

Natalia Skogberg
Katri-Leena Mustonen
Päivikki Koponen
Paula Tiittala
Eero Lilja
Awa Ahmed Haji Omar
Olli Snellman
Anu E Castaneda (toim.)

Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi

Tutkimus Suomeen vuonna 2018
tulleista turvapaikanhakijoista

RAPORTTI



Natalia Skogberg
Katri-Leena Mustonen
Päivikki Koponen
Paula Tiittala
Eero Lilja
Awa Ahmed Haji Omar
Olli Snellman
Anu E Castaneda (toim.)

Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi

Tutkimus Suomeen vuonna 2018
tulleista turvapaikanhakijoista



© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: PunaMusta Oy

Kannen kuva: Kuvatoimisto Rodeo

ISBN 978-952-343-350-2

ISSN 1798-0070

ISBN 978-952-343-351-9 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

PunaMusta Oy

Helsinki 2019

Esipuhe

Suurin osa maailman pakolaisista oleskelee alueilla, joilla konfliktit ja köyhyys ovat yleisiä. Kansainväliset sopimukset sekä EU:n yhteistä eurooppalaista turvapaikka-järjestelmää koskevat säädökset velvoittavat Suomea ja muita EU-maita ottamaan vastaan turvapaikkahakemuksia ja antamaan kansainvälistä suojelua sitä tarvitseville. Ajankohtaisessa keskustelussa turvapaikanhakijoiden avun ja turvan tarpeisiin liittyy paljon erilaisia näkemyksiä ja oletuksia, jotka voivat perustua myös virheelliseen tietoon.

Turvapaikanhakija on henkilö, joka hakee kansainvälistä suojelua, koska on joutunut vainotuksi esimerkiksi etnisen alkuperänsä, uskontonsa, kansallisuutensa, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisensa tai poliittisen mielipiteensä johdosta, tai hän joutuisi muuhun vaaraan kotimaassaan tai pysyvässä asuinmaassaan. Turvapaikanhakijan asema ja oikeudet poikkeavat siis esimerkiksi kiintiöpakolaisista, joiden suojelun tarve ja muut oleskelun edellytykset selvitetään jo ennen heidän tuloaan Suomeen.

Suomeen tullessaan turvapaikanhakija odottaa hakemuksensa käsittelyä vastaanottokeskuksessa tai yksityismajoituksessa. Lisäksi maassamme on erillisiä yksiköitä ilman huoltajaa tulleeille lapsille. Terveyspalvelujen osalta aikuisten turvapaikanhakijoiden oikeudet on rajattu kiireelliseen ja välttämättömään hoitoon, mutta alaikäiset ovat oikeutettuja terveydenhuoltoon samoin perustein kuin kunnan asukkaat. Sekä aikuiset että lapset ovat oikeutettuja välttämättömiin sosiaalihuollon palveluihin.

Turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastuksen valtakunnallisessa kehittämissankkeessa (TERTTU) luodaan yhtenäinen toimintamalli turvapaikanhakijoiden terveyden, hyvinvoinnin ja palvelutarpeiden kartoittamiseksi. Tässä raportissa kuvattavassa tutkimuksessa on kerätty tietoa turvapaikanhakijoiden terveydestä, hyvinvoinnista ja palvelutarpeista. Tutkimustiedon pohjalta luotavan toimintamallin tavoitteena on mahdollistaa välttämättömät palvelut ja luoda perusedellytyksiä varhaiselle kotoutumiselle sellaisille turvapaikanhakijoille, jotka saavat myönteisen päätöksen. Yhdenvertaisuus palvelutarpeiden kartoittamiseksi on tärkeää myös myöhemmin kielteisen päätöksen saaville, jotta kaikkien ihmisoikeudet turvataan. On myös tärkeää varmistaa, etteivät terveyteen liittyvät ajankohtaiset uhat ole este paluulle. Se, että ihmisoikeuksien katsotaan kuuluvan yhtäläisesti jokaiselle ihmiselle, ei ole kansainvälisistä sopimuksista huolimatta vielääkään itsestäänselvyys. Tämä on kuitenkin olennaista rauhan turvaamiseksi, sekä meillä Suomessa, että kansainvälisesti. Oikeus elämään on ihmisoikeuksista perustavin. Sen toteutuminen edellyttää toimenpiteitä, joilla luodaan suojajärjestelmät väkivaltaa vastaan. Lisäksi on tärkeää rakentaa toimiva terveydenhuoltojärjestelmä, joka huomioi turvapaikanhakijoiden erityistarpeet kaikissa palveluissa, joihin heitä tarvittaessa ohjataan.

Kesäkuussa 2019

Markku Tervahauta, pääjohtaja, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Toimittajakunnan kiitokset

Tässä raportissa julkistettavat tiedot ovat laajan yhteistyön tulos. Kiitämme yhteistyöstä Maahanmuuttoviraston ja vastaanottokeskusten henkilökuntaa, tutkimukseen osallistuneita turvapaikanhakijoita, tutkimuksemme kenttähenkilöstöä, sekä tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin osallistunutta laajaa asiantuntijajoukkoa heidän arvokkaasta panoksestaan.

Tiivistelmä

Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen, Paula Tiittala, Eero Lilja, Awa Ahmed Haji Omar, Olli Snellman, Anu E Castaneda (toim). Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi. Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 12/2019, 412 sivua. Helsinki 2019. ISBN 978-952-343-350-2 (painettu); ISBN 978-952-343-351-9 (verkkopainettu)

Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus (TERTTU) oli toistaiseksi laajin turvapaikanhakijoita koskeva väestötutkimus sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla. Sen tavoitteena oli tuottaa kattavaa tietoa vuoden 2018 aikana turvapaikkaa hakeneiden aikuisten ja alaikäisten terveyden ja hyvinvoinnin tilasta, terveyden riskitekijöistä sekä palvelutarpeista Suomessa. Tutkimukseen kutsuttiin kaikki tutkimusjakson aikana Suomeen tulleet ja tutkimuksen otantakriteerit täyttäneet turvapaikanhakijat. Osallistumisaktiivisuus otoksesta oli 76 %. Tavoitetuista henkilöistä 82 % osallistui tutkimukseen, 12 % kieltäytyi osallistumasta ja 6 % jäi tutkimatta aineistonkeruuvaiheen päättyessä. Aikuisten osallistumisaktiivisuus oli 79 % ja perheensä kanssa tulleiden alaikäisten 78 %, mutta ilman huoltajaa tulleiden alaikäisten vain 26 %. Tiedot kerättiin henkilökohtaisin haastatteluin ja terveystarkastuksin, joita toteuttivat THL:n kenttätöntekijät joko tutkittavan omalla äidinkielellä tai tulkkiavusteisesti. Alle 13-vuotiaiden osalta vastasi huoltaja. Tutkimustiedot kerättiin pääosin vastaanottokeskuksissa Helsingissä, Turussa, Joutsenossa ja Oulussa. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Maahanmuuttoviraston vastaanottoyksikön kanssa Turvapaikka-, maahanmuutto- ja kotouttamisrahaston (EUSA/AMIF) tukemana.

Aikuiset: Aikuisia osallistujia oli yhteensä 784. Heistä kolmasosa koki terveytensä keskitasoiseksi tai huonoksi ja 42 %:lla oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Yleisimmät raportoidut lääkärin aikaisemmin toteamat pitkäaikaiset somaattiset sairaudet olivat verenkiertoelinsairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sekä hengityselinsairaudet. Tutkimusmittauksissa 5 %:lla verenpaine oli koholla ja muutamilla tutkituilla oli selvästi hoitamaton verenpainetauti. Tutkituista 19 % oli tutkimusmittausten perusteella lihavia. Lähes puolella oli jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma. Päänsärkyä ja selkäkipuja oli ollut neljäsosalla vähintään useita kertoja viikossa. Suuhun ja hampaisiin liittyvät ongelmat olivat myös yleisiä. Selvä enemmistö (83 %) kertoi kokeneensa vähintään yhden järkyttävän tapahtuman, esimerkiksi joutunut väkivallan kohteeksi, joko entisessä kotimaassaan tai turvapaikanhakumatkan aikana. Merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita oli 40 %:lla. Valtaosa aikuisista arvioi suoriutuvansa vaikeuksista liikkumiskykyä vaativista toiminnoista, mutta joka neljäs koki vaikeuksia keskittyä ja muistaa asioita. Enemmistö tutkituista (85 %) ei raportoinut lainkaan alkoholin käyttöä ja runsasta alkoholin käyttöä raportoitiin vain harvoin. Tupakointi oli miehillä varsin yleistä (37 %). Naisten terveys ja hyvinvointi oli miehiin verrattuna keskimäärin heikompi. Naisilla oli usein seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä ongelmia tai vaikeuksia. Joka kymmenes naisista oli raskaana Suomeen tullessaan. Useilla terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueilla Lähi-idästä ja Afrikasta tulleiden tilanne oli heikompi kuin muilta alueilta tulleilla.

Nuoret (13–17-vuotiaat): Tutkimukseen osallistui yhteensä 67 nuorta turvapaikanhakijaa. Alle viidesosa heistä koki terveytensä keskitasoiseksi tai huonoksi. Hieman yli neljäsosa ilmoitti, että heillä oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Nuorista joka viides raportoi jonkinlaisia allergiaoireita, 17 % kertoi kärsineensä päänsärystä ja lähes neljännes ruokahaluttomuudesta. Yli kolmanneksella nuorista oli univaikeuksia. Nuorista noin neljäsosa oli ylipainoisia tai lihavia. Suuhun ja hampaisiin liittyvät ongelmat olivat myös yleisiä ja noin joka kymmenes nuori raportoi, ettei ollut käynyt koskaan hammaslääkärissä. Jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma oli 14 %:lla nuorista. Nuorilla oli harvoin muita toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia, mutta 17 % raportoi näkemiseen, 18 % muistamiseen ja 16 % keskittymiseen liittyviä vaikeuksia. Nuorista kolmannes raportoi merkittäviä psykososiaalisia oireita. Kaverisuhteiden ongelmia oli puolella, tunne-elämän oireita 43 %:lla ja käytösoireita neljänneksellä. Jonkin järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa oli kokenut 87 %. Tupakointi sekä alkoholin ja muiden päihteiden käyttö olivat nuorilla hyvin harvinaisia, mutta joillakin heistä oli kuitenkin terveyden kannalta riskialtista alkoholin käyttöä.

Alakouluikäiset lapset (7–12-vuotiaat): Tutkimukseen osallistui yhteensä 96 alakouluikäistä lasta. Heistä alle viidesosan huoltaja arvioi lapsen terveyden keskitasoiseksi tai huonoksi. Noin neljäsosalla lapsista oli huoltajan ilmoittamana jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma, ja allergiaa oli joka viidennellä. Päänsärkyä, ruokahaluttomuutta, virtsaamiseen liittyviä vaivoja tai jotain vatsavaivoja vähintään muutaman kerran viikossa oli 10–15 %:lla. Yli joka neljännellä oli ollut hampaisiin tai suuhun liittyvää särkyä viimeksi kuluneen kuukauden aikana ja lähes viidesosa ei ollut käynyt koskaan hammaslääkärissä. Noin joka neljännellä oli ollut ainakin joskus univaikeuksia. Huoltaja raportoi jonkin tapaturman tai väkivallan aiheuttaman vamman 10 %:lla. Noin joka neljäs oli ylipainoinen tai lihava. Alakouluikäisillä oli harvoin muita toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia, mutta 17 %:lla huoltaja raportoi olevan näkemiseen, 7 %:lla muistamiseen ja 10 %:lla keskittymiseen liittyviä vaikeuksia. Viidenneksellä todettiin huoltajan raportoimana psykososiaalisia ongelmia. Tunne-elämän oireita ja kaverisuhteiden ongelmia oli noin neljänneksellä. Jokin järkyttävä tapahtuma raportoitiin 73 %:n osalta.

Alle kouluikäiset lapset (0–6-vuotiaat): Tutkimukseen osallistui yhteensä 140 alle kouluikäistä turvapaikanhakijaa. Heistä noin joka kymmenennen huoltaja arvioi lapsen terveyden keskitasoiseksi tai huonoksi. Hieman useammalla oli huoltajan ilmoittamana jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma, allergiaa oli hieman yli 10 %:lla. Huoltajien mukaan lähes joka viidennellä alakouluikäisellä oli ollut ruokahaluttomuutta ja 15 %:lla ummetusta tai muita vatsavaivoja vähintään muutaman kerran viikossa. Yökastelua huoltajat raportoivat olleen noin joka kymmenennellä 4–6-vuotiaalla. Kaikista alle kouluikäisistä lapsista 4 %:lla huoltaja raportoi jonkin tapaturman tai väkivallan aiheuttaman vamman. Yli puolet lapsista ei ollut huoltajan mukaan koskaan käynyt hammaslääkärissä. Vain yksittäisillä alle kouluikäisillä oli huoltajien raportoimana jotain toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia. Alle viidenneksellä huoltaja raportoi psykososiaalisia oireita. Käytösoireita oli kolman-

neksella ja kaverisuhteiden ongelmia neljänneksellä. Huoltajat raportoivat noin joka toisen alle kouluikäisistä lapsista kokeneen jonkin järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa.

Johtopäätökset: Tässä raportissa esitetään joitakin alustavia linjauksia suosituksista turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastusten toteuttamiseen. Nämä suositukset tarkentuvat myöhemmin hankkeen tuottamassa alkuterveystarkastusmallissa ja sen käyttöönottoa tukevassa käsikirjassa. Alkuterveystarkastusmalli on myös tarkoitus viedä Maahanmuuttoviraston vastaanottokeskuksille antamiin ohjeistuksiin. Jatkossa alkuterveystarkastusten ja rokotusten toteutumista, sekä myös vastaanotto-keskusten ulkopuolisten terveystalvelujen tarvetta ja käyttöä sekä turvapaikanhakijoiden terveyttä ja hyvinvointia olisi tärkeää seurata aiempaa monipuolisemmin ja ajantasaisemmin potilastietojärjestelmästä saatavin tiedoin. Tämä edellyttää muun muassa potilastietojärjestelmän kirjausten tekemistä rakenteisesti, systemaattisesti ja ajantasaisesti. Turvapaikkaprosessien ja tulijaprofiilien muuttuessa on tarpeen toteuttaa myös säännöllisin aikavälein toistuvia väestötutkimuksia turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista.

Sisällysluettelo

Esipuhe	3
Tiivistelmä	4
1 Johdanto.....	11
Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Awa Ahmed Haji Omar, Paula Tiittala, Olli Snellman, Anu E Castaneda	
2 Aineisto ja menetelmät	14
2.1 Otos ja osallistumisaktiivisuus.....	14
Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda	
2.2 Tutkimuksen toteutus	19
Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda	
2.3 Tiedonkeruun laadun varmistus ja eettiset näkökohdat	28
Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Anu E Castaneda	
2.4 Tutkimusaineistoon liitettävät muut tutkimus- ja rekisteritiedot	29
Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda	
2.5 Tilastolliset menetelmät	30
Eero Lilja	
3 Sosiodemografiset tekijät ja elinolot.....	32
3.1 Koulutus ja aikaisempi työkokemus	32
Natalia Skogberg, Tuija Martelin, Awa Ahmed Haji Omar, Päivikki Koponen	
3.2 Äidinkieli, kielitaito sekä luku- ja kirjoitustaito	40
Päivikki Koponen, Natalia Skogberg, Tuija Martelin, Seppo Koskinen	
3.3 Turvapaikanhakumatka.....	47
Anu E Castaneda, Katri-Leena Mustonen	
3.4 Perhesuhteet ja yhteydenpito läheisiin	53
Hannamaria Kuusio, Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen	
4 Koettu terveys, pitkäaikaiset somaattiset sairaudet ja niiden riskitekijät.....	62
4.1 Koettu terveys ja pitkäaikaiset terveysongelmat	63
Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Awa Ahmed Haji Omar, Valentina Oroza, Seppo Koskinen	
4.2 Diabetes	69
Natalia Skogberg, Tiina Laatikainen	
4.3 Sydän- ja verisuonisairaudet	72
Tiina Laatikainen, Natalia Skogberg	
4.4 Hengityselinsairaudet, allergia ja iho-oireet.....	80
Tiina Laatikainen, Natalia Skogberg	
4.5 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja kipuoireet.....	85
Päivikki Koponen, Ferdinand Garoff, Seppo Koskinen	

4.6 Ruoansulatuselinsairaudet ja oireet.....	92
Päivikki Koponen, Ferdinand Garoff, Valentina Oroza, Seppo Koskinen	
4.7 Virtsa- ja sukupuolielinsairaudet ja -oireet.....	98
Päivikki Koponen, Valentina Oroza, Ferdinand Garoff, Seppo Koskinen	
4.8 Alipaino, ylipaino ja lihavuus	102
Natalia Skogberg, Tiina Laatikainen, Annamari Lundqvist	
4.9 Tapaturmien ja väkivallan aiheuttamat vammat	109
Persephone Doupi, Ferdinand Garoff, Ulla Korpilahti, Lotta Carlsson, Natalia Skogberg	
5 Infektiotaudit	115
5.1 Rokotteilla ehkäistävät infektiot ja rokotukset.....	116
Topi Turunen, Elina Seppälä, Paula Tiittala, Kirsi Liitsola	
5.2 Lääkärin aikaisemmin toteamat infektiotaudit	128
Elina Seppälä, Paula Tiittala, Kirsi Liitsola	
5.3 Lääkärin toteama tuberkuloosi ja tuberkuloosin oireet	132
Paula Tiittala, Pirre Räisänen	
6 Toimintakyky	135
6.1 Fyysinen toimintakyky	135
Shadia Rask, Päivi Sainio, Seppo Koskinen	
6.2 Näkö ja kuulo.....	141
Shadia Rask, Päivi Sainio, Seppo Koskinen	
6.3 Kognitiivinen toimintakyky.....	145
Shadia Rask, Päivi Sainio, Seppo Koskinen	
6.4 Toimintarajoitteet terveysongelman vuoksi	152
Shadia Rask, Päivi Sainio, Seppo Koskinen	
7 Varhaislapsuus ja kehitys.....	156
7.1 Varhaislapsuus ja kehityksen seuranta	156
Otto Helve, Tuovi Hakulinen, Marke Hietanen-Peltola, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen	
7.2 Kasvun ja kehityksen poikkeamat sekä oireet	162
Tuovi Hakulinen, Marke Hietanen-Peltola, Otto Helve, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen	
8 Seksuaali- ja lisääntymisterveys	168
8.1 Seksikäyttäytyminen	169
Kirsi Liitsola, Elina Seppälä	
8.2 Sukuelinten silpominen ja ympärileikkaukset	174
Mimmi Koukkula, Reija Klemetti	
8.3 Naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät vaivat ja ongelmat	177
Mimmi Koukkula, Reija Klemetti, Satu Jokela	
8.4 Raskaudet ja synnytykset.....	180
Satu Jokela, Katri-Leena Mustonen	

9 Mielenterveys.....	184
9.1 Psyykkiset oireet	184
Anu E Castaneda, Olli Snellman, Ferdinand Garoff, Antti Klemettilä, Venla Lehti, Ann-Christin Qvarnström-Obrey, Saija Kankaanpää, Valentina Oroza, Tapio Halla	
9.2 Järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen tuloa	199
Anu E Castaneda, Olli Snellman, Ferdinand Garoff, Antti Klemettilä, Venla Lehti, Ann-Christin Qvarnström-Obrey, Saija Kankaanpää, Valentina Oroza, Tapio Halla	
10 Elintavat	213
10.1 Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö	213
Hanna Ollila, Otto Ruokolainen, Natalia Skogberg	
10.2 Alkoholi ja muut päihteet	219
Kati Kataja, Natalia Skogberg, Airi Partanen	
10.3 Ruokatottumukset.....	225
Heli Kuusipalo, Natalia Skogberg, Päivikki Koponen	
11 Suunterveys	233
Eero Raittio, Rian AlRamadhani, Mari Metsäniitty, Liisa Suominen	
12 Jatko-ohjaus	242
Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen	
13 Tutkimusprosessin arviointi, tiedonkeruun hyvät käytännöt ja haasteet	248
13.1 Arviointiprosessi ja arvioinnissa hyödynnetyt aineistot	248
Natalia Skogberg, Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen, Anu E Castaneda	
13.2 Kenttätöntekijöiden valinta ja koulutus.....	249
Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen, Anu E Castaneda	
13.3 Tutkimuskielet ja lomakkeiden käännökset.....	250
Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen, Anu E Castaneda	
13.4 Turvapaikanhakijoiden kutsuminen tutkimukseen.....	251
Natalia Skogberg, Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen	
13.5 Haastattelujen ja terveystarkastusten toteutus	254
Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen, Natalia Skogberg, Anu E Castaneda	
13.6 Tutkittavien jatko-ohjaus	256
Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen	
13.7 Kokemukset tiedonhallinnasta, ohjauksesta ja työyhteisöstä.....	256
Natalia Skogberg, Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda	
13.8 Hyvät käytännöt tutkimuksessa	258
Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda	
14 Yhteenvedo ja johtopäätökset	260
Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Anu E Castaneda	

Lähdeluettelo	269
Liitteet	281
Liite 1. Tiivistelmän kieliversiot: Abstract; Sammandrag; КРАТКИЙ ОБЗОР; مَصَالِحٌ; مَتْرُوكٌ; مَصَالِحٌ; Soo koobid	281
Liite 2. Raportin kuvioden tiedot taulukoituina.....	301
Liite 3. Tutkimuslomakkeet: Aikuiset; Nuoret; Alakouluikäiset lapset; Alle kouluikäiset lapset	304

1 Johdanto

Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Awa Ahmed Haji Omar, Paula Tiittala, Olli Snellman, Anu E Castaneda

Turvapaikanhakija on henkilö, joka hakee suojelua ja oleskeluoikeutta vieraasta valtiosta vedoten vainoon tai muuhun vaaraan pysyvässä asuinmaassaan (Maahanmuuttovirasto 2019a). Suurin osa turvaa toisesta maasta hakevista ihmisistä päätyy kotimaahansa tai pysyvän asuinmaansa naapurimaihin, kun taas osa hakeutuu turvapaikanhakijoiksi kauemmaksi kuten Eurooppaan. Suomeen saapuvien turvapaikanhakijoiden lukumäärä on 2000-luvulla ollut 1 500 ja 6 000 henkilön välillä vuosittain, paitsi vuonna 2015, jolloin Suomeen saapui poikkeuksellisen suuri määrä turvapaikanhakijoita, yli 32 500 henkilöä. Sitten turvapaikanhakijoiden määrä on palautunut edellisten vuosien tasolle. Turvapaikanhakijoita tulee Suomeen vuosittain noin sadasta eri maasta. Suurimmat lähtömaaryhmät ovat olleet edellisinä vuosina Irak, Afganistan, Syyria ja Somalia (Maahanmuuttovirasto 2019b).

Jos turvapaikanhakijalle myönnetään turvapaikka, hänet kirjataan kunnan asukkaaksi pakolaisena. Pakolainen tarkoittaa henkilöä, joka on saanut turvapaikan Suomesta, koska hän on vaarassa joutua kotimaassaan vainon uhriksi tai hän tarvitsee suojelua kotimaansa turvallisuustilanteen vuoksi. Turvapaikanhakija voi saada oleskeluluvan myös muulla perusteella ja siirtyä kuntaan. Osa hakijoista saa kuitenkin kielteisen päätöksen hakemukseensa ja heidän tulee poistua maasta.

Turvapaikanhakijoiden terveydentilasta on vain vähän aikaisempaa tutkimustietoa. Osa tutkimuksista ei erottele turvapaikanhakijoita ja pakolaisia toisistaan, vaikka heidän erilainen asemansa voi vaikuttaa muun muassa terveydentilaan sekä terveyspalvelujen tarpeeseen, saatavuuteen ja käyttöön. Aikaisempien kansainvälisten tutkimusten mukaan turvapaikanhakijoilla esiintyy paljon tartuntatauteja ja muita terveysongelmia, mukaan lukien hengitystie-, suolisto-, iho- ja seksitauteja, sekä hampaistoon liittyviä vaivoja (van Berlaer ym. 2016). Masennus- ja ahdistuneisuusoireet sekä traumaperäiset stressireaktiot ovat myös yleisiä turvapaikanhakijoilla (Leiler ym. 2018). Turvapaikanhakijoilla, erityisesti naisilla, on raportoitu olevan enemmän tyydyttämätöntä hoidon tarvetta ja sairaalajaksoja, mutta vähemmän yleislääkärin vastaanottokäyntejä oleskelumaan koko väestöön verrattuna (Schneider ym. 2015).

Aiemmissa Suomessa toteutetuissa ulkomaalaistaustaisten terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa pakolaistaustaisten ja rinnastettavassa asemassa olevien (esim. muut konfliktialueilta tulevat) henkilöiden terveyden on havaittu olevan koko väestön tai muista syistä Suomeen muuttaneiden henkilöiden terveyttä monin tavoin heikompaa. Pakolaistaustaisilla, erityisesti Lähi-idästä kotoisin olevilla, esiintyy esimerkiksi mielenterveysongelmia moninkertaisesti yleisemmin kuin Suomen koko väestössä (Rask ym. 2016c) ja heillä on myös heikompi fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky (Rask ym. 2016b). Pakolaistaustaisilla henkilöillä esiintyy myös yleisemmin kroonisia sairauksia kuten diabetesta ja näiden riskitekijöitä kuten lihavuutta (Skogberg ym. 2016).

Tutkimustietoa Suomesta turvapaikkaa hakeneiden terveydestä ja hyvinvoinnista on erityisen niukasti. Vuonna 2008 Tampereella toteutetun tutkimuksen mukaan yleisimmät vaivat turvapaikanhakijoilla olivat päänsärky ja muut neurologiset vaivat, vatsavaivat, tuki- ja liikuntaelinkivut, hampaistoon liittyvät vaivat sekä aikaisemmat tapaturmat (Pirinen 2008). Sairauksista yleisimmät olivat silmä-, korva-, nenä- ja kurkku-, iho- sekä virtsaelinsairaudet. Mielenterveysoireilu oli myös yleistä: yli puolella tutkituista aikuisista ilmeni masennusta, ahdistuneisuutta ja unihäiriöitä. Tutkittavista yli puolet kertoi kokeneensa kidutusta ja lähes puolet olleensa vangittuna. Tutkimuksessa havaittiin, että kidutus- ja väkivaltakokemukset näyttivät liittyvän moniin sairauksiin, ja erityisesti ne olivat yhteydessä mielenterveysongelmiin. Myös tuoreemman ja laajemman vastaanottokeskusten potilastietojärjestelmään kirjattuihin tietoihin perustuvan selvityksen mukaan turvapaikanhakijoiden keskeisimpiä terveysongelmia olivat suun sairaudet, tuki- ja liikuntaelinvaivat sekä mielenterveysongelmat (Tiittala ym. 2018b).

Nykyisen käytännön mukaan kaikille turvapaikanhakijoille tarjotaan vastaanottokeskuksissa vapaaehtoinen alkuterveystarkastus noin kahden viikon sisällä Suomeen saapumisesta. Jos turvapaikanhakijalle ei ole mahdollista järjestää henkilökohtaista alkuterveystarkastusta tai -haastattelua, voidaan ryhmähaastattelulla tai itse täytettävien kyselylomakkein selvittää kiireisimmin palvelujen tarpeessa olevat, esimerkiksi infektioriskin kannalta keskeisimmät tiedot oleskelualueista, nykyoireista ja rokotuksista. Esille tulleiden tietojen perusteella turvapaikanhakija ohjataan henkilökohtaiseen haastatteluun, terveystarkastukseen, seulontatutkimuksiin ja rokotuksiin. Pääsääntöisesti kuitenkin järjestetään henkilökohtainen alkuterveystarkastus.

Alkuterveystarkastuksen tavoitteena on selvittää turvapaikanhakijoiden terveydentilaa, terveyteen liittyviä tekijöitä ja tuen tarpeita sekä aloittaa tuen tarpeisiin vastaavien kiireellisten ja välttämättömien palvelujen järjestäminen. Edelleen alkuterveystarkastuksen tavoitteena on selvittää hakijan haavoittuvasta asemasta, kuten iästä taikka fyysisestä tai psyykkisestä tilasta, johtuvia alkuvaiheessa esiintyviä erityistarpeita.

Tällä hetkellä Suomessa eri vastaanottokeskuksissa toteutettavaa alkuterveystarkastusta ja sen jälkeisiä toimenpiteitä luonnehtii pirstaleisuus (Helve ym. 2016). Vapaaehtoinen alkuterveystarkastus on kuitenkin pitkässä vastaanottoprosessissa kriittinen kohta turvapaikanhakijoiden terveydentilan ja hyvinvoinnin selvittämiseksi ja niihin vaikuttamiselle. Se vaikuttaa yksittäisen turvapaikanhakijan terveyteen ja turvapaikkaprosessiin sekä laajemmassa mittakaavassa myös koko väestön terveyteen. Esimerkiksi mikäli alkuterveystarkastukseen kuuluvista seulontatutkimuksista löytyy jotakin poikkeavaa, saadaan henkilöt, joilla on viitteitä tarttuvista taudeista, ohjattua hoitoon jo ensivaiheessa ja välttään laajemmilta epidemioilta (STM 2009). Haavoittuvasta asemasta johtuvien erityistarpeiden tunnistaminen jo alkuterveystarkastuksen aikana mahdollistaa ohjauksen tarkoituksenmukaisiin palveluihin oikea-aikaisesti. Henkilö voi myös saada heti turvapaikkaprosessin alussa lausunnon terveydentilastaan turvapaikkaa koskevan päätöksentekoprosessin tueksi.

Aiemman alkuterveystarkastusmallin läpikäymiseksi ja alkuterveystarkastuskäytäntöjen yhtenäistämiseksi käynnistettiin Turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastuksen valtakunnallinen kehittämishanke (TERTTU-hanke). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteuttaa hanketta yhteistyössä Maahanmuuttoviraston kanssa vuosina 2017–2019 Turvapaikka-, maahanmuutto- ja kotouttamisrahaston (EUSA/AMIF) tukemana. Alkuterveystarkastuksen kehittäminen päivittää alkuterveystarkastuksen käytännöt, edistää oleellisten asioiden selvittämistä heti alkuvaiheessa, auttaa hakijoiden tarpeenmukaisten palvelujen järjestämistä, yhdenmukaistaa asiasta tehtävien potilastietojen kirjaamista, tehostaa resurssien kohdentamista sekä toimii alkupisteenä hakijan kuulumiselle vastaanottojärjestelmän piiriin. Vastaanottoprosessissa turvapaikanhakijan terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat todennäköisesti vaikuttavat myös oleskelulupapäätöksen jälkeiseen aikaan ja kotoutumisprosessiin. Hoitamatta jääneet sairaudet ja ongelmat voivat johtaa komplikaatioihin, jotka ovat paitsi inhimillisesti raskaita, aiheuttavat myös turhia, vältettävissä olevia kustannuksia.

Kehittämishankkeen yhteydessä toteutettiin Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus (TERTTU-tutkimus), jotta alkuterveystarkastuksen kehittäminen perustuisi tutkimusnäyttöön turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista. TERTTU-tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa yleistettävää ja luotettavaa väestötasosta tietoa uusien turvapaikanhakijoiden terveyden ja hyvinvoinnin tilasta, terveyden riskitekijöistä sekä palvelutarpeista. Kerätyn tiedon avulla määritellään turvapaikanhakijoiden terveyttä ja hyvinvointia merkittävimmin kuvaavat aihepiirit ja mittarit, joista muodostetaan käytännön suositukset turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastuksen toteuttamiselle.

Tässä raportissa esitetään ensimmäisiä kuvailevia tuloksia TERTTU-tutkimuksesta ja tehdään näiden pohjalta alustavia johtopäätöksiä alkuterveystarkastusten kehittämiseksi. Raportti on tarkoitettu ensisijassa turvapaikanhakijoiden palvelujen suunnittelusta ja järjestämisestä vastaaville tahoille, alkuterveystarkastuksia toteuttaville ammattilaisille ja muulle vastaanottokeskusten henkilöstölle, sekä yleisemmin eri alojen ammattilaisille, jotka kohtaavat työssään turvapaikanhakijoita. Lisäksi raportissa esitettävät tulokset ja kokemukset tutkimuksen toteutuksesta antavat perustaa tuleville tutkimuksille, joissa tavoitellaan turvapaikanhakijoita tai joiden avulla syvennetään tietoa turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista.

2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimustulosten yleistettävyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavat keskeisimmin kohderyhmän ja tutkittavien valinta (otos) sekä osallistumisaktiivisuus. Keskeistä on osallistujien valikoituminen eli erityisesti se, miten osallistuneet mahdollisesti poikkeavat niistä, joita ei tavoitettu tai jotka eivät eri syistä voineet tai halunneet osallistua. Lisäksi tiedonkeruun käytännöt vaikuttavat aina myös tuloksiin. Myös tämän tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon sekä otokseen, osallistumisaktiivisuuteen että tiedonkeruun menetelmiin liittyvät asiat, joita kuvataan tässä luvussa.

2.1 Otos ja osallistumisaktiivisuus

Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda

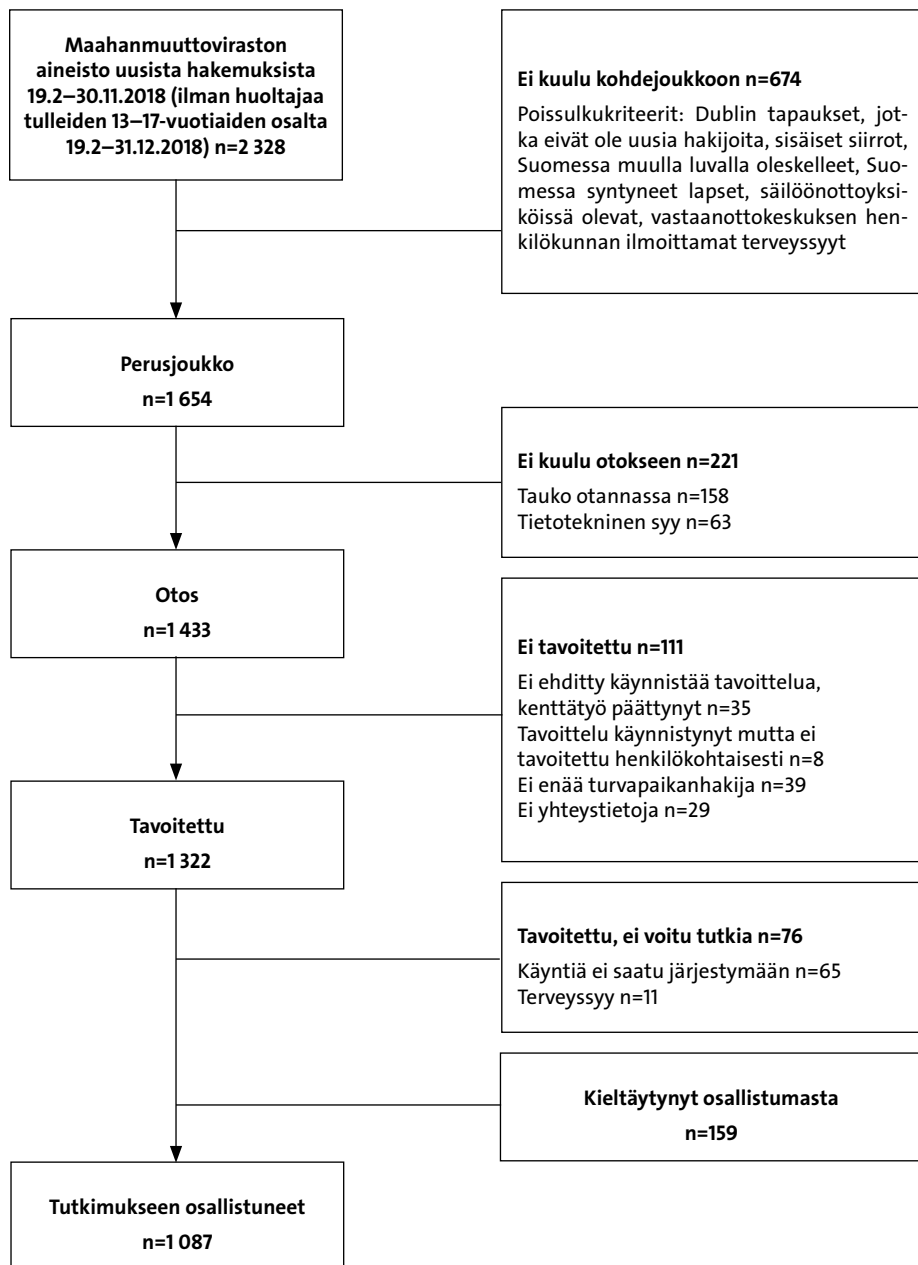
Vuonna 2018 turvapaikkaa haki Suomesta yhteensä 4 548 henkilöä (Maahanmuuttovirasto 2019b). Heistä 2 409 henkilöä haki turvapaikkaa ensimmäistä kertaa ja 2 139 teki uusintahakemuksen. Vuonna 2018 turvapaikanhakijoiden yleisimmät kansalaisuudet olivat Venäjän federaatio, Irak, Turkki, Afganistan ja Somalia.

TERTTU-tutkimuksen otostiedot perustuivat Maahanmuuttoviraston Ulkomaalaisrekisterin (UMA) tietoihin. Jokainen Suomeen turvapaikanhakijaksi rekisteröityvä henkilö saa henkilökohtaisen rekisteröintinumeron. UMA on henkilörekisteri, joka sisältää tietoja maahantulosta ja sitä käytetään muun muassa oleskelua koskevien asioiden käsittelyyn. TERTTU-tutkimuksen tiedonkeruuvaiheen aikana Maahanmuuttovirasto toimitti viikoittain sähköisesti UMA:sta tiedot uusista turvapaikanhakijoista THL:lle (ns. otostiedot). Otostietoihin kuului tutkittavan henkilökohtainen rekisteröintinumero, turvapaikkahakemuksen jättöpäivä, sukupuoli, kansalaisuus, viimeisin majoitustieto sekä tieto siitä, oliko kyseessä aikuinen, ilman huoltajaa tullut alaikäinen vai perheen mukana tullut alaikäinen.

Tutkimuksen otos kuvataan kuviossa 2.1.1. Tutkimukseen kutsuttiin osallistumaan ensimmäisen turvapaikkahakemuksen jättäneet henkilöt, jotka rekisteröitiin UMA:an ajanjaksolla 19.2–30.11.2018. Ilman huoltajaa tulleiden 13-17-vuotiaiden nuorten otantajaksoa pidennettiin kuukaudella (31.12.2018 saakka).

Maahanmuuttoviraston toimittamasta kokonaisaineistosta (n=2 328) poistettiin yhteensä 674 henkilöä, jotka eivät kuuluneet ennakoon määriteltyjen pois-sulkukriteerien mukaisesti tutkimuksen kohdejoukkoon. Osallistumaan ei kutsuttu Suomesta aikaisemmin turvapaikkaa hakeneita ja siitä syystä takaisin Suomeen palautettuja turvapaikanhakijoita (ns. Dublin-tapaukset), Euroopan maiden välisen sopimusten perusteella tulleita turvapaikanhakijoita (ns. sisäiset siirrot), aikaisemmin Suomessa muulla laillisella oleskeluluvalla oleskelleita henkilöitä sekä turvapaikanhakijoille Suomessa syntyneitä lapsia. Myös säilöönottoyksikössä olevat turvapaikanhakijat rajattiin pois alkuterveystarkastuksen toteutukseen säilöönnottoyksikön olosuhteissa liittyvien käytännön rajoitusten vuoksi. Lisäksi muutamien

henkilöiden kohdalla vastaanottokeskusten henkilökunta rajasi turvapaikanhakijoiden osallistumisen tutkimuksiin erilaisista terveyssyistä johtuen. Tämän rajauksen jälkeen tutkimuksen perusjoukko muodostui yhteensä 1 654 henkilöstä.



Kuvio 2.1.1. Tutkimuksen otoksen muodostuminen ja osallistuneet

Tiedonkeruussa oli kaksi taukoa (30.4–13.5.2018 ja 27.8–9.9.2018), jolloin otoksen poiminta keskeytyi. Ensimmäinen tauko johtui Maahanmuuttoviraston sisäisistä otoksen toimittamiseen liittyvistä teknisistä haasteista. Toinen tauko johtui THL:n sisäisistä otoksen käsittelyyn liittyvistä logistisista haasteista (mm. kenttätyöntekijöiden lomat ja sairauspoissaolot). Lisäksi tiedonkeruun edetessä huomattiin, että kesäkauden aikana jäi yhteensä 63 henkilöä poimimatta otokseen THL:n tietoteknisistä syistä. Yllä mainituista teknisistä ja logistisista syistä tutkimuksen perusjoukosta rajautui pois yhteensä 221 henkilöä. Otokseen liittyvien poikkeamien vaikutus otannan valikoitumiseen on todennäköisesti pieni.

Tutkimuksen lopullisen otoksen muodostivat yhteensä 1 433 henkilöä. Heistä 111 henkilöä ei onnistuttu tavoittamaan tiedonkeruuvaiheen aikana (esim. tiedonkeruuvaiheen päätyminen ennen henkilön tavoittamista tai haasteet saada henkilön yhteystietoja). Tavoitetuista 1 322 henkilöstä käyntiä ei voitu järjestää 76:lle henkilölle tiedonkeruuvaiheen aikana erilaisista käytännön syistä johtuen (esim. tiedonkeruun loppuvaiheessa ei löytynyt sopivaa tutkimuspaikkaa tai tulkkia ennen tiedonkeruun päättymistä). Yhteensä 1 087 henkilöä osallistui tutkimukseen ja 159 henkilöä kieltäytyi osallistumasta. Osallistumisaktiivisuus otoksesta oli 76 %. Tavoitetuista henkilöistä 82 % osallistui tutkimukseen, 12 % kieltäytyi osallistumasta ja loput 6 % jäi tutkimatta aineistonkeruuvaiheen päättyessä.

Miehet ja naiset osallistuivat tutkimukseen yhtä usein (taulukko 2.1.1). Ilman huoltajaa tulleiden nuorten osallistumisaktiivisuus (26 %) oli selvästi matalampi kuin aikuisilla ja aikuisten mukana turvapaikkaa hakevilla lapsilla. Tämä aiheutui muun muassa siitä, että ilman huoltajaa tulleiden edustajien tavoittaminen oli haastavaa tai edustaja tai vastaanottokeskuksen henkilökunta ei arvioinut tutkimukseen osallistumista nuorelle sopivaksi.

Tutkimukseen osallistuneet luokiteltiin neljään maantieteelliseen taustamaaryhmään turvapaikanhakijan kansalaisuuden perusteella: Venäjä ja entinen Neuvostoliitto, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka (Maghrebin alue), Muu Afrikka ja Muu alue. Luokittelu perustui aineiston jakaumaan sekä aikaisempien tutkimusten luokituksiin (Nieminen ym. 2015). Maaryhmien mukaan tarkasteltuna osallistumisaktiivisuus oli korkein Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleilla (81 %). Muut maaryhmät osallistuivat jokseenkin yhtä aktiivisesti (72–74 %). Tutkittavat, joilla ensimmäinen majoitustieto oli ensivaiheen vastaanottokeskuksessa eli niin sanotussa transit-vastaanottokeskuksessa, osallistuivat aktiivisemmin (79–86 %) kuin yksityismajoituksessa olleet (70 %) ja selvästi aktiivisemmin kuin ne, joiden ensimmäinen majoitustieto oli jossain muussa vastaanottokeskuksessa kuin transit-vastaanottokeskuksessa (39 %).

Taulukko 2.1.1. Otos ja osallistuminen taustamuuttujittain

	Otos (n=1 433)	Osallistuneet (n=1 087)	
	n	n	% ¹
Sukupuoli			
Mies	840	638	76,0
Nainen	592	449	75,8
Muu/ei tietoa	1		
Ikäryhmä			
Aikuinen	992	784	78,6
Ilman huoltajaa tullut alaikäinen	76	18	25,7
Huoltajan kanssa tullut alaikäinen	365	285	78,1
Maaryhmä (kansalaisuus)			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	406	330	81,3
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	656	487	74,2
Muu Afrikka	218	160	73,4
Muu alue	153	110	71,9
Ensimmäinen majoitustieto			
Helsinki, Kaarlenkadun toimipiste	272	235	86,4
Helsinki, Punavuoren toimipiste	360	284	78,9
Helsinki, yksityismajoitus	44	31	70,5
Turun vastaanottokeskus	264	212	80,3
Joutsenon vastaanottokeskus	175	151	86,3
Oulun vastaanottokeskus	117	96	82,1
Muu vastaanottokeskus kuin transit-vastaanottokeskus	201	78	38,8

¹ Osallistuneiden osuus otoksesta

Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleista selvä enemmistö (78 %) oli Venäjän federaation kansalaisia. Muut kansalaisuudet olivat Ukraina (7 %), Georgia (6 %), Valko-Venäjä (5 %) ja Azerbaidzhan (3 %). Lisäksi muista entisen Neuvostoliiton maista oli yksittäisiä turvapaikanhakijoita 2 %.

Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleista oli eniten Turkin (29 %), Iranin (24 %) ja Irakin (18 %) kansalaisia. Turvapaikanhakijoita oli myös Syyriasta (9 %), Jemenistä (7 %), Afganistanista (5 %), Marokosta (2 %), Egyptistä (1 %) ja Libyasta (1 %). Yksittäisiä hakemuksia muita kansalaisuuksia oli 2 %.

Muualta Afrikasta tulleista hakemuksista yleisimmät kansalaisuudet olivat Somalia (20 %), Nigeria (17 %), Angola (13 %) ja Kamerun (12 %). Lisäksi hakemuksia oli Kongon demokraattisesta tasavallasta (5 %), Etiopiasta (5 %), Eritreasta (4 %), Ghanasta (3 %), Senegalista (3 %), Gambiasta (3 %), Ruandasta (2 %). Yksittäisiä hakemuksia muita kansalaisuuksia oli yhteensä 14 %.

Muilta alueilta tulleiden yleisimmät kansalaisuudet olivat Nicaragua (14 %), Albania (12 %) ja Bangladesh (7 %), Intia (5 %), Kuuba (5 %), Kosovo (5 %) ja Sri Lanka (5 %). Muita kansalaisuuksia oli yhteensä 17 %. Ryhmästä 19 %:lla kansalaisuus ei ollut tiedossa ja kansalaisuudettomia oli 15 %.

Tutkimuksen osallistuneita kuvataan ikäryhmittäin, sukupuolittain ja maaryhmittäin taulukossa 2.1.2. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet muodostivat suurimman ja Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta toiseksi suurimman maaryhmän aikuisissa, nuorissa ja alle kouluikäisissä lapsissa. Alakouluikäisissä lapsissa puolestaan Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleet muodostivat suurimman ja Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet toiseksi suurimman maaryhmän. Muualta Afrikasta kuin Pohjois-Afrikasta sekä muilta alueilta tulleet muodostivat aikuisista, alakouluikäisistä lapsista ja alle kouluikäisistä lapsista noin neljänneksen ja nuorista vain noin 15 % tutkimukseen osallistuneista.

Taulukko 2.1.2. Tutkimukseen osallistuneet ikäryhmittäin, sukupuolittain ja maaryhmittäin

	Mies	Nainen	Yhteensä
Aikuiset	n=473 %	n=311 %	n=784 %
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	28,5	30,2	29,2
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	44,0	43,1	43,6
Muu Afrikka	15,9	17,4	16,5
Muu alue	11,6	9,3	10,7
Nuoret (13–17-vuotiaat)	n=40 %	n=27 %	n=67 %
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	22,5	33,3	26,9
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	67,5	44,4	58,2
Muu Afrikka tai Muu alue	10,0	22,2	14,9
Kouluikäiset (7–12-vuotiaat)	n=55 %	n=41 %	n=96 %
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	47,3	36,6	42,7
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	32,7	36,6	34,4
Muu Afrikka tai Muu alue	20,0	26,8	22,9
Alle kouluikäiset (0–6-vuotiaat)	n=70 %	n=70 %	n=140 %
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	27,1	32,9	30,0
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	52,9	52,1	52,5
Muu Afrikka	8,6	8,6	8,6
Muu alue	11,4	7,1	9,3

Muu Afrikka -ryhmään kuuluvat turvapaikanhakijat olivat ikärakenteeltaan muita maaryhmiä nuorempia (taulukko 2.1.3). Heistä puolet oli 18–29-vuotiaita, kun Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton alueilta tulleista vain kolmasosa aikuisista kuului nuorimpaan ikäryhmään. Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleista yli kolmasosa, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu alue -ryhmistä neljäsosa ja Muu Afrikka -ryhmästä vain kymmenesosa oli 40 vuotta täyttäneitä.

Taulukko 2.1.3. Tutkimukseen osallistuneiden ikä maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	Muu Afrikka	Muu alue
	n=229 %	n=342 %	n=129 %	n=84 %
18–29-vuotiaat	31,0	36,0	48,8	42,9
30–39-vuotiaat	31,9	41,0	39,5	32,1
Yli 39-vuotiaat	37,1	23,1	11,6	25,0

2.2 Tutkimuksen toteutus

Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda

Tutkimuksen suunnittelu käynnistettiin helmikuussa 2017. Suunnittelusta ja toteutuksesta vastasi THL:n koordinaatioryhmä, joka koostui vastuututkijasta, projektipäälliköstä, projektikoordinaattorista, väestötutkimuksiin perehtyneestä erityisasiantuntijasta sekä tilastotieteilijästä. Tutkimuksen suunnitteluun osallistui lisäksi laaja-alainen asiantuntijakonsortio, joka muodostui sekä THL:ssä työskentelevistä että ulkopuolisista asiantuntijoista. Asiantuntijakonsortioon kuuluivat myös Maahanmuuttoviraston edustajat ja yhteistyövastaanottokeskusten hoitajat. Erityisesti Maahanmuuttoviraston edustajien ja vastaanottokeskusten johdon ja muun henkilökunnan tiivis osallistuminen kaikkiin tutkimuksen suunnitteluvaiheisiin oli tärkeää tutkimuksen käytännön toteutuksen kannalta vastaanottokeskuksissa. Tutkimus sai puoltavan lausunnon Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin koordinoivalta eettiseltä toimikunnalta (HUS/3330/2017, 17.1.2018).

Tutkimuksen tiedonkeruu toteutettiin vastaanottokeskuksissa, joita oli tutkimuksen tiedonkeruuvaiheen aikana Suomessa yhteensä 49 kappaletta. Näistä 43 majoitti aikuisia ja perheitä ja kuusi toimi ilman huoltajaa tulleita alaikäisiä majoittavina alaikäisyksikköinä. Turvapaikanhakuprosessin alussa valtaosa aikuisista ja perheensä kanssa tulleista alaikäisistä ohjataan transit-vastaanottokeskuksiin, joissa he odottavat Maahanmuuttoviraston puhutteluaikaa. Transit-vastaanottokeskuksista turvapaikanhakijat siirtyvät tavallisimmin odotusajan vastaanottokeskuksiin odottamaan turvapaikkapäätöstä. Osa aikuisista ja perheensä kanssa tulleista alaikäisistä järjestävät itselleen yksityismajoituksen, jolloin lähimpänä oleva vastaanot-

tokeksuus määritellään tarjoamaan heille vastaanottopalvelut (mm. terveyspalvelut). Ilman huoltajaa tulleet alaikäiset sijoitetaan yleensä joko alaikäisyksikköön tai ryhmäkotiin, joissa lapset ja nuoret oleskelevat koko turvapaikkaprosessin ajan. Tämän tutkimuksen ensisijaisiksi tutkimuspisteiksi määriteltiin kaikki Suomessa vuonna 2018 toiminnassa olleet transit-vastaanottokeskukset: Helsingissä Kaarlenkadun, Punavuoren ja Helsingin vastaanottokeskuksen yksityismajoituspaikka, Turun Pension toimipaikka, Oulun Heikinharjun toimipaikka sekä Joutsenon Konnunnuon toimipaikka (kuva 2.2.1). Muihin Suomen vastaanottokeskuksiin matkustettiin tarpeen mukaan ja käynneistä sovittiin aina erikseen kunkin vastaanottokeskuksen johdon ja henkilökunnan kanssa.

Valtaosa (91 %) tutkimuskäynneistä toteutettiin transit-vastaanottokeskusten paikkakunnilla, eli Helsingissä, Turussa, Joutsenossa ja Oulussa (taulukko 2.2.1). Loput tutkimuskäynnit toteutettiin maantieteellisesti hajanaisesti sijaitsevilla vastaanottokeskuksissa, muun muassa Espoossa, Salossa, Vaasassa, Rovaniemellä, Kotkassa ja Kuopiossa. Valtaosa tutkimuskäynneistä (79 %) toteutettiin kuukauden (30 päivän) ja 14 % 31–60 päivän sisällä turvapaikkahakemuksen rekisteröitymisestä. Loput 7 % käynneistä toteutettiin pidemmällä viiveellä. Syynä viiveeseen olivat muun muassa tavoitteluun liittyvät haasteet sekä erilaiset käytännölliset syyt kuten pitkä välimatka tutkimuspaikalle.

Taulukko 2.2.1. Toteutuneet tutkimuskäynnit paikkakunnittain

	Yhteensä n=1 087
	%
Helsinki	31,7
Turku	24,3
Joutseno	19,1
Oulu	16,1
Vantaa	1,6
Espoo	1,2
Salo	1,0
Vaasa	0,7
Rovaniemi	0,7
Kotka	0,6
Kuopio	0,5
Muu	2,4



Kuvio 2.2.1. Ensisijaiset tutkimuspaikkakunnat transit-vastaanottokeskuksissa (Skogberg ym. 2019)

Tiedonkeruuta toteuttivat kielitaitoiset kenttätyöntekijät, jotka puhuivat sujuvan suomen ja englannin kielten lisäksi somaliaa, arabiaa, daria, farsia, kurdi/sorania, portugalia, ranskaa tai venäjää. Kaikki tutkimuslomakkeet oli käännetty kuudelle kielelle ja tämän lisäksi tiedote ja suostumus oli käännetty seitsemännelle kielelle (taulukko 2.2.2). Tämä mahdollisti tutkimuksen toteutuksen ilman ulkopuolista tulkkia 62 %:lle tutkittavista. Loput tutkimuskäynnit toteutettiin ammattitulkkin avustuksella. Kaikilla terveystarkastuksia tekevillä kenttätyöntekijöillä oli terveydenhuollon koulutus. Yhdellä kenttätyöntekijällä ei ollut terveydenhuollon koulutusta ja hän toteutti ainoastaan haastatteluja. Tutkimuskäynneistä 80 % toteutettiin venäjäksi, englanniksi, turkiksi, arabiaksi tai persiaksi. Tutkimuskäyntejä toteutettiin yhteensä 31 eri kielellä.

Taulukko 2.2.2. Tutkimuskieli

	Yhteensä n=1 087 %
Venäjä ¹	29,0
Englanti ¹	15,3
Turkki ²	13,1
Arabia ¹	12,5
Persia ¹	10,0
Kurdi (sorani) ¹	3,4
Somali ¹	2,7
Ranska	2,2
Espanja	1,9
Portugali	1,9
Albania	1,4
Dari	0,9
Azeri	0,7
Bengali	0,7
Muu	3,7
Puuttuva tieto	0,6

¹ Tiedote, suostumus ja lomakekäännökset ko. kielellä käytössä

² Vain tiedote ja suostumus ko. kielellä käytössä

Tutkittavien tavoittaminen ja kutsuminen tutkimukseen

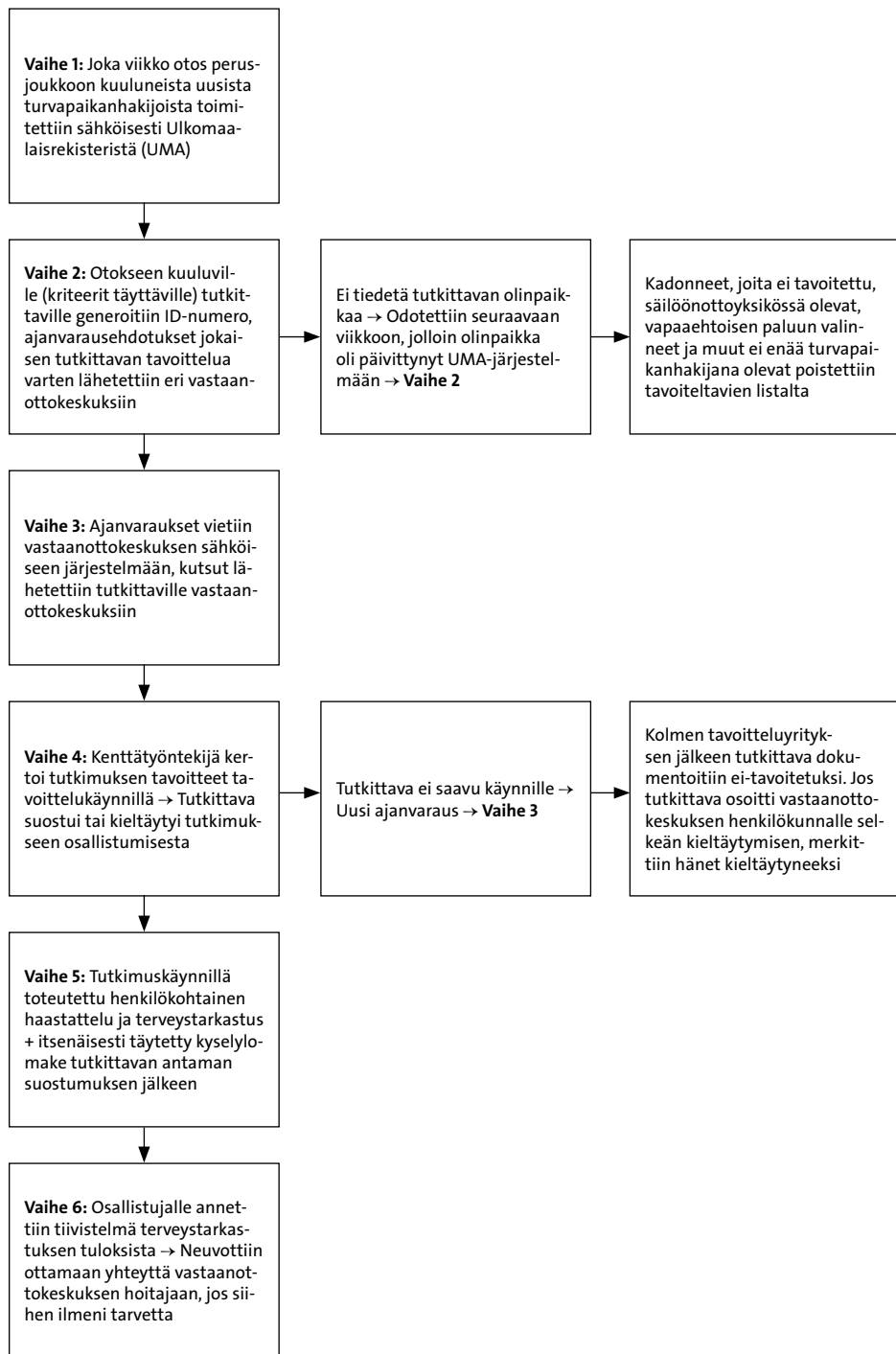
Tutkimuskäyntiin liittyvä prosessi kuvataan kuviossa 2.2.2. Maahanmuuttovirasto toimitti otostiedot THL:lle viikoittain. Otokseen kuuluville henkilöille, jotka täyttivät kriteerit tutkimuksen kohdejoukkoon kuulumisesta, generoitiin tutkimusnumero ja tiedot vietiin tiedonkeruun ajanvarausjärjestelmään. Tieto tutkimuksen otokseen kuuluvan henkilön sijainnin muutoksesta päivittyi Maahanmuuttoviraston tuottamaan viikoittaiseen otostietoon. Projektikoordinaattori teki otokseen kuuluvalla henkilöllä vastaanottokeskuksen henkilökunnan avustuksella ajanvarauksen tavoitteluajalle. Tavoittelu aika varattiin, jotta kenttätöntekijä pääsisi henkilökohdaisesti tapaamaan tutkittavaa ja kertomaan hänelle tutkimuksesta. Ajanvaraus tavoitteluajalle tehtiin vastaanottokeskusten kautta, koska tutkimuksen työntekijöillä ei ollut mahdollisuutta saada tutkittavien puhelinnumeroita. Näin toimien vältettiin myös päällekkäiset ajanvaraukset turvapaikanhakuprosessin tai vastaanottokeskuksen omien toimintojen kanssa. Kutsu tavoitteluajalle lähetettiin vastaanottokeskuksen sisäisessä postissa. Kutsu oli laadittu selkokielellä ja se oli saatavilla suomeksi, englanniksi, somaliaksi, arabiaksi, persiaksi, soraniksi ja venäjäksi. Tutkittavien tavoittelussa priorisoitiin transit-vastaanottokeskuksissa asuvia henkilöitä, sillä tavoitteena oli toteuttaa tutkimuskäynti mahdollisimman pian turvapaikanhakijan maahantulon jälkeen, jotta saataisiin tieto tilanteesta juuri maahantulovaiheessa ja jotta

otokseen kuuluvat henkilöt eivät ehtisi siirtyä transit-vastaanottokeskuksista odotusajan vastaanottokeskuksiin, joissa tavoittelu- ja tutkimuskäyntien toteutus oli logistisesti haastavampaa muun muassa pitkien etäisyyksien vuoksi.

Tavoitteluaikaan varattiin 1,5–2 tuntia riippuen siitä, puhuiko kenttätyöntekijä samaa kieltä turvapaikanhakijan kanssa vai tarvittiinko tulkkia. Henkilön saavuttua tavoitteluajalle, kenttätyöntekijä varmisti hänen henkilöllisyytensä, kertoi tutkimuksesta ja tutkittavan oikeuksista ja kutsui henkilön osallistumaan tutkimukseen. Mikäli henkilö suostui osallistumaan, tutkimuskäynti oli mahdollista toteuttaa heti tai erillisellä ajanvarauksella. Alaikäisiä tavoiteltiin aina huoltajan tai edustajan kautta. Mikäli tutkimukseen kutsuttu henkilö ei saapunut tavoitteluajalle, kenttätyöntekijä yritti tavoittaa tutkittavan hänen huoneestaan vastaanottokeskuksen henkilökunnan avustuksella. Mikäli tavoittelu ei onnistunut, varattiin uusi tavoittelu aika. Jos tutkittavaa ei saatu tavoitettua toisella tavoitteluyrityksellä, varattiin tähän kolmas aika. Kolmannen tavoitteluyrityksen jälkeen tavoittelu lopetettiin ja henkilö luokiteltiin ”ei tavoitetuksi”.

Ennen terveystarkastuksen ja haastattelun aloittamista kenttätyöntekijä varmisti, että henkilö on saanut riittävät tiedot tutkimuksesta ja pyysi tältä kirjallisen suostumuksen. Alaikäisten osalta kirjallinen suostumus pyydettiin sekä huoltajalta tai edustajalta että 6 vuotta täyttäneeltä alaikäiseltä itseltään. Suostumuksen allekirjoittamisen jälkeen toteutettiin varsinainen tutkimuskäynti. Aikuiset ja 13–17-vuotiaat nuoret vastasivat kaikkiin kysymyksiin itse ja heidät tutkittiin tilanteessa, jossa oli läsnä vain tutkittava ja kenttätyöntekijä sekä tarvittaessa tulkki, jonka vaitiolovelvollisuus selostettiin tutkittavalle. Alle 13-vuotiaiden huoltaja toimi vastaajana haastattelussa. Lähtökohtaisesti lapsi osallistui tällöin vain terveystarkastukseen, mutta myös osassa haastatteluita lapsi oli käytännön syistä läsnä haastattelun ajan. Lasten puolesta vastaavat huoltajat olivat pääasiallisesti heidän vanhempiaan. Tutkittavat saivat palautteen tutkimuksen aikana tehdyistä terveystarkastusmittauksista heti ja myös kirjallisena mukaansa. Jos tutkimuksen aikana ilmeni asioita, jotka vaativat seurantaa tai jatko-ohjausta, neuvottiin tutkittavaa olemaan yhteydessä vastaanottokeskuksen hoitajaan ja tarvittaessa avustettiin ajanvarauksessa.

Tutkimukseen osallistuneille tarjottiin noin kymmenen euron arvoinen korvaus menetetystä ajasta ja mahdollisesti aiheutuneesta epämukavuudesta. Korvaus oli tutkimuspisteestä riippuen esimerkiksi bussilippu tai lapsille lelupaketti.



Kuvio 2.2.2. Tavoittamisen ja tutkimuskäynnin prosessi (Skogberg ym. 2019)

Tiedonkeruumenetelmät

Tiedonkeruu koostui haastattelusta ja terveystarkastuksesta. Lisäksi tutkittaville annettiin itse täytettävät lomakkeet mielenterveyttä sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kartoittavista kysymyksistä, mikäli tutkittavalla oli riittävä lukutaito ja kyky täyttää itse lomakkeita ja mikäli lomakkeista oli käytettävissä sopiva kieliversio. Tutkimuslomakkeet laadittiin erikseen neljälle ikäryhmälle: aikuisille, 13–17-vuotiaille nuorille, 7–12-vuotiaille alakouluikäisille lapsille ja 0–6-vuotiaille alle kouluikäisille lapsille.

Tutkimuslomakkeiden laadinnassa keskeistä oli selkokielisyys sekä niiden soveltuvuus tutkimuksen kohderyhmälle, eli juuri maahan tulleille turvapaikanhakijoille. Lisäksi monia samoja mittareita on käytetty myös muissa THL:n väestötutkimuksissa, jolloin tämän tutkimuksen tuloksia voidaan suuntaa-antavasti verrata Suomen koko väestössä tai Suomen ulkomaista syntyperää olevassa väestössä tehtyihin havaintoihin. Tutkimuslomakkeiden ymmärrettävyyttä ja soveltuvuutta kohderyhmälle testattiin muutaman vapaaehtoisen turvapaikanhakijataustaisen henkilön kanssa tutkimuksen suunnitteluvaiheessa marraskuussa 2017. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa lomakkeista kerättiin palautetta myös laajalta joukolta asiantuntijoita, muun muassa vastaanottokeskuksissa työskenteleviltä hoitajilta.

Tiivistelmä haastattelun sisällöstä esitetään taulukossa 2.2.3. Aikuisten haastattelu sisälsi kysymyksiä seuraavista aihepiireistä: sosiodemografiset tekijät ja elinolot; koulutus ja työ ennen Suomeen tuloa; kielitaito, luku- ja kirjoitustaito; koettu terveys, pitkäaikaiset somaattiset sairaudet ja niiden riskitekijät; ajankohtainen oireilu; infektioaudit ja rokotushistoria; toimintakyky; seksuaali- ja lisääntymisterveys; väkivalta- ja tapaturmavammat; järkyttävät tapahtumat ja psyykkiset oireet; elintavat; suunterveys. Nuorten ja lasten lomakkeet sisälsivät ikäryhmälle soveltuvien osien vastaavia kysymyksiä. Kaikilta alaikäisiltä kartoitettiin myös kasvuun ja kehitykseen liittyviä poikkeamia. Alakouluikäisten ja alle kouluikäisten lasten huoltajilta selvitettiin lisäksi synnytykseen ja lapsen varhaiskehitykseen liittyviä tekijöitä. Haastattelujen tarkemmat sisällöt esitetään liitteessä 3.

Tiivistelmä terveystarkastuksen sisällöstä esitetään taulukossa 2.2.4. Aikuisten terveystarkastuksessa mitattiin pituus, paino ja vyötärön ympäryys, verenpaine ja syke sekä tehtiin suppea suunterveystarkistus. Mittaukset toteutettiin standardoidusti ohjeita noudattaen. Nuorille tehtiin samat terveystarkastusmittaukset kuin aikuisilla ja lisäksi tarkistettiin ihon kunto. Alakouluikäisiltä lapsilta mitattiin pituus, paino, tehtiin suppea suunterveystarkistus ja tarkistettiin ihon kunto. Alle kouluikäisiltä lapsilta tarkistettiin ihon kunto ja BCG-arpi. Terveystarkastuksen tarkemmat sisällöt esitetään liitteessä 3.

Taulukko 2.2.3. Haastattelun sisältö (Skogberg ym. 2019)

Kysymysten aihepiiri	Kysymysten muoto ja lähteet	Aikuiset	13–17 -vuotiaat	7–12 -vuotiaat	0–6 -vuotiaat
Ikä, sukupuoli, syntymävuosi, äidinkieli ja vakituinen asuinmaa ennen Suomeen tuloa	-	✓	✓	✓	✓
Koulutus ja aikaisempi työkokemus	Kansainvälinen koulutusluokitus (ISCED-2011) ja työ ennen Suomeen tuloa	✓			
Kielitaito, luku- ja kirjoitustaito	Muiden kielten kuin äidinkielen osaaminen, luku- ja kirjoitustaito (yli 7-vuotiaat)	✓	✓	✓	✓
Vakituisesta asuinpaikasta lähtemisen vuosi ja turvapaikanhakumatka Suomeen	Maat, asumuksen tyyppi ja näissä sijainneissa vietetty aika turvapaikanhakumatkan aikana	✓	✓	✓	✓
Perheenjäsenet ja yhteydenpito läheisiin	Perheenjäsenten asuinpaikka ja mahdollisuus pitää yhteyttä läheisiin	✓	✓	✓	✓
Koettu terveys ja pitkäaikaiset terveysongelmat	Minimum European Health Module (MEHM)	✓	✓	✓	✓
Krooniset sairaudet, infektioaudit, säännöllinen lääkitys ja somaattiset oireet	Lääkärin diagnosoimat terveysongelmat, säännöllisen lääkityksen tarve, tämänhetkinen lääkitys, erilaiset somaattiset oireet (mm. kivut), tuberkuloosioireet, aikaisemmin sairastetut infektioaudit ja rokotehistoria	✓	✓	✓	✓
Toimintakyky	Washington Group Module, mukailtu UNICEF Washington Group Module, mukailtu	✓	✓	✓	✓
Raskaus ja lapsen varhaiskehitys	Raskausviikko, jolloin lapsi syntyi, synnytyskomplikaatiot, syntymäpaino- ja pituus, varhaiskehityksen vaiheet			✓	✓
Kasvu ja kehitys	Kasvun ja kehityksen seuranta sekä aikaisemmin todetut poikkeamat lapsen kehityksessä		✓	✓	✓
Seksikäyttäytyminen	Kysymyksiä liittyen seksiteitse tarttuville taudeille altistavaan riskikäyttäytymiseen ja seksuaaliseen aktiivisuuteen sekä suuntautumiseen	✓	✓		
Poikien ympärileikkaus sekä naisten ja tyttöjen sukelinten silpominen (FGM)	Ikä, jolloin ympärileikkaus/silpominen tehtiin ja silpomiseen mahdollisesti liittyvät terveysongelmat	✓	✓	✓	✓
Raskaudet ja synnytykset	Raskauksien lukumäärä, keskenmenot, abortit, synnytysten lukumäärä	✓	✓		
Väkivalta- ja tapaturmavammat	Ennen turvapaikanhakumatkaa ja sen aikana aiheutuneet vammat	✓			
Järkyttävät tapahtumat	Harvard Trauma Questionnaire, mukailtu University of California at Los Angeles (UCLA) Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) Reaction Index for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), mukailtu	✓	✓	✓	✓
Psyykkiset oireet	Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment (PROTECT-able) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	✓ ✓	✓	✓	✓ ¹
Tupakointi	Tupakkatuotteiden käyttö	✓	✓		
Alkoholi ja muut päihteet	Alkoholin käytön riskiarviointi (AUDIT-C), mukailtu European School Survey project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), mukailtu Suonensisäisten ja muiden huumeiden käyttö	✓ ✓ ✓	✓		
Ruokatottumukset	Valikoitujen ruoka-aineiden käyttö/välttäminen Imetys	✓	✓	✓	✓ ✓ ²
Suunterveys	Hampaiden harjaus ja viimeisin hammaslääkäri käynti	✓	✓	✓	✓

¹ Vain 2–6-vuotiaat² Vain 0–3-vuotiaat

Taulukko 2.2.4. Terveystarkastuksen sisältö (Skogberg ym. 2019)

Muuttuja	Mittaväline	Mittauksen toteutus	Aikuiset	13–17 - vuotiaat	7–12 - vuotiaat	0–6 - vuotiaat
Paino	Lattiavaaka Seca 877	Mitattiin mahdollisimman kevyessä sisävaatetuksessa (ei ulkovaatteita, avaimia, puhelimia tms. taskuissa), kengät riisuttuina (jos tutkittava oli yli 20 viikkoa raskaana, kirjattiin erikseen itse ilmoitettu paino ennen raskautta)	✓	✓	✓	
Pituus	Pituusmitta Seca 217	Mitattiin ilman kenkiä selkä ja jalat suorana mittauslaitetta vasten	✓	✓	✓	
Vyötärön ympärysyys	Mittanauha Hoechstmast 1,5 m ja tavallinen vaatturin mittanauha (>2 m)	Mitattiin paljaalta iholta tai kevyen vaatetuksen päältä suoliluun harjanteen ja alimman kylkiluun puolivälistä	✓	✓		
Olkavarren ympärysmitta	Muovinen mittanauha Hoechstmast	Mitattiin paljaalta iholta kyynärvarsi tuettuna kyynärpää 90 asteen kulmassa	✓	✓		
Verenpaine	Omron i-C10/M6 digitaalinen verenpainemittari	Mitattiin 5 minuutin levon jälkeen 3 kertaa yhden minuutin välein oikeasta käsivarresta	✓	✓		
Pulssi	Manuaalinen mittaus sekuntikellon avulla	Laskettiin pulssi 60 sekunnin ajan	✓	✓		
Suppea suun- terveyden tutkimus	-	Kysymykset ja havainnot: irrotettavat hammasproteesit, hampaiden lukumäärä (ilman irrotettavia hammasprotee-seja) ja suun-terveyden arviointi	✓	✓	✓	
Ihon kunto	-	Havainnot ihon kunnosta (mustelmat, ihottuma)		✓	✓	✓
BCG-arpi	-	BCG-rokotteen arven tarkistaminen				✓

2.3 Tiedonkeruun laadun varmistus ja eettiset näkökohdat

Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Anu E Castaneda

Tutkimuksen kenttätöntekijät saivat kattavan, 1,5 viikon mittaisen koulutuksen, jonka aikana käsiteltiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, tutkimushaastattelujen ja terveystarkastusten sisällöt, tutkittavien tavoitteluun ja tiedonkeruun toteutukseen liittyvät eettiset ja tietoturvaan liittyvät perusteet. Koulutuksen aikana harjoiteltiin myös haastattelujen ja terveystarkastusten käytännön toteutusta. Jokainen terveystarkastuksia tekevä kenttätöntekijä suoritti terveystarkastusmittausten näyttökokeen koulutuksen päätteeksi ja he saivat myös kirjalliset kenttätöntöohjeet. Koulutuksessa käsiteltiin myös turvapaikanhakijoiden asemaan ja oikeuksiin liittyviä erityiskysymyksiä, arkaluonteisten aiheiden käsittelyä sekä turvapaikanhakijoiden oikeuksia terveyspalveluihin, jotta kenttätöntekijät voisivat tarvittaessa antaa asianmukaista jatko-ohjausta tutkittaville.

Tutkimuksen toteutusta seurattiin viikoittaisten kenttätiimi- ja koordinaatio-ryhmäkokousten avulla. Projektikoordinaattori seurasi kenttätiimin toimintaa ole-malla heihin päivittäin yhteydessä puhelimen, sähköpostin tai WhatsApp-sovelluk-sen kautta. Tiedonkeruun puolivälissä projektikoordinaattorin työn tukemiseksi nimettiin myös vastuuhoitaja, jonka tehtävänä oli seurata tiedonkeruun toteutusta kentällä haastattelujen ja terveystarkastusten tekemisen lisäksi. Vastuuhoitaja toimi myös projektikoordinaattorin sijaisena tämän lomien aikana. THL:n sisäisten toi-minnan seurantaan liittyvien kokousten lisäksi pidettiin säännöllisiä yhteistyöko-kouksia Maahanmuuttoviraston edustajien ja vastaanottokeskusten henkilökunnan kanssa. Kenttätöntekijöitä kouluttaneet tekivät myös tiedonkeruun aikana laadun tarkkailukäyntejä. Näiden käyntien yhteydessä havainnointiin esimerkiksi sitä, suori-tettiinko haastattelu ja mittaukset oikein ja ohjeiden mukaisesti.

Eettiset näkökohdat

Tiedotteet, suostumuslomakkeet sekä haastattelujen ja terveystarkastuksen sisäl-löt saivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin koordinoivan eettisen toimi-kunnan puoltavan lausunnon ennen tiedonkeruun käynnistymistä ja niihin tehtiin joitakin muokkauksia toimikunnalta saadun palautteen mukaisesti. Tutkittavien tiedotteessa painotettiin vapaaehtoisuutta, henkilötietosuojaa, tutkimuksen riippu-mattomuutta turvapaikanhakuprosessista sekä luottamuksellisuutta. Tutkittavalle ja alaikäisten tutkittavien huoltajalle tai edustajalle korostettiin, että osallistuminen tutkimukseen ei korvaa vastaanottokeskusten alkuterveystarkastusta ja että osallis-tuminen tai kieltäytyminen ei vaikuta heidän oikeuksiinsa terveyspalveluihin Suo-messa. Tutkittaville (alaikäisten osalta myös huoltajalle tai edustajalle) kerrottiin, et-tä he voivat kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen ilman syytä missä tahansa vaiheessa sekä pyytää tallennettujen tietojen poistamista. Lisäksi kerrottiin, että tutkimuksen tuloksia julkaistaan ainoastaan siten, ettei yksit-täisen henkilön tunnistaminen ole mahdollista.

Tutkittavan vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen osallistumiselle hankittiin suostumusasiakirjan allekirjoituksella. Alaikäisten osalta (6–17-vuotiaat) henkilökohtaisen suostumuksen lisäksi pyydettiin myös huoltajan tai edustajan kirjallinen suostumus. Suostumusasiakirjaan merkittiin erillinen suostumus rekisteritietojen käyttöön (ks. luku 2.4). Kaikki tiedot kerättiin yksilötapaamisessa tutkimuskäynnillä, ja kaikki tutkimuksessa täytettävät lomakkeet jäivät vain kenttätyöntekijälle. Kysymysten eettisyyttä, erityisesti alaikäisten kohdalla, pohdittiin tarkoin. Kysymysten valinnassa vältettiin ylimääräisten arkaluonteisten kysymysten esittämistä, mutta samalla niihin sisällytettiin turvapaikanhakuun liittyviä sensitiivisiä kysymyksiä, kuten kidutus, trauma, seksuaalinen väkivalta ja naisten sukupuolielinten silpominen. Kenttätyöntekijöiden koulutuksessa ja työnohjauksessa käsiteltiin arkaluonteisten aiheiden käsittelyyn ja jatkohoito-ohjaukseen liittyviä kysymyksiä korostaen tutkittavien eettisesti asianmukaista kohtaamista ja ohjausta.

Kaikki tutkimuksessa kerätyt tiedot on säilytetty ja käsitelty luottamuksellisin salassapitovelvollisuutta ja henkilötietolakea (523/1999, HetiL) noudattaen. Tutkittavia koskevia tutkimustilanteessa saatuja tietoja ei luovutettu heidän perheenjäsenilleen, ei edes alaikäisten nuorten huoltajille eikä edustajille. Tutkimuskäynnillä kerätty haastattelu- ja terveystarkastustieto tallennettiin tutkimuskäynnin aikana sähköisesti ilman suoria henkilötunnisteita. Tutkittavan itse täyttämät lomakkeet tallennettiin ensisijaisesti saman päivän aikana. Samaa henkilöä koskevat tiedot voitiin yhdistää tutkittaville annetun ID-numeron ja lomakkeissa käytettyjen viivakooditarrojen avulla. Poikkeustapauksissa tietoteknisistä syistä haastattelu- ja terveystarkastustiedot kirjattiin ensin paperiselle lomakkeelle ja tallennettiin vasta myöhemmin sähköisesti. Tutkimuskäynnillä syntyneet paperit lähetettiin ilman suoria tunnistetietoja tutkimuspäivän päätteeksi THL:een erillisissä erätarralla varustetuissa suljetuissa kirjekuorissa. Vastaanotetut tutkimuslomakkeet ja suostumukset tallennettiin ja arkistoiitiin THL:ssa.

2.4 Tutkimusaineistoon liitettävät muut tutkimus- ja rekisteritiedot

Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda

Tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä pyydettiin erillinen suostumus liittää kerättyyn haastattelu- ja terveystarkastusaineistoon vastaanottokeskusten käyttämän potilastietojärjestelmän sisältämiä tietoja turvapaikanhakuprosessin aikaisesta terveyspalveluiden käytöstä. Tällaisen suostumuksen antoi 98 % tutkimukseen osallistuneista (n=1 060). Näiden tietojen avulla voidaan myöhemmin raportoitavissa tutkimuksissa arvioida muun muassa sitä, millaisia palveluja tutkimukseen osallistuneet turvapaikanhakijat ovat vastaanottoprosessin aikana tarvinneet ja miten palvelutarpeet ovat kehittyneet tai muuttuneet tutkimukseen osallistumisen jälkeen.

Tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä pyydettiin myös erillinen suostumus liittää tämän tutkimuksen aineistoon, myönteisten oleskelulupien tapauksessa, kansallisia väestörekisteritietoja, joista koko väestön terveyttä ja hyvinvointia Suomessa seurataan. Tällaisia rekisteritietoja ovat esimerkiksi Väestörekisterikeskuksen, työ- ja elinkeinoministeriön, Kansaneläkelaitoksen, THL:n ja Tilastokeskuksen tiedot. Liitettävien rekisteritietojen tarkemmat sisällöt ja niiden tutkimuskäyttö tarkentuvat myöhemmin kultakin rekisteriviranomaiselta haettavin tietopyynnöin. Tämän suostumuksen antoi 97 % tutkimukseen osallistuneista (n=1 056). Tällaisen rekisteriseurannan toteutus edellyttää myös mahdollisuutta yhdistää UMA-rekisterin henkilötunnisteet ja myöhemmin saatu suomalainen henkilötunnus.

TERTTU-tutkimuksen kanssa samanaikaisesti toteutettiin erillinen rokotesuojatutkimus, ”Turvapaikanhakijoiden immuniteetin taso rokotuksen ehkäistävillä taudeilla” -tutkimus, johon osallistuvilta pyydettiin erillinen suostumus TERTTU-tutkimuksessa kerättyjen tietojen yhdistämiselle. Rokotesuojatutkimuksen tavoitteena on arvioida Suomeen saapuvien turvapaikanhakijaryhmien suojaa rokotuksen ehkäistäviä tauteja vastaan ja siihen kutsuttiin Afganistanista, Irakista, Somaliasta ja Venäjältä lähtöisin olevia turvapaikanhakijoihin, jotka eivät vielä olleet saaneet rokotuksia Suomessa. Tutkimuksen tiedonkeruu jatkuu vuoden 2019 kesään saakka. Rokotesuojatutkimusta koordinoivat THL:n Infektiotautien torjunta ja rokotukset -yksikön asiantuntijat.

2.5 Tilastolliset menetelmät

Eero Lilja

Tässä raportissa kuvatut tulokset perustuvat tilastollisiin analyyseihin, joissa on oletettu tutkimukseen osallistuneiden olevan yksinkertainen satunnaisotos koko perusjoukosta. Tutkimukseen osallistui kokonaisia perheitä, jonka takia estimaateissa tulisi huomioida perheyskoiden sisäinen korrelaatio. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista, koska tieto perheyskoidista oli puutteellinen tätä raporttia valmisteltaessa. Puutteellisen rekisteritiedon takia aineistoa ei myöskään ole painotettu vastauskadon korjaamiseksi. Näitä voidaan huomioida tarkemmin myöhemmissä jatkoanalyyseissa.

Raportissa esitettyjen estimaattien satunnaisvaihtelua arvioidaan 95 %:n luottamusväleillä, jotka on laskettu käyttäen logit-muunnosta. Äärellisen populaation korjausta (finite population correction, FPC) ei käytetty, vaikka merkittävä osa perusjoukosta osallistui tutkimukseen. Koska FPC:n vaikutuksen arvioidaan olevan sisäkorrelaation vaikutusta suurempi, raportissa esitetyt luottamusvälit edustavat estimaattien epävarmuutta melko hyvin. Tulokset esitetään sukupuolittain, ikäryhmittäin, maaryhmittäin sekä samanaikaisesti maaryhmittäin ja sukupuolittain ja aineiston koon riittäessä maaryhmittäin, ikäryhmittäin ja sukupuolittain. Osallistujien tunnistettavuuden välttämiseksi tarkastelu on rajattu niihin tuloksiin, joissa

tarkasteltavan ryhmän koko oli vähintään 30 tutkittavaa ja jokainen yksittäinen tarkasteltava solukoko oli vähintään 5 tutkittavaa. Näistä syistä alaikäisiä koskevat tulokset raportoidaan mahdollisuuksien mukaan vain sukupuolittain tai sukupuolet yhteensä, eikä heistä voida esittää maaryhmittäisiä tuloksia. Samoin perustein maa-ryhmittäin ja sukupuolittain esitettävissä tuloksissa Muu alue -ryhmän naisten tuloksia ei esitetä. Raportin kirjoittajien tueksi aikuisten tuloksille laskettiin myös ikävakioidut estimaatit, joita raportissa ei esitetä.

3 Sosiodemografiset tekijät ja elinolot

Hiljattain maahan tulleiden turvapaikanhakijoiden terveyteen vaikuttavat oleellisesti tavalla heidän sosiodemografinen taustansa ja elinolosuhteensa sekä ennen matkaa että matkan aikana. Turvapaikanhakumatka voi vaikuttaa monin tavoin terveyteen ja hyvinvointiin, esimerkiksi koettuina järkyttävinä tilanteina, tartuntatautiriskeinä tai rajallisina mahdollisuuksina hoitaa akuutteja ja pitkäaikaisia sairauksia. Näiden vaikutusten todennäköisyys riippuu esimerkiksi matkan pituudesta ja olosuhteista sen aikana. Sosiodemografisina tekijöinä tässä raportissa kuvataan niitä ominaisuuksia, joilla tiedetään olevan yhteys terveyteen ja hyvinvointiin, kuten koulutustaso, aikaisempi työkokemus ja perherakenne. Lisäksi kuvataan perhesuhteita ja mahdollisuuksia pitää yhteyttä itselle läheisiin henkilöihin. Kielitaito sekä lukua ja kirjoitustaito vaikuttavat mahdollisuuksiin hakea ja saada tietoa omaan ja lasten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä asioista sekä palveluista. Lisäksi ne vaikuttavat siihen, miten esimerkiksi erilaisten lomakkeiden avulla voidaan saada tietoa turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista sekä siihen miten alkuterveystarkastukset voidaan järjestää.

Sosiodemografisten tekijöiden ja elinolojen selvittäminen voi vastaanottokeskuksissa kuulua esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden tai ohjaajien tehtäviin, jolloin on tarpeen kysyä turvapaikanhakijoilta lupa välittää näitä tietoja myös alkuterveystarkastuksen tekeväälle hoitajalle, jotta samoja, joskus vaikeastikin käsiteltäviä asioita ei tarvitse turhaan toistaa useassa tilanteessa. Tarvittaessa näitä voidaan selvittää myös alkuterveystarkastuksessa. Osa näistä tiedoista on tarpeellista välittää vanhempien suostumuksella myös esimerkiksi lastenneuvolaan tai kouluterveydenhuoltoon, jotta mahdolliset riskit lapsen ja nuoren terveyden ja hyvinvoinnin kannalta voidaan jatkossa huomioida normaalin kasvun ja kehityksen tukemiseksi sekä sairauksien ehkäisemiseksi.

3.1 Koulutus ja aikaisempi työkokemus

Natalia Skogberg, Tuija Martelin, Awa Ahmed Haji Omar, Päivikki Koponen

- Tutkimukseen osallistuneissa aikuisissa oli sekä matalasti että korkeasti koulutettuja: noin viidesosa oli suorittanut enintään peruskouluopintoja ja 38 % oli suorittanut korkeakoulututkinnon.
- Alhaisin koulutustaso oli Muu Afrikka -ryhmässä, erityisesti naisilla, joista 15 % ei ollut käynyt koulua lainkaan ja 34 % oli suorittanut korkeintaan perusasteen koulutuksen.
- Noin viidesosa 13–17-vuotiaista ja hieman alle kymmenesosa 7–12-vuotiaista turvapaikanhakijalapsista oli suorittanut lyhyemmän oppimäärän kuin samanikäinen Suomessa koulua käynyt lapsi keskimäärin, mikä osoittaa perus- ja lukio-opetukseen valmistavan ja ammatilliseen koulutukseen valmentavan opetuksen tarvetta.

- Aikuisista 77 % oli ollut töissä lähtömaassaan ennen Suomeen tuloaan, miehistä useammat (86 %) kuin naisista (65 %).
- Koulutustaustan selvittämisellä voidaan arvioida henkilön terveystiedon lukutaidon tasoa sekä valmiuksia omaksua vastaanottopalveluihin liittyvää tietoa, kun taas työssäkäynnin ja ammatin kartoituksen avulla saadaan tietoa työoloista sekä elintasosta ennen Suomeen tuloa, joilla voi myös olla terveysvaikutuksia.

Johdanto

Koulutustaso vaikuttaa monia polkuja pitkin yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointiin ja terveyteen. Se on yhteydessä esimerkiksi terveystiedon lukutaitoon eli kykyyn lukea, ymmärtää, kommunikoida ja hyödyntää erilaista terveyttä koskevaa tietoa (Hirvonen ym. 2015). Monet elämänlaatuun, terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat sekä terveyden kannalta epäedulliset elintavat ovat keskimäärin yleisempiä vähän koulutusta saaneilla kuin enemmän koulutetuilla (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Myös elinajanodotteessa on selviä eroja koulutusryhmien välillä (Tarkiainen ym. 2017). Koulutustaso liittyy myös läheisesti ammattiin, joka puolestaan on vahvasti yhteydessä muun muassa työllistymiseen, työoloihin ja tuloihin.

Kattavin tieto Suomessa pysyvästi asuvan ulkomaalaistaustaisen aikuisväestön koulutusrakenteesta on saatavilla vuonna 2014 toteutetusta Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksesta (UTH; Sutela & Larja 2015). Suomessa pysyvästi asuvista ulkomaalaistaustaisista 25–54-vuotiaista hieman alle viidesosa oli suorittanut enintään perusasteen tutkinnon ja 40 % korkeakoulututkinnon. Ulkomaalaistaustaisen väestön koulutusrakenteessa oli myös merkittäviä maaryhmittäisiä eroja. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta Suomeen muuttaneista henkilöistä 38 % ja Muualta Afrikasta muuttaneista 29 % oli suorittanut enintään perusasteen tutkinnon. Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista muuttaneista puolestaan vain 7 % oli suorittanut enintään perusasteen tutkinnon, mikä oli sama osuus kuin Suomen koko väestössä. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden osuus oli noin puolet Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmässä, kolmasosa Muu Afrikka- ja neljäsosa Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmissä, kun vastaava osuus koko Suomen väestössä oli 42 % (Sutela & Larja 2015). On kuitenkin huomioitava, että eri maissa suoritettut tutkinnot eivät ole keskenään täysin vertailukelpoisia. Saman asteen ulkomailla suoritettu tutkinto voi poiketa merkittävästi Suomessa suoritettusta tutkinnosta johtuen maista ja eri ajankohdasta riippuvista koulutusjärjestelmään ja tutkintovaatimukseen liittyvistä eroista.

Vuoden 2016 Opetus- ja kulttuuriministeriön teettämässä selvityksessä kartoitettiin Suomeen saapuneiden turvapaikanhakijoiden koulutustaustaa ja työhistoriaa (Sandberg & Stordell 2016). Kyselyyn osallistuivat pääosin miehet (90 %), joista kaksi kolmasosaa oli 19–29-vuotiaita. Merkittävä osuus vastaajista oli lähtöisin Irakista (66 %) ja Afganistanista (16 %). Selvityksen mukaan 7 %:lla ei ollut lain-

kaan koulutusta, 43 % oli suorittanut perusasteen opintoja tai korkeintaan perusasteen koulutuksen ja 16 %:lla oli korkeakoulututkinto. Selvä enemmistö (90 %) oli ollut työelämässä ennen Suomeen tuloa. Yleisimmät toimialat olivat rakennus- (27 %), kuljetus- (21 %), myynti- (13 %) sekä ravintola- ja hotelliala (13 %; Sandberg & Stordell 2016).

Menetelmät

Koulutustaustaa selvitettiin haastattelussa aikuisilta, nuorilta sekä alakouluikäisiltä lapsilta osalta. Aikuisilta kysyttiin, mikä on vastaajan korkein suoritettu koulutus tai tutkinto (ei tietoa/ei koulutustaustaa/peruskoulutus 3 vuotta tai alle/peruskoulutus 4–6 vuotta/peruskoulutus 7–9 vuotta/lukio/ammattillinen koulutus/korkeakoulututkinto). Vastaukset luokiteltiin neljään ryhmään (ei koulutustaustaa/korkeintaan peruskoulu/lukio tai ammatillinen koulutus/korkeakoulututkinto).

Nuorten ja 7–12-vuotiaiden lasten koulukäyntiä selvitettiin kysymällä, onko lapsi tai nuori käynyt koulua ennen Suomeen tuloa. Koululla täsmennettiin tarkoitettavan paikkaa, jossa opiskellaan kirjoittamista ja lukemista. Mikäli lapsi tai nuori oli käynyt koulua, kysyttiin koulukäynnin pituutta vuosina. Tässä luvussa lasten ja nuorten koulunkäyntiä raportoidaan suhteessa suomalaiseen koulujärjestelmään. Tavoitteena oli selvittää, onko lapsi ikäänsä nähden käynyt koulua vastaavan pituisen ajan kuin yleensä samanikäinen Suomessa koulua käynyt lapsi. Suhteellisen koulunkäynnin pituusmittari muodostettiin siten, että 8-vuotiaan lapsen oletettiin käyneen koulua noin vuoden, 9-vuotiaan 2 vuotta, 10-vuotiaan 3 vuotta ja niin edelleen. Mikäli suhteellisen koulukäynnin pituus vastasi tätä arviota, suoritettuna kouluvuosi luokiteltiin vastaavan samanikäisen Suomessa oppivelvollisuuttaan suorittaneen lapsen koulunkäynnin pituutta. Enimmäisoletusarvo 17-vuotiaiden osalta oli 9 vuotta koulua, koska Suomessa oppivelvollisuus on 9 vuotta peruskoulua.

Koulutuksen lisäksi aikuisilta selvitettiin aikaisempi työkokemus kysymällä, onko hän ollut töissä ennen Suomeen tuloa (kyllä/ei). Myönteisesti vastanneilta tarkennettiin vielä, millä alalla hän pääasiassa työskenteli. Avovastauskenttään kirjattiin toimiala tai ammattinimike. Vastaukset luokiteltiin Tilastokeskuksen vuoden 2010 Ammatiluokituksen mukaan (sotilaat/johtajat/erityisasiantuntijat/asiantuntijat/toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät/palvelu- ja myyntityöntekijät/maanjelkijät, metsätyöntekijät ym./rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät/prosessi- ja kuljetustyöntekijät/muut työntekijät/tuntematon). Näiden pohjalta muodostettiin aikaisempaa työkokemusta kuvaava kolmiluokkainen ryhmittely. Sen ensimmäisen luokan muodostavat ne vastaajat, jotka eivät olleet töissä ennen Suomeen tuloa. Työssä olleet luokiteltiin ammattitiedon perusteella kahteen luokkaan: johtajat, erityisasiantuntijat ja asiantuntijat; kaikki muut ryhmät.

Tulokset

Aikuiset

Tutkimukseen osallistuneista aikuisista 3 % ei ollut käynyt koulua lainkaan (taulukko 3.1.1). Ei lainkaan koulua käyneiden osuus oli selvästi suurempi naisilla (6 %) kuin miehillä (1 %). Muuten koulutustasossa ei havaittu merkittäviä sukupuolieroja, kun kaikkia maaryhmiä tarkasteltiin yhdessä. Selvä enemmistö vastaajista (80 %) oli suorittanut vähintään lukion tai ammatillisen tutkinnon, ja yli kolmasosalla (38 %) oli korkeakoulututkinto. Korkeintaan peruskoulun suorittaneiden osuus oli selvästi suurempi nuorten aikuisten ikäryhmässä vanhempiin ikäryhmiin verrattuna (taulukko 3.1.2). Koulutusrakenteessa ei havaittu merkittäviä eroja 30–39-vuotiaiden ja 40 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä.

Maaryhmittäin tarkasteltuna 8 % Muu Afrikka -ryhmään kuuluvista aikuisista ja 4 % Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvista turvapaikanhakijoista ei ollut käynyt koulua lainkaan, kun vastaava osuus Muu alue -ryhmässä oli hyvin pieni. Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmässä kaikki olivat käyneet vähintään peruskoulun. Tarkemmassa maaryhmän sisäisessä sukupuolittaisessa tarkastelussa havaittiin, että jopa 15 % Muu Afrikka -ryhmään kuuluvista naisista ja 6 % Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän naisista ei ollut käynyt koulua lainkaan (kuvio 3.1.1).

Muihin alueellisiin ryhmiin verrattuna Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmään kuuluvista vastaajista 94 % oli suorittanut vähintään lukion tai ammatillisen tutkinnon, kun vastaavat osuudet muissa alueellisissa ryhmissä vaihtelivat 65–82 % välillä (taulukko 3.1.3). Vähintään lukion tai ammatillisen tutkinnon suorittaneiden osuus oli alhaisin Muu Afrikka -ryhmässä, erityisesti naisilla (51 %, kuvio 3.1.1). Puolet Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvista aikuisista oli suorittanut korkeakoulututkinnon, kun vastaavat osuudet olivat 26–32 % muissa ryhmissä.

Noin kolme neljäsosaa aikuisista turvapaikanhakijoista oli ollut töissä ennen Suomeen tuloa (taulukko 3.1.1). Noin kolmasosa oli työskennellyt johto-, erityisasiantuntija- tai asiantuntijatehtävissä ja noin puolet erilaisissa toimisto-, palvelu-, myynti-, rakennus-, prosessi- ja kuljetusalan tehtävissä. Kun kaikkia maaryhmiä tarkasteltiin yhdessä, johto-, erityisasiantuntija- sekä asiantuntijatehtävissä aikaisemmin työskennelleiden naisten osuus oli yhtä suuri kuin miesten. Naiset olivat kuitenkin kaksi kertaa miehiä todennäköisemmin olleet työelämän ulkopuolella. Ennen Suomeen tuloa töissä olleista miehistä huomattavasti pienempi osa oli työskennellyt johto- tai asiantuntijatehtävissä kuin töissä olleista naisista. Ikäryhmittäisissä tarkasteluissa havaittiin, että nuoret aikuiset (18–29-vuotiaat) olivat kaksi kertaa todennäköisemmin olleet työelämän ulkopuolella ennen Suomeen tuloa, ja heistä pienempi osuus työskenteli johto- ja asiantuntijatehtävissä vanhempiin ikäluokkiin verrattuna (taulukko 3.1.2).

Maaryhmittäisissä tarkasteluissa havaittiin, että Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmään kuuluvat henkilöt olivat huomattavasti todennäköisemmin olleet työelämässä muihin ryhmiin verrattuna (taulukko 3.1.3). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto sekä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmiin kuuluvat henkilöt olivat työskennelleet todennäköisemmin johto- ja asiantuntijatehtävissä muihin maaryhmiin verrattuna. Kaikkiin alueellisiin ryhmiin kuuluvat naiset olivat samaan ryhmään kuuluviin miehiin verrattuina huomattavasti useammin olleet työelämän ulkopuolella (kuvio 3.1.2). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmään kuuluvista naisista 15 % ja lähes puolet Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka sekä Muu Afrikka -ryhmiin kuuluvista naisista ilmoitti, etteivät he olleet olleet töissä ennen Suomeen tuloa. Muu Afrikka -ryhmän naisista huomattavasti pienempi osuus (11 %) oli työskennellyt johto- ja asiantuntijatehtävissä muihin ryhmiin kuuluviin naisiin verrattuina. Osuus oli suurin Venäjän ja entinen Neuvostoliiton alueilta tulleilla naisilla, joilla se oli suurempi (44 %) kuin samalta alueelta tulleilla miehillä (32 %).

