

HOITOA VAI KONTROLLIA?

Peter Ege, Kööpenhaminan kaupungin ylilääkäri, Tanskan huumausainepolitiikan vaikuttaja monien vuosikymmenien takaa, on monipuolisesti ja kriittisesti kuvannut huumeiden käyttöä ja ajankohtaisia hoitoon, kontrolli- ja huumeepolitiikkaan liittyviä kysymyksiä. Kirjoittajan kompaktiin muotoon pakatusta tietojen ja pohdintojen runsaudesta nousee ainakin kaksi kansainvälisesti kiinnostavaa juonetta: toisaalta Tanskan värikäs, mutta edelleen ristiriitainen matka repressiosta haittojen minimoinnin politiikkaan, toisaalta sen osoittaminen, miten kiinteästi huumeekysymyksessä hoito, kontrolli ja huumeepolitiikka nivoutuvat toisiinsa.

Virallisesti Tanskassa kuten muissakin Pohjoismaissa noudatetaan rajoittavaa huumausainepolitiikkaa, jossa tavoitteena on "Huumeeton Pohjola" ja keinoina ovat ankara lainsäädäntö ja sitä noudattava poliisi- ja oikeustoimi sekä huumeille ehdottoman kielteinen kansalaismielipide. Haittojen minimointipolitiikka taas lähtee siitä, että "on harhakuvitelma luulla, että päihteiden saatavuus voidaan estää, mikäli niille on olemassa markkinat". Huumeiden väärinkäyttö ja huumeriippuvuus eivät ole kontrolli- vaan sosiaali- ja terveyspoliittisia ongelmia, "joita ei voida poistaa, mutta joiden hoitamiseksi voidaan tehdä paljon". Hämmentävintä Tanskassa, muissa Pohjoismaissa ja ylipäätään rajoittavan huumeepolitiikan maissa on retoriikan

ja käytännön – virallisen huumeettomuustavoitteen ja ruohonjuuritason toimintojen – välinen jyrkkä ristiriita. Vaikka Tanskassa virallinen tavoite on huumeettomuus, "käytännössä kukaan ei uneksikaan sellaisista toimenpiteistä, joilla tämä tavoite voisi toteutua". Tuloksena on samanlainen tilanne kuten esimerkiksi Ranskassa, jossa myös virallisesti noudatetaan rajoittavaa politiikkaa. Käytännön toimintojen tasolla, niin kontrolli- kuin hoitopolitiikassakin, on siirrytty haittojen minimointiajatteluun: huumeiden käyttöä ei rangaista, metadoni-hoito on mahdollista, puhtaiden ruiskujen vaihto-ohjelmat ovat laajasti käytössä ja kovien ja pehmeiden aineiden käyttö erotetaan toisistaan jne. Itse asiassa huumeepolitiikassa näyttää toimivan kaksivaiheinen mekanismi: ensin rajoittava huumeepolitiikka törmää retoriikan ja käytäntöjen ristiriitaan ja liberalisoituu sitten. Euroopan kaupunkien tasolla, jossa huumeekysymys kärjistyy, Cattacin, Lucasin ja Vetterin huolellinen vertaileva historiallinen tutkimus (Drogenpolitische Modelle, Zürich 1996) kuuden eurooppalaisen kaupungin huumeepolitiikasta osoittaa, että Göteborgia lukuun ottamatta kaikki kaupungit kävivät läpi saman kehityskulun repressiosta haittojen minimointiin. Myös yhä useampi Euroopan valtio on siirtymässä haittojen minimointiajatteluun. Kiinnostava ristiriita on rajoittavaa huumeepolitiikkaa edustavien

valtioiden suurten kaupunkien siirtyminen haittojen minimointiajatteluun.

Retoriikan ja käytännön ristiriita ilmenee usein ambivalenssina siitä, mitä pitäisi tehdä. Esimerkiksi Suomessa 1997 valmistuneessa huumausainekomitean mietinnössä toisaalta julistaudutaan rajoittavan politiikan edustajaksi, toisaalta todetaan, että huumeiden käyttö ei ole kontrollipoliittinen vaan hoito- ja terveyspoliittinen ongelma. Samaan aikaan Helsingin kaupunginvaltuuston hyväksymä huumausainepolitiikka liputtaa vahvasti "Huumeettoman Helsingin" tavoitteen puolesta mutta edellyttää samaan hengenvetoon haittojen minimointiin selkeästi kuuluvia toimenpiteitä: käytön rankaisematta jättämistä, puhtaiden neulojen vaihto-ohjelmia sekä metadonihoidon tyyppisen hoidon järjestämistä. Pitäisikö Helsingin erota rajoittavaa politiikkaa kannattavasta Tukholman sopimuksesta vai suorastaan liittyä haittojen minimointia ajavaan Frankfurtin sopimukseen?

Tanskan metadoni-hoidon historia kuvaa hienosti haittojen minimointiajattelun etene- mistä mutta myös siihen edelleenkin nivoutuvaa retoriikan ja käytännön välistä jännitettä. 70-luvun alussa lähettiin liikkeelle voimakkaan repressio- hengessä, jolloin metadonihoitoa suositeltiin vain poikkeustapauksessa. Vuonna 1979 työryhmä oli metadonille myönteisempi ja piti sitä hyvä-

nä hoitomuotona ”vaikeimmis-
sa väärinkäyttäjätapauksissa”.
Vuoden 1984 komitea ja meta-
doni-hoidon ohjeistus 1988
asettuivat selkeästi haittojen
minimointistrategian ja meta-
doni-hoidon normalisoimisen
taakse. Poliittista hyväksyntää
asiantuntijakomitea ei ole kos-
kaan saanut ja tästä syystä hoi-
tojärjestelmien kehittäminen
on jäänyt puolittiehen. Vuonna
1994 valmisteltiin lakiesitystä,
jossa lähdettiin siitä, että huu-
meiden väärinkäyttö on sosiaa-
linen ja terveydellinen, ei oi-
keudellinen ongelma, ja esitet-
tiin huumeiden käytön dekrimi-
nalisierungista. Hallitus ei kui-
tenkaan halunnut huumeepoli-
tiikkaan olennaisia muutoksia
ja tyytyi kontrolloimaan meta-
doni-hoitoa: se rajoitettiin vain
lääkärinvalvontaan omiin laitok-
siin. Yksityiset lääkärit ja lää-
käriasemat ja hoitolaitokset
menettivät mahdollisuuden
käyttää metadoni-hoitoa. Käy-
tännössä uusi järjestelmä edel-
lyttää suuria satsauksia viralli-
siin hoitojärjestelmiin, joiden
toteutumiseen Ege suhtautuu
epäileväisesti ja arvioi, että
joka tapauksessa hoitojärjes-
telmä on 20 vuotta myöhässä.
Tavallaan ollaan joutumassa
ojasta allikkoon. Opiaattiriip-
puvaisia potilaita voitiin aiem-
min hoitaa yksityisten lääkä-
reiden kylläkin puutteellisesti
valvotulla metadoni-hoidolla.
Tällöin lisääntyivät lieveilmiö-
nä huumekuolemat, joista mer-
kittävä osa oli metadonin aihe-
uttamia. Egen mukaan olisi sil-
ti ollut eettisesti väärin kieltäy-
tyä tästä hoidosta: käyttäjien
näkökulmasta katsottuna se oli
monille ainoa mahdollisuus
yrittää selviytyä ja lisäksi olen-
nainen osa opiaattiriippuvai-
sille välttämätöntä hoitovali-
koa. Hallituksen reaktio huu-

mekuolemiin oli hoidon ehto-
jen kiristäminen ilman sen il-
meistä laadun valvontaa ja rii-
tävää saatavuutta. Näin käyttä-
jien näkökulmasta katsottuna
ollaan joutumassa entistä vai-
keampaan tilanteeseen.

Rajoittavan politiikan ongel-
ma on juuri tämä. Hyvää tar-
koittavan retoriikan kärsijöiksi
joutuvat itse huumeiden käyt-
täjät. Ege korostaa, että huu-
mausainepoliittikka ja lainsää-
däntö määräytyvät muista kuin
ongelmaryhmien intresseistä:
”Huumausainelakeja säädet-
täessä kuunnellaan Jumalaa ja
kadun miestä, mutta ei huu-
meiden väärinkäyttäjää”. Suo-
malainen Tapani Sarvanti tote-
aa väitöskirjassaan ”Huume-
politiikka ja oikeudenmukai-
suus” (1997), että ”modernin
jäanteenä” elää utopia siitä,
että täyskieltoon perustuvalla
strategialla ihmiset voidaan
pelastaa huumeilta, vaikka jo-
kunen käyttäjä jalkoihin tal-
lautuukin. Sarvanti pitää ny-
kyistä huumeieltojärjestel-
mää ”yhtenä optimistisen mo-
dernin naiivina erehdyksenä,
jonka haittojen koko karmeus
alkaa vähitellen valjeta”.

Huumeiden väärinkäyttäji-
en hoidon osalta Ege edustaa
selkeästi pragmaattista ja hu-
maania lähestymistapaa.
”Huumeeton yhteiskunta” ei
ole järkevä tavoitteenasettelu,
koska se sysää hoitojärjestel-
män ulkopuolelle ne, jotka ei-
vät kykene elämään tuon ta-
voitteen mukaisesti. Esimer-
kiksi metadoni-hoito perustuu
ajatukseen, että huumeeton
elämä on epärealistinen hoito-
tavoite. Aineen eliminoiminen
ei eliminoi psyykkistä riippu-
vuutta, ”aineenkaipua”.
Pragmaattisempaa on tarjota
kontrolloidusti korvikeainetta
(metadoni, temgesic), joka

mahdollistaa työssä ja koulu-
ssa käynnin, opiskelun ja nor-
maalin sosiaalisen kanssakäy-
misen sekä hoidon – ja tieten-
kin kontrolloimattomasta ja ri-
kollisesta huumeekulttuurista
erotetun elämän. Tavoitteena
on sosiaalistuminen, ”huu-
meettomuus” on tällöin ”irre-
levantti määre”. Ege toteaa
myös, että periaatteessa vieroit-
usoireet voidaan jättää hoita-
matta, mutta humaanina se ei
ole. Humaanimpaa on esim.
opiaattiriippuvaisten kohdalla
käyttää metadoni-hoitoa. ”Me-
tadoni-hoito ei ole ainoastaan
yleisin hoitomuoto, vaan myös
parhaiten dokumentoitu. Sen
avulla voidaan vähentää rikol-
lisuutta, aineiden käyttöä ja
HIV-tartuntariskiä. Hoidon
vaikutusta sosiaalistumiseen
on hankalampi osoittaa.” Tu-
lokseen vaikuttaa nimittäin se,
miten hyvin metadoni-hoitoon
on kytketty muuta terapiaa ja
tukea. Egen mukaan tämä tar-
koittaa seuraavia hoitoperiaat-
teita:

1. Henkilökunnan kyvyk-
kyyteen, terapeuttiseen ilma-
piiriin, johtamiseen, hoitopai-
kan teknisiin ja fyysisiin vai-
miuksiin ja jälkihoitoon on sat-
sattava.

2. Asiakkaiden itse valitta-
vaksi on oltava tarjolla mahdol-
lisen monipuolinen hoito-
vaihtoehtovalikoima.

3. Hoidon pitää keskittyä
psyykkisen riippuvuuden vä-
hentämiseen/poistamiseen.

4. Vaikeinta on saavutetun
vieroitustason ylläpitäminen ja
”retkahtamisen” estäminen
(AN-ryhmät ja pitkäjännittei-
nen metadoni-hoito).

5. Psyykkisiä ja muita hen-
kilökohtaisia ongelmia on hoi-
dettava.

6. Käyttäjän sosiaalisia on-
gelmia on hoidettava (asu-

minen, työllisyys, talous jne.).

7. Uusia sosiaalisia verkostoja on luotava ja sosiaalinen eristyneisyys murrettava.

8. Ylipäättään lähestymistavan tulee olla pitkäjänteinen ja moniammatillinen.

Julkisuudessa runsaasti esillä olleisiin Sveitsin ja Englannin heroiniinjakelukokeiluihin Ege suhtautuu epäilevästi. Sveitsin kokeilu on vielä kesken eikä tieteelliseltä koasetelmaltaan vakuuta Egeä. Englantilaiset kokeilut eivät ole rohkaisevia: selviin johtopäätöksiin ei ole kyetty pääsemään. Rikollisuuden vähentämisestä ei ole todistetta, ei parantumisista eikä ”käyttäjävähennyksistä”. Kirjoittaja arvioi, että jollekin väärinkäyttäjien vaikealle osaryhmälle heroiniinjakelu saattaa toimia. Kirjoittaja arvioi, että parempiin tuloksiin voitaisiin päästä myös nykyisiä järjestelmiä kehittämällä: enemmän vapausasteita hoitomahdollisuuksiin, lisää valinnanmahdollisuuksia, enemmän hoitojen sisällöllistä kehittämistä, etsivää sosiaalisuutta, sujuvampi mahdollisuus päästä pitkäaikaiseen metadoni-hoitoon, AN-ryhmille paremmat toimintaedellytykset jne.

Ege pahoittelee sitä, että heroiniin jakelusta käytävä keskustelu näyttää ohjaavan huomion pois olennaisemmista asioista, joista tärkein on kontrolli- ja hoitopoliittisten resurssien jakautumisen suhde. Resurssista 85 prosenttia menee kontrollipoliittisiin toimenpiteisiin ja 15 prosenttia hoitoon. ”Järkikin sanoo, että suhteen pitäisi olla päinvastainen.” Jos huumeiden väärinkäyttö on sosiaalinen ja terveydellinen – eikä kontrolli- ja oikeuspoliittinen – ongelma, on

kohtuutonta, että 80–90 prosenttia resurssista menee poliisiin, oikeuslaitoksen ja vankiloiden kuluihin ja 10–20 prosenttia ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Kirjoittajan mukaan on lisäksi huomattava, että kontrollipoliittisilla toimenpiteillä on eräänlainen ”laskeva rajahyöty”, raja jonka jälkeen kontrollin haitat tulevat hyötyjä suuremmiksi. Näihin haittoihin ei kiinnitetä riittävä huomiota: Tiukka kontrollipoliittikka luo myös entistä paremmin organisoituneen (ja väkivaltaisen) rikollisuuden, uhkaa kansalaisten oikeusturvaa ja, mikä vakavinta, marginaalisoii ja stigmatisoii käyttäjiä.

Ege suostuu myös kapea-alaisia käsityksiä ”ennaltaehkäisystä”. Se mielletään usein samaksi asiaksi kuin koulujen terveysvalistus tai tiedotuskampanjat. Lisäksi valistusoperaatioiden lähtökohta on virheellinen. Se trivialisoi huumeiden väärinkäytön ”tiedon puutteeksi”. Huumeiden kokeilu ja käyttäjäksi joutuminen eivät johdu tiedon puutteesta vaan pitkästä prosessista, jonka taustana ovat usein yhteiskunnallinen eriarvoisuus ja syrjäytymisura. Syynä ovat ongelmalliset kasvuolosuhteet (jotka näkyvät varhaisena pikkurikollisuutena, koulunkäyntiongelmoina, varhaisnuoruudessa alkavana tupakanpoltona ja alkoholin käyttönä jne.), eivät niinkään ”tiedon puute”, ”huonot kaverit” tai ”tilapäinen elämäntilanne”. Oikeaa ennaltaehkäisyä ovat sosiaalisen eriarvoisuuden vähentäminen ja riskialttiiden varhaisnuorisoryhmien tukeminen. Näihin eivät (”ennaltaehkäisyinä”) valistuskampanjat tehoa.

Lisäksi onnistuneelle tiedotukselle on asetettava ainakin

seuraavat laatuvaatimukset: uskottavuus, kontaktipinta nuoren omaan kokemusmaailmaan, integroituminen osaksi päihdevalistusta, koulun ope-
tusta ja sosiaalista elämää. Yksittäiset asiantuntija-tietoiskut ovat hyödyttömiä: ne paremmin kiihottavat uteliaisuutta ja luovat epäluottamusta muuhun tiedottamiseen.

Ege kysyy myös, onko nuorten luontaista kokeilunhalua ylipäättään syytä pyrkiä (pelotelemalla ja syyllistämällä) rajoittamaan. Myös vanhempien ja kasvattajien syyllistäminen on kyseenalaista. Negatiivisen lähestymistavan sijaan järkevämpää olisi rohkaista nuorten vanhempia olemaan enemmän lastensa kanssa, tukemaan heidän harrastuksiaan ja monipuolista vapaa-ajanviettoa.

Huumausainepoliittisen strategian valinta vaikuttaa siihen, mikä painoarvo on preventiolla (ennaltaehkäisyllä, sekundaari-interventioilla ja hoidolla), mikä kontrollipoliittisilla toimenpiteillä. Egen kirja osoittaa myös, miten erilaisista on preventio riippuen siitä, onko lähestymistapa rajoittavan politiikan vai haittojen minimoinnin politiikan mukainen. Myös poliisin ja oikeuslaitoksen tapa suhtautua eri aineiden käyttäjiin vaihtelee sen mukaan, miten vahvasti sitoudutaan repressioon tai haittojen vähentämiseen. Olennaista olisi löytää preventiolle ja kontrollipoliitikalle a) yhteinen tavoite ja b) tasapuolinen jakosuhte. Tärkeää olisi luoda yhteisiä foorumeita kontrollipoliittikan, hoito- ja terveyspolitiikan ja huumeutkimuksen välille sekä rajoittavan ja haittojen minimoinnin edustajien välille. Huume politiikan eri agenttien on hallittava aikai-

sempää laajempia kokonaisuuksia: huumeiden käyttäjien kanssa työskentelevien lääkäreiden, terveydenhoitajien, sosiaalityöntekijöiden ja nuorisotyöntekijöiden on hyvä osallistua keskusteluun huumausainepolitiikan linjauksista ja poliisi- ja oikeuslaitoksen toimintaperiaatteista ja poliisiin ja

juristien on perehdyttävä ja otettava kantaa huumeiden käytön syihin ja seurauksiin ja käyttäjien hoitoon. Egen kirja

on hyvää aineistoa tähän keskusteluun.

LASSE SIURALA

PETER EGE
STOFMISBRUG, BAGGRUND, KONSEKVENSER,
BEHANDLING
KØBENHAVN: HANS REITZEL FORLAG, 1997

ALKOHOLITUTKIMUSSÄÄTIÖN APURAHAT HAETTAVISSA

Alkoholitutkimussäätiö myöntää apurahoja

- alkoholinkäyttöä koskeviin tutkimuksiin
- tutkimuksiin, jotka selvittelevät alkoholia yksilön ja yhteiskunnan ongelmana
- raittiustoimintaa koskeviin tutkimuksiin
- alkoholitutkimukseen liittyvään huumausainetutkimukseen.

Vuoden 1998 apurahat on haettava säätiöltä saatavia hakemuslomakkeita käyttäen syyskuun 30. päivään mennessä. Lomakkeita jakaa Tuula Muhonen-Niskanen, puh. 09-3967 2008.

Hakemukset on toimitettava osoitteella: Alkoholitutkimussäätiö, PL 220, 00531 Helsinki. Tarkempia tietoja antaa sihteeri Klaus Mäkelä, puh. 09-3967 2003.