



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hyvinkään terveysneuvontapiste Tykki asiakkaiden kokemana

Kilpeläinen, Airi

Vähäsaari, Pirjo

2015 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Hyvinkään terveysneuvontapiste Tykki asiakkaiden
kokemana

Airi Kilpeläinen
Pirjo Vähäsaari
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Airi Kilpeläinen, Pirjo Vähäsaari

Hyvinkään terveysneuvontapiste asiakkaiden kokemana

Vuosi 2015 Sivumäärä 27

Terveysneuvontapisteet toimivat ruiskuhuumeita käyttäville sekä ruiskujen ja neulojen vaihtopisteinä että neuvontapisteinä. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuoda esille Hyvinkään terveysneuvontapiste Tykin käyttäjien kokemuksia palvelusta ja siitä, kuinka he kokevat tulevansa siellä kohdatuiksi. Opinnäytetyömme tarkoituksena on osaltaan olla mukana palvelun kehittämisessä. Opinnäytetyössämme käytimme laadullista tutkimusta teemahaastattelemalla terveysneuvontapisteessä asioivia. Haastateltavina oli viisi terveysneuvontapisteessä asioivaa ja pääasiassa ruiskuhuumeita käyttävää sekäkäyttäjää.

Käyttämämme teemat olivat palvelun saatavuus, vuorovaikutus työntekijöiden kanssa ja terveysneuvonta ja ohjaus. Haastattelut teimme Tykissä maaliskuussa 2015 Tykin aukioloaikana. Tutkimuksemme tulosten mukaan haastateltavat olivat tyytyväisiä Tykin nykyiseen aukioloaikaan (maanantaisin klo 14 -16), mutta toivoivat aukioloa useampana päivänä. Tiloihin haastateltavat olivat pääosin tyytyväisiä, kuitenkin puutteena koettiin heikko mahdollisuus kahdenkeskisiin keskusteluihin työntekijöiden kanssa. Tykissä työskentelevät A-klinikan työntekijät, minkä vuoksi anonymiteetti ei A-klinikan asiakkaille Tykissä toteudu. Tämän haastateltavat kokivat tuttuuden kannalta hyvänä asiana ja anonymiteetin kannalta huonona asiana. Haastateltavat kertoivat, että saavat tuotua esille mielipiteitään ja luottivat siihen, että apua saa pyydettyä. Ruiskujen ja neulojen vaihtomäärien rajoittamista haastateltavat kritisoivat vahvasti. Kaikki haastateltavat pitivät terveysneuvontapisteiden toimintaa erittäin tärkeänä ja sieltä saatavaa tietoa riittävänä, vaikka aineidenkäytön hallintaan he eivät kokeneet palvelun vaikuttaneen. Kokemusasiantuntijoiden mahdolliseen käyttöön haastateltavat suhtautuivat myönteisesti ja ajattelivat heidät motivoivina esimerkkeinä huumeista eroon pääsemisessä.

Tutkimuksemme todentaa Hyvinkään terveysneuvontapisteiden merkitystä ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa erityisesti puhtaiden ruiskujen- ja neulojen jakopisteinä. Tykin aukioloaikoihin ja anonymiteetin toteutumiseen tulisi kiinnittää huomiota matalan kynnyksen palvelun toteutumiseksi.

Asiasanat: terveysneuvontapiste, matalan kynnyksen palvelu, ennaltaehkäisy, ruiskuhuumeiden käyttäjä

Airi Kilpeläinen, Pirjo Vähäsaari

Hyvinkää's health counselling place as experienced by its users

Year	2015	Pages	27
------	------	-------	----

Health counselling places work as exchange places for syringes and needles for users of injection drugs as well as places for counselling. The goal of our thesis is to report on the experiences of the users of Hyvinkää's health counselling place "Tykki" how they felt about their experiences there. Our intention is that our thesis will also contribute to the development of the health counselling service. In our thesis, we have used qualitative research methods by conducting theme interviews of the clients of the health counselling places. We had as interviewees five clients of the health counselling place who are poly drug users but mainly use drugs through injection.

Our main themes were availability of the service, interaction with the employees, and health counselling and referral to other services. We conducted the interviews at "Tykki" during March-April 2015, during the normal opening hours. According to the research of our research, the interviewees were satisfied with the current opening hours (Mondays 14-16), but hoped for opening hours on more days of the week. The interviewees were mostly satisfied with the premises, except for the poor possibilities offered for one-to-one discussions with the employees. The staff members of "Tykki" are employees of the A-Clinic Foundations, which the interviewees felt both positive (due to their familiarity with them) as well as negative (as anonymity cannot be realized) for the clients of the A-Clinic Foundation. The interviewees felt they were heard by the employees and trusted that they will get help if they ask for it. The interviewees strongly criticized the limits imposed on the number of exchanges. All of the interviewees thought that the service of the health counselling places was very important and they felt that the information provided there was sufficient. However according to their experience, the service did not affect their control over their use of drugs. Potential use of experience-based experts was welcomed by the interviewees and they pictured such experts as motivating examples of how to overcome drug addiction.

Our research confirmed the importance of Hyvinkää's health counselling place for users of injection drugs especially as a distribution point of clean syringes of needles. However, attention should be paid to the opening hours as well as realisation of anonymity to ensure a optimum service.

Keywords: health counselling, service, prevention, injection drug user

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Huumeet päihteenä.....	7
2.1	Huumeiden käyttöön vaikuttavat tekijät.....	7
2.2	Päihderiippuvuus.....	8
3	Huumeiden käyttö Suomessa ja Euroopassa.....	8
4	Päihdehuolto ja huumeiden käyttäjien tukimuodot avoterveydenhuollossa.....	10
4.1	Päihdekuntoutus avohuollossa.....	11
4.2	Matalan kynnyksen hoitopaikat.....	12
5	Päihdehuoltolaki.....	12
6	Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja palvelut.....	13
6.1	Terveysneuvontapisteiden toiminnan kehittyminen.....	14
6.2	Ruiskujen ja neulojen vaihtopisteiden merkitys.....	14
7	Hyvinkään terveysneuvontapiste Tykki.....	15
7.1	Tartuntatautien ehkäisy.....	16
8	Tutkimuksen tarkoitus, tutkimusmenetelmät ja tutkimuskysymykset.....	17
9	Tutkimuksen toteuttaminen.....	18
9.1	Tutkimusjoukko.....	18
9.2	Tutkimusaineiston keruu.....	18
9.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	19
9.4	Tutkimuseettisiä kysymyksiä ja tutkimuksen luotettavuus.....	20
10	Tulokset.....	21
10.1	Palvelun saatavuus.....	21
10.2	Vuorovaikutus työntekijöiden kanssa.....	22
10.3	Terveysneuvonta ja ohjaus.....	22
11	Johtopäätökset.....	23
12	Oman työn arviointia.....	25
	Lähteet.....	26

1 Johdanto

Suomessa huumausaineiden käyttö lisääntyi 80- ja 90-luvuilla, ja vaikka huumeiden käytön kasvuvauhti hidastui vuosituhanen vaihteessa, on 2000-luvun loppupuolella käyttö jälleen kääntynyt lievään nousuun (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Huumeiden käytöstä aiheutuvien haittojen vähentäminen on tullut myös kansainvälisen huumausainepoliitiikan keskeiseksi käsitteeksi ja ajattelutavaksi 80-luvulla (Perälä 2012). Nykyisin Suomessa käytettävän käypähoitosuosituksen tavoitteena on huumeongelman hoidon selkeyttäminen, moniammatillisen yhteistyön parantaminen, verkostoitumisen edistäminen ja asenteisiin vaikuttaminen (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012).

Huumeongelmallisille suunnattuja hoitojärjestelmiä on pyritty asuinkunnasta riippumatta monipuolistamaan, tehostamaan ja selkiyttämään erilaisilla toimenpideohjelmilla. Nämä toimenpideohjelmat pitävät sisällään joustavan hoitopäätöksen, vankiloiden huume-ehkäisyn, korvaavan lääkehoidon, poliisin ja sosiaalitoimen yhteistyön hoitotoimintaksi, kustannusten tasauksen kuntien kesken ja erilaisten tukipalvelujen lisäämisen syrjäytyneille. (Soikkeli 2001, 17.) Pistosvälineiden vaihto on osana muuta ehkäisevää toimintaa sekä tartuntatautiasetuksen 1383/2003 mukaan terveydenhuollon vastuulla.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka tavoitteena on teema-haastattelemalla saada terveysneuvontapisteessä asioivien ruiskuhuumeita käyttävien henkilöiden ääntä kuuluviin. Haastattelujen tarkoituksena on selvittää palvelun käyttäjien mielipiteitä ja kokemuksia terveysneuvontapisteiden toiminnasta. Tämä opinnäytetyö toimii käyttäjiltä saadun palautteen lisäksi osana Tykin toiminnan kehittämistä.

Valitsimme tämän aiheen, koska olemme molemmat kiinnostuneita erityisesti mielenterveys- ja päihdetyöstä. Hyvinkään terveysneuvontapiste Tykin toiminnan arviointi asiakkaiden kokemana tuntui luontevalta, koska tarve erityisesti Tykin käyttäjien mielipiteiden tuontiin oli nostettu esille myös työntekijöiden puolelta. Kuten muiden terveysneuvontapisteiden, myös Tykin kävijämäärät ovat jatkuvasti nousseet, minkä vuoksi on tärkeää saada lisää tietoa terveysneuvontapisteiden toimivuudesta.