Taulukko 3.1.1. Koulutus ja aikaisempi työkokemus sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=467	Naiset n=307	Yhteensä n=774
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Koulutus			
Ei koulutustaustaa	1,3 (0,6–2,8)	5,9 (3,7–9,1)	3,1 (2,1–4,6)
Korkeintaan peruskoulu	17,3 (14,2–21,1)	16,6 (12,8–21,2)	17,1 (14,6–19,9)
Lukio tai ammatillinen tutkinto	43,5 (39,0–48,0)	38,8 (33,5–44,3)	41,6 (38,2–45,1)
Korkeakoulututkinto	37,9 (33,6–42,4)	38,8 (33,5–44,3)	38,2 (34,9–41,7)
Aikaisempi työkokemus			
Ei töissä	14,2 (11,3–17,7)	35,0 (29,8–40,5)	22,5 (19,7–25,6)
Johtajat, erityisasiantuntijat, asiantuntijat	29,7 (25,7–34,1)	33,3 (28,3–38,8)	31,2 (28,0–34,5)
Muut ¹	56,0 (51,5–60,5)	31,7 (26,7–37,1)	46,4 (42,9–49,9)

LV, luottamusväli

¹ Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät, palvelu- ja myyntityöntekijät, maanviljelijät ja metsätyöntekijät tmv., rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät, yrittäjät, sotilaat, tuntematon

Taulukko 3.1.2. Koulutus ja aikaisempi työkokemus ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=289	30–39v n=287	40v+ n=198
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Koulutus			
Ei koulutustaustaa	2,8 (1,4–5,4)	3,1 (1,6–5,9)	3,5 (1,7–7,2)
Korkeintaan peruskoulu	23,2 (18,7–28,4)	13,9 (10,4–18,5)	12,6 (8,7–18,0)
Lukio tai ammatillinen tutkinto	45,7 (40,0–51,5)	37,6 (32,2–43,4)	41,4 (34,7–48,4)
Korkeakoulututkinto	28,4 (23,5–33,9)	45,3 (39,6–51,1)	42,4 (35,7–49,4)
Aikaisempi työkokemus			
Ei töissä	32,6 (27,5–38,3)	16,9 (13,0–21,7)	15,7 (11,2–21,4)
Johtajat, erityisasiantuntijat, asiantuntijat	21,2 (16,8–26,3)	36,3 (30,9–42,0)	38,4 (31,9–45,4)
Muut ¹	46,2 (40,5–52,0)	46,8 (41,1–52,7)	46,0 (39,1–52,9)

LV, luottamusväli

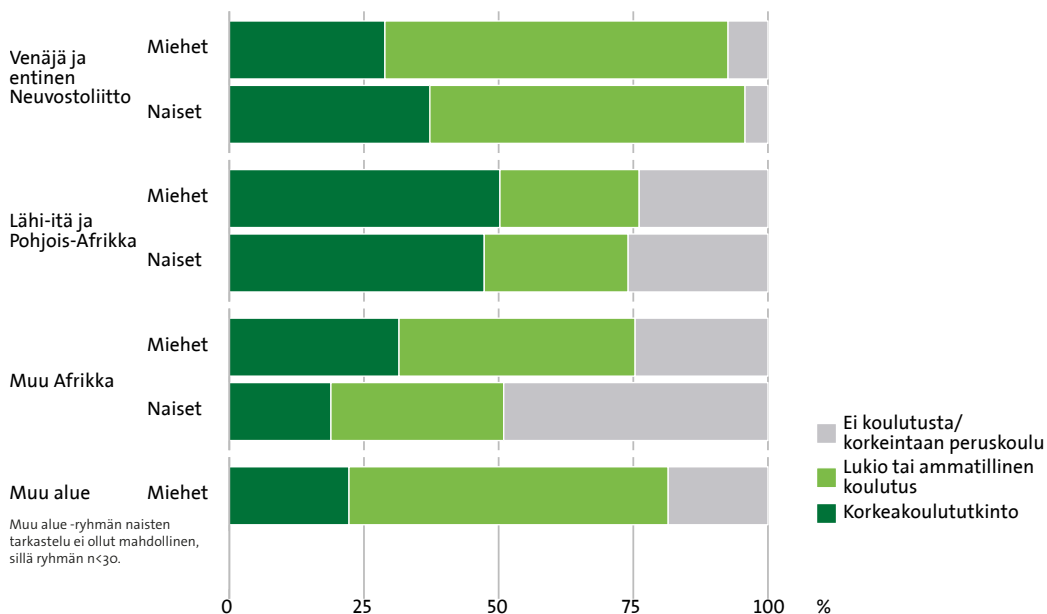
¹ Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät, palvelu- ja myyntityöntekijät, maanviljelijät ja metsätyöntekijät tmv., rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät, yrittäjät, sotilaat, tuntematon

Taulukko 3.1.3. Koulutus ja aikaisempi työkokemus maaryhmittäin, aikuiset

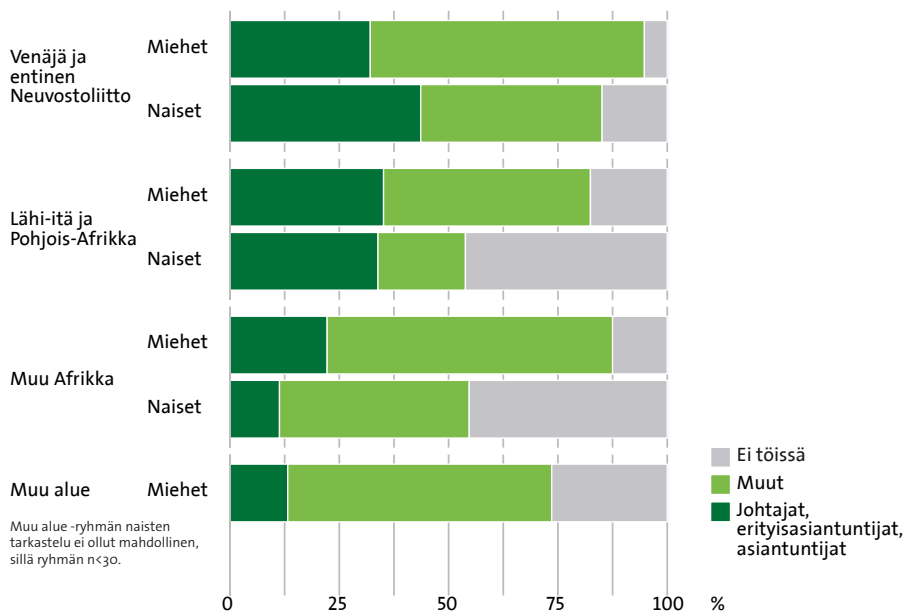
	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=336	Muu Afrikka n=126	Muu alue n=83
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Koulutus				
Ei koulutus- taustaa tai korkeintaan peruskoulu	6,1 (3,7–10,1)	24,7 (20,4–29,6)	34,9 (27,1–43,6)	18,1 (11,2–27,9)
Lukio tai ammatillinen tutkinto	61,6 (55,1–67,7)	26,2 (21,8–31,2)	38,9 (30,8–47,7)	53,0 (42,3–63,5)
Korkeakoulu- tutkinto	32,3 (26,6–38,7)	49,1 (43,8–54,5)	26,2 (19,2–34,6)	28,9 (20,2–39,6)
Aikaisempi työkokemus				
Ei töissä	9,2 (6,1–13,7)	28,7 (24,1–33,7)	26,4 (19,4–34,8)	28,0 (19,4–38,7)
Johtajat, erityis- asiantuntijat, asiantuntijat	36,8 (30,8–43,3)	34,6 (29,7–39,9)	17,6 (11,9–25,3)	22,0 (14,3–32,2)
Muut ¹	53,9 (47,4–60,3)	36,7 (31,7–42,0)	56,0 (47,2–64,5)	50,0 (39,3–60,7)

LV, luottamusväli

¹ Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät, palvelu- ja myyntityöntekijät, maanviljelijät ja metsätyöntekijät tmv., rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät, yrittäjät, sotilaat, tuntematon



Kuvio 3.1.1. Koulutusaste maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 3.1.2. Aikaisempi työkokemus maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Nuorista eli 13–17-vuotiaista 82 %:lla oli vastaava määrä kouluvuosia kuin samanikäisillä Suomessa koulua käyneillä lapsilla keskimäärin.

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisistä 7–12-vuotiaista lapsista 93 %:lla oli vastaava määrä kouluvuosia kuin samanikäisillä Suomessa koulua käyneillä lapsilla keskimäärin.

Yhteenveto ja pohdinta

Suomessa pysyvästi asuviin ulkomaista syntyperää oleviin henkilöihin verrattuna Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleiden turvapaikanhakijoiden koulutustaso oli alhaisempi ja Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla puolestaan korkeampi (Sutela & Larja 2015). Erityisesti Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleiden turvapaikanhakijoiden erot suhteessa muuhun venäläistaustaiseen väestöön Suomessa voivat liittyä erilaisiin maahanmuuttosyihin ja sitä kautta myös erilaisiin terveyttä määrittäviin sosiodemografisiin tekijöihin lähtömaassa. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä oli naisia, joilla ei ollut lainkaan koulutusta (6 %) tai joilla oli korkeintaan peruskoulutus (19 %), mutta samalla heissä oli myös paljon korkeasti koulutettuja (47 %) naisia. Muu Afrikka -ryhmään kuuluvilla turvapaikanhakijoilla oli matalin koulutustaso muilta alueilta tulleisiin turvapaikanhakijoihin verrattuna, joka selittyi ensisijaisesti naisten vähäisellä koulutuksella. Muu Afrikka -ryhmään kuuluvista naisista 15 %:lla ei ollut lainkaan koulutusta ja 34 % oli suorittanut korkeintaan peruskoulututkinnon. Korkeintaan peruskoulun suorittaneiden osuus oli selvästi suurempi nuorten aikuisten ikäryhmässä kuin 30 vuotta täytäneillä, mikä voi selittyä osittain sillä, että osalla alle 30-vuotiaista koulutus on ollut vielä kesken.

Ainakin noin viidesosa 13–17-vuotiaista nuorista tarvitsee suomenkielenopetuksen lisäksi valmistavia opintoja, koska heidän suorittamiensa kouluvuosien määrä oli alempi verrattuna samanikäisiin Suomessa oppivelvollisuuttaan suorittaviin lapsiin ja nuoriin. Valmistavan opetuksen tarpeeseen vaikuttaa tässä tutkimuksessa arvioitujen kouluvuosien määrän lisäksi myös aiemman opetuksen sisältö.

Kolme neljästä aikuisista turvapaikanhakijoista oli ollut työelämässä ennen Suomeen tuloa, miehistä 86 % ja naisista 65 %. Miesten työssäkäynti lähtömaassa on samaa luokkaa kuin aikaisemmassa selvityksessä (Sandberg & Stordell 2016). Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleista naisista suurempi osuus oli työskennellyt johto- ja asiantuntijatehtävissä kuin näistä maista tulleista miehistä. Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista tulleiden vastaajien joukossa kyseinen osuus oli suunnilleen yhtä suuri naisilla ja miehillä. Tämä liittyy todennäköisesti siihen, että näissä ryhmissä oli myös paljon korkeasti koulutettuja naisia. Kuitenkaan Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu Afrikka -ryhmissä noin puolet naisista ei ollut ollut työ-

elämässä lähtömaassaan. Tämä voi liittyä sekä lähtömaan sukupuolirooleihin, mutta myös siihen, että merkittävällä osalla näistä naisista ei ollut peruskoulun jälkeistä koulutusta, etenkin Muu Afrikka -ryhmään kuuluvilla naisilla.

Koulutustaustan ja aikaisemman työkokemuksen kartoittaminen auttaa terveydenhuollon ammattilaisia hahmottamaan henkilön valmiuksia omaksua terveystietoa sekä arvioimaan aikaisempaan elintasoon ja työhön liittyneitä mahdollisia vaikutuksia terveydelle heidän lähtömaassaan. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että erityisesti naisilla koulutustaustat vaihtelevat paljon saman maaryhmänkin sisällä: vaikka matalasti koulutetut henkilöt ovat yliedustettuna joissakin maaryhmissä, niissä kaikissa on myös korkeasti koulutettuja.

3.2 Äidinkieli, kielitaito sekä luku- ja kirjoitustaito

Päivikki Koponen, Natalia Skogberg, Tuija Martelin, Seppo Koskinen

- Enemmistö aikuista ja nuorista (13–17-vuotiaista) turvapaikanhakijoista, sekä alakouluikäisistäkin yli puolet, osasi oman äidinkieltänsä lisäksi jotain muuta kieltä, yleisimmin englantia tai venäjää.
- Lähes 90 %:lla aikuista ja noin 85 %:lla nuorista oli hyvä luku- ja kirjoitustaito eli he kertoivat osaavansa lukea ja kirjoittaa kaikenlaista tekstiä.
- Tulkkipalveluksesta työskentely on kuitenkin tärkeää, jotta voidaan varmistaa riittävä ymmärrys turvapaikanhakijan yksilöllisestä tilanteesta alkuterveystarkastuksessa.
- Vaikka luku- ja kirjoitustaidottomia oli vähän, on heidän tilanteensa huomioitava, eikä turvapaikanhakijoiden terveyspalvelutarpeiden arviointi voi perustua vain itse täytettäviin kyselylomakkeisiin.
- Eri kielillä tuotetut kirjalliset materiaalit eivät tavoita kaikkia, joten neuvontaa oman terveyden edistämisestä ja terveyspalveluista tarvitaan myös suullisesti tai muun, ei-kirjallisen materiaalin avulla.

Johdanto

Kielitaito on tärkeä osa kotoutumista (Nieminen & Larja 2015), mutta sillä on merkitystä jo turvapaikanhakuprosessin aikana. Vaikka turvapaikanhakijoilla on oikeus saada tulkki eri asiointitilanteissa, voi jonkin Suomessa yleisemmin käytetyn kielen, tarvittaessa muun kuin oman äidinkielen, esimerkiksi englannin kielen, taito huomattavasti helpottaa arjessa pärjäämistä. Tämä voi mahdollistaa myös omia tarpeita paremmin vastaavien terveyspalvelujen käytön sekä vastaanottokeskuksessa että tarvittaessa päivystyskäynneillä tai lasten terveyspalveluissa. Kielitaito sekä luku- ja kirjoitustaito avaavat turvapaikanhakijalle itselleen ja turvapaikanhakijalapsen huoltajille mahdollisuuksia tutustua itsenäisesti kirjallisiin materiaaleihin. Luku- ja kirjoitustaito ainakin omalla äidinkielellä mahdollistavat erilaisten lomakkeiden

täyttämisen ja tiedotteiden tai esitteiden lukemisen sekä itsenäisen tiedon etsimisen esimerkiksi internetistä. Lukutaito on myös edellytys sille, että turvapaikanhakija voi vastata ennen alkuterveystarkastusta mahdollisesti annettavaan terveyskyselyyn tai tutustua tietoon terveyspalveluista ja omaa terveyttä koskevista asioista. Siksi nämä taidot on tärkeä ottaa huomioon jo alkuterveystarkastuksessa.

Kieli-, luku- ja kirjoitustaito ovat yhteydessä saatuun koulutukseen (ks. luku 3.1), mutta monikielisyys ja vieraiden kielten taito ovat voineet kehittyä myös muualla kuin koulussa. Vuonna 2014 lähes joka viidennellä Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimukseen (UTH) osallistuneella vakituisesti Suomessa asuvalla ulkomailla syntyneellä henkilöllä oli oman arvionsa mukaan lähes äidinkieltä vastaava suomen tai ruotsin kielen suullinen taito (Nieminen & Larja 2015). Joka neljäs arvioi olevansa aloittelija tai ei puhunut kumpaakaan kieltä. Suurin osa (75 %) puhui ainakin jonkin verran englantia.

Niistä maista tulevilla, joissa tyttöjen koulutus on usein poikia vähäisempää tai rajoitetumpaa, voi erityisesti tyttöjen ja naisten luku- ja kirjoitustaidoissa olla puutteita. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu) somalia-laistaustaisista naisista 12 % ja kurditaustaisista naisista 8 %, mutta miehistä vain 1 % ja 3 % arvioi lukutaitonsa huonoksi tai puuttuvaksi (Koskinen ym. 2012b). Venäjälaistaustaisilla henkilöillä ei taas ollut puutteita lukutaidossa.

Menetelmät

Kenttätutkijat kirjasivat haastattelun alussa tutkittavan äidinkielen. Aikuisten ja nuorten kielitaitoa kartoitettiin haastattelussa kysymällä, osaako vastaaja äidinkieltänsä lisäksi joitakin muita kieliä. Vastausvaihtoehdot olivat: ei/Arabia/Kurdi/Dari/Persia/Somali/Venäjä/Englanti/Ranska/muu, mikä. Lasten huoltajilta kysyttiin, osaako lapsi oman äidinkieltänsä lisäksi jotakin muuta kieltä. Vastauksiin kirjatut kielet luokiteltiin ISO 639-3 -koodauksen mukaan. Tässä raportoidaan tutkittavien oman äidinkielen lisäksi vastaajan osaamien kielten lukumäärä (keskiarvo), sekä niiden osuus, jotka eivät osanneet äidinkieltänsä lisäksi mitään muuta kieltä. Lisäksi esitetään niiden osuus, jotka osasivat jotain sellaista kieltä, jolla on todennäköisesti helppo tulla toimeen Suomessa: suomea, ruotsia tai englantia. Alle kouluikäisistä lapsista kielitaito esitetään kaksi vuotta täyttäneille.

Aikuisten ja nuorten luku- ja kirjoitustaitoa selvitettiin kysymällä, miten hyvin vastaaja osaa lukea tai kirjoittaa parhaiten osaamallaan kielellä (pystyn lukemaan tai kirjoittamaan kaikenlaista tekstiä/pystyn lukemaan tai kirjoittamaan yksinkertaisia tekstiä/osaan lukea tai kirjoittaa nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita/en lainkaan). Alakouluikäisten lasten luku- ja kirjoitustaitoa selvitettiin kysymällä huoltajalta, osaako lapsi lukea tai kirjoittaa jollakin kielellä (osaa lukea tai kirjoittaa/osaan lukea tai kirjoittaa tuttuja nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita/ei lainkaan). Näistä raportoidaan niiden aikuisten ja nuorten osuus, jotka osasivat lukea tai kirjoittaa kaikenlaista tekstiä, sekä lapsille niiden kouluikäisten osuus, joiden huoltajat arvioivat lapsensa osaavan lukea tai kirjoittaa enemmän kuin vain tuttuja nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita.

Tulokset

Aikuiset

Taulukossa 3.2.1 esitetään tutkimukseen osallistuneiden yleisimmät äidinkielet. Sekä naisilla että miehillä yleisin äidinkieli oli venäjä ja seuraavaksi yleisimpiä olivat turkki, arabia, kurdi ja persia. Noin joka viidennen tutkimukseen osallistuneen aikuisen turvapaikanhakijan äidinkieli oli venäjä.

Turvapaikanhakijoista 2 % kertoi osaavansa suomea tai ruotsia (taulukko 3.2.2). Yksittäisiä, suomea tai ruotsia osaavia turvapaikanhakijoita oli lähes kaikissa maaryhmissä. Aikuisista noin puolet (52 %) kertoi osaavansa englantia, miehistä useammat kuin naisista. Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleet osasivat muita harvemmin englantia (taulukko 3.2.4). Yleisimmin osatut muut kielet kuin äidinkieli olivat englanti, venäjä, arabia, persia, ranska, turkki, saksa, italia ja ukraina. Äidinkielensä lisäksi sekä miehet että naiset osasivat keskimäärin 1,5 muuta kieltä. Alle viidesosa miehistä ja alle kolmasosa naisista ei osannut oman äidinkielensä lisäksi mitään muuta kieltä.

Selvä enemmistö kaikista turvapaikanhakijoista kertoi osaavansa lukea ja kirjoittaa kaikenlaista tekstiä sillä kielellä, jota osasi parhaiten (taulukko 3.2.2), naiset hieman harvemmin kuin miehet (84 % ja 83 % vs. 93 % ja 91 %). Ikäryhmien välillä ei ollut eroja (taulukko 3.2.3). Vähiten luku- ja kirjoitustaitoisia (71 % ja 74 %) oli Muu Afrikka -ryhmässä (taulukko 3.2.4). Lukutaitoisten osuus oli hieman korkeampi kuin kirjoitustaitoisten sekä miehissä että naisissa, eri ikäryhmissä ja eri maa-ryhmissä.

Taulukko 3.2.1. Äidinkieli sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=473	Naiset n=311	Yhteensä n=784
	%	%	%
Venäjä	18,8	22,5	20,3
Turkki	14,0	12,5	13,4
Arabia	13,7	8,7	11,7
Kurdi	7,6	11,6	9,2
Persia	6,1	9,0	7,3
Espanja	3,4	3,2	3,3
Somali	3,8	2,3	3,2
Tšetšeeni	2,3	3,2	2,7
Albania	3,0	1,6	2,4
Englanti	2,1	2,9	2,4
Portugali	1,1	1,9	1,4
Inguuši	1,7	1,0	1,4
Georgia	1,9	0,3	1,3
Urdu	1,5	1,0	1,3
Bengali	1,3	1,3	1,3
Muu	17,7	17,0	17,4

Taulukko 3.2.2. Kielitaito sekä luku- ja kirjoitustaito sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=477	Naiset n=311	Yhteensä n=788
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Osaa englantia	58,3 (53,8–62,6)	42,1 (36,7–47,7)	51,9 (48,4–55,4)
Osaa suomea tai ruotsia	2,5 (1,4–4,4)	NA ¹	1,8 (1,1–3,0)
Äidinkielen lisäksi osattujen kielten lukumäärä (keskiarvo)	1,6 (1,5–1,7)	1,5 (1,3–1,6)	1,6 (1,5–1,6)
Ei osaa äidinkielen lisäksi mitään muuta kieltä	17,8 (14,6–21,5)	30,2 (25,4–35,6)	22,7 (19,9–25,8)
Osaa lukea kaikenlaista tekstiä	92,6 (89,8–94,6)	83,9 (79,3–87,6)	89,1 (86,7–91,1)
Osaa kirjoittaa kaikenlaista tekstiä	90,9 (87,9–93,1)	83,2 (78,6–87,0)	87,8 (85,3–89,9)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Taulukko 3.2.3. Kielitaito sekä luku- ja kirjoitustaito ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=296	30–39v n=292	40v+ n=200
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Osaa englantia	55,4 (49,7–61,0)	52,1 (46,3–57,7)	46,5 (39,7–53,4)
Osaa suomea tai ruotsia	1,7 (0,7–4,0)	1,7 (0,7–4,1)	NA ¹
Äidinkielen lisäksi osattujen kielten lukumäärä (keskiarvo)	1,5 (1,4–1,7)	1,6 (1,5–1,7)	1,5 (1,4–1,7)
Ei osaa äidinkielen lisäksi mitään muuta kieltä	22,0 (17,6–27,0)	21,6 (17,2–26,7)	25,5 (19,9–32,0)
Osaa lukea kaikenlaista tekstiä	88,0 (83,7–91,2)	89,3 (85,2–92,4)	90,5 (85,6–93,9)
Osaa kirjoittaa kaikenlaista tekstiä	86,6 (82,2–90,1)	87,5 (83,2–90,9)	90,0 (85,0–93,5)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5**Taulukko 3.2.4. Kielitaito sekä luku- ja kirjoitustaito maaryhmittäin, aikuiset**

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=230	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=345	Muu Afrikka n=129	Muu alue n=84
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Osaa englantia	39,1 (33,0–45,6)	55,9 (50,7–61,1)	58,1 (49,5–66,3)	60,7 (49,9–70,6)
Äidinkielen lisäksi osattujen kielten lukumäärä (keskiarvo)	1,5 (1,4–1,7)	1,5 (1,4–1,6)	1,7 (1,5–1,9)	1,8 (1,5–2,1)
Ei osaa äidinkielen lisäksi mitään muuta kieltä	25,7 (20,4–31,7)	22,3 (18,2–27,0)	16,3 (10,9–23,7)	26,2 (17,9–36,6)
Osaa lukea kaikenlaista tekstiä	96,9 (93,7–98,5)	88,6 (84,7–91,5)	74,2 (65,9–81,1)	92,8 (84,8–96,7)
Osaa kirjoittaa kaikenlaista tekstiä	96,5 (93,2–98,2)	87,4 (83,4–90,5)	71,1 (62,7–78,3)	91,6 (83,3–95,9)

LV, luottamusväli

Nuoret

Nuorten (13–17-vuotiaiden) yleisimmät äidinkielet olivat arabia, venäjä ja turkki (taulukko 3.2.5). Heidän yleisimmin osaamansa muut kielet kuin äidinkieli olivat englantia ja venäjä. Yli puolet nuorista kertoi osaavansa englantia (taulukko 3.2.6). Nuorista lähes neljännes ei osannut oman äidinkieltensä lisäksi muita kieliä. Vain muutama nuori kertoi osaavansa suomea tai ruotsia.

Enemmistöllä nuorista oli hyvä luku- ja kirjoitustaito. Heistä 85 % kertoi osaavansa lukea ja 86 % kirjoittaa kaikenlaista tekstiä (taulukko 3.2.6).

Taulukko 3.2.5. Äidinkieli, nuoret

	Yhteensä n=65 %
Arabia	26,2
Venäjä	21,5
Turkki	13,9
Muu	38,4

Taulukko 3.2.6. Kielitaito sekä luku- ja kirjoitustaito, nuoret

	Yhteensä n=65 % (95 %-n LV)
Osaa englantia	53,6 (41,9–65,0)
Ei osaa äidinkielen lisäksi mitään muuta kieltä	23,2 (14,7–34,6)
Osaa lukea kaikenlaista tekstiä	84,6 (73,7–91,5)
Osaa kirjoittaa kaikenlaista tekstiä	86,2 (75,5–92,6)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisten lasten (7–12-vuotiaiden) yleisimmät äidinkielet olivat venäjä, kurdi ja turkki (taulukko 3.2.7). Heidän yleisimmin osaamansa muut kielet kuin äidinkieli olivat englantia ja venäjä. Lähes neljännes alakouluikäisistä osasi huoltajan mukaan englantia (taulukko 3.2.8). Alakouluikäisistä 37 % ei osannut oman äidinkieltensä lisäksi muita kieliä. Vain muutaman alakouluikäisen huoltaja kertoi lapsen osaavan suomea tai ruotsia. Huoltajien arvion mukaan alakouluikäisistä 75 % osasi lukea ja 74 % osasi kirjoittaa.

Taulukko 3.2.7. Äidinkieli, alakouluikäiset lapset

	Yhteensä n=95 %
Venäjä	20,0
Kurdi	13,7
Turkki	12,6
Muu	53,7

Taulukko 3.2.8. Kielitaito sekä luku- ja kirjoitustaito, alakouluikäiset lapset

	Yhteensä n=97 % (95 %-n LV)
Osaa englantia	23,7 (16,3–33,2)
Ei osaa äidinkielen lisäksi mitään muuta kieltä	37,1 (28,1–47,1)
Osaa lukea	74,5 (64,7–82,3)
Osaa kirjoittaa	74,2 (64,4–82,1)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Alle kouluikäisten lasten (0–6-vuotiaiden) yleisimmät äidinkielet olivat turkki, venäjä ja arabia (taulukko 3.2.9). Huoltajien mukaan 2–6-vuotiaista lapsista 8 % osasi englantia, ja 70 % ei osannut äidinkielen lisäksi mitään muuta kieltä (taulukko 3.2.10). Yleisimmin osatut muut kielet kuin äidinkieli olivat venäjä ja englanti.

Taulukko 3.2.9. Äidinkieli, alle kouluikäiset lapset

	Yhteensä n=140 %
Turkki	22,9
Venäjä	15,7
Arabia	14,3
Kurdi	7,9
Muu	39,2

Taulukko 3.2.10. Kielitaito, alle kouluikäiset lapset (2–6-vuotiaat)

	Yhteensä n=98
	% (95 %-n LV)
Osaa englantia	8,0 (4,0–15,5)
Ei osaa äidinkielen lisäksi mitään muuta kieltä	70,4 (60,7–78,6)

LV, luottamusväli

Yhteenveto ja pohdinta

Selvä enemmistö aikuista ja nuorista turvapaikanhakijoista sekä myös alakouluikäisistä lapsista osasi lukea ja kirjoittaa, mutta naisten luku- ja kirjoitustaito oli heikompä kuin miehillä. Osa turvapaikanhakijoista oli kuitenkin täysin luku- ja kirjoitustaidottomia, mikä tulee huomioda alkuterveystarkastuksissa muun muassa siten, että tutkittavien itse täytettäviksi tarkoitetuissa lomakkeissa kysytyt tiedot hankitaan haastattelemalla. Noin puolet aikuista ja nuorista kertoi osaavansa englantia, mutta todennäköisesti kaikilla heistäkään kielitaito ei ole niin hyvä, että sitä käyttäen pystyisi asioimaan ja pärjäämään arjen tilanteissa. Kielitaidon tasosta ei tässä tutkimuksessa esitetty tarkempia kysymyksiä, joten vastaukset antavat vain yleiskuvan sellaisista yleisimmistä kielistä, joiden vahvistaminen tarvittaessa voisi auttaa selviytymään arjen tilanteista Suomessa. Heikkokin englannin, suomen tai ruotsin taito voi antaa pohjaa uuden oppimiselle ja joissakin tilanteissa helpottaa asiointia ja palveluihin hakeutumista. Tulkkivälitteinen työskentely on tärkeää, jotta voidaan varmistaa riittävä ymmärrys turvapaikanhakijan yksilöllisestä tilanteesta alkuterveystarkastuksessa. Myös venäjän kielen taito saattaa helpottaa pärjäämistä Suomessa.

3.3 Turvapaikanhakumatka

Anu E Castaneda, Katri-Leena Mustonen

- Aikuisista neljännes oli lähtenyt vakituisesta asuinmaastaan vuonna 2017 tai aikaisemmin eli heidän matkansa Suomeen oli kestänyt vähintään joi-takin kuukausia.
- Muu Afrikka -ryhmässä lähes puolet oli lähtenyt vakituisesta kotimaas-taan vuonna 2017 tai aikaisemmin ja yli viidennes oli lähtenyt vakituisesta asuinmaastaan jo ennen vuotta 2017.
- Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä ennen vuotta 2017 lähteneitä eli vä-hintään yli vuoden turvapaikanhakumatkalla olleita oli 17 %.
- Nuorista vuonna 2017 tai aikaisemmin lähteneitä oli 30 %, alakouluikäi-sistä lapsista 20 % ja alle kouluikäisistä lapsista 17 %.
- Alkuterveystarkastuksessa on tärkeää selvittää turvapaikanhakijan mat-kanaikaiset oleskelualueet ja olosuhteet, jonka avulla voidaan arvioida se-kä hoidon tarvetta että tunnistaa haavoittuvassa asemassa olevia.

Johdanto

Turvapaikanhakijan matka kotimaastaan tai muusta vakituisesta asuinpaikastaan maahan, josta hän hakee turvapaikkaa, voi olla monenlainen. Maantieteellisesti lähellä olevasta maasta toiseen, esimerkiksi Venäjältä Suomeen, matkustavalle matka voi olla lyhyt, nopea ja suhteellisen vaaraton. Matka kauempana olevasta maasta toiseen, esimerkiksi Lähi-idän tai Afrikan maista Suomeen voi myös olla nopea ja suhteellisen vaaraton, jos matkustetaan esimerkiksi lentäen. Useimmiten kuitenkin matkat maantieteellisesti kauempana olevista maista ovat pidemmät ja vaarallisemmat, sisältäen lukuisilla eri kulkuneuvoilla matkustamista. Matka voi tällöin sisältää eripituisia oleskeluaikoja eri maissa ja erilaisissa olosuhteissa. Matkaan voi liittyä myös ihmissalakuljetusta, esimerkiksi rekoissa tai laivoissa.

Matkustustavasta ja matkan kestosta riippuen matkaan on voinut sisältyä erilaisia olosuhteita ja tapahtumia, joilla voi olla vaikutuksia turvapaikanhakijan terveyteen ja hyvinvointiin. Matkaan on saattanut sisältyä vaaratilanteita tai väkivaltaa sekä painostamista, huijaamista tai pakottamista. Matka, erityisesti pitkittyessään, voi sisältää myös puutteellisissa olosuhteissa elämistä, esimerkiksi suojan tai terveyspalvelujen puuttuessa. Toisinaan matkaan saattaa sisältyä pitkiäkin aikoja pakolaisleirillä. Pitkään matkaan liittyy yleensä aina vähintään jossain määrin turvattomuutta, sillä määränpää ja sinne pääseminen on epävarmaa.

Menetelmät

Kaikkien ikäryhmien tutkittavilta kysyttiin haastattelussa, minä vuonna he olivat lähteneet vakituisesta asuinpaikastaan. Vastaukset luokiteltiin vuonna 2018, vuonna 2017 ja ennen vuotta 2017 vakituisesta asuinpaikastaan lähteneisiin. Lisäksi kysyttiin, missä maissa vastaajat olivat oleskelleet vakituisesta asuinpaikasta lähdön jälkeen. Jokaisesta väliaikaisesta oleskelumaasta kysyttiin lisäksi oleskeluolosuhteita (katu/leiri/asunto/muu) ja oleskelun kestoa. Tässä luvussa raportoidaan turvapaikanhakumatkan aikana väliaikaisesti muussa maassa kuin vakituksessa asuinpaikassaan oleskelleiden osuus sekä kadulla ja leirillä oleskelleiden osuudet.

Tulokset

Aikuiset

Aikuisista kolme neljästä oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan vuonna 2018 eli samana vuonna kuin TERTTU-tutkimuksen tiedonkeruu toteutettiin (taulukko 3.3.1). Aikuisista 12 % oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan vuonna 2017 eli heidän kohdallaan turvapaikanhakumatka oli kestänyt vähintään joitain kuukausia, ja 13 % oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan ennen vuotta 2017 eli heillä turvapaikanhakumatka oli kestänyt vähintään yli vuoden. Sukupuolet eivät eronneet toisistaan turvapaikanhakumatkan keston osalta, mutta ikäryhmien välillä esiintyi eroja (taulukko 3.3.2): nuoremmissa aikuisissa oli enemmän pidempään turvapaikanhakumatkalla olleita kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Myös maaryhmät erosivat toisis-

taan (taulukko 3.3.3). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmässä oli vähemmän (3 %) ennen vuotta 2017 vakituista asuinpaikastaan lähteneitä kuin muissa ryhmissä (12–21 %) ja enemmän (90 %) vuonna 2018 lähteneitä kuin muissa ryhmissä (57–80 %). Muu Afrikka -ryhmässä vain hieman yli puolet oli lähtenyt vuonna 2018 ja yli viidennes oli lähtenyt vuonna 2017 sekä ennen vuotta 2017. Myös Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä ennen vuotta 2017 lähteneitä oli lähes viidennes. Sukupuolet eivät eronneet toisistaan merkittävästi maaryhmien sisällä tapahtuvissa sukupuolten välisissä vertailuissa (kuvio 3.3.1).

Niistä vastaajista, jotka olivat oleskelleet turvapaikanhakumatkansa aikana jossain muussa maassa vakituista asuinpaikasta lähtemisen jälkeen, 63 % oli oleskellut yhdessä maassa, 23 % kahdessa maassa, ja 14 % kolmessa tai useammassa maassa väliaikaisesti. Vakituista asuinpaikasta lähtemisen jälkeen muussa maassa väliaikaisesti oleskelleista kadulla asuneita oli 8 % (esim. Muu Afrikka -ryhmän miehisä 24 %) ja leirillä asuneita 26 % (esim. Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmässä 56 % ja Muu Afrikka -ryhmässä 26 %). Yleisimmät oleskelumaat olivat Turkki ja Kreikka.

Taulukko 3.3.1. Lähtövuosi vakituista asuinpaikasta sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=467	Naiset n=307	Yhteensä n=774
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
2018¹	73,2 (69,0–77,1)	76,9 (71,8–81,3)	74,7 (71,5–77,6)
2017	13,1 (10,3–16,4)	10,7 (7,7–14,7)	12,1 (10,0–14,6)
Ennen vuotta 2017	13,7 (10,9–17,1)	12,4 (9,1–16,6)	13,2 (11,0–15,8)

LV, luottamusväli

¹ Tiedonkeruuvuosi oli 2018

Taulukko 3.3.2. Lähtövuosi vakituista asuinpaikasta ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=288	30–39v n=288	40v+ n=198
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
2018¹	68,8 (63,2–73,8)	76,4 (71,1–80,9)	80,8 (74,7–85,7)
2017	15,6 (11,9–20,3)	11,1 (8,0–15,3)	8,6 (5,4–13,4)
Ennen vuotta 2017	15,6 (11,9–20,3)	12,5 (9,1–16,8)	10,6 (7,0–15,7)

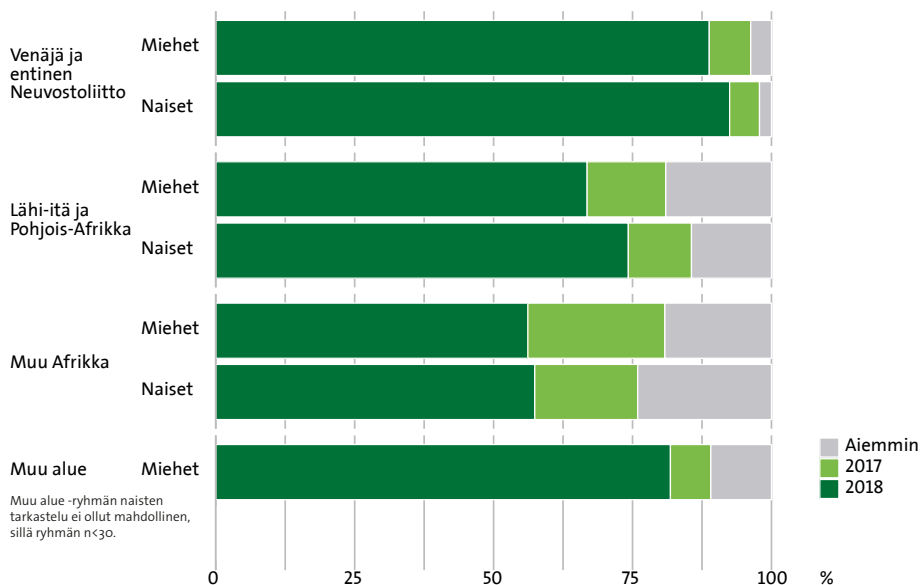
LV, luottamusväli

¹ Tiedonkeruuvuosi oli 2018

Taulukko 3.3.3. Lähtövuosi vakituisesta asuinpaikasta maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=227	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=337	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=83
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
2018 ¹	90,3 (85,7–93,5)	69,7 (64,6–74,4)	56,7 (48,0–65,0)	79,5 (69,5–86,9)
2017	6,6 (4,0–10,7)	13,1 (9,9–17,1)	22,0 (15,7–30,1)	8,4 (4,1–16,7)
Ennen vuotta 2017	3,1 (1,5–6,3)	17,2 (13,5–21,6)	21,3 (15,0–29,2)	12,0 (6,6–21,0)

LV, luottamusväli

¹ Tiedonkeruuvuosi oli 2018**Kuvio 3.3.1. Lähtövuosi vakituisesta asuinpaikasta maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset**

Nuoret

Vuonna 2018 vakituisesta asuinpaikastaan lähteneitä oli 70 % 13–17-vuotiaista nuorista (taulukko 3.3.4). Lähes viidennes nuorista oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan ennen vuotta 2017 eli ollut turvapaikanhakumatalla vähintään yli vuoden. Nuorten pieni määrä aineistossa ei mahdollistanut kaikkia maaryhmien välisiä vertailuja, mutta esimerkiksi Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän nuorista 32 % oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan ennen vuotta 2017, ja vuonna 2018, eli maksimissaan joitain kuukausia turvapaikanhakumatalla olleita oli vain 61 %.

Niistä nuorista, jotka olivat oleskelleet turvapaikanhakumatkansa aikana jossain muussa maassa vakituisesta asuinpaikasta lähtemisen jälkeen, 21 % oli oleskellut kolmessa tai useammassa maassa väliaikaisesti. Vakituisesta asuinpaikasta lähtemisen jälkeen muussa maassa väliaikaisesti oleskelleista leirillä asuneita oli 33 % ja kadulla asuneita vain yksittäisiä tutkittavia.

Taulukko 3.3.4. Lähtövuosi vakituisesta asuinpaikasta, nuoret

	Yhteensä n=64 % (95 %-n LV)
2018 ¹	70,3 (58,1–80,2)
2017	10,9 (5,3–21,2)
Ennen vuotta 2017	18,8 (11,0–30,2)

LV, luottamusväli

¹ Tiedonkeruuvuosi oli 2018

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisistä lapsista eli 7–12-vuotiaista lähes neljä viidestä oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan TERTTU-tutkimuksen tiedonkeruuvuonna 2018. Kuitenkin 13 % oli lähtenyt jo ennen vuotta 2017 eli ollut turvapaikanhakumatkalla vähintään yli vuoden. Tyttöjen ja poikien tulokset eivät eronneet toisistaan. Tytöistä 17 % oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan ennen vuotta 2017. Tarkemmat maaryhmien väliset vertailut eivät olleet mahdollisia, mutta esimerkiksi Lähi-itä ja Pohjois-Afrikan -ryhmän alakouluikäisistä lapsista 21 % oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan ennen vuotta 2017, ja vuonna 2018, eli maksimissaan joitain kuukausia turvapaikanhakumatkalla olleita oli vain 67 %.

Niistä alakouluikäisistä lapsista, jotka olivat oleskelleet turvapaikanhakumatkansa aikana jossain muussa maassa vakituisesta asuinpaikasta lähtemisen jälkeen, 79 % oli oleskellut yhdessä maassa ja 21 % kahdessa maassa väliaikaisesti. Vakituisesta asuinpaikasta lähtemisen jälkeen muussa maassa väliaikaisesti oleskelleista leirillä asuneita oli 31 % ja kadulla asuneita vain yksittäisiä tutkittavia.

Taulukko 3.3.5. Lähtövuosi vakituisesta asuinpaikasta sukupuolittain, alakouluikäiset lapset

	Pojat n=53 % (95 %-n LV)	Tytöt n=41 % (95 %-n LV)	Yhteensä n=94 % (95 %-n LV)
2018 ¹	83,0 (70,5–90,9)	75,6 (60,3–86,4)	79,8 (70,5–86,7)
2017	NA ²	NA ²	7,4 (3,6–14,8)
Ennen vuotta 2017	9,4 (4,0–20,8)	17,1 (8,4–31,7)	12,8 (7,4–21,2)

LV, luottamusväli

¹ Tiedonkeruuvuosi oli 2018

² NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Alle kouluikäiset lapset

Alle kouluikäisistä lapsista eli 0–6-vuotiaista 83 % oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan TERTTU-tutkimuksen tiedonkeruuvuonna 2018 (taulukko 3.3.6). Ennen vuotta 2017 eli turvapaikanhakumatalla vähintään yli vuoden olleita oli 8 % alle kouluikäisistä lapsista. Tyttöjen ja poikien tulokset eivät eronneet toisistaan. Tarkemmat maaryhmien väliset vertailut eivät olleet mahdollisia, mutta esimerkiksi Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän alle kouluikäisistä lapsista 12 % oli lähtenyt vakituisesta asuinpaikastaan ennen vuotta 2017, 10 % vuonna 2017, ja 78 % vuonna 2018.

Niistä alle kouluikäisistä lapsista, jotka olivat oleskelleet turvapaikanhakumatansa aikana jossain muussa maassa vakituisesta asuinpaikasta lähtemisen jälkeen, 87 % oli oleskellut yhdessä maassa ja 13 % kahdessa maassa väliaikaisesti. Vakituudesta asuinpaikasta lähtemisen jälkeen muussa maassa väliaikaisesti oleskelleista leirillä asuneita oli 16 % ja kadulla asuneita vain yksittäisiä tutkittavia.

Taulukko 3.3.6. Lähtövuosi vakituisesta asuinpaikasta sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=61	Tytöt n=65	Yhteensä n=126
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
2018 ¹	80,3 (68,5–88,5)	86,2 (75,5–92,6)	83,3 (75,8–88,9)
2017	8,2 (3,5–18,2)	9,2 (4,2–19,1)	8,7 (4,9–15,1)
Ennen vuotta 2017	11,5 (5,6–22,2)	NA ²	7,9 (4,3–14,1)

LV, luottamusväli

¹ Tiedonkeruuvuosi oli 2018

² NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Yhteenveto ja pohdinta

Aikuisista turvapaikanhakijoista noin neljännes oli lähtenyt vakituisesta asuinmaastaan vuonna 2017 tai sitä aikaisemmin eli heidän matkansa Suomeen oli kestänyt vähintään joitakin kuukausia. Tämä on keskeistä, sillä muutamienkin kuukausien oleskelu epämääräisissä tai epävarmoissa olosuhteissa voi altistaa henkilöä erilaisille terveyden ja hyvinvoinnin uhille, kuten järkyttävillä tai vaarallisilla tapahtumilla, pakottamiselle tai painostamiselle, tai erilaisissa puutteellisissa olosuhteissa elämiselle esimerkiksi suojan tai terveystalvelujen puutteisiin liittyen.

Eniten pidemmän aikaa turvapaikanhakumatalla olleita oli kaukaisemmista maista tulevilla, kuten odotettua. Muu Afrikka -ryhmästä lähes puolet oli lähtenyt vakituisesta kotimaastaan vuonna 2017 tai aikaisemmin, eli ollut turvapaikanhakumatalla vähintään joitain kuukausia, ja yli viidennes oli ollut turvapaikanhakumatalla vähintään yli vuoden. Myös Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä oli paljon pitkään matkalla olleita: vähintään yli vuoden turvapaikanhakumatalla olleita oli 17 %. Kuitenkin myös Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueilta tulleista joka kym-

menes oli oleskellut jossain väliaikaisessa maassa vähintään joitain kuukausia ennen Suomeen tuloa. Myös nuorissa ja lapsissa oli paljon vähintään joitain kuukausia matkalla olleita: nuorista lähes kolmannes ja nuoremmistakin lapsista lähes viidenes.

Alkuterveystarkastuksessa on tärkeää kysyä turvapaikanhakijan matkanaikaisista oleskelualueista ja olosuhteista, jonka avulla voidaan arvioida sekä hoidon tarvetta (esim. infektiot) että tunnistaa haavoittuvassa asemassa olevia. Kysyminen voi myös tarvittaessa luoda siltaa matkanaikaisten mahdollisesti järkyttävien kokemusten kysymiselle, sillä erityisesti Muu Afrikka -ryhmään kuuluvilla aikuisilla on niitä runsaasti (ks. luku 9). Tässä tutkimuksessa käytetty kalenterivuotta selvittänyt kysymysmuoto ei mahdollistanut matkustusajan tarkempia analyyseja, joten vastaisuudessa kysymys on hyvä esittää tarkentuen mieluummin matkan kestoon kuin kalenterivuoteen, jolloin lähtö vakituisesta asuinpaikasta tapahtui.

3.4 Perhesuhteet ja yhteydenpito läheisiin

Hannamaria Kuusio, Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen

- Naisilla (68 %) oli kaksi kertaa todennäköisemmin ainakin yksi perheenjäsen Suomessa kuin miehillä (34 %).
- Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän naisista 76 %:lla oli koko perhe Suomessa (puoliso ja kaikki alle 18-vuotiaat) kun Muu Afrikka -ryhmän naisista vain joka neljännellä.
- Nuorista 83 %:lla ja alle 13-vuotiaista lapsista lähes kaikilla oli ainakin yksi perheenjäsen Suomessa, mutta vain 40 %:lla nuorista, 63 %:lla alakouluikäisistä ja 76 %:lla alle kouluikäisistä oli koko perhe (molemmat vanhemmat ja kaikki sisarukset) Suomessa.
- Muu Afrikka -ryhmään kuuluvista aikuisista vain puolet oli pystynyt olemaan yhteydessä ainakin osaan ja 13 % kaikkiin läheisiinsä, kun taas muissa maaryhmissä yhteydenpito läheisiin oli yleisempää.
- Kokonaisvaltaisessa terveyden arvioinnissa tulisi huomioida perhe ja läheiset tärkeinä voimavarana, erityisesti lasten ja nuorten psykososiaalisen hyvinvoinnin turvaamiseksi.

Johdanto

Perhe on voimavara, joka edistää psyykkistä hyvinvointia (Kawachi & Berkman 2001). Perheen ja muiden läheisten merkitys on keskeinen myös kotoutumisen näkökulmasta. Esimerkiksi Suomessa toteutetussa somalialais- ja kurditaustaista väestöä koskevassa tutkimuksessa osoitettiin, että niillä, joiden primääriperhe asui Suomessa, oli useammin työpaikka, heidän itse arvioimansa kielitaito oli parempi ja he

kokivat vähemmän yksinäisyyttä kuin ne, joiden primääriperhe asui muualla (Rask ym. 2016a). Myös yhteydenpito muissa maissa asuviin perheenjäseniin ja muihin läheisiin näyttää edistävän turvapaikanhakijoiden hyvinvointia (Oppedal & Idsoe 2015). Turvapaikanhakijat, jotka olivat kyenneet pitämään yhteyttä muissa maissa asuviin perheenjäseniin, raportoivat vähemmän mielenterveysoireita ja kokivat saavansa enemmän sosiaalista tukea myös maahanmuuttomaassa. Perheen ja sen antaman sosiaalisen tuen merkitys on erityisen suuri lapsille ja nuorille. Perheen antama sosiaalinen tuki voi vähentää lasten ja nuorten masennusoireita ja sillä on osoitettu olevan positiivinen yhteys myös nuorten koulumenestykseen (Laban ym. 2015; Trentacosta ym. 2016).

Menetelmät

Aikuisilta vastaajilta kysyttiin haastattelussa, onko hänellä elossa olevaa puolisoa, alle 18-vuotiaita lapsia, 18 vuotta täyttäneitä lapsia, sisarusia, isää ja äitiä. Lasten ja nuorten haastattelussa puolestaan kysyttiin, onko lapsella tai nuorella elossa olevia sisarusia, isää, äitiä ja muita läheisiä ihmisiä. Vastausvaihtoehdot olivat: ei ole/kuollut/Suomessa/muualla. Tässä luvussa perheellä tarkoitetaan aikuisten osalta puolisoa ja alaikäisiä lapsia. Tuloksissa raportoidaan niiden aikuisten osuus, joilla on perhettä missä tahansa maassa, ainakin yksi perheenjäsen Suomessa ja koko perhe Suomessa. Lasten ja nuorten osalta perheellä tarkoitetaan vanhempia ja sisarusia. Tässä raportoidaan niiden lasten ja nuorten osuus, joilla on perhettä missä tahansa maassa, ainakin yksi perheenjäsen Suomessa, vanhemmat Suomessa ja koko perhe Suomessa.

Yhteydenpitoa läheisiin kartoitettiin kysymällä, onko haastateltava pystynyt olemaan yhteydessä muissa maissa oleviin, hänelle tärkeimpiin ihmisiin ja vastausvaihtoehdot olivat: ei/kyllä, osaan tärkeimmistä ihmisistä/kyllä, kaikkiin tärkeimpiin ihmisiin/läheisiin ihmisiin vain Suomessa. Tässä luvussa raportoidaan niiden vastaajien osuus, jotka olivat pystyneet pitämään yhteyttä sekä osaan että kaikkiin tärkeimmistä ihmisistä.

Tulokset

Aikuiset

Aikuisista turvapaikanhakijoista 65 %:lla oli elossa olevia perheenjäseniä (taulukko 3.4.1). Puoliso oli 57 %:lla ja alle 18-vuotiaita lapsia noin puolella. Naiset olivat useammin perheellisiä kuin miehet. Ikäryhmittäisissä tarkasteluissa 30 vuotta täyttäneillä oli huomattavasti useammin puoliso ja alle 18-vuotiaita lapsia kuin tätä nuoremmilla (taulukko 3.4.2). Maaryhmittäin tarkasteltuna perheellisten osuus oli huomattavasti korkeampi Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta sekä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla kuin muilla maaryhmillä (taulukko 3.4.3). Puoliso oli selvästi harvemmin Muu Afrikka- (29 %) ja Muu alue (42 %) -ryhmiin kuuluvilla kuin Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta (68 %) ja Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta (64

%) tulleilla. Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta sekä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla naisilla oli useammin perheenjäseniä missä tahansa maassa kuin saman maaryhmän miehillä (kuvio 3.4.1).

Hieman alle puolilla aikuisista oli vähintään yksi perheenjäsen Suomessa, naisilla kaksi kertaa useammin kuin miehillä (taulukko 3.4.1). Naisilla oli huomattavasti useammin myös koko perhe Suomessa kuin miehillä (55 % ja 32 %). Maaryhmittäin tarkasteltuna Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleilla oli muita ryhmiä useammin vähintään yksi perheenjäsen Suomessa, kun esimerkiksi Muu Afrikka -ryhmään kuuluvilla vastaava osuus oli 20 % (taulukko 3.4.3). Naisilla oli huomattavasti useammin vähintään yksi perheenjäsen Suomessa saman maaryhmän miehiin verrattuna (kuvio 3.4.2). Esimerkiksi Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmään kuuluvista naisista 84 %:lla oli vähintään yksi perheenjäsen Suomessa, kun miehistä vain noin puolilla. Muu Afrikka -ryhmään kuuluvista naisista noin kolmasosalla ja miehistä 8 %:lla oli vähintään yksi perheenjäsen Suomessa.

Valtaosa kaikista aikuisista (84 %) oli pystynyt pitämään yhteyttä joihinkin ja noin puolet kaikkiin läheisiinsä (taulukko 3.4.1). Merkittäviä eroja ikäryhmien välillä ei havaittu (taulukko 3.4.2). Maaryhmittäin tarkasteltuna noin yhdeksän kymmenestä Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- ja Muu alue -ryhmiin kuuluvista oli pystynyt pitämään yhteyttä ainakin joihinkin läheisiinsä (taulukko 3.4.3). Muu Afrikka -ryhmään kuuluvista vain 55 % oli pystynyt pitämään yhteyttä joihinkin läheisiin ihmisiin. Merkittäviä sukupuolieroja ei havaittu maaryhmien sisällä (kuvio 3.4.3).

Taulukko 3.4.1. Perheenjäsenet ja yhteydenpito läheisiin sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=467	Naiset n=310	Yhteensä n=777
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Perheenjäseniä missä tahansa maassa	56,5 (52,0–61,0)	77,1 (72,1–81,4)	64,7 (61,3–68,0)
Puoliso missä tahansa maassa	51,9 (47,4–56,4)	64,3 (58,8–69,5)	56,8 (53,3–60,3)
Alaikäisiä lapsia missä tahansa maassa	42,2 (37,8–46,8)	60,3 (54,7–65,6)	49,4 (45,9–53,0)
Vähintään yksi perheenjäsen Suomessa	33,6 (29,5–38,0)	68,1 (62,7–73,0)	47,4 (43,9–50,9)
Kaikki perheenjäsenet Suomessa	31,9 (27,8–36,3)	55,2 (49,6–60,6)	41,2 (37,8–44,7)
Yhteydenpito ainakin joihinkin läheisiin	83,7 (80,0–86,8)	84,3 (79,7–88,0)	83,9 (81,1–86,4)
Yhteydenpito kaikkiin läheisiin	44,7 (40,2–49,3)	50,5 (44,8–56,2)	47,0 (43,4–50,6)

LV, luottamusväli

Taulukko 3.4.2. Perheenjäsenet ja yhteydenpito läheisiin ikäryhmittäin, aikuiset

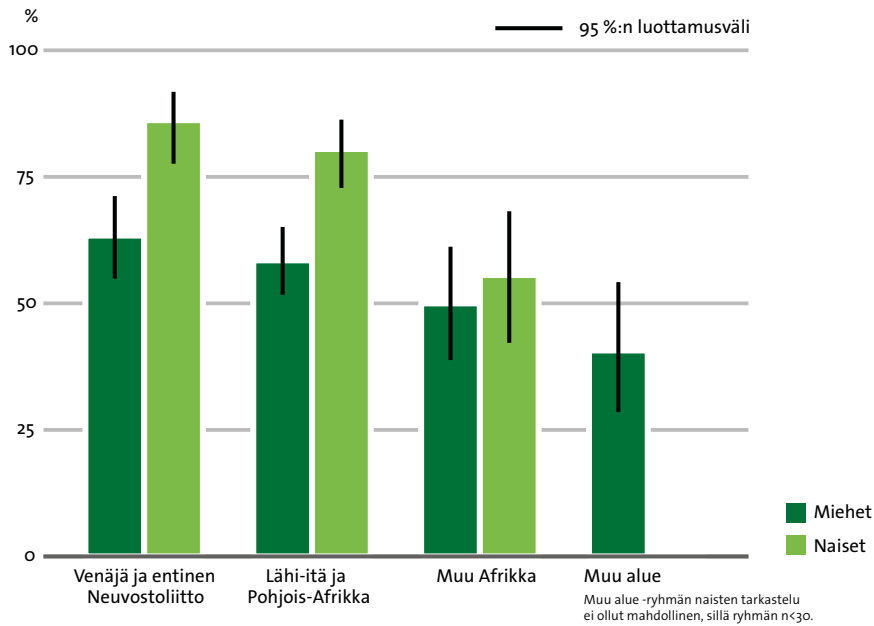
	18–29v n=290	30–39v n=289	40v+ n=198
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Perheenjäseniä missä tahansa maassa	41,7 (36,2–47,5)	78,2 (73,1–82,6)	78,8 (72,5–83,9)
Puoliso missä tahansa maassa	36,7 (31,3–42,4)	68,6 (63,0–73,8)	69,2 (62,4–75,2)
Alaikäisiä lapsia missä tahansa maassa	23,8 (19,2–29,0)	67,4 (61,7–72,5)	61,3 (54,2–67,9)
Vähintään yksi perheenjäsen Suomessa	30,0 (25,0–35,5)	59,5 (53,7–65,0)	55,1 (48,1–61,9)
Kaikki perheenjäsenet Suomessa	27,9 (23,1–33,4)	49,8 (44,1–55,6)	48,0 (41,1–54,9)
Yhteydenpito ainakin joihinkin läheisiin	78,1 (72,9–82,6)	87,1 (82,6–90,5)	87,9 (82,4–91,8)
Yhteydenpito kaikkiin läheisiin	43,4 (37,7–49,3)	49,6 (43,8–55,5)	48,4 (41,4–55,5)

LV, luottamusväli

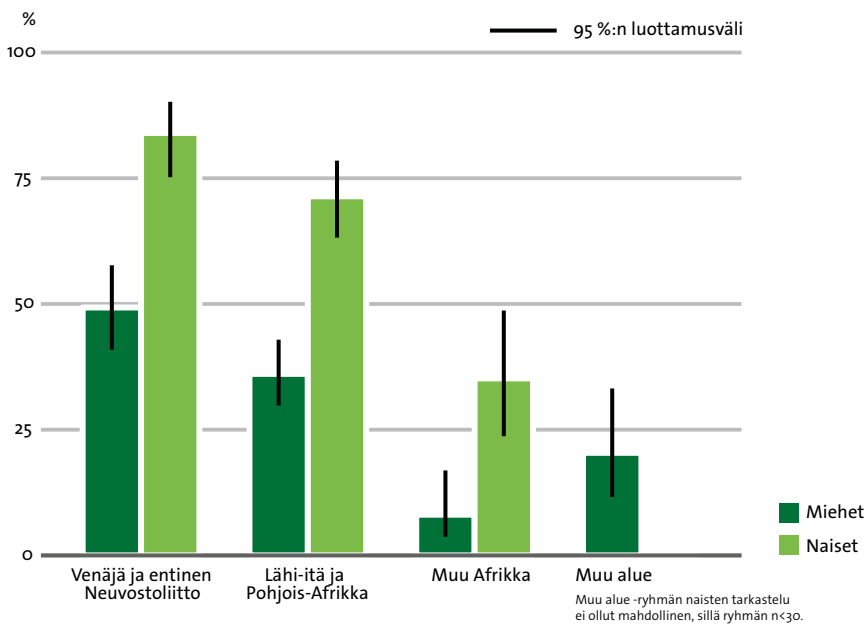
Taulukko 3.4.3. Perheenjäsenet ja yhteydenpito läheisiin maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=228	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=338	Muu Afrikka n=128	Muu alue n=83
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Perheenjäseniä missä tahansa maassa	72,8 (66,7–78,2)	67,2 (62,0–72,0)	52,3 (43,7–60,9)	51,8 (41,1–62,3)
Puoliso missä tahansa maassa	68,0 (61,6–73,7)	63,6 (58,3–68,6)	28,6 (21,4–37,1)	41,5 (31,3–52,4)
Alaikäisiä lapsia missä tahansa maassa	48,9 (42,4–55,4)	53,0 (47,6–58,3)	44,1 (35,7–52,8)	44,6 (34,3–55,4)
Vähintään yksi perheenjäsen Suomessa	63,6 (57,1–69,6)	50,0 (44,7–55,3)	19,5 (13,5–27,3)	34,9 (25,5–45,8)
Kaikki perheen jäsenet Suomessa	58,8 (52,3–65,0)	42,0 (36,8–47,4)	14,8 (9,7–22,1)	30,1 (21,2–40,8)
Yhteydenpito ainakin joihinkin läheisiin	90,6 (85,9–93,9)	89,2 (85,4–92,1)	55,0 (46,0–63,7)	87,5 (78,3–93,1)
Yhteydenpito kaikkiin läheisiin	54,9 (48,2–61,5)	52,7 (47,3–58,0)	13,3 (8,3–20,7)	52,5 (41,6–63,2)

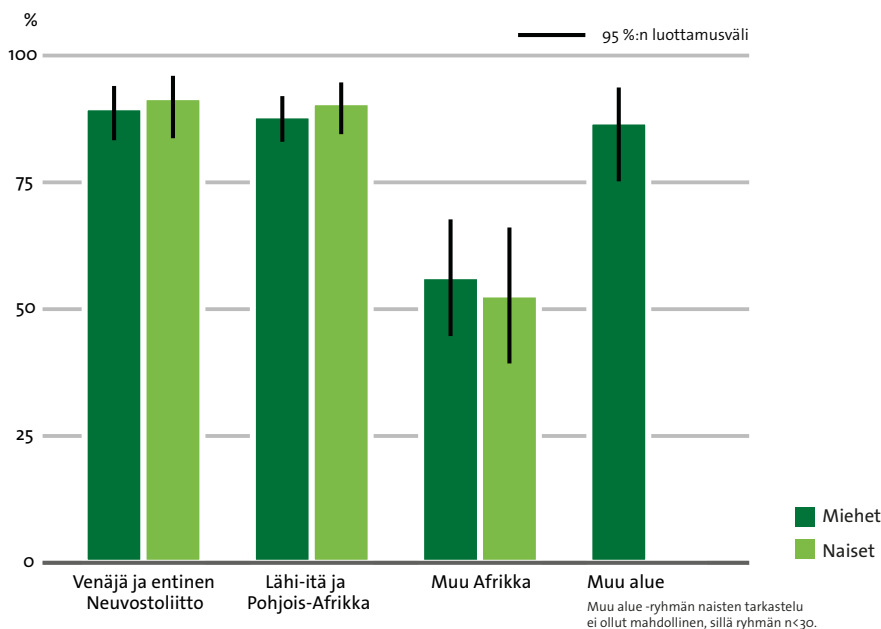
LV, luottamusväli



Kuvio 3.4.1. Perheenjäseniä missä tahansa maassa ilmoittavat maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 3.4.2. Vähintään yhden perheenjäsenen Suomessa ilmoittavat maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 3.4.3. Yhteyttä ainakin joihinkin läheisiin pitävät maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Lähes kaikilla 13–17-vuotiailla nuorilla oli perheenjäseniä ainakin jossain maassa. Molemmat vanhemmat olivat elossa 70 %:lla ja elossa olevia sisaruksia oli 88 %:lla (taulukko 3.4.4). Suurimmalla osalla (83 %) oli ainakin yksi perheenjäsen Suomessa, mutta vain kahdella viidestä oli koko perhe Suomessa. Noin viidesosalla oli muita läheisiä Suomessa. Nuorista 79 % oli ollut yhteydessä johonkin tärkeään ihmiseen ja 59 % kaikkiin tärkeimpiin ihmisiin.

Taulukko 3.4.4. Perheenjäsenet ja yhteydenpito läheisiin, nuoret

	Yhteensä n=65 % (95 %-n LV)
Molemmat vanhemmat elossa missä tahansa maassa	69,8 (57,4–79,9)
Sisaruksia missä tahansa maassa	87,7 (77,2–93,7)
Vähintään yksi perheenjäsen Suomessa	82,8 (71,5–90,3)
Vanhemmat Suomessa ¹	47,6 (35,6–59,9)
Kaikki perheenjäsenet Suomessa	40,0 (28,8–52,3)
Muita läheisiä Suomessa	21,3 (12,8–33,4)
Yhteydenpito ainakin joihinkin läheisiin	78,6 (65,9–87,4)
Yhteydenpito kaikkiin läheisiin	58,9 (45,7–71,0)

LV, luottamusväli

¹ Molemmat vanhemmat tai ainoa elossa oleva vanhempi**Alakouluikäiset lapset**

Molemmat vanhemmat olivat elossa lähes kaikilla 7–12-vuotiailla lapsilla ja 90 %:lla oli sisaruksia joko Suomessa tai jossain muussa maassa. Lähes kaikilla oli vähintään yksi perheenjäsen (vanhempi tai sisarus) Suomessa. Molemmat vanhemmat olivat Suomessa 68 %:lla alakouluikäisistä lapsista ja kaikki perheenjäsenet 63 %:lla (taulukko 3.4.5). Muita läheisiä oli Suomessa noin viidesosalla.

Taulukko 3.4.5. Perheenjäsenet Suomessa sukupuolittain, alakouluikäiset lapset

	Pojat n=53 % (95 %-n LV)	Tytöt n=41 % (95 %-n LV)	Yhteensä n=94 % (95 %-n LV)
Vanhemmat Suomessa ¹	67,9 (54,2–79,1)	68,3 (52,6–80,7)	68,1 (58,0–76,7)
Kaikki perheenjäsenet Suomessa	62,3 (48,6–74,3)	63,4 (47,8–76,7)	62,8 (52,5–72,0)
Muita läheisiä Suomessa	24,5 (14,8–37,9)	15,0 (6,9–29,7)	20,4 (13,4–29,9)

LV, luottamusväli

¹ Molemmat vanhemmat tai ainoa elossa oleva vanhempi

Alle kouluikäiset lapset

Molemmat vanhemmat olivat elossa lähes kaikilla 0–6-vuotiailla lapsilla ja 79 %:lla oli sisaruksia Suomessa tai jossakin muussa maassa. Lähes kaikilla oli ainakin yksi perheenjäsen (vanhempi tai sisarus) Suomessa. Molemmat vanhemmat olivat Suomessa noin neljällä viidestä ja kaikki perheenjäsenet 76 %:lla (taulukko 3.4.6). Muita läheisiä ihmisiä oli Suomessa noin kymmenesosalla.

Taulukko 3.4.6. Perheenjäsenet Suomessa sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=70 % (95 %-n LV)	Tytöt n=70 % (95 %-n LV)	Yhteensä n=140 % (95 %-n LV)
Vanhemmat Suomessa¹	78,6 (67,4–86,7)	80,0 (68,9–87,8)	79,3 (71,7–85,2)
Kaikki perheenjäsenet Suomessa	78,6 (67,4–86,7)	74,3 (62,8–83,2)	76,4 (68,7–82,8)
Muita läheisiä Suomessa	11,6 (5,9–21,6)	11,4 (5,8–21,3)	11,5 (7,2–18,0)

LV, luottamusväli

¹ Molemmat vanhemmat tai ainoa elossa oleva vanhempi

Yhteenvedo ja pohdinta

Perheellisten osuus oli huomattavasti suurempi Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmiin kuuluvilla aikuisilla kuin muilta alueilta tulleilla. Naisilla oli vähintään yksi perheenjäsen tai koko perhe Suomessa huomattavasti useammin kuin miehillä. Naisilla maaryhmien välillä oli kuitenkin eroja siinä, oliko perhe Suomessa tai muualla. Esimerkiksi Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän naisista kolmella neljästä oli koko perhe Suomessa ja Muu Afrikka -ryhmän naisista vain neljäsosalla. Tähän voi vaikuttaa muun muassa etäisyys aikaisempaan asuinmaahan, sillä naapurimaasta matkustaminen on helpompaa ja edullisempaa kuin kauempaa.

Nuorista (13–17-vuotiaista) 70 %:lla ja alle 13-vuotiaista lähes kaikilla oli molemmat vanhemmat elossa. Suurimmalla osalla alle 18-vuotiaista oli sisaruksia Suomessa tai jossakin muussa maassa. Lähes kaikilla alakouluikäisillä ja sitä nuoremmilla lapsilla oli ainakin yksi perheenjäsen Suomessa, kun taas nuorilla oli 83 %:lla. Alle kouluikäisillä oli huomattavasti useammin molemmat vanhemmat Suomessa (79 %) 13–17-vuotiaisiin nuoriin verrattuna (48 %). Koko perhe oli Suomessa 76 %:lla alle kouluikäisistä ja vain 40 %:lla nuorista. Läheisyys muihin perheenjäseniin on keskeinen asia lapsen ja nuoren hyvinvoinnin ja kehityksen kannalta, sillä erosaoilo perheestä voi lisätä muun muassa psyykkisiä oireita (Choummanivong ym. 2014; Trentacosta ym. 2016).

Aikuisista turvapaikanhakijoista keskimäärin puolet oli kyennyt pitämään yhteyttä kaikkiin ja 84 % ainakin joihinkin tärkeisiin ihmisiin. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös norjalaisessa tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin nuorten turva-

paikanhakijoiden yhteydenpitoa muissa maissa oleviin perheenjäseniin (Oppedal & Idsoe 2015). Tässä tutkimuksessa ikä- ja maaryhmien välillä oli myös huomattavia eroja. Nuoret (13–17-vuotiaat) olivat olleet yhteydessä läheisiin muita ikäryhmiä harvemmin. Muu Afrikka -ryhmässä vain joka kymmenes oli kyennyt pitämään yhteyttä kaikkiin ja joka toinen johonkin tärkeään ihmiseen. Yhteydenpito perheenjäseniin on turvapaikanhakijoiden hyvinvoinnille tärkeää, sillä huolen kotimaahan jääneistä perheenjäsenistä on osoitettu lisäävän psyykkistä ja somaattista oireilua (Schweitzer ym. 2006).

Perhe on tärkeä voimavara sekä aikuisille että lapsille. Ne, joilla ei ole ydinperhettä mukana Suomessa, tarvitsevat tehostettua psykososiaalista tukea – erityisesti lapset ja nuoret. Turvapaikanhakijoita tulisi myös kannustaa olemaan itse aktiivisesti yhteydessä perheenjäseniin ja tukea heitä siinä muun muassa pyrkimällä paikantamaan niitä perheenjäseniä tai sukulaisia, joiden olinpaikka ei ole tiedossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat riittävää koulutusta ja ymmärrystä turvapaikanhakijoiden haastavista perhetilanteista ja näiden yhteydestä psyykkisiin ja somaattisiin oireisiin.

4 Koettu terveys, pitkäaikaiset somaattiset sairaudet ja niiden riskitekijät

Turvapaikanhakijoiden pitkäaikaisten somaattisten sairauksien ja niiden riskitekijöiden kartoittaminen mahdollisimman pian maahan tulon jälkeen on tärkeää, jotta voidaan selvittää näihin liittyvä ajankohtainen hoidon tarve ja varmistaa hoidon toteutuminen myös turvapaikkaprosessin aikana. Näin voidaan ehkäistä sairaalahoidon ja muiden ensiapuluonteisten hoitokontaktien tarvetta sekä aiemmin aloitetun hoidon keskeytymistä. Ajoissa toteutetun hoitotarpeen arvioinnin avulla voidaan myös ennaltaehkäistä sellaisia pitkäaikaisiin sairauksiin liittyviä komplikaatioita, joiden hoitaminen on kallista ja joista aiheutuu turhaa inhimillistä kärsimystä (WHO 2018c).

Pakolaisilla ja maahan muuttaneilla on uuteen maahan saapuessaan useimpien tutkimusten mukaan vähemmän tarttumattomia, pitkäaikaisia somaattisia sairauksia ja niiden riskitekijöitä kuin kohdemaiden väestöllä (WHO 2018c). Tämä voi osittain perustua valikoitumiseen, jos muuttajiksi päätyy muita terveempiä henkilöitä, joilla on paremmat voimavarat matkustaa (ns. terveen siirtolaisen vaikutus). Tämä ei kuitenkaan aina päde turvapaikanhakijoihin ja pakolaisiin, joilla ei ole oman turvallisuutensa kannalta mahdollisuutta jäädä omaan kotimaahansa eikä mahdollisuuksia pitkäaikaisten sairauksiensa asianmukaiseen hoitoon siellä. Tällöin oma tai lapsen pitkäaikainen sairaus, vamma tai terveysongelma sekä tarve saada näihin hoitoa voi olla myös lisäperuste lähteä kotimaasta.

Lihavuus ja kohonnut verenpaine ovat monien pitkäaikaisten sairauksien, kuten diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä. Näitä riskitekijöitä tunnistamalla voidaan sekä ennaltaehkäistä sairastumista että tehostaa jo sairastuneiden hoitoa. Muita riskitekijöitä ja sairauksia kartoitettiin haastatteleamalla ja ne perustuvat itse raportoituun tietoon. Monien riskitekijöiden ja sairauksien yksityiskohtaisempi tutkiminen olisi edellyttänyt enemmän resursseja, tarkempia oirekyselyitä ja esimerkiksi lääkärintarkastuksen. Itse raportoituina sekä koettu terveys että monien sairauksien ja oireiden yleisyys riippuvat muun muassa siitä, millaista tietoa turvapaikanhakijalla on omasta terveydestään, miten sairauksia on voitu tunnistaa ja hoitaa eri maissa, erityisesti erilaisissa epävakaisissa olosuhteissa, tai miten eri sairaudet, oireet ja terveysongelmat eri kulttuureissa ymmärretään. Siksi tässä luvussa esitettäviä tuloksia sairauksien ja oireiden yleisyydestä on tarkasteltava ensi sijassa suuntaa antavana tietona siitä, miten tietoisia turvapaikanhakijat ovat omasta ja lastensa terveydestä ja miten he tunnistavat näihin liittyvän hoidon tarpeen. Somaattiset oireet voivat myös liittyä trauma- tai kidutuskokemuksiin esimerkiksi erilaisten vammojen seurauksena sekä mielenterveyden ongelmiin niin sanottuna somatisaationa, jonka tunnistaminen on tärkeä lähtökohta hoidon tarpeen arviointiin. Pitkäaikaisten sairauksien, vammojen ja oireiden tunnistaminen alkuterveystarkastuksessa saattaa myös tuoda esiin turvapaikanhakuprosessiin vaikuttavaa tietoa, jonka merkityksestä on syytä keskustella turvapaikanhakijan kanssa.

4.1 Koettu terveys ja pitkäaikaiset terveysongelmat

Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Awa Ahmed Haji Omar, Valentina Oroza, Seppo Koskinen

- Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Muu Afrikka -ryhmiin kuuluvilla aikuisilla oli heikoin koettu terveys ja eniten pitkäaikaisia sairauksia ja terveysongelmia, erityisesti naisilla.
- Aikuisten ja alaikäisten turvapaikanhakijoiden terveys oli pääosin heikompi, kuin mitä aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet Suomen koko väestön sekä Suomessa pysyvästi asuvan ulkomaalaistaustaisen väestön terveydestä.
- Koetusta terveydestä kannattaa kysyä turvapaikanhakijoiden alkuterveys-tarkastuksessa, sillä sen on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu ennustavan hyvin myös myöhempää sairastuvuutta ja toimintakykyä.
- Pitkäaikaisten sairauksien ja terveysongelmien kartoitus edistää välttämättömän ja kiireellisen hoidon tarpeen arviointia.
- Kulttuuriset tekijät ja käsitteiden erot eri kielissä voivat vaikuttaa itseraportoituihin aiempiin terveysongelmiin sekä kokemukseen terveydestä.

Johdanto

Oma arvio terveydentilasta sekä pitkäaikaisten sairauksien tai terveysongelmien olemassaolosta ovat vakiintuneita väestötutkimuksissa käytettyjä terveyden osoittimia. Koettu terveys kuvastaa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia, ja sen on osoitettu olevan hyvin yhtenevä lääkärin yleistä terveyttä koskevan arvion kanssa sekä ennustavan myös myöhempää sairastuvuutta ja kuolleisuutta (Jylhä 2009). Koettu terveys perustuu henkilön omaan arvioon terveydestään, ja siihen vaikuttavat olemassa olevien sairauksien lisäksi henkilön omat arvot, odotukset ja suhtautuminen näihin sekä kulttuuriset tekijät. Henkilöllä saattaa olla vakava pitkäaikainen sairaus, mutta hän voi silti kokea terveytensä hyväksi. Kulttuuriset tekijät ja näistä aiheutuvat erot voivat jossain määrin rajoittaa eri väestöryhmien välistä vertailua (Bačák & Ólafsdóttir 2017).

Koettu terveys heikkenee ja pitkäaikaiset sairaudet ja terveysongelmat yleistyvät iän myötä. Monissa tutkimuksissa naisten koettu terveys on ollut heikompi kuin miesten (Bačák & Ólafsdóttir 2017). Ulkomaalaistaustaisen väestön koetussa terveydessä esiintyy merkittäviä eroja lähtömaasta ja maahantulossyystä riippuen. Aikaisemmat kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että pakolaistaustaisten henkilöiden, erityisesti naisten, koettu terveys on heikompi ja pitkäaikaissairauksien tai terveysongelmien yleisyys on suurempi koko väestöön verrattuna (Kohlenberger ym. 2019). On myös todettu, että koettu terveys on sitä heikompi, mitä enemmän ulkomailla syntyneiden ja kyseisen maan syntyperäisten asukkaiden kulttuurit ero-

avat (Detollenaere ym. 2018). Aikaisempien kotimaisten tutkimusten mukaan heikoin koettu terveys oli niillä pysyvästi Suomessa asuvilla aikuisilla, jotka olivat Venäjä-, Viro- tai Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -taustaisia (Koponen ym. 2015a).

Menetelmät

Koettua terveyttä ja pitkäaikaissairastavuutta selvitettiin haastattelussa. Koettua terveyttä mitattiin viisiportaisella asteikolla (hyvä/melko hyvä/keskitasoinen/melko huono/huono), ja vastaukset luokiteltiin kahteen kategoriaan (hyväksi/melko hyväksi vs. keskitasoinen/melko huono/huono). Pitkäaikaisten sairauksien ja terveysongelmien yleisyyttä selvitettiin kysymällä, onko tutkittavalla jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma (kyllä/ei). Aikuiset ja 13–17-vuotiaat nuoret vastasivat näihin kysymyksiin itse. Huoltaja vastasi nuorempien lasten (0–12-vuotiaat) puolesta. Tässä luvussa raportoidaan terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden sekä pitkäaikaisen sairauden tai terveysongelman ilmoittaneiden osuudet ikäryhmän, sukupuolen ja maaryhmän mukaan. Lisäksi tarkastellaan maaryhmien sisäisiä sukupuolieroja.

Tulokset

Aikuiset

Noin kaksi kolmesta tutkimukseen osallistuneesta aikuisesta turvapaikanhakijasta koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (taulukko 4.1.1). Koetussa terveydessä ei havaittu sukupuolittaisia eroja. Koettu terveys heikkeni iän myötä (taulukko 4.1.2). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tuleviin verrattuna koettu terveys oli huomattavasti heikompi muualta Afrikasta sekä Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleilla turvapaikanhakijoilla (taulukko 4.1.3). Naisten koettu terveys oli heikompi kuin miesten Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla (kuvio 4.1.1). Sukupuolieroja Muu alue -ryhmän aikuisten turvapaikanhakijoiden koetussa terveydessä ei voitu luotettavasti tarkastella tähän maaryhmään kuuluvien naisten pienen vastanneiden määrän vuoksi (alle 30 vastausta).

Vastaajista 42 % ilmoitti, että heillä oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma (taulukko 4.1.1), naisilla huomattavasti useammin kuin miehillä. Pitkäaikaisten sairauksien tai terveysongelmien yleisyys kasvoi merkittävästi iän myötä (taulukko 4.1.2). Maaryhmittäin tarkasteltuna (taulukko 4.1.3) Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulevat raportoivat jonkun pitkäaikaisen sairauden tai terveysongelman (56 %) huomattavasti useammin kuin muut ryhmät (32–37 %). Maaryhmien sisäisessä tarkastelussa havaittiin, että erityisesti Venäjän ja entisen Neuvostoliiton sekä Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista tulevat naiset raportoivat enemmän pitkäaikaisia sairauksia ja terveysongelmia miehiin verrattuna (kuvio 4.1.2).

Taulukko 4.1.1. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet tai terveysongelmat sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=470	Naiset n=310	Yhteensä n=780
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	67,4 (63,1–71,5)	63,5 (58,0–68,7)	65,9 (62,5–69,1)
Jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	37,4 (33,2–41,9)	48,7 (43,2–54,3)	41,9 (38,5–45,4)

LV, luottamusväli

Taulukko 4.1.2. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet tai terveysongelmat ikäryhmittäin, aikuiset

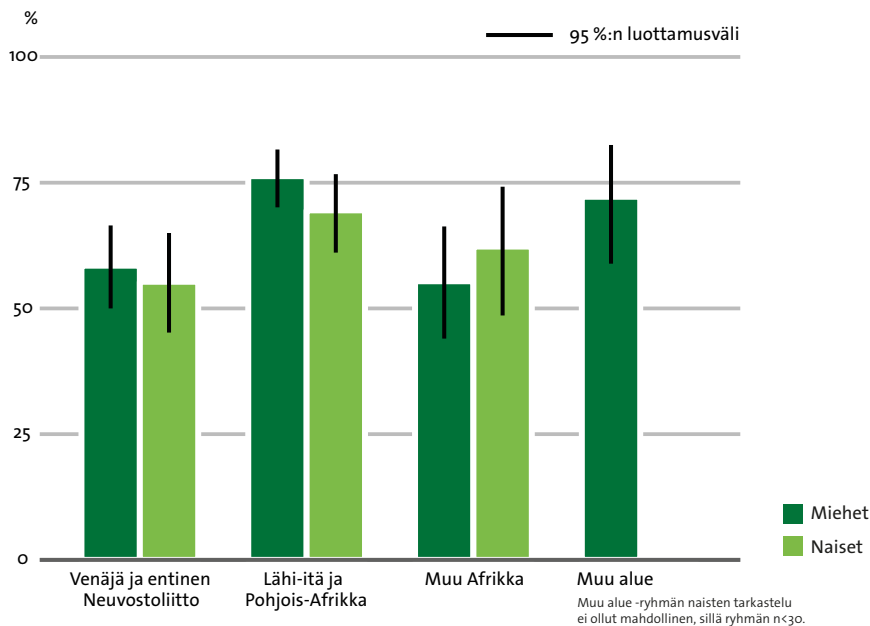
	18–29v n=291	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	66,3 (60,7–71,5)	70,4 (64,8–75,4)	58,8 (51,8–65,4)
Jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	30,6 (25,6–36,1)	45,3 (39,7–51,1)	53,5 (46,6–60,3)

LV, luottamusväli

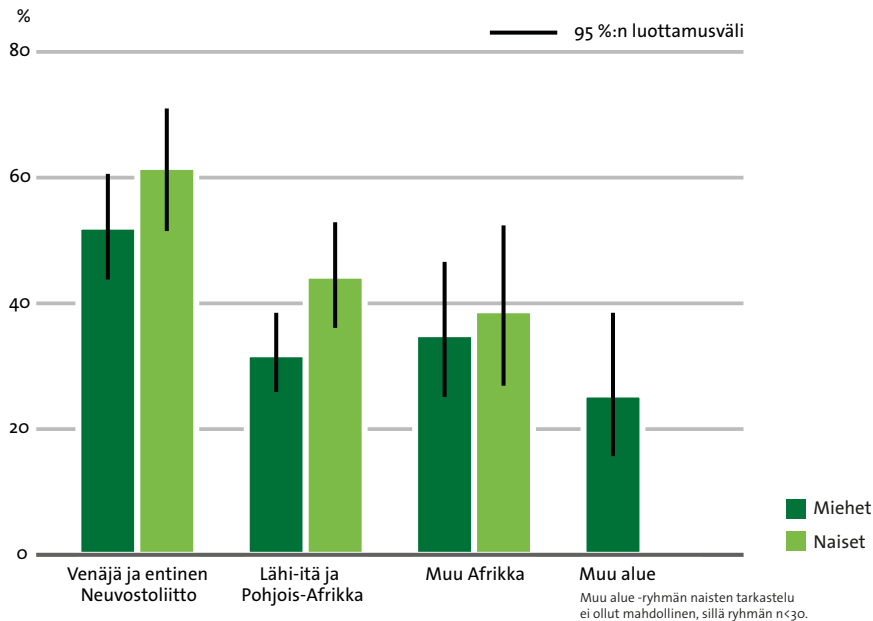
Taulukko 4.1.3. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet tai terveysongelmat maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=340	Muu Afrikka n=128	Muu alue n=84
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	57,2 (50,7–63,5)	73,7 (68,7–78,1)	58,3 (49,5–66,5)	69,9 (59,2–78,8)
Jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	56,1 (49,6–62,5)	36,8 (31,8–42,0)	36,7 (28,8–45,4)	32,1 (23,0–42,8)

LV, luottamusväli



Kuvio 4.1.1. Hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokevat maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 4.1.2. Jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Valtaosa 13–17-vuotiaista nuorista (83 %) arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (taulukko 4.1.4). Hieman yli neljäsosalla oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma.

Taulukko 4.1.4. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet tai terveysongelmat sukupuolittain, nuoret

	Yhteensä n=65 % (95 %:n LV)
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	83,1 (72,0–90,4)
Jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	27,7 (18,2–39,7)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Huoltajista suurin osa (83 %) arvioi 7–12-vuotiaan huolettavansa terveyden olevan hyvä tai melko hyvä (taulukko 4.1.5). Noin neljäsosalla oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Poikien ja tyttöjen terveyden arvioissa ei havaittu eroja.

Taulukko 4.1.5. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet tai terveysongelmat sukupuolittain, alakouluikäiset lapset

	Pojat n=53 % (95 %:n LV)	Tytöt n=41 % (95 %:n LV)	Yhteensä n=94 % (95 %:n LV)
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	83,0 (70,5–90,9)	82,9 (68,3–91,6)	83,0 (74,0–89,3)
Jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	24,5 (14,8–37,8)	24,4 (13,6–39,7)	24,5 (16,8–34,2)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Huoltajista 91 % arvioi 0–6-vuotiaan huolettavansa terveyden olevan hyvä tai melko hyvä (taulukko 4.1.6). Alle kouluikäisistä lapsista 13 %:lla oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Tyttöjen terveys arvioitiin hieman poikien terveyttä huonommaksi, vaikka heillä oli jonkin verran vähemmän pitkäaikaisia sairauksia tai terveysongelmia poikiin verrattuna. Alle kouluikäisten sukupuolierot koetussa terveydessä tai pitkäaikaissairastavuudessa eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 4.1.6. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet tai terveysongelmat sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=70	Tytöt n=70	Yhteensä n=140
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	92,8 (83,7–97,0)	88,6 (78,8–94,2)	90,6 (84,6–94,5)
Jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	15,7 (8,9–26,2)	10,0 (4,8–19,5)	12,9 (8,2–19,5)

LV, luottamusväli

Yhteenveto ja pohdinta

Aikuisista turvapaikanhakijoista selvästi harvemmat (70 %) kokivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kuin Suomen koko aikuisväestöstä FinTerveys 2017 -tutkimuksessa (80 %; Koskinen ym. 2018b), vaikka turvapaikanhakijoiden ikärakenne on selvästi nuorempi kuin Suomen koko väestön. Turvapaikanhakijoiden koettu terveys oli myös joissakin maaryhmissä selvästi heikompi kuin mitä aiemmissa tutkimuksissa on havaittu Suomessa pysyvästi asuvassa samoilta alueilta tulleessa väestössä (Koponen ym. 2015a). Erityisen suuret erot tähän tutkimukseen osallistuneiden turvapaikanhakijoiden koetussa terveydessä suhteessa aikaisempien tutkimusten pysyvästi Suomessa asuvaan ulkomaalaistaustaiseen väestöön havaittiin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- (57 % vs. 73 %) sekä Muu Afrikka -ryhmissä (58 % vs. 81 %). Samoissa maaryhmissä korostuivat myös erot turvapaikanhakijoiden ja pidempään Suomessa oleskelleen ulkomaalaistaustaisen väestön pitkäaikaisten sairauksien ja terveysongelmien yleisyydessä. Lähi-idän tai Pohjois-Afrikan maista tulleiden turvapaikanhakijoiden koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus olivat puolestaan samalla tasolla kuin samalta alueelta tulleen pysyvästi Suomessa asuvan väestön (Koponen ym. 2015a).

Nuoret turvapaikanhakijat kokivat terveytensä hieman harvemmin hyväksi kuin mitä yläkoululaiset Kouluterveyskyselyssä. Kuitenkin ulkomaalaistaustaisen, erityisesti syntyperältään somaliaalaisten ja irakilaisien yläkoululaisten koettu terveys oli lähes samaa tasoa (Halme ym. 2017) kuin TERTTU-tutkimukseen osallistuneilla turvapaikanhakijanuorilla. Nuorempien lasten koetusta terveydestä on Suomessa niukemmin tietoa. Vuosina 2007–2008 toteutetussa Lasten terveysseurantatutkimuksessa 98 % kouluikäisten huoltajista ja 99 % neuvolaikäisten huoltajista arvioi lapsen terveydentilan erittäin hyväksi tai melko hyväksi (Mäki & Laatikainen 2010), kun vastaavat osuudet tässä tutkimuksessa olivat 83 % ja 91 %.

Erityisesti aikuisten turvapaikanhakijoiden keskimäärin heikompi koettu terveys ja suurempi pitkäaikaissairauksien ja terveysongelmien yleisyys koko Suomen väestöön ja myös pysyvästi Suomessa asuvaan ulkomaalaistaustaiseen väestöön verrattuna voi liittyä turvapaikanhakijoiden korostuneeseen terveyspalveluiden tarpeeseen (Gerritsen ym. 2006). Aiempi tutkimustieto pysyvästi Suomessa asuvan venäläistaustaisen väestön terveydestä perustuu ensisijaisesti muista kuin pakolaisuuteen liittyvistä syistä maahan muuttaneiden tietoihin. Venäjältä ja entisen Neuvostoliit-

ton maista turvapaikanhakijoina Suomeen tulleiden olosuhteet lähtömaassa ja siten myös terveysprofiili voivat olla hyvinkin erilaiset Suomessa pysyvästi asuvaan venäläistäustaiseen väestöön verrattuna. Turvapaikanhakijoina, pakolaisina tai rinnastettavista olosuhteista tulleet henkilöt ovat muun muassa todennäköisemmin kokeneet syrjintää (Rask ym. 2018) ja traumaattisia kokemuksia (Castaneda ym. 2017) ennen Suomeen tuloa kuin muista syystä maahan tulleet.

Palvelutarpeen yhdenvertainen ja kokonaisvaltainen arviointi alkuterveystarkastuksen yhteydessä edistää turvapaikanhakijoiden oikea-aikaista välttämättömien palveluiden saantia ja sitä kautta myös koettua terveyttä. Turvapaikanhakijan oma kokemus terveydestään on alkuterveystarkastuksessa hyvä lähtökohta tarkemmalle terveydentilaa kartoittavalle keskustelulle. Pitkäaikaissairauksien ja terveysongelmien selvittäminen on puolestaan keskeistä välttämättömän ja kiireellisen palvelutarpeen arvioinnissa.

4.2 Diabetes

Natalia Skogberg, Tiina Laatikainen

- Aikuisista turvapaikanhakijoista 4 %:lla oli itse raportoitu diabetes, naisilla (7 %) miehiä (2 %) yleisemmin.
- Diabeteksen yleisyys oli korkein Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla (miehillä 4 % ja naisilla 12 %).
- Naisten miehiä korkeampi diabeteksen esiintyvyys liittyy raskaudenajan diabetesdiagnooseihin.
- Diabetesdiagnoosi sekä hoidon tarve tulisi selvittää kaikilta turvapaikanhakijoilta, joilla on aiemmin todettu diabetes.
- Neuvonta diabeteksen riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä on tärkeää sekä diabetekseen sairastuneille että riskissä oleville, esimerkiksi raskaana oleville naisille.

Johdanto

Diabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriintymisestä johtuva pitkäaikaissairaus. Diabetes yleistyy nopeasti maailmanlaajuisesti, myös Suomessa (Hay ym. 2017). Sairaus on perinteisesti jaettu tyyppiin 1, eli nuoruustyyppiin, ja tyyppiin 2, eli aikuistyyppiin diabetekseen, mutta muitakin diabetestyppejä on määritelty. Yleisin näistä on raskaudenajan diabetes, joka yleensä menee ohi raskauden jälkeen. Niillä, joilla on ollut raskaudenajan diabetes, on kuitenkin selvästi kohonnut riski sairastua tyyppiin 2 diabetekseen myöhemmin. Diabeteksen ja sen liitännäissairauksien hoito aiheuttaa merkittäviä terveydenhuollon kustannuksia (Koski ym. 2018). Erityisesti tyyppiin 2 ja raskaudenajan diabetesta voidaan kuitenkin ennaltaehkäistä terveellisillä elintavoilla. Oikea-aikainen diagnosointi ja hoito ovat diabeteksen hoidon kulmakivet.

FinTerveys 2017 -tutkimukseen osallistuneista yli 30-vuotiaista miehistä 15 % ja naisista 10 % sairasti tyypin 2 diabetesta (Lindström ym. 2018). Diabetes yleisyy iän myötä. FinTerveys 2017 -tutkimukseen osallistuneista 30–39-vuotiaista aikuisista alle 3 %, 40–49-vuotiaista hieman yli 4 % ja 60–69-vuotiaista jopa 19 % sairasti diabetesta. Suomessa asuvilla 30–64-vuotiailla somalialais- ja kurditaustaisilla henkilöillä on aikaisempien tutkimusten mukaan huomattavasti enemmän tyypin 2 diabetesta (16 % ja 11 %) samanikäiseen koko Suomeen väestöön verrattuna (5 %; Skogberg ym. 2018). Venäläistaustaisilla henkilöillä tyypin 2 diabeteksen yleisyys oli puolestaan samaa tasoa kuin koko väestössä. Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu tyypin 2 diabeteksen yleisyyden olevan 2–5 kertaa korkeampaa Etelä-Aasiasta tulleilla, 2–4 kertaa korkeampaa Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla ja 2–3 kertaa korkeampaa muualta Afrikasta tulleilla maahanmuuttomaansa koko väestöön verrattuna (Meeks ym. 2016).

Menetelmät

Tässä luvussa raportoidaan diabeteksen yleisyys haastateltavan omaan ilmoitukseen perustuen. Diabeteksen yleisyyttä kartoitettiin kysymällä haastattelussa, onko lääkäri joskus todennut diabeteksen (tyypin 1 diabetes, tyypin 2 diabetes, raskaudenajan diabetes tai määrittelemätön diabetes, jos diabetestyyppi oli jotakin muuta kuin edellä olevat vastausvaihtoehdot tai haastateltava ei muistanut tarkkaa diagnoosia). Haastateltavalta myös kysyttiin käyttääkö tai tarvitseeko hän säännöllistä diabeteslääkitystä (insuliini- tai tablettihoito). Lääkkeiden käyttöä koskevaan avoimeen kysymykseen oli myös mahdollisuus kirjata diabeteslääkkeitä, jos haastateltava osasi kertoa lääkevalmisteen nimen muttei sen käyttötarkoitusta. Nämä koodattiin jälkikäteen asianmukaisiin lääkeaineluokkiin kuuluviksi.

Tulokset

Aikuiset

Aikuisista 4 % ilmoitti, että lääkäri on joskus todennut heillä diabeteksen tai että heillä on säännöllinen diabeteslääkitys tai sen tarve (taulukko 4.2.1). Diabetes oli yleisempi naisilla (7 %) kuin miehillä (2 %). Diabeteksen yleisyys kasvoi iän myötä (taulukko 4.2.2) ja oli huomattavasti yleisempi Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulevilla turvapaikanhakijoilla (miehillä 4 % ja naisilla 12 %) muista maista tulleisiin verrattuna. Lääkärin toteama tyypin 2 diabetes oli 2 %:lla naisista ja 1 %:lla miehistä. Raskaudenajan diabetes oli melko yleinen: sitä raportoi 4 % naisista. Naisista 4 % ja miehistä 2 % ilmoitti käyttävänsä tai tarvitsevänsä säännöllisesti diabeteslääkitystä. Heistä, joilla oli mikä tahansa diabetes, suurempi osuus miehistä (64 %) kuin naisista (39 %) ilmoitti myös tarvitsevänsä säännöllisesti diabeteslääkitystä.

Taulukko 4.2.1. Diabeteksen yleisyys sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=471	Naiset n=310	Yhteensä n=781
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Lääkärin toteama diabetes tai diabeteslääkityksen tarve	2,3 (1,3–4,2)	7,1 (4,7–10,5)	4,2 (3,0–5,9)
Lääkärin toteama diabetes, mikä tahansa tyyppi	2,3 (1,3–4,2)	5,8 (3,7–9,1)	3,7 (2,6–5,3)
Lääkärin toteama tyypin 2 diabetes	1,3 (0,6–2,8)	1,9 (0,9–4,3)	1,5 (0,9–2,7)
Lääkärin toteama raskauden-ajan diabetes ¹	-	4,2 (2,5–7,1)	-
Säännöllinen diabeteslääkitys tai sen tarve	1,5 (0,7–3,2)	3,7 (2,1–6,6)	2,4 (1,5–3,8)

LV, luottamusväli

¹ Lääkäri ainakin joskus todennut raskaudenajan diabeteksen**Taulukko 4.2.2. Diabeteksen (lääkärin toteama tai diabeteslääkitys) yleisyys ikäryhmittäin, aikuiset**

18–29v n=292	30–39v n=289	40v+ n=200
% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
2,7 (1,4–5,4)	3,8 (2,1–6,7)	7,0 (4,2–11,5)

LV, luottamusväli

Yhteenvedo ja pohdinta

Tähän tutkimukseen osallistuneilla turvapaikanhakijoilla diabetes oli suhteellisen harvinainen, mikä selittyy osittain tutkittavien nuorella iällä. Naiset raportoivat diabetesta yleisemmin kuin miehet, mikä vaikuttaisi johtuvan raskaudenajan diabetesdiagnooseista. Tämä selittänee, miksi miehillä oli naisia korkeampi säännöllisen diabeteslääkityksen tarve, vaikka he raportoivat diabetesta naisia harvemmin. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa on havaittu (Meeks ym. 2016), diabetes oli yleisempää Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla turvapaikanhakijoilla. Näiltä alueilta tulleista naisista 9 % ilmoitti, että lääkäri on joskus todennut heillä diabeteksen. Kuten koko väestössäkkin (Lindström ym. 2018), diabetes yleistyi turvapaikanhakijoilla iän myötä.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin diabeteksen yleisyyttä tutkittavan oman ilmoituksen perusteella. Oma ilmoitus ei anna luotettavaa tietoa tyypin 2 diabeteksen yleisyydestä, koska sairaus on alkuun oireeton ja diagnoosi helposti viivästyy. Diabetesdiagnoosi sekä hoidon tarve tulisikin selvittää kaikilta turvapaikanhakijoilta, joilla on aiemmin todettu diabetes. Myös raskaudenajan diabetes saattaa jäädä diagnosoimatta maissa, joissa ei ole kehittyntä raskauden seuranta. Enemmistö turvapaikanhakijanaistista on lisääntymisikäisiä ja raskaudet ovat heillä yleisiä. Tähän

tutkimukseen osallistuneista naisista 10 % oli raskaana tutkimushetkellä ja enemmistöllä (74 %) oli vähintään yksi aiempi raskaus (ks. luku 8.4). Raskausdiabeteksen seulonta on Suomessa osa äitiysneuvolatoimintaa, johon myös turvapaikanhakijoilla on oikeus.

Kaikille turvapaikanhakijoille, ja erityisesti naisille, tulisi antaa tietoa diabeteksen riskitekijöistä ja sen aiheuttamista myöhemmistä terveysriskeistä sekä terveistä elintavoista, joiden avulla diabeteksen puhkeamista voidaan ennaltaehkäistä. Lisäksi diabeteksen riskiä tulisi kartoittaa terveystarkastuksissa. Valitettavasti tällä hetkellä käytössä olevat, pääasiallisesti eurooppalaisten ja yhdysvaltalaisen väestötutkimusten pohjalta laaditut riskitestit eivät ole täysin luotettavia käytettäväksi kaikissa väestöissä (Skogberg ym. 2018). Ulkomaalaistaustaisten henkilöiden diabetesriskin seulonasta tarvitaan lisää tutkimusta ja sen pohjalta tehtyä kehittämistyötä.

4.3 Sydän- ja verisuonisairaudet

Tiina Laatikainen, Natalia Skogberg

- Turvapaikanhakijoista noin joka viides raportoi, että lääkäri on joskus todennut heillä verenkiertoelinten sairauden.
- Verenpaineet olivat varsin matalia, erityisesti naisilla ja Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista tulleilla.
- Vain 5 %:lla tutkituista verenpaine oli koholla (yli 140/90 mmHg) tutkimusmittauksissa.
- Lapsista ja nuorista sydänsairauksia oli vain yksittäisillä lapsilla ja kohonnutta verenpainetta ei todettu yhdelläkään nuorella.

Johdanto

Sydän- ja verisuonitaudit aiheuttavat maailmanlaajuisesti eniten ennen aikaista kuolleisuutta ja sairastuvuutta (GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators 2017). Niiden merkitys kasvaa erityisesti kehittyvissä maissa elinajanodotteen kasvaessa (Naghavi ym. 2017). Kohonnut verenpaine on yleisin sairastuvuutta lisäävä riskitekijä (Lim ym. 2012). WHO:n tarttumattomien tautien ehkäisyn ja hoidon tehostamista koskevassa strategiassa ja toimeenpanosuunnitelmassa on tavoitteena vähentää sekä ennen aikaista kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin, että kohonneen verenpaineen yleisyyttä 25 %:lla (WHO 2013). Tähän pyritään sekä ennaltaehkäisevin keinoin, kuten vähentämällä väestön suolan saantia, että tehostamalla lääkitystä.

Ihanteellinen verenpaine on alle 120/80 mmHg. Verenpaineen katsotaan olevan vielä normaali, kun se terveydenhuollon mittauksissa on alle 130/85 mmHg, tyydyttävä välillä 130–139/85–89 mmHg, ja koholla, kun paine on 140/90 mmHg tai enemmän (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus 2014). Verenpaineen koho-

amiseen vaikuttavat merkittävästi useat elintapatekijät. Tärkeimmät muutettavissa olevat riskitekijät ovat suolan (natriumin) liiallinen saanti, ylipaino, runsas alkoholi- ja tupakointi ja vähäinen fyysinen aktiivisuus.

Koko Suomen väestön verenpaine- ja kolesterolitasot ovat laskeneet merkittävästi 1970-luvulta, mutta ovat edelleen kansainvälisesti melko korkealla tasolla. FinTerveys 2017 -tutkimuksessa 30 vuotta täyttäneiden miesten systolisen verenpaineen keskiarvo oli 137 mmHg ja diastolisen 81 mmHg (Laatikainen ym. 2018). Naisilla vastaavat tasot olivat 133 mmHg ja 78 mmHg. Lähes 60 %:lla miehistä ja 50 %:lla naisista oli verenpainelääkitys tai tutkimuksessa mitattu kohonnut verenpaine. Mitattua verenpainetietoa Suomeen muuttaneista henkilöistä löytyy vain Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta (Maamu) vuosilta 2010–2012. Venäläistaustaisten 30–64-vuotiaiden miesten systolisen verenpaineen keskiarvo oli 126 mmHg, somalitaustaisten 124 mmHg ja kurditaustaisten 119 mmHg, kun Suomen koko vastaavanikäisessä väestössä keskiarvo oli 128 mmHg (Skogberg ym. 2016). Naisilla vastaavat keskiarvot olivat 115 mmHg, 110 mmHg ja 109 mmHg ollen selvästi matalampia kuin vastaavanikäisessä koko väestössä (122 mmHg). Diastolisen verenpaineen erot olivat samansuuntaisia. Joka kolmannella venäläistaustaisista ja koko väestön miehistä oli kohonnut verenpaine tai verenpainelääkitys, mutta somali- ja kurditaustaisista vain joka viidennellä. Naisista vastaavasti kohonnut verenpaine tai verenpainelääkitys oli yli 20 %:lla venäläistaustaisista tai Suomen koko vastaavan ikäiseen väestöön kuuluvalla, kun kurditaustaisista 17 %:lla ja somalitaustaisista 14 %:lla.

Ulkomaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH) on haastattelumenetelmällä selvitetty keskeisten terveysongelmien yleisyyttä vuonna 2014. Lääkärin toteamaa verenpainetauti ilmoitti sairastavansa 20–64-vuotiaista ulkomaalaistaustaisista 13 %, kun Suomen koko väestöstä 18 % (Koponen ym. 2015). Eniten verenpainetauti raportoivat Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta, Virosta, sekä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista saapuneet henkilöt (hieman alle 15 %), mutta maaryhmien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Menetelmät

Verenpaine mitattiin terveystarkastuksen yhteydessä aikuisilta ja 13–17-vuotiailta nuorilta automaattisella verenpainemittarilla oikeasta käsivarresta 5–10 minuutin istumisen jälkeen. Ennen mittausta mitattiin tutkittavan olkapäiden ympäryys, jonka perusteella valittiin sopiva mansettikoko. Mikäli olkapäiden ympäryys oli 17–22 cm, käytettiin pienikokoista (S) mansettia ja mittaus suoritettiin Omron M6 -verenpainemittarilla. Olkapäiden ympäryksen ollessa 22–32 cm/32–42 cm, käytettiin suurempaa mansettikokoa (M tai L) ja mittaus suoritettiin Omron i-C10 -verenpainemittarilla. Mittaukset suoritettiin European Health Examination Survey (EHES) terveystarkastusmittausstandardeja noudattaen (Tolonen 2016). Mittausta edeltäen tutkittavaa ohjeistettiin istumaan selkä suorana selkänojaan tuettuna ja molemmat jalat leväten lattialla pienessä haara-asennossa (ei ristissä). Verenpainemittaus toteutettiin kolme kertaa. Mittausten välissä pidettiin minuutin tauko.

Tutkittavien verenpaineen katsottiin olevan kohonnut, mikäli 2. ja 3. mittauksen systolisen verenpaineen keskiarvo oli 140 mmHg tai enemmän tai diastolisen verenpaineen keskiarvo 90 mmHg tai enemmän. Verenpainetasot luokiteltiin myös Verenpaineen Käypä hoito -suositusten mukaisiin luokkiin (Verenpaine: Käypä hoito -suositus 2014). Myös näissä käytettiin 2. ja 3. mittauksen keskiarvoja. Verenpaineen katsottiin olevan hyvässä hoitotasapainossa niillä tutkittavilla, joilla systolisen verenpaineen keskiarvo oli alle 140 mmHg ja diastolisen verenpaineen alle 90 mmHg. Tutkittava sai kirjallisen palautteen verenpainemittauksen tuloksista. Mikäli tutkimuksessa havaittiin kohonneita verenpainearvoja, tutkittavaa ohjeistettiin olemaan yhteydessä vastaanottokeskuksen hoitajaan seurantaan varten.

