

Huumeiden käyttäjien tavoittaminen liikkuvan terveysneuvontatoiminnan avulla

Artikkelissa käsitellään Helsingin Diakonissalaitoksen ja A-klinikkasäätiön toteuttaman Liikkuvan terveysneuvontayksikön kokeiluhankkeen yhteydessä tehdyn tutkimuksen tulosten pohjalta liikkuvan toimintamallin kykyä tavoittaa huumeiden käyttäjiä. Kaksivuotisessa (2003–2005) kokeilussa terveysneuvontapalveluja vietiin ambulanssiin varustetun Liikkuvan terveysneuvontayksikön avulla sinne, missä huumeiden käyttäjiä asuu ja oleskelee. Tarkoituksena oli parantaa palvelun saatavuutta ja tavoittaa palvelujen ulkopuolisia huumeiden käyttäjiä. Tutkimuskysymykset ovat: 1) kuinka Liikkuva terveysneuvontayksikkö onnistui tavoittamaan huumeiden käyttäjiä? ja 2) minkälaiset tekijät vaikuttivat heidän tavoittamiseensa? Tutkimusaineisto muodostuu Liikkuvan terveysneuvontayksikön asiakaskäyntitiedoista (N = 2933) sekä asiakkaiden strukturoiduista haastatteluista (N = 212). Aineisto käsittää myös asiakkaille (N = 20) ja palvelun tuottajille (N = 13) tehdyt teemahaastattelut sekä sähköpostikyselyn, johon vastasi 29 terveysneuvonta-ambulanssin työntekijää. Liikkuva terveysneuvontayksikkö tavoitti tutkimusaikavälillä 777 eri huumeiden käyttäjiä. Hyvin syrjäytyneitä ja palveluista pois pudonneita huumeiden käyttäjiä tavoitettiin odotettua vähemmän. Tavoitetut asiakkaat olivat suurimmaksi osaksi samoja huumeiden käyttäjiä, jotka asioivat muissakin terveysneuvontapisteissä. Uusi palvelumuoto paransi näiden asiakkaiden palvelujen saatavuutta ja vähensi tilanteita, joissa riskikäyttäytymistä helposti ilmenee. Liikkuva terveysneuvontayksikkö tavoitti myös huumeiden käyttöä vasta aloittavia ja vielä melko hyvässä asemassa olevia huumeiden käyttäjiä. He eivät halunneet leimautua muihin huumeiden käyttäjiin, vaan kartoivat palveluja, joissa huumeiden käyttäjiä kerääntyy suurempia määriä yhteen. Tämän kohderyhmän tavoittaminen mahdollistaa varhaisemman puuttumisen huumeiden käyttäjien riskikäyttäytymiseen. Se saattaa merkitä myös nykyistä varhaisempia kontakteja päihdehoidollisiin palveluihin.

SINIKKA TÖRMÄ

JOHDANTO

Huumeiden käyttäjien palvelujen kehittäminen muistuttaa vanhan arvoituksen verkonpaikkaajan työtä: ”etsii, etsii, vaikkei soisi löytävänsä”. Kukaan ei tarkalleen tiedä, kuinka yleistä suonensisäinen huumeiden käyttö on Suomessa, koska suuri osa käytöstä jää pimentoon (ks. arvioinnista EMCDDA 1999). Yleisimmin viitataan useiden

eri rekisterien pohjalta tehtyyn arvioon, jonka mukaan maassamme oli vuonna 2002 16 000–21 000 amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjää (Partanen ym. 2004). Vaikka lukujen toivotaan jäävän pieniksi, pyritään aktiivisesti saamaan kontakti mahdollisimman moneen huumeiden käyttäjään. Tarkoituksena on vähentää sekä huumeiden käyttäjille itselleen että ympäröivälle yh-

teisölle aiheutuvia riskejä, haittoja ja kustannuksia (Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta... 2004, ks. myös Hurme 2003).

Suonensisäisesti huumeita käyttävien riskiryhmää varten luotua haittojen ehkäisypalvelujen kokonaisuutta kutsutaan Suomessa *terveysneuvonnaksi*. Sen tavoitteena on tartuntatautien leviämisen ehkäisy, kontaktien luominen huumeiden käyttäjiin ja heidän ohjaamisensa yhteiskunnan palveluihin (ks. järjestämisvastuusta L 583/86 ja A 786/86). Terveysneuvonta käsittää muun muassa ruiskujen ja neulojen vaihdon, neuvonnan turvallisemmasta pistämisestä ja seksikäyttäytymisestä, tartuntatautitestauksen, A- ja B-hepatiittirokotukset sekä pienet hoidolliset toimenpiteet (haavojen ja suonitulehdusten hoidot). Suppeimmillaan terveysneuvontapalvelu voi käytännössä muodostua lähes pelkästään ruiskujen ja neulojen vaihdoksi. Laajimmillaan terveysneuvontatoimintaan kuuluu myös psykososiaalinen tuki sekä ohjaus yhteiskunnan palvelujen käytössä ja arkielämän asioiden hoidossa. Lisäksi monille terveysneuvontapisteille on muodostunut päiväkeskustyyppisiä tehtäviä (ks. palvelumallista Hermunen ym. 2004, Leinikki ja Partanen 2005).

A-klinikkasäätiö perusti ensimmäisen terveysneuvontapisteen Vinkin Helsinkiin vuonna 1997 (ks. Ovaska ym. 1998). Tällä hetkellä pääkaupunkiseudulla on yhdeksän Vinkkiä, joista viisi sijaitsee Espoossa, kaksi Helsingissä ja kaksi Vantaalla. Lisäksi Helsingissä toimii pienimuotoisesti yksi kontaktikahvilatyypinen piste. Vinkit ovat niin sanottuja *kiinteitä terveysneuvontapisteitä*. Ne toimivat tietyissä tiloissa yleensä kahdesta neljään tuntia päivässä joko kaikkina, tai vain joinain arkipäivinä. Vinkkitoimintaan liittyy lisäksi päihdekenttätyö Viitta sekä vertaistoimintaa. Pelkästään Helsingin Vinkkipisteissä asioi vuonna 2005 noin 4000 eri asiakasta kaikkiaan 34 252 kertaa (Puro 2006).

Myös Helsingin Diakonissalaitoksen vuonna 2000 perustama hiv-positiivisille huumeiden käyttäjille erityispalveluita tuottava Palvelukeskus vaihtaa ruiskuja ja neuloja ja antaa terveysneuvontaa paitsi omille asiakkailleen myös riskiryhmään kuuluville huumeiden käyttäjille (ks. Törmä ym. 2002). Vuonna 2005 Palvelukeskuksessa kävi 1 131 eri asiakasta vaihtamassa ruiskuja ja neuloja. Vaihtokäyntejä kertyi kaikkiaan 7 572 (Palvelukeskuksen asiakastietojärjestelmä 2005). Ruiskuja ja neuloja voi lisäksi ostaa useimmista apteekeista, mutta vain osa niistä vas-

taanottaa käytettyjä välineitä (ks. Malin ym. 2004b).

LIIKKUVA TERVEYSNEUVONTAYKSIKÖ UUTENA PALVELUMUOTONA

Lokakuun 13. päivänä vuonna 2003 lähti – kirjaimellisesti – liikkeelle uusi terveysneuvonnan palvelumuoto, kun ambulanssiin varustettu yksikkö starttasi kohti ensimmäistä pysähdyspaikkaansa Helsingin Kannelmäkeä. Tuolloin alkoi kaksivuotinen Helsingin Diakonissalaitoksen ja A-klinikkasäätiön *Liikkuvan terveysneuvontayksikön* kokeiluhanke, jossa olivat mukana Helsingin ja Vantaan kaupungit. Kokeilusta tehtiin Sosiaalikehitys Oy:ssä ulkoinen arviointitutkimus (Törmä ja Huotari 2005b), jonka vastaava tutki- ja olin.

Uuden palvelumallin perustamisen taustalla oli huoli huumeiden käyttäjien palveluista pois putoamisesta. Siihen antoi aiheita ruiskujen ja neulojen vaihtotapahtumien väheneminen Helsingin Diakonissalaitoksen Palvelukeskuksessa yli 20 000 kuukausittaisesta tapahtumasta 5 000 tapahtumaan yksikön muutettua vuonna 2002 ydinkeskustasta Munkkisaareen. Vastaavan suurista lisäystä ei havaittu muiden terveysneuvontayksiköiden vaihtotapahtumissa. Tämä saattoi merkitä sitä, että osa jo tavoitetuista asiakkaista oli palannut riskikäyttäytymiseen. Liikkuvan terveysneuvontayksikön hankesuunnitelmassa puhutaan välineiden vaihtotyhjöstä, joka oli syntynyt Helsingin ydinkeskustaan. Uuden palvelumallin avulla odotettiin tavoitettavan näitä ”kadonneita” asiakkaita, joiden määrästä ei kuitenkaan ollut selkeää kuvaa (Törmä ym. 2002, Helsingin Diakonissalaitos 2003).

Myös entisen Neuvostoliiton alueelta kotoisin olevien huumeiden käyttäjien tavoittamista pidettiin hankesuunnitelmassa (Helsingin Diakonissalaitos 2003) tärkeänä, koska pääkaupunkiseudulla arvioidaan olevan useampi sata entisen Neuvostoliiton alueelta kotoisin olevaa kovien huumeiden käyttäjää (Puro ja Tuori 2005). Heillä tiedettiin myös olevan riskikäyttäytymistä ja käyntejä alueilla, joissa on erityisen korkeat hiv-tartuntaluvut (ks. Malinowska-Sempruch 2001). Vuosaaren pysäkillä auton henkilökuntavahvuudessa oli yksi venäläistaustainen työntekijä ja toinen vironkielentaitoinen työntekijä.

Liikkuvan terveysneuvontayksikön tarkoituksena oli madaltaa palvelujen käyttämiskynnystä viemällä niitä joustavasti sinne, missä huumeiden käyttäjiä asuu ja liikkuu. Tietoa eri alueiden pal-

velutarpeesta saatiin terveysneuvontatoiminnan kautta. Palvelun saavutettavuuden varmistamiseksi pysähtymispaikat pyrittiin sijoittamaan liikenteen solmukohtiin juna- ja metroasemien läheisyyteen. Helsingin päärautatieaseman lähellä sijaitseva makasiinien pysäkki perustettiin paikkaamaan aiemmin mainittua välineiden vaihtotyhjiötä ydinkeskustassa. Pysäkki sijoitettiin lähelle rautatieasemaa, koska alueella oleskelee paljon huumeiden käyttäjiä (Törmä ym. 2002, ks. myös Waal 2005).

Liikkuvalla terveysneuvontayksiköllä oli aluksi viisi pysähtymispaikkaa: Helsingissä Kannelmäki, Vuosaari ja ydinkeskustan makasiinien alue, Vantaalla Hakunila ja Länsimäki. Myöhemmin perustettiin Helsinkiin pysäkit Sörnäisiin (Kinaporin puistikko) ja Puotinharjuun. Jälkimmäinen pysäkki sijaitsi Helsingin Diakonissalaitoksen päihdeongelmaisten päiväkeskus Stoorin (ks. Lyytikäinen 2004, Törmä ja Huotari 2005a) edustalla. Liikkuva terveysneuvontayksikkö kävi kullakin alueella kerran viikossa (makasiineilla aluksi kaksi kertaa viikossa) pysähtyen neljä tuntia kerrallaan 16.00–20.00 (Puotiharjussa 13.00–17.00). Vantaan pysähtymisaika oli jaettu kahden melko lähelle sijaitsevan pysäkin kesken niin, että auto viipyi kummallakin pysäkillä kaksi tuntia kerrallaan.

Liikkuvasta terveysneuvontayksiköstä oli mahdollista saada seuraavia palveluja: ruiskujen ja neulojen vaihto, hoitoon ohjaus, pienet sairaanhoidolliset toimenpiteet, palveluohjaus, hepatiittirokotukset, hiv-pikatestaus sekä saattoapu. Käytännössä palvelu Liikkuvassa terveysneuvontayksikössä tapahtui niin, että ruiskuja ja neuloja vaihtamaan tulevat asiakkaat nousivat autoon takaosasta, missä sijaitsi vaihtopiste. Hiv-pikatestaukseen, rokotukseen ja hoitotoimenpiteisiin tulevat asiakkaat nousivat autoon sivuovesta. Auto oli siis jaettu kahdeksi eri tilaksi, joissa kummassakin palveltiin yhtä asiakasta kerrallaan. Auton miehitykseen kuului kullakin pysäkillä kaksi työntekijää, jotka olivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia.

Liikkuva terveysneuvontatoiminta on yhtä pientä ja lyhytaikaista Kymenlaakson alueella tehtyä kokeilua (ks. Jäppinen 2003, Turunen 2003) lukuun ottamatta uusi toimintamuoto Suomessa. Kansainvälisesti liikkuvien yksikköjen käyttö vaikeasti tavoitettavien ihmisryhmien palveluihin on sen sijaan melko yleistä (ks. esimerkiksi <http://www.projectrenewal.org/outreach.html>). Ensimmäisiä eurooppalaisia liikkuvia yks-

sikköjä olivat 1970-luvun lopussa Amsterdamissa toimineet metadonibussit. Ruiskuja ja neuloja alettiin vaihtaa liikkuvista yksiköistä Lontoossa ja Liverpoolissa vuonna 1986 (Bunding 1993). Sitten palvelumallia on käytetty ainakin 15 Euroopan maassa (<http://ar2004.emcdda.eu.int/en/elements/oltab06-en.html>).

TUTKIMUSKYSYMYKSET JA KESKEISET KÄSITTEET

Tarkastelen tässä artikkelissa Liikkuvan terveysneuvontayksikön toimintaa huumeiden käyttäjien tavoittamisen näkökulmasta. Tutkimuskysymyksetni ovat:

- 1) *kuinka Liikkuva terveysneuvontayksikkö onnistui tutkimusaikavälillä 13.10.2003–13.2.2005 tavoittamaan huumeiden käyttäjiä?* ja
- 2) *minkälaiset tekijät vaikuttivat heidän tavoittamiseensa?*

Tarkoitan *palveluihin tavoittamisella* (ks. myös Hartnoll 1990, WHO 2004) kontaktin saamista piilossa pysytteleviin ja yhteiskunnan ulkopuolisina eläviin palvelun tarvisijoihin. Käsitettä *palvelut* käytän yläkäsitteenä, joka sisältää *ei-hoidolliset palvelut* kuten erilaiset sosiaalipalvelut ja perustarpeiden tyydyttämiseen liittyvät palvelut sekä *hoidolliset palvelut*, jotka voidaan jakaa *päihdehoidollisiin palveluihin* ja *muihin hoidollisiin palveluihin*. Terveysneuvontatoiminnassa korostuvat juuri nämä muut hoidolliset palvelut, mutta se sisältää myös ei-hoidollisia palveluja sekä ohjausta päihdehoidollisiin palveluihin (ks. Hermunen ym. 2004).

Suomessa tehdään huumeiden käyttäjiin ja päihdehuollon palvelujen käyttöön kohdistuvaa kvantitatiivista tutkimusta säännöllisesti suurilla aineistoilla (esim. Virtanen 2003, Nuorvala ym. 2004, Partanen ym. 2005). A-klinikkasäätiön, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen sekä Kansanterveyslaitoksen yhteisessä Riskitutkimuksessa saadaan myös suurilla seuranta-aineistoilla tietoa suonensisäisesti huumeita käyttävien henkilöiden terveysneuvontapalvelujen käytöstä (Perälä ym. 2002, Partanen ym. 2004). Sen sijaan maassamme ei ole juurikaan tehty laadullista tutkimusta huumeiden käyttäjien ja palvelujärjestelmän kohtaamisesta kohderyhmän tavoittamisen näkökulmasta. Myöskään huumeiden käyttäjien *palvelukäyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä* ei ole riittävästi tietoa palvelujen kehittämisen pohjaksi. Laadullista tietoa on saatu ensisijaisesti käytännön terveysneuvontatyön, erilaisten palvelumallien pilottikokeilujen

sekä niiden yhteydessä tehtyjen arviointi- ja seuranta tutkimusten (esim. Ovaska ym. 1998, Törmä ym. 2002) kautta. Tutkimukseni kohteena on yhden tällaisen kokeilun – Liikkuvan terveysneuvontayksikön – kyky tavoittaa huumeiden käyttäjiä.

Ulkomaaisessa alan tutkimuskirjallisuudessa (esim. Kral ja Bluthenthal 2003, Strathdee ja Bastos 2003, Wodak ja Cooney 2004) on käsitelty ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmia ja niiden vaikuttavuutta melko paljon. Vaihto-ohjelmia käsitellään usein suhteessa apteekkien pistosvälineiden myyntiin (esim. Fisher ym. 2003). Liikkuvia yksiköitä koskevia tai kiinteitä ja liikkuvia toimintamalleja vertailevia tutkimuksia on sen sijaan tehty vähemmän (esim. Ison 2004).

AINEISTOT JA MENETELMÄT

Artikkelini perustuu kahteen aineistokokonaisuuteen: 1) Liikkuvan terveysneuvontayksikön palveluntuottajien keräämään *kvantitatiiviseen* seuranta-aineistoon (rutiiniseuranta-aineisto) ja 2) *kvalitatiivisiin* aineistoihin, jotka keräsimme työparini kanssa kokeiluhankkeesta tekemämme ulkoista arviointitutkimusta (Törmä ja Huotari 2005b) varten.

Rutiiniseuranta-aineisto sisältää tietoja asiakkaista (ikä, sukupuoli, nimimerkki, asuin- tai majailualue), asiakaskäynneistä, annetuista palveluista ja jatkohoitotarpeesta. Seurantatietoihin on merkitty lisäksi asiakkaan käyntiä edeltäneen kuukauden aikana käyttämät muut terveysneuvontapalvelut (ks. myös tiedon keruusta anonyymipalveluissa Hedrich 2005). Seurantatietoa on kerätty koko toiminnan ajan. Olen rajannut tutkimuksessani hyödynnettäväksi 13.10.2003–13.2.2005 välisenä aikana kertyneet tiedot. Aineisto kattaa tuona ajanjaksona tavoitettujen asiakkaiden perusjoukon kokonaan (N = 777). Lisäksi käytän kokeiluhankkeen arviointitutkimusta varten keräämäämme neljää eri *kvalitatiivista* aineistoa (ks. Törmä ja Huotari 2005b).

Ensiksikin teimme *strukturoidun haastattelun* niille 212 asiakkaalle, jotka ennen ensimmäistä kertaa Liikkuvaan terveysneuvontayksikköön tuloaan eivät olleet kuukauteen asioineet missään terveysneuvontapisteessä. Haastattelijoina toimivat Liikkuvan terveysneuvontayksikön työntekijät asiakastyönsä ohella. Kysymyksistä osa oli monivalinta- ja osa avokysymyksiä. Ne koskivat palvelujen käyttöä, syitä aiempaan palvelujen käyttämättömyyteen, puhtaiden pistosvälineiden hankintatapoja, riskikäyttäytymistä ja tietoisuut-

ta omasta infektiotilanteesta. Asiakkailta kysyttiin myös mielipiteitä Liikkuvasta terveysneuvontayksiköstä ja sen palveluista.

Toiseksi teimme *teemahaastattelun 20 Liikkuvassa terveysneuvontayksikössä syksyllä 2004 asioineelle asiakkaalle*. Haastattelijana toimi Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen opiskelija aiheeseen ja haastattelumenetelmään liittyneen perehdyttämisen jälkeen. Haastattelut kestivät puolesta tunnista puoleentoista tuntiin riippuen asiakkaasta ja hänen kunnostaan. Ne tehtiin ambulanssin ohjaamossa sillä välin, kun muita asiakkaita palveltiin sen takaosassa.

Kolmanneksi haastattelimme asiakkaiden näkökulmaa täydentääksemme, *teemahaastattelumenetelmää* käyttäen, 13 Liikkuvan terveysneuvontayksikön *palveluntuottajien edustajaa (viisi)* ja *työntekijää (kahdeksan)*. Teimme teemahaastattelut vuosien 2004 ja 2005 keväällä. Neljänneksi teimme *sähköpostikyselyn Liikkuvan terveysneuvontayksikön työntekijöille* vuoden 2005 keväällä. Siihen vastasi 29 työntekijää, joista 10 oli Helsingin Diakonissalaitoksen ja 19 A-klinikkasäätiön palveluksessa.

Asiakkaiden ja työntekijöiden teemahaastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Kahta asiakasta lukuun ottamatta kaikki haastateltavat suostuivat nauhoitukseen. Nauhoituksesta kieltäytyneiden asiakkaiden vastaukset kirjattiin muistiin käsin. Osallistuin itse vastaavana tutkijana kaikkien edellä mainittujen tiedonkeruiden suunnitteluun ja saatujen aineistojen analysointiin sekä toimin haastattelijana työntekijöiden ja palveluntuottajien teemahaastatteluissa.

Olen tarkastellut tässä artikkelissa palvelujen käyttöön ja niiden käyttämättömyyteen vaikuttavia tekijöitä kvantitatiivisen aineiston lisäksi asiakkaiden ja työntekijöiden haastattelu- ja kyselyvastauksissa esiin tuomien *omien kokemusten ja havaintojen kautta*. Valitsin tämän tutkimusotteen, koska kyseessä on vaikeasti tavoitettava ja monessa suhteessa vielä huonosti tunnettu kohderyhmä. Erityisesti huumeiden käyttäjien itsensä kokemukset ja käsitykset vaikuttavat siihen, käyttävätkö he palveluita vai eivät. Myös työntekijöille on kertynyt käytännön työssä ns. ammattilaisten hiljaista tietoa (ks. Paasio 2003, Hänninen ym. 2005) tekijöistä, jotka näyttäisivät vaikuttavan huumeiden käyttäjien palvelujen käyttöön.

EETTISET KYSYMYKSET

Hain Liikkuvan terveysneuvontayksikön ulkoisen arviointitutkimuksen (Törmä ja Huotari 2005b)

vastaavana tutkijana asiakkaiden haastattelemissa varten Helsingin Diakonissalaitoksen ja A-kliinikkasäätiön eettisten toimielinten luvat. Tutkimuslupien edellytyksenä oli, että asiakkaiden tietoja käsitellään raportoinnissa ehdottoman luottamuksellisina ja niin, että yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa. Jokainen haastateltu asiakas antoi kirjallisen luvan käyttää haastatteluaineistoa sekä arviointitutkimuksessa että väitös-kirjatutkimuksessani.

Koska kyseessä on heikossa asemassa oleva kohderyhmä, kiinnitimme (Törmä ja Huotari 2005b) aineiston keruussa erityistä huomiota haastateltavien yksityisyyden ja asiakassuhteiden suojelemiseen. Emme keränneet haastatteluisia mitään sellaista tietoa, joka voisi vaarantaa asiakkaiden tai heidän läheistensä anonymiteettia. Heti tutkimusta suunnitellessamme teimme myös rajauksen, jonka mukaan alaikäisiä asiakkaita ei haastatella, koska haastattelut olisivat edellyttäneet luvan hankkimista myös heidän huoltajiltaan.

TULOKSET

TAVOITETTUIJEN HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN KOKONAISMÄÄRÄT

Liikkuva terveysneuvontayksikkö tavoitti tutkimusaikavälillä (13.10.2003–13.2.2005) kaikkiaan 777 eri asiakasta, jotka kävivät yksikössä yhteensä 2933 kertaa. Hieman yli puolet asiakkaista kävi autossa tutkimusaikavälillä vain yhden kerran. Kullakin pysäkillä kävi jokaista pysähtymiskertaa kohti keskimäärin seitsemän asiakasta. Käyntimäärät muodostivat viiden prosentin osuuden kaikista Helsingin ja Vantaan terveysneuvontakäynneistä vuonna 2004 (Törmä ja Huotari 2005b).

Asiakkaiden määrät vaihtelivat suuresti alueittain, vaikka kaikki pysäkit oli valittu ennalta tiedossa olevan palvelutarpeen perusteella. Eniten eri asiakkaita kävi Kannelmäen, Vuosaaren ja Puotinharjun pysäkeillä. Suurin asiakasmäärä (runsas neljännes kaikista asiakkaista) asioi Kannelmäessä. Hitaimmin uusia asiakkaita tuli Hakunilaan ja Länsimäkeen. Myös makasiineille tuli aluksi odotettua vähemmän asiakkaita. Vähäisen asiakasmäärän vuoksi makasiinien toinen pysähdyskertaa lopetettiin ja sen tilalle perustettiin uusi pysäkki Helsingin Sörnäisissä sijaitsevaan Kinaporin puistiksoon. Kinaporin pysäkkikin jäi melko hiljaiseksi.

TAVOITETUT ASIAKKAAT

Suurin osa (73 %) Liikkuvaan terveysneuvontayksikköön hakeutuneista asiakkaista oli myös kiinteissä terveysneuvontapisteissä asioivia huumeiden käyttäjiä, joille nyt tarjoutui käytettäväksi yksi uusi lisäpalvelu. Se tuli heidän mukaansa todelliseen tarpeeseen, koska kiinteät pisteet eivät olleet auki iltaisin ja viikonloppuisin. Monien asiakkaiden puhtaiden välineiden tarve oli niin suurta, että kaikki lisäpalvelut helpottivat elämää.

Runsas neljännes Liikkuvan terveysneuvontayksikön tavoittamista asiakkaista oli joko *harvoihin terveysneuvontapalveluja käyttäneitä tai täysin uusia asiakkaita*. Asiakkaita, jotka eivät ainakaan viimeisen kuukauden aikana olleet käyttäneet mitään terveysneuvontapalvelua oli 24 % kaikista tavoitetuista. He osoittautuivat pääasiassa vasta huumeiden käytön aloittaneiksi tai tuurikäyttäjiksi, jotka ostivat tarvitsemansa välineet yleensä apteekeista. Joukossa oli myös vankilasta juuri vapautuneita, päihdehoitojaksolla olleita ja itsenäisesti huumeiden käyttöä lopettamaan pyrkineitä huumeiden käyttäjiä. He eivät siis olleet tarvinneet palvelua kysyttynä ajanjaksona.

Vain kolme prosenttia (25 henkilöä) asiakkaista ei ollut käyttänyt mitään terveysneuvontapalvelua *koskaan* aiemmin. Näistä asiakkaista viisi ilmoitti, että ei käytä huumeita pistämällä. Täysin palvelujen ulkopuolelta tulleet huumeiden käyttäjät olivat keskimäärin 5,5 vuotta nuorempia kuin muut asiakkaat, ja he olivat muita asiakkaita useammin naisia. Helsingin Vinkeissä kävi vuonna 2004 vastaavasti 308 (noin 8 % kävijöistä) uutta asiakasta, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet mitään terveysneuvontapalvelua (Hermunen ym. 2004). Liikkuva terveysneuvontayksikkö tavoitti siis suhteessa hieman vähemmän täysin uutta asiakaskuntaa kuin kiinteät pisteet.

Tutkimusaikavälillä ei tavattu odotetussa määrin hyvin syrjäytyneitä ja palveluista pois pudonneita huumeiden käyttäjiä. Yksittäisiä huonokuntoisia vanhempia asiakkaita tosin alkoi vähitellen käydä erityisesti Vuosaaren pysäkillä. Entisen Neuvostoliiton alueelta kotoisin olevia huumeiden käyttäjiä tavoitettiin myös odotettua vähemmän. Asiakkaiden tietoihin ei merkitty etnistä taustaa, vaan tieto perustuu työntekijöiden havaintoihin. Näiden vähemmistöjen palveluihin tulokynnyksen tiedettiin olevan erityisen korkean. He elävät enimmäkseen omissa piireissään eristäytyneinä peläten kontrollia ja valvontaa (ks. myös Seppälä 2003, Puro ja Tuori 2005).

Tutkimuksessa tuli esiin, että erilaisten asiakasryhmien tavoittamiseen vaikuttavat hyvin erilaiset ja eritasoiset tekijät. Olen seuraavassa jakanut ne 1) *palvelutarpeeseen ja -tarjontaan liittyviin tekijöihin*, 2) *palvelun toteutustapaan liittyviin tekijöihin sekä* 3) *huumeiden käyttäjiin liittyviin tekijöihin* (vrt. Mäkelä ym. 2005).

1) ALUEEN PALVELUTARVE JA -TARJONTA

Huumeiden käyttäjiä tavoitettiin parhaiten niiltä alueilta, joiden välittömässä läheisyydessä ei ollut muita vastaavia palveluja. Esimerkiksi Kannelmäki oli ollut selvää palvelujen katvealuetta. Vaikka suuri osa Kannelmäestä tavoitetuista asiakkaista oli aiemminkin käyttänyt terveysneuvontapalveluja, toi Liikkuva terveysneuvontayksikkö monille heistä merkittävää helpotusta puhtaisten välineiden saamiseen. Se myös vähensi tarvetta liikkuva palvelujen perässä. Kiinnittyminen uuden palveluyksikön vakioasiakkuuteen oli Kannelmäessä erityisen voimakasta, mikä kertoo osaltaan alueen palvelutarpeesta.

Kinaporin puistikon pysäkki on esimerkki vastakkaisesta tilanteesta. Kävijämäärät jäivät suhteellisen pieniksi siihen nähden, että alueella tiedetään asuvan runsaasti huumeiden käyttäjiä. Melko lähellä pysäkkiä sijaitsee myös Vinkkipiste ja alueella toimii muun muassa Vinkin päihde- ja huumeiden kuntoutuskeskus Viitta. Pysäkillä kävivät satunnaisesti Hakaniemen Vinkin asiakkaat ja ohikulkumat- kalla olijat. Kinaporissa asiakkaat eivät yleensä myöskään kiinnittyneet pysäkin vakituiseksi kävijöiksi.

2) PALVELUN TOTEUTUSTAPA

Tiedottaminen

Heikko tiedonkulku palvelusta vähensi asiakas- haastattelujen perusteella tavoitettujen huumei- den käyttäjien määrää. Toiminnan alussa ilmes- tyneistä lehtijutuista huolimatta tieto ei saavutta- nut kaikkia huumeiden käyttäjiä. Tieto kulki ”viidakkorummun” avulla ja Liikkuvasta terveys- neuvontayksiköstä kuultiin yleisimmin kavereilta. Monet asiakkaat olivat saaneet tietää palvelusta vasta hyvin pitkän ajan kuluttua toiminnan alka- misesta tai aivan sattumalta. Monet olivat saaneet tietoa Vinkeistä, mutta ilmeisesti tämä tiedotus ei ollut riittävän aktiivista. Pöydillä olevat laput jäi- vät asiakkaiden mukaan helposti huomaamatta.

Pysäkin sijainti ja pysähtymisaika

Parhaiten asiakkaita tavoitettiin sellaisilla pysä- keillä, jotka oli sijoitettu *syryjäisille paikoille ja*

joihin ei ollut suoraa näköyhteyttä ympäristöstä. Pysäkin oikea sijoituspaikka osoittautuikin erityi- sen tärkeäksi tekijäksi. Tämä vahvisti käsitystä, että huumeiden käyttäjät eivät halua tulla näh- dyiksi asioidessaan terveysneuvontapalveluissa. Eräällä pysäkillä esimerkiksi näköyhteys läheises- tä kerrostalosta oli mitä ilmeisimmin asiakkaita karkottava tekijä.

Eräällä toisella pysäkillä taas sijainti avoimel- la ostoskeskuksen pysäköintipaikalla oli liian näkyvä. Asiakkaat kertoivat pelkäävänsä naa- pureiden, vanhempien tai työtovereiden näkevän heidän menevän huumeiden käyttäjille tarkoitet- tuun palveluyksikköön. Pienelläkin auton pysäh- tymispaikan muutoksella oli vaikutusta asiakkai- den palvelun käyttöön. Jopa autoa kääntämällä niin, että sen takasisäänkäynti jäi katseilta pii- loon, saavutettiin joissain tapauksissa parempi tavoitettavuus. Autoon rakennetun terveysneu- vontayksikön yksi suuri etu olikin sen liikutelta- vuus.

Liikkuvan terveysneuvontayksikön toiminta- ajat osoittautuivat asiakkaiden ja heidän tavoit- tamisensa kannalta hyviksi. Jopa 92 % struktu- roituun haastatteluun osallistuneista asiakkaista piti aikoja sopivina. Alkuillan ajat ja viikonloput olivat hyviä, koska asiakkailla ei silloin ollut ”*muuta menoja*” ja Vinkit olivat suljettuina.

Auton ulkoasu

Liikkuvan terveysneuvontayksikön ulkoasu saat- toi vaikuttaa joidenkin huumeiden käyttäjien ha- lukkuuteen asioida siellä. Osa Liikkuvan terveys- neuvontayksikön työntekijöistä piti ambulanssia (varustettu Helsingin Diakonissalaitoksen logolla ja tavallisesta ambulanssista poikkeavalla värirai- doituksella) liian räikeän näköisenä ja huomiota herättävänä soveltuvaksi anonyymiin palveluun. He myös kertoivat kuulleensa Vinkkien asiakkail- ta, että kaikki huumeiden käyttäjät eivät uskalla tulla Liikkuvaan terveysneuvontayksikköön tä- män näkyvän julkiasun vuoksi.

Osa työntekijöistä ja asiakkaista taas piti ul- koasua hyvänä, koska se viestitti ammatillisesta avusta ja assosioi heti terveydenhuollon palvelui- hin. Enemmän huomiota ympäristössä olisi hei- dän mielestään herättänyt esimerkiksi tavallinen pakettiauto, joka olisi alkanut jatkuvasti liikkua jollakin asuinalueella. Ne huumeiden käyttäjät, jotka olivat tulleet Liikkuvaan terveysneuvon- tayksikköön asiakkaiksi, eivät yleensä pitäneet palvelun toteutustapaa liian huomiota herättävä- nä. He pitivät ambulanssia niin tavallisena näky-

nä katukuvassa, että siihen ei heidän mielestään kiinnitetty erityistä huomiota.

3) HUUMEIDEN KÄYTTÄJIIN LIITTYVÄT TEKIJÄT

Subtautuminen toisiin huumeiden käyttäjiin

Asiakkaiden joukossa oli huumeiden käyttäjiä, jotka eivät pitäneet itseään ongelmakäyttäjinä ja jotka eivät halunneet samastua toisiin huumeiden käyttäjiin. Asiointi kiinteissä pisteissä oli heille epämieluisaa, ja osa heistä jopa pelkäsi muita asiakkaita. Liikkuva terveysneuvontayksikkö tarjosi heille huomaamattomamman ja helpomman tavan saada palvelua tarvitsematta tavata ”narkareita”. Näiden asiakkaiden mukaan yksi Liikkuvan terveysneuvontayksikön myönteinen puoli oli, että sen ympärillä ei liikkunut ”epämääräisiä tyyppejä”. Siellä ei myöskään tarvinnut, ainakaan hiljaisempina aikoina, odottaa vuoroaan muiden asiakkaiden joukossa. Asiointi tapahtui työntekijän kanssa kahden kesken ja asioinnin jälkeen saattoi poistua ambulanssista kenenkään huomaamatta.

Epäluulo ja valvonnan pelko

Asiakkaiden joukossa oli myös huumeiden käyttäjiä, jotka kertoivat karttavansa kiinteitä pisteitä, koska he eivät luottaneet hoitojärjestelmään. Haastattelussa jotkut asiakkaat kertoivat varmana tietona, että poliisit tarkkailivat Vinkkeihin menijöitä (ks. myös Perälä 2002). He eivät kuitenkaan epäilleet Vinkkejä itseään tai niiden henkilökuntaa valvonnasta. Sen sijaan osa asiakkaita piti lähes itsestään selvänä, että poliisi ”*tasaa tarkkaan tietää keitä Vinkeissä käy*”. Heidän käsityksensä mukaan poliisi ei tarkkaillut Liikkuvaa terveysneuvontayksikköä. Yksittäiset asiakkaat tosin antoivat ymmärtää, että he tiesivät valvonnan ulottuvan kaikkialle – myös Liikkuvaan terveysneuvontayksikköön.

Epäluulo ei rajoittunut vain terveysneuvontatoimintaan, vaan monet huumeiden käyttäjät välttelivät myös sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja. Eräs nuori asiakas, jolla ei ollut mitään terveydenhuollon koulutusta, kertoi puhdistavansa ja ompelevansa usein toisten huumeiden käyttäjien haavoja. Nämä eivät uskaltaneet hakeutua terveysasemalle. Toisaalta monien haastateltujen vastuksista välittyi luottamus hoitojärjestelmän ammatillisuuteen ja vaitiolovelvollisuuteen. Sama kahdensuuntainen suhtautuminen tuli esiin myös Nuorvalan (1999) huumeiden käyttäjien ja palvelujärjestelmän kohtaamista koskevassa tutkimuksessa.

Asiakkaat kertoivat tuntevansa tai tietävänsä paljon sellaisia huumeiden käyttäjiä, jotka eivät asioi terveysneuvontapalveluissa, eivätkä juuri muissakaan palveluissa. Syyksi he arvelivat muun muassa laiskuutta, halua pysytellä yhteiskunnan ulkopuolella, poliisin pelkoa, hyvin huonoa fyysistä tai psyykkistä kuntoa tai sitä, että on ”*sotkenut asiansa niin pahasti, ettei voi näyttäytyä missään*”. Ainakin osalle näistä huumeiden käyttäjistä kaverit toimittivat puhtaita ruiskuja ja neuloja ja keräsivät käytetyt ruiskut ja neulat takaisin palautettaviksi. Nämä taustalla pysyttelevät huumeiden käyttäjät käyttivät siis palvelua tavallaan välillisesti.

Työntekijät kertoivat lisäksi omaisista, jotka kävivät vaihtamassa ruiskuja ja neuloja käyttäjien puolesta. Esimerkiksi eräs äiti vaihtoi niitä säännöllisesti tyttärensä puolesta. Työntekijät lähettivät viestiä huumeiden käyttäjälle itselleen, että hän tulisi henkilökohtaisesti käymään. Välillisessä asioinnissa on epäkohtana, että kontakti hoitojärjestelmän ja huumeiden käyttäjän välille jää syntymättä. Tuolloin huumeiden käyttäjä jää vaille laajempia terveysneuvonnan palveluja. Välillisessäkin asioinnissa minimimitavoite kuitenkin saavutetaan, kun käyttäjälle saadaan toimitetuksi puhtaita ruiskuja ja neuloja ja lääkkeet saadaan kerätyksi pois.

POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Terveysneuvontapalveluja kohtaan on suuria paineita, ja ne kohdistuvat harvoin yksiköihin (ks. Hermunen ym. 2004). Liikkuva terveysneuvontayksikkö helpotti osaltaan tätä painetta ja paransi palvelujen kattavuutta eri alueilla. Liikkuvan terveysneuvontayksikön palvelujen käyttö on ajan kuluessa lisääntynyt. Kun ensimmäisen puolen vuoden aikana yksikössä kirjattiin keskimäärin 107 käyntiä kuukaudessa, oli vuoden 2005 ensimmäisellä vuosipuoliskolla käyntejä jo kolminkertainen määrä kuukautta kohti (Liikkuvan terveysneuvontayksikön käyntitilasto 2005). Nopeampi reagointi joidenkin alueiden vähäiseen asiakasmäärään ja uusien toimivien pysähtymispaikkojen etsintä olisi todennäköisesti nopeuttanut asiakkaiden tavoittamista. Odottaminen kuuluu kuitenkin etsivän työn luonteeseen. Se ei voi osoittaa johdonmukaisesti tuloksellisuutta, vaan sille on annettava aikaa.

Liikkeellelähtöä hidasti myös se, että kaikki palvelun tarvitsijat eivät tieneet Liikkuvan terveysneuvontayksikön olemassaolosta. Miten palvelusta sitten pitäisi tiedottaa? Tietoa ei voida

levittää liian avoimesti ympäristöön, koska se voisi aiheuttaa turhaa uteliaisuutta ja tarkkailua. Liiallinen huomio taas voisi karkottaa avun tarvitsijoita. Myös ympäristön vastustus toimintaa kohtaan saattaisi nostaa päätään. Tiedonkulkuongelma koski erityisesti venäläissyntyisiä huumeiden käyttäjiä. Joko tieto ei kulkenut riittävästi, tai syynä ovat syvemmät kulttuuriset ja luottamukseen liittyvät syyt. Tämän kohderyhmän tavoittaminen olisi vaatinut todennäköisesti aktiivisempaa etsivää työtä.

Huumeiden käyttäjille tarkoitettujen palvelujen tavoittamiskyvylle ei ole olemassa objektiivisia ulkoapäin asetettavia kriteereitä. Tavoittaminen perustuu suuressa määrin yksittäisten huumeiden käyttäjien kokemuksiin ja heidän rationaaliin tai epärationaaliin palvelua koskeviin käsityksiinsä (vrt. Mäkelä ym. 2005). Siksi uuden matalan kynnyksen palvelumallin perustamiseen liittyy aina epävarmuustekijöitä. Ennalta ei voida tarkalleen tietää, kuinka paljon asiakkaita yksikköön tulee, ja minkälaiseksi asiakasprofiili muodostuu (ks. myös Törmä ja Huotari 2002).

Eri alueilla tavattiin erilaisia huumeiden käyttäjiä ja erilaista palvelutarvetta. Esimerkiksi Kannelmäestä tavoitettu asiakaskunta muodostui melko nuoresta, myös Vinkeissä asioivasta huumeiden käyttäjien joukosta. He olivat selvästi tottuneet käyttämään palveluja ja kiinnittyivät nopeasti myös uuteen palvelumuotoon. Länsi-Helsingissä ei ollut kiinteää Vinkkipistettä, vaan huumeiden käyttäjät joutuivat matkustamaan sieltä muualle palvelua hakemaan. Pysäkin perustaminen mahdollisti asioinnin myös omalla alueella.

Vuosaaressa Liikkuvaan terveysneuvontayksikköön tulo oli selvästi hitaampaa ja varovaisempaa. Sinne muodostunut asiakaskunta oli myös heterogeenisempaa, ja joukossa oli enemmän syrjäytyneitä ja huonokuntoisia huumeiden käyttäjiä. He eivät olleet yleensä Vinkkien vakioasiakkaita, vaan heidän terveysneuvontapalvelujen käyttönsä oli sattumanvaraisempaa. Moni heistä oli aiemmin ostanut välineensä apteekeista. Hälyttävää oli, että Vuosaaren asiakkaiden joukossa oli jo hyvin syrjäytyneitä ja vaikeasti päihdeongelmaisia nuoria. Heistä teemahaastatteluisa (N = 20) mukana olleet kolme olivat vasta 19-vuotiaita.

Alueen palvelutarve on luonnollinen edellytys sille, että asiakkaita tavoitetaan. Tutkimus osoitti kuitenkin, että kaikki palvelun tarvitsijat eivät tule asioimaan, jos pysäkki on huonossa paikassa

tai palvelu on muutoin toteutettu heidän kannaltaan sopimattomasti. Tuloksista voidaan päätellä, että huumeiden käyttäjien tavoittaminen on vahvasti sidoksissa myös *aikaan ja tilaan*. Tavoitukseen kohderyhmää palvelun on oltava oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Tutkimuksessa hyväksi ajaksi osoittautui alkuiltä, vaikka auton myöhempääkin liikkumista toivottiin. Hyvä tila oli suojaista ja katseilta piilossa, mutta kuitenkin lähellä asutusta ja lähiliikenteen asemia. Esimerkiksi pysähtyminen avoimella paikoitusalueella ajankohtana, jolloin alueen asukkaat palaavat työstä ja asioivat viereisessä kauppakeskuksessa osoittautui huonoksi. Oman anonymiteetin suojeleminen oli asiakkaille tärkeää.

Tarve *huomaamattomaan* asiointiin vaikutti jossain määrin lähes kaikkien Liikkuvan terveysneuvontayksikön ratkaisujen toimivuuteen. Asiakkaat arvioivat sen kautta palvelumallin liikkuvaa luonnetta, yksikön ulkoasua ja sen sijoittamista ambulanssiin sekä sen pysähtymispaikkoja. Punaisena lankana useimpien huumeiden käyttäjien palvelukäyttäytymisessä kulki *leimautumisen ja valvonnan pelko*. Huumeiden käyttö on Suomessa kriminalisoitu. Se on myös yhteisön tuomitsemää ja paheksumaa toimintaa, joka kokonaisuutensa leimaa käyttäjän. Liikkuvan terveysneuvontayksikönkin palvelujen käyttöön vaikuttavien tekijöiden takana oli usein tarve olla paljastumatta huumeiden käyttäjäksi läheisiltä, naapureilta, työtovereilta ja viranomaisilta. Yhteisön silmissä paljastumisen pelkoa toivat esiin erityisesti vähemmän huumeita käyttävät ja työelämässä olevat asiakkaat. Osalla asiakkaista pelko kohdistui taas enemmänkin poliisiin tai velkoihin.

Liikkuva terveysneuvontayksikkö onnistui hyvin saavuttamaan huumeiden käyttäjien luottamuksen. Asiakkaat pitivät sitä yleensä hyvänä täydentävän palvelun toteutustapana. Monen asiakkaan mielestä Liikkuva terveysneuvontayksikkö oli turvallinen ja he liittyivät siihen vähemmän valvonnan pelkoa kuin kiinteisiin pisteisiin. Tulos on mielenkiintoinen, sillä esimerkiksi Lontoossa tehdyssä tutkimuksessa asiakkaat kokivat päinvastoin liikkuvan yksikön turvattomaksi, näkyväksi ja leimaavaksi (ks. Ison 2004). Samansuuntaisia kokemuksia on raportoitu myös esimerkiksi Prahassa liikkuvasta terveysneuvontatoiminnasta (ks. Lehmusvaara 2004). Tämä viittaisi siihen, että Liikkuvan terveysneuvontayksikön kohdalla on onnistuttu melko hyvin sekä pysähtymispaikkojen valinnassa että yhteistyössä viran-

omaisten kanssa. Jo toiminnan suunnitteluvaiheessa käydyt neuvottelut esimerkiksi poliisin kanssa ovat mitä ilmeisimmin edesauttaneet palvelun viemistä alueille.

Monet asiakkaat kertoivat haastatteluissa, että kaikki huumeiden käyttäjät eivät halua tulla palveluihin tai eivät huonosta psyykkisestä tai fyysisestä kunnostaan johtuen pysty käyttämään palveluja. Näiden huumeiden käyttäjien tavoittamiseksi Liikkuva terveysneuvontayksikkö ei yksin ole riittävän matalakynnyksinen. Lisäksi tarvitaan tehokkaita kenttätöiden keinoja ja voimakkaampaa etsivää otetta. Eräs tapa on jalkautua autosta lähiympäristöön luomaan kontakteja ja kertomaan palvelusta. Myös liikkuvaa ominaisuutta olisi mahdollista hyödyntää enemmän. Kun tietylle alueelle syntyy liikkuvaan palveluun kiinnittyvä vakioasiakaskunta, voitaisiin sitä palvelemaan perustaa pienimuotoinen kiinteä piste. Näin Liikkuva terveysneuvontayksikkö vapautettaisiin etsimään uusia palvelujen katvealueita.

Alkuodotuksia vasten tutkimuksen yllättävin löydös oli, että palvelumallin avulla syrjäytyneimpien sijasta tavoitettiin niinkin paljon vielä paremmassa asemassa olevia huumeiden käyttäjiä. Liikkuva terveysneuvontayksikkö loi kontakteja kohderyhmiin, joita kansainvälisestikin pidetään vaikeasti tavoitettavina; nuoriin, naisiin ja vasta huumeiden käyttöä aloitteleviin. Näiden ryhmien tavoittamisen tärkeydestä on kirjoitettu myös muun muassa Maailman terveysjärjestön raportissa vuodelta 2004 (WHO 2004, ks. myös Ison 2004). Kontaktin saaminen huumeiden käyttäjiin pistoskäytön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on todettu tärkeäksi päämääräksi A-kliinikkasäätiön, Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen toteuttaman Riskitutkimuksenkin aineiston pe-

rusteella (Partanen ym. 2004). Liikkuva terveysneuvontayksikköä koskeva tutkimus kertoo uusista mahdollisuuksista puuttua riskikäyttäytymiseen ja edistää päihdehoitoon hakeutumista varhaisemmassa huumeiden käytön vaiheessa.

Tutkimus osoittaa myös, että huumeiden käyttäjät eivät muodosta yhteneväistä ryhmää, jolla on samat palvelutarpeet. Huumeiden käyttäjien palvelujen käyttöön vaikuttavat tekijät vaihtelevat suuresti. Tutkimuksessa tuli esiin, että kiinteät Vinkkipisteet ovat helposti käytettäviä ja matalakynnyksisiä palveluyksiköitä suurelle osalle huumeiden käyttäjistä. He saavat niistä tarvitsemansa palvelut ja tuen. Samalla he tapaavat vertaisryhmään kuuluvia.

Vähemmälle huomiolle ovat kuitenkin jääneet huumeiden käyttäjät, jotka eivät samastu huumeipiireihin ja jotka pitävät itseään satunnais- tai tilapäiskäyttäjinä. He ostavat välineet useimmiten apteekkeista, käyttävät omia välineitään useita kertoja ja hävittävät ne lopulta roskiin. Samalla he jäävät vaille terveysneuvonnan laajempia palveluita. Apteekkeja olisikin voinut käyttää yhtenä kanavana välittää tietoa Liikkuvasta terveysneuvontayksiköstä sellaisille huumeiden käyttäjille, jotka eivät yleensä käy terveysneuvontapalveluissa. On kuitenkin erittäin tärkeää, että terveysneuvonnan ruiskujen ja neulojenvaihto-ohjelmien lisäksi apteekit myyvät ja vastaanottavat pistosvälineitä (ks. Malin ym. 2004a). Saadut tulokset vahvistavat ulkomaisissa tutkimuksissa (ks. esim. Strathdee ja Bastos 2003) tehtyä havaintoa, että tarvitaan erilaisia rinnakkaisiakin terveysneuvontapalvelujen muotoja ja puhtaiden pistosvälineiden saamisväyliä riittävän palvelujen kattavuuden saavuttamiseksi.

This article examines the ability of a mobile service model to reach drug users. The study was carried out 13.10.2003–13.2.2005 in the Mobile Health Counseling Unit during a two year trial project. The health counseling service includes in Finland needle and syringe exchange, HIV and hepatitis testing, taking care of small injuries and giving advice about safer injecting and safer sex. It also enables access to other health services and to drug treatment. There have been fixed health counseling units in Finland since the year 1997. There has also been outreach work done by street patrols and peers. Mobile service unit working in a van is a new model in Finland. It was equipped in an ambulance. The aim was to bring services to areas where drug users live and spend time. An important goal was to lower the threshold to services and to create contacts with hard to reach drug users. The research questions are: 1) how did the new model manage to reach drug users? 2) what kind of matters affected the reaching of drug users? The data has been collected in three different ways. Firstly the mobile unit staff has collected data from every client visit (N = 2933). There is information about the clients (age, sex,

living conditions and health) and services given to them. There is also information about usage of other health counseling services. Secondly the data consists of interviews: 1) structural interviews (N = 212) to clients who have not used any health counseling service during one month before entering the mobile unit for the first time, 2) theme interviews (N = 20) to clients visiting the mobile unit and theme interviews to the unit staff (N = 13). Thirdly it was carried out a survey (N = 29) to the unit staff by email. The Mobile Health Counseling Unit reached within the research period 777 different drug users. There were less very marginalized drug users than expected. Mostly the clients were the same drug users who use services of fixed health counseling units. The new service improved their access to services and reduced situations easily leading to risk behaviour. It also reached beginners and users still in quite good position in the society. The Mobile Health Counseling Unit gave them a more anonymous and individual way to get services. Contacts to this target group enable earlier interventions to risk behaviour. It may also mean earlier contacts to the addiction care.

KIRJALLISUUS

- Bunding E. Outreach work with drug users, an overview. *The International Journal of Drug Policy* 1993;4:2.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Methodological Guidelines to Estimate The Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level. *Lisbon. EMCDDA*, December 1999.
- Fisher DG, Fenaughty AM, Cagle HH, Reynolds GL. Injection drug users use of pharmacies for purchasing needles in Anchorage, Alaska. *International Journal of Drug Policy* 2003;14:5–6. December 2003.
- Hartnoll R, Rhodes T, Jones S. A Survey of HIV Outreach Intervention in the United Kingdom. Drug Indicators Project, University of London 1990.
- Hedrich D. Data Collection at Low Threshold Services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage. *Lisbon 9–10 December 2004. Final Draft Meeting Report* 8.3.2005.
- Helsingin Diakonissalaitos. Liikkuvan terveysterveystayksikön hankesuunnitelma 4.6.2003. *Julkaisematon muistio* 2003.
- Hermunen A, Keski-Vähälä M, Marttinen K, Ovaska A, Rukkila A, Vepsäläinen S. Toimintakertomus Helsingin terveysterveystayksikön toiminnasta vuonna 2004. *A-klinikkasäätiön moniste* 2004.
- Hurme T. Haittojen vähentämisen häilyvyys huume politiikassa. *A-klinikkasäätiö, Tiimi* 2/2003.
- Hänninen S, Karjalainen J, Lahti T, toim. Toinen tieto, kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. *Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi* 2005.
- Ison E. *Health Impact Assessment of a Proposal to Establish a Fixed Site for Needle Exchange and Other Services in the West End. The Institute of Health Sciences. Oxford* 2004.
- Jäppinen I. Hepatiittirokotukset helposti alkuun. *Kouvolan Sanomat* 28.1.2003.
- Kral AH, Bluthenthal RN. What is it about needle and syringe programmes that make them effective for preventing HIV transmission? *International Journal of Drug Policy* 2003;14:361–363.
- Leinikki P, Partanen A. Terveysterveystayksikön toiminta tartuntatautien vähentämisessä. *Kansanterveyslaitos, Kansanterveyslehti* 4/2005.
- Lehmusvaara L. Prahan ”matala” toimii melkein non-stopina. *A-klinikkasäätiö, Tiimi* 2/2004.
- Liikkuvan terveysterveystayksikön käyntitilasto vuodelta 2005. *Helsingin Diakonissalaitos* 2005.

- Lyytikäinen M. East Side Stoori. Helsingin Diakonissalaitoksen julkaisematon raportti 1/2004.
- Malin K, Partanen A, Holmström P, Holopainen A. Apteekkien ja terveysneuvontapisteiden yhteistyötä kannattaa kehittää. A-klinikkasäätiö, Tiimi 5/2004.
- Malin K, Holmström P, Holopainen A, Partanen A. Huumeiden käyttäjät apteekkien asiakkaina vuosina 2001 ja 2003. A-klinikkasäätiön monistesarja 43/2004.
- Malinowska-Sempruch K. Drugs, AIDS and Harm Reduction. How to slow the HIV epidemic in Eastern Europe and the former Soviet Union. Open Society Institute 2001.
- Mäkelä M, Nieminen J, Törmä S. Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisten kannalta. Pikassos Oy ja Sosiaalikehitys Oy. Julkaisematon raportti sosiaali- ja terveysministeriölle 31.1.2005.
- Nuurvala Y. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut huumeaineiden käyttäjien silmin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Aiheita 26/1999.
- Nuurvala Y, Metso L, Kaukonen O, Haavisto K. Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka 6/2004.
- Ovaska A, Holopainen A, Annala T. Terveysneuvontapiste Vinkki 1998. Loppuraportti terveysneuvontakokeilun toiminnasta 4.4.–31.12.1997. A-klinikkasäätiön monistesarja 7/1998.
- Paasio P. Vaikuttavuuden arvioinnin rakenne ja mahdollisuudet sosiaalialalla. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Fin Soc, työpapereita 3/2003.
- Palvelukeskuksen asiakastietojärjestelmä. Helsingin Diakonissalaitos 2005.
- Partanen A, Hakkarainen P, Holopainen A, Perälä R. Piikkihuumeiden käyttäjät Riskitutkimuksessa. Buprenorfinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. Suomen lääkirlehti 39/2004.
- Partanen A, Uutela P, Virtanen A. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2004. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen tilastotiedote 12/2005.
- Partanen P, Hakkarainen P, Holmström P, Kinnunen A, Leinikki P, Partanen A, Seppälä T, Väilki J, Virtanen A. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. Yhteiskuntapolitiikka 3/2004.
- Perälä, Jussi. Hidasta ja nopeaa, heroisiin ja amfetamiinin käytön etnografiaa. Teoksessa Kaukonen O, Hakkarainen P, toim. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki 2002.
- Perälä R, Partanen A, Holmström P, Holopainen A. Riskitutkimus selvittää piikkihuumeiden käyttäjien todellisuutta. A-klinikkasäätiö, Tiimi 1/2002.
- Puro P, Tuori T. Minimisation of HIV risks among young drug users in St. Petersburg, Helsinki and Stockholm -project 2001–2004. Final report. 31.4.2005.
- Puro P. A-klinikkasäätiön Helsingin terveysneuvontapiste Vinkin toiminta vuonna 2005. A-klinikkasäätiön julkaisematon muistio 16.1.2006.
- Seppälä P. Havaintoja huumeista, Tutkimus uusien huumeilmiöiden varhaisena tunnistajana. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 275/2003.
- Strathdee S A, Bastos F I. Sterile syringe access for injection drug users in the 21st century: progress and prospects. *International Journal of Drug Policy* 2003;14:5–6.
- Tartuntatautiasetus (786/86)
- Tartuntatautilaki (583/86)
- Turunen M. Kouvolan seudulla ei ole A-hepatiittiepideemiaa. Kouvolan Sanomat 21.10.2003.
- Törmä S, Huotari K, Kinnunen R, Nieminen J. ”Mäkin oon ihminen!”. Erityispalvelut hiv-positiivisille huumeiden käyttäjille. Kluuvin palvelukeskuksen toiminnan arviointi. Sosiaalikehitys Oy:n julkaisuja 1/2002.
- Törmä S, Huotari K. Sateisten teiden kulkijoita. Huono-osaisimmat ja moniongelmaisimmat päihteiden käyttäjät avun tarvitsijoina ja asiakkaina. Helsingin Diakonissalaitoksen julkaisuja 1/2005. 2005a.
- Törmä S, Huotari K. Palvelut liikkeelle. Liikkuvan terveysneuvontayksikön toiminnan ulkoinen arviointi. Helsingin Diakonissalaitoksen julkaisuja 2/2005. 2005b.
- Valtioneuvoston periaatepäätös huumeaineepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1/2004.
- Virtanen A. Huumeaineiden seurantakeskuksen kansallinen raportti EMCDDA:lle. REITOX, tilastoraportti 2/2003.
- Waal, H. Who became the victims and why? Drug abuse as a phenomenon; a retrospective and futurological overview on successful and non-successful approaches. Unit of addiction medicine, University of Oslo. Paper presented in ECAD 12th Mayor’s Conference in Oslo 27.5.2005.
- Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for action technical papers. World Health Organization. Geneva 2004.
- World Health Organization. Reduction of HIV Transmission through Outreach. Policy Brief 2004. <http://www.projectrenewal.org/outreach.html> (luettu 6.4.2006)
- <http://ar2004.emcdda.eu.int/en/elements/oltab06-en.html> (luettu 6.4.2006)

SINIKKA TÖRMÄ
VTM, vastaava tukija
Sosiaalikehitys Oy