Käsitlemme tässä opinnäytetyössämme aluksi teoreettisia lähtökohtia. Luvuissa 1 - 5 käsittelemme huumeita, niiden käyttöön liittyviä asioita ja huumeiden käyttäjille olevia avoterveydenhuollon tukimuotoja. Tästä siirrymme terveysneuvontapisteiden toiminnan kuvaukseen luvussa 6 ja erityisesti Hyvinkään terveysneuvontapisteiden Tykin kuvaukseen luvussa 7. Sen jälkeen esittelemme tutkimuksemme toteutuksen eri vaiheita luvuissa 8 - 10. Tutkimuksemme johtopäätöksiä kokoamme yhteen luvussa 11. Pohdinnassa tuomme esille työstämme esille tulleita asioita sekä teoreettisesta että tekemästämme tutkimuksesta käsin. Viimeisenä

teemme oman työmme arvioinnin luvussa 12, josta kerromme kokemuksestamme tämän opin-
näytetyömme teosta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä.

2 Huumeet päihteenä

Erilaisia nautintoaineita on käytetty lähes kaikissa sivilisaatioissa kautta aikojen. Niiden avulla on voinut rentoutua ja saada sosiaalista helpotusta. (Salasuo 2004, 13.) Päihteellä tarkoitetaan päihdyttävää (tietoisuutta muuntavaa) ainetta. Päihteisiin kuuluvalla huumeella tarkoitetaan huumaavaa ainetta, ja huumausaine on huumausainelaisa ja -asetuksessa määritelty tarkoin säädelty päihde. Huumausaineet luokitellaan lisäksi klassisiin (esimerkiksi heroini ja kokaiini) ja uusiin synteettisiin huumausaineisiin (kuten amfetamiini, ekstaasi, PCP ja LSD). (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2000, 369.) Synteettisiä huumeita tuotetaan laboratorioissa kemiallisista raaka-aineista keinotekoisesti (Alho 2000).

Päihteiksi terveydenhuollossa luetaan huumeiden lisäksi alkoholi. Huumeiksi luokitellaan huumausaineet, lääkkeet ja impattavat aineet. Päihteitä käytetään pääasiassa niiden positiivisten vaikutusten, kuten mielihyvän, toimintakyvyn paranemisen tai ahdistuksen lievenemisen, vuoksi. Nämä myönteiset vaikutukset ovat välittömämpiä kuin haitat, jotka ilmenevät vähitellen (poikkeuksena vieroitusoireet). (Kuoppasalmi ym. 2000, 369, 374.) Sellaisten nautintojen käyttö, jotka uhmaavat vallitsevia kulttuurisia normeja, on yleensä yhteiskunnan rajoittamaa ja kontrolloimaa. (Salasuo 2004, 13).

2.1 Huumeiden käyttöön vaikuttavat tekijät

Päihdeongelmaan liittyy useita erilaisia tekijöitä. Vaikuttavia tekijöitä ovat sekä sosiaaliset ja geneettiset tekijät, kuten myös henkilön aikaisemmat kokemukset ja lääkkeiden aikaisempi käyttö. Nämä vaikuttavat sekä altistustilanteiden syntyyn että päihteidenkäyttöalttiuteen. Päihteestä saatava positiivinen vaikutus aiheuttaa päihdehakuista käyttäytymistä. (Kuoppasalmi ym. 2000, 374-375.)

Steinin, Newcombin ja Bentlerin (1987) kahdeksan vuoden pitkittäistutkimuksessa (n=654) nuorten aikuisten pääasiallisia huumeiden käytön ennustajia olivat varhainen aloitus ja aikuisten huumeiden käytön näkeminen. Varhainen alkoholinkäyttö tai aikaisempi huumeiden käyttö ennusti myöhempää häiritsevää huumeiden käyttöä. Varhain aloitettu alkoholin juonti, kuten myös sosiaalisen yhdenmukaisuuden puute, ennusti myös huumeiden käyttöön liittyviä ongelmia. Vertaisten huumeiden käyttö puolestaan vaikutti myöhempään kannabiksen ja kovien huumeiden käyttöön.

Huumausaineiden kieltäminen tai niiden käytön sääntelyyn tarkoitetut yhteiskunnalliset normit ja rajoitukset eivät ole olleet kovinkaan toimivia huumekekeilujen ja huumeiden käytön yleisyyden vähentämisessä. Erilaiset nuorisokulttuuriset virtaukset määrittävät suuresti nuorten mentaliteettia, ymmärrystä ja toimintaa. (Salasuo 2004, 13.)

2.2 Päihderiippuvuus

Päihteet aiheuttavat riippuvuutta herkistämällä mielikuvarakenteita, mikä altistaa saman tai jonkin toisen päihteen väärinkäytölle. Psykkisen riippuvuuden lisäksi alkoholiin, bentsodiatsepiineihin ja opioideihin kehittyä yleensä myös voimakas fyysinen riippuvuus. Lääketieteellisenä ilmiönä riippuvuus itsessään on biokemialliseen muutostilaan perustuva ”krooninen uusiutuva aivosairaus”. (Kuoppasalmi ym. 2000, 374, 376.)

Mielenterveyshäiriöiden standardoitu luokittelu DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) määrittelee päihderiippuvuuden kemiallisten aineiden epätarkoituksenmukaisena, kliinisesti merkittävään häiriöön tai kärsimykseen johtavana käyttötapanana, joka ilmenee vähintään kolmella seuraavista tavoista 12 kuukauden aikana. Näitä ovat 1) toleranssi, 2) vieroitusvaikeudet, 3) aineen käyttöön liittyy usein suurempia määriä tai tarkoitusta pidempiä jaksoja, 4) jatkuvaa halua tai epäonnistuneita yrityksiä aineiden käytön vähentämiseksi tai kontrolloimiseksi, 5) ajan käyttäminen aineen hankintaan, käyttöön ja vaikutuksista toipumiseen, 6) aineen käytön vuoksi tärkeiden sosiaalisten, ammatillisten tai virkistystoimintojen lopettaminen ja 7) aineen käytön jatkaminen selkeistä fyysisistä ja psykologisista ongelmista huolimatta. (Kuoppasalmi 2000, 377.)

Kansainvälinen tautiluokittelu ICD-10 (International Classification of Diseases) on standardoitu diagnostinen väline, jonka on kehittänyt Maailman terveysjärjestö (WHO) ja johon luku 10 tulee sen version järjestysluvusta. Sen mukaan päihderiippuvuus määritellään tunnusmerkeistä, joista kolmen tai useamman on esiinnyttävä yhdessä ainakin kuukauden ajan tai toistuvasti 12 kuukauden pituisen jakson aikana. Näitä ovat 1) voimakas himo tai pakonomainen halu päihteen käyttämiseen, 2) heikentynyt hallintakyky päihteen käytön aloittamisessa, määräämisessä tai lopettamisessa, 3) vieroitusoireiden tuleminen päihteen käytön päättyessä tai lopettaessa, 4) sietokyvyn kasvu, 5) käytön oleminen elämän keskiössä ja 6) käytön jatkuminen sen kiistattomista haitoista huolimatta, jotka käyttäjä joko tietää tai hänen voidaan olettaa tietävän. (Kuoppasalmi 2000, 377.)

3 Huumeiden käyttö Suomessa ja Euroopassa

Huumeiden käyttäjistä noin yksi kymmenestä käyttää pääasiassa vain yhtä huumetta. Suurin osa huumeiden kokeilijoista jättää käytön yhteen kertaan ja noin joka kymmenes alkaa käyt-

tämään huumetta vakituisesti. Päihteitä käytetään niiden positiivisten vaikutusten vuoksi, mutta koska kyseessä on rikollinen toiminta, on vaikea saada tietoa huumeiden käytön yleisyydestä. Vakituksista käyttäjistä kuitenkin pieni osa on ongelmakäyttäjiä. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 63-65.)

Huumeiden ongelmakäyttö on Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen EMCDDA:n mukaan määritelty suonensisäistä huumeidenkäyttöä tai opiaattien, kokaiinin tai amfetamiinin pitkäaikaisen tai säännöllisen käytön mukaisesti. (Huumeongelma Euroopassa 2012, 77.) Ongelmakäyttäjät ovat usein sekakäyttäjiä ja alkoholiriippuvuus todetaan noin 25 %:lla suomalaisista opioidiriippuvaisista (Kuoppasalmi ym. 2000, 403). Ongelmakäytön levinneisyys on suurempaa kaupungistuneilla alueilla ja yhteiskunnasta syrjäytyneiden, kuten kodittomien ja työttömien, keskuudessa. Opioidikäyttäjät ovat yleensä myös vähemmän koulutettuja kuin ne, jotka käyttävät ensisijaisesti muita huumeita. Tyypillisimmillään opioidiriippuvuus alkaa myöhäisnuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa. (Kuoppasalmi ym. 2000, 403.) Opioidiriippuvuus alkaa siis yleensä aikana, jolloin tyypillisesti kouluttaudutaan, mikä mielestämme voi osaltaan selittää alhaisempaa koulutustasoa. Huumeiden ongelmakäyttö jää usein piiloon juuri suhteellisen vähäisen levinneisyyden vuoksi (Huumeongelma Euroopassa 2012, 75-77). Huumeongelmalliselle on tyypillistä päihteen jatkuva käyttö sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista välittämättä (Huttunen 2014). Tähän lisäksi myös taloudellisen haitan, joka huumeiden hankintaan liittyy.