Sairastavuutta verenkiertoelinten sairauksiin ja lääkkeiden käytön yleisyyttä selvitettiin haastattelun yhteydessä. Verenkiertoelinten sairauksien yleisyyttä kartoitettiin kysymällä vastaajilta, onko lääkäri todennut heillä jonkin seuraavista sairauksista (kyllä/ei): kohonnut verenpaine; verenpainetauti; sepelvaltimotauti; muu sydänvika tai sairaus (jos kyllä, pyydettiin tarkentamaan mikä sairaus). Lueteltujen sairauksien lisäksi vastaajilta kysyttiin, oliko lääkäri todennut heillä jonkun muun sairauden. Jälkimmäisen kysymyksen avovastaukset luokiteltiin Kansainvälisen tautiluokituksen (International Classification of Diseases, ICD-10) mukaisesti. Tässä luvussa raportoidaan niiden osuudet, jotka vastasivat lääkärin todenneen heillä aikaisemmin kohonneen verenpaineen, verenpainetaudin, sepelvaltimotaudin, muun sydänvian tai sairauden tai jonkun muun, ICD-10 tautiluokituksen verenkiertoelinten sairauksien (I00–I99) sairausluokkaan luokiteltavan taudin. Nuorilta ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltajilta kysyttiin, onko nuorella tai lapsella todettu synnynäinen sydänvika. Lisäksi he saattoivat mainita verenkiertoelinten sairauksia muita sairauksia ja terveysongelmia kartoittavan kysymyksen yhteydessä.

Aikuisten lääkkeiden käyttöä kartoitettiin kysymällä, onko heillä tällä hetkellä säännöllinen lääkitys tai sen tarve (kyllä/ei). Vastaajille lueteltiin yleisimpiä lääke-aineryhmiä, mukaan lukien verenpainelääkkeet, asetosalisyylihappo sydän tai aivoinfarktin ehkäisyyn ja verenohennuslääkkeet. Lueteltujen lääkeaineryhmien lisäksi kysyttiin, oliko heillä käytössä joku muu lääke. Jälkimmäisen kysymyksen avokenttään kirjattiin lääkkeen nimi ja mihin vaivaan sitä on käytetty. Lääkkeitä koskevat avovastaukset luokiteltiin Anatomis-terapeuttis-kemiallisen lääkeluokituksen (ATC) mukaan. Näistä huomioitiin tietyt yleisimmin verenpainelääkkeenä käytetyt valmisteet laskettaessa niiden osuutta, joilla oli käytössä verenpainelääkitys. Nuorilta ja alle 13-vuotiaiden huoltajilta ei kysytty erikseen verenkiertoelinsairauksien lääkkeitä, mutta näitä oli mahdollisuus mainita lääkeaineita koskevassa avovastauksessa.

Tulokset

Aikuiset

Aikuisten systolisen verenpaineen keskiarvo oli 111 mmHg (miehillä 115 mmHg ja naisilla 104 mmHg). Keskiarvo oli tätä samaa tasoa 18–29-vuotiailla ja 30–39-vuotiailla ja hieman korkeampi (117 mmHg) 40 vuotta täyttäneillä tai sitä vanhemmilla turvapaikanhakijoilla. Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista tulleilla systolisen verenpaineen keskiarvo oli 108 mmHg, muissa maaryhmissä 113 mmHg. Kaikkien tutkitujen diastolisen verenpaineen keskiarvo oli 73 mmHg (miesten 75 mmHg ja naisten 70 mmHg). Samoin kuin systolisen verenpaineen keskiarvo, diastolisen verenpaineen keskiarvo oli vain hieman korkeampi 40 vuotta täyttäneillä nuorempiin ikäryhmiin verrattuna. Myös diastolisen verenpaineen keskiarvo oli matalin Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista tulleilla. Heillä keskiarvo oli 71 mmHg, kun muissa maaryhmissä keskiarvo oli 74–75 mmHg.

Suurimmalla osalla tutkituista verenpaine oli optimaalisella tasolla (taulukko 4.3.1), naisista jopa 85 %:lla ja alle 40-vuotiaista lähes 80 %:lla (taulukko 4.3.2). Myös Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista tulleilla lähes 80 %:lla verenpaine oli optimaalisella tasolla (taulukko 4.3.3). Mittauksessa todettiin kohonnut verenpaine 5 %:lla, miehillä kolme kertaa useammin kuin naisilla. Neljäkymmentä vuotta täyttäneillä kohonnut verenpaine todettiin tutkimuksessa 13 %:lla, kun alle 40-vuotiailla noin 3 %:lla. Vähiten kohonnutta verenpainetta todettiin Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista tulleilla (3 %) ja eniten muilta alueilta tulleilla (11 %).

Verenpainelääkitystä kaikista tutkituista käytti 5 % (taulukko 4.3.1). Verenpainelääkkeitä käytti 14 % 40 vuotta täyttäneistä, kun nuoremmista vain noin 2 % (taulukko 4.3.2). Eniten verenpainelääkkeitä käyttäviä oli Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista (6 %), sekä muilta alueilta tulleilla (8 %), mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (taulukko 4.3.3). Kun kohonneen verenpaineen esiintyvyys laskettiin ottamalla mukaan kaikki lääkkeitä käyttävät ja ne, joilla todettiin tutkimuksessa kohonnut verenpaine, oli heitä 9 % tutkittavista. Tämän määritelmän mukaan 40 vuotta täyttäneistä kohonnut verenpaine oli 23 %:lla. Vähiten kohonnutta verenpainetta oli Lähi-idän ja Afrikan maista tulleilla.

Koska kohonneen verenpaineen yleisyys oli aineistossa harvinaista, voitiin verenpaineen hoitoa ja suositusten mukaisen hoidon toteutumista tarkastella vain 9 %:lla tutkituista. Niistä, joilla verenpaine määriteltiin kohonneeksi, noin puolella oli käytössään verenpainelääke (taulukko 4.3.4). Naisista verenpainelääkitys oli noin kolmella neljäsosalla ja miehistä alle puolella. Niiden tutkittavien, joilla mitatut verenpainearvot olivat alle 140/90 mmHg, katsottiin olevan hyvässä hoitotasapainossa. Verenpaine oli hyvässä hoitotasapainossa lähes kolmella neljäsosalla naisista ja alle neljäsosalla miehistä. Satunnaisvaihtelun mahdollisuus näissä tuloksissa on kuitenkin erittäin suuri pienien havaintomäärien vuoksi.

Taulukko 4.3.1. Verenpaineen jakauma, verenkiertoelinten sairauksien, kohonneen verenpaineen ja verenpainelääkityksen käytön yleisyys sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=471	Naiset n=309	Yhteensä n=780
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Lääkärin toteama verenkiertoelinten sairaus ¹	16,6 (13,5–20,2)	23,0 (18,6–28,0)	19,1 (16,5–22,0)
Lääkärin toteama sydänsairaus ²	7,6 (5,6–10,4)	10,0 (7,1–13,9)	8,6 (6,8–10,8)
Verenpaine			
<120 ja <80 mmHg	63,0 (58,5–67,3)	84,7(80,2–88,4)	71,6 (68,3–74,7)
120–129 ja/tai 80–84 mmHg	21,3 (17,8–25,3)	9,0 (6,2–12,8)	16,4 (14,0–19,2)
130–139 ja/tai 85–89 mmHg	8,5 (6,3–11,4)	4,0 (2,3–6,9)	6,7 (5,1–8,7)
≥140 ja/tai ≥90 mmHg	7,2 (5,1–9,9)	2,3 (1,1–4,8)	5,3 (3,9–7,1)
Lääkäri todennut kohonneen verenpaineen	10,2 (7,8–13,3)	13,6 (10,2–17,9)	11,6 (9,5–14,0)
Tutkimuksessa mitattu kohonnut verenpaine	7,2 (5,1–9,9)	2,3 (1,1–4,8)	5,3 (3,9–7,1)
Verenpainelääke käytössä	4,2 (2,7–6,4)	6,7 (4,4–10,2)	5,2 (3,8–7,0)
Lääkärin toteama kohonnut verenpaine, verenpainelääkitys tai tutkimuksessa mitattu kohonnut verenpaine	15,2 (12,3–18,8)	15,8 (12,1–20,2)	15,4 (13,1–18,1)
Verenpainelääkitys ja/tai mitattu kohonnut verenpaine ³	11,9 (7,4–18,6)	8,4 (5,8–12,0)	9,2 (7,4–11,4)

LV, luottamusväli

¹Lääkärin aikaisemmin toteama kohonnut verenpaine, verenpainetauti, sepelvaltimotauti, muu sydänvika tai sairaus tai joku muu, ICD-10 tautiluokituksen verenkierroelinten sairauksien (I00–I99) sairausluokkaan luokiteltava tauti

²Sepelvaltimotauti, muu sydänvika tai sairaus

³European Health Examination Surveys (EHES) metodologian mukainen indikaattori kohonneen verenpaineen yleisyydestä

Taulukko 4.3.2. Verenpaineen jakauma, sairastavuus verenkiertoelinten sairauksiin, kohonneen verenpaineen ja verenpainelääkityksen käytön yleisyys ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=291	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Lääkärin toteama verenkiertoelinten sairaus ¹	12,0 (8,8–16,3)	14,9 (11,2–19,5)	35,5 (29,2–42,2)
Lääkärin toteama sydänsairaus ²	6,5 (4,2–10,0)	7,3 (4,8–10,9)	13,5 (9,4–19,0)
Verenpaine			
<120 ja <80 mmHg	76,7 (71,4–81,2)	78,9 (73,7–83,2)	53,2 (46,0–60,2)
120–129 ja/tai 80–84 mmHg	17,1 (13,1–21,9)	10,9 (7,8–15,1)	23,7 (18,2–30,3)
130–139 ja/tai 85–89 mmHg	4,2 (2,4–7,2)	6,7 (4,3–10,3)	10,5 (6,9–15,8)
≥140 ja/tai ≥90 mmHg	2,1 (0,9–4,6)	3,5 (1,9–6,4)	12,6 (8,6–18,2)
Lääkäri todennut kohonneen verenpaineen	5,5 (3,4–8,8)	8,0 (5,3–11,7)	25,6 (20,2–32,2)
Tutkimuksessa mitattu kohonnut verenpaine	2,1 (0,9–4,6)	3,5 (1,9–6,4)	12,6 (8,6–18,2)
Verenpainelääke käytössä	1,8 (0,7–4,2)	2,5 (1,2–5,2)	13,9 (9,7–19,5)
Lääkärin toteama kohonnut verenpaine, verenpainelääkitys tai tutkimuksessa mitattu kohonnut verenpaine	8,5 (5,8–12,3)	10,7 (7,6–14,8)	32,5 (26,4–39,3)
Verenpainelääkitys ja/tai mitattu kohonnut verenpaine ³	3,8 (2,1–6,7)	5,5 (3,4–8,8)	22,5 (17,2–28,8)

LV, luottamusväli

¹Lääkärin aikaisemmin toteama kohonnut verenpaine, verenpainetauti; sepelvaltimotauti; muu sydänvika tai sairaus tai joku muu, ICD-10 tautiluokituksen verenkierroelinten sairauksien (I00–I99) sairausluokkaan luokiteltava tauti²Sepelvaltimotauti; muu sydänvika tai sairaus³European Health Examination Surveys (EHES) metodologian mukainen indikaattori kohonneen verenpaineen yleisyydestä

Taulukko 4.3.3. Verenpaineen jakauma, sairastavuus verenkiertoelinten sairauksiin, kohonneen verenpaineen ja verenpainelääkityksen käytön yleisyys maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=340	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=84
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Lääkärin toteama verenkiertoelinten sairaus ¹	33,6 (27,8–40,0)	11,8 (8,7–15,6)	10,2 (6,0–16,8)	22,6 (14,9–32,8)
Verenpaine				
<120 ja <80 mmHg	66,8 (60,3–72,8)	77,8 (73,1–82,0)	67,5 (58,8–75,1)	65,5 (54,7–74,9)
120–129 ja/tai 80–84 mmHg	19,4 (14,6–25,2)	13,8 (10,5–17,9)	18,3 (12,4–26,0)	16,7 (10,1–26,2)
130–139 ja/tai 85–89 mmHg	7,4 (4,6–11,7)	5,4 (3,4–8,4)	8,7 (4,9–15,1)	7,1 (3,2–15,0)
≥140 ja/tai ≥90 mmHg	6,5 (3,9–10,6)	3,0 (1,6–5,5)	5,6 (2,7–11,2)	10,7 (5,7–19,3)
Lääkäri todennut kohonneen verenpaineen	18,9 (14,3–24,5)	6,2 (4,1–9,3)	7,9 (4,3–14,0)	19,0 (12,0–28,9)
Tutkimuksessa mitattu kohonnut verenpaine	6,5 (3,9–10,6)	3,0 (1,6–5,5)	5,6 (2,7–11,2)	10,7 (5,7–19,3)
Käytössä veren- painelääke	6,4 (3,8–10,5)	4,5 (2,8–7,4)	NA ²	8,5 (4,1–16,9)
Lääkärin toteama kohonnut veren- paine, verenpaine- lääkitys tai tutki- muksessa mitattu kohonnut veren- paine	23,1 (18,1–29,1)	9,4 (6,7–12,9)	12,4 (7,7–19,3)	23,8 (15,9–34,1)
Verenpainelääkitys ja/tai mitattu kohonnut veren- paine ³	11,8 (8,2–16,7)	6,7 (4,5–10,0)	7,8 (4,2–13,8)	14,3 (8,3–23,5)

LV, luottamusväli

¹Lääkärin aikaisemmin toteama kohonnut verenpaine, verenpainetauti; sepelvaltimotauti; muu sydänvika tai sairaus tai joku muu, ICD-10 tautiluokituksen verenkierroelinten sairauksien (I00–I99) sairausluokkaan luokiteltava tauti²NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5³European Health Examination Surveys (EHES) metodologian mukainen indikaattori kohonneen verenpaineen yleisyydestä

Taulukko 4.3.4. Verenpaineen hoito ja hyvässä hoitotasapainossa olevien osuus, aikuiset

	Yhteensä n=72 % (95 %-n LV)
Lääkittyjen osuus niistä, joilla kohonnut verenpaine ¹	54,2 (42,6–65,3)
Hyvässä hoitotasapainossa olevien osuus ²	40,3 (29,6–51,9)

LV, luottamusväli

¹ Kohonnut verenpaine määritelty EHES indikaattorin mukaan laskien mukaan ne, joilla on verenpainelääkitys tai tutkimuksessa todettu kohonnut verenpaine² Hoitotasapaino katsottiin hyväksi, jos verenpaine mittauksissa oli alle 140/90 mmHg

Nuoret

Tutkittavista vain yksittäisillä nuorilla oli synnynnäinen sydänvika. Nuorten verenpaine- ja painetasot olivat myös hyvät. Systolisen verenpaineen keskiarvo 13–17-vuotiailla nuorilla oli 102 mmHg ja diastolisen verenpaineen 64 mmHg. Heistä 91 %:lla verenpaine oli normaali eli systolinen verenpaine alle 120 mmHg ja diastolinen verenpaine alle 80 mmHg. Kohonnutta verenpainetta (140/90 mmHg tai enemmän) ei havaittu yhdelläkään nuorella.

Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimukseen osallistuneilla turvapaikanhakijoilla oli varsin vähän verenkiertoelinten sairauksia ja kohonnutta verenpainetta. Osittain tämä johtuu siitä, että tutkittavat olivat varsin nuoria. Vain noin neljännes tutkituista aikuisista oli 40 vuotta täyttäneitä. Verenpaine- ja painetasot olivat kuitenkin muutenkin hyvin matalia erityisesti Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleilla turvapaikanhakijoilla.

Vertailu muihin tutkimuksiin on haasteellista, koska tähän tutkimukseen osallistuneet turvapaikanhakijat olivat nuoria. Monissa aikaisemmissa väestötutkimuksissa tutkittavien keski-ikä on ollut lähempänä 50 vuotta. Kuitenkin jopa 40 vuotta täyttäneiden tähän tutkimukseen osallistuneiden turvapaikanhakijoiden verenpaine- ja painetasot olivat selvästi matalampia kuin Maamu-tutkimukseen osallistuneiden kurdi-, somalialais- ja venäläistäustaisten henkilöiden, joiden keski-ikä oli noin 42 vuotta (Skogberg ym. 2016). Verenpainelääkkeitä oli käytössä kaikista tutkituista vain 5 %:lla ja 40 vuotta täyttäneistäkin vain 14 %:lla, kun 30 vuotta täyttäneestä väestöstä Suomessa verenpainelääkitys oli käytössä lähes 30 %:lla (Laatikainen ym. 2018).

Vaikka tähän tutkimukseen osallistuneista turvapaikanhakijoista varsin pienellä osalla oli verenkiertoelinten sairauksia tai kohonnutta verenpainetta, on näiden sairauksien tunnistaminen ja verenpaineen mittaaminen terveystarkastuksissa tärkeää. Joillakin tutkituilla oli selvästi hoitamaton verenpainetauti. Lisäksi verenpaine voi helposti lähteä kohoamaan, jos elintavat muuttuvat uudessa asuinmaassa ja esimerkiksi ylipaino ja suolan saanti lisääntyvät. Terveystarkastuksen ammattilaisten tulisi huomioida mahdolliset riskitekijät varhain ja antaa tarvittaessa elintapaneuvontaa.

4.4 Hengityselinsairaudet, allergia ja iho-oireet

Tiina Laatikainen, Natalia Skogberg

- Hengityselinten sairauksia oli varsin vähän muilla kuin Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleilla turvapaikanhakijoilla.
- Astmaa raportoiti sairastavansa noin 4 % tutkituista, mikä vastaa aiempien Suomessa toteutettujen ulkomaalaistaustaista väestöä koskevien tutkimusten tuloksia.
- Vain harvoilla tutkituilla oli käytössä astma- tai allergialääkkeitä.
- Lapsilla ja nuorilla oli enemmän allergiaa kuin aikuisilla.

Johdanto

Astma ja allergiat ovat yleisiä kansansairauksia ja yleistyvät nopeasti kehittyneissä maissa. Astman ja allergioiden lisääntymisen katsotaan johtuvan ympäristön monimuotoisuuden eli biodiversiteetin heikkenemisestä, jolloin altistuminen immuuteettia vahvistavalle ympäristön mikrobiomille vähenee (Hanski ym. 2012). Muita kansanterveydellisesti merkittäviä hengityselinten pitkäaikaissairauksia ovat hengityselinten syövät ja keuhkoastma. Näiden molempien keskeisin riskitekijä on tupakointi.

Suomessa FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan keuhkoastma on harvinainen työikäisillä, mutta 60–69-vuotiaista miehistä 5 % ja naisista 2 % raportoiti sairastavansa sitä (Jousilahti ym. 2018). Taudin yleisyys on merkittävästi vähentynyt tupakoinnin vähenemisen myötä. Saman tutkimuksen mukaan 10 % 30 vuotta täyttäneistä miehistä ja 14 % naisista raportoiti, että heillä on lääkärin toteama astma. Astmalääkkeitä raportoiti käyttävänsä 7 % miehistä ja 10 % naisista. Noin 30 % sekä miehistä että naisista raportoiti allergisia nuhaoireita, 20 % miehistä ja lähes 30 % naisista allergisia silmäoireita ja noin 15 % sekä miehistä että naisista allergisia iho-oireita.

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu) lääkärin toteamaa astmaa raportoiti 18–64-vuotiaista venäläistaustaisista 3 %, kurditaustaisista 5 % ja somalialaistaustaisista 6 % (Laatikainen ym. 2012a). Allergisia nuhaoireita raportoiti 12 % venäläistaustaisista, 16 % kurditaustaisista ja jopa 36 % somalialaistaustaisista. Allergisia silmäoireita oli 8 %:lla venäläistaustaisista, 11 %:lla kurditaustaisista ja 29 %:lla somalialaistaustaisista, kun ihottumaa raportoiti vain 4 % venäläistaustaisista, 5 % kurditaustaisista ja 13 % somalialaistaustaisista.

Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH) on haastattelumenetelmällä selvitetty keskeisten terveysongelmien yleisyyttä vuonna 2014. Lääkärin toteamaa astmaa ilmoitti sairastavansa 20–64-vuotiaista ulkomaalaistaustaisista 4 %, kun Suomen koko väestöstä 8 % (Koponen ym. 2015). Eniten astmaa raportoivat EU, EFTA ja Pohjois-Amerikan maista saapuneet henkilöt (7 %) eli lähes saman verran kuin koko Suomen väestö.

Menetelmät

Sairastavuutta hengityselinten sairauksiin ja astmalääkkeiden käytön yleisyyttä selvitettiin haastattelussa. Hengityselinten sairauksien yleisyyttä kartoitettiin kysymällä vastaajilta, onko lääkäri todennut heillä astman tai muun keuhkosairauden (jos kyllä, pyydettiin tarkentamaan mikä sairaus kyseessä). Lueteltujen sairauksien lisäksi vastaajilta kysyttiin, oliko lääkäri todennut heillä jonkun muun sairauden. Jälkimmäisen kysymyksen avovastaukset luokiteltiin Kansainvälisen tautiluokituksen (International Classification of Diseases, ICD-10) mukaisesti. Tässä luvussa raportoidaan niiden osuudet, jotka vastasivat lääkärin todenneen heillä aikaisemmin astman, muun keuhkosairauden tai jonkun muun, ICD-10 -tautiluokituksen hengityselinten sairauksien (J00–J99) sairausluokkaan luokiteltavan vaivan. Nuorilta ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltajilta kysyttiin, onko nuorella tai lapsella todettu astma. Lisäksi he saattoivat mainita muita hengityselinten sairauksia muita sairauksia ja terveysongelmia kartoittavan kysymyksen yhteydessä.

Allergiaoireita ei kysytty erikseen aikuisilta, mutta osa mainitsi näitä erilaisia sairauksia kartoittavan kysymyssarjan yhteydessä. Nuorilta ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltajilta kysyttiin, onko nuorella tai lapsella todettu ruoka-aine allergia, atooppinen tai allerginen ihottuma tai muu allergia (jos kyllä, pyydettiin tarkentamaan mikä). Lisäksi he saattoivat mainita allergiaoireita muita sairauksia ja terveysongelmia kartoittavan kysymyksen yhteydessä.

Aikuisilta kysyttiin, kuinka usein heillä on viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana esiintynyt iho-oireita. Vastausvaihtoehdot olivat: ei koskaan/kerran viikossa tai harvemmin/muutaman kerran viikossa/päivittäin. Vastaavasti nuorilta ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltajilta kysyttiin, onko nuorella tai lapsella ollut iho-ongelmia viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana. Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin aikuisten kysymyksessä. Lisäksi kenttätöntekijät havainnoivat lasten ja nuorten ihon ja kirjasivat ylös, mikäli ihottumaa oli.

Aikuisten, nuorten ja lasten lääkkeiden käyttöä kartoitettiin kysymällä, onko heillä tällä hetkellä säännöllinen lääkitys tai sen tarve (kyllä/ei). Vastaajille lueltiin yleisimpiä lääkeaineryhmiä, mukaan lukien astma- ja allergialääkkeet. Lueteltujen lääkeaineryhmien lisäksi kysyttiin, oliko heillä käytössä joku muu lääke. Jälkimmäisen kysymyksen avokenttään kirjattiin lääkkeen nimi ja vaiva, mihin sitä on käytetty. Lääkkeitä koskevat avovastaukset luokiteltiin Anatomis-terapeuttis-kemiallisen lääkeluokituksen (ATC) tai tutkittavan mainitseman käyttötarjoituksen mukaan. Näistä astmalääkkeiksi nimetyt ja valmistenimikkeen perusteella allergialääkkeiksi tunnistetut huomioitiin laskettaessa niiden osuutta, joilla oli käytössä astma- tai allergialääkkeitä.

Tulokset

Aikuiset

Hengityselinten sairaudet olivat turvapaikanhakijoilla melko harvinaisia. Minkä tahansa hengityselinten sairauden oli lääkäri todennut vain 10 %:lla (taulukko 4.4.1). Naisilla näitä sairauksia oli enemmän kuin miehillä. Ikäryhmien välillä ei ollut eroja (taulukko 4.4.2). Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleilla oli enemmän lääkärin toteamia hengityselinten sairauksia kuin muista maista tulleilla (taulukko 4.4.3). Muutoin maaryhmät eivät eronneet toisistaan. Lääkärin toteamaa astmaa raportoiti 4 % tutkituista. Myös astmaa oli naisilla enemmän kuin miehillä.

Aikuiset raportoivat hyvin vähän allergioita. Vain alle 2 % raportoiti, että heillä olisi mitään allergiaa (taulukko 4.4.1). Erilaisia iho-oireita raportoitiin selvästi enemmän. Lähes 15 % raportoiti, että heillä on viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana ollut jonkinlaisia iho-oireita, jotka ilmeisimmin eivät ole allergista ihottumaa. Iho-oireiden esiintyminen oli hyvin samanlaista sukupuolesta, iästä tai tulomaasta riippumatta. Astmalääkitystä kaikista tutkituista käytti vain 2 %. Kolmasosa niistä, joilla oli lääkärin toteama astma, käytti astmalääkitystä. Vain 1 % tutkittavista ilmoitti käyttävänsä tai tarvitsevänsä säännöllisesti allergialääkitystä.

Taulukko 4.4.1. Hengityselinten sairauksien, allergian ja iho-oireiden yleisyys sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=471	Naiset n=309	Yhteensä n=780
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Lääkärin toteama hengityselinten sairaus ¹	7,2 (5,2–9,9)	13,9 (10,5–18,2)	9,9 (8,0–12,2)
Lääkärin toteama astma	2,2 (1,2–4,0)	6,6 (4,3–10,1)	4,0 (2,8–5,6)
Jokin allergia	1,3 (0,6–2,8)	2,6 (1,3–5,1)	1,8 (1,1–3,0)
Iho-oire	12,0 (9,3–15,2)	18,2 (14,3–22,9)	14,4 (12,1–17,1)

LV, luottamusväli

¹Lääkärin aikaisemmin toteama astma, muu hengityselinsairaus tai joku muu ICD-10 tautiluokituksen hengityselinten sairauksien (J00–J99) sairausluokkaan luokiteltava tauti

Taulukko 4.4.2. Hengityselinten sairauksien, allergian ja iho-oireiden yleisyys ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=291	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Lääkärin toteama hengityselinten sairaus ¹	7,6 (5,0–11,2)	10,4 (7,4–14,5)	12,5 (8,6–17,9)
Iho-oire	16,6 (12,7–21,4)	13,6 (10,1–18,1)	12,5 (8,6–17,9)

LV, luottamusväli

¹Lääkärin aikaisemmin toteama astma, muu hengityselinsairaus tai joku muu ICD-10 tautiluokituksen hengityselinten sairauksien (J00–J99) sairausluokkaan luokiteltava tauti

Taulukko 4.4.3. Hengityselinten sairauksien, allergian ja iho-oireiden yleisyys maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=340	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=84
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Lääkärin toteama hengityselinten sairaus ¹	17,5 (13,1–22,9)	8,2 (5,7–11,7)	3,9 (1,6–9,1)	NA ²
Iho-oire	14,0 (10,1–19,1)	13,1 (9,9–17,1)	17,2 (11,6–24,7)	17,1 (10,4–26,8)

LV, luottamusväli

¹Lääkärin aikaisemmin toteama astma, muu hengityselinsairaus tai joku muu ICD-10 tautiluokituksen hengityselinten sairauksien (J00–J99) sairausluokkaan luokiteltava tauti²NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Nuoret

Vain yksittäisillä nuorilla oli lääkärin toteamia hengityselinten sairauksia, jotka kaikki olivat astmaa. Nuorista joka viides raportoi jonkinlaisia allergiaoireita (taulukko 4.4.4). Iho-oireita esiintyi 9 %:lla nuorista. Kukaan nuorista ei käyttänyt allergialääkkeitä. Terveystarkastuksen yhteydessä tehtyjen havaintojen mukaan 8 %:lla 13–17-vuotiaista oli tutkimushetkellä ihottumaa.

Taulukko 4.4.4. Allergioiden ja iho-oireiden yleisyys, nuoret

	Yhteensä n=63
	% (95 %-n LV)
Jokin allergia	22,2 (13,6–34,1)
Iho-oire	9,4 (4,3–19,4)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Hengityselinten sairaudet olivat hyvin harvinaisia alakouluikäisillä ja kaikissa tapauksissa kyse oli astmasta. Huoltaja raportoi allergiaa olevan joka viidennellä 7–12-vuotiaalla, pojilla tyttöjä hieman useammin (taulukko 4.4.5). Iho-oireita esiintyi 7 %:lla alakouluikäisistä. Myös iho-oireita esiintyi useammin pojilla kuin tytöillä. Kenttätutkimustietojen havaintojen mukaan 5 %:lla 7–12-vuotiaista oli tutkimushetkellä ihottumaa.

Taulukko 4.4.5. Allergioiden ja iho-oireiden yleisyys sukupuolittain, alakouluikäiset lapset

	Pojat n=53	Tytöt n=41	Yhteensä n=94
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin allergia	26,4 (16,3–39,8)	17,1 (8,4–31,7)	22,3 (15,0–31,9)
Iho-oire	9,4 (4,0–20,8)	NA ¹	7,4 (3,6–14,8)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Alle kouluikäiset lapset

Kuten nuorilla ja alakouluikäisillä, myös alle kouluikäisten hengitystie-elinten sairaudet olivat hyvin harvinaisia ja tässäkin ryhmässä raportoitiin ainoastaan astmaa. Huoltaja raportoi allergiaa olevan hieman yli 10 %:lla 0–6-vuotiaista (taulukko 4.4.6). Allergioiden yleisyydessä tytöillä ja pojilla ei havaittu eroja. Iho-oireita oli 7 %:lla alle kouluikäisistä. Tutkimushoitajien havaintojen mukaan 9 %:lla 0–6-vuotiaista oli tutkimushetkellä ihottumaa.

Taulukko 4.4.6. Allergioiden ja iho-oireiden yleisyys sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=70	Tytöt n=70	Yhteensä n=140
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin allergia	10,0 (4,8–19,5)	12,9 (6,8–22,9)	11,4 (7,1–17,9)
Iho-oire	7,4 (3,1–16,5)	NA ¹	6,5 (3,4–12,1)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimukseen osallistuneilla turvapaikanhakijoilla oli Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleita lukuun ottamatta hyvin vähän lääkärin toteamia hengityselinten sairauksia. Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleista niitä raportoi kuitenkin lähes 18 %. Tässä tutkimuksessa ei pystytty erittelemään mistä sairauksista on kyse, mutta heillä voi olla enemmän tupakointiin liittyviä hengityselinten sairauksia.

Turvapaikanhakijoista vain 4 % raportoi sairastavansa astmaa, kun vuonna 2017 yli 10 %:lla koko Suomen väestöstä oli lääkärin toteama astma (Jousilahti ym. 2018). Sen sijaan tämän tutkimuksen tulokset vastasivat hyvin Maamu- ja UTH-tutkimusten tuloksia (Koponen ym. 2015a; Laatikainen ym. 2012a).

Allergioita aikuiset raportoivat erityisen vähän. Tämä voi johtua osittain siitä, ettei niitä tutkimuksessa kysytty omana ryhmänään vaan tieto kerättiin avovastauksista, jotka koskivat muuta sairastuvuutta. Iho-oireita raportoitiin selvästi enemmän ja huomattavasti enemmän kuin ihottumaa Maamu-tutkimuksessa (Laatikainen ym. 2012a). On mahdollista, että tässä tutkimuksessa tutkittavat raportoivat muitakin iho-oireita, kuin vain allergisia iho-oireita, koska kysymystä ei oltu rajattu vain allergiseen tai atooppiseen ihottumaan.

Myös lapsilla ja nuorilla oli vähän astmaa, mutta selvästi aikuisia enemmän allergioita. Näitäkin oli kuitenkin huomattavasti vähemmän, kuin mitä koko Suomen väestön lapsista on raportoitu. Suomessa ja Venäjän Karjalassa toteutetun Karjalan Astma- ja Allergiatutkimuksen (KARA) mukaan vuonna 2003 koko väestön lapsista 9 %:lla oli astmaa, kun venäläisistä vain 2 %:lla (von Hertzen 2006). Ihon pistokokein (Prick-testi) todennettua herkistymistä allergeeneille havaittiin koko väestön lapsista jopa 43 %:lla ja venäläisistä lapsista vain 16 %:lla.

Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että astma ja allergiat lisääntyvät kehittymättömistä maista kehittyneisiin maihin muuttavilla (Kalyoncu & Stålenheim 1992). Tämän tutkimuksen mukaan Suomeen tulevilla turvapaikanhakijoilla nämä terveysongelmat ovat melko vähäisiä. On kuitenkin tärkeää huomioida ne terveys-tarkastuksissa, jotta tilanteen kehittymistä voidaan seurata. Voi myös olla, että mahdollista astmaa ei ole tunnistettu. Ennusteen kannalta varhainen diagnostiikka ja nopeasti aloitettu hyvä hoito on olennaista.

4.5 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä kipuoireet

Päivikki Koponen, Ferdinand Garoff, Seppo Koskinen

- Lähes joka neljännellä naisella ja kuudennella miehellä oli jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus, yleisimmin selkävaiva.
- Venäjältä tai entisestä Neuvostoliitosta saapuneista joka kolmas ilmoitti lääkärin toteaman tuki- ja liikuntaelinten sairauden.
- Päänsärkyä ja selkäsärkyä vähintään muutaman kerran viikossa esiintyi lähes joka kolmannella naisella ja viidennellä miehellä.
- Kipuoireiluun on tärkeää kiinnittää huomiota turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastuksessa, sillä sen kautta voidaan tunnistaa myös esimerkiksi kidutuksesta ja muista traumakokemuksista aiheutuvia ongelmia ja somaattista oireilua.

Johdanto

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat väestön toimintakyvyn vajavuuksien, työkyvyttömyyden ja hoidon tarpeen keskeisiä syitä (Heliövaara ym. 2018). Aiempien suomalaisten tutkimusten mukaan tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja oireet ovat varsin yleisiä myös Suomessa pysyvästi asuvilla ulkomaalaistaustaisilla väestöryhmillä, erityisesti venäläis- ja somalialaistaustaisilla naisilla ja kurdistaustaisista sekä miehillä että naisilla (Heliövaara 2012).

Potilastietojärjestelmään vuosina 2015–2016 kirjattujen tietojen perusteella tuki- ja liikuntaelinvaivat olivat yksi yleisimmistä käyntisyistä vastaanottokeskusten sairausvastaanoitoilla (Tiittala ym. 2018b). Somaattisen oireilun ja kipujen yleisyydestä pakolaistaustaisilla henkilöillä on paljon tutkimusnäyttöä (Morina ym. 2018; Xu ym. 2018). Näissä väestöryhmissä kipuoireet voivat liittyä myös koko väestöä useammin somatisaatiohäiriöön (Morina ym. 2018; Spiller ym. 2016). Turvapaikan-

hakijoilla kipuoireet voivat usein olla myös seurausta erilaisista tapaturmista ja vammoista. Kidutuksen uhreilla kipuoireet ovat yleisiä, erityisesti päänsärky sekä niska- ja selkäkiput. Lisäksi kidutuksen uhreilla esiintyy tiettyihin kidutusmenetelmiin liittyviä kipuja, kuten esimerkiksi kroonisia jalkakipuja falanga-kidutuksen tai olkapää- ja käsivarsikipuja roikuttamisen seurauksena (Williams & Amris 2007). Traumaattisten muistojen mieleen palautuminen lisää kipujen koettua voimakkuutta (Taylor ym. 2013).

Menetelmät

Tutkimukseen osallistuneiden aikuisten turvapaikanhakijoiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien, kipuoireiden ja kipulääkkeiden käytön yleisyyttä selvitettiin haastattelussa. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyyttä kartoitettiin kysymällä vastaajilta, onko lääkäri todennut heillä jonkun seuraavista sairauksista: selän kulumavika; iskias tai muu selkäsairaus; nivelrikko tai nivelreuma (kyllä/ei). Nämä kysymykset esitettiin osana laajempaa lääkärin aikaisemmin toteamien sairauksien kartoitusta, jossa tutkittaville lueteltiin yleisimpiä pitkäaikaisia tauteja, mielenterveysongelmia ja infektiosairauksia. Lueteltujen sairauksien lisäksi vastaajilta kysyttiin, oliko lääkäri todennut heillä jonkun muun sairauden. Jälkimmäisen kysymyksen avovastaukset luokiteltiin Kansainvälisen tautiluokituksen (International Classification of Diseases, ICD-10) mukaisesti. Tässä luvussa raportoidaan niiden osuudet, jotka vastasivat, että lääkäri on aikaisemmin todennut heillä selän kulumavian, iskiaksen tai muun selkäsairauden, nivelrikon tai nivelreuman tai jonkun muun, ICD-10 -tautiluokituksen tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairauksien (M00–M99) luokkaan kuuluneen taudin. Nuorilta ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltajilta ei kysytty erikseen tuki- ja liikuntaelinsairauksista, mutta he saattoivat mainita näitä sairauksia ja terveysongelmia kartoittavien kysymysten yhteydessä.

Kipuoireita selvitettiin kysymällä, onko tutkittavalla viimeksi kuluneen kauden aikana ollut päänsärkyä, selkäkipua tai selkäsärkyä, tai muuta kipua. Muiden kipujen osalta vastaajaa pyydettiin tarkentamaan, millaisesta kivusta oli kyse. Vastausvaihtoehdot olivat: päivittäin/muutaman kerran viikossa/kerran viikossa tai harvemmin/ei koskaan. Nämä kipuoireet kysyttiin myös nuorilta (13–17-vuotailta) ja 7–12-vuotiaiden huoltajilta. Alle kouluikäisten lasten huoltajilta kysyttiin vain lapsen päänsärystä ja muista kivuista. Oirekysymyksissä raportoidaan päivittäin tai muutaman kerran viikossa vastanneiden osuus.

Aikuisten lääkkeiden käyttöä kartoitettiin kysymällä, onko heillä tällä hetkellä säännöllinen lääkitys tai sen tarve (kyllä/ei). Vastaajille lueteltiin yleisimpiä lääkeaineryhmiä, mukaan lukien kipulääkkeet. Lueteltujen lääkeaineryhmien lisäksi kysyttiin, oliko käytössä joku muu lääke. Jälkimmäisen kysymyksen avokenttään kirjattiin lääkkeen nimi ja vaiva, mihin sitä on käytetty. Lääkkeitä koskevat avovastaukset luokiteltiin Anatomis-terapeuttis-kemiallisen lääkeluokituksen (ATC) mukaan. Avovastauksissa ATC-luokituksen M- ja N-koodiryhmiin kuuluvia kipulääkkeitä maininneet sisällytettiin kipulääkkeitä käyttävien osuuteen. Nuorilta ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltajilta ei kysytty erikseen kipulääkkeistä, mutta näitä saat- toi mainita lääkkeitä selvittävän kysymyksen avovastauksessa.

Tulokset

Aikuiset

Jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus oli lähes joka viidennellä, naisista suuremmalla osuudella kuin miehistä (taulukko 4.5.1) ja 40 vuotta täyttäneistä lähes joka kolmannella (taulukko 4.5.2). Selkäsairaudet olivat yleisempiä kuin nivelsairaudet. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat yleisimpiä Venäjältä tai entisen Neuvostoliiton alueelta tulleilla sekä erityisesti naisilla Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla, ja harvinaisimpia muualta Afrikasta tulleilla (taulukko 4.5.3; kuvio 4.5.1).

Naiset raportoivat päänsärkyä ja selkäkipua useammin kuin miehet (taulukko 4.5.4). Ikäryhmien välillä ei ollut eroja kipuoireiden yleisyydessä (taulukko 4.5.5). Pääsärkyä oli vähintään muutaman kerran viikossa ollut viimeksi kuluneen kauden aikana yleisemmin naisilla (31 %) kuin miehillä (18 %), sekä maaryhmistä yleisimmin Muu Afrikka tai Muu alue -ryhmiin kuuluneilla, joista noin joka kolmannella oli ollut päänsärkyä vähintään muutaman kerran viikossa (taulukko 4.5.6). Sekä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- että Muu Afrikka-ryhmissä päänsärkyä oli ollut naisilla huomattavasti useammin kuin miehillä (kuvio 4.5.2).

Selkäkiput olivat lähes yhtä yleisiä kuin päänsärky: miehistä 19 % ja naisista 28 % kertoi vähintään muutaman kerran viikossa esiintyvistä selkäkipuista (taulukko 4.5.4), mutta näiden yleisyydessä ei ollut eroja ikä- tai maaryhmien välillä (taulukko 4.5.5; taulukko 4.5.6).

Muut kivut olivat tutkimukseen osallistuneilla harvinaisempia, mutta eniten niistä mainittiin muun muassa niska-, polvi- tai käsisärkyjä. Noin 5 % turvapaikanhakijoista kertoi käyttävänsä tai tarvitsevänsä kipulääkkeitä säännöllisesti (taulukko 4.5.4). Kipulääkkeiden tarpeessa ei ollut eroja sukupuolten, ikäryhmien tai maaryhmien välillä (taulukko 4.5.5; taulukko 4.5.6).

Taulukko 4.5.1. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=471	Naiset n=309	Yhteensä n=780
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus ¹	14,9 (11,9–18,4)	23,3 (18,9–28,3)	18,2 (15,6–21,1)
Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	11,9 (9,3–15,2)	15,6 (11,9–20,1)	13,4 (11,1–15,9)
Nivelrikko, nivelreuma tai muu nivelsairaus	4,5 (2,9–6,8)	9,8 (6,9–13,6)	6,6 (5,0–8,5)

LV, luottamusväli

¹ Selkäsairaus, nivelsairaus tai muu sairaus ICD-10 -luokista M00–M99

Taulukko 4.5.2. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ikäryhmittäin, aikuiset

	19–29v n=291	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus ¹	13,4 (9,9–17,8)	15,9 (12,1–20,6)	28,5 (22,7–35,2)
Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	10,0 (7,0–14,0)	13,1 (9,7–17,6)	18,6 (13,8–24,6)
Nivelrikko, nivelreuma tai muu nivelsairaus	4,1 (2,4–7,1)	4,2 (2,4–7,2)	13,7 (9,6–19,3)

LV, luottamusväli

¹ Selkäsairaus, nivelsairaus tai muu sairaus ICD-10 -luokista M00–M99**Taulukko 4.5.3. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet maaryhmittäin, aikuiset**

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=340	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=84
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus ¹	32,3 (26,6–38,7)	15,3 (11,8–19,5)	7,1 (3,7–13,1)	8,3 (4,0–16,5)
Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	24,9 (19,7–30,9)	10,6 (7,8–14,4)	5,6 (2,7–11,2)	NA ²
Nivelrikko, nivelreuma tai muu nivelsairaus	11,1 (7,6–15,9)	5,9 (3,8–8,9)	NA ²	NA ²

LV, luottamusväli

¹ Selkäsairaus, nivelsairaus tai muu sairaus ICD-10 -luokista M00–M99² NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5**Taulukko 4.5.4. Kipuoireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana ja kipulääkkeiden käyttö sukupuolittain, aikuiset**

	Miehet n=469	Naiset n=310	Yhteensä n=779
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Päänsärky	17,9 (14,7–21,7)	31,0 (26,1–36,3)	23,1 (20,3–26,2)
Selkäkipu	19,3 (16,0–23,1)	27,8 (23,1–33,1)	22,7 (19,9–25,8)
Muu kipu	12,3 (9,6–15,6)	14,1 (10,6–18,5)	13,0 (10,8–15,6)
Kipulääkkeiden säännöllinen käyttö tai tarve	3,7 (2,3–5,9)	6,4 (4,1–9,8)	4,8 (3,5–6,6)

LV, luottamusväli

Taulukko 4.5.5. Kipuoireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana ja kipulääkkeiden käyttö ikäryhmittäin, aikuiset

	19–29v n=290	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Päänsärky	26,2 (21,5–31,6)	21,8 (17,4–26,9)	20,5 (15,5–26,7)
Selkäkipu	23,4 (18,9–28,6)	22,8 (18,4–28,0)	21,5 (16,3–27,7)
Muu kipu	13,6 (10,1–18,1)	11,6 (8,3–15,8)	14,1 (9,9–19,6)
Kipulääkkeiden säännöllinen käyttö tai tarve	5,0 (3,0–8,2)	4,0 (2,2–7,0)	5,7 (3,2–10,0)

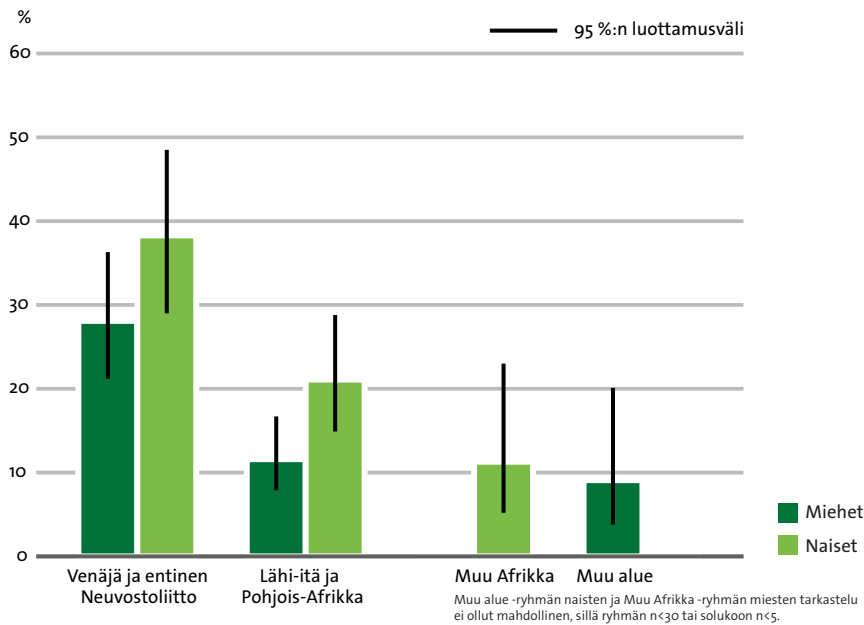
LV, luottamusväli

Taulukko 4.5.6. Kipuoireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana ja kipulääkkeiden käyttö maaryhmittäin, aikuiset

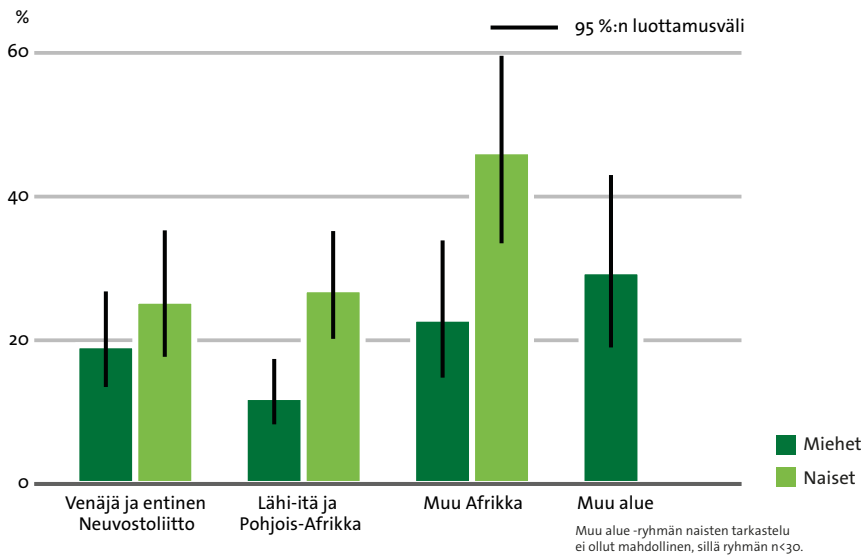
	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=339	Muu Afrikka n=128	Muu alue n=83
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Päänsärky	21,8 (16,9–27,7)	18,0 (14,3–22,5)	32,8 (25,2–41,4)	32,5 (23,3–43,3)
Selkäkipu	23,6 (18,5–29,5)	21,2 (17,2–25,9)	26,6 (19,6–34,9)	20,2 (13,0–30,2)
Muu kipu	15,5 (11,3–20,8)	10,2 (7,4–14,0)	14,8 (9,7–22,1)	14,5 (8,4–23,8)
Kipulääkkeiden säännöllinen käyttö tai tarve	5,5 (3,1–9,4)	4,5 (2,8–7,4)	4,9 (2,2–10,4)	NA ¹

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5.



Kuvio 4.5.1. Jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 4.5.2. Päänsärkyä vähintään muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana kokeneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Nuorista (13–17-vuotiaista) 17 % kertoi kärsineensä päänsärystä ja 14 % selkäki-
vuista vähintään muutaman kerran viikossa (taulukko 4.5.7), muita kipuja oli ol-
lut vain muutamalla.

Taulukko 4.5.7. Kipuoireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana, nuoret

	Yhteensä n=64
	% (95 %-n LV)
Päänsärky	17,2 (9,8–28,4)
Selkäkipu	13,8 (7,4–24,5)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisten (7–12-vuotiaiden) lasten huoltajat kertoivat joka kymmenennellä lapsella olleen päänsärkyä vähintään muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Muita kipuja oli ollut noin viidellä prosentilla kouluikäisistä ja selkäkipuja vain muutamalla.

Taulukko 4.5.8. Kipuoireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana, alakouluikäiset lapset

	Yhteensä n=94
	% (95 %-n LV)
Päänsärky	10,6 (5,8–18,7)
Muu kipu	5,3 (2,2–12,2)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Huoltajien vastausten mukaan päänsärkyä oli vähintään muutaman kerran viikossa vain muutamalla 0–6-vuotiaalla, muita kipuja noin 4 %:lla.

Yhteenveto ja pohdinta

Aikuisilla naisilla tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja kipuoireet olivat yleisempiä kuin miehillä, ja näitä oli sukupuoli- ja maaryhmittäin vaihdellen enimmillään joka kolmannella turvapaikanhakijalla. Näihin sairauksiin ja oireisiin liittyvä palvelutarve sekä kipuoireilun yhteys kidutuskokemuksiin ja muihin traumaattisiin kokemuk-

siin sekä mielenterveysongelmiin on tarpeen selvittää alkuterveystarkastuksissa, samoin kuin säännöllinen kipulääkkeiden käyttö ja kipulääkkeisiin mahdollisesti liittyvät haittavaikutukset.

Nuorilta ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltajilta ei kysytty erikseen tuki- ja liikuntaelinsairauksista tai särkylääkkeistä. He saattoivat tuoda näitä sairauksia ja särkylääkkeiden käyttöä esiin vastatessaan sairauksia ja terveysongelmia sekä lääkkeitä kartoitettaviin kysymyksiin, mutta näitä ei mainittu juuri lainkaan. Vähintään muutamana kerran viikossa esiintyviä kipuoireita oli kuitenkin varsin usein myös nuorilta ja harvemmin myös alakouluikäisillä.

4.6 Ruoansulatuselinten sairaudet ja oireet

Päivikki Koponen, Ferdinand Garoff, Valentina Oroza, Seppo Koskinen

- Ruuansulatuselinten sairauksia oli 5 %:lla aikuisista turvapaikanhakijoista.
- Ruuansulatuselinten sairauksien hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä, yleisimmin närästyslääkkeitä, käytti tai tarvitsi säännöllisesti 2 % aikuisista turvapaikanhakijoista.
- Ruokahaluttomuutta oli vähintään muutamana kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana 18 %:lla aikuisista ja 15–23 %:lla alaikäisistä turvapaikanhakijoista.
- Ummetus tai muut vatsavaivat olivat ruokahaluttomuutta harvinaisempia, 10–14 %:lla ikäryhmästä riippuen.
- Alkuterveystarkastuksissa pitäisi huomioida oireilun yhteys traumaattisiin kokemuksiin ja mielenterveysongelmiin sekä kipulääkkeisiin mahdollisesti liittyviin haittavaikutuksiin.

Johdanto

Ruoansulatuselinten sairauksien ja oireiden yleisyyttä ei ole selvitetty aiemmissa ulkomaalaistaustaisille kohdennetuissa tutkimuksissa Suomessa. Myöskään koko väestöstä näitä koskevia tuloksia ei ole julkaistu viimeaikaisista suomalaisista väestötutkimuksista. Potilastietojärjestelmään vuosina 2015–2016 kirjattujen tietojen perusteella ruoansulatuselinten sairaudet ja oireet olivat eri sairausryhmistä (Perusterveydenhuollon kansainvälisen luokituksen, International Classification of Primary Care, ICPC-luokat) yleisin käyntisyys vastaanottokeskusten sairausvastaanotoilla (Tiittala ym. 2018b). Yhdysvalloissa potilastietojärjestelmästä kootun tutkimusaineiston perusteella pakolaistaustaisilla todettiin muita potilaita yleisemmin käyntisyinä vatsakipuja, pahoinvointia ja oksentelua (Xu ym. 2018). Turvapaikanhakijoilla ruokahaluttomuus ja vatsavaivat voivat olla yhteydessä myös psyykkiseen oireiluun erilaisina somatisaatio-oireina (Morina ym. 2018; Spiller ym. 2016). Pakolaisilla to-

detaan selittämättömiä somaattisia oireita useammin kuin maahanmuutto maan koko väestössä yleensä. Nämä oireet ovat yhteydessä traumaattisiin kokemuksiin, pitkäkestoiseen stressiin ja mielenterveysoireiluun (Rohlof ym. 2014). Ruuansulatuselinten oireet voivat liittyä myös infektioauteihin (ks. luku 5).

Menetelmät

Tutkimukseen osallistuneiden aikuisten ruuansulatuselinten sairauksien ja oireiden yleisyyttä selvitettiin haastattelun yhteydessä. Osana laajempaa lääkärin aikaisemmin toteamien sairauksien kartoitusta tutkittaville luettiin yleisimpiä pitkäaikaisia tauteja, mielenterveysongelmia ja infektiosairauksia. Tässä kysymyksessä ei erikseen mainittu mitään ruuansulatuselinten sairauksia, mutta luettujen sairauksien lisäksi vastaajilta kysyttiin, oliko lääkäri todennut heillä jonkun muun sairauden. Tähän kysymykseen saadut avovastaukset luokiteltiin Kansainvälisen tautiluokituksen (International Classification of Diseases, ICD-10) mukaisesti. Tässä luvussa raportoidaan niiden osuudet, jotka vastasivat jonkun ICD-10 tautiluokituksen ruuansulatuselinten sairauksien (K00–K93) luokkaan kuuluneen taudin. Nuoret ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltaja saattoi mainita näitä myös sairauksia ja terveysongelmia kartoittavien kysymysten yhteydessä. Nuoret ja lasten huoltajat eivät kuitenkaan maininneet mitään ruuansulatuselinten sairauksia, joten tulokset esitetään vain aikuisista.

Ruuansulatuselinten oireita tarkastellaan ruokahaluttomuuden, ummetuksen tai muiden vatsavaivojen sekä ripulin oireita viimeksi kuluneen kuukauden aikana kartoittaneen kysymyksen avulla. Vastausvaihtoehdot olivat: päivittäin/muutaman kerran viikossa/kerran viikossa tai harvemmin/ei koskaan. Samat oireet kysyttiin myös nuorilta ja lasten huoltajilta. Oirekysymyksissä raportoidaan päivittäin tai muutaman kerran viikossa vastanneiden osuus.

Aikuisten lääkkeiden käyttöä kartoitettiin kysymällä, onko heillä tällä hetkellä säännöllinen lääkitys tai sen tarve (kyllä/ei). Vastaajille luettiin yleisimpiä lääkeaineryhmiä, joiden lisäksi kysyttiin, oliko käytössä joku muu lääke. Tämän kysymyksen avokenttään kirjattiin lääkkeen nimi ja mihin vaivaan sitä on käytetty. Lääkkeitä koskevat avovastaukset luokiteltiin Anatomis-terapeuttis-kemiallisen lääkeluokituksen (ATC) mukaan. Tässä luvussa kuvataan avovastauksissa ATC-luokituksen A-koodiryhmään kuuluvia ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeitä maininneiden osuudet, pois lukien diabeteslääkkeet. Nuoret ja alle 13-vuotiaiden huoltajat saattoivat mainita nämä lääkkeitä koskevan kysymyksen avovastauksessa. Nuoret ja lasten huoltajat eivät kuitenkaan maininneet mitään tämän koodiryhmän lääkkeitä, joten tulokset esitetään vain aikuisista.

Tulokset

Aikuiset

Jokin pitkäaikainen ruuansulatuselinten sairaus oli viidellä prosentilla turvapaikanhakijoista (taulukko 4.6.1). Ruuansulatuselinten sairauksien yleisyydessä ei ollut eroja sukupuolten välillä, mutta näitä sairauksia oli vähiten nuorimmissa ikäryhmässä (taulukko 4.6.2) ja eniten Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tai Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla (taulukko 4.6.3). Muissa maaryhmissä näistä mainitsi vain muutama vastaaja. Tähän ICD-10 -luokituksen K-diagnoosiryhmään kuuluvina sairauksina mainittiin esimerkiksi seuraavia: gastriitit (mahatulehdukset ja -katarrit), vatsan ja suolen haavaumat, refluksitauti, suolisto- tai vatsatyrät, sekä sappirakon ja haiman tulehdukset.

Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeitä (muuta kuin diabeteslääkkeitä) käytti tai tarvitsi säännöllisesti 2 % tutkimukseen osallistuneista (taulukko 4.6.1). Useimmiten mainitut ATC-luokituksen A-kategorian lääkkeet olivat närästyslääkkeitä. Näitä lääkkeitä käyttivät tai tarvitsivat eniten Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tai Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet, muilta alueilta tulleista vain muutamia (taulukko 4.6.3).

Ruokahaluttomuutta sekä ummetusta tai muita vatsavaivoja oli vähintään muutaman kerran viikossa ollut viimeksi kuluneen kuukauden aikana joka viidennellä naisella, miehistä 15 %:lla ja 10 %:lla (taulukko 4.6.4). Ripulia oli ollut noin 3 %:lla. Ikäryhmien välillä ei ollut eroja ruuansulatuselinten oireiden yleisyydessä (taulukko 4.6.5). Ruokahaluttomuutta sekä ummetusta tai muita vatsavaivoja oli maaryhmistä yleisimmin Lähi-idästä tai Pohjois-Afrikasta sekä muualta Afrikasta tulleilla (taulukko 4.6.6). Ripulia oli ollut Lähi-idästä tai Pohjois-Afrikasta tulleilla 4 %:lla, muissa ryhmissä vain muutamilla henkilöillä.

Taulukko 4.6.1. Ruuansulatuselinten sairaudet ja lääkkeet sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=471	Naiset n=309	Yhteensä n=780
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin ruuansulatuselinten sairaus ¹	5,5 (3,8–8,0)	4,9 (2,9–7,9)	5,3 (3,9–7,1)
Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet (muut kuin diabeteslääkkeet)	2,5 (1,2–5,1)	2,0 (1,1–3,9)	2,2 (1,4–3,6)

LV, luottamusväli

¹ Ruuansulatuselinten sairaus ICD-10 -luokista K00–K93

Taulukko 4.6.2. Ruuansulatuselinten sairaudet ja lääkkeet ikäryhmittäin, aikuiset

	19–29v n=291	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin ruuansulatuselinten sairaus ¹	3,1 (1,6–5,8)	6,6 (4,2–10,1)	6,5 (3,8–10,9)
Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet (muut kuin diabeteslääkkeet)	2,1 (1,0–4,7)	1,8 (0,8–4,3)	2,9 (1,2–6,8)

LV, luottamusväli

¹ Ruuansulatuselinten sairaus ICD-10 -luokista K00–K93**Taulukko 4.6.3. Ruuansulatuselinten sairaudet ja lääkkeet maaryhmittäin, aikuiset**

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=340	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=84
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin ruuansulatuselinten sairaus ¹	9,6 (6,4–14,2)	4,7 (2,9–7,5)	NA ²	NA ²
Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet (muut kuin diabeteslääkkeet)	4,3 (2,3–8,1)	1,6 (0,6–3,7)	NA ²	NA ²

LV, luottamusväli

¹ Ruuansulatuselinten sairaus ICD-10 -luokista K00–K93² NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5**Taulukko 4.6.4. Ruuansulatuselinten oireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana sukupuolittain, aikuiset**

	Miehet n=470	Naiset n=310	Yhteensä n=780
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Ruokahaluttomuus	15,1 (12,1–18,6)	21,3 (17,1–26,2)	17,6 (15,0–20,4)
Ummetus tai muut vatsavaivat	10,0 (7,6–13,1)	19,4 (15,3–24,1)	13,7 (11,5–16,3)
Ripuli	3,0 (1,8–5,0)	3,5 (2,0–6,3)	3,2 (2,2–4,7)

LV, luottamusväli

Taulukko 4.6.5. Ruuansulatuselinten oireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana ikäryhmittäin, aikuiset

	19–29v n=290	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Ruokahaluttomuus	20,3 (16,0–25,3)	17,3 (13,4–22,1)	14,0 (9,8–19,5)
Ummetus tai muut vatsavaivat	14,4 (10,8–18,9)	13,5 (10,0–18,0)	13,1 (9,0–18,5)
Ripuli	2,7 (1,4–5,4)	4,2 (2,4–7,2)	2,5 (1,0–5,9)

LV, luottamusväli

Taulukko 4.6.6. Ruuansulatuselinten oireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=339	Muu Afrikka n=128	Muu alue n=83
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Ruokahaluttomuus	13,5 (9,7–18,6)	15,9 (12,4–20,2)	25,0 (18,3–33,2)	23,8 (15,9–34,1)
Ummetus tai muut vatsavaivat	10,0 (6,8–14,7)	15,0 (11,6–19,3)	19,7 (13,7–27,5)	9,5 (4,8–17,9)
Ripuli	NA ¹	3,8 (2,2–6,5)	NA ¹	NA ¹

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Nuoret

Nuorista (13–17-vuotiaista) ruokahaluttomuutta oli ollut 23 %:lla vähintään muutaman kerran viikossa. Vain muutama nuorista raportoi ummetuksesta tai muista vatsavaivoista, eikä kukaan raportoinut ripulioireista.

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisten (7–12-vuotiaiden) lasten huoltajat kertoivat 15 %:lla lapsista olleen ruokahaluttomuutta ja 13 %:lla ummetusta tai muita vatsavaivoja vähintään muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana (taulukko 4.6.7). Ripulia oli ollut viidellä prosentilla alakouluikäisistä.

**Taulukko 4.6.7. Ruuansulatuselinten oireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kulu-
neen kuukauden aikana sukupuolittain, alakouluikäiset lapset**

	Pojat n=53	Tytöt n=42	Yhteensä n=94
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Ruokahaluttomuus	17,0 (9,1–29,5)	12,2 (5,2–26,2)	14,9 (9,0–23,6)
Ummetus tai muut vatsavaivat	13,2 (6,4–25,2)	12,2 (5,2–26,2)	12,8 (7,4–21,2)
Ripuli	NA ¹	NA ¹	5,3 (2,2–12,2)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Alle kouluikäiset lapset

Huoltajien vastausten mukaan lähes joka viidennellä 0–6-vuotiaalla oli ollut ruokahaluttomuutta vähintään muutaman kerran viikossa (taulukko 4.6.8). Ummetusta tai muita vatsavaivoja oli 14 %:lla ja ripulia 6 %:lla.

**Taulukko 4.6.8. Ruuansulatuselinten oireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa 30 viime päivän
aikana sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset**

	Pojat n=68	Tytöt n=50	Yhteensä n=138
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Ruokahaluttomuus	19,4 (11,6–30,6)	18,6 (11,1–29,4)	19,0 (13,3–26,4)
Ummetus tai muut vatsavaivat	8,8 (4,0–18,3)	19,1 (11,4–30,2)	14,0 (9,1–20,9)
Ripuli	NA ¹	7,1 (3,0–16,1)	5,8 (2,9–11,2)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Yhteenveto ja pohdinta

Ruuansulatuselinten sairauksia tai näiden hoitoon käytettäviä lääkkeitä ei erikseen kysytty pitkäaikaisia sairauksia ja lääkkeitä koskevissa kysymyssarjoissa, vaan tutkittavat mainitsivat niitä muita sairauksia ja lääkkeitä koskevissa avovastauksissa. Vastauksissa on siis todennäköisesti jossain määrin aliraportointia. Aliraportointi voi aiheutua myös siitä, että ruuansulatuselinten oireita, kuten erityisesti ummetusta ja ripulia, on voitu pitää liian henkilökohtaisena tai arkaluontoisena tietona, jotta ne olisivat tulleet mainituiksi. Nämä seikat voivat selittää sitä, että nämä sairaudet näyttävät tämän tutkimuksen tulosten perusteella harvinaisemmalta kuin potilastietojärjestelmään kirjattujen käyntisyytietojen perusteella vastaanottokeskusten sairausvastaanotoilla (Tiittala ym. 2018b). Ero aiheutunee osittain myös siitä, että ruuansulatuselinten sairaudet ja oireet ovat usein tilapäisiä ja ohimeneviä, eivätkä pitkäaikaisia ja jatkuvia, mihin tässä tutkimuksessa käytetyt kysymykset viittasivat.

Ruuan sulatuselinten oireet olivat yleisimpiä naisilla ja lapsilla. Ruuan sulatuselinten oireiden kohdalla on tärkeää arvioida myös henkilön yleisvointi, oireiden aiheuttama haitta ja kesto sekä ravitsemuksen tila. Mikäli herää epäily ruuan sulatuselinten sairaudesta, tulee henkilö ohjata lääkärin vastaanotolle. Osa ruuan sulatuselimistön oireista voi myös liittyä somatisaatioon ja stressioireisiin. Ruuan sulatuselinten sairauksiin ja oireisiin liittyvä palvelutarve sekä oireilun yhteys traumaattisiin kokemuksiin ja mielenterveysongelmiin on tarpeen selvittää alkuterveystarkastuksessa, samoin kuin säännöllinen lääkkeiden käyttö. Erityisesti kipulääkkeisiin mahdollisesti liittyvistä haittavaikutuksista, jotka voivat ilmetä erityisesti mahaoireina tai myös mahan tai suoliston verenvuodon riskinä, tulisi tarkastuksissa keskustella.

4.7 Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet ja oireet

Päivikki Koponen, Valentina Oroza, Ferdinand Garoff, Seppo Koskinen

- Miehistä 3 %:lla ja naisista 6 %:lla oli jokin pitkäaikainen virtsa- tai sukupuolielinten sairaus.
- Virtsaamiseen liittyviä vaivoja vähintään muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana oli ollut aikuisista ja alle kouluikäisistä turvapaikanhakijoista noin 4 %:lla, mutta alakouluikäisistä 14 %:lla.
- Naisilla ja tytöillä on tarpeen selvittää virtsaamiseen liittyvien vaivojen ja gynekologisten ongelmien yhteyttä sukupuolielinten silpomiseen, lapsilla myös muihin traumakokemuksiin.

Johdanto

Virtsa- ja sukupuolielinten sairauksien ja oireiden yleisyyttä ei ole selvitetty aiemmin ulkomaalaistaustaisille kohdennetuissa tutkimuksissa Suomessa. Myöskään koko väestöstä näitä koskevia tuloksia ei ole raportoitu viimeisimmissä väestötutkimuksissa. Potilastietojärjestelmään vuosina 2015–2016 kirjattujen tietojen perusteella virtsa- ja sukuelinten sairaudet ja oireet olivat muihin sairausryhmiin (Perusterveydenhuollon kansainvälisen luokituksen, International Classification of Primary Care, ICPC-luokat) verrattuna harvinaisia käyntisyitä vastaanottokeskusten sairausvastaanotoilla (Tiittala ym. 2018b). Ne olivat kuitenkin turvapaikanhakijana naisilla huomattavasti yleisempiä käyntisyitä kuin miehillä: naisilla käyntisyistä 5 % oli sukuelimiin ja 3 % virtsaelimiin liittyviä ja miehillä vastaavasti 1 % ja 2 %. Yhdysvalloissa potilastietojärjestelmästä kootun tutkimusaineiston perusteella pakolaistaustaisilla naisilla todettiin muita potilaita yleisemmin käyntisyinä virtsatieinfektiot (Xu ym. 2018).

Naisilla virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet ja oireet voivat liittyä myös sukupuolielinten silpomiseen (FGM, ks. luku 8.2). Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet ja oireet voivat myös olla yhteydessä infektioauteihin (ks. luku 5). Seksuaalis-

ta väkivaltaa käytetään usein aseena sodassa (Maailmanpankki 2011; PLoS Medicine Editors 2009) ja se on myös yleinen kidutuksen muoto sekä miehillä että naisilla (Canning 2015; Lunde 1990). Tästä väkivallasta seuraa usein myös erilaisia virtsa- ja sukupuolielinten sairauksia ja oireita (Dossa ym. 2014; Longombe ym. 2008; Williams ym. 2010).

Menetelmät

Tutkimukseen osallistuneiden turvapaikanhakijoiden sairauksien ja oireiden yleisyyttä selvitettiin haastattelussa. Osana laajempaa lääkärin aikaisemmin toteamien sairauksien kartoitusta tutkittaville lueltiin yleisimpiä pitkäaikaisia tauteja, mielenterveysongelmia ja infektiosairauksia. Tässä kysymyksessä ei erikseen mainittu mitään virtsa- ja sukupuolielinten sairauksia, mutta lueltujen sairauksien lisäksi vastaajilta kysyttiin, oliko lääkäri todennut heillä jonkun muun sairauden. Tähän kysymykseen saadut avovastaukset luokiteltiin Kansainvälisen tautiluokituksen (International Classification of Diseases, ICD-10) mukaisesti. Tässä luvussa raportoidaan niiden osuudet, jotka mainitsivat avovastauksessa jonkun muun, ICD-10-tautiluokituksen virtsa- ja sukupuolielinten sairauksien (N00–N99) luokkaan kuuluneen vaivan. Nuoret ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltajat saattoivat mainita näitä myös sairauksia ja terveysongelmia kartoittavien kysymysten yhteydessä. Nuoret ja lasten huoltajat eivät kuitenkaan maininneet mitään virtsa- ja sukupuolielinten sairauksia, joten näitä koskevat tulokset esitetään vain aikuisista.

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana virtsaamiseen liittyviä vaivoja kysyttiin haastattelun oireita kartoittaneen kysymyksessä. Vastausvaihtoehdot olivat: päivittäin/muutaman kerran viikossa/kerran viikossa tai harvemmin/ei koskaan. Sama kysyttiin myös nuorilta ja alle 13-vuotiaiden lasten huoltajilta. Oirekysymyksissä raportoidaan vastausvaihtoehdot päivittäin tai muutaman kerran viikossa vastanneiden osuus.

Tulokset

Aikuiset

Jonkin virtsa- ja sukupuolielinten sairauden pitkäaikaisena sairautenaan mainitsi 3 % miehistä ja 6 % naisista (taulukko 4.7.1). Mainittuja sairauksia olivat esimerkiksi krooninen munuais- tai virtsatietulehdus, munuaiskivet, sekä miehillä prostata-vaivat ja naisilla munasarjakystat. Virtsa- ja sukupuolielinten sairauksia mainitsivat muita harvemmin nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat (taulukko 4.7.2) ja muita useammin Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleet (taulukko 4.7.3).

Virtsaamiseen liittyviä vaivoja vähintään muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana oli ollut 4 %:lla turvapaikanhakijoista (4.7.1). Näiden vaivojen yleisyydessä ei ollut eroja sukupuolten, ikäryhmien (taulukko 4.7.2) tai maaryhmien (taulukko 4.7.3) välillä.

Taulukko 4.7.1. Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet ja oireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=471	Naiset n=309	Yhteensä n=780
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Jokin virtsa- ja sukupuolielinten sairaus ¹	2,8 (1,6–4,7)	6,1 (4,0–9,4)	4,1 (2,9–5,7)
Virtsaamiseen liittyvä vaiva	4,7 (3,1–7,0)	3,2 (1,7–5,9)	4,1 (2,9–5,8)

LV, luottamusväli

¹Virtsa- ja sukupuolielinten sairaus ICD-10 -luokista N00–N99**Taulukko 4.7.2. Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet ja oireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana ikäryhmittäin, aikuiset**

	19–29v n=291	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Jokin virtsa- ja sukupuolielinten sairaus ¹	2,1 (0,9–4,5)	5,5 (3,4–8,8)	5,0 (2,7–9,0)
Virtsaamiseen liittyvä vaiva	4,1 (2,3–7,1)	3,8 (2,1–6,7)	4,5 (2,4–8,5)

LV, luottamusväli

¹Virtsa- ja sukupuolielinten sairaus ICD-10 -luokista N00–N99**Taulukko 4.7.3. Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet ja oireet päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana maaryhmittäin, aikuiset**

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=340	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=84
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Jokin virtsa- ja sukupuolielinten sairaus ¹	8,7 (5,7–13,2)	3,5 (2,0–6,1)	NA ²	NA ²
Virtsaamiseen liittyvä vaiva	3,1 (1,5–6,3)	4,1 (2,5–6,9)	6,3 (3,2–12,0)	NA ²

LV, luottamusväli

¹Virtsa- ja sukupuolielinten sairaus ICD-10 -luokista N00–N99²NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Nuoret

Nuorilla (13–17-vuotiaat) virtsaamiseen liittyvät vaivat olivat harvinaisia.

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisten (7–12-vuotiaiden) lasten huoltajat kertoivat 14 %:lla lapsista olleen virtsaamiseen liittyviä vaivoja vähintään muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana (taulukko 4.7.4). Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa.

Taulukko 4.7.4. Virtsaamiseen liittyvät vaivat päivittäin tai muutaman kerran viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana, alakouluikäiset lapset

Pojat n=53	Tytöt n=41	Yhteensä n=94
% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
13,2 (6,4–25,2)	14,6 (6,7–29,0)	13,8 (8,2–22,4)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Huoltajien vastausten mukaan 4 %:lla 0–6-vuotiaista oli ollut vähintään muutaman kerran viikossa virtsaamiseen liittyviä vaivoja. Vastausten määrä ei ollut riittävä sukupuolten väliseen vertailuun.

Yhteenveto ja pohdinta

Virts- ja sukupuolielinten sairauksia ei erikseen kysytty pitkäaikaisia sairauksia ja lääkkeitä koskevien kysymysten yhteydessä. Näitä tunnistettiin vain muita sairauksia koskevien kysymysten avovastauksista, jolloin näissä voi olla aliraportointia. Aliraportointi voi aiheutua myös siitä, että virtsa- ja sukupuolielinten sairauksia ja virtsaamiseen liittyviä vaivoja on voitu pitää liian henkilökohtaisena tai arkaluontoisena tietona, jotta ne olisi otettu itse puheeksi. Tämä sairausryhmä näyttää kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten perusteella lähes yhtä yleiseltä kuin potilastietojärjestelmään kirjatuihin yleisimmisiin käyntisyissä vastaanottokeskusten sairausvastaanotoilla (Tiittala ym. 2018b).

Alakouluikäisillä lapsilla virtsaamiseen liittyvät vaivat olivat varsin yleisiä. Tämä voi liittyä yökasteluun (ks. luku 7.2), jota on tämän ikäisillä pidetty enemmän sairauteen viittaavana vaivana kuin alle kouluikäisillä, joilla oli huoltajien mukaan vähemmän virtsaamiseen liittyviä vaivoja. Yökastelun on todettu olevan muita yleisempää pakolaistaustaisilla lapsilla, joilla kastelu voi olla yhteydessä traumakokemuksiin (Jurkovi ym. 2019).

Virts- ja sukupuolielinten sairaudet olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä, mikä voi liittyä sukupuolielinten silpomiseen sekä raskauksiin ja synnytyksiin yhteydessä oleviin terveysongelmiin (ks. luvut 8.2 ja 8.4). Virts- ja sukuelinten sairauksia oli kuitenkin vähemmän niistä maista tulleilla naisilla, joissa sukupuolielinten silpomisperinnettä esiintyy. Naisilla on tarpeen selvittää myös erilaisten gynekologisten vaivojen yhteyttä psyykkiseen kuormittuneisuuteen (Chaaya ym. 2010).

4.8 Alipaino, ylipaino ja lihavuus

Natalia Skogberg, Tiina Laatikainen, Annamari Lundqvist

- Alipainoa ($\text{BMI} < 18,5 \text{ kg/m}^2$) oli vain pienellä osalla turvapaikanhakijoista ja sitä esiintyi pääosin Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä muualta Afrikasta tulevilla nuorilla miehillä.
- Lihavuus ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) oli yleisempää naisilla kuin miehillä, erityisesti Lähi-idän ja Afrikan maista tulevilla naisilla.
- Nuoret ikäryhmät hyötyisivät erityisen paljon lihavuuden ennaltaehkäisystä koska ylipainon ja lihavuuden yleisyys lisääntyy merkittävästi iän myötä.
- Noin joka neljäs 7–16-vuotiaista tytöistä ja pojista oli ylipainoinen tai lihava, ja ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää lasten ja nuorten kohdalla erityistä huomiota.
- Painon seurannan avulla voidaan havaita fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan viittaavia muutoksia, kun taas terveysneuvonnan näkökulmasta on arvokasta arvioida ylipainoisuutta ja lihavuutta hyödyntäen tätä monipuolisempia mittausmenetelmiä.

Johdanto

Lihavuus tarkoittaa kehon suurentunutta rasvakudoksen määrää, joka on haitallista terveydelle. Ylipainoisuus on lihavuuden esiaste. Ylipainoisuus ja lihavuus yleistyvät iän myötä. Ylipaino ja lihavuus lisäävät monien kroonisten sairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien, tyypin 2 diabeteksen, useiden syöpien sekä tuki- ja liikuntaelsairauksien, riskiä. Erityisesti vyötärölle kertynyt rasvakudos, eli vyötärölihavuus, on haitallista terveydelle. Ylipainoa ja lihavuutta mitataan kehonkoostumusta kuvaavilla indikaattoreilla, kuten kehon painoindeksi (body mass index, BMI), vyötärönympäryys ja vyötärön suhde pituuteen. Ylipainon ja lihavuuden yleisyys on kasvanut viime vuosikymmenten aikana maailmanlaajuisesti, sekä kehittyneissä että kehittyvissä maissa (Ng ym. 2014). Tästä huolimatta myös aliravitsemuksesta johtuva alipaino on edelleen merkittävä terveysongelma joissakin kehitysmaissa, joista tulee turvapaikanhakijoita Suomeen.

Aikaisempien sekä kotimaisten että kansainvälisten tutkimusten perusteella tiedetään, että ylipainoisuus ja lihavuus ovat erityisen yleisiä Lähi-idästä ja Afrikan maista tulevilla naisilla (Skogberg 2019). Esimerkiksi Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu) tulokset osoittivat, että 18–64-vuotiaista somaliaistaustaisista naisista lähes puolet ja kurditaustaisista naisista neljännes olivat lihavia ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), kun vastaava osuus koko Suomen väestöstä oli alle viidennes (Laatikainen ym. 2012b). Mitattua tietoa turvapaikanhakijoiden ali- ja ylipainoisuuden yleisyydestä ei ole juurikaan saatavilla. Aikaisemmin Suomessa ver-

rattain pienellä otannalla toteutetussa terveystarkastustutkimuksessa ylipaino ja lihavuus ei ollut kovin yleistä: aikuisista turvapaikanhakijoista kukaan ei ollut alipainoinen, noin kolmasosa oli ylipainoisia (BMI 25,0–29,9 kg/m²) ja alle 10 % oli lihavia (BMI \geq 30 kg/m²; Pirinen 2008).

Menetelmät

Paino, pituus ja vyötärön ympärys mitattiin terveystarkastuksessa standardoituja mittausohjeita noudattaen (Tolonen 2016). Pituus ja paino mitattiin aikuisilta ja 7–17-vuotiailta. Vyötärön ympärys mitattiin ainoastaan aikuisilta. Paino mitattiin Seca 877 -lattiavaa’alla. Mittausta varten tutkittavia pyydettiin riisumaan kengät ja painavat vaatteet sekä tyhjentämään taskut. Pituus mitattiin Seca 213 -pituusmittalalla. Mittausta varten tutkittavia pyydettiin seisomaan selkä suorana ilman kenkiä ja kohdistamaan katseensa suoraan eteenpäin. Vyötärön ympärys mitattiin Hoechst-mass-mittanauhalla. Mittaus tehtiin tutkittavan seistessä kevyen uloshengityksen aikana paljaalta iholta tai kevyen vaatetuksen päältä alimman kylkiluun ja suoliluu-harjanteen puolivälistä. Painoa ja vyötärön ympärystä ei mitattu, mikäli tutkittava oli yli 20 viikkoa raskaana. Pituus ja vyötärön ympärys kirjattiin 0,5 cm:n tarkkuudella ja paino 0,1 kg:n tarkkuudella.

BMI laskettiin aikuisille kaavalla paino (kg)/pituus (m²; WHO 2011). Aikuis-ten BMI luokiteltiin vakiintuneita raja-arvoja käyttäen (alipaino BMI < 18,5 kg/m²; normaalipaino BMI 18,5–24,9 kg/m²; ylipaino BMI 25,0–29,9 kg/m²; lihavuus BMI 30,0–34,9 kg/m²; vaikea tai sairaalloinen lihavuus BMI \geq 35 kg/m²). Aikuisien keskivartalolihavuutta arvioitiin vyötärön ympäryksellä sekä laskemalla vyötärön suhde pituuteen. Vyötärölihavuus luokiteltiin seuraavasti: ylipaino/lievä terveyshaitta 94–102 cm (miehet) ja 80–88 cm (naiset) sekä lihavuus/merkittävä terveyshaitta > 102 cm (miehet) ja > 88 cm (naiset; WHO 2011). Vyötärön suhde pituuteen laskettiin kaavalla: vyötärön ympärys (cm) jaettuna pituudella (cm). Vyötärö-pituus -suhde luokiteltiin seuraavasti: ylipaino/lievä terveyshaitta 0,50–0,59 ja lihavuus/merkittävä terveyshaitta \geq 0,60 (Ashwell & Gibson 2016). Lasten ja nuorten BMI laskettiin ikä-kohtaisten Maailman Terveysjärjestön (WHO 2007) ja International Obesity Task Force:n (IOTF; Cole ym. 2012) kriteerien mukaisesti.

Tulokset

Aikuiset

Aikuisista 3 % oli alipainoisia (BMI < 18,5 kg/m²; taulukko 4.8.1). Alipaino oli yleisempää miehillä kuin naisilla ja sitä havaittiin lähes poikkeuksetta ainoastaan 18–29-vuotiailla nuorilla aikuisilla. Maaryhmittäin tarkasteltuna alipainoa esiintyi pääosin Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta (3 %) sekä muualta Afrikasta (6 %) tul-leilla turvapaikanhakijoilla. Vaikka ylipainoisten (23–46 %) ja lihaviin (13–23 %) osuus vaihteli merkittävästi indikaattorista riippuen, yhtenäistä oli näiden voimakas yleistymisen iän myötä (taulukko 4.8.2). Nuorimpaan (18–29-vuotiaat) ikäryh-

mään verrattuna 40 vuotta täyttäneiden ylipainon yleisyys oli kaksinkertainen ja lihavuus oli mittaustavasta riippuen kolmin- tai jopa kuusinkertainen.

Naiset olivat keskimäärin miehiä lihavampia ja sukupuolierot korostuivat erityisen paljon vyötärölihavuudessa (taulukko 4.8.1). Maaryhmien välillä oli jonkin verran eroja (taulukko 4.8.3). Sukupuolierot olivat erityisen suuret Muu Afrikka -ryhmässä, jossa miesten lihavuus oli harvinaista (kuvio 4.8.1). Vyötärönympäryksellä mitattu vyötärölihavuus oli naisilla keskimäärin kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä, vaikka sukupuolierojen suuruus vaihtelikin maaryhmittäin (kuvio 4.8.2). Sukupuolierot olivat vähemmän korostuneita, jos vyötärölihavuutta arvioitiin käyttäen vyötärön suhdetta pituuteen (kuvio 4.8.3).

Taulukko 4.8.1. Ali-, normaali-, ylipaino ja lihavuus sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=459	Naiset n=288	Yhteensä n=747
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
BMI, kg/m²			
Alipaino <18,5	3,5 (2,1–5,6)	1,7 (0,7–4,1)	2,8 (1,8–4,3)
Normaalipaino 18,5–24,9	44,0 (39,5–48,6)	42,4 (36,8–48,2)	43,4 (39,9–47,0)
Ylipaino 25,0–29,9	37,0 (32,7–41,6)	32,3 (27,1–37,9)	35,2 (31,9–38,7)
Lihavuus 30,0–34,9	12,4 (9,7–15,8)	18,4 (14,3–23,3)	14,7 (12,4–17,5)
Vaikea/sairaaloinen lihavuus ≥35	3,1 (1,8–5,1)	5,2 (3,2–8,5)	3,9 (2,7–5,5)
Vyötärön ympäryys, cm			
<94 (miehet), <80 (naiset)	63,6 (59,0–67,9)	37,6 (32,1–43,4)	53,6 (50,0–57,2)
94–102 (miehet), 80–88 (naiset)	21,4 (17,9–25,4)	26,6 (21,8–32,1)	23,4 (20,5–26,6)
>102 (miehet), >88 (naiset)	15,0 (12,0–18,6)	35,8 (30,4–41,6)	23,0 (20,1–26,2)
Vyötärön suhde pituuteen			
<0,50	43,7 (39,2–48,3)	38,8 (33,3–44,6)	41,8 (38,3–45,4)
0,50–0,59	45,7 (41,1–50,3)	45,6 (39,8–51,4)	45,6 (42,1–49,3)
≥0,60	10,6 (8,1–13,8)	15,7 (11,9–20,4)	12,5 (10,3–15,1)

LV, luottamusväli

Taulukko 4.8.2. Ylipainon ja lihavuuden yleisyys ikäryhmittäin, aikuiset

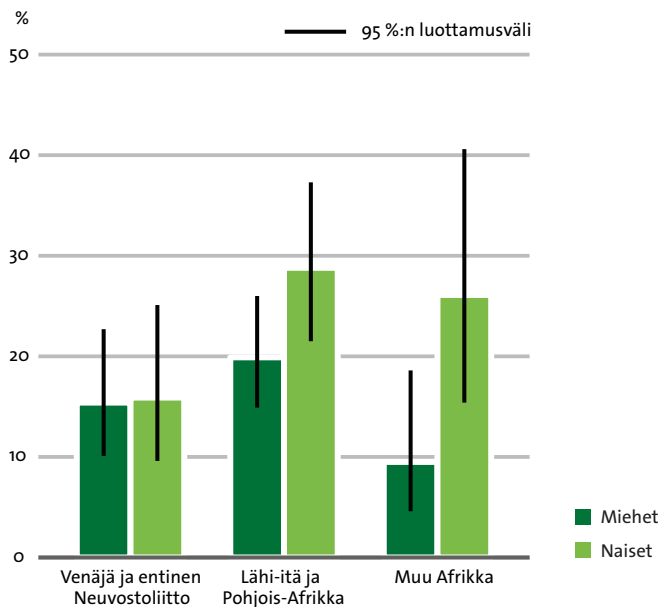
	18–29v n=283	30–39v n=273	40v+ n=191
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
BMI, kg/m²			
Ylipaino 25,0–29,9	23,3 (18,8–28,6)	39,2 (33,6–45,1)	47,1 (40,1–54,2)
Lihavuus ≥30	9,5 (6,6–13,6)	18,3 (14,2–23,4)	32,5 (26,2–39,4)
Vyötärön ympärys, cm			
94–102 (miehet), 80–88 (naiset)	12,6 (9,2–17,1)	28,7 (23,6–34,3)	31,7 (25,4–38,8)
>102 (miehet), >88 (naiset)	10,5 (7,4–14,7)	23,5 (18,9–28,9)	40,9 (34,0–48,1)
Vyötärön suhde pituuteen			
0,50–0,59	30,7 (25,5–36,4)	50,0 (44,1–55,9)	61,6 (54,4–68,4)
≥0,60	4,0 (2,2–7,0)	13,2 (9,7–17,8)	24,3 (18,7–31,0)

LV, luottamusväli

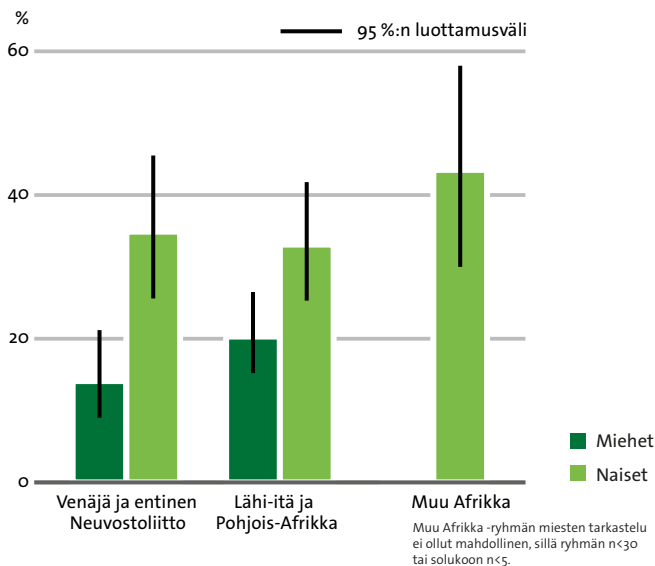
Taulukko 4.8.3. Ylipainon ja lihavuuden yleisyys maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=219	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=326	Muu Afrikka n=120	Muu alue n=82
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
BMI ≥30 kg/m ²	16,0 (11,7–21,5)	23,3 (19,0–28,2)	15,8 (10,3–23,5)	11,0 (5,8–19,8)
Vyötärön ympärys >102 cm (miehet), >88 cm (naiset)	22,4 (17,3–28,5)	25,2 (20,8–30,3)	20,2 (13,9–28,3)	19,8 (12,5–29,9)
Vyötärön suhde pituuteen ≥0,60	8,9 (5,7–13,5)	17,5 (13,7–22,1)	6,7 (3,4–12,9)	11,1 (5,9–20,0)

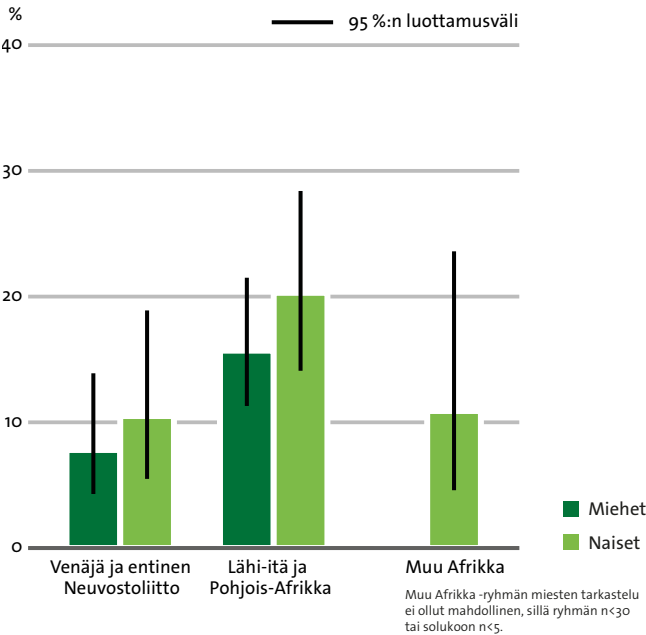
LV, luottamusväli



Kuvio 4.8.1. Lihavuuden yleisyys (BMI ≥ 30 kg/m²) maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 4.8.2. Lihavuuden yleisyys (vyötärön ympärys >102 cm miehillä ja >88 cm naisilla) maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 4.8.3. Lihavuuden yleisyys (vyötärön suhde pituuteen $\geq 0,60$) maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Nuorista (13–17-vuotiaat) noin neljäsosa oli ylipainoisia tai lihavia riippumatta oliko tämä määritelty WHO:n tai IOTF:n kriteereillä (taulukko 4.8.4).

Taulukko 4.8.4. Ylipainon ja lihavuuden yleisyys, nuoret

	Yhteensä n=63 % (95 %:n LV)
WHO kriteeri (WHO 2007)	27,0 (17,4–39,3)
IOTF kriteeri (IOTF, Cole ym. 2012)	25,4 (16,1–37,7)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Noin joka neljäs 7–12-vuotiaista tytöistä ja pojista oli ylipainoinen tai lihava (taulukko 4.8.5). Lihavuuden ja ylipainon yleisyys oli suunnilleen yhtä suuri tytöillä ja pojilla.

Taulukko 4.8.5. Ylipainoisten tai lihavien osuus sukupuolittain, alakouluikäiset lapset

	Pojat n=52	Tytöt n=39	Yhteensä n=91
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
WHO:n kriteeri (WHO 2007)	32,7 (21,3–46,6)	25,6 (14,3–41,6)	29,7 (21,1–39,9)
IOTF:n kriteeri (Cole ym. 2012)	25,0 (15,0–38,6)	23,1 (12,4–38,9)	24,2 (16,4–34,1)

LV, luottamusväli

Yhteenveto ja pohdinta

Alipaino oli harvinaista ja esiintyi pääosin Lähi-idästä ja Afrikasta tulleilla nuorilla miehillä. Ylipainon ja lihavuuden yleisyys oli tähän tutkimukseen osallistuneilla Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleilla aikuisilla keskimäärin samaa tasoa kuin muulla venäläistaustaisella väestöllä Suomessa. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä muualta Afrikasta tulleilla ylipainon ja lihavuuden yleisyys oli tässä tutkimuksessa puolestaan keskimäärin alhaisempi kuin Suomessa jo pidempään asuneilla kurdi- ja somalialaistaustaisilla henkilöillä (Laatikainen ym. 2012b; Skogberg 2019). Havaitut erot aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna voivat selittyä osittain sillä, että aikaisempiin tutkimuksiin osallistuneet ovat olleet keskimäärin vanhempia kuin tähän tutkimuksen osallistuneet. Tässä tutkimuksessa havaitut korostuneet ikäryhmäerot osoittavat, että ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa jo nuorena.

Pidempään vastaanottavassa maassa oleskelleiden Lähi-idästä ja Afrikasta tulleiden, erityisesti naisten korkea ylipainon ja lihavuuden sekä näihin liittyvien terveyshaittojen kuten tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyden on aikaisemmissa tutkimuksissa ehdotettu johtuvan nopeasta painonnoususta maahanmuuton jälkeen (Vandenheede ym. 2012). Paino voi nousta erityisen herkästi niillä, jotka kokevat isoja muutoksia liikunta- ja ruokaympäristössään, jolloin heidän liikunnan määränsä ja ruokavalionsa voi merkittävästi muuttua maahantulon jälkeen. Myös psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät voivat vaikuttaa painon nousuun tai laskuun. Turvapaikanhakijoiden painoa seuraamalla saadaan tietoa nopeista painonvaihteluista, jotka voivat liittyä fyysisiin tai psyykkisiin terveysongelmiin. Pituus ja vyötärön ympärysmittaukset puolestaan täydentävät painomittauksia ja ovat erityisen informatiivisia terveysriskien arvioinnissa. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että turvapaikanhakijat yleisesti, ja naiset erityisesti, hyötyisivät ylipainon ja lihavuuden terveyshaittoja koskevasta tiedosta, terveysneuvonnasta ja ylipainoisuuden ehkäisystä.

Ylipaino ja lihavuus olivat varsin yleisiä alakouluikäisillä lapsilla ja nuorilla. Nuorten ja alakouluikäisten välillä ei havaittu eroja lihavuuden ja ylipainon yleisyydessä. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että turvapaikanhakijalasten ylipainon ja lihavuuden yleisyys kasvaa usean vuoden tulomaassa oleskelun jälkeen (Stellinga-Boellen ym. 2007). Ylipainoisuus ja lihavuus lapsuudessa ovat vahvasti yhteydessä aikuisiän lihavuuteen (Reilly & Kelly 2011). Tästä syystä lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

4.9 Tapaturmien ja väkivallan aiheuttamat vammat

Persephone Doupi, Ferdinand Garoff, Ulla Korpilahti, Lotta Carlsson, Natalia Skogberg

- Tapaturma- ja väkivaltavammoja raportoi lähes puolet aikuisista (47 %) ja vajaa kymmenesosa (8 %) alle 18-vuotiaista lapsista.
- Reilu neljäsosa (28 %) kaikista aikuista raportoi väkivaltavammoja ja ne olivat erityisen yleisiä Afrikasta (pois lukien Pohjois-Afrikasta) tulleilla (54 %).
- Pään alueen vammat, jotka voivat olla traumaattisen aivovamman merkki, olivat väkivallan aiheuttamina yleisempiä miehillä kuin naisilla.
- Tietoa vamman vakavuusasteesta ja sen vaikutuksesta toimintakykyyn tulisi dokumentoida potilasasiakirjoihin terveys- ja sosiaalipalvelujen tarpeen arviointia ja suunnittelua varten.
- Turvapaikanhakijoiden kanssa työskenteleville ammattilaisille tulee tarjota koulutusta väkivallan uhrien kohtaamisesta, tunnistamisesta ja auttamisesta.

Johdanto

Aikaisemmissa pakolaistaustaisia ja turvapaikanhakijoita koskevissa kansainvälisissä tutkimuksissa on raportoitu fyysisten vammojen esiintyvyyttä aikuisilla ja lapsilla (Bischoff ym. 2009; Bouhenia ym. 2017; Duzkoylu ym. 2017; van Berlaer ym. 2016). Vammat voivat johtua tapaturmasta tai väkivallasta, äärimmäisissä tapauksissa kidutuksesta. Vammojen esiintyvyys vaihtelee turvapaikanhakijan lähtömaan mukaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa vammojen on havaittu olevan yleisimpiä Lähi-idästä ja Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta tulevilla turvapaikanhakijoilla. Vamman vaikutus yksilön toimintakykyyn sekä mielenterveyteen voi olla merkittävä. Tämä voi vaikuttaa vammoja saaneiden henkilöiden terveydenhuoltopalvelujen tarpeeseen ja niiden käyttöön sekä kotoutumisen onnistumiseen vastaanottavassa maassa. Aikaisempi tutkimus Suomen pakolaisväestöstä on osoittanut, että monet ovat kokeneet merkittävän traumaattisen tapahtuman entisessä kotimaassaan (Castaneda ym. 2017) ja monilla on myös pysyviä vammoja (Markkula & Impinen 2012). Väki-valtaa voi tapahtua myös maiden rajojen ylitystilanteissa. Pidätystilanteessa väkivalta kohdistuu yleensä kallon alueelle ja yläraajoihin. Usein väkivalta tapahtuu sellai-

sisä olosuhteissa, missä hoitoon pääseminen on hankalaa, jolloin vammat ja kipu voivat kroonistua. Tässä luvussa raportoidaan turvapaikanhakijoiden tapaturma- ja väkivaltavammojen yleisyyttä, jota ei ole aikaisemmin laajasti tutkittu.

Menetelmät

Aikuisten, nuorten ja lasten tapaturma- ja väkivaltavammoja selvitettiin haastattelussa. Aikuisilta kysyttiin, onko heillä haava tai arpi jossakin kehon osassa. Mikäli näin oli, pyydettiin tutkittavaa osoittamaan niiden sijainti kehoa kuvaavasta kortista. Vastaajaa pyydettiin myös tarkentamaan, oliko vamma seurausta tapaturmasta tai väkivallasta, sekä onko se tapahtunut jo ennen turvapaikanhakumatkaa tai sen aikana. Vammojen sijaintiluokitukset fyysisissä vammoissa olivat pään alueen vammat (aivovamma/silmä- tai korvavamma/hampaiston vamma/muu pään alueen vamma), keskivartalon- tai raajojen vammat (vamma käsissä tai jaloissa/vamma keskivartalossa) tai muun alueen vammat.

Alle 18-vuotiaiden lasten ja nuorten tapaturma- ja väkivaltavammoja selvitettiin haastattelussa aikaisempia sairauksia sekä usein toistuvia terveysongelmia käsittelevän kysymyksen yhteydessä. Mikäli nuorella tai lapsella oli väkivallan tai tapaturman aiheuttama vamma, jatkokysymyksessä tarkennettiin vammatyyppiä. Alle 13-vuotiaiden lasten haastattelukysymyksiin vastasi lapsen huoltaja.

Tulokset

Aikuiset

Lähes puolet (47 %) aikuisista raportoi jonkinlaisesta fyysisestä vammasta, joka oli syntynyt tapaturman tai väkivallan seurauksena (taulukko 4.9.1). Miehet (55 %) raportoivat vammoja useammin kuin naiset (35 %). Ikäryhmät eivät eronneet toisistaan (taulukko 4.9.2). Maaryhmittäisissä tarkasteluissa (taulukko 4.9.3) vammoja raportoivat eniten Muu Afrikka -alueelta tulleet (70 %) ja vähiten Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet (36 %). Noin puolet Venäjä ja entinen Neuvostoliito- sekä Muu alue -ryhmään kuuluvista raportoivat tapaturma- tai väkivaltavammoja. Lähes kaikki vammoja raportoineet aikuiset (94 %) olivat saaneet vammat lähtömaassaan. Vastaajista pieni osa (2 %) oli saanut vammoja sekä lähtömaassaan että turvapaikanhakumatkan aikana.

Tapaturmavammojen esiintyvyys oli korkeampi miehillä (27 %) kuin naisilla (16 %; taulukko 4.9.1). Tapaturmaisissa vammoissa vajaa viidesosa (17 %) aikuisista ilmoitti vamman sijaintipaikaksi keskivartalon tai raajat (taulukko 4.9.1). Vastaavasti pään alueen vammoja ilmoitti hieman alle kymmenesosa vastaajista. Tapaturmavammojen yleisyydessä ei havaittu maaryhmittäisiä eroja (taulukko 4.9.3).

Hieman yli neljäsosalla aikuisista oli väkivallan aiheuttamia vammoja (taulukko 4.9.1). Miehet raportoivat väkivaltavammoja useammin kuin naiset. Väkivaltavamman sijaintipaikaksi ilmoitettiin keskivartalon alue tai raajat noin viidesosassa (21 %) tapauksista, kun taas pään alueen vammoja ilmoitti 15 % vastaajista. Vammoissa ei ollut merkitseviä eroja ikäryhmittäin (taulukko 4.9.2). Väkivaltavammat olivat selvästi yleisimpiä Afrikasta (pois lukien Pohjois-Afrikasta) tulleilla turvapaikanhakijoilla (taulukko 4.9.3). Heistä 57 % miehistä ja 51 % naisista raportoi väkivaltavammoja (kuvio 4.9.1).

Taulukko 4.9.1. Tapaturma- ja väkivaltavammat sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=470	Naiset n=309	Yhteensä n=779
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma	55,1 (50,6–59,6)	35,3 (30,1–40,8)	47,2 (43,7–50,8)
Jokin tapaturman aiheuttama vamma	26,6 (22,7–30,8)	16,0 (12,3–20,6)	22,4 (19,6–25,5)
Pään alueella	12,8 (10,0–16,1)	4,2 (2,5–7,1)	9,4 (7,5–11,6)
Raajoissa tai keskivartalossa	18,9 (15,6–22,7)	12,9 (9,6–17,2)	16,6 (14,1–19,3)
Jokin väkivallan aiheuttama vamma	32,5 (28,4–36,9)	19,9 (15,8–24,8)	27,6 (24,5–30,8)
Pään alueella	19,4 (16,0–23,2)	9,1 (6,3–12,8)	15,3 (12,9–18,0)
Raajoissa tai keskivartalossa	24,7 (21,0–28,8)	14,2 (10,8–18,6)	20,5 (17,8–23,5)

LV, luottamusväli

Taulukko 4.9.2. Tapaturma- ja väkivaltavammat ikäryhmittäin, aikuiset

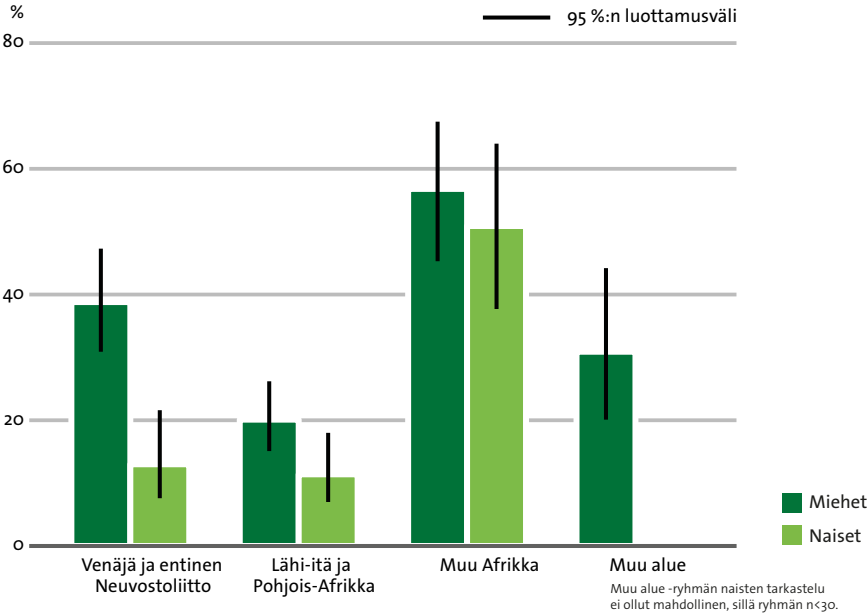
	18–29v n=292	30–39v n=288	40v+ n=199
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma	50,3 (44,6–56,1)	43,4 (37,8–49,2)	48,2 (41,4–55,2)
Jokin tapaturman aiheuttama vamma	24,0 (19,4–29,3)	20,6 (16,3–25,6)	22,6 (17,3–29,0)
Pään alueella	11,6 (8,4–15,9)	7,3 (4,8–10,9)	9,0 (5,8–13,9)
Raajoissa tai keskivartalossa	17,1 (13,2–21,9)	15,6 (11,9–20,3)	17,1 (12,5–23,0)
Jokin väkivallan aiheuttama vamma	28,6 (23,6–34,1)	26,5 (21,7–31,9)	27,6 (21,9–34,3)
Pään alueella	15,1 (11,4–19,7)	13,9 (10,3–18,4)	17,6 (12,9–23,5)
Raajoissa tai keskivartalossa	21,9 (17,5–27,0)	19,4 (15,3–24,4)	20,1 (15,1–26,3)

LV, luottamusväli

Taulukko 4.9.3. Tapaturma- ja väkivaltavammat maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=228	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=339	Muu Afrikka n=128	Muu alue n=84
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma	49,1 (42,7–55,6)	36,3 (31,3–41,5)	69,5 (61,0–76,9)	52,4 (41,7–62,8)
Jokin tapaturman aiheuttama vamma	23,9 (18,8–29,9)	20,2 (16,3–24,9)	20,5 (14,3–28,4)	29,8 (21,0–40,4)
Pään alueella	11,0 (7,5–15,7)	9,1 (6,5–12,7)	7,0 (3,7–13,0)	9,5 (4,8–17,9)
Raajoissa tai keskivartalossa	17,1 (12,7–22,6)	14,5 (11,1–18,6)	16,4 (10,9–23,9)	23,8 (15,9–34,1)
Jokin väkivallan aiheuttama vamma	28,3 (22,8–34,6)	16,7 (13,0–21,0)	54,3 (45,6–62,8)	28,6 (19,9–39,1)
Pään alueella	19,7 (15,1–25,4)	7,7 (5,3–11,0)	26,6 (19,6–34,9)	16,7 (10,1–26,2)
Raajoissa tai keskivartalossa	17,5 (13,1–23,0)	12,1 (9,0–16,0)	48,4 (39,9–57,1)	20,2 (13,0–30,2)

LV, luottamusväli



Kuvio 4.9.1. Jokin väkivallan aiheuttama vamma maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Nuorista (13–17-vuotiaista) 14 %:lla oli jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma.

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisistä lapsista (7–12-vuotiaista) 10 %:lla oli huoltajan raportoimana jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma.

Alle kouluikäiset lapset

Huoltajan antaman vastauksen perusteella tutkimukseen osallistuneista alle kouluikäisistä lapsista (0–6-vuotiaat) 4 %:lla oli jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma.

Yhteenveto ja pohdinta

Fyysiset vammat olivat yleisiä turvapaikanhakijoilla. On yllättävää, että vain harvat raportoivat loukkaantumisen tapahtuneen turvapaikanhakumatkan aikana, kun otetaan huomioon siihen liittyvät vaarat. Tutkimuksessa ei selvitetty vammojen vakavuusastetta. Alkuterveystarkastuksessa tulisi dokumentoida vamman vakavuusaste ja siihen liittyvät toimintakykyrajoitukset tai ohjata turvapaikanhakija tarvittaessa näiden arviointiin. Tällaiset tiedot ovat välttämättömiä kattavamman arvion tekemiseen siitä, millaisia vaikutuksia vammalla on tai voi olla turvapaikanhakijan fyysiseen ja henkiseen terveyteen, sekä sen myötä esimerkiksi vanhemmuuteen ja kasvatuskäytäntöihin. Tämä tieto on myös keskeistä suunniteltaessa tarvittavia terveys- ja sosiaalipalveluja, mukaan lukien kuntoutusta (Bager ym. 2018).

Väkivallan seurauksena aiheutuneiden fyysisten vammojen yleisyys turvapaikanhakijoilla oli varsin huolestuttava. Erityisen paljon väkivaltavammoja oli Afrikasta (pois lukien Pohjois-Afrikasta) tulevilla turvapaikanhakijoilla. Turvapaikanhakijoita sosiaali-, terveydenhuolto-, opetus- ja suojelualoilla kohtaavat tarvitsevat koulutusta väkivallan uhrien tunnistamiseen, kohtaamiseen ja auttamiseen. Asianmukaisia terveys- ja sosiaalipalveluja tulee olla saatavilla, jotta voidaan vastata tämän väestöryhmän erityistarpeisiin, mukaan lukien mielenterveyspalvelut (Castaneda ym. 2018; McKenzie ym. 2019; Robertshaw ym. 2017). Erityistä huomiota on kiinnitettävä henkilöihin, jotka kärsivät pään alueen vammoista erityisesti silloin, kun ne ovat seurausta väkivallasta. Traumaattinen aivovamma on sekä diagnostinen että hoidollinen haaste, joka voi myös johtaa traumaperäisen stressihäiriön kaltaiseen oireiluun (Doherty ym. 2016; McPherson 2017). Koulutusta tarvitaan kallovammojen erotusdiagnostiikassa ja fyysisen kidutuksen menetelmistä sekä niiden aiheuttamien vammojen tunnistamisesta ja hoitamisesta.

Alaikäisillä ilmoitettujen vammojen esiintyvyys näyttää kasvavan iän myötä ja on alaikäisistä korkein nuorten ikäryhmässä (14 %). Alle 25-vuotiaiden tapaturmien ja itsemurhien ehkäisyyn kohdistuvia väestötason tavoitteita ja toimenpiteitä on julkaistu vuonna 2018 osana THL:n Kansallista lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelmaa (Korpilahti 2018). Loppuvuodesta 2019 julkaistavassa Lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyn tavoite- ja toimenpidesuunnitelmaan vuosille 2020–2025 kirjataan monialaisia toimia 0–17-vuotiaisiin kohdistuvan erityyppisen väkivallan ehkäisystä ja vähentämisestä. Valmisteilla, THL:n koordinoimana, on parhaillaan myös tapaturmien ehkäisyn toimenpideohjelma työikäisille, jossa ulkomaalaistaustaiset ja turvapaikanhakijat on huomioitu haavoittuvina väestöryhminä.

5 Infektiotaudit

Infektiotaudit ovat pieneliöiden aiheuttamia tauteja, jotka voivat olla luonteeltaan äkillisesti ilmeneviä tai pitkällä aikavälillä eteneviä. Ihminen voi saada infektiotaudin esimerkiksi kosketuksen, hengitysilman tai saastuneen ruoan tai juoman välityksellä. Infektiotauteja voidaan ehkäistä rokotuksin ja esimerkiksi hyvällä käsi- ja yskimishygienialla. Osaa taudeista voidaan hoitaa mikrobilääkityksellä, ja usean infektiotaudin tapauksessa varhain aloitettu lääkitys vähentää uusien tartuntojen määrää.

Infektiotautien yleisyys vaihtelee eri alueilla (Abubakar ym. 2018; ECDC 2014). Infektioiden esiintymiseen turvapaikanhakijoilla vaikuttavat useat seikat kuten sosiodemografiset tekijät, ympäristö sekä terveydenhuoltojärjestelmien toiminta lähtö-, kauttakulku- ja kohdemaissa. Monissa turvapaikanhakijoiden lähtömaissa vallitseva köyhyys ja konfliktit ovatkin lisänneet infektiotautien leviämistä ja estäneet torjuntatoimien kuten rokotusten toteutumista.

Turvapaikanhakijoilla Euroopassa on raportoitu infektiotauteja kuten äkillisiä hengitystieinfektioita, B-hepatiittia, tuberkuloosia ja tuhkarokkoa (Eiset & Wejse 2017). Turvapaikanhakijoiden suurentunut infektiotautien riski uhkaa ensisijaisesti turvapaikanhakijoiden ja heidän lähipiirinsä terveyttä.

Suomessa turvapaikanhakijoille tarjotaan neuvontaa sekä infektiotautien seulontaa ja rokotuksia maahan saapumisen jälkeen osana alkuterveystarkastusta (STM 2009). Keuhkotuberkuloosin seulontaa tarjotaan korkean (>50/100 000) ilmaantuvuuden maista saapuville tai pakolaisleirillä tai konfliktialueilla oleskelleille (THL 2019c). Alle 7-vuotiaille *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) -rokottamattomille lapsille tarjotaan myös keuhkojen ulkopuolisen tuberkuloosin seulontaa. Tuberkuloosin seulonta järjestetään heti alkuterveystarkastuksen jälkeen. B-hepatiitin, HIV:n, kupan ja lasten kohdalla suolistoloisten seulontaa tarjotaan lähtömaan esiintyvyyden perusteella noin kolmen kuukauden kuluttua maahan saapumisesta. Turvapaikkaa hakevan aikuisen rokotesuoja tarkistetaan erityisesti kurkkumädän, polion ja tuhkarokon osalta. Lapsille tarjotaan kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotteet. Vastaanottokeskuksissa asuville turvapaikanhakijoille tarjotaan myös kausi-influenssarokotuksia.

TERTTU-tutkimuksessa selvitettiin haastatteleamalla tiettyjen infektiotautien aiempaa esiintymistä, saatuja rokotuksia sekä tuberkuloosin oireita tutkimuksen tekohetkellä.

5.1 Rokotteilla ehkäistävät infektiot ja rokotukset

Topi Turunen, Elina Seppälä, Paula Tiittala, Kirsi Liitsola

- Aikuisista ja nuorista 86 %, alle kouluikäisistä lapsista 92 % ja kouluikäisistä jopa 97 % ilmoitti saaneensa ainakin jonkin rokotteen ennen Suomeen saapumistaan, mutta saatuja rokotuksia ei usein osattu tarkemmin eritellä.
- Jäykkäkouristus- ja poliorokotteet olivat yleisimpiä tutkittavien ilmoittamia ennen Suomeen tuloa saatuja rokotteita.
- Turvapaikanhakijat saattavat muistaa suhteellisen huonosti sairastamiaan rokotuksilla ehkäistäviä sairauksia ja saamiaan rokotuksia; epävarmoissa tilanteissa on parempi rokottaa kuin olla rokottamatta.

Johdanto

Rokottaminen on keskeinen tapa ehkäistä useita tarttuvia tauteja. Suomen rokotusohjelma on onnistunut hävittämään tai lähes hävittämään maasta MPR-taudit (tuhkarokko, vihurirokko ja sikotauti), kurkkumädän, vakavat Haemophilus influenzae b -bakteeritaudit ja jäykkäkouristuksen (Leino 2017).

Turvapaikanhakijoiden rokotussuojassa voi useista syistä olla aukkoja. Lapsuuden ja nuoruuden rokotussarjat ovat voineet toteutua puutteellisesti esimerkiksi konfliktien tai maastamuuton vuoksi. Aiempia rokotustietoja ei välttämättä ole käytettävissä (Mipatrini ym. 2017).

Puuttuvien rokotusten täydentämiseksi maahantulovaiheessa on arvioitava, mitä tauteja vastaan turvapaikanhakijalla on jo immuniteetti joko sairastetun taudin tai aikaisemman rokottamisen myötä. Eurooppalaiset vasta-ainemäärityksiin perustuvat tutkimukset viittaavat siihen, että suoja esimerkiksi tuhkarokkoa vastaan puuttuu 6–13 %:lta pakolaisista ja turvapaikanhakijoista; lapsilta todennäköisemmin kuin aikuisilta (Mipatrini ym. 2017). Tanskalaisessa tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisten arvioon perustuva puutteellinen rokotesuoja havaittiin noin kolmasosalla alle 18-vuotiaista turvapaikanhakijoista (Nakken ym. 2018).

Eräs syy rokotusten puutteelliselle toteutumiselle ovat erilaiset esteet palveluiden käytölle kohdemaassa (Mipatrini ym. 2017). Suomessa turvapaikanhakijoiden rokotusten toteutumisessa oli vuosina 2015–2016 puutteita (Helve ym. 2016), mutta vuoteen 2017 mennessä tilanne oli suurelta osin korjaantunut (Tiittala & Seppälä 2018).

Menetelmät

Haastattelussa kysyttiin, oliko haastateltava sairastanut tuhkarokkoa, sikotautia tai vihurirokkoa (ns. MPR-taudit) ja mitä rokotteita (jos mitään) haastateltava oli saanut ennen Suomeen tuloa. Erikseen kysyttiin rokotuksesta MPR-tauteja sekä kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja poliota vastaan sekä mahdollisia muita rokotteita.

Tuhkarokkoon ja polioon liittyvien kysymysten yhteydessä näytettiin selvennykseksi tautia esittävät kuvat. BCG-arven olemassaolo ja sijainti tarkistettiin 0–6-vuotiailta. Tässä luvussa raportoidaan aikaisemmin sairastettuja tartuntatauteja ja saatuja rokotuksia (kyllä/ei/en muista). Suojaa MPR-tauteja vastaan on arvioitu sen perusteella, onko henkilö sairastanut kyseisen taudin tai saanut rokotuksen sitä vastaan.

Tulokset

Aikuiset

Aikuisista turvapaikanhakijoista 14 % ilmoitti sairastaneensa tuhkarokon. Tautia ilmoitettiin yleisemmin vanhemmissa ikäryhmissä. Naiset ilmoittivat sairastetusta tuhkarokosta yleisemmin (19 %) kuin miehet (11 %). Tämä sukupuoliero nähtiin kaikissa maaryhmissä. Haastatelluista joka viides ei osannut sanoa, olivatko he sairastaneet tuhkarokon vai eivät. Muiden MPR-tautien suhteen tilanne oli varsin samankaltainen: 14 % aikuisista turvapaikanhakijoista ilmoitti sairastaneensa sikotautin ja 12 % vihurirokon.

Suurin osa (86 %) aikuisista turvapaikanhakijoista ilmoitti saaneensa ainakin yhden rokotuksen ennen Suomeen tuloa, mutta saatuja rokotteita ei usein osattu eritellä. Yleisimmin ilmoitettiin jäykkäkouristus- (47 %) ja poliorokotteista (42 %; taulukko 5.1.1). Lisäksi vastaajat raportoivat saaneensa rokotuksia myös kurkkumätää, tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa vastaan. Yli puolet vastaajista ei muistanut, onko saanut haastattelussa nimettyjä rokotteita. Kun MPR-tautien osalta huomioitiin sekä taudin sairastaneet että rokotetut, suoja tuhkarokkoa vastaan oli ilmoitusten perusteella 43 %:lla, sikotautia vastaan 32 %:lla ja vihurirokkoa vastaan 33 %:lla (taulukko 5.1.4). Merkittävä osa (50–60 %) tutkittavista ei muistanut suojan arvioimiseksi tarvittavia tietoja. Naiset raportoivat kutakin rokotusta yleisemmin kuin miehet, ja en muista -vastausten osuus oli naisten keskuudessa pienempi kuin miesten. Tulokset on esitetty myös ikäryhmittäin (taulukko 5.1.2; taulukko 5.1.5) ja maaryhmittäin (taulukko 5.1.3; taulukko 5.1.6).

Haastatelluista noin joka viides ilmoitti saaneensa jonkin muun kuin edellä mainitun rokotteen ennen Suomeen tuloa (taulukko 5.1.1). Näistä yleisimpiä olivat influenssa- (7 %), hepatiitti A- ja/tai B- (yht. 7 %), BCG- (5 %) ja keltakuumerokotteet (3 %). Pienempi osa (alle 1 %) haastatelluista ilmoitti saaneensa myös puutiaisaivotulehdus-, vesirokko-, pneumokokki-, meningokokki-, haemophilus influenzae tyyppi B-, hinkuyskä- tai rotavirusrokotteen. Noin 20 % muita rokotteita ilmoittaneista ei muistanut tarkemmin mitä rokotteita on saanut tai ilmoitti saaneensa rokotuksia lähtömaansa rokotusohjelman mukaan ilman näiden tarkempaa erittelyä.

Taulukko 5.1.1. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotteet sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=469	Naiset n=307	Yhteensä n=776
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jäykkäkouristus			
Ei	9,4 (7,1–12,4)	7,5 (5,0–11,0)	8,6 (6,9–10,8)
Kyllä	42,6 (38,2–47,2)	52,4 (46,8–58,0)	46,5 (43,0–50,0)
En muista	48,0 (43,5–52,5)	40,1 (34,7–45,7)	44,8 (41,4–48,4)
Polio			
Ei	9,8 (7,4–12,9)	8,8 (6,1–12,6)	9,4 (7,6–11,7)
Kyllä	37,2 (32,9–41,7)	50,3 (44,7–55,9)	42,4 (38,9–45,9)
En muista	53,0 (48,5–57,5)	40,8 (35,5–46,5)	48,2 (44,7–51,7)
Kurkkumätä			
Ei	11,1 (8,5–14,3)	10,7 (7,7–14,7)	11,0 (8,9–13,4)
Kyllä	24,3 (20,6–28,4)	38,1 (32,8–43,7)	29,8 (26,7–33,1)
En muista	64,6 (60,2–68,8)	51,1 (45,6–56,7)	59,3 (55,8–62,7)
Tuhkarokko			
Ei	10,5 (8,1–13,7)	9,8 (6,9–13,6)	10,2 (8,3–12,6)
Kyllä	30,3 (26,3–34,7)	40,4 (35,0–46,0)	34,3 (31,1–37,8)
En muista	59,1 (54,6–63,5)	49,8 (44,3–55,4)	55,4 (51,9–58,9)
Sikotauti			
Ei	12,8 (10,1–16,1)	11,4 (8,3–15,5)	12,2 (10,1–14,7)
Kyllä	21,3 (17,8–25,3)	27,7 (23,0–33,0)	23,8 (21,0–27,0)
En muista	65,9 (61,5–70,0)	60,9 (55,3–66,2)	63,9 (60,5–67,2)
Vihurirokko			
Ei	11,3 (8,7–14,5)	10,7 (7,7–14,7)	11,1 (9,1–13,5)
Kyllä	23,5 (19,8–27,5)	29,3 (24,5–34,7)	25,8 (22,8–29,0)
En muista	65,2 (60,8–69,4)	59,9 (54,3–65,3)	63,1 (59,7–66,5)
Muu rokote			
Ei	19,6 (16,2–23,4)	28,4 (23,7–33,7)	23,1 (20,3–26,2)
Kyllä	19,8 (16,4–23,7)	24,8 (20,3–30,0)	21,8 (19,0–24,9)
En muista	60,7 (56,1–65,0)	46,7 (41,2–52,3)	55,1 (51,5–58,6)

LV, luottamusväli

Taulukko 5.1.2. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotteet ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=289	30–39v n=289	40v+ n=198
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jäykkäkouristus			
Ei	9,0 (6,2–12,9)	9,7 (6,8–13,7)	6,6 (3,8–11,0)
Kyllä	36,3 (31,0–42,0)	53,3 (47,5–59,0)	51,5 (44,6–58,4)
En muista	54,7 (48,9–60,3)	37,0 (31,6–42,7)	41,9 (35,2–48,9)
Polio			
Ei	9,7 (6,8–13,7)	9,7 (6,8–13,7)	8,6 (5,4–13,4)
Kyllä	34,7 (29,4–40,4)	49,8 (44,1–55,6)	42,6 (35,9–49,7)
En muista	55,6 (49,8–61,2)	40,5 (35,0–46,3)	48,7 (41,8–55,7)
Kurkkumätä			
Ei	11,4 (8,2–15,6)	12,1 (8,8–16,4)	8,6 (5,4–13,4)
Kyllä	19,4 (15,2–24,3)	34,9 (29,7–40,6)	37,4 (30,9–44,3)
En muista	69,2 (63,6–74,3)	52,9 (47,2–58,6)	54,0 (47,1–60,9)
Tuhkarokko			
Ei	10,0 (7,1–14,1)	11,5 (8,3–15,7)	8,7 (5,5–13,5)
Kyllä	24,6 (19,9–29,9)	42,2 (36,6–48,0)	37,2 (30,8–44,2)
En muista	65,4 (59,7–70,7)	46,3 (40,6–52,1)	54,1 (47,1–60,9)
Sikotauti			
Ei	11,8 (8,5–16,0)	13,1 (9,7–17,6)	11,6 (7,8–16,9)
Kyllä	17,3 (13,4–22,1)	27,7 (22,8–33,1)	27,8 (22,0–34,4)
En muista	70,9 (65,4–75,9)	59,2 (53,4–64,7)	60,6 (53,6–67,2)
Vihurirokko			
Ei	11,4 (8,2–15,6)	11,8 (8,5–16,0)	9,6 (6,2–14,6)
Kyllä	18,0 (14,0–22,9)	29,8 (24,8–35,3)	31,3 (25,2–38,1)
En muista	70,6 (65,1–75,6)	58,5 (52,7–64,0)	59,1 (52,1–65,7)
Muu rokote			
Ei	21,8 (17,3–26,9)	22,5 (18,0–27,7)	26,0 (20,4–32,6)
Kyllä	16,1 (12,3–20,9)	24,6 (19,9–29,9)	26,0 (20,4–32,6)
En muista	62,1 (56,3–67,6)	53,0 (47,2–58,7)	48,0 (41,0–55,0)

LV, luottamusväli

Taulukko 5.1.3. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotteet maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=228	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=337	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=84
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jäykkäkouristus				
Ei	5,7 (3,3–9,6)	5,9 (3,9–9,0)	21,3 (15,0–29,2)	8,3 (4,0–16,5)
Kyllä	43,4 (37,1–49,9)	52,5 (47,2–57,8)	32,3 (24,7–40,9)	52,4 (41,7–62,8)
En muista	50,9 (44,4–57,3)	41,5 (36,4–46,9)	46,5 (38,0–55,2)	39,3 (29,4–50,1)
Polio				
Ei	7,0 (4,3–11,2)	7,1 (4,8–10,4)	19,7 (13,7–27,5)	9,6 (4,9–18,1)
Kyllä	32,9 (27,1–39,3)	50,6 (45,3–55,9)	37,0 (29,1–45,7)	43,4 (33,2–54,2)
En muista	60,1 (53,6–66,2)	42,3 (37,1–47,6)	43,3 (35,0–52,0)	47,0 (36,5–57,7)
Kurkkumätä				
Ei	5,7 (3,3–9,6)	8,3 (5,8–11,8)	25,2 (18,4–33,5)	14,3 (8,3–23,5)
Kyllä	32,5 (26,7–38,8)	38,0 (32,9–43,3)	8,7 (4,9–15,0)	21,4 (13,9–31,5)
En muista	61,8 (55,4–67,9)	53,7 (48,4–59,0)	66,1 (57,5–73,8)	64,3 (53,5–73,8)
Tuhkarokko				
Ei	6,6 (4,0–10,7)	8,3 (5,8–11,8)	20,8 (14,6–28,8)	12,0 (6,6–21,0)
Kyllä	32,2 (26,4–38,5)	41,2 (36,1–46,6)	19,2 (13,2–27,1)	34,9 (25,5–45,8)
En muista	61,2 (54,7–67,4)	50,4 (45,1–55,8)	60,0 (51,2–68,2)	53,0 (42,3–63,5)
Sikotauti				
Ei	10,1 (6,8–14,7)	8,9 (6,3–12,5)	25,2 (18,4–33,5)	11,9 (6,5–20,7)
Kyllä	23,7 (18,6–29,6)	28,5 (23,9–33,5)	7,9 (4,3–14,0)	29,8 (21,0–40,4)
En muista	66,2 (59,8–72,1)	62,6 (57,3–67,6)	66,9 (58,3–74,6)	58,3 (47,6–68,4)
Vihurirokko				
Ei	8,3 (5,4–12,7)	7,7 (5,3–11,1)	24,4 (17,7–32,6)	11,9 (6,5–20,7)
Kyllä	24,6 (19,4–30,6)	30,3 (25,6–35,4)	9,4 (5,4–15,9)	35,7 (26,2–46,5)
En muista	67,1 (60,7–72,9)	62,0 (56,7–67,1)	66,1 (57,5–73,8)	52,4 (41,7–62,8)
Muu rokote				
Ei	29,2 (23,6–35,5)	19,8 (15,9–24,5)	18,5 (12,6–26,4)	26,5 (18,1–37,0)
Kyllä	30,5 (24,9–36,8)	13,2 (10,0–17,3)	28,2 (21,0–36,8)	22,9 (15,1–33,1)
En muista	40,3 (34,1–46,8)	67,0 (61,7–71,8)	53,2 (44,4–61,8)	50,6 (40,0–61,2)

LV, luottamusväli

Taulukko 5.1.4. Suoja MPR-tauteja vastaan (sairastanut tai rokotus) sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=469	Naiset n=307	Yhteensä n=776
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Tuhkarokko			
Ei	8,2 (6,0–11,0)	5,9 (3,7–9,2)	7,3 (5,6–9,3)
Kyllä	36,3 (32,1–40,8)	52,8 (47,2–58,3)	42,9 (39,4–46,4)
En muista	55,5 (50,9–59,9)	41,3 (35,9–46,9)	49,9 (46,3–53,4)
Sikotauti			
Ei	9,8 (7,4–12,9)	7,8 (5,3–11,4)	9,0 (7,2–11,3)
Kyllä	28,8 (24,9–33,1)	37,3 (32,0–42,8)	32,1 (28,9–35,5)
En muista	61,4 (56,9–65,7)	54,9 (49,3–60,4)	58,8 (55,3–62,3)
Vihurirokko			
Ei	8,1 (5,9–10,9)	6,5 (4,2–9,9)	7,5 (5,8–9,6)
Kyllä	29,6 (25,7–33,9)	38,1 (32,8–43,7)	33,0 (29,8–36,4)
En muista	62,3 (57,8–66,5)	55,4 (49,8–60,9)	59,5 (56,0–62,9)

LV, luottamusväli

Taulukko 5.1.5. Suoja MPR-tauteja vastaan (sairastanut tai rokotus) ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=289	30–39v n=289	40v+ n=197
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Tuhkarokko			
Ei	7,3 (4,8–10,9)	8,4 (5,7–12,3)	5,6 (3,1–9,9)
Kyllä	31,5 (26,4–37,1)	48,8 (43,0–54,6)	51,0 (44,0–58,0)
En muista	61,2 (55,5–66,7)	42,8 (37,2–48,6)	43,4 (36,6–50,4)
Sikotauti			
Ei	9,3 (6,5–13,3)	10,0 (7,1–14,1)	7,1 (4,3–11,6)
Kyllä	25,3 (20,6–30,6)	34,6 (29,3–40,3)	38,6 (32,0–45,6)
En muista	65,4 (59,7–70,7)	55,4 (49,6–61,0)	54,3 (47,3–61,2)
Vihurirokko			
Ei	8,0 (5,3–11,7)	8,0 (5,3–11,7)	6,1 (3,5–10,4)
Kyllä	24,6 (19,9–29,9)	36,0 (30,7–41,7)	40,9 (34,3–47,9)
En muista	67,5 (61,9–72,6)	56,1 (50,3–61,7)	53,0 (46,1–59,9)

LV, luottamusväli

Taulukko 5.1.6. Suoja MPR-tauteja vastaan (sairastanut tai rokotus) maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=228	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=337	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=84
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Tuhkarokko				
Ei	5,3 (3,1–9,2)	6,2 (4,1–9,4)	14,4 (9,3–21,7)	6,0 (2,5–13,7)
Kyllä	40,9 (34,6–47,4)	47,5 (42,2–52,8)	32,8 (25,1–41,5)	44,6 (34,3–55,4)
En muista	53,8 (47,2–60,2)	46,3 (41,0–51,6)	52,8 (44,0–61,4)	49,4 (38,8–60,0)
Sikotauti				
Ei	7,0 (4,3–11,2)	6,8 (4,6–10,1)	18,9 (13,0–26,7)	8,3 (4,0–16,5)
Kyllä	32,0 (26,3–38,4)	37,2 (32,2–42,5)	17,3 (11,7–24,9)	34,5 (25,2–45,3)
En muista	61,0 (54,5–67,1)	56,0 (50,6–61,2)	63,8 (55,1–71,7)	57,1 (46,4–67,3)
Vihurirokko				
Ei	4,4 (2,4–8,0)	6,2 (4,1–9,4)	16,5 (11,0–24,0)	7,1 (3,2–15,0)
Kyllä	34,6 (28,8–41,1)	37,4 (32,4–42,7)	14,2 (9,1–21,4)	39,3 (29,4–50,1)
En muista	61,0 (54,5–67,1)	56,4 (51,0–61,6)	69,3 (60,7–76,7)	53,6 (42,9–63,9)

LV, luottamusväli

Nuoret

Vain yksittäiset 13–17-vuotiaat haastateltavat ilmoittivat sairastaneensa tuhkarokon, sikotaudin tai vihurirokon. En muista -vastausten osuus oli taudista riippuen 26–29 %.

Valtaosa (86 %) ilmoitti saaneensa ainakin yhden rokotuksen ennen Suomeen tuloa. Nuoret muistivat kuitenkin huonosti saamia rokotuksia: taudista riippuen 64–82 % ei muistanut, onko saanut rokotetta kyseistä tautia vastaan (taulukko 5.1.7). Jäykkäkouristus- (26 %) ja poliorokote (25 %) olivat vastausten perusteella yleisimmin saatuja rokotteita.

Taulukko 5.1.7. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotteet, nuoret

	Yhteensä n=65 % (95 %-n LV)
Jäykkäkouristus	
Ei	9,2 (4,2–19,1)
Kyllä	26,2 (16,9–38,1)
En muista	64,6 (52,3–75,2)
Polio	
Ei	9,2 (4,2–19,1)
Kyllä	24,6 (15,7–36,5)
En muista	66,2 (53,9–76,6)
Kurkkumätä	
Ei	10,8 (5,2–20,9)
Kyllä	16,9 (9,6–28,0)
En muista	72,3 (60,3–81,8)
Tuhkarokko	
Ei	9,2 (4,2–19,1)
Kyllä	12,3 (6,3–22,7)
En muista	78,5 (66,8–86,8)
Sikotauti	
Ei	10,8 (5,2–20,9)
Kyllä	7,7 (3,2–17,2)
En muista	81,5 (70,2–89,2)
Vihurirokko	
Ei	12,3 (6,3–22,7)
Kyllä	9,2 (4,2–19,1)
En muista	78,5 (66,8–86,8)
Muu rokote	
Ei	16,9 (9,6–28,0)
Kyllä	16,9 (9,6–28,0)
En muista	66,2 (53,9–76,6)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Joka kymmenes 7–12-vuotiaista oli huoltajan mukaan sairastanut tuhkarokon ja hieman harvempi sikotaudin ja vihurirokon. Tässä ryhmässä en muista -vastausten osuus oli vähäinen (1–2 %).

Jopa 97 % oli saanut ainakin yhden rokotuksen ennen Suomeen tuloa. Heistä 73 % oli saanut polio-, 62 % jäykkäkouristus- ja 57 % kurkkumätärakotteen (taulukko 5.1.8). MPR-tautien osalta rokotuksen oli tietojen antajan mukaan saanut

tuhkarokkoa vastaan 62 %, sikotautia vastaan 47 % ja vihurirokkoa vastaan 51 %. En muista -vastausten osuus vaihteli rokotteesta riippuen 19–42 %:n välillä. Koska MPR-tautien sairastaminen oli ryhmässä vähäistä, rokottamalla tai sairastamalla saavutettu suoja (taulukko 5.1.9) heijastaa lähinnä saatuja rokotuksia.

Taulukko 5.1.8. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotteet, alakouluikäiset lapset

	Yhteensä n=93 % (95 %-n LV)
Jäykkäkouristus	
Ei	8,6 (4,4–16,3)
Kyllä	62,4 (52,1–71,6)
En muista	29,0 (20,7–39,0)
Polio	
Ei	7,5 (3,6–15,0)
Kyllä	73,1 (63,2–81,1)
En muista	19,4 (12,5–28,7)
Kurkkumätä	
Ei	8,6 (4,4–16,3)
Kyllä	57,0 (46,8–66,6)
En muista	34,4 (25,5–44,6)
Tuhkarokko	
Ei	8,6 (4,4–16,3)
Kyllä	62,4 (52,1–71,6)
En muista	29,0 (20,7–39,0)
Sikotauti	
Ei	10,8 (5,9–18,9)
Kyllä	47,3 (37,4–57,4)
En muista	41,9 (32,4–52,2)
Vihurirokko	
Ei	11,8 (6,7–20,1)
Kyllä	50,5 (40,5–60,5)
En muista	37,6 (28,4–47,9)
Muu rokote	
Ei	37,6 (28,4–47,9)
Kyllä	28,0 (19,8–37,9)
En muista	34,4 (25,5–44,6)

LV, luottamusväli

Taulukko 5.1.9. Suoja MPR-tauteja vastaan (sairastanut tai rokotus), alakouluikäiset lapset

	Yhteensä n=92 % (95 %-n LV)
Tuhkarokko	
Ei	6,6 (3,0–13,9)
Kyllä	65,9 (55,6–74,9)
En muista	27,5 (19,3–37,5)
Sikotauti	
Ei	10,9 (5,9–19,0)
Kyllä	50,0 (39,9–60,1)
En muista	39,1 (29,7–49,4)
Vihurirokko	
Ei	10,9 (5,9–19,0)
Kyllä	54,3 (44,1–64,2)
En muista	34,8 (25,8–45,0)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Joka kahdeskymmenes 0–6-vuotiaista lapsista oli huoltajan mukaan sairastanut tuhkarokon. Sikotaudin ja vihurirokon sairastaneita lapsia oli vain yksittäisiä. En muista -vastausten osuus oli hyvin matala (0–1 %).

Valtaosa lapsista (92 %) oli saanut ainakin yhden rokotuksen ennen Suomeen tuloa. Heistä 62 % oli saanut polio-, 56 % jäykkäkouristus-, 51 % kurkkumätä-, 53 % tuhkarokko, 46 % sikotauti ja 45 % vihurirokkorokotteen (taulukko 5.1.10). Taudista riippuen 26–37 % huoltajista ei muistanut, onko lapsi saanut rokotuksen. Koska MPR-tautien sairastaminen oli ryhmässä vähäistä, rokottamalla tai sairastamalla saavutettu suoja (taulukko 5.1.11) heijastaa lähinnä saatuja rokotuksia.

Tarkastuksessa BCG-arpi löytyi suurimmalta osalta (84 %) alle kouluikäisistä lapsista. BCG-arpi oli löydöksenä yleisin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä (94 %) sekä Muu Afrikka -ryhmässä (83 %) ja vähemmän yleinen Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- (73 %) sekä Muu alue (69 %) -ryhmissä.

Taulukko 5.1.10. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotteet sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=64	Tytöt n=68	Yhteensä n=133
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jäykkäkouristus			
Ei	13,8 (7,4–24,5)	16,2 (9,2–26,9)	15,0 (9,9–22,2)
Kyllä	60,0 (47,7–71,1)	51,5 (39,7–63,1)	55,6 (47,1–63,9)
En muista	26,2 (16,9–38,1)	32,4 (22,3–44,3)	29,3 (22,2–37,6)
Polio			
Ei	9,2 (4,2–19,1)	16,2 (9,2–26,9)	12,8 (8,1–19,6)
Kyllä	61,5 (49,2–72,5)	61,8 (49,7–72,5)	61,7 (53,1–69,5)
En muista	29,2 (19,5–41,4)	22,1 (13,8–33,4)	25,6 (18,9–33,7)
Kurkkumätä			
Ei	13,8 (7,4–24,5)	16,2 (9,2–26,9)	15,0 (9,9–22,2)
Kyllä	53,8 (41,7–65,5)	48,5 (36,9–60,3)	51,1 (42,7–59,5)
En muista	32,3 (22,1–44,5)	35,3 (24,9–47,3)	33,8 (26,3–42,3)
Tuhkarokko			
Ei	15,4 (8,5–26,3)	20,6 (12,6–31,8)	18,0 (12,4–25,5)
Kyllä	52,3 (40,3–64,1)	54,4 (42,5–65,8)	53,4 (44,9–61,7)
En muista	32,3 (22,1–44,5)	25,0 (16,1–36,6)	28,6 (21,5–36,8)
Sikotauti			
Ei	28,1 (18,5–40,3)	23,5 (14,9–35,0)	25,8 (19,0–33,9)
Kyllä	42,2 (30,8–54,5)	48,5 (36,9–60,3)	45,5 (37,2–54,0)
En muista	29,7 (19,8–41,9)	27,9 (18,6–39,7)	28,8 (21,7–37,1)
Vihurirokko			
Ei	26,6 (17,2–38,7)	25,4 (16,4–37,1)	26,0 (19,2–34,1)
Kyllä	42,2 (30,8–54,5)	47,8 (36,1–59,6)	45,0 (36,7–53,6)
En muista	31,3 (21,1–43,6)	26,9 (17,6–38,7)	29,0 (21,9–37,3)
Muu rokote			
Ei	26,2 (16,9–38,1)	23,9 (15,2–35,5)	25,0 (18,3–33,1)
Kyllä	36,9 (26,1–49,2)	41,8 (30,6–53,9)	39,4 (31,4–48,0)
En muista	36,9 (26,1–49,2)	34,3 (24,0–46,4)	35,6 (27,9–44,1)

LV, luottamusväli

Taulukko 5.1.11. Suoja MPR-tauteja vastaan (sairastanut tai rokotus) sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=64	Tytöt n=68	Yhteensä n=132
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Tuhkarokko			
Ei	13,8 (7,4–24,5)	16,2 (9,2–26,9)	15,0 (9,9–22,2)
Kyllä	53,8 (41,7–65,5)	61,8 (49,7–72,5)	57,9 (49,3–66,0)
En muista	32,3 (22,1–44,5)	22,1 (13,8–33,4)	27,1 (20,2–35,2)
Sikotauti			
Ei	28,1 (18,5–40,3)	23,5 (14,9–35,0)	46,2 (37,9–54,8)
Kyllä	42,2 (30,8–54,5)	50,0 (38,3–61,7)	28,0 (21,0–36,3)
En muista	29,7 (19,8–41,9)	26,5 (17,4–38,2)	45,0 (30,5–60,4)
Vihurirokko			
Ei	26,6 (17,2–38,7)	23,9 (15,2–35,5)	25,2 (18,5–33,3)
Kyllä	42,2 (30,8–54,5)	49,3 (37,5–61,1)	45,8 (37,5–54,4)
En muista	31,3 (21,1–43,6)	26,9 (17,6–38,7)	29,0 (21,9–37,3)

LV, luottamusväli

Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimus vahvistaa aiemmat havainnot, joiden mukaan turvapaikanhakijoiden rokotustietojen selvittäminen voi olla haastavaa. BCG-arven tarkastelua lukuun ottamatta tutkimuksen tiedot perustuvat itse annettuihin tai huoltajan antamiin tietoihin, mihin liittyy virheen mahdollisuus. Etenkin nuoret ja aikuiset muistivat sairastamiaan tauteja ja saamia rokotuksia puutteellisesti. Toisaalta pienempien lasten osalta huoltajat näyttivät muistavan etenkin sairastetut taudit varsin hyvin.

Itse annettujen tai huoltajan antamien tietojen perusteella kattavimmin rokotettu turvapaikanluteritutkimuksen perusteella ei voida myöskään arvioida, onko rokotussarjat saatettu asianmukaisesti loppuun.

Tulosten perusteella voidaan arvioida, että oma ilmoitus ei ole riittävä tapa selvittää rokotusstatusta. Käytännön työssä ei kuitenkaan ole mielekästä tutkia vasta-aineita aina ennen rokotuspäätöstä, joten alkuterveystarkastuksessa on nojattava mahdollisiin rokotustodistuksiin ja tutkittavan omaan ilmoitukseen. Rokotussuojan arvioinnin tukena voi myös käyttää Maailman terveysjärjestön ylläpitämää tietokantaa kansallisista rokotusohjelmista (WHO 2018a). THL on laatinut suositukset turvapaikkaa hakevien rokottamisesta, jos aiempi rokotussuoja ei ole selvillä (THL 2019b). Epävarmoissa tilanteissa on parempi rokottaa kuin olla rokottamatta.

5.2 Lääkärin aikaisemmin toteamat infektiotaudit

Elina Seppälä, Paula Tiittala, Kirsi Liitsola

- Vain pienellä osalla turvapaikkaa hakevista aikuisista oli todettu aikaisemmin seksi- ja/tai veriteitse tarttuvia tauteja.
- Testaus lähtömaassa voi kuitenkin olla puutteellista ja tartuntoja voi tapahtua myös matkalla kohdemaahan.
- Tartunnan saaneiden hoitamiseksi ja jatkotartuntojen ehkäisemiseksi tarvitaan turvapaikanhakijoiden infektiotautien seulontoja.
- Vaikka seulonnat perustuvatkin pääsääntöisesti taudin esiintyvyyteen lähtömaassa, alkuterveystarkastuksessa tulee tunnistaa myös muut korkeassa riskissä olevat, kuten seksuaalisen hyväksikäytön uhrit, seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ja huumeita pistämällä käyttävät, ja tarjota heille testausta ja opastusta tartunnoilta suojaautumisessa.
- Alle kouluikäisistä lapsista alle joka kymmenes kärsi toistuvista korvatulehduksista tai muista infektiotaudeista.

Johdanto

Ihmisen immuunipuutosvirus eli hiv ja maksatulehdusta aiheuttava hepatiitti B -virus voivat tarttua suojaamattomassa seksissä, veren välityksellä esimerkiksi ruiskujen ja neulojen yhteiskäytössä sekä äidistä lapseen raskauden, synnytyksen tai imeytyksen aikana. Maksatulehdusta aiheuttava hepatiitti C -virus tarttuu tavallisimmin veren välityksellä sekä harvemmin suojaamattomassa yhdynnässä tai synnytyksen aikana. Kuppa ja tippuri ovat seksiteitse tarttuvia bakteeritauteja. Kuppa voi myös tarttua raskauden aikana äidistä sikiöön.

Ulkomaalaistaustaiset henkilöt ovat Euroopassa yliedustettuina kroonisten seksi- ja/tai veriteitse tarttuvien tautien suhteen. Euroopan tautikeskus suosittelee kohonneesta riskistä johtuen tarjoamaan EU/ETA-alueelle saapuville maahan muuttaville hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C -testausta (ECDC 2018). Vuonna 2017 EU/ETA-alueella yli 40 % kaikista uusista hiv-infektioista todettiin ulkomaalaistaustaisilla (ECDC & WHO 2018). Myös hepatiitti B ja C olivat kantaväestöön verrattuna yleisempiä ulkomailla syntyneillä, joiden lähtömaissa nämä taudit ovat yleisiä. Kupan ja tippurin osalta sen sijaan vastaavaa ilmiötä ei ole havaittu (ECDC 2014).

Myös Suomessa ulkomailla syntyneet ovat yliedustettuina hivin sekä hepatiitti B:n ja C:n suhteen. Viime vuosina Suomessa yli puolet uusista hiv-tartunnoista, valtaosa kroonisista hepatiitti B -tartunnoista ja noin joka seitsemäs hepatiitti C -tartunta todettiin ulkomailla syntyneillä (Jaakola ym. 2018). Tämä johtuu osin siitä, että maahantulotarkastuksen yhteydessä seulotaan aktiivisesti tiettyjä infektioitauteja ja osin siitä, että ulkomailla syntyneiden lähtömaissa monen infektiotaudin ilmaantuvuus on korkeampaa kuin Suomessa. Suomeen saapuneiden turvapaikanha-

kijoiden infektiöseulonnoissa vuosina 2015–2016 krooninen hepatiitti B todettiin hieman yli yhdellä prosentilla tutkituista, hiv vajaalla puolella prosentilla ja kup-pavasta-aineita yhdellä prosentilla (Tiittala ym. 2018c). Maahanmuuttajien terve-y- ja hyvinvointitutkimuksessa 2010–2012 kurdi-, somalialais- ja venäläistaustaisil-la kroonisen hepatiitti B:n, hepatiitti C:n ja kupan yleisyys vaihteli ryhmien välillä: krooninen hepatiitti todettiin 0,4–6,2 %:lla, C-hepatiitti 0,3–3,2 %:lla ja kuppa 0,3–2,6 %:lla (Liitsola ym. 2012).

Turvapaikanhakijoiden infektiotautien seulonnan ja ehkäisyn tavoitteena on suojata henkilön omaa terveyttä ja estää jatkotartuntoja Suomessa. Infektioiden eh-käisyssä on tärkeää, että turvapaikanhakija saa riittävästi helposti ymmärrettävää terveysneuvontaa, joka sisältää tietoa veri- ja seksiteitse tarttuvista taudeista ja niil-tä suojautumisesta.

Menetelmät

Lääkärin aikaisemmin toteamia infektiotauteja selvitettiin aikuisilta haastattelun yhteydessä kysymällä, onko lääkäri todennut vastaajalla aiemmin jonkin seuraavis-ta sairauksista: hepatiitti B, hepatiitti C, hiv tai aids, kuppa, tippuri. Lisäksi tutkitta-vat saattoivat mainita muita lääkärin toteamia sairauksia. Aikuisilta kysyttiin myös lääkärin aiemmin toteamasta tuberkuloosista, jonka osalta tulokset esitetään seuraa-vassa luvussa. Infektiotauteja ei kartoitettu erillisillä kysymyksillä 7–17-vuotiaiden osalta, mutta tutkittavat tai heidän huoltajansa saattoivat mainita niistä avointen ky-symysten kohdalla. Alle kouluikäisten, 0–6-vuotiaiden huoltajilta kysyttiin lapsella esiintyneistä toistuvista korvatulehduksista tai muista infektioista.

Tulokset

Aikuiset

Noin 2 %:lla tutkimukseen osallistuneista aikuisista turvapaikanhakijoista oli aiem-min todettu hepatiitti B (taulukko 5.2.1). Tartunta oli todettu 2 %:lla naisista ja 1 %:lla miehistä. Yksittäisiä hepatiitti B -tartuntoja oli todettu kaikissa ikäryhmissä, mutta ikäryhmien välistä vertailua ei todettujen tartuntojen pienen määrän vuoksi voida esittää. Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulevilla hepatiitti B oli to-dettu 4 %:lla. Lisäksi Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan sekä Muun Afrikan alueelta tule-villa oli todettu yksittäisiä tartuntoja.

Hepatiitti C oli todettu noin 1 %:lla tutkittavista, pääosin miehillä (taulukko 5.2.1). Hepatiitti C oli useimmin todettu 40 vuotta täyttäneillä (3 %). Nuoremmissa ikäryhmissä raportoitiin vain yksittäisiä tartuntoja. Venäjän ja entisen Neuvostoliit-on alueelta tulevilla hepatiitti C -tartunta oli yleisempi (3 %) kuin muissa maaryh-missä. Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan sekä Muun Afrikan alueelta tulevilla oli todet-tu yksittäisiä tartuntoja.

Alle viidellä tutkittavalla oli todettu hiv (taulukko 5.2.1). Tartuntojen jakautumista sukupuolten, ikäryhmien tai lähtömaiden välille ei esitetä havaintojen pienen määrän vuoksi.

Kuppa oli aiemmin todettu noin 1 %:lla tutkittavista (taulukko 5.2.1). Tartuntoja oli todettu sekä miehillä että naisilla. Kaikki kupan aiemmin sairastaneet olivat vähintään 30 vuoden ikäisiä. Tartunnat oli todettu Venäjän ja entisen Neuvostoliiton sekä Muun Afrikan alueelta lähtöisin olevilla. Myöskään kupan osalta sukupuolten, ikäryhmien tai lähtömaiden välisiä eroja ei voida havaintojen pienen määrän vuoksi vertailla.

Tippuri oli aiemmin todettu noin 1 %:lla tutkittavista, pääosin miehillä (taulukko 5.2.1). Yksittäisiä tippuritartuntoja oli todettu kaikissa ikäryhmissä. Tartunnoista raportoivat olivat lähtöisin Venäjän ja entisen Neuvostoliiton, Muun Afrikan sekä muiden maiden alueelta. Ikäryhmien tai lähtömaiden välisten erojen vertailua ei voida havaintojen pienen määrän vuoksi tehdä.

Noin 2 % tutkittavista ilmoitti lääkärin aiemmin toteamasta muusta infektiotaudista (taulukko 5.2.1). Näistä useimmin mainittuja olivat hepatiitti A ja malaria. Miehistä ja naisista keskimäärin yhtä moni ilmoitti lääkärin todenneen heillä muita infektiotauteja. Nämä olivat hieman yleisempiä yli 39-vuotiailla kuin 30–39-vuotiailla (4 % ja 2 %). Vain yksittäiset 18–29-vuotiaat ilmoittivat muista todetuista infektiotaudeista. Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulevilla muita infektiotauteja oli todettu noin 3 %:lla. Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista, Muun Afrikan alueelta sekä muista maista tulevilla näitä oli todettu yksittäisillä tutkittavilla.

Taulukko 5.2.1. Lääkärin aikaisemmin toteamat infektiot, aikuiset

	Yhteensä n=757
	% (95 %-n LV)
Hepatiitti B	1,5 (0,8–2,6)
Hepatiitti C	1,2 (0,6–2,3)
Kuppa	0,7 (0,3–1,6)
Tippuri	1,1 (0,5–2,1)
Muu tartuntatauti	2,1 (1,3–3,4)

LV, luottamusväli

Nuoret

Nuoret (13–17-vuotiaat) eivät tuoneet esille heillä aiemmin todettuja infektiotauteja.

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisten tutkittavien (7–12-vuotiaat) huoltajat eivät tuoneet esille lapsilla aiemmin todettuja infektiotauteja.

Alle kouluikäiset lapset

Toistuvia korvatulehduksia tai muita infektioita esiintyi 7 %:lla alle kouluikäisten eli 0–6-vuotiaiden ryhmässä. Huoltajan mukaan pojista lähes yksi kymmenestä kärsi kyseisistä vaivoista, kun taas tyttöjen keskuudessa vain yksittäiset tutkittavat kärsivät niistä. Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulevista alle kouluikäisistä lapsista hieman yli joka kymmenennellä (12 %) oli toistuvia korvatulehduksia tai muita infektioita. Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan sekä Muun Afrikan alueelta tulevista näitä ongelmia raportoitiin vain yksittäisillä tutkittavilla.

Yhteenveto ja pohdinta

Tässä haastatteluun perustuvassa tutkimuksessa hepatiitti B, hepatiitti C, hiv, kuppa tai tippuri oli todettu aiemmin vain pienellä osalla turvapaikkaa hakevista aikuisista. Löydökset vastaavat Suomessa tehtyjä, laboratoriotutkimuksiin perustuvia aiempia havaintoja näiden infektioautien yleisyydestä turvapaikanhakijoiden ja ulkomaalaistaustaisen väestön keskuudessa (Liitsola ym. 2012; Tiittala ym. 2018a). Alle kouluikäisistä lapsista alle joka kymmenes kärsi toistuvista korvatulehduksista tai muista infektioista. Osuus on odotettua pienempi, sillä kansainvälisen kirjallisuuden mukaan toistuvista välikorvatulehduksista kärsii noin 20–30 % pienistä lapsista (Pichichero 2000). Nuorten ja kouluikäisten lasten osalta infektioautien esiintyvyydestä ei saatu luotettavaa tietoa, sillä aiemmin todetuista toistuvista tai kroonisista infektioista ei haastattelussa erikseen kysytty.

On huomioitava, että hivin, virushepatiittien, kupan ja tippurin toteaminen maahantulovaiheessa haastattelun perusteella ei ole luotettava keino todeta tartuntaa. Tartunnat voivat olla oireettomia, minkä vuoksi henkilö ei välttämättä ole tartunnan saatuaan hakeutunut tutkimuksiin. Tartunta on voinut jäädä aiemmin toteamatta myös terveyspalveluiden heikon saatavuuden vuoksi. Itseilmoittamiseen liittyy myös väärin muistamisen tai ymmärtämisen mahdollisuus. Veri- ja seksiteitse tarttuvien tautien riskitekijöiden selvittäminen haastattelemalla on kuitenkin tärkeää, sillä tartunnan mahdollisuutta ei voida arvioida pelkästään turvapaikanhakijan lähtömaan perusteella.

Turvapaikanhakijan riski sairastua veri- tai seksiteitse tarttuviin tauteihin voi olla kohonnut myös maahantulon jälkeisessä vaiheessa. Kansainvälisten tutkimusten mukaan jopa yli puolet ulkomailla syntyneiden henkilöiden hiv-tartunnoista tapahtuukin vasta maahantulon jälkeen (ECDC 2018). Turvapaikanhakumatkaa edeltäneet ja sen aikana kohdatut haasteet sekä psyykkisesti kuormittava turvapaikkaprosessi voivat altistaa riskikäyttäytymiselle kohdemaassa. Myös puutteellinen tietämys veri- ja seksiteitse tarttuvista taudeista voi lisätä turvapaikanhakijan tartuntariskiä (Tiittala ym. 2018c). Suomessa turvapaikanhakijoille tarjotaan infektioautien seulontaa maahan saapumisen jälkeen osana alkuterveystarkastusta (STM 2009). Lähtömaan sekä yksilöllisen riskiarvion perusteella suositellaan hivin, hepatiitti B:n ja kupan seulontaa laboratoriotutkimuksin. Lisäksi tietyistä maista lähtöi-

sin oleville alle 7-vuotiaille lapsille suositellaan tuberkuloosille reagoivien valkosolujen seulontaa (nk. IGRA) tai tuberkuliinikoetta, mikäli he eivät ole aiemmin saaneet BCG-rokotusta. Seulontatutkimusten tarjoaminen maahantulovaiheessa on jatkosakin tärkeää. Maakohtaisten seulontaperusteiden lisäksi tulee pyrkiä tunnistamaan eri infektioautien suhteen haavoittuva henkilöt, kuten seksuaalisen hyväksikäytön uhrin, seksuaalivähemmistöt ja huumeita pistämällä käyttävät.

Seulontatutkimuksilla voidaan tunnistaa ja ohjata hoitoon myös oireettomat henkilöt ja ehkäistä jatkotartuntoja. Alkuterveystarkastuksissa annettavalla terveysneuvonnalla on mahdollista myös pienentää maahantulon jälkeistä tartunnan riskiä oikaisemalla veri- ja seksiteitse tarttuviin tauteihin liittyviä virheellisiä uskomuksia ja antamalla tietoa niiltä suojautumisesta.

5.3 Lääkärin toteama tuberkuloosi ja tuberkuloosin oireet

Paula Tiittala, Pirre Räisänen

- Lääkärin aiemmin toteama tuberkuloosi oli turvapaikanhakijoilla harvinaisen ja lapsilla tapauksia ei raportoitu lainkaan.
- Ajankohtaisia tuberkuloosiin viittaavia oireita esiintyi vähän ja näistä tavallisin oli pitkittynyt yskä.
- Tuberkuloosin seulontaa tulee tarjota turvapaikanhakijoille, joiden riski sairastua tuberkuloosiin on lisääntynyt.
- Turvapaikanhakijoille tulisi antaa neuvontaa tuberkuloosin oireista ja hoitoon hakeutumisesta, sillä merkittävä osa tuberkuloositapauksista todetaan vasta vuosia maahanmuuton jälkeen.

Johdanto

Tuberkuloosi on *Mycobacterium tuberculosis* -bakteerin aiheuttama infektiosairaus, joka tarttuu hengitysteiden kautta pisaratartuntana. Verenkierron välityksellä tauti voi kulkeutua keuhkoista muualle elimistöön. Tuberkuloositartunta voi olla vuosia oireeton. Aktivoiduttuaan tuberkuloosi aiheuttaa oireita kohdekudoksessa sekä yleisoireita kuten kuumeilua, yöhikoilua ja laihtumista. Aktiivisen keuhkotuberkuloosin oireita ovat pitkittynyt yskä sekä vereslimaiset yskökset. Tuberkuloosia hoidetaan useita kuukausia kestäväällä yhdistelmäantibioottilääkityksellä.

Vuonna 2017 tuberkuloosiin sairastui maailmanlaajuisesti 10 miljoonaa ihmistä ja tauti aiheutti 1,6 miljoonan ihmisen kuoleman (WHO 2018b). Tuberkuloosin ilmaantuvuus oli suurinta Saharan eteläpuolisessa Afrikassa ja Kaukoidässä. Suomessa tuberkuloosi todetaan vuosittain noin 200 henkilöllä, joista neljäsosa tartuttaa tautia ysköksissään (Jaakola ym. 2018). Tuberkuloosin ilmaantuvuus ulkomailla

syntyneillä henkilöillä Suomessa on kuusinkertainen muuhun väestöön verrattuna (Lönnroth ym. 2017). Viidennes maahan muuttaneiden tuberkuloositapauksista todetaan turvapaikanhakijoilla (Räisänen ym. 2018).

Menetelmät

Aikuisilta turvapaikanhakijoilta kysyttiin haastattelussa lääkärin aiemmin toteamasta tuberkuloosista. Lapsille ja nuorille ei esitetty vastaavaa erillistä kysymystä, mutta aiemmin sairastettu tuberkuloosi oli mahdollista nimetä avoimissa vastauksissa. Tuberkuloosin oireita selvitettiin kysymällä, onko tutkittavalla esiintynyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana kuumetta tai lämpöilyä, pitkittynyttä yskää, ysköksiä tai yöhikoilua. Lisäksi kysyttiin viimeksi kuluneen kuuden kuukauden aikana tapahtuneista painon muutoksista. Kuumeen tuli olla vähintään 37,5 celciusastetta ja kestänyt yli kaksi viikkoa. Mikäli tutkittava raportoi yli kolme viikkoa kestänyttä yskää, kysyttiin häneltä limaisista tai verisistä ysköksistä. Yöhikoilun esiintymistä selvitettiin vain yli 7-vuotiailta ja painon muutoksia vain yli 13-vuotiailta. Yöhikoilun raportointia sekoitti tiedonkeruun aikana kuuma kesä, joten tulokset päätettiin jättää raportoimatta. Painon muutokset on esitetty muualla tässä raportissa. Kenttätyöntekijät ohjeistivat ajankohtaisista tuberkuloosioireista kärsiviä henkilöitä raportoimaan oireistaan vastaanottokeskusten hoitajille.

Tulokset

Aikuiset

Tuberkuloosi oli aiemmin todettu noin 1 %:lla tutkittavista. Sukupuolten, ikäryhmien tai lähtömaiden välisten erojen tarkempi vertailu ei havaintojen pienen määrän vuoksi ole mahdollista.

Aikuisista hieman yli 1 % raportoi hänellä itsellään esiintyneen kuumetta tai lämpöilyä, ja valtaosa heistä oli naisia. Pitkittynyttä yskää esiintyi lähes 3 %:lla. Heistä puolella yskä oli limaista ja yksittäisillä tutkittavilla veristä. Yli 40-vuotiailla limaista yskää vaikutti esiintyvän enemmän kuin muilla ikäryhmillä. Merkittäviä eroja taustamaan mukaan ei havaittu.

Nuoret

Nuoret (13–17-vuotiaat) eivät raportoineet aiempaa tuberkuloosia. Yksittäiset nuoret raportoivat kuumetta tai lämpöilyä, pitkittynyttä yskää tai limaysköksiä. Veriyskää ei esiintynyt.

Alakouluikäiset lapset

Aiempia tuberkuloositapauksia ei raportoitu 7–12-vuotiailla lapsilla eikä heillä esiintynyt kuumetta tai lämpöilyä. Yksittäisillä alakouluikäisillä lapsilla oli pitkittynyttä yskää ja limaisia ysköksiä. Veriyskää ei esiintynyt.

Alle kouluikäiset lapset

Alle kouluikäisillä lapsilla (0–6-vuotiaat) ei raportoitu aiempia tuberkuloositapauksia. Yksittäisillä alle kouluikäisillä lapsilla esiintyi kuumetta tai lämpöilyä. Pitkittynyttä yskää esiintyi myös yksittäisillä tutkittavilla, ja pienellä osalla yskä oli limaista. Veriyskää ei esiintynyt.

Yhteenveto ja pohdinta

Aiempien tuberkuloositapausten tai ajankohtaisten tuberkuloosiin viittaavien oireiden esiintyminen tutkimukseen osallistuneilla turvapaikanhakijoilla oli vähäistä. Lasten kohdalla ei raportoitu lainkaan aiempia tuberkuloositapauksia. Pitkittynyt yskä oli tavallisin tuberkuloosiin mahdollisesti viittaavista oireista. On huomioitava, että tutkimuksen tiedot perustuivat omaan tai huoltajan ilmoitukseen, johon sisältyy virheen mahdollisuus. Myös muut sairaudet voivat aiheuttaa vastaavia oireita.

Valtakunnallisten ohjeiden mukaan tuberkuloosin seulontaa tulisi tarjota korkean ilmaantuvuuden maista tai konfliktialueilta saapuville turvapaikanhakijoille sekä turvapaikanhakijoille, jotka ovat oleskelleet pakolaisleirillä (STM 2009; THL 2019c). Seulontaa tulisi harkita myös niiden henkilöiden kohdalla, jotka ovat aiemmin sairastaneet tuberkuloosin tai joiden lähipiiriin kuuluu tuberkuloosin sairastaneita henkilöitä. Oireiset henkilöt tulisi ohjata välittömästi tutkimuksiin tuberkuloosin poissulkemiseksi. On tärkeä huomioida, että joka kolmas maahan muuttaneiden tuberkuloosi-infektioista todetaan muualla kuin keuhkoissa, jolloin infektio ei välttämättä aiheuta hengitysteiden oireita (Räisänen ym. 2018).

Turvapaikanhakijoille on myös tärkeää antaa tietoa tuberkuloosin oireista ja neuvoa hakeutumaan välittömästi tutkimuksiin ja hoitoon oireiden myöhemmin ilmaantuessa (Lönnroth 2017). Aiemmassa selvityksessä havaittiin, että vain viidesosa Suomessa todetuista maahan muuttaneiden tuberkuloositapauksista todettiin maahantulon yhteydessä ja lähes puolet niistä todettiin vasta yli kaksi vuotta Suomessa asumisen jälkeen (Räisänen ym. 2018).

6 Toimintakyky

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen tärkeistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Kyse on ihmisen ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksesta: erilaiset vaikeudet toiminnoissa saattavat rajoittaa mahdollisuuksia toimia ja osallistua yhteiskunnassa, jos ympäristö ei mukaudu tukemaan toimintaa. Turvapaikanhaku vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn, sillä turvapaikkaa hakiessa ihmisen ympäristö lähes poikkeuksetta muuttuu. Turvapaikanhakija on useimmiten kokenut terveyttään ja hyvinvointiaan vakavasti vaarantavia kokemuksia lähtömaassaan tai pakomatalla. Myös turvapaikkaprosessiin liittyvä epävarmuus ja epätietoisuus saattavat heikentää ihmisen kykyä selviytyä arjestaan. Turvapaikanhaku vaikuttaa erityisellä tavalla lasten ja nuorten toimintakykyyn, sillä lapsuus- ja nuoruusvuosien kokemukset voivat vaikuttaa toimintakykyyn myös myöhemmissä elämänvaiheissa.

Tässä luvussa raportoidaan fyysistä toimintakykyä, aistitoimintoja, kognitiivista toimintakykyä sekä terveysongelmien aiheuttamia toimintarajoitteita kuvaavia tuloksia. Psyykkisen toimintakyvyn tuloksia käsitellään luvussa 9.

6.1 Fyysinen toimintakyky

Shadia Rask, Päivi Sainio, Seppo Koskinen

- Valtaosa aikuisista turvapaikanhakijoista arvioi suoriutuvansa vaikeuksitta liikkumiskykyä vaativista toiminnoista.
- Yleisimpiä liikkumisvaikeuksia olivat koetut vaikeudet juosta sata metriä, joita raportoi joka viides.
- Kaikilla fyysisen toimintakyvyn osa-alueilla turvapaikanhakijanaiset raportoivat enemmän vaikeuksia kuin -miehet.
- Kävelyvaikeudet olivat harvinaisia turvapaikanhakijalapsilla ja -nuorilla.
- Fyysistä toimintakykyä on tärkeää arvioida osana alkuterveystarkastusta, ja yhdenvertaisia mielekkään tekemisen mahdollisuuksia on tarjottava alueesta ja vastaanottokeskuksesta riippumatta.

Johdanto

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä keskeisistä tehtävistä arkielämässään. Fyysinen toimintakyky ilmenee esimerkiksi kykynä liikkua. Portaiden nouseminen ja lyhyehköjen matkojen kävely kuvastavat arjen toiminnoissa tarvittavaa liikkumiskykyä. Koko Suomen väestössä lähes 90 % 30 vuotta täyttäneistä arvioi selviytyvänsä vaikeuksista puolen kilometrin kävelystä ja yhden kerrosvalin portaiden noususta (Sainio ym. 2018b). Koetut vaikeudet yleistyvät

erityisesti 50.–60. ikävuodesta alkaen. Esimerkiksi alle 40-vuotiaista yli 97 % arvioi suoriutuvansa vaikeuksista puolen kilometrin kävelystä, kun 60–69-vuotiaista vaikeuksia raportoi lähes 20 %.

Suomeen muuttaneiden ihmisten fyysistä toimintakykyä on tutkittu aiemmin Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu) ja Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH). Ulkomaalaistaustaisessa väestössä liikkumisvaikeudet ovat keskimäärin yhtä yleisiä kuin Suomen koko väestössä (Rask ym. 2015). Turvapaikanhakijoina Suomeen muuttaneet ovat vain pieni osa koko ulkomaalaistaustaisesta väestöstä. Maamu-tutkimuksessa (Castaneda ym. 2012b) somalialais- ja kurditaustaisista noin 75 % oli muuttanut Suomeen pakolaisina tai turvapaikanhakijoina, kun taas venäläistaustaisista osuus oli hyvin pieni (1 %). Koetut vaikeudet liikkumisessa olivat yleisempiä kurditaustaisilla miehillä ja naisilla sekä somalialaistaustaisilla naisilla verrattuna koko väestöön Suomessa (Rask 2018).

Ulkomaalaistaustaisten lasten ja nuorten fyysisestä toimintakyvystä on rajallisesti tietoa. Ulkomaalaistaustaisten nuorten terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa (Etnokids) tutkittiin kurdi- ja somalialaistaustaisia nuoria. Heistä suurin osa piti terveydentilaansa hyvänä tai erittäin hyvänä (Laatikainen & Mäki 2014). Kouluterveyskyselyssä noin 1 % kaikista yläkouluikäisistä nuorista raportoi vakavia vaikeuksia kävellä puoli kilometriä (Kanste ym. 2017). Kouluterveyskyselystä ei ole erikseen julkaistuja tuloksia ulkomaalaistaustaisten nuorten liikkumisrajoituksista, mutta heillä on muita nuoria useammin vakavia vaikeuksia, kun tarkastellaan yhdistelmämuuttujaa toimintakyvyn rajoitteista eri ulottuvuuksilta (näkö, kuulo, liikkuminen, muisti, oppiminen, keskittyminen).

Menetelmät

Aikuisten turvapaikanhakijoiden fyysistä toimintakykyä selvitettiin haastattelussa kysymällä koettuja vaikeuksia seuraavissa liikkumiskykyä vaativissa toiminnoissa: sadan metrin juoksu, puolen kilometrin kävely ja noin kahden litran vesipullon nostaminen silmien korkeudelle. Kaikkia toimintoja pyydettiin arvioimaan neljän vastausvaihtoehdon avulla: ei vaikeuksia/vähän vaikeuksia/paljon vaikeuksia/en pysty lainkaan. Toimintarajoite luokiteltiin vakavaksi, jos vastaaja arvioi toiminnon tuottavan paljon vaikeuksia tai ettei pysty suoritukseen lainkaan.

Myös lasten ja nuorten toimintakykyä kartoitettiin osana haastattelua. Nuorten haastattelulomakkeella fyysistä toimintakykyä kartoitettiin yhdellä kysymyksellä (puolen kilometrin kävely). Kysymys esitettiin samalla tavalla kuin aikuisten lomakkeella. Kouluikäisten ja 2–6-vuotiaiden lasten fyysistä toimintakykyä kartoitettiin kysymällä huoltajalta, onko lapsella vaikeuksia kävellä. Kysymyksessä ohjeistettiin arvioimaan kävelyä mahdollisen apuvälineen kanssa. Alle kouluikäisten 2–4-vuotiaiden lasten hienomotoriikkaa arvioitiin kysymällä huoltajalta, onko lapsella vaikeuksia poimia pieniä esineitä kädellään (samanikäisiin lapsiin verrattuna).

Tulokset

Aikuiset

Selvä enemmistö (82 %) turvapaikanhakijoista arvioi pystyvänsä juoksemaan vaikeuksista (taulukko 6.1.1). Vastaajista 9 % arvioi, että juokseminen tuottaa paljon vaikeuksia tai ei onnistu lainkaan. Naiset raportoivat selvästi useammin vaikeuksia (29 %) kuin miehet (11 %; kuvio 6.1.1). Naiset raportoivat myös vakavia rajoitteita juoksemisessa (16 %) selvästi useammin kuin miehet (5 %).

Puolen kilometrin kävelystä vaikeuksista suoriutuvien osuus oli 92 % (taulukko 6.1.1). Vastaajista 4 % arvioi, että kävely tuottaa paljon vaikeuksia tai ei onnistu lainkaan. Selvästi suurempi osuus naisista (13 %) kuin miehistä (6 %) raportoi vähintään vähän vaikeuksia kävelyssä.

Yläraajojen toimintaa arvioivasta vesipullon nostamisesta arvioi suoriutuvansa vaikeuksista 96 % aikuisista turvapaikanhakijoista (taulukko 6.1.1). Tässäkin toiminnossa vaikeudet olivat yleisempiä naisilla (7 %) kuin miehillä (2 %). Alle 2 % vastaajista arvioi vesipullon nostamisen paljon vaikeuksia tuottavaksi tai mahdottomaksi.

Koetut liikkumisen vaikeudet yleistivät jonkin verran iän mukana: esimerkiksi 40 vuotta täyttäneet raportoivat hieman enemmän kävelyvaikeuksia (14 %) kuin 30–39-vuotiaiden ryhmä (6 %; taulukko 6.1.2). Sen sijaan juoksemiseen tai vesipullon nostamiseen liittyvien vaikeuksien yleisyydessä ei ollut eroa ikäryhmien välillä. Maaryhmien välillä ei havaittu eroja fyysisen toimintakyvyn tuloksissa (taulukko 6.1.3; kuvio 6.1.1).

Taulukko 6.1.1. Liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista suoriutuvien osuus sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=467	Naiset n=308	Yhteensä n=775
	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
Sadan metrin juoksu vaikeuksista	89,3 (86,1–91,8)	71,1 (65,8–75,9)	82,1 (79,2–84,6)
Puolen kilometrin kävely vaikeuksista	94,5 (92,0–96,2)	87,4 (83,2–90,6)	91,6 (89,5–93,4)
Vesipullon nostaminen vaikeuksista	98,3 (96,6–99,1)	93,5 (90,1–95,8)	96,4 (94,8–97,5)

LV, luottamusväli

Taulukko 6.1.2. Liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista suoriutuvien osuus ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=289	30–39v n=297	40v+ n=199
	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
Sadan metrin juokseminen vaikeuksitta	83,4 (78,6–87,3)	84,7 (80,0–88,4)	76,4 (70,0–81,8)
Puolen kilometrin käveleminen vaikeuksitta	93,4 (90,0–95,8)	93,8 (90,3–96,0)	86,0 (80,5–90,2)
Vesipullon nostaminen vaikeuksitta	NA ¹	95,8 (92,8–97,6)	94,0 (89,7–96,5)

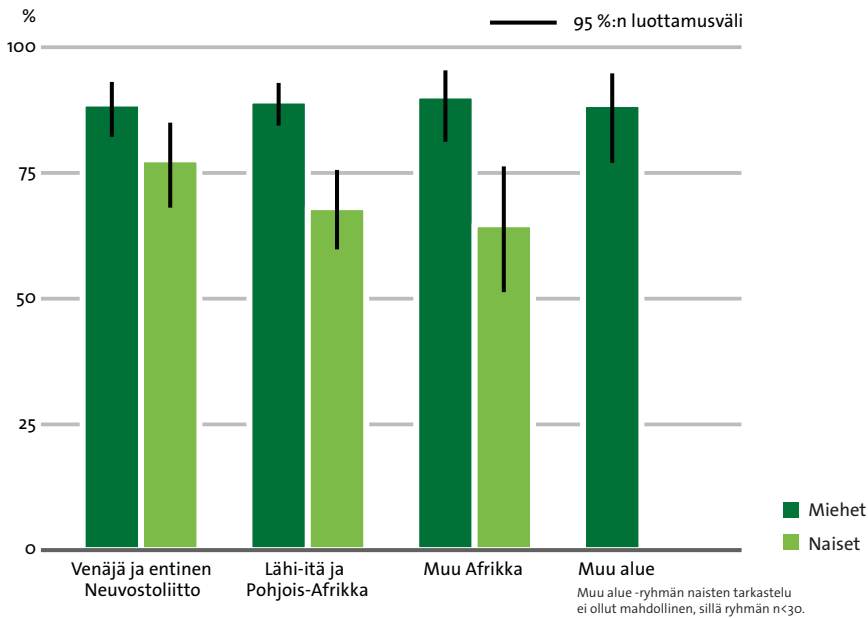
LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5**Taulukko 6.1.3. Liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista suoriutuvien osuus maaryhmittäin, aikuiset**

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=228	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=339	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=81
	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
Sadan metrin juokseminen vaikeuksitta	84,2 (78,9–88,4)	81,1 (76,6–84,9)	79,5 (71,6–85,7)	84,0 (74,3–90,5)
Puolen kilometrin käveleminen vaikeuksitta	90,8 (86,3–93,9)	91,4 (88,0–94,0)	93,8 (88,0–96,8)	91,6 (83,3–95,9)
Vesipullon nostami- nen vaikeuksitta	97,8 (94,9–99,1)	95,6 (92,8–97,3)	95,3 (89,9–97,9)	NA ¹

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5



Kuvio 6.1.1. Sadan metrin juoksusta vaikeuksista suoriutuvien osuus maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Tutkimukseen osallistuneista 13–17-vuotiaista kaikki pojat arvioivat suoriutuvansa vaikeuksista puolen kilometrin kävelystä. Muutamat tytöt ilmoittivat vaikeuksia.

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisten 7–12-vuotiaiden lasten huoltajista 5 % arvioi lapsella olevan vähintään vähän vaikeuksia kävellä. Muutamalla alakouluikäisistä lapsista oli huoltajan arvion mukaan vakavia vaikeuksia kävellä. Pojista 98 %:n ja tytöistä 90 %:n arvioitiin kävelevän vaikeuksista.

Alle kouluikäiset lapset

Lähes kaikki alle kouluikäisten 2–6-vuotiaiden lasten huoltajista arvioi lapsen kävelevän vaikeuksista. Muutamalla alle kouluikäisistä lapsista oli huoltajan arvion mukaan vakavia vaikeuksia kävellä. Hienomotoriikkaa arvioivassa kysymyksessä 2–4-vuotiaiden lasten huoltajista muutama arvioi lapsella olevan vähintään vähän vaikeuksia poimia pieniä esineitä kädellään.

Yhteenveto ja pohdinta

Valtaosa aikuisista turvapaikanhakijoista arvioi suoriutuvansa vaikeuksista kysytyistä liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista. Naiset raportoivat liikkumiskyvyn vaikeuksia yleisemmin kuin miehet. Näin on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa sekä ulkomaalaistaustaisessa väestössä (Rask ym. 2015; Rask 2018) että koko aikuisväestössä Suomessa (Sainio ym. 2018b). Verrattain helppoissa suorituksissa (esim. puolen kilometrin kävely) naisten ja miesten välinen ero korostuu vasta vanhemmalla iällä, kun taas raskaammissa suorituksissa (esim. sadan metrin juoksu) sukupuoliero näkyy jo nuoremmissakin ikäryhmissä (Sainio ym. 2018b). Kävelyvaikeudet olivat harvinaisia lapsilla ja nuorilla.

TERTTU-tutkimuksen kohderyhmän aikuiset ovat pääosin nuoria ja työikänsä alkua- tai keskivaiheessa: vain 2 % vastaajista oli 60 vuotta täyttäneitä. Kuitenkin lähes kolmannes naisista ilmoitti vähintään vähän vaikeuksia sadan metrin juoksemisessa. Tämä on huomionarvoista, sillä liikkumisen vaikeutuminen työiässä ennustaa usein ongelmien kasaantumista iän myötä toimintakyvyn edelleen heikentyessä. Koettuja vaikeuksia voivat kuitenkin selittää monenlaiset tekijät, kuten kulttuurisidonnaiset sukupuoliroolit ja niistä johtuva tottumattomuus liikkua rasittavasti. Tulosten tulkinnassa on huomioitava vastaanottovaiheen poikkeuksellisuus elämäntilanteena sekä psykosomaattisen oireilun ja traumatisoituneisuuden yleisyys. Tuloksia ei voi irrottaa vastaanottovaiheen kontekstista, eivätkä ne välttämättä kuvaa luotettavasti koettua fyysistä toimintakykyä esimerkiksi myönteisen päätöksen saamisen jälkeen.

Liikkumisvaikeudet ovat yksi tärkeä mittari yksilön ja väestön terveyttä ja toimintakykyä arvioitaessa. Liikkumiskyvyn ongelmat heikentävät elämänlaatua ja osallistumista sekä itsenäistä selviytymistä. Yleisesti ottaen tiedetään, että liikkumisrajoitteisten määrä väestössä tulee kasvamaan Suomessa väestön ikääntymisen vuoksi (Härkänen ym. 2019). Turvapaikanhakijoilla ei ole merkittävää vaikutusta liikkumisvaikeuksien yleisyyteen väestötasolla, sillä turvapaikanhaun perusteella oleskeluluvan saaneita on Suomessa varsin vähän.

Turvapaikanhakijan fyysistä toimintakykyä on tärkeää arvioida osana alkuterveystarkastusta. Liikkumisongelmien taustalla voi olla monenlaisia syitä, kuten fyysisen kunnan rapistuminen, lihavuus tai erilaiset sairaudet. Fyysistä toimintakykyä voidaan kohentaa esimerkiksi erilaisilla liikuntaharrastuksilla, aktivoivilla toiminnoilla, laihduttamalla sekä fysio- ja toimintaterapialla. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntoutus voivat ennaltaehkäistä myöhempiä ja pysyviä terveysongelmia kehittymästä. Aikuisten turvapaikanhakijoiden fyysisen toimintakyvyn kuntoutus voi olla osa kiireellistä tai välttämätöntä hoitoa. Lapsilla fyysisen toimintakyvyn haasteet on aina tärkeä huomioida. Toimintakyvyn arvioiminen ja tukeminen lisää turvapaikanhakijoiden omatoimisuutta ja itsenäistä pärjäämistä. Vastaanottokeskusten on tärkeää tarjota yhdenvertaisia mielekkään tekemisen mahdollisuuksia alueesta ja vastaanottokeskuksesta riippumatta (esim. aktivoivat tilat). Riittävien liikunta- ja harrastusmahdollisuuksien tarjoaminen edellyttää muun muassa vastaanottokeskusten taloudellista resursointia sekä yhteistyötä vastaanottokeskusten, järjestöjen ja vapaaehtoisten välillä. Myös esteettömyys ja tilojen lopsiystävällisyys on tärkeää huomioida vastaanottokeskusten toiminnassa.

6.2 Näkö ja kuulo

Shadia Rask, Päivi Sainio, Seppo Koskinen

- Näkövaikeudet olivat yleisempiä kuin kuulovaikeudet: aikuisista turvapai-
kanhakijoista 87 % arvioi näkevänsä vaikeuksitta ja 94 % kuulevansa vai-
keuksitta.
- Näkö- ja kuulovaikeudet olivat yleisempiä 40 vuotta täyttäneiden joukossa
verrattuna 18–29-vuotiaiden ja 30–39-vuotiaiden ryhmiin.
- Lapsista ja nuorista 7–17 % raportoi näkövaikeuksia. Kuulovaikeudet oli-
vat selvästi harvinaisempia.
- Näön ja kuulon arvioiminen on tärkeä osa alkuterveystarkastusta; osa koe-
tuista näkö- ja kuulovaikeuksista voi olla korjattavissa asianmukaisilla sil-
mälaseilla, muilla näön apuvälineillä ja kuulon apuvälineillä.

Johdanto

Koko Suomen väestössä noin 4 %:lla aikuisista on merkittävästi heikentynyt kauko-
näöntarkkuus silmälaseja käyttäessään (Uusitalo ym. 2018). Sokeiden tai vaikeas-
ti heikkonäköisten määrä on varsin vähäinen. Näkö- ja kuulo-ongelmat yleistyvät
iän mukana. Niihin liittyy usein muita toimintakyvyn rajoituksia ja suuri palvelu-
jen tarve.

Ulkomaalaistaustaisen väestön näkö- ja kuulovaikeuksista on jonkin verran tie-
toa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta (Maamu). Maamu-tut-
kimuksessa havaittiin, että näkö- ja kuulo-ongelmat olivat erityisen yleisiä kurdi-
taustaisessa väestössä (Koskinen ym. 2012a). Myös somaliaalaistaustaisten ryhmässä
näkövaikeudet olivat yleisempiä kuin koko väestössä, etenkin naisilla. Ulkomaalais-
taustaisten lasten ja nuorten näkö- ja kuulovaikeuksista on rajallisesti aiempaa tie-
toa. Kouluterveyskyselyssä 2–4 % nuorista raportoi vakavia näkemisen vaikeuksia
ja noin 1 % vakavia kuulemisen vaikeuksia (Kanste ym. 2017). Tulokset eivät rajau-
du ulkomaalaistaustaisiin nuoriin, vaan kattavat kaikki 8. ja 9. luokalla, lukiossa se-
kä ammatillisissa oppilaitoksissa tutkimukseen vastanneet nuoret.

Menetelmät

Aikuisten turvapaikanhakijoiden näköä ja kuuloa selvitettiin haastattelussa kysy-
mällä, onko tutkittavalla vaikeuksia nähdä tavallisen sanomalehtitekstin kokoista
tekstiä tai kuulla, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan. Näköä ja
kuuloa pyydettiin arvioimaan silmälasien tai kuulolaitteen kanssa, mikäli tutkittava
käytti näitä. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: ei vaikeuksia/vähän vaikeuksia/paljon vai-
keuksia/en pysty lainkaan. Toimintarajoite luokiteltiin vakavaksi, jos vastaaja arvioi
toiminnon tuottavan paljon vaikeuksia tai ettei pysty suoritukseen lainkaan.

Näkö- ja kuulovaikeuksia kysyttiin lasten ja nuorten haastattelulomakkeilla yhdenmukaisesti aikuisten lomakkeen kanssa. Nuoret vastasivat kysymykseen itse, kouluikäisillä ja 2–6-vuotiailla lapsilla kysymys esitettiin lapsen huoltajalle. Kysymyksiä näöstä ja kuulosta ei esitetty alle 2-vuotiaiden lasten huoltajille.

Tulokset

Aikuiset

Näkövaikeudet olivat yleisempiä kuin kuulovaikeudet: aikuisista turvapaikanhakijoista 87 % arvioi näkevänsä vaikeuksitta ja 94 % kuulevansa vaikeuksitta (taulukko 6.2.1). Vakavia näkövaikeuksia oli 4 %:lla ja vakavia kuulovaikeuksia alle 2 %:lla. Hieman suurempi osuus naisista (18 %) kuin miehistä (10 %) raportoi vähintään vähän vaikeuksia nähdä tavallisen sanomalehtitekstin kokoista tekstiä. Kuulovaikeuksissa ei ollut eroa naisten ja miesten välillä.

Näkövaikeudet olivat yleisempiä 40 vuotta täyttäneiden joukossa (27 %) verrattuna sekä 18–29-vuotiaiden (10 %) että 30–39-vuotiaiden (8 %) ryhmiin (taulukko 6.2.2). Vastaavasti kuulovaikeudet olivat yleisimpiä vanhimmassa ikäryhmässä (12 %) verrattuna sekä 18–29-vuotiaiden (5 %) että 30–39-vuotiaiden (6 %) ryhmiin. Maaryhmien välillä ei havaittu eroja näkö- ja kuulovaikeuksien yleisyydessä (taulukko 6.2.3). Lähi-idästä tai Pohjois-Afrikasta muuttaneiden ryhmässä naiset raportoivat enemmän näkövaikeuksia kuin miehet (kuvio 6.2.1).

Taulukko 6.2.1. Vaikeuksitta näkevien ja kuulevien osuus sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=470	Naiset n=309	Yhteensä n=779
	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
Näkeminen vaikeuksitta	89,6 (86,5–92,0)	81,9 (77,2–85,8)	86,5 (83,9–88,7)
Kuuleminen vaikeuksitta	95,1 (92,7–96,7)	92,2 (88,7–94,7)	94,0 (92,1–95,4)

LV, luottamusväli

Taulukko 6.2.2. Vaikeuksitta näkevien ja kuulevien osuus ikäryhmittäin, aikuiset

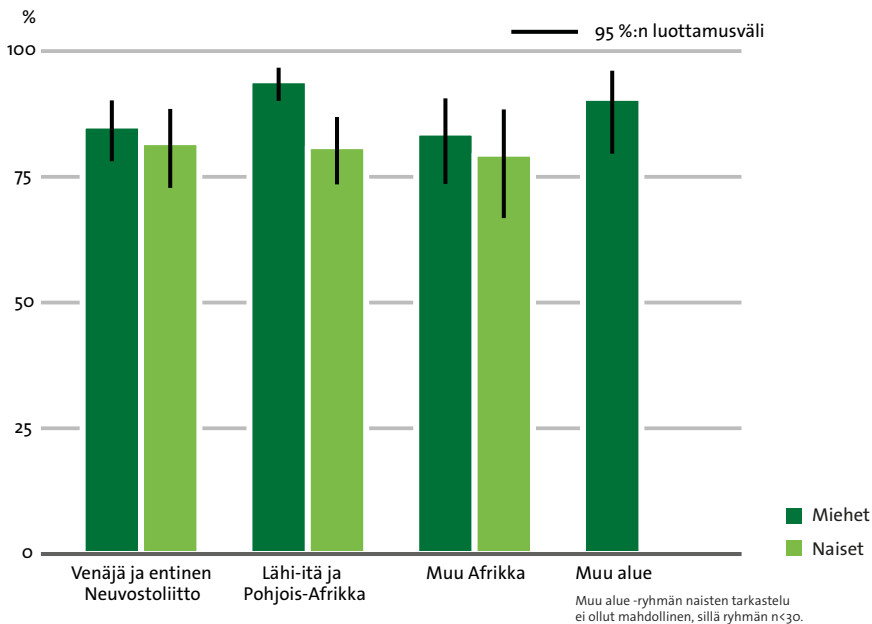
	18–29v n=290	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
Näkeminen vaikeuksitta	90,0 (86,0–93,0)	92,0 (88,3–94,7)	73,5 (66,9–79,2)
Kuuleminen vaikeuksitta	95,5 (92,4–97,4)	96,5 (93,7–98,1)	88,0 (82,7–91,8)

LV, luottamusväli

Taulukko 6.2.3. Vaikeuksista näkevien ja kuulevien osuus maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=339	Muu Afrikka n=128	Muu alue n=83
	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
Näkeminen vaikeuksista	83,8 (78,5–88,1)	89,1 (85,3–92,0)	82,0 (74,4–87,8)	90,4 (81,9–95,1)
Kuuleminen vaikeuksista	94,8 (91,0–97,0)	92,6 (89,3–95,0)	96,1 (91,0–98,4)	94,0 (86,3–97,5)

LV, luottamusväli

**Kuvio 6.2.1. Vaikeuksista näkevien osuus maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset**

Nuoret

Nuorista 13–17-vuotiaista turvapaikanhakijoista 83 % arvioi näkevänsä vaikeuksista. Vakavien näkövaikeuksien yleisyys oli nuorilla 3 %. Kuulovaikeudet olivat harvinaisia: 98 % nuorista arvioi kuulevansa vaikeuksista. Vakavia kuulovaikeuksia raportoi vain muutama.

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisten 7–12-vuotiaiden lasten huoltajista 83 % arvioi lapsen näkevän vaikeuksista, mikä vastasi vaikeuksista näkevien osuutta myös nuorissa. Sukupuolten välillä ei ollut eroa. Noin 1 %:lla raportoitiin vakavia näkövaikeuksia. Kuulovaikeudet olivat harvinaisia: alakouluikäisten lasten huoltajista 97 % arvioi lapsen kuulevan vaikeuksista.

Alle kouluikäiset lapset

Alle kouluikäisten 0–6-vuotiaiden lasten huoltajista 93 % arvioi lapsen näkevän vaikeuksista. Kuulovaikeuksia ei raportoitu lainkaan.

Yhteenveto ja pohdinta

Näön ja kuulon poikkeavuuksia voi ilmetä missä tahansa iässä, mutta keskimäärin nämä yleistyvät iän mukana. Aikuisilla turvapaikanhakijoilla näkö- ja kuulovaikeudet olivat yleisimpiä 40 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. Tutkimustuloksissa on merkillepantavaa, että 18–29-vuotiaista aikuisista joka kymmenes raportoi näkövaikeuksia, kun taas 13–17-vuotiaista nuorista näkövaikeuksia raportoi joka viides. Vastaavasti myös kouluikäisten lasten huoltajat arvioivat joka viidennellä lapsella olevan vähintään jonkin verran näkövaikeuksia. On mahdollista, että nuoret aikuiset ovat eri tavalla valikoitunut joukko, tässä tapauksessa terveempi, kuin lapset ja nuoret. Turvapaikan hakeminen edellyttää riittävää toimintakykyä, erityisesti yksin matkaan lähtevältä. Lasten oppimisen kannalta näön ja kuulon poikkeavuuksien korjaaminen on keskeistä.

Näön ja kuulon arvioiminen on tärkeä osa alkuterveystarkastusta. Tässä luvussa esitettyjen tulosten pohjalta ei voida päätellä, missä määrin koetut näkö- ja kuulovaikeudet olisivat korjattavissa asianmukaisilla silmälaseilla, muilla näön apuvälineillä ja kuulon apuvälineillä. Kuulovaikeuksien syynä on yleisimmin melu, mutta turvapaikanhakijoilla kuulo-ongelmien taustalla voi myös olla muita tekijöitä, kuten sotakokemuksia ja hoitamattomia korvatulehduksia. On mahdollista, että korjattavissa olevia ongelmia on jäänyt tunnistamatta ja tarvittavia apuvälineitä hankkimatta.

6.3 Kognitiivinen toimintakyky

Shadia Rask, Päivi Sainio, Seppo Koskinen

- Kognitiivisen toimintakyvyn vaikeudet olivat yleisiä aikuisilla turvapaikanhakijoilla: joka neljäs koki vähintään vähän vaikeuksia keskittyä ja muistaa asioita.
- Joka viides turvapaikanhakijanuori koki vähintään vähän vaikeuksia muistaa asioita; lapsilla kognitiivisen toimintakyvyn vaikeudet olivat harvinaisempia kuin nuorilla.
- Muisti- ja keskittymisvaikeudet ovat luonnollinen reaktio kuormittavaan turvapaikanhakuprosessiin ja sitä edeltäneisiin kokemuksiin.
- Kognitiivista toimintakykyä on tärkeää arvioida osana alkuterveystarkastusta, ja vastaanottovaiheen toimintojen on hyvä tukea myös kognitiivista toimintakykyä.
- Kognitiivista toimintakykyä tukeva toiminta vastaanottovaiheessa voi nopeuttaa oleskeluluvan saaneiden myöhempää kotoutumista ja kielen oppimista.

Johdanto

Kognitiivinen toimintakyky sisältää muun muassa muistin, oppimisen, keskittymisen ja tarkkaavuuden. Myös kielellisen toimintakyvyn voi lukea kuuluvan osaksi kognitiivista toimintakykyä. Vakavat ongelmat kognitiivisessa toimintakyvyssä, kuten muistisairaudet, yleistyvät iän mukana. Koko Suomen väestössä lähes 90 % 30–39-vuotiaista pitää sekä muistiaan että oppimiskykyään ja keskittymiskykyään erittäin hyvänä tai hyvänä (Koskinen ym. 2018a).

Turvapaikanhakemisen taustalla on hyvin usein kognitiivista toimintakykyä kuormittavia tekijöitä, kuten väkivallan näkemistä tai kokemista, lähiomaisten kaatoksissa olemista, kidutusta ja muita äärimmäisiä kokemuksia. Suomessa ulkomaalaistaustaisen väestön kognitiivisesta toimintakyvystä on niukasti aiempaa tietoa. Ulkomaalaistaustaisten nuorten terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa (Etnokids) havaittiin, että 7 % kurditaustaisista tytöistä raportoi vähintään melko paljon vaikeuksia opetuksen seuraamisessa tunnilla, kun taas kurditaustaisilla pojilla ja somaliaistaustaisilla tytöillä ja pojilla osuudet olivat pienempiä (1–4 %; Leinonen ym. 2014). Kokeisiin valmistautumisessa melko tai erittäin paljon vaikeuksia raportoi 7–21 % näistä nuorista. Kouluterveyskyselyssä lähes joka kymmenes yläkoululainen tyttö ja 5 % pojista raportoi vakavia vaikeuksia muistaa asioita (Kanste ym. 2017). Vakavia vaikeuksia uuden oppimisessa koki 4–6 % nuorista, vakavat keskittymisvaikeudet olivat hieman harvinaisempia. Vieraskielisten oppilaiden kohdalla erityisenä haasteena on erottaa oppimisvaikeudet kielellisistä vaikeuksista (Arvonen ym. 2012).

Menetelmät

Aikuisilta turvapaikanhakijoilta kysyttiin haastattelussa vaikeuksista asioiden muistamisessa, keskittymisessä, uusien asioiden oppimisessa ja kommunikoinnissa (esim. vaikeudet ymmärtää muiden puhetta tai puhua niin, että muut ymmärtävät). Kysymys puheen tuottamisen tai ymmärtämisen vaikeuksista tarkoitti nimenomaan kommunikaatio-ongelmia, ei kielitaidosta johtuvia ongelmia. Kaikkia toimintoja pyydettiin arvioimaan neljän vastausvaihtoehdon avulla (ei vaikeuksia/vähän vaikeuksia/paljon vaikeuksia/en pysty lainkaan). Toimintarajoite luokiteltiin vakavaksi, jos vastaaja arvioi toiminnon tuottavan paljon vaikeuksia tai ettei pysty suoritukseen lainkaan.

Nuorten kognitiivista toimintakykyä kartoitettiin kysymällä, onko vastaajalla vaikeuksia asioiden muistamisessa, uusien asioiden oppimisessa ja keskittymisessä johonkin sellaiseen, jonka tekemisestä hän nauttii. Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin aikuisilla. Lasten puolesta kysymyksiin vastasi huoltaja. Kouluikäisten ja 5–6-vuotiaiden lasten huoltajille esitetyt kysymykset olivat samat kuin nuorille esitetyt, mutta kysymykset esitettiin eri järjestyksessä. Sen sijaan 2–4-vuotiaiden lasten huoltajia pyydettiin arvioimaan, onko lapsella vaikeuksia oppia uusia asioita (samanikäisiin lapsiin verrattuna) ja ymmärtää huoltajaa. Kysymyksiä kognitiivisesta toimintakyvystä ei esitetty alle 2-vuotiaiden lasten huoltajille.

Kognitiivista toimintakykyä kartoittavat kysymykset on muokattu Washington Groupin (WG 2019) suosittelemien kysymysten pohjalta siten, että tuloksia voidaan soveltuvin osin verrata koko väestöä kuvaaviin tuloksiin.

Tulokset

Aikuiset

Useampi kuin joka neljäs aikuisista turvapaikanhakijoista koki vähintään vähän vaikeuksia muistaa asioita, kun taas 73 % arvioi muistavansa asioita vaikeuksista (taulukko 6.3.1). Vakavia muistivaikeuksia raportoi 6 % vastaajista. Sukupuolten välillä oli merkittävä ero: miehistä 20 % koki vähintään vähän vaikeuksia muistamisessa, kun naisissa osuus oli kaksinkertainen (40 %). Sukupuoliero ilmeni erityisesti Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- ja Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmissä (kuvio 6.3.1).

Keskittymisvaikeudet olivat yhtä yleisiä kuin muistivaikeudet: joka neljäs aikuisista turvapaikanhakijoista koki vähintään vähän vaikeuksia keskittyä (taulukko 6.3.1). Vakavia keskittymisvaikeuksia raportoi 5 %. Toisin kuin muistivaikeuksien kohdalla, keskittymisvaikeuksissa ei havaittu eroja naisten ja miesten välillä (kuvio 6.3.2). Muistamisessa tai keskittymisessä ei ollut eroja ikäryhmien (taulukko 6.3.2) tai maaryhmien välillä (taulukko 6.3.3).

Noin 80 % aikuisista turvapaikanhakijoista arvioi oppivansa uusia asioita vaikeuksista (taulukko 6.3.1). Noin 4 % arvioi oppimisen vaikeudet vakaviksi. Naiset (27 %) raportoivat vähintään vähän vaikeuksia oppimisessa selvästi yleisemmin

kuin miehet (15 %). Ikäryhmien (taulukko 6.3.2) tai maaryhmien (taulukko 6.3.3; kuvio 6.3.3) välillä ei ollut eroja oppimisessa.

Kommunikointivaikeudet olivat harvinaisia: vain 3 % aikuisista turvapaikanhakijoista ilmoitti kokevansa vähintään vähän vaikeuksia puheen ymmärtämisessä tai tuottamisessa (taulukko 6.3.1). Sukupuolten, ikäryhmien (taulukko 6.3.2) tai maaryhmien (taulukko 6.3.3) välillä ei ollut eroja kommunikointivaikeuksissa.

Taulukko 6.3.1. Kognitiivista toimintakykyä edellyttävistä toiminnoista suoriutuvien osuus sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=470	Naiset n=309	Yhteensä n=779
	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
Muistaminen vaikeuksista	80,0 (76,1–83,4)	62,1 (56,6–67,4)	72,9 (69,7–75,9)
Keskittyminen vaikeuksista	76,1 (72,0–79,8)	73,7 (68,5–78,3)	75,2 (72,0–78,1)
Oppiminen vaikeuksista	85,1 (81,6–88,0)	73,5 (68,3–78,1)	80,5 (77,5–83,1)
Kommunikointi vaikeuksista	98,1 (96,4–99,0)	95,5 (92,5–97,3)	97,0 (95,6–98,0)

LV, luottamusväli

Taulukko 6.3.2. Kognitiivista toimintakykyä edellyttävistä toiminnoista suoriutuvien osuus ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=290	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
Muistaminen vaikeuksista	74,8 (69,5–79,5)	75,4 (70,1–80,1)	66,5 (59,7–72,7)
Keskittyminen vaikeuksista	73,4 (68,1–78,2)	78,0 (72,9–82,5)	73,5 (66,9–79,2)
Oppiminen vaikeuksista	79,9 (74,9–84,2)	83,4 (78,6–87,3)	77,0 (70,7–82,3)
Kommunikointi vaikeuksista	97,2 (94,6–98,6)	96,9 (94,1–98,4)	97,0 (93,5–98,6)

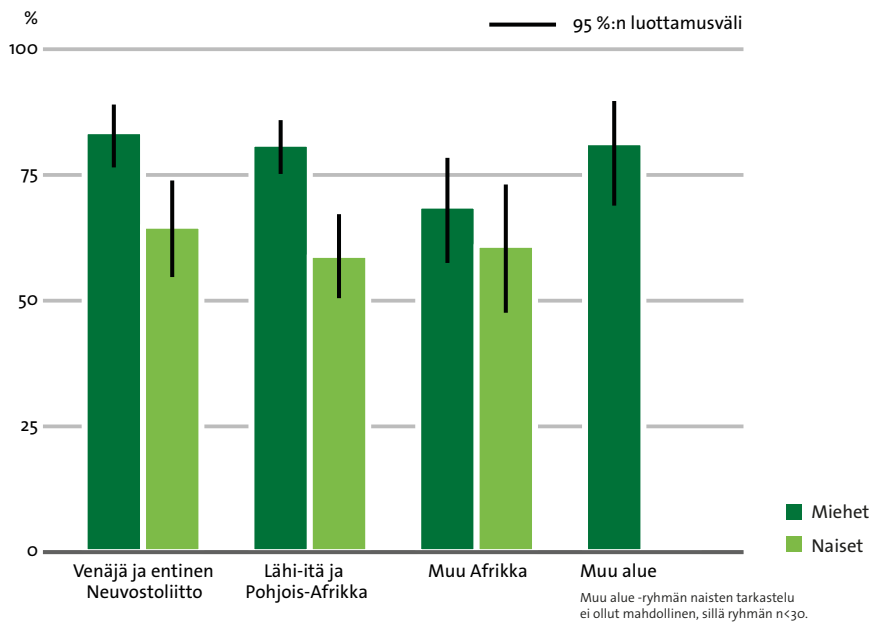
LV, luottamusväli

Taulukko 6.3.3. Kognitiivista toimintakykyä edellyttävistä toiminnoista suoriutuvien osuus maaryhmittäin, aikuiset

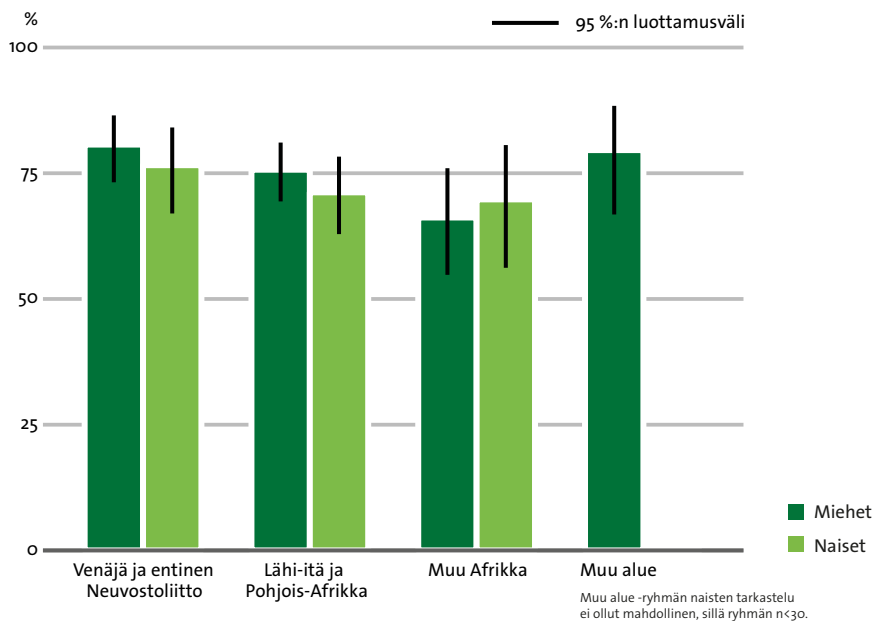
	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=339	Muu Afrikka n=128	Muu alue n=83
	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
Muistaminen vaikeuksista	76,0 (70,0–81,1)	72,6 (67,6–77,1)	65,6 (57,0–73,3)	77,1 (66,9–84,9)
Keskittyminen vaikeuksista	79,0 (73,3–83,8)	74,0 (69,0–78,4)	67,7 (59,1–75,3)	80,7 (70,8–87,8)
Oppiminen vaikeuksista	78,2 (72,3–83,1)	82,0 (77,5–85,7)	78,9 (71,0–85,1)	83,1 (73,5–89,8)
Kommunikointi vaikeuksista	96,9 (93,7–98,5)	96,4 (93,9–98,0)	NA ¹	NA ¹

LV, luottamusväli

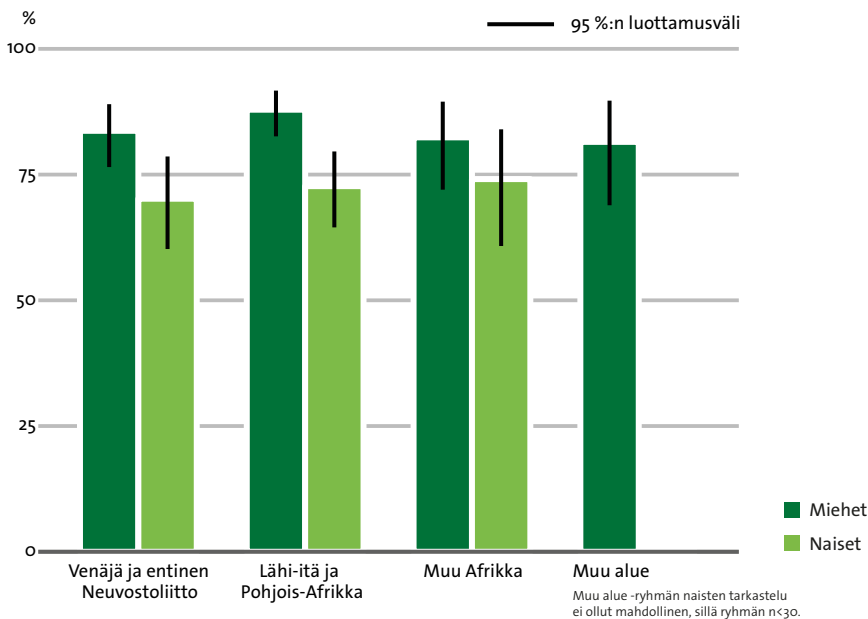
¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5



Kuvio 6.3.1. Vaikeuksitta muistavien osuus maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 6.3.2. Vaikeuksitta keskittyvien osuus maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 6.3.3. Vaikeuksista oppivien osuus maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Joka viides 13–17-vuotias turvapaikanhakijanuori koki vähintään vähän vaikeuksia muistaa asioita (taulukko 6.3.4). Vakavia muistamisen vaikeuksia raportoi alle 2 %. Pojista 85 % arvioi muistavansa vaikeuksista ja tytöistä 77 %. Koetut vaikeudet keskittymisessä olivat yhtä yleisiä kuin vaikeudet muistamisessa: 84 % nuorista arvioi pystyvänsä keskittymään vaikeuksista. Vakavia keskittymisvaikeuksia raportoi 3 % vastaajista. Joka kymmenes nuori ilmoitti vähintään vähän vaikeuksia oppia uusia asioita. Vakavia oppimisen vaikeuksia raportoi alle 2 %.

Taulukko 6.3.4. Kognitiivista toimintakykyä edellyttävistä toiminnoista suoriutuvien osuus, nuoret

	Yhteensä n=65
	% (95% LV)
Muistaminen vaikeuksista	81,5 (70,2–89,2)
Keskittyminen vaikeuksista	84,4 (73,3–91,4)
Oppiminen vaikeuksista	90,8 (80,9–95,8)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisten 7–12-vuotiaiden lasten huoltajista 93 % arvioi lapsen muistavan asioita vaikeuksitta (taulukko 6.3.5). Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa. Noin 1 %:lla lapsista arvioitiin olevan vakavia vaikeuksia muistaa. Joka kymmenes huoltaja arvioi lapsella olevan vähintään vähän vaikeuksia keskittymisessä. Vakavia vaikeuksia keskittyä raportoitiin 1 %:lla. Vastaavasti joka kymmenes huoltaja arvioi lapsella olevan vähintään vähän vaikeuksia oppia uusia asioita. Kouluikäisistä lapsista 2 %:lla arvioitiin olevan vakavia vaikeuksia uusien asioiden oppimisessa.

Taulukko 6.3.5. Kognitiivista toimintakykyä edellyttävistä toiminnoista suoriutuvien osuus, alakouluikäiset lapset

	Yhteensä n=93 % (95% LV)
Muistaminen vaikeuksitta	92,5 (85,0–96,4)
Keskittyminen vaikeuksitta	90,2 (82,2–94,8)
Oppiminen vaikeuksitta	90,4 (82,6–94,9)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Alle kouluikäisten 0–6-vuotiaiden lasten huoltajista valtaosa arvioi lapsen muistavan asioita vaikeuksitta ja keskittyvän vaikeuksitta. Uusien asioiden oppimisen vaikeuksia ei raportoitu lainkaan. Lapsen ja vanhemman väliset kommunikaatiovaikeudet olivat nekin harvinaisia. Yksittäisiä 4–6-vuotiaiden lasten huoltajia arvioi vähintään vähän vaikeuksia siinä, että lapsi ymmärtää huoltajan puhetta. Vastaavasti yksittäisiä 2–4-vuotiaiden lasten huoltajia ilmoitti vähintään vähän vaikeuksia siinä, että lapsi ymmärtää huoltajaansa.

Yhteenveto ja pohdinta

Kognitiivisen toimintakyvyn vaikeudet olivat yleisiä erityisesti aikuisilla turvapaikanhakijoilla. Erilaiset muisti- ja keskittymisvaikeudet ovat tyypillisiä reaktioita kriisissä, ja turvapaikan hakeminen on aina jonkinlainen kriisi. Tässä luvussa esitettyjen tulosten perusteella ei tiedetä, mitä mahdollisia muutoksia toimintakyvyssä tapahtuu oleskelulupapäätöstä odottaessa tai myönteisen päätöksen saamisen jälkeen. Tulokset tuleekin tulkita suhteessa tutkittavien elämäntilanteeseen. Tutkimukseen osallistuneet ihmiset olivat Suomeen vasta saapuneita ja heidän turvapaikanhakuprosessinsa oli aivan alussa. Pitkittyneeseen turvapaikkaprosessiin liittyvä epävarmuus sekä pelko kielteisestä päätöksestä tai käännytyksestä voivat kuormittaa kognitiota vahvastikin.

Nuoret raportoivat vaikeuksia hieman aikuisia harvemmin, ja lapsilla vaikeuksia raportoitiin nuoriakin harvemmin. On kiinnostava havainto, että nuoret turvapaikanhakijat raportoivat vakavia vaikeuksia oppia tai muistaa asioita harvemmin kuin Kouluterveyskyselyn yläkouluikäiset (Kanste ym. 2017). Tätä voivat selittää useat eri tekijät, kuten turvapaikanhakijoiden valikoituneisuus (esim. terveen siirtolaisen ilmiö). Erot voivat johtua myös erilaisesta kontekstista, jossa kysymyksiin vastataan. Koululaiset vastaavat kysymyksiin koulussa, kun taas nuoret turvapaikanhakijat vastaavat vastaanottokeskuksessa, juuri maahan saapuneina, jolloin oman toimintakyvyn luotettava arviointi voi olla erityisen haastavaa.

Turvapaikanhakijan omatoimisuus ja itsenäinen pärjääminen edellyttää riittävästä toimintakykyä. Myös kognitiivista toimintakykyä on hyvä pyrkiä arvioimaan ja tukemaan vastaanottovaiheen aikana. Toimintakykyä voidaan tukea tarjoamalla esimerkiksi taiteeseen, liikuntaan ja stressinhallintaan liittyvää ryhmätoimintaa. Vastaanottovaiheessa toimijuutta voi tukea rohkaisemalla yhteiseen toimintaan osallistumista ja sen suunnittelua. Esimerkiksi liikunta, terveellinen ravinto, tupakoinnin ja päihteiden käytön välttäminen sekä kognitiivinen aktiivisuus suojaavat kognitiota (Koskinen ym. 2018a). Vastaanottovaiheen toimettomuudella on puolestaan erilaisia kielteisiä seurauksia yksilöiden hyvinvointiin ja toimintakykyyn (Haverinen 2018).

Vastaanottovaihe, joka tukee myös kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitämistä, voi nopeuttaa oleskeluluvan saaneiden myöhempää kotoutumista ja kielen oppimista. Samaan aikaan on huomattava, että turvapaikanhakijoiden vastaanottotoiminta ja maahan muuttaneiden kotoutuminen määritellään nykyisessä lainsäädännössä toisistaan erillisiksi kokonaisuuksiksi. Kotoutumisen onnistuminen edellyttää erilaisia paikallisia ratkaisuja, joissa tehdään yhteistyötä vastaanottokeskuksen, kunnan tai kaupungin, sen asukkaiden ja paikallisten toimijoiden, kuten yritysten, järjestöjen ja oppilaitosten välillä (Haverinen 2018). Turvapaikanhakijoiden kotoutumisvalmiuksien parantaminen edellyttää, että vastaanottokeskuksissa tarjottavaa lakisääteistä työ- ja opintotoimintaa kehitetään ja siihen kohdistettuja taloudellisia resursseja lisätään (Sotkasiira & Haverinen 2019). Osallistumisen mahdollisuudet ovat tärkeitä, sillä joutilaana ja epä tietoisuudessa vietetty aika voi lamauttaa ihmisen toimintakykyä.

6.4 Toimintarajoitteet terveysongelman vuoksi

Shadia Rask, Päivi Sainio, Seppo Koskinen

- Joka neljäs turvapaikanhakija arvioi terveysongelmien aiheuttavan vähintään lieviä rajoitteita tavanomaisessa toiminnassa.
- Turvapaikanhakijanuorista 15 % arvioi terveysongelmien aiheuttavan vähintään lieviä rajoitteita tavanomaisessa toiminnassa.
- Myös 15 %:lla lapsista oli huoltajan arvion mukaan jokin terveysongelmasta johtuva rajoitus tavanomaisissa toiminnoissa.
- Muutokset ympäristössä voivat joko heikentää tai parantaa turvapaikanhakijan mahdollisuuksia toimia ja osallistua yhteiskunnassa.
- Jatkotutkimuksissa on tarpeen selvittää, kuinka suuri osa turvapaikanhakijoista kokee rajoitteita useammalla kuin yhdellä toimintakyvyn ulottuvuudella.

Johdanto

Eurooppalaisiin väestötutkimuksiin on kehitetty terveysongelmien aiheuttamia rajoitteita kartoittava niin sanottu GALI-kysymys (Global Activity Limitation Indicator) (Robine & Jagger 2003). Kysymys tuottaa tietoa muun muassa vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuuden toteutumisen seurantaan EU:n jäsenmaissa ja sen perusteella lasketaan myös eurooppalaisten terveitä elinvuosia (EHLEIS) (Sainio ym. 2018a; Sihvonen ym. 2017).

Terveysongelmasta aiheutuvat toimintarajoitteet ovat erittäin yleisiä Suomen aikuisväestössä. FinTerveys 2017 -tutkimuksen perusteella noin 40 % Suomen aikuisväestöstä kokee terveysongelmasta aiheutuvia toimintarajoitteita (Sainio ym. 2018a). Tämä tarkoittaa, että Suomessa on noin 1,4 miljoonaa 30 vuotta täyttänyt henkilöä, jotka arvioivat terveysongelman rajoittavan tavanomaista toimintaansa. GALI-kysymystä on käytetty aiemmin Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH), jossa 16 % ulkomaalaistaustaisista raportoi rajoitteita tavanomaisissa toiminnoissa terveysongelman vuoksi (Rask ym. 2015). Erityisen yleisiä nämä olivat Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneiden ryhmässä: noin joka neljäs tähän ryhmään kuuluva raportoi rajoitteita tavanomaisissa toiminnoissa terveysongelman vuoksi.

Menetelmät

Terveysongelmien aiheuttamia rajoitteita tavanomaisessa toiminnassa mitattiin GALI-kysymyksellä (Global Activity Limitation Indicator; Robine & Jagger 2003). Kaksiosaisen kysymyksen ensimmäisessä osassa kysyttiin, rajoittaako jokin terveysongelma vastaajaa sellaisissa toiminnoissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät. Vastausvaihtoehtoja oli kolme: rajoittaa vakavasti/rajoittaa mutta ei vakavasti/ei rajoita

lainkaan. Mikäli rajoituksia oli, kysyttiin, onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viimeksi kuluneen kuukauden ajan (kyllä/ei). Tämän luvun tuloksissa esitetään vähintään kuusi kuukautta kestäneiden rajoitteiden osuus.

Nuoret arvioivat terveysongelmien aiheuttamia rajoitteita tavanomaisessa toiminnassa itse, lapsilla kysymys esitettiin lapsen huoltajalle.

Tulokset

Aikuiset

Aikuisista turvapaikanhakijoista joka neljäs ilmoitti kokeneensa terveysongelmas- ta johtuvia vähintään kuuden kuukauden ajan kestäneitä rajoituksia tavanomaisissa toimissa (taulukko 6.4.1). Sukupuolten välillä ei ollut eroja. Toimintarajoitteet yleis- tyivät iän mukana: 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä toimintarajoituksia oli noin joka viidennellä, mutta 40 vuotta täyttäneillä toimintarajoitteita oli jo lähes joka kolman- nella (taulukko 6.4.2). Maaryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, osuudet vaihtelivat 18–29 %:n välillä (taulukko 6.4.3; kuvio 6.4.1).

Taulukko 6.4.1. Toimintarajoituksia terveysongelman vuoksi kokevien osuus sukupuolittain, aikuiset

Miehet n=464	Naiset n=304	Yhteensä n=768
% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
22,8 (19,2–26,9)	25,0 (20,4–30,2)	23,7 (20,8–26,8)

LV, luottamusväli

Taulukko 6.4.2. Toimintarajoituksia terveysongelman vuoksi kokevien osuus ikäryhmittäin, aikuiset

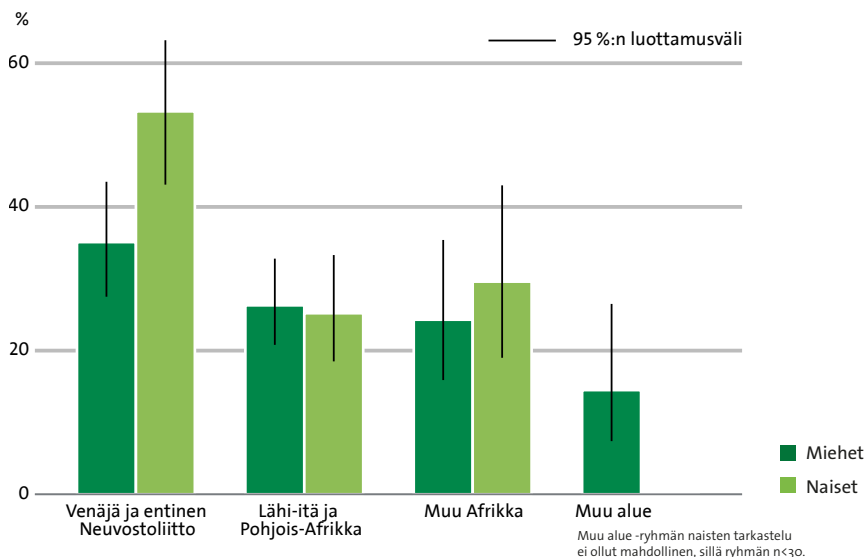
18–29v n=286	30–39v n=285	40v+ n=197
% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
19,2 (15,1–24,2)	22,1 (17,7–27,3)	32,5 (26,3–39,3)

LV, luottamusväli

Taulukko 6.4.3. Toimintarajoituksia terveysongelman vuoksi kokevien osuus maaryhmittäin, aikuiset

Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=222	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=334	Muu Afrikka n=128	Muu alue n=84
% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
29,3 (23,7–35,6)	22,2 (18,0–26,9)	21,9 (15,5–29,9)	17,9 (11,1–27,5)

LV, luottamusväli



Kuvio 6.4.1. Toimintarajoituksia terveysongelman vuoksi kokevien osuus maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Nuorista 13–17-vuotiaista turvapaikanhakijoista 15 % raportoi jonkin terveysongelman rajoittavan tavanomaisia toimintoja ainakin jonkin verran.

Alakouluikäiset lapset

Huoltajan arvion mukaan 15 %:lla 7–12-vuotiaista lapsista arvioitiin olevan jokin terveysongelmasta johtuva rajoite tavanomaisissa toiminnoissa (taulukko 6.4.4). Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroja.

Taulukko 6.4.4. Toimintarajoituksia terveysongelman vuoksi kokevien osuus, alakouluikäiset lapset

Pojat n=53	Tytöt n=40	Yhteensä n=93
% (95% LV)	% (95% LV)	% (95% LV)
13,2 (6,4–25,2)	17,5 (8,6–32,4)	15,1 (9,1–23,8)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Alle kouluikäisten 0–6-vuotiaiden lasten huoltajista 6 % arvioi jonkin terveysongelman rajoittavan lapsen tavanomaisia toimintoja ainakin jonkin verran.

Yhteenveto ja pohdinta

Joka neljäs aikuinen turvapaikanhakija raportoi jonkin terveysongelman rajoittavan tavanomaisia toimintoja ainakin jonkin verran. Toimintarajoitteiden yleisyys turvapaikanhakijoilla vastaa aiempia tutkimustuloksia ulkomaalaistaustaisesta ja koko väestöstä Suomessa: esimerkiksi Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH) 24 % Lähi-idässä ja Pohjois-Afrikassa syntyneistä ja 19 % Venäjällä tai entisessä Neuvostoliitossa syntyneistä raportoi rajoitteita tavanomaisissa toiminnoissa terveysongelman vuoksi (Rask ym. 2015). Vuoden 2016 tietojen mukaan vastaava osuus 16–64-vuotiaista Suomessa syntyneistä oli noin 27 % (ECHI 2019). Tulosten tulkinnassa ja vertailussa eri tutkimusten ja väestöryhmien välillä on huomioitava vastaanottovaiheen poikkeuksellisuus elämäntilanteena. Toimintarajoitteita on tärkeä arvioida osana alkuterveystarkastusta, vaikka oman toimintakyvyn arviointi voi olla erityisen haastavaa juuri maahan saapuneena. Tulokset toimintarajoitteiden yleisyydestä eivät välttämättä kuvaa koettuja toimintarajoitteita esimerkiksi oleskelulupapäätöstä odottaessa tai myönteisen päätöksen saamisen jälkeen.

Toimintarajoitteita koskevat kysymykset voivat olla jossain määrin kulttuurispesifisiä. Kansainvälisestä käytöstään huolimatta esimerkiksi GALI-kysymystä on aiemmin kritisoitu monimutkaiseksi ja vaikeasti ymmärrettäväksi, minkä vuoksi alkuperäisestä yhden kysymyksen versiosta on kehitetty kaksiosainen (Sainio ym. 2018a). Turvapaikanhakijoiden toimintarajoitteita arvioitaessa on erityisen tärkeä muistaa, että toimintakyvyssä on kyse ihmisen ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksesta. Muutokset ympäristössä voivat joko heikentää tai parantaa yksilön mahdollisuuksia toimia ja osallistua yhteiskunnassa. Jatkotutkimuksissa on tarpeen tutkia toimintarajoitteita tarkemmin eri ulottuvuuksien näkökulmasta, esimerkiksi kuinka suuri osa turvapaikanhakijoista kokee rajoitteita useammalla kuin yhdellä toimintakyvyn ulottuvuudella (liikkuminen, näkeminen, kuuleminen ja kognitiiviset tiedonkäsittelyyn liittyvät toiminnot).

7 Varhaislapsuus ja kehitys

Suomessa lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa seurataan ja edistetään lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kasvua ja kehitystä sekä tuetaan vanhempia kasvatuksessa ja lapsen hyvässä huolenpidossa sekä parisuhteen hoitamisessa. Useimmista muista maista puuttuu yhtä kattava palvelujärjestelmä. Lapsen kasvu ja kehitys on ensimmäisten elinvuosien aikana nopeaa, joten seurannan tulisi olla säännöllistä ja riittävän tiheästi toistuvaa. Kasvuun ja kehitykseen vaikuttavat myös raskauden ja synnytyksen kulku, joten seurannan perustaksi tarvitaan tietoa myös näistä. Seurannassa on tärkeää havaita ajoissa kasvun häiriöt ja tiettyinä herkkyyksinä saatettavien taitojen kehitysviiveet.

7.1 Varhaislapsuus ja kehityksen seuranta

Otto Helve, Tuovi Hakulinen, Marke Hietanen-Peltola, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen

- Huoltajien raportoituna alaikäisistä turvapaikanhakijoista suurempi osa oli syntynyt ennenaikaisesti verrattuna tilastotietoon Suomessa syntyneistä lapsista.
- Useimpien lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä oli seurannut joku terveydenhuollon ammattilainen, mutta tässä oli eroja sen mukaan mistä ja millaisista olosuhteista Suomeen oli tultu.
- Alle kouluikäisten lasten huoltajista joka kymmenes ilmoitti, ettei muista tai tiedä ikää, jolloin lapsi oppi kävelemään; hieman useammat eivät muistaneet tai tieneet ikää, jolloin lapsi oppi puhumaan.
- Alkuterveystarkastuksessa tulee kiinnittää huomiota myös kasvuun ja kehitykseen ja ohjata lapsi lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluihin sekä välittää näihin tiedot alkuterveystarkastuksesta.

Turvapaikanhakijalapsella ja -nuorella voi olla sekä ennen maahan tuloa että turvapaikanhakuprosessin aikana useita kehitystä ja kasvua vaarantavia tekijöitä. Lasten osuus turvapaikanhakijoista on huomattava ja heidän tarpeisiinsa on alettu kiinnittää enemmän huomiota vastaanottokeskuksissa. YK:n lastenjärjestön (UNICEF) mukaan myös Suomessa havaittiin vuonna 2015 vakavia puutteita turvapaikanhakijalasten oikeuksien toteutumisessa (UNICEF 2018). Lähes joka neljäs turvapaikanhakija on viime vuosina ollut alaikäinen, mutta tilanne on vaihdellut vuosittain (Maahanmuuttovirasto 2019b). Eri vastaanottokeskuksissa alaikäisten määrä voi vaihdella suurestikin, mikä vaikuttaa mahdollisuuksiin paneutua alaikäisten erityiskysymyksiin alkuterveystarkastuksissa.

Alaikäiset turvapaikanhakijat ovat terveydenhuollon suhteen erityisasemassa, sillä he ovat oikeutettuja terveyspalveluihin samoin perustein kuin lapset, joilla on kotikunta Suomessa (Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta 26 §). Alaikäisten alkuterveys-tarkastuksessa keskeistä on ohjaus neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluihin. Turvapaikanhakijalapsi on oikeutettu lastenneuvolapalveluihin ja aloittaessaan koulun hän tulee myös kouluterveydenhuollon palvelujen piiriin (Terveydenhuoltolaki 15–16 §). Vastaanottokeskuksen toteuttama alkuterveystarkastus tulee olla tehtynä ennen näihin ehkäiseviin palveluihin siirtymistä. Turvapaikanhakijoilla lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelujen toteutumisessa on todettu eroja kunnittain ja näitä palveluja on osin paikattu muilla, yksityisesti toteutetuilla palveluilla (Seppälä & Tiittala 2018).

Menetelmät

Lapsen kasvuun ja kehitykseen sekä syntymään liittyviä tietoja kerättiin haastattele-malla tutkimukseen osallistuneiden 0–6- ja 7–12 -vuotiaiden huoltajia (useimmilla vastaajana oli oma vanhempi). Nuoret (13–17-vuotiaat) vastasivat haastatteluun yksin ilman huoltajan läsnäoloa.

Lapsen syntymästä kysyttiin 0–6- ja 7–12 -vuotiaiden huoltajilta, millä raskausviikolla lapsi syntyi sekä mikä oli lapsen syntymäpaino ja -pituus. Mikäli huoltaja ei muistanut raskausviikkoja, vastausvaihtoehdot olivat: en osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi ennenaikaisesti/en osaa tarkasti sanoa, mutta suurin piirtein täysiaikaisena/en tiedä. Mikäli huoltaja ei muistanut syntymäpainoa tai -pituutta, vastausvaihtoehdot olivat: en osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi pienipainoinen (alle 2 kg) tai selvästi pienikokoinen (alle 47 cm)/en osaa tarkasti sanoa, mutta normaalipainoinen tai normaalikokoinen/en osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi isokokoinen (yli 4 kg) tai selvästi isokokoinen (yli 55 cm)/en tiedä.

Kaikkien lasten ja nuorten ikäryhmien osalta kysyttiin, onko kasvua ja kehitystä seurattu (terveydenhuollon ammattilaisen toimesta) tarkentamatta tätä mihinkään tiettyyn ajanjaksoon, vaan viitaten yleensä lapsen tai nuoren elinaikaan (kyllä/ei/en tiedä). Kenttätyöntekijöiden ohjeena oli tarvittaessa tarkentaa, että säännöllisellä seurannalla tarkoitetaan neuvolatyyppistä seurantaa.

Lapsen kehityksestä kysyttiin 0–6- ja 7–12 -vuotiaiden huoltajilta, minkä ikäisenä lapsi on oppinut kävelemään, puhumaan sanoja ja puhumaan lauseita. Vastaukset kirjattiin kuukausina tai muodossa: ei vielä osaa tai ei pysty/en osaa tarkasti sanoa, mutta samanikäisenä kuin ikätoverit/en osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi myöhemmin kuin ikätoverit/en tiedä. Lisäksi 13–17-vuotailta tytöiltä kysyttiin kuu-kautisten alkamisikää.

Tulokset

Nuoret

Yli puolet nuorista (62 %) kertoi, että terveydenhuollon ammattilainen oli seurannut heidän kasvuun ja kehitystään (taulukko 7.1.1). Lähes kaikki haastatteluun osallistuneet 13–17-vuotiaat tytöt kertoivat kuukautistensa alkaneen ja heillä menarkeikā oli ollut 11–15 vuotta.

Alakouluikäiset lapset

Ennenaikaisesti syntyneiden lasten osuus alakouluikäisissä lapsissa (7–12-vuotiaat) oli huoltajien raportoimana 14 % (taulukko 7.1.1). Tuloksen tarkkuutta vähentää tieto siitä, että alle puolet huoltajista osasi kertoa, millä raskausviikolla lapsi oli syntynyt. Syntymäpainon keskiarvo oli 3 290 g. Alle 2 kg painoisena oli syntynyt 6 % alakouluikäisistä turvapaikanhakijoista.

Lähes kaikki (91 %) huoltajat kertoivat, että lasten kasvua ja kehitystä oli seurattu terveydenhuollon ammattilaisten toimesta (taulukko 7.1.2). Huoltajista vain pieni osa muisti tarkan iän lapsen kehitysvaiheille, joten näitä tuloksia ei voida yksityiskohtaisesti raportoida. On myös todennäköistä, että huoltajien mahdollisuudet arvioida lapsen kehitysvaiheita epävakaisissa olosuhteissa vaihtelevat. Siksi vastauksia, joissa lapsen arvioitiin oppineen kävelemään tai puhumaan samanikäisenä tai myöhemmin kun ikätoverit, ei esitetä tässä raportissa. Kävelemään oppimisen ajankohta muistettiin hieman paremmin kuin ensimmäisten sanojen tai lauseiden puhumisen ajankohta.

Taulukko 7.1.1. Lapsen syntymään liittyvät tiedot, alakouluikäiset lapset

	Yhteensä n=94 % (95 %-n LV)
Syntynyt selvästi ennen- aikaisena (ennen 37. raskausviikkoa)	14,3 (8,5–23,1)
Ei muista tai tiedä, millä raskausviikolla lapsi syntyi	57,4 (47,3–67,0)
Syntynyt pienipainoisena (alle 2 kg)	6,4 (2,9–13,5)

LV, luottamusväli

Taulukko 7.1.2. Kasvun ja kehityksen seuranta sekä huoltajan tietoisuus kehitysvaiheista, alakouluikäiset lapset

	Yhteensä n=94 % (95 %-n LV)
Kasvua ja kehitystä on seurattu	91,3 (83,6–95,6)
Ei muista tai tiedä ikää, jolloin lapsi oppi kävelemään	13,8 (8,2–22,4)
Ei muista tai tiedä ikää, jolloin lapsi oppi puhumaan sanoja	24,5 (16,8–34,2)
Ei muista tai tiedä ikää, jolloin lapsi oppi puhumaan lauseita	25,5 (17,7–35,3)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Ennenaikaisesti syntyneiden lasten osuus 0–6-vuotiailla turvapaikanhakijoilla oli huoltajien raportoimana 13 % (taulukko 7.1.3). Syntymäpainon keskiarvo oli 3 370 g. Alle 2 kg painoisena oli syntynyt 4 % lapsista ja yli 4 kg painoisina 5 % lapsista.

Alle kouluikäisten lasten huoltajista selvä enemmistö (86 %) ilmoitti, että ainakin jossain vaiheessa lapsen kasvua ja kehitystä oli seurattu terveydenhuollon ammattilaisen toimesta (taulukko 7.1.4). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- ja Muu alue -ryhmistä kaikkien alle kouluikäisten lasten kasvua ja kehitystä oli seurattu. Huoltajista noin joka kymmenes ilmoitti, että ei muista tai tiedä ikää jolloin 2–6-vuotias lapsi oppi kävelemään tai puhumaan sanoja. Lähes kolmannes huoltajista ei muistanut tai tiennyt ikää, jolloin lapsi oppi puhumaan lauseita.

Taulukko 7.1.3. Lapsen syntymään liittyvät tiedot, alle kouluikäiset lapset

	Yhteensä n=140 % (95 %-n LV)
Syntynyt selvästi ennen-aikaisena (ennen 37. raskausviikkoa)	13,1 (8,4–19,9)
Ei muista tai tiedä, millä raskausviikolla lapsi syntyi	37,9 (30,2–46,2)
Syntynyt pienipainoisena (alle 2 kg)	3,6 (1,5–8,3)
Syntynyt isokokoisena (yli 4 kg)	5,0 (2,4–10,1)
Ei muista tai tiedä lapsen syntymäpainoa	15,0 (10,0–21,9)

LV, luottamusväli

Taulukko 7.1.4. Kasvun ja kehityksen seuranta sekä huoltajan tietoisuus kehitysvaiheista, alle kouluikäiset lapset

	Yhteensä n=138 % (95 %-n LV)
Kasvua ja kehitystä on seurattu (0–6v)	86,2 (79,4–91,0)
Ei muista tai tiedä ikää jolloin lapsi oppi kävelemään (2–6v)	10,1 (5,8–16,9)
Ei muista tai tiedä ikää jolloin lapsi oppi puhumaan sanoja (2–6v)	12,6 (7,7–19,9)
Ei muista tai tiedä ikää jolloin lapsi oppi puhumaan lauseita (2–6v)	30,8 (23,1–39,7)

LV, luottamusväli

Yhteenveto ja pohdinta

Huoltajien raportoimana ennenaikaisesti syntyneiden lasten osuus turvapaikanhakijalapsista oli noin kaksinkertainen (13–14 %) verrattuna tilastotietoon Suomessa alle 37. raskausviikolla syntyneiden osuudesta (6 %) vuonna 2017 (Heino ym. 2018b). Myös selvästi pienipainoisina syntyneiden osuus alakouluikäisistä turvapaikanhakijalapsista oli hieman suurempi (6 %) kuin vuonna 2017 Suomessa syntyneistä lapsista (4 %), mutta tulos on suuntaa-antava, sillä suomalaiset rekisteritiedot ja turvapaikanhakijalasten huoltajien itse raportoimat tiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia. Yli 4 kg painoisina syntyneitä lapsia oli 5 % neuvolaikäisistä turvapaikanhakijoista, kun Suomessa vuonna 2017 syntyneistä heitä oli 17 % (Heino ym. 2018b). Ennenaikaisen syntymän tiedetään altistavan sekä terveydellisille että kognitiivisille ongelmille (Moster ym. 2008). Ennenaikaisuuteen on syytä kiinnittää huomiota alkuterveystarkastuksessa, jotta tarvittavia lisätutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta päästään pikaisesti käynnistämään tai jatkamaan. Turvapaikanhakijain naisten raskauden seuranta ja synnytysten hoitoa tulee tehostaa sekä matkan aikana että heti Suomeen saavuttua täällä syntyvien lasten ja äitien terveyden turvaamiseksi (ks. luku 8.4).

Lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä oli useimmiten seurattu ammattilaisten toimesta. Seurannan jatkuvuudesta ja laadusta ei ole tietoa, joten kaikkia kasvun ja kehityksen poikkeamia ei ole välttämättä seurannassa tunnistettu. Lapsen normaali iänmukainen kehitys voi viivästyä epävakaissa oloissa tai traumatisoivien tapahtumien vuoksi. Nämä kokemukset aiheuttavat myös vanhemmille ja huoltajille stressiä, traumakokemuksia, ahdistusta ja masennusta, jolloin vanhempi ei kiinnitä samalla lailla huomiota lapsen kehitykseen tai ei muista lapsen kehitysvaiheita. Tässä tilanteessa lievät poikkeamat jäävät helposti havaitsematta, mikä on tärkeää huomioida, vaikka vanhemmat kertoisivat lapsen kehittyneen iänmukaisesti.

Euroopan komission julkaisemassa oppaassa turvapaikanhakijoiden ja maahanmuuttajien terveyden arvioimiseksi (EC 2015) esitetään varhaislapsuuden kehitysvaiheet, joita suositellaan arvioitavaksi terveystarkastustilanteissa. TERTTU-hankkeessa kehitettävää alkuterveystarkastusmallia valmisteltaessa tullaan ottamaan kantaa siihen, miten lapsen kehitystä karkeasti arvioidaan jo alkuterveystarkastuksessa ja miten tiedot siirretään osaksi lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon jatkuvaa tarkempaa terveysseurantaa. Kansainvälisessä oppaassa (EC 2015) esitettyjen kehitysvaihearvioiden soveltuvuutta alkuterveystarkastukseen tullaan tarkastelemaan suhteessa edellä mainittujen palvelujen nykykäytäntöihin.

Turvapaikanhakijalasten neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelujen järjestämisessä on havaittu puutteita (Seppälä & Tiittala 2018). Puutteet on mahdollisesti arvioitu todellisuutta suuremmiksi, koska tiedot on kerätty vastaanottokeskuksista, joissa lasten ja nuorten terveyspalvelujen tuntemus ja työnjako on voinut olla osin epäselvää. Esimerkiksi lastenneuvolasta ja kouluterveydenhuollosta odotetaan usein saatavaksi sairaanhoitopalveluja, jotka eivät lakisääteisesti näihin palveluihin kuulu. Jokaisella turvapaikanhakijalapsella ja -nuorella on Suomessa oikeus perusterveydenhuollon palveluihin muun muassa sairaudenhoitopalveluihin ja lastenneuvolaan. Oikeus koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin syntyy vasta koulua tai opiskelua aloitettaessa. Lasten ja nuorten terveyttä voidaan seurata muissakin terveyspalveluissa, kuten yksityiseltä puolelta ostetuissa vastaanottopalveluissa (Seppälä & Tiittala 2018). Nämä palvelut eivät kuitenkaan korvaa neuvolan tai kouluterveydenhuollon palveluja, sillä ne eivät sisällöllisesti vastaa yleistä lapsille ja nuorille tehtävää terveysseurantaa Suomessa (VNA 338/2011; Hakulinen-Viitanen ym. 2012).

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot ottivat turvapaikanhakijoiden kunnallisten äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden saatavuuden osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelmaa vuonna 2018, jotta palveluiden yhdenvertaisesta toteutumisesta voitaisiin varmistua (Valvira 2018). Kaikilla vastaanottokeskuksissa työskentelevillä ei ole kokemusta lasten ja nuorten kanssa työskentelystä, eikä välttämättä riittävää tietoa lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluista. Vastaanottokeskusten henkilöstö saattaa tarvita näistä täydennyskoulutusta, sillä palvelujen sisältöjen tunteminen on välttämätöntä, jotta lapset ja nuoret ohjautuvat heille kuuluviin palveluihin. Palvelujen käynnistymiseksi tieto vastaanottokeskukseen saapuneista lapsista ja heidän alkuterveystarkastustaan kertyvät tiedot on siirrettävä viiveettä lastenneuvolaan. Vastaavat alkuterveystarkastustiedot tarvitaan kouluterveydenhuoltoon silloin, kun lapsi tai nuori aloittaa koulun ja hän tulee kouluterveydenhuollonpalvelujen piiriin.

7.2 Kasvun ja kehityksen poikkeamat sekä oireet

Tuovi Hakulinen, Marke Hietanen-Peltola, Otto Helve, Katri-Leena Mustonen, Päivi Koponen

- Noin joka kymmenes nuorista ilmoitti, että hänellä oli todettu jokin näköön tai kuuloon liittyvä poikkeama.
- Huoltajien mukaan hieman alle viidenneksellä alakouluikäisistä, mutta vain muutamalla alle kouluikäisellä lapsella oli todettu jokin näköön, kuuloon tai liikkumiseen (useimmiten näköön) liittyvä poikkeama.
- Tutkituista lasten ja nuorten oireista heräileminen öisin, päivä- ja yökastelu ja änkytys olivat harvinaisia, mutta merkittävällä osalla alaikäisistä turvapaikanhakijoista oli ainakin joskus ollut pelkoja tai univaikeuksia.
- Turvapaikanhakijalasten ja -nuorten kasvua ja kehitystä sekä oireilua ja todettujen sairauksien hoitoa on syytä arvioida mahdollisimman pian Suomeen saapumisen jälkeen, jotta tarvittavat jatkotutkimukset, hoito ja kuntoutus saadaan käynnistettyä mahdollisimman pian.

Johdanto

Kasvun ja kehityksen poikkeamien tunnistaminen ja varhainen hoito parantaa enustetta tai vähentää hoidon tarvetta. Esimerkiksi lapsen silmäsairauksien ja näköhäiriöiden toteamisen ja hoidon viivästyminen voi johtaa näön pysyvään heikkenemiseen ja haitata selviytymistä sekä koulussa että myöhemmin elämässä. Kuulohäiriöiden varhainen toteaminen on tärkeää lapsen kehityksen turvaamiseksi, sillä ne voivat vaikeuttaa kehitystä laaja-alaisesti sosiaalisen, psyykkisen, kognitiivisen ja liikunnallisen kehityksen osalta.

Menetelmät

Nuorilta ja pienempien lasten huoltajilta kysyttiin, onko terveydenhuollon ammattilainen (joskus) todennut poikkeamia lapsen näön, kuulon tai liikkumisen (pienimmille lapsille tämän tarkennettiin tarkoittavan motorista kehitystä: karkea- ja hienomotoriikkaa) kehityksessä. Nuorilta ja alakouluikäisiltä lapsilta kysyttiin myös poikkeamia luku- ja kirjoitustaidossa. Vastausvaihtoehdot olivat: kyllä/ei/en tiedä. Lisäksi kaikkien osalta kysyttiin myös muita poikkeamia ja myönteisen vastauksen kohdalla tarkennusta poikkeamasta.

Oireista nuorilta ja lapsilta selvitettiin samoja sairauksia ja kipuoireita kuin aikuisilta (ks. luvut 4.5, 4.6 ja 4.7) sekä myös heidän ikävaiheissaan tyypillisiä oireita, kuten vaikeuksia päästä uneen, heräilemistä öisin, päivä- ja yökastelua, pelkoja ja änkytystä. Lisäksi 4–6-vuotiaiden lasten osalta kysyttiin tuhrimista. Oirekysymysten vastausvaihtoehtoina oli päivittäin/muutaman kerran viikossa/kerran viikossa tai harvemmin/ei koskaan. Tässä raportissa esitetään niiden osuudet, joilla oireita oli vähintään kerran viikossa tai harvemmin.

Tulokset

Nuoret

Noin joka kymmenes 13–17-vuotiaista nuorista ilmoitti, että hänellä oli todettu jokin näköön tai kuuloon liittyvä poikkeama (taulukko 7.2.1). Näistä suurin osa oli näkökykyyn liittyviä poikkeamia, joiden laadusta ei ole tarkempaa tietoa, mutta ne voivat olla esimerkiksi silmän taittovikoja. Luku- ja kirjoitustaitoon tai liikkumiseen liittyviä poikkeamia eivät nuoret raportoineet lainkaan. Yli kolmannes (35 %) nuorista kertoi, että heillä oli ainakin joskus ollut vaikeuksia päästä uneen tai heräilyä yöllä. Pelkoja kertoi kokeneensa joskus joka viides nuori. Muita oireita, kuten päivä- tai yökastelua tai änkytystä, raportoi vain muutama yksittäinen nuori.

Taulukko 7.2.1. Todetut kasvun ja kehityksen poikkeamat ja oireet, nuoret

	Yhteensä n=64 % (95 %-n LV)
Todettu jokin näköön tai kuuloon liittyvä poikkeama kehityksessä	9,5 (4,3–19,6)
Vaikeuksia päästä uneen tai heräilyä yöllä vähintään joskus	34,9 (24,2–47,4)
Pelkoja vähintään joskus	20,3 (12,2–31,9)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Hieman alle viidenneksellä 7–12-vuotiaista alakouluikäisistä lapsista oli todettu jokin näköön, kuuloon tai liikkumiseen liittyvä poikkeama (taulukko 7.2.2). Näistä suurin osa oli näkökykyyn liittyviä poikkeamia. Muita kasvun tai kehityksen poikkeamia, kuten luku- ja kirjoitustaitoon liittyviä pulmia tai puheen kehityksen ongelmia tai synnynnäistä sydänvikaa, kertoi haastattelussa vain muutama huoltaja. Useammalla kuin joka neljännellä alakouluikäisellä lapsella oli ollut univaikeuksia ainakin joskus: joka kolmannella pojalla ja viidenneksellä tytöistä. Pelkoja oli joka viidennellä ainakin joskus, eikä sukupuolten välillä havaittu eroja. Yökastelua oli 5 %:lla alakouluikäisistä. Päiväkastelua oli ollut vain yksittäisillä alakouluikäisillä lapsilla, joten näitä ei raportoida tarkemmin.

Taulukko 7.2.2. Todetut kasvun ja kehityksen poikkeamat ja oireet sukupuolittain, alakouluikäiset lapset

	Pojat n=53	Tytöt n=41	Yhteensä n=94
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Todettu näköön, kuuloon tai liikkumiseen liittyvä poikkeama kehityksessä	18,9 (10,5–31,7)	17,1 (8,4–31,7)	18,1 (11,5–27,2)
Vaikeuksia päästä uneen tai heräilyä yöllä vähintään joskus	34,0 (22,5–47,6)	19,5 (10,1–34,4)	27,7 (19,6–37,5)
Pelkoja vähintään joskus	20,8 (11,9–33,7)	22,0 (11,8–37,1)	21,3 (14,2–30,7)
Yökastelua vähintään joskus	NA ¹	NA ¹	5,3 (2,2–12,2)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5**Alle kouluikäiset lapset**

Alle kouluikäisten lasten (0–6-vuotiaat) huoltajista vain 4 % raportoi, että terveydenhuollon ammattilainen oli todennut lapsella näköön, kuuloon tai liikkumiseen liittyvän poikkeaman kehityksessä (taulukko 7.2.3), ja näistä lähes kaikki liittyivät näkökykyyn. Muista poikkeamista, kuten esimerkiksi puheen kehityksen viivästy-
misestä, oli vain yksittäisiä mainintoja. Huoltajien mukaan lähes viidesosalla (18 %) 2–6-vuotiaista lapsista oli ainakin joskus ollut vaikeuksia päästä uneen tai heräilyä yöllä. Pelkoja oli ollut 13 %-lla. Yökastelua huoltajat raportoivat olleen noin joka kymmenennellä 4–6-vuotiaalla. Päiväkastelua, tuhrimista tai änkytystä oli vain yksittäisillä lapsilla, niin pojilla kuin tytöillä.

Taulukko 7.2.3. Todetut kasvun ja kehityksen poikkeamat oireet sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=70	Tytöt n=70	Yhteensä n=140
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Todettu näköön, kuuloon tai liikkumiseen liittyvä poikkeama kehityksessä (0–6v)	NA ¹	NA ¹	4,3 (1,9–9,2)
Vaikeuksia päästä uneen tai heräilyä yöllä vähintään joskus (2–6v)	17,4 (8,9–31,1)	18,0 (9,6–31,1)	17,7 (11,3–26,7)
Pelkoja vähintään joskus (2–6v)	10,9 (4,6–23,6)	14,3 (7,0–27,1)	12,6 (7,3–21,0)
Yökastelua vähintään joskus (4–6v)	NA ¹	NA ¹	11,1 (5,1–22,6)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Yhteenveto ja pohdinta

Näön poikkeamia oli nuorilla ja alakouluikäisillä jonkin verran, mutta kuulon ja liikkumisen poikkeamia hyvin vähän. Näiden poikkeamien kartoittaminen alkuterveystarkastuksessa ja ohjaus neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluihin on tärkeää, jotta lapsen vaikeudet eivät pääse kärjistymään tai hankaloittamaan arjessa selviytymistä ja koulunkäyntiä. Esimerkiksi taittoviati ja useat kuulemiseen liittyvät pulmat ovat helposti korjattavissa apuvälineillä. Kaikki kasvun ja kehityksen poikkeamat ovat oleellisesti yhteydessä myös lapsen ja nuoren toimintakykyyn (ks. luku 6).

Kahdessa vastaanottokeskuksessa ja yhdessä perusopetukseen valmistavassa luokassa toteutetussa laadullisessa tutkimuksessa (Lähtenmäki 2013) selvitettiin 4–12-vuotiaiden turvapaikanhakijalasten tilannetta (n=18). Monilla heistä oli aiempia vaikeita kokemuksia, joista pelon, epävarmuuden ja syrjinnän kokemukset saattoivat jatkaa myös Suomessa. Asumisahtaus, vastaanottokeskuksesta toiseen siirtymiset sekä oma ja vanhempien heikko terveys vaikeuttivat lasten elämää. Laajemmin turvapaikanhakijalasten ja nuorten oireilusta ja mahdollisista kehityksen poikkeamista on hyvin vähän aiempaa tutkimustietoa. Tanskalaisessa tutkimuksessa todettiin, että mitä pidempään tai useammassa vastaanottokeskuksessa lapsi oli joutunut olemaan, sitä todennäköisemmin hänellä oli mielenterveyteen liittyviä pulmia (Nielsen ym. 2008). Siksi erityisesti lapsille ja nuorille tulisi varmistaa mahdollisimman lyhyt turvapaikkaprosessi.

Perheen pakolaiskriisi aiheuttaa usein puolisojen välille ristiriitoja tai perhe voi hajota pakolaisuuden vuoksi. Tämä heijastuu myös lasten hyvinvointiin. Perheellä on kuitenkin keskeinen suojaava rooli pakolaisuuden kaikissa vaiheissa. Niillä lapsilla, jotka hakevat turvapaikkaa yhdessä vanhempiensa kanssa, on todettu olevan vähemmän ongelmia kuin lapsilla, jotka joutuvat selviytymään pakolaisprosessista yksin (Sapthiang ym. 2019; Sourander 2007). TERTTU-tutkimuksessa ei pystytty tarkastelemaan tarkemmin ilman huoltajaa tulleiden lasten ja nuorten tilannetta, sillä heitä tuli tutkimusjakson aikana Suomeen vain vähän ja heidän rekrytointinsa osallistumaan tutkimukseen oli haastavaa (ks. luvut 2 ja 13).

Vähintään viidesosalla kouluikäisistä ja tätä nuoremmista turvapaikanhakijalapsista oli nukkumiseen liittyviä ongelmia. Myös nuorilla nukkumiseen liittyvät ongelmat olivat yleisiä (35 %). Neuvolakäynneillä tutkimukseen kutsuttuja 3- ja 5-vuotiaita (Mäki & Laatikainen 2010) koskevaan tulokseen verrattuna nukkumisen ongelmat olivat yhtä yleisiä tai tytöillä jopa yleisempiä kuin tähän tutkimukseen osallistuneilla turvapaikanhakijalapsilla. Traumaperäisen stressin tyypillisiä oireita ovat univaikeudet ja pelkotilat. Lisäksi lapset aistivat vanhempiensa huolta ja stressiä, mikä voi heijastua myös nukkumiseen. Lasten ja nuorten ennen Suomeen tuloa kokemia järkyttäviä tapahtumia ja psyykkisiä oireita kuvataan tarkemmin tämän raportin luvussa 9.

Turvapaikanhakijalasten huoltajista varsin monet ilmoittivat lapsella olevan pelkoja. Myös joka viides nuori kertoi peloista. Turvapaikanhakijalapsilla oli jonkin verran enemmän pelkoja kuin 3- ja 5-vuotiailla lapsilla neuvoloissa toteutetun tutkimuksen mukaan (Mäki & Laatikainen 2010). Turvapaikanhakijalapsen ja -nuoret ovat voineet joutua todistamaan vanhempiin kohdistuvaa väkivaltaa tai ovat itse joutuneet väkivallan kohteeksi (ks. luku 9.2; Lähtenmäki 2013; Pirinen 2008). Väkivallan pelko, todistaminen tai sen kohteeksi joutuminen ovat vakava uhka lapselle ja nuorelle. Vanhemmat eivät aina tiedä näitä uhkia tai heidän oma kuormittava tilanteensa heikentää niiden havaitsemista. Lapselle rankka tilanne voi jatkua myös vastaanottokeskuksessa.

Yökastelua oli noin joka kymmenennellä 4–6-vuotiaalla turvapaikanhakijalapsella ja 5 %:lla alakouluikäisistä. Neuvoloissa toteutetussa tutkimuksessa 5-vuotiailla yökastelua oli 5 %:lla pojista ja 3 %:lla tytöistä (Mäki & Laatikainen 2010). Yökastelun on aikaisemminkin todettu olevan tavallisempaa turvapaikanhakijalapsilla (Jurkovic ym. 2019) ja se voi olla paljon arjen elämää haittaava ongelma erityisesti vastaanottokeskustyössä.

Kaikissa terveydenhuollon palveluissa on tärkeää ymmärtää traumatisoitumisen ilmiönä ja tiedostaa sen kuorma vanhempien ja eri-ikäisten lasten psyykkiselle hyvinvoinnille. Näitä voidaan tunnistaa keskusteltaessa tavanomaisista lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvistä vaiheista ja arjen vaikeuksista. Mikäli alkuterveystarkastuksessa herää epäily traumatisoitumisesta, tulee lapset, nuoret ja perheet ohjata mahdollisimman nopeasti neuvolan tai kouluterveydenhuollon palveluihin, josta heidät voidaan tarvittaessa ohjata edelleen erityispalveluihin (Castaneda ym. 2018). Myös vastaanottokeskuksiin on viime vuosina palkattu perhe- ja kriisityöntekijöitä.

Turvapaikanhakijalasten varhainen pääsy varhaiskasvatukseen ja kouluun tukee lapsen kehitystä ja varmistaa lasten yhtäläisten oikeuksien toteutumista. Kuitenkin myös tässä on edelleen kunta- ja vastaanottokeskuskohtaisia eroja. Turvapaikanhakijalasten terveyden ylläpitoon ja normaalin kehityksen tukemiseen tarvitaan ympäristön, esimerkiksi asumisolosuhteet, huomioivaa laajaa näkökulmaa (Sandahl ym. 2013; Lähtenmäki 2013). Lapset puheeksi -menetelmää koulutetaan Suomessa koko vastaanottojärjestelmälle (Suomen mielenterveysseura 2019) ja monissa vastaanottokeskuksissa on viime vuosina kehitetty myös lasten leikkitoimintaa.

Lapsille ja nuorille tulisi mahdollisuuksien mukaan järjestää oma alkuterveystarkastusaika sen sijaan, että varataan vain yksi aika koko perheelle. Tässä tutkimuksessa saatiin hyviä kokemuksia siitä, että turvapaikanhakijanuoret (13 vuotta täyttäneet) osallistuivat tutkimustilanteeseen yksin ja vastasivat itse. Lapsen ja nuoren tilanteesta ja yksilöllisestä kehityksestä riippuen tätä nuoremmatkin lapset voitaisiin ottaa tarkastukseen yksin. Turvapaikanhakijalapsille, -nuorille ja -huoltajille on hyvä antaa tietoa siitä, että Suomessa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää alaikäisen iän ja kehitystason mukaisen oikeuden itsenäiseen asiakkuuteen ja mahdollisuuden kieltää tietojen antaminen huoltajille. Tähän ei ole mitään ikärajaa.

Lasten ja nuorten alkuterveystarkastuksessa on tärkeää seuloa tartuntataudit kuten aikuisillakin, mutta myös laajemmin koota taustatietoa lapsen terveydestä. Jos herää epäily kasvun, kehityksen tai psyykkisen hyvinvoinnin haasteista, tulee huolehtia pikaisesta ensikontaktista ja tietojen siirtymisestä lastenneuvolaan tai koulu-terveydenhuoltoon. Jos herää epäily akuutista sairaudesta tai puutteellisesti hoidetusta pitkäaikaissairaudesta, on lapsi tai nuori ohjattava sairaanhoitopalveluihin.

8 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on tärkeä osa ihmisen psyykkistä ja fyysistä terveyttä. Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee, että seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvä fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila (WHO 2014a). Se sisältää positiivisen ja kunnioittavan lähestymistavan seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin samoin kuin mahdollisuuden tyydyttäviin ja turvallisiin seksikumuksiin vapaana painostuksesta, syrjinnästä ja väkivallasta. WHO:n määritelmän mukaan lisääntymisterveyteen kuuluu mahdollisuus vastuulliseen, tyydyttävään ja turvalliseen seksielämään, mahdollisuus ja vapaus lisääntyä ja päättää siitä milloin ja kuinka usein se tapahtuu, oikeus sopiviin ja hyväksyttäviin itse valittuihin ehkäisyvälineisiin sekä pääsy palveluihin, jotka mahdollistavat turvallisen raskauden ja synnytyksen sekä tarjoavat parhaan mahdollisuuden saada terve vastasyntynyt (WHO 2014b).

Turvapaikanhakijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavat monet tekijät ja tapahtumat sekä lähtömaassa, pakomatkan aikana että Suomessa. Konfliktit lisäävät usein etenkin naisiin ja tyttöihin kohdistuvaa väkivaltaa. Seksuaalista väkivaltaa käytetään usein aseena sodassa (PLoS Medicine Editors 2009; World Bank 2011) ja se on myös yleinen kidutuksen muoto sekä miehillä että naisilla (Canning 2015; Lunde 1990). Tästä seuraa usein myös erilaisia vammoja (Dossa ym. 2014; Longombe ym. 2008). Turvapaikkaa hakevat ovat voineet joutua myös muun seksuaaliväkivallan tai ihmiskaupan uhreiksi (Piscitelli ym. 2016). Naisten lisäksi erityisen haavoittuvia erilaiselle seksuaaliväkivallalle ovat lapset ja nuoret sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvat. Seksuaaliväkivallan uhriksi joutuneilla on myös korkea riski seksitauteihin (WHO 2018c).

Turvapaikanhakijoille ja maahan muuttaneille suunnattu koulutusmateriaali sisältää tietoa myös seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Esimerkiksi Väestöliitto on julkaissut nettikurssin tasa-arvosta ja seksuaalisuudesta sekä muita koulutusmateriaaleja (Väestöliitto 2019a; 2019b). Suomessa äitiysneuvolapalvelut kuuluvat välttämättömään terveydenhuoltoon. Kaikilla raskaana olevilla turvapaikanhakijanaisilla on oikeus kunnan äitiysneuvolapalveluihin.

TERTTU-tutkimuksessa selvitettiin haastattelemalla seksikäyttäytymistä, tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomista, poikien ja miesten ympärileikkauksia sekä raskautta tutkimushetkellä, synnytyksiä, keskenmenoja ja raskauden keskeytyksiä.

8.1 Seksikäyttäytyminen

Kirsi Liitsola, Elina Seppälä

- Tutkimukseen osallistuneilla miehillä oli ollut huomattavasti naisia useammin enemmän kuin yksi seksikumppani viimeksi kuluneen vuoden aikana.
- Seksi saman sukupuolen kanssa oli huomattavasti yleisempää Muu Afrikka -ryhmässä verrattuna muihin ryhmiin.
- Seksikäyttäytymisen ja seksuaalisuuden moninaisuus tulee huomioida turvapaikanhakijoiden seksuaaliterveyden edistämisessä.
- Seksuaalivähemmistöjen erityistarpeet tulee huomioida antamalla tietoa heidän oikeuksistaan turvapaikanhakuvaiheessa ja yhdenvertaisesta asemasta Suomessa.

Johdanto

Turvapaikanhakijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen on tärkeää kiinnittää huomiota. Monet turvapaikanhakijat tulevat maista, joissa ei ole saatavilla seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää kasvatusta ja neuvontapalveluita, jonka seurauksena heidän tietonsa voivat olla puutteellisia. Esimerkiksi sukupuolitauteihin ja raskauden ehkäisyyn liittyvä tieto voi vaihdella riippuen ihmisen lähtömaasta ja koulutustaustasta. Tutkimusten mukaan turvapaikanhakijoilla on kohonnut riski suunnittelemattomille, ei-toivotuille raskauksille (Casillas ym. 2015) ja seksitaudeille (UNFPA 2015; WHO 2018c).

Suhtautuminen seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin ja heidän oikeuksiinsa vaihtelee eri maissa ja kulttuureissa. Osassa maista seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuulumisen nähdään tuomittavana, jonka vuoksi ihminen voi joutua syrjityksi ja jäädä ilman asianmukaista seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa, mukaan lukien seksitautien ennaltaehkäisyä (Kahn ym. 2017).

Menetelmät

Tutkimusta suunniteltaessa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevien kysymysten aihepiirin oletettiin olevan arkaluonteinen. Tästä syystä päätettiin, että tutkittava vastaa näihin kysymyksiin itse täytettävällä lomakkeella aina silloin, kun kieliversio siitä oli olemassa (englanti, arabia, kurdi/sorani ja venäjä) ja muulloin haastatellen. Käytännöt kuitenkin vaihtelivat, koska osalle tutkittavista lomakkeen täyttäminen oli haastavaa tai kenttätöntekijä muusta syystä arvioi, että kysymykset oli parempi esittää haastatellen. Kenttätöntekijä tarkasti itse täytetyn lomakkeen ja kävi tutkitavan kanssa läpi puuttuvat vastaukset, joita voitiin täydentää.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset perusteltiin tutkittavalle erikseen kertomalla, että kysymysten avulla voidaan havaita mahdollinen hoidon, turvan, tuen ja avun tarve sekä riskitekijöihin perustuva seksitautien seulonnan tarve. Lisäksi mainittiin, että kysymyksiin on tärkeää vastata oman tilanteen mukaan ajattelematta, mikä on omassa yhteisössä yleensä hyväksyttyä, ja muistutettiin luotamuksellisuudesta sekä siitä, ettei esitettävistä tuloksista voi tunnistaa ketään.

Aikuisten lomakkeella seksikäyttäytymistä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana selvitettiin seuraavilla kysymyksillä: onko vastaajalla ollut yhdyntöjä (ei/kyllä/en halua vastata), kuinka monta seksikumppania vastaajalla on ollut (ei yhtään/yksi/2–5 henkilöä/6–10 henkilöä/yli 10 henkilöä/en halua vastata), sekä mitä sukupuolta seksikumppanit ovat olleet (miehen kanssa/naisen kanssa/ei ole/en halua vastata). Lisäksi kysyttiin, oliko vastaaja käyttänyt jotain ehkäisymenetelmää viimeisimmässä yhdynnässä (ainoastaan kondomia/kondomia ja jotain muuta ehkäisyä/ei kondomia, ainoastaan jotain muuta ehkäisyä/ei mitään ehkäisyä/en halua vastata). Seksikumppaneiden määrää koskevan kysymyksen kohdalla kerrottiin, että Suomessa ei saa syrjiä ketään seksuaalisuuden tai seksikäyttäytymisen perusteella. Seksikumppanin sukupuolta kysyttäessä kerrottiin, että miehillä, joilla on miesten välistä seksiä, on Suomessa oikeus saada hepatiitti A- ja B-rokotteet. Ehkäisymenetelmien käyttöä koskevan kysymyksen yhteydessä kerrottiin, että kysymys koskee menetelmiä, joiden avulla voidaan ehkäistä seksitauteja ja ei-toivottua raskautta. Lisäksi kerrottiin, että suojaamattomassa yhdynnässä on riski seksitauteille ja että kondomin käyttö ehkäisee tehokkaasti näiden tautien tarttumista sekä siitä, mistä kondomeja voi hankkia. Nuorilta kysyttiin, olivatko he koskaan olleet yhdynnässä (ei/kyllä/en halua vastata) ja olivatko he käyttäneet jotain ehkäisymenetelmää viimeisimmässä yhdynnässä (samat vastausvaihtoehdot kuin aikuisilla).

Tulokset

Aikuiset

Vastaajista valtaosa vastasi seksikäyttäytymistä koskeviin kysymyksiin. Niiden osuus, jotka eivät halunneet vastata tai jättivät kokonaan vastaamatta, vaihteli koko aineistossa kysymyksestä riippuen 5–12 %:n välillä. Sukupuolten välillä ei ollut eroja puuttuvissa vastauksissa.

Aikuisista 69 %:lla oli ollut yhdyntöjä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (taulukko 8.1.1; kuvio 8.1.1). Kaikista tutkimukseen osallistuneista yhdynnässä olleiden osuus oli suurin 30–39-vuotiailla (taulukko 8.1.2). Suurin yhdynnässä olleiden osuus oli Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleilla (taulukko 8.1.3).

Vastaajista, joilla oli ollut yhdyntöjä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana, 17 %:lla oli ollut useampi kuin yksi seksikumppani vastaavana ajanjaksona (taulukko 8.1.1). Yleisintä tämä oli Muu Afrikka -ryhmässä (taulukko 8.1.3). Useampi kuin yksi seksikumppani oli miehillä yli kaksi kertaa tavallisempaa kuin naisilla. Erityisesti Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleissa oli enemmän miehiä kuin naisia, joilla oli useampi kuin yksi seksikumppani. Useampi kuin yksi seksikumppani

oli yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä (taulukko 8.1.2). Vastaajista 3 %:lla oli ollut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana yli 5 seksikumppania.

Vastaajista, joilla oli yhdyntöjä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana, 5 %:lla oli ollut seksiä samaa sukupuolta olevan kanssa (taulukko 8.1.1). Heistä lähes kaikki kuuluivat kahteen nuorimpaan ikäryhmään (taulukko 8.1.2). Seksi saman sukupuolen kanssa oli yleisempää miehillä kuin naisilla. Muu Afrikka -ryhmässä seksi saman sukupuolen kanssa oli yleisempää kuin muissa ryhmissä (taulukko 8.1.3); miehillä naisia useammin. Muissa maaryhmissä naiset eivät raportoineet seksiä toisen naisen kanssa.

Kondomin käyttö oli yleisempää miehillä kuin naisilla; miehistä lähes puolet ja naisista noin joka kolmas oli käyttänyt kondomia viimeisimmässä yhdynnässä (taulukko 8.1.1). Kondomin käyttö oli yleisintä nuorimassa ikäryhmässä (taulukko 8.1.2).

Taulukko 8.1.1. Seksikäyttäytyminen sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=449	Naiset n=294	Yhteensä n=743
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Ollut yhdyntöjä (12kk)	68,4 (63,9–72,5)	69,0 (63,5–74,1)	68,6 (65,2–71,9)
Useampi kuin yksi seksikumppani (niistä, joilla yhdyntöjä; 12kk)	22,0 (17,6–27,0)	8,5 (5,3–13,3)	16,5 (13,5–20,1)
Seksiä samaa sukupuolta olevan kanssa (niistä, joilla yhdyntöjä; 12kk)	6,2 (3,9–9,6)	NA ¹	4,6 (3,1–6,9)
Käyttänyt kondomia viimeisimmässä yhdynnässä	46,9 (41,6–52,2)	36,7 (30,5–43,2)	42,9 (38,8–47,0)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Taulukko 8.1.2. Seksikäyttäytyminen ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=275	30–39v n=275	40v+ n=193
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Ollut yhdyntöjä (12kk)	62,2 (56,3–67,7)	76,7 (71,4–81,4)	66,3 (59,4–72,6)
Useampi kuin yksi seksikumppani (niistä, joilla yhdyntöjä; 12kk)	27,5 (21,1–34,9)	13,5 (9,5–18,8)	7,8 (4,3–13,9)
Seksiä samaa sukupuolta olevan kanssa (niistä, joilla yhdyntöjä; 12kk)	6,2 (3,4–11,2)	5,8 (3,2–10,2)	NA ¹
Käyttänyt kondomia viimeisimmässä yhdynnässä	52,4 (45,3–59,4)	40,6 (34,2–47,2)	34,2 (27,1–42,1)

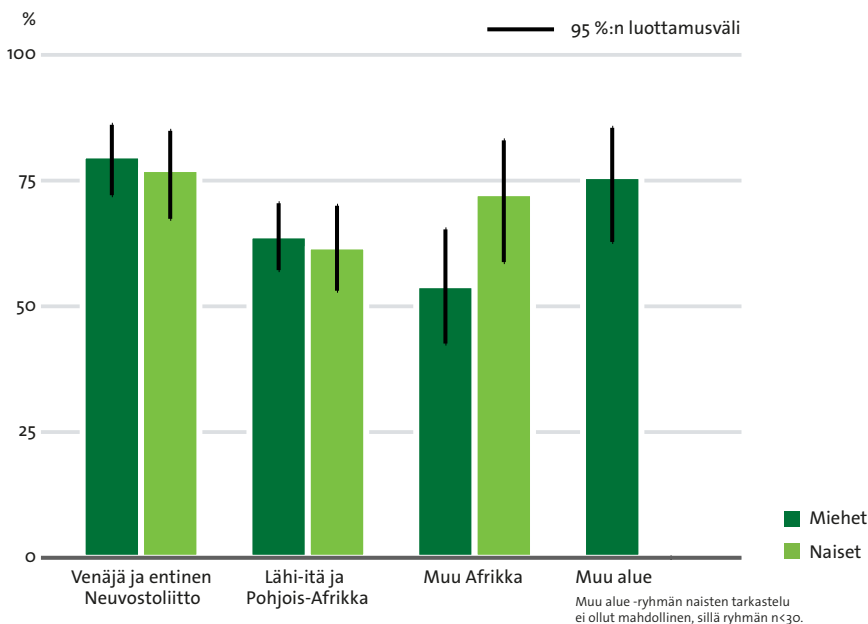
LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Taulukko 8.1.3. Seksikäyttäytyminen maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=213	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=324	Muu Afrikka n=123	Muu alue n=83
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Ollut yhdyntöjä (12kk)	78,9 (72,9–83,8)	63,3 (57,9–68,4)	61,8 (52,9–70,0)	73,5 (63,0–81,9)
Useampi kuin yksi seksikumppani (niistä, joilla yhdyn- töjä; 12kk)	11,4 (7,4–17,3)	10,8 (7,2–15,9)	38,0 (27,5–49,8)	25,0 (15,4–37,9)
Seksiä samaa suku- puolta olevan kans- sa (niistä, joilla yh- dyntöjä; 12kk)	4,3 (2,1–8,8)	NA ¹	16,2 (9,2–26,9)	NA ¹
Käyttänyt kondo- mia viimeisimmäs- sä yhdynnässä	47,1 (39,7–54,6)	38,2 (32,2–44,6)	45,3 (35,2–55,9)	44,9 (33,7–56,7)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Kuvio 8.1.1. Yhdynnässä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olleiden osuus maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Joskus elämänsä aikana yhdynnässä olleita nuoria oli vain muutama. Koska vastaajien määrä oli vähäinen, ei nuorten ehkäisymenetelmien käyttöä koskevia tuloksia voida esittää.

Yhteenveto ja pohdinta

Seksikäyttäytymisestä ja seksuaalisuuden moninaisuudesta kysymistä ei tule pitää liian arkaluontoisena, vaan teemaa olisi tärkeää käsitellä jo alkuterveystarkastuksessa, huomioiden sen mahdolliset vaikutukset terveyteen ja palvelutarpeisiin. Tutkimuksessa valtaosa vastasi seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksiin, vaikka tutkimusta suunniteltaessa näiden kysymysten ajateltiin olevan arkaluonteisia. Kysymyksiä ja niiden esittämistapaa suunniteltaessa on hyvä huomioida turvapaikanhakijan lähtömaan kulttuuri ja uskonto, sillä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat asiat voidaan kokea hyvinkin sensitiivisiksi. Tästä syystä kysymysten esittämisen perusteet on syytä kertoa turvapaikanhakijoille. On tärkeää, että ammattilainen pystyy luomaan luottamuksellisen ja turvallisen vuorovaikutustilanteen niin, että vaikeallekin tuntuvista asioista voidaan kysyä ja puhua.

Kaikkien turvapaikanhakijoiden kanssa on tärkeää ottaa puheeksi seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat asiat. Puheeksi ottaminen voi käynnistyä yleisellä neuvontatilaisuudella, esimerkiksi osana laajempaa suomalaisen yhteiskunnan asioiden käsittelyä. Kaikkien turvapaikanhakijoiden ehkäisyneuvontaan on tarvetta kiinnittää huomiota sekä ei-toivottujen raskauksien että seksiteitse tarttuvien tautien ehkäisyn näkökulmasta. Ehkäisymenetelmistä on tärkeää puhua sekä seksitautien että raskauksien ehkäisynä. Alkuterveystarkastuksessa on tärkeää pystyä tunnistamaan erityisesti seksuaaliväkivallan ja ihmiskaupan uhriksi joutuneet, jotta heille voidaan tarjota apua. Kysymys seksikumppaneiden määrästä voi auttaa uhrien tunnistamisessa, sillä korkea seksikumppaneiden määrä voi viitata ihmiskauppaan. On hyvä huomioida, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ovat voineet joutua vainotuksi lähtömaassaan, jonka vuoksi heidän voi olla erityisen vaikea puhua seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista. Myös seksuaalivähemmistöjen oikeuksista turvapaikanhakuvaiheessa ja ihmisten yhdenvertaisesta asemasta Suomessa sekä raiskauksien ja hyväksikäyttöjen rangaistuksista tulee antaa tietoa.

Turvapaikanhakijoille seksuaalikasvatus on erityisen tärkeää siksi, että he tulevat usein alueilta, joissa seksuaalikasvatus puuttuu kokonaan tai joissa siinä on puutteita ja seksuaalisuuteen liittyy erilaisia tabuja ja uskomuksia. Seksuaalikasvatuksessa tulee myös huomioida eri ryhmien, esimerkiksi naisten ja tyttöjen sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen erityistarpeet.

8.2 Sukuelinten silpominen ja ympärileikkaukset

Mimmi Koukkula, Reija Klemetti

- Kaikista tutkimukseen osallistuneista naisista joka kymmenes ja Muu Afrikka -ryhmään kuuluvista joka kolmas oli läpikäynyt sukuelinten silpomisen.
- Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta lähtöisin olevista miehistä lähes kaikki kertoivat olevansa ympärileikattuja.
- Terveyshaittaa aiheuttavana perinteenä tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomiseen on puututtava jo maahantulovaiheessa ja jaettava tietoa perinteen haitoista, sen laittomuudesta Suomessa ja tyttöjen ja naisten ihmisoikeuksista.

Johdanto

Tyttöihin ja naisiin kohdistettua haitallista perinnettä, sukuelinten silpomista (female genital mutilation, FGM) esiintyy erityisesti Afrikan maissa, mutta myös joissain Lähi-idän ja Aasian maissa sekä muuttoliikkeen myötä myös muualla. Silpomista perustellaan muun muassa sosiaalisilla, kulttuurisilla ja esteettisillä syillä. Sukuelinten silpominen aiheuttaa terveyshaittoja ja on vakava ihmisoikeusloukkaus sekä Suomen rikoslain mukaan rikos.

Sukuelinten silpomisen estämiseksi on Suomessa julkaistu vuonna 2019 uusi toimintaohjelma, jossa suositellaan käyttämään termin ”tyttöjen ympärileikkaus” sijasta termiä ”tyttöjen sukuelinten silpominen” (Koukkula & Klemetti 2019). Asiakastyössä neutraalimpi termi ”ympärileikkaus” on kuitenkin suositeltavampi (THL 2018d; WHO 2018e; 2019d), jonka vuoksi sitä käytettiin myös TERTTU-tutkimuksen kyselylomakkeella.

Monien turvapaikkaa hakevien poikien ja miesten lähtömaissa miesten ympärileikkaus uskonnollisista tai kulttuurisista syistä on hyvin yleistä (Morris ym. 2016). Lapsen oikeuksien näkökulmasta poikien ei-lääketieteellinen ympärileikkaus loukkaa lapsen koskemattomuutta ja itsemääräämisoikeutta (Convention on the Rights of the Child 1989; YK 2011). STM on laatinut ohjeen poikien ei-lääketieteellisestä ympärileikkauksesta. Toimenpidettä ei tehdä Suomessa julkisessa terveydenhuollossa ilman lääketieteellistä syytä (STM 2015).

Menetelmät

Ympärileikkausta koskeviin kysymyksiin johdateltiin kertomalla, että joissakin maissa tehdään tytöille tai pojille ympärileikkauksia, jolla voi olla vaikutusta terveyteen. Tämän jälkeen kysyttiin, onko tutkittavalle tehty ympärileikkaus. Myönteisesti vastanneilta kysyttiin lisäksi, minkä ikäisenä ympärileikkaus tehtiin. Kysymyksen yhteydessä tarkennettiin tarvittaessa ympärileikkauksen määritelmä, joka oli nähtävillä itse täytettävällä paperisella vastauslomakkeella. Määritelmän mukaan poiki- en ei-lääkietieteellisellä ympärileikkauksella tarkoitetaan uskonnollisiin tai kulttuurisiin syihin perustuvaa toimenpidettä, jossa pojan siittimestä poistetaan esinahkaa. Tyttöjen ympärileikkauksella tarkoitetaan kulttuurisista tai muista ei-hoidollisista syistä tehtäviä toimenpiteitä, joihin liittyy naisten ulkoisten sukuelinten osittainen tai täydellinen poistaminen tai niiden vahingoittaminen jollain muulla tavalla.

Tulokset

Aikuiset

Kaikista naisista joka kymmenes kertoi läpikäyneensä sukuelinten silpomisen (taulukko 8.2.1). Taustamaaryhmittäin tarkasteltuna silpomisen läpikäyneiden osuus oli suurin Muu Afrikka -ryhmässä, jossa naisista kolmannes kertoi läpikäyneensä silpomisen (taulukko 8.2.2). Tutkimukseen osallistuneet naiset olivat läpikäyneet silpomisen yleisimmin 0–1-vuotiaana, keskimäärin 5-vuotiaana, ja osa kertoi läpikäyneensä silpomisen vasta kouluikäisenä tai myöhemminkin.

Kaikista miehistä lähes 70 % kertoi olevansa ympärileikattu (taulukko 8.2.3). Lähes kaikki Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet miehet ja huomattavan suuri osa Muu Afrikka -ryhmän miehistä kertoi olevansa ympärileikattuja (taulukko 8.2.4). Aikuiset miehet oli ympärileikattu keskimäärin 4,6-vuotiaana. Muu Afrikka -ryhmässä aikuisten miesten keskimääräinen ympärileikkausikä oli matalin (2,9 vuotta).

Taulukko 8.2.1. Sukuelinten silpomisen läpikäyneet naiset ikäryhmittäin, aikuiset

18–29v n=84	30–39v n=127	40v+ n=71	Yhteensä n=282
% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
14,3 (8,3–23,5)	7,9 (4,3–14,0)	11,3 (5,7–21,0)	10,6 (7,5–14,8)

LV, luottamusväli

Taulukko 8.2.2. Sukuelinten silpomisen läpikäyneet naiset maaryhmittäin, aikuiset

Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=78	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=126	Muu Afrikka n=50	Muu alue n=28
% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
NA ¹	10,3 (6,1–17,0)	34,0 (22,3–48,1)	NA ¹

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Taulukko 8.2.3. Miesten ympärileikkaukset ikäryhmittäin, aikuiset

18–29v n=185	30–39v n=143	40v+ n=112	Yhteensä n=440
% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
70,8 (63,9–76,9)	72,7 (64,8–79,4)	60,7 (51,4–69,3)	68,9 (64,4–73,0)

LV, luottamusväli

Taulukko 8.2.4. Miesten ympärileikkaukset maaryhmittäin, aikuiset

Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=125	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=192	Muu Afrikka n=70	Muu alue n=53
% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
28,0 (20,8–36,5)	95,3 (91,2–97,5)	85,7 (75,4–92,1)	47,2 (34,2–60,5)

LV, luottamusväli

Nuoret

Nuorten (13–17-vuotiaiden) ryhmässä oli vain muutama silpomisen läpikäynyt tyttö (kaikki Muu Afrikka -ryhmästä), mutta yksityiskohtaisempaa tarkastelua ei voitu tehdä. Nuorista pojista 75 % oli ympärileikattu. Heidät oli ympärileikattu keskimäärin 3,6-vuotiaana.

Alakouluikäiset lapset

Yksikään 7–12-vuotiaiden tyttöjen huoltajista ei kertonut tytön läpikäyneen silpomista. Kaksi kolmasosaa alakouluikäisistä pojista oli huoltajien vastausten mukaan ympärileikattu. Yleisintä ympärileikkaus oli Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta tulleilla. Alakouluikäiset pojat oli ympärileikattu keskimäärin 2,5-vuotiaana.

Alle kouluikäiset lapset

Yksikään 0–6-vuotiaiden tyttöjen huoltajista ei kertonut tytön läpikäyneen silpomista. Lähes puolet 0–6-vuotiaista pojista oli huoltajan vastauksen mukaan ympärileikattu. Yleisintä poikien ympärileikkaus oli Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta tulleilla, joista kolme neljäsosaa oli ympärileikattu. Alle kouluikäiset pojat oli ympärileikattu keskimäärin 0,8-vuotiaana.

Yhteenveto ja pohdinta

Silpomisperinnettä harjoittavista maista lähtöisin oleville naisille ja tytöille silpomisesta puhuminen voi olla vaikeaa. Usein naiset ja tytöt eivät itse tiedä millainen silpominen heille on tehty eivätkä siksi aina edes miellä toimenpidettä ympärileikkaukseksi (Elmusharaf ym. 2006; Reisel & Creighton 2014). Tämä tulee huomioida myös tämän tutkimuksen tuloksia tulkittaessa. Afrikan maista tulleilla silpomista

esiintyy runsaasti ja heillä oli myös usein näihin mahdollisesti liittyviä vaivoja. Aiemmin Suomessa toteutetuissa tutkimuksissa silpominen on ollut yleisempää: Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu) 70 % somalialais- ja 32 % kurditaustaisista kertoi läpikäyneensä silpomisen (Koponen ym. 2012b). UTH-tutkimuksessa silpomisesta raportoi lähes joka viides niistä haastatelluista naisista, jotka olivat syntyneet sellaisissa maissa, joissa silpomisperinnettä harjoitetaan (Koponen ym. 2015a). Voi olla, että perinteen harjoittaminen on vähentynyt, mutta kyse voi olla myös silpomisen raportoisesta ja pienestä silpomisperinteen maista tulleiden turvapaikanhakijoiden määrästä.

Infotilaisuudet tai suomalaista yhteiskuntaa käsittelevät kurssit sekä alkuterveystarkastukset ovat otollinen tilaisuus jakaa tietoa silpomisen haitoista ja sen laittomuudesta Suomessa. Turvapaikanhakijoille tulee tarjota mahdollisuus saada psyykkistä tukea sekä tukea ja apua seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Jos herää epäily, että tyttö voi olla riskissä joutua silvotuksi, tulee tehdä ilmoitus lastensuojeluun ja poliisille. Silpomisen uhka voi olla peruste turvapaikan saamiselle, joten tieto silpomisen yleisyydestä lähtömaassa sekä tieto mahdollisesti jo tapahtuneesta silpomisesta tai sen uhasta ovat tärkeitä. Kaikille silpomisen läpikäyneille avausleikkausta tarvitseville tulee tarjota mahdollisuus avausleikkaukseen. Raskaana olevalle silpomisen läpikäyneelle ja avausleikkausta tarvitsevalle naiselle kerrotaan, että hänellä on mahdollisuus saada neuvolan kautta lähete avausleikkaukseen. Turvapaikanhakijoille tulee myös selvittää, että Suomessa avausleikkaus tehdään tarvittaessa viimeistään synnytyksen aikana eikä Suomessa ole sallittua sulkea avattua ympärileikkauksia uudelleen.

Tässä tutkimuksessa miesten ympärileikkaus oli hyvin yleistä tietyissä turvapaikanhakijaryhmissä. Turvapaikanhakijoiden infotilaisuuksissa ja alkuterveystarkastuksessa tulisikin huomioida myös poikien ympärileikkaus. Asiasta tulee antaa tietoa ja keskustella niiden kanssa, jotka tulevat maista, joissa poikien ympärileikkauksia tehdään myös muista kuin lääketieteellisistä syistä.

8.3 Naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät vaivat ja ongelmat

Mimmi Koukkula, Reija Klemetti, Satu Jokela

- Haittaavasta kuukautiskivusta kertoi kolmannes kaikista tutkimukseen osallistuneista naisista.
- Runsaat kuukautiset oli neljäsosalla ja epäsäännölliset kuukautiset kolmasosalla naisista.
- Lähes puolet tutkimukseen osallistuneista naisista oli kokenut vaikeuksia synnytyksissä.
- Turvapaikanhakijoille on tärkeää antaa tietoa kuukautisiin liittyvistä terveysasioista, sillä tieto voi olla puutteellista ja lisäksi kuukautisiin voi liittyä häpeää ja stigmaa.

Johdanto

Kivuliaista kuukautisista puhutaan, kun kuukautisiin liittyvät kivut haittaavat normaalia elämää ja vaativat toistuvaa lääkitystä. Kuukautisten epäsäännöllisyys on tyyppistä nuorille tytöille ja 40–45-vuotiaille naisille. Runsas kuukautisvuoto ja kuukautiskivut haittaavat naisen elämänlaatua. Syynä runsaalle kuukautisvuodolle voivat olla kohdun poikkeavuudet (esim. myoomat, polyypit ja tulehdukset), systeemiset syyt (esim. hyyttymishäiriöt, lihavuus, kilpirauhasen vajaatoiminta ja tupakointi) tai hoitoperäiset syyt (esim. lääkitykset). Yleensä runsaan kuukautisvuodon syytä ei kuitenkaan pystytä selvittämään (Runsaat kuukautisvuodot: Käypä hoito -suositus 2018). Kuukautisiin liittyvä terveys (menstrual health) vaikuttaa merkittävästi tyttöjen ja naisten hyvinvointiin. Joissakin turvapaikanhakijoiden lähtömaissa kuukautisiin liittyy häpeää, stigmaa, uskomuksia ja tiedon puutetta. Tästä johtuen naiset voivat olla yhteisössään haavoittuvassa asemassa ja kokea syrjintää, eristetyksi tulemistä ja erilaista väkivaltaa. Turvapaikanhakijoilla ei ole aina lähtömaassaan tai pakomatkan aikana ollut mahdollisuutta huolehtia hygieniasta, jonka vuoksi heillä on myös riski infektioille (UNFPA 2015).

Menetelmät

Tytöiltä ja naisilta kysyttiin haittaavasta kivusta kuukautisten aikana sekä runsaista ja epäsäännöllisistä kuukautisista. Synnyttäneiltä naisilta kysyttiin myös, oliko heillä ollut vaikeuksia synnytyksessä. Kysymyksiin oli ohjeet, joiden mukaan ongelmaa voitiin tarvittaessa tarkentaa. Kipua tarkennettiin tarvittaessa niin kovaksi, ettei pysty selviytymään tavallisista arkitoimista tai tarvitsee vahvoja kipulääkkeitä. Vuodon määrää ja vaihteluväliä tarkennettiin tarvittaessa niin runsaaksi, että se haittaa tavallisia arkitoimia tai että vuoto kestää normaalia pidempään, vuotojen väli vaihtelee paljon eikä ole ennakoitavissa, koska vuoto alkaa. Synnytykseen liittyviä vaikeuksia tarkennettiin esimerkiksi vaikeaksi repeämäksi (lääkäri ommellut/ommeltu nukutuksessa), keisarileikkaukseksi tai muuksi synnytystoimenpiteeksi sekä tavallista kivuliaammaksi tai pitkittyneeksi synnytykseksi.

Tulokset

Aikuiset

Haittaavasta kuukautiskivusta kertoi kolmannes kaikista naisista (taulukko 8.3.1). Aikuisilla haittaava kuukautiskipu oli yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä ja maaryhmittäin tarkasteltuna Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla (taulukko 8.3.2). Runsaat kuukautiset oli neljänneksellä naisista. Ikäryhmien ja taustamaiden välillä ei ollut selkeää eroa runsaiden kuukautisten esiintymisessä. Noin joka kolmas kaikista naisista kertoi epäsäännöllisistä kuukautisista. Lähi-idän ja Afrikan alueilta tulleilla epäsäännölliset kuukautiset oli joka kolmannella. Nuoremmissa ikäryhmissä kuukautisten epäsäännöllisyys oli yleisempää kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Vaikeuksia synnytyksessä oli kokenut lähes puolet aiemmin synnyttäneistä naisista.

Taulukko 8.3.1. Naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät vaivat ja ongelmat ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=85 % (95 %:n LV)	30–39v n=127 % (95 %:n LV)	40v+ n=73 % (95 %:n LV)	Yhteensä n=282 % (95 %:n LV)
Haittaavat kuukautiskivut	43,4 (33,2–54,2)	32,5 (24,9–41,2)	20,5 (12,8–31,4)	32,6 (27,4–38,3)
Runsaat kuukautiset	27,4 (18,9–37,9)	27,6 (20,5–36,0)	21,1 (13,1–32,2)	25,9 (21,1–31,3)
Epäsäännölliset kuukautiset	37,6 (28,0–48,4)	28,0 (20,8–36,5)	23,2 (14,7–34,6)	29,7 (24,7–35,4)
Vaikeuksia synnytyksessä (osuus synnyttäneistä)	50,0 (33,8–66,2)	47,8 (37,8–58,0)	49,2 (36,9–61,5)	48,7 (41,6–55,8)

LV, luottamusväli

Taulukko 8.3.2. Naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät vaivat ja ongelmat maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=84 % (95 %:n LV)	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=125 % (95 %:n LV)	Muu Afrikka n=47 % (95 %:n LV)	Muu alue n=28 % (95 %:n LV)
Haittaavat kuukautiskivut	28,6 (19,9–39,1)	38,7 (30,5–47,6)	32,6 (20,7–47,3)	NA ¹
Runsaat kuukautiset	24,1 (16,1–34,4)	27,2 (20,1–35,7)	28,3 (17,2–42,8)	NA ¹
Epäsäännölliset kuukautiset	17,1 (10,4–26,8)	36,1 (28,0–45,0)	36,2 (23,8–50,7)	NA ¹
Vaikeuksia synnytyksessä (osuus synnyttäneistä)	46,8 (34,8–59,2)	48,8 (38,2–59,5)	NA ¹	NA ¹

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Nuoret

Kolmannes nuorista tytöistä, joilla kuukautiset olivat jo alkaneet, kertoi haittaavasta kuukautiskivusta. Noin joka kymmenes tyttö kertoi runsaista kuukautisista. Epäsäännöllisiä kuukautisia oli noin kolmanneksella tytöistä.

Yhteenveto ja pohdinta

Kuukautisiin liittyvistä vaivoista on tärkeää keskustella turvapaikanhakijoiden kanssa. Turvapaikanhakijat tarvitsevat asianmukaista tietoa kuukautisista ja tytöt ja naiset voivat tarvita ohjausta hygieniasta huolehtimiseen. Tutkimukseen osallistuneilla naisilla häiritsevät kuukautiskivut ja runsaat kuukautiset olivat yleisiä. Vaivojen syitä on hyvä pyrkiä selvittämään. Niiltä turvapaikanhakijoilta, jotka tulevat alueilta, joissa silpomisperinnettä mahdollisesti noudatetaan, on hyvä kysyä silpomisesta ja selvittää voiko tämä olla vaivojen taustalla (WHO 2018d). Synnytyksessä vaikeuksia raportoineiden naisten määrä oli suuri. Tuloksia arvioitaessa on kuitenkin huomioitava se mahdollisuus, että tämä voi osin selittyä asian määrittelyn vaikeudella. Synnytykseen liittyvät kokemukset ovat hyvin yksilöllisiä.

8.4 Raskaudet ja synnytykset

Satu Jokela, Katri-Leena Mustonen

- Tutkimukseen osallistuneista naisista joka kymmenes oli tutkimushetkellä raskaana.
- Yli kolmanneksella Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleilla naisilla oli ainakin yksi raskauden keskeytys.
- Turvapaikkaa hakevien naisten yksilöllinen ja kokonaisvaltainen tilanteen arviointi on tärkeää ehkäisyn tarpeen selvittämiseksi ja raskaana olevien yhdenvertaisten äitiysneuvolapalveluiden toteutumisen turvaamiseksi.

Johdanto

Aikaisempien tutkimusten mukaan pakolaistaustaisilla naisilla on muuhun väestöön verrattuna enemmän ei-toivottuja raskauksia, raskauden aikaisia ongelmia sekä haasteita seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin pääsyssä (Boerleider ym. 2013; Cignacco ym. 2018; Dopfer ym. 2018; Heslehurst ym. 2018). Erityisesti seksuaaliväkivallan uhreiksi joutuneilla naisilla on usein ei-toivottuja raskauksia ja raskauden keskeytyksiä (McGinn & Casey 2016). Maissa, joissa raskaudenkeskeytykset ovat laittomia, keskeytyksiä tekevät muut kuin terveydenhuollon ammattilaiset. Näistä toimenpiteistä voi aiheutua naiselle vakavia terveyshaittoja (Ganatra ym. 2017). Raskaudenkeskeytysten vähentämisessä keskeistä on ei-toivottujen raskauksien ehkäisy, seksuaalikasvatuksen tarjoaminen sekä toimivien ehkäisymenetelmien saatavuus ja käyttö (Sedgh ym. 2016).

Menetelmät

Naisilta kysyttiin, olivatko he raskaana. Vastausvaihtoehdot olivat: ei/kyllä/kyllä, raskausviikot ei tiedossa/en tiedä. Jos nainen vastasi olevansa raskaana, tarkastettiin raskauden kesto viimeisten kuukautisten ajankohdasta. Jos naisella ei ollut tietoa viimeisten kuukautisten ajankohdasta, ohjattiin hänet vastaanottokeskuksen hoitajalle, jotta mahdollinen raskaus voitiin varmistaa. Kaikki raskaana olevat ohjattiin vastaanottokeskuksen kautta äitiysneuvolapalveluihin. Aikaisemmista raskauksista, synnytyksistä, keskenmenoista ja raskaudenkeskeytyksistä kysyttiin, kuinka monta raskautta/synnytystä/keskenmenneitä raskauksia/raskaudenkeskeytyksiä (abortteja) vastaajalla on ollut. Näissä määrissä ei huomioitu nykyistä raskautta.

Tulokset

Aikuiset

Tutkimukseen osallistuneista naisista joka kymmenes oli raskaana tutkimushetkellä (taulukko 8.4.1). Raskaana olevien osuus oli korkein Muu Afrikka -ryhmässä (taulukko 8.4.2). Vähintään kerran raskaana olleiden osuus oli suurin Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan sekä Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueilta tulleilla. Kolmasosa Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton alueilta tulleista naisista oli kokenut ainakin yhden keskenmenon. Tutkimukseen osallistuneista 30–39-vuotiaista yli kolmanneksella Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueilta tulleilla oli vähintään yksi raskaudenkeskeytys.

Taulukko 8.4.1. Tutkimushetkellä raskaana olevat, vähintään kerran raskaana olleet, keskenmenon tai keskeytyksen kokeneet naiset ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=85	30–39v n=131	40v+ n=76	Yhteensä n=292
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Raskaana tutkimushetkellä	10,6 (5,6–19,1)	14,1 (9,0–21,2)	NA ¹	9,8 (6,8–13,8)
Vähintään yksi raskaus	49,4 (38,9–59,9)	78,6 (70,8–84,8)	92,1 (83,5–96,4)	73,6 (68,3–78,4)
Vähintään yksi keskenmeno	17,6 (10,9–27,3)	26,0 (19,2–34,1)	30,3 (21,0–41,5)	24,7 (20,0–29,9)
Vähintään yksi raskaudenkeskeytys	9,4 (4,8–17,7)	19,8 (13,9–27,6)	26,3 (17,6–37,3)	18,5 (14,4–23,4)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Taulukko 8.4.2. Tutkimushetkellä raskaana olevat, vähintään kerran raskaana olleet, keskenmenon tai raskaudenkeskeytyksen kokeneet naiset maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=88	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=126	Muu Afrikka n=50	Muu alue n=28
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95%:n LV)
Raskaana tutkimushetkellä	5,7 (2,4–13,1)	7,3 (3,8–13,5)	26,5 (16,1–40,5)	NA ¹
Vähintään yksi raskaus	78,4 (68,6–85,8)	77,0 (68,8–83,5)	58,0 (44,0–70,8)	NA ¹
Vähintään yksi keskenmeno	27,3 (19,0–37,5)	22,2 (15,8–30,3)	24,0 (14,2–37,7)	NA ¹
Vähintään yksi raskaudenkeskeytyks	36,4 (27,0–46,9)	8,7 (4,9–15,1)	10,0 (4,2–21,9)	NA ¹

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Yhteenveto ja pohdinta

Tulokset turvapaikanhakijanaisten raskauksista ja raskauden keskeytyksistä vastaavat aikaisempia tutkimuksia Suomessa asuvista ulkomaalaistaustaisista. Tuloksia arvioitaessa on kuitenkin syytä huomioda, että tähän tutkimukseen osallistuneiden naisten iät erosivat taustamaaryhmien välillä. Afrikasta ja Lähi-idästä tulleilla on aiempienkin tutkimusten mukaan ollut eniten synnytyksiä ja keskenmenoja, ja Virossa, Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleilla eniten raskaudenkeskeytyksiä (Koponen ym. 2012c; Koponen ym. 2015a). Myös suomalaisen rekisteritutkimuksen mukaan eniten toistuvia raskaudenkeskeytyksiä (≥2) oli Venäjältä tai entisen Neuvostoliiton alueelta ja Virossa lähtöisin olevilla (Heino ym. 2018a).

Turvapaikkaa hakevat raskaana olevat naiset ovat erityisen haavoittuvassa asemassa. Suomessa turvapaikanhakijoiden äitiysneuvolapalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla. Tässä tutkimuksessa tutkimushetkellä raskaana olevien naisten korkea määrä edellyttää kiinnittämään huomiota turvapaikanhakijoiden äitiysneuvolapalvelujen toteutumiseen. Vuonna 2017 vastaanottokeskuksille tehdyssä THL:n selvityksessä havaittiin, että eri alueilla perusterveydenhuollon ohella palveluja toteutettiin vastaanottokeskuksissa ja yksityisillä palveluntuottajilla (Seppälä & Tiitälä 2018). Rinnakkainen palvelujärjestelmä vaarantaa säädösten mukaisten palvelujen toteutumisen. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot ottivatkin turvapaikanhakijoiden kunnallisten äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden saatavuuden osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelmaa vuonna 2018, jotta näiden palveluiden yhdenvertaisesta toteutumisesta voitaisiin varmistua (Valvira 2018).

Turvapaikkaa hakevien naisten mahdollinen tämän hetkinen raskaus, seksuaali- ja lisääntymisterveyshistoria, raskauden aikaiset ongelmat ja riskitekijät (esim. sukuelinten silpominen) sekä tarve ehkäisyyn on tärkeää selvittää alkuterveystarastuksessa. Vastaanottokeskuksissa toimivat ammattilaiset saattavat tarvita koulutusta seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevissa asioissa, jotta heillä on tarvittava osaaminen tuen, neuvonnan ja ohjauksen antamiseen. Täydennyskoulutusta tarvitaan myös neuvoloissa, joihin turvapaikanhakijoita ohjataan sekä Suomessa koulun aloittavien lasten ja nuorten osalta kouluterveydenhuollossa toimiville terveydenhoitajille.

9 Mielenterveys

Mielenterveys on keskeinen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, toimintakykyyn ja fyysiseen terveyteen vaikuttava terveyden ulottuvuus, ja se toimii hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perustana. Hyvään mielenterveyteen ajatellaan kuuluvan esimerkiksi kokemus elämän hallittavuudesta, hyvä itsetunto, kyky ihmissuhteiden solmimiseen, uuden oppimiseen, sopeutumiseen ja mielekkääseen toimintaan, sekä mielensisäinen joustavuus ja taito kohdata vastoinikäymisiä. Puutteellinen mielen-terveys voi puolestaan näyttäytyä niin, että hyvään mielenterveyteen kuuluvissa asi-
oissa on vastaavasti vaikeuksia, sekä erilaisina psyykkisinä oireina, esimerkiksi ma-
sennus- tai ahdistuneisuusoireina.

Tässä luvussa, kuten väestötutkimuksissa useimmiten, mielenterveysongelmia tarkastellaan ennen kaikkea ahdistus- ja masennusoireiden kautta ilmenevänä psyyk-
kisenä kuormana. Mielenterveyttä lähestytään myös selvittämällä lääkärin toteamia
mielenterveyshäiriöitä sekä psyykenlääkkeiden käyttöä tai tarvetta. Lasten ja nuorten
osalta mielenterveyttä tarkastellaan psykososiaalisten ongelmien ilmentymisenä, ku-
ten tunne-elämän ja kaverisuhteiden vaikeuksina. Lisäksi tässä luvussa tarkastellaan
järkyttävien, mahdollisesti traumaattisten kokemusten esiintymistä lähtömaassa ja
matkalla Suomeen, sekä oireperustaista todennäköisyyttä traumatisoitumiselle.

9.1 Psyykkiset oireet

Anu E Castaneda, Olli Snellman, Ferdinand Garoff, Antti Klemettilä, Venla Lehti,
Ann-Christin Qvarnström-Obrey, Saija Kankaanpää, Valentina Oroza, Tapio Halla

- Merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita esiintyi lähes 40 %:lla juu-
ri maahan tulleista turvapaikanhakija-aikuisista, mikä on esiintyvyyssluke-
mana korkea ja osoittaa tarvetta turvapaikanhakijoiden mielenterveyson-
gelmien selvittämiseksi ja mielenterveyden tukemiselle.
- Oireet olivat yleisiä sekä miehillä että naisilla, mutta joltain osin naisilla
vielä yleisempiä, mikä korostaa etenkin naisten mielenterveyden tukemi-
sen tarvetta.
- Muu Afrikka -ryhmässä mielenterveysoireita esiintyi huomattavasti use-
ammin kuin muissa maaryhmissä, mikä saattaa liittyä heidän vakavam-
paan traumataustansa ja aikaisempiin puutteisiin monilla elämän osa-
alueilla, ja korostaa mielenterveyden tukemista näistä maista tulevien
turvapaikanhakijoiden osalta.
- Huomionarvoista oli myös Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleiden nuor-
ten miesten sekä 40 vuotta täyttäneiden naisten psyykinen huonovointi-
suus muihin ikäryhmiin nähden.
- Noin kolmanneksella lapsista ja nuorista oli psykososiaalisia oireita; nuo-
rilla ja alakouluikäisillä tunne-elämän oireita ja kaverisuhteiden ongelmia
ja alle kouluikäisillä lapsilla käytösoireita.

kanssa työskenneltäessä sekä tilanteissa, joissa tutkittava oli lukutaidoton tai hänellä oli muutoin vaikeuksia täyttää lomake itse. Kaikista 25 kysymyksestä muodostettiin alkuperäiseen vastausasteikkoon (1–4) palautettu summapistemäärä ja kliinisesti merkittävien masennus- ja ahdistuneisuusoireiden leikkausrajaksi asetettiin 1,75 (Nettelbladt ym. 1993). Vastaavalla tavalla muodostettiin alaskaalat erikseen merkittävälle masennusoireille perustuen 15 masennusoireeseen (esim. kiinnostuksen puute lähes kaikkeen, arvottomuuden tunteet, toivottomuus tulevaisuuden suhteen) ja merkittävälle ahdistuneisuusoireille perustuen 10 ahdistuneisuusoireeseen (esim. jännittyneisyys tai kiihtyneisyys, vapina, sydämentykytykset tai -jyskytykset). Lisäksi yksittäisistä oirekysymyksistä tarkempaan tarkasteluun valittiin niiden osuus, joilla oli ollut vähintään jonkin verran vaikeuksia nukahtaa tai unen katkonaisuutta sekä niiden osuus, joilla oli ollut vähintään jonkin verran ajatuksia elämän lopettamisesta.

Mahdollisten järkyttävien kokemusten (ks. luku 9.2) jälkeen aikuisilta kysyttiin haastattelussa Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment (PROTECT) -kysymyssarja, joka kartoittaa oireperusteisesti traumaattisten kokemusten todennäköisyyttä ja auttaa tunnistamaan mahdollisesti traumaattisia kokemuksia kokeneita ja tuen tarpeessa olevia (PROTECT-ABLE 2019). Osallistujia pyydettiin vastaamaan kymmeneen oirekysymykseen viimeksi kuluneiden viikkojen perusteella (kyllä/ei): nukahtamisvaikeudet, painajaiset, päänsärky, muut fyysiset kivut, suuttuminen, menneisyydet tuskallisten tapahtumien ajatteleva, pelästyminen, unohtelu, kiinnostuksen menettäminen ja keskittymisvaikeudet. Vastaukset luokiteltiin kolmeen luokkaan seuraavasti: 0–3 myönteistä vastausta kuvasivat matalaa riskitasoa, 4–7 keskitasoisia riskitasoa ja 8–10 korkeaa riskitasoa. Tässä raportissa käytetään sekä tätä kolmiportaista luokittelua, että kaksiluokkaista yhdistämällä keskitasoisen ja korkean riskitason luokat yhteen.

Aikuisilta kysyttiin lisäksi haastattelussa, oliko lääkäri joskus todennut heillä masennuksen tai muun mielenterveyshäiriön. Kumpaankin kysymykseen vastattiin erikseen (kyllä/ei). Haastattelussa aikuisilta kysyttiin myös, oliko heillä haastatteluhetkellä säännöllistä lääkitystä tai sen tarvetta. Myönteisesti vastanneiden osalta psykenlääkkeistä kysyttiin, oliko kyseessä rauhoittavat lääkkeet, masennuslääkkeet tai unilääkkeet. Jokaiseen näistä vastattiin erikseen (kyllä/ei). Tämän raportin tuloksissa näitä tarkastellaan vähintään yhtä psyykelääkettä käyttäneiden osuutena.

Nuoret täyttivät haastattelun yhteydessä Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) -kyselyn (Goodman 2001). Lomake täytettiin haastattelun tulkin kanssa työskenneltäessä sekä tilanteissa, joissa tutkittava oli lukutaidoton tai hänellä oli muutoin vaikeuksia täyttää lomake itse. Kyselyssä vastaajaa pyydettiin arvioimaan 25 väittämää viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden ajalta kolmiportaisella asteikolla (ei päde/pätee jonkin verran/pätee varmasti). Kysely kartoittaa viittä psykososiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuutta: tunne-elämän oireita (esim. kärsin monista peloista, olen helposti pelästynyt), käytösoireita (esim. otan tavaroita, jotka eivät kuulu minulle, joko kotoa, koulusta tai muualta), yliaktiivisuuden tai tarkkaavaisuuden oireita (esim. olen levoton, en pysty olemaan kauan hiljaa paikoillani), kaveri-

suhteiden ongelmia (esim. olen enimmäkseen yksinäni. Yleensä leikin yksin tai pitäydyn oman itseni seurassa), sekä prososiaalisuutta (esim. olen kiltti pienempiäni kohtaan). Lisäksi muodostettiin psykososiaalisten oireiden kokonaisulottuvuus, jossa yhdistetään edellä mainitut ulottuvuudet pois lukien prososiaalisuus. Kaikki ulottuvuudet luokiteltiin kolmeen luokkaan: normaali, raja-arvoinen ja korkea määrä kyseistä ulottuvuutta (Goodman ym. 1998). Tässä raportissa esitellään tulokset kaikista edellä mainituista ulottuvuuksista (pois lukien prososiaalisuus, jossa vain vähän poikkeavia havaintoja) joko kolmiluokkaisena, tai kaksiluokkaisena yhdistäen korkean ja raja-arvoisen luokan pistemäärät eli klinisen raja-arvon ylittävät pistemäärät.

Alakouluikäisten ja 2 vuotta täyttäneiden alle kouluikäisten lasten osalta psyykkisiä oireita kartoitettiin saman SDQ-kyselyn avulla, mutta lapsen puolesta siihen vastasi lapsen huoltaja käyttäen lomakkeen erillistä versiota lapsen puolesta vastaavalle. Kyselyn arvioidaan olevan soveltuva 2 vuotta täyttäneille ja sitä vanhemmille lapsille. Kysymyspatteriston 25:stä väittämästä kolmessa on erilainen muotoilu 2–4-vuotiaille lapsille vastaamaan paremmin kyseistä ikäkautta.

Tulokset

Aikuiset

Merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita oli lähes 40 % tutkittavista, naisilla useammin kuin miehillä (taulukko 9.1.1). Naisista lähes puolilla oli merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita siinä missä miehistä niitä oli noin kolmanneksella. Tulokset olivat samansuuntaisia tarkasteltaessa erikseen masennus- ja ahdistuneisuusoireita: oireet olivat yleisiä ja niitä oli naisilla enemmän kuin miehillä. Vaikeuksia nukahtaa tai unen katkonaisuutta oli noin kolmanneksella, sekä miehistä että naisista. Ajatuksia elämänsä lopettamisesta oli noin 7 % aikuisista, eivätkä sukupuolet eronneet tässä toisistaan. Ikäryhmät eivät eronneet toisistaan vahvasti masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintymisen osalta (taulukko 9.1.2). Maaryhmittäisissä tarkasteluissa eroja sen sijaan ilmeni (taulukko 9.1.3): siinä missä muilla maaryhmillä masennus- ja ahdistuneisuusoireita oli noin kolmanneksella, esiintyi niitä Muu Afrikka -ryhmässä peräti yli 60 %:lla, ja siinä missä ajatuksia elämänsä lopettamisesta oli muissa ryhmissä 3–7 %, oli niitä Muu Afrikka -ryhmässä peräti lähes viidenneksellä. Masennus- ja ahdistuneisuusoireita esiintyi useammin Muu Afrikka -ryhmässä sekä miehillä että naisilla muihin maaryhmiin verrattuna (kuvio 9.1.1). Sama koski myös itsetuhoisten ajatusten yleisyyttä (kuvio 9.1.2). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehistä useimmin masennus- ja ahdistuneisuusoireita oli nuorimmassa ikäryhmässä (18–29-vuotiailla 42 % vs. 40 vuotta täyttäneillä 17 %) siinä missä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän naisissa ikäryhmien välistä eroa ei ollut. Sama Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän nuorimman ikäryhmän miesten oireilu näkyi myös muilla mittareilla, kuten nukkumisvaikeuksien osalta. Toisaalta esimerkiksi Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -taustaisissa yli 39-vuotiaissa naisissa itsetuhoajatusten esiintyvyyks oli peräti 16 %.

Traumaattisten kokemusten todennäköisyydelle keskitason tai korkean riskitason oireita raportoi puolet aikuisista (taulukko 9.1.1). Kolmanneksella riski oli keskitasoinen ja 16 %:lla korkea. Naisista suurempi osuus kuului korkean riskitason ryhmään miehiin verrattuna. Ikäryhmien välillä eroja ei esiintynyt (taulukko 9.1.2), mutta turvapaikanhakijoiden taustamaa oli merkittävä tekijä traumaattisten kokemusten riskissä (taulukko 9.1.3): Lähi-idästä ja Afrikasta tulleista lähes viidennes raportoi korkean riskitason oireita, kun Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmässä korkean riskin esiintyvyys oli matalampi (9 %). Erityisesti Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä naisilla oli useammin keskitason tai korkean riskitason oireita kuin miehillä (64 % vs. 48 %; kuvio 9.1.3). Kaikkiaan keskitasoisessa tai korkeassa riskitasossa olevia oli Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä 54 % ja Muu Afrikka -ryhmässä 62 %, ja esimerkiksi Muu Afrikka -ryhmän 18–29-vuotiaissa miehistä peräti 73 %.

Lääkärin toteamaa masennusta raportoi aikuisista noin kymmenes, naiset useammin kuin miehet (taulukko 9.1.1). Muita lääkärin toteamia mielenterveyshäiriöitä raportoi vain 4 % sekä miehistä että naisista. Jotakin lääkärin toteamia mielenterveyshäiriöitä oli 17 %:lla naisista ja 10 %:lla miehistä. Vanhin ikäryhmä raportoi lääkärin toteamaa masennusta hieman useammin kuin nuorin ikäryhmä (16 % vs. 8 %; taulukko 9.1.2). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän 40 vuotta täyttäneistä naisista lääkärin toteamaa masennusta raportoi peräti 34 % vastaajista. Rauhoittavien, masennus- tai unilääkkeiden käyttöä tai tarvetta raportoi 7 % aikuisista: 4 % masennus-, 3 % uni- ja 2 % rauhoittavien lääkkeiden osalta. Yli 39-vuotiaista Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleista naisista näiden lääkkeiden käyttöä tai tarvetta raportoi kuitenkin selvästi muita useampi: peräti 28 % heistä raportoi näistä jonkin käyttöä tai tarvetta, 25 % masennuslääkkeiden osalta ja 16 % unilääkkeiden osalta.

Taulukko 9.1.1. Psykkiset oireet ja mielenterveyden tila sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=471	Naiset n=309	Yhteensä n=780
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Masennus- ja ahdistuneisuus- oireet (7vrk)			
Merkittäviä masennus- tai ahdistuneisuusoireita	34,7 (30,4–39,2)	45,8 (40,2–51,5)	39,1 (35,6–42,6)
Merkittäviä masennusoireita	37,3 (33,0–41,9)	47,0 (41,4–52,7)	41,2 (37,7–44,7)
Merkittäviä ahdistuneisuus- oireita	28,7 (24,7–33,0)	41,9 (36,5–47,6)	34,0 (30,6–37,4)
Vähintään jonkin verran vaikeuksia nukahtaa tai unen katkonaisuutta	30,9 (26,8–35,3)	36,0 (30,8–41,7)	32,9 (29,6–36,4)
Vähintään jonkin verran ajatuk- sia elämän lopettamisesta	6,9 (4,9–9,7)	7,7 (5,2–11,4)	7,2 (5,6–9,3)
Traumaattisten kokemusten todennäköisyys			
Normaali riski	55,2 (50,7–59,7)	43,0 (37,6–48,6)	50,4 (46,9–53,9)
Keskitasoinen riski	32,6 (28,5–37,0)	36,2 (31,1–41,8)	34,1 (30,8–37,5)
Korkea riski	12,2 (9,5–15,4)	20,7 (16,5–25,6)	15,6 (13,2–18,3)
Lääkärin toteamat sairaudet ja lääkkeiden käyttö tai tarve			
Lääkärin toteama masennus	8,7 (6,5–11,6)	14,6 (11,0–19,0)	11,0 (9,0–13,4)
Lääkärin toteama muu mielenterveyshäiriö	3,6 (2,3–5,7)	3,6 (2,0–6,3)	3,6 (2,5–5,2)
Rauhoittavien, masennus- tai unilääkkeiden käyttö tai tarve	6,6 (4,6–9,2)	8,8 (6,0–12,6)	7,4 (5,8–9,5)

LV, luottamusväli

Taulukko 9.1.2. Psykkiset oireet ja mielenterveyden tila ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=291	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Masennus- ja ahdistuneisuus- oireet (7vrk)			
Merkittäviä masennus- tai ahdistuneisuusoireita	44,2 (38,5–50,1)	36,0 (30,5–41,8)	36,1 (29,6–43,2)
Merkittäviä masennusoireita	45,3 (39,6–51,2)	37,4 (31,9–43,3)	40,6 (33,9–47,7)
Merkittäviä ahdistuneisuus- oireita	35,8 (30,4–41,7)	32,1 (26,9–37,9)	33,9 (27,5–40,8)
Vähintään jonkin verran vaikeuksia nukahtaa tai unen katkonaisuutta	36,7 (31,2–42,5)	29,9 (24,8–35,5)	31,9 (25,7–38,9)
Vähintään jonkin verran ajatuk- sia elämän lopettamisesta	8,6 (5,8–12,6)	5,1 (3,0–8,4)	8,4 (5,2–13,3)
Traumaattisten kokemusten todennäköisyys			
Normaali riski	46,0 (40,4–51,8)	52,4 (46,6–58,2)	53,8 (46,8–60,6)
Keskitasoinen riski	37,8 (32,4–43,5)	33,7 (28,4–39,3)	29,1 (23,2–35,8)
Korkea riski	16,2 (12,3–20,8)	13,9 (10,3–18,4)	17,1 (12,5–23,0)
Lääkärin toteamat sairaudet ja lääkkeiden käyttö tai tarve			
Lääkärin toteama masennus	8,2 (5,6–12,0)	10,7 (7,6–14,9)	15,5 (11,1–21,2)
Lääkärin toteama muu mielenterveyshäiriö	2,4 (1,2–5,0)	3,1 (1,6–5,9)	6,0 (3,4–10,3)
Rauhoittavien, masennus- tai unilääkkeiden käyttö tai tarve	8,5 (5,7–12,3)	4,7 (2,7–7,9)	9,8 (6,4–14,9)

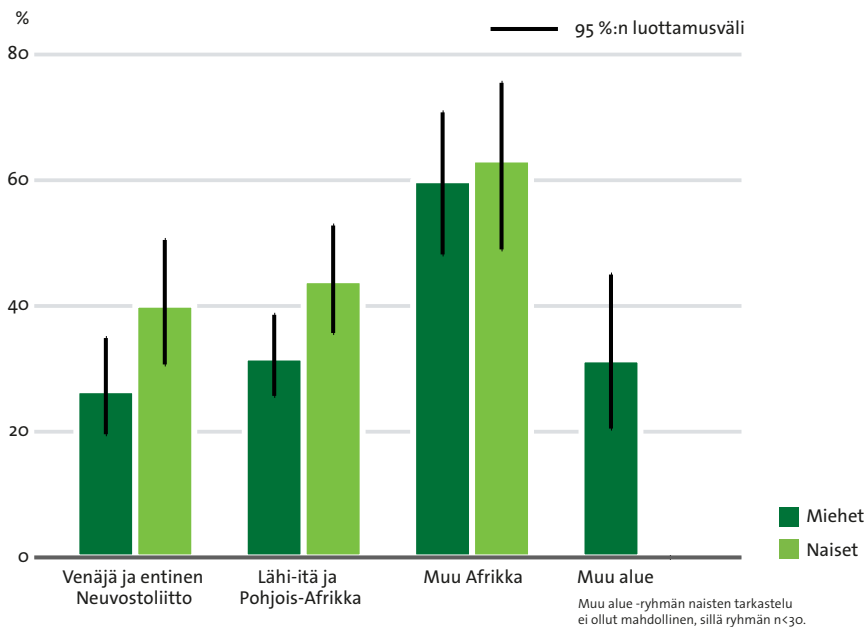
LV, luottamusväli

Taulukko 9.1.3. Psykkiset oireet ja mielenterveyden tila maaryhmittäin, aikuiset

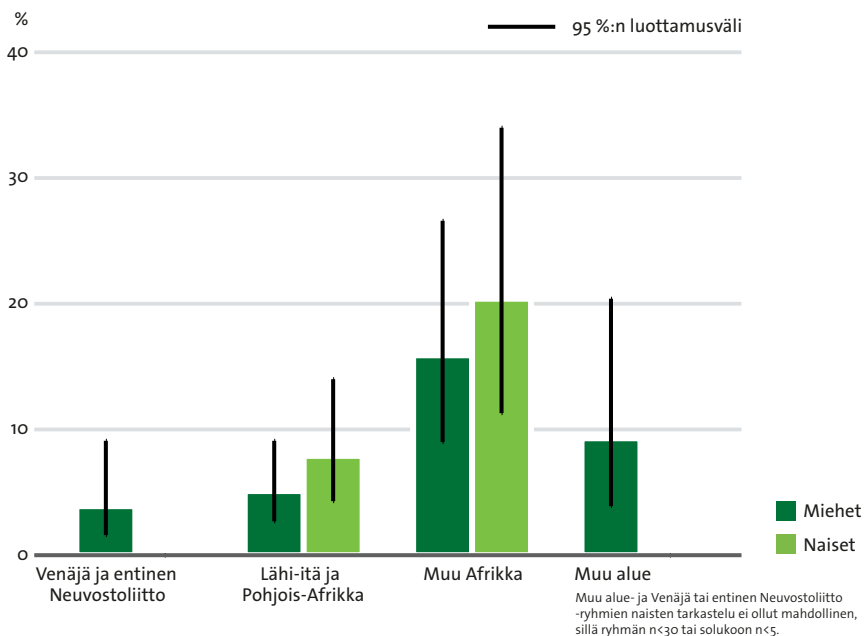
	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=340	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=84
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Masennus- ja ahdistuneisuus- oireet (7vrk)				
Merkittäviä masennus- tai ahdistuneisuus- oireita	32,3 (26,4–38,7)	36,6 (31,5–42,0)	61,3 (52,3–69,7)	34,9 (25,5–45,8)
Merkittäviä masennusoireita	31,8 (26,0–38,3)	39,9 (34,7–45,3)	64,7 (55,7–72,8)	37,3 (27,6–48,2)
Merkittäviä ahdistuneisuus- oireita	31,4 (25,6–37,8)	31,4 (26,6–36,6)	45,8 (37,1–54,8)	33,7 (24,4–44,5)
Vähintään jonkin verran vaikeuksia nukahtaa tai unen katkonaisuutta	29,7 (24,0–36,1)	32,9 (28,0–38,2)	45,0 (36,3–54,0)	24,1 (16,1–34,4)
Vähintään jonkin verran ajatuksia elämän lopetta- misesta	3,2 (1,5–6,6)	6,2 (4,0–9,4)	17,8 (11,9–25,8)	7,2 (3,3–15,2)
Traumaattisten kokemusten todennäköisyys				
Normaali riski	61,8 (55,4–67,9)	46,0 (40,8–51,4)	37,8 (29,8–46,5)	56,0 (45,2–66,2)
Keskitasoinen riski	28,9 (23,4–35,2)	35,1 (30,2–40,3)	43,3 (35,0–52,1)	29,8 (21,0–40,4)
Korkea riski	9,2 (6,1–13,7)	18,9 (15,1–23,4)	18,9 (13,0–26,7)	14,3 (8,3–23,5)
Lääkärin toteamat sairaudet ja lääkkei- den käyttö tai tarve				
Lääkärin toteama masennus	9,2 (6,1–13,7)	13,2 (10,0–17,3)	7,1 (3,7–13,1)	13,1 (7,4–22,1)
Lääkärin toteama muu mielen- terveyshäiriö	4,4 (2,4–7,9)	3,8 (2,2–6,5)	NA ¹	NA ¹
Rauhoittavien, masennus- tai unilääkkeiden käyttö tai tarve	6,9 (4,2–11,1)	8,5 (5,9–12,0)	7,3 (3,8–13,4)	NA ¹

LV, luottamusväli

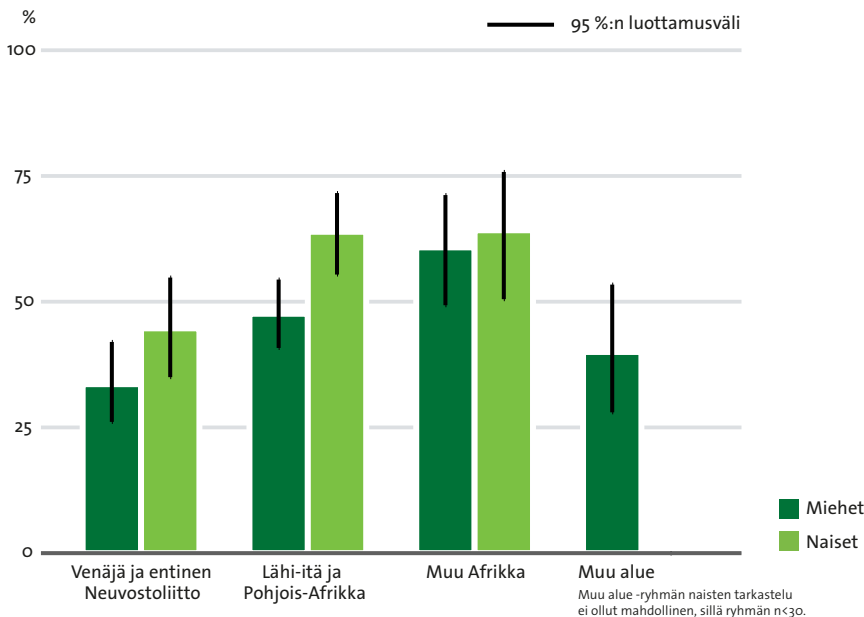
¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5



Kuvio 9.1.1. Merkittäviä masennus- tai ahdistuneisuusoireita raportoivat maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 9.1.2. Vähintään jonkin verran ajatuksia elämänsä lopettamisesta raportoivat maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 9.1.3. Korkea tai keskitasoinen riski traumaattisten kokemusten todennäköisyydelle maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Nuorista (13–17-vuotiaat) kolmannes raportoi merkittäviä psykososiaalisia oireita (korkeat tai raja-arvoiset pisteet; taulukko 9.1.4). Kaverisuhteiden ongelmia oli peräti puolilla nuorista, tunne-elämän oireitakin 43 %:lla, käytösoireita neljänneksellä ja yliaktiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireita joka kymmenennellä. Kun tarkasteltiin vain merkittävimpien psykososiaalisten oireiden luokkaa (korkeiden pistemäärien osuudet), nuorista 17 %:lla oli kokonaisulottuvuuden mukaisia oireita (kaikki psykososiaaliset oireet yhteenlaskettuna), 36 %:lla oli tunne-elämän oireita ja 38 %:lla kaverisuhteiden ongelmia.

Taulukko 9.1.4. Psykososiaaliset oireet (korkeat tai raja-arvoiset pisteet), nuoret

	Yhteensä n=60
	% (95 %:n LV)
Psykososiaalisen oireet (kokonaisulottuvuus)	35,0 (24,0–47,8)
Tunne-elämän oireet	42,6 (30,9–55,2)
Käytösoireet	24,2 (15,1–36,3)
Yliaktiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireet	9,7 (4,4–19,9)
Kaverisuhteiden ongelmat	52,5 (40,0–64,6)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Alakouluikäisistä lapsista (7–12-vuotiaat) viidenneksellä havaittiin korkean pistemäärän mukaisia psykososiaalisia ongelmia huoltajansa raportoimana (taulukko 9.1.5). Tunne-elämän oireita ja kaverisuhteiden ongelmia havaittiin korkean pistemäärän mukaisesti peräti noin neljänneksellä. Kaverisuhteiden ongelmien osalta myös raja-arvoiset pisteet olivat yleisiä: korkeiden pisteiden lisäksi viidenneksellä alakouluikäisistä lapsista pistemäärä oli raja-arvoinen. Käyttöoireita ja yliaktiivisuuden tai tarkkaavaisuuden oireita havaittiin harvemmin. Tarkasteltaessa korkeita ja raja-arvoisia pistemääriä yhdistettynä, sukupuolten välillä ei ollut eroja minkään ulottuvuuden suhteen (taulukko 9.1.6).

Taulukko 9.1.5. Psykososiaaliset oireet, alakouluikäiset lapset

	Yhteensä n=82 % (95 %-n LV)
Psykososiaaliset oireet (kokonaisulottuvuus)	
Normaalit pisteet	70,7 (60,0–79,6)
Raja-arvoiset pisteet	9,8 (4,9–18,4)
Korkeat pisteet	19,5 (12,3–29,6)
Tunne-elämän oireet	
Normaalit pisteet	60,0 (49,2–69,9)
Raja-arvoiset pisteet	12,9 (7,3–21,9)
Korkeat pisteet	27,1 (18,7–37,5)
Käyttöoireet	
Normaalit pisteet	74,1 (63,7–82,3)
Raja-arvoiset pisteet	14,1 (8,2–23,3)
Korkeat pisteet	11,8 (6,4–20,6)
Yliaktiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireet	
Normaalit pisteet	84,3 (74,8–90,7)
Raja-arvoiset pisteet	8,4 (4,1–16,7)
Korkeat pisteet	7,2 (3,3–15,2)
Kaverisuhteiden ongelmat	
Normaalit pisteet	58,1 (47,4–68,1)
Raja-arvoiset pisteet	19,8 (12,6–29,6)
Korkeat pisteet	22,1 (14,5–32,1)

LV, luottamusväli

Taulukko 9.1.6. Psykososiaaliset oireet sukupuolittain (korkeat tai raja-arvoiset pisteet), alakouluikäiset lapset

	Pojat n=47	Tytöt n=39	Yhteensä n=86
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Psykososiaaliset oireet (kokonaisulottuvuus)	32,6 (20,7–47,3)	25,0 (13,5–41,5)	29,3 (20,4–40,0)
Tunne-elämän oireet	36,2 (23,8–50,7)	44,7 (29,9–60,6)	40,0 (30,2–50,7)
Käytösoireet	25,5 (15,1–39,8)	26,3 (14,8–42,4)	25,9 (17,7–36,2)
Yliaktiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireet	17,4 (8,9–31,1)	13,5 (5,7–28,6)	15,7 (9,3–25,1)
Kaverisuhteiden ongelmat	46,8 (33,2–61,0)	35,9 (22,5–51,9)	41,9 (31,9–52,5)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Huoltajat raportoivat alle kouluikäisistä lapsista (2–6-vuotiaat) hieman alle viidenneksellä korkean pistemäärän mukaisia psykososiaalisia oireita (taulukko 9.1.7). Korkean pistemäärän mukaisia käytösoireita oli kuitenkin peräti kolmanneksella ja kaverisuhteiden ongelmia neljänneksellä. Tarkasteltaessa korkeita ja raja-arvoisia pistemääriä yhdistettynä, pojista peräti 63 %:lla havaittiin käytösoireita (taulukko 9.1.8).

Taulukko 9.1.7. Psykososiaaliset oireet, alle kouluikäiset lapset (2–6-vuotiaat)

	Yhteensä n=75 % (95 %-n LV)
Psykososiaaliset oireet (kokonaisulottuvuus)	
Normaalit pisteet	69,3 (58,0–78,7)
Raja-arvoiset pisteet	13,3 (7,3–23,1)
Korkeat pisteet	17,3 (10,3–27,7)
Tunne-elämän oireet	
Normaalit pisteet	79,1 (69,1–86,4)
Raja-arvoiset pisteet	5,8 (2,4–13,3)
Korkeat pisteet	15,1 (9,0–24,4)
Käytösoireet	
Normaalit pisteet	50,6 (40,2–60,8)
Raja-arvoiset pisteet	14,6 (8,6–23,6)
Korkeat pisteet	34,8 (25,6–45,3)
Yliaktiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireet	
Normaalit pisteet	73,3 (62,9–81,6)
Raja-arvoiset pisteet	14,0 (8,1–23,0)
Korkeat pisteet	12,8 (7,2–21,7)
Kaverisuhteiden ongelmat	
Normaalit pisteet	63,1 (52,3–72,7)
Raja-arvoiset pisteet	10,7 (5,6–19,4)
Korkeat pisteet	26,2 (17,9–36,7)

LV, luottamusväli

Taulukko 9.1.8. Psykososiaaliset oireet (korkeat ja raja-arvoiset pisteet) sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset (2–6-vuotiaat)

	Pojat n=41	Tytöt n=48	Yhteensä n=89
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Psykososiaaliset oireet (kokonaisulottuvuus)	39,4 (24,4–56,7)	23,8 (13,3–38,9)	30,7 (21,3–42,0)
Tunne-elämän oireet	17,1 (8,4–31,7)	24,4 (14,1–39,0)	20,9 (13,6–30,8)
Käytösoireet	63,4 (47,8–76,6)	37,5 (25,1–51,9)	49,4 (39,2–59,7)
Yliaktiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireet	35,9 (22,5–51,9)	19,1 (10,3–32,9)	26,7 (18,5–37,1)
Kaverisuhteiden ongelmat	36,8 (23,2–53,0)	37,0 (24,4–51,6)	36,9 (27,3–47,7)

LV, luottamusväli

Yhteenveto ja pohdinta

Tässä tutkimuksessa tehdyt havainnot ovat linjassa aikaisempien Suomessa ja muualla Euroopassa tehtyjen selvitysten kanssa. Merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita esiintyi lähes 40 %:lla aikuisista, mikä on esiintyvyytlukemana korkea, mutta linjassa aikaisempien havaintojen kanssa. Aikuisista joka toisella oli traumatisoitumiseen viittaavia oireita PROTECT-mittarilla tutkittuna. Nämä tulokset yhdessä aikaisempien tutkimuslöydösten kanssa korostavat tarvetta kiinnittää huomiota turvapaikanhakijoiden mielenterveyteen ja sen tukemiseen vastaanottoaikana. Keskeisiä tapoja edistää turvapaikanhakijoiden mielenterveyttä on hyvinvoinnin kokonaisvaltainen edistäminen ja tukeminen, ongelmien oikea-aikainen ja varhainen tunnistaminen, sekä riittävä ja sopiva hoidon tarjoaminen erityistä hoitoa vaativista mielenterveysongelmista kärsiville.

Psyykkiset oireet olivat yleisiä sekä miehillä että naisilla, minkä vuoksi huomiota on kiinnitettävä sekä miesten että naisten mielenterveyden tukemiseen. Joltain osin ongelmat olivat naisilla vielä yleisempiä kuin miehillä, mikä korostaa turvapaikanhakijanaisten olevan erityisessä mielenterveyden tuen tarpeessa. Muu Afrikka-ryhmään kuuluvilla esiintyi psyykkisiä oireita huomattavasti useammin kuin muissa maaryhmissä. Tämä saattaa liittyä esimerkiksi vakavampaan traumataustaan, turvapaikanhakumatalla kohdattuihin vaikeuksiin tai aikaisempiin puutteisiin monilla elämän osa-alueilla, kuten palveluihin pääsyssä. Tuloksissa huomiota kiinnittivät myös Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulevien nuorten miesten sekä näiltä alueilta tulevien 40 vuotta täyttäneiden naisten psyykinen huonovointisuus muihin ikäryhmiin nähden. Nämä havainnot korostavat mielenterveyden tukemista näiden ryhmien osalta.

Lapsilla ja nuorilla oli monilta osin korkeita psykososiaalisten oireiden esiintyvyyksiä. SDQ-mittarin normiaineistoissa noin kymmenyksen eri-ikäisistä lapsista arvioidaan asettuvan korkean pistemäärän luokkaan ja noin kymmenyksen raja-arvoisten pisteiden luokkaan (Goodman ym. 1998). Tämän tutkimuksen tuloksissa eri-ikäisistä lapsista ja nuorista puolestaan lähes kolmanneksella oli korkeat tai raja-arvoiset pisteet. Erityisen monilla nuorilla ja alakouluikäisillä lapsilla oli tunne-elämän oireita ja kaverisuhteiden ongelmia, ja alle kouluikäisillä lapsilla puolestaan käytösoireita. Lasten ja nuorten mielenterveyden tukeminen ja ongelmien kasaantumisen ehkäisy on näiden tulosten valossa erityisen tärkeää. Varhaiset lasten ja nuorten mielenterveyttä tukevat toimet ovat tarpeellisia parantamaan lasten sen hetkistä vointia, mutta myös ennaltaehkäisemään vakavampia mielenterveysongelmia ja tukemaan lasten ja nuorten kotoutumista. Myös lasten ja nuorten kokonaisvaltaisen kehityksen kannalta (esim. koulutaidot, kaverisuhteet, tunne-elämä ja seksuaalisuus) on ensiarvoisen tärkeää, että he saavat jo turvapaikanhakuvaiheessa tarvitsemaansa mielenterveyden tukea. He ovat myös kaikkiin palveluihin oikeutettuja.

Turvapaikanhakijoiden mielenterveyteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin on tärkeää kiinnittää huomiota heti heidän tullessa maahan. Turvapaikanhakijoiden mielenterveyden tilaa, siihen vaikuttavia tekijöitä ja esimerkiksi mahdollista oireilua on suositeltavaa selvittää, jotta erityisissä tarpeissa oleville hakijoille saadaan järjestettyä toimintaa ja palveluita mahdollisimman nopeasti ja tarkoituksenmukaisesti. Esimerkiksi turvapaikanhakijoille, joilla on erityisempiä ja vaikeampia ongelmia, erilaiset psykososiaaliset interventiot ja psykoterapeuttiset tukimuodot on todettu tehokkaiksi ja toimiviksi (Turrini ym. painossa). Psykkisten oireiden arvioimiseksi voidaan käyttää erilaisia strukturoituja kyselyjä. Tarvittaessa asiaa voidaan lähestyä myös vapaamuotoisemmin, ja turvapaikanhakijalle on myös hyvä jättää mahdollisuus päättää itse siitä, missä määrin hän haluaa milläkin ajan hetkellä mielenterveyden tilaa käsitellä. Hakijaa on myös hyvä kehottaa palaamaan itse myöhemmin asiaan, mikäli hän kokee sen tarpeelliseksi. Turvapaikanhakijalasten ja nuorten tilanteisiin on syytä kiinnittää huomiota, jotta lapsilla on mahdollisuus ikätasoiseen toimintaan ja rauhalliseen asuinympäristöön.

Turvapaikanhakijoiden psyykkistä hyvinvointia voidaan edistää esimerkiksi tukemalla mielekästä arkea ja tekemistä, mahdollistamalla ryhmämuotoisia mielenterveyttä edistäviä toimintoja, tarjoamalla keskusteluapua ja psykoedukaatiota, sekä panostamalla hoitoonohjauspolkujen toimivuuteen, työntekijöiden koulutukseen ja työnohjaukseen. Turvapaikanhakijoiden mielenterveyden edistämiseen ja tukemiseen vastaanottokeskuselämän arjessa ja siihen voimavarojen kohdistaminen on tärkeää. Myös turvapaikanhakijoilla itsellään on vaikutusta asiaan ja he voivat myös tehdä paljon henkisen hyvinvointinsa edistämiseksi. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi säännöllinen liikunta, säännöllisen vuorokausirytmien ylläpitäminen, sekä opiskelu, ansiotyö tai muu vastaava mielekäs tekeminen. Myös erityisesti vastaanotto-keskusten ulkopuolisen julkisen palvelujärjestelmän tulisi kyetä tarjoamaan apua ja palveluita erityisemmistä ja vaikeammista ongelmista kärsiville turvapaikanhakijoille. Tällöin tärkeää on myös tukea turvapaikanhakijoiden hoitoon sitoutumista.

Tässä tutkimuksessa käytetyt menetelmät mielenterveysongelmien seulontaan soveltuivat tutkimuksessa kerätyn kokemuksen mukaan käyttötarkoitukseensa hyvin, myös tulkin kanssa käytettyinä, ja ne soveltuisivat myös esimerkiksi vastaanottovaiheessa turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastuksessa käytettäviksi. Kyselyjen normitietoihin, summa- ja leikkauspisteisiin sekä kääntämiseen ja tulkin kanssa toimimiseen liittyvistä rajoituksista on kuitenkin tärkeää olla tietoinen ja niiden vaikutuksia on tärkeää arvioida yksilökohtaisestikin. Jatkossa olisi tärkeää selvittää turvapaikanhakijoiden psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuvia muutoksia turvapaikkaprosessin edetessä.

9.2 Järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen tuloa

Anu E Castaneda, Olli Snellman, Ferdinand Garoff, Antti Klemettilä, Venla Lehti, Ann-Christin Qvarnström-Obrey, Saija Kankaanpää, Valentina Oroza, Tapio Halla

- Järkyttävät, mahdollisesti traumaattiset tapahtumat ennen Suomeen tuloa olivat aikuisilla yleisiä: yli 80 % oli kokenut jonkin järkyttävän tapahtuman joko entisessä kotimaassaan tai turvapaikanhakumatkan aikana.
- Yleisimpiä järkyttävistä tapahtumista olivat väkivallan näkeminen ja fyysisen vahingonteon kohteeksi joutuminen, joita oli kokenut yli puolet vastaajista, mutta myös muut järkyttävät tapahtumat olivat yleisiä, kuten kidutetuksi (40 %) ja vangituksi tai kidnapatuksi (33 %) sekä pakotetuksi tai huijatuksi joutuminen (37 %).
- Muu Afrikka -ryhmästä lähes kaikki olivat kokeneet ainakin yhden järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa; esimerkiksi 67 % miehistä ja 53 % naisista oli ollut kidutettuna, ja 57 % naisista ja 18 % miehistä oli joutunut seksuaalisen väkivallan kohteeksi.
- Muu Afrikka -ryhmässä oli myös runsaasti turvapaikanhakumatkan aikana järkyttäviä tapahtumia kokeneita: 21 % naisista ja 14 % miehistä oli joutunut kidutetuksi, 37 % naisista ja 12 % miehistä oli joutunut pakotetuksi tai huijatuksi, 23 % naisista ja 15 % miehistä oli ollut vangittuna tai kidnapattuna, ja 29 % naisista oli ollut seksuaalisen väkivallan kohteena.
- Nuorista 87 %, alakouluikäisistä lapsista 73 % ja alle kouluikäisistä lapsista 54 % oli kokenut jonkin järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa, ja tapahtumat olivat yhtä yleisiä sekä pojilla että tytöillä.

Johdanto

Tampereella 2000-luvun alussa tehdyssä selvityksessä havaittiin, että aikuisista turvapaikanhakijoista 57 %:lla oli ollut kidutuskokemuksia, 12 %:lla muita väkivalta-kokemuksia ja 49 % oli ollut pidätettynä (Pirinen 2008). Turvapaikanhakijoiden kokemat kidutus- ja pahoinpitelykokemukset näyttivät olevan yhteydessä moniin

sairauksiin, erityisesti mielenterveysongelmiin. Kidutukseen liittyviä fyysisiä löydöksiä todettiin vain vähän.

Suomessa on järkyttävien, mahdollisesti traumaattisten kokemusten esiintyvyyttä tutkittu myös täällä asuvien oleskeluluvan saaneilla ulkomaalaistaustaisilla (Castaneda ym. 2012a; 2017). Lähes 80 %:lla Suomessa asuvista kurdistaustaisista ja 60 %:lla somaliaistaustaisista, joista suurin osa oli alun perin kiintiöpakolaisina tai turvapaikanhakijoina Suomeen tulleita, havaittiin olevan vähintään yksi tällainen järkyttävä kokemus entisessä kotimaassaan. Toisessa suomalaisessa väestötutkimuksessa havaittiin, että 74 % Suomen pakolaistaustaisesta väestöstä oli kokenut jonkin järkyttävän tapahtuman entisessä kotimaassaan (Castaneda ym. 2015).

Havainnot turvapaikanhakijoista ovat olleet samansuuntaisia myös muualla Euroopassa. Saksassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että neljä viidestä turvapaikanhakijasta oli kokenut tai todistanut jonkin traumaattisen tapahtuman (Georgiadou ym. 2017). Myös turvapaikanhakijalapsilla on havaittu erittäin korkeita erilaisten traumaattisten kokemusten esiintyvyyksiä (Hanes ym. 2019). Aikaisempien tutkimusten valossa näyttää siis siltä, että traumaattiset ja järkyttävät kokemukset ovat hyvin yleisiä pakolaistaustaisilla lapsilla ja aikuisilla. On kuitenkin tärkeää muistaa, että kaikki järkyttäviä kokemuksia kokeneet eivät traumatisoidu.

Menetelmät

Ennen Suomeen tuloa koettuja järkyttäviä tapahtumia kysyttiin haastattelussa aikuisilta seuraavalla kysymyksellä: Toisinaan ihmisille tapahtuu asioita, jotka ovat äärimmäisen järkyttäviä – esimerkiksi että he joutuvat hengenvaaralliseen tilanteeseen, kuten vakavaan onnettomuuteen tai tulipaloon, joutuvat pahoinpidellyiksi, näkevät toisen ihmisen kuoleman tai kuulevat, että jollekin läheiselle on tapahtunut jotain hirveää. Oletteko (kokenut seuraavia ikäviä asioita): Joutunut keskelle sodan taisteluja? Joutunut luonnonkatastrofin (esim. maanjäristyksen, tulvan tai tulipalon) uhriksi? Nähty jonkun väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen? Joutunut fyysisen vahingon kohteeksi (esim. onko joku estänyt Teitä liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt tai tönninyt)? Joutunut vakavan fyysisen vahingon kohteeksi (esim. onko joku lyönyt Teitä nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotakin asetta)? Ollut vangittuna/kidnapattuna? Ollut kidutettuna (kidutuksella tarkoitetaan esim. kovan ruumiillisen tai henkisen kivun tai kärsimyksen tahallista aiheuttamista tietojen tai tunnustuksen saamiseksi, pelottelemiseksi tai pakottamiseksi tai syrjintään perustuvasta syystä)? Joutunut seksuaalisen väkivallan uhriksi (esim. onko joku yrittänyt pakottaa tai pakottanut Teitä sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen)? Joutunut pakotetuksi, painostetuksi tai huijatuksi tekemään asioita, joita ette olisi halunnut tehdä? Jokaiseen edellä mainituista yhdeksästä kysymyksestä vastattiin erikseen (ei/kyllä, ennen matkaa/kyllä, matkan aikana). Vastaajan oli mahdollista vastata myönteisesti molempiin kyllä-vastauksiin. Tämän raportin tuloksissa esitetään vastaukset sekä jokaiseen näihin yhdeksään järkyttävään tapahtumaan erikseen (ennen matkaa tai matkan aikana), että niistä muodostettuina kolmena yhdistettynä muuttujana: kokenut jon-

kun järkyttävän tapahtuman ennen matkaa; kokenut jonkun järkyttävän tapahtuman matkan aikana; kokenut jonkun järkyttävän tapahtuman ennen matkaa tai sen aikana. Lisäksi joidenkin järkyttävien tapahtumien osalta tarkastellaan erikseen ennen matkaa ja matkan aikana tapahtuneita tapahtumia.

Nuorilta ennen Suomeen tuloa koettuja järkyttäviä tapahtumia kysyttiin haastattelussa seuraavalla kysymyksellä: Toisinaan ihmisille tapahtuu asioita, jotka ovat äärimmäisen järkyttäviä – esimerkiksi että he joutuvat hengenvaaralliseen tilanteeseen, kuten vakavaan onnettomuuteen tai tulipaloon, joutuvat pahoinpidellyksi, näkevät toisen ihmisen kuoleman tai kuulevat, että jollekin läheiselle on tapahtunut jotain hirveää. Onko perheessäsi tapahtunut viime vuonna jokin vakava muutos (arvioero tms.)? Oletko joskus joutunut eroon perheestäsi vastoin tahtoasi (esim. poliisin, sosiaaliviranomaisen tai sotilaiden toimesta, tai synnyinmaasta paetessasi)? Onko kukaan sinulle todella rakas kuollut? Onko sinulla koskaan ollut henkeä uhkaava terveysongelma? Oletko ollut vakavassa onnettomuudessa (esim. auto-onnettomuudessa)? Oletko koskaan ollut luonnonkatastrofissa tai vastaavassa (esim. tulvassa, pyörremyrskyssä, tulipalossa, lumivyöryssä, maanjäristyksessä, panttivankina, kemikaalionnettomuudessa)? Oletko kokenut sodan tai aseellisen konfliktin synnyinmaassasi? Onko kukaan koskaan lyönyt, potkinut, ampunut tai muulla tavoin yrittänyt vahingoittaa sinua ruumiillisesti? Oletko koskaan nähnyt sellaista tapahtuvan jollekin toiselle tosielämässä (ei vain televisiossa tai elokuvassa)? Onko joku joskus yrittänyt koskettaa sinua seksuaalisesti vastoin tahtoasi tai pakottanut sinut seksiin? Oletko koskaan ollut jossain muussa hyvin stressaavassa tilanteessa, jossa tunsit olevasi suuressa vaarassa? Oletko koskaan ollut jossain muussa hyvin stressaavassa tilanteessa, jossa tunsit jonkun toisen olevan suuressa vaarassa? Jokaiseen edellä mainituista 12:ta kysymyksestä vastattiin erikseen (ei/kyllä, ennen matkaa/kyllä, matkan aikana). Vastaajan oli mahdollista vastata myönteisesti molempiin kyllä-vastauksiin. Tämän raportin tuloksissa esitetään vastaukset sekä jokaiseen näihin 12:ta järkyttävään tapahtumaan erikseen (ennen matkaa tai matkan aikana; pois lukien seksuaaliväkivallan kysymisen, jota oli kokenut vain harva nuorista ja lapsista), että niistä muodostettuina kolmena yhdistettynä muuttujana: kokenut jonkun järkyttävän tapahtuman ennen matkaa; kokenut jonkun järkyttävän tapahtuman matkan aikana; kokenut jonkun järkyttävän tapahtuman ennen matkaa tai sen aikana. Alakouluikäisten ja alle kouluikäisten lasten osalta järkyttäviä tapahtumia kartoitettiin samojen kysymysten avulla kuin nuorilta, mutta lapsen puolesta kysymyksiin vastasi lapsen huoltaja.

Tulokset

Aikuiset

Aikuisista yli 80 % oli kokenut jonkin järkyttävän, mahdollisesti traumaattisen tapahtuman joko entisessä kotimaassa tai turvapaikanhakumatkan aikana (taulukko 9.2.1). Turvapaikanhakumatkan aikana jonkin järkyttävän tapahtuman oli kokenut hieman yli joka kymmenes vastaajista. Yleisimpiä järkyttävistä tapahtumista olivat

toisen ihmisen väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen, fyysisen tai vakavan fyysisen vahingonteon kohteeksi joutuminen, joista jokaista oli kokenut yli puolet vastaajista. Myös muut järkyttävät tapahtumat olivat yleisiä, esimerkiksi kidutusta oli kokenut 40 % vastaajista, vangittuna tai kidnapattuna sekä pakotettuna tai huijattuna oli ollut kolmannes vastaajista. Miehet olivat kokeneet järkyttäviä tapahtumia hieman useammin kuin naiset, vaikka kokemukset olivat yleisiä sekä miehillä että naisilla. Miehet olivat nähneet väkivaltaa, olleet fyysisen vahingonteon kohteena, olleet vangittuna tai kidnapattuna sekä kidutettuina useammin kuin naiset. Naiset olivat puolestaan kokeneet seksuaalista väkivaltaa useammin kuin miehet: peräti neljännes naisista oli kokenut seksuaalista väkivaltaa.

Aikuisten ikäryhmät eivät eronneet toisistaan ennen Suomeen tuloa koettujen järkyttävien tapahtumien suhteen muutoin, kuin että nuoret aikuiset olivat useammin kokeneet jonkin järkyttävän tapahtuman turvapaikanhakumatkan aikana kuin vanhemmat ikäryhmät: alle 30-vuotiaista aikuisista lähes viidennes oli kokenut tällaisen siinä missä 7–10 % yli 29-vuotiaista (taulukko 9.2.2).

Maaryhmien mukaisissa tarkasteluissa ryhmät erosivat toisistaan voimakkaasti (taulukko 9.2.3). Muu Afrikka -taustaisista lähes kaikki (94 %) olivat kokeneet vähintään yhden järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa siinä missä osuus muissa ryhmissä oli 80–82 %. Muu Afrikka -taustaisessa ryhmässä myös useat yksittäiset järkyttävät tapahtumat olivat yleisempiä kuin muissa ryhmissä, kuten sodan taistelujen keskelle joutuminen, väkivallan näkeminen ja fyysisen vahingonteon kohteena, kidnapattuna, kidutettuna, seksuaalisen väkivallan kohteena tai pakotettuna tai huijattuna oleminen. Muu Afrikka -taustaisista esimerkiksi 60 % oli ollut kidutettuna ja 34 % seksuaalisen väkivallan kohteena.

Maaryhmien ja sukupuolten mukaisissa tarkasteluissa tehtiin myös kiinnostavia havaintoja (kuvio 9.2.1). Esimerkiksi peräti 57 % Muu Afrikka -taustaisista naisista oli joutunut seksuaalisen väkivallan kohteeksi, ja miehistäkin 18 % (kuvio 9.2.2). Muu Afrikka -taustaisista miehistä 67 % oli ollut kidutuksen kohteena siinä missä 53 % naisista (kuvio 9.2.3). Myös muiden maaryhmien miehillä kidutuskokemukset olivat yleisiä.

Myös matkan aikana järkyttäviä tapahtumia kokeneiden osuudet erosivat toisistaan vahvasti maaryhmän mukaan: peräti 38 % Muu Afrikka -ryhmässä oli kokenut jonkin järkyttävän tapahtuman matkan aikana siinä missä selvästi harvempi muissa ryhmissä. Järkyttäviä tapahtumia erillisinä tarkasteltaessa havaittiin, että matkan aikana tapahtuneet järkyttävät tapahtumat olivat Muu Afrikka -ryhmässä yleisiä sekä miehillä että naisilla, ja joissain kohdin yleisempiä naisilla kuin miehillä. Esimerkiksi 21 % naisista ja 14 % miehistä oli kokenut kidutusta matkan aikana siinä missä 5 % kaikkien maaryhmien aikuisista, 37 % naisista ja 12 % miehistä oli ollut pakotettuna tai huijattuna matkan aikana siinä missä 5 % kaikista aikuisista, 23 % naisista ja 15 % miehistä oli ollut vangittuna tai kidnapattuna matkan aikana siinä missä 5 % kaikista aikuisista, ja 29 % naisista oli ollut seksuaalisen väkivallan kohteena matkan aikana siinä missä 3 % kaikista aikuisista.

Taulukko 9.2.1. Järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen tuloa sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=470	Naiset n=310	Yhteensä n=780
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen Suomeen tuloa	88,7 (85,5–91,3)	73,9 (68,7–78,5)	82,8 (80,0–85,3)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen turvapaikanhakumatkaa	87,2 (83,9–90,0)	73,2 (68,0–77,9)	81,7 (78,8–84,2)
Jokin järkyttävä tapahtuma turvapaikanhakumatkan aikana	11,5 (8,9–14,7)	12,9 (9,6–17,1)	12,1 (9,9–14,5)
Sodan keskelle joutuminen	31,3 (27,2–35,6)	28,7 (23,9–34,0)	30,3 (27,1–33,6)
Luonnonkatastrofin uhriksi joutuminen	20,9 (17,4–24,8)	19,1 (15,1–23,9)	20,2 (17,5–23,2)
Väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen	63,6 (59,2–67,9)	43,3 (37,9–48,9)	55,6 (52,1–59,1)
Fyysisen vahingon teon kohteeksi joutuminen	64,7 (60,2–68,9)	45,3 (39,8–50,9)	57,0 (53,5–60,5)
Vakavan fyysisen vahingon teon kohteeksi joutuminen	59,5 (55,0–63,9)	37,9 (32,6–43,4)	50,9 (47,4–54,4)
Vangittuna tai kidnapattuna oleminen	40,2 (35,8–44,7)	21,4 (17,1–26,3)	32,7 (29,5–36,1)
Kidutettuna oleminen	48,3 (43,8–52,8)	28,2 (23,4–33,4)	40,3 (36,9–43,8)
Seksuaalisen väkivallan uhriksi joutuminen	7,7 (5,6–10,5)	24,4 (19,9–29,6)	14,4 (12,1–17,0)
Pakotetuksi tai huijatuksi joutuminen	37,7 (33,4–42,2)	35,0 (29,8–40,5)	36,6 (33,3–40,1)

LV, luottamusväli

Taulukko 9.2.2. Järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen tuloa ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=291	30–39v n=289	40v+ n=200
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen Suomeen tuloa	85,6 (81,0–89,2)	80,3 (75,3–84,5)	82,5 (76,6–87,2)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen turvapaikanhakumatkaa	83,8 (79,2–87,7)	79,6 (74,5–83,8)	81,5 (75,5–86,3)
Jokin järkyttävä tapahtuma turvapaikanhakumatkan aikana	17,9 (13,9–22,7)	9,7 (6,8–13,7)	7,0 (4,2–11,5)
Sodan keskelle joutuminen	32,6 (27,5–38,3)	28,7 (23,8–34,2)	29,0 (23,1–35,7)
Luonnonkatastrofin uhriksi joutuminen	18,7 (14,6–23,6)	21,1 (16,8–26,2)	21,0 (15,9–27,2)
Väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen	58,6 (52,9–64,2)	52,8 (47,0–58,5)	55,3 (48,3–62,1)
Fyysisen vahingonteon kohteeksi joutuminen	60,6 (54,8–66,0)	55,2 (49,4–60,9)	54,5 (47,5–61,3)
Vakavan fyysisen vahingonteon kohteeksi joutuminen	51,9 (46,1–57,6)	49,1 (43,4–54,9)	52,0 (45,1–58,9)
Vangittuna tai kidnapattuna oleminen	34,5 (29,2–40,1)	29,2 (24,2–34,7)	35,2 (28,8–42,1)
Kidutettuna oleminen	40,5 (35,0–46,3)	37,5 (32,1–43,2)	43,9 (37,2–50,9)
Seksuaalisen väkivallan uhriksi joutuminen	13,2 (9,7–17,6)	16,4 (12,6–21,2)	13,1 (9,0–18,5)
Pakotetuksi tai huijatuksi joutuminen	33,6 (28,3–39,2)	39,4 (33,9–45,2)	37,1 (30,6–44,0)

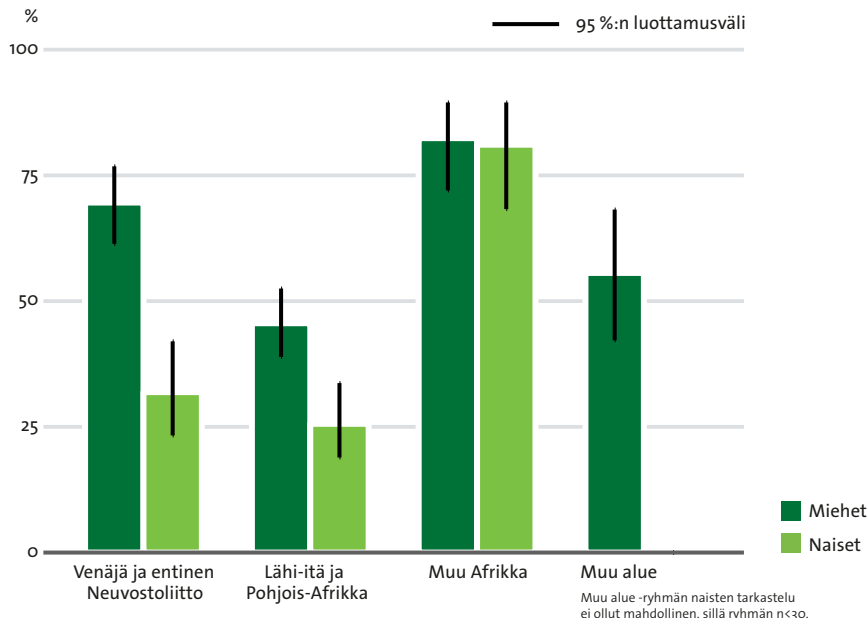
LV, luottamusväli

Taulukko 9.2.3. Järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen tuloa taustamaittain, aikuiset

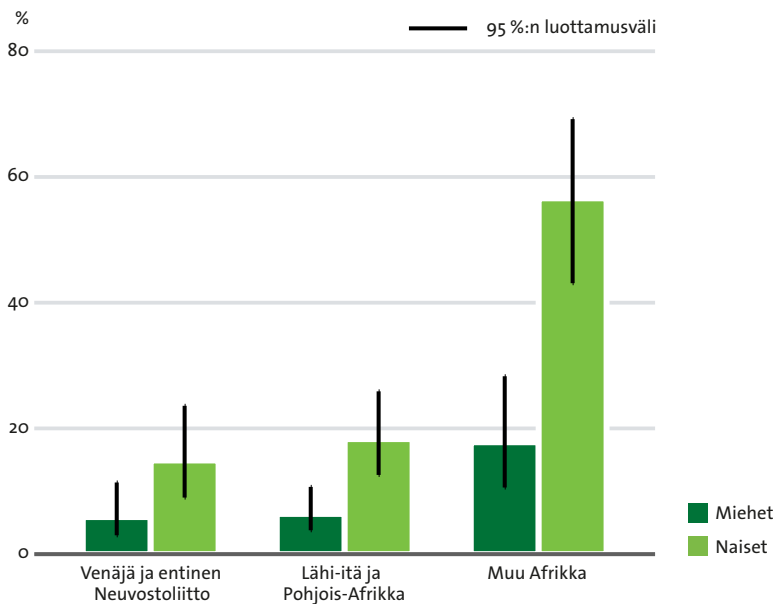
	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=229	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=339	Muu Afrikka n=128	Muu alue n=84
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen Suomeen tuloa	80,8 (75,2–85,4)	80,2 (75,6–84,1)	93,8 (88,0–96,8)	82,1 (72,4–88,9)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen turvapaikanhaku- matkaa	79,9 (74,2–84,6)	79,4 (74,7–83,3)	91,4 (85,1–95,2)	81,0 (71,1–88,0)
Jokin järkyttävä tapahtuma turva- paikanhakumatkan aikana	2,2 (0,9–5,1)	10,9 (8,0–14,7)	37,5 (29,5–46,2)	NA ¹
Sodan keskelle joutuminen	17,9 (13,5–23,4)	29,8 (25,2–34,9)	50,0 (41,4–58,6)	35,7 (26,2–46,5)
Luonnonkatastrofin uhriksi joutuminen	13,6 (9,7–18,7)	24,9 (20,5–29,7)	15,6 (10,3–23,0)	26,2 (17,9–36,6)
Väkivaltaisen kuole- man tai loukkaantu- misen näkeminen	45,4 (39,1–51,9)	51,6 (46,3–56,9)	79,5 (71,6–85,7)	63,1 (52,3–72,7)
Fyysisen vahingon- teon kohteeksi joutuminen	67,2 (60,9–73,0)	41,7 (36,6–47,1)	80,2 (72,3–86,2)	56,0 (45,2–66,2)
Vakavan fyysisen vahingon teon koh- teeksi joutuminen	54,1 (47,6–60,5)	37,8 (32,7–43,0)	81,9 (74,2–87,7)	48,2 (37,7–58,9)
Vangittuna tai kid- napattuna oleminen	30,6 (24,9–36,8)	27,2 (22,7–32,2)	53,2 (44,4–61,7)	29,8 (21,0–40,4)
Kidutettuna oleminen	30,8 (25,2–37,2)	38,5 (33,4–43,8)	60,3 (51,5–68,5)	42,9 (32,7–53,6)
Seksuaalisen väkivallan uhriksi joutuminen	9,6 (6,4–14,2)	11,1 (8,1–14,9)	34,1 (26,4–42,8)	10,7 (5,7–19,3)
Pakotetuksi tai hui- jatuksi joutuminen	32,9 (27,1–39,3)	32,1 (27,3–37,3)	57,6 (48,8–66,0)	33,3 (24,1–44,1)

LV, luottamusväli

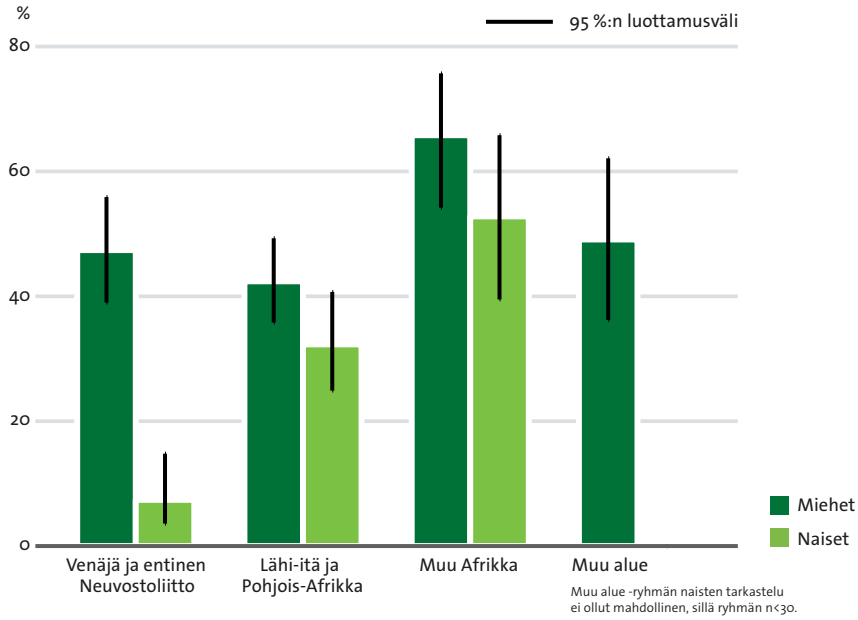
¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5



Kuvio 9.2.1. Vakavan fyysisen vahingon kohteeksi ennen Suomeen tuloa joutuneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 9.2.2. Seksuaalisen väkivallan kohteeksi ennen Suomeen tuloa joutuneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 9.2.3. Kidutusta ennen Suomeen tuloa kokeneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Jonkin järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa raportoi 87 % 13–17-vuotiaista nuorista, ja 16 % oli kokenut niistä jonkin turvapaikanhakumatkan aikana (taulukko 9.2.4). Erilaisten järkyttävien tapahtumien esiintyvyydet olivat paikoitellen korkeita. Hieman alle puolella nuorista joku tärkeä henkilö oli menehtynyt, ja 40 % nuorista oli nähnyt toiseen ihmiseen kohdistuvaa ruumiillista väkivaltaa. Noin kolmannes oli ollut sodassa tai aseellisessa konfliktissa. Joka neljättä oli vahingoitettu tai yritetty vahingoittaa ruumiillisesti, ja joka viides nuorista oli joutunut eroon perheestään vastoin tahtoaan. Lisäksi lähes puolet nuorista koki olleensa jossain muussa todella stressaavassa tilanteessa, jossa oli tuntenut olevansa suuressa vaarassa sekä sellaisessa stressaavassa tilanteessa, jossa oli tuntenut jonkun toisen olevan suuressa vaarassa.

Taulukko 9.2.4. Järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen tuloa, nuoret

	Yhteensä n=63 % (95 %:n LV)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen Suomeen tuloa	87,3 (76,3–93,6)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen turvapaikanhakumatkaa	85,7 (74,4–92,5)
Jokin järkyttävä tapahtuma turvapaikanhakumatkan aikana	15,9 (8,6–27,4)
Perheessä vakava muutos viime vuonna	27,4 (17,6–40,1)
Joutunut eroon perheestään vastoin tahtoaan	20,6 (12,2–32,7)
Joku todella rakas kuollut	42,9 (31,0–55,6)
Henkeä uhkaava terveysongelma	14,5 (7,6–26,0)
Vakava onnettomuus	12,9 (6,5–24,1)
Luonnonkatastrofi	7,8 (3,2–17,8)
Sodan tai aseellisen konfliktin kokeminen	34,4 (23,6–47,1)
Vahingoitettu tai yritetty vahingoittaa ruumiillisesti	25,0 (15,7–37,3)
Nähnyt toiselle tapahtuvaa ruumiillista väkivaltaa	39,7 (28,2–52,5)
Muu stressaava tilanne, jossa kokemus suuresta vaarasta	45,2 (33,0–57,9)
Muu stressaava tilanne, jossa kokemus toisen suuresta vaarasta	45,2 (33,0–57,9)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Jonkin järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa oli huoltajan raportoinnin mukaan kokenut 73 % 7–12-vuotiaista alakouluikäisistä lapsista, ja 13 % oli kokenut niistä jonkin turvapaikanhakumatkan aikana (taulukko 9.2.5). Neljännes oli nähnyt toiseen ihmiseen kohdistuvaa väkivaltaa, viidenneksellä oli joku todella rakas henkilö menehtynyt, ja 15 % oli joutunut eroon perheestään vastoin tahtoaan. Lisäksi noin puolet oli ollut jossain muussa todella stressaavassa tilanteessa, jossa oli tuntenut olevansa suuressa vaarassa sekä sellaisessa muussa stressaavassa tilanteessa, jossa oli tuntenut toisen ihmisen olevan suuressa vaarassa. Kokemukset olivat yhtä yleisiä sekä pojilla että tytöillä.

Taulukko 9.2.5. Järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen tuloa sukupuolittain, alakouluikäisen lapset

	Pojat n=53	Tytöt n=41	Yhteensä n=94
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen Suomeen tuloa	75,5 (62,1–85,2)	70,7 (55,1–82,6)	73,4 (63,5–81,4)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen turvapaikanhakumatkaa	66,0 (52,3–77,5)	65,9 (50,2–78,7)	66,0 (55,8–74,9)
Jokin järkyttävä tapahtuma turvapaikanhakumatkan aikana	13,2 (6,4–25,3)	12,2 (5,1–26,3)	12,8 (7,4–21,2)
Perheessä vakava muutos viime vuonna	34,0 (22,5–47,7)	31,7 (19,3–47,4)	33,0 (24,2–43,1)
Joutunut eroon perheestään vastoin tahtoaan	13,2 (6,4–25,3)	17,1 (8,3–31,8)	14,9 (9,0–23,7)
Joku todella rakas kuollut	22,6 (13,3–35,9)	14,6 (6,7–29,1)	19,1 (12,4–28,4)
Henkeä uhkaava terveysongelma	NA ¹	NA ¹	5,3 (2,2–12,2)
Vakava onnettomuus	13,2 (6,4–25,3)	15,0 (6,9–29,7)	14,0 (8,3–22,7)
Luonnonkatastrofi	NA ¹	NA ¹	6,4 (2,9–13,6)
Sodan tai aseellisen konfliktin kokeminen	17,0 (9,0–29,6)	NA ¹	12,8 (7,4–21,2)
Vahingoitettu tai yritetty vahingoittaa ruumiillisesti	18,9 (10,4–31,7)	NA ¹	14,9 (9,0–23,7)
Nähty toiselle tapahtuvaa ruumiillista väkivaltaa	22,6 (13,3–35,9)	26,8 (15,5–42,4)	24,5 (16,8–34,2)
Muu stressaava tilanne, jossa kokemus suuresta vaarasta	41,5 (29,0–55,2)	50,0 (34,9–65,1)	45,2 (35,3–55,4)
Muu stressaava tilanne, jossa kokemus toisen suuresta vaarasta	50,9 (37,6–64,1)	60,0 (44,2–73,9)	54,8 (44,6–64,7)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Alle kouluikäiset lapset

Huoltajat raportoivat noin puolen alle kouluikäisistä 0–6-vuotiaista lapsista kokeneen jonkin järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa, ja 14 % oli kokenut niistä jonkin turvapaikanhakumatkan aikana (taulukko 9.2.6). Neljänneksellä oli tapahtunut perheessä jokin vakava muutos viimeksi kuluneen vuoden aikana. Joka kymmenes oli joutunut eroon perheestään vastoin tahtoaan, oli menettänyt jonkun todella rakkaan ihmisen, oli ollut sodassa tai aseellisessa konfliktissa ja nähnyt toiseen ihmiseen kohdistuvaa ruumiillista väkivaltaa. Lisäksi viidennes oli ollut jossain muussa todella stressaavassa tilanteessa, jossa oli tuntenut olevansa suuressa vaarassa ja neljännes sellaisessa muussa stressaavassa tilanteessa, jossa oli tuntenut toisen ihmisen olevan suuressa vaarassa. Järkyttävät kokemukset olivat yhtä yleisiä sekä pojilla että tytöillä.

Taulukko 9.2.6. Järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen tuloa sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=69	Tytöt n=70	Yhteensä n=139
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen Suomeen tuloa	47,8 (36,3–59,6)	60,0 (48,1–70,8)	54,0 (45,6–62,1)
Jokin järkyttävä tapahtuma ennen turvapaikanhakumatkaa	42,0 (30,9–54,0)	52,9 (41,1–64,3)	47,5 (39,3–55,8)
Jokin järkyttävä tapahtuma turvapaikanhakumatkan aikana	11,6 (5,9–21,6)	17,1 (10,0–27,9)	14,4 (9,4–21,3)
Perheessä vakava muutos viime vuonna	26,1 (17,0–37,7)	27,1 (18,0–38,8)	26,6 (19,9–34,6)
Joutunut eroon perheestään vastoin tahtoaan	10,1 (4,9–19,9)	8,6 (3,9–17,9)	9,4 (5,5–15,5)
Joku todella rakas kuollut	NA ¹	14,3 (7,8–24,6)	9,4 (5,5–15,5)
Henkeä uhkaava terveysongelma	NA ¹	NA ¹	5,0 (2,4–10,2)
Luonnonkatastrofi	NA ¹	NA ¹	3,6 (1,5–8,4)
Sodan tai aseellisen konfliktin kokeminen	8,7 (3,9–18,1)	11,4 (5,8–21,3)	10,1 (6,0–16,3)
Vahingoitettu tai yritetty vahingoittaa ruumiillisesti	NA ¹	NA ¹	3,6 (1,5–8,5)
Nähnyt toiselle tapahtuvaa ruumiillista väkivaltaa	10,3 (5,0–20,1)	11,4 (5,8–21,3)	10,9 (6,6–17,3)
Muu stressaava tilanne, jossa kokemus suuresta vaarasta	20,6 (12,5–31,9)	18,8 (11,2–29,9)	19,7 (13,8–27,3)
Muu stressaava tilanne, jossa kokemus toisen suuresta vaarasta	26,9 (17,6–38,8)	28,6 (19,2–40,3)	27,7 (20,8–35,9)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Yhteenveto ja pohdinta

Järkyttävät, mahdollisesti traumaattiset tapahtumat ennen Suomeen tuloa olivat yleisiä sekä lapsilla, nuorilla että aikuisilla. Aikuisista turvapaikanhakijoista yli neljä viidestä oli kokenut jonkin järkyttävän tapahtuman joko entisessä kotimaassaan tai turvapaikanhakumatkan aikana. Tämä tulos on linjassa aikaisempien Suomessa sekä muualla tehtyjen selvitysten kanssa. Huomionarvoista on, miten yleisiä olivat eri järkyttävien tapahtumien muodot, esimerkiksi kidutuksen uhrien suuri osuus, 40 %. Jatkotutkimusten olisi tärkeää selvittää lisää järkyttävien tapahtumien kumulointeisuudesta sekä yhteyksistä psyykkisiin ja muihin oireisiin samalla muistaen, että järkyttävien tapahtumien kokeminen ei automaattisesti johda traumatisoitumiseen tai mielenterveysoireisiin.

Taustamaittain tuloksia tarkasteltaessa huomio kiinnittyi Muu Afrikka -ryhmään, jossa lähes kaikki olivat kokeneet järkyttäviä tapahtumia ennen Suomeen tuloa. Tässä ryhmässä myös esimerkiksi kidutuksen uhrien ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden osuudet olivat hälyttävän suuria. Muu Afrikka -ryhmässä oli myös runsaasti turvapaikanhakumatkan aikana järkyttäviä tapahtumia kokeneita. Tämä nostaa esille tarpeen edistää muita kansainvälisen suojelun saamisen muotoja, kuten kiintiöpakolaisuuden, jotta turvapaikanhakumatkan aikana tapahtuneet järkyttävät kokemukset eivät entisestään kuormita uudesta maasta turvaa hakevia ja uuteen maahan asettuvia.

Nuorista jopa 87 %, kouluikäisistä lapsista 73 % ja alle kouluikäisistä lapsista 54 % oli kokenut jonkin järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa, ja tapahtumat olivat yhtä yleisiä sekä pojilla että tytöillä. Myös nuorten ja lasten järkyttävien asioiden kokemiseen ja mahdolliseen traumatisoitumiseen on siis syytä kiinnittää huomiota ja huolehtia tarpeenmukaisista toimenpiteistä. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää tarjota heille ja heidän perheilleen turvallisia tapoja saavuttaa kansainvälistä suojelua.

Samalla kun alkuterveystarkastuksessa selvitetään turvapaikanhakijan mielenterveyden tilaa, siihen vaikuttavia tekijöitä ja mahdollista oireilua, on hyvä kysyä myös mahdollisesti koetuista järkyttävistä tapahtumista, sillä ne voivat olla yksi hakijan mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä. Aiheen sensitiivisyyden vuoksi hakijalle on samalla hyvä jättää vapautta päättää, missä määrin hän näitä asioita milläkin ajan hetkellä haluaa käsitellä. Hakijaa voi myös kehottaa palamaan itse myöhemmin asiaan, mikäli hän kokee sen tarpeelliseksi.

Järkyttävän tapahtuman kokeminen ei automaattisesti johda traumatisoitumiseen tai mielenterveysoireisiin, ja läheskään kaikki järkyttävän tapahtuman kokeneet eivät tarvitse siihen liittyvää hoitoa vastaanottovaiheessa tai välttämättä koskaan elämänsä aikana. Hakijoiden mahdollisesti kokemien järkyttävien tapahtumien tietäminen ja ymmärtäminen voi kuitenkin auttaa vastaanottokeskusten henkilökuntaa tulemaan tietoisiksi näistä kokemuksista, jotka voivat olla merkittäviä turvapaikanhakijoiden hyvinvoinnille ja arjesta selviytymiselle. Lisäksi niistä kysyminen voi antaa turvapaikanhakijalle viestin, että järkyttävien tapahtumien yleisyydestä tiedetään

ja että niistä on myös mahdollista puhua. Osa järkyttävistä tapahtumista saattaa liittyä myös hakijoiden erityisiin vastaanottotarpeisiin. Järkyttävien tapahtumien selvittelyn kautta voidaan tunnistaa esimerkiksi lähisuhdeväkivaltaa kokeneita tai kidutuksen ja ihmiskaupan uhreja.

Tässä tutkimuksessa käytetyt menetelmät järkyttävien, mahdollisesti traumaattisten tapahtumien kysymiseen soveltuivat tämän tutkimusten kokemusten perusteella käyttötarkoitukseensa hyvin, ja soveltuisivat myös esimerkiksi turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastuksessa käytettäviksi. Pakottamista tai huijaamista kartoittanutta kysymystä on syytä tarkentaa vielä paremmin ihmiskauppaan liittyväksi. Alle kouluikäisten ja alakouluikäisten lasten kohdalla on hyvä huomioida, että huoltajilla voi olla vaikeaa arvioida lasten vointia tai heidän kokemiaan järkyttäviä tapahtumia.

10 Elintavat

Monet elintavat vaikuttavat tämänhetkiseen terveyteen ja hyvinvointiin ja ne myös määrittävät myöhempää terveyttä, pitkäaikaissairauksia ja kuolinsyitä. TERTTU-tutkimukseen valittiin keskeisimmistä terveyteen vaikuttavista elintavoista tupakka- ja nikotiinivalmisteiden, alkoholin sekä muiden päihteiden käyttö ja ruokatottumukset. Liikuntatottumuksia tai unen määrää ei selvitetty, sillä yleisesti näiden elintapojen selvittämiseen käytetyt mittarit eivät sovellu hiljattain maahan saapumisen jälkeiseen tilanteeseen. Univaikeuksiin ja -häiriöihin viittaavia oireita on käsitelty tässä raportissa lasten ja nuorten osalta luvussa 7.2 ja psyykkisten oireiden osalta luvussa 9.1. Ruokatottumuksista esitetään keskeisimmät, erityisesti vastaanottokeskusten ateriapalveluihin vaikuttavat tulokset.

10.1 Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö

Hanna Ollila, Otto Ruokolainen, Natalia Skogberg

- Päivittäin tai satunnaisesti tupakoi 37 % turvapaikkaa hakevista miehistä, erityisesti Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- (42 %) sekä Muu alue -ryhmissä (41 %).
- Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleista naisista 13 % ja Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleista naisista 16 % tupakoi nykyisin, muilta kuin näiltä alueilta tulleet naiset puolestaan hyvin harvoin.
- Turvapaikanhakijat käyttivät lähinnä poltettavia tupakkatuotteita, erityisesti tehdasvalmisteisia ja itse käärittäviä savukkeita, mutta satunnaisesti myös vesipiippua.
- Kaikille tupakoiville turvapaikanhakijoille olisi tärkeää tarjota tietoa tupakoinnin haitoista ja heitä tulisi tukea tupakoinnin lopettamiseen alkuterveystarkastuksessa.
- Myös turvapaikanhakijalasten altistusta tupakansavulle tulisi selvittää.

Johdanto

Tupakointi on yksi merkittävimmistä elintapoihin liittyvistä sairastavuutta ja enenenaikaista kuolleisuutta aiheuttavista tekijöistä. Keuhkosyövistä 80–90 % aiheutuu tupakoinnista ja tupakointi on merkittävä tekijä myös useissa muissa syövässä, verenkiertoelinten sairauksissa sekä keuhkohtaumataudissa (GBD 2015 Tobacco Collaborators 2017; Lee ym. 2012; Pitkaniemi ym. 2017). Tupakoinnin lopettamisella on merkittäviä terveyshyötyjä ja jokaiselle tupakoijalle on tärkeää tarjota tukea lopettamiseen.

Turvapaikanhakijoiden tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstä ei ole aiempaa tietoa Suomesta ja muualtakin hyvin niukasti. Italiassa vuosina 2012–2013 tehdys- sä tutkimuksessa turvapaikkaa hakevien aikuisten päivittäinen tupakointi vaihteli 13 %:n ja 43 %:n välillä lähtöalueesta riippuen (Russo ym. 2016). Itäisen Aasian alueel- ta tulleet tupakoivat muita aasialaisia ja afrikkalaisia turvapaikanhakijoita yleisem- min (Russo ym. 2016).

Suomessa toteutetun Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu) mukaan venäläis- ja kurditaustaiset miehet tupakoivat koko väestön mie- hiä useammin (28–31 % vs. 20 %, Prättälä ym. 2012). Noin joka kymmenes soma- lialaistaustainen mies tupakoi päivittäin. Venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaiset naiset tupakoivat selvästi harvemmin kuin koko väestön naiset. Varsinkin soma- lialaistaustaisten naisten tupakointi oli harvinaista (<1 %). Ulkomaista syntype- rää olevien työ ja hyvinvointi (UTH) -tutkimuksen mukaan ulkomaalaistaustais- ten päivittäinen tupakointi oli vuonna 2014 kokonaisuudessaan hieman yleisempää verrattuna Suomen koko väestöön. Ulkomaalaistaustaisten miesten tupakointi oli yleisempää kuin naisilla. Sukupuolierot olivat erityisen suuret Aasiasta ja muual- ta Afrikasta kuin Pohjois-Afrikasta tulleilla, joilla naisten tupakointia esiintyi vähän (Koponen ym. 2015c).

Menetelmät

Tupakointia selvitettiin aikuisilta ja nuorilta turvapaikanhakijoilta haastattelun yh- teydessä. Aikuisilta kysyttiin, kuinka usein hän käyttää seuraavia tupakka- ja niko- tiinituotteita: tehdasvalmisteisia savukkeita; itse käärittyjä savukkeita; sähkösavuk- keita; sikareita; piippua; vesipiippua (esim. shisha, hookah); nuuskaa; muuta suussa käytettävää tupakkaa (esim. purutupakka) tai muuta tupakka- tai nikotiinituotetta. Kysymystä esittäessä näytettiin lueteltuja tupakka- ja nikotiinituotteita havainnollis- tavaa kuvakorttia. Vastausvaihtoehdot olivat: en käytä lainkaan/käytän satunnaisesti/ikäytän päivittäin tai lähes päivittäin.

Nuorilta kysyttiin ensin, onko hän koskaan polttanut tupakkaa. Myönteiseen vastaukseen esitettiin jatkokysymys: kuinka usein nuori tupakoi tällä hetkellä (päi- vittäin/viikoittain, mutta ei päivittäin/harvemmin kuin kerran viikossa/en polta). Lisäksi nuorelta kysyttiin, käyttääkö hän muita tupakka- ja nikotiinituotteita: säh- kösavukkeita; sikareita; piippua; vesipiippua (esim. shisha, hookah); nuuskaa; muu- ta suussa käytettävää tupakkaa (esim. purutupakka) tai muuta tupakka- tai nikoti- nituotetta. Kysymystä esittäessä näytettiin lueteltuja tupakka- ja nikotiinituotteita havainnollistavaa kuvakorttia. Vastausvaihtoehdot olivat: en käytä lainkaan/käytän satunnaisesti/ikäytän päivittäin tai lähes päivittäin.

Tässä luvussa raportoidaan niiden osuus, jotka käyttivät ainakin jotain tupak- ka- ja nikotiinituotteita nykyisin (satunnaisesti tai päivittäin) sekä päivittäin. Lisäk- si raportoidaan erikseen tehdasvalmisteisten savukkeiden, itse käärittyjen savukkei- den ja vesipiipun käytön yleisyyttä.

Tulokset

Aikuiset

Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö oli yleistä turvapaikkaa hakevilla miehillä (taulukko 10.1.1). Yli kolmannes heistä käytti nykyisin (eli päivittäin tai satunnaisesti) jotain tupakka- tai nikotiinituotetta, naisista noin kuudesosa. Miehistä yli neljännes käytti päivittäin jotain tupakka- tai nikotiinituotetta, naisista alle kymmenesosa. Yleisimmin poltettiin tehdasvalmisteisia tai itse käärittyjä savukkeita. Vesipiippua käytettiin lähinnä satunnaisesti. Sikarin, piipun, sähkösavukkeen, nuuskan, muun suussa käytettävän tupakan ja muiden mahdollisten tupakka- tai nikotiinituotteiden päivittäistä käyttöä ei esiintynyt lainkaan. Miehistä 1–2 % käytti satunnaisesti piippua, sikareita, sähkösavukkeita ja/tai nuuskaa, mutta naisilla käyttöä ei esiintynyt. Koska tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö keskittyi poltettaviin tupakkatuotteisiin, ikä- ja maaryhmittäisissä tuloksissa käytetään vain sanaa tupakointi.

Nuorista aikuisista (18–39-vuotiaat) kolmasosa ja yli 39-vuotiaista noin neljäsosa tupakoi nykyisin (taulukko 10.1.2). Nuorimmassa ikäryhmässä vajaa kolmannes käytti nykyisin jotakin tupakka- tai nikotiinituotetta ja reilu viidesosa päivittäin. Tehdasvalmisteisten savukkeiden polttaminen jakautui tasaisimmin eri ikäryhmiin. Vesipiippua käytettiin vain joskus, ei lainkaan päivittäin.

Maaryhmittäisessä vertailussa ainakin jonkun tupakka- ja nikotiinituotteen nykyinen käyttö oli yleisintä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu alue -ryhmissä (taulukko 10.1.3). Vähiten niitä käyttivät Muun Afrikan alueelta tulleet turvapaikanhakijat. Vesipiipun käyttöä ei esiintynyt Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleilla turvapaikanhakijoilla.

Kun maaryhmiä vertailtiin myös sukupuolen mukaan, havaittiin että Muu Afrikka- ja Muu alue -ryhmien naisilla tupakointi oli hyvin harvinaista (kuvio 10.1.1). Sen sijaan Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueelta tulevista naisista tupakoi nykyisin noin kuudesosa ja Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulevista reilu kymmenesosa. Miesten tupakka- tai nikotiinituotteiden käyttö oli yleisintä Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan sekä muiden maiden alueelta tulevilla turvapaikanhakijoilla, joista noin kaksi viidestä käytti tupakka- tai nikotiinituotteita.

Taulukko 10.1.1. Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=465	Naiset n=309	Yhteensä n=774
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Ainakin joku tupakka- tai nikotiinituote			
Nykyisin ¹	37,1 (32,8–41,6)	14,7 (11,1–19,1)	28,1 (25,1–31,4)
Päivittäin	27,1 (23,2–31,3)	8,4 (5,8–12,1)	19,6 (17,0–22,6)
Tehdasvalmisteiset savukkeet			
Nykyisin ¹	27,7 (23,9–32,0)	9,7 (6,9–13,6)	20,5 (17,8–23,5)
Päivittäin	18,1 (14,8–21,8)	6,8 (4,5–10,2)	13,6 (11,3–16,2)
Itse käärityt savukkeet			
Nykyisin ¹	13,6 (10,8–17,1)	4,2 (2,5–7,2)	9,9 (8,0–12,2)
Päivittäin	10,4 (7,9–13,5)	2,6 (1,3–5,1)	7,3 (5,7–9,4)
Vesipiippu			
Nykyisin ¹	6,3 (4,4–8,9)	3,9 (2,2–6,8)	5,4 (4,0–7,2)

LV, luottamusväli

¹ Satunnaisesti tai päivittäin

Taulukko 10.1.2. Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=288	30–39v n=288	40v+ n=198
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Ainakin joku tupakka- tai nikotiinituote			
Nykyisin ¹	31,9 (26,8–37,6)	28,1 (23,2–33,6)	22,7 (17,4–29,1)
Päivittäin	21,5 (17,2–26,7)	18,1 (14,0–22,9)	19,2 (14,3–25,3)
Tehdasvalmisteiset savukkeet			
Nykyisin ¹	21,5 (17,2–26,7)	22,2 (17,8–27,4)	16,7 (12,1–22,5)
Päivittäin	13,5 (10,0–18,0)	14,2 (10,7–18,8)	12,6 (8,7–18,0)
Itse käärityt savukkeet			
Nykyisin ¹	12,6 (9,2–17,0)	7,7 (5,1–11,4)	9,2 (5,9–14,1)
Päivittäin	9,4 (6,5–13,4)	5,2 (3,2–8,5)	7,1 (4,3–11,7)
Vesipiippu			
Nykyisin ¹	7,4 (4,8–11,0)	5,6 (3,5–9,0)	NA ²

LV, luottamusväli

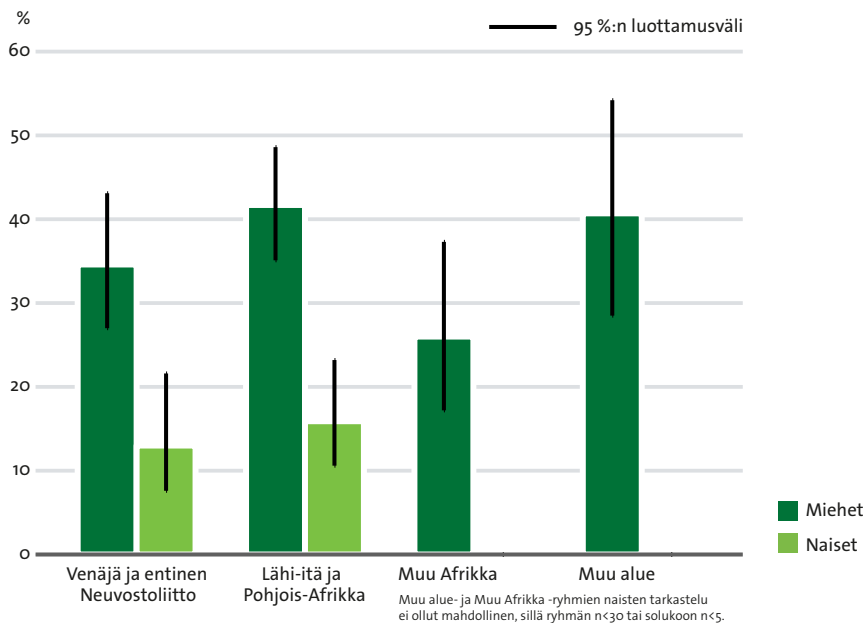
¹ Satunnaisesti tai päivittäin

² NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Taulukko 10.1.3. Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=227	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=337	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=83
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Ainakin joku tupakka- tai nikotiinituote				
Nykyisin ¹	25,8 (20,5–31,9)	31,5 (26,8–36,7)	17,3 (11,7–24,9)	37,3 (27,6–48,2)
Päivittäin	18,5 (14,0–24,1)	21,4 (17,3–26,1)	11,8 (7,2–18,7)	27,7 (19,1–38,3)
Tehdasvalmisteiset savukkeet				
Nykyisin ¹	20,3 (15,5–26,0)	22,0 (17,9–26,7)	12,6 (7,9–19,6)	27,7 (19,1–38,3)
Päivittäin	13,7 (9,8–18,8)	14,5 (11,2–18,7)	7,9 (4,3–14,0)	18,1 (11,2–27,9)
Itse käärityt savukkeet				
Nykyisin ¹	9,9 (6,6–14,6)	11,0 (8,1–14,8)	4,7 (2,1–10,1)	13,3 (7,5–22,4)
Päivittäin	6,3 (3,8–10,4)	8,6 (6,1–12,2)	NA ²	10,8 (5,7–19,6)
Vesipiippu				
Nykyisin ¹	NA ²	8,0 (5,5–11,4)	3,9 (1,6–9,1)	6,1 (2,6–13,8)

LV, luottamusväli

¹ Satunnaisesti tai päivittäin² NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Kuvio 10.1.1. Ainakin jotain tupakka- tai nikotiinituotetta päivittäin tai satunnaisesti käyttävät maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Tupakointi oli hyvin harvinaista 13–17-vuotiailla turvapaikanhakijoilla. Vain hie-
man yli kuudesosa nuorista oli edes kokeillut tupakka- tai nikotiinituotteita.

Yhteenveto ja pohdinta

Erityisesti turvapaikkaa hakevilla miehillä tupakointi on yleistä, mutta myös tur-
vapaikkaa hakevat naiset tupakoivat. Tähän tutkimukseen osallistuneiden miesten
päivittäinen tupakointi oli keskimäärin yleisempää ja naisilla vähäisempää kuin ko-
ko Suomen väestössä (Heloma ym. 2018). Toisaalta 18–29-vuotiailla turvapaikan-
hakijanaisilla tupakointi oli yleisempää kuin samanikäisillä koko väestön naisilla
(Jääskeläinen ym. 2019). Tähän nuorten aikuisten ikäryhmään kuuluvilla koko vä-
estön miehillä oli myös huomattavasti enemmän nuuskan ja nikotiinipitoisten säh-
kösavukkeiden käyttöä, jota taas ei juuri esiintynyt turvapaikanhakijoilla.

Tupakointi heikentää kokonaisvaltaisesti terveyttä ja myös vastustuskykyä tart-
tuville taudeille. Tupakoivat ja tupakansavulle altistuvat ovat suuremmassa riskissä
sairastua ja tuberkuloosikuolleisuus on heillä suurempaa kuin tupakoimattomilla
(USDHHS 2014). Tuberkuloosi myös leviää vesipiipun suukappaleiden välityksellä.
Turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastuksessa on tärkeää kysyä tupakka- ja ni-
kotiinituotteiden käytöstä. Koska tupakointi on miehillä hyvin yleistä, tupakan ai-
heuttamiin sairauksiin heillä tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Tupakoiville tuli-
si tarjota tietoa tupakoinnin haitoista ja tukea tupakoinnin lopettamiseen. Miesten
tupakoinnin yleisyyden takia on mahdollista, että osa turvapaikkaa hakevista naisis-
ta ja lapsista myös altistuu tupakansavulle. Tupakansavun altistuksen aiheuttamista
terveyshaitoista ja suomalaisesta tupakkalainsäädännöstä tulisi antaa tietoa vastaan-
ottokeskuksissa. Lasten altistusta tupakansavulle on tärkeää selvittää alkuterveystar-
kastuksessa.

10.2 Alkoholi ja muut päihteet

Kati Kataja, Natalia Skogberg, Airi Partanen

- Alkoholin ja muiden päihteiden käyttö oli aikuisilla turvapaikanhakijoilla hyvin vähäistä.
- Terveiden kannalta riskialtista alkoholinkäyttöä oli erityisesti Venäjän ja entisen Neuvostoliiton sekä Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta tuleville miehillä.
- Alkoholin ja muiden päihteiden käyttö oli hyvin harvinaista 13–17-vuotiailla turvapaikanhakijoilla, mutta muutamilla nuorista oli kuitenkin terveyden kannalta riskialtista alkoholinkäyttöä.
- Vaikka alkoholin ja muiden päihteiden käyttö vaikuttaisi olevan verrattain vähäistä turvapaikkaprosessin alkuvaiheessa, alkoholinkäyttö saattaa kasvaa pidemmän Suomessa oleskelun myötä.
- Alkoholin ja päihteiden käyttöä on syytä selvittää jo alkuterveystarkastuksessa, jotta tunnistetaan päihteitä terveyden kannalta riskialttiisti käyttävät turvapaikanhakijat.

Johdanto

Tässä luvussa päihteillä tarkoitetaan suomalaisen lainsäädännön mukaan sekä lailliseksi (alkoholi, psykoaktiiviset lääkkeet päihtymystarkoituksessa) että laittomiksi (huumausaineet) määriteltyjä keskushermostoon vaikuttavia psykoaktiivisia aineita. Päihteiden käytöllä voi olla haitallisia vaikutuksia terveyteen. Esimerkiksi alkoholinkäytön on todettu olevan yhteydessä moninlaisiin terveysongelmiin, kuten syöpään, diabetekseen, neuropsykiatriisiin ongelmiin, ruoansulatuksen häiriöihin tai tapaturmiin (Room ym. 2005). Päihteiden käytöstä aiheutuu myös monia sosiaalisia ongelmia käyttäjän itsensä lisäksi hänen läheisilleen ja muille ihmisille (Warpenius ym. 2013).

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna päihteiden käyttö on jännitteinen aihe, johon liitetään eri maantieteellisillä alueilla ja eri kulttuureissa erilaisia merkityksiä ja moraalisia latauksia. Päihteisiin liittyvät lait ja normit vaihtelevat, ja se, minkälainen ja kenen päihteiden käyttö nähdään hyväksyttynä, määrittyy eri kulttuureissa eri tavoin (Obot & Room 2005; Michalak & Trocki 2006). Suomessa alkoholinkäyttö on laillista ja myös yleisesti hyväksyttyä sukupuolesta riippumatta. Vuonna 2016 kerätyn Juomatapatutkimuksen mukaan noin 85 % Suomen aikuisikäisestä väestöstä ilmoitti käyttävänsä alkoholia (Mäkelä 2018). Täysin raittiiden määrän on viime vuosina todettu hieman kasvaneen. Huumausaineiden käyttö Suomessa on huomattavasti alkoholinkäyttöä vähäisempää, joskin erityisesti kannabiksen käyttö on viime vuosikymmenten aikana yleistynyt. Koko Suomen väestöstä lähes joka kymmenes 15–69-vuotiaista on viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttänyt jotain huumausainetta (Karjalainen ym. 2019).

Tutkimukset pysyvästi Suomessa asuvien ulkomaalaistaustaisten aikuisten päihteiden käytöstä osoittavat sen olevan selvästi vähäisempää kuin koko Suomen väestöllä, erityisesti naisilla (Koponen ym. 2015c; Prättälä ym. 2012). Ulkomaalais-taustaisten ryhmien välillä on kuitenkin merkittäviä eroja. Vajaa viidennes Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleista oli täysin raittiita, ja noin kolmannes miehistä käytti alkoholia runsaasti. Lähi-idästä ja Afrikasta tulleista vajaan 60 % miehistä ja 80 % naisista ei käyttänyt alkoholia lainkaan. Koska päihteiden käyttöön liittyvät tavat, normit ja lait vaihtelevat, turvapaikanhakijoiden päihteiden käyttöä tarkasteltaessa on tärkeää, ettei heidän oleteta käyttäytyvän yhdenmukaisena ryhmänä.

Menetelmät

Aikuisten alkoholinkäyttöä kartoitettiin haastattelussa usealla kysymyksellä. Alkoholinkäyttöä selvitettiin kysymällä, onko vastaaja viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana juonut olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia. Säännöllinen, vähintään kaksi kertaa viikossa tapahtuva alkoholinkäyttö on tässä tutkimuksessa luokiteltu alkoholintapakäytöksi. Nautittujen alkoholiannosten määrää selvitettiin kysymällä, kuinka monta annosta alkoholia vastaaja on nauttinut niinä päivinä, jolloin käytti alkoholia. Humalahakuiseksi juomiseksi luokiteltiin ne juomiskerrat, joissa alkoholia on käytetty viisi annosta tai enemmän. Tämä on yleisesti naisten humalajuomisen rajaksi määritetty annosmäärä, mutta tässä tarkastelussa miesten ja naisten humalajuominen määritetään samalla tavalla. Annoskokoja havainnollistettiin kuvamateriaalia apuna käyttäen. Edellisiä kysymyksiä yhdistelemällä luotiin vielä vähintään kohtalaisen riskitason ylittävän alkoholinkäytön luokitus. Tähän ryhmään luokiteltiin ne vastaajat, jotka ilmoittivat käyttäneensä alkoholia vähintään kolme annosta vähintään neljä kertaa viikossa tai vähintään viisi annosta vähintään kahdesti viikossa.

Muiden päihteiden käyttöä selvitettiin kysymällä, onko vastaaja viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia. Vastausvaihtoehdot olivat: en ole käyttänyt/kannabis/khat/amfetamiini/opioidit/rauhottavat tai unilääkkeet päihdetarkoituksessa/jokin muu. Lisäksi selvitettiin eri päihteiden samanaikaista käyttöä kysymällä onko vastaaja viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttänyt kahta tai useampaa päihdettä samanaikaisesti. Suonensisäistä huumausainoiden käyttöä selvitettiin kysymällä onko vastaaja koskaan käyttänyt päihteitä pistämällä. Päihteiden käyttöä koskevan kysymyssarjan lopuksi kysyttiin, kokiko vastaaja tarvetta keskustella jonkun kanssa lisää päihteiden käytöstä ja niihin liittyvistä ongelmista.

Nuorten 13–17-vuotiaiden päihteiden käyttöä kartoitettiin tälle ikäryhmälle soveltuvilla kysymyksillä. Ensin selvitettiin alkoholikokeiluja kysymällä, onko nuori koskaan kokeillut alkoholia. Jos vastaus oli myöntävä, tarkennettiin, montako kertaa hän oli juonut jotakin alkoholijuomaa elämänsä aikana. Humalakokemuksia selvitettiin kysymällä, onko nuori koskaan juonut alkoholijuomia niin paljon, että on ollut tosi humalassa. Tarvittaessa kenttätyöntekijä tarkensi, että tosi humalalla tarkoitetaan sitä, että on esimerkiksi horjunut kävellessä, puhunut sammaltaen, ok-

sentanut tai ei ole muistanut tapahtumia seuraavana päivänä. Muita päihteitä kuin alkoholia koskevat kysymykset olivat nuorten lomakkeessa samat kuin aikuisilla, paitsi että nuorilta ei kysytty eri päihteiden samanaikaista käyttöä.

Tässä luvussa tarkastellaan aikuisten turvapaikanhakijoiden alkoholinkäyttöä haastattelua edeltäneiden 30 päivän ajalta. Lisäksi raportoidaan humalahakuisesti juovien osuus. Humalahakuisesti juovilla tarkoitetaan tässä henkilöitä, jotka ovat tavallisesti nauttineet kerralla vähintään viisi alkoholiannosta niinä päivinä, jolloin käyttivät alkoholia, riippumatta alkoholinkäytön useudesta haastattelua edeltäneiden 30 päivän aikana. Lopuksi raportoidaan vähintään kohtalaisen riskitason ylittävästi alkoholia kuluttavien osuus. Nuorten osalta raportoidaan alkoholikokeiluja, alkoholinkäytön kertoja sekä humalakokemuksia.

Tulokset

Aikuiset

Suurin osa (85 %) vastaajista ei ollut käyttänyt viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana alkoholia lainkaan tai oli käyttänyt enintään kerran (taulukko 10.2.1). Naiset käyttivät alkoholia miehiä harvemmin. Noin joka kymmenes kaikista aikuisista ilmoitti juoneensa kahdesta neljään kertaan kuukaudessa. Alkoholin tapakäyttäjiä, eli vähintään kaksi kertaa viikossa alkoholia nauttivia, oli 4 % kaikista vastaajista. Alkoholin tapakäyttöä ei juuri esiintynyt vanhimmassa ikäryhmässä, mutta muilta osin alkoholin käytössä ei havaittu merkittäviä ikäryhmittäisiä eroja (taulukko 10.2.2). Enemmistö alkoholin tapakäyttäjistä oli tullut Venäjän ja entisen Neuvostoliiton tai Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta (taulukko 10.2.3).

Humalakuista juomista raportoi 4 % kaikista tutkimukseen osallistuneista aikuisista (taulukko 10.2.1). Humalahakuista juomista raportoivat useammin miehet; vain muutama nainen kertoi juoneensa kerralla vähintään viisi alkoholiannosta. Humalajuomista raportoivista suurin osa oli alle 40-vuotiaita (taulukko 10.2.2). Humalahakuinen juominen oli harvinaista Muu Afrikka -ryhmässä (taulukko 10.2.3).

Noin 2 % kaikista tutkimukseen osallistuneista aikuisista turvapaikanhakijoista kulutti alkoholia vähintään kohtalaisen riskitason ylittävästi eli alkoholinkulutuksen viikoittainen määrä haastattelua edeltäneiden 30 päivän aikana oli vähintään kymmenen annosta (taulukko 10.2.1). Suurin osa heistä oli miehiä. Kohtalaisen riskitason ylittävästi alkoholia kuluttavista suurin osa oli alle 40-vuotiaita (taulukko 10.2.2) ja Venäjän ja entisen Neuvostoliiton tai Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta tulleet (taulukko 10.2.3).

Muiden päihteiden käyttöä koskeviin kysymyksiin vastasi myöntävästi vain hyvin harva tutkimukseen osallistuneista aikuisista turvapaikanhakijoista. Aikuisista 1 % oli käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana. Kaikki vastaukset koskivat kannabiksen käyttöä. Kahta tai useampaa päihdetä samanaikaisesti oli käyttänyt muutama vastaaja. Suonensisäisesti huumausaineita kertoi käyttäneensä vain muutama. Vain muutama vastaaja toi esille halunsa keskustella alkoholin tai muiden päihteiden käytöstä ammattilaisen kanssa.

Taulukko 10.2.1. Alkoholin käyttö viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=465	Naiset n=307	Yhteensä n=772
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Alkoholin käytön useus			
Ei lainkaan tai enintään kerran kuukaudessa	81,3 (77,5–84,6)	90,6 (86,7–93,4)	85,0 (82,3–87,3)
2–4 kertaa kuukaudessa	13,5 (10,7–17,0)	7,8 (5,3–11,4)	11,3 (9,2–13,7)
2–3 kertaa viikossa tai useammin (tapakäyttö)	5,2 (3,5–7,6)	1,6 (0,7–3,9)	3,8 (2,6–5,4)
Humalahakuinen juominen¹	5,4 (3,7–7,8)	NA ²	3,5 (2,4–5,1)
Vähintään kohtalaisen riskitason ylittävä juominen³	2,8 (1,6–4,8)	NA ²	2,1 (1,3–3,4)

LV, luottamusväli

¹ Kerralla tavallisimmin vähintään 5 alkoholiannosta nauttivat² NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5³ Alkoholia vähintään 3 annosta vähintään 4 kertaa viikossa tai vähintään 5 annosta vähintään 2 kertaa viikossa nauttivat**Taulukko 10.2.2. Alkoholin käyttö viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana ikäryhmittäin, aikuiset**

	18–29v n=288	30–39v n=287	40v+ n=197
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Alkoholin käytön useus			
Ei lainkaan tai enintään kerran kuukaudessa	85,4 (80,8–89,0)	81,2 (76,2–85,3)	89,8 (84,8–93,4)
2–4 kertaa kuukaudessa	10,1 (7,1–14,1)	14,3 (10,7–18,8)	8,6 (5,4–13,5)
2–3 kertaa viikossa tai useammin (tapakäyttö)	4,5 (2,6–7,6)	4,5 (2,6–7,7)	NA ¹
Humalahakuinen juominen²	4,5 (2,6–7,6)	4,2 (2,4–7,2)	NA ¹
Vähintään kohtalaisen riskitason ylittävä juominen³	2,8 (1,4–5,5)	2,1 (0,9–4,6)	NA ¹

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5² Kerralla tavallisimmin vähintään 5 alkoholiannosta nauttivat³ Alkoholia vähintään 3 annosta vähintään 4 kertaa viikossa tai vähintään 5 annosta vähintään 2 kertaa viikossa nauttivat

Taulukko 10.2.3. Alkoholinkäyttö viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=226	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=337	Muu Afrikka n=126	Muu alue n=83
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Alkoholin käytön useus				
Ei lainkaan tai enintään kerran kuukaudessa	84,1 (78,7–88,3)	87,2 (83,2–90,4)	85,7 (78,4–90,8)	77,1 (66,9–84,9)
2–4 kertaa kuukaudessa	12,8 (9,1–17,9)	8,3 (5,8–11,8)	11,9 (7,3–18,8)	18,1 (11,2–27,9)
2–3 kertaa vii- kossa tai useam- min (tapakäyttö)	3,1 (1,5–6,4)	4,5 (2,7–7,3)	NA ¹	NA ¹
Humalahakuinen juominen²	4,0 (2,1–7,5)	2,4 (1,2–4,7)	NA ¹	7,2 (3,3–15,2)
Vähintään kohtalai- sen riskitason ylittä- vä juominen³	2,7 (1,2–5,8)	2,1 (1,0–4,3)	NA ¹	NA ¹

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5² Kerralla tavallisimmin vähintään 5 alkoholiannosta nauttivat³ Alkoholia vähintään 3 annosta vähintään 4 kertaa viikossa tai vähintään 5 annosta vähintään 2 kertaa viikossa nauttivat

Nuoret

Viidesosa (20 %) 13–17-vuotiaista turvapaikanhakijoista oli kokeillut alkoholia vähintään kerran elämässään. Alkoholia kokeilleista noin puolet oli juonut alkoholia kolme kertaa tai useammin elämänsä aikana. Vain muutama nuori ilmoitti olleensa joskus elämänsä aikana tosi humalassa, mutta vastaajien joukossa oli myös nuoria, jotka olivat olleet vahvassa humalassa ainakin 10 kertaa.

Muiden päihteiden käyttökokemuksia nuorilla turvapaikanhakijoilla oli hyvin vähän. Kukaan vastaajista ei ollut koskaan käyttänyt huumeita suonensisäisesti. Kysyttäessä tarvetta keskustella jonkun henkilön kanssa omasta päihteiden käytöstä, vain muutama nuori vastasi tähän myöntävästi.

Yhteenveto ja pohdinta

Aikuisista turvapaikanhakijoista vain pieni osa raportoi terveyden kannalta riskialtista juomista: heidän alkoholinkäyttönsä on säännöllistä ja humalahakuista. Vähintään kohtalaisen riskitason ylittävästi alkoholia käyttäviä oli 2 %, ja heistä lähes kaikki olivat miehiä ja joko Venäjän tai entisen Neuvostoliiton tai Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta tulleita. Muiden päihteiden kuin alkoholin käyttöä aikuiset raportoivat hyvin vähän. Nuorilla oli jonkin verran alkoholikokeiluja. Myös muutamat nuoret raportoivat terveyden kannalta riskialtista alkoholin kulutusta.

Vaikka aikuisten turvapaikanhakijoiden alkoholinkäyttö oli kokonaisuudessaan vähäistä, tulokset osoittavat, että alkoholinkäyttöön liittyvät terveysriskit koskettavat myös joitakin Suomesta turvapaikkaa hakevia henkilöitä. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (Horyniak ym. 2016), turvapaikanhakijamiesten alkoholinkäyttö oli selvästi yleisempää kuin naisten. Tulos on poikkeava verrattuna esimerkiksi Suomen koko väestöön, jossa sukupuolierot alkoholinkäytössä ovat vähäisemmät (Mäkelä 2018). Sukupuolierot turvapaikanhakijoiden päihteiden käytössä voivat selittyä sillä, että joissakin kulttuureissa miehille ja naisille sopiva ja hyväksytty käyttäytyminen arvioidaan hyvin eri tavoin (Obot & Room 2005). Tarkasteltaessa turvapaikanhakijoiden päihteiden käyttöä ja siihen liittyviä terveysriskejä, on varottava tekemästä yleistyksiä kulttuurisiin ja uskonnollisiin taustoihin liittyvistä olettamuksista. Säännöllistä ja humalahakuista juomista voi olla myös muslimienemmistöisiltä alueilta lähtöisin olevilla turvapaikanhakijoilla (Michalak & Trocki 2006).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin juuri Suomeen saapuneiden turvapaikanhakijoiden päihteiden ajankohtaista käyttöä. Turvapaikkaa hakiessaan ihmisen elämäntilanne jatkuu poikkeuksellisen mahdollisesti vuosia kestävä hakuprosessin ajan aiheuttaen turhautuneisuuden, toimeettomuuden ja epävarmuuden tunteita. Nämä voivat altistaa päihteiden ongelmakäytölle erityisesti turvapaikanhakuprosessin myöhemmässä vaiheessa. Aikaisemmat tutkimukset (Horyniak ym. 2016) ovat osoittaneet, että esimerkiksi pitkiä aikoja pakolaisleireillä viettäneillä turvapaikanhakijoilla on korkeampi riski päihteiden ongelmakäyttöön. Kontakti vastaanottavaan yhteiskuntaan tuo mukanaan paineen psyykkiseen ja kulttuuriseen muutokseen ja päihteidenkäyttö voi tässä yhteydessä muuttua runsaastikin. Taustalla voi olla tarve ja halu mukautua ja saada hyväksyntää uudessa ympäristössä, jossa alkoholinkäyttö on normalisoitunut. Lisäksi päihteiden käyttöön saatetaan turvautua pyrittäessä selviytymään traumaattisista ja stressaavista kokemuksista, kotoutumiseen liittyvistä haasteista sekä eriarvoisuuden kokemuksista vastaanottavassa yhteiskunnassa.

