanut suuren osan arvioidusta ongelmakäyttäjien joukosta. Tietynlaista riittämättömyyttä oli kuitenkin havaittavissa esimerkiksi välineille asetettujen kattomäärien suhteen, sillä suurempia määriä toivottiin enemmän kuin mitä oli saatavilla.

Haastatteluiden perusteella asiakkaat olisivat halukkaita vaihtamaan suurempia välinemääriä kuin mitä jotkut terveysneuvontapisteet suostuvat vaihtamaan. Niillä paikkakunnilla missä terveysneuvontapalveluiden saatavuus on rajattu, missä asioi paljon ulkopaikkakuntalaisia, tai missä apteekkimyynti ei ole kattavaa, tulisi ehkä harkita kattorajoitusten poistamista vaihtomääriltä. Vaihtomäärien tarpeen todellista määrää voisi olla mahdollista kokeilla poistamalla rajoitukset esimerkiksi tietyksi ajaksi, josta saadaan käsitys ovatko rajoitukset lainkaan samassa mittasuhteessa tuona aikana vaihdettaviin määriin.

Vaihtomäärien kasvattamisen tarvetta voisi kokeilla myös niin, että säännölliset ja pitkäaikaiset asiakkaat jotka käyvät säännöllisesti testeissä ja saavat rokotuksensa, saisivat mukaansa niin paljon välineitä kuin palauttavat. Rajoitusten poistamista voisi

harkita myös tiettyjen henkilöiden tai ryhmien, kuten kodittomien ja perheellisten kohdalla.

Toimintatilastojen mukaan vaihdettujen välineiden määrän ja paikkakunnan koon välillä ei näytä olevan suoraa yhteyttä. Tilastot osoittavat, että alle 50 000 asukkaan paikkakunnilla vaihdettujen välineiden määrä voi olla nelinkertainen yli 100 000 asukkaan kaupunkiin verrattuna. Suuret paikkakunnat ja suuret pisteet erottautuvat pääsääntöisesti suurilla vaihtomäärillä, mutta pienten ja keskisuurten paikkakuntien vaihtomäärissä linja ei ole yhtä selvä. Sekä 50 000- 100 000 asukkaan paikoilla että alle 50 000 asukkaan paikkakunnilla vaihtomäärät vaihtelevat paljon.

Pienillä paikkakunnilla vaihtelu on muutamasta sadasta vuosittain vaihdetusta välineestä noin kolmeen kymmeneen tuhanteen, keskisuurilla paikkakunnilla parista tuhannesta yli neljään kymmeneen tuhanteen. Paikkakunnan koko ei itsessään kerro vaihdettujen välineiden määrästä, vaan siihen näyttäisi vaikuttavan muun muassa asiakkaiden määrä, aukioloajat ja rajoitukset vaihtomäärissä. Pienilläkin asiakasmäärillä vaihtomäärät voivat olla suhteellisen suuret, mikäli piste on enemmän kuin kerran viikossa auki eikä vaihtomäärillä ole rajoituksia.

Eroavaisuudet annetuissa ja vaihdetuissa määrissä saattavat tuottaa ristiriitaisia viestejä siitä mikä on terveysneuvonnan linja, toive ja päämäärä johon vaihdolla pyritään. Suurin ongelma vaihtomäärien periaatteissa on käyttövälineiden mahdollinen riittämättömyys.

Vaihtorajoitteita voidaan hyvin pitää käytössä siellä missä piste on usein auki, tai jos asiakkaat pystyvät ilman kohtuuttoman suurta vaivaa hankkimaan välineitä myös muualta, esimerkiksi apteekeista. Jos nämä ehdot eivät täyty, välineiden saatavuus voi olla riittämätöntä. Vaihtomäärille asetetuilla katoilla saattaa olla myös taloudellinen merkitys, sillä vaikka ruiskut ja neulat eivät sinänsä ole kalliita, niiden rajaton vaihto voisi

pidemmän päälle nostaa toiminnan kustannuksia.

Rajoitusten poistamisen puolesta puhuvat muiden palveluiden vähäisyys, maantieteelliset etäisyydet, rajoitetut aukioloajat ja se, että monet hakevat käyttövälineitä samalla muille. Toive välinevaihtorajoitusten avulla tapahtuvasta yhä useampien käyttäjien palveluiden piiriin kiinnittymisestä ei kuitenkaan ole itsessään päämäärä, joskin suuret tai kasvavat asiakasmäärät ja -käynnit antavat tietynlaista varmuutta toimintaan. Säännöllisen tavoitettavuuden etuina voidaan nähdä syrjäytymisriskin ja riskikäyttäytymisen väheneminen, joihin matalakynnyksisen terveysneuvonnan avulla pyrittiin puuttumaan.

Ilman matalakynnyksistä terveysneuvontatoimintaa, asiakkaiden tavoittaminen ja ruiskuhuumeiden käyttäjiin saatavat kontaktit rajoittuisivat lähes pelkästään huumehoitoihin. Terveysneuvontapisteiden tilastojen (2005) mukaan pisteissä joissa välineitä vaihdetaan ja annetaan asiakkaan tarpeen mukaan ilman vaatimusta yksi yhteen – vaihdosta, palautusprosentti on monesti suurempi kuin rajoitetun vaihdon pisteessä.

Vuoden 2004 ja 2005 terveysneuvontapisteiden toimintatilastotietojen mukaan ruiskuista ja neuloista palautui 98 prosenttia. Luku voi todellisuudessa olla hieman korkeampi, sillä useat pisteet olivat ilmoittaneet palautusprosentiksi ”yli sata” sen sijaan, että olisivat ilmoittaneet tarkan prosenttimäärän. Yli sadan prosentin palautusmäärät eivät sinänsä ole palautusprosentteja, vaan kertovat kuinka paljon terveysneuvontapisteisiin tuodaan käytettyjä välineitä suhteessa annettuihin. Toimintatilastojen mukaan useiden pisteiden palautusprosentit nousevat vuosi vuodelta, ollen monesti jo lähellä sataa prosenttia.

5.9. Pistovälineiden apteekkimyynnin merkitys

Ruiskuja ja neuloja myyvien apteekkien toivottiin jatkavan myyntiään, niin että ne toimisivat terveysneuvontapisteiden kanssa rinnakkaisina palveluina. Viimeisten arvioiden mukaan 85 prosenttia Suomen apteekteista myy puhtaita ruiskuja ja neuloja huumeiden käyttäjille (Suomen apteekkariliiton hallituksen kannanotto apteekkien roolista huumeidenvastaisessa työssä 2006).

Vaikka prosentuaalisesti apteekkimyynti on kattavaa, monet kaupunginosat tai alueet ovat vailla apteekteista saatavia välineitä. Esimerkiksi Helsingissä keväällä 2007, apteekteista noin 30 prosenttia myi ruiskuja ja neuloja huumeiden käyttäjille ja Espoossa vastaava luku oli 75 prosenttia. Haastatteluiden perusteella pienillä paikkakunnilla kaikki alueen apteekit saattavat myydä käyttövälineitä, mikä on erittäin hyvä terveysneuvontapisteen suppeiden aukioloaikojen- ja maantieteellisten etäisyyksien vuoksi.

Terveysneuvontaa annetaan Suomessa keskimäärin neljä ja puoli tuntia kerrallaan ja aukiolojen pituus vaihtelee yhdestä kymmeneen tuntiin. Suomessa ei ole myöhään illalla tai yöllä auki olevaa pisteettä, vaan pisteet suljetaan yleensä viimeistään kahdeksalta ja monet apteekit lopettavat käyttövälineiden myynnin yhdeksältä. Viikonloppuisin terveysneuvontapalveluita on saatavilla niukasti. Lauantaisin palveluita saa kolmesta-, ja sunnuntaisin kahdesta paikasta, jotka kaikki ovat keskittyneet pääkaupunkiseudulle. Huumeiden käyttäjillä on selkeä tarve saada käyttövälineitä myös viikonloppuisin. Automaattien kannatus haastateltujen keskuudessa oli suurta, sillä ne kattaisivat maantieteellisesti ja ajallisesti pisteiden ulottumattomissa olevia käyttäjiä ja alueita.

5.10. Pistovälineiden todellinen vuositarve

Huumeita, varsinkin buprenorfiinia suonensisäisesti käyttävät pistävät huumetta noin kolme kertaa vuorokaudessa ja tarvitsevat näin ollen kolme puhdasta ruiskua ja neulaa per vuorokausi (Harju ym. 2000b.; Alho ym. 2007; Malin ym. 2006). Vuoden 2005 terveysneuvontapisteiden toimintatilastojen mukaan, asiakas vaihtaa jokaisella käynnillä keskimäärin noin 25 ruiskua ja neulaa (21 vuonna 2004) ja vuoden aikana vaihdettujen välineiden määrä on noin 150 ruiskua ja neulaa asiakasta kohden (170 vuonna 2004, 160 vuonna 2006).

Apteekkimyyntimäärä (620 000 vuonna 2005) mukaan laskien, yksi suonensisäisesti huumeita käyttävä henkilö saa vuodessa noin 200 puhdasta ruiskua ja neulaa. Terveysneuvontapisteistä vuoden aikana annettujen ruiskujen ja neulojen määrä vaihteli vuonna 2006 Mikkelin noin 20 välineestä Kouvolan yli 300 välineeseen asiakasta kohti. Riski-tutkimukseen vastanneet huumeiden käyttäjät kuluttivat noin 40 neulaa kuukaudessa ja ruiskuja hieman vähemmän (Partanen ym. 2006). Riski-tutkimukseen vastanneista monet käyttävät omia välineitään kaksi kertaa, eli jos he olisivat käyttäneet jokaisella pistoksella uusia välineitä, niitä olisi tarvittu noin 80 kappaletta kuukaudessa.

Mikäli asiakas vaihtaa tai saa vuodessa keskimäärin 150 ruiskua ja neulaa, tämä määrä riittää noin kahden kuukauden hygieeniseen pistämiseen. Pistosfrekvenssin pysyessä keskimäärin kahdesta kolmeen kertaan vuorokaudessa, käyttäjä tarvitsee vuoden aikana noin 900 puhdasta ruiskua ja neulaa. Vaihdettujen välineiden määriä ja asiakasmääriä vertaamalla, keskimääräinen käyttäjä saa terveysneuvontapisteestä noin viidesosan siitä käyttövälineiden määrästä, mitä hän tarvitsisi pistääkseen joka kerta puhtaalla ruiskulla ja neulalla. Näin ollen yhtä ruiskua ja neulaa käytetään keskimäärin kuusi kertaa ja noin 80 prosenttia pistoksista tehdään käytetyillä välineillä.

Vuoden 2005 toimintatilastojen mukaan terveysneuvontapisteissä asioi noin 11.800 eri henkilöä ja ruiskuja ja neuloja annettiin noin 1,9 miljoonaa kappaletta (13.500 henkilöä ja 2,2 miljoonaa ruiskua ja neulaa vuonna 2006). Jos jokainen asiakas käyttäisi kahdesta kolmeen puhdasta ruiskua ja neulaa päivittäin, annetun kokonaismäärän tulisi yhteensä olla noin 12 miljoonaa ruiskua ja neulaa.

Vuonna 2005 terveysneuvontapisteiden ja apteekkien yhteensä ulos antama ja myymä ruiskujen ja neulojen määrä oli noin 2,5 miljoonaa. Ongelmakäyttäjien määrään (14.000–19.000) suhteutettuna, käyttövälineiden vuosittainen tarve saattaisi olla noin 12–17 miljoonaa. Vaikka määrät eivät kerro yhteiskäytöstä, eivätkä kaikki pistä kahdesta kolmeen kertaan päivässä, luvut ovat suuntaa antavia sitä ajatellen, ettei jokainen käyttäjä jokaisella pistoskerralla voi todennäköisesti käyttää puhdasta ruiskua ja neulaa.

Terveysneuvontapisteistä ja apteekeista hankittu määrä ei laskelmien perusteella välttämättä riitä kattamaan terveysneuvontapisteiden asiakkaiden -, eikä ongelmakäyttäjien arvioidun määrän puhtaiden pistovälineiden kokonaistarvetta, vaikkakin yhden asiakkaan vuodessa saama ruiskujen ja neulojen kokonaismäärä kasvaa vuosittain. Omien pistovälineiden uudelleen käyttöön liittyy terveysriskejä, eikä nykyinen vaihdettujen puhtaiden välineiden määrä riitä niitä poistamaan.

Välineiden vaihto- ja antamismääriin tai perusteisiin ei ole yhdenmukaista ohjeistusta, kuten ei myöskään määrien kehittämisestä asiakasmäärän ja toiminnan kasvuun suhteutettuna. Vaihtomäärien ja minimissään annettujen välineiden tulisi noudattaa enemmän asiakaskunnan ja tarpeita, jossa huomioon otettavia seikkoja ovat muun muassa aukioloajat, asiakaskäyntien määrät, muut välineiden myymiseen, antamiseen tai vaihtamiseen erikoistuneet palvelut ja niiden saatavuus sekä maantieteellinen sijainti suhteessa asiakaskunnan oleskelualueisiin.

Asiakkaat tarvitsevat hyvin erilaisia välinemääriä, eivätkä määrät ole joka käynnillä samoja.

Asiakkaiden kiinnittyminen voi olla hidasta tai nopeaa ja toiminnan alkuvaiheessa rajoitetut vaihtomäärät toimivat ilmeisen hyvin palveluun kiinnittämisessä. Toiminnan alussa vaihtorajoitukset voivat toimia myös toiminnan oikeutuksena, sillä niiden myötä saadaan tilastoitua jokseenkin suuria käyntimääriä. Toisaalta niissä paikoissa missä rajaton vaihto on alusta asti ollut käytössä, käyntimäärät ovat vähitellen kasvaneet ja tasoittuneet. Ne paikat missä maksimivaihtomääriä oli jossain vaiheessa kasvatettu tai poistettu, asiakkaiden määrä oli pysynyt ennallaan, vaikkakin käyntimäärät olivat useimmiten laskeneet ja vaihdettujen välineiden määrät olivat monesti kasvaneet jopa kymmenillä prosenteilla. Vaihtomäärien periaatteissa tulisi huomioida käyttäjäkunta, pisteen aukioloajat, maantieteellinen sijainti ja muiden pistosvälineitä tarjoavien tai myyvien paikkojen läheisyys, aukiolo ja lähestyttävyyden. Terveysriskien vähentämisen näkökulmasta, puhtaita välineitä tulisi olla saatavilla niin paljon kuin niitä tarvitaan.

5.11. Terveysriskeihin vaikuttaminen terveysneuvonnan ja hoitoonohjauksen avulla

Vertion (2003) mukaan terveysneuvonnan tuloksellisuutta arvioitaessa on tutkimuksissa tavallisimmin mitattu riskitekijöiden tai käyttäytymisen muutoksia intervention jälkeen. Hyvinkin vähäisen neuvonnan on todettu vaikuttavan ihmisten käyttäytymiseen. Hän toteaa, että vaikka terveysinterventioiden tuloksellisuutta on mitattu esimerkiksi sairastavuuden ja kuolleisuuden muutoksilla, itse interventiota ja neuvontaa sen osana on tutkittu huomattavasti vähemmän. (Vertio 2003.)

Tämän haastattelututkimuksen tarkoitus oli nimenomaan tarkastella itse terveysneuvontaa ja sen mahdollisuuksia riskeihin

vaikuttamisessa. Terveysneuvonta on kaiken kaikkiaan sosiaalinen prosessi, jonka tuloksia voidaan pohtia sen menetelmien kautta. Lyhyenkin, asiakkaan ehdoilla tapahtuvan terveysneuvontakohtaamisen voima riskien vähentämisessä oli vastaajien mielestä merkityksellinen. On mahdollista että terveysneuvontapisteessä vakituisesti asioivalla asiakkaalla on enemmän spesifiä tietoa huumeiden käytön riskeistä, niiden välttämisestä ja erilaisista hoitomahdollisuuksista kuin keskimäärin alkoholin suurkuluttajalla alkoholin vaaroista tai tupakoitsijalla tupakan haitoista.

5.11.1. Infektioriskit

Henkilökunnan näkemys oli, että asiakkailla on paljon oikeaa tietoa tartuntariskeistä ja niiden välttämisen tavoista ja tiedon määrä ja laatu kasvaa vuosi vuodelta. Kuitenkin esimerkiksi hepatiitti C:hen liitetään edelleen paljon virheellistä tietoa, jonka muuttamisessa henkilökohtainen neuvonta koettiin parhaaksi keinoksi. Lisäksi vertaisten rooli tiedon eteenpäin viemisessä nähtiin hyvin tärkeänä.

5.11.2. Mielenterveysongelmat

Kaikissa asiakaskunnissa oli runsaasti mielenterveysongelmia. Riski-tutkimukseen osallistuneista 42 prosenttia ilmoitti alkuhaastattelussa kokeneensa mielenterveysongelmia viimeisen puolen vuoden aikana. Mitä pidemmälle seurannassa edettiin, sitä vähemmän mielenterveysongelmia koettiin esiintyvän. (Partanen ym. 2006.) Käypä hoito-suosituksessa todetaan, että huumeongelmaiset joilla on mielisairaus tai vakava mielenterveyden häiriö, kuuluisivat psykiatrisen hoidon piiriin, ja heille tulisi tarjota samanaikaista päihdehoitoa (Käypä hoito. Huumeongelmaisen hoito). Henkilökunnan näkemys kuitenkin oli, että asiakkaat saivat harvoin apua sekä päihde- että mielenterveysongelmaansa.

Mielenterveydellisten ongelmien koettiin olevan yhteydessä suurempiin terveydellisiin riskeihin sekä yleiseen kyvyttömyyteen ja turhautumiseen riskien välttämässä.

5.11.3. Seksiriskit

Kaikissa haastatteluissa nostettiin esille vaikeus puuttua riskikäyttäytymisen osalta seksikäyttäytymiseen. Seksistä saatettiin puhua esimerkiksi tilanteissa jossa asiakkaille tarjottiin kondomeja. Kondomien suosio tuntui vaihtelevan paikkakuntaakohtaisesti, eikä niiden ottamisessa koettu olevan sukupuolieroja. Toimintatilastojen mukaan, terveysneuvontapisteet antavat asiakkailleen keskimäärin 12 kondomia vuodessa.

Suojaamatonta seksiä tiedettiin harrastettavan paljon, eikä ehkäisyyn käyttö ollut yleistä. Suojaamattomasta seksistä koitui sukupuolitautiin lisäksi raskauksia, joihin pyrittiin puuttumaan ehkäisyneuvonnalla sekä ilmaisilla ehkäisytableteilla ja – kapseleilla. Monien raskaaksi tulleiden naisten tiedettiin jatkavan suonensisäistä käyttöä raskauden aikana. Sama ilmiö on havaittavissa Naistenklinikan huume-, alkoholi- ja lääkkeet poliklinikan hoitokokemuksista vuosilta 2002–2005. Kolmannes potilaista käytti suonensisäisiä huumeita raskauden aikana ja yhdeksällä kymmenestä oli raskauden alussa kumppani, joka ei välttämättä ollut tulevan lapsen isä. (Halmesmäki ym. 2007.)

Hiv:n heteroseksitartuntojen mahdollisuus nähtiin asiakaskunnassa kasvavana. Bostonilaisten hiv-positiivisten narkomaanien keskuudessa 38 prosenttia käytti epäsäännöllisesti kondomia ja runsas alkoholin käyttö yhdistyi suurempaan riskiin harrastaa suojaamatonta seksiä (Ehrenstein ym. 2004). Haastatteluissa mainittiin, että päihtymys oli todennäköisesti suurin syy suojaamattoman seksin harrastamiseen. Sekä seksiin - että huumeiden käyttöön liittyvissä riskitilanteissa on kuitenkin paljon sosiaalisia käytäntöjä ja normeja, joiden tutkimisen kautta voidaan pyrkiä muuttamaan näitä tilanteita.

Huumeiden käyttöön liittyvien tartuntariskien epidemiologinen ymmärtäminen voi jättää varjoonsa sen, kuinka riskit käsitetään huumeiden käyttäjän jokapäiväisessä elämässä. Riskien ottamisessa tai

riskitilanteisiin joutumisessa on suurimmaksi osaksi kyse sosiaalisesta kanssakäymisestä ja sen tavoista.

Sosiaalitieteiden kanssa tehtävän yhteistyön kautta voidaan päästä lähemmäksi riskien ymmärtämistä ja niiden tilanteiden ja ympäristöjen kartoittamista missä riskejä tapahtuu. Riskien vähentämisessä tulisi ottaa enemmässä määrin huomioon ne sosiaaliset tilanteet missä pistämistä tapahtuu, kuin että jatkaa ainoastaan ”älä koskaan yhteiskäytä”-viestin turvin. Käyttötilanteita ja riskien hahmottamista tutkimalla voidaan kehittää parempia keinoja riskien vähentämiseksi. (Rhodes 1997; Rhodes ym. 2004; Rhodes & Simic 2005.)

Suomen Hiv- ja Aids-strategialuonnoksessa vuosille 2008–2012 todetaan, että vakiintuneen käytännön mukaan, seksuaaliterveyttä koskeva neuvonta kuuluu matalan kynnyksen toimipisteiden toimenkuvaan. Seksuaaliterveyteen kuuluu tartuntatautiin – ja raskauksien ehkäisy. Turvallisen seksin yhä vahvempi mukaan ottaminen suonensisäisesti huumeita käyttävien erityispalveluiden osaksi on huomattu myös muualla, sillä vaikka pistoskäyttäytyminen on vuosien saatossa muuttunut turvallisempaan suuntaan, samaa kehitystä ei ole tapahtunut seksin osalta (Lindenburg ym. 2006).

5.12. Palveluiden huonosti tavoittamat erityisryhmät

5.12.1. Romanit

Monissa kaupungeissa ”näkyvin” palvelun tavoittamattomissa oleva ryhmä oli romanit. Helsingin Diakonissalaitoksen ylläpitämä päiväkeskus Kaalo on romaneille suunnattu päiväkeskus, jonka tavoitteena on vähentää romaneiden syrjäytymistä normaalista palvelujärjestelmästä ja toimia kulttuuritulkkeina viranomaisyhteistyössä. Kaalon työntekijä on ollut säännöllisesti tavattavissa Itä-Helsingin

terveysneuvontapiste Vinkissä. (HDL Toimintakertomus 2006.)

Romanien todettiin alkavan vähitellen ottaa kontaktia terveysneuvontapisteisiin, mutta tämä kehitys oli nähtävissä vasta muutamassa kaupungissa. Vertion (2003) mukaan käyttäytymisen eteneminen yhteisöissä voi edetä niin, että yhteisössä on ihmisiä jotka omaksuvat ensimmäisinä uuden ajatuksen tai toimintamallin, jonka jälkeen heitä seuraa varhainen ja myöhäinen enemmistö (Vertio 2003). Tämän suuntainen kehitys vaikutti olevan ominaista muun muassa suonensisäisesti huumeita käyttäville romaneille.

5.12.2. Suurkaupunkien lähiöt

Monissa haastatteluissa mainitut palvelun saavuttamattomissa olevat lähiöt käyttäjäryhmineen huolestuttivat henkilökuntaa ympäri Suomea. Kivelä ym. (2006) tutkivat suonensisäisesti huumeita käyttävien hiv-epidemian kehitystä Helsingin alueella. He havaitsivat, että huumeenkäyttäjät asuivat ja käyttivät huumeita tietyillä alueilla ja tietyissä ryhmissä ja hiv-tartunnat keskittyivät sosiaalisesti syrjäytyneisiin ryhmiin ja maantieteellisesti alueille joissa oli paljon työttömyyttä ja keskimääräistä huonompi elintaso. Huomionarvoista on erityisesti se, että 40 prosentilla hiv-positiivisista huumeenkäyttäjistä ei ollut kontaktia Helsingin keskustaan jossa terveysneuvontapalveluita olisi ollut saatavilla. (Kivelä ym. 2006.)

Haastatteluiden perusteella muodostui käsitys, että on olemassa paljon kaupunkeja ja kaupunginosia joista käyttäjäryhmät eivät liiku muualle, eivätkä nykyiset palvelut voi sellaisenaan heitä tavoittaa.

5.12.3. Satunnaiskäyttäjien leimautumisen pelko

Malin (2006) on pohtinut syitä terveysneuvontapisteiden palveluiden ulkopuolelle jäämisestä. Hänen haastattelemien vertaistyöntekijöiden kertomat

syöt vastaavat hyvin niitä mitä terveysneuvontapisteiden henkilökunta nosti haastatteluissa esiin. Satunnaiskäyttäjät eivät halua asioida pisteessä lähinnä muiden paikalla olevien käyttäjien ja narkomaaniksi leimautumisen vuoksi. Leimautumisessa voi olla kyse sekä muiden – että omissa silmissä leimautumisesta. Haluttomuus kiinnittyä asiakkaaksi voi johtua myös ilmeisen yleisestä viranomaispelosta.

Haastatteluissa mainittiin, että yleisimmät viranomaispelot liittyivät poliisiin ja lastensuojeluun. Jotkut huumeiden käyttäjät voivat mieltää terveysneuvontapisteiden olevan epäluotettavia, sillä ne tekevät yhteistyötä eri viranomaisten kanssa. Myös luulo siitä, että terveysneuvontapiste antaa asiakkaiden tietoja eteenpäin, oli ilmeisen suuri. (Vrt. Malin 2006.)

5.13. Toimintaraportoinnin uudistamistarpeet

Terveysneuvontapisteet lähettävät vuosittain tiedot tärkeimmistä toiminnan indikaattoreista Stakesille ja Kansanterveyslaitokselle. Indikaattorien perustella voidaan seurata vaihdettujen välineiden-, asiakkaiden- ja asiakkuuksien määrää, sekä tehtyjen testien- ja rokotusten määrää. Terveysneuvontapisteitä on pyydetty lisäksi laatimaan vuosiraportti toiminnastaan, joka liitetään tärkeimpien tilastotietojen yhteyteen. Toimintakertomukset antavat tärkeää tietoa terveysneuvontapisteiden kuulumisista, mutta vaikuttavat vuosien saatossa muotoutuneen ehkä liialti vakiintuneiden toimintojen läpi kertaamiseen.

Toimintakertomuksissa on lisäksi suuria eroja. Siinä missä iso terveysneuvontapiste voi kirjoittaa kymmenien sivujen raportin, saattaa pieni piste kirjoittaa toiminnastaan vain muutamalla rivillä tai olla kirjoittamatta raporttia ollenkaan. Raporttimallia tulisikin mahdollisesti uudistaa niin että siinä olisi liikkumavaraa. Tarkoituksena ei ole tehdä raporttimallista pidempää tai lisätä jo olemassa olevaan runkoon lisää tietoa toiminnasta, vaan muuttaa se vastaamaan paremmin juuri sen

terveysneuvontapisteen vuoden tapahtumia. Oleellisten asioiden kertominen tekstin pakkotuottamisen sijaan, vaikka hieman lyhyemminkin, tuottaisi arvokasta tietoa pisteen arjesta.

Haastatteluissa esille tulleita asioita, pelkoja, onnistumisen ja epäonnistumisen tunteita tai erinäisten uusien projektien pohtimista ei löydy nykyisistä toimintakertomuksista. Liioin sieltä ei myöskään löydy tunteita toiminnan kehittämisestä tai haasteista, joiden lähtökohdat ovat asiakkaita tai toiminnassa itsessään. Olisikin suotavaa, että toimintaraporteissa tuotaisiin rohkeasti esiin kommentteja sen vuoden aikana askarruttaneista seikoista, tehdyistä projekteista ja niiden onnistumisesta.

Uudistuksia tai kehittämisen arvoisia ehdotuksia tai kokemuksia ei tarvitse listata listaamisen vuoksi, mutta ei myöskään jättää kertomatta esimerkiksi rahoituksen saamattajäämisen pelossa.

5.14. Vertaistoiminnan ja etsivän kenttätyön kehittämisen tarpeet

Vertaistoimintaa voidaan käytännössä toteuttaa kolmella tasolla. Näistä ensimmäinen on vertaistukea (peer support), jossa asiakkaat vaihtavat ajatuksia ja kokemuksia huumeisiin liittyvistä asioista. Toinen taso on vertaiskoulutus (peer education), jossa asiakkaita koulutetaan terveysneuvonnan tutoreiksi, tarkoituksena viedä terveysneuvontatietoa omiin tuttava-verkostoihin.

Suomessa vertaiskoulutuksia, niin sanottuja Lumipallo-koulutuksia, on järjestetty vuodesta 2001 lähtien. Osallistujat saavat kurssin suorittamisesta todistuksen. Kolmas vertaistoiminnan taso, niin sanotut helpperit tai jobistit (peer work) ovat Lumipallo-kurssin käyneitä huumeiden käyttäjiä, joille räätälöidään terveysneuvontapisteessä tai kentällä toteutettava työtehtävä. (Malin 2006a.) Vertaistoiminta on kasvattanut

suosiotaan myös suomalaisessa haittojen vähentämisessä ja sen roolin arveltiin kasvavan merkittävästi.

Vertaistyön lisäämisen ohella, monet mainitsivat etsivän kenttätyön kasvattamisen tarpeen olevan suuri, erityisesti vaikeasti syrjäytyneiden ja nuorten käyttäjien tavoittamisessa. Svensson (2003) toteaa, että onnistuneen etsivän kenttätyön perustana voidaan pitää jatkuvuutta ja säännöllisyyttä. Vaikka uusia kontakteja ei vähään aikaan syntyisi tai kohderyhmä ei osoittaisi kiinnostusta annetusta viestistä ja palvelusta, on tärkeää olla paikalla säännöllisesti. Jatkuvuuden ja säännöllisyyden vaatimukseen liittyy myös luottamus, jonka rakentuminen voi olla hidasta. (Svensson 2003.) Siellä missä kenttätyötä oli tähän mennessä tehty, koettiin sen suurimpana ongelmana rahoituksen ja muiden resurssien rajallisuus, epäsäännöllisyys ja määräaikaisuus.

5.15. Hepatiitti C-tartuntojen ehkäisyn haasteet

Terveysneuvonnalla on selvästi ollut vaikutusta pistoskäyttäytymiseen liittyvien riskien vähentämisessä erityisesti hiv:n kannalta, mutta vaikutus on vaikeampaa selkeästi osoittaa hepatiitti C:n kohdalla. Tapausmäärät ovat laskeneet huippuvuosista, mutta kehitys on suhteellisen hidasta ja tapausmäärät yhä varsin korkeita. Tartunnan saaneiden määrä kaikkein nuorimmassa, 15-19 vuotiaitten ikäryhmässä, on kuitenkin viimeisten vuosien aikana kääntynyt selvään laskuun, mikä on hyvä merkki.

Perussyy hepatiitti C:n ilmaantuvuuden hitaaseen laskuun on epidemiologinen: C-hepatiitti ehti saavuttaa käyttäjien joukossa hyvin korkean esiintyvyyden jo 1990-luvun alussa, ja mahdollisesti jopa tätä aiemmin. Koska esiintyvyys on käyttäjien keskuudessa yleisesti yli 50 %, kokonaisriski tartunnan kohtaamiseksi on satunnaisessakin yhteiskäyttötilanteessa hyvin korkea. Tästä syystä mikä tahansa interventio jonka kattavuus ja suojavaikutus ei ole lähellä 100 %

voi vaikuttaa tapausmääriin vain hitaasti. Näinollen hepatiitti C-epidemian ehkäisyssä on varauduttava pitkäjäniseen työhön.

Toisena syynä voi myös olla, että hepatiitti C tarttuu herkemmin muiden yhteisten käyttövälineiden, kuten liuotuskuppien ja filttereiden kautta eikä tätä viestiä ole vielä täysin sisäistetty. Rhodes ym. (2004) toteavat, että haittojen vähentämisen käytäntöjä tulisi mitä pikimmiten suunnata hepatiitti C:n ehkäisyn kannalta tehokkaampaan torjuntaan. Tutkimus lontoolaisten ruiskuhuumeiden käyttäjien riskien hallinnasta osoitti, että hepatiitti C-tartunta mielletään yleiseksi ja väistämättömäksi tulokseksi pistämisellä tapahtuvasta huumeiden käytöstä. (Rhodes ym. 2004.)

Muita hepatiitti C:n leviämistä edesauttavia havaintoja Rhodesilla ym. (2004) oli haastateltujen epätietoisuus ja epävarmuus hepatiitti C:tä koskevasta tiedosta. Tartuntariskit so. missä tilanteessa tartunta voi tapahtua, eivät olleet selviä, kuten ei myöskään käsitys hepatiitti C:n terveydellisistä seurauksista. Epätietoisuutta ilmeni myös siitä mitä HCV-vasta-ainetestin tulos tarkoittaa. Haastatellut huumeiden käyttäjät kokivat, että positiivista hepatiitti C-testitulosta vähäteltiin käyttäjien keskuudessa ja pidettiin vakavuudessa toissijaisena hiv:hen verrattuna. Haastatellut kokivat että puhtaiden välineiden saatavuus oli hyvä ja suurin osa heistä ilmoitti, ettei koskaan käytä yhteisiä ruiskuja ja neuloja. Jakamiseen liittyi kuitenkin paljon tilanteita, joissa välineiden jakamista ei katsottu jakamiseksi, vaan siihen liittyi sosiaalisia, moraalisia ja ympäristöllisiä elementtejä, jotka lievensivät tai poistivat ajatuksen välineiden suoranaisesta jakamisesta.

Tärkein havainto Rhodesin tutkimuksessa oli, että hepatiitti C käsitetään suhteessa hiv:iin ja siihen liittyvistä riskeistä tiedottaminen on tuotu alun perin hiv:iin keskittyneeseen riskikehikkoon. Tämän suhteellisen riskisuhteen voidaan arvella heikentävän käsityksiä hepatiitti C:hen liittyvien riskien

vähentämisestä. Suurin osa haastatelluista ei kokenut hepatiitti C:tä suonensisäisen käytön suurimmaksi vaaraksi, vaan virustartunnoista hiv nähtiin suurimpana uhkana. (Rhodes ym. 2004.)

Samansuuntaisia tuloksia voidaan nähdä terveysneuvontapisteiden haastatteluiden perusteella ja todeta, että hepatiitti C:tä verrataan usein hiv:hen, hiv on myös suomalaisten huumeiden käyttäjien pelätyn tartunta ja hepatiitti C:hen liittyy edelleen paljon epätietoisuutta.

Uusien hepatiitti C-tartuntojen lasku osoittaa, että suunta on positiivinen, vaikka tartuntoja löydetään edelleen vuosittain lähes tuhat. Yleisyytensä ja suuren tartuttavuutensa vuoksi hepatiitti C-tartuntojen määrä suonensisäisten huumeiden käyttäjien keskuudessa on ympäri maailmaa suurempi kuin hiv:n. Koska hepatiitti C tarttuu seksivälitteisesti verraten huonosti, valtaosalla sen kantajista on todennäköisesti ollut jonkinlaista riskiä suonensisäiseen käyttöön tai muuhun verialtistukseen liittyen. Koska hepatiitti C-testausta ei suinkaan tehdä kaikissa terveysneuvontapisteissä, on mahdollista, että monet saavat ja levittävät tartuntaa siitä tietämättä.

Liittyykö hepatiitti C-tartuntojen leviäminen siihen, että yhteiskäytetään sellaisia tarvikkeita joiden yhteiskäytön tartuntariskiä ei mielletä, kuten jaetaan huumeannos ruiskusta toiseen poistamalla vastaanottajan ruiskusta mäntä tai neula²⁰ tai jaetaan valmis annos samasta ruiskusta? On myös mahdollista, että eri huumeiden käytössä yhteiskäyttöä esiintyy eri välineiden kohdalla ja että esimerkiksi buprenorfiinin käyttäjät jakavat useammin filttareita kuin amfetamiinin käyttäjät. Vain ottamalla selvää todellisista huumeiden käyttötilanteista, voidaan pyrkiä ymmärtämään miksi hepatiitti C jatkaa leviämistään, vaikka riskikäyttäytymisen vähenemisestä on selviä viitteitä.

²⁰ Backloading and frontloading

Turun terveysneuvontapiste Millissä vuonna 2005 tehdyssä asiakaskyselyssä kysyttiin asiakkaiden tavasta käyttää useaan kertaan omia käyttövälineitä. 41 prosenttia vastasi käyttävänsä päivittäin omia käytettyjä välineitä. Tämän tiedon myötä asiakkaille alettiin aktiivisesti painottaa että ruiskut ja neulat ovat kertakäyttöisiä ja jokaisella pistoksella tulisi käyttää puhtaita välineitä. Kertakäyttöisyyden korostamisen myötä, seuraavan vuoden kyselyssä omia käytettyjä välineitä käytti enää 27 prosenttia ja 53 prosenttia vastaajista ilmoitti, ettei koskaan käytä toisten välineitä. Ruiskujen ja neulojen yhteiskäyttöön liittyvän tartuntariskin lisäksi on syytä huomioida useaan kertaan käyttämiseen liittyvät bakteeriperäiset haitat, joita saadaan vähennettyä puhtailla ja vain kerran käytettävillä välineillä sekä käyttämällä filtriä vain kerran. Välineiden kertakäyttöisyyden korostaminen on vähentänyt huomattavasti asiakkailta ilmenevien tulehdusten määrää.

Kertakäyttöisyyteen siirtyminen näkyi myös Riski-tutkimuksessa, jossa vastanneet käyttivät omia käytettyjä välineitään tyypillisimmin kaksi kertaa ja puolentoista vuoden kuluttua tehdyssä loppuhaastattelussa enää vain kerran (Partanen ym. 2006, 47).

5.16. Terveysneuvonnan todelliseen tarpeeseen perustuva alueellinen kattavuus

Terveysneuvonnan kattavuutta ja huumeiden käyttäjien saavuttamista ajatellen on erityisen tärkeää että palveluita on saatavilla siellä missä huumeiden käyttäjiä on. Pienillä paikkakunnilla terveysneuvontatoiminnan järjestäminen voi olla hankalaa tekijöiden ja toteuttajien puutteen vuoksi. Toiminnan aloittaminen voi myös vaikeutua jos toiminta kokee paljon vastustusta kansalaisilta tai päättäjiltä. Siitä syystä toimintaa suunniteltaessa tarvitaan monen tahon yhteistyötä. Pienillä paikkakunnilla terveyskeskus saattaa olla luonnollisin paikka antaa palvelua ja henkilökunnalle on taattava

koulutusta ja tukea toiminnan onnistumiseksi. Terveysneuvontapisteiden henkilökunta antaa tarvittaessa apua ja neuvoja toisilleen.

Ongelmakäyttäjien määrän arviot vuodelta 2005 osoittavat, että Itä-Suomen -, Oulun - ja Lapin läänissä arvellaan olevan 2000–3800 ongelmakäyttäjää. Vaikka määrä olisi todellisuudessa pienempi, alueiden terveysneuvontapistet tavoittavat tällä hetkellä korkeintaan 5 prosenttia alueen ongelmakäyttäjistä.

Vaikka Lapin läänissä on ollut pyritty saamaan terveysneuvontatoimintaa järjestettyä, vuonna 2006 siellä ei ollut yhtäkään terveysneuvontapistettä ja Oulun läänissä toimi vain yksi terveysneuvontapiste. Itä-Suomen läänissä terveysneuvontapisteitä on pyritty perustamaan suurimpiin kaupunkeihin ja niiden tavoitettavuus on näistä kolmesta läänistä paras.

Ahvenanmaan maakunnan ongelmakäyttäjistä ei ole arviota, eikä siellä ole terveysneuvontatoimintaa. Monelta muultakin pääosin Ruotsinkieliseltä alueelta terveysneuvontatoiminta puuttuu kokonaan. Terveysneuvontapisteiden verkosto ei ole koko maan kattava ja alueittain palveluiden saatavuudessa on suuriakin, tartuntojen mentäviä aukkoja.

5.17. Käyttäjien määrien selvittäminen alueellisesti tarpeen

Alueellisten riskien käsittely olisikin saatava nykyistä selkeästi paremmin hallintaan. Tätä varten olisi syytä toteuttaa paikallisia, tietoon perustuvia arvioita todellisista pistämällä huumeita käyttävien määristä ja kehitettävä terveysneuvontatoimintaa sen pohjalta.

Huumehoideon tai terveys- ja sosiaalitoimen asiakas- ja toimintatilastot eivät käytön salailun takia yleensä erillisinä tarkasteltuina tuota tähän tarpeeseen tarvittavaa tietoa ongelman todellisesta alueellisesta laajuudesta. Niiden tuottamaan arviotietoon

nojaaminen voi herkästi johtaa ”pääpensaaseen”-ajatteluun joka voi kostautua piilossa olleiden riskien joskus toteutuessa. Siksi muita, kohdennettuja keinoja todellisen riski- ja käyttötilanteen selvittämiseksi tulisi käyttää. Tällaisia menetelmiä ovat oikein toteutettuina esim. anonyymit kyselytutkimukset ja capture-recapture-tyyppiset alueelliset selvitykset.

Ilman tietoon perustuvaa arvioita pistovälineiden vaihdon tarpeesta tartuntatautiasetuksen asettama velvoite terveysviranomaisille ei täyty.

5.18. Vankilat

WHO kehottaa vankiloita tarjoamaan toimivat pisto- ja tatuointivälineiden desinfiointimenetelmät sekä riittävästi tietoa ja koulutusta, jos puhtaiden pistovälineiden vaihto koetaan tarpeettomaksi tai mahdottomaksi. Desinfiointi on kuitenkin hidasta, eikä sen oikeaoppisesta käytöstä ole varmuutta. Näin ollen puhdistuksen puutteellinen käyttö voi synnyttää väärää turvallisuudentunnetta ja desinfiointia voidaan pitää vain toiseksi parhaana vaihtoehtona verrattuna vaihto-ohjelmiin. (WHO 2004; WHO 2005.)

Rikosseuraamusviraston toteuttama, 700 vankia käsittänyt otantatutkimus osoitti, että vangeista noin 50 prosentilla on hepatiitti C (Rikosseuraamusalan vuosikertomus 2006). Hiv:n esiintyvyys vankiloissa on vain muutaman parin prosentin luokkaa, joten vankiloiden tartuntaesiintyvyydet vastaavat lähes täysin ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa yleisesti esiintyviä määriä. Kuitenkaan tietoa siitä, kuinka moni saa tartunnan vankilassa ollessaan, ei ole.

Vuonna 1995 vangeille tehdyissä haastatteluissa kävi ilmi, että 70,1 prosenttia vangeista oli joskus käyttänyt laittomia huumeita, 27,7 prosenttia oli käyttänyt vankilassaoloaikana ja 21,7 prosenttia oli aloittanut käytön vankilassaoloaikana. Vastajista 19,2 prosenttia kertoi käyttäneensä huumeita suonensisäisesti ja 10,7 prosenttia

oli pistänyt vankilassa ollessaan. (Korte ym. 1998.)

Kansanterveyslaitoksen koordinoima vankiloiden tartuntatautiriskejä selvittänyt raportti vuodelta 1999 osoitti, että haastatelluista vangeista (n=552) noin 50 prosenttia oli käyttänyt huumeita suonensisäisesti. Heistä 52 prosenttia oli pistänyt vankilassaoloaikanaan ja 7 prosenttia oli pistänyt ensimmäistä kertaa vankilassaoloaikanaan. Vankilassaoloaikanaan käyttövälineiden yhteiskäyttöä oli ollut 47 prosentilla ja viimeisen pistoksen yhteydessä noin 43 prosentilla. Suurimalla osalla suonensisäisesti käyttävistä oli ollut vähintään kaksi suonensisäisesti huumeita käyttävää seksikumppania (45 %). Vuonna 1999 vankiloissa saatiin 33 positiivista hiv-testitulosta. (Kansanterveyslaitoksen tutkimuksia 1999; Vankeinhoillon vuosikertomus 1999, 48).

Kansallinen hiv/Aids-strategia vuosille 2002–2006 asettaa vankiloiden osalta hiv-tartuntojen ehkäisyn tavoitteeksi alentaa hiv-testaukseen ja neuvontaan hakeutumista, sekä uusien toimintatapojen käyttöönottoa neulojen ja ruiskujen yhteiskäyttöön liittyvän suuren infektioriskin pienentämiseksi (Strategia 2002, 19). Vuonna 2005 hiv- ja hepatiittitartuntoja torjuttiin vankiloissa terveyskasvatuksella ja varmistamalla suojautumismahdollisuudet tartunnoilta. Jokaiselle vangille jaettavassa hygieniapakkauksessa on ohjeet kondomin käytöstä sekä pistosvälineiden puhdistamisesta ja hävittämisestä, sekä henkilökohtaiset desinfektio-ainekkeet.

Erityisesti ruiskuhuumeita käyttäneiden hiv-testiin hakeutumista kannustetaan. Vuonna 2005 tehdystä 1073 testistä uusia tartuntoja löytyi kaksi kappaletta. (Kriminaali- huoltolaitoksen ja vankeinhoitolaitoksen vuosikertomus 2005, 48.) Suomen kansallinen hiv/Aids-strategia vuosille 2008–2012 korostaa, että infektioiden ehkäisystä vangeilla olisi tärkeää ehkäistä vankilan sisällä tapahtuvat tartunnat esimerkiksi antamalla mahdollisuuden puhtaiden pistosvälineiden

käyttöön (Suomen kansallinen hiv/Aids-strategia 2008–2012).

Kansanterveyslaitoksen keräämien tilastojen mukaan, vankiloissa vuosina 1999–2005 tehdyistä noin 11 000 pikatestistä 45 kappaletta oli positiivisia. Hiv-positiivisista ruiskuhuumeiden käyttäjistä, joita syksyyn 2007 mennessä oli todettu 324 kappaletta, 14 prosenttia on tavoitettu vankiloissa tapahtuvan testauksen kautta, joten vankiloissa toteutettu testaus on ilmeisen tehokas väylä löytää tartuntoja. Toisaalta osa tartunnoista saattaa olla aikaisemmin testattu ja todettu jo muualla.

Riski-tutkimukseen haastatelluista huumeiden käyttäjistä 38 prosenttia ilmoitti alkuhaastattelussa olleensa joskus vankilassa (Partanen ym. 2006). Haastatteluiden perusteella vankilatuomiot ovat hyvin yleisiä terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa ja mitä pidempi on huumeiden käytön kesto, sitä suuremmalla todennäköisyydellä henkilö on saanut vähintään yhden vankilatuomion. Vankiloiden tartuntariski koettiin pääsääntöisesti kaikissa haastatteluissa suuremmaksi kuin vapaudessa. Suurin osa henkilökunnasta toivoi puhtaiden välineiden vaihtomahdollisuutta myös vankiloihin.

5.19. Tarve ohjaaville suosituksille terveysneuvonnan sisällöstä ja puitteista

Arviointitutkimus osoitti että ruiskuhuumeiden käyttäjien matalan kynnyksen terveysneuvontapisteiden toiminta pohjimmiltaan yhä perustuu niihin malleihin jotka 1990-luvun lopulla kehitettiin. Alkuperäinen malli on osoittanut toimivuutensa sille asetettujen tavoitteiden saavuttamisen suhteen ja sitä sovelletaan useimmissa terveysneuvontapisteissa, mutta luonnollisesti toiminta on myös sisällöllisesti kehittynyt ja monipuolistunut.

Tämä on osittain johtanut siihen, että terveysneuvontapisteet ovat kehittäneet osaa palveluvalikoimastaan myös eri suuntiin eri puolella maata. Tämä on monesti takoituksenmukaista, koska tarpeet voivat vaihdella paikkakunta- ja asiakaskunta-kohtaisesti. Samanaikaisesti erilaistumisessa on vaarana että toiminta poikkeaa pidemmän ajan kuluttua niin merkittävästi alkuperäisistä tavoitteista että se ei täytä terveysneuvontapisteiden toiminnalle asetettuja alkuperäisiä tavoitteita. Pahimmassa tapauksessa tämä voi merkitä sitä että tartuntatautilain asetuksen tarkoittamaa ruiskuhuumeidenkäyttäjien terveysneuvontapistetoinnaksi kutsutaan jotain joka oikeasti on jotain aivan muuta. Tällä voidaan tavoitella asetuksen antaman velvoitteen muodollista täyttämistä.

Merkkejä siitä että kehitys on menossa tähän suuntaan on onneksi vielä vähän, mutta joillakin paikkakunnilla on esimerkiksi pistovälineiden apteekkimyynti ja toisissa tapauksissa taas terveysneuvonta ilman pistovälinevaihtoa tulkittu tällaiseksi. Kumpikaan ei ole toimintaa joka täyttää ruiskuhuumeidenkäyttäjille suunnatun terveysneuvonnan alkuperäiset määritelmät.

Siksi olisi tarpeen julkaista selkeät vähimmäissuositukset ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan sisällön ja puitteiden kriteereistä. Tämä auttaisi paitsi varmistamaan toiminnan sisällön laadun myös toiminnan aloitusvaiheen suunnittelutyötä. Selvää on että kriteerit ja suositukset on laadittava siten että niiden soveltaminen on mahdollista riippumatta paikkakunnan koosta ja huomioon paikallinen ongelmakäyttäjätilanne. Kriteereihin tulisi sisältyä sekä välttämättömät toimintaa määrittävät toiminnot ja puitteet sekä valinnaisia osioita joita voidaan soveltaa tarvelähtöisesti harkiten.

Suosituksien laatiminen olisi syytä tehdä joko STM:n tai sen alaisen asiantuntijalaitoksen koordinoimassa asiantuntijajatyöryhmässä.

6. KIITOKSET

Kiitos tämän raportin valmistumisesta kuuluu monille. Ennen kaikkea kiitoksen ansaitsee terveysneuvontapisteiden henkilökunta ympäri Suomea.

Terveysneuvontapisteiden keskeisten toimintojen systemaattinen tilastointi ja tiedon vuosittainen raportointi sekä pitkäjänteinen yhteistyö ovat olleet ensiarvoisen tärkeitä suomalaisen terveysneuvonnan ymmärtämisen ja kehittämisen kannalta.

Työntekijöiden tieto terveysneuvonnasta ja taito sen soveltamiseen ovat korvaamaton voimavara sekä päihdepalveluiden kentällä että tartuntariskien vähentämisessä. Erityinen kiitos kuuluu kaikille niille tätä raporttia varten tehtyihin haastatteluihin osallistuneille terveys-neuvontapisteiden työntekijöille. Pitkien ja antoisien haastatteluiden myötä terveysneuvonnan olemus avautuu nyt laajemmin myös suurelle yleisölle.

Lisäksi kiitos kuuluu yhtäläisesti terveysneuvontapisteiden asiakkaille, ruiskuhuumeita käyttäville. He ovat itse toiminnallaan terveysneuvontapisteissä osoittaneet että huumeita käyttävät välittävät sekä omasta että muiden terveydestä. Tästä on osoituksena asiakkaiden voimakas halu suojata sekä itseään että muita tarttuvilta taudeilta ja myös osallistuminen erilaisiin kyselyihin ja tutkimuksiin jotka palvelevat yhteisiä kansanterveydellisiä tavoitteita. Tämän soisi hälventävän käyttäjiin liittyviä stereotyyppisiä ennakoasenteita entisestään.

Myös alkuperäiset terveysneuvontahankkeen kehittäjät valtionhallinnossa ja kansalaisjärjestöissä ansaitsevat kiitoksen. Näitä edelläkävijöitä löytyi mm. A-klinikkasäätiön, Helsingin Diakonissa-laitoksen, Sosiaali- ja terveysministeriön, Kansanterveyslaitoksen ja STAKESin asiantuntijoiden ja virkamiesten joukosta.

Ilman heidän avointa suhtautumistaan ja taisteluaan monasti luutuneita asenteita vastaan, toimintaa ei varmasti olisi aikanaan saatu käyntiin. Ilman pioneerien paitsi vakaaseen tieteelliseen näyttöön, myös humanitaariseen ajatteluun, perustuvaa vakaumusta terveysneuvontatyön ehdottomasta tarpeellisuudesta, hiv-epidemia ja muut tartuntataudit olisivat levinneet käyttäjien keskuudessa huomattavan laajalle, aiheuttaen mittaamattoman paljon henkilökohtaista kärsimystä.

Kiitos kuuluu myös niille kuntien ehkäisevän terveydenhuollon ja terveyden edistämistyön päättäjille jotka ovat ymmärtäneet käyttäjien keskuudessa tehtävän ehkäisevän työn arvon ja olleet valmiita rahoittamaan toimintaa pilottihankkeiden jälkeen. Ehkäistyy kärsimykseen suhteutettuna investoinnit kohdennettun työhön ovat joka euron arvoisia.

Tutkimuksen suorittamiseen, raportin tuottamiseen sekä käänös- ja painatustöihin on saatu Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämää Terveyden edistämisen määrärahaa vuonna 2006 ja 2007 (Osahanke: Huumausaineiden käyttöön liittyvien tartuntatautien torjunnan hankkeen arviointi; hankenumerot 142/KTL/TE/2007 ja 019/TRO/TE/2006).

Hanke on ollut osa laajempaa KTL:n koordinoimaa ja poikkitieteellistä ohjelmaa koskien huumausaineiden käytön ehkäisyä ja käyttäjien hoidon kehittämistä.

7. LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

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 users: Do we know what really works? Presentation at HIV Net Conference 2006. Bergen, October 19th, 2006. www.cih.uib.no/FCKeditor/upload/File/Amundsen%20HIV%20Net%20Conference%20Bergen%2006.pdf. [Viitattu 2.2.2007]

Annala, T. (1998) Huumeidenkäyttäjät apteekkien asiakkaina – tulokset apteekkikyselyistä 1997 ja 1998. *A-klinikkasäätiön moniste* 12/1998.

Bastos, F.I.; Strathdee, S.A. (2000) Evaluating Effectiveness of Syringe Exchange Programmes: 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. Elektroninen terveyskirjasto. Osoitteessa: 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 No. 4: Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of AIDS. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2003) Teemana huumeet. Hepatiitti C – piilevä epidemia. Marras-joulukuu 2003.

EMCDDA (2004) Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7.

EMCDDA (2006) Vuosiraportti 2006. Huumeongelma Euroopassa. Euroopan huumeaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Lissabon.

Eskola, J ja Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 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. Huumeaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisu* 42. Helsinki 1992.

Hakkarainen, P. & Tigerstedt, C. (2002) Ristiriitojen huumeepolitiikka – huumeongelman normalisaatio Suomessa. Teoksessa Heikkilä, M., Kautto, M. (toim.).

- Suomalaisten hyvinvointi 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. Suomen Lääkärilehti 11/2007 vsk 62: 1151–1154.
- Harju, O., Holopainen, A. & Annala, T. (2000a) Huumeidenkäyttäjät apteekkien asiakkaina vuosina 1997–1999. A-klinikkasäätiön moniste 22/2000.
- Harju, O., Ovaska, A. & Holopainen, A. (2000b) Selvitys Terveysneuvontapiste Vinkin asiakkaista. A-klinikkasäätiön moniste 23/2000.
- Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T., Syysmeri, L. (1994) Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena. Helsinki, Kirjayhtymä 1994.
- Heikkinen, M. (2003) Sosiaaliset tekijät ja terveys. Teoksessa Kimmo Koskenvuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim.
- Helne, T. (2002) Syrjäytymisen yhteiskunta. Stakes, Tutkimuksia 123. Helsinki 2002.
- Helsingin Diakonissalaitoksen vuosikertomus 2006. Osoitteesta: <http://www.hdl.fi/liitteet/hdl-00010414-33.pdf>. [24.10.2007].
- Hepatiittirokotukset yleisen rokotusohjelman osana. Kansanterveyslaitoksen suositus vuonna 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja C1/2005. Helsinki.
- Hermanson, T. (2001) Mitä mahdollisuuksia opioidiriippuvaisten hoidossa? Suomen Lääkärilehti 2001; 46 vsk 56: 4763–4766.
- Hermanson, T. & Järvinen, P. (2003) Schengen-sopimus lopetti buprenorfiinin hankkimisen Ranskasta. Huumaavien lääkkeiden kuljettamiseen Schengen-maiden välillä tarvitaan apteekin kirjoittama todistus. Suomen Lääkärilehti 5/2003 vsk 58: 549–551.
- Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M & Sirola, K. (toim.). Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. 2002. WSOY, Helsinki.
- Holopainen, A. (1999) Päihdyttävien aineiden sekakäyttö opioidiriippuvaisten hoidon ongelmana. Teoksessa Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. Konsensuskokous 1.-3.11.1999. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim & Suomen Akatemia. Vammala 1999.
- Holopainen, A. Pääkaupunkiseudun huumeongelmaa hoidetaan luvattoman huonosti. Suomen Lääkärilehti 2004; 8 vsk 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. Sosiaalikehitys Oy.
- Huotari, K. & Törmä, S. (2006) Tapaus Vancouver Downtown Eastside ja mitä siitä voidaan oppia. *Tiimi* 6/2006. Osoitteesta: www.a-klinikka.fi/tiimi/606/vancouver.html. [Viitattu 18.12.2006]
- Hurley, S.; Jolley, D.; Kaldor, J. (1997) Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 349:1797–1800.
- Huumausainepolitiikan kertomus vuodelta 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 54.

- Hypén, K. (2004) Vankilasta vuosina 1993–2001 vapautuneet ja vankilaan uudestaan palanneet. Helsinki: Rikosseuraamusviraston julkaisuja 1, 2004.
- Jaatinen, J., Kaukonen, O., Warsell, L., Halmeaho, M. & Ahtola, R. (1998) Huumeet ja kouluyhteisö. Konstruktionistinen tapaustutkimus. Stakes Tutkimuksia 91. Helsinki 1998.
- Jokinen, P. (2002) Vinkkejä piikkihuumeita käyttävien kanssa työskenteleville. Osoitteesta: http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/vinkkeja_kirja.pdf. [Viitattu 14.12.2007]
- Jokinen, P. (2005) Terveysneuvontapisteissä keskustellaan monista aiheista. Tiimi 2/2005.
- Kansanterveys. (2006) Buprenorfiinista yleisin piikkihuume. Kansanterveys 10/2006.
- Karjalainen, J. (toim.), Hänninen, S., Kuure, T., Kääriäinen J., Melin, T. & Parkkonen, A. (1996) Kenen ongelma? Hyvinvointivaltion murros ja sosiaaliset ongelmat. Stakes Tutkimuksia 71. Helsinki 1996.
- Karvonen, A-L. (2003) Kroonisten virushepatiittien hoito ja ennaltaehkäisy. Suomen Lääkärilehti 51-52/2003 vsk 58: 5181-5185.
- Kaukonen, O. (2002) Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki.
- Kintz, P. Deaths involving buprenorphine: a compendium of French cases. Forensic Science International 121 (2001) 65-69.
- 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 in Finnish male prisoners in 1995. Forensic Science International. 97 (1998) 171–183.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Peltö-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. (toim.) Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 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.
- Kriminaalihoitolaitoksen & Vankeinhoitolaitoksen vuosikertomus 2005. Rikosseuraamusvirasto. Osoitteesta: <http://www.rikosseuraamus.fi/36093.htm>. [Viitattu 10.1.2008]
- Kuussaari, K. (2006) Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Stakes, Tutkimuksia 155. Helsinki 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. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999: 28.
- Leinikki, P. (1999) Tehoa huumeiden käytön välityksellä leviävien infektioiden torjuntaan. Suomen Lääkärilehti 30/1999 vsk 54: 3646–3647.

- Leinikki, P. (2000) HIV-epidemia ruiskuhuumeiden käyttäjillä – onko Suomi muita länsimaita jäljessä vai edellä? *Duodecim* 2000; 116: 55–60.
- Leinikki, P. (2003a) HIV-infektio ja AIDS. Teoksessa Kimmo Koskenvuo (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. Kustannus Oy Duodecim.
- Leinikki, P. (2003b) Virushepatiitit. Teoksessa Kimmo Koskenvuo (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. Kustannus Oy Duodecim.
- Leino, T., Leinikki, P., Hyypiä, T., Ristola, M., Suni, J., Sutinen, J., Holopainen, A., Haikala, O., Valle, M. & Rostila, T. (1997) Hepatitis A outbreak amongst intravenous amphetamine abusers in Finland. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*. 1997; 29(3):213–6.
- Leino, T. (2006) Hepatiitti B-rokotusohjelman arviointi. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 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 maallikonäkökulmasta. Teoksessa Kangas, I., Karvonen, S. & Lillrank, A. (toim.) *Terveys sosiologian suuntauksia*. Gaudeamus, Helsinki 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. *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. In Aaltonen, U., Arsallo, A., Sinkkonen, M. (eds.) *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. A-klinikkasäätien monistesarja nro 43. A-klinikkasäätio 2004.
- Malin, K. (2006) Vertaistoiminnalla vähennetään huumehaittoja. *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. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2006): 3: 297–306.
- McAlister A, Puska P, Salonen JT, 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. Teoksessa Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Gaudeamus, Helsinki.
- Mäkelä, R. (1999) Haittojen vähentäminen (harm reduction). Teoksessa *Huumeriippuvuuden hoito Suomessa*. Konsensuskokous 1.-3.11.1999. Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia. Vammala 1999.
- Mäkelä, R. (2000) Onko ilmaisten neulojen jakamisessa järkeä? *Duodecim* 2000; 116: 109–110.

- Mönkkönen, K. & Somninen, P. (2001) Apteekkien rooli ennalta estävässä huumeuudessa. *Dosis* 2001; 17 (1).
- Ovaska, A., Holopainen, A., Annala, T. (1998) Terveysneuvontapiste Vinkki. Loppuraportti terveysneuvontakokeilun toiminnasta 4.4.-31.12.1997. A-klinikkasäätiön moniste 7/1998.
- Ovaska, A., Nyberg, M., Kivimäki, J. & Järventie, J. (2006) Nervin seksuaaliterveysprojekti. Julkaisematon.
- Partanen, A. (1998) Suonensisäisesti huumausaineita käyttävien huumeisiin liittämät riskit sekä riskikäyttäytyminen ja sen muutos. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 145: 1998*. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Helsinki, 1998.
- Partanen, A., Holmström, P., Holopainen, A. & Perälä, R. (2004) Piikkihuumeiden käyttäjät Riski-tutkimuksessa. Buprenorfiinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. *Suomen Lääkärilehti* 39/2004 vsk 59.
- Partanen, A., Malin, K., Perälä, R., Harju-Koskelin, O., Holopainen, A., Holmström, P., Brummer-Korvenkontio, H. (2006) Riskitutkimus 2000–2003. Pistämällä huumeita käyttävien seurantatutkimus. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 52. Helsinki 2006.
- Partanen, J. (2002) Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki.
- 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. *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. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007):5.
- Perälä, J. (2002) Hidasta ja nopeaa – heroisiin ja amfetamiinin käytön etnografiaa. Teoksessa Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki.
- Perälä, R. & Telkkä, T. (2002) Moraalinen paniikki vai realistinen pelko? *Haaste* 1/2002. Oikeusministeriö.
- Perälä, R., Holmström, P., Holopainen, A. & Partanen, A. (2003) Huumeidenkäyttäjät apteekkien asiakkaina vuosina 1999 ja 2001. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 34. A-klinikkasäätiö 2003.
- Pietikäinen, R., Ristola, M., Valtonen, V. & Pekkarinen, T. (1999) Huumeiden käyttäjien HIV-epidemia pääkaupunkiseudulla. *Lääkärilehti* 28/1999 vsk 54: 3345-3346.
- Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M & Sirola, K. (2002) Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki.
- Pirinen, O. (2002) Suonensisäisten huumeiden käyttäjät apteekkien näkökulmasta – teemahaastattelu apteekkihenkilöstölle. *Dosis* 2002/02 vol. 18: 80–89.
- Poikolainen, K. (2003) Huumeidenkäytön ehkäisy. Teoksessa Kimmo Koskenvuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim.
- Poskiparta, M. (2002) Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Sinikka Torkkola (toim.) Terveysviestintä. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2002.
- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2005. *Stakes. Sosiaaliturva* 2006. Tilastotiedote 11/2006.

- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2006. Stakes. Tilastotiedote 16/2007.
- Rauhala, P.-L. (1998) Mistä ehkäisevässä sosiaalipolitiikassa on kysymys? Käsitteellistä ja historiallista tarkastelua. Stakes, Tutkimuksia 90.
- Rhodes, T. (1997) Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of 'risk behaviour'. *Sociology of Health & Illness* 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. Rikosseuraamusvirasto. Osoitteesta: <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/3g98yn9lv.pdf>. [13.10.2007]
- Ristola, M. (1999) Huumeet ja infektiot, s 225-232. Teoksessa Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. Konsensuskokous 1.-3.11.1999. Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. Vammala 1999.
- Ristola, M. (2003) Huumeiden käyttäjien infektiot. Teoksessa Huovinen, P., Meri, S., Peltola, H., Vaara, M., Vaheri, A., Valtonen, V. (toim.) *Mikrobiologia ja infektiosairaudet*. Kirja 2. Kustannus Oy Duodecim.
- Ristola, M. (2004) Alkoholi, huumeet ja infektiot. Teoksessa Alho, H., Lindeman, J., Raitasalo, K. & Roine, R. (toim.) *Tommi* 2004. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja. Yearbook of Finnish Alcohol and Drug Research. Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijain seura ry 2004.
- Ristola, M. (2006) Huumeidenkäyttäjän infektiot – toivottomiako hoitaa ja ehkäistä? *Duodecim* 2006; 122: 921-928.
- Rönkä, S., Salonen, P. (toim.), Lillsunde, P. & Salasuo, M. (2006) Huumeetilanne Suomessa 2006. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Stakes. Helsinki.
- Salasuo, M. (2004) Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. Stakes, Tutkimuksia 149. Helsinki 2004.
- Salminen, M. (2005) HIV-pandemia 20 vuotta viruksen löytämisen jälkeen. *Suomen Lääkärilehti* 48/2005 vsk 60: 4969-4974.
- Salminen, M. (2006) Ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet - todellista vaikuttavuutta tartuntatautien ehkäisyyn. *Kansanterveys* 2006; 3: 6-7.
- Salminen, M. (2007) Ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvonta on vaikuttava interventio. *Kansanterveys* 2007; 7: 15-16.
- Sarvanti, T. (1997) Huumeepolitiikka ja oikeudenmukaisuus. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan laitos. Stakes 1997. Tutkimuksia 83.
- Savola, E., Koskinen-Ollonqvist, P. (2005) Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Edita Helsinki 2005.
- Seppälä, P. (2003) Havaintoja huumeista. Tutkimus uusien huumeilmiöiden varhaisena tunnistajana. Stakes. Raportteja 275. Helsinki 2003.
- Sisäasiainministeriö. Lääninhallitusten keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2004.

- Sisäasiainministeriön julkaisu 19/2005. Osoitteesta: <http://www.intermin.fi/julkaisu/192005>. [24.10.2007].
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta eräillä lääkkeillä; No 289/2002.
- Stimson, G. (1989) Syringe-exchange programmes for injecting drug users. *AIDS*, 3: 253–260.
- Suomen apteekkariliiton hallituksen kannanotto apteekkien roolista huumeidenvastaisessa työssä. SAL Hallitus 14.12.2006. Osoitteesta: <http://www.apteekkariliitto.fi/BinaryServlet?rs=623/655/824/4110/> [Viitattu 4.9.2007]
- Suomen kansallinen HIV/AIDS- strategia vuosille 2002–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:1.
- Suomen kansallinen HIV/AIDS- strategia vuosille 2008–2012. Toistaiseksi julkaisematon.
- Suominen, J. & Saarijärvi, S. (2003) Miksi opioidiriippuvuuden buprenorfiinihoito ei toteudu kunnolla Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 41/2003 vsk 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. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 42; vsk 58: 4210–4211.
- Tammi, T. (2005) Diffusion of public health views on drug policy: the case of needle exchange in Finland. In Hoikkala, T., Hakkarinen, P., Laine, S. (eds.) *Beyond Health Literacy. Youth Cultures, Prevention and Policy*. Finnish Youth Research Network and Finnish Youth Research Society, publications 52. Stakes.
- Tammi, T. & Hurme, T. (2006) Huumeiden käyttäjän asema ja huumeidenpolitiikan terveystaju. Teoksessa Puuronen, A. (toim.) *Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö*. Nuorisotutkimusverkosto. Nuorisotutkimusseura. Julkaisuja 63.
- The Australian Government Department of Health and Ageing (2005) *Economic Evaluation of Hepatitis C in Australia*. Report prepared by Applied Economics.
- Tiihonen, J. (2004) Stimulantiriippuvuuden hoidot. *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) Terveystaju edistämisen avainsäilytöt.
- Törmä, S., Huotari, K., Inkeroinen, T. (2003) Koordinoitua ja kumppanuutta! Helsingin päihdehuollon ulkoinen arviointi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia. 2003:4.
- Uusküla, A., Abel, K., Rajaleid, K., Rüütel, K., Talu, A., Fisher, K. and Boborova, N. (2006) *Hiv and Risk Behaviour among Injecting Drug Users in two Cities (Tallinn, Kohtla-Järve) in Estonia*. Study Report. National Institute for Health Development, Tallinn, Estonia.
- Uusitalo, L. (toim.) (2005) *Vankilat, päihteet ja haittojen vähentäminen*. Tilannekatsaus. Kriminaalihuollon tukisäätiö, Monisteita 1/2005. Alkuperäinen: Status paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. World Health Organization, 2005.

Valtakunnallinen tartuntatautirekisteri. Löytyy Kansanterveyslaitoksen sivuilta osoitteesta: <http://www3.ktl.fi/stat/>.

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vankeinhoidon vuosikertomus 1999. (2000) Oikeusministeriön vankeinhoito-osaston julkaisuja, Helsinki, Määrä-aikaiset kertomukset, Sarja A – No 42.

Vertio, H. (2003) Terveysneuvonnan periaatteet. Teoksessa Kimmo Koskenvuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim.

Virtanen, A. (toim.) & Sjöberg, S. (2006) Huume tilanne Suomessa 2005 – kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Stakes.

Vuori, H. (1993) Terveysthuollon laadunvarmistus. SHKS. 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, Geneva.

8. LIITTEET

8.1. Liite 1: Haastatteluissa kysytyt kysymykset ja läpikäytyt teemat

- Toiminnan rahoittaja ja palvelun toteuttaja
- Henkilökunnan määrä ja taustakoulutus
- Minkälainen työskentely-ympäristö terveysneuvontapiste on?
- Onko hallinnon saralla tai toiminnan rahoittajilla totuudenmukainen kuva toiminnastanne ja työstänne?
- Mikä on mielestäsi terveysneuvontapisteen mediakuva?
- Minkälainen on suhteenne poliisiviranomaisiin?
- Minkälainen on suhteenne apteekkeihin?
- Mitä näkemyksiä sinulla tai asiakkaillanne on vankiloissa tapahtuvasta riskikäyttäytymisestä ja vankiloiden tartuntariskeistä?
- Mitkä ovat tärkeimmät tai käytetyimmät yhteistyötahonne?
- Minkälaisia tukipalveluita teillä on?
- Miten lähiympäristön ihmiset suhtautuvat pisteenne olemassaoloon?
- Uudessa tartuntatautilaissa ja –asetuksessa kuntia veloitetaan huolehtimaan tartuntatautien torjunnasta järjestämällä terveysneuvontaa ruiskuhuumeiden käyttäjille. Miten se on vaikuttanut suomalaiseen terveysneuvontatoimintaan ja miten tulee vaikuttamaan?
- Suomalaisesta terveysneuvontatoiminnasta on puhuttu menestystarinana. Mitkä seikat ovat mielestäsi vaikuttaneet toiminnan onnistumiseen?
- Minkälaisilla indikaattoreilla, luvuilla tai havainnoilla terveysneuvonnan toimintaa ja vaikutusta voidaan mielestäsi mitata tai arvioida?
- Mikä on terveysneuvontapisteen rooli palvelukentällä? Minkälainen toimija se on?
- Miten suomalainen terveysneuvontatoiminta tulee muuttumaan ja painottumaan, ja minkälaisen toiminta- tai palvelumuotojen rooli tulee kasvamaan?
- Minkälaisia uhkia tai haasteita terveysneuvontatoiminta voi kohdata tulevaisuudessa?
- Mikä on kirjallisten esitteiden ja tietopakettien rooli terveysneuvonnassa ja tartuntataudeista kertomisessa? Missä tilanteessa ne ovat hyviä?
- Onko teillä muita toimintamuotoja? Kerro niistä.
- Minkälaisia ajatuksia sinulla on vertaistyöstä ja sen roolista tässä toiminnassa?
- Entä minkälaisia ajatuksia etsivästä työstä/kenttätyöstä? Mikä rooli sillä on?
- Kuinka merkityksellistä tässä toiminnassa on palveluihin ohjaus, tuki ja tieto palvelujärjestelmän käyttämiseen?
- Mikä merkitys palveluiden nimettömyydellä ja maksuttomuudella on koko terveysneuvontatoiminnan onnistumista ajatellen?
- Mitkä ovat aukioloaikanne ja ovatko ne hyvät vuorokaudenajallisesti ja kestollisesti?
- Onko pisteenne toimintatilojen koko ja laatu hyvä?
- Minkälainen merkitys terveysneuvontapisteen sijainnilla on toimintaan?
- Terveysneuvontapisteeet ovat avoimna myös suomensisäisesti huumeita käyttävien henkilöiden läheisille. Käytetäänkö näitä palveluita?
- Minkälaiset injektiovälineiden vaihtomäärät ja vaihtoperiaatteet ovat mielestäsi sopivia?
- Annatko kondomeja pyynnöstä vai aktiivisesti tarjoten, ja ovatko antamanne määrät riittäviä?
- Minkälainen on hyvä terveysneuvontatilanne ja miten se saadaan aikaan?
- Uskotko, että pelkkä puhtaiden välineiden vaihtaminen ilman henkilökohtaista

- kontaktia olisi tehokasta tartuntatautien ehkäisyä?
- Teettekö paikan päällä testejä ja rokotuksia? Mitä?
 - Mikä rooli käytettyjen välineiden palauttamisella on? Onko se yhtä merkityksellistä kuin puhtaiden antaminen?
 - Onko puhtaiden välineiden käyttämisestä ja välineiden vaihtamisesta tullut käyttäjien joukossa tapa? Onko ajattelutavoissa tapahtunut muutosta?
 - Onko toimintanne aikana tapahtunut selviä muutoksia asiakasmäärässä tai käyntimäärässä?
 - Kuinka paljon asiakaskunnassanne on anabolisten aineiden pistäjiä?
 - Kuinka paljon asiakkaissanne on prostituutiota harjoittavia?
 - Kuinka suuri osa asiakkaistanne on ollut vankilassa?
 - Kuinka suuri osa asiakkaistanne on kodittomia? – vasta loppuissa
 - Kuinka suuri osa asiakkaistanne on käynyt HAV ja HBV- rokotuksissa?
 - Kuinka suuri osa asiakkaistanne on käynyt hiv-testeissä ainakin joskus, entä viimeisen vuoden aikana tai muuten rutiininomaisesti?
 - Kuinka suuri osa asiakkaistanne on käynyt HCV-testissä?
 - Miksi testeihin hakeudutaan? Minkälaisissa tilanteissa niihin hakeudutaan?
 - Miksi jotkut eivät käy testeissä?
 - Kuinka suuri osa asiakkaistanne hakeutuu tai on joskus hakeutunut lopettamiseen tähtäävään hoitoon?
 - Kuinka suuren osan asiakkaistanne arvoisitte haluavan lopettaa pistämisellä tapahtuvan huumeiden käytön?
 - Onko asiakkaillanne mielenterveysongelmia?
 - Onko mielenterveysongelmilla yhteyttä riskikäyttäytymiseen ja tartuntariskeihin?
 - Ovatko asiakkaanne huolissaan omasta terveydestään?
 - Ketkä ryhmät tai henkilöt jäävät terveysneuvontapalvelun ulkopuolelle?
 - Kuinka paljon asiakkaissanne on alaikäisiä?
 - Keihin tai minkälaisiin asioihin terveysneuvontatoiminnassa tulisi kiinnittää enemmän huomiota?
 - Mitä huumeita asiakkaanne pääasiassa käyttävät?
 - Kuinka suuri osa asiakkaistanne on sekakäyttäjiä ja tuottaako sekakäyttö ongelmia haittojen vähentämisen/terveysneuvonnan kannalta?
 - Onko korvaushoitoon pääseminen liian korkeakynnyksistä?
 - Onko nykyisellä terveysneuvontamallilla ollut mielestäsi vaikutusta asiakasryhmänne riskikäyttäytymisen vähenemiseen?
 - Onko vaikutus mielestäsi suurempi huumeiden riskikäytön vai seksikäyttäytymisen osalta?
 - Miten eri terveyshaittojen vakavuus käsitetään, mikä on pelättävin ja toisaalta mikä vähätellyin?
 - Onko asiakkaillanne todenmukaista tietoa eri tartuntataudeista ja tarttumismekanismeista vai onko mukana myös väärää tietoa tai uskomuksia?
 - Muuttaako positiivinen testitulos riskikäyttäytymistä ja riskien ottoa?
 - Olisiko ”pelkkä” hiv- ja hepatiittitestaus ja neuvonta yhtä tehokasta kuin nykyinen terveysneuvonnan ohessa tapahtuva injektiovälineiden vaihto?
 - Miten arvelet ruiskuhuumeiden käyttäjien tartuntatauti-ilmaantuvuuden kehittyvän?
 - Muodostuuko päihdejärjestelmässä sellaisia pullonkauloja, tai ongelmakohtia, joiden vuoksi toiminta ei ole niin tehokasta kuin se voisi olla?
 - Mikä tässä työssä on kaikkein vaikeinta tai haastavinta?
 - Kertoisitko jostain huippuhetkestä toiminnassa?

**8.2. Liite 2: Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta
toimenpideohjelmasta vuosille 2004 – 2007**

VALTIONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖS HUUMAUSAINEPOLIITTISESTA TOIMENPIDEOHJELMASTA VUOSILLE 2004 - 2007

Sisällys

VALTIONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖS HUUMAUSAINEPOLIITTISESTA TOIMENPIDEOHJELMASTA VUOSILLE 2004 – 2007 3

I SUOMEN HUUMAUSAINEPOLIITTIKKA JA TULEVAISUUDEN HAASTEET 4

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliitikasta 1998	4
Huumausainepoliitikan toteutus ja kansallinen koordinaatio	4
Huumausainepoliitikan tehostaminen vuosina 2001 - 2003	5
Huumausainepoliittisen toimintaympäristön muutokset ja tulevaisuuden haasteet.....	6

II HUUMAUSAINETILANNE JA SKENAARIO SUOMEN HUUMAUSAINETILAN- TEEN KEHITYKSESTÄ VUOSINA 2004 - 2007 7

Huumausainetilanteen kehitys ja arvion lähtökohdat	7
Skenaariomallit ja julkisen vallan toimenpiteet	10

III TOIMENPIDEOHJELMA VUOSILLE 2004 - 2007 13

Huumausainepoliitikan koordinointi.....	13
Huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentäminen	15
Kansainväliset toimet	26
Tutkimus ja seuranta	29

LIITTEET

Liite 1. Huumausainepoliittiset toimenpiteet hallinnonaloittain vuonna 2004.....	31
1. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonala	31
Kansanterveyslaitos	32
Lääkelaitos	33
Stakes	33
Terveystieteiden tutkimuskeskus	36
2. Opetusministeriön hallinnonala	36
3. Sisäasiainministeriön hallinnonala: Poliisitoimen selvitys	38
4. Oikeusministeriön hallinnonala	40
5. Valtiovarainministeriön hallinnonala: Tullihallituksen selvitys	43
6. Ulkoasiainministeriön hallinnonala	44
Liite 2. Menoarvio vuonna 2004	47
Liite 3. Kuviot	49
Kuvio 1. Huumausainetilanteen kehitys Suomessa vuosina 1995 - 2002.....	49
Kuvio 2. Kannabista joskus elämässään kokeilleiden prosentiosuudet eri ikäryh- missä vuosina 1992, 1996, 1998 ja 2002.	49
Kuvio 3. Huumekuolemat ainelöydösten perusteella vuosina 1995 - 2002.....	50
Kuvio 4. Poliisin ja tullin tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 1992 - 2002. .	50
Kuvio 5. Huumausainerikos päärikoksena tuomittujen osuus (%) rangaistus- vangeista vuosina 1995 - 2003	51
Kuvio 6. Nuorten aikuisten (15 - 34 -vuotiaat) hiljattainen (viimeisten 12 kuukau- den aikana) kannabiksen käyttö Euroopan maissa, mitattu kansallisilla väestötutkimuksilla	52

VALTIONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖS HUUMAUSAINEPOLIITTISESTA TOIMENPIDEOHJELMASTA VUOSILLE 2004 - 2007

Hallitus on ohjelmassaan sitoutunut tekemään huumausainepoliittisen toimenpideohjelman vuosille 2004 - 2007. Toimenpideohjelmassa vahvistetaan kansallisen huumausainepolitiikan suunta aiempien päätösten mukaisesti ja esitetään valtioneuvoston linjaukset hallituskaudelle toimenpiteistä huumausainehaittojen vähentämiseksi. Toiminnan tavoitteena on huumausainetilanteen pysyvä helpottaminen.

Valtioneuvosto jatkaa huumausaineiden vastaista työtä vuosina 1998 ja 2000 tehtyjen periaatepäätösten mukaisesti. Huumausainepoliittisissa linjauksissaan valtioneuvosto painottaa pitkäjänteisen perustason työn jatkamista ja kehittämistä, eri toimijatahojen välisen yhteistyön lisäämistä sekä yhtenäistä huumausainepoliittista lähestymistapaa, jossa toimet huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentämiseksi ovat tasapainossa ja yhteensopivia. Toimenpideohjelmassa valtioneuvosto asettaa vuosille 2004 - 2007 erityiseksi tavoitteeksi puuttumisen ajankohtaisiin huumausainepoliittisiin ongelmiin, joiden ratkaisemiseksi tarvitaan uudenlaista viranomaisten välistä yhteistyötä.

Ohjelman toimenpiteet liittyvät huumausainepolitiikan koordinointiin, huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen, huumausaineiden aiheuttamien haittojen lieventämiseen, kansainvälisiin toimiin sekä tutkimukseen ja seurantaan. Monialaisella yhteistyöllä pyritään vähentämään huumausaineiden kysyntää, estämään tarjontaa, vähentämään huumausaineiden käytöstä koituvia haittoja sekä saattamaan väärinkäyttäjät hoitoon ja laittomaan toimintaan osallistuneet henkilöt rikosoikeudelliseen vastuuseen.

Eri hallinnonalojen tehtävänä on suunnitella toimintansa tämän ohjelman tavoitteiden toteuttamiseksi valtion talousarvion puitteissa. Kunnat ja järjestöt päättävät omien voimavarojensa puitteissa omasta toiminnastaan. Ohjelman toimeenpanosta ja seurannasta vastaa huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä, joka raportoi ohjelmassa esitettyjen tavoitteiden toteutumisesta vuosittain. Toimenpideohjelma on sovitettu yhteen sosiaalialan kehittämishankkeen, sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO), poliisin ja tullin huumausainestrategioiden sekä poliisi-, tulli- ja rajavartiolaitosviranomaisten vakavan rikollisuuden torjuntastrategian kanssa. Lisäksi toimenpideohjelmaa on valmisteltu yhdessä alkoholiohjelman sekä hallitusohjelman mukaisen sisäisen turvallisuuden ohjelman valmistelun kanssa.

Johdantoluvussa I esitellään Suomen huumausainepolitiikka ja tulevaisuuden haasteet. Huumausainetilannetta ja sen kehitystä arvioidaan luvussa II. Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma on luvussa III. Huumausainepolitiikasta vastaavien ministeriöiden hallinnonalakohtaiset tavoitteet ja huumausainepoliittiset toimenpiteet vuonna 2004 esitetään liitteessä 1 ja niihin liittyvä menoarvio liitteessä 2. Liitteessä 3 on huumausainetilannetta kuvaavia tilastoja.

I SUOMEN HUUMAUSAINEPOLITIikka JA TULEVAISUUDEN HAASTEET

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepolitiikasta 1998

Suomen huumausainepolitiikka perustuu valtioneuvoston vuonna 1998 tekemän periaatepäätöksen mukaisesti yleisiin yhteiskuntapoliittisiin toimiin, kansalliseen lainsäädäntöön ja kansainvälisiin sopimuksiin. Huumausainepolitiikan tavoitteena on huumausaineiden maahantuonnin, levittämisen ja käytön ehkäiseminen sekä käytöstä aiheutuvien yksilöllisten, sosiaalisten ja taloudellisten haittojen vähentäminen. Tavoitteeseen pyritään huumausaineiden kokonaiskieltoon perustuvaa huumausainekontrollia tehostamalla, huumausaineiden kokeilua ja käyttöä ennaltaehkäisevillä toimilla sekä järjestämällä riittävästi hoitomahdollisuuksia ja helpottamalla hoitoon hakeutumista. Huumausaineista sekä niiden aiheuttamista ehkäisy-, hoito- ja kontrolloimista koituvat yksilölliset, sosiaaliset ja taloudelliset haitat pyritään pitämään mahdollisimman vähäisinä.

Suomi soveltaa huumausainepolitiikkaansa Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokouksen huumausaineita käsittelevässä erityisistunnossa vuonna 1998 asetettuja tavoitteita, Euroopan unionin huumausainestrategiaa ja toimintasuunnitelmaa (2000 - 2004), Euroopan unionin ulko- ja turvallisuuspolitiikassa hyväksytyjä suuntaviivoja sekä Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmän toimenpideohjelman tavoitteita.

Huumausainepolitiikan toteutus ja kansallinen koordinaatio

Valtakunnallisesti huumausaineiden käytön ehkäisyä ja vähentämistä, huumausainelainsäädäntöä sekä huumausaineisiin liittyviä sosiaali- ja terveystaloudellisia koskevat asiat kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle, joka vastaa myös huumausainepolitiikan kansallisesta koordinaatiosta. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla päihteenä käytettävien lääkeaineiden valvonnasta vastaa Lääkelaitos. Stakesin vastuulla on huumeisiin liittyvän perustietojärjestelmän koordinointi ja ylläpito sekä raportointi huumausainetilanteesta kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Lisäksi Stakes edistää kuntien ehkäisevän päihdetyön ammattiosaamista ennaltaehkäisystä hoitoon. Kansanterveyslaitos tekee huumausaineisiin liittyvää perustutkimusta, kehittää uusia toimintamalleja ja menetelmiä huumausaineisiin liittyvään ohjelma-, interventio- ja hoitotyöhön sekä huolehtii parhaaseen mahdolliseen näyttöön perustuvan tiedon välityksestä tarvitsijoille. Terveystalouden valvontaviranomaisena Terveystalouden oikeusturvakeskus (TEO) pyrkii jälkikäteisvalvonnalla ja siitä tiedottamisella ehkäisemään väärinkäyttöön soveltuvien lääkkeiden saamisen lääkemääräyksellä päihde- ja huumeikäyttöön. Ehkäisevää päihdetyötä tekevien valtakunnallisten järjestöjen yhteistyöelimenä ja koordinoijana toimii Terveystalouden edistämisen keskus.

Oppilaitoksia sekä nuoriso-, kulttuuri- ja liikuntatoimintaa koskevat asiat kuuluvat opetusministeriön hallinnonalaan. Huumausaineiden käytön ehkäisemiseen tähtäävä rikosoikeudellisen lainsäädännön valmistelu kuuluu oikeusministeriölle. Sisäasiainministeriön alainen poliisi ja valtiovarainministeriön alainen tullilaitos rajoittavat erityisesti huumausaineiden tarjontaa ylläpitämällä kiinnijoutumisriskiä huumausainerikoksista. Syyttäjien tehtävänä on ryhtyä toimenpiteisiin huumausainerikoksiin syylistyneiden saattamiseksi rikosoikeudelliseen vastuuseen. Vankeinhoitolaitos ja kriminaalihuoltolaitos vastaavat vapauten kohdistuvien rangaistusten täytäntöönpanos-

ta tavoitteinaan estää huumeiden tarjontaa ja käyttöä rangaistuslaitoksissa sekä edistää rangaistusta suorittavien ja laitoksista vapautuvien rikoksetonta elämäntapaa. Huumausaineiden vastaisia lähialue- ja kehitysyhteistyöhankkeita rahoittaa pääasiassa ulkoasiainministeriö.

Valtakunnallisen huumausainepolitiikan yhteensovittamiseksi ja vuoden 1998 periaatepäätöksen toimeenpanoa ja seurantaa varten valtioneuvosto asetti huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2002 uudelleen asettama koordinaatioryhmä koostuu asianomaisten ministeriöiden edustajista. Valtakunnallisen huumausainepolitiikan kehittämisen ja toteuttamisen lisäksi koordinaatioryhmän keskeisenä tehtävänä on viranomaisten välisen yhteistyön tehostaminen.

Huumausainepolitiikan tehostaminen vuosina 2001 - 2003

Vaikeutuneen huumausainetilanteen johdosta valtioneuvosto päätti 5.10.2000 tekemällään periaatepäätöksellä tehostaa huumausainepolitiikkaa. Päätöksessä valtioneuvosto antoi huumausainepoliittiselle koordinaatioryhmälle tehtäväksi valmistella pidemmän aikavälin toimenpideohjelma huumausainepolitiikan tehostamiseksi.

Toimenpideohjelmaa on toteutettu huumausaineasioista vastaavissa ministeriöissä vuosina 2001 - 2003. Ohjelman toimenpiteet liittyvät huumausaineiden käytön ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen, huumausaineiden käyttäjien hoitoon ja heidän läheistensä tukemiseen, huumausainehaittojen vähentämiseen, valvontatoimiin, kansainväliseen yhteistyöhön, tutkimukseen ja seurantaan sekä huumausainepolitiikan yhteensovittamiseen, toteuttamiseen ja kehittämiseen.

Kolmevuotisen ohjelman tavoitteena oli vähentää sekä huumausaineiden kysyntää että tarjontaa ja saada huumausaineiden käytön ja huumausainerikollisuuden kasvu pysäytetyksi. Huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä raportoi päätöksen toteutumisesta vuosittain. Toimenpideohjelma ja sen seurantaraportti, joka sisältää myös eri hallinnonalojen huumausainepoliittiset toimenpiteet ja menoarvion vuosina 2001 - 2003, löytyy sosiaali- ja terveysministeriön kotisivuilta <http://www.stm.fi> kohdasta ”Työryhmämuistioita 2003”.

Toimenpideohjelman toteuttamisen aikana tehtyjen tutkimusten perusteella voidaan todeta, että 1990-luvulta tasaisesti kasvanut huumausaineiden kokeilukäyttö lisääntyi edelleen jonkin verran, mutta viimeaikaisessa käytössä ei todettu enää kasvua vuosien 1998 ja 2002 välillä. Vuosina 1998 - 1999 nopeasti yleistynyt suonensisäisten huumeiden käytön aiheuttama HIV-epidemiakin näyttää laantuneen. Panostus tartuntatauteja ehkäiseviin toimiin ja rokotusohjelmiin on tuottanut tulosta. Vuonna 1999 suonensisäisestä huumeiden käytöstä johtuvien HIV-tartuntojen osuus oli 60 prosenttia kaikista tartunnoista. Vuosina 2000 ja 2001 vastaavat osuudet olivat enää 38 % ja 37 %. Vuonna 2002, 21 % tartunnoista (27 tartuntaa 129:stä) johtui suonensisäisesti käytettävien huumeiden käytöstä. Myös matalan kynnyksen toimipisteissä tehty infektion esiintyvyyttä koskeva tutkimus on osoittanut, että infektion saaneiden osuus putosi vuonna 2002 noin yhteen prosenttiin, kun se monissa läntisen Euroopan kaupungeissa on vastaavanlaisten epidemioiden jälkeen jäänyt 20 - 40 prosentin tasolle. Onnistunut ehkäisytyö huumeiden käyttäjien keskuudessa vähentää myös muuhun

väestöön viiveellä kohdistuvaa infektiopainetta. Huumeiden käyttäjiin kohdistuvista haittojen minimointitoimenpiteistä ja neulanvaihto-ohjelmien vaikuttavuudesta on kansainvälisestikin yhä enemmän näyttöä.

Laillisuusvalvonta- ja rikostilastojen mukaan huumausainerikostuomioiden ja huumausainerikosten määrät ovat olleet pitkään kasvussa, mutta vuonna 2002 esitutkitaviranomaisten tietoon tulleiden huumausainerikosten määrä väheni ensimmäistä kertaa useita vuosia jatkuneen kasvun jälkeen. Vuotta 2003 koskevien ennakkotilastojen mukaan huumausainerikosten määrän kasvun taittuminen on kuitenkin jäänyt väliaikaiseksi, sillä huumausainerikosten määrä on kääntynyt uudelleen nousuun. Huumausainerikostilanteen kehittymisessä on merkittävää se, että aiempaa suurempi osa tietoon tulleista rikoksista on huumausaineiden käyttörikoksia ja törkeiden huumausainerikosten määrä on vähentynyt jo muutaman vuoden ajan.

Huumausainepoliittisen toimintaympäristön muutokset ja tulevaisuuden haasteet

Huumeongelman kansalliset rajat ylittävän luonteen vuoksi uusia huumausainepoliittisia toimia suunniteltaessa on huomioitava myös kansainvälinen kehitys. Euroopan unionin laajentuminen ja tulevaisuudessa uusien jäsenvaltioiden liittyminen Schengenin sopimukseen tulevat muuttamaan Suomen huumausainepoliittista toimintaympäristöä. Rajatarkastusten poistuminen Suomen ja Baltian maiden, erityisesti Viron välillä tulee muodostamaan Suomelle erityisen haasteen, koska huumausaineiden valmistus, salakuljetus, käyttö ja siitä aiheutuvat haitat, kuten tartuntataudit ovat Suomen lähialueilla lisääntyneet huolestuttavasti viimeisten vuosien aikana.

Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (EMCDDA) mukaan Viroa ja Latviaa uhkaa maailman nopeimmin etenevä HIV-epidemia. Virossa rekisteröitiin vuosina 2000 - 2003 uusia HIV-tapauksia keskimäärin yli 800 kappaletta vuosittain. Myös Venäjällä HIV-tapausten määrä on ollut jyrkässä nousussa. Tunnusomaista epidemioille on ollut niiden liittyminen suonensisäisesti käytettävien huumeiden käyttöön. Virallisesti rekisteröityjen uusien HIV-tapausten kasvuvauhti hidastui Baltian maissa ja Venäjällä vuonna 2002 lähes puoleen vuoteen 2001 verrattuna. Asiantuntijoiden mukaan tämä ei kuitenkaan välttämättä kerro uusien tartuntojen todellisesta väheneemisestä, vaan siitä, ettei terveydenhuoltojärjestelmä tavoita uusia tartunnan saaneita.

EU:n laajentuminen helpottaa valtion rajat ylittävää huumekauppaa. Suomalaiset rikolliset tekevät yhteistyötä erityisesti Baltiassa ja Venäjällä toimivien rikollisryhmien kanssa. Osaksi suomalaiset joutuvat toimimaan näiden ryhmien valvonnassa. Syn-teettisten huumausaineiden valmistus Euroopassa on lisääntynyt, mikä edellyttää entistä tiiviimpää huumausaineiden lähtöaineiden valvontaa koskevaa kansallista ja kansainvälistä viranomaisyhteistyötä. Myös Suomeen tuodaan nykyisin näitä aineita sekoitettaviksi maan rajojen sisäpuolella, koska niiden salakuljetus on helpompaa ja kiinnijäämisriski pienempi.

Kuten EU:n horisontaalisessa huumausainetyöryhmässäkin on todettu useimmilla uusilla jäsenmailla ei ole taloudellisia ja hallinnollisia resursseja toteuttaa kaikilta osin Euroopan unionin huumausainestrategiassa ja toimintasuunnitelmassa esitetyjä tavoitteita. Lisäksi vuoden 2004 jälkeen tarvitaan uutta yhtenäistä Euroopan unionin

huumausainestrategiaa ja toimintasuunnitelmaa, joiden laatimisessa ja toimeenpanossa Suomella tulee vuoden 2006 toisena puheenjohtajanaan olemaan aloitteellinen ja aktiivinen rooli.

Kansainvälisen toimintaympäristön osalta on otettava huomioon myös huumausaineita tuottavissa kehitysmaissa tapahtuva kehitys. Esimerkiksi Suomeen salakuljetun heroinin yhtenä keskeisenä lähtömaana olevan Afganistanin epävakaiset olot vaikuttavat epäedullisesti huumausainetilanteen kehittymiseen.

Kaiken kaikkiaan huumausaineiden vastaisessa toiminnassa on tulevaisuudessa puuttuttava yhä enemmän myös rajat ylittäviin ongelmiin, mikä edellyttää yhteistä toimintaa Euroopan ja YK:n tasolla. Suomessa huumausainepoliittisen toimintaympäristön muutokseen ja sen luomiin haasteisiin vastaaminen edellyttävät entistä tiiviimpää hallinnonalojen välistä yhteistyötä.

II HUUMAUSAINETILANNE JA SKENAARIO SUOMEN HUUMAUSAINETILANTEEN KEHITYKSESTÄ VUOSINA 2004 - 2007

Huumausainetilanteen kehitys ja arvion lähtökohdat

1900-luvun alussa huumeiden käyttö rajoittui yksittäisiin tapauksiin. Sotien jälkeen heroinin käytön leviäminen sai Helsingin seudulla ryhmäilmion luonteen, mutta tilanne rauhoittui nopeasti. 1960-luvun lopulla huumekeoilut yleistyivät koululaisten ja opiskelijoiden keskuudessa. Protestoivan, uutta elämäntapaa etsivän nuorison mielenkiinto kohdistui kannabikseen, LSD:hen ja amfetamiiniin. Muutos oli osa kansainvälistä virtausta. 1970-luvun alun huippukauden jälkeen suomalaisnuorison kiinnostus huumeisiin laantui ja tilanne vakiintui kansainvälisesti katsoen suhteellisen alhaiselle tasolle.

Pitkään vakaana pysytellyt tilanne muuttui 1990-luvulla. Käynnistyi toinen huumeaalto ja huumeiden käyttö kohosi korkeammalle tasolle kuin koskaan aikaisemmin. Jotain laitonta huumetta kokeilleiden osuus väestössä nousi vuoden 1992 viidestä prosentista 12 prosenttiin vuonna 2002. Suosituin aine on kannabis. Nuorista (15 - 19-vuotiaat) sitä ilmoitti kokeilleensa lähes joka viides. Nuorten aikuisten (20 - 29-vuotiaat) keskuudessa kannabista on kokeillut kolmannes miehistä ja neljännes naisista. Kannabiksen ohella amfetamiinin käyttö on yleistynyt ja aiemmin suhteellisen harvinainen heroini on saanut käyttäjäkuntaa Suomessa. Aivan viime vuosina heroini on vaikeutuneen saatavuuden johdosta korvautunut lääkeoppioidien (erityisesti Subutexin) lisääntyneellä käytöllä. Nuorten ihmisten tanssikulttuuriin liittyvinä aineina ovat yleistyneet ekstaasi ja muut stimulantit. Vaikka säännöllinen aktiivikäyttö on kokeilua huomattavasti harvinaisempaa, myös huumeiden ongelmakäyttäjien määrä on lisääntynyt. Vuonna 1999 Suomessa oli arvioiden mukaan 11 000 - 14 000 amfetamiinin tai opiaattien ongelmakäyttäjää.

1990-luvulla meille varttui uusi huumeista kiinnostunut sukupolvi. Aineiden tarjonta lisääntyi ja hinnat laskivat Suomen kansainvälisessä asemassa ja lähialueilla tapahtu-

neiden muutosten seurauksena. Lisääntyneen käytön seurauksena huumeiden yhteiskunnalliset seuraukset vakavoituivat, mikä näkyi mm. lisääntyneenä rikollisuutena, hoidon tarpeen kasvuna, huumekuolemien lisääntymisenä sekä HIV- ja tartuntatautilanteen huonontumisena. Aivan viime aikoina haittojen kasvu on ensimmäisen kerran kymmeneen vuoteen taittunut ja kääntynyt joissakin tapauksissa jopa laskuun. Erityisesti heroiinikuolemat ja huumeiden käyttäjien HIV-tartunnat ovat vähentyneet.

Huumausainetilanteen kehitystä ennakoidaan kolmen skenaarion avulla. Käyttötilannetta jäsentäviä käsitteitä ovat vallitsevuus (prevalenssi eli kokeilun/käytön yleisyys väestössä) ja ilmaantuvuus (insidenssi eli tietynä ajanjaksona ilmaantuneiden uusien käyttäjien määrä). Tarkastelussa erotetaan kokeilu, viimeaikainen käyttö ja ongelmakäyttö. Käytön lisäksi huomiota kiinnitetään huumeiden käytön haittoihin. Kehityksen taustatekijöinä otetaan huomioon asenneilmasto, nuorisokulttuuri, yhteiskunnan hyvinvointikehitys ja kansainväliset tekijät. Lopuksi tarkastellaan toimenpiteitä, joilla kehitykseen voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa. On huomattava, että kehityksen arviointiin liittyy useita vaikeasti ennakoitavia elementtejä, kuten tartuntataudit, huumekuolemien kehitys, markkinatilanne ja uudet aineet.

Skenaario A: Huumausainetilanne vaikeutuu

Huumeiden käyttö lisääntyy ja haitat kasvavat. Tämä voi tapahtua tasaisesti (+) tai kiihtyvästi (++) . Taulukossa jäljempänä esitettävät minimi- ja maksimiarviot perustuvat laskelmiin, jotka on laadittu 1990-luvun ja 2000-luvun alun tietojen pohjalta. Esimerkiksi kasvumallin mukaan 15 - 19-vuotiaista olisi vuonna 2007 joskus elämässään kokeillut kannabista 22 - 30 prosenttia (nykytaso 13 - 21 %) ja viimeisen 12 kuukauden aikana 14 - 20 prosenttia (nykytaso 8 - 12 %). Kasvuarvion mukaan huumausaineiden käyttöön liittyviä sairaalahoitajaksoja olisi vuonna 2007 arviolta 2 500 - 3 500 (nykytaso 2 000 - 2 400), huumerikoksia 15 000 - 20 000 (nykytaso 13 000 - 15 000) ja ruumiinavausten ainelöydösten perusteella todettuja huumeiden käyttöön liittyviä kuolemia 150 - 200 (nykytaso 130 - 150). On huomattava, että laskelmat ovat vain suuntaa-antavia, sillä mittauspisteitä on vähän ja satunnaistekijöiden vaikutus on näin ollen suuri. Esimerkiksi heroiinin mahdollinen uusi tuleminen voi nostaa kuolleisuuslukuja jyrkästikin. Ennustejaksolla ei ole oletettu tapahtuvan merkittäviä muutoksia yhteiskunnan nykyisissä palvelu- ja kontrollijärjestelmissä.

Huumeiden kokeilun ja käytön kasvua ruokkivia tekijöitä voisivat olla huumeikielteisten asenteiden jatkuva lientyminen nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa, käytön leviäminen pienemmille paikkakunnille ja aikaisempaa tasaisemmin kautta maan sekä huumeiden maahantuonnin ja tarjonnan lisääntyminen. EU:n laajentuminen vuonna 2004 tulee todennäköisesti lisäämään ainakin amfetamiinin, ekstaasin ja muiden stimulanttien tarjontaa. Markkinatilanteesta riippuen myös kannabiksen ja heroiinin maahantuonti voi lisääntyä. Ennakoitavissa olevalla alkoholin kulutuksen kasvulla voi aikaisempien kokemusten perusteella olla myös huumeiden käytön lisääntymistä edistäviä vaikutuksia. Lisääntyvä mielialalääkkeiden käyttö ja itsehoito saattavat niin ikään ruokkia huumeiden käyttöä (esim. kannabiksen käyttö lääkkeenä). Euroopassa käynnissä olevat keskustelut ja kannabista koskevat politiikkamuutokset (esim. Yhdistynyt kuningaskunta, Belgia, Sveitsi ja Itävalta) saattavat edistää kannabismyönteisiä suhtautumistapoja suomalaisnuorten keskuudessa. Internetissä

laajalti tarjolla oleva huumeaineisto saattaa innostaa nuoria uusien aineiden kokeiluihin. Yhteiskunnallisen kilpailun kiristyminen, pitkäaikaistyöttömyys ja sosiaalinen syrjäytyminen luovat tutkimusten mukaan keskeisen kasvualustan ongelmakäytön lisääntymiselle. Muita haittojen kehityksen kannalta keskeisiä uhkatekijöitä ovat heroinin uusi tuleminen, huumemarkkinoilla liikkuvien aineiden laatu ja tartuntatautien leviämislle alttiiden käyttötapojen yleistyminen.

Skenaario B: Huumausainetilanne säilyy ennallaan

Toinen tulevaisuuden skenaario on, että kasvukehitys taittuu ja huumeiden käyttö ja huumeongelmat asettuvat jotakuinkin nykyiselle tasolle. Satunnaisten huumeekokeilujen lievähkö lisääntyminen voi vielä sopia malliin, jos tilanne säännöllisemmän käytön, ongelmakäytön ja haittojen suhteen säilyy ennallaan tai paranee. Oleellista on, että huumeiden vakiokäyttäjäksi rekrytoitumisessa ei tapahdu oleellista muutosta. Aktiivikäytössä uusia tulokkaita vastaavan määrän nykyisiä vakiokäyttäjiä tulisi lopettaa huumeiden käyttönsä.

Huumeiden kytkeytyminen kansainvälisiin nuorisokulttuurisiin trendeihin on tapahtunut paljolti musiikkielämän ja muun populaarikulttuurin kautta. Näin kävi Suomessa sekä 1960-luvun lopulla että 1990-luvulla. Huumeiden käytön kasvun taittumista edistäisi huumeiden nuorisokulttuurisen gloorian himmentyminen. Huumeikiinnostuksen hiipumista tukisi todennäköisesti myös se, jos asenteet alkoholin käyttöön ja humalajuomiseen muuttuisivat kielteisemmiksi. Tätä voisi edesauttaa myönteinen yhteiskuntakehitys, joka herättäisi nuorissa positiivisia tulevaisuuden odotuksia. Yksi skenaarion toteutumista edistävä tekijä olisi huumeiden tarjonnan (kaupan ja maahantuonnin) vaikeutuminen ja hintojen nousu.

Yhteiskuntakehityksen osalta työllisyystilanteen ja koulutusmahdollisuuksien tulisi olla rohkaisevia ja tasapuolisia. Ongelmakäytön ja siihen liittyvien haittojen kannalta yhteiskunnan hyvinvoinnin kehitys on yksi avainkysymys. Tärkeätä on, ettei Suomeen muodostu taantuvia ja huono-osaisuuden kierteseen ajautuvia asumalähiöitä tai muita rajattuja ulossulkemisen alueita. Myös etniset kysymykset ovat tärkeitä. Jos etniset vähemmistöt jäävät yhteiskuntaelämän ulkopuolelle, kietoutuvat huumeet ja muut ongelmat helposti toisiinsa. Toisaalta tilanteen tasoittuminen edellyttää, että huumeiden asema myös hyvin toimeentulevien nuorten ja nuorten aikuisten vapaa-ajanvietossa heikkenee.

Huumeiden tarjonnan vaikeutuminen edellyttäisi oikeusolojen ja yhteiskunnallisten olosuhteiden vakiintumista Tallinnan ja Pietarin aluilla. Parhaassa tapauksessa Viron EU-jäsenyys puoltaa kehitysnäkymää. Suomen ja muiden EU-maiden tuella EU-jäsenyys saattaisi lisätä Viron yhteiskunnallista vakautta ja avoimuutta, vähentää korrup-tiota ja edesauttaa viranomaisten välistä yhteistyötä.

Kirjallisuuden mukaan odotettavissa on, että huumeiden käytön kasvu tulee ennemmin tai myöhemmin taittumaan. Ajankohdan ennustaminen on kuitenkin vaikeaa. Taittuessaankin käyttö ja haitat tulevat jäämään korkeammalle tasolle kuin mihin ennen 1990-lukua totuttiin.

Skenaario C: Huumausainetilanne helpottuu

Huumeiden käyttö kääntyy laskuun ja haitat vähenevät. Skenaario edellyttää, että incidenssi erityisesti seuraavissa huumeiden kokeiluvaiheeseen tulevissa ikäluokissa (1980-luvun lopussa ja 1990-luvulla syntyneet) laskisi selvästi ja osa nykyisistä käyttäjistä luopuisi huumeista. Loput käyttäjät sulkeutuisivat omiin ryhmiinsä ja aineiden tarjonta keskittyisi niiden ympärille. Huumeiden käyttö rajautuisi omaksi marginaaliseksi alakulttuurikseen ja valtaväestön keskuudessa huumeiden käytöllä olisi edelleen selvästi negatiivinen imago. Skenaario voisi toteutua, jos nykyinen huumeiden käyttö olisi puhtaasti muoti-ilmiö, jonka mukaan kiinnostus huumeisiin aaltoilisi nuorisokulttuurissa ajasta toiseen niin, että huumeet olisivat joko *in* tai *out*. Kokeilun ja käytön väheneminen edellyttäisi huumeikielteisten asenteiden vahvistumista nuorissa ikäryhmissä. Toinen mahdollisuus olisi se, että huumemarkkinat supistuisivat niin, että aineiden saatavuus vaikeutuisi oleellisesti. Kolmas mahdollisuus voisi olla se, että yhteiskunnallinen kehitys pystyisi tarjoamaan sellaisia positiivisia ja haastavia elämänprojekteja, ettei huumeiden käytölle olisi niissä sijaa ja merkitystä ja että ne edistäisivät myös ongelmakäyttäjien parempaa integroitumista yhteiskuntaan.

Kehitysnäkymät huumemarkkinoiden, yhteiskuntakehityksen sekä asenneilmaston ja nuorisokulttuurin osalta eivät juurikaan anna lupauksia huumeiden käytön vähenemisestä aivan lähivuosina. Vaikka nuorten asenteet ovat verraten varauksellisia huumeiden suhteen, tällä hetkellä nuorisokulttuurissa ei ole nähtävissä laajempaa kantaavuutta omaavaa huumeiden vastaista virtausta. Päinvastoin huumeilla näyttäisi olevan varsin vahva asema nuorten juhlimiskulttuurissa ja yöelämässä sekä Suomessa että kansainvälisesti. Ajalle tyypillinen elämyshakuisuus ja ajatustapa, että huumeet ovat henkilökohtainen yksityisasia, pikemminkin tukevat kuin ehkäisevät huumeekokeiluja. Euroopan keskuksissa huumetrendit ovat vaihdelleet 90-luvulla tiuhaan tahtiin, mutta kysymys ei ole ollut huumeista yhtenä *in* tai *out* -tyyppisenä kokonaisuutena vaan pikemminkin omana muodin kenttänään, jossa eri aineiden suosio on vaihdellut niin, että käyttäjäryhmät ovat siirtyilleet aineesta toiseen. Tämän kaltainen dynamiikka ja vaihtelu ovat omiaan ylläpitämään huumeiden trendikäyttöä ja houkuttelemaan mukaan uusia kokeilijoita. Huumeiden tarjonnan osalta taas lähialueiden ongelmien lisäksi uudet kommunikaatiomenetelmät (erityisesti internet) ja uusien syntetisoiden huumeiden kehittäminen vaikuttavat siihen, että huumemarkkinat ovat aikaisempaa hankalammin kontrolloitavissa. Kaiken kaikkiaan todennäköisyys tämän skenaarion toteutumiseen näyttää lyhyellä aikavälillä heikolta. Pidemmällä aikavälillä mahdollisuudet ovat vaikeasti ennakoitavissa, mutta ainakin periaatteessa olemassa. Näin kävi 1970-luvulla.

Skenaariomallit ja julkisen vallan toimenpiteet

Yhteenvedon skenaariomallien tarkastelusta voidaan todeta, että tällä hetkellä on vaikea sanoa minkä suunnan kehitys tulee ottamaan. Jossain vaiheessa tilanne tulee kuitenkin todennäköisesti tasoittumaan. Pidemmällä aikaperspektiivillä mahdollista voi olla myös huumeiden käytön väheneminen ja huumeongelmien seurausten helpottuminen. Toisaalta mahdollista tasaantumisvaihetta voi seurata myös uusi kasvun aika. Seuraavalla sivulla esitetään yhteenvedon erilaisista kehitysvaihtoehdoista ja nii-

hin vaikuttavista tekijöistä. Asetelmassa eritellään myös eräitä julkisen vallan toimenpiteitä, joilla kehitykseen voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa.

Kansainväliset vertailevat tutkimukset antavat viitteitä siitä, että huumausainepoliitikalla voidaan vaikuttaa paremmin huumeiden käytön haittojen torjuntaan kuin huumekeuilujen ja käytön tasoon.¹ Edellisen toimenpideohjelman aikana, tarkastelujaksolla 2000 - 2002, kokeilukäyttö lisääntyi kasvuskenaarion mukaisesti (+) ja kehitys sairaalahoitajaksoissa (+) ja huumerikoksissa (++) kulki samaan malliin, tosin jakson lopulla tilanne osoitti tasaantumisen merkkejä. Huumekuolemista taso (vuoden 2001 tieto) säilyi ennallaan ja huumeiden käyttäjien HIV -tartuntojen määrä kääntyi laskuun.

¹ Tätä osoittavat seuraavat vertailevat tutkimukset: Karl-Heinz Reuband, Drug use and drug policy in Western Europe, European Addiction Research 1-2, 1995 ja EMCDDA:n projekti ongelmakäytöstä, Drug Net Europe, March-April 2000.

Taulukko 1. Yhteenveto huumausainepolitiikan kehitysvaihtoehtoista ja niihin vaikuttavista tekijöistä.

Sisältö	Skenaario A: tilanne vaikeutuu (+,++)	Skenaario B tilanne ennallaan (+/-)	Skenaario C: tilanne helpottuu (-)
<i>Indikaattoreiden taso v. 2007</i>			
Huumeiden kokeilu			
15-19-vuotiaat	22 – 30 %	13 – 21 %	alle 13 %
20-29-vuotiaat	33 – 40 %	25 – 32 %	alle 25 %
Viimeaikainen käyttö*			
15-19-vuotiaat	14 – 20 %	7 – 13 %	alle 7 %
20-29-vuotiaat	14 – 20 %	7 – 13 %	alle 7 %
Ongelmakäyttäjien määrä	14 – 20 000	11 – 14 000	alle 11 000
Sairaalahoitojaksot	2 500 – 3 500	2 000 – 2 400	alle 2 000
Huumerikokset	15 – 20 000	13 – 15 000	alle 13 000
Törkeät huumerikokset	900 – 1 200	700 – 900	alle 700
Huumekuolemat	150 – 200	130 – 150	alle 130
HIV-tartunnat huumeiden käyttäjillä	50 – 100	30 – 50	alle 30
<i>Toteutumista tukevat tekijät</i>	huumemyönteinen asenneilmasto, huumeiden glooria nuorisokulttuurissa, syrjäytymiskehitys ja ongelmakäyttö, eliitti ja viihdekäyttö, tarjonta ja EU:n laajentuminen, alkoholin kulutus, lääkkeiden käyttö	huumekriittinen asenneilmasto, alkoholiassenteet, huumeiden asema populaarikulttuurissa, nuorisoliikkeet, työllisyystilanne, koulutusmahdollisuudet, tarjonnan vähentyminen, kehitys lähialueilla, huumeiden hintakehitys	Kohdassa B mainittujen lisäksi: huumeet pois muodista, positiiviset elämänprojektit, tarjonnan tyrehtyminen
<i>Julkiset toimet, joilla skenaarion toteutumiseen voisi vaikuttaa</i>	preventio ei toimi, tarjonnan tyrehtyttäminen ei onnistu, pula hoitopaikoista, sosiaaliturva rakoilee, haittojen vähentäminen ei tehoa	kysynnän ja tarjonnan ehkäisyn tehostaminen, varhainen puuttuminen ja hoidon kehittäminen, haittojen vähentäminen, asenneilmastoon vaikuttaminen, hyvinvointipolitiikan edistäminen meillä ja lähialueilla, uudet innovaatiot	preventiivinen työ puree, poliisi ja tulli onnistuvat tyrehtyttämään tarjontaa, kunnat panostavat ja hoito auttaa irti huumeista, sosiaaliturva tukee, haittojen vähentäminen toimii

* Viimeaikainen käyttö = käyttö viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana.

III TOIMENPIDEOHJELMA VUOSILLE 2004 - 2007

Huumausainepoliitiikan koordinointi

1. Vakiinnutetaan kansallinen huumausainepoliittinen koordinaatio

Tavoite

Valtakunnallista huumausainepoliitikkaa toteutetaan ja kehitetään koordinoitusti. Viranomaisyhteistyö jatkuu tehostetusti.

Keinot

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän uudelle toimikaudelle vuosille 2004-2007. Koordinaatioryhmän tehtävänä on jatkaa ja kehittää hallinnonalojen välistä yhteistyötä valtakunnallisen huumausainepoliitiikan yhteensovittamiseksi, seurata huumausainetilanteen kansallista ja kansainvälistä kehitystä sekä valvoa tämän toimenpideohjelman toteutumista. Jatkossa koordinaatioryhmä pyrkii lisäämään yhteistyötä myös muiden kuin viranomaistoimijoiden kanssa, mukaan lukien esimerkiksi järjestöt, kirkot ja yritykset.

Perustelut

Valtioneuvoston 22.12.1998 tekemän huumausainepoliitikkaa koskevan periaatepäätöksen mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 1999 huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän, jonka tehtävänä oli valtakunnallisen huumausainepoliitiikan yhteensovittaminen, toteuttaminen ja kehittäminen. Vaikeutuneen huumausainetilanteen johdosta valtioneuvosto päätti 5.10.2000 tekemällään päätöksellä tehostaa huumausainepoliitikkaa. Päätöksessä edellytettiin muun muassa, että koordinaatioryhmän toimintaa tehostetaan. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti koordinaatioryhmän uudelleen ajalle 30.1.2002 - 31.12.2003. Koordinaatioryhmä on lisännyt merkittävästi viranomaisten välistä yhteistyötä ja sen toimintaa pidetään sekä kansallisesti että EU-tasolla erittäin tärkeänä.

Huumausainepoliitiikan koordinaatiossa tulee jatkossa huomioida myös muut kuin viranomaistoimijat. Esimerkiksi kansalaisjärjestöt ja Suomen evankelisluterilainen kirkko ovat laatimassa omia päihdestrategioitaan. Myös muiden yhteisöjen sekä yritysten kanssa tehtävää yhteistyötä tulee kehittää.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Sosiaali- ja terveysministeriö ja huumausaineasioista vastaavat ministeriöt.

2. Tehostetaan huumausaineiden lähtöaineisiin liittyvää viranomaisyhteistyötä

Tavoite

Huumausaineiden lähtöaineita koskevia asioita käsitellään keskitetysti yhdessä kansallisessa työryhmässä, jonka jäsenet nimetään vastuuviranomaisista. Lähtöaineita koskeva viranomaisyhteistyö tehostuu merkittävästi.

Keinot

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa ajalle 2004 - 2007 työryhmän, jonka tehtävänä on hoitaa huumausaineiden lähtöaineisiin liittyvien asioiden käsittely ja kansallinen koordinointi.

Perustelut

Synteettisten huumausaineiden valmistus ja käyttö lisääntyvät Euroopassa. EU:n laajentumisen myötä lähtöaineita koskevat asiat tulevat tulevaisuudessa olemaan entistä enemmän esillä Euroopan yhteisön työskentelyssä.

Huumausaineiden valmistuksessa käytettävien aineiden eli prekursorien valvonnan kansainvälinen perusta on YK:n vuoden 1988 huumausaineiden valvontasopimus. Lähtöaineisiin liittyviä asioita käsitellään useilla kansainvälisillä foorumeilla; YK:ssa, Euroopan neuvoston tulliliittoryhmässä ja horisontaalisessa huumausaine-työryhmässä sekä komission prekursorikomiteassa.

Kansallisesti huumausaineiden lähtöaineisiin liittyvien kysymysten käsittely on jakaantunut usealle eri ministeriölle ja viranomaiselle. Lainsäädännöstä vastaa ensisijassa sosiaali- ja terveysministeriö, aineiden käsittelyyn tarvittavat luvat käsittelee Lääkelaitos, maahantuonnin ja viennin valvonnasta vastaa tullin ja huumausaineiden laittoman valmistuksen valvonnasta poliisi.

Lähtöaineisiin liittyvä kansallinen koordinaatio on perustunut eri viranomaisten väliseen epäviralliseen yhteistyöhön. Lähtöainetyöryhmässä on ollut edustajia valtiovarainministeriöstä, Tullihallituksesta, tullilaboratoriosta, keskusrikospoliisista sekä Lääkelaitoksesta. Virallisen työryhmän myötä lähtöaineasioiden kansallisen käsittelyn yhteensovittaminen selkiintyy ja työryhmän tekemällä työllä on entistä enemmän painoarvoa.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Sosiaali- ja terveysministeriö, sisäasiainministeriö, valtiovarainministeriö, Kansanterveyslaitos, Lääkelaitos ja tullilaitos.

Huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentäminen

3. Lisätään paikallista sosiaali- ja terveystoimen, opetusviranomaisten, nuorisotoimen, poliisin ja syyttäjän yhteistyötä nuorten huumeiden käyttäjien syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja huumeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi

Tavoite

Kunnan sosiaali- ja terveystoimi, opetusviranomaiset, nuorisotoimen edustajat, poliisi ja syyttäjä ehkäisevät yhteistoimin nuorten huumausaineiden käyttöä sekä tehostavat yhteistyötään huumeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi. Huumausaineiden käyttäjiä saadaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piiriin nykyistä selvästi enemmän. Huumausaineen käyttörakosten seuraamusvaihtoehtoja käytetään nykyistä eriytyneemmin. Samalla huumausaineisiin liittyvä oheisrikollisuus vähenee.

Keinot

Viranomaiset sopivat toimenpiteistä ja niiden toteutuksen aikataulutuksesta osana paikallista ja alueellista turvallisuussuunnittelua. Paikallinen turvallisuussuunnittelu sovitetaan näiltä osin yhteen paikallisen päihdestrategian tai hyvinvointiohjelman kanssa. Kunnissa järjestetään sosiaalityön akuuttipalvelut ja poliisiin yhteyteen pyritään sijoittamaan sosiaalityöntekijä ainakin niissä kihlakunnissa, joissa on vähintään 50 000 asukasta.

Turvallisuussuunnitteluun sisällytetään nuorten osalta varhaiseen puuttumiseen liittyvä sosiaali-, terveys-, koulu-, nuoriso- ja poliisiviranomaisten yhteinen toimintasuunnitelma. Vastuulliset tahot lisäävät varhaista puuttumista edistävän huumetietouden jakamista avainvaikuttajille kuten opettajille ja muille kasvattajille, kouluterveydenhoitajille, nuoriso- ja liikuntatoimen työntekijöille sekä muille lasten ja nuorten kanssa tekemisissä oleville henkilöille.

Lastensuojelulain 40 §:ää ilmoitusvelvollisuudesta sosiaaliviranomaiselle ilmeisestä lastensuojelun tarpeesta sovelletaan poliisitoimessa kattavasti siten, että poliisi tekee kaikissa tapauksissa ilmoituksen tietoonsa tulleista ilmeisen suojelun tarpeesta olevista lapsista.

Huumausaineen käyttörakoksesta ensimmäisen kerran kiinni jääneen alle 18-vuotiaan henkilön tekoon puututaan tehokkaalla viranomaisyhteistyöllä järjestämällä muun muassa puhuttelutilaisuuksia, joihin osallistuvat nuoren lisäksi tämän vanhemmat tai huoltajat, sosiaaliviranomaisen edustaja, poliisi ja syyttäjä. Puhuttelutilaisuus tähtää seuraamusluonteiseen syyttämättä jättämiseen ja suullisen huomautuksen antamiseen.

Nuorisoriikostoimikunta on laatinut ehdotuksen nuorten rikoksenteikijöiden seuraamusjärjestelmää koskevan lainsäädännön uudistamiseksi. Ehdotuksen mukaan syyttäjä voisi lykätä syyteratkaisuaan tai luopua syytteen nostamisesta, jos nuori hakeutuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimien pariin tai osallistuu sosiaalista selviytymistä edistävään hankkeeseen.

Huumerikoksista kiinni jääneiden moniongelmaisten huumeiden käyttäjien syrjäytymiskiarteeseen puututaan paikkakuntaakohtaisesti yhteistyössä sosiaali- ja terveysviranomaisten, päihdehuollon edustajien, poliisin ja syyttäjän kesken. Paikallistasolle luodaan kiinteä viranomaisyhteistyö, joka edistää riskiryhmiin kuuluvien varhaista hoitoon ja tukipalveluihin hakeutumista ja ehkäisee uusintarikollisuutta.

Huumausaineen käyttörikosten seuraamukset, mukaan lukien toimenpiteistä luopuminen, porrastetaan muidenkin kuin alle 18-vuotiaiden henkilöiden osalta käyttörikoksen vakavuuden mukaisesti.

Perustelut

Sosiaali- ja kontrolliviranomaisten yhteistyö huumausaineita käyttävien nuorten tilanteeseen puuttumiseksi on välttämätöntä. Toimenpiteiden tavoitteena on nuorten syrjäytymiskehityksen ehkäisy. Keskeisenä keinona on sosiaalityön ja lastensuojelun palvelujen saattaminen mahdollisimman nopeasti apua tarvitsevien saataville. Poliisilaitoksella toimiva tai päivystävä sosiaalityöntekijä voi reaaliaikaisesti ryhtyä selvittämään päihde- ja rikoskierteessä olevan nuoren tilannetta ja ryhtyä tarvittaviin jatko toimiin.

Huumausaineen käyttörikosta koskevan, 1.9.2001 voimaan tulleen lainmuutoksen yhteydessä eduskunta piti tärkeänä sitä, että kun poliisi tai syyttäjä luopuu toimenpiteistä huumausaineen käyttörikoksesta kiinni jääneen nuoren kohdalla, nuorelle pidettäisiin suullinen puhuttelu. Asianmukaisesti toteutettu moniammatillinen puhuttelu on tehokas keino ohjata nuoren käyttäytymistä.

Samoin edellä mainitun lainmuutoksen yhteydessä korostettiin sosiaali- ja terveydenhuollon, päihdehuollon, poliisin ja syyttäjän yhteistyön kehittämistä huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoonohjauksessa. Asianomaisten viranomaisten on käytettävä hyväksi kaikki tilaisuudet antaa huumausaineiden ongelmakäyttäjille neuvontaa ja saada aikaan hoitosuhde. Poliisilaitoksella toteutettujen kokeilujen mukaan rikoksesta kiinni jääneen huumeongelmaisen hoitoonohjaus tehostuu, jos poliisilaitoksella päivystää sosiaalityöntekijä.

Käyttörikosuudistus mahdollisti rangaistusmääräysmenettelyn käytön huumausaineen käyttöä koskevissa tapauksissa. Sakotusmenettelyn helpottuminen ei kuitenkaan saisi johtaa sakotusautomaattiin. Tämän vuoksi lainvalmistelutöissä korostetaan toisaalta poliisin mahdollisuutta jättää esitutkinta toimittamatta kaikista vähäisimmistä teoista ja antaa niistä suullinen huomautus ja toisaalta sitä, että syyttäjien tulee soveltaa syyttämättä jättämistä koskevia säännöksiä myös rangaistusmääräysmenettelyssä.

Huumausainetilanteen pakeneminen on heijastunut erityisesti varkausrikollisuuteen. Varkauksia tehdään enenevässä määrin huumeiden käytön rahoittamiseksi. Sisäasiainministeriön selvitysten mukaan päihdeiden väärinkäyttäjät tekevät arviolta ainakin 50 prosenttia omaisuusrikoksista. Tehostamalla huumausainekontrollin kohteeksi joutuvien henkilöiden hoitoonohjausta on mahdollista vaikuttaa vähentävästi myös huumeiden ongelmakäyttöön kytkeytyvään oheisrikollisuuteen.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Sosiaali- ja terveysministeriö, sisäasiainministeriö, oikeusministeriö, opetusministeriö ja Valtakunnansyyttäjänvirasto.

4. Lisätään poliisin, tullin, rajavartiolaitoksen (PTR) ja syyttäjän sekä yksityisen turvallisuusalan yhteistoimintaa huumausaineiden tarjonnan vähentämiseksi

Tavoite

Suomen markkinoille tarkoitetun huumausaineen maahantuonti estetään jo lähtömaassa ja paljastetaan huumausaineiden salakuljetusta maamme rajoilla. Rikoksilla hankitun hyödyn pois ottamista lisätään rikosten paljastamisessa ja tutkinnassa poliisin, tullin, ulosotto- ja veroviranomaisten sekä syyttäjän yhteistyöllä. Uusia rikoslain 10 luvun rikoshyödyn menettämisseuraamusta koskevia säännöksiä sovelletaan täysimääräisesti. Järjestyksenvalvojat ja vartijat osaavat tunnistaa ja oikealla tavalla puuttua huumausaineiden kauppaan ja muuhun levitykseen sekä käyttöön.

Keinot

Tehostetaan PTR -yhteistyötä Venäjän ja Baltian maiden kanssa sekä tuetaan niiden paikallisten viranomaisten toimintaa. Hyödynnetään Tallinnaan ja Pietariin sijoitettujen yhteys-syyttäjien mahdollisuudet edistää rikosprosessin käynnistämistä lähtömaassa.

PTR-viranomaiset perustavat voimavara-, tarkoituksenmukaisuus- ja tarpeellisuusnäkökohdat huomioon ottaen vakavan rikollisuuden torjuntaan alueellisia rikostiedustelu- ja rikosanalyysiyksiköitä sekä valtakunnallisen rikostiedustelu- ja rikosanalyysikeskuksen. Lisäksi viranomaistoimintaa kehitetään lisäämällä rekisterien yhteiskäyttöä sekä laajentamalla yhteistyötä tekniikan ja välineistön hankinnassa sekä käyttönotossa.

Poliisi, tulli, ulosotto- ja veroviranomaiset sekä syyttäjät osallistuvat merkittävien rikostorjuntakohteiden toiminnan pysäyttämiseen. Valtakunnansyyttäjän määräämien huumausainerikoksiin erikoistuneiden kahdeksan syyttäjän toimintaa jatketaan. Heidän päätavoitteenaan on edelleen huolehtia rikosvastuun toteuttamisesta kaikista vakavimmassa ammattimaisessa huumausainerikollisuudessa.

Yhteisen koulutuksen määrää lisätään ja otetaan huomioon uusien menettämisseuraamussäännösten soveltaminen. Poliisin ja vankeinhoitolaitoksen keskinäistä tiedonvaihtoa parannetaan vuonna 2000 solmitun yhteistyösopimuksen mukaisesti tavoitteena rangaistuslaitoksista tapahtuvan huumausainekaupan johtamisen estäminen.

Järjestyksenvalvojien ja vartijoiden koulutukseen sisällytetään oikeat toimintatavat huumausainerikollisuuden torjunnassa aineiden kaupan ja muun levityksen sekä käytön tunnistamiseksi ja niihin puuttumiseksi.

Perustelut

Kansallisen yhteistoiminnan lisäksi PTR -viranomaisten kansainvälistä yhteistyötä lähialueiden viranomaisten kanssa on tiivistettävä. Tähän tähdätään parantamalla lainvalvontaviranomaisten operatiivista tiedonvaihtoa ja tukemalla lähialueiden viranomaisten toimintavalmiuksia. Torjuntayhteistyö painottuu Baltian maihin ja Venäjään, joista maista huumausaineet merkittävämmältä osaltaan Suomeen salakuljetetaan ja joista peräisin olevat rikollisryhmät pitävät hallussaan suurta osaa Suomen huumausainemarkkinoista. Lisäksi EU:n ja aikanaan Schengen -alueen laajentumisen myötä yhteistyön parantaminen Baltian maiden kanssa on erityisen tärkeää.

Keskusrikospoliisi koordinoi poliisihallinnon osalta ja Tullihallitus tullihallinnon osalta ammattimaisen, järjestäytyneen ja kansainvälisen huumausainerikollisuuden torjuntaa tietojen sekä rikosten ja rikossarjojen reaaliaikaiseksi ja tekijäkeskeiseksi yhdistämiseksi. Lainvalvontaviranomaisten tietojärjestelmien avulla seurataan huumausainerikosten ennaltaestämistä, paljastamista, tutkintaa, takavarikko- ja rikoshyödyn pois ottamistoimenpiteitä ja niiden tuloksia.

Keskusrikospoliisi koordinoi ja tarvittaessa johtaa poliisin peitetoimintaa ja poliisin suorittamia valvottuja läpilaskuja. Tullihallitus puolestaan koordinoi tulliviranomaisten suorittamia valvottuja läpilaskuja sekä huolehtii laittoman huumausaineiden maahantuonnin torjunnasta yhteistyössä tullipiirien ja muiden PTR-viranomaisten kanssa. Poliisi ja tulli parantavat telepakkokeinojen ja teknisen tarkkailun valmiuksia uudistamalla teknisiä järjestelmiä ja hankkimalla tarkoituksenmukaista välineistöä.

Huumausainerikollisuuden torjuntaan ja tutkintaan liittyvää poliisin perus- ja jatkokoulutusta on uudistettu. PTR-viranomaiset ottavat käyttöön yhteisen koulutusohjelman huumausainerikollisuuden torjunnassa ja tarjoavat järjestämäänsä alan koulutukseen paikkoja toisilleen.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Sisäasiainministeriö, oikeusministeriö, tullilaitos, rajavartiolaitos ja Valtakunnansyyttäjänvirasto.

5. Varmistetaan asianmukaisten huumehoitopalvelujen saatavuus

Tavoite

Huumeongelmaisten saatavilla on laadukkaita ja monipuolisia päihdepalveluja. Sekä lääkkeettömien hoitojen että korvaushoidon saatavuus paranee ja hoitoon pääsyn esteet vähenevät. Hoidon jälkeinen tuki ja kuntoutus paranevat ja tartuntatautien leviäminen huumeiden käyttäjien keskuudessa estyy.

Keinot

Huumehoitopalvelujen toimivuus turvataan saattamalla päihdehuollon erityispalvelujen kapasiteetti koko maassa päihdepalvelujen laatusuosituksen tasolle vuoden 2007 loppuun mennessä. Päihdepalvelujen alueellista kehittämistä laatusuosituksen pohjalta jatketaan kuntien ja järjestöjen yhteistyönä sekä saattamalla kuntien käyttöön päihdepalvelujen yhdenmukainen laadunarviointilomake.

Huumeiden käyttäjien hoitopalvelujen saatavuutta parannetaan päihdehuollon erityis- palveluissa ja perusterveydenhuollossa. Toimenpiteiden kehittämisen painopiste on ongelmakäyttäjien matalan kynnyksen palveluissa sekä korvaus- ja ylläpito-hoidossa, joilla tehokkaimmin ehkäistään huumausaineiden käytön sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja, kuten tarttuvien oheistautien leviämistä, myrkytyskuolemia ja rikollisuutta.

Yleisön ja ammattihenkilöstön tietoisuutta hoitopalvelujen sisällöstä ja saatavuudesta parannetaan ylläpitämällä ja kehittämällä erityistä hoitopaikkatietokantaa. Lisäksi selvitetään huumaantuneena ajamisesta kiinni jääneiden kuljettajien palvelujen tarve.

Perustelut

Päihdehuollon palvelujärjestelmän kehittämistä ohjaavat päihdehuoltolaki ja sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton julkaisemat päihdepalvelujen laatusuosituksukset. Palvelujärjestelmän kehittämisen lähtökohtana painotetaan kuntien ja järjestöjen arviointia paikallisten ja seudullisten palvelujen riittävydestä ja toimivuudesta. Palveluita on järjestettävä kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan.

Erityisesti suonensisäisesti käytettävien huumeiden käyttöön liittyy veriteitse leviävien tartuntatautien vaara. Suomen kaikista hepatiitti C-tartunnoista arviolta jopa yli 90 prosenttia on saatu suonensisäisesti käytettävien huumeiden käytön yhteydessä. Vaikka vuonna 1998 Suomessa pistämällä huumeita käyttävien keskuudessa alkanut HIV-epidemia on toistaiseksi saatu rajoitettua, tartuntojen leviäminen liikaisten neulojen ja ruiskujen välityksellä sekä seksiteitse on mahdollista. Huumeiden käytön aiheuttama syrjäytyminen ja sosioekonomisten olosuhteiden huononeminen puolestaan altistavat mm. tuberkuloosille ja hepatiitti A -virukselle. Tartuntojen tarkka seuraminen ja niiden ehkäiseminen juuri huumeiden käyttäjien keskuudessa pienentävät merkittävästi myös valtaväestöön kohdistuvaa infektiopainetta. Huumeiden käyttäjien mahdollisimman kattava sitouttaminen matalan kynnyksen terveysneuvontapalveluihin, joihin kuuluvat testauksen lisäksi terveysneuvonta ja hoitoon ja jatkoselvitelyyn ohjaaminen sekä infektioriskin kannalta tärkeiden puhtaiden neulojen ja ruiskujen saatavuus ovat useissa tutkimuksissa osoittautuneet tehokkaiksi ei vain infektioriskin, vaan myös huumeiden käytön vähentämisen kannalta.

Toimenpiteet ovat yhteneväisiä Euroopan unionin linjausten kanssa, joiden mukaan jäsenvaltioiden olisi osana kaikkea yleistä huumausaineiden väärinkäytön ehkäisyyn ja huumausaineiden käyttäjien hoitoon liittyvää politiikkaansa otettava käyttöön lukuisia erityyppisiä erityisesti riskien vähentämiseen tähtäviä toimia vähentääkseen tuntuvasti huumausaineiden aiheuttamia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä kuolemantapauksia.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos, Stakes ja päihdehuollon järjestöt.

6. Tehostetaan hoitotoimenpiteiden käyttöä rikosoikeudellisten seuraamusten yhteydessä

Tavoite

Hoidollisia toimenpiteitä liitetään kiinteämmin rikosoikeudellisiin seuraamuksiin. Vapausrangaistuksen suorittamiseen käytettävää aikaa käytetään nykyistä tehokkaammin päihdehoitotoimenpiteiden käynnistämiseen ja hoitomotivaation herättämiseen. Paikallista, seudullista ja valtakunnallista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten kanssa tehostetaan sekä vankeusrangaistusten että yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpanossa. Vapautuneiden vankien ja yhdyskuntaseuraamusten piirissä olevien palvelut turvataan osana valtakunnallista ja seudullista sosiaali-alan kehittämishanketta. Vankeustuomioita vankilan ulkopuolisissa päihdehuollon yksiköissä suorittavien vankien määrä kasvaa ja vapautuvien vankien kuntoutus tehostuu.

Keinot

Vankilat arvioivat vankien päihteiden käyttöä tulotarkastuksen yhteydessä. Vankilat lisäävät sijoitussopimuksia päihdehuollon laitosten kanssa. Sopimushoitoa koskeva lainsäädäntö saatetaan voimaan ja sopimushoitotuomioiden kokeilu aloitetaan. Päihdehuollon laitokset tuotteistavat palvelujaan paremmin vankien sijoittamista ja sopimushoidon tarpeita vastaaviksi. Kehittämishankerahoitusta kohdennetaan kunnallisiin ja seudullisiin hankkeisiin, joissa kehitetään seuraamusjärjestelmien piirissä olevien ja sieltä palaavien palveluohjausta ja suunnitelmallista, pitkäjännitteistä kuntoutusta.

Perustelut

Huumeongelmista kärsivien rikostuomion saaneiden integroimiseksi yhteiskuntaan tulee heille järjestää rangaistuksen osaksi tai sen vaihtoehtona päihdeongelman hoitoa. Syrjäytymistä voidaan ehkäistä ja hoitaa hallituksen strategia-asiakirjan mukaisesti turvaamalla riskiryhmien palvelut vahvistamalla sosiaalityötä, yhteispalveluita ja moniammatillista otetta sekä kohdentamalla asunnottomuuden ehkäisyyn tähtääviä toimia näihin ryhmiin. Yhteiskunnan kokonaisedun kannalta on tarkoituksenmukaista, että päihdeongelmasta kärsivät lainrikkojat ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piiriin. Päihdehuollon palvelut tukevat vankia päihdeongelman ja oman elämäntilanteen selvittelyssä. Päihdekuntoutukseen sitoutunut ja siinä edennyt vanki voidaan sijoittaa tietyin edellytyksin määrääjäksi rangaistuslaitoksen ulkopuolelle päihdehuollon laitokseen.

Hallituksen esitys sopimushoidon kokeilemisesta ja siihen liittyvästä lainsäädännöstä on tarkoitus antaa eduskunnalle keväällä 2004 ja sopimushoidon kokeileminen voitaisiin käynnistää aikaisintaan vuoden 2005 alussa. Sopimushoito on tarkoitettu sellaisille lyhyeen ehdottomaan vankeusrangaistukseen tuomittaville rikoksentehtäjille, joiden rikoksen tekemiseen ovat merkittävästi vaikuttaneet päihdeongelmat ja joiden voidaan olettaa noudattavan heille tuomittua hoito-ohjelmaa.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Oikeusministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, sisäasiainministeriö, Rikosseuraamusvirasto ja Vankeinhoitolaitos.

7. Kehitetään huumeongelmien ehkäisyä ja hoitoa koskevaa osaamista

Tavoite

Kehitetään huumeongelmien ehkäisyä ja hoitoa koskevaa osaamista ammatissaan huumeiden käyttäjien kanssa kosketukseen tulevilla.

Keinot

Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö asettavat työryhmän selvittämään päihdeasioiden hoitoa ja ehkäisyä koskevan koulutuksen nykytilaa ja kehittämistä. Työryhmän tehtävänä on selvittää päihdekysymyksen sisältyminen eri ammattialojen koulutusohjelmiin yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja muussa tutkintoon johtavassa peruskoulutuksessa sekä tehdä tarvittavat ehdotukset koulutuksen kehittämiseksi. Lisäksi vahvistetaan poliisin hoitonohjaukoulutusta sekä hoitonojausta et-sivän sosiaali- ja terveydenhuoltotyön kautta.

Perustelut

Huumausainepolitiikan kehittämisen alueella on viime vuosina tehty runsaasti valmistelutyötä, jolla huumausaineiden käytön ehkäisyä ja käyttäjien hoitoa voidaan sisällöllisesti kehittää. Nuorten huumeiden käytön ehkäisytoimikunta jätti mietintönsä vuonna 2000, huumehoitotyöryhmä sekä opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittänyt työryhmä vuonna 2001. Opetusministeriön johtamassa hankkeessa ollaan parhaillaan kehittämässä nuorten työpajojen valmiuksia käsitellä huume- ja muita päihdeongelmia. Kaikissa näissä hankkeissa yhdeksi huumausaineiden käytön ehkäisyn ja hoidon kannalta tärkeäksi kehittämisalueeksi on nostettu päihteitä koskevan koulutuksen lisääminen. Koulutusta huumausaineista, huumausaineiden sekä muiden päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmista sekä näiden hoidosta tulisi tarjota ongelmakäyttäjien kanssa suoraan tekemisissä oleville, mutta myös muille tahoille, kuten opetus- ja nuorisoviranomaisille sekä poliiseille ja muille valvontaviranomaisille.

Huumeongelmien mahdollisimman varhainen tunnistaminen on päihdehaittojen ehkäisyn kannalta tärkeää. Usein ensimmäinen kontakti päihdeongelmaisiin luodaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kautta. Aloite voi kuitenkin tulla myös poliisilta. Näissä peruspalveluissa työskentelevien tulisi tunnistaa päihteiden ongelmakäyttö ja ohjata tällaiset henkilöt tarkoituksenmukaisen hoidon piiriin. Päihdeasiakkaat koetaan sosiaali- ja terveyspalveluissa kuitenkin usein vaativina ja hankalina. Tämä voi johtua osittain puutteellisista tiedoista ja valmiuksista kohdata päihdeongelmaisia. Päihteiden käyttötapojen moninaistuessa on tärkeää, että eri toimijoilla on käytettävissään ajanmukaisia ja realistisia tietoja aihepiiristä sekä tarvittavia taitoja ja kommunikoida kohderyhmien kanssa.

Päihdeongelmia kohtaavien henkilöstöryhmien päihteitä koskevissa tiedoissa ja asenteissa on useassa eri yhteydessä havaittu olevan puutteita. Tämä edellyttää laajan valtakunnallisen täydennyskoulutusohjelman käynnistämistä. Samassa yhteydessä tulee selvittää myös eri ammattiryhmien päihteitä koskevan peruskoulutuksen kehittämistä.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Opetusministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, sisäasiainministeriö, Kansanterveyslaitos ja Stakes.

8. Vahvistetaan moniammatillista yhteistyötä sekä huumausaineiden ja muiden päihteiden käytön ehkäisyä oppilas- ja opiskelijahuollossa

Tavoite

Vahvistetaan lasten ja nuorten huumausaineiden ja muiden päihteiden käytön ehkäisyä yhdessä oppilashuollon ja muiden päihdetyötä tekevien viranomaisten kanssa.

Keinot

Opetushallitus ja Stakes tuottavat tietoa, koulutusta ja aineistoa tueksi moniammatilliselle yhteistyölle oppilas- ja opiskelijahuollossa. Oppilas- tai opiskelijahuollon paikallisten suunnitelmien laatijoille välitetään ehkäisevän päihdetyön hyviä käytäntöjä, jotka auttavat toteuttamaan oppilas- ja opiskelijahuollon suunnitelmaan kirjattavia uusia tavoitteita.

Opetushallitus laatii yhteistyössä Stakesin kanssa opetussuunnitelman perusteisiin kirjattavat oppilas- ja opiskelijahuollon tavoitteet ja keskeiset periaatteet kaikille koulutusasteille aikuiskoulutusta lukuun ottamatta. Näihin tavoitteisiin kuuluu myös tupakoinnin ja päihteiden käytön ehkäisy.

Perustelut

Koululakien muutokset velvoittavat opetusviranomaiset laatimaan yhteistyössä sosiaali- ja terveysviranomaisten kanssa opetussuunnitelmaan kuuluvan oppilas- tai opiskelijahuollon suunnitelman.

Lainmuutokset ulottuvat myös lukio- ja ammatilliseen koulutukseen, jolloin myös aikuistuva nuori saa hyvinvoinnilleen tukea vastaavin periaattein, joita on alettu toteuttaa perusopetuksessa.

Moniammatillisuus on haaste hallintokunnille, jotka ovat usein toimintakulttuureiltaan ja lainsäädännöltään erilaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja opetustoimen on tunnettava toistensa työkäytännöt ja oltava vuorovaikutuksessa voidakseen sovittaa yhteen toimintaperiaatteensa. Kouluissa ja oppilaitoksissa on kehitetty ja kehitetään edelleen moniammatillisia oppilashuollon toimintamalleja ehkäisevään päihdetyöhön, mukaan luettuna huumeiden käytön ehkäisy. Hyväksi todetut toimintamallit tulee voida hyödyntää yksittäisiä oppilaitoksia laajemmin.

Oppilashuoltoon sisältyvät opetuksen järjestäjän hyväksymän opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, jotka ovat kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettu kouluterveydenhuolto sekä lastensuojelulaissa (683/1983) tarkoitettu kasvatuksen tukeminen.

Opetussuunnitelman perusteiden pohjalta laaditaan paikallinen opetussuunnitelma. Siinä opetuksen järjestäjä määrittelee yhteistyössä paikallisten sosiaali- ja terveysviranomaisten kanssa tavoitteet ja menettelytavat oppilas- ja opiskelijahuollon sekä kodin ja koulun/oppilaitosten yhteistyöhön. Oppilas- ja opiskelijahuollon suunnitelmaan sisällytetään suunnitelmat terveyden ja turvallisuuden edistämiseksi, moniammatilliset toimintaperiaatteet lapsen ja nuoren tukemiseksi sekä toimenpideohjeet ongelma-, onnettomuus- ja kriisitilanteita varten. Tällaisia ovat oppilaiden poissaolot, kiusaaminen, väkivalta, häirintä, mielenterveyskysymykset, tupakointi ja päihteet, mukaan lukien huumeaineet sekä erilaiset onnettomuudet ja kuolemantapaukset.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Opetushallitus, Stakes, paikalliset moniammatilliset yhteistyöryhmät, koulut ja oppilaitokset.

9. Kehitetään uusia ehkäisevän päihdetyön menetelmiä ja vahvistetaan paikallistason viranomaisyhteistyötä ehkäisevässä huumetyössä

Tavoite

Ehkäisevää huumetyötä suunnitellaan ja toteutetaan paikallistason nuoriso-, sosiaali-, koulu-, terveys- ja työvoimaviranomaisten yhteistyönä. Vahvistetaan ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöiden asemaa päihdetyön koordinaattoreina. Otetaan käyttöön uusia, erityisryhmille suunnattuja menetelmiä ehkäisevässä päihdetyössä. Huumeongelmista kärsivät ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret tavoitetaan paremmin, ehkäisevän päihdetyön systemaattisuus sekä asema vahvistuvat ja nuorten päihteiden käyttö vähenee.

Keinot

Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston asemaa ja toimintaa tuetaan tiedotuksen, koulutuksen ja työmenetelmien kehittämisen keinoin. Erityisesti vaikutetaan kuntajohtoon yhdyshenkilöverkoston aseman vahvistamiseksi. Työmenetelmiä kehitetään ja kentän osallistumista strategia- ja ohjelmatyöhön vahvistetaan erityisen kehittäjaverkoston avulla.

Otetaan käyttöön uusia, riskiryhmille soveltuvia ehkäisevän päihdetyön menetelmiä, kuten liikunnan ja kulttuuritoiminnan keinot draama, kirjoittaminen, musiikki, kuvataide ja käsityö. Näitä toteutetaan projekteina osana ehkäisevän päihdetyön kokonaisuutta. Lisäksi tuetaan konkreettisia hankkeita, jotka tarjoavat nuorille päihteettömiä vapaa-ajan viettomahdollisuuksia, kuten nuorisotilojen käyttöä viikonloppuisin sekä nettikahviloita.

Perustelut

Hallitusohjelman mukaisesti ehkäisevää huumetyötä tulee vahvistaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman mukaisesti kuntiin on nimetty ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöt. Vuoden 2003 lopulla noin 90 % kunnista on nimenyt yhdyshenkilön. Yhdyshenkilön tehtävänä on ehkäisevän päihdetyön edistäminen

kunnassa moniammatillisena yhteistyönä, kunnallisen tai alueellisen strategiatyön koordinointi sekä tiedonvälitys kunnan ja eri organisaatioiden välillä.

Tehokkaalla ennaltaehkäisyllä ja tavoitteellisella nuoriso- ja sosiaalityöllä voidaan estää nuorten päihdekokeiluja ja puuttua päihteiden käyttöön varhaisessa vaiheessa. Tutkimusten mukaan päihteiden käytön aloittamisikä on yhteydessä päihdeongelman kehittymisen riskiin. Nuorten päihteiden käyttö on myös yhteydessä turhautumisen kokemuksiin, jotka johtuvat mielekkäiden harrastusten puutteesta. Viihtyisien ja pedagogisesti hyvin toimivien, mahdollisuuksien mukaan nuorten itse hallinnoimien nuorisotilojen käytöllä saadaan entistä suurempi osa nuorista aktivoitua myönteisellä tavalla.

Riskiryhmään kuuluville nuorille tulee järjestää erityisiä nuoriso- ja sosiaalityön muotoja, jotka vahvistavat nuorten yhteiskuntaan kiinnittymistä. Muun muassa nuorten työpaja- ja Avartti-toiminnalla voidaan tarjota nuorille mielekäästä tekemistä vapaa-aikana päihdeettömissä ympäristöissä. Työpajatoiminta pyritään vakinaistamaan hallituskauden aikana ja sitä kehitetään osana alueellisten työpalvelukeskusten perustamista. Näillä toimintamuodoilla voidaan myös tukea ja kuntouttaa alkoholi- tai huumeongelmista kärsiviä nuoria yhteistyössä paikallisen päihdehuollon kanssa. Kulttuuritoiminta voi tutkimusten mukaan lisätä ihmisen voimavaroja löytämällä uusia resursseja ja uudenlaisia keinoja hyödyntää niitä hyvinvoinnin ja elämän sisällön rikastuttamiseksi. Kulttuuritoimintaan voidaan lisätä taiteellisen luovuuden lisäksi myös sosiaalisia ja terveyteen liittyviä tavoitteita. Valtion taide- ja taitelijapoliittisen toimikunnan (TAO) työn tuloksena valtioneuvosto teki 13.3.2003 periaatepäätöksen, jolla pyritään edistämään taiteen ja kulttuuritoiminnan soveltavaa käyttöä myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteydessä.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Opetusministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöt, Valtakunnallinen työpajayhdistys, valtakunnalliset nuorisokeskukset, päihdealan järjestöt ja Terveyttä kulttuurista -verkosto/ Suomen Mielenterveysseura.

10. Tuetaan kansalaisjärjestöjen roolin vahvistumista ehkäisevässä huumetyössä

Tavoite

Kansalaisjärjestöjen rooli palvelun tuottajina, asiantuntijoina, vertaistukea tarjoavina ja vapaaehtoistoimintaa ylläpitävinä tahoina vahvistuu.

Keinot

Luodaan viranomaisten ja järjestöjen välistä yhteistyötä tukevia rakenteita. Huolehditaan eri tasoilla olemassa olevien päihdestrategioiden toteutumisesta ja huomioidaan järjestöjen rooli niissä. Vaikutetaan siihen miten ehkäisevä huumetyö on esillä sosiaali- ja terveysalan päihdekoulutuksessa, yhtenäistetään ehkäisevän päihdetyön koulutussisältöjä ja kehitetään viranomais- ja järjestötoimijoiden huumetyön ammatillisuutta ja muun osaamisen tasoa.

Perustelut

Laadukas huumausaineiden vastainen työ edellyttää ammatillista osaamista. Järjestöjen työhön kohdistuu paljon laatuvaatimuksia, mikä edellyttää riittävää resursointia. Järjestöt ovat myös keskeisessä roolissa uusien toimintatapojen kehittämisessä. Ammatillisen työn lisäksi järjestöjen huumetyöhön liittyy usein myös toimintamuotoja, jotka tukevat tai luovat uusia hyvinvointirakenteita.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveiden edistämisen keskus ja päihdealan järjestöt.

11. Tarkistetaan Suomen huumausainelainsäädäntöä ottaen huomioon yhteisöläinsäädännön muutokset sekä synteettisten, toistaiseksi huumausainekontrollin ulkopuolella olevien aineiden nopeutunut markkinoille tulo

Tavoite

Suomen huumausainelain ja -asetuksen muuttaminen yhteisöläinsäädäntöä vastaavaksi sekä huumaustarkoituksessa käytettävien aineiden valvontaan ottamisen nopeuttaminen.

Keinot

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa keväällä 2004 työryhmän, jonka tehtävänä on viimeistellä huumausainelain ja -asetuksen muutos asiaa 17.12.2001 - 30.6.2002 valmistelleen työryhmän esityksen pohjalta huomioiden samalla uudet EU-lainsäädännön huumausaineiden lähtöaineita, eli prekursoreita koskevat muutokset. Työryhmän tulee harkita myös muita tarpeelliseksi katsottavia muutoksia ja arvioida tarvetta ns. geneerisen huumausainemääritelmän selvittämiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö antaa syksyllä 2004 ehdotuksen hallituksen esitykseksi laiksi huumausainelain muuttamisesta sekä Valtioneuvoston asetuksen huumausaineasetuksen muuttamisesta.

Lisäksi valmistellaan laki, jonka perusteella voidaan ottaa valvontaan sellaisia aineita, joiden vaarallisuuden arviointi on käynnistetty 16.7.1997 tehdyllä Euroopan unionin päätöksellä yhteisestä toiminnasta uusia synteettisiä ja muita uusia huumausaineita koskevasta tietojen vaihdosta, riskien arvioinnista ja valvonnasta (97/396/YOS). Lailla voidaan ottaa valvontaan myös muita huumaustarkoituksessa käytettäviä aineita, joita ei ole listattu YK:n vuoden 1961 huumausaineyleissopimuksessa, eikä vuoden 1971 psykotrooppisia aineita koskevassa sopimuksessa.

Perustelut

Lääkelaitos on esittänyt, että sosiaali- ja terveysministeriö ryhtyisi tarvittaviin lainsäädäntötoimenpiteisiin huumausaineasetuksen muuttamiseksi vastaamaan yhteisön lainsäädäntöä huumausaineiden valmistuksessa käytettävien aineiden osalta. Epätyy-

dyttävä lainsäädännöllinen tilanne aiheuttaa ongelmia niin lähtöaineita käsitteleville yrityksille kuin valvontaviranomaisillekin.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä valmisteli vuonna 2002 ehdotuksensa huumausaineasetuksen muuttamiseksi siten, että se vastaa yhteisön lainsäädäntöä huumausaineiden valmistuksessa käytettävien aineiden osalta. Lainsäädännön yhtenäistämiseksi yhteisön lainsäädännön kanssa työryhmä katsoi tarpeelliseksi tehdä myös muita huumausaineasetukseen liittyviä muutoksia sekä huumausainelakiin liittyviä muutoksia.

Lisäksi yhteisölainsäädäntö on jälleen muuttumassa. Euroopan yhteisöjen komissio teki 10.9.2002 ehdotuksen Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukseksi huumausaineprekursoreista. Neuvoston vahvistama yhteinen kanta Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksen antamiseksi huumausaineiden lähtöaineista hyväksyttiin 30.9.2003. Uusi, asetukseen perustuva huumausaineiden lähtöaineiden sisäkauppa- ja ulkokauppa- ja valvonta edellyttää kansalliseen lainsäädäntöön tehtäviä muutoksia. Myös ulkokauppasäännöstö on muuttumassa. Muutos valmistellaan vuoden 2004 alkupuolella neuvoston tulliliittotyöryhmässä.

Huumausainelainsäädäntöä tarkistettaessa huomioidaan myös toistaiseksi huumausainekontrollin ulkopuolella olevien aineiden nopeutunut markkinoille tulo. Uusia ns. design -huumeita (mm. amfetamiinien, fentanyyliin ja tryptamiinien johdannaisia ja sukulaisaineita) voidaan valmistaa helposti useissa eri muodoissa. Joissakin tapauksissa ne ehtivät hävitä markkinoilta ennen kuin ne saadaan kontrollin piiriin. Samanaikaisesti markkinoille on tullut taas uudenlaisia aineita, jotka eivät vielä ole kontrollin piirissä.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Sosiaali- ja terveysministeriö, oikeusministeriö, sisäasiainministeriö, valtiovarainministeriö, Kansanterveyslaitos, Lääkelaitos ja tullilaitos.

Kansainväliset toimet

- 12. Edistetään huumausaineiden käyttöä ja levittämistä ehkäiseviä kansainvälisiä toimia. Tehostetaan kansainvälisen huumausaineyhteistyön kansallista koordinaatiota ja varaudutaan Euroopan unionin laajentumiseen.**

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksen (1998) mukaisten kansainvälisen yhteistyön tavoitteiden toteutuminen edistyy. Suomeen suuntautuva huumausaineiden salakuljetus, huumausainekauppa, oheisrikollisuus sekä huumausaineiden käyttö ja siihen liittyvät sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat pysyvät mahdollisimman vähäisinä. Kansainvälisten asioiden koordinointi kotimaassa sekä kansainvälisesti tehostuu.

Keinot

Suomi osallistuu aktiivisesti huumausainepolitiikan suunnitteluun ja toteuttamiseen Euroopan unionin työryhmissä, Euroopan unionin huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksessa, Europolissa, Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmässä, Pohjoismaiden ministerineuvostossa, YK:n huumausainetoimikunnassa (CND) ja Dublin-ryhmässä. Kansainvälisen ja kansallisen toiminnan koordinoitua tehostetaan. Tutkijoiden sekä kansalaisjärjestöjen mahdollisuuksia osallistua kansainväliseen huumausaineyhteistyöhön tuetaan ottaen huomioon myös alueelliset näkökohdat.

Vuoden 2004 CND:n 47:ssä istunnossa koordinoidaan tiedonhallintaa koskeva päätöslauselmaehdotus. Suomi pyrkii vahvistamaan länsimaiden ryhmän (WEOG) sisäistä yhteistyötä sekä tiivistämään yhteistoimintaa USA:n ja Venäjän kanssa. Suomi jatkaa osallistumista Yhdistyneiden Kansakuntien huumausainehjelman (UNODC) päärahoittajamaiden ryhmän toimintaan. Ryhmän jäsenyyden edellytyksenä on vuosittainen, noin 500 000 dollarin suuruinen avustus huumausainehjelmalle. Ulkoasiainministeriö on sitoutunut vuoteen 2005 saakka maksamaan YK:n huumausainehjelmalle vuosittain 100 000 euron yleisavustuksen ja tukea on tarkoitus jatkaa. Myös sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö rahoittaa UNODC:tä vuotuisella 25 000 euron avustuksella.

Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmän toimintakaudella 2004 - 2006 Suomi edistää tekemiään aloitteita, joihin liittyen toteutetaan yhdessä Venäjän viranomaisten kanssa konsultatiivinen foorumi huumeiden käytön ehkäisystä. Lisäksi tuetaan Venäjällä tehtävää huumeiden käytön ehkäisytyötä Suomen toimintakaudella 2001 - 2003 tekemien valmistelujen pohjalta.

Kansainvälisiin yhteistyöfoorumeihin osallistumiseen valmistautumista tehostetaan lisäämällä yhteistyötä Suomen etujen kannalta keskeisten maiden kanssa aihekohtaisesti. Poikkialueellinen, kansainvälistä huumausaineyhteistyötä koordinoiva työryhmä asetetaan uudelleen vuoden 2004 alussa ja tehostetaan sen toimintaa.

Perustelut

Gloaalitasolla tapahtuva yhteistyö ja siihen vaikuttaminen ovat olennainen osa huumausaineiden torjuntaa, koska huumausaineongelma on luonteeltaan rajoja ylittävä. Yksi kanava tälle työlle on edellä mainituissa elimissä sekä järjestöissä käytävä huumausainepoliittinen keskustelu ja normatiivinen työ.

Suomen kansainvälisen yhteistyön perustana ovat valtioneuvoston linjaukset kansainvälisistä tavoitteista sekä Yhdistyneiden Kansakuntien huumausaineita koskevat yleissopimukset ja päätökset, erityisesti YK:n erityisistunnossa 8. - 10.6.1998 asetetut, vuosiin 2003 ja 2008 mennessä saavutettaviksi aiotut tavoitteet. Näiden sitoumusten seuranta ja täydentäminen tapahtuu pitkälti YK:n elimissä.

EU:n laajentuminen tulee todennäköisesti lisäämään huumausaineisiin liittyviä haittoja Suomessa. Laajentumiseen varautuminen edellyttää uusien jäsenmaiden kanssa tehtävää yhteistyötä, jossa kehitetään niiden rajavalvontaa, hallintoa ja oikeusvaltiota. Tarttuvien tautien ehkäiseminen ja huumeongelmaisten hoito Itä-Euroopassa vaativat kiireellisiä toimenpiteitä. Myös huumelaboratoriotyötä ja huumeisiin liittyvää

tiedonkeruuta uusissa jäsenmaissa tulee kehittää. Yhteistyötä uusien jäsenmaiden kanssa tulee tehdä sekä kahdenvälisesti että EU-järjestelmän puitteissa.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Ulkoasiainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, sisäasiainministeriö sekä muut huumausaineasioista vastaavat ministeriöt.

13. Jatketaan huumausaineiden vastaisen työn tukemista lähialue- ja kehitysyhteistyössä

Tavoite

Huumausaineiden kuljetus sekä huumausaineiden käyttöön liittyvät sosiaaliset ja terveydelliset haitat leviävät lähialueilta Suomeen niin vähän kuin mahdollista. Huumausaineiden vastainen toiminta Suomen lähialueilla vahvistuu. Huumausaineiden viljelyn ehkäisyyn tähtäävä työ kehitysmaissa edistyy.

Keinot

Tuetaan ensisijaisesti lähialueyhteistyö- sekä kehitysyhteistyövaroista lähialueilla ja Suomen kehitysyhteistyön kumppanimaissa tehtävää huumausaineiden vastaista työtä. Tuetaan yhteistyössä Pohjoismaiden ministerineuvoston kanssa lähialueilla toteutettavia huumausaineiden käytön haittoja, erityisesti tarttuvia tauteja ehkäiseviä, sekä oikeusvaltiota vahvistavia hankkeita sekä vastaavia hankkeita Pohjoisen Ulottuvuuden toimintaohjelmassa. Tiivistetään poliisi- tulli- ja rajavaltaviranomaisten yhteistyötä Venäjän ja Baltian maiden kanssa. Tuetaan lähialueiden maiden viranomais- ten poikkihallinnollista yhteistyötä.

Kehitysyhteistyövaroista tuetaan huumeiden vastaisia hankkeita Latinalaisessa Amerikassa (Peru), Keski-Aasiassa ja Afganistanissa. Huumausaineita tuottavien kehitysmaiden kanssa tehtävän yhteistyön painopisteinä tulee olla vaihtoehtoinen viljely, peruspalvelujärjestelmien ja oikeusvaltion kehittäminen, ottaen huomioon erityisesti naisten asema näissä maissa tehtävässä työssä.

Kahdenvälisten hankkeiden lisäksi Suomi tukee YK:n huumausaineohjelman (UNODC) alueellisia hankkeita kehitysyhteistyö- ja lähialueyhteistyövaroista.

Perustelut

Lähialueiden ja huumausaineita tuottavien kehitysmaiden tilanteella on heijastusvaikutuksia myös Suomen huumausainetilanteeseen. Lisääntynyt huumeiden käyttö Baltian maissa sekä Venäjällä ja siihen liittyvät haitat, erityisesti suonensisäisen käytön välityksellä leviävä HIV -epidemia, on erityisen vakava yhteiskunnallinen ongelma. Yhteistyön kautta lähialueilla tulee tukea sosiaali- ja terveysalan hankkeita, jotka ehkäisevät huumeiden käyttöä sekä vähentävät siitä aiheutuvia haittoja.

Valvontaviranomaisten yhteistyöllä voidaan ehkäistä huumausaineiden salakuljetusta ja vähentää huumeiden tarjontaa Suomessa. Heijastusvaikutukset Suomeen minimoituvat, jos laittomaan huumausaineiden salakuljetukseen syyllistyneet voidaan paljastaa ja tuomita rangaistukseen jo lähtömaissa.

Huumausaineiden käytön ehkäisy on yksi viidestä painopistealueesta ulkoasiainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön valmistelemassa Suomen lähialueyhteistyön keskipitkän aikavälin toimintasuunnitelmassa vuosille 2003 - 2005. Tavoitteena on ehkäistä nuoria aloittamasta huumeiden käyttöä ja vähentää käytön riskejä niiden henkilöiden kohdalla, joilla huumeongelma jo on. Huumeiden käytön ehkäisytyöllä tuetaan lähialueiden omien huumeohjelmien toteutumista. Hankkeet toteutetaan lähialueiden viranomaisten, kansalaisjärjestöjen ja suomalaisten toimijoiden yhteistyönä.

Kehitysyhteistyössä tulee tukea demokraattisen kehityksen ja oikeusvaltion kehittämistä huumausaineita tuottavissa kehitysmaissa. Myös huumausaineiden viljelylle vaihtoehtoisia viljelymahdollisuuksia on edistettävä. Yhteistyössä on huomioitava huumeongelman moniulotteisuus sekä sen yhteydet järjestäytyneeseen rikollisuuteen, köyhyyteen, terrorismiin ja korruptioon.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Ulkoasiainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, sisäasiainministeriö, opetusministeriö ja tullilaitos.

Tutkimus ja seuranta

14. Kehitetään huumausaineisiin liittyvää tietopohjaa ja tutkimusta

Tavoite

Tutkitaan huumausaineiden käyttöä ja siihen liittyviä mielikuvia, käytön eritasoisia seurauksia, käyttäjien palvelujärjestelmää ja hoitoa, huumausaineisiin liittyvää rikollisuutta ja mahdollisuuksia puuttua siihen sekä eritellään ja arvioidaan huumausainepoliittista keskustelua. Vahvistetaan huumausaineisiin liittyvää tieto- ja osaamispohjaa.

Keinot

Vuosina 2004, 2006 ja 2008 toteutetaan suomalaisten (15 - 69-vuotiaat) huumeiden käyttöä kartoittava tutkimussarja. Nuorten huumeiden käytön kehitystä seurataan osallistumalla eurooppalaiseen ESPAD-tutkimukseen, jonka kohteena ovat 15/16-vuotiaat koululaiset. Kouluterveyskyselyllä tuotetaan kuntakohtaista tietoa. Varhaisen havaitsemisen tutkimuksella pyritään tunnistamaan huumeilmiöitä nopeasti. Ongelmakäyttäjien määrästä tehdään eri viranomaisten rekisteritietoihin perustuva arvio vuonna 2004 ja arvioinnit toistetaan 2 - 4 vuoden välein. Tutkimuksiin seurataan myös väestön huumeita koskevien mielipiteiden kehitystä. Jatkettavaan huumeviestintäkampanjaan liitetään asianmukainen tutkimuselementti ja arviointi.

Huumeiden käytön aiheuttamien sairauksien, kuolemantapausten ja muiden terveydellisten ja sosiaalisten haittojen perusseuranta pidetään ajan tasalla. Tartuntatautilanteesta raportoidaan säännöllisesti. Suonensisäisesti huumeita käyttävien riskikäyttäytymistä selvitetään erillistutkimuksessa. Huumeiden käyttäjien sosiaalista tilannetta ja syrjäytymistä tarkastellaan erilaisten tutkimusaineistojen avulla. Terveys 2000 -tutkimus tuottaa tietoa huumeongelmien suhteesta muuhun terveyteen ja psyykki-

seen hyvinvointiin. Tiedon keruuta muunneltujen huumausaineiden (ns. design -huumeet) vaikutuksista ja niitä koskevaa asiantuntijatyötä jatketaan.

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon kattava päihdetapauskas laskenta antaa kuvan huumeongelmaisten kohtaamisesta palvelujärjestelmän erilaisissa yksiköissä. Huumeiden käyttäjien ongelmista ja elämäntilanteesta saadaan tarkempi kuva vuosittain toteutettavassa huumehoitotiedonkeruussa, josta luodaan sosiaali- ja terveysministeriön Tieto 2005-hankkeen yhteydessä pysyvä tiedonkeruustrumentti. Hoidon seurannan osana kehitetään hoitopaikkatietokantaa ja seurataan päihdehuollon laatukriteerien toteutumista. Suomessa käytössä olevien huumehoitojen tehoa ja laatua arvioidaan hoitokäytännöissä sekä kansainvälisin vertailuin. Lisäksi tutkitaan päihderiippuvuuden mekanismeja ja lääkkeellisiä hoitomalleja sekä matalan kynnyksen toiminnan kehittämistä.

Huumerikollisuuden ja sen eri muotojen kehitystä seurataan aktiivisesti. Varastettujen tavaroiden markkinat vaikuttavat merkittävästi huumealouteen. Rikoksentorjuntaneuvostossa käynnistettävässä tutkimushankkeessa selvitetään varastettujen tavaroiden markkinoita. Erillisessä hankkeessa selvitetään huumeiden käyttöön liittyvää oheisrikollisuutta. Liikenneturvallisuuteen liittyvän huumeiden käytön seuranta kehitetään sekä kansainvälisenä yhteistyönä että mm. poliisin sekä liikenne- ja viestintäministeriön kanssa. Huumeiden esiintyvyyttä työelämässä selvitetään erityisesti tiettyjen turvallisuusriskin omaavien alojen suhteen. Huumeiden analysointiin ja uusien huumeiden tunnistamiseen soveltuvia menetelmiä kehitetään laboratoriotutkimuksin. Poliisin toimintaa koskevissa hankkeissa selvitetään järjestäytyneen huumerikollisuuden tutkimusta sekä poliisin toimintaedellytyksiä huumeisiin liittyvän oheisrikollisuuden torjunnassa. Rikoslain 50 lukuun tehtyjen uudistusten (huumausaineen käyttörikos) vaikutuksista tehdään tutkimus.

Suomen huumausainepolitiikan erittelyn ja arvioinnin lisäksi seurataan Pohjoismaiden ja EU:n jäsenmaiden piirissä sekä EU:n hallinnon tasolla tapahtuvaa huumausainepoliittista keskustelua.

Perustoiminnan tueksi tarvitaan syventävää tutkimusta. Huumeekysymysten monipuolisempi ja syvällisempi selvittäminen vaatii tutkimustoiminnan ja tutkijakoulutuksen lisäämistä. Tätä silmällä pitäen Suomen Akatemialle laaditaan ehdotus huumeisiin liittyvän tutkimusohjelman käynnistämiseksi.

Perustelut

Huumausaineisiin liittyvä tutkimustieto ja osaaminen ovat välttämättömiä, jotta voitaisiin tehokkaasti suunnitella, arvioida, kehittää ja toteuttaa Suomen huumausainepolitiikkaa.

Vastuu- ja yhteistyötahot: Sosiaali- ja terveysministeriö, sisäasiainministeriö, opetusministeriö, Stakes, Kansanterveyslaitos, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos ja Poliisiammattikorkeakoulu.