Opioidiriippuvaisilla päivän kulku määräytyykin pitkälti aineen hankkimisen ja aineen vaikutuksen alaisena olemisen pohjalta. Riippuvuus on yleensä krooninen ja kestää vuosia, joka tavallisesti sisältää myös raittiusjaksoja. Opioidista aiheutuneelle päihtymystilalle tyypillisiä ovat käyttäytymisen ja psyykkisten toimintojen muuttuminen (esimerkiksi euforia, dysforia, apatia, psykomotorinen kiihtyneisyys tai estyneisyys ja heikentynyt arviointikyky). Opioidipäihtymyksessä on tavallista, että pupillit ovat supistuneet, henkilö on unelias, hänen puheensa sammaltaa ja hänellä on muistihäiriöitä. Oirekuva kestää aineesta riippuen muutamista tunneista (fentanyyli) useisiin tunteihin (heroiini, kodeiini, oksikodoni), jopa muutama vuorokauden (buprenorfiili, metadoni). Vaikutuksen loppuminen aiheuttaa vieroitusoireet, joihin voi kuulua pahoinvointia, oksentelua, ripulia, kuumetta, unettomuutta, lihaskipuja, dysforista mielialaa, nuhaa, pupillien laajenemista ja hikoilua. (Kuoppasalmi ym. 2000, 403-404.)

Suomessa ruiskuhuumeita käyttäville tehdystä tutkimuksesta (Alho ym. 2007) buprenorfiini oli yleisimmin käytettävä huume 73 %:lla vastaajista. Euroopan laajuisesti huumehoitoon hakeutuvien keski-ikä opioidikäyttäjien keskuudessa on 33 vuotta, mutta kuitenkin ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvat ja naisasiakkaat ovat keskimäärin tätä nuorempia. Miespuolisten opioidiasiakkaiden lukumäärä suhteessa naisiin on Euroopassa kolminkertainen. Hoitoon ha-

keutuneista suurin osa on kertonut aloittaneensa huumeiden käytön ennen 30 ikävuotta ja lähes puolet ennen 20 ikävuotta. (Huumeongelma Euroopassa 2012, 77.)

Tykissä kävijöiden sukupuolijakauma on melko samanlainen kuin eurooppalainenkin, koska vuonna kävijöistä oli vuonna 2013 40 miestä ja 16 naista. Vuonna 2012 mieskävijöitä oli nelinkertainen määrä naisiin verrattuna (24 miestä, 6 naista).

4 Päihdehuolto ja huumeiden käyttäjien tukimuodot avoterveydenhuollossa

Päihdehuollon avulla pyritään ehkäisemään ja vähentämään päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyvää sosiaalista ja terveydellistä haittaa. Lisäksi tavoitteena on sekä käyttäjän että hänen läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen, joten kunnan päihdehuollon palveluja tulee antaa sekä päihteiden ongelmakäyttäjälle että hänen perheelleen tai muille läheisille. Päihdehuollossa on myös täydentäviä erityispalveluita, jotka kunta toteuttaa myös ostopalveluina. Hoidon tuloksellisuuden kannalta on tärkeää, että asiakkaan oma näkemys hoitonsa tarpeesta ja hänelle soveltuvasta hoidosta huomioidaan hoitoa suunniteltaessa. Näin ollen asiakas ja hänen verkostonsa yhteistyökumppanit, joita voivat olla esimerkiksi nuorisotoimen tai päihdehuollon työntekijät, ovat keskeisessä asemassa hoitoa suunniteltaessa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 129-131.)

Päihdehuollon laajuutta määrittelee päihdehuoltolaki 41/1986, jonka mukaan päihdehuolto on järjestettävä sekä sisällöltään että laajuudeltaan tarvetta vastaavaksi. Palvelujen järjestämisestä vastaavat sosiaalihuollossa sosiaalilautakunta (A-klinikat, katkaisuhuoltoasemat, kuntoutuslaitokset, asumispalvelut, ensisuojat) ja terveydenhuollossa terveydenhuoltolautakunta (somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköt, terveyskeskusten katkaisuhuolto, yksityinen terveydenhuolto). (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 129, 131.)

Päihdehuollon palvelut on järjestettävä ensisijaisesti avohuollon toimenpitein, jolloin niiden tulee olla joustavia, monipuolisia ja helposti tavoitettavia. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilö itse voi hakeutua hoidon piiriin oma-aloitteisesti. Näitä palveluja tarjottaessa kuuluu niihin myös ongelmakäyttäjän tukeminen ja auttaminen esimerkiksi toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyvissä ongelmissa. Tämä kuuluu osaksi myös ennaltaehkäisevään päihdetyöhön ja varhaiseen puuttumiseen. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 131-132.)

Päihdehuollossa on myös täydentäviä erityispalveluita, jotka kunta toteuttaa myös ostopalveluina. Hoidon tuloksellisuuden kannalta on tärkeää, että asiakkaan oma näkemys hoitonsa tarpeesta ja hänelle soveltuvasta hoidosta huomioidaan hoitoa suunniteltaessa. Näin ollen asiakas ja hänen verkostonsa yhteistyökumppanit, joita voivat olla esimerkiksi nuorisotoimen

tai päihdehuollon työntekijät, ovat keskeisessä asemassa hoitoa suunniteltaessa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 130-131.)

4.1 Päihdekuntoutus avohuollossa

Avomuotoista päihdekuntoutusta antavat A-klinikat, päihdeklinit, päiväosastot ja vastaavat, joihin hoitoon hakeutuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Hoidossa painotetaan luottamuksellisuutta ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 132-133.) Huumeiden käyttäjien hoidossa suositetaan psykososiaalisia menetelmiä (mm. Lappalainen-Lehto ym. 2007, 133; Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2012) ja vastaanottokäytäntö sisältää myös päivystys- ja kriisityöskentelyä (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 133). Terveysongelmien lisäksi sosiaaliset vaikeudet liittyvät huumeongelmaan, minkä vuoksi hoidon toteutuksessa tarvitaan monen eri tahon välistä yhteistyötä. Myös mielenterveysongelmat, kuten depressio ja vaikea persoonallisuushäiriö, ovat yleisiä huumeidenkäyttäjillä, minkä vuoksi asiakkaan hoitamisessa on tarve myös psykiatriselle ja päihdepsykiatriselle asiantuntemukselle. (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Nuorisoasemat ovat yleensä alle 25-vuotiaille tarkoitettuja palveluita, joissa pyritään tarjoamaan tukea kouluun, ihmissuhteisiin, perheeseen ja muihin ikään liittyviin ongelmiin. Yksiköt tarjoavat myös koulutusta, työnohjausta ja konsultaatiota. Päihdepysäkit perustuvat ajatuksen siit, että pysäytetään nuori hänen suhteessaan päihteidenkäyttöön. Asumispalveluissa ja päiväkeskuksissa päihteidenkäyttäjät osallistuvat arkiseen toimintaan ja talon askareisiin. Tukiasunnoissa asuvia puolestaan henkilökunta tukee heidän tarpeitaan vastaavasti. Tarkoituksena näissä on usein matalan kynnyksen lisäksi käyttää yhteisöllisyyttä kuntoutumisen tukena. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 133-135.)

Katkaisuhoito- ja kuntoutuslaitoksissa tavoitteena on päihdekierteen katkaisu ja päihteestä vieroittaminen, minkä jälkeen pyritään yksilön voimavarojen vahvistamiseen. Katkaisuhoito- ja kuntoutuslaitoksissa hoito- ja kuntoutumisajat vaihtelevat muutamasta päivästä muutamaan viikkoon, kuntoutuslaitoksissa kuukaudesta useisiin vuosiin. Näissä käytetään sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä katkaisuhoitoja ja erityisesti nuorten hoidossa suositetaan lääkkeettömyyttä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 135-136.)

Keskeistä huumeongelman hoidossa ja haittojen ehkäisyssä on työntekijöiden ennakkoluuloton, neutraali ja tuomitsematon asenne. Käypähoitosuosituksen tavoitteena onkin muun muassa tietoa lisäämällä selkeyttää huumeongelman hoitoa, parantaa moniammatillista yhteistyötä, edistää verkostoitumista ja vaikuttaa asenteisiin. (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

4.2 Matalan kynnyksen hoitopaikat

Matalan kynnyksen palveluihin asiakkaat voivat mennä ilman lähetettä tai ajanvarausta. Tämä tarkoittaa, että matalan kynnyksen palveluun asiakas voi tulla päihtyneenä eikä hänen tarvitse kertoa nimeään. Näin ollen asiakkaalla on myös mahdollisuus aina palata palvelun piiriin. Asiakkaiden päihtymystila esimerkiksi vaikuttaa siihen, että tilanteet matalan palvelun piirissä voi vaihdella suurestikin. Matalan kynnyksen hoitopaikkoja ovat terveysneuvontapisteeet, erilaiset liikkuvat yksiköt ja päiväkeskusten tyyppiset paikat. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 186-187.)