Päihteiden käyttöön liittyviin ongelmiin liittyy joissain kulttuureissa voimakas leimautuminen, joka on omiaan herättämään häpeän tunteita. Tämä lisää riskiä, että ulkomaalaistaustaisen väestön päihdeongelmat jäävät tunnistamatta ja hoitamatta (McCann ym. 2016). Tarvitaan herkkyyttä, jotta turvapaikanhakijoiden terveyden kannalta riskialtista päihteiden käyttöä ei ohiteta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tosiasioita väistelemätön ja luottamuksellinen asian käsittely vaatii turvapaikanhakijoiden parissa työskenteleviltä ammattilaisilta kykyä tunnistaa mahdolliset alttiudet ja riskit. Samalla tarvitaan hienotunteisuutta ottaa asia puheeksi turvapaikanhakijan lähtökohtia ja kulttuuria kunnioittavalla tavalla.

Terveyspalveluissa tulisi myös huomioida riskit päihteitä runsaasti käyttävien henkilöiden puolisoiden ja muiden läheisten näkökulmasta (Warpenius ym. 2013). Runsasta alkoholinkäyttöä raportoi myös muutama alaikäinen nuori. Vaikka tämä olikin hyvin harvinaista, on tärkeää tiedostaa suomalaisten nuorten päihteiden käyttö yhtenä tänne turvapaikanhakijoina tulleiden nuorten elämään vaikuttavana riskitekijänä. Olisi tärkeää vahvistaa nuorten päihteiden käytöltä suojaavia tekijöitä sekä tarjota tarvittaessa apua, tukea ja hoitoa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

10.3 Ruokatottumukset

Heli Kuusipalo, Natalia Skogberg, Päivikki Koponen

- Yli puolella aikuisista, nuorista ja lapsista oli ruokavaliorajoituksia, yleisimmin eettisistä ja uskonnollisista syistä.
- Uskonnollisista ja eettisistä syistä vältettiin ensisijaisesti eläinkunnan tuotteita, ensisijaisesti sianlihaa, kun taas terveydellisistä syistä vältettiin ensisijaisesti sokeria.
- Mitä enemmän vältettäviä ruoka-aineita on, sitä tärkeämpää on tietää, miten ne voidaan korvata ravitsemuksellisesti täysipainoisen ruokavalion toteuttamiseksi.
- Vältettävät ruoka-aineet on tarpeen ottaa huomioon, mikäli turvapaikanhakijoille järjestetään vastaanottokeskuksessa ateriapalvelu, joka voi myös tarjota mallin terveyttä edistävästä ruokavaliosta.
- Neuvoloissa, muualla terveydenhuollossa ja vastaanottokeskuksissa tarvitaan selkeitä työkaluja, joilla ravitsemustieto ja ravitsemussuositukset voidaan esitellä etenkin raskaana oleville, imettäville sekä lasten vanhemmille.

Johdanto

Ulkomailla syntyneiden kotoutumisen tukemisessa ruoka ja hyvän ravitsemuksen edistäminen ovat tärkeä osa-alue. Oman ruokakulttuurin ja perinteiden sopeuttaminen uuteen elämäntilanteeseen, uusien raaka-aineiden käytön oppiminen ja sitä kautta monipuolisen ja terveyttä edistävän ruokavalion toteuttaminen uudessa ympäristössä lisäävät hyvinvointia ja turvallisuuden tunnetta. Toisaalta ruokakulttuuri voidaan nähdä monikulttuurisuuden yhteen liittäjänä. Yhden perustarpeen tyydyttäjänä ruoka on turvallisuudentunteen peruspilari. Kommunikointi ruuan avulla voi sujua myös ilman yhteistä kieltä.

Suomessa koko väestön tasa-arvoa edistäviä ja lakisääteisiä ruokapalveluita ovat esimerkiksi ruokailu varhaiskasvatuksessa ja kouluruokailu. Terveydenhuollon, opetuksen ja joukkoruokailun ammattilaiset tarvitsevat tutkittua tietoa ja työkaluja ohjaukseen ja neuvontaan turvapaikanhakijoina maahan tulleille, joille joukkoruokailu ja sen järjestäminen ravitsemussuosituksia noudattaen ei ole tuttua.

Vastaanottokeskuksissa ruokailu voi olla järjestetty eri tavoin. Keskus voi järjestää ateriapalvelun tai turvapaikanhakijat voivat itse valmistaa ruuan riippuen muun muassa siitä, millaiset keittiötilat vastaanottokeskuksessa on. Turvapaikanhakijat saavat korkeampaa vastaanottorahaa, jos heidät majoittava vastaanottokeskus ei tuota ateriapalveluja (Maahanmuuttovirasto 2019c; Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta 746/2011). Jos turvapaikanhakijat valmistavat ruuan itse he käyvät myös itse kaupassa ja ostavat haluamansa raaka-aineet.

Ruoka ja siihen liittyvät toiminnot, mukaan lukien kaupassa käynti, ovat tärkeä osa onnistunutta kotoutumista ja joskus ensimmäinen asia, jonka ympärillä turvapaikanhakija ja vastaanottokeskuksen vapaaehtoistoimija tai henkilökuntaan kuuluva kokoontuvat. Ruuan valmistus voi myös tuoda mahdollisuuden mielekkääseen toimintaan vastaanottokeskuksessa.

Menetelmät

Ruokavaliorajoitukset selvitettiin aikuisilta, nuorilta sekä yli kuuden kuukauden ikäisiltä lapsilta haastattelun yhteydessä. Aikuiset ja 13–17-vuotiaat nuoret vastasivat kysymykseen itse ja huoltaja vastasi alle 13-vuotiaiden puolesta. Vastaajalta kysyttiin, välttääkö hän ruokavaliossaan joitakin seuraavista ruoka-aineista: liha, kala, maitotuotteet, kananmuna, viljat tai jokin muu ruoka-aine. Kohdassa –muu ruoka-aine– vastaajaa pyydettiin tarkentamaan, mikä tämä ruoka-aine on. Vältettävien ruoka-aineiden yhteydessä pyydettiin tarkentamaan, onko välttämisen syynä terveydellinen, uskonnollinen, eettinen vai jokin muu syy (esim. maku). Tässä luvussa raportoidaan jotakin ruoka-ainetta ruokavaliossaan välttävien osuudet, välttämisen syyt (terveydellinen/uskonnollinen/eettinen/muu syy) sekä yleisimmin vältetyt ruoka-aineet.

Imeväis- ja taaperoi-ikäisten (0–3-vuotiaiden) huoltajilta kysyttiin myös, onko lasta imetetty ja mikäli on, kuinka kauan täys- sekä osittainen imetys kestivät kuukausina. Lisäksi alle 2-vuotiaiden huoltajilta kysyttiin, onko lapsi tähän mennessä saanut joitakin seuraavista ruoka-aineista: peruna, porkkana, muut juurekset, marjat, hedelmät, mehut, kasvikset, salaattit, viljat (puurot, vellit, leipä, keksit, jauhot), liha (nauta, sika, broileri, lammas, riista, makkara), kala, äidinmaidonkorvikkeet, maitotuotteet, rasvat (öljyt, margariini, voi, majoneesi). Myönteisen vastauksen kohdalla tarkennettiin ikä (kuukausina), mistä lähtien kyseistä ruoka-ainetta on annettu.

Tulokset

Aikuiset

Hieman yli puolet vastaajista vältti jotakin ruoka-ainetta (taulukko 10.3.1). Yleisimmät syyt ruoka-ainerajoituksille olivat uskonnolliset ja eettiset syyt (36 %) sekä terveyssyyt (15 %). Raaka-aine, jota vältettiin uskonnollisista syistä, oli lähes poikkeuksetta liha. Terveyssyistä vältettiin esimerkiksi lihaa tai muita eläinkunnan tuotteita sekä rasva-, sokeri- ja suolapitoisia elintarvikkeita. Noin joka kymmenes ilmoitti välttävänsä jotakin ruoka-ainetta muista syistä, esimerkiksi makumieltymysten ja kulttuurillisten syiden takia. Näistä syistä vältettiin muun muassa kalaa ja lihaa, erityisesti sianlihaa. Uskonnollisista ja eettisistä syistä pääosin eläinkunnan tuotteita (lihaa, kalaa, kananmunaa ja maitotuotteita) vältteli kolmannes vastaajista. Miesten

ja naisten välillä ei ollut merkittäviä eroja vastauksissa. Ruoka-aineiden välttämisen syissä ei havaittu merkittäviä ikäryhmittäisiä eroja (taulukko 10.3.2).

Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulevat turvapaikanhakijat välttivät ainakin jotakin ruoka-ainetta muita ryhmiä useammin (taulukko 10.3.3; kuvio 10.3.1). Selvästi yleisin syy jonkun ruoka-aineen välttämiseksi oli tässä ryhmässä uskonnolliset ja eettiset syyt. Uskonnolliset ja eettiset syyt korostuivat myös muualta Afrikasta tulleilla miehillä.

Taulukko 10.3.1. Syyt ruoka-aineiden välttämiseen sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=460	Naiset n=309	Yhteensä n=769
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Välttää jotakin ruoka-ainetta mistä tahansa syystä	54,8 (50,2–59,3)	54,0 (48,5–59,5)	54,5 (50,9–58,0)
Terveysyyt	16,2 (13,1–19,9)	13,4 (10,0–17,7)	15,1 (12,7–17,8)
Uskonnolliset ja eettiset syyt	37,3 (33,0–41,9)	34,1 (29,0–39,6)	36,0 (32,7–39,5)
Muut syyt	8,3 (6,1–11,2)	11,4 (8,3–15,5)	9,5 (7,7–11,8)

LV, luottamusväli

Taulukko 10.3.2. Syyt ruoka-aineiden välttämiseen ikäryhmittäin, aikuiset

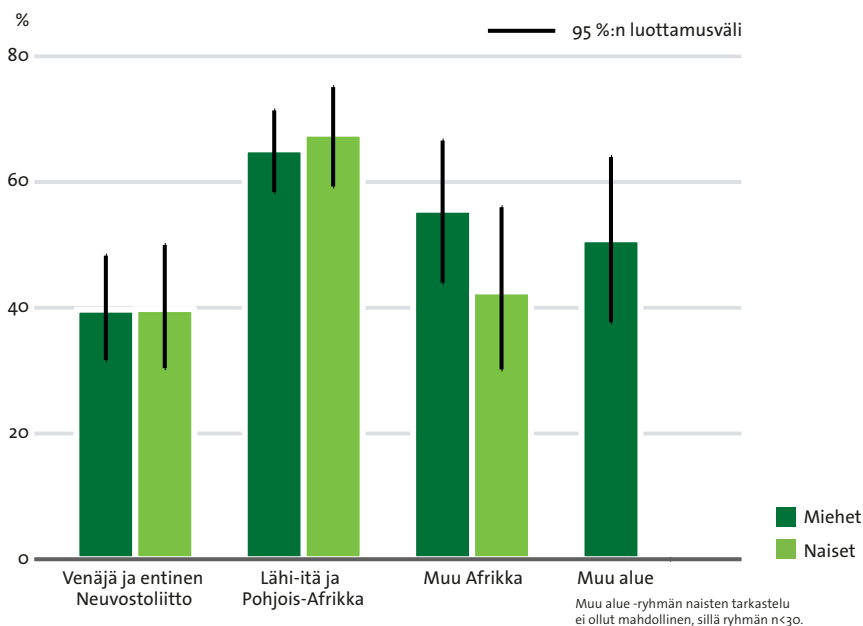
	18–29v n=287	30–39v n=286	40v+ n=196
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Välttää jotakin ruoka-ainetta mistä tahansa syystä	55,4 (49,6–61,1)	56,3 (50,5–61,9)	50,5 (43,5–57,5)
Terveysyyt	13,7 (10,2–18,2)	12,4 (9,0–16,7)	21,0 (15,9–27,3)
Uskonnolliset ja eettiset syyt	36,8 (31,4–42,6)	40,4 (34,8–46,2)	28,6 (22,7–35,3)
Muut syyt	10,5 (7,4–14,6)	11,0 (7,8–15,2)	6,2 (3,5–10,5)

LV, luottamusväli

Taulukko 10.3.3. Syyt ruoka-aineiden välttämiseen maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=224	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=337	Muu Afrikka n=126	Muu alue n=82
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Välttää jotakin ruoka-ainetta mistä tahansa syystä	39,7 (33,5–46,3)	66,2 (60,9–71,0)	50,0 (41,3–58,7)	53,7 (42,9–64,1)
Terveysyyt	18,3 (13,8–23,9)	10,5 (7,7–14,3)	18,4 (12,5–26,2)	19,5 (12,3–29,5)
Uskonnolliset ja eettiset syyt	14,7 (10,7–20,0)	54,9 (49,6–60,2)	29,3 (20,4–40,0)	24,4 (16,3–34,8)
Muut syyt	10,3 (6,9–15,0)	6,9 (4,6–10,2)	12,7 (7,9–19,7)	37,3 (33,0–41,9)

LV, luottamusväli



Kuvio 10.3.1. Jotakin ruoka-ainetta välttävät maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Kaksi kolmasosaa nuorista (13–17-vuotiaat) ilmoitti välttävänsä jotakin ruoka-ainetta (taulukko 10.3.4). Noin puolet nuorista vältti ruokia uskonnollisista syistä ja kaikissa vastauksissa ilmoitettiin liha vältettäväksi ruoka-aineeksi. Nuorista kukaan ei ilmoittanut välttävänsä ruokia eettisistä syistä. Ruoka-aineiden välttäminen terveyssyistä tai muista syistä olivat yhtä yleisiä. Terveyssyistä vältettiin esimerkiksi rasvaisia ja sokeripitoisia ruokia.

Taulukko 10.3.4. Syyt ruoka-aineiden välttämiseen, nuoret

	Yhteensä n=65 % (95 %:n LV)
Välttää jotakin ruoka-ainetta mistä tahansa syystä	66,2 (53,9–76,6)
Terveyssyyt	15,6 (8,6–26,7)
Uskonnolliset syyt	47,7 (35,9–59,7)
Muut syyt	14,1 (7,5–24,9)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Huoltajien mukaan yli puolet alakouluikäisistä lapsista (7–12-vuotiaat) vältti jotakin ruoka-ainetta. Ensisijaisesti ruoka-aineita vältettiin uskonnollisista syistä (30 %; taulukko 10.3.5), ja vältettäväksi ruoka-aineeksi nimettiin liha.

Taulukko 10.3.5. Syyt ruoka-aineiden välttämiseen sukupuolittain, alakouluikäiset lapset

	Pojat n=51	Tytöt n=40	Yhteensä n=91
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Välttää jotakin ruoka-ainetta mistä tahansa syystä	56,9 (43,1–69,7)	52,5 (37,3–67,3)	54,9 (44,6–64,8)
Terveys- syyt	11,8 (5,4–23,8)	20,5 (10,6–36,0)	15,6 (9,4–24,6)
Uskonnolliset syyt	33,3 (21,8–47,2)	25,6 (14,4–41,5)	30,0 (21,4–40,2)
Eettiset ja muut syyt	15,7 (8,0–28,4)	15,4 (7,1–30,3)	15,6 (9,4–24,6)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Alle kouluikäisten (0,5–6-vuotiaat) huoltajista noin puolet ilmoitti välttävänsä lapsella jotakin ruoka-ainetta (taulukko 10.3.6). Heistä kolmasosa vältti ruoka-aineita uskonnollisista syistä ja vältettäväksi ruoka-aineeksi nimettiin liha. Terveys- ja muita syitä välttämiseen nimettiin keskenään yhtä usein (13–15 %). Terveys- syyistä vältettiin sokeripitoisia elintarvikkeita, kuten makeisia. Yleisimmät muut syyt olivat se, ettei lapsi pitänyt ruoka-aineesta. Muista syistä vältettiin esimerkiksi lihaa.

Lähes kaikki (92 %) alle 3-vuotiaiden huoltajat ilmoittivat, että lasta oli imetetty. Lapset olivat saaneet rintamaitoa (pelkästään tai muun lisäravinnon ohella) keskimäärin noin vuoden ajan (taulukko 10.3.7). Yli puolet (57 %) alle 2-vuotiaista oli saanut äidinmaidonkorvikkeita. Alle 2-vuotiaiden lasten huoltajien mukaan lapsi oli saanut perunaa, porkkanaa ja muita juureksia, marjoja ja hedelmiä, sekä mehuja keskimäärin kuusikuisesta alkaen, kasviksia ja salaatteja sekä viljatuotteita (puuroja, velliä, leipää, keksejä, jauhoja) seitsenkuisesta alkaen, maitotuotteita 8-kuisesta alkaen, ja lihaa (nautaa, sikaa, broileria, lammasta, riistaa, makkaraa), kalaa sekä rasvoja (öljyt, margariini, voi tai majoneesi) 9 kuukauden ikäisestä alkaen.

Taulukko 10.3.6. Syyt ruoka-aineiden välttämiseen sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset (0,5–6-vuotiaat)

	Pojat n=61	Tytöt n=66	Yhteensä n=127
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Välttää jotakin ruoka-ainetta mistä tahansa syystä	47,5 (35,4–60,0)	57,6 (45,4–68,9)	52,8 (44,1–61,3)
Terveyssyyt	NA ¹	18,2 (10,6–29,4)	12,6 (7,9–19,6)
Uskonnolliset syyt	31,1 (20,8–43,8)	37,9 (27,0–50,1)	34,6 (26,9–43,3)
Muut syyt	13,1 (6,7–24,1)	16,9 (9,6–28,0)	15,1 (9,8–22,4)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5**Taulukko 10.3.7. Imetys (alle 3-vuotiaat) ja kiinteiden ruokien aloitus (alle 2-vuotiaat)¹**

	Keskiarvo (kuukausia)	Minimi-maksimi (kk minkä ikäisenä saanut /aloitettu)
Imetys (saanut rintamaitoa pelkästään tai muun lisäravinnon ohella)	12,4	1–28
Äidinmaidonkorvikkeita	8,6	1–22
Perunaa, porkkanaa ja muita juureksia	6,6	4–10
Marjoja ja hedelmiä	6,4	4–12
Mehuja	6,0	1–12
Kasviksia ja salaatteja	7,5	6–14
Viljatuotteita (puuroja, velliä, leipää, keksejä, jauhoja)	7,3	3–12
Lihaa (nautaa, sikaa, broileria, lammasta, riistaa, makkaraa)	8,9	5–15
Kalaa	9,6	6–18
Maitotuotteita	8,6	1–22
Rasvoja (öljyt, margariini, voi tai majoneesi)	9,8	5–20

¹ Alle 3-vuotiaat n=61; alle 2-vuotiaat n=53

Yhteenveto ja pohdinta

Turvapaikanhakijoista yli puolella oli ruokavalioon liittyviä rajoituksia. Kolmanneksella ruokarajoitusten syynä olivat uskonnolliset ja eettiset syyt ja 15 % rajoituksia noudattavista ilmoitti syyksi terveydelliset perusteet. Varsinkin uskonnollisten ja eettisten syiden erottaminen toisistaan on todennäköisesti ollut vastaajille vaikeaa.

Pienten lasten ravitsemuksessa myönteistä oli se, että lähes kaikkia alle 3-vuotiaita oli imetetty ainakin yhden kuukauden ajan. Täysimetyksen ja osittaisen imetyksen erottaminen oli vastaajille vaikeaa, joten näitä ei tässä raportissa eritelty. Muuten lisäruokien aloitus ei juurikaan poikennut suomalaisista suosituksista (THL 2019a), mutta mehuja ja tavallisia maitotuotteita oli annettu osalle lapsista jo yhden kuukauden ikäisinä. Mehujen juomista pidetään alle 1-vuotiaille tarpeettomina ja hampaiden kehityksen kannalta haitallisena. Tavallisten maitotuotteiden antaminen lapselle ennen kymmenen kuukauden suositeltua ikää voi liittyä vaikeuteen erottaa erilaisia maitotuotteita, mutta se voi viitata myös imetykseen tai äidinmaidonkorvikkeiden saatavuuteen liittyviin ongelmiin.

Ulkomailla syntyneiden ruokatottumuksia ja ravitsemusta on Suomessa tutkittu verrattain vähän. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maa- mu) seerumin D-vitamiinipitoisuudet olivat somalialais- ja kurditaustaisilla erityisen matalia (Jääskeläinen ym. 2012). Somalialaistaustaisista kukaan ei ilmoittanut syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin (Prättälä 2012). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH) todettiin suuria väestöryhmittäisiä eroja tuoreiden kasvien sekä hedelmien ja marjojen käytössä (Koponen ym. 2015c). Vähäisintä tuoreiden kasvien käyttö oli Muu Afrikka -taustaisilla. Hedelmien ja marjojen käyttö oli vähäistä myös erityisesti Venäjä tai entinen Neuvostoliitto -taustaisilla. Nämä tulokset viittaavat vahvasti siihen, että ulkomaalaistaustaisen väestön ruokatottumusten parantamiseksi olisi tärkeää kohdentaa terveyttä edistäviä toimia. Näin voitaisiin tutustua terveyden kannalta edullisiin vaihtoehtoihin, kun tarvitaan sopeutumista vieraaseen ruokakulttuuriin ja voidaan kokea vaikeuksia löytää samantyyppisiä ruoka-aineita kuin lähtömaassa.

Vastaanottokeskusten tilat ja turvapaikanhakijoiden asuinolosuhteet vaikuttavat ruokatottumuksiin. Eri vastaanottokeskuksissa huomioidaan yleensä lääkärin toteamat ruokarajoitukset ja kasvisruokavalio, jonka syyn ei tarvitse olla tiedossa, eikä sianlihaa sisältäviä tuotteita ole tarjolla. Lisäksi Ramadanin aikaan järjestetään erillinen ruokailu paastoa viettäville. Silloinkin kun vastaanottokeskuksessa ei ole mahdollisuutta valmistaa itse ruokaa, erityisesti perheille pyritään järjestämään mahdollisuus esimerkiksi välipalojen säilyttämiseen ja maidon tai ruoan lämmittämiseen. Terveysinfossa voidaan puhua säännöllisen ateriarhythmin tärkeydestä kuormittavassa elämäntilanteessa, mutta samassa yhteydessä olisi hyvä antaa enemmänkin tietoa ravitsemuksesta ylipäänsä. Vastaanottokeskusten järjestämässä ateriapalvelussa haasteena ovat erilaiset makutottumukset ja se, että asiakkaat eivät aina voi vaikuttaa itse siihen, mitä heille tarjotaan. Järjestöjen toiminta esimerkiksi kaupassakäynnin ja ruoka-aineisiin tutustumisen tukena on tärkeää.

Osa ulkomailla syntyneistä saattaa uudessa ympäristössä hakeutua tuttuun ja helppoiksi koettujen pikaruokaravintoloiden käyttäjiksi. Lapsiperheissä ja nuorilla haasteena voi olla kouluruokailun poikkeavuus omassa maassa totutusta, mikä saattaa vähentää täysipainoisen koululounaan nauttimista. Vanhemmat eivät aina tiedä, miten suunniteltua ruokailu on. Se saatetaan maksuttomuuden takia mieltää heikkolaatuiseksi. Myös vastaanottokeskuksissa tarjottavaan joukkoruokailuun voidaan suhtautua epäilevästi, ja olisi tärkeää suunnitella sitä sekä terveyden edistäminen että aiemmat ruokatottumukset ja erilaiset kulttuurit huomioiden. Myös silloin kun turvapaikanhakijat valmistavat itse ruokaa vastaanottokeskuksessa, voitaisiin heitä ohjata löytämään terveyttä edistäviä vaihtoehtoja suomalaisten kauppojen valikoimista. Myöhemmin kotoutumisen aikana päiväkodeissa ja kouluissa toteutettavat teemapäivät voivat toimia molempiin suuntiin; sekä suomalaisen julkisen päiväkotiti- ja kouluruokailun esittelijänä että eri taustoista tuleville uusien ruokailutapojen esittelijänä.

Suomalaiset ravitsemussuositukset (THL 2017; 2018; 2019a) perustuvat ruokavalion terveyttä edistävään kokonaisuuteen. Tätä havainnollistaa niin sanottu ruokaperustainen ravitsemussuositus (Food-Based-Dietary-Guideline, FBDG), jonka sovelluksina esitellään lautasmalli ja ruokapyramidi. Eri maiden ravitsemussuositukset poikkeavat toisistaan, joten on tärkeää, että ulkomaalaistaustaisen väestön kanssa työskentelevät ammattilaiset saavat työkaluja ja koulutusta ruokavalio-ohjauksen keskeisiin asioihin. Esimerkiksi Suomessa kaikkien on tärkeää saada riittävästi D-vitamiinia, ja koska sen tärkeitä lähteitä suomalaisessa ruokavaliossa ovat maitotuotteet ja kasvilevitteet, tarvitaan ohjeistus miten ne korvataan ruokavaliossa, jossa näitä vältetään. Toinen keskeinen asia on tarttumattomien tautien ja lihavuuden ennalta ehkäisy, mistä kaikilla on oikeus saada riittävästi tietoa sekä keinoja terveyttä edistävien elintapojen noudattamiseen.

Alkuterveystarkastuksissa ja erityisesti, kun lapsi ohjataan neuvolapalvelujen piiriin, olisi tarpeen selvittää vältettäviä ruoka-aineita. Mitä enemmän vältettäviä ruoka-aineita on, sitä tärkeämpää on selvittää, miten ne voidaan korvata ravitsemuksellisesti täysipainoisen ruokavalion toteuttamiseksi, erityisesti lapsille. Osa terveydellisistä ja muista perusteista ruoka-aineiden välttämiseksi voi myös perustua puutteelliseen tietoon, josta olisi tarpeen keskustella viimeistään neuvolakäynneillä tai kouluterveydenhuollossa lapsen aloittaessa koulunkäynnin. Alkuterveystarkastuksessa tai muussa ohjauksessa tärkeitä esille otettavia asioita ovat esimerkiksi D-vitamiinin ja raudan saanti, vesi janojuomana, kahvin ja muiden kofeiinia sisältävien tuotteiden saantisuositus, imetyksen tukeminen, säännöllisen ateriarhythmin ja monipuolisen ruokavalion merkitys terveyteen ja hyvinvointiin sekä terveellisten välipalojen suosiminen.

11 Suunterveys

Eero Raittio, Rian AlRamadhani, Mari Metsäniitty, Liisa Suominen

- Noin kaksi kolmesta aikuisesta ja nuoresta kertoi harjaavansa hampaansa vähintään kahdesti päivässä; alakouluikäisillä ja alle kouluikäisillä hampaat harjattiin tätäkin harvemmin vähintään kahdesti päivässä.
- Reikiintyneitä hampaita havaittiin joka kolmannella aikuisella, noin joka viidennellä 13–17-vuotiaalla ja lähes puolella 7–12-vuotiaista.
- Yli puolet aikuisista kertoi, että heillä oli verenvuotoa hampaita harjatessa ja kolmasosalla todettiin plakkia hampaissa.
- Noin kolmanneksella aikuisista oli ollut hampaisiin tai suuhun liittyvää särkyä viimeksi kuluneen kuukauden aikana ja lähes joka kymmenes aikuinen oli kokenut särkyä päivittäin; lapsilla ja nuorilla särkyä esiintyi lähes yhtä usein kuin aikuisilla.
- Turvapaikanhakijoiden suunterveys, suun omahoito ja suun terveydenhuoltopalvelujen tarve kannattaa huomioida turvapaikanhakijoiden alku-terveystarkastuksessa ja palveluohjauksessa.

Suun sairauksien hoito on varsin kallista ja huolellisella suun omahoidolla on suuri merkitys suun sairauksien ehkäisyssä myös turvapaikanhakijoilla (Karies (hallinta): Käypä hoito -suositus 2014). Lisäksi suun ja hampaiston sairaudet aiheuttavat kärsimystä ja heikentävät elämänlaatua.

Ulkomaalaistaustaisen väestön suunterveys on kansainvälisissä ja suomalaisissa tutkimuksissa havaittu olevan heikompi kuin koko väestön (Chen 1995; Koponen ym. 2015c; Pohjanpää ym. 2002; Suominen & Suontausta 2012). Suomessa vuonna 2012 ulkomaalaistaustaisen väestön suunterveys hampaiden lukumäärällä mitattuna oli yhtä hyvä kuin koko väestöllä, mutta koettu suunterveys oli heikompi (Suominen & Suontausta 2012). Somalialais- ja kurditaustaisista huomattavasti suurempi osuus ei ollut myöskään käynyt hammashoidossa edellisen viiden vuoden aikana tai koskaan. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksen (UTH) mukaan ulkomaalaistaustaiset olivat harjanneet hampaitaan muuta väestöä useammin, mutta olivat käyneet hammashoidossa harvemmin, vaikka heidän koettu hoidon tarpeensa oli suurempi (Koponen ym. 2015b).

Suomeen tulleiden turvapaikanhakijoiden suunterveydestä, niihin liittyvistä oireista ja vaivoista tai suunterveyteen liittyvistä tavoista tiedetään varsin vähän. Vuonna 2012 pientä otosta (n=9) Ruukin vastaanottokeskukseen Siikajoelle sijoitettuja turvapaikanhakijoita haastatteleamalla todettiin, että suun ja hampaiston oireet sekä hoidon tarve vaikuttivat olevan turvapaikanhakijoilla hyvin yleisiä (Mattiila ym. 2016). Vastaavia havaintoja on tehty myös monissa muissa maissa (Keboa ym. 2016). Todennäköisesti turvapaikanhakijoilla suunterveyden ongelmat ovat yleisempiä kuin muilla ulkomaalaistaustaisilla (Mattiila ym. 2016). Myös turvapai-

kanhakijoiden vastaanoton valtakunnallisen potilastietojärjestelmän vuosien 2015–2016 tietojen perusteella arvioitiin (Tiittala ym. 2018b), että suunterveyteen liittyvät ongelmat olivat yleisin syy käydä sairausvastaanotolla.

Menetelmät

Suun omahoitoa, suun terveydenhuoltopalveluiden käyttöä ja koettua suunterveyttä selvitettiin haastattelussa ja terveystarkastuksessa kenttätöntekijän tekemässä suppeassa suun tarkastuksessa. Haastattelussa tutkittavilta (alakouluikäisten ja alle kouluikäisten lasten osalta huoltajilta) kysyttiin, kuinka usein he harjaavat hampaansa. Tässä raportoidaan niiden osuus, jotka ilmoittivat harjaavansa hampaansa suosituksen mukaisesti eli vähintään kahdesti päivässä. Lisäksi tutkittavilta kysyttiin, missä he olivat viimeksi käyneet hammaslääkärissä (Suomessa/matkalla/lähtömaassa/ei koskaan) sekä oliko heillä ollut suuhun ja hampaisiin liittyvää särkyä edellisten 30 päivän aikana (päivittäin/muutaman kerran viikossa/kerran viikossa/harvemmin).

Kenttätöntekijä kartoitti terveystarkastuksen yhteydessä suun ja hampaiden terveydentilaa kysymällä ensin, onko tutkittavalla ollut verenvuotoa suussa esimerkiksi hampaiden harjauksen yhteydessä (ei/harvemmin kuin päivittäin/päivittäin). Tämän jälkeen tutkittavalta kysyttiin, oliko hänellä irrotettavia hammasproteeseja. Vastauksen ollessa myönteinen, hoitaja arvioi, oliko niiden kunnossa huomautettavaa (ei ole/epäsiisti/näkyvästi rikki/muuta) sen jälkeen, kun tutkittava oli itse ottanut hammasproteesit suustaan. Tutkittavan ollessa istuvassa asennossa, hoitaja laski suussa olevien ylä- ja alaleuan hampaiden lukumäärän lampun ja puulastan tai sideharson avulla ja kirjasi tässä yhteydessä esiin tulleet selvästi havaittavat suun löydökset: oliko hampaissa näkyvästi plakkia sekä havaittiinko yksi tai useampia lohjenneita paikkoja, lohjenneita hampaita, kariespesäkkeitä (reikiä) tai heiluvia hampaita. Lisäksi kirjattiin havaittiinko pahanhajuista hengitystä, limakalvomuuutoksia (kuten haavaumia, paukamia, hiivasieneltä näyttävä löydös tms.), näkyvää turvotusta kasvoissa/poskissa tai muuta.

Tulokset

Aikuiset

Kaksi kolmesta aikuisesta kertoi harjaavansa hampaansa vähintään kahdesti päivässä (taulukko 11.1), harvimmin Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet ja useimmin Muu alue -ryhmään kuuluvat (taulukko 11.3). Suurempi osa naisista kuin miehistä harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä, mikä näkyi kaikissa maaryhmissä (kuvio 11.1).

Hieman yli joka neljännellä (27 %) aikuisella oli ollut hampaisiin tai suuhun liittyvää särkyä edellisten 30 päivän aikana (taulukko 11.1). Nuoremmissa ikäryhmissä osuudet olivat hieman suurempia kuin vanhemmissa ikäryhmissä (taulukko 11.2). Erot maaryhmien välillä olivat pieniä (taulukko 11.3) eikä miesten ja naisten välillä ollut eroja (kuvio 11.2). Lähes joka kymmenennellä oli ollut särkyä päivittäin edellisen 30 päivän aikana.

Irrotettava hammasproteesi oli 4 %:lla tutkituista, naisilla yhtä usein kuin miehillä (taulukko 11.1) ja useimmin 40 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä (11 %). Maaryhmien välillä ei ollut eroja lukuun ottamatta sitä, että Muu Afrikka -ryhmän naisilla ei ollut irrotettavia hammasproteeseja.

Yli puolet aikuista (55 %) kertoi, että heillä oli ollut verenvuotoa suussa esimerkiksi hampaita harjatessa (taulukko 11.1), nuorilla useammin kuin vanhemmilla ikäryhmillä (taulukko 11.2). Muu Afrikka -ryhmässä verenvuotoa esiintyi hieman useammin (62 %) kuin muissa ryhmissä (46–55 %; taulukko 11.3).

Plakkia esiintyi kenttätöntyöntekijän arvion mukaan yli kolmanneksella, miehillä useammin kuin naisilla (taulukko 11.1). Ikäryhmittäisiä eroja ei ollut (taulukko 11.2). Muu alue -ryhmässä plakkia esiintyi hieman harvemmin (26 %) kuin muissa maaryhmässä (34–38 %) (taulukko 11.3). Kariesta oli noin kolmanneksella, miehillä useammin kuin naisilla. Heiluvia hampaita oli noin 1 %:lla, miehillä yhtä usein kuin naisilla.

Pahanhajuista hengitystä esiintyi kenttätöntyöntekijän arvion mukaan 8 %:lla tutkitusta, miehillä useammin kuin naisilla (taulukko 11.1). Eniten pahanhajuista hengitystä esiintyi Lähi-idästä tai Pohjois-Afrikasta tulleilla, vähiten Muu Afrikka -ryhmässä (taulukko 11.3).

Noin joka kymmenes (12 %) tutkituista ei ollut käynyt koskaan hammaslääkärissä (taulukko 11.1), 18–29-vuotiailla osuus oli suurempi kuin vanhemmilla ikäryhmillä (taulukko 11.2). Venäjältä tai entisen Neuvostoliiton alueelta tulleista lähes kaikki (99 %) olivat käyneet joskus hammaslääkärissä, mutta lähes puolet (45 %) Muu Afrikka -ryhmästä ei ollut koskaan käynyt hammaslääkärissä. Vastaava osuus Lähi-idästä tai Pohjois-Afrikasta tulleista oli 7 % ja muista maista tulleista 11 % (taulukko 11.3).

Lähes kaikki (>99 %) tutkituista olivat hampaallisia. Täydessä hampaistossa on 32 hammasta, joista neljä on niin sanottuja viisaudenhampaita. Tutkittavilla ylähampaita oli keskimäärin 13,9 ja alahampaita 14,1 (taulukko 11.4). Yli 39-vuotiailla oli vähemmän ylä- ja alahampaita kuin nuoremmissa ikäryhmissä (taulukko 11.5). Eniten ylä- ja alahampaita oli Muu Afrikka -ryhmässä, vähiten Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleilla (taulukko 11.6). Alle 10 hammasta oli yläleuassa ja alaleuassa 5 %:lla tutkittavista. Miehillä ylä- ja alahampaita oli keskimäärin hieman enemmän kuin naisilla. Osalla tutkituista turvapaikanhakijoista havaittiin laajasti korjaavin ja proteettisin hoidoin hoidettu hampaisto.

Taulukko 11.1. Suunterveys ja hammaslääkärissä käynti sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=462	Naiset n=308	Yhteensä n=770
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Harjaa hampaat kaksi kertaa päivässä tai useammin	60,0 (55,4–64,3)	74,4 (69,2–78,9)	65,7 (62,3–69,0)
Suuhun tai hampaisiin liittyvää särkyä 30 päivän aikana	27,0 (23,1–31,2)	26,6 (22,0–31,8)	26,8 (23,8–30,1)
Irrotettava hammasproteesi	3,5 (2,2–5,7)	4,7 (2,8–7,7)	4,0 (2,8–5,7)
Verenvuotoa suussa	56,0 (51,3–60,5)	52,3 (46,7–57,9)	54,5 (50,9–58,0)
Todettu plakkia hampaissa	38,6 (34,2–43,2)	29,3 (24,3–34,8)	35,0 (31,6–38,5)
Todettu kariespesäkkeitä	35,7 (31,4–40,3)	30,3 (25,3–35,9)	33,6 (30,3–37,1)
Todettu pahanhajuinen hengitys	10,7 (8,2–13,9)	4,9 (2,9–8,1)	8,4 (6,6–10,7)
Ei koskaan käynyt hammaslääkärissä	12,4 (9,7–15,7)	11,3 (8,2–15,4)	11,9 (9,8–14,4)

LV, luottamusväli

Taulukko 11.2. Suunterveys ja hammaslääkärissä käynti ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=288	30–39v n=285	40v+ n=197
	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)	% (95 %:n LV)
Harjaa hampaat kaksi kertaa päivässä tai useammin	65,3 (59,6–70,6)	65,6 (59,9–70,9)	66,5 (59,6–72,7)
Suuhun tai hampaisiin liittyvää särkyä 30 päivän aikana	31,8 (26,8–37,4)	23,7 (19,1–29,0)	24,0 (18,6–30,4)
Verenvuotoa suussa	62,3 (56,5–67,8)	51,6 (45,7–57,5)	46,8 (39,7–54,0)
Todettu plakkia hampaissa	35,1 (29,8–40,9)	34,7 (29,2–40,6)	35,1 (28,6–42,3)
Todettu kariespesäkkeitä	34,8 (29,4–40,5)	35,4 (29,9–41,4)	29,2 (23,1–36,2)
Todettu pahanhajuinen hengitys	10,6 (7,5–14,8)	6,7 (4,3–10,4)	7,6 (4,5–12,4)
Ei koskaan käynyt hammaslääkärissä	18,3 (14,3–23,2)	9,1 (6,3–13,1)	6,6 (3,9–11,1)

LV, luottamusväli

Taulukko 11.3. Suunterveys ja hammaslääkäriässä käynti maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=227	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=333	Muu Afrikka n=127	Muu alue n=83
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Harjaa hampaat kaksi kertaa päiväs- sä tai useammin	70,0 (63,8–75,7)	57,4 (52,0–62,6)	70,1 (61,6–77,4)	80,7 (70,8–87,8)
Suuhun tai hampai- siin liittyvää särkyä 30 päivän aikana	24,1 (19,0–30,1)	28,5 (24,0–33,6)	25,2 (18,4–33,5)	29,8 (21,0–40,4)
Verenvuotoa suussa	52,8 (46,1–59,3)	54,8 (49,4–60,2)	62,1 (53,3–70,2)	46,3 (35,7–57,2)
Todettu plakkia hampaissa	34,4 (28,3–41,2)	37,8 (32,6–43,2)	34,1 (26,3–43,0)	26,3 (17,8–37,0)
Todettu pahan- hajuinen hengitys	7,7 (4,7–12,1)	10,5 (7,6–14,4)	4,1 (1,7–9,4)	8,8 (4,2–17,2)
Ei koskaan käynyt hammaslääkäriässä	NA ¹	7,2 (4,9–10,5)	44,9 (36,5–53,6)	10,8 (5,7–19,6)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukokon<5**Taulukko 11.4. Terveystarkastuksessa todettu hampaiden määrä sukupuolittain, aikuiset**

	Miehet n=451	Naiset n=290	Yhteensä n=741
	KA (95 %-n LV)	KA (95 %-n LV)	KA (95 %-n LV)
Ylähampaiden määrä	14,1 (13,8–14,3)	13,5 (13,2–13,9)	13,9 (13,7–14,0)
Alahampaiden määrä	14,3 (14,1–14,5)	13,8 (13,5–14,1)	14,1 (13,9–14,2)

KA, keskiarvo

LV, luottamusväli

Taulukko 11.5. Terveystarkastuksessa todettu hampaiden määrä ikäryhmittäin, aikuiset

	18–29v n=284	30–39v n=270	40v+ n=187
	KA (95 %-n LV)	KA (95 %-n LV)	KA (95 %-n LV)
Ylähampaiden määrä	14,7 (14,5–14,8)	14,0 (13,8–14,3)	12,3 (11,7–12,9)
Alahampaiden määrä	14,8 (14,6–14,9)	14,3 (14,1–14,5)	12,7 (12,2–13,2)

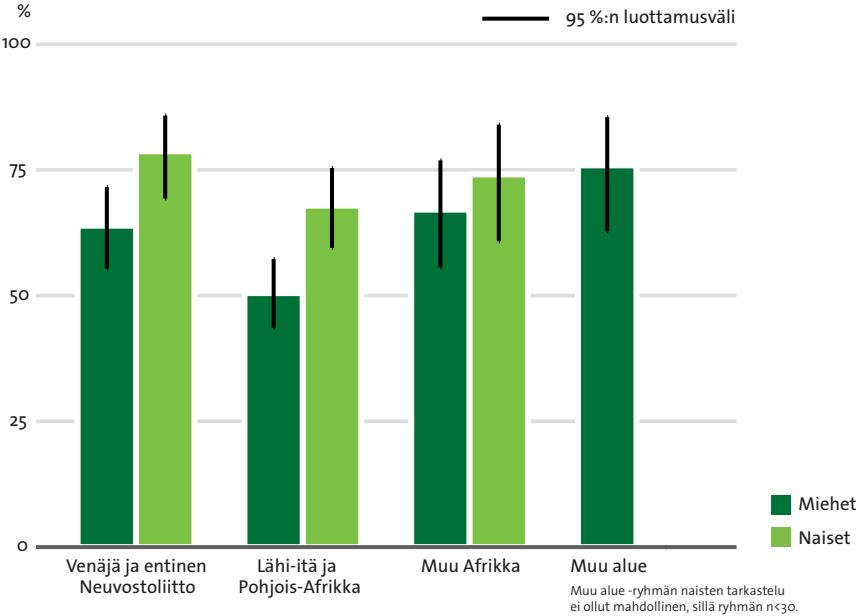
LV, luottamusväli

KA, keskiarvo

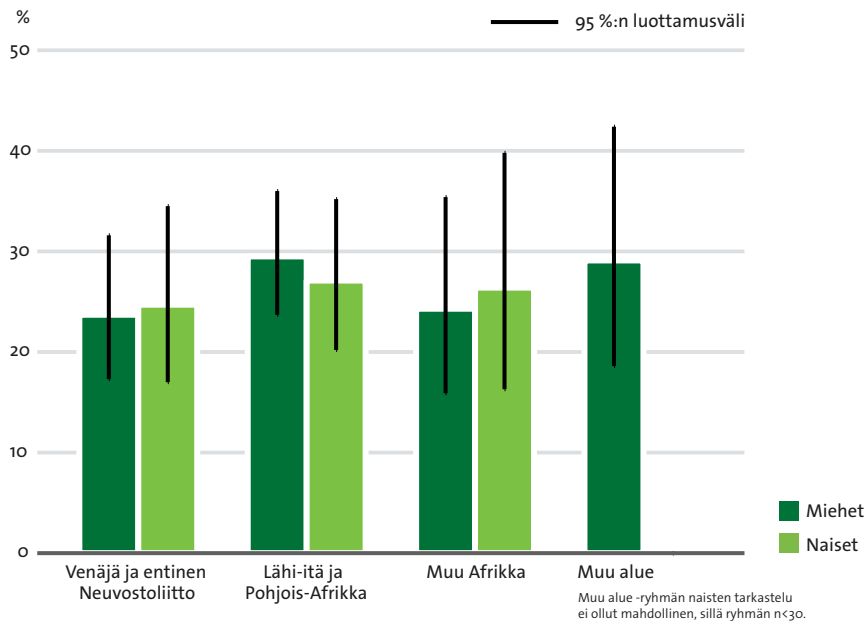
Taulukko 11.6. Terveystarkastuksessa todettu hampaiden määrä maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=214	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=320	Muu Afrikka n=124	Muu alue n=79
	KA (95 %:n LV)	KA (95 %:n LV)	KA (95 %:n LV)	KA (95 %:n LV)
Ylähampaiden määrä	13,0 (12,6–13,4)	14,0 (13,7–14,3)	15,0 (14,8–15,3)	13,9 (13,4–14,3)
Alahampaiden määrä	13,6 (13,2–13,9)	14,0 (13,8–14,3)	15,1 (14,9–15,3)	14,1 (13,7–14,5)

LV, luottamusväli
KA, keskiarvo



Kuvio 11.1. Vähintään kaksi kertaa päivässä hampaansa harjaavat maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset



Kuvio 11.2. Hampaisiin ja suuhun liittyvää särkyä viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana kokeneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Noin kaksi kolmesta (63 %) 13–17-vuotiaasta nuoresta harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä (taulukko 11.7). Noin joka kuudennella (17 %) nuorella oli ollut hampaisiin tai suuhun liittyvää särkyä edellisten 30 päivän aikana. Verenvuotoa suussa esimerkiksi hampaiden harjauksen yhteydessä raportoi 45 % nuorista. Plakkia esiintyi kolmasosalla tutkituista. Noin viidesosalla oli reikiintyneitä hampaita. Noin joka kymmenes nuori ei ollut käynyt koskaan hammaslääkärissä.

Taulukko 11.7. Suunterveys ja hammaslääkärissä käynti sukupuolittain, nuoret

	Yhteensä n=65 % (95 %:n LV)
Harjaa hampaat kaksi kertaa päivässä tai useammin	63,1 (50,8–73,9)
Suuhun tai hampaisiin liittyvää särkyä 30 päivän aikana	16,9 (9,6–28,1)
Verenvuotoa suussa	45,2 (33,3–57,6)
Todettu plakkia hampaissa	31,1 (20,8–43,8)
Todettu kariespesäkkeitä	23,0 (14,1–35,1)
Ei koskaan käynyt hammaslääkärissä	11,3 (5,5–21,9)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Huoltajien mukaan hieman yli puolet 7–12-vuotiaista lapsista harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä (taulukko 11.8). Yli joka neljännellä alakouluikäisellä oli ollut hampaisiin tai suuhun liittyvää särkyä edellisten 30 päivän aikana (taulukko 11.8). Verenvuotoa suussa esimerkiksi hampaiden harjauksen yhteydessä raportoivat huoltajat 41 %:lla tutkituista, pojilla harvemmin kuin tytöillä. Plakkia esiintyi yli kolmasosalla tutkituista ja reikiintyneitä hampaita lähes puolella. Hieman alle joka viides alakouluikäisistä lapsista ei ollut käynyt koskaan hammaslääkärissä.

Taulukko 11.8. Suunterveys ja hammaslääkärissä käynti sukupuolittain, alakouluikäiset lapset

	Pojat n=52	Tytöt n=41	Yhteensä n=93
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Harjaa hampaat kaksi kertaa päivässä tai useammin	51,9 (38,5–65,1)	61,0 (45,5–74,5)	55,9 (45,7–65,6)
Suuhun tai hampaisiin liittyvää särkyä 30 päivän aikana	22,6 (13,3–35,8)	34,1 (21,4–49,7)	27,7 (19,6–37,5)
Verenvuotoa suussa	32,7 (21,4–46,5)	52,6 (37,0–67,8)	41,1 (31,4–51,5)
Todettu plakkia hampaissa	40,0 (27,4–54,0)	28,9 (16,8–45,1)	35,2 (26,0–45,7)
Todettu kariespesäkkeitä	48,0 (34,6–61,7)	42,1 (27,6–58,1)	45,5 (35,4–55,9)
Ei koskaan käynyt hammaslääkärissä	19,2 (10,7–32,2)	17,1 (8,4–31,7)	18,3 (11,7–27,5)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Alle kouluikäisistä lapsista (0–6-vuotiaat) noin neljän kymmenestä hampaat harjattiin vähintään kahdesti päivässä (taulukko 11.9). Noin kaksi kolmesta alle kouluikäisestä lapsesta ei ollut koskaan käynyt hammaslääkärissä.

Taulukko 11.9. Hampaiden harjaus ja hammaslääkärissä käynti sukupuolittain,

alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=69	Tytöt n=69	Yhteensä n=138
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Harjaa hampaat kaksi kertaa päivässä tai useammin	33,3 (23,3–45,2)	43,5 (32,3–55,3)	38,4 (30,7–46,8)
Ei koskaan käynyt hammaslääkärissä	64,2 (52,1–74,7)	65,2 (53,3–75,5)	64,7 (56,3–72,3)

LV, luottamusväli

Yhteenveto ja pohdinta

Turvapaikanhakijoilla suun ja hampaiston sairaudet sekä niihin liittyvät oireet olivat yleisiä verrattuna aiempiin väestötutkimuksiin Suomen koko aikuisväestöstä. Aikuiset turvapaikanhakijat harjasivat hampaitaan yhtä usein kuin aiempien väestötutkimusten mukaan Suomen koko aikuisväestö keskimäärin. Siitä huolimatta todennäköisesti ientulehduksesta kertovasta verenvuodosta raportoi yli puolet aikuisista ja kolmanneksella todettiin plakkia hampaissa. Tämä kertoo harjauksen ja muun puhdistamisen heikosta laadusta. Suun terveydenhuoltopalveluita turvapaikanhakijat olivat käyttäneet selvästi harvemmin kuin aiempien väestötutkimusten mukaan koko väestö Suomessa. Esimerkiksi Muu Afrikka -ryhmässä lähes puolet turvapaikanhakijoista ei ollut koskaan käynyt hammaslääkärissä, mikä kertonee kulttuurien, yhteiskuntien ja suun terveydenhuollon palvelujärjestelmien eroista. Toisaalta monissa lähtömaissa suun terveydenhuoltopalveluiden käyttö on voinut olla turvapaikanhakijoilla aiemmin hyvinkin runsasta, koska monille oli tehty myös laajoja proteettisia hoitoja.

Suuhun ja hampaisiin liittyvä särky oli turvapaikanhakijoilla yleinen oire. Lähes joka kolmas ilmoitti särystä edellisten 30 päivän aikana ja joka kymmenes aikuinen oli kokenut särkyä päivittäin edellisten 30 päivän aikana. Suomen koko aikuisväestössä hammasärystä on kärsinyt noin joka kymmenes edellisten 30 päivän aikana (Helldán ym. 2014). Turvapaikanhakijanuorilla ja -lapsilla särkyä oli lähes yhtä usein kuin aikuisilla. Suuhun ja hampaisiin liittyvän särryn yleinen syy eli hampaiden reikiintyminen (karies) oli turvapaikanhakijoilla verrattain yleistä, erityisesti lapsilla. Reikiintyneitä hampaita havaittiin joka kolmannella aikuisella ja lähes puolilla 7–12-vuotiaista. Hampaiden runsas reikiintyminen liittyyneen suunterveyden kannalta huonoihin ruokailutottumuksiin (esim. jatkuvaan naposteluun ja sokeripitoiseen ruokavalioon), riittämättömään hampaiden puhdistamiseen sekä hammashoitopalveluiden käytön esteisiin.

Suuhun ja hampaisiin liittyvän särryn hoitoon on lähes aina olemassa varsin yksinkertaisia ja tunnetusti hyvin vaikuttavia perusterveydenhuollossa tarjottavia hoitoja (esim. juurihoito tai hampaan poisto). Siitä huolimatta, että suun sairauksiin liittyvät vastaanottokäynnit ovat yleisiä turvapaikanhakijoilla (Tiittala ym. 2018b), näyttää ilmeiseltä, että turvapaikanhakijoiden hakeutumista suun terveydenhuollon palveluihin kannattaisi vieläkin edistää, esimerkiksi vähentämällä suun terveydenhuollon palvelujärjestelmään, kieleen, kulttuuriin ja hammashoitopelkoon liittyviä esteitä. Lisäksi oikeuslääketieteellisten ikätutkimusten yhteydessä turvapaikanhakijoita on syytä informoida heidän mahdollisista suun terveydenhoidon tarpeistaan.

Turvapaikanhakijat tarvitsevat tietoa suomalaisessa suun terveydenhuollossa annettavasta hoidosta, hoitoprosesseista sekä suunterveyttä edistävästä tavoista kuten hampaiden harjaamisen tärkeydestä sekä sokeripitoisten ruokien ja juomien haitallisesta vaikutuksesta hampaisiin. Erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien lasten ja raskaana olevien suunterveydestä huolehtimisella on positiivisia vaikutuksia heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa tulevaisuudessa. Turvapaikanhakijoiden suunterveys, suun omahoito ja suun terveydenhuoltopalvelujen käyttö kannattaa huomioida turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastuksessa.

12 Jatko-ohjaus

Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen

- Aikuisista turvapaikanhakijoista enemmistö (71 %) sai jotain jatko-ohjausta: noin viidennes ohjattiin ottamaan yhteyttä vastaanottokeskuksen hoitajaan ja terveysneuvontaa kenttätyöntekijät antoivat yli joka toiselle (64 %) aikuisista tutkittavista.
- Yli puolet tutkimukseen osallistuneista alakouluikäisistä ja nuorista sai jotain jatko-ohjausta.
- Alle kouluikäisistä lapsista pienempi osuus (32 %) sai jatko-ohjausta, mikä voi liittyä siihen, että heillä toteutuu hyvin ohjaus neuvolapalveluihin eli heitä ei tarvinnut ohjata muualle yhtä usein kuin vanhempia lapsia tai aikuisia.
- Alkuterveystarkastuksessa on tärkeää huomioida eri tilanteissa ja eri ikäryhmissä olevien turvapaikanhakijoiden erilaiset sairauksien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn liittyvät palveluntarpeet ja oikeus palveluihin.
- Terveysneuvontaa on tärkeää antaa ongelmien ennaltaehkäisemiseksi tai niiden pahenemisen välttämiseksi.

Johdanto

Juuri maahan saapuneiden turvapaikanhakijoiden terveydentilan kartoituksella ja siitä seuraavalla jatko-ohjauksella on merkittävä vaikutus turvapaikanhakijoiden oikeuksien toteutumiseen ja hoidon jatkumiseen. Asianmukaisessa jatkohoidossa voidaan viranomaismääräykset huomioiden kohdentaa terveydenhuollon rajalliset resurssit oikea-aikaisesti ja oikeaan paikkaan.

Aikuiset turvapaikanhakijat ovat oikeutettuja terveydenhuollon ammattilaisen arvioimaan kiireelliseen ja välttämättömään hoitoon (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 50; Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989 3 § 2). Turvapaikanhakijaa pyydetään vastaanottokeskuksessa järjestettävässä terveysinfossa täyttämään haastattelulomake, jos terveydentilaa ei ole mahdollista kartoittaa henkilökohtaisessa alkuterveystarkastuksessa (THL 2019c). Alkuterveystarkastuksen tai haastattelulomakkeen perusteella arvioidaan palveluntarvetta ja tarvittaessa ohjataan henkilö asianmukaisiin palveluihin. Vastaanottokeskuksessa hoitajan tekemän alkuterveystarkastuksen lisäksi osalle turvapaikanhakijoista (mm. alaikäiset ja raskaana olevat) järjestetään lääkärin tekemä alkuterveystarkastus (Helve ym. 2016). Alle 18-vuotiaat lapset ovat oikeutettuja samoihin terveyspalveluihin kuin kunnan asukkaat. Lisäksi haavoittuvassa asemassa olevat ovat oikeutettuja siihen, että heidän erityistarpeensa arvioidaan ja raskaana olevat turvapaikanhakijat ohjataan äitiysneuvolapalveluihin (Vastaanottolaki 2011/746; STM 2017). Vuonna 2017 joka viidennessä kunnassa turvapaikanhakijat käyttivät kuitenkin muita kuin kunnallisia äitiys- ja lastenneuvolapalveluita, ja kouluterveydenhuoltopalveluiden sisällöissä oli puutteita (Seppälä & Tiittala 2018).

Suomessa turvapaikanhakijoiden terveyspalvelut ovat sidottuja turvapaikanhakijastatukseen ja heillä on oikeus asioida palveluissa tulkin välityksellä (Vastaanottolaki 746/2011). Hoitoon ohjauksessa on kuitenkin todettu vastaanottokeskuskoh-
taisia eroja (Helve ym. 2016).

Menetelmät

Kenttätyöntekijät vastasivat jatko-ohjausta koskevaan kysymykseen tutkimuskäyn-
nin päätteeksi (ei jatkohoitoa/annettu terveysneuvontaa/ohjattu itse hakeutumaan
vastaanottokeskuksen hoitajalle/muu jatkohoito, mikä?). Samalle henkilölle voi-
tiin kirjata useita vastausvaihtoehtoja. Jatko-ohjaustarve kirjattiin samalla taval-
la kaikkien ikäryhmien osalta. Kenttätyöntekijät kirjasivat myös sekä haastattelussa
että terveystarkastuksessa esiin tulleista terveyspalveluihin liittyvistä jatko-ohja-
uksen tarpeista kokoavan arvion. Tuloksissa jokin jatko-ohjaus perustuu siihen, et-
tä tutkittavalle oli kirjattu jokin, vähintään yksi, jatko-ohjaus tai terveysneuvonta.
Kenttätyöntekijöiden kirjaukset avovastauksiin siirrettiin soveltuvin osin valmiisiin
vaihtoehtoihin, esimerkiksi terveysneuvontaan. Lisäksi muutamille oli muuhun jat-
kohoitoon kirjattu tieto, että tutkittavalle oli varattu vastaanottokeskuksesta aika
lääkärille ja useille ohjaus hammashoitoon.

Kenttätyöntekijöiden koulutuksessa kerrottiin turvapaikanhakijoiden terveys-
palveluista ja korostettiin tutkimuksen olevan erillään vastaanottokeskuksen hoi-
tajan alkuterveystarkastuksesta ja muista palveluista. Myös kenttätyöntekijöiden
saamissa kirjallisissa ohjeissa tarkennettiin, että tutkittavaa neuvotaan olemaan yh-
teydessä vastaanottokeskuksen hoitajaan ja tarvittaessa avustetaan konkreettisesti
ajanvarauksessa, jos tutkimuksen aikana ilmenee asioita, jotka vaativat seurantaa tai
jatko-ohjausta. Koulutuksessa korostettiin, että tutkittavien eettisesti kestävän koh-
telun takia jatko-ohjaus oli tarvittaessa tärkeää, vaikka kenttätyöntekijät eivät sinän-
sä voineet paneutua yksittäisten tutkittavien ongelmiin. Tutkittavien tiedotteessa in-
formoitiin tarkasti turvapaikanhakijoiden terveyspalveluiden riippumattomuudesta
tutkimukseen osallistumisesta.

Tulokset

Aikuiset

Aikuisista turvapaikanhakijoista 71 % sai jonkinlaisen jatko-ohjauksen (taulukko
12.1). Viidennes ohjattiin ottamaan itse yhteyttä vastaanottokeskuksen hoitajaan,
ja terveysneuvontaa annettiin 64 %:lle tutkittavista. Miehet saivat jatko-ohjausta ja
heille annettiin terveysneuvontaa hieman useammin kuin naisille. Ikäryhmien vä-
lillä ei ollut eroja (taulukko 12.2). Muu Afrikka -ryhmään kuuluvat saivat jotain jat-
ko-ohjausta ja terveysneuvontaa hieman muita ryhmiä useammin (taulukko 12.3;
kuvio 12.1).

Taulukko 12.1. Jatko-ohjaus sukupuolittain, aikuiset

	Miehet n=414	Naiset n=274	Yhteensä n=688
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin jatko-ohjaus	73,2 (68,7–77,2)	68,2 (62,5–73,5)	71,2 (67,7–74,5)
Annettu terveysneuvontaa	65,9 (61,2–70,4)	62,0 (56,1–67,6)	64,4 (60,7–67,9)
Ohjattu hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle	18,4 (14,9–22,4)	19,3 (15,1–24,5)	18,8 (16,0–21,8)

LV, luottamusväli

Taulukko 12.2. Jatko-ohjaus ikäryhmittäin, aikuiset

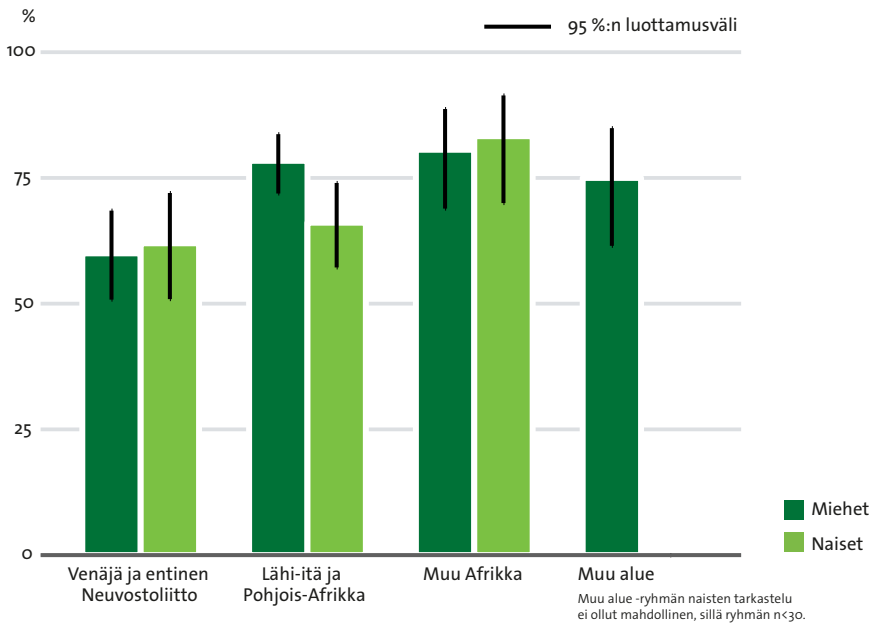
	18–29v n=257	30–39v n=263	40v+ n=168
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin jatko-ohjaus	69,6 (63,7–75,0)	71,9 (66,1–77,0)	72,6 (65,4–78,8)
Annettu terveysneuvontaa	63,4 (57,4–69,1)	64,3 (58,3–69,8)	66,1 (58,6–72,8)
Ohjattu hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle	17,1 (13,0–22,2)	20,2 (15,7–25,4)	19,0 (13,8–25,7)

LV, luottamusväli

Taulukko 12.3. Jatko-ohjaus maaryhmittäin, aikuiset

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto n=194	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka n=306	Muu Afrikka n=110	Muu alue n=78
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin jatko-ohjaus	60,8 (53,8–67,4)	73,5 (68,3–78,2)	81,8 (73,5–88,0)	73,1 (62,2–81,7)
Annettu terveysneuvontaa	58,2 (51,2–65,0)	66,3 (60,9–71,4)	70,9 (61,8–78,6)	62,8 (51,6–72,8)
Ohjattu hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle	15,5 (11,0–21,3)	17,6 (13,8–22,3)	22,7 (15,8–31,5)	25,6 (17,2–36,4)

LV, luottamusväli



Kuvio 12.1. Jotain jatko-ohjausta saaneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, aikuiset

Nuoret

Nuorista (13–17-vuotiaat) yli puolet sai jotain jatko-ohjausta tai terveysneuvontaa tutkimuksen kenttätöntekijöiltä (taulukko 12.4). Vastaanottokeskuksen hoitajalle ohjattiin nuorista 16 %.

Taulukko 12.4. Jatko-ohjaus, nuoret

	Yhteensä n=57 % (95 %:n LV)
Jokin jatko-ohjaus	64,9 (51,8–76,1)
Annettu terveysneuvontaa	61,4 (48,3–73,1)
Ohjattu hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle	15,8 (8,4–27,7)

LV, luottamusväli

Alakouluikäiset lapset

Kenttätöntekijät antoivat alakouluikäisten lasten (7–12-vuotiaat) asioissa jotain jatko-ohjausta 63 %:lle lapsista (taulukko 12.5). Terveysneuvontaa annettiin myös yli puolelle alakouluikäisistä ja heidän huoltajistaan. Yli yksi viidesosa alakouluikäisistä lapsista ohjattiin vastaanottokeskuksen hoitajalle.

Taulukko 12.5. Jatko-ohjaus sukupuolittain, alakouluikäiset lapset

	Pojat n=47	Tytöt n=35	Yhteensä n=82
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin jatko-ohjaus	61,7 (47,2–74,4)	65,7 (48,8–79,4)	63,4 (52,5–73,1)
Annettu terveysneuvontaa	55,3 (41,0–68,8)	54,3 (37,9–69,8)	54,9 (44,0–65,3)
Ohjattu hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle	21,3 (11,8–35,2)	22,9 (11,9–39,5)	22,0 (14,3–32,2)

LV, luottamusväli

Alle kouluikäiset lapset

Kolmannes (32 %) alle kouluikäisten lasten (0–6-vuotiaat) huoltajista sai jotain jatko-ohjausta lasten asioissa (taulukko 12.6). Vastaanottokeskuksen hoitajalle ohjattiin vain 8 % alle kouluikäisistä lapsista.

Taulukko 12.6. Jatko-ohjaus sukupuolittain, alle kouluikäiset lapset

	Pojat n=50	Tytöt n=57	Yhteensä n=107
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
Jokin jatko-ohjaus	30,0 (19,0–44,0)	33,3 (22,4–46,5)	31,8 (23,7–41,2)
Annettu terveysneuvontaa	30,0 (19,0–44,0)	28,1 (18,0–41,0)	29,0 (21,2–38,3)
Ohjattu hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle	NA ¹	10,5 (4,8–21,5)	8,4 (4,4–15,4)

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solukoon n<5

Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimuskäynnin lopuksi suurin osa aikuisista, nuorista ja alakouluikäisistä lapsista sai jotain jatko-ohjausta. Alle kouluikäisillä lapsilla jatko-ohjauksen tarve oli vähäisempi. Osa tutkimukseen osallistuneista oli jo käynyt vastaanottokeskuksen hoitajan tekemässä alkuterveystarkastuksessa ennen tutkimukseen osallistumista, osa taas ei. Siksi näistä tuloksista ei voi suoraan vetää johtopäätöksiä siitä, kuinka suuri osa turvapaikanhakijoista tarvitsee jatko-ohjausta. Sekä terveysneuvontaa saaneiden että vastaanottokeskuksen hoitajalle ohjattujen varsin suuri osuus osoittaa kuitenkin sen, että turvapaikanhakijat tarvitsevat yksilöllistä terveysneuvontaa.

Kokonaisvaltaisen alkuterveystarkastuksen avulla turvapaikanhakijat voidaan ohjata tehokkaasti tarvittaviin palveluihin. Alaikäisten ja raskaana olevien alkuterveystarkastuksessa korostuu selkeän ja informatiivisen tiedon kirjaaminen ja siirtäminen asiakkaan suostumuksella viiveettä lasten- ja äitiysneuvolaan tai kouluikäisten kohdalla kouluterveydenhuoltoon (ks. luvut 7.2 ja 8.4). Asiakkaan siirtymässä vastaanottokeskuksesta toiseen alkuterveystarkastuksen kirjauksista tulisi voida nähdä nopeasti keskeiset asiat ja hyvän jatkosuunnitelman avulla uusi hoitaja voisi parhaassa tapauksessa jatkaa suoraan suunnitelman toteuttamista.

Lisäksi vastaanottokeskuksissa tarvittaisiin laajemminkin terveyden edistämistoimia, jotta voitaisiin ehkäistä akuutin hoidon tarvetta ja tukea varhaista kotoutumista niiden osalta, jotka jäävät Suomeen. Vastaanottokeskusten hoitajien osaamista voitaisiin hyödyntää muun muassa ryhmämuotoisen terveyttä edistävän toiminnan järjestämisessä sekä turvapaikanhakijoiden itsehoidon tukemisessa. Olisi myös tarpeen selvittää, voitaisiinko terveyden edistäminen huomioida aiempaa laajemmin myös vastaanottokeskusten terveysinfossa sekä vapaaehtoistoimijoiden ja järjestöjen organisoimassa vapaa-ajantoiminnassa.

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu) venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten keskeisimpiin hoidon saamisen esteisiin kuuluivat muun muassa kielivaikeudet, epäily hoidon toimivuudesta sekä epätietoisuus siitä, mistä palveluita saa (Koponen ym. 2012a). Koska ongelmia hoitoon hakeutumisessa on havaittu myös pitkään Suomessa asuneilla, suomalaiseseen terveydenhuoltojärjestelmään olisi tärkeää perehtyä jo pian maahan saapumisen jälkeen. Italialaisessa tutkimuksessa todettiin tarve kulttuuritulkkien käytölle turvapaikanhakijoiden hoidon saavutettavuuden, jatkuvuuden ja diagnoosien tarkkuuden parantamiseksi (Russo ym. 2016). Kaikissa terveyspalveluissa, joihin turvapaikanhakijoita ohjataan, muun muassa kiireelliseen ja välttämättömäksi arvioituun hoitoon tai neuvolapalveluihin, tarvitaankin nykyistä enemmän riittäviä perustietoja turvapaikanhakijoiden erityis-tilanteista ja palvelutarpeista.

13 Tutkimusprosessin arviointi, tiedonkeruun hyvät käytännöt ja haasteet

Tässä luvussa arvioidaan tiedonkeruun toteutusta, ensisijaisesti suhteessa tiedonkeruulle asetettuihin tavoitteisiin. Arvioinnissa hyödynnetään tutkittavilta sekä kenttätöntekijöiltä kerättyä palautetta sekä tutkijoiden ja tiedonkeruun koordinaatiosta vastanneiden kokemuksia. Tavoitteena on kuvata hyviä käytäntöjä ja tiedonkeruun aikana kohdattuja haasteita. Tätä tietoa voidaan hyödyntää tulevaisuuden tutkimuksissa, joihin kutsutaan turvapaikanhakijoita, sekä soveltaen myös muissa kieli- ja kulttuurivähemmistöille kohdennetuissa väestötason tutkimuksissa.

13.1 Arviointiprosessi ja arvioinnissa hyödynnetyt aineistot

Natalia Skogberg, Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen, Anu E Castaneda

Kenttätöön aikana tiedonkeruun laadun varmistus perustui jatkuvaan tutkittavien tavoittelun edistymisen ja toteutuneiden tutkimuskäyntien seurantaan, sekä säännöllisiin sähköisesti kootun aineiston tarkastuksiin (ks. luku 2.3). Alustavia tutkimustuloksia esiteltiin sekä kenttätöntekijöiden omissa työpajoissa että tapaamisissa vastaanottokeskusten henkilökunnan kanssa. Näissä pohdittiin muun muassa alustaviin tuloksiin vaikuttavia tekijöitä ja tarpeita tarkentaa ohjeita tai muuten kehittää työkäytäntöjä. Kenttätöntekijöiden kesken järjestettiin myös viikoittaisia Lync-tapaamisia, joissa voitiin tarkentaa ohjeita, keskustella haastavista tilanteista sekä vaihtaa kokemuksia hyvistä käytännöistä.

Kenttätöön käynnistyttyä kenttätöntekijöiden kouluttajina toimineet henkilöt kävivät havainnoimassa terveystarkastus- ja haastattelutilanteita. Tutkimukseen osallistuneilta turvapaikanhakijoilta kysyttiin suostumus havainnoijan läsnäoloon. Havainnointikäynneillä keskityttiin yleisesti arvioimaan vuorovaikutuksen sujuvuutta sekä ennen kaikkea sitä, toteutuivatko mittaukset standardoidusti koulutuksessa annettujen ohjeiden mukaan. Välittömästi tutkimuskäynnin jälkeen kenttätöntekijät saivat havainnoijalta palautetta, jossa muun muassa kiinnitettiin huomiota pieniin yksityiskohtiin tutkimusprotokollan noudattamiseen liittyen. Pääsääntöisesti kenttätöntekijät noudattivat saatuja ohjeita erittäin tarkasti. Vuorovaikutus tutkittavien kanssa näytti kannustavalta ja ilmapiiri tutkimustilanteissa positiiviselta.

Heti kenttätöntekijöiden koulutuksen jälkeen heiltä pyydettiin palautetta saamastaan koulutuksesta. Palautelomakkeen pohjana hyödynnettiin THL:n aikaisempien tutkimusten kenttätöntekijöiden koulutusten palautekyselyjä. Palaute kerättiin nimettömänä ja se pyrittiin huomioimaan henkilöstön ohjauksessa kenttätöön aikana.

Kenttätöön loppuvaiheessa kenttätöntekijöiltä kerättiin kuvaileva haastatteluaineisto heidän kokemuksistaan. Aineisto koostui seitsemän kenttätöntekijän puolistrukturoiduista teemahaastatteluista. Haastattelut nauhoitettiin ja käännettiin tekstimuotoon (104 sivua). Haastattelut toteutettiin joulukuun 2018 ja tammi-kuun 2019 välillä THL:n toimipisteessä sekä muissa soveltuvissa tiloissa, joissa yksityisyys toteutui. Haastattelu kesti puolesta tunnista reiluun tuntiin haastateltavasta riippuen. Haastattelut ja niiden analysoinnin toteutti korkeakouluharjoittelija, joka ei ollut osallistunut henkilöstön koulutukseen eikä ohjaukseen. Haastattelut olivat vapaaehtoisia, mutta kaikki kenttätöössä aktiivisesti mukana olleet kenttätöntekijät osallistuivat niihin. Heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus ennen haastattelua ja kaikki antoivat myös luvan haastattelun nauhoittamiseen. Haastatteluaineisto säilytetään THL:ssä.

Kenttätöntekijöiden haastattelun rungon muodosti neljä teemaa, jotka olivat tutkittavien rekrytointi, haastattelu ja terveystarkastus, jatko-ohjaus sekä työskentely TERTTU-tutkimuksen kenttätiimissä. Haastattelukysymyksissä, kuten myös analyysissä, hyödynnettiin aikaisempiin tutkimuksiin, Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (Maamu) ja Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimukseen (UTH), perustuvaa viitekehystä kieli- ja kulttuurivähemmistöille kohdennettujen väestötutkimusten tiedonkeruun haasteista ja hyvistä käytännöistä. Haastatteluaineiston analysoinnissa hyödynnettiin Braunin ja Clar-ken (2006) teema-analyysin viitekehystä. Kenttähenkilöstön haastattelutuloksia täydennetään seuraavassa kuvauksessa myös tutkimuksen toteutuksesta ja kenttätöön koordinoinnista vastanneiden henkilöiden näkemyksillä sekä kyselyaineistojen perusteella, joita olivat kenttätöntekijöiden koulutuspalaute ja tutkittavien palaute.

Kenttätöön loppuvaiheessa kerättiin myös tutkittavien palautetta tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavien palautetta kerättiin lyhyillä (1 sivu) palautelomakkeilla marras-joulukuussa 2018. Lomake oli saatavilla somaliaksi, arabiaksi, englanniksi, persiaksi, portugaliksi, ranskaksi ja venäjäksi. Nämä kielet valikoituivat, koska palautelomakkeessa oli avovastauksien mahdollisuus ja näitä ei olisi ollut mahdollista tulkita muilla kuin kenttähenkilöstön puhumilla kielillä. Palautelomakkeeseen vastasi yhteensä 63 henkilöä. Muutama aikuisista vastaajista antoi palautetta koskien lapsen haastattelua (6 %). Palautelomakkeista 57 % oli täytetty venäjänkielillä, 31 % arabiankielillä ja 11 % englannin- tai ranskankielillä.

13.2 Kenttätöntekijöiden valinta ja koulutus

Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen, Anu E Castaneda

Kenttätöntekijöiden rekrytoinnissa valintakriteereinä oli sujuvan suomen- ja englanninkielen lisäksi jonkin tutkimustilanteissa tarvittavan kielen (turvapaikanhakijoiden yleisimmät äidinkielet) hallinta ja jokin terveysalan tutkinto. Etuna pidettiin aiempaa kokemusta väestötutkimusten tiedonkeruusta. Tiedonkeruun suunnitte-

luvaiheessa aiottiin rekrytoida kolme kokoaikaista kenttätyöntekijää. Vastoin odotuksia, kokoaikaisesta työstä kiinnostuneita hakijoita oli kuitenkin niukasti ja tutkimukseen rekrytoitiin vain yksi kokoaikainen ja kuusi tuntipalkkaista työntekijää. Kenttätyöntekijöiksi valittiin kolme aiemmin Maamu- ja/tai UTH -tutkimusten tiedonkeruussa mukana ollutta henkilöä, mikä mahdollisti heidän aiempien kokemus- tansa hyödyntämisen sekä koulutuksen että myöhemmin kenttätyön aikana. Kenttätyöntekijöitä kannustettiin myös muutoin jakamaan ja hyödyntämään monipuolista koulutustaustaansa ja työkokemustaan kaikissa tiedonkeruun vaiheissa.

Tuntityöntekijöiden palkkaaminen osoittautui erityisen suureksi eduksi tutkimuksen toteutuksen kannalta, koska tämän avulla oli mahdollista laajentaa tutkimuskielten valikoimaa. Huoli siitä, että tuntiperusteista työtä ei koettaisi yhtä motivoivaksi kuin kokoaikaista työtä, osoittautui tässä tapauksessa aiheettomaksi. Kenttätyöntekijöiden vaihtuvuus oli vähäistä: vain yksi kenttätyöntekijöistä jäi pois jo tiedonkeruun alkuvaiheessa. Kaksi uutta kenttätyöntekijää rekrytoitiin tiedonkeruun aikana.

Kenttätyöntekijöiden palautteen perusteella koulutuksen tavoitteet toteutuivat hyvin tiedollisen puolen ja tiedonkeruun standardoinnin osalta. Suurin osa koulutukseen osallistuneista koki sekä haastattelun että terveystarkastuksen harjoitteluun olleen riittävästi aikaa. Koulutuksen kokonaiskeston riittävydestä oli erilaisia kokemuksia, mahdollisesti liittyen eroihin aiemmassa työkokemuksessa ja koulutuksessa. Heikoimman arvosanan koulutuspalautteessa saivat IT-laitteisto ja ohjelmisto, joiden hankinnat ja sisällöt olivat jossain määrin keskeneräisiä koulutuksen aikana. Palautteen perusteella koulutuksessa onnistuttiin luomaan hyvä ilmapiiri kenttätyöntekijöiden kesken, mikä edisti monipuolisesti työskentelyä kenttätiimissä.

13.3 Tutkimuskielet ja lomakkeiden käännökset

Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen, Anu E Castaneda

Haastattelut ja terveystarkastukset toteuttivat THL:n kielitaitoiset kenttätyöntekijät. Niissä tilanteissa, joissa tilattiin ulkopuolinen tulkki, pyrittiin varmistamaan, että tulkilla on kaikki tutkimustilanteeseen liittyvä materiaali etukäteen saatavilla. Joissakin pienissä kieliryhmissä tulkkauksen saaminen oli erittäin haastavaa, varsinkin kun tulkkeja tarvittiin lyhyellä varoitusaajalla. Tulkin saantiin liittyvistä haasteista johtuen muutamia käyntejä jouduttiin jättämään toteuttamatta.

Lomakkeet käännettiin kuudelle kielelle, joiden tiedonkeruun suunnitteluvaiheessa ennakoitiin olevan yleisimpiä turvapaikanhakijoilla joko äidinkielenä tai kielenä, jolla tutkimus voitaisiin toteuttaa (englanti, arabia, persia, somali, kurdi/sorani, venäjä). Osa tutkimuslomakkeista käännettiin käännöstoimistossa ja kyseistä kieltä puhuvat kenttätyöntekijät tarkistivat kielen. Käännöstoimiston tekemissä käänöksissä havaittiin kuitenkin useasti puutteita, varsinkin lääketieteellisessä terminologiassa. Tästä syystä valtaosan lomakkeista käänisivät lopulta kenttätyöntekijät itse, sillä he tunsivat lääketieteellistä sanastoa ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen

aikana todettiin tarpeelliseksi kääntää tiedotteet ja suostumuslomakkeet edellä mainittujen kuuden kielen lisäksi turkin kielelle. Haastattelu- ja terveystarkastuslomakkeita ei kuitenkaan käännetty turkiksi koska kenttähenkilöstöstä kukaan ei osannut kyseistä kieltä ja siten tulkin kanssa työskentely oli joka tapauksessa välttämätöntä.

Tutkimuksen toteutuksen aikana saatiin palautetta tutkimuslomakkeiden käännöksistä myös Diakonia ammattikorkeakoulun asioimistulkkiopiskelijoilta, joiden tulkkauskielet olivat arabia, persia, sorani ja turkki. Opiskelijat pitivät lomakkeiden käännöksiä pääasiassa hyvinä. Palautteessaan asioimistulkkiopiskelijat huomauttivat, että lomakkeilla käytetyn kielen ymmärtäminen edellyttää tutkittavalta riittävää koulutustaustaa. Kaikki tutkimuskäynnit toteutettiin kuitenkin yksilökäynteinä, joten kenttätöntekijät tarvittaessa selvensivät kysymyksiä, mikäli tutkittavilla oli vaikeuksia niiden ymmärtämisessä.

Tutkimustuloksia tulkittaessa on huomioitavaa, että joistakin tutkimuskielistä oli käytettävissä tarkastetut, tutkittavan ja kenttätöntekijän omalle äidinkielelle käännetty tutkimuslomakkeet, kun taas osa tutkimuskäynneistä oli toteutettu simultaanitulkin avustuksella. Tulkin kanssa työskentely on väistämättä vaikuttanut haastattelukysymysten esittämiseen standardissa muodossaan. Tulosten tulokinnassa on myös huomioitava, että osa tutkittavista vastasi seksuaali- ja lisääntymisterveyttä sekä psyykkistä oireilua käsitteleviin kysymyksiin omankieliselle itse täytettävälle lomakkeelle ja osa taas suullisesti haastatteluna.

13.4 Turvapaikanhakijoiden kutsuminen tutkimukseen

Natalia Skogberg, Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tiedonkeruun tavoitteeksi asetettiin 1 000:n turvapaikanhakijan tutkiminen (700 aikuista, 100 nuorta, 100 alakouluikäistä ja 100 alle kouluikäistä lasta). Tätä osallistujamäärää pidettiin riittävänä, jotta tuloksia olisi mahdollista tarkastella ikäryhmittäin, sukupuolittain ja maaryhmittäin. Suunnitteluvaiheessa todettiin, että satunnaisotanta ei ole tarpeellinen, koska tutkimuksen otantakriteerien täyttävien turvapaikanhakijoiden viikoittainen määrä oli syksyllä 2018 varsin maltillinen: keskimäärin 40–60 hakijaa viikossa. Kaikkien otantakriteerit täyttävien kutsumista tutkimukseen pidettiin hyvänä ratkaisuna siksikin, että perheyksiköiden analysointi olisi mahdollista tutkimusaineiston jatkoanalyysissä, esimerkiksi huomioimalla muiden perheenjäsenten tutkimustiedot lasten terveyden ja hyvinvoinnin tarkastelussa.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 1 087 turvapaikanhakijaa, mikä ylitti tiedonkeruulle asetetun tavoitteen. Osallistujien määrä oli alakouluikäisten lasten ($n=96$) ja erityisesti nuorten ($n=67$) osalta alhaisempi kuin tavoiteltu 100 henkilöä per ikäryhmä, mutta aikuisten ($n=784$) ja alle kouluikäisten ($n=140$) osalta jopa tavoitetta suurempi. Osallistujien määrään ja ikäjakaumaan vaikutti edellisiin vuosiin verrattuna alhaisempi uusien nuorten turvapaikanhakijoiden määrä. Myös osallistumisaktiivisuus oli nuorten ryhmässä huomattavasti heikompi muihin ikäryhmiin

verrattuna (31 % vs. 78 %). Vuonna 2018 ilman huoltajaa tulleita alaikäisiä turvapaikanhakijoita oli 108 henkilöä (Maahanmuuttovirasto 2019a), ja heidän osallistumisensa jäi vähäiseksi, joten tästä ryhmästä ei pystytty esittämään erillisiä tuloksia. Muiden kuin ilman huoltajaa tulleiden nuorten osallistumisaktiivisuus oli puolestaan varsin hyvä. Huoltajien myönteinen suhtautuminen tutkimukseen näytti edistäneen myös nuorten osallistumista. Tätä vahvisti se, että kenttätyöntekijät pyysivät huoltajan suostumukset huollettavien osalta sen jälkeen, kun he olivat kertoneet tutkimuksesta yleisesti ja vanhemmat olivat jo mahdollisesti itse osallistuneet tutkimukseen.

Ilman huoltajaa tulleiden nuorten muita heikompi osallistumisaktiivisuus johtui osittain myös heidän rekrytointiinsa liittyneisiin erityishaasteisiin. Ennen kuin nuoreen otettiin kontaktia henkilökohtaisesti, oltiin ensin yhteydessä vastaanottokeskukseen edustajan yhteystietojen selvittämiseksi. Tämän jälkeen edustajalle kerrottiin puhelimitse tutkimuksesta ja pyydettiin tältä kirjallista suostumusta. Edustajan informoinnin ja suostumuksen saannin jälkeen varattiin vastaanottokeskuksen henkilökunnan kautta tavoitteluaika tutkittavalle nuorelle. Tavoitteluaajan aluksi kenttätyöntekijä kertoi tutkimuksesta ja kutsui nuoren osallistumaan siihen. Joissakin tapauksissa edustaja halusi ensin tavata nuoren ja keskustella tutkimukseen osallistumisesta yhdessä ennen oman suostumuksensa antamista. Myös viive edustajan nimeämisessä hidasti ilman huoltajaa tulleiden nuorten tutkimukseen kutsumisen etenemistä. Ilman huoltajaa tulleiden alaikäisten kutsuminen tutkimukseen erosi perheiden ja aikuisten kutsumisesta myös siinä, että useat ilman huoltajaa tulleiden nuorten kanssa työskentelevät ammattilaiset suhtautuivat tutkimukseen varovaisesti ja olettivat haastattelun sisältöjen olevan liian arkaluonteisia nuoren kanssa tutkimustilanteessa käsiteltäviksi. Tutkimuksesta on saattanut jäädä pois erityisesti vaikeimpia tapahtumia kokeneita ja psyykkisen hyvinvoinnin kannalta heikoimmassa asemassa olevia nuoria, jolloin tulokset voivat joltain osin aliarvioida oireilun ja järkevien kokemusten yleisyyttä.

Tutkittaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus tavoittelun yhteydessä. Kenttätyöntekijöiden kokemusten mukaan omalla äidinkielellä saatu tieto tutkimuksesta sekä halu tietää omasta terveydestä motivoivat monia tutkittavia osallistumaan. Joillakin tutkittavilla oli ollut aluksi myös virheellinen käsitys siitä, että tutkimukseen osallistumalla saisi terveyspalveluita. Tutkittaville annettiin kiitoksena vaivannäöstä ja menetetyistä ajasta noin 10 euron arvoinen palkkio, aikuisille esimerkiksi matkakortti ja lapsille leluja. Osa kenttätyöntekijöistä koki palkkioiden kannustavan tutkittavia osallistumaan tutkimukseen, toiset puolestaan kokivat palkkioiden antamisen epäsopivana. Kutsumisessa osallistumaan ilmenneiksi haasteiksi kenttätyöntekijät mainitsivat tutkittavien epäluulon tutkimuksen tarkoituksesta ja luotamuksellisuudesta. Tällaisissa tapauksissa kenttätyöntekijät pyrkivät kertomaan yksityiskohtaisemmin tutkimuksesta sekä esimerkiksi näyttämään haastattelussa kysyttäviä kysymyksiä. Potilastietojärjestelmistä ja rekistereistä saatavan tiedon käyttö tutkimuksessa pystyttiin hyvin kuvaamaan tutkimukseen osallistuneille siten, kun

kenttätöntekijöiden koulutuksessa oli neuvottu. Jopa 97–98 % tutkimukseen osallistuneista antoi suostumuksen potilastietojärjestelmästä ja eri rekisteriviranomaisilta saatujen tietojen liittämiseen heidän itse antamiinsa tutkimustietoihin.

Kenttätöntekijät kokivat, että vastaanottokeskuksen henkilökunta suhtautui pääasiassa myönteisesti tutkimukseen, millä oli tärkeä rooli tutkittavien osallistumaan kutsumisen onnistumisessa. Vastaanottokeskuksissa asuneita turvapaikanhakijoita oli huomattavasti helpompi tavoittaa ja saada mukaan tutkimukseen kuin yksityismajoituksessa asuvia. Vastaanottokeskuksen henkilökunta auttoi kenttätöntekijöitä esimerkiksi tutkittavien tavoittelussa, tutkimuskäyntien ajanvarauksessa, tutkimustilan ja avainten saamisessa sekä tulostamisessa. Eräs kenttätöntekijä sanoitti asiaa seuraavasti:

Kyllä se kaikista helpoiten menee sellaisissa keskuksissa, missä heillä on se tietty schema, että näin toteutetaan, että näin laitetaan kutsuja tai näin asiakkaalle kerrotaan kutsua annettaessa. Kyllä sen huomaa, että se pohjatyö on tehty tässä keskuksessa paremmin kuin jossain muussa. Se lisää sitä todennäköisyyttä, että ihmiset tulevat sovittuna aikana käynnille ja ainakin että heidät tavataan – päättivät he sitten osallistua tai eivät.

Kenttätöntekijöiden kokemuksen mukaan vastaanottokeskusten asukasyhteisö ei vaikuttanut tutkittavien osallistumishalukkuuteen. Perheenjäsenen rooli koettiin kuitenkin merkittävänä: jos joku perheessä oli osallistunut tutkimukseen, hän myös todennäköisesti suositteli sitä läheisilleen. Toisaalta oli myös ollut muutamia tilanteita, joissa puoliso oli kieltänyt vaimoa ja muuta perhettä osallistumasta tutkimukseen.

Kenttätöntekijöiden kokemusten mukaan heidän sukupuolellaan oli merkittävä vaikutus tutkittavan osallistumiseen. Naispuolisilla kenttätöntekijöillä oli vähemmän kieltäytymisiä, vaikka tutkittava olisikin ollut mies. Naissukupuolesta koettiin olevan hyötyä muun muassa kulttuurillisista syistä. Miessukupuolesta koettiin olevan haittaa erityisesti silloin, kun tehtiin vastakkaista sukupuolta olevalle tutkitavalle riisuutumista edellyttäviä terveystarkastusmittauksia.

Kenttätöntekijän varttuneempi ikä koettiin jossain määrin osallistumishalukkuutta edistävänä asiana. Yksi kenttätöntekijöistä mainitsi kokeneensa, että hänen nuoresta iästään tai siitä, että hän näytti nuorelta, oli mahdollisesti haittaa. Sama kulttuuritausta ja yhteinen kieli tutkittavan kanssa olivat kenttätöntekijöiden mukaan pääasiassa osallistumista edistäviä tekijöitä. Vain muutamassa yksittäisessä tilanteessa tutkittava ei halunnut samankielistä työntekijää. Tämän epäiltiin johtuvan luottamukseen liittyvistä syistä. Tällaisissa tilanteissa pyrittiin järjestämään toinen työntekijä toteuttamaan tutkimuskäynti. Kenttätöntekijät kokivat myös ammattimaisuuden ja kunnioittavan kohtaamisen olleen tärkeitä osallistumishalukkuutta edistäviä tekijöitä.

13.5 Haastattelujen ja terveystarkastusten toteutus

Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen, Natalia Skogberg, Anu E Castaneda

Kenttätyöntekijöiden kokemusten mukaan tutkimuskäyntien sujuvuutta edistäviä tekijöitä olivat omat ammatti- ja vuorovaikutustaidot, joiden avulla luotiin luottamussuhde tutkittavan kanssa. Myös ammattitaitoinen tulkki sujuvoitti tutkimuskäyntiä. Käytännön haasteiksi mainittiin omankielisen tiedotteen puute osalle tutkittavista, joidenkin tutkittavien luku- ja kirjoitustaidottomuus, haasteet tulkkien saatavuudessa sekä tulkin puutteellinen haastattelussa käytetyn terminologian hallintaa.

Kenttätyöntekijöillä oli pääasiassa myönteisiä kokemuksia tutkittavien kanssa työskentelystä. Harvinaiseksi koetut vaikeat tai haastavat kokemukset liittyivät tutkittavan ongelmiin keskittyä tutkimustilanteeseen esimerkiksi ahdistuneisuuden vuoksi. Näissä tilanteissa kenttätyöntekijät joutuivat pohtimaan tutkimuskäynnin jatkamisen eettisyyttä ja tarvittaessa keskeyttämään tutkimuksen. Myös tutkittavien vaikeiden elämäkokemusten ja traumakokemusten kuuleminen koettiin haastavana. Näistä tilanteista auttoivat selviämään saatu koulutus ja tiedonkeruun aikainen ohjaus. Eräs kenttätyöntekijä kuvasi haastavia tilanteita seuraavasti:

Jotkut kysymykset olivat sellaisia, että ne saivat heitä aika tunteelliseksi. Aikaa on rajallisesti ja silti täytyy olla sympaattinen ja inhimillinen siinä tilanteessa, niin se kyllä otti pitkän päältä. Jos on ollut monta tutkittavaa peräkkäin, joilla on ollut rankkaa, niin kyllä se omaankin tuntemukseen vaikuttaa.

Valtaosa kenttätyöntekijöistä koki tutkimussisällöt myönteisesti kokonaisvaltaiseksi. Strukturoitu haastattelutapa koettiin kuitenkin tutkittaville joissakin tapauksissa haastavaksi ja myös kenttätyöntekijöille itselleen se oli ainakin aluksi vaikeaa.

Ei ole vaikea kysyä, mutta se, että aina pitäisi pyrkiä siihen, että aika lailla sanasta sanaan samalla tavalla kysyy. Se on haaste. Kyllähän ne lauseet muokkautuvat meidän puheeseen ja kieleen. Ja ei välttämättä ole kovin luontevaa lukea ihan sanasta sanaan paperista, kun sen kysymyksen kulun tietää jo etukäteen. Voi olla, että se tekninen vaikeus liittyy enemmän tällaiseen, että kysyinköhän nyt tämän ihan just samalla tavalla kuin aina.

Kenttätyöntekijät kertoivat, että tutkittavien suhtautuminen haastattelun sisältöön vaihteli. Usein tutkittavat halusivat puhua traumaattisista kokemuksistaan, turvapaikanhakumatkasta, sairauksistaan ja perheestään. Joidenkin tutkittavien oli kuitenkin vaikeaa vastata traumakysymyksiin ja matkareittiä koskeviin kysymyksiin. Tutkittaville vaikeita kysymyksiä olivat myös lääkärin diagnosoimat sairaudet, koska monilla tutkittavilla oli heidän itse määrittämiä sairauksia ilman lääkärin diagnoosia. Osalla tutkittavista oli vaikeuksia muistaa omia tai lastensa saamia rokotteita. Joidenkin kysymysten tarkoitusta ei ymmärretty, jolloin kenttätyöntekijä kertoi perusteet kysymykselle. Kenttätyöntekijät kokivat, että osalla tutkittavista oli vaikeuk-

sia vastata itsetuhoa ja muuta psyykkistä oireilua, päihteiden käyttöä sekä perhettä koskeviin kysymyksiin. Myös seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksiin vastaamisen koettiin olevan joillekin tutkittaville vaikeaa, erityisesti silloin, kun haastattelijana tai tulkkina toimi vastakkaista sukupuolta oleva henkilö. Kaksi kenttätyöntekijää kuvailee edellä mainitun kaltaisia tilanteita:

Minulla oli muutama tapaus, jossa tutkittava oli mieshenkilö. Vaikka en kysynyt niitä seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksiä, niin kun hän aloitti lukemaan niitä, huomasin heti, että tulee semmoinen reaktio. Hän hermostui ja sanoi, että ”meidän kulttuurissa mies ei kysy näitä.”

Esimerkiksi seksuaali- ja lisääntymiskysymykset. Toiselle ne voi olla ihan silleen, että mitäs tässä. Ja toinen taas on silleen, että älä nyt kysy tulkin välityksellä. Varsinkin jos tulkki on mies.

Myös asioimistulkkioiskelijat tekivät osana koulutukseensa kuuluvaa harjoittelua joitakin tutkimustilanteiden tulkkauksia, joista heiltä kerättiin palautetta. Osa opiskelijoista koki seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvien kysymysten esittämisen kulttuurillisesti vaikeana. Opiskelijat kokivat tulkin sukupuolella olevan vaikutusta tulkkauksilanteeseen erityisesti arkaluontoisia asioita käsiteltäessä.

Tutkimukseen osallistuneiden turvapaikanhakijoiden palautteen mukaan haastattelun sisällöistä seksuaali- ja lisääntymisterveys sekä vaikeat elämäkokemukset olivat vähiten miellyttäviä vastata.

Kenttätyöntekijät kokivat vaikeaksi traumakokemuksista sekä turvapaikanhakumatkasta kysymisen. Tutkittavien itsenäisesti täytettävistä kyselylomakkeista kenttätyöntekijöillä oli vaihtelevia kokemuksia. Toisaalta niiden koettiin helpottavan arkaluontoisista aiheista (kuten seksuaali- ja lisääntymisterveys) kysymistä, toisaalta oli myös vaarana, että tukittava jätti silloin vastaamatta kysymyksiin. Kenttätöntekijät myös kokivat, että heidän työtään edisti kokemuksen kertyminen. Eräs kenttätöntekijä kuvaili asiaa seuraavasti:

Projektin alkuvaiheessa ne traumakokemukset. Varsinkin jos olin kuullut, mistä henkilö oli tullut Suomeen, tai hän kertoi vähän jotain, mitä en kysynyt, mutta kävi ilmi, että hänellä oli jotakin oireita tai pelkoja. Sitten mä luulin, että tulisi joku voimakas reaktio silloin, kun kysytään. Mutta se oli alkuvaiheessa. Sen jälkeen ajan myötä sain enemmän itsevarmuutta, että jokaisen tilanteen voi hoitaa, koska me puhutaan samaa kieltä. Mä voin puhumalla vähän helpottaa sitä tilannetta.

Kenttätöntekijöiden mielestä haastavimmat terveystarkastusmittaukset olivat vyötärönympäryksen ja verenpaineen mittaaminen. Mittauksissa haastavaksi mainittiin se, etteivät tutkittavat aina seuranneet hoitajan ohjeita esimerkiksi oikean mittausasennon tai verenpaineenmittauksen aikaisen hiljaisuuden osalta. Eräs kenttätöntekijä oli ratkaissut asian siten, että hänellä oli pieniä kuvia, joista tukittava näki, kuinka mittaus toteutettaisiin. Tutkittavien palautteissa terveystarkastusmittauksista lapsen ihon kunnon arviointi (joka edellytti tutkittavan riisuutumista) ja suunterveyden tarkistus olivat vähiten pidettyjä.

Kenttätyöntekijöiden mukaan tutkimuskäyntiä varten varatun huoneen soveltumattomuus THL:n standardien mukaisille mittauksille vaikeutti joskus mitausten onnistumista. Suun tutkimuksessa kenttätyöntekijät eivät kertoneet olleen runsaasti ongelmia, muita kuin yksittäisissä tilanteissa haasteina olleet kivulias suu, vaikeasti riisuttavat proteesit sekä tutkittavan arastelu.

13.6 Tutkittavien jatko-ohjaus

Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen

Kenttätyöntekijöillä oli pääosin hyviä kokemuksia terveystarkastusmittausten tulosten kertomisesta tutkittaville. Tutkittavat olivat kiinnostuneita terveydestään ja erityisesti palautelomake, johon omat mittaustulokset oli kirjattu, otettiin mielellään vastaan. Terveysneuvontaa annettiin monille esimerkiksi hampaiden harjaamisesta sekä hammaslangan käytöstä.

Kenttätyöntekijät antoivat myös jatko-ohjausta saatujen ohjeiden mukaan, jos tutkittavilla ilmeni siihen tarvetta. Osalla kenttätyöntekijöistä oli lisäksi kokemuksia akuuteista tilanteista, joissa tutkittavan luvalla hänelle varattiin heti aika vastaanotokeskuksen hoitajalle, yleisimmin kohonneen verenpaineen takia. Kenttätyöntekijöillä oli myös kokemuksia siitä, että tutkittavat odottivat saavansa jatko-ohjauksen kautta suoraan ajan hoitajalle tai lääkärille.

Hampaiden ohjeistus tai jatko-ohjeiden anto oli vähän epäselvää, kun he olettivat, että minä voisin antaa heille lähetteen sairaanhoitajalle tai lääkärille.

13.7 Kokemukset tiedonhallinnasta, ohjauksesta ja työyhteisöstä

Natalia Skogberg, Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda

Tiedot uusista turvapaikanhakijoista toimitettiin Maahanmuuttovirastosta THL:lle kerran viikossa ja toimitettu aineisto ladattiin THL:n tietokantaan. Haasteena oli yhteyshenkilöiden vaihtuvuus tiedonkeruun alkuvaiheessa, jonka vuoksi aineistojen toimitus ei ollut aina säännöllistä ja tietosisällöt vaihtelivat. Otostietojen latauksen automatisointi tietokantaan hioutui ongelmattomaksi kenttävaiheen loppua kohden.

Kaikki tutkimuslomakkeet luotiin sähköiseen muotoon THL:n tietokantaan. Haasteena oli lomakkeiden suuri määrä, yhteensä 12 kappaletta, kun jokaisella tutkimuksen ikäryhmällä oli kolme lomaketta (haastattelu, terveystarkastus ja itse täytettävä lomake). Sähköisessä tiedonkeruussa pyrittiin huomioimaan kysymysten luettavuus ruudulta ja toisaalta varmistamaan, että tieto kirjattiin oikeaan kohtaan lomakkeella. Sähköinen lomake sisälsi myös ohjeita hoitajalle. Sähköisestä lomak-

keesta ei kuitenkaan ollut erikielisiä versioita, joten sen rinnalla tutkimustilanteessa tarvittiin käännetty paperilomake.

Tutkimuskäynnin aluksi kenttätöntekijä kirjautui tietokantaan, josta haettiin tutkittavan tiedot ja avattiin linkki sähköiselle lomakkeelle. Kentän käynnistyessä lomakkeet täytettiin paperisena ja lähetettiin THL:n tallennettavaksi, mutta kentän kuluessa siirryttiin itse täytettäviä lomakkeita lukuun ottamatta täysin sähköiseen haastattelulomakkeeseen.

Tietokannoista ja sähköisistä lomakkeista vastaavien THL:n työntekijöiden kanssa pidettiin viikoittaisia yhteistyökokouksia koko tiedonkeruuvaiheen ajan. Niissä keskusteltiin muun muassa kenttätöntekijöiden huomioiden viemisestä sähköisiin järjestelmiin sekä ohjelmistojen päivittämisestä kenttätöön laajentuessa lähes kaikkiin Suomen vastaanottokeskuksiin. Samaan kokonaisuuteen liittyi myös tutkittavien tunnistena paperilomakkeilla käytettyjen viivakooditarrojen tuottaminen ja lomakkeiden sähköinen arkistointi. Tutkimuksen koordinaattori toimi yhteyshenkilönä kenttätöntekijöiden ja THL:n tietokannoista vastanneiden välillä.

Työvälineiden toimivuus nousi kenttätöntekijöiden haastatteluissa esiin tärkeänä kenttätöön edistäjänä. Osa kenttätöntekijöistä koki raskaana sen, että heidän piti kuljettaa mukanaan kaikki tutkimusvälineet muualla kuin transit-vastaanottokeskuksissa toteutettaviin tutkimuskäynteihin. Myös ajoittain esiintyvät tietotekniset ongelmat koettiin haastaviksi. Ohjelmistojen käytöstä ja tietojen tallentamisesta olisi toivottu enemmän koulutusta.

Kenttätöytä edeltänyt koulutus oli monista hyödyllinen ja kokonaisvaltainen myös kenttätöön loppuvaiheessa arvioituna. Tutkimuksen koordinaatioryhmältä saatu tuki koettiin merkittävänä ja riittävänä. Osa kenttätöntekijöistä olisi kaivannut lisää tietoa turvapaikanhakijoiden oikeuksista, osa taas oli perehtynyt aiheeseen jo aikaisemmassa työssään.

Kenttätöntekijät kokivat yhteistyön vastaanottokeskusten kanssa olleen pääosin hyvää. Yhteistyötä edisti vastaanottokeskusten henkilöstön tietoisuus TERT-TU-tutkimuksesta ja kenttähenkilöstön työstä. Myönteistä suhtautumista kuvaa esimerkiksi se, että eräässä etäällä sijaitsevassa vastaanottokeskuksessa tarjottiin tutkimuksen kenttätöntekijöille myös autokyyti rautatieasemalle. Huonoja yhteistyökokemuksia mainittiin harvemmin. Niitä olivat epäonnistuneet vastaanottokeskuksen henkilökunnan ja kenttätöntekijän väliset vuorovaikutustilanteet, ajoittain sähköposteihin ja ajanvaraustiedusteluihin vastaamatta jättäminen sekä joidenkin vastaanottokeskusten henkilöstön tiedonpuute tutkimuksesta, mikä vaikutti heidän auttamishalukkuuteensa tutkimuskäynnin käytännönjärjestelyihin liittyen.

Kaikki kenttätöntekijät kokivat, että heidät oli vastaanotettu hyvin tutkimusta toteuttavaan työyhteisöön ja he kokivat työyhteisön motivoivana. Osa kenttätöntekijöistä olisi toivonut enemmän kasvokkain tapahtuvia kokouksia viikoittaisten Lync-kokousten sijaan. Sen olisi koettu helpottavan kommunikointia, vaikka valtaosa kenttätöntekijöistä koki kommunikaation toimineen muutenkin hyvin työyhteisössä. Kuitenkin oli myös tilanteita, jolloin kommunikointi ei kuitenkaan toiminnut, mikä taas johti joihinkin erilaisiin toimintatapoihin. Vertaistuki kenttätöihin

sisällä koettiin tärkeänä, mutta myös tutkimuksen koordinaatioryhmän rooli nähtiin tärkeänä. Koordinaatioryhmän kannustava asenne ja positiivinen palaute nousi myös esiin kenttätyöntekijöiden haastatteluissa kenttätyön toteutumista edistävinä asioina.

13.8 Hyvät käytännöt tutkimuksessa

Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Awa Ahmed Haji Omar, Katri-Leena Mustonen, Eero Lilja, Anu E Castaneda

Koordinaation näkökulmasta tutkimuksen onnistumisen kannalta olennaisin tekijä oli yhteistyö vastaanottokeskusten kanssa sekä tutkimuksen integrointi olemassa oleviin toimintatapoihin. Tutkittavat esimerkiksi kutsuttiin tavoittelukäynnille vastaanottokeskusten normaalin postijärjestelmän kautta. Yhteistyötä edistettiin tapaa- misilla tutkimuksen suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Noin kuukauden päästä tiedonkeruun käynnistymisestä jokaisessa transit-vastaanottokeskuksessa järjestettiin yhteistyökokous, missä arvioitiin tutkimuksen toimintatapojen sujuvuutta. Lisäksi kenttävaiheen aikana tarvittaessa pohdittiin yhdessä ratkaisuja kysymyksiin, jotka liittyivät turvapaikanhakijoiden kutsumiseen tutkimukseen. Vastaanottokeskuksissa työskenteleviä ammattilaisia tiedotettiin tutkimuksesta Maahanmuuttoviraston järjestämillä päivillä, kirjallisilla ohjeilla ja heille annettiin käyttöön tutkimuksen esitelyyn sopivat diat esiteltäviksi omissa työyhteisöissään. Lisäksi tutkimuksesta tiedotettiin tutkittaville vastaanottokeskusten inforuuduilla erikielisillä dioilla, julisteilla ja esitteillä. Yhteistyötä vahvisti se, että tutkimuksen kenttäkoordinaattorilla oli vahva käytännön kokemus ja osaaminen turvapaikanhakijoiden palveluista ja vastaanottokeskustyöstä.

Kokemusten perusteella seuraavia asioita on tärkeää huomioida tulevais-
sa tutkimuksissa:

- Tutkimukseen kutsuttavien laaja informointi tutkimuksen tavoitteista, toteutuksesta, luottamuksellisuudesta ja tietoturvasta on erityisen tärkeää kun kutsuttavilla henkilöillä on vähän tietoja tutkimuksen merkityksestä ja/tai kokemuksia huonosta kohtelusta tai vainosta entisessä asuinmaassaan. Informaatiota tarvitaan omankielisenä kirjallisena versiona, mutta myös suullisesti erilaisissa infotilaisuuksissa ja henkilökohtaisin kontaktein.
- Tutkimustiedotteiden, lomakkeiden ja muun materiaalin kääntäminen eri kielille on haastavaa ja materiaalien tarkastukseen ja käännösten validointiin on tärkeää varata riittävästi resursseja.
- Kenttätöntekijöiden on tärkeää olla mahdollisuuksien mukaan tutkittavien kanssa samaa kieltä puhuvia ja mahdollisesti heidän kulttuurejaan tuntevia henkilöitä. Tarvittaessa osallistujille on tärkeää tarjota myös mahdollisuus halutessaan valita muun taustainen tai omaa sukupuolta oleva työntekijä.
- Henkilökohtainen kontakti tutkimukseen kutsuttaviin henkilöihin on tärkeää. Tässä tarvitaan kenttähenkilöstön vuorovaikutustaitoja ja riittävää ymmärrystä tutkimuksen tarkoituksesta.
- Kenttätöntekijöiden koulutuksessa on tärkeää varata riittävä aika harjoitteluun ja mahdollisia haastavia tilanteita on hyvä ennakoida. Tiivis koordinaatio, ohjaus ja laadun valvonta kenttätönnä aikana on erityisen tärkeää, kun toimitaan useilla paikkakunnilla ja luodaan uusia käytäntöjä. On tärkeää, että koordinaatiosta vastaava henkilö tuntee tutkimuksen aihepiirin ja tutkimusympäristön.
- Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää integroida tutkimuksen toteutus mahdollisuuksien mukaan kohderyhmän käyttämiin palveluihin ja niiden olemassa oleviin toimintatapoihin. Tämä on mahdollista, jos kaikki tutkittavat ovat kattavasti palvelujen piirissä (tässä tutkimuksessa vastaanottokeskusten palvelujen).

14 Yhteenveto ja johtopäätökset

Natalia Skogberg, Päivikki Koponen, Katri-Leena Mustonen, Anu E Castaneda

TERTTU-tutkimus on toistaiseksi laajin turvapaikanhakijoita koskeva väestötutkimus sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla. Aiemmat suomalaiset tutkimukset ovat olleet sisällöltään, menetelmiltään tai ikäryhmien osalta rajatumpia ja yleensä vain yhdellä paikkakunnalla tai yhdessä vastaanottokeskuksessa toteutettuja (mm. Lähtenmäki 2013; Mattila ym. 2016; Pirinen 2008). Lisäksi on tehty selviytyksiä palvelujen järjestämisestä ja palvelujen käytöstä (Seppälä & Tiittala 2018; Tiittala & Seppälä 2018; Tiittala ym. 2018b). TERTTU-tutkimus tuottaa kattavaa tietoa vuoden 2018 aikana turvapaikkaa hakeneiden aikuisten ja alaikäisten terveyden ja hyvinvoinnin tilasta, terveyden riskitekijöistä sekä palvelutarpeista Suomessa. Tässä raportissa on kuvattu ensimmäisiä perustuloksia, mutta tutkimusaineistoa voidaan hyödyntää jatkossa monipuolisesti erilaisissa syventävissä tutkimuksissa.

Tässä luvussa esitetään yhteenveto tutkimuksen keskeisimmistä tuloksista sekä johtopäätöksiä käytännön suosituksiksi alkuterveystarkastukseen, turvapaikanhakijoiden terveyden- ja hyvinvoinnin seurantaan, sekä myöhempiin tutkimuksiin turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista.

Yhteenveto keskeisistä tuloksista

TERTTU-tutkimukseen kutsuttiin kaikki tutkimusjakson aikana Suomeen tulleet ja tutkimuksen otantakriteerit täyttäneet turvapaikanhakijat. Aikuisten (79 %) ja perheensä kanssa tulleiden alaikäisten (78 %) osallistumisaktiivisuus oli hyvä. Ilman huoltajaa tulleiden alaikäisten osallistumisaktiivisuus oli puolestaan heikko (26 %). Tutkimukseen osallistui yhteensä vain 18 ilman huoltajaa tullutta alaikäistä, minkä vuoksi tämän ryhmän tuloksia ei voida raportoida erikseen.

Aikuiset

Turvapaikanhakijoista kolmasosa koki terveytensä keskitasoiseksi tai huonoksi ja 42 % ilmoitti, että heillä oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Yleisimmät aikuisten raportoimat lääkärin aikaisemmin toteamat pitkäaikaiset somaattiset sairaudet olivat verenkiertoelinsairaudet (19 %), tuki- ja liikuntaelinsairaudet (18 %), sekä hengityselinsairaudet (10 %). Tutkimusmittauksissa vain 5 %:lla oli kohonnut verenpaine, mutta muutamilla tutkituilla oli selvästi hoitamaton verenpaine- tauti. Tutkituista 19 % oli terveystarkastusmittausten perusteella lihavia (BMI >30 kg/m²). Lähes puolella oli jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma. Ni- menomaan väkivallasta johtuvia vammoja oli noin neljäsosalla kaikista vastaajista. Päänsärky ja selkäkivut olivat yleisiä; niitä oli ollut neljäsosalla vastaajista vähintään useita kertoja viikossa. Hieman yli kymmenesosa raportoi muista kivuista vähintään useita kertoja viikossa.

Selvä enemmistö vastaajista (83 %) oli kokenut vähintään yhden järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa. Merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita esiintyi 40 %:lla vastaajista ja traumaattisten kokemusten todennäköisyydelle keskitason tai korkean riskitason oireita raportoi puolet aikuisista.

Valtaosa aikuisista turvapaikanhakijoista arvioi suoriutuvansa vaikeuksista liikkumiskykyä vaativista toiminnoista. Yleisimpiä liikkumisvaikeuksia olivat koetut vaikeudet juosta sata metriä, joita raportoi joka viides. Kognitiivisen toimintakyvyn vaikeudet olivat yleisiä aikuisilla turvapaikanhakijoilla: joka neljäs koki vähintään vähän vaikeuksia keskittyä ja muistaa asioita.

Aikaisemmin todetut infektioaudit, muun muassa seksi- ja/tai veriteitse tarttuvat taudit olivat harvinaisia (1–2 %). Aiemmin todettu tuberkuloosi ja sen oireet olivat myös harvinaisia. Vaikka selvä enemmistö vastaajista (86 %) ilmoitti saaneensa jotain rokotuksia ennen Suomeen tuloa, monet kokivat vaikeuksia niiden nimeämisessä. Yleisimmin aikuiset ilmoittivat saaneensa jäykkäkouristus- ja poliorokotteita.

Pienellä osuudella tutkituista oli ollut seksiä samaa sukupuolta olevan kanssa tai useita seksikumppaneita. Naisilla oli usein seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä ongelmia tai vaikeuksia, esimerkiksi haittaavia kuukautiskipuja (33 %), runsaita kuukautisia (26 %) tai vaikeuksia aiemmissa synnytyksissä (49 %). Noin joka kymmenes kaikista naisista ilmoitti läpikäyneensä sukuelinten silpomisen. Kymmenesosa naisista oli raskaana Suomeen tullessaan.

Enemmistö tutkituista (85 %) ei ollut lainkaan käyttänyt alkoholia kuluneiden 30 päivän aikana ja runsas alkoholinkäyttö oli harvinaista: humalahakuista juomista oli vain 3 %:lla. Tupakointi oli varsin yleistä miehillä, joista 37 % tupakoi joko päivittäin tai satunnaisesti.

Suuhun ja hampaisiin liittyvää särkyä viimeksi kuluneen kuukauden aikana oli noin neljäsosalla vastaajista, todennäköisesti ientulehduksesta kertovasta verenvuodosta raportoi yli puolet aikuisista ja kolmanneksella todettiin plakkia hampaissa. Nämä viittaavat harjauksen ja muun suun puhdistamisen puutteisiin.

Monilla osa-alueilla naisten terveys ja hyvinvointi oli miehiin verrattuna keskimäärin heikompi. Kuten aikaisemmissakin ulkomaalaistaustaiselle väestölle suunnatuissa tutkimuksissa on havaittu, heikompi terveys ja hyvinvointi korostuivat tietyissä alueellisissa ryhmissä. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla sekä erityisesti Muu Afrikka -ryhmässä havaittiin merkittävästi enemmän terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä ongelmia suhteessa muilta alueilta tulleisiin. Näissä ryhmissä oli myös eniten niitä, joilla ei ollut koulutusta lainkaan tai korkeintaan peruskoulutus. Matala koulutustaso oli erityisen yleinen Muu Afrikka -ryhmän naisilla.

Nuoret

Alle viidesosa 13–17-vuotiaista nuorista koki terveytensä keskitasoiseksi tai huonoksi. Hieman yli neljäsosa ilmoitti, että heillä oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Nuorista joka viides raportoi allergiaoireita, mutta kukaan nuorista ei

käyttänyt allergialääkkeitä. Nuorista 17 % kertoi kärsineensä päänsärystä ja 14 % selkävivusta vähintään muutaman kerran viikossa. Lähes neljännes kertoi ruokahaluttomuudesta vähintään muutaman kerran viikossa. Yli kolmannes nuorista kertoi, että heillä oli vaikeuksia päästä uneen tai heräilyä yöllä. Kolmannes nuorista tytöistä, joilla kuukautiset olivat jo alkaneet, kertoi haittaavasta kuukautiskivusta ja noin joka kymmenes tyttö kertoi runsaista kuukautisista. Nuorista 14 %:lla oli jokin tapaturman tai väkivallan aiheuttama vamma. Nuorista noin neljäsosa oli ylipainoisia tai lihavia. Valtaosa nuorista ilmoitti saaneensa ainakin yhden rokotuksen ennen Suomeen tuloa, mutta he muistivat kuitenkin huonosti, mitä rokotuksia olivat saaneet.

Nuorilla oli harvoin muita toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia, mutta 17 % raportoiti näkemiseen, 18 % muistamiseen ja 16 % keskittymiseen liittyviä vaikeuksia. Nuorista 15 % raportoi jonkin terveysongelman rajoittavan tavanomaisia toimintoja ainakin jonkin verran. Yli puolet nuorista (62 %) kertoi, että terveydenhuollon ammattilainen oli seurannut heidän kasvuaan ja kehitystään ja alle joka kymmenes nuorista ilmoitti, että hänellä oli todettu jokin näköön liittyvä poikkeama.

Nuorista kolmannes raportoi merkittäviä psykososiaalisia oireita. Kaverisuhteiden ongelmia oli peräti puolella, tunne-elämän oireita 43 %:lla, käytösoireita neljänneksellä ja yliaktiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireita joka kymmenennellä. Jonkin järkyttävän tapahtuman raportoi 87 % nuorista, ja 16 % oli kokenut niistä jonkin turvapaikanhakumatkan aikana.

Nuorilla tupakointi sekä alkoholin ja muiden päihteiden käyttö olivat hyvin harvinaisia, mutta joillakin nuorista oli kuitenkin terveyden kannalta riskialtista alkoholin käyttöä. Noin joka kuudennella nuorella oli ollut hampaisiin tai suuhun liittyvää särkyä edellisen 30 päivän aikana. Verenvuotoa suussa esimerkiksi hampaiden harjauksen yhteydessä raportoi lähes puolet nuorista. Noin joka kymmenes nuori ei ollut käynyt koskaan hammaslääkärissä ja plakkia todettiin jopa kolmasosalla.

Alakouluikäiset lapset

Alle viidesosan alakouluikäisen (7 12-vuotiaat) huoltaja arvioi lapsen terveyden keskitasoiseksi tai huonoksi. Noin neljäsosalla lapsista oli huoltajan ilmoittamana jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Huoltaja raportoi allergiaa olevan joka viidennellä alakouluikäisistä. Alakouluikäisten huoltajat kertoivat joka kymmenennellä lapsella olleen päänsärkyä, 15 %:lla ruokahaluttomuutta, 14 %:lla virtsaamiseen liittyviä vaivoja ja 13 %:lla ummetusta tai muita vatsavaivoja vähintään muutaman kerran viikossa. Useammalla kuin joka neljännellä alakouluikäisellä oli ollut huoltajan mukaan ainakin joskus univaikeuksia ja pelkoja oli ollut joka viidennellä. Yökastelua oli ollut noin 5 %:lla alakouluikäisistä. Lapsista 10 %:lla huoltaja raportoi jonkin tapaturman tai väkivallan aiheuttaman vamman. Noin joka neljäs alakouluikäinen oli ylipainoinen tai lihava.

Joka kymmenes alakouluikäisistä oli huoltajan mukaan sairastanut tuhkarokon ja hieman harvempi sikotaudin ja vihurirokon. Lähes kaikki lapset olivat saaneet ainakin yhden rokotuksen ennen Suomeen tuloa, mutta 19–42 %:lla huoltaja ei muistanut oliko lapsi saanut tietyn rokotuksen.

Alakouluikäisillä oli harvoin muita toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia, mutta 17 %:lla huoltaja raportoi olevan näkemiseen liittyviä vaikeuksia sekä 7 %:lla muistamiseen ja 10 %:lla keskittymiseen liittyviä vaikeuksia. Huoltajan arvion mukaan 15 %:lla lapsista oli jokin terveysongelmasta johtuva rajoite tavanomaisissa toiminnoissa. Lähes kaikki huoltajat kertoivat, että lasten kasvua ja kehitystä oli seurattu terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. Hieman alle viidenneksellä lapsista oli todettu jokin näköön, kuuloon tai liikkumiseen liittyvä poikkeama, joista suurin osa oli näkökykyyn liittyviä poikkeamia.

Alakouluikäisistä lapsista lähes kolmanneksella havaittiin merkittäviä psykososiaalisia oireita huoltajansa raporttoimana. Kaverisuhteiden ongelmia oli 42 %:lla, tunne-elämän oireita 40 %:lla, käytösoireita neljänneksellä ja yliaktiivisuuden tai tarkkaamattomuuden ongelmia kuudenneksellä. Jonkin järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa oli kokenut 73 % alakouluikäisistä lapsista, ja 13 % oli kokenut niistä jonkin turvapaikanhakumatkan aikana huoltajan raportoinnin mukaan.

Ennenaikaisesti ja pienipainoisina syntyneiden lasten osuus oli huoltajien raporttoimana suurempi kuin syntyneiden lasten rekisteritietojen perusteella Suomesa syntyneillä. Huoltajista vain pieni osa muisti tarkan iän milloin lapsi oppi kävelemään tai puhumaan.

Yli joka neljännellä alakouluikäisellä oli ollut hampaisiin tai suuhun liittyvää särkyä edellisen 30 päivän aikana. Verenvuotoa suussa esimerkiksi hampaiden harjauksen yhteydessä raportoivat huoltajat 41 %:lla alakouluikäisistä. Hieman alle joka viides ei ollut käynyt koskaan hammaslääkärissä. Plakkia havaittiin yli kolmasosalla ja reikiintyneitä hampaita lähes puolella.

Alle kouluikäiset lapset

Noin joka kymmenennen alle kouluikäisen lapsen (0–6-vuotiaat) huoltaja arvioi lapsen terveyden keskitasoiseksi tai huonoksi. Hieman useammalla oli huoltajan ilmoittamana jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Huoltaja raportoi allergiaa hieman yli 10 %:lla alakouluikäisistä. Terveystarkastuksessa havaittiin 9 %:lla ihottumaa. Huoltajien mukaan lähes joka viidennellä alakouluikäisellä oli ollut ruokahaluttomuutta ja 15 %:lla ummetusta tai muita vatsavaivoja vähintään muutaman kerran viikossa. Yökastelua huoltajat raportoivat olleen noin joka kymmenennellä. Kaikista alle kouluikäisistä lapsista 4 %:lla huoltaja raportoi jonkin tapaturman tai väkivallan aiheuttaman vamman. Yli puolet alle kouluikäisistä ei ollut koskaan käynyt hammaslääkärissä.

Joka kahdeskymmenes 0–6-vuotiaista lapsista oli huoltajan mukaan sairastanut tuhkarokon. Sikotaudin ja vihurirokon sairastaneita lapsia oli vain yksittäisiä. Valtaosa lapsista (92 %) oli saanut ainakin yhden rokotuksen ennen Suomeen tuloa. Taudista riippuen 26–37 % huoltajista ei muistanut, onko lapsi saanut rokotuksen. Tarkastuksessa BCG-arpi löytyi suurimmalta osalta (84 %) alle kouluikäisistä lapsista.

Vain yksittäisillä alle kouluikäisillä oli huoltajien raporttoimana jotain muita toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia, mutta hieman useammalla (7%:lla) huoltajat

kertoivat lapsella olevan näkemiseen liittyviä vaikeuksia. Alle kouluikäisten lasten huoltajista 6 % arvioi jonkin terveysongelman rajoittavan lapsen tavanomaisia toimintoja ainakin jonkin verran.

Alle kouluikäisistä lapsista lähes kolmanneksella havaittiin psykososiaalisia oireita huoltajansa raportoinnin mukaan. Käyttöoireita oli puolilla, kaverisuhteiden ongelmia yli kolmanneksella, yliaktiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireita yli neljänneksellä, ja tunne-elämän oireita yli viidenneksellä. Huoltajat raportoivat noin joka toisen alle kouluikäisistä lapsista kokeneen jonkin järkyttävän tapahtuman ennen Suomeen tuloa, ja 14 % oli kokenut niistä jonkin turvapaikanhakumatkan aikana.

Ennenaikaisesti ja pienipainoisina syntyneiden lasten osuus oli huoltajien raportoimana suurempi kuin syntyneiden lasten rekisteritietojen perusteella Suomessa syntyneillä. Huoltajista vain pieni osa muisti tarkan iän milloin lapsi oppi kävelemään tai puhumaan. Alle kouluikäisten lasten huoltajista selvä enemmistö (86 %) ilmoitti, että lapsen kasvua ja kehitystä oli seurattu terveydenhuollon ammattilaisten toimesta jossain vaiheessa. Vain muutama (4 %) ilmoitti, että terveydenhuollon ammattilainen oli todennut lapsella jotain kasvuun ja kehitykseen liittyviä poikkeamia, joista lähes kaikki liittyivät näkökykyyn. Kaksi vuotta täyttäneiden lasten huoltajista vain alle kolmannes muisti tarkan iän milloin lapsi oppi kävelemään tai puhumaan.

Suosituksia alkuterveystarkastukseen ja jatko-ohjaukseen

Tässä esitetään joitakin alustavia linjauksia suosituksista turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastusten toteuttamiseen. Nämä suositukset tarkentuvat syksyllä 2019 julkaistavassa TERTTU-hankkeen tuottamassa alkuterveystarkastusmallissa ja sen käyttöönottoa tukevassa käsikirjassa.

Esitietojen kerääminen ennen varsinaista alkuterveystarkastusta on tärkeää, mutta tulisi välttää sitä, että eri henkilöt kysyvät turvapaikanhakijalta samoja asioita useaan kertaan. Erityisesti henkilön koulutustausta sekä luku- ja kirjoitustaito antavat viitettä hänen valmiuksistaan omaksua vastaanottokäynnin aikana saatua terveystietoa ja -neuvontaa tai etsiä itse tietoja terveydestään ja tarvitsemistaan palveluista. Turvapaikanhakijan itse ilmoittama luku- ja kirjoitustaito tulisi kirjata hänen tietoihinsa. Itse täytettävät ennakkotietolomakkeet voivat sujuvoittaa asiointia vastaanottokeskuksen hoitajan luona niiden henkilöiden osalta, joilla ei ole vaikeuksia lukemisessa ja kirjoittamisessa. Vastaanottokeskusten terveyden edistämisen toimisissa tulisi huomioida, että eri kielillä tuotetut kirjalliset materiaalit eivät tavoita kaikkia. Suullinen neuvonta on myös tarpeen.

Turvapaikanhakijan terveyshistorian selvittämisessä tulisi huomioida henkilön oma arvio hänen terveydentilastaan sekä selvittää aikaisempia pitkäaikaisia sairauksia ja terveysongelmia, jotka vaativat lääkärin seuranta- ja/tai lääkahoitoa. Erilaisten oireiden yleisyys voi liittyä myös somatisaatioon. Kipuoireilun mahdollinen yhteys kidutuskokemuksiin ja muihin traumaattisiin kokemuksiin on tarpeen selvittää alkuterveystarkastuksissa, samoin kuin säännöllinen kipulääkkeiden käyttö ja kipu-

lääkkeisiin mahdollisesti liittyvät haittavaikutukset. Tapaturma- ja väkivaltavammat sekä niiden aiheuttamat ongelmat tulisi myös selvittää. Vastaanottokäynnin aikana tulisi selvittää nykyterveydentilaa. Erityisesti tässä on kiinnitettävä huomiota infektiotautien viittaavaan sekä muuta jatko-hoitoa edellyttävään akuuttiin oireiluun. Aiemmin todettuja infektioitauteja tai niihin viittaavia oireita raportoitiin tässä tutkimuksessa vähän, mutta näiden todentaminen lähtömaassa voi kuitenkin olla puutteellista ja tartuntoja voi tapahtua myös matkalla kohdemaahan. Tartunnan saaneiden hoitamiseksi ja jatkotartuntojen ehkäisemiseksi tarvitaan turvapaikanhakijoiden infektioautien seulontoja. Lisäksi alkuterveystarkastuksen aikana tulisi selvittää aikaisempi rokotushistoria sekä antaa puuttuvat rokotukset tai suunnitella niiden anto.

Naisilta tulisi selvittää raskauden mahdollisuus sekä se, ovatko he käyneet läpi sukupuolielinten silpomisen ja arvioida silpomisen mahdollisia akuutteja vaikutuksia (esim. gynekologiset ongelmat ja vaivat). Raskaana olevat tulee ohjata äitiysneuvolapalveluihin. Seksikäyttäytymistä koskevia kysymyksiä ei tulisi välttää ja olettaa liian arkaluonteisiksi, sillä tästä kysymällä voidaan esimerkiksi tunnistaa ihmiskaupan uhreja, jotka tarvitsevat myös terveydenhuollon tukitoimia.

Turvapaikanhakijoiden mielenterveysongelmia on hyvä selvittää ja mielenterveyttä tukea. Samalla kun alkuterveystarkastuksessa selvitetään turvapaikanhakijan mielenterveyden tilaa, siihen vaikuttavia tekijöitä ja mahdollista oireilua, on hyvä kysyä myös mahdollisesti koetuista järkyttävistä tapahtumista, sillä ne voivat olla yksi hakijan mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä. Kysymisessä ja sen ajoituksessa on kuitenkin hyvä olla sensitiivinen ja hahmottaa, että järkyttävän tapahtuman kokeminen ei automaattisesti johda traumatisoitumiseen tai mielenterveysoireisiin.

Vastaanottokäynnin aikana suositellaan mitattavaksi aikuisten turvapaikanhakijoiden verenpaine ja paino. Painon seurannan avulla voidaan havaita terveysongelmiin viittaavia muutoksia. Terveysneuvonnan näkökulmasta on arvokasta arvioida ylipainoisuutta ja lihavuutta hyödyntäen monipuolisempia mittausten menetelmiä kuin pelkästään painoa, esimerkiksi vyötärön ympärystä ja pituutta. Myös tupakointia sekä alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä tulisi selvittää alkuterveystarkastuksen yhteydessä, jotta näistä aiheutuvia haittoja voitaisiin ehkäistä.

Turvapaikanhakijalasten ja -nuorten kasvua ja kehitystä sekä oireilua ja todettujen sairauksien hoitoa on syytä arvioida mahdollisimman pian Suomeen saapumisen jälkeen, jotta jatkotutkimukset, hoito ja kuntoutus saadaan käynnistettyä pikaisesti. Heille olisi hyvä varata oma alkuterveystarkastusaika. Lasten ja nuorten alkuterveystarkastuksessa tulee kiinnittää huomiota muun kasvun ja kehityksen ohella myös psyykkiseen hyvinvointiin. Alkuterveystarkastuksen jälkeen lapsi tulee ohjata viiveettä, jo ennen määräaikaista terveystarkastuksia, lastenneuvolan tai kouluterveydenhuollon palveluihin sekä välittää näihin tiedot alkuterveystarkastuksesta huoltajan suostumuksella. Tähän huoltaja tarvitsee riittävästi tietoa näistä palveluista sekä niihin liittyen esimerkiksi tietoturvasta. Jos alkuterveystarkastuksessa on herännyt epäily akuutista sairaudesta tai puutteellisesti hoidetusta pitkäaikaissairaudesta, on lapsi tai nuori ohjattava viiveettä sairaanhoitopalveluihin.

Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointiseurannan kehittäminen

Maahanmuuttovirasto tekee myös terveydenhuollon valvontakäyntejä vastaanotokeskuksissa. Vuoden 2018 arviointikäyntien perusteella turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastukset ja rokotukset toteutuivat asianmukaisella tavalla (Maahanmuuttovirasto 2019d). Valvontaraportin mukaan vastaanotokeskuksen sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja tekee alkuterveyshaastattelun kahden viikon kuluessa siitä, kun turvapaikanhakija on saapunut maahan. Tarkastuksessa arvioidaan esimerkiksi akuutti ja välttämätön hoidon tarve. Valvontaraportin mukaan vastaanotokeskusten ulkopuolisten julkisten palveluntuottajien vastuulla olevien neuvola- ja kouluterveydenhuollon palvelujen saatavuus on parantunut ja lasten rokotukset ovat siirtyneet pääosin neuvolaan. Eniten vaihtelua on julkisten mielenterveyspalveluiden saatavuudessa eri paikkakunnilla. Turvapaikanhakijat käyttävät osin samoja palveluita kuin muut kunnan asukkaat, ja joillakin paikkakunnilla näihin palveluihin pääseminen voi kestää kauemmin kuin toisilla. Jatkossa alkuterveystarkastusten ja rokotusten toteutumista, sekä myös vastaanotokeskusten ulkopuolisten terveyspalvelujen tarvetta ja käyttöä voitaisiin seurata aiempaa monipuolisemmin ja ajantasaisemmin potilastietojärjestelmästä saatavin tiedoin. Tämä edellyttää sitä, että kirjaukset potilastietojärjestelmään tehdään ajantasaisesti ja rakenteisesti. Vuonna 2018 valvontakäynneillä havaittiin vaihtelevasti puutteita potilastietojärjestelmään tehtävissä kirjauksissa.

Tässä tutkimuksessa saadun tiedon avulla määritellään keskeiset turvapaikanhakijoiden terveyttä ja hyvinvointia kuvaavat indikaattorit, joita tulisi sisällyttää turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastukseen. Tavoitteena on, että näihin indikaattoreihin tarvittava tieto tulee rakenteisesti kirjattavina tietoina osaksi vastaanotokeskusten keskitettyä potilastietojärjestelmää. Näin voidaan jatkossa seurata turvapaikanhakijoiden palvelutarpeita esimerkiksi vuosittain potilastietojärjestelmästä saatavan tiedon avulla. TERTTU-hankkeen puitteissa laaditaan mallikirjauspohja vastaanotokeskuksissa käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Turvapaikanhakijoiden terveyden seurantaan on kiinnostusta myös kansainvälisesti ja jatkossa olisi tärkeää osallistua esimerkiksi EU-maiden yhtenäisten turvapaikanhakijoiden terveysindikaattorien laadintaan TERTTU-hankkeen kokemusten perustalta.

Tutkimukset turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista

Aikuisten ja huoltajansa mukana tulleiden alaikäisten hyvä osallistumisaktiivisuus on TERTTU-tutkimuksen aineiston laadun perusta. Tutkimuksen tiedonkeruu onnistui kokonaisuudessaan ilman merkittäviä ongelmia. Tutkimuslomakkeiden kieliversioiden ja kysymysmuotojen standardointiin olisi tarvittu enemmän aikaa, mutta sekä tutkittavilta että kenttätyöntekijöiltä saadun palautteen mukaan niissä ei ollut vakavia puutteita. Jatkotutkimuksissa on syytä kiinnittää huomiota myös kysymysten ja eri kieliversioiden validointiin. Myös aluksi arkaluonteiseksi oletetut aihepiirit, kuten seksuaali- ja lisääntymisterveys ja järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen

tuloa, osoittautuivat mahdollisiksi käsitellä ongelmitta osana laajempaa tutkimuskokonaisuutta. Näiden kysymysten osalta jatkotutkimuksissa on kuitenkin syytä kiinnittää huomioita puuttuvan tiedon tarkempaan analyysiin.

Tässä raportissa kuvattuihin maaryhmien välisiin eroihin voivat vaikuttaa myös erilaiset ikäjakaumat eri maaryhmissä sekä eri kieliversiot, käännökset ja erot tulkin kanssa työskenneltäessä. Lisäksi itse täytettävien lomakkeiden erilainen käyttö eri kieliä puhuvilla turvapaikanhakijoilla voi aiheuttaa jonkin verran harhaa tuloksiin. Nuorten (13–17-vuotiaiden) ja heistä erityisesti ilman huoltajaa tulleiden muita ryhmiä alhaisempi osallistumisaktiivisuus heikentää nuoria koskevien tulosten yleistettävyyttä sekä estää johtopäätösten teon ilman huoltajaa tulleista alaikäisistä. Nämä mahdolliset harhat on otettava huomioon myös aineistoa hyödyntävisissä jatkotutkimuksissa.

Tutkimukseen osallistuneiden kirjallinen suostumus ja tutkimuseettisen toimikunnan hyväksyntä mahdollistavat tutkimusaineiston hyödyntämisen laajasti erilaisissa syventävissä tutkimuksissa sekä Suomessa että kansainvälisesti. THL:n vakiintuneet väestötutkimuskäytännöt varmistavat aineiston tietoturvallisen käsittelyn, mikä on erityisen tärkeää tämän kohderyhmän osalta. Niiden tutkimukseen osallistuneiden osalta, jotka antoivat suostumuksen liittää heidän itse antamiinsa tietoihin vastaanottokeskusten potilastietojärjestelmän tietoja ja/tai eri viranomaisten ylläpitämiä rekisteritietoja, mikäli saavat turvapaikan ja jäävät Suomeen, myös rekisteriseuranta avaa mahdollisuuksia monipuolisiin jatkotutkimuksiin. Nämä suostumukset saatiin enemmistöltä tutkimukseen osallistuneista.

Tutkimusaineisto mahdollistaa jatkossa myös perhekohtaisen tutkimuksen, kun lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin tarkastelussa voidaan myöhemmissä analyyseissä huomioida heidän muiden perheenjäsentensä tutkimustietoja. Tutkimukseen osallistuneiden lasten ja nuorten suhteellisen pieni määrä tulee kuitenkin jossain määrin rajoittamaan tällaisia analyyseja. Kun aikuisten tuloksissa havaittiin paljon sukupuolieroja, olisi myös lasten ja nuorten tuloksia tärkeää tarkastella sukupuolittain, mutta tätäkin rajoittavat pienet osallistujamäärät. Erityisen tärkeää olisi jatkotutkimuksissa paneutua tarkemmin ilman huoltajaa maahan tulleiden alaikäisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tähän tarvittaisiin uusi tutkimus, jossa tiedonkeruuta jatkettaisiin pidempään ja paneuduttaisiin ilman huoltajaa tulleiden suostumusprosessin erityishaasteisiin sekä tämän erityisen haavoittuvassa olevan ryhmän tutkimukseen liittyviin eettisiin kysymyksiin ja yhteistyöhön edustajien ja vastaanottokeskusten henkilökunnan kanssa.

Turvapaikanhakijoiden palvelutarpeet muuttuvat jatkuvasti turvapaikanhakuprosessien muuttuessa sekä tulijaprofilin mukaan kun muutoksia tapahtuu muun muassa lähtömaissa ja niiden olosuhteissa sekä tulijoiden sukupuoli- ja ikäjakamassa. Tämän vuoksi on tarpeen toteuttaa säännöllisin aikavälein toistuvia väestötutkimuksia turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista. Väestötutkimusten avulla voidaan arvioida seurantaindikaattoreiden päivittämisen tarpeellisuutta sekä potilastietojärjestelmästä saatavan tiedon kattavuutta ja luotettavuutta. Lisäksi väestötutkimus mahdollistaa potilastietojärjestelmästä saatavaa tietoa monipuol-

lisemmän ja syvällisemmän tutkimuksen turvapakanhakijoiden terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Tällainen syvällisempi tieto olisi tärkeää muun muassa Suomeen jäävien turvapaikanhakijataustaisten henkilöiden työllistymisen ja muun kotoutumisen edistämiseksi.

Lähdeluettelo

- Abubakar I ym (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *Lancet*, 392, 2606–2654.
- Arvonen A, Katva L, Nurminen A (2012). Maahanmuuttajien oppimisvaikeuksien tunnistaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ashwell M, Gibson S (2016). Waist-to-height ratio as an indicator of ‘early health risk’: Simpler and more predictive than using a ‘matrix’ based on BMI and waist circumference. *BMJ Open*, 6, e010159.
- Bacak V, Olafsdottir S (2017). Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 647–653.
- Bager L, Hansen KS, Andersen CJ, Wang SJ (2018). Does multidisciplinary rehabilitation of tortured refugees represent ‘value-for-money’? A follow-up of a Danish case-study. *BMC Health Services*, 18, 365.
- Bischoff A, Schneider M, Denhaerynck K, Battegay E (2009). Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: An epidemiological study. *European Journal of Public Health*, 19, 59–64.
- Boerleider AW, Wieger TA, Manniën J, Francke AL, Devillé WLJM (2013). Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 81.
- Bouhenia M, Farhat JB, Coldiron ME, Abdallah S, Visentin D, Neuman M (2017). Quantitative survey on health and violence endured by refugees during their journey and in Calais, France. *International Health*, 9, 335–342.
- Braun V, Clarke V (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Canning V (2015). Unsilencing sexual torture: Responses to refugees and asylum seekers in Denmark. *British Journal of Criminology*, 56, 438–455.
- Casillas A, Bodenmann P, Epiney M, Gétaz L, Irion O, Gaspoz JM, Wolff H (2015). The border of reproductive control: Undocumented immigration as a risk factor for unintended pregnancy in Switzerland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 527–534.
- Castaneda A, Larja L, Nieminen T, Jokela S, Suvisaari J, Rask S, Koponen P, Koskinen S (2015). Ulkomaalaistaustaisten psyykkinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH). Työpäperi 18/2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda AE, Lehtisalo R, Schubert C, Halla T, Pakaslahti A, Mölsä M, Suvisaari J (2012a). Mielenterveys. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda AE, Koponen P, Rask S (2012b). Maahanmuuttotausta. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda AE, Junna L, Lilja E, Skogberg N, Kuusio H, Mäki-Opas J, Koponen P, Suvisaari J (2017). The prevalence of potentially traumatic pre-migration experiences: A population based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment*, 6, 1.
- Castaneda AE, Mäki-Opas J, Jokela S, Kivi N, Lähteenmäki M, Miettinen T, Nieminen S, Santalahti P, PALOMA-asiantuntijaryhmä (2018). Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa. PALOMA-käsikirja. Ohjaus 5/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Chaaya MM, Bogner HR, Gallo JJ, Leaf PJ (2003). The association of gynecological symptoms with psychological distress in women of reproductive age: A survey from gynecology clinics in Beirut, Lebanon. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24, 175–184.
- Chen M (1995). Oral health of disadvantage populations. Teoksessa: Cohen LK, Gisft HC (toim.). Disease prevention and oral health promotion: Socio-dental sciences in action. Copenhagen: Munksgaard.

- Chen W, Ling L, Renzaho AMN (2017). Building a new life in Australia: An analysis of the first wave of the longitudinal study of humanitarian migrants in Australia to assess the association between social integration and self-rated health. *BMJ Open*, 7, e014313.
- Choumanivong C, Poole GE, Cooper A (2014). Refugee family reunification and mental health in resettlement. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 9, 89–100.
- Cignacco E, Zu Sayn-Wittgenstein F, Sénac C, Hurni A, Wyssmüller D, Grand-Guillaume-Perrenoud JA, Berger A (2018). Sexual and reproductive healthcare for women asylum seekers in Switzerland: A multi-method evaluation. *BMC Health Services Research Journal*, 18, 712.
- Cole TJ, Lobstein T (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7, 284–294.
- Convention on the Rights of the Child (1989). Yhdistyneiden kansakuntien (YK) Lasten oikeuksien sopimus. 20.11.1990. [Viitattu 16.4.2019] Saatavilla: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1–15.
- Detollenaere J, Baert S, Willems S (2018). Association between cultural distance and migrant self-rated health. *The European Journal of Health Economics*, 19, 257–266.
- Doherty SM, Craig R, Gardani M, McMillan TM (2016). Head injury in asylum seekers and refugees referred with psychological trauma. *Global Mental Health*, 3, e28.
- Dopfer C, Vakilzadeh A, Happel C, Kleinert E, Müller F, Ernst D, Schmidt RE, Behrens GMN, Merkesdal S, Wetzke M, Jablonka A (2018). Pregnancy related health care needs in refugees. A current three center experience in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1934.
- Dossa NI, Zunzunegui MV, Hatem M, Fraser W (2014). Fistula and other adverse reproductive health outcomes among women victims of conflict-related sexual violence: A population-based cross-sectional study. *Birth*, 41, 5–13.
- Duzkoylu Y, Basceken SI, Kesilmez EC (2017). Physical trauma among refugees: Comparison between refugees and local population who were admitted to emergency department—Experience of a state hospital in Syrian border district. *Journal of Environmental and Public Health*, 8626275.
- ECHI (2019). European Core Health Indicator. [Viitattu 10.4.2019] Saatavilla: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en
- Eiset AH, Wejse C (2017). Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers-current status and going forward. *Public Health Review*, 38, 22.
- Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L (2006). Reliability of self-reported form of female genital mutilation and WHO classification: Cross sectional study. *BMJ*, 333, 124.
- Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Annettu Helsingissä 1.12.1989. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Euroopan komissio (2015). Health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA. Handbook for the Health professionals. Luxembourg: European Commission, Directorate General for Health and Food Safety Publications.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2014). Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2018). Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe (2018). HIV/AIDS surveillance in Europe 2018–2017 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390, 2372–2381.
- GBD 2015 Tobacco Collaborators (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389, 1885–1906.

- GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390, 1260–1344.
- Georgiadou E, Morawa E, Erim Y (2017). High manifestations of mental distress in Arabic asylum seekers accommodated in collective centers for refugees in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, e612.
- Gerritsen A, Bramsen I, Devillé W, Van Willigen L, Hovens J, van der Ploeg H (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 16, 394–399.
- Goodman R (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1337–1345.
- Goodman R, Meltzer H, Bailey V (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125–130.
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M (2012). Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22/2012. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Halme N, Kuusio H, Kanste O, Rajala R, Klemetti R, Seppänen J (2017). Ulkomaista syntyperää olevien nuorten hyvinvointi Kouluterveyskyselyssä vuonna 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 26/2017. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Hanes G, Chee J, Mutch R, Cherian S (2019). Paediatric asylum seekers in Western Australia: Identification of adversity and complex needs through comprehensive refugee health assessment. *Journal of Paediatrics and Child Health*, painossa.
- Hanski I, von Hertzen L, Fyhrquist N, Koskinen K, Torppa K, Laatikainen T, Karisola P, Auvinen P, Paulin L, Mäkelä MJ, Vartiainen E, Kosunen TU, Alenius H, Haahela T (2012). Environmental biodiversity, human microbiota, and allergy are interrelated. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109, 8334–8339.
- Haverinen VS (2018). Pakotetusta toimeentuloon. Turvapaikanhakijoiden kotoutuminen vastaanottotoiminnan osana. *Janus*, 26, 309–325.
- Hay S ym (2017). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390, 1260–1344.
- Heino AE, Gissler M, Malin M, Väisänen H (2018a). Induced abortions by woman's country of origin in Finland 2001–2014. *Scandinavian Journal of Public Health*, painossa.
- Heino A, Vuori E, Kiuru S, Gissler M (2018b). Perinataalitalasto. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2017. Tilastoraportti 38/2018. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Helldán A, Helakorpi S (2015). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Raportti 6/2015. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Heloma A, Ruokolainen O, Ollila H (2018). Tupakointi. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Helve O, Tuomisto K, Tiittala P, Puumalainen T (2016). Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon toteutuminen 2015–2016: Raportti kyselystä vastaanottokeskuksille. Raportti 19/2016. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Henkilötietolaki (523/1999). Annettu Helsingissä 22.4.1999. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1999/19990523>
- Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin R (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16, 89.
- Hirvonen N, Ek S, Niemelä R, Korpelainen R, Huotari M (2015). Sociodemographic characteristics associated with the everyday health information literacy of young men. *Information Research: An International Electronic Journal*, 20.
- Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathee SA (2016). Epidemiology of substance use among forced migrants: A global systematic review. *PLoS ONE*, 11, e0159134.

- Härkänen T, Sainio P, Stenholm S, Lundqvist A, Valkeinen H, Aromaa A, Koskinen S (2019). Projecting long-term trends in mobility limitations: Impact of excess weight, smoking and physical inactivity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73, 443–450.
- Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, Salmenlinna S, Savolainen-Kopra C, Liitsola K, Jalava J, Toropainen M, Nohynek H, Virtanen M, Löflund J-E, Kuusi M, Salminen M (toim.) (2018). *Tartuntataudit Suomessa 2017. Raportti 6/2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jousilahti P, Heliövaara M, Laatikainen T, Mattila T, Vartiainen E, Vasankari T (2018). Hengityselinten sairaudet ja allergiat. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jurković M, Tomašković J, Tomašković M, Smital Zore B, Pavić I, Cvitković Roić A (2019). Refugee status as a possible risk factor for childhood enuresis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, e1293.
- Jylhä M (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307–316.
- Jääskeläinen T, Lamberg-Allardt C, Koponen P, Laatikainen T (2012). D-vitamiini ja hemoglobiini. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jääskeläinen T, Koponen P, Lundqvist A, Borodulin K, Koskinen S, FinTerveys 2017 -johtoryhmä (2019). Nuorten aikuisten terveys ja elintavat Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 11/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kahn S, Alessi E, Woolner L, Kim H, Olivieri C (2017). Promoting the well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender forced migrants in Canada: Providers' perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 19, 1165–1179.
- Kalyoncu AF, Stålenheim G (1992). Serum IgE levels and allergic spectra in immigrants to Sweden. *Allergy*, 47, 277–280.
- Kanste O, Sainio P, Halme N, Nurmi-Koikkalainen P (2017). Toimintarajoitteisten nuorten hyvinvointi ja avun saaminen. Toteutuuko yhdenvertaisuus? Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karies (hallinta). Käypä hoito -suositus (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 30.4.2019] Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50078>
- Karjalainen K, Hakkarainen P, Salasuo M (2019). Suomalaisen huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2018. Tilastoraportti 2/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kawachi I, Berkman LF (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, 458–467.
- Keboa MT, Hiles N, Macdonald ME (2016). The oral health of refugees and asylum seekers: a scoping review. *Globalization and Health*, 12, 59.
- Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, Jank R, Klerings I, Szélag M, Kerschner B, Brattström P, Gartlehner, G (2018). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, painossa.
- Kohlenberger J, Buber-Ennsner I, Rengs B, Leitner S, Landesmann M (2019). Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, painossa.
- Koponen P, Jokela S, Skogberg N, Castaneda A, Suvisaari J, Laatikainen T, Koskinen S (2015a). Ulkomaalaistaustaiset kokevat terveytensä hyväksi, mutta terveysongelmien yleisyydessä on suuria eroja. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). *Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014*. Helsinki: Tilastokeskus.
- Koponen P, Kuusio H, Keskimäki I, Mölsä M (2012a). Hoidon tarve, sen tyydyttyminen ja tyytyväisyys palveluun lääkärin vastaanotolla. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Koponen P, Manderbacka K, Jokela S, Castaneda A, Suvisaari J, Suominen L (2015b). Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus.
- Koponen P, Mölsä M (2012b). Naisten ympärileikkaus. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koponen P, Klemetti R, Surcel HM, Mölsä M, Gissler M, Weiste-Paakkanen A (2012c). Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koponen P, Skogberg N, Suominen L, Borodulin K, Laatikainen T, Koskinen S (2015c). Elintavat. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus.
- Korpilahti U (toim.) (2018). Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018–2025: Osa I. Työpaperi 11/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koski S, Ilanne-Parikka P, Kurkela O, Jarvala T, Rissanen P (2018). Diabeteksen kustannukset: Lisäsairauksien ilmaantumisen puolittaminen toisi satojen miljoonien säästöt vuodessa. *Diabetes ja Lääkäri*, 2, 13–17.
- Koskinen S, Rask S, Sainio P (2012a). Näkö ja kuulo. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen S, Sainio P, Rask S (2012b). Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen S, Tuulio-Henriksson A, Ngandu T, Sainio P (2018a). Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus*. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen S, Manderbacka K, Koponen P (2018b). Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus*. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koukkula M, Klemetti R (2019). Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen (FGM) estämisen toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1/2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Käypä hoito -suositus: Kohonnut verenpaine (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 14.4.2019]. Saatavilla: www.kaypahoito.fi
- Käypä hoito -suositus: Runsaat kuukautisvuodot (2018). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 9.5.2019] Saatavilla: www.kaypahoito.fi
- Laatikainen T, Mäki P (2014). Koettu terveys. Teoksessa: Wikström K, Haikkola L & Laatikainen T (toim.). Maahanmuuttajataustaisten nuorten terveys ja hyvinvointi. Tutkimus pääkaupunkiseudun somali- ja kurditaustaisista nuorista. Työpaperi 17/2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laatikainen T, Vartiainen E, Jula A, Jousilahti P, Niiranen T (2018). Kohonnut verenpaine ja verenpainetauti. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus*. Raportti 8/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laatikainen T, Vartiainen E, Jula A (2012a). Astma, atopia ja allergiat. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Laatikainen T, Solovieva N, Lundqvist A, Vartiainen E (2012b). Lihavuus. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, van der Tweel I, De Jong JT (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 825–832.
- Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta (746/2011). Annettu Helsingissä 01.09.2011. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2011/20110746>
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992). Annettu Helsingissä 17.08.1992. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lee PN, Forey BA, Coombs KJ (2012). Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1990s relating smoking to lung cancer. *BMC Cancer*, 12, 385.
- Leiler A, Bjärtå A, Ekdahl J, Wasteson E (2018). Mental health and quality of life among asylum seekers and refugees living in refugee housing facilities in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 543–551.
- Leino T (2017). Rokotusohjelman vaikuttavuus. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.
- Leinonen E, Säävälä M, Alitolppa-Niitamo A, Malin M, Haikkola L (2014). Koulunkäynnin tukimuodot. Teoksessa: Wikström K, Haikkola L, Laatikainen T (toim.). Maahanmuuttajataustaisten nuorten terveys ja hyvinvointi. Tutkimus pääkaupunkiseudun somali- ja kurditaustaisista nuorista. Työpaperi 17/2014. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Liitsola K, Surcel HM, Mölsä M, Hiltunen-Back E, Nohynek H, Kivelä P (2012). Infektiotautien esiintyminen. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Lim SS ym (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380, 2224–2260.
- Lindström J, Jousilahti P, Laatikainen T, Jula A, Peltonen M (2018). Diabetes. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 8/2018. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Longombe AO, Claude KM, Ruminjo J (2008). Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: Case studies. *Reproductive Health Matters*, 16, 132–141.
- Lunde I, Ortmann J (1990). Prevalence and sequelae of sexual torture. *The Lancet*, 336, 289–291.
- Lähtenmäki M (2013). Lapsi turvapaikanhakijana. Etnografisia näkökulmia vastaanottokeskuksen ja koulun arjesta. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia 247. Helsinki: Unigrafia.
- Lönnroth K, Mor Z, Erksen C, Bruchfeld J, Nathavitharana RR, van der Werf MJ, Lange C (2017). Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: Epidemiology and intervention entry points. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21, 624–636.
- Maahanmuuttovirasto (2019a). Sanasto. [Viitattu: 10.5.2019] Saatavilla: <https://migri.fi/sanasto>
- Maahanmuuttovirasto (2019b). Tilastot. [Viitattu 24.3.2019] Saatavilla: <http://tilastot.migri.fi/#applications/23330?start=576&end=587>
- Maahanmuuttovirasto (2019c). Vastaanottoraha. [Viitattu 14.5.2019] Saatavilla: <https://migri.fi/vastaanottoraha>
- Maahanmuuttovirasto (2019d). Vastaanottojärjestelmän valvontaraportti 2018. [Viitattu 18.5.2019] Saatavilla: <https://migri.fi/documents/5202425/0/Vastaanottoj%C3%A4rjestelm%C3%A4n+valvontaraportti+2018.pdf/b2b4ae4f-1df6-ab9d-09c3-67591e311429/Vastaanottoj%C3%A4rjestelm%C3%A4n+valvontaraportti+2018.pdf>
- Markkula J, Impinen A (2012). Tapaturmista ja väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveystien ja Hyvinvoinnin laitos.

- Nieminen T, Larja L (2015). Kielitaito. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus.
- Obot I, Room R (2005). Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries. Geneva: WHO.
- Oppedal B, Idsoe T (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 203–211.
- Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Parikka S, Kilpeläinen H, Koskenniemi T, Aalto A, Muuri A, Koskinen S, Lounamaa A (2018). Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. [Viitattu 30.4.2019] Saatavilla: <http://www.terveytemme.fi/finsote/>
- Pichichero ME (2000). Recurrent and persistent otitis media. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 19, 911–916.
- Pirinen I (2008). Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1289.
- Piscitelli V, Iadicco A, De Angelis D, Porta D, Cattaneo C (2016). Italy's battle to identify dead migrants. *The Lancet Global Health*, 4, 512–513.
- Pitkäniemi J, Heikkinen S, Jousilahti J, Laaksonen M, Seppä K (2017). Savuton, raitis tai normaalipainoinen Suomi. Miten käy uusien syöpien? *Duodecim*, 33, 2035–2042.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M (2003). Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 1/2003. Helsinki: Tilastokeskus.
- PROTECT-ABLE (2019). Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to facilitate Care and Treatment – raising Awareness, changing Behaviours, providing with Learning, building on Experience. [Viitattu 24.3.2019] Saatavilla: <http://protect-able.eu/>
- Prättälä R (2012). Ruokatottumukset. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Prättälä R, Mustonen H, Koponen P, Laatikainen T (2012). Tupakointi sekä alkoholin ja kannabiksen käyttö. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rask S, Paavonen A, Lilja E, Koponen P, Suvisaari J, Halla T, Koskinen S, Castaneda A (2016a). Primaäriperheestä erossaolo on yhteydessä somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttaja-aikuisten hyvinvointiin ja kotoutumiseen Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 81, 273–287.
- Rask S, Sainio P, Castaneda AE, Härkänen T, Stenholm S, Koponen P, Koskinen S (2016b). The ethnic gap in mobility: A comparison of Russian, Somali and Kurdish origin migrants and the general Finnish population. *BMC Public Health*, 16, 340–349.
- Rask S, Sainio P, Koponen P & Koskinen S (2015). Toimintakyky ja työkyky. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus.
- Rask S, Suvisaari J, Koskinen S, Koponen P, Mölsä M, Lehtisalo R, Schubert C, Pakaslahti A, Castaneda AE (2016c). The ethnic gap in mental health: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44, 281–290.
- Rask S, Elo I, Koskinen S, Lilja E, Koponen P, Castaneda A (2018). The association between discrimination and health: Findings on Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland. *European Journal of Public Health*, 28, 898–903.
- Rask S (2018). Diversity and health in the population: Findings on Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. *Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis* 16/2018. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Reilly JJ, Kelly J (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. *International Journal of Obesity*, 35, 891–898.

- Reisel D, Creighton S (2014). Long term health consequences of female genital mutilation (FGM). *Maturitas*, 80, 48–51.
- Robertshaw L, Dhesi S, Jones L (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 7, e015981.
- Robine JM, Jagger C (2003). Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe. *European Journal of Public Health*, 13, 6.
- Robjant K, Hassan R, Katona C (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194, 306–312.
- Rohlf HG, Knipscheer JW, Kleber RJ (2014). Somatization in refugees: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1793–1804.
- Room R, Babor T, Jürgen R (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365, 519–530.
- Russo G, Vita S, Miglietta A, Terrazzini N, Sannella A, Vullo V (2016). Health profile and disease determinants among asylum seekers: A cross-sectional retrospective study from an Italian reception centre. *Journal of Public Health*, 38, 212–222.
- Räsänen PE, Soini H, Turtiainen P, Vasankari T, Ruutu P, Nuorti JP, Lyytikäinen O (2018). Enhanced surveillance for tuberculosis among foreign-born persons, Finland, 2014–2016. *BMC Public Health*, 18, 610.
- Sainio P, Gissler M, Nurmi-Koikkalainen P, Tolonen H, Koponen P (2018a). Toimintarajoitteet terveystietojen vuoksi. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sainio P, Stenholm S, Valkeinen H, Vaara M, Heliövaara M, Koskinen S (2018b). Fyysinen toimintakyky. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sandahl H, Norredam M, Hjern A, Asher H, Smith Nielsen S (2013). Policies of access to health-care services for accompanied asylum-seeking children in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 630–636.
- Sandberg T, Stordell E (2016). Vastaanottokeskuksissa toteutettu alkuvaiheen osaamisen tunnistaminen. [Viitattu 30.4.2019] Saatavilla: http://minedu.fi/documents/1410845/4240776/VOK-raportti_2016/86ea0123-d929-4aa6-b453-95eaa1ec2dd7
- Sapthiang S, Van Gordon W, Shonin E, Griffiths MD (2019). The mental health needs of child and adolescent refugees and asylum seekers entering Europe. *Social Health and Behavior*, 2, 13–16.
- Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K (2015). Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open*, 5, e008784.
- Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 179–187.
- Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerds C, Tunçalp Ö, Johnson BR, Johnston HB, Alkema L (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, 388, 258–267.
- Seppälä E, Tiittala P (2018). Turvapaikanhakijoiden neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toteutuminen vuonna 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sihvonen AP, Koponen P, Martelin T, Sainio P, Jylhä M, Koskinen S. (2017). Terveet elinvuodet väestön terveydentilan kuvaajana. *Suomen Lääkärelehti*, 72, 1507–1511.
- Skogberg N, Koponen P, Tiittala P, Mustonen K-L, Lilja E, Snellman O, Castaneda A (2019). Asylum Seekers Health and Wellbeing (TERTTU) Survey: Study protocol for a prospective total population health examination survey on the health and service needs of newly arrived asylum seekers in Finland. *BMJ Open*, 9, e027917.
- Skogberg N, Laatikainen T, Koskinen S, Vartiainen E, Jula A, Leiviskä J, Härkänen T, Koponen P (2016). Cardiovascular risk factors among Russian, Somali and Kurdish migrants in comparison with the general Finnish population. *European Journal of Public Health*, 26, 667–673.

- Skogberg N (2019). Cardiovascular risk factors among Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland. Väitöskirja, Helsingin yliopisto.
- Skogberg N, Laatikainen T, Lundqvist A, Lilja E, Härkänen T, Koponen P (2018). Which anthropometric measures best indicate type 2 diabetes among Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland? A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8, e019166.
- STM (2009). Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 21/2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2015). Ohje poikien ei-lääketieteellisestä ympärileikkauksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 242/2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2017). Maahanmuuttajataustaisten lasten ja raskaana olevien naisten oikeus terveydenhuollon palveluihin Suomessa. Kuntainfo 4/2017. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. Saatavilla: https://stm.fi/documents/1271139/3899844/Kuntainfo_4-2017_verkkoon.pdf/486fa331-a40a-4601-9150-f6d08f23dff0
- Sotkasiira T, Haverinen V-S (2019). Poliittikasuosituksia: Parempia kotoutumisvalmiuksia turvapaikanhakijoille. Policy Brief. [Viitattu 10.5.2019] Saatavilla: <https://glase.fi/wp-content/uploads/2019/02/politiikkasuositus-parempia-kotoutumisvalmiuksia-turvapaikanhakijoille-8.2.2019.pdf>
- Sourander A (2007). Turvapaikkaa hakevien pakolaislasten ja -nuorten mielenterveys. *Duodecim*, 123, 479–485.
- Spiller TR, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Nickerson A, Morina N (2016). Somatisation and anger are associated with symptom severity of posttraumatic stress disorder in severely traumatised refugees and asylum seekers. *Swiss medical weekly*, 146, w14311.
- Stellinga-Boelen AA, Wieggersma PA, Bijleveld CM, Verkade HJ (2007). Obesity in asylum seekers' children in the Netherlands — The use of national reference charts. *European Journal of Public Health*, 17, 555–559.
- Suominen L, Suontausta N (2012). Suun terveys, suunhoitotavat ja tyytyväisyys hoitoon. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sutela H, Larja L (2015) Koulutusrakenne. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus.
- Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R, Remes H (2017). Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Suomen Lääkärilehti*, 72, 588–593.
- Taylor B, Carswell K, Williams AC (2013). The interaction of persistent pain and post-traumatic re-experiencing: A qualitative study in torture survivors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46, 546–555.
- Terveidenhuoltolaki (1326/2010). Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- The PLoS Medicine Editors (2009). Rape in war is common, devastating, and too often ignored. *PLoS Medicine*, 6, e1000021.
- THL (2017). Syödään ja opitaan yhdessä. Kouluruokasuositus. Kide 29/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2019a). Syödään yhdessä. Ruokasuositukset lapsiperheille. Kide 26/2019. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2019b). Turvapaikkaa hakevien rokotukset. [Viitattu 18.3.2019] Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/eri-ryhmien-rokotukset/turvapaikkaa-hakevien-rokotukset>
- THL (2019c). Turvapaikanhakijoiden infektioiden ehkäisy ja rokotukset. [Viitattu 25.4.2019] Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/infektiaudit/taudit-ja-mikrobit/erityisryhmittain/turvapaikanhakijoiden-infektioiden-ehkaisy-ja-rokotukset>
- THL (2019d). Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten (FGM) ehkäisy. Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus -verkkosivusto. [Viitattu 16.4.2019] Saatavilla: www.thl.fi/silpominen
- THL (2018). Terveyttä ja iloa ruoasta. Varhaiskasvatuksen ruokailusuositus. Kide 32/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tiittala P, Kivelä P, Liitsola K, Ollgren J, Pasanen S, Vasankari T, Ristola M (2018a). Important gaps in HIV knowledge, attitudes and practices among young asylum seekers in comparison to the general population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20, 1415–1423.

- Tiittala P, Räisänen P, Lilja E, Castaneda A, Snellman O, Helve O, Skogberg N (2018b). Turvapaikanhakijoiden terveyspalveluiden käyttö ja terveysongelmat 2015–2016. Tutkimuksesta tiiviisti 29/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tiittala P, Seppälä E (2018). Turvapaikanhakijoiden mielen-terveys- ja suunterveydenhuollon palveluiden sekä tartuntatautien ennaltaehkäisyn toteutuminen 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tiittala P, Tuomisto K, Puumalainen T, Lyytikäinen O, Ollgren J, Snellman O, Helve O (2018c). Public health response to large influx of asylum seekers: Implementation and timing of infectious disease screening. *BMC Public Health*, 18, 1139.
- Tolonen H (toim.) (2016). EHES Manual. Part B. Fieldwork procedures. 2nd edition. Directions 2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Trentacosta CJ, McLear CM, Ziadni MS, Lumley MA, Arfken CL (2016). Potentially traumatic events and mental health problems among children of Iraqi refugees: The roles of relationships with parents and feelings about school. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86, 384–392.
- Turrini G, Purgato M, Acarturk C, Anttila M, Au T, Ballette F, Bird M, Carswell K, Churchill R, Cuijpers P, Hall J, Hansen LJ, Kösters M, Lantta T, Nose M, Ostuzzi G, Sijbrandij M, Tedeschi F, Valimaki M, Wancata J, White R, van Ommeren M, Barbui C (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: Systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, painossa.
- USDHHS (2014). The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the surgeon general. Atlanta, GA, US.
- UNFPA (2015). The state of world population 2015. [Viitattu 9.5.2019] Saatavilla: https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State_of_World_Population_2015_EN.pdf
- UNICEF (2018). Protected on paper? An analysis of Nordic country responses to asylum-seeking children. Florence: UNICEF Office of Research – Innocenti.
- Uusitalo H, Mikhailova A, Sainio P, Koskinen S (2018). Näkö ja kuulo. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011). Annettu Helsingissä 6.4.2011. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>
- Valvira (2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma 2016–2019, päivitys vuodelle 2018. Valvontaohjelmia 1/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.
- van Berlaer G, Bohle Carbonell F, Manantsoa S, de Béthune X, Buyl R, Debacker M, Hubloue I (2016). A refugee camp in the centre of Europe: Clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open*, 6, p.e013963.
- Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu I, Agyemang CO, Harding S, Juel K, Rafnsson SB, Regidor E, Rey G, Rosato M, Mackenbach JP, Kunst AE (2012). Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: The importance of socio-economic change. *European Journal of Epidemiology*, 27, 109–117.
- Warpenius K, Holmila M, Tigerstedt C (toim.) (2013). Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Teema 14/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- WG (2019). Washington Group on Disability statistics. [Viitattu 28.3.2019] Saatavilla: <http://www.washingtongroup-disability.com/>
- WHO (2007). Growth reference 5–19 years – BMI-for-age (5–19 years). [Viitattu 20.4.2019] Saatavilla: https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
- WHO (2011). Waist circumference and waist-to-hip ratio: Report of a WHO expert consultation. Geneva: World Health Organisation. [Viitattu 24.3.2019] Saatavilla: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf?ua=1
- WHO (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organisation. [Viitattu 30.4.2019] Saatavilla: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- WHO (2014a). Sexual health. [Viitattu 9.5.2019] Saatavilla: www.who.int/topics/sexual_health/en/

- WHO (2014b). Reproductive health. [Viitattu 9.5.2019] Saatavilla: www.who.int/topics/reproductive_health/en/
- WHO (2018a). WHO Vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2018 Global summary. [Viitattu 2.4.2019] Saatavilla: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary
- WHO (2018b). Global tuberculosis report 2018. [Viitattu 2.4.2019] Saatavilla: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- WHO (2018c). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO. [Viitattu 16.4.2019] Saatavilla: <https://www.who.int/migrants/publications/EURO-report.pdf>
- WHO (2018d). Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneva: WHO. [Viitattu 16.4.2019] Saatavilla: <https://www.who.int/reproductive-health/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/>
- WHO (2018e). Fact sheet. Female genital mutilation. [Viitattu 16.4.2019] Saatavilla: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Wieggersma PA, Stellinga-Boelen AAM, Reijneveld SA (2011). Psychosocial problems in asylum seekers children: The parent, child, and teacher perspective using the Strengths and Difficulties Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 85–90.
- Williams AC, Amris K (2007). Pain from torture. *Pain*, 133, 5–8.
- Williams AC, Peña CR, Rice ASC (2010). Persistent pain in survivors of torture: A Cohort Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40, 715–722.
- von Hertzen L, Mäkelä MJ, Petäys T, Jousilahti P, Kosunen TU, Laatikainen T, Vartiainen E, Haahntela T (2006). Growing disparities in atopy between the Finns and the Russians: A comparison of 2 generations. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 117, 151–157.
- World Bank (2011). World Development Report 2011. Washington DC: World Bank.
- Väestöliitto (2019a). Nettikurssi Tasa-arvo ja seksuaalisuus. [Viitattu 10.5.2019] Saatavilla: <http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/nettikurssi-tasa-arvo-ja-seksuaa/>
- Väestöliitto (2019b). Tasa-arvo- ja seksuaaliterveystietoa aikuisille maahanmuuttajille -koulutusmateriaali. [Viitattu 10.5.2019] Saatavilla: <http://www.vaestoliitto.fi>
- Xu K, Watanabe-Galloway S, Qu M, Grimm B, Kim J (2018). Common diagnoses among refugee populations: Linked results with statewide hospital discharge database. *Annals of Global Health*, 84, 541–550.
- YK (2011). Lapsen oikeuksien komitean yleiskommentti 2011 nro 13. [Viitattu 16.4.2019] Saatavilla: <http://lapsiasia.fi/lapsen-oikeudet/komitean-yleiskommentit/>

LIITTEET

Liite 1. Tiivistelmän kieliversiot: Abstract; Sammandrag; КРАТКИЙ ОБЗОР; مَصَالِح; متروك; قصّ الخ; Soo koobid

Abstract

Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen, Paula Tiittala, Eero Lilja, Awa Ahmed Haji Omar, Olli Snellman, Anu E Castaneda (eds.). Asylum seekers health and wellbeing. A survey among newly arrived asylum seekers to Finland in 2018. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 12/2019, 412 pages. Helsinki 2019. ISBN 978-952-343-350-2 (printed); ISBN 978-952-343-351-9 (online publication)

The Asylum Seekers Health and Wellbeing Survey (TERTTU) is the largest population-based health examination survey among asylum seekers to date, both at the national and international level. The survey aimed to provide comprehensive information on the health and wellbeing, risk factors and service needs of adults and children who applied for asylum in Finland during the year 2018. All asylum seekers who arrived during the study period and who met the inclusion criteria were invited to participate. Of the total sample, 76% participated in the survey. Out of those who were reached, 82% participated, 12% declined from participation and 6% remained unexamined by the time the data collection phase ended. The participation rate was 79% among adults, 78% among minors who had arrived with their families, but only 26% among unaccompanied minors. Data was collected by THL's multilingual fieldwork personnel with a face-to-face interview and a health examination in the mother tongue of the participant or with assistance of an accredited interpreter. The guardians answered for the children aged less than 13 years. The data collection was mainly carried out at the reception centres in Helsinki, Turku, Joutseno and Oulu. The study was carried out in collaboration with the Finnish Immigration Service, funded by the Asylum, Migration and Integration Fund (EUSA/AMIF).

Adults: Altogether 784 adults participated in the survey. A third perceived their health as average or poor and 42% reported having a long-standing illness or health problem. The most commonly reported long-standing somatic illnesses previously diagnosed by a physician were cardiovascular diseases, musculoskeletal diseases and respiratory diseases. Based on the health examination measurements, 5% had elevated blood pressure, and a few had untreated hypertension. Based on the measurements 19% of the participants were obese. Nearly half had a permanent injury

due to an accident or violence. A quarter of participants reported having headache and back pain at least several times a week. Dental and oral health problems were also common.

A clear majority (83%) reported having experienced at least one potentially traumatic event, e.g. been a subject of violence either in their country of origin or during the journey. Severe depression and anxiety symptoms were found in 40%. The majority of participants reported having no difficulties in mobility, whereas a quarter reported at least some difficulties in concentrating and remembering things. The majority of participants (85%) reported abstaining from alcohol and excessive alcohol use was rare. Smoking was particularly common among men (37%).

On average, women had poorer health and wellbeing than men. Problems and difficulties in sexual and reproductive health were common among women. One in ten women was pregnant when arriving to Finland. Persons coming from Middle-East and Africa had poorer health and wellbeing in several of the examined domains compared with those from other regions.

Adolescents (13–17 years): Altogether 67 adolescents participated in the survey. Less than a fifth of them perceived their health as average or poor. Slightly more than a quarter reported having a long-standing illness or health problem. One in five reported some type of allergy symptoms, 17% reported suffering from headache and almost a quarter reported lack of appetite at least a few times a week. Over a third of adolescents had sleep disturbances. Approximately a quarter of adolescents were overweight or obese. Dental and oral health problems were also common and approximately one in ten had never been to the dentist. Injuries caused by accident or violence were reported by 14%. The adolescents rarely had other difficulties in functioning, but difficulties in eye sight were reported by 17%, difficulties in remembering things by 18% and difficulties in concentration by 16%. A third of adolescents reported significant psychosocial symptoms. Approximately half of adolescents had difficulties in peer relationships, 43% in the emotional domain, and a quarter had behaviour problems. The majority (87%) of adolescents had experienced at least one potentially traumatic event before arriving in Finland. Smoking, alcohol or other substance use were very rare, although a few adolescents reported risky alcohol use.

Primary school aged children (7–12 years): Altogether 96 primary school aged children participated in the survey. The guardians reported their child's health to be average or poor in slightly less than a fifth of the children. A quarter had a long-standing illness or health problem and a fifth had some type of allergy. The guardians reported that 10–15% of the children had headache, loss of appetite, problems in urination or stomach problems at least a few times a week. More than a quarter had tooth or mouth ache during the past 30 days and slightly less than a fifth had never been to the dentist. Approximately a quarter of children had sleep disturbances. The guardians reported injuries caused by accident or violence for 10% of the children. One in four children was overweight or obese. The children rarely had any oth-

er problems in functional capacity, but the guardians reported that 17% had difficulties eye sight, 7% in remembering things and 10% in concentration. A fifth had psychosocial problems based on the guardians' reports. Approximately a quarter of the children had difficulties in peer relationships and in the emotional domain. According to their guardians, 73% of primary school aged children had experienced at least one potentially traumatic event.

Under school aged children (0–6 years): Altogether 140 under school aged children participated in the survey. The guardians perceived the health of every tenth child as average or poor. The guardians reported that slightly more had a long-standing illness or health problem, approximately 10% of children had allergy. Almost one in five under school aged children had suffered from loss of appetite, and 15% had stomach problems at least several times a week according to their guardian. Approximately one in ten children aged 4 to 6 years suffered from bed-wetting. The guardians reported some injury caused by accident or violence among 4% of all under school aged children. More than half of the children had never been to the dentist. Difficulties in functional capacity were very rare. The guardians reported psychosocial symptoms among slightly less than a fifth of children. A third had problems in behaviour and a quarter had problems in peer relationships. According to their guardians, approximately half of the children had experienced some potentially traumatic event prior to arrival in Finland.

Conclusions: This report provides some preliminary recommendations for implementation of the initial health assessment for asylum seekers. These recommendations will be further specified in the health assessment protocol and guidebook, developed in the project. The initial health assessment protocol is planned to be implemented by guidelines to the reception centres from the Finnish Immigration Service. In the future, it's important to monitor initial health assessment and vaccinations coverage, need and use of health services outside of the reception centre, as well as health and wellbeing of asylum seekers more comprehensively than earlier in an up-to-date manner, based on data from the electronic patient health records. To enable this, up-to-date and structural recordings are needed. Regularly repeated population-based surveys on the health and wellbeing of asylum seekers are needed as asylum processes and profiles of asylum seekers change with time.

Sammandrag

Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen, Paula Tiittala, Eero Lilja, Awa Ahmed Haji Omar, Olli Snellman, Anu E Castaneda (red.). Hälsa och välbefinnande hos asylsökande. Undersökning om asylsökande som anlände till Finland 2018. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 12/2019, 412 sidor. Helsingfors 2019. ISBN 978-952-343-350-2 (tryckt); ISBN 978-952-343-351-9 (nätpublikation)

Undersökningen om hälsa och välbefinnande hos asylsökande (TERTTU) var den hittills mest omfattande befolkningsundersökningen om asylsökande både på nationell och internationell nivå. Syftet var att generera heltäckande information om hälsa och välbefinnande, riskfaktorer för hälsan samt servicebehov hos vuxna och minderåriga som sökte asyl i Finland 2018. Alla asylsökande som anlände till Finland under undersökningsperioden och som uppfyllde urvalskriterierna ombads delta i undersökningen. Deltagaraktiviteten var 76 procent av urvalet. Av de personer man fick tag på deltog 82 procent i undersökningen, 12 procent tackade nej och 6 procent blev inte undersökta för att materialinsamlingsskedet hade avslutats. Deltagaraktiviteten bland vuxna var 79 procent och 78 procent bland minderåriga som anlant med sin familj, men bland ensamkommande minderåriga var den bara 26 procent. Uppgifterna samlades in med hjälp av personliga intervjuer och hälsoundersökningar som genomfördes av THL:s fälthandläggare antingen på den undersökta eget modersmål eller med hjälp av en tolk. För barn under 13 år besvarades undersökningen av en vårdnadshavare. Uppgifterna samlades i huvudsak in på mottagningscentralerna i Helsingfors, Åbo, Joutseno och Uleåborg. Undersökningen genomfördes i samarbete med Migrationsverkets mottagningsenhet med stöd av asyl-, migrations- och integrationsfonden (EUSA/AMIF).

Vuxna: Sammanlagt deltog 784 vuxna. En tredjedel av dem upplevde att deras hälsa var medelmåttig eller dålig och 42 procent hade en långvarig sjukdom eller ett långvarigt hälsoproblem. De vanligaste långvariga somatiska sjukdomarna som rapporterades och tidigare hade konstaterats av läkare var hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen och sjukdomar i andningsorganen. I mätningarna hade 5 procent högt blodtryck och en del av de undersökta hade en uppenbart obehandlad blodtryckssjukdom. 19 procent av de undersökta var feta enligt mätningarna. Nästan hälften hade en skada orsakad av en olycka eller våld. En fjärdedel hade huvudvärk och ont i ryggen minst flera gånger i veckan. Det var också vanligt med mun- och tandproblem.

En klar majoritet (83 %) uppgav att de hade varit med om minst en uppskakan-de händelse, till exempel utsatts för våld, antingen i sitt tidigare hemland eller under resan för att söka asyl. 40 procent hade betydande symtom på depression och ångest. Majoriteten av de vuxna bedömde att de utan problem klarar av sådant som kräver rörelseförmåga, men var fjärde upplevde svårigheter med att koncentrera sig och komma ihåg saker. Majoriteten av de undersökta (85 %) rapporterade ingen alkohol-användning alls och riklig alkoholkonsumtion rapporterades bara i sällsynta fall. Det var mycket vanligt med tobaksrökning bland männen (37 %).

Kvinnornas hälsa och välbefinnande var i genomsnitt sämre än männens. Kvinnorna hade ofta problem eller svårigheter med den sexuella och reproduktiva hälsan. Var tionde kvinna var gravid när de anlände till Finland. På flera delområden inom hälsa och välbefinnande var personer från Mellanöstern och Afrika i ett sämre tillstånd än personer från andra områden.

Unga (13–17-åringar): Sammanlagt deltog 67 unga asylsökande i undersökningen. Mindre än en femtedel av dem upplevde att deras hälsa var medelmåttig eller dålig. En dryg fjärdedel uppgav att de hade en långvarig sjukdom eller ett långvarigt hälsopproblem. Av de unga rapporterade var femte att de hade någon typ av allergi, 17 procent uppgav att de led av huvudvärk och var fjärde hade dålig aptit. Över en tredjedel av de unga hade sömnproblem. Cirka en fjärdedel av de unga var överviktiga eller feta. Det var också vanligt med mun- och tandproblem och cirka var tionde ungdom uppgav att de aldrig hade varit hos tandläkaren. 14 procent av de unga hade en skada som orsakats av en olycka eller våld. De unga hade sällan andra svårigheter med funktionsförmågan, men 17 procent uppgav att de hade problem med synen, 18 procent med minnet och 16 procent med koncentrationen. En tredjedel av de unga rapporterade att de hade betydande psykosociala symtom. Hälften hade problem med kompisrelationerna, 43 procent hade problem med känslolivets och en fjärdedel med beteendet. 87 procent hade varit med om en uppskakande händelse innan de kom till Finland. Det var väldigt ovanligt med rökning samt bruk av alkohol och andra rusmedel bland de unga, men en del av dem drack alkohol på ett sätt som medför risker för hälsan.

Barn i lågstadieåldern (7–12-åringar): Sammanlagt deltog 96 barn i lågstadieåldern i undersökningen. Vårdnadshavarna bedömde att mindre än en femtedel av barnen hade medelmåttig eller dålig hälsa. Omkring en fjärdedel av barnen hade en långvarig sjukdom eller ett långvarigt hälsopproblem som vårdnadshavaren hade uppgett, och var femte hade en allergi. 10–15 procent hade huvudvärk, aptitlöshet, problem med urineringen eller magproblem minst några gånger i veckan. Mer än var fjärde hade haft värk i tänderna eller munnen under den senaste månaden och nästan en femtedel hade aldrig varit hos tandläkaren. Omkring var fjärde hade åtminstone någon gång haft sömnsvärigheter. Vårdnadshavarna uppgav att 10 procent hade en skada orsakad av en olycka eller våld. Omkring var fjärde var överviktig eller fet. Bara få av barnen i lågstadieåldern hade problem med funktionsförmågan, men vårdnadshavarna uppgav att 17 procent hade problem med synen, 7 procent med minnet och 10 procent med koncentrationen. En femtedel konstaterades ha psykosociala problem enligt vårdnadshavarnas rapporter. Cirka en fjärdedel hade problem med känslolivets och kompisrelationerna. 73 procent uppgavs ha varit med om en uppskakande händelse.

Barn under skolåldern (0–6 år): Sammanlagt deltog 140 asylsökande under skolåldern i undersökningen. Cirka var tionde hade medelmåttig eller dålig hälsa enligt vårdnadshavarens uppskattning. Något fler hade enligt vårdnadshavaren en långvarig sjukdom eller ett långvarigt hälsopproblem, lite drygt 10 procent hade en allergi.

Enligt vårdnadshavarna hade nästan vart femte barn under skolåldern haft aptitlöshet och 15 procent förstoppning eller andra magproblem minst några gånger i veckan. Vårdnadshavarna rapporterade att cirka var tionde 4–6-åring var sängvätare. Av alla barn under skolåldern rapporterade vårdnadshavarna att 4 procent hade en skada orsakad av en olycka eller våld. Över hälften av barnen hade aldrig varit hos tandläkaren enligt vårdnadshavaren. Bara enstaka barn under skolåldern hade problem med funktionsförmågan enligt vårdnadshavarna. Hos mindre än en femtedel rapporterade vårdnadshavarna psykosociala symtom. En tredjedel hade beteendesyntom och en fjärdedel problem med kompisrelationerna. Vårdnadshavarna rapporterade att cirka vartannat barn under skolåldern upplevt något uppskakande innan de kom till Finland.

Slutsatser: I den här rapporten presenteras några preliminära riktlinjer från rekommendationer för att genomföra inledande hälsogranskningar av asylsökande. Dessa rekommendationer kommer att preciseras senare i den modell för inledande hälsogranskningar som projektet producerar och i den tillhörande handboken. Det är också meningen att modellen för hälsogranskningarna ska införas i de anvisningar som Migrationsverket ger mottagningscentralerna. Det är viktigt att de inledande hälsogranskningarna och vaccinationerna och även mottagningscentralernas behov och användning av externa hälsovårdstjänster och de asylsökandes hälsa och välbefinnande följs upp på ett mer mångsidigt och uppdaterat sätt med hjälp av de uppgifter som finns i patientdatasystemet. Det förutsätter bland annat att det som förs in i patientdatasystemet är strukturerat, systematiskt och uppdaterat. När asylprocesserna och profilen hos dem som anländer förändras måste det också med jämna mellanrum genomföras upprepade befolkningsundersökningar om de asylsökandes hälsa och välbefinnande.

КРАТКИЙ ОБЗОР

Наталиа Скогберг, Катри-Леена Мустонен, Пяйвикки Копонен, Паула Тииттала, Ээро Лилья, Ава Ахмед Хаджи Омар, Олли Снеллман, Ану Э Кастанеда (ред.). Здоровье и благополучие беженцев. Исследование в отношении лиц, запросивших убежище в Финляндии в 2018 году. Национальный институт здоровья и благополучия (THL). Отчет 12/2019, 412 стр. Хельсинки, 2019 г. ISBN 978-952-343-350-2 (печатное издание); ISBN 978-952-343-351-9 (веб-публикация)

Исследование здоровья и благополучия беженцев (TERTTU) на данный момент является крупнейшим демографическим исследованием в отношении беженцев как на национальном, так и на международном уровне. Целью исследования являлось собрать исчерпывающие данные о состоянии здоровья и уровня благополучия, а также факторов риска для здоровья и потребности в услугах на территории Финляндии среди взрослых и несовершеннолетних лиц, подавших заявление на убежище (далее – беженцев) в 2018 году. К участию в исследовании были приглашены все беженцы, прибывшие в Финляндию в период проведения исследования и удовлетворявшие критериям отбора. В исследовании приняло участие 76 % выборки. Из числа приглашенных, 82 % приняли участие в исследовании, 12 % отказались, и 6 % не успели обследовать до окончания исследования. Из взрослых, 79 % приняли участие в исследовании, а из детей прибывших вместе со своей семьей 78 %. Из несовершеннолетних лиц, прибывших без опекуна, всего 26 % участвовали в исследовании. Исследование состояло из индивидуального интервью и медицинского осмотра, проводившихся исследовательским персоналом THL на родном языке участника или с помощью переводчика. Данные о лицах младше 13 лет были предоставлены опекунами. Сбор данных осуществлялся преимущественно в центрах приема беженцев в Хельсинки, Турку, Йоутсено и Оулу. Исследование проводилось в сотрудничестве с приемным отделением Миграционной службы Финляндии при поддержке Фонда убежища, миграции и интеграции (EUSA/AMIF).

Взрослые: В исследовании приняло участие 784 взрослых беженцев. Одна треть участников оценили свое состояние здоровья как среднее или плохое, и 42 % сообщили, что имеют какое-либо хроническое заболевание или проблемы со здоровьем. Наиболее часто у респондентов встречались такие хронические соматические заболевания, диагностированные врачом, как сердечно-сосудистые заболевания, болезни опорно-двигательного аппарата и заболевания органов дыхания. По результатам измерений, сделанных в рамках медосмотра, у 5 % участников было выявлено повышенное кровяное давление (гипертония). Также было отмечено несколько случаев гипертонии без надлежащего лечения. Осмотры выявили ожирение у 19 % участников исследования. Почти у половины была какая-либо травма, полученная в результате несчастного случая или насилия. Четверть участников сообщили, что испытывают головную боль или боль в спине по крайней мере несколько раз в неделю. Проблемы, связанные с зубами и полостью рта были тоже распространены.

Явное большинство (83 %) сообщило по крайней мере об одном травмирующем событии, например, случае насилия, пережитом в родной стране или по пути в страну, предоставляющую убежище. Выраженные симптомы депрессии и тревожного невроза наблюдались у 40 % участников. Большинство взрослых ответили, что легко справляется с задачами, требующими двигательной активности, но каждый четвертый участник испытывал трудности с концентрацией и памятью. Большинство участников исследования (85 %) не употребляли алкоголь, и были отмечены лишь редкие случаи избыточного употребления алкоголя. Курение было достаточно широко распространено среди мужчин (37 %).

В среднем, состояние здоровья и уровень благополучия женщин, были хуже, чем у мужчин. У женщин часто встречались проблемы в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. Каждая десятая женщина была беременна на момент прибытия в Финляндию. В целом, состояние здоровья и уровень благополучия беженцев, прибывших из стран Африки и Ближнего Востока, были хуже, чем у заявителей из других регионов.

Подростки (13-17 лет): В исследовании приняло участие 67 беженцев подросткового возраста. Менее одной пятой оценили свое состояние здоровья как среднее или плохое. Чуть более одной четверти сообщили, что у них есть хроническое заболевание или проблемы со здоровьем. У каждого пятого подростка были какие-либо аллергические симптомы, у 17 % были головные боли, и почти четверть сообщила о потере аппетита. Более трети испытывали проблемы со сном. Приблизительно четверть подростков имели избыточный вес или ожирение. Болезни зубов и полости рта также были распространены, и приблизительно каждый десятый сообщил, что никогда не был на приеме у стоматолога. У 14 % была какая-либо травма, полученная в результате несчастного случая или насилия. Подростки редко отмечали какие-либо трудности, связанные с дееспособностью, но 17 % сообщили о проблемах со зрением, 18 % — с памятью, и 16 % — с концентрацией. У трети подростков наблюдались выраженные социально-психологические симптомы. У половины участников были проблемы в отношениях со сверстниками, у 43 % — эмоциональные проблемы, и у одной четверти — поведенческие нарушения. Какое-либо травмирующее событие до прибытия в Финляндию было пережито 87 %. Курение, употребление алкоголя и других наркотических веществ достаточно редко встречались среди подростков, тем не менее некоторые из них употребляли алкоголь в количестве, представляющем угрозу для здоровья.

Дети младшего школьного возраста (7–12-лет): В исследовании приняло участие 96 детей младшего школьного возраста. По оценкам опекунов, немного менее чем у каждого пятого ребенка состояние здоровья было средним или плохим. Приблизительно четверть детей имели какое-либо хроническое заболевание или проблемы со здоровьем, и у каждого пятого была какая-либо аллергия. У 10-15 % была головная боль, потеря аппетита, проблемы связан-

ные с мочеиспусканием или пищеварением по крайней мере несколько раз в неделю. У каждого четвертого ребенка были зубные боли и другие проблемы полости рта в течение последнего месяца и почти каждый пятый не был на приеме у стоматолога. Приблизительно каждый четвертый ребенок хотя бы иногда испытывал проблемы со сном. В отношении 10 % участников младшего школьного возраста опекуны сообщили о травмах, полученных в результате несчастного случая или насилия. Примерно каждый четвертый ребенок имел избыточный вес или ожирение. У детей младшего школьного возраста редко встречались трудности, связанные с дееспособностью, но в отношении 17 % опекуны сообщили о проблемах со зрением, 7 % испытывали трудности с запоминанием, и 10 % — с концентрацией. По словам опекунов, у каждого пятого ребенка были социально-психологические симптомы. У каждого четвертого ребенка были проблемы в отношениях со сверстниками и эмоциональные проблемы. Какое-либо травмирующее событие пережили 73 % детей.

Дети дошкольного возраста (0–6 лет): В исследовании приняло участие 140 детей дошкольного возраста. По оценкам опекунов, приблизительно у каждого десятого ребенка состояние здоровья было средним или плохим. Немного чаще опекуны отмечали какое-либо хроническое заболевание или проблемы со здоровьем; чуть более, чем у 10 % детей была аллергия. По словам опекунов, почти у каждого пятого ребенка дошкольного возраста проявлялась потеря аппетита, и у 15 % были запоры и другие расстройства пищеварения по крайней мере несколько раз в неделю. Опекуны сообщили о случаях ночного недержания мочи почти у каждого десятого ребенка в возрасте от 4 до 6 лет. По словам опекунов, из всех детей дошкольного возраста, у 4 % были травмы в результате несчастного случая или насилия. Согласно предоставленной опекунами информации, более половины детей дошкольного возраста никогда не были на приеме у стоматолога. Какие-либо трудности, связанные с дееспособностью, были лишь у нескольких дошкольников. Менее, чем у каждого пятого ребенка были социально-психологические симптомы. Поведенческие нарушения были у каждого третьего, а проблемы в отношениях со сверстниками — у каждого четвертого ребенка. По словам опекунов, приблизительно каждый второй ребенок дошкольного возраста пережил какое-либо травмирующее событие до прибытия в Финляндию.

Выводы: В данном отчете предоставлены предварительные рекомендации в отношении проведения первичного медицинского осмотра лиц, запрашивающих убежище. Эти рекомендации будут уточняться в дальнейшем процессе формирования модели первичного медицинского осмотра и подготовки методического руководства по ее практической реализации. Модель проведения первичного медицинского осмотра будет интегрирована в рекомендации рекомендации, составленные Миграционной службой для приемных центров. Важно, чтобы в дальнейшем контроль первичных медицинских осмотров и программ вакцинации, оценка потребности и использования прием-

ными центрами сторонних медицинских услуг, а также мониторинг состояния здоровья и уровня благополучия лиц, запрашивающих убежище, осуществлялись более многопланово и актуально, используя данные реестра пациентов. Для этого необходимо, чтобы данные вводились в реестр пациентов структурированно, систематично и актуально. По мере изменения процесса предоставления убежища и профиля заявителей на беженство, необходимо регулярно проводить повторные демографические исследования, касающиеся здоровья и благополучия беженцев.

خُلَاصَة

ناتاليا سكوجبرج (Natalia Skogberg)، كاتري لينا موستونين (Katri-Leena Mustonen)، بايفيكي كوبونين (Päivikki Koponen)، باولا تييتالا (Paula Tiittala)، ايرو ليليا (Eero Lilja)، اوا احمد حاجي عمر (Awa Ahmed Haji Omar)، أولي سنيلمان (Olli Snellman)، انو اي كاستانيدا (Anu E Castaneda) (المُحرّرة). صحة ورفاه طالبي اللجوء. دراسة عن طالبي اللجوء القادمين إلى فنلندا في عام 2018. المؤسسة الوطنية للصحة والرفاه (THL). التقرير 2019، 412 صفحة. هلسنكي 2019. ISBN 978-952-343-351-9 (النسخة المطبوعة)؛ ISBN 978-952-343-350-2 (النسخة المنشورة على الانترنت)

اُعْتُبِرَتْ دراسة صحة ورفاه طالبي اللجوء المعروفة اختصاراً تيرتو (TERTTU) الدراسة الاستقصائية السكانية الأوسع نطاقاً إلى حد الآن على الصعيدين الوطني والدولي. وكان هدفها هو توفير معلومات شاملة حول الحالة الصحية ورفاهية البالغين والقاصرين من طالبي اللجوء خلال سنة 2018 وأيضاً حول المخاطر الصحية واحتياجات الخدمات في فنلندا. تمت دعوة جميع طالبي اللجوء الذين جاءوا إلى فنلندا خلال فترة إجراء الدراسة والذين استوفوا معايير عينة البحث. وكانت نسبة المشاركة من العينة 76 ٪. شارك 82 ٪ من الأشخاص المستهدفين في الدراسة، ورفض 12 ٪ المشاركة، بينما لم يتم إجراء الدراسة على 6 ٪ في نهاية مرحلة جمع البيانات. كان معدل المشاركة 79 ٪ عند البالغين و 78 ٪ عند القاصرين القادمين مع أسرهم، ولكن 26 ٪ فقط عند القاصرين غير المصحوبين بأولياء أمورهم. تم جمع البيانات من خلال المقابلات الشخصية والفحوصات الصحية التي أجراها موظفو المؤسسة الوطنية للصحة والرفاه (THL) الميدانيون إما باللغة الأم أو بمساعدة المترجم. بالنسبة للأطفال الذين قُلت أعمارهم عن 13 سنة، تم تلقي الإجابات من ولي أمرهم. تم جمع بيانات البحث بشكل أساسي في مراكز استقبال اللاجئين في هلسنكي وتوركو ويوتسينو وأولو. وقد أجريت الدراسة بالتعاون مع وحدة الاستقبال بدائرة الهجرة، بدعم من صندوق اللجوء والهجرة والتوطين (EUSA/AMIF).

البالغون: كان هناك أكثر من مجموع 784 مشاركاً بالغاً. شعر ثلثهم أن صِحَّتَهُم كانت متوسطة أو سيئة و 42 ٪ منهم كانوا يعانون من مرض مزمن أو مشكلة صحية. أكثر الأمراض الجسدية المزمنة التي شخصها الطبيب هي أمراض الدورة الدموية، وأمراض العضلات والعظام، وأمراض الجهاز التنفسي. وتبين خلال قياسات البحث أن 5 ٪ منهم كان لديهم ضغط دموي مرتفع، واتضح أن بعض المستطلعين يعانون من مرض ضغط الدم ولم يتلقوا العلاج بشأنه. كان 19 ٪ من المستطلعين يعانون من السمنة وفقاً لقياسات البحث. كان لدى نصفهم تقريباً إصابة من نوع ما ناتجة عن حادث أو عنف. فيما كان ربعهم على الأقل يعاني من الصداع والام الظهر لعدة مرات في الأسبوع. كما كانت مشاكل الفم والأسنان شائعة أيضاً في وسطهم.

ذكرت أغلبية واضحة منهم (83 ٪) أنها عاشت حدثاً مروعاً واحداً على الأقل، مثل التعرّض للعنف، إما في الوطن السابق أو أثناء رحلة طلب اللجوء. وكانت لدى 40 ٪ منهم أعراض الاكتئاب والقلق الجسيمة. اعتبرت الغالبية العظمى من البالغين أنهم سيؤدون الوظائف المطلوبة لقدرته الحركة دون صعوبات، ولكن رُبُعهم واجهوا صعوبة في التركيز وتذكر الأشياء. غالبية المستطلعين (85 ٪) لم يُبلِّغوا إطلاقاً عن أي استخدام للكحول واستخدام الكحول المفرط تم الإبلاغ عنه نادراً. كان التدخين شائعاً نوعاً ما عند الرجال (37 ٪).

كانت صحة المرأة ورفاهها في المتوسط أضعف مقارنةً مع الرجال. كانت النساء في الغالب تُعاني من مشاكل أو صعوبات في الصحة الجنسية والإنجابية. كانت واحدة من كل عشر نساء حامل عند القدوم إلى فنلندا. وكان وضع القادمين من الشرق الأوسط وأفريقيا أضعف من وضع أولئك القادمين من المناطق الأخرى في العديد من مجالات الصحة والرفاهية.

الشباب (13-17 سنة): شارك ما مجموعه 67 طالب لجوء شاب في الدراسة. شعر أقل من خمسمهم أن صحتهم كانت متوسطة أو سيئة. قال ما يزيد قليلاً عن ربعهم أنهم يعانون من مرض مزمن أو من مشكلة صحية. أبلغ واحد من بين كل خمسة شباب عن وجود نوع من أعراض الحساسية لديه، وأفاد 17 ٪ أنهم كانوا يعانون من الصداع وحوالي الربع من فقدان الشهية. كان أكثر من ثلث الشباب يواجهون صعوبة في النوم. كان حوالي ربع الشباب يعانون من زيادة الوزن أو السمنة. كانت مشاكل الفم والأسنان شائعة أيضاً لديهم، وأفاد حوالي واحد من بين كل عشرة شباب أنهم لم يذهبوا قطًّ طبيب الأسنان. إحدى الإصابات الناجمة عن حادث أو عنف كانت عند 14 ٪ من الشباب. نادراً ما وُجِدت عند الشباب صعوبات وظيفية أخرى، لكن 17 ٪ أبلغوا عن صعوبات في الرؤية، و 18 ٪ في التذكر، و 16 ٪ في التركيز. أبلغ ثلث الشباب عن أعراض نفسية اجتماعية كبيرة. أما مشاكل علاقات الصداقة كانت عند النصف، فيما كانت مشاكل الحياة العاطفية لدى 43 ٪ والأعراض السلوكية لدى الربع. 87 ٪ منهم تعرض لحادث ما مروّع قبل المجيء إلى فنلندا. التدخين وتعاطي الكحول وغيره من المسكرات كان أمراً نادراً للغاية في صفوف الشباب، لكن البعض منهم مُعرّض مع ذلك لخطر تعاطي الكحول.

أطفال المدارس الابتدائية (من 7 إلى 12 سنة): شارك ما مجموعه 96 طفلاً من أطفال المدارس الابتدائية. أقل من خمسمهم اعتبر ولي الأمر صحتهم متوسطة أو سيئة. كان حوالي ربع الأطفال يعانون من مرض مزمن أو مشكلة صحية حسب ولي الأمر، وكان واحد من بين خمسة منهم يعانون من الحساسية. من 10 ٪ إلى 15 ٪ منهم كانوا يعانون من الصداع، وفقدان الشهية، ومشاكل في المسالك البولية أو بعض اضطراب في المعدة لبضع مرات على الأقل في الأسبوع. كان أكثر من ربعهم يعانون من آلام متعلقة بالأسنان أو الفم في الشهر الماضي وما يقرب خمسمهم لم يذهبوا إلى طبيب الأسنان على الإطلاق. حوالي ربعهم كان يعاني من مشاكل في النوم في بعض الأحيان على الأقل. أبلغ

ولي الأمر عن إصابة ناتجة عن حادثة أو عنف عند نسبة 10٪ منهم. وكان واحد من كل أربعة منهم تقريباً يعاني من زيادة الوزن أو السمنة. نادراً ما وُجِدَت عند أطفال المدرسة الابتدائية صعوبات وظيفية أخرى، لكن أولياء أمور 17٪ منهم أبلغوا عن صعوبات في الرؤية، و7٪ في التفكير، و10٪ في التركيز. أبلغ أولياء أمور خمسهم عن مشاكل نفسية اجتماعية. وكان لدى حوالي الربع أعراض الحياء العاطفية ومشاكل علاقات الصداقة. فيما تم الإبلاغ عن المرور من حدث مروع عند 73٪ منهم.

الأطفال دون سن المدرسة (من 0 إلى 6 سنوات): شارك في الدراسة ما مجموعه 140 طالب لجوء دون السن القانوني للمدرسة. قام ولي أمر واحد من كل عشرة باعتبار صحة الطفل على أنها متوسطة أو سيئة. لدى العديد منهم مرض مزمن أو مشكلة صحية حسب ولي الأمر، مع ما يزيد قليلاً عن 10 ٪ من الحساسية. ووفقاً لأولياء الأمور، فإن واحداً من بين كل خمسة أطفال دون سن الدراسة يعاني من فقدان الشهية و15٪ مصابون بالإمساك أو مشاكل أخرى في المعدة لعدة مرات في الأسبوع على الأقل. أبلغ أولياء الأمور عن أن كل واحد من بين عشر أطفال المتروحة أعمارهم بين 4 و6 سنوات يعاني من التبول في الفراش. من بين جميع الأطفال دون سن المدرسة، أبلغ أولياء أمور 4٪ منهم أنهم لديهم إصابة من نوع ما ناجمة عن حادثة أو عنف. وحسب أولياء الأمور، فإن أكثر من نصف الأطفال لم يزور قط طبيب الأسنان. فقط حالات منعزلة من الأطفال دون سن المدرسة كانت لديهم صعوبات وظيفية وفقاً لما أفاد به أولياء أمورهم. كما أفاد أولياء أمور أقل من خمسهم عن أعراض نفسية اجتماعية. كانت لدى الثلث أعراض سلوكية، في حين أن ربعهم كان يعاني من مشاكل علاقات الصداقة. تعرض كل طفل من بين اثنين من الأطفال دون سن المدرسة لبعض الأحداث المروعة قبل مجيئه إلى فنلندا.

الاستنتاجات: يقدم هذا التقرير بعض المبادئ التوجيهية الأولية للتوصيات المتعلقة بتنفيذ الفحوصات الصحية الأولية لطالبي اللجوء. ستحدد هذه التوصيات بشكل أدق في وقت لاحق في نموذج الفحص الصحي الأولي الصادر عن المشروع وفي الكتيب المُساند لتنفيذه. من المفروض أيضاً وضع نموذج الفحص الصحي الأولي في إرشادات مراكز استقبال اللاجئين التابعة لدائرة الهجرة. سيكون من المهم مستقبلاً مراقبة تنفيذ الفحوصات الصحية الأولية واللقاءات، وكذلك الحاجة إلى الخدمات الصحية واستخدامها خارج مراكز استقبال اللاجئين. كما أنه من المهم متابعة صحة ورفاه طالبي اللجوء بشكل أكثر تنوعاً وتحديثاً من السابق من خلال المعلومات المتوفرة في النظام المعلوماتي للمرضى. ويتطلب ذلك أموراً من ضمنها أن تكون سجلات النظام المعلوماتي للمرضى مُمنهجة ومتناسقة ومحدثة. مع تغير إجراءات اللجوء ومواصفات الوافدين الجدد، من الضروري كذلك إجراء دراسات استقصائية سكانية متكررة حول صحة ورفاهية طالبي اللجوء على فترات منتظمة.

کورتہ

نووسران ناتالیا سکوگبری (Natalia Skogberg)، کاتری لینا موسٹونین (Katri-Leena Mustonen)، پیکیکی کوپونین (Päivikki Koponen)، پاولا تیتالا (Paula Tittala)، نیرز لیلیا (Eero Lilja)، ناوا حاجی عومر نجمہ (Ahmed Haji Omar Awa)، ٹولی سنیلمان (Olli Snellman)، ٹائو نی کاستانیدا (Anu E Castaneda) (سہنووسر). تندرستی و خوشگوزمرانی پناخازان. لیکوآلیموہ لہ سہر نیو پناخازