

Suvi Helle

# Liikkuvan terveysneuvontayksikön kävijät 2012

Tilastoanalyysi maantieteellisestä näkökulmasta

---

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosionomi

Sosiaaliala

Opinnäytetyö

28.10.2013

Tekijä(t) Otsikko	Suvi Helle Liikkuvan terveysneuvontayksikön kävijät 2012
Sivumäärä Aika	40 sivua + 2 liitettä 28.10.2013
Tutkinto	Sosionomi (AMK)
Koulutusohjelma	Sosiaalialan koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaaliala
Ohjaaja(t)	Lehtori Riikka Konttinen Lehtori Arto O. Salonen
<p>Tässä opinnäytetyössä tutkittiin Helsingin Diakonissalaitoksen liikkuvan terveysneuvontayksikön kävijätietoja vuoden 2012 ajalta. Liikkuva terveysneuvonta on vuonna 2003 perustettu yksikkö, joka vie matalan kynnyksen palveluita huumeiden käyttäjille kaupunginosiin Helsinkiin ja Vantaalle. Yksikön tarjoamia palveluita ovat terveysneuvontatyö, neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelma, HIV-testaukset, rokotukset, sairaanhoidolliset toimenpiteet ja palveluohjaus. Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia liikkuvan terveysneuvontayksikön kävijämääriä ja kävijäprofileja pysäkeillä eri kaupunginosissa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin Diakonissalaitoksen kanssa. Työn aihevalintaan vaikutti se, että kerätystä aineistosta on tehty hyvin vähän tutkimusta. Myös keskustelu terveysneuvontayksikössä pitkään työskennelleiden ammattilaisten kanssa ohjasi tutkimusongelman asettelua.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiiviseen aineistoon perustuvana tilastoanalyysina. Liikkuvan terveysneuvontayksikön keräämistä kävijätilastoista analysoitiin käynnit vuoden 2012 ajalta ja tutkittiin kuinka paljon ja minkälaisia asiakkaita pysäkeillä käy ja onko eri kaupunginosien kävijöissä eroja. Liikkuva yksikkö toimii kahdella toista eri pysäkillä, joiden kaikkien kävijätilastoja tutkittiin erikseen ja vertailtiin toisiinsa.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kaupunginosien palvelut, liikenneyhteydet ja sosioekonominen asema vaikuttavat siihen, miten paljon asiakkaita pysäkeillä käy. Kävijämäärien lisäksi myös käyntien syistä löytyi eroja. Liikkuva terveysneuvontayksikkö palvelee asiakkaita laajalta alueelta. Kävijätilastojen analyysi voi myös auttaa kohdentamaan palvelua tulevaisuudessa.</p>	
Avainsanat	suonensisäiset huumeet, haittojen vähentäminen, terveysneuvonta, segregatio

Author Title	Suvi Helle Clients of the Mobile Health Counseling Unit 2012
Number of Pages Date	40 pages + 2 appendices Fall 2013
Degree	Bachelor of Social Services
Degree Programme	Social Services
Specialisation option	Social Services
Instructors	Riikka Konttinen, Senior Lecturer Arto O. Salonen, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to examine the client information of a mobile health counseling unit maintained by the Helsinki Deaconess Institute. The health counseling unit is a mobile unit taking low threshold services to drug users in different parts of the cities of Helsinki and Vantaa. Services provided by the mobile unit are health counseling, an exchange program for needles and syringes, vaccination, HIV testing, health care measures and case management. The goal of this Bachelor's thesis was to examine the client numbers and the client profiles at stops in different parts of the cities.</p> <p>The thesis was carried out in co-operation with the Helsinki Deaconess Institute. One of the reasons for conducting a study on this topic was the lack of research carried out using this material. Conversations held with long-time professional workers of the mobile unit also helped shape the study problem.</p> <p>The method used in this thesis was statistical analysis based on quantitative material. All data from the year 2012 in the client statistics collected by the mobile health counseling unit was analyzed. The number and qualities of the clients were analyzed. The mobile unit operates at twelve different stops, and the statistics of each stop were analyzed individually and compared to other stops.</p> <p>As a conclusion it can be stated that the differences in traffic connections, the socioeconomic status and services provided in different districts of the cities have an impact on the number of clients at the stops of the mobile unit. In addition to client numbers there also seem to be differences in why clients visit the mobile unit. The mobile health counseling unit provides services to a broad clientele. The analysis of the client statistics may also help target the services better in the future.</p>	
Keywords	intravenous drugs, harm reduction, health counseling, segregation

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Huumeet Suomessa	2
3	Haittojen vähentäminen	5
4	Liikkuva terveysneuvontayksikkö	8
5	Pääkaupunkiseudun alueellinen eriytyminen	11
6	Vuosi 2012	15
	6.1 Kävijät	16
	6.1.1 Ikä- ja sukupuolijakauma	17
	6.1.2 Hakeutumisalue	18
	6.2 Käynnit	22
7	Pysäkkikohtaiset tiedot	25
	7.1 Huopalahti	26
	7.2 Jakomäki	27
	7.3 Länsimäki	28
	7.4 Kaisaniemi	29
8	Työn toteutus	30
	8.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys	30
	8.2 Tutkimusmenetelmä	31
	8.3 Aineiston kerääminen	31
	8.4 Aineiston analysointi	32
	8.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	33
9	Tutkimustulokset	34
10	Johtopäätökset	36

11 Pohdinta 37

Lähteet 39

#### Liitteet

Liite 1. Tutkimuslupa Helsingin Diakonissalaitos

Liite 2. Suomen kartta

## 1 Johdanto

Huumeaineiden käyttö on Suomessa lisääntynyt ja arkipäiväistynyt 1990-luvun toisen huumeaallon jälkeen. Huumeet liittyvät kiinteästi sosiaaliseen syrjäytymiseen ja periytyvään huono-osaisuuteen, joihin on ryhdytty kiinnittämään huomiota yhä enemmän. Päihteiden ongelmakäyttöön pyritään nykyään maailmanlaajuisesti pureutumaan raittiuteen tähtäävän päihdekuntoutuksen lisäksi myös päihteiden käyttämisestä johtuvien haittojen vähentämiseen tähtäävillä toimenpiteillä.

Pääkaupunkiseudulla Helsingin Diakonissalaitoksen liikkuva terveysneuvontayksikkö on tarjonnut huumeidenkäyttäjille matalan kynnyksen sosiaali- ja terveysneuvontaa tänä syksynä jo kymmenen vuoden ajan. Liikkuva yksikkö perustettiin lokakuun 13. päivä 2003 vastaamaan heränneeseen huoleen, että huumeidenkäyttäjät eivät hakeudu asioimaan kiinteisiin terveysneuvontapisteisiin. Liikkuva yksikkö on harvinainen koko maailman mittakaavassa ja sen tarkoitus on saattaa palvelujen piiriin ne huumeiden käyttäjät, jotka eivät muissa palveluissa asioi. Palvelut pyritään viemään käyttäjille sinne missä käyttäjien arki on.

Opinnäytetyö sai alkunsa keskustelusta terveysneuvontayksikön pitkäaikaisen työntekijän kanssa. Liikkuvassa terveysneuvontayksikössä asioidaan anonyyminä, mutta kävijämäärien seuraamiseksi kävijät tilastoidaan nimimerkkien avulla. Palveluntuottaja kerää kvantitatiivista seuranta-aineistoa jokaisesta kävijästä ja tiedot tallennetaan tietokantaan, jossa kävijöistä on nimimerkin lisäksi tieto syntymävuodesta ja asuinpaikkakunnasta, sekä tietoja käynnin syystä. Opinnäytetyö toteutettiin analysoimalla tilastoaineistoa, jota liikkuvan terveysneuvontayksikön työntekijät keräävät ja tallentavat asiakastietojärjestelmään joka päivä.

Opinnäytetyössä keskityin vuoden 2012 tilastoaineistoon ja tutkin onko liikkuvan terveysneuvontayksikön eri pysäkkien kävijäprofiileissa eroja ja voiko pysäkkien kävijäprofiilien mahdollisia eroja selittää maantieteellisistä syistä johtuviksi. Selvitin myös onko Helsingin ja Vantaan kaupunginosien erilaistumiskehitys nähtävissä liikkuvan terveysneuvontayksikön asiakasmäärissä.

## 2 Huumeet Suomessa

Suomessa luokitellaan huumausaineiksi eli huumeiksi sellaiset päihdyttävät aineet, joita ei laillisesti voi ostaa ja käyttää. Näitä ovat kannabistuotteet, piristeet kuten amfetamiini, sen monet muunnokset ja kokaiini, hallusinogeenit kuten LSD ja vahvasti rauhoittavat ja kipuja poistavat opiaatit kuten heroini, sekä synteettiset opiaatit eli opioidit. Huumeiksi luokitellaan myös vahvat huumaavat reseptilääkkeet, kuten bentsodiatsepiinit ja barbituraatit. Huumeriippuvuuden kriteerit ovat samanlaiset kuin alkoholiriippuvuuden, mutta huumeiden kohdalla ollaan usein sitä mieltä, että kohtuukäyttö on mahdotonta tai erittäin vaikeaa (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 8).

Käytetyin huume Suomessa on kannabis, jonka lisäksi paljon käytettyjä ovat amfetamiini ja opiaatit, eli lähinnä buprenorfiinivalmisteet (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 10). Tyypillistä suomalaisessa huumeidenkäytössä on korvaushoitolääkkeiden väärinkäyttö, amfetamiinin valta-asema, reseptilääkkeiden väärinkäyttö ja sekakäyttö. Suomessa arvioidaan olevat 14500 - 19000 amfetamiinin tai opiaattien ongelmakäyttäjää (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 10). Valtaosa huumeiden ongelmakäytöstä on suonensisäistä käyttöä, eli huumausaine sekoitetaan veteen tai sulatetaan ja pistetään neulan ja ruiskun avulla nestemäisenä suoraan verenkiertoon (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 10). Näin käytettynä huumeen haluttu vaikutus saadaan pienemmällä määrällä ainetta ja vaikutus tuntuu nopeammin. Suonensisäinen käyttö on kuitenkin erittäin riskialtista muun muassa yliannostusriskin, infektioiden ja tartuntatautiriskin vuoksi. Korvaushoitolääkkeitä ovat opiaattiriippuvaisten hoidossa käytettävät synteettiset opioidit buprenorfiini ja metadoni. Ertyisesti buprenorfiinin, jota myydään kauppanimellä Subutex, Suboxone tai Temgesic, väärinkäyttö on Suomessa yleistä. Suomalaisilla markkinoilla ei liiku juurikaan heroinia (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 10). Myös kipulääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttö on Suomessa yleistä. Yleisimmin väärinkäytettyjä ovat bentsodiatseniinit, unettavat ja/tai rauhoittavat lääkkeet, joita myydään esimerkiksi kauppanimillä Diapam, Xanor, Valium ja Opamox. Lääkkeitä päätyy katukauppaan apteekkimurtojen seurauksena, reseptiväärennöksien avulla ja myös lääkärin määräämänä.

Helsinki on valtakunnallinen huumekaupan keskus Suomessa, johtuen kaupungin asemasta maan selvästi suurimpana asuinkekkittymänä, sekä lentokentän ja sataman

läheisestä sijainnista (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 161). Suurimmat markkinat Suomessa ja Helsingissä ovat kannabiksella ja amfetamiinilla (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 161). Huumeidenkäyttäjät ovat usein syrjäytyneitä ja huumeriippuvuuden huumeiden käyttö aiheuttaa infektioita, myrkytyksiä, psyykkisiä ongelmia, ja tartuntatautien leviämistä (Seppä – Aalto – Alho – Kiianmaa 2012: 10).

Kukaan ei tiedä kuinka moni ihminen Suomessa käyttää huumeita. Huumeiden käyttöä on vaikea tutkia ja todellinen tieto jää aina pimentoon (Törmä 2006: 207). Suomalaisten huumeasenteita kartoittavien tutkimusten mukaan huumeita käyttäneiden tai kokeilleiden määrä on Suomessa kasvanut viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana tuntuvasti. Vuonna 1992 jotain laitonta huumetta elinaikanaan kokeilleita miehiä oli 14 prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 2010 (Metso — Winter — Hakkarainen 2012: 17). Toisaalta arviointi on erittäin vaikeaa, sillä tällä tavalla asetettuun kysymykseen saadaan enemmän kyllä-vastauksia, kun huumeita kokeilemattomat vanhimmat ikäluokat poistuvat tutkimuksista vuosien myötä. Tilastoissa voi siis näkyä pieni muutos, vaikka muutosta ei tosiasiallisesti olisi tapahtunut. Jonkinlainen todellinen muutos huumeiden käytön lisääntymisessä on kuitenkin täytynyt tapahtua. Kysyttäessä mielipiteitä huumeongelmasta omalla asuinalueella huumeita korkeintaan vähäisenä ongelmana pitävien osuus oli vuonna 2012 17 prosenttiyksikköä korkeammalla kuin vuonna 1996 (Metso — Winter — Hakkarainen 2012: 26). Onko huumeiden käyttö lisääntynyt, huumeiden näkyvyys lisääntynyt, ihmisten tieto huumeista lisääntynyt vai kaikkea näistä?

1990-luvulla Suomeen ja koko Eurooppaan rantautui niin sanottu toinen huumeaalto. Huumeaalto oli kansainvälinen ilmiö, jonka perusta oli maailmanlaajuisen huumekaupan organisoituminen (Partanen 2002: 23). Toinen huumeaalto on sittemmin 2000-luvulle tultaessa paljastunut – ei aalloksi – vaan pysyväksi muutokseksi. Toisen aallon rantauduttua Eurooppaan alkoi monissa maissa kyteä huume politiikan muutos. Tiukka pyrkimys huumeettomuuteen ei ollut täysin toimiva, vaan sen varjolla oli sorruttu moralisointiin, kontrollihenkisyyteen ja tuomitsevuuteen (Saarto 2003: 70). Kun yhteiskunnallinen asenneilmasto on vahva eikä anna tilaa avoimelle keskustelulle, saattaa käydä niin, että huumeiden käyttäjät joutuvat sosiaalisesti eristetyiksi, joka johtaa heidän ongelmansa pahenemiseen. Myös huumeiden hyvien puolien ylikorostaminen voi johtua epärealistisesta ja tuomitsevasta keskusteluilmapiiiristä (Saarto 2003: 70). Suomessa sekä huume kuolemat että huumerikollisuus ovat



lisääntyneet toisen huumeaallon alusta tähän päivään asti (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 11).

Huumepolitiikan linjauksia voidaan ryhmitellä ja järjestellä sen mukaan, ajatellaanko yhteiskunnallisten ongelmien johtuvan ihmisestä vai ihmisen ongelmien johtuvan yhteiskunnasta. Ajattelutapa, että ihmisen moraalittomuus johtaa yhteiskunnallisiin ongelmiin linjaa huume politiikkaa rankaisevampaan suuntaan, kun taas ajatus, että huumeongelma johtuu työttömyydestä, köyhyydestä tai syrjäytymisestä, kääntää huume politiikan linjaa sallivampaan suuntaan (Murto 2002: 184). 1990-luvun toisen huumeaallon jälkeen eri maissa herättiin vastaamaan kysymykseen, miten lisääntyneeseen huumeiden käyttöön tulisi suhtautua. Rajoittava huume politiikka ja haittojen vähentämiseen keskittyvä linja erottuivat tuolloin toisistaan. Haittojen vähentämiseen keskittyneet ajattelijat näkivät, että huumeongelmat johtuivat epäonnistuneesta kieltopolitiikasta (Soikkeli 2001: 28). Huumetilanne on varsin samanlainen kaikissa Euroopan maissa (Soikkeli 2001: 27). Nykyään huume politiikat eri maissa asettuvat varsin eri kohtiin janalla, jonka ääripäinä ovat rajoittava, ideologinen Ruotsi ja salliva, pragmaattinen Hollanti (Soikkeli 2001: 26). Jos huume poliittiset näkökulmat asetellaan janalle ääripäinään sota huumeita vastaan ja liberaali yhteiskunta, jossa huumeet ovat kulutushyödyke, asettuvat Euroopan maat kaikki janan keskikohdille. Tuukka Tammen kaaviossa keskikategoriat on nimetty haittojen vähentämiseksi ja sosiaali- ja terveystieteelliseksi painotukseksi. Suomi asettuu näistä jälkimmäiseen, jota Tammi luonnehtii näin:

”Huumeiden käytön ehkäisy on etusijalla, mutta myös käytön riskien vähentäminen hyväksytään. Rikosoikeudelliset keinot hyväksytään tarjonnan pienentämiseksi ja uusien käyttäjien rekrytoitumisen estämiseksi. Tavoitteena on sekä käytön, että riskien vähentäminen”. (Tammi 2002: 255)

Tällä hetkellä Suomessa noudatetaan huume politiikassa niin sanottua kaksien raiteiden politiikkaa, eli huumeiden käyttöön puututaan tehokkaalla rikoskontrollilla, mutta huumeiden käytön haittoja pyritään myös vähentämään (Kotovirta – Tammi 2012: 156).

1990-luvulta 2000-luvulle tultaessa erityiset huumeidenkäyttäjille tarkoitetut palvelut laajenivat ja lisääntyivät hyvin nopeasti (Kaukonen 2002: 156). 1990-luvulla uusien palvelumuotojen järjestämiseen vaikutti myös se, että tuolloin huumeiden suonensisäinen käyttö yleistyi nopeasti ja C-hepatiitti ja HIV levisivät

huumeidenkäyttäjien keskuudessa. (Kaukonen 2002: 56). Nykyään huumeriippuvaiset ja heidän omaisensa voivat yhä enenevässä määrin määritellä itse, minkälainen hoito heille olisi hyvää ja tarkoituksenmukaista (Murto 2002: 189). Yksinkertaistaen huumeidenkäyttäjille kohdistetut yhteiskunnan toimet ovat muuttuneet oikeudellisista toimista lääketieteellisiin ja edelleen nykyään kohti sosiaalisia toimia.

Huumeidenkäyttäjien hoitoon erikoistuneet paikat ovat lisääntyneet 1990-luvulta alkaen räjähdysmäisesti (Soikkeli 2001: 128). Todellisuus on, että huumeiden käyttäjät ovat usein muita päihdeongelmaisia huono-osaisempia, heidän riskinsä kuolla yliannostukseen tai infektoihin on muuta väestöä huomattavasti suurempi (Soikkeli 2001: 128). Huumehoidon tietojärjestelmän joka kymmenes suomalainen huumeidenkäyttäjä on asunnoton (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 105). Huumeidenkäyttäjän elämän parantamiseksi tarkoituksenmukainen pragmaattinen lähestymistapa on haittojen vähentäminen (Tammi 2002: 258). Suomessa virallinen tavoite ei enää ole täysin huumeeton yhteiskunta, kuten vaikkapa Ruotsissa (Holopainen 2003: 264). Haittojen vähentäminen ei kuitenkaan ole Suomessa merkinnyt siirtymää liberaalimpaan huume politiikkaan. Huume politiikka on yhä totaalikieltoon perustuva (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 24).

### **3 Haittojen vähentäminen**

Haittojen vähentäminen, eli harm reduction, on päihdealalla tunnettu lähestymistapa ja hoidollinen kehys. Haittojen vähentäminen pyrkii nimensä mukaan haittojen vähentämiseen ja on aatteellinen vastakohtana kuntouttavalle päihdetyölle, joka voi pyrkiä vain asiakkaan raitistumiseen. Haittojen vähentämisen periaatteen kulmakivi on, että huumeidenkäyttäjää voi ja pitääkin auttaa aina (Saarto 2003: 71). Haittojen vähentäminen on viime vuosikymmeninä levinnyt maailmanlaajuisesti toimintamalliksi – kuntouttavan päihdetyön ohella – sillä raittiusvaatimuksen huomattiin usein lisäävän ongelmia eikä vähentävän niitä. Haittojen vähentämiseen pyrkiviä toimia ovat erityisesti neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat suonensisäisesti huumeita käyttäville ja lääkkeelliset korvaushoito-ohjelmat opiaattien käyttäjille. Silloin kun huumeidenkäyttäjä ei halua tai voi lopettaa käyttöönsä, on käytöstä aiheutuvien haittojen vähentäminen paras keino auttaa (Kotovirta – Tammi 2012: 154). Suomessa nykyään toteutettava asunto ensin-periaate on eräs esimerkki haittoja vähentävästä työstä (Stoicescu 2012: 15). Kriittisten näkemysten mukaan puhtaiden pistosvälineiden jakaminen

huumeidenkäyttäjille tarkoittaa käytännössä huumeiden käytön – rikollisen toiminnan – hyväksymistä (Holopainen 2003: 262).

Haittojen vähentämisen historia alkaa jo 1850-luvulta, jolloin aloitettiin ensimmäiset korvaushoidot (Kotovirta – Tammi 2012: 155). Nykyisessä merkityksessään haittojen vähentäminen alkoi 1980-luvulla huumeisiin liittyvien ongelmien, esimerkiksi HIV-epidemian, ratkaisuyritysten myötä (Kotovirta – Tammi 2012: 155). Nykyään haittojen vähentämisen periaate, eli harm reduction, on osa YK:n ja EU:n virallista kantaa ja politiikkaa (Kotovirta – Tammi 2012: 155). Haittojen vähentäminen on aina saanut ristiriitaisen vastaanoton ja paljon kritiikkiä osakseen, sillä monet ajattelevat, että se väistämättä johtaa lopulta huumeiden laillistamiseen (Kotovirta – Tammi 2012: 155). Suomessa haittojen vähentämisen periaate otettiin käytännön toimintatavaksi 1990-luvulla, kun infektioiden leviäminen huumeidenkäyttäjien keskuudessa huomattiin. Tätä ennen esimerkiksi C-hepatiitin yleisyys suonensisäisiä huumeita käyttävien keskuudessa ei ollut viranomaisten tiedossa (Kotovirta – Tammi 2012: 156). Vuonna 1994 tuli ensimmäinen huumausaineita koskeva lakiuudistus, jossa oli nähtävissä merkkejä haittojen vähentämisen politiikasta. Tuolloin lakiin kirjattiin, että tietyissä tapauksissa rikosoikeudellisista toimenpiteistä voidaan luopua, mikäli huumausainerikoksen tekijä sitoutuu hoitoon (Tammi 2002: 253).

Haittojen vähentämisen tulee olla tavoitteena erityisesti henkilöillä, joita ei todennäköisesti saada lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla voidaan ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja ja joiden elämänlaatua voidaan siten parantaa (Kotovirta – Tammi 2012: 162). Huumeidenkäyttäjälle tulisi antaa mahdollisimman hyvät valmiudet selviytyä siitä elämänvaiheesta, kun hän ei ole vielä valmis lopettamaan huumeiden käyttöä (Kotovirta – Tammi 2012: 162). On tärkeää panostaa päihderiippuvaisten syrjäytymisen ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen sosiaali- ja terveydenhuollossa, sillä hoitamatta jättäminen aiheuttaa aina suurempia kustannuksia. Päihdeongelma myös näkyy katukuvassa ja haittaa muuta yhteiskuntaa sitä enemmän, mitä pahemmaksi se ehtii mennä (Holopainen 2003: 265). Haittojen vähentämisen periaate korostaa, että huumeita käyttävällä on täydet ihmisoikeudet ja hän on vastuullinen ja omaan toimintaansa vaikuttamaan kykenevä täysivaltainen yksilö (Kotovirta – Tammi 2012: 154). Haittojen vähentämiseen pyrkivät toimet olivat asiakkailta kysyttäessä (tutkimus eräässä terveysneuvontapisteessä 2003 -2007) asiakaslähtöisiä ja käyttäjät arvioivat,

että terveysneuvontapisteissä heitä oli kohdeltu ihmismäisesti (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 104).

Kun apua tarjotaan alkoholisteille ja narkomaaneille vain sillä ehdolla, että he sitoutuvat raittiuteen, on vaarana, että apua ei ole tarjolla, mikäli sitoutuminen raittiuteen ei onnistu. Tämä vaatimus voi lisätä ihmisen motivaatiota raitistua ja raittiuslähtöisyys on usein hyvä lähestymistapa, mutta tilanteissa joissa raitistuminen ei yrityksistä huolimatta onnistu, täytyy olla myös muita tapoja auttaa. Haittojen vähentämisen periaate pohjaa ajatukseen ihmisoikeuksista ja ihmisarvoisesta elämästä (Stoicescu 2012: 21).

Haittojen vähentämisen periaate voidaan nähdä sosiaalipedagogisena ajatteluna parhaimmillaan. Ihminen, jolla on vuosien tai vuosikymmenten päihdehistoria, ei välttämättä ole kykenevä lopettamaan päihteidenkäyttöään koskaan. Haittojen vähentämisen periaatteen mukaan ihmistä voi ja täytyy tukea ja auttaa, vaikka hän ei olisi päihteistä kykenevä luopumaan. Haittoja vähentävä ajatus luopuu siitä näkökulmasta, että päihteiden käyttö sinällään olisi tuomittava asia, vaan näkee päihteiden käytön pahimpien ongelmien piilevän nimenomaan niissä lieveilmiöissä mitä päihteet aiheuttavat. Haittojen vähentämisen käsitteen ajatellaan liittyvän myös ympäröivän yhteisön parantamisen periaatteeseen, jossa huumeiden käytön aiheuttamat terveys- ja muut riskit nähdään ongelmina ja niitä pyritään vähentämään. Haittojen vähentämistä ajatellaan myös ihmisoikeuksiin ja ihmisarvoiseen elämään liittyvänä toimena. Myös rikollisuuden vähentämisellä ja näin ulkopuolisille ihmisille aiheutuvat haitan vähentämisellä perustellaan haittoja vähentävää työtä. (Stoicescu 2012: 21)

Haittoja vähentävässä työssä mahdollisimman moneen huumeidenkäyttäjään pyritään saamaan jonkinlainen kontakti, jotta mahdollisia riskejä, kustannuksia ja haittoja ympäröivälle yhteisölle voitaisiin minimoida (Törmä 2006: 207). Haittoja vähentävät toimenpiteet ovat olleet Suomessa onnistuneita, eivätkä kuntouttava hoito ja haittojen vähentäminen sulje pois toisiaan. Esimerkiksi palveluihin ohjaamista tehdään jatkuvasti terveysneuvontapisteissä (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 105).

Kriittis-emansipatorisen sosiaalipedagogisen lähestymistavan mukaan sosiaalipedagogisen ajattelun tulee perustua käsitykseen persoonallisesta ihmisestä yhteiskunnassa, tasa-arvosta, yksilön vapaudesta, itsemääräämisoikeudesta ja

yhteiskunnan demokratisoimisesta (Hämäläinen – Kurki 1997: 119). Haittoja vähentävästä työstä voi löytää sosiaalipedagogisia käsitteitä, kuten asiakkaan subjektiivisuuden parantaminen, dialogisuus, voimaantuminen, elämänhallinnan tukeminen, itsepuun auttaminen ja yhteistoimintaan auttaminen arjen ongelmien kohtaamisessa ja ratkaisemisessa (Hämäläinen – Kurki 1997:126, Korell 2008: 20- 24). Kun pyritään vähentämään huumeidenkäytöstä johtuvia haittoja, on tärkeänä periaatteena ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, joka on myös tärkeä sosiaalipedagogisten menetelmien periaate. Tärkeänä pidetään myös sitä, että ihminen itse osallistuu itseään koskevan toimintaprosessin eri vaiheisiin. (Korell 2008: 19).

Toistaiseksi haittojen vähentämistyö on Suomessa onnistunut hyvin ja erityisesti terveysneuvontapisteiden vaikutus infektioiden vähenemiseen on ollut merkittävä. Vuonna 1998 todettiin uusia HIV-tartuntatapauksia suonensisäisiä huumeita käyttävien keskuudessa lähes 90 ja vuonna 2010 niitä todettiin alle 10 (Kotovirta – Tammi 2012: 158). Terveysneuvontatoimintaa huumeidenkäyttäjille järjestetään Suomessa nykyään kaikissa yli 100000 asukkaan kunnissa (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 104).

#### **4 Liikkuva terveysneuvontayksikkö**

Helsingin Diakonissalaitoksen matalan kynnyksen periaatteella toimiva liikkuva terveysneuvontayksikkö perustettiin lokakuussa 2003 (Törmä 2006: 208). Terveysneuvonta on suonensisäisiä huumeita käyttäville suunnattu haittojen ehkäisyyn tähtäävien palvelujen kokonaisuus (Törmä 2006: 208). Terveysneuvontaan kuuluvat tartuntatautiin leviämisen ehkäisy, kontaktien luominen ja ohjaaminen palveluihin (Törmä 2006: 208). Tartuntatautiin ja terveyshaittojen ehkäisyyn kuuluu hyvin tärkeänä osana puhtaiden pistosvälineiden vaihtaminen likaisia vastaan, turvallisen pistämisen opastaminen, seksikäyttämisen opastaminen, tartuntatautitestaus, hepatiittirokotukset ja pienet hoidolliset toimenpiteet (Törmä 2006: 208).

Ensimmäinen terveysneuvontapiste perustettiin Helsingissä vuonna 1997 (Törmä 2006: 208). Terveysneuvontapisteet ovat osoittautuneet erittäin kustannustehokkaaksi tavaksi vähentää terveyshaittoja (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 83). Huumeidenkäyttäjän kuoleman riski liittyy yliannostukseen, tartuntatauteihin, pistosinfektioihin ja sekakäyttöön (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 83).

Liikkuvan terveysneuvontayksikön toimenkuvaan kuuluu likaisten pistosvälineiden vaihtaminen puhtaisiin. Varsinaisten pistosvälineiden, eli ruiskun ja neulan, lisäksi puhtaita neuloja hakevalle asiakkaalle annetaan desinfiointilappuja, sideharsotaitoksia, laastareita, filttäreitä pistettävän aineen puhdistamista varten, lääkekuppeja ja niiden kansia, kondomeja ja liukuvoidetta (kuva 1).



Kuva 1. Pistosvälineet, desinfiointilappuja, filttäreitä, lääkekuppeja ja kondomeja, joita asiakas saa liikkuvasta yksiköstä.

Terveysneuvonnaksi nimitetään toimintaa, joka varsinaisen terveyteen liittyvän neuvonnan lisäksi sisältää paljon muutakin. Terveysneuvonnan nimikkeen alla jaetaan tietoa, rohkaistaan ja autetaan tiedostamaan omia kykyjä (Kotovirta – Tammi 2012: 156). Matala kynnys tarkoittaa sitä, että palveluun hakeutuminen on tehty mahdollisimman helpoksi. Matala kynnys tarkoittaa, että palvelu on maksuton, auki muuhunkin kuin virka-aikaan, luottamuksellinen ja nimetön. Palveluun voi tulla päihtyneenä, ilman lähetettä eikä palveluun koskaan jaeta pysyviä porttikieltoja kenellekään (Kotovirta – Tammi 2012: 156).

Kun liikkuva terveysneuvontayksikkö aloitti toimintansa vuonna 2003, se pysähtyi viidellä pysäkillä Helsingissä (Törmä 2005: 27). Liikkuva yksikkö huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteinä oli Suomessa täysin uudenlainen toimintamuoto. Euroopassa vastaavia yksiköitä on lukuisia ja maailmalla autoon rakennettua liikkuvaa yksikköä on käytetty viemään monenlaisia palveluja huonosti palveluihin hakeutuville (Törmä 2006: 208, Project Renewal n.d.).

Yksikön perustaminen 2000-luvun alkuvuosina nähtiin tarpeelliseksi, koska kiinteään terveysneuvontapisteen muutettua ydinkeskustasta Helsingin Munkkisaareen, oli suuri osa asiakkaita lopettanut siellä asioinnin (Törmä 2006: 208). Samaan aikaan oli noussut huoli entisen Neuvostoliiton alueelta kotoisin olevien huumeidenkäyttäjien tavoittamisesta (Törmä 2006: 208). Yksikön pysäkit pyrittiin sijoittamaan liikenteen solmukohtiin, raiteiden varsille ja paikkoihin missä ei ollut saatavissa vastaavaa palvelua (Törmä 2006: 208). Terveysneuvontayksikön aloittaessa toimintaansa huomattiin pienilläkin käytännön seikoilla olevan merkitystä ihmisten palveluun hakeutumiseen. Esimerkiksi liian näkyvä paikka kaupan pysäköintialueella karkotti asiakkaita ja syrjäiset pysäkit, joihin ei ollut suoraa näköyhteyttä ympäristöstä rohkaisivat ihmisiä asioimaan palvelussa (Törmä 2006: 211). Yksikön toiminnan alkuvuosina erityisesti nuoret ja aloittelevat huumeidenkäyttäjät käyttäjät löysivät palvelun (Törmä 2006: 211). Huono-osaisemmillä oli vaikeuksia palvelun löytämisessä, johtuen ehkä sen liiallisesta liikkuvuudesta tai jostain muusta tuntemattomasta syystä. Elämäntapojen ollessa epäsäännöllisiä ja elämänhallinnan huonoa voi viikonpäivien ja kellonaikojen pitäminen mielessä olla ongelmallista (Törmä 2009: 166). Liikkuvan yksikön alkuvuosista tehdystä raportista myös selviää, että huumeidenkäyttäjät välttelevät missä tahansa palvelussa asioimista yllättävän paljon (Törmä 2009: 166). Monet asioivat mieluummin liikkuvassa pisteessä, koska sen ympäristössä ei pyörinyt epämääräisiä tyyppisiä. Moni myös koki syvää epäluottamusta järjestelmään ja tunsii liikkuvan yksikön luotettavammaksi kuin kiinteät pisteet (Törmä 2006: 213).

Kymmenen vuotta sitten terveysneuvontayksikön aloittaessa toimintansa oli pistosvälineiden vaihto pääkaupunkiseudulla paljon pienimuotoisempaa, kuin nyt. Tuolloin liikkuvassa yksikössä asioinut saattoi saada kerralla 40 puhtaat pistosvälineet, kun nyt puhtaita välineitä voi vaihdossa likaisia välineitä vastaan saada jopa 500 kappaletta (Törmä 2005: 37). Helsingin Diakonissalaitoksen liikkuva terveysneuvontayksikkö kiersi vuonna 2012 pääkaupunkiseutua pysähtyen 12 eri pysäkillä viikoittain. Näiden vakiopysäkkien lisäksi yksikkö teki myös tilauskäyntejä tapahtumiin ja asuntoloihin Helsingissä ja Espoossa. Liikkuvassa terveysneuvontayksikössä työskentelee sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. Vuorossa on aina kaksi työntekijää. Yksikkö sijaitsee suuressa pakettiautossa, joka on maalattu Helsingin Diakonissalaitoksen väreihin (kuva 2). Autossa on rajalliset säilytystilat pistosvälineille sekä muille tarvikkeille ja autossa on riskijäteastia käytettyjen neulojen palauttamista varten.



Kuva 2. Liikkuva terveysneuvontayksikkö Koivukylän pysäkillä

Terveysneuvontaa tarjotaan niille huumeidenkäyttäjille, jotka eivät ole valmiita lopettamaan huumeidenkäyttöään. Tavoitteena on ehkäistä infektioita ja yliannoskuolemia. Terveysneuvonnalla on Suomessa saatu kuriin 1990-luvun HIV-epidemia ja muiden infektioiden leviämisen lisääntyminen on saatu pysäytettyä (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 13). Huumeiden aktiivikäyttäjät ovat usein huono-osaisia ja yhteiskunnan marginaalissa. Tutkimuksessa, johon haastatelluista suurin osa oli terveysneuvontapisteiden asiakkaita, raportoitiin työttömyyttä, köyhyyttä, asumisen ongelmia, perheongelmia, muiden sosiaalisten suhteiden

ongelmia, terveysongelmia, sosiaalista ja koulutuksellista huono-osaisuutta sekä syrjäytyneisyyttä osallisuudesta ja vallankäytöstä (Tammi – Pitkänen – Perälä 2011: 46-47). Tutkimuksessa kolme neljäsosaa ilmoitti pääasialliseksi tulonlähteekseen sosiaaliturvan (Tammi – Pitkänen – Perälä 2011: 46-47). Terveysneuvontapisteillä kerätään myös ajankohtaista tietoa tapahtumista huumeikäntällä. Nämä tiedot voivat joskus olla elintärkeitä, vaikkapa uuden, vaarallisia sivuvaikutuksia aiheuttavan, huume-erän saavuttua markkinoille (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 163).

## 5 Pääkaupunkiseudun alueellinen eriytyminen

Helsingin seutu on kohdannut erityisiä haasteita huumeipalvelujen järjestämisessä, koska huumeidenkäyttäjät keskittyvät pääkaupunkiseudulle ja käyttäjiä hakeutuu alueelle kaukaakin. Näihin haasteisiin on pyritty vastaamaan uusilla palvelumalleilla ja asiakkaita on pyritty kuulemaan palvelujen järjestämiseen liittyvissä kysymyksissä. (Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä 2012: 164)



Suomessa on totuttu ajattelemaan, että hyvinvointivaltiomme takaa kaikille suomalaisille tasa-arvoiset lähtökohdat elämään. Slummiutumista, huono-osaisuuden periytymistä ja voimakkaita eroja kaupunginosien sosioekonomisessa asemassa ei perinteisesti ole pidetty suomalaisina ilmiöinä. Suomessa kaupunkirakenteen kulmakivenä on aina ollut sosiaalisen sekoittumisen periaate (Kortteinen – Vaattovaara, 2003: 333). Uusi globalisaatioon ja informaatiotalouteen perustuva urbaani eriytyminen haastaa kuitenkin Suomessakin tutun yhteiskunnallisia eroja tasoittavan sosiaalipolitiikan ajatuksia (Kortteinen – Vaattovaara, 2003: 331).

Helsingin seutu on rakenteeltaan ja toiminnaltaan poikkeuksellinen verrattuna kansainvälisiin esimerkkeihin. Syynä tähän on pitkälti maassamme harjoitettu sosiaali- ja kaupunkipolitiikka. Helsinki ja Vantaa ovat muihin Euroopan kaupunkeihin verrattuna poikkeuksellisen heterogeenisiä ja sosiaalisesti tasapainoisia. Asuinalueet Helsingissä ja Vantaalla ovat sosioekonomiselta kannalta moninaisia, eikä huono-osaisuus ole alueellisesti keskittynyttä siinä määrin kuin kansainvälisissä esimerkeissä. Huolestuttavaa kuitenkin on, että 1990-luvun laman seurauksena alueelliset erot kuitenkin alkaneet kasvaa uudella tavalla. Sosiaalinen huono-osaisuus kasautui aluksi yksittäisiin pisteisiin, talojen ja kortteleiden kokoisiin köyhyystaskuihin ja köyhyystaskut ovat alkaneet muodostaa ryppäitä Itä-Helsinkiin. Samaan aikaan hyväosaisuus on alkanut kasaantua voimakkaasti tietyille asuinalueille erityisesti Länsi-Helsinkiin. Itä-Helsinkiä lama kohteli huonoiten – työttömyystaso nousi Itä-Helsingissä nopeimmin ja korkeimmalle – ja siellä toipuminen on ollut hitainta. (Kortteinen – Vaattovaara, 2003: 331-342)

Väestön sosioekonomisten rakenteen erot johtuvat pitkälti asuntokannan rakenteen eroista (Helsingin kaupungin tietokeskus 2012: 15). Pienituloiset hakeutuvat asumaan alueille, joilta on mahdollisuus saada kohtuuhintainen vuokra-asunto. Tämä voi edelleen johtaa erilaistuneisiin muuttopäätöksiin, esimerkiksi tutkimusten mukaan maahanmuuttajat ja kantäväestö hakeutuvat asumaan osin eri (Helsingin kaupungin tietokeskus 2012: 15). Alueellisia eroja ovat myös etniset ja koetun turvallisuuden erot asuinalueilla (Helsingin kaupungin tietokeskus 2012: 16). Turvattomuus kiihdyttää eriytymistä, koska epämiellyttävistä tai pelottavista ympäristöistä muuttavat pois ne, joilla on siihen mahdollisuus (Kortteinen – Vaattovaara, 2003: 346). Näin asuinalueet voivat eriytyä toisistaan niin, ettei alueelle hakeudu sen huono-osaisempia asukkaita kuin muuallekaan, mutta he ovat ainoat, jotka alueelle jäävät pysyvästi.

Erilaistumiskehitystä Helsingin ja Vantaan kaupunginosien välillä on siis havaittavissa. Erilaistuminen voi olla hyväkin asia, mutta erityisesti köyhyyden, työttömyyden ja sosiaalisten ongelmien kasautuminen aiheuttaa vakavia inhimillisiä ja yhteiskunnallisia seuraamuksia. Tällaista negatiivista erilaistumiskehityskulkua sanotaan segregatioksi (Helsingin kaupungin tietokeskus 2012: 14). Alueellinen eriytyminen uhkaa kansalaisten yhdenvertaisuutta, koska heikommalla alueella julkiset palvelut ylikuormittuvat ja kaupalliset palvelut jäävät alikehittyneiksi (Kortteinen – Vaattovaara 2003: 351). Sosiaalinen segregatio, eli eri sosiaalisten ryhmien sijoittuminen omille alueilleen on kaupunkirakenteessa yleisesti nähty ongelmallisena ilmiönä. Samanlaisten asukkaiden keskittyminen näkyy pahoinvoinnin keskittymisenä, palvelutarpeen epätasaisena jakaumana ja kuolleisuuden alue-eroina (THL n.d.). Alueellinen eriytyminen voisi lopulta tuottaa sellaisen tilanteen, jossa alhainen sosioekonominen asema muuttuu periytyväksi, ylisukupolviseksi ilmiöksi (Kortteinen – Vaattovaara 2003: 352). Helsinki on eriytynyt alueellisesti selkeästi: kortteleittain, peruspiireittäin ja osa-alueittain (Helsingin kaupungin tietokeskus 2012: 15). Esimerkiksi toimeentulotuen saajia oli vuonna 2011 peruspiiritasolla jopa 25 prosenttia työikäisistä eräässä peruspiirissä ja vain 0,1% toisessa peruspiirissä. Koko kaupungin keskiarvo on noin 10 prosenttia (Helsingin kaupungin tietokeskus 2012: 15). Alueelliset erot eivät ole katoamassa, vaan voimistuvat (Helsingin kaupungin tietokeskus 2012: 15).

Helsingissä alueellisen segregatiion uhka ja ongelmat on onneksi havaittu varhain ja toimiin epätoivottavan kehityksen estämiseksi on ryhdytty ajoissa. Itä-Helsingin jälkeenjääneisyys on olemassa, mutta se onneksi kuitenkin ollut vähäistä ja erilaisiin alueellisen tuen projekteihin on suunnattu voimavaroja. Pääkaupunkiseutu noudattaa hyvin kansainvälisessä tutkimuksessa oletettua mallia. Helsingissä kuitenkin alueellinen kasautuminen koskee pienempiä asukasmääriä ja pienempiä yksiköitä kuin kansainvälisissä vertailukohtissa. Vaikka alueelliset jaot ovat vahvistuneet, on segregatio pääkaupunkiseudulla maltillista verrattuna Euroopan tai Pohjois-Amerikan suurkaupunkeihin. Pohjoismaisen hyvinvointivaltion mallin mukainen mahdollisuuksien tasaveroisuus olisi tämän kehityksen kanssa pahassa ristiriidassa. Eri alueiden erilaisuus on pääkaupunkiseudulla perinteisesti ollut selviö. Erilaisuus ei kuitenkaan ole ollut sellaista, että sosiaalisia ongelmia olisi kasautunut millekään tietylle alueelle sen enempää kuin toiselle. (Kortteinen – Vaattovaara, 2003: 340-353)

Helsingin asukasluku ylitti 600 000 vuonna 2012. Osa Helsingin väestöstä voi todella hyvin, mutta huonommin koulutetut sairastavat enemmän ja kuolevat nuorempina. Helsingin sisäiset erot sairastavuudessa ovat suuria. Helsingissä on alueita, joilla sairastavuusindeksi on merkittävästi pienempi kuin maan keskiarvo. Näitä alueita ovat muun muassa Vironniemi, Ullanlinna, Kulosaari, Lauttasaari, Länsi-Pakila ja Tuomarinkylä. Alueilla joilla väestön koulutustaso matala ja työttömyys suurta on myös sairastavuusindeksi suurempi kuin maan keskiarvo. Tällaisia alueita ovat Jakomäki, Maunula, Myllypuro, Alppiharju, Vallila ja Vanhakaupunki. Helsinki ja Vantaa ovat paljon toistensa kaltaisia mitä tulee kaupunginosien eriytymiskehitykseen. Helsinkiä koskevat oletukset ovat yleistettävissä koskemaan myös Vantaata. Helsingin läntisissä naapureissa kaupunginosien kehitys on ollut hyvin erilaista. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2012: 9-12)

Terveysneuvonta-auton tilastoissa käytettyjen Helsingin alueet eivät täysin noudata nykyisiä Helsingin suurpiirejä, joten yhdistelin asukaslukutiedot vastaamaan tilastojen alueita. Helsingin ja Vantaan asuinalueiden asukasmäärän vertaaminen liikkuvan terveysneuvontayksikön kävijöiden määrään osoittaa, että Itä-Vantaa ja Itä-Helsinki ovat asiakkaiden kotiasuinalueita useammin kuin muut alueet (taulukko 1 ja taulukko 2).

Taulukko 1. Helsingin asukasluvut alueittain ja liikkuvan terveysneuvontayksikön käynnit asiakkaiden ilmoittamien asuinalueen mukaan (Helsingin Diakonissalaitos 2012, Helsingin kaupungin tietokeskus 2011: 26).

	Etelä	Keskinen	Pohjoinen	Läntinen	Itäinen
asukasluku	99638	78561	133854	101328	151110
käynnit	90	132	191	319	671

Taulukko 2. Vantaan asukasluvut alueittain ja liikkuvan terveysneuvontayksikön käynnit asiakkaiden ilmoittamien asuinalueiden mukaan (Helsingin Diakonissalaitos 2012, Vantaan väestö kaupunginosittain ja suuralueittain 2012).

	Korso-Koivukylä	Myyrmäki-Martinlaakso	Tikkurila	Länsimäki-Hakunila
asukasluku	55195	64681	57794	28889
käynnit	190	29	24	153

Asuinalueen tilastoinnissa oli Vantaan Hakunilan ja Länsimäen alueissa hyvin epäselvää kumpaan alueeseen kävijä milloinkin on tilastoitu, joten päädyin yhdistämään nämä alueet tarkastelussani, jotta virheellisiltä tuloksilta vältyttäisiin. Myös Vantaan osalta yhdistin alueet vastaamaan tilastoinnissa käytettyjä alueita. Espoosta käyntejä liikkuvaan terveysneuvontayksikköön tehtiin vuoden 2012 aikana 44. Kävijöistä asunnottomiksi itsensä ilmoitti 53.

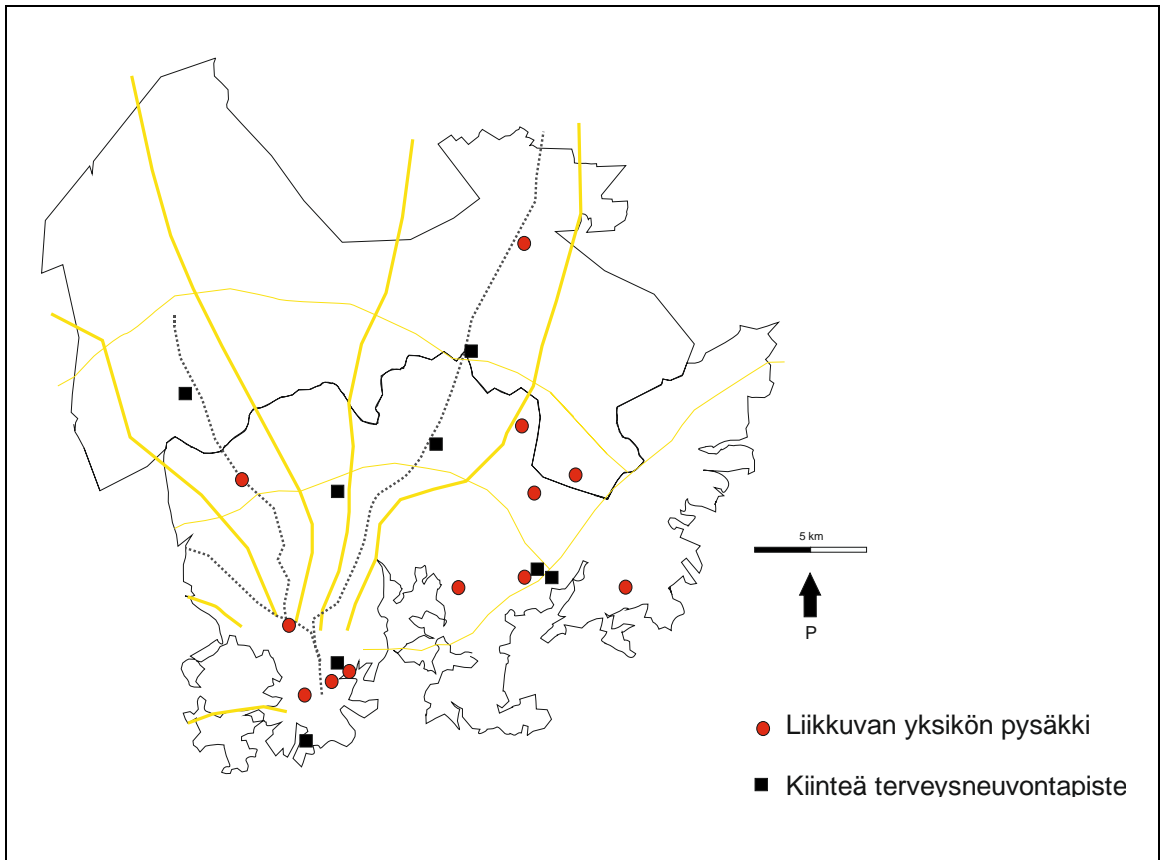
Helsinki on erikoislaatuinen paikka: yhdistelmä hyvinvointivaltiota, tietoyhteiskuntaa ja aivan omanlaistaan mallia. Nyt alueiden eriytyminen on kiihtynyt, mikä aiheuttaa jännitteen eriytymisen ja perinteisen tasa-arvoisen yhteiskunnan ajatuksen välillä. (Kortteinen – Vaattovaara, 2003: 358-359)

## **6 Vuosi 2012**

Vuonna 2012 liikkuvalla terveysneuvonnalla oli 12 vakituista pysäkkiä (kuvio 3), joista 10 Helsingissä ja kaksi Vantaalla. Pysäkit on pyritty sijoittamaan niihin paikkoihin missä vastaavaa palvelua ei muuten ole saatavilla. Kiinteitä terveysneuvontapisteitä oli vuonna 2012 Helsingissä ja Vantaalla viisi. Näistä Helsingin Diakonissalaitoksen ylläpitämiä ovat Itäkeskuksessa Puotinharjun ostoskeskuksen vieressä sijaitseva piste ja Munkkisaarella sijaitseva piste. A-klinikkasäätiön ylläpitämiä ovat Maunulan, Malmin, Toisen Linjan ja Itäkeskuksessa sijaitseva Itäväylän eteläpuolinen piste. Vantaalla vastaavia paikkoja on Tikkurilassa ja Myyrmäessä. Liikkuvan terveysneuvontayksikön vuonna 2012 käytössä olleista pysäkeistä viisi on otettu käyttöön vasta vuonna 2011. Nämä uudet pysäkit ovat Itäkeskus, Hakaniemi, Kamppi, Kaisaniemi ja Herttoniemi. Näiden pysäkkien osalta voidaan ajatella, että niiden vakiintumattomuus saattaa vaikeuttaa asiakkaiden löytämistä pysäkille. Terveysneuvontayksikkö liikkuu kuutena päivänä viikossa ja pysähtyy kahdella pysäkillä jokaisena liikkeelläolopäivänään. Pysäkeillä käydään siis yhteensä 624 kertaa vuodessa. (Helsingin Diakonissalaitos 2012, A-klinikkasäätiö 2012)

Viikoittaisten 12 pysäkin lisäksi terveysneuvontayksikkö tekee myös tilauskäyntejä asuntoloihin ja erilaisiin tapahtumiin. Näiden tilauskäyntien käynnit sisältyvät koko vuoden kävijälukuihin, mutta pysäkkikohtaista analyysia ei tilauskäyntien asiakkaista

ole tehty. Asuntolat-pysäkillä asioineita ei tilastoinnissa ole eritelty sen mukaan, mistä asuntolasta tai tapahtumasta on ollut kyse (Helsingin Diakonissalaitos 2012).



Kuvio 3. Kartta Helsingin ja Vantaan terveysneuvontapisteistä vuonna 2012 (kartta tekijän, Helsingin Diakonissalaitos 2012, A-klinikkasäätiö 2012 mukaan).

Liikkuvan terveysneuvontayksikön vakinaisia pysäkkejä on vain Helsingissä ja Vantaalla, josta syystä Espoo on jätetty karttakuvista pois. Espoossa sijaitsee kiinteitä terveysneuvontapisteitä ja liikkuva terveysneuvontayksikkö vierailee Espoossa ajoittain esimerkiksi asuntolakäynneillä.

### 6.1 Kävijät

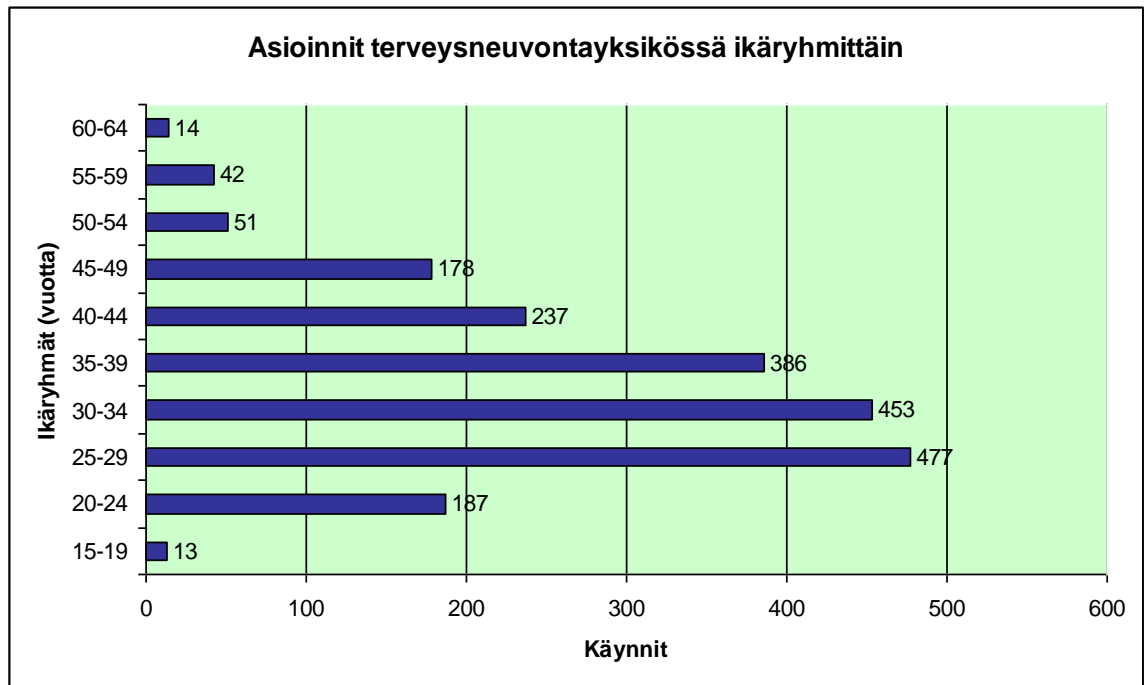
Erillisiä kävijöitä liikkuvassa terveysneuvontayksikössä asioi vuoden 2012 aikana 751. Käyntejä liikkuvaan yksikköön tehtiin vuoden aikana 2038. Olen tässä tutkimuksessani analysoinut vain erillisiä käyntejä, sillä mielestäni se antaa paremman kuvan yksikön käytöstä, kuin se, että keskittyisin erillisiin kävijöihin. Asiakkaat kävivät terveysneuvontayksikössä tilastojen mukaan 1-39 kertaa vuodessa, joten on

merkittävää yksikön kävijämäärän ja käyttöasteen kannalta tutkiiko kävijöitä vai konkreettista kävijämäärää. Tilastomatematiikan perusteella asiakas asioi yksikössä keskimäärin 2,7 kertaa vuodessa. Erillisiä henkilökävijöitä tutkimalla jäisi pimentoon yksikön todellisen käytön määrä. Käyntien määrää tutkimalla tulee myös otetuksi huomioon se liikkuvan terveysneuvontayksikön erityispiirre, että sama asiakas saattaa käydä hoitamassa autossa monen eri ihmisen asioita. Tällainen puolesta tekeminen on yleistä ajoittain huonossa fyysisessä tai psyykkisessä kunnossa olevien huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Erillisiä henkilökävijöitä tutkimalla voisi toisaalta saada totuudenmukaisemman kuvan esimerkiksi siitä, mistä asiakkaat terveysneuvonta-autoon hakeutuvat. Tämä tutkimus keskittyy erillisiin käynteihin ja kun puhun kokonaisuudesta tai kävijöiden määrästä, viittaaan erillisten käyntien kokonaisuuteen. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)

#### 6.1.1 Ikä- ja sukupuolijakauma

Syntymävuodekseen liikkuvan terveysneuvontayksikön kävijät ilmoittivat vuosia 1948 ja 1994 välillä. On muistettava, että asiointi yksikössä on anonyymiä ja vaikka syntymävuosi asiakkailta kysytään, ei heidän ole mikään pakko vastata kysymykseen totuudenmukaisesti. Erityisesti nuoret asiakkaat saattavat valehdella ikänsä siinä pelossa, että palvelut kielletään heiltä, jos he ovat alaikäisiä tai vasta täysi-ikäiseksi tulleita. Täysi-ikäisyyden kynnyksellä olevat ja sitä nuoremmat ovat yleisen elämäkokemuksen perusteella taipuvaisia puhumaan iästään vähän yläkanttiin pyöristäen. Vuoden 2012 aineistossa nuorimmat asiakkaat olivat kertoneet syntymävuodekseen 1994, mutta on täysin mahdollista, että he todellisuudessa ovat nuorempia. Vaikka jokainen yksittäinen asiakas voisi kertoa syntymävuodekseen minkä vuoden tahansa, näyttää aineisto siltä, että suurin osa ilmoitetuista syntymävuosista on todellisia. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)

Diagrammin havainnollisuutta varten jaoin asiakaskäynnit ikäryhmiin. Suurimmaksi ikäryhmäksi tilastoista nousi – ei lainkaan yllättäen – 25-29-vuotiaat ja toiseksi suurimmaksi ikäryhmäksi 30-34-vuotiaat (kuvio 4). 40-44-vuotiaita oli enemmän kuin 20-24-vuotiaita, josta voinee päätellä sen, että pidempään huumeita käyttänyt on todennäköisemmin terveysneuvontayksikön asiakas kuin nuorempi käyttäjä.



Kuvio 4. Asiinnit liikkuvassa terveysneuvontayksikössä ikäryhmän mukaan (Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).

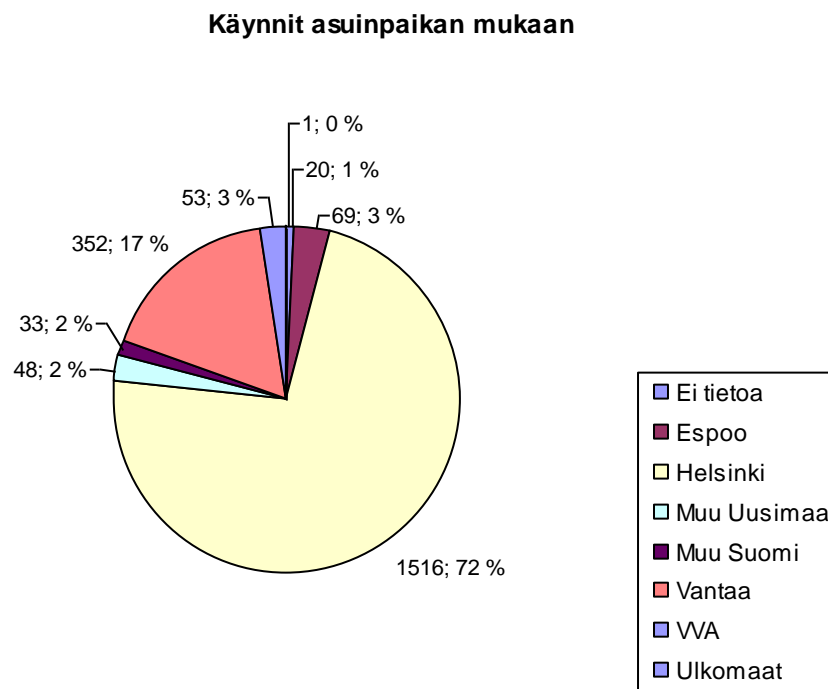
Vanhimmat terveysneuvontayksikön asiakkaat olivat 60-64-vuotiaita. Ikäjakauma näyttää oletusten mukaiselta. Suomessa buprenorfiinin käyttö aloitetaan noin 19-vuotiaana ja hoitoon hakeutuva huumeidenkäyttäjät on keskimäärin 30-vuotias (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 10). Terveysneuvonta-autossa asiointien iän keskiarvo oli vuonna 2012 35 ja mediaani-ikä 33.

Terveysneuvontayksikön 2038 asiinnista miehiä oli 66 prosenttia, eli käyntien lukumääränä 1345 ja naisia 34 prosenttia eli 691 erillistä käyntiä. Sukupuolijakauma on odotetun kaltainen, sillä tiedossa on, että huumeidenkäyttäjistä suurempi osa on miehiä kuin naisia. Erilaisissa ikäryhmissä naisten ja miesten osuus on kuitenkin erilainen ja sukupuolijakaumassa on myös suurta vaihtelua pysäkkikohtaisesti. Etenkin hiljaisilla pysäkeillä määrät kuitenkin ovat niin pieniä, että erot niissä saattavat olla vain sattumaa. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)

#### 6.1.2 Hakeutumisalue

Olen tutkimuksessani nimittänyt sitä aluetta, miltä asiakkaat kullekin pysäkille hakeutuvat pysäkin hakeutumisalueeksi. Vuoden 2012 käyntejä kokonaisuutena tutkittaessa huomataan, että kotikunnakseen asiakkaat ovat ilmoittaneet 23 Suomen

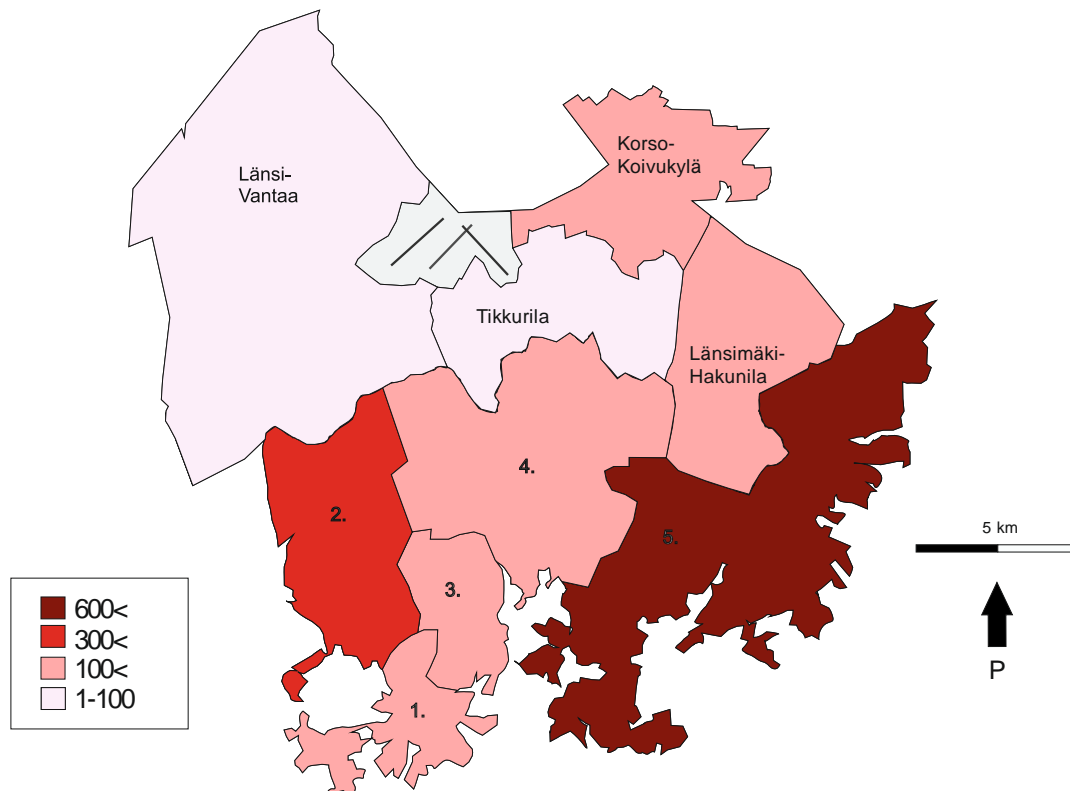
kuntaa (liite 2). Asiakkaita on vuonna 2012 hakeutunut liikkuvaan terveysneuvontayksikköön laajasti eri puolilta Suomea, Oulun ollessa pohjoisin kotikunta, joka on tilastoitu. 20 asiainnista ei ole tietoa kotikunnasta: joko asiakas on ollut haluton antamaan kysymykseen vastausta tai tietojen kirjaamisessa on tapahtunut virhe (kuvio 5). Yksi asiakas vuoden aikana on ilmoittanut asuinpaikakseen ulkomaat. 53 käynnillä asiakas on asuinalueella kysyttäessä kertonut olevansa vailla vakinaista asuntoa.



Kuvio 5. Käynnit liikkuvassa terveysneuvontayksikössä asuinpaikan mukaan (Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).

Tutkittaessa käyntejä asuinpaikan huomataan, että 75 prosenttia kävijöistä tulee Helsingin alueelta. 20 prosenttia kävijöistä tulee Espoosta ja Vantaalta ja viisi prosenttia muualta Suomesta ja jopa ulkomailta. Kun tarkastellaan suurpiirteisellä sitä, mistä valtaosa terveysneuvontayksikön kävijöistä palveluun hakeutuu, huomataan, että Helsingin ja Vantaan tätä tutkimusta varten sovelletuista alueista Itä-Helsingistä asiakkaita on selvästi eniten (kuvio 6).



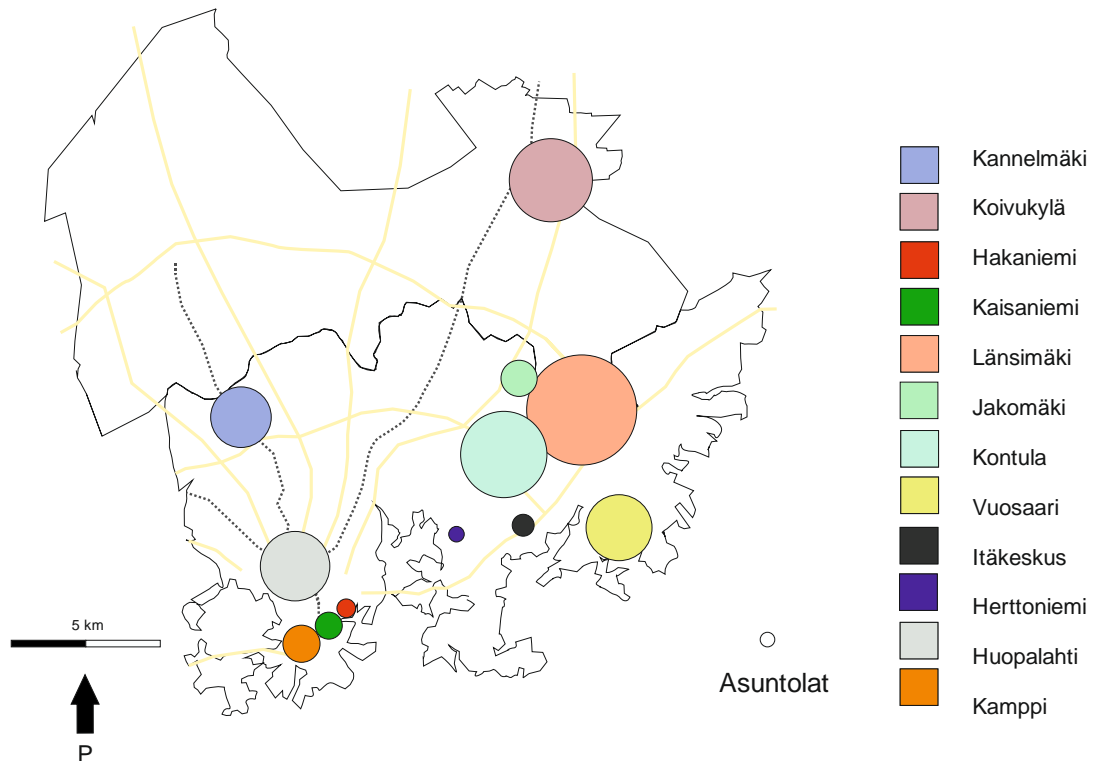


Kuvio 6. Kartta, jossa esitettyä terveysneuvontayksikön asiakkaiden määrä hakeutumisalueen mukaan. Helsingin alueet ovat 5. Itä-Helsinki, 4. Pohjois-Helsinki, 3. Keskinen Helsinki, 2. Länsi-Helsinki ja 1. Etelä-Helsinki (kartta tekijän, Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).

Itä-Helsingin alueelta asiointeja on yli 600 vuodessa, tarkemmin 671. Läntisen Helsingin alueelta hakeutumisia liikkuvaan terveysneuvontayksikköön on yli 300, 319, vuodessa. Muut Helsingin ja Vantaan alueet ovat selvästi hiljaisempia: Pohjois-Helsingin alueelta hakeutumisia on 191, Korso-Koivukylän alueelta 190, Keskisen Helsingin alueelta 132, Etelä-Helsingin alueelta 90, Tikkurilan alueelta 24, Hakunila-Länsimäen alueelta 153, Länsi-Vantaalta 29. Verratessa liikkuvaan terveysneuvontayksikköön hakeutumista karttaan, jossa on esitetty Helsingin ja Vantaan kiinteät terveysneuvontapistet (ks. kuvio 1), havaitaan että niiltä Vantaan alueilta, joilla kiinteä piste on olemassa, hakeudutaan liikkuvaan yksikköön harvemmin kuin muilta Vantaan alueilta. Helsingin osalta sama ei näytä pitävän paikkaansa, sillä Itä-Helsingistä hakeudutaan liikkuvaan yksikköön eniten, vaikka Itäkeskuksessa kiinteitä pisteitä on kaksikin. Pohjois-Helsinki, jossa kiinteitä pisteitä myös on kaksi, on vähäisemmin edustettuna liikkuvan yksikön kävijöissä. Etelä-Helsinki ja Keskinen Helsinki, joissa kummassakin on yksi kiinteä terveysneuvontapiste, ovat selvästi vähemmän edustettuna. Länsi-Helsingin osalta voisi ajatella, että kiinteän

terveysneuvontapisteen puuttuminen ohjaa ihmisiä asioimaan liikkuvassa yksikössä. (Helsingin Diakonissalaitos 2012, A-klinikkasäätiö 2013)

Kun tarkastellaan asiointeja liikkuvassa terveysneuvontayksikössä sen mukaan, kuinka paljon asiointeja kullakin pysäkillä oli vuonna 2012, erottuvat Itä-Vantaan ja Itä-Helsingin pysäkit selvästi vilkkaimpina (kuvio 7).

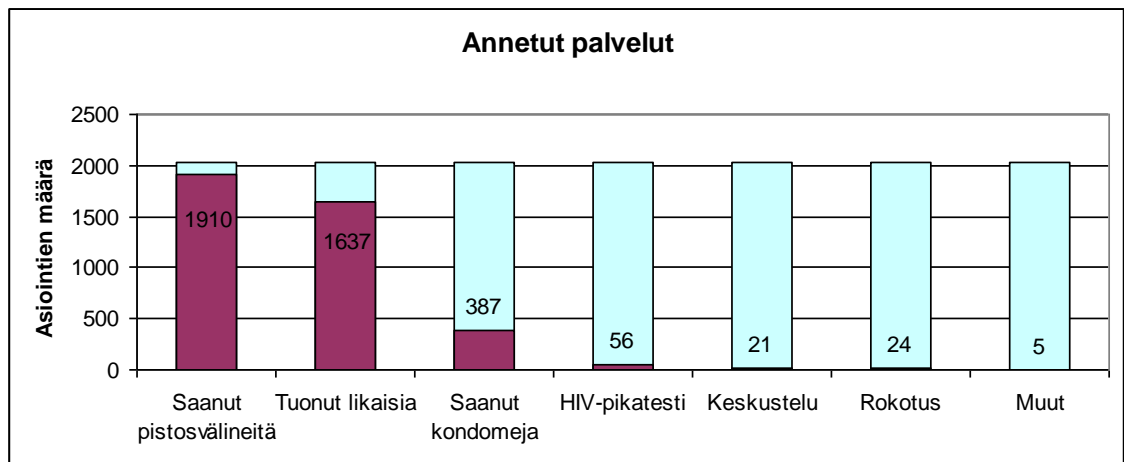


Kuvio 7. Kartta Helsingin ja Vantaan liikkuvan terveysneuvontayksikön pysäkeistä asiakasmäärien mukaan (Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).

Merkittävästi eniten asiointeja tehtiin vuonna 2012 Länsimäen pysäkillä, jossa asiointeja oli 347. Kontulan 272 käyntiä ja Koivukylän 262 käyntiä ovat pysäkeistä seuraavaksi vilkkaimmat. Yli 200 käyntiä vuodessa oli Huopalahdessa (219) ja Vuosaarissa (209). Yli sata käyntiä vuodessa oli Kannelmäessä (191) Jakomäessä (114) ja Kampissa (117). Hiljaisimpia pysäkkejä olivat Hakaniemi, johon käyntejä tehtiin 59, Herttoniemi (49), Itäkeskus (69) ja Kaisaniemi (85). Asuntoloihin tehdyillä käynneillä on tilastoitu 46 asiointia. Huomionarvoista on, että neljä hiljaisinta pysäkkiä ovat vuonna 2011 käyttöön otettuja. Todennäköistä on, että tieto uusista pysäkeistä ei ole levinnyt asiakaskunnan keskuuteen tai he eivät ole niillä muusta syystä tottuneet asioimaan. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)

## 6.2 Käynnit

Terveysneuvonta-autossa asioivista tilastoidaan heidän autossa käydessään nimimerkin, asuinalueen, syntymävuoden ja sukupuolen lisäksi myös tietoja kyseisestä asiinnista. Annettu palvelu-nimikkeeseen alle merkitään mitä asiinnin aikana on tapahtunut. Yleisin tilastoitu tapahtuma on terveysneuvonta, joka kattaa pistosvälineiden vaihtamisen ja neuvojen antamisen pieniin ongelmiin. Muita yleisiä tilastoituja tapahtumia ovat keskustelu, joka tarkoittaa yli 15 minuuttia kestävästä keskustelusta, esimerkiksi palveluihin ohjaamista; rokotus, joka tarkoittaa A- ja B-hepatiittirokotteen antamista; sekä HIV-testaus, joka tarkoittaa HIV-pikatestin tekemistä. Muita toimenpiteitä tilastoidaan yleensä muut palvelut-nimellä, joita vuoden 2012 tilastojen mukaan olivat esimerkiksi haavanhoito ja tikkien poistaminen. Vuoden 2012 käynneistä suurin osa oli käyntejä, jolla asiakas toi käytettyjä pistosvälineitä ja/tai sai puhtaita pistosvälineitä (kuvio 8). 1910 asiinnilla annettiin pistosvälineitä ja 1637 asiinnilla tuotiin likaisia pistosvälineitä hävitykseen. Ero lukujen välillä johtuu siitä, että puhtaita pistosvälineitä voi saada kymmenet, vaikka asiakkaalla ei olisi tuoda käytettyjä vaihdossa. 387 asiinnilla asiakkaalle annettiin kondomeja, 56 asiointia oli HIV-pikatestin tekeminen, 24 asiointia hepatiittirokotus ja 21 asiointia keskustelua. Muita annettuja palveluja olivat haavanhoito, tikkien poistaminen ja vanhojen C-hepatiittitestitulosten antaminen. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)



Kuvio 8. Annetut palvelut liikkuvassa terveysneuvontayksikössä vuonna 2012 (Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).

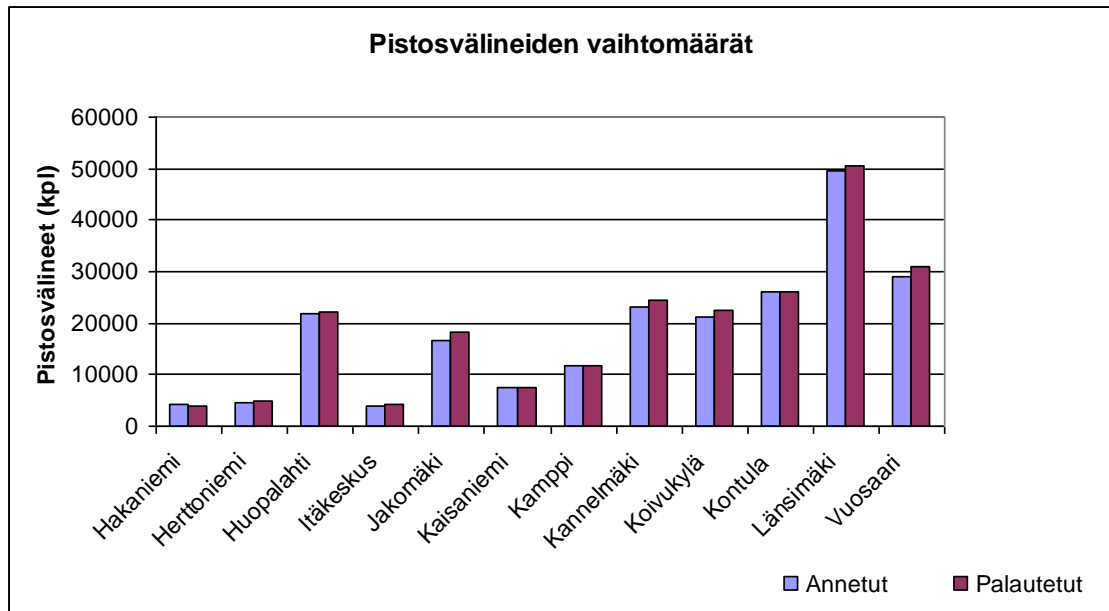
Diagrammissa on esitettyä annettujen palvelujen määrät ja vertailukohtana jokaisessa pylväässä myös vuoden asiointien kokonaismäärä, joka on 2038. On huomioitava, että yhdellä asiinnilla voidaan toimittaa monta asiaa, esimerkiksi HIV-testaus täyttää lähes

aina myös keskustelun tunnusmerkit. Suurin osa asioinneista liittyy pistosvälineisiin, mutta liikkuvassa terveysneuvontayksikössä käy myös asiakkaita, joilla ei ole huumetaustaa. Anonyymiä HIV-testausta on tarjolla niin harvassa paikassa, että liikkuvaan yksikköön hakeutuu jatkuvasti ihmisiä vain päästäkseen anonyymiin HIV-testiin. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)

Pistosvälineitä vaihdetaan liikkuvassa terveysneuvontayksikössä siten, että käytettyjä, likaisia ruiskuja ja neuloja saa autoon tuoda niin paljon kuin haluaa. On kaikkien etu, että likaiset pistosvälineet päätyvät oikeaoppisesti hävitettäväksi. Kaikkien etu olisi myös se, että suonensisäisiä huumeita käyttävät voisivat käyttää aina puhtaita ja steriilejä pistosvälineitä. Puhtaita välineitä annetaan liikkuvassa yksikössä likaisia vastaan, kuitenkin enintään 500 kappaletta kerralla. Mikäli asiakkaalla ei ole palauttaa yhtään likaisia pistosvälineitä, voi hän saada autosta akuuttiin tarpeeseen kymmenen neulaa ja ruiskua. Se, paljonko pistosvälineitä huumeidenkäyttäjä tarvitsee, vaihtelee paljon. Aktiivisella narkomaanilla, joka on käyttänyt suonensisäisiä huumeita pitkään, voi kulua päivässä kymmeniä neuloja. Pitkän huumeidenkäytön jälkeen voi pistämiskuntoisen laskimon löytäminen olla vaikeaa, jolloin pääosa neuloista kuluu pistoihin, jotka eivät tavoita suonta. Vuoden 2012 aikana puhtaita pistosvälineitä annettiin liikkuvasta yksiköstä yhteensä 222 159 kappaletta. Käytettyjä välineitä tuotiin hävitettäväksi 229 794 kappaletta. Pistosvälineitä vaihdettaessa sadat välineet yhdellä asioinnilla ovat hyvin tyypillinen määrä (Helsingin Diakonissalaitos 2012). Tällä määrällä huumeidenkäyttäjä pärjää päiviä tai kuukausia käytöstä riippuen.

Kun tarkastellaan pistosvälineiden vaihtoja pysäkkikohtaisesti (kuvio 9), huomataan että hiljaisimmat pysäkit Hakaniemi, Herttoniemi, Kaisaniemi ja Itäkeskus ovat luontevasti hiljaisimpia myös vaihdettujen pistosvälineiden määrässä. Suurimpia vaihtomäärät olivat Länsimäen, Vuosaaren, Kontulan ja Kannelmäen pysäkeillä. Länsimäessä annettiin puhtaita neuloja ja ruiskuja 49 560 kappaletta vuodessa. Itäkeskuksessa, jossa välineiden vaihto oli pienintä, annettiin puhtaita välineitä 4025 kappaletta vuodessa. On tärkeää huomata, että vaikka Itäkeskuksen pysäkiltä annettujen puhtaiden pistosvälineiden määrä näyttää diagrammissa häviävän pieneltä, on se kuitenkin tuhansia vuodessa. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)

Niiltä osin kuin pysäkit vaihtomäärien mukaan eivät ole samassa järjestyksessä kuin pysäkit asiointien määrän mukaan, voidaan olettaa, että pysäkillä käyvät asiakkaat joko vaihtavat poikkeuksellisen paljon tai poikkeuksellisen vähän välineitä. Esimerkiksi



Kuvio 9. Pistosvälineiden vaihtomäärät pysäkkikohtaisesti (Asiakastieto 2012 mukaan)

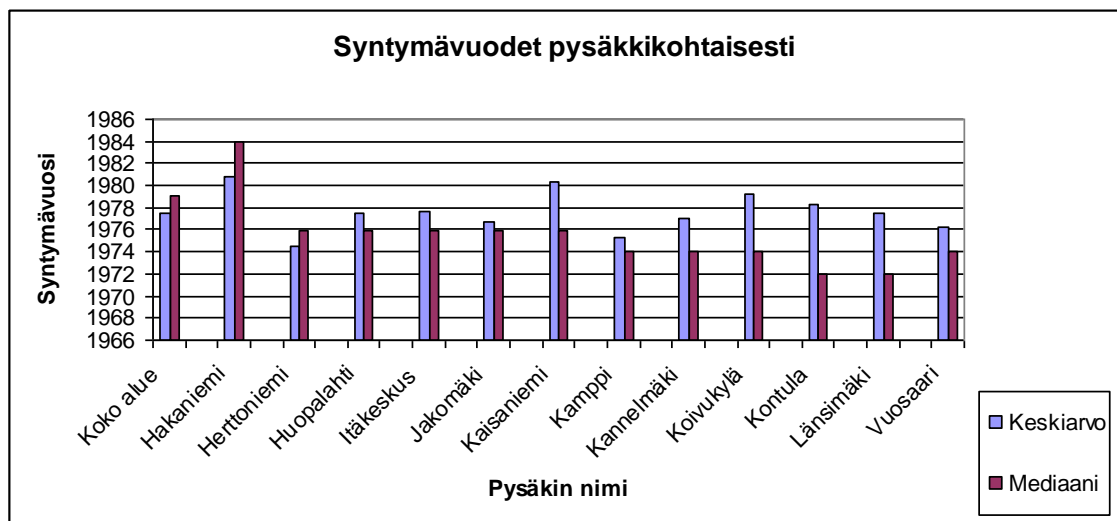
Vuosaassa annetaan ja palautetaan välineitä toiseksi eniten, vaikka Vuosaassa kävijöitä on pysäkeistä viidenneksi eniten. Koivukylässä, jossa kävijöitä on kolmanneksi eniten, annetaan ja palautetaan pistosvälineitä kuudenneksi eniten. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)

Jos annettujen pistosvälineiden määrä suhteutetaan asiointien määrään, on luku Länsimäessä keskimäärin 143 kappaletta asiakasti kohti. Itäkeskuksessa vastaava luku oli 58. Hiljaiset pysäkit Kaisaniemi, Hakaniemi ja Itäkeskus ovat hiljaisia myös keskimääräisellä vaihtomäärällä mitattuna. Tämä tarkoittaa sitä, että sen lisäksi, että pysäkeillä käy vähän asiakkaita ovat asiakkaat tavallista harvemmin vaihtamassa suuria määriä pistosvälineitä. Tämä voi johtua siitä, että asiakkaat ovat ohikulkumatkalla, eivätkä tuo käytettyjä välineitä siksi mukanaan tai voi olla, että näille pysäkeille hakeutuvat aloittelevat käyttäjät, joilla ei ole tarvetta suurille määrille pistosvälineitä. Yllättävästi myös Koivukylän pysäkillä vaihtomäärä asiakasta kohti on keskiarvoa pienempi, 81 kappaletta. Voidaan olettaa, että myös Koivukylässä asioi tavanomaista enemmän satunnaiskäyttäjiä tai ohikulkijoita. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)

## 7 Pysäkkikohtaiset tiedot

Pysäkkikohtaisesti erityiseen tarkasteluun valitsin neljä pysäkkiä. Pysin valitsemaan valokeilaan pysäkit, jotka ovat erilaisia, edustavat maantieteellisesti kattavasti aluetta ja antavat mahdollisimman laajan kuvan siitä, miten pysäkit eroavat toisistaan. Arvioin, että kaikkien 12 pysäkin yksityiskohtaisempi tarkastelu ei kokonaisuuden hahmottamisen kannalta ole tarpeen.

Eri pysäkkien ikäjakaumat ovat erilaiset, mutta erityisesti hiljaisempien pysäkkien kohdalla sattuma voi vaikuttaa paljonkin laskennalliseen keskiarvoon ja mediaaniin. Kaikilla pysäkeillä syntymävuoden keskiarvo ja mediaani noudattelevat oletettavissa olevaa kaavaa (kuvio 10). Nuorimmat kävijät olivat Hakaniemen pysäkillä, jossa syntymävuosien keskiarvo oli 1981. Vanhimmat kävijät olivat Herttoniemessä ja Kampissa, joissa kävijöiden syntymävuosien keskiarvo oli 1975. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)



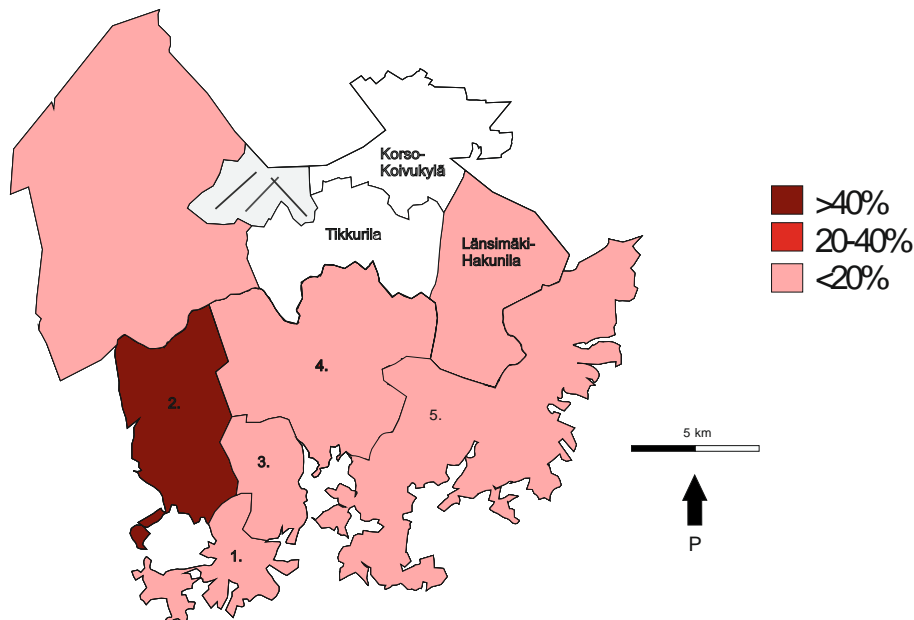
Kuvio 10. Liikkuvan terveysneuvontayksikön asiakkaiden syntymävuodet pysäkkikohtaisesti (Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).

Syitä sille, miksi eri pysäkeillä käy hieman eri ikäisiä asiakkaita ei löytynyt. Voi olla, että erot johtuvat sattumasta tai siitä, mikä ikäisiä ihmisiä milläkin alueella asuu ja liikkuu. Voi olla, että ikäryhmän vertaaminen asiakkaan muihin ominaisuuksiin voisi olla hedelmällistä, esimerkiksi ovatko naisasiakkaat nuorempia kuin miehet, tai ovatko tietyltä alueelta tulevat asiakkaat selkeästi nuorempia tai vanhempia kuin keskimäärin. Myös iän vaikutusta annettuihin palveluihin tai vaihdettujen pistosvälineiden määrään voisi tutkia.

## 7.1 Huopalahti

Huopalahden pysäkki sijaitsee aivan Huopalahden aseman lähellä, radan länsipuolella Kauppalantien päässä (Helsingin Diakonissalaitos n.d.). Huopalahteen on erinomaiset liikenneyhteudet, sillä sekä Vantaankosken, että Espoon suuntaan menevät junat pysähtyvät Huopalahdessa. Alueella ei ole kiinteitä terveysneuvontapisteitä.

Huopalahden pysäkillä käytiin vuonna 2012 219 kertaa. Kävijöistä 80 prosenttia eli 176 oli miehiä ja 43 naisia. Huopalahdessa kävijät olivat saman ikäisiä kuin koko alueella keskimäärin, kävijöiden syntymävuoden keskiarvo oli 1977 (ks. kuvio 10). Huopalahden pysäkillä hakeuduttiin lähialueelta, yli 40 prosenttia kävijöistä tuli Länsi-Helsingin suurpiirin alueelta (kuvio 11). Huopalahdessa pysähdyttiin vuonna 2012 maanantaisin kello 16-18. Huopalahdessa vastaanotettiin vuoden aikana 22 097 käytetty pistosvälineet ja annettiin puhtaita 21 944. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)



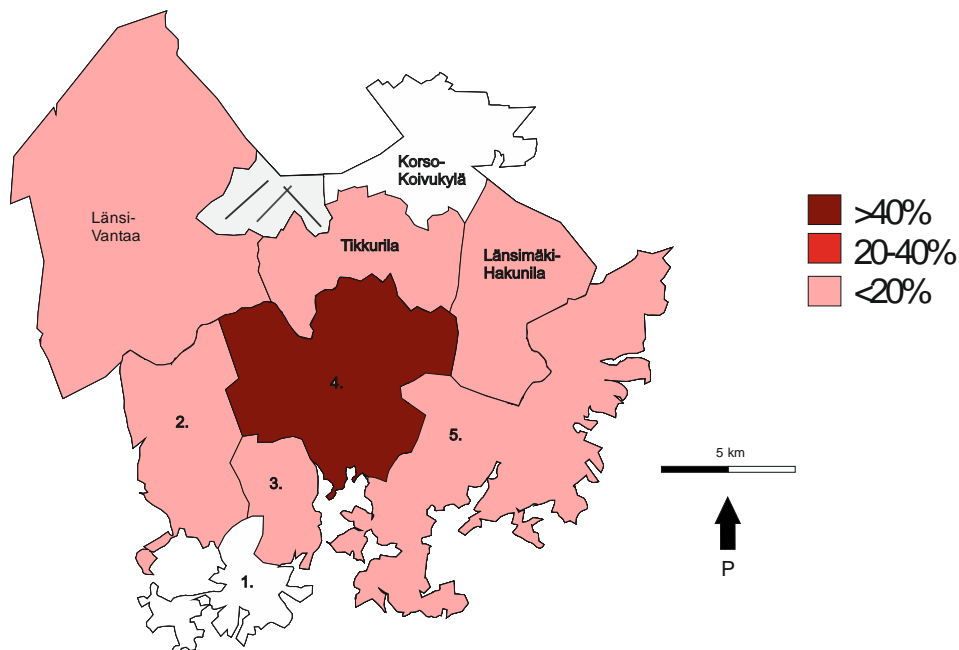
Kuvio 11. Huopalahden asiakkaiden asuinalueet. Helsingin alueet ovat 5. Itä-Helsinki, 4. Pohjois-Helsinki, 3. Keskinen Helsinki, 2. Länsi-Helsinki ja 1. Etelä-Helsinki (kartta tekijän, Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).

Huopalahdessa suurin osa käynneistä liittyi pistosvälineiden vaihtoon, vuoden 2012 aikana pysäkillä tehtiin kahdeksan HIV-pikatestiä ja keskusteltiin näiden lisäksi asiakkaan kanssa kahdesti, hepatiittirokotuksia annettiin yksi.

## 7.2 Jakomäki

Jakomäen pysäkki sijaitsee Jakomäen ostoskeskuksen lähellä, terveysaseman parkkipaikalla (Helsingin Diakonissalaitos n.d.). Kulkuyhteydet Jakomäkeen linja-autolla ovat varsin hyvät, mutta raideliikenneyhteyden puuttuessa voi olettaa, että pysäkki ei houkuttele asiakkaita kauempaa. Jakomäessä ei ole kiinteitä terveysneuvontapisteitä, lähimmät sijaitsevat Tikkurilassa ja Itäkeskuksessa (kuvio 3).

Jakomäen pysäkillä käytiin vuonna 2012 114 kertaa. Kävijöistä 74 prosenttia eli 84 oli miehiä ja 26 prosenttia eli 30 oli naisia. Jakomäessä kävijät olivat suunnilleen saman ikäisiä kuin koko alueella keskimäärin, kävijöiden syntymävuoden keskiarvo oli 1977 (kuvio 10). Jakomäen pysäkillä hakeuduttiin lähialueelta, yli 40 prosenttia kävijöistä tuli Pohjois-Helsingin suurpiirin alueelta (kuvio 12). Kaikista käynneistä 74 oli Pohjois-Helsingin asuinalueeseen ilmoittaneiden käynnejä. Jakomäessä pysähdyttiin vuonna 2012 tiistaisin kello 18.30-20.30. Jakomäessä vastaanotettiin vuoden aikana 18 312 käytetyt pistosvälineet ja puhtaita välineitä annettiin 16735. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)



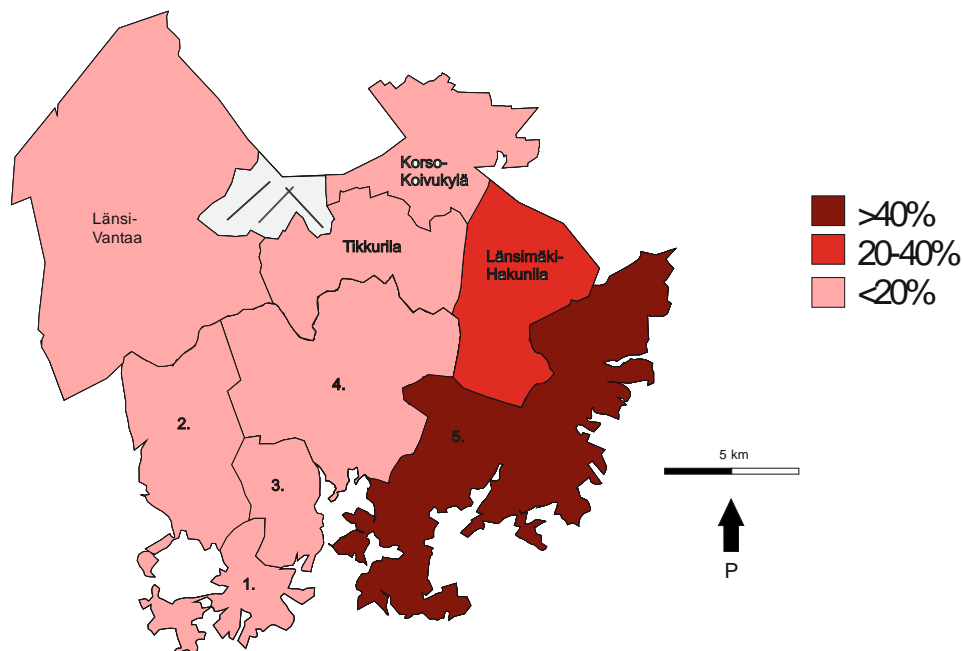
Kuvio 12. Jakomäen asiakkaiden asuinalueet Helsingin alueet ovat 5. Itä-Helsinki, 4. Pohjois-Helsinki, 3. Keskinen Helsinki, 2. Länsi-Helsinki ja 1. Etelä-Helsinki (kartta tekijän, Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).



Jakomäessä vuoden 2012 aikana lähes käynnit liittyivät likaisten pistosvälineiden hävitettäväksi tuomiseen tai puhtaiden saamiseen, niiden lisäksi Jakomäessä annettiin kolme hepatiittirokotusta.

### 7.3 Länsimäki

Länsimäen pysäkki sijaitsee Länsimäen terveysaseman parkkipaikalla, hyvin lähellä Mellunmäen metroasemaa (Helsingin Diakonissalaitos n.d.). Kulkuyhteydet Länsimäkeen ovat metroyhteyden ansiosta erittäin hyvät. On oletettavaa, että Länsimäen pysäkille hakeutuu paljon asiakkaita Itä-Helsingistä tai ehkä muualtakin metroradan varrelta. Länsimäessä ei ole kiinteitä terveysneuvontapisteitä, lähimmät sijaitsevat Itäkeskuksessa (kuvio 3).



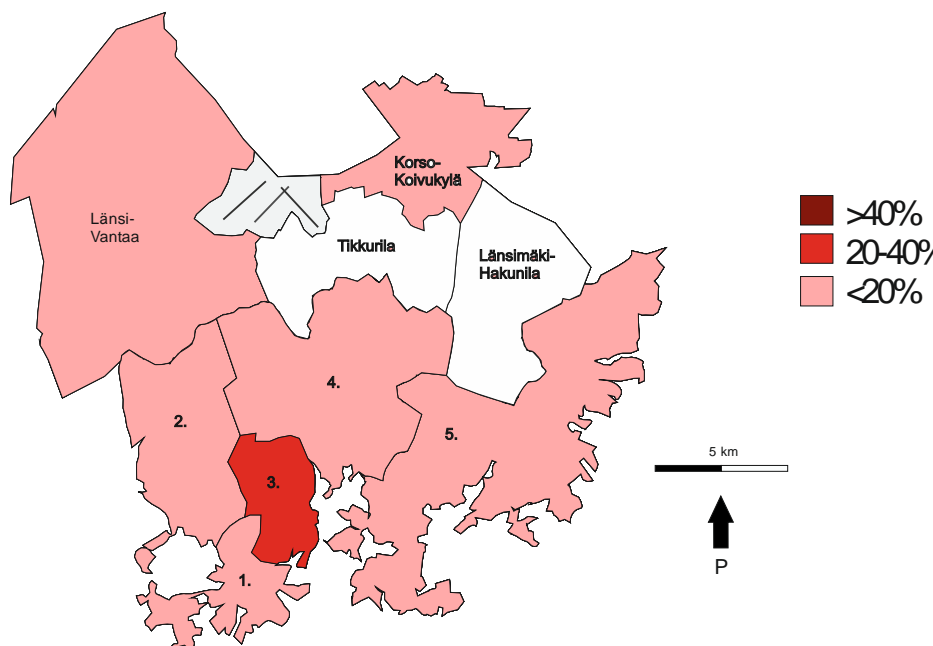
Kuvio 13. Länsimäen asiakkaiden asuinalueet. Helsingin alueet ovat 5. Itä-Helsinki, 4. Pohjois-Helsinki, 3. Keskinen Helsinki, 2. Länsi-Helsinki ja 1. Etelä-Helsinki (kartta tekijän, Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).

Länsimäen pysäkille hakeuduttiin lähialueilta, eli Itä-Helsingin ja Vantaan Hakunilan-Länsimäen alueilta (kuvio 13). Toisaalta Länsimäen pysäkille löydettiin laajasti myös kaikilta muiltakin Helsingin ja Vantaan alueilta. Länsimäen pysäkki on ainoa tarkemmin esitellyistä, joilla on käyntejä kaikilta Helsingin ja Vantaan alueilta. Länsimäen pysäkillä

käytiin vuonna 2012 347 kertaa, Länsimäki oli pysäkeistä vilkkain. Kävijöistä 67 prosenttia eli 232 oli miehiä ja 33 prosenttia eli 115 oli naisia. Länsimäessä kävijät olivat suunnilleen saman ikäisiä kuin koko alueella keskimäärin, kävijöiden syntymävuoden keskiarvo oli noin 1977 (kuvio 10). Länsimäessä pysähdyttiin vuonna 2012 torstaisin kello 18.30-20.30. Länsimäessä vastaanotettiin vuoden aikana 50 489 käytetyt pistosvälineet ja puhtaita välineitä annettiin 49 560. Vuoden 2012 aikana Länsimäessä tehtiin viisi HIV-pikatestiä ja niiden lisäksi oli kaksi muuta pidempää keskustelua. Hepatiittirokotuksia annettiin neljä ja haavanhoitoja tehtiin yksi. (Helsingin Diakonissalaitos 2012)

#### 7.4 Kaisaniemi

Kaisaniemen pysäkki sijaitsee Kaisaniemenrannassa, lähellä Pitkäasiantaa (Helsingin Diakonissalaitos n.d.). Pysäkki otettiin käyttöön vuonna 2011, eikä se välttämättä ole vielä vakiintunut palvelun käyttäjien mielessä. Kaisaniemen pysäkki on hyvin lähellä Helsingin ydinkeskustaa ja rautatieasemaa, joten kulkuyhteydet ovat periaatteessa hyvät. Kaisaniemen pysäkillä kävijät hakeutuivat melko tasaisesti Helsingin eri alueilta ja Länsi- ja Pohjois-Vantaalta. Vain Keskinen Helsinki on suhteessa enemmän edustettuna Kaisaniemen pysäkin kävijöissä (kuvio 14).



Kuvio 14. Kaisaniemen asiakkaiden asuinalueet. Helsingin alueet ovat 5. Itä-Helsinki, 4. Pohjois-Helsinki, 3. Keskinen Helsinki, 2. Länsi-Helsinki ja 1. Etelä-Helsinki (kartta tekijän, Helsingin Diakonissalaitos 2012 mukaan).

Toisaalta paikka on vähän syrjässä ja sinne joutuu kävelemään. A-klinikkasäätiön Vinkki Toisella linjalla sijaitsee suhteellisen lähellä Kaisaniemen pysäkkiä (kuvio 3). Voisi olettaa, että Kaisaniemen pysäkille hakeutuu asiakkaita junaradan varrelta, koska rautatieasema on niin lähellä pysäkkiä. Kaisaniemen pysäkillä käytiin vuonna 2012 85 kertaa. Kävijöistä miehiä oli 55 prosenttia eli 47, naisia 45 prosenttia eli 38. Kaisaniemessä kävijät olivat nuorempia kuin koko alueella keskimäärin, kävijöiden syntymävuoden keskiarvo oli noin 1980 (kuvio 10). Pistosvälineiden vaihtojen lisäksi Kaisaniemessä annettiin yksi hepatiittirokotus ja tehtiin neljä HIV-pikatestiä, joiden lisäksi käytiin kaksi pidempää keskustelua.

## **8 Työn toteutus**

### **8.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys**

Opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia minkälaisia liikkuvan terveysneuvontayksikön asiakkaat olivat vuonna 2012. Tarkoituksena oli luoda asiakasprofiili kaikista terveysneuvontayksikön kävijöistä ja jokaisen pysäkin asiakkaista erikseen. Tavoitteenani oli tutkia kävijöiden maantieteellistä jakautumista ja selvittää miltä alueilta asiakkaat pysäkeille hakeutuvat. Tavoitteenani oli selvittää onko Helsingin ja Vantaan alueilla tapahtunut kaupunginosien eriytymiskehitys eli segregatio havaittavissa liikkuvan terveysneuvontayksikön tilastomateriaalissa.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä määrällistä tutkimusta aineistosta, jota kerätään jatkuvasti, mutta josta ei ole juuri tehty tutkimuksia. Tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä, mikä vaikuttaa siihen, miten asiakkaat terveysneuvontayksikköön hakeutuvat ja mahdollisesti tietoa siitä, miten palvelua voisi parantaa. Suureen määrälliseen aineistoon perustavalle tutkimukselle ominaisesti tutkimus oli aineistolähtöinen, eli aineistosta nousevat seikat määrittivät tutkimuskysymyksen lopullista asettelua. Tutkimuskysymyksen rajaaminen ja tutkimuksen pitäminen hallittuna ja keskitettynä oli suuren aineiston kanssa työskennellessä ongelmallista. Tutkimuskysymystä joutui harkitsemaan useita kertoja ja tutkimuskysymyksen asettaminen niin, että aineistosta todella voisi löytää siihen vastauksen, vaati pohtimista. Opinnäytetyössä päädyttiin lopulta tarkastelemaan sitä onko liikkuvan terveysneuvontayksikön eri pysäkkien

kävijäprofiileissa eroja ja voiko pysäkkien kävijäprofiilien mahdollisia eroja selittää maantieteellisistä eroista johtuviksi. Maantieteellisillä eroilla tarkoitan lähinnä pysäkkien sijainneissa olevia eroja:, niiden saavutettavuutta ja sijoittumista sekä pääkaupunkiseudulla, että omalla pienalueellaan.

## 8.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen, eli määrällinen. Tutkimus analysoi ja vertaili määrällistä aineistoa, jossa vuoden aikana tapahtuneista 2038 käynnistä oli tallennettu erilaisia parametreja. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii kohteen kuvaamiseen määrien ja numeroiden kautta, ihmisiä koskevassa tutkimuksessa kyse on yleensä tilastoaineistosta. Kvantitatiivinen metodi sopii menetelmäksi kun tutkitaan suuria ihmisjoukkoja ja halutaan ymmärtää ilmiötä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeitä keinoja ovat luokittelu, syy- ja seuraussuhteiden löytäminen ja vertailu. (Holopainen – Pulkkinen 2001:9)

Opinnäytetyö tutkii liikkuvan terveysneuvontayksikön kävijöitä ja sitä mistä he palveluun hakeutuvat. Halusin tutkia kävijöiden hakeutumista palveluun nimenomaan maantieteellisesti ja tilastoanalyysin tekeminen oli siksi tarkoituksenmukainen tapa tehdä tutkimusta. Ennen tilastoanalyysin tekemistä perehdyin toimintaympäristöön liikkuvassa terveysneuvontayksikössä, jotta ymmärsin miten tilastoaineistoa kerätään ja mitä lainalaisuuksia kävijöistä on havaittavissa jo ennen tilastoanalyysiin ryhtymistä.

## 8.3 Aineiston kerääminen

Ajatus opinnäytetyön tekemiseen liikkuvan terveysneuvontayksikön tilastomateriaaliin pohjautuen tuli terveysneuvontayksikön pitkäaikaiselta työntekijältä. Tutustuttuani yksikön toimintaan ja kävijöiden tilastointiin, perehdyin aiheesta aikaisemmin tehtyyn tutkimukseen. Määrällistä tutkimusta ei yksikön tilastoaineistosta ole tehty alkuvuosien arviointien jälkeen, joten määrällisen tutkimuksen tekeminen tuntui hyvältä ajatukselta.

Keskusteltuani ideastani Helsingin Diakonissalaitoksen erityisasiantuntijan kanssa hioin tutkimusasetelmaani tarkemmaksi. Päädyin tekemään tutkimusta vuoden 2012 tilastoaineistosta, jotta tutkimus olisi ajankohtainen ja jotta sain aineiston määrän

rajattua hallittavaksi. Liikkuvan terveysneuvontayksikön tilastoista vastaava erityisasiantuntija toimitti minulle pyytämäni tilastoaineiston excel-tiedostona, jota sain analysoitua samaa ohjelmaa käyttäen.

#### 8.4 Aineiston analysointi

Analysoin numeromuodossa olleen aineiston Excel-taulukko-ohjelmaa käyttäen.

Analysoinnissa tuli kiinnittää erityistä huomiota siihen, mitä asioita aineistosta oli järkevää nostaa tarkasteluun. Taulukkolaskentaohjelmaa käyttämällä voi aineistosta tutkia mitä vaan, kunhan ymmärtää mitä on tekemässä. Halusin keskittyä opinnäytetyössäni myös tiedon kuvaamiseen visuaalisesti, jota varten laadin taulukkolaskentaohjelmassa diagrammeja ja piirsin karttoja, joilla voisin kuvata kävijöiden alueellista jakautumista.

Tein paljon ajatustyötä rajatakseni tutkimustani tarkoituksenmukaiseksi. Jätin pois tutkimuksestani esimerkiksi ajallisen aspektin vaikutuksen tutkimisen kävijämääriin, eli en vertailut olisiko aineistosta löydettävissä eroja kuukausi- tai viikonpäiväkohtaisissa kävijämäärissä. Ajallisen ulottuvuuden jätin pois rajatakseni ymmärrettävän ja kompaktin tutkimuskysymyksen. En myöskään tutkinut sitä, olisiko kävijöitä määrittävillä tekijöillä jonkinlainen korrelaatio toisiinsa, esimerkiksi olisivatko eri alueilta tulevat kävijät erilaisia iältään, eri sukupuolta tai saisivatko he erilaisia palveluja. Nämä kysymykset olisivat kiinnostavia jatkotutkimuksen aiheita.

Päädyin opinnäytetyötä tehdessäni myös ottamaan kirjalliseen työhöni mukaan tarkemmat analyysit vain neljästä pysäkistä. Tutkittuani kaikkien pysäkkien aineiston tulin siihen lopputulokseen, että kaikkien kahdentoista pysäkin esittely ei auttaisi lukijaa hahmottamaan kokonaisuutta yhtään paremmin, vaan saattaisi jopa vaikeuttaa asian ytimen ymmärtämistä. Valitsin tarkasteltaviksi pysäkeiksi nimenomaan Länsimäen, Jakomäen, Kaisaniemen ja Huopalahden siksi, että ne edustavat maantieteellisesti aluetta hyvin. Kaikissa on myös omat erityispiirteensä: Länsimäki oli pysäkeistä kävijämäärältään suosituin, Kaisaniemi uusi pysäkki, Huopalahti monilta tarkastelluilla mittareilla keskimääräinen ja Jakomäki asiakaskohtaisilta vaihtomääriltään suurin.

## 8.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Ennen kuin pääsin perehtymään tilastoaineistoon tein hakemuksen Helsingin Diakonissalaitoksen eettiselle toimikunnalle, joka puolsi tutkimuksen tekemistä. HDL:n päihde- ja mielenterveystyön palvelualueen johtaja antoi minulle eettisen toimikunnan puollon perusteella tutkimusluvan (ks. liite 1). Koska tutkimukseni perustui aineistoon, jossa yksittäiset asiakkaat esiintyvät nimimerkeillä, ei tutkimukseni vaarantanut asiakkaiden intymiteettisuoja. Aineistossa yksittäisen asiakkaan tiedot eivät tule yksilöidyksi mitenkään, vaan tutkimuksessa käsitellään koko ajan laajoja ryhmiä.

Tutkimuksen luotettavuuteen huomasin monen asian vaikuttavan. Aineiston luotettavuuden voi kyseenalaistaa monessa vaiheessa lähtien siitä, että asiakas ei välttämättä kerro oikeita tietoja itsestään asioidessaan terveysneuvontayksikössä. Toinen epäluotettavuutta aiheuttava kohta on työntekijän kirjatessa asiakkaan antamat tiedot paperille ja kolmas työntekijän kirjatessa tiedot paperilta asiakastietojärjestelmään. Aineiston käsittely taulukkolaskentaohjelmalla sisältää myös aina virheen tekemisen mahdollisuuden. Työntekijöiden tavat tilastoida käynnit asiakastietojärjestelmään aiheuttivat aineistoon pientä epätarkkuutta. Eri työntekijöillä on esimerkiksi erilaisia tapoja merkitä asiat ja välillä aineistossa oli merkittyjä käyntejä ilman niihin liittyviä muita tietoja. Oletan, että näiden käyntien kohdalla työntekijä oli unohtanut tehdä tietojen tallentamisen loppuun. Näiden epätarkkuuksien takia kävin käytännössä käynnit läpi yksi kerrallaan lopuksi, jotta sain tarkastettua, että tiedot täsmäävät. Mikäli en olisi tutustunut liikkuvassa terveysneuvontayksikössä tehtävään työhön, asiakastietojen keräämiseen ja tallentamiseen, en olisi saanut tulkittua tilastoa luotettavasti.

Päädyin tutkimuksessani analysoimaan kaikki vuoden 2012 käynnit, enkä vain vuoden 2012 aikana käyneitä erillisiä kävijöitä. Ajattelen, että terveysneuvontayksikössä tapahtuva todellinen asiakasmäärä ja asiakkaiden virrat tulevat paremmin ilmi, kun tutkitaan käyntejä. koska erilliset kävijät käyttävät yksikköä hyvin eri tavoin, joku kerran ja toinen kymmeniä kertoja vuoden aikana, saattaa valitsemani tapa vääristää totuutta hieman. Se, miten tulokset voivat vääristyä riippuu siitä, minkälaiset asiakkaat käyvät yksikössä paljon ja minkälaiset vähän. Kuitenkin tutkimuksen tekeminen erillisistä kävijöistä huomioimatta käyntimääriä vääristäisi totuutta mielestäni enemmän. Asian selvittäminen lisää vaatisi lisätutkimuksia. Havainnollistaessani tuloksiani kartoitin, jouduin tutkimaan tarkasti minkälaiden aluejakojen mukaan asiakkaiden asuinalueet

tilastoidaan. Oletan, että työntekijät terveysneuvontayksikössä eivät aina ole täysin perillä siitä mille alueelle kukin asiakas tulisi tilastoida ja jouduin tulkitsemaan aineistoa yksityiskohtaisesti, jotta sain tuloksen vastaamaan todellisuutta. Esimerkiksi Hakunilan ja Länsimäen alueiden rajat olivat niin epäselvät, että päädyin yhdistämään alueet tutkimuksessani yhdeksi.

## 9 Tutkimustulokset

Opinnäytetyössä tutkin onko liikkuvan terveysneuvontayksikön eri pysäkkien kävijäprofiileissa eroja ja voiko pysäkkien kävijäprofiilien mahdollisia eroja selittää maantieteellisistä eroista johtuviksi. Löysin eroja pysäkkien kävijöissä monella erilaisella tasolla.

Kuten oletettavaa oli, oli pysäkkien kävijämäärissä suuria eroja. Olin kiinnostunut siitä, mistä nämä erot johtuivat. Tulkitsin, että kävijämääriin vaikuttivat ainakin pysäkin liikenneyhteydet ja alueen palvelutarjonta, se kuinka kauan pysäkki oli ollut toiminnassa ja mahdollisesti myös alueen sosioekonominen asema. Vantaan pysäkit, Kontulan, Vuosaaren ja Huopalahden pysäkit olivat vilkkaimpia. Näiden osalta on nähtävissä, että pysäkkien lähellä ei ole kiinteitä terveysneuvontapisteitä, tosin Vuosaari ja Kontula eivät ole kaukana Itäkeskuksen kahdestakin kiinteästä terveysneuvontapisteestä. Kaikille näille pysäkeille pääsee junalla tai metrolla, minkä katson olevan tärkeä tekijä pysäkin saavutettavuuden kannalta. Kaikki suosituimmat pysäkit ovat olleet käytössä jo pidempään, minkä voi olettaa helpottavan asiakkaiden löytämistä pysäkille. Toisaalta tämä on kehäpäätelmä, sillä suosittu pysäkki on ollut pitkään olemassa juuri suosittuutensa vuoksi.

Hypoteesini oli, että Itä-Helsingistä ja Itä-Vantaalta tulevia kävijöitä olisi enemmän kuin muilta alueilta. Tutkimuksen mukaan näin olikin, mikä voi johtua alueiden korkeammasta vuokra-asuntomäärästä ja matalammasta vuokratasosta. Olisi kiinnostavaa saada selville tarkemmin minkälaisia vaikutuksia alueiden sosioekonomisilla eroilla on palveluihin hakeutumiseen. On kuitenkin huomionarvoista, että tämä ei tarkoita sitä, että kaikki Itä-Helsingin pysäkit olisivat suosittuja. Itä-Helsingin alueelta tulee suurin osa asiakkaista, mutta pysäkin käyttöasteeseen vaikuttavat enemmän pysäkin sijainti pienympäristössään, eli käytännössä pääseekö pysäkille helposti metrolla tai junalla.

Tutkimukseni mukaan asiakkaiden ikäjakauma ja sukupuoli jakauma olivat eri pysäkeillä niin samanlaiset, ettei niistä voi vetää johtopäätöksiä. Olisi kiinnostavaa päästä tutkimaan asiaa tarkemmin, esimerkiksi hakeutuuko tietyltä alueelta enemmän nais- tai miesasiakkaita tai onko eri ikäryhmissä tasaisesti miehiä ja naisia.

Tutkimuksessani en löytänyt käyntien syistä juurikaan eroavaisuuksia eri pysäkeillä. Oletan, että joillekin pysäkeille ehkä hakeutuu helpommin asiakkaita, jotka tulevat esimerkiksi vain HIV-pikatestiin. Omasta aineistostani en kuitenkaan löytänyt viitteitä siihen. Mahdollisesti suurempi aineisto voisi paljastaa lisää eroja pysäkkien välillä. Pistosvälineiden vaihtojen määrissä oli pysäkkikohtaisesti jonkin verran eroja. Pienimmät annettujen ja palautettujen pistosvälineiden määrät olivat Itäkeskuksessa ja suurimmat Jakomäessä. Näistä tuloksista voi päätellä sen, että suurimpien vaihtojen pysäkeillä käyvät aktiivisimmat eli usein huono-osaisimmat huumeidenkäyttäjät ja pienien vaihtomäärien pysäkeillä satunnaiskäyttäjät ja ohikulkijat. Nämä tulokset olivat erittäin mielenkiintoisia ja vaatisivat jatkotutkimuksia. Jakomäen lisäksi Kannelmäessä, Länsimäessä ja Vuosaarella annettujen neulojen ja ruiskujen suhde asiakasmääriin oli keskiarvoa suurempi.

Sekä kiireisiä pysäkkejä, asiakkaiden asuinalueita, että vaihdettujen pistosvälineiden määriä tarkasteltaessa myös Länsi-Helsingin alue Kannelmäen ja Huopalahden pysäkki nousevat esiin aktiivisina. Vaikka Itä-Helsingissä sekä oletusten, että tutkimukseni mukaan on paljon asiakkaita, ei se tarkoita sitä, että Länsi-Helsingissä ei olisi.

Tutkimukseni mukaan liikkuvaan terveysneuvontayksikköön hakeutuu asiakkaita yli kahdestakymmenestä kunnasta ympäri Suomen. Kiinnostavaa on, että pysäkeistä ulkopaikkakuntalaisia käy moninkertaisesti eniten Koivukylän pysäkillä. Koivukylässä terveysneuvonta-auto pysähtyy aseman lähellä ja Koivukylä on terveysneuvontayksikön pohjoisin pysähtymispaikka radan varrella. Koivukylään hakeutuukin huomattava määrä asiakkaita radan varresta muualta Uudeltamaalta, kuten Keravalta, Järvenpäästä ja Riihimäeltä.

Tutkimustulokseni liittyvät myös siihen miten tietojen tilastointia voisi parantaa. Tutkimukseni mukaan asiakkaan sukupuoli oli ainoa asiakkaasta tilastoitava tieto, joka oli merkitty jokaiseen käyntiin. Rokotusten ja HIV-pikatestien merkitsemisessä oli



kahdenlaista käytäntöä, joka käytännössä tarkoitti sitä, että jouduin tutkimaan nämä tiedot kahteen kertaan ja yhdistämään käsin tiedot, jotta sain oikeellisen tuloksen. Jonkin verran pistosvälineiden vaihtoja oli tilastoimatta, mikä on ymmärrettävää kun miettii miten paljon käyntejä vuosittain asiakastietojärjestelmään tallennetaan. Asiakkaiden asuinpaikkojen tilastoinnissa oli myös kirjavuutta, asiakas oli esimerkiksi ilmoittanut asuinpaikakseen eri kunnan eri käyntikerroilla. Pysin ottamaan tutkimuksessani huomioon kaikki ilmoitetut asuinkunnat, sillä liikkuva elämäntapa ja muiden nurkissa ja ”luukuissa” oleskelu ei ole harvinaista huumeidenkäyttäjien keskuudessa.

## 10 Johtopäätökset

Tutkimukseni tulokset osoittavat, että liikkuvan terveysneuvontayksikön pysäkkien kävijäprofiilien välillä on eroja ja näille eroille on löydettävissä syitä. Liikkuvan terveysneuvontayksikön tavoitteena on viedä palveluita sinne, missä niitä ei ole saatavilla ja tämän tavoitteen yksikön toiminta täyttää hyvin. Voisi kuitenkin miettiä miten pysyvää liikkuvan yksikön toiminnan tulisi olla? Missä vaiheessa liikkuvalla yksiköllä on niin paljon asiakkaita tietyssä paikassa, että kiinteän terveysneuvontapisteen perustaminen olisi järkevää? Nämä kysymykset heräävät erityisesti Länsi-Helsingin aluetta ja Huopalahden pysäkkiä tarkastellessa. Tutkimukseni jälkeen arvioisin myös, että anonyymejä HIV-testejä tulisi olla saatavilla kaikilla terveysasemilla. On kohtuutonta olla toisaalta sitä mieltä, että HIV-tartunnat tulisi löytää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja toisaalta tehdä anonyymiin HIV-testiin pääseminen ihmisille tarpeettoman vaikeaksi.

Tutkimuksessani löysin hiljaisia pysäkkejä, joiden kohdalla tulisi miettiä miten kauan voi odottaa, että asiakkaat löytävät pysäkin. Myös pysäkkien pienympäristöä tulisi tarkastella kriittisesti. Onko paikoissa jokin piirre, joka estää asiakkaita käymästä pysäkillä. Onko pysäkillä vaikea päästä julkisilla kulkuvälineillä tai pitkä kävelymatka? Liikkuvan terveysneuvontayksikön tulisi keskittyä ydintehtäväänsä eli siihen, että se vie palvelut lähelle asiakasta ja sinne missä niitä ei muuten ole. Näen, että vakiintuneiden pysäkkien lähistölle tulisi perustaa kiinteitä terveysneuvontapisteitä ja autolla operoivan liikkuvan yksikön tulisi etsiä paikkoja, joissa palveluille olisi tarvetta. Talon tai korttelien

kokoiset huono-osaisuuden taskut tulisi löytää ja palveluja viedä kaikkiin niihin paikkoihin, missä joku niitä tarvitsee.

Syitä pysäkkien erilaisille asiakasmäärille ovat saavutettavuus, muut vastaavat palvelut lähialueilla ja kaupunginosien erilainen sosioekonominen asema. Tutkimukseni osoittaa, että tulisi tehdä lisää tutkimusta siitä kasautuuko huumeiden käyttö Helsingissä ja Vantaalla tietyille alueilla ja jos niin on, niin mitä kehityksen pysäyttämiseksi olisi tehtävissä. Huono-osaisuuden kasautuminen tiettyihin kaupunginosiin ei ole kenenkään etu, eikä kehityksen tulisi antaa jatkua.

## 11 Pohdinta

Opinnäytetyöni oli kiinnostava, mukaansa tempaava, palkitseva ja työläs projekti. Työn tekeminen oli kokeilua ja harjoittelua: tein paljon sellaista työtä, joka ei lopulta päässyt mukaan tutkimukseeni. Työtä tehdessäni kohtasin ongelmia tilastoaineiston luotettavuuden ja käsittelyn kanssa ja opin tarkistamaan numerot kerta toisensa jälkeen. Oli kiinnostavaa tutkia tilastoja sellaisesta aiheesta, josta tietää jo paljon. Työtä tehdessäni tiesin, ettei kyse ole vain numeroista, vaan jokaisen luvun takana on oikea asiakas tai oikea tapahtuma. Olen itsekin ollut kirjaamassa asiakastietoja tilastoon ja osasin käyttää välillä salapoliisin keinoja, jotta sain tietää mistä epämääräisessä tilastomerkinäössä oli kysymys. Ajoittain työn rajojen pitäminen mielessä oli vaikeaa. Aineistosta nousi kiinnostavia juonteita ja minun oli vaikeaa keskittyä varsinaiseen tutkimusongelmaani. Tutkimuksen tekeminen sai minut kiinnostumaan aiheestani yhä enemmän. Aihe oli työelämälähtöinen ja motivoiva.

Tutkimuksen tekeminen herätti minussa paljon jatkokysymyksiä. On yleisesti tunnettu asia, että huumeidenkäyttäjät monien muiden erityisryhmien tavoin hakeutuvat asumaan pääkaupunkiseudulle. On kiinnostavaa miettiä, onko keskittymisen syynä tarjolla olevat palvelut tai lähtöpaikan palveluiden puute vai ajatus siitä, että pääkaupunkiseudulla olisi helpompaa sopeutua? Tämän kokonaisuuden selvittely olisi mielestäni erittäin ajankohtaista niin huumeidenkäyttäjiin kuin moniin muihinkin ryhmiin liittyen.

Pohdin myös minkälaisia palveluita huumeidenkäyttäjille on saatavilla niissä kunnissa, joista huumeidenkäyttäjät hakeutuvat asioimaan liikkuvassa terveysneuvontayksikössä.

Onko näissä kunnissa saatavilla minkäänlaista terveysneuvontaa? Puhtaita neuloja ja ruiskuja, anonyymien palvelun mahdollisuutta, HIV-testejä? Onko ajatus anonyymistä palvelusta edes mahdollinen pienemmällä paikkakunnalla? Miten ongelman voisi ratkaista, voisiko pienemmällä paikkakunnalla olla oma liikkuva yksikkönsä, joka voisi taata anonyymien palvelun?

Kaiken kaikkiaan liikkuva terveysneuvontayksikkö on erittäin toimiva malli, jota voi suositella monille muillekin Suomen kunnille. Toivon, että terveysneuvontayksiköiden toimintaan panostettaisiin nyt ja jatkossa, jotta kaikki huumeidenkäyttäjät saataisiin asioimaan jossain palvelussa. Inhimillinen kohtaaminen, elämänhallinnan ja arjen tukeminen, tartuntatautien, infektioiden ja ympäristöhaittojen ehkäisy on kaikkien etu.

## Lähteet

A-klinikkasäätiö, Helsingin Vinkki. 2012. Verkkodokumentti. Luettu: 20.9.2013 <<http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/toimipisteet/helsinki>>

Helsingin Diakonissalaitos, n.d. Terveysneuvontapalvelut suonensisäisesti huumeita käyttäville. Verkkodokumentti. Luettu 24.10.2013.  
<<https://www.hdl.fi/fi/palvelut/paihdeyto/liikkuva-terveysneuvontayksikko>>

Helsingin Diakonissalaitos, 2012. Liikkuvan terveysneuvontayksikön käyttilasto vuodelta 2012.

Helsingin kaupungin tietokeskus, 2012. Helsingin tila ja kehitys 2012. PDF-dokumentti. Luettu 20.10.2013  
<[http://www.hel.fi/hel2/ajankohtaista/strategiaseminaari/Helsingin\\_tila\\_ja\\_kehitys\\_2012.pdf](http://www.hel.fi/hel2/ajankohtaista/strategiaseminaari/Helsingin_tila_ja_kehitys_2012.pdf)>

Helsingin kaupungin tietokeskus, 2011. Helsinki alueittain 2011. PDF-tiedosto. Luettu 17.10.2013.<[http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/11\\_03\\_30\\_Tilasto\\_hki\\_alueittain\\_2011\\_Tikkanen.pdf](http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/11_03_30_Tilasto_hki_alueittain_2011_Tikkanen.pdf)>

Holopainen – Pulkkinen: Tilastolliset menetelmät – Perusteet, 2001. WSOY, Tummavuoren Kirjapaino Oy, Vantaa.

Holopainen, Antti: Päihdeongelma ja sosiaalinen syrjäytyminen, 2003. s. 263-272. Teoksessa Teoksessa Salaspuro – Kiianmaa – Seppä: Päihdelääketiede, Kustannus oy Duodecim, Gummerus Kirjapaino oy, Jyväskylä.

Hämäläinen – Kurki: Sosiaalipedagogiikka, 1997. Werner Söderström Osakeyhtiö. WSOY – kirjapainoyksikkö, Porvoo.

Kaukonen, Olavi: Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos, 2002. s.137-166. Teoksessa Kaukonen – Hakkarainen: Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa, Gaudeamus Kirja, Yliopistopaino, Helsinki.

Korell, Sanna: Sosiaalipedagoginen orientaatio ja sosiaalipedagogiset työmenetelmät osana Marjalinna-yhteisön päihdekuntoutusta, 2008. Luettu 19.2.2013  
<[http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/532/2008\\_samk\\_sote\\_korell\\_sanna.pdf?sequence=1](http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/532/2008_samk_sote_korell_sanna.pdf?sequence=1)>

Kortteinen, Matti – Vaattovaara, Mari: Kohti käännettä kaupunkipolitiikassa?, 2003. s.331-359. Teoksessa Haapala, Johanna (toim.): Sosiaalinen politiikka, WSOY, WS Bookwell Oy, Juva.

Kotovirta – Tammi: Huumeiden käytön aiheuttamien haittojen vähentäminen ja ehkäisy, 2012. s. 153-162. Teoksessa Seppä – Aalto – Alho – Kiianmaa (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet, Kustannus Oy Duodecim, Saarijärven Offset Oy, Saarijärvi.

Metso — Winter — Hakkarainen: Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet - Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992-2010, 2012. Juvenes Print, Tampereen yliopistopaino.

Murto, Lasse: Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä, 2002. s. 167-192. Teoksessa Kaukonen – Hakkarainen: Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa, Gaudeamus Kirja, Yliopistopaino, Helsinki.

Partanen, Juha: Huumeet maailmalla ja Suomessa, 2002. s.13-37. Teoksessa Kaukonen – Hakkarainen: Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa, Gaudeamus Kirja, Yliopistopaino, Helsinki.

Project Renewal Outreach, n.d., verkkodokumentti. Luettu 15.5.2013.  
< <http://projectrenewal.org/outreach.html>>

Saarto, Ari: Huumeet suomalaisessa yhteiskunnassa, 2003. s.69-75. Teoksessa Salaspuro – Kiiänmaa – Seppä: Päihdelääketiede, Kustannus oy Duodecim, Gummerus Kirjapaino oy, Jyväskylä.

Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa: Huumeiden ja lääkkeiden käyttö sosiaalisena ja kansanterveydellisenä ongelmana, 2012. s. 7-13. Teoksessa Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet, Kustannus Oy Duodecim, Saarijärven Offset Oy, Saarijärvi.

Soikkeli, Markku: Huumepolitiikka, 2001. s. 9-47. Teoksessa Piisi, Ritva: Huumetyö, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tammer-Paino oy, Tampere.

Stoicescu, Claudia: The global state of harm reduction – Towards an integrated response 2012 (Harm reduction international, London). PDF-tiedosto. Luettu 13.8.2013  
<[http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012\\_Web.pdf](http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf)>

Tammi – Pitkänen – Perälä: Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. 2011. PDF-dokumentti. Luettu 25.10.2013.  
< <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100970/tammi.pdf?sequence=1>>

Tammi, Tuukka: Onko Suomen huumepolitiikka muuttunut?, 2002. s.252-271. Teoksessa Kaukonen – Hakkarainen: Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa, Gaudeamus Kirja, Yliopistopaino, Helsinki.

THL: Yhdyskuntasuunnittelu, n.d. Verkkodokumentti. Luettu 22.10.2013,  
< [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi/yhdyskuntasuunnittelu](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi/yhdyskuntasuunnittelu)>

Törmä, Sinikka: Palvelut liikkeelle – Liikkuvan terveysneuvontayksikön toiminnan ulkoinen arviointi. 2005, Sosiaalikehitys Oy. Painotalo Keili.

Törmä, Sinikka: Huumeiden käyttäjien tavoittaminen liikkuvan terveysneuvonta-auton avulla, 2006. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006:43, s. 207-217.

Törmä, Sinikka: Matala kynnyks, pelkkä retorinen lupaus?, 2009, PDF-tiedosto, luettu 13.5.2013. < [http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0209/2\\_2009\\_pv\\_torma.pdf](http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0209/2_2009_pv_torma.pdf)>

Vantaan väestö kaupunginosittain ja suuralueittain, 2012. PDF-tiedosto. Luettu 24.10.2013.  
<[http://www.vantaa.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawww/structure/77171\\_Vantaan\\_vaestokartta\\_2012.pdf](http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawww/structure/77171_Vantaan_vaestokartta_2012.pdf)>

Varjonen – Tanhua – Forsell – Perälä: Huumetilanne Suomessa 2012, Raportti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2012.

Tutkimuslupa Helsingin Diakonissalaitos



PALVELUALUEEN JOHTAJAN LUPA OPINNÄYTETYÖN TEKEMISEEN

Eettinen toimikunta on kokouksessaan 19.9.2013 antanut myöntävän lausunnon seuraavasta opinnäytetyöstä.

Liikkuvan terveysneuvonta-auron tilastot

Opinnäytetyön tekijä  
Suvi Helle

Annahan luvan yllä mainitun opinnäytetyön tekemiseen Helsingin Diakonissalaitoksen Päihde- ja mielenterveystyön palvelualueella.

Helsinki 23 / 9 2013

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Pekka Tuomola", is written over a horizontal line.

Pekka Tuomola  
päihde- ja mielenterveystyön johtaja

## Kartta