Matalan kynnyksen palveluissa pyritään kiinnittämään erityistä huomiota sijaintiin ja aukioloaikoihin. Tämän tavoitteena on, että palvelu olisi mahdollisimman monen kohderyhmään kuuluvan tavoitettavissa ja aukioloajat sopisivat mahdollisimman hyvin kohderyhmän vuorokausirytmiiin. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 186-187.)

5 Päihdehuoltolaki

Päihdepalveluita määrittää päihdehuoltolaki 41/1986, jossa ei eritellä päihdepalveluita erilaisten aineiden aiheuttamien haittojen mukaan, vaan lain toisen pykälän mukaisesti päihteelä tarkoitetaan tässä laissa mitä tahansa päihtymistarkoituksessa käytettävää ainetta. Huumehoitopalvelut eivät siis ole erillisen säätelyn kohteena lukuunottamatta lääkkeillä toteutettavia opiaattinarkomaanien vieroitus-, korvaus- tai ylläpitohoitoja. (Kaukonen 2001, 107.)

Ensimmäisen pykälän mukaisesti ”Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteen ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteen ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta”. Päihdehuoltolaki määrittää, että päihdehuollon järjestämisvastuu on kunnilla (3 §). Lisäksi kyseisen lain mukaan päihdehuolto tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnissa esiintyvä tarve edellyttää, jolloin on huomioitava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarve.

Päihdehuoltolaissa keskeisenä periaatteena kahdeksannen pykälän mukaisesti on, että ”päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voi hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan”. Hoidossa on noudatettava luottamuksellisuutta, minkä lisäksi toiminnassa on otettava huomioon sekä päihteenongelmakäyttäjän että hänen läheistensä etu. Päihdehuoltoon liittyvien palvelujen yhteydessä on tämän lain mukaisesti tarvittaessa oltava mahdollisuus myös asiakkaan toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyvien ongelmien ratkaisemiseen.

6 Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja palvelut

Alkuperäisessä terveysneuvontapisteen määritelmässä on toimintamalli 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”. Terveysneuvontapisteen toimintakriteerien reunaehtoihin kuuluvat esimerkiksi anonymiteetti (asiointi ilman nimeä ja tunnisteita), helppo lähestyttävyyden (tarkoittaa sijaintia ja palvelua), käyttäjäystävällinen tunnelma, dialogi käyttäjien kanssa, käytännönläheisyys toiminnassa, aatteellinen ja moraalinen tuomitsemattomuus sekä realistinen tavoitteiden hierarkia. (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola & Salminen 2008, 4.)

Terveysneuvonnan perustehtävänä pidetään huumausaineiden käytöstä aiheutuvien haittojen minimointia, kontaktien luomista, voimaannuttamista, asiakkaiden tarpeiden mukaista neuvontaa sekä ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmia. Toiminnan pyrkimyksenä on vähentää yksilö- ja yhteiskunnallisella tasolla terveyshaittoja, sekakäyttöä, ruiskuhuumeiden käyttöä, yliannostuksia ja rikollisuutta. Tarkoituksena on lisätä asiakkaiden tietoa terveydestä ja ehkäistä tartuntatautien leviämistä niin huumeidenkäyttäjien kuin valtaväestönkin keskuudessa. Terveys- ja sosiaalineuvontatyö keskittyy terveydentilaan liittyviin riskeihin ja niiden vähentämiseen muun muassa antamalla neuvontaa pistostavoista, veri- ja seksiteitse tarttuvista taudeista, bakteeritulehduksista, hygieniasta ja ravitsemuksesta. Tavoitteena on yliannostusten välttäminen ja puhtaiden käyttövälineiden takaaminen. Terveysneuvontatyöllä on vaikuttavuutta kontaktien luomisessa käyttäjiin ja syrjäytyneisiin, palveluihin ohjauksessa, tiedon välittämisessä asiakkaille, ”kenttätiedon” saamisesta asiakkailta, huumeiden käyttöön liittyvien tapojen ja uskomusten muuttamisessa, sairaalahoitojaksojen vähentämisessä, tartuntatautien leviämisen ehkäisemisessä ja ajatus- / käyttäytymismuutoksen aikaansaamisessa. Lisäksi arvostavalla vuorovaikutuksella tarjotaan asiakkaille uudenlaista ajattelutapaa. (Arponen ym. 2008, 20-24.)

Arposen ym. (2008) Kansanterveyslaitokselle tekemän raportin mukaan terveysneuvontapiste on merkittävä HIV-infektioiden, A- ja B-hepatiitti-infektioiden sekä joltain osin myös C-hepatiitti-infektioiden ennaltaehkäisyssä ruiskuhuumeita käyttävillä. Näin se myös ehkäisee epidemioita ruiskuhuumeita käyttävien keskuudessa, mikä vaikuttaa välillisesti myös koko väestöön. Näin terveysneuvontapisteen toiminta on saavuttanut sille toiminnan alussa asetetut tavoitteet, johon kuuluivat kohderyhmän tavoittaminen ja tartuntatautiriskien vähentäminen. Raportin johtopäätöksenä on, että terveysneuvonta matalan kynnyksen palveluna on terveyden edistämisen myötä onnistunut vähentämään haittoja ilman että samanaikaisesti olisi luovuttu rajoittavasta huumeepolitiikasta. Nykyisin terveysneuvolatoiminta on Suomessa

lakisääteistä ja vuonna 2008 terveysneuvontapisteitä oli toiminnassa noin 30. Toiminta kattoi suurimman osan maata.

6.1 Terveysneuvontapisteiden toiminnan kehittyminen

Suomessa pistämällä käytettäviin huumeisiin liittyvän infektioriskin tiedostaminen tapahtui 1990-luvun loppupuolella, kun laboratoriotestien laajamittainen käyttöönotto osoitti ruiskuhuumeita käytävillä olevan B-hepatiittiepidemian lisäksi myös C-hepatiittiepidemian. Tämän myötä alkoi uudenlaisen ehkäisevän toiminnan kehittäminen ongelmakäyttäjille, joka olisi matalakynnyksinen ja käytännönläheinen terveysneuvonta erityisesti veriteitse tarttuvien tautien ehkäisemiseksi. Tähän olennaisesti kuului pistämisvälineiden vaihtaminen puhtaisiin. Epidemiaaikaisena tavoitteena oli käyttäjien terveystietoisuutta lisäämällä saada heissä aikaan myös halua omasta terveydestä huolehtimiseen ja mahdollisesti sillä tavalla myös huumeiden käytön vähentämiseen. (Arponen ym. 2008, 4.)

Nykyisin puhtaiden neulojen ja ruiskujen vaihto onkin keskitetty Suomessa matalan kynnyksen terveysneuvontapisteisiin. Neulojen ja ruiskujen vaihdon lisäksi terveysneuvontapisteissä testataan myös tarttuvia tauteja, annetaan maksuttomia hepatiitti A- ja B-rokotuksia sekä jaetaan ilmaisia kondomeja. Lisäksi hoidetaan vammoja, motivoidaan hoitoon, annetaan ehkäisyneuvontaa sekä sosiaalista tukea. Muutamissa terveysneuvontapisteissä myös koulutetaan asiakkaita antamaan vertaistukea, opettamaan haitatonta pistämistä ja sitä, miten toimia yliannostustilanteissa. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

6.2 Ruiskujen ja neulojen vaihtopisteiden merkitys

Ruiskujen ja neulojen vaihtopisteet ovat palveluita, jotka merkittävästi lisäävät todennäköisyyttä puhtaiden neulojen käyttöön ja sitä myötä myös vähentävät likaisiin neuloihin liittyviä HIV-, hepatiitti- ja mahdollisesti myös muita pistämiseen liittyviä bakteeri-infektioita (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Cooperin, Des Jarlaisin, Rossin, Tempalskin, Bossakin ja Friedmanin (2011) tutkimukseen osallistui yhteensä 4178 ruiskuhuumeidenkäyttäjää eri puolilta New Yorkin osavaltiota. Heidän tutkimustulostensa perusteella myös puhtaita neuloja jakavan paikan sijainnilla on merkitystä siten, että mitä vaivattomammin huumeita käyttävä sinne pääsee, sitä todennäköisemmin hän myös käyttää puhtaita neuloja, käyttää näitä terveystilapalveluita ja myös sitoutuu sellaisiin toimintoihin, jotka vähentävät HIV-tartunnan tai hepatiitin mahdollisuutta. Myös tieto siitä, että ruiskuja on laillisesti mahdollista vaihtaa, lisäsi käyttäjillä halukkuutta puhtaiden neulojen käyttöön.

Abdul-Quaderin, Feelemyerin, Modin, Steinin, Bricenon, Semaanin, Horvathin, Kennedyn ja Des Jarlaisin (2013) tutkimuksessa, joka perustui laajamittaiseen tiedonhankintaan sekä jul-

kaistuista että julkaisemattomista tutkimuksista, saatiin merkittävää kansanterveydellistä hyötyä jo, kun vähintään 50 % ruiskuhuumeiden käyttäjistä sai vähintään kymmenen puhdasta ruiskua vuodessa. Näin ollen ruiskujen ja neulojen vaihtopisteitä voidaan pitää hyvin merkittävänä kansanterveydellisinä palveluina.

7 Hyvinkään terveysneuvontapiste Tykki

Hyvinkäällä toimi neulojen ja ruiskujen vaihtopiste A-klinikan kansliassa vuodesta 2002 alkaen. Aluksi neulojen ja ruiskujen vaihdot tapahtuivat kanslian luukulta toimivassa vaihtopisteessä, jossa jaettiin myös desinfiointilappuja ja kuivia taitoksia. Näiden vaihtojen yhteydessä ei tehty terveysneuvontaa ja vaihtomäärien lisääntyessä paineet terveysneuvontapisteen kehittämiseksi kasvoivat. (M. Palmunen 2015.)

Neulojen ja ruiskujen vaihtopisteen toiminnan kehittämisen tavoitteena oli saada erillisissä tiloissa toimiva terveysneuvontapiste. Tehdyt toimenpiteet olivat resurssien kohdentaminen, erillisten toimitilan järjestäminen, aukioloaikojen tarkentuminen, henkilöstön kouluttaminen ja palvelujen laajentaminen. (M. Palmunen 2015.)

Tällä tavoin sai alkunsa Terveysneuvontapiste Tykki, joka sai nimensä sekä työntekijöiden että asiakkaiden yhteisestä mietinnästä ja avasi ovensa helmikuussa 2011. Tykki toimi alkuunsa Hyvinkään A-klinikan ryhmätilassa maanantaisin 14.00 - 17.00, jolloin työntekijöinä olivat sairaanhoitaja sekä vaihtelevasti A-klinikan työntekijät työparina. Keväällä 2014 Tykki muutti kellarikerrokseen ja aukioloaika muuttui 13.00 - 16.00. Vuodenvaihteessa 2014 - 2015 aukioloaika supistettiin ja piste on nykyisin avoinna klo 14.00 - 16.00. Syynä ajan supistamiseen oli A-klinikan työvoimapula. Työntekijäparitoiminta on säilynyt samankaltaisena kuin aikaisemmin. (M. Palmunen 2015.)

Terveysneuvontapiste Tykin toiminnan tavoitteissa pyritään vastaamaan perinteistä terveysneuvontaa, jossa tavoitteena oli ruiskuhuumeita käyttävien tartuntatauti-ehkäisy, kontaktien luominen, terveysneuvonta, terveydenhoitokustannusten vähentäminen (säästöt) sekä kustannustehokas toiminta. Terveysneuvontapisteesä asiakkaat pyritään saamaan mukana toimintaan esimerkiksi keskustelemalla, tarjoamalla vaikuttamisen mahdollisuuksia tai houkuttelemalla eli tekemällä pisteestä miellyttävän asioida (Perälä & Soimula 2012). Hyvinkään terveysneuvontapiste Tykissä tähän pyritään tekemään käynti miellyttävämmäksi työntekijöiden kohtaamisen lisäksi muun muassa tarjoamalla kahvia ja jotain makeaa, esimerkiksi keksejä. (M. Palmunen 2015.)

Tilastollisesti (Taulukko 1) Tykin kävijämäärät ovat nousseet vuosittain 2009 - 2013 välisenä aikana, vuoden 2011 tietoja ei ollut käytettävissä. Vuonna 2012 tapahtui asiakasmäärässä

notkahdus, jota voi selittää se, että aikaisemmin virka-aikana avoinna ollut vaihtopiste muutui rajatuksi maanantaisin klo 14 -18 avoinna olevaksi terveysneuvontapisteeksi, jolloin myös vaihtopisteen sijaintia muutettiin. Yleisesti ottaen trendi asiakasmäärissä on kuitenkin ollut alati nouseva. (M. Palmunen 2015.)

Vuosi	Asiakkaita	Neulojen ja ruiskujen vaihto (lukumäärä)
2009	33	4183
2010	(tietoa ei saatavissa)	12018
2012	30	12917
2013	56	28404
2014	68	42995

Taulukko 1: Tykin kävijämäärät sekä neulojen ja ruiskujen vaihtomäärät vuosina 2009, 2010, 2012, 2013 ja 2014.

7.1 Tartuntatautien ehkäisy

Tykissä oli aikaisemmin mahdollisuus HIV-pikatestauksiin anonyymisti, mutta testejä käytettiin vähän, ne vanhenivat nopeasti ja olivat kalliita. Näin ollen pikatestien käyttö lopetettiin kesän 2014 jälkeen. Nykyisin asiakkaat ohjataan HIV-testaukseen terveyskeskukseen ja siten säilyy myös anonyymisyys. Muiden tartuntatautien osalta asiakkaalta vaaditaan kuitenkin henkilötiedot, jotta A-klinikalta voidaan tehdä lähete testeihin. Tätä asiaa on Tykistä selvitelty HUS-laboratorion kanssa ja vastauksena on ollut, että HUS:n alueella ei ole mahdollista saada hepatiittitesteuksia anonyymisti. Liukuvoiteita ei terveysneuvonnasta enää saa, koska niiden kulutus oli melko vähäistä. (M. Palmunen 2015.)

Hinnaksi sadan neulan- ja ruiskunvaihtopaketille on laskettu kaikkine oheistarvikkeineen (neulat, ruiskut, desinfiointilaput, klikkikupit, keräysastia ja filtteri) noin 22 euroa. Hinnasta puolet kertyy Sterifiltin filttareista, jotka tilataan A-klinikalle Ranskasta. Filtrit ovat erittäin tärkeitä, koska ne ehkäisevät parhaiten suonitulehduksia. Kaikissa huumausaineissa on epäpuhtauksia ja lisäksi osa käyttäjien piikittämistä tableteista sisältää paljon sidosaineita, joiden ei pitäisi päätyä suoneen lainkaan (mm. Subutexista on noin 60 % maissijauhetta). Asiakkaille pyritään opettamaan pistospaikkojen kierrätystä. Tykissä voidaan tehdä pienimuotoista haavanhoitoa ja pikaensiapua pistoskohtien punoitukseen. (M. Palmunen 2015.)

Asiakkaille tarjotaan henkilökohtaisia aikoja A-klinikalle, mutta lähes poikkeuksetta ajanvaraus vaatii henkilötiedot. Jos asiakas on jo pidemmän aikaa käynyt pisteessä ja hiljalleen uskal-

tautunut puhumaan, on työntekijä voinut sopia hänelle aikaa A-klinikalle esimerkiksi korvaushoitoasioissa. Tällöin asiakas on yleensä suostunut antamaan myös henkilötietonsa. (M. Palmunen 2015.)

Suurin osa huumeidenkäyttäjistä käyttää aineita pitääkseen itsensä terveenä ja vieroitusoireet poissa. Muita olotiloja ei pidemmän aikaa aineita käyttänyt niistä juuri enää saa. Käyttäytymiseen liittyviä ongelmia ei pisteessä ole ollut, koska pisteessä ei juurikaan ole asiakkaalle rajoituksia. Ainoa rajoite on se, että huolimatta tuomiensa neulojen määrästä, tilalle saa korkeintaan 200 neulan ja ruiskun paketit. Tämä on ollut vuodesta 2014 lähtien, jota aikaisemmin puhtaita neuloja ja ruiskuja sai palautusmäärää vastaavan määrän. Jos asiakkaalla ei ole tuoda Tykkiin mitään vaihdettavaa, hän saa viiden neulan ja ruiskun paketit. (M. Palmunen 2015.)

Terveysneuvonnan osalta Tykissä tarjotaan yleistä hyvinvointiin- ja terveyteen liittyvää neuvontaa, johon liittyy myös huumeidenkäyttöön liittyvän tutkitun tiedon jakaminen. Lisäksi Tykissä opetetaan oikeanlaista pistämistä ja pistosvälineiden turvallista hävittämistä. (M. Palmunen 2015.)

Terveysneuvontapisteen tavoitteena on myös luoda kontakteja käyttäjiin, joita pyritään ohjaamalla herkästi hoitoon ja matalan kynnyksen palveluilla. Anonyymisyyden säilyttäminen on myös olennaista toiminnassa, joskin se Hyvinkäällä ei täysin onnistu kaikkien asiakkaiden asiointissa. Syynä on se, että Tykissä toimivat työntekijät ovat päätoimisesti työntekijöinä A-klinikan, jossa useilla Tykin asiakkailta on menossa oleva tai on ollut asiakkuus aikaisemmin. Tällä tavoin saadaan parempi kokonaiskuva Hyvinkään huumeetilanteesta ja sekä käytössä että saatavilla olevista huumeista. (M. Palmunen 2015.)

8 Tutkimuksen tarkoitus, tutkimusmenetelmät ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää, millaisena haastateltavat kokevat Hyvinkäällä toimivan Tykki terveysneuvontapisteen palvelut ja kuinka he kokevat tulevansa siellä kohdatuiksi. Tutkimustehtävänä on tuoda asiakkaiden näkökulmat ja mielipiteet esiin Hyvinkään terveysneuvontapisteen toiminnasta sekä kokemukset siitä, kuinka työntekijät ovat heidät kohdanneet. Tavoitteenamme on siis tuoda asiakkaiden ääntä kuuluviin, minkä kautta selvitämme myös Hyvinkään terveysneuvontapisteen vaikuttavuutta ja kehittämistarpeita. Aikaisempaa asiakkaiden haastatteluun perustuvaa tutkimusta ei Tykissä ole tehty.

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa käytämme aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Laadullisissa tutkimuksissa tietoa kerätään pääasiassa haastatteleamalla ja havainnoimalla. Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään saamaan esille haas-

tateltavien kokemuksia heidän omien sanojensa perusteella, jolloin tulee ymmärrys siitä, mitä tilanne tai tapahtuma merkitsee osallistujalle. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltava on asiantuntija ja tutkijan tehtävänä on kuunnella ja oppia. (Williams 2014, 188, 192.)

Tutkimusongelmamme ovat:

- Millaiseksi Tykin asiakkaat kokevat palvelun saatavuuden?
- Kuinka asiakas tulee mielestään kohdatuksi Tykissä asioidessaan?
- Kuinka merkityksellisenä asiakkaat pitävät Tykistä saamaansa terveysneuvontaa ja ohjausta?

Tämän laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua. Teemat on muodostettu vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimuskysymyksiä.

Haastattelua varten käyttämämme teemat ovat

- 1) Palvelun saatavuus
- 2) Vuorovaikutus työntekijöiden kanssa
- 3) Terveysneuvonta ja ohjaus

9 Tutkimuksen toteuttaminen

9.1 Tutkimusjoukko

Haastateltavamme ovat terveysneuvontapisteessä asioivia pääasiallisesti ruiskuhuumeita käyttäviä sekakäyttäjiä. Henkilöt valikoituivat tutkimukseen vapaaehtoisuuteen perustuen.

Haastattelimme yhteensä viittä henkilöä, joista kaksi oli naispuolista (N1, N2) ja kolme miespuolista henkilöä (M1, M2, M3). Iältään henkilöt ovat 22 (N1), 27 (N2), 32 (M1 ja M3) ja 39 (M2) -vuotiaita. N1 on käyttänyt huumeita kolme vuotta, N2 15 vuotta, M1 17 vuotta, M2 24 vuotta ja M3 15 vuotta. Jokaisella haastatellulla oli lapsia. On huomioitava, että osa haastateltavista ei kuulu minkään palvelun piiriin.

9.2 Tutkimusaineiston keruu

Teimme haastattelut terveysneuvontapisteen aukioloaikana maaliskuussa 2015 kolmena peräkkäisenä maanantaina klo 14 -16. Käynnistämme tiedotimme työntekijöille etukäteen, jotka kertoivat käynnistämme asiakkaille. Terveysneuvontapiste sijaitsee Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tiloissa kellarikerroksessa, jota ei ole tarkoitettu asiakaskäyttöön. Sisäänkäynti kellarikerrokseen on takaoven kautta eikä tilassa ole varauloskäyntejä tai ikkunoita. Terveys-

neuvontapisteelle varatussa tilassa on iso pöytä, tuoleja, lukollinen kaappi, hyllytilaa ja erillinen kahvinkeitto mahdollisuus. Lisäksi tilassa säilytetään laatikoittain vaihdettavia käyttövälineitä, kuten neuloja, ruiskuja ja erityisjäteastioita. Haastatteluja varten oli varattu erillinen varastotila, jossa oli tarvittava määrä tuoleja.

Terveysneuvontapisteessä kerroimme kävijöille, että olemme opiskelijoita ja teemme opinäytetyötä Hyvinkään Laureassa. Seuraavaksi kerroimme aiheestamme sekä eettisistä näkökulmista, kuten salassapitovelvollisuudesta, aineiston käsittelystä, julkaisemisesta ja säilyttämisestä. Kukaan kävijöistä ei kieltäytynyt haastattelusta, mutta oli seuraavalla kerralla haastateltaviksi lupautuneita henkilöitä, jotka eivät tuolle kerralle tulleet. Tämä osaltaan hidasti haastatteluaineiston keräämistä.

Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 36) mukaan haastattelu on hyvä menetelmä tiedonhankintaan esimerkiksi silloin, kun tutkittavilla on alhainen koulutus- tai motivaatiotaso. Haastateltaessa haastattelija joutuukin usein motivoimaan haastateltavaa ja ylläpitämään motivaatiota (Hirsjärvi & Hurme 2008, 43). Haastattelujen aikana haastattelija oli katsekontaktissa haastateltavaan. Haastattelutilanteessa haastateltavien motivaation ylläpitämiseksi pyrimme luomaan luonnollisen keskustelu ympäristön, jossa haastateltava voi kokea tulleen kuulluksi ja jossa sillä, mitä hän kertoo, on merkitystä. Korostimme haastateltavillemme myös luottamuksellisuutta aineiston käsittelyssä.

9.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Haastattelut äänitettiin digitaalisessa muodossa ja haastatteluaineisto litteroitiin teksteiksi kirjoittamalla ne sanatarkasti. Viidestä haastateltavasta kolmella oli hyvin hiljainen tai epäselvä puhe, mikä vaikeutti litterointia. Litterointi vaati haastattelujen useita kuuntelukertoja. Litteroitua tekstiä kertyi 41 sivua kirjasintyyllillä Times New Roman, pistekoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Yhteensä litteroitavan haastatteluaineiston pituus oli 1 h 39 min 10 s (lyhyin tallenne 13 min. 50 sek. ja pisin tallenne 32 min. 19 sek.).

Analyysi tehtiin teemoihin perustuen ja tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä (induktiivisella) sisällönanalyysillä. Induktiivinen sisällönanalyysi mahdollistaa yksilöiden kokemusten tutkimisen asiayhteydessään ja käy käyttämämme väljän teemahaastattelun purkamiseen. Analyysiyksiköinä käytimme teemoja, joista etsimme positiivisia ja negatiivisia kokemuksia ilmaisevia kuvauksia. Jokaiseen eri teemaan liittyvää ilmauksen merkitsemistä varten käytimme tietynvärisiä värikyniä aineiston käsittelyn helpottamiseksi ja jäsentämiseksi.

9.4 Tutkimuseettisiä kysymyksiä ja tutkimuksen luotettavuus

Hyvinkään kaupungin sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja myönsi tutkimusluvan tähän tutkimukseen. Luvan mukaisesti haastateltaville kerrottiin tutkimuksesta ja heidän osallistumisensa perustui vapaaehtoisuuteen. Haastateltavien anonymiteetin säilymiseksi aineistoa käsiteltiin ilman nimiä ja siten, ettei henkilö ole julkaistussa materiaalissa yksilöitävissä. Haastattelusta saatua tallennettua tietoa säilytään lukkokaapissa Hyvinkään A-klinikalla siten, ettei se ole ulkopuolisten saatavissa.

Tutkimuksen validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkimus tai mittari kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Näin ollen validiteettia yleisesti käytetään kuvaamaan tutkimuksen laatua. Ekologisella validiteetilla viitataan siihen, kuinka hyvin tutkimuksen aineistolla on tavoitettu ilmiötä koskeva tieto ja miten hyvin tutkimuksessa saadut tulokset pätevät muualla. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 129-131.) Tässä opinnäytetyösämme olemme pyrkineet tekemään tutkimusprosessimme mahdollisimman näkyväksi käyttämällä haastateltavien suoria lainauksia ilman tulkintoja sekä käsittelemällä ja analysoimalla aineistoa valittuihin teemoihin perustuen. Lisäksi olemme pohtineet sekä haastattelutilanteesta ja -tilasta että haastateltavista johtuvia tutkimuksen luotettavuuteen mahdollisesti vaikuttaneita tekijöitä.

Tutkimuksemme luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat haastateltavien päihtymystila, ikä, ja motivaatio. Kysyimme haastateltaviltamme heidän ikänsä, joka ei kuitenkaan ollut todennettavissa. Terveystieteiden tutkimukseen tulevia pyydetään ilmoittamaan syntymävuotensa, mutta asioinnin anonymisyyden vuoksi tätä ei tarkisteta ja näin ollen asiakkaiden on mahdollista ilmoittaa syntymävuotensa virheellisesti. Lisäksi terveystieteiden tutkimukseen asiakas voi tulla myös päihtyneenä, minkä vuoksi emme voineet rajata tätä mahdollisuutta myös haastateltaviemme osalta pois ja haastateltavamme olivat päihtyneitä haastattelujen aikana. Se, kuinka päihtyneitä haastateltavat olivat ja millainen vaikutus sillä oli haastatteluihin, ei ole todennettavissa. Lisäksi vaikka haastateltavat olivat vapaaehtoisia eivätkä saaneet haastattelusta palkkiota, voivat heidän ajankohtaiset motiivinsa haastattelulle ja motivaationsa haastattelutilanteissa vaikuttaa erityisesti työntekijöitä koskeviin tuloksiin. Tulososiossa olemme käsitelleet saamiamme tuloksia teemoittain ja erilaisia tuloksiin, kuten myös sen luotettavuuteen, mahdollisesti vaikuttaneita tekijöitä tarkemmin.

10 Tulokset

10.1 Palvelun saatavuus

Palvelun saatavuudesta kysyimme tarvittaessa anonymisyydestä, Tykin sijainnista, käytettävistä tilasta ja aukioloajoista.

Kysymykseen aukioloajoista haastateltavamme tuntuivat vastaavan selkeimmin ja siitä heillä oli yhdenmukaiset mielipiteet. Aukioloaikaa pidettiin sopivana, mutta toiveena oli terveysneuvontapisteen aukiolo kahtena päivässä viikossa, ja kaksi haastateltavaa (N1 ja M1) toivoi aukioloaikojen olevan pidempiä. Lisäksi M2 esitti toiveensa siitä, että aukioloajat voisivat olla erilaiset eri päivinä.

M1: ”Mun mielestä tää saisi olla useammin auki. Useampana päivänä. Jos miettii esimerkiksi työssäkäyviä. Sais olla ehkä vähän pidempään auki. Periaatteessa jos olis vaikka niinku 3-7 se olis aika hyvä. Siin ois sit työssäkäyvillekin.”

Tiloihin haastateltavat olivat pääosin tyytyväisiä, mutta toisaalta toivat esille sitä, ettei tilassa ole mahdollista keskustella yksityisesti työntekijöiden kanssa. N2 tuo esille, että tila on aikaisempaa huonompi siinä, että muut kuulevat keskustelut eikä toisaalta voi jäädä keskustelemaan, koska muut kuulevat keskustelut. Toisaalta hän kokee hyvänä, ”ettei tulla samasta ovesta.” Hän myös ehdottaa lisätilojen ottamista käyttöön, jolloin muut eivät keskusteluja kuulisi. N2 ja M1 ovat ratkaisseet keskusteluntarpeensa siten, että tulevat terveysneuvontapisteelle aukioloajan viime hetkillä.

N1: ”Onhan tää tosin ehkä parempi kuin tuo vanha. Tää on vähän syrjäisemmässä ja sit ei kaikki ei ehkä kuule mitä sä puhut. Tää on kuitenkin enemmän erillään kuin aikasemmin. Mä oon niin tyytyväinen.”

M1: ”Eihän tää hyvä ole mutta se edellinen oli kyllä parempi. Ei tarvinut olla täällä kellarissa.”

Anonymisyydestä haastateltavilta tuli eriäviä mielipiteitä. M1 on sitä mieltä, että anonymisyys Tykissä säilyy. N2:n mielestä anonymisuus ei säily samojen työntekijöiden vuoksi. Hän tuo esille myös anonymisyyteen liittyvän lain, joka ei Tykin osalta täyty. M3 tuo esille epäluottamuksensa yleensäkin anonymisyyden säilymiseen kokemukseensa perustuen siten, että hänen mielestään eri tahot ovat yhteydessä toisiinsa henkilöiden asioista.

M3: ”Oon ollu kymmeniä vuosia sitä mieltä, vaikka sosku, poliisit.. Kyllähän mä tiiän että ne on niinkö yhteydessä toisiinsa.”

M3: ”En mä tiiä (anonymisyyden säilymisestä) ku täällä kaikenlaisii juttuja pyörii. Joo, mut mä oon kuullu et täällä on jotain lipsahuksii päässy.”

10.2 Vuorovaikutus työntekijöiden kanssa

Tässä kysimme, millaista haastateltaviemme mielestä on asioida Tykissä ja miten he kokevat tulleen kohdelluiksi Tykissä asioidessaan.

Haastateltavat kokivat merkityksellisenä sen, kuka on terveysneuvontapisteellä töissä milläkin kerralla. He olivat tyytyväisiä työntekijöiltä saamaansa kohteluun ja kokivat, että heitä kuunnellaan ja he voivat luottaa siihen, että apua saa kysyttäessä.

N1: ”Mä oon saanu esitteitä eri paikoista ja muista hoitolaitoksista.”

N1: ”Mä nään nää samat ihmiset mitkä tässäki on. Ei tuol kukaan ole ilmassu sitä, että mä käyn tuolla ylhäällä (A-klinikalla) jos mä käyn mun tuttujen kanssa. Ja on ihan kiva jos on samat ihmiset. Mä tykkään näistä ihmisistä.. Sit taas on jossain muualla.. ennakkoasenteita ja muuta.”

N2 kertoi toiveestaan siitä, kuinka hän toivoisi tulevansa kohdatuksi seuraavalla tavalla: ”Hy-myssäsuin kohdattaisiin ja työntekijä pitäisi työstään ja haluaisi olla avuksi.”

10.3 Terveysneuvonta ja ohjaus

Tässä kysimme, mitä mieltä haastateltavat ovat Tykistä ja sen vaikuttavuudesta omaan terveyskäyttäytymiseensä ja ajatuksiinsa tulevaisuudesta. Kokemusasantuntijoiden käytöstä kysimme myös.

Kaikki haastateltavat toivat esille, että he pitävät terveysneuvontapisteiden toimintaa erittäin tärkeänä. Tietoa he kokivat olevan riittävästi terveysneuvontapisteessä saatavilla. Vastaajista M2 ja M3 kokivat saaneensa tietoa riittävästi aikaisemmilta käynneiltään muualla Tykin avautumista. Aineidenkäytön hallintaan he eivät ole kokeneet terveysneuvontapisteellä olevan vaikutusta.

N2 mielestä ohjausta ei tule hänen mielestään työntekijöiltä spontaanisti, mutta kysyttäessä hän on aina saanut opastusta ja neuvontaa. Samaa mieltä on myös N1. M1 on sitä mieltä, että hän on saanut ohjausta.

N1: ”Kyllähän nyt saisi paljon tietoa, mutta ei tuu hirveesti kyselyä. Kyllä nyt uskoisin että naiset kertoo kun kysytään. Ja voi kuitenkin kysyä. On niin mukavia.” ”Mä oon saanu esitteitä eri paikoista ja muista hoitolaitoksista.”

M1: ”Mulla on puhtaat neulat. Ei oo tarvinnu mitään.. Aineidenkäytön hallinttaan ”

Ruiskujen- ja neulojen vaihtomäärän vähentäminen 200 kpl:een askarrutti haastateltavia eivätkä he olleet siihen tyytyväisiä. Aikaisemmin neuloja ja ruiskuja oli vaihdettu palautusmäärää vastaavasti, mitä haastateltavat pitivät nykyistä parempana vaihtoehtona.

M1: ”Vaihtomäärät pienemmiksi ei ole hyvä.”

M1 pohti terveysneuvontapistettä tulevaisuutensa kannalta siten, että

M1: ”Joo totta kai sen verran (on vaikuttavuutta), kun käy niin ainahan sitä mieltii joka kerta”.

Kokemusasiantuntijoista kysyttäessä ilmeni, että M1:llä, N1:llä ja N2:lla ei ollut kokemusasiantuntijoista kokemusta, mutta heidän jokaisen mielestä se olisi hyvä asia. Kokemusasiantuntijoihin välinpitämättömmimmän suhtautui haastateltava M2, joka ajatteli käyttävänsä aineita lopun ikänsä. Toiset suhtautuivat myönteisemmin ajatukseen kokemusasiantuntijoiden käytöstä ja kuten eräs haastateltava (N1) toi esille, näkisi huumeita eroon päässeitä henkilöitä: ”No olishan se ihan... varmasti sellainen... tietäis sitte että niitäkin on olemassa..”. M1 oli halukas myös itse toimimaan kokemusasiantuntijana, jos hänelle hoidon ansiosta sellainen mahdollisuus myöhemmin tulisi.

Kehittämissuhteissa tuli esille erityisesti puhelimen käyttömahdollisuus, jolloin myös puheajan loputtua olisi mahdollista soittaa esimerkiksi virastoihin.

11 Johtopäätökset

Tutkimuskysymyksiimme vastauksina vastattavat kokivat Tykin palvelut merkityksellisinä erityisesti ruiskujen ja neulojen vaihdon osalta. Jokainen kävijä tiedosti puhtaiden välineiden merkityksen omalle terveydelleen suonensisäisten huumeiden käyttäjänä. Työntekijöiden osalta he kokivat tullessa sekä ymmärretyksi että tasavertaisesti kohdelluiksi. He myös kokivat, että työntekijät kuuntelevat heitä ja auttavat tarvittaessa. Anonyymisyys ei käytännön syiden vuoksi haastateltavien mielestä Tykissä toteutunut. Se ei ole mahdollistakaan, koska A-klinikan työntekijät työskentelevät myös terveysneuvontapisteessä. Tätä he eivät kuitenkaan ole kokeneet häiritsevänä tekijänä, vaan päinvastoin tuttuuden myötä jopa positiivisena.

Tuttuus koettiin positiivisena lähinnä vähäisempien ennakkoasenteiden että keskustelujen helpottumisen vuoksi, jolloin apua on helpompi sekä pyytää että saada. Eräs haastateltava kuitenkin liitti ennakkoasenteet myös anonymiteetin toteutumiseen siten, että eri tahot ovat yhteydessä keskenään ja erään toisen mielestä työntekijöiden pitäisi olla A-klinikalla ja terveysneuvontapisteessä eri.

Se, että haastateltaville oli vuorovaikutuksessa merkitystä sillä, kuka oli työvuorossa, voi ainakin osittain johtua siitä, että he ovat samojen henkilöiden kanssa tekemisissä myös A-klinikalla. Yksi haastateltava tunsu korvaushoidossa kokeneensa vääryyttä, mikä vaikutti vahvasti hänen vastauksissaan erityisesti työntekijöistä puhuttaessa. Hänen mielestään Tykissä ja A-klinikalla pitäisi olla eri työntekijöiden. Saimme kuulla tämän, vaikka pyrimme rajaamaan haastattelun juuri terveysneuvontapistettä koskevaksi.

Joiltain haastateltavilta oli evätty hoito, mikä heijastui työntekijäkemiaan. Lisäksi oli työntekijöitä, joiden avulla he ajattelivat pääsevänsä hoitoon, mikä selkeästi vaikutti heidän käsitäksiinsä kohtaamisesta. Anonyymisyys ei pidä, hoidosta riippuvat ja hoitosuhteeseen kuuluvat asiat tulevat mukaan työntekijöiden kanssa kohtaamisessa. ”Hyvä” ja ”huono” työntekijäasetelma tulee herkästi. Tätä tilannetta ei mielestämme tulisi, jos työntekijät olisivat muita kuin A-klinikan työntekijöitä. Tämä tekijä on vaikuttanut myös haastatteluihimme, jossa N1 sanoo kokevansa kysymykset: ”vähän hankala vastata kun käyn tuolla ylhäällä. Mut sitten taas helpoo... En mä oikein osaa selittää.” Tämän anonyymisyyden puutteellisuuden asiakkaat ottivat itse esille, ja tällä on osaltaan vaikutusta myös tutkimuksemme luotettavuuteen kuten myös eettisyyteen.

Terveysneuvontapisteellä asioivat ovat päihtyneitä. Vaikka haastateltavat meille vaikuttivat lähes selviltä, haastatteluja purkaessamme huomasimme osassa vastauksissa epäselvyyttä. Näitä emme huomanneet itse haastattelujen aikana, minkä uskomme olevan tulosta siitä, että kasvokkain henkilön äänenpainot ja eleet tulevat paremmin esille helpottaen ymmärtämistä. Huumeita käyttävillä henkilöillä on usein lyhyt tarkkaavuus ja keskittymiskyky, ja haastatteluja tehdessämme huomasimme, että heidän ajatuksensa olivat vahvasti kiinni heidän nykyisessä elämäntilanteessaan huolimatta haastattelun aiheena olevista teemoista. Tämä tuli esille sekä terveysneuvontapistettä koskevinä lyhyinä vastauksina että haastateltavien halusta puhua muusta elämäntilanteestaan kuten esimerkiksi lapsista.

Haastattelujen sisältöön ovat päihteiden lisäksi voineet vaikuttaa myös haastateltavien asenteet. Vaikka haastateltavamme olivat vapaaehtoisia ja kerroimme olevamme opiskelijoita, he vaikuttivat olevan joltain osin varovaisia puheissaan. Kuten haastattelujen aikana tuli esille, monella heistä oli huonoja aikaisempia kokemuksia, mikä on voinut vaikuttaa haastateltavien ennakkoasenteisiin ja siten heidän kysymyksiin vastaamiseensa. Haastatteluista tuli esille,

että käyttäjät kyllä keskustelevat toistensa kanssa esimerkiksi työntekijöistä ja huumeiden käyttöön liittyvistä asioista. Ulkopuolisiin suhtautuminen voi heillä olla erityisesti ennen luotamuksen syntymistä varovaisempaa, lisäksi tietynlaisessa ympäristössä opitut käyttäytymismallit vaikuttavat myös erityisesti uusiin sosiaalisiin suhteisiin ja siten myös vastauksiin.

Käytännön tietoa siitä, miten paljon Tykki on kyennyt estämään suonitulehduksia ja tartuntatauteja ei ole. Hyvinkään tartuntatautilastoista ja sairaalasta voisi saada tietoa siitä, onko heidän pistämällä ongelmia saaneiden potilaiden lukumäärä tai samalle henkilölle kasautuneiden ongelmien määrä vähentynyt Tykin toiminnan tuloksena.

12 Oman työn arviointia

Kävijöiden ikäjakaumaa emme käyttäneet, koska tarkkaa ja todennettavissa olevaa tietoa asiakkaiden iästä ei anonymisyyden vuoksi ole käytettävissä. Terveysneuvontapisteeseen tulevilta kysytään syntymävuosi ennen ruiskujen ja neulojen vaihtoa, mutta he voivat ilmoittaa halutessaan syntymävuotensa totuutta vääristellen ja toisaalta ikäjakauman arvioiminen ilman tarkempaa tietoa voi tehdä saman vuoden aikana syntyneiden sisällä lähes vuoden eron syntymäpäivien välille, mikä jo itsessään vääristää tilastoa.

Opinnäytetyön tekemisen ja erityisesti haastateltavien kokemusten kuulemisen koimme hyvin antoisana sekä kokemuksellisesti että ammatillisesti. Teoriaan perehtyminen toi lisää tietoa erityisesti riippuvuuteen vaikuttavista tekijöistä, käyttäjille suunnatuista hoitomuodoista painotetusti terveysneuvontapisteiden toiminnasta. Kummallakaan meistä ei ollut aikaisempaa kokemusta laadullisen tutkimuksen teosta, mihin perehtyminen tutkimuksen tekoon liittyvine lupa-asioiden hoitamisineen oli hyvin opettavaista.

Haastattelujen litterointi vei yllättävän paljon aikaa, mutta toisaalta litteroidut haastattelut toivat haastateltavien puheesta esille asioita, joita emme itse haastattelujen aikana huomanneet ja joihin aikaisemmin emme osanneet kiinnittää huomiota. Haastateltavien kertomien yhdistely eri teemojen alle vaati lukuisia litteroitujen tekstien lukukertoja ja näin perehtymistä jokaiseen tekstiin. Tämän koimme työssämme haasteellisimpana.

Opinnäytetyömme annamme A-klinikan käyttöön, jossa esittelimme työmme alustavat tulokset 2.4.2015. Olemme hyvin kiitollisia A-klinikan työntekijöiden työllemme osoittamasta kiinnostuksesta ja avusta työmme eri toteutuksen eri vaiheissa. Työntekijöiden kiinnostus kuulla ruiskuhuumeita käyttävien kokemuksista kertoo meille myös A-klinikalla tapahtuvasta asiakkaita arvostavasta kohtaamisesta ja halusta kuulla heitä, mikä tuli myös haastateltaviemme kokemuksissa esille. Toivomme työmme osaltaan lisäävän ymmärrystä ruiskuhuumeita käyttäviä kohtaan terveystalvelujen käyttäjinä.

Lähteet

Painetut lähteet

Alho, H., Sinclair, D., Vuori, E. & Holopainen, A. 2007. Abuse liability of buprenorphinenaloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(1), 75-78.

Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. & Salminen, M. 2008. Luottamus ja vapaaehtoisuus terveystieteellisten tutkimusten onnistumisen edellytyksinä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveystieteellisen tutkimuksen vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. *Kansanterveyslaitoksen julkaisu*, 15/2008.

Abdul-Quader, A. S., Feelemyer, J., Modi, S., Stein, E. S., Briceno, A., Semaan, S., Horvath, T., Kennedy, G. E. & Des Jarlais, D. C. 2013. Effectiveness of Structural-Level Needle/Syringe Programs to Reduce HCV and HIV Infection Among People Who Inject Drugs: A systematic Review. *AIDS Behav* 17:2878-2892.

Cooper, H.L.F., Des Jarlais, D. C., Ross, Z., Tempalski, B., Bossak, B. & Friedman, S. R. 2011. Spatial Access to Syringe Exchange Programs and Pharmacies Selling Over-the-Counter Syringes as Predictors of Drug Injectors' Use of Sterile Syringes. *American Journal of Public Health*, 101(6), 1118-1125.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8.painos. Tampere: Vastapaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu -Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Huumeongelma Euroopassa 2012. 2012. Euroopan huumeaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus EMCDDA. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto.

Kaukonen, O. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon päihdepalvelujärjestelmä. Teoksessa: R. Piisi (toim.) *Huumetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 106-129.

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2000. Päihteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henrikson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 369-429.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet -Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.

Alho, H. 2000. Uudet synteettiset huumeet valtaavat uutta käyttäjäkuntaa. *Kansanterveyslaitos. Kansanterveyslaitoksen tiedotuslehti* 4/2000: 9-10.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto painatuskeskus.

Perälä, R. 2012. Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumeihoidossa: Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto: sosiaalitieteiden laitos.

Perälä, R. Soimula, A. 2012. 15 vuotta haittojen vähentämistä Suomessa -kenen asialla ja mitä seuraavaksi? *Tiimi* 4/2012, 10-14.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY.

Salasuo, M. 2004. Huumeet ajankuvana: Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. Helsinki: Stakes.

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2005. Dialogical meeting in social networks. London: Karnac Books.

Soikkeli, M. 2001. Huumepolitiikka. Teoksessa: R. Piisi (toim.) Huumetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 9-29.

Stein, J. A., Newcomb, M. & Bentler, P. M. 1987. Journal of personality and social psychology, 53(6): 1094-1105.

Williams, B. 2014. Qualitative Research. Teoksessa Hedges, C. & Williams, B. (toim.) Anatomy of Research for Nurses. Indianapolis, IN, USA: Sigma Theta Tau International, 187-201.

Sähköiset lähteet

Huumeongelman hoito. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura. www.käypähoito.fi.

Huttunen, M. 2014. Päihde- ja huumeriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414

Julkaisemattomat lähteet

M. Palmunen. 2015. Sairaanhoidajan haastattelu 20.1.2015. A-klinikka, mielenterveys- ja päihdepalvelut. Hyvinkää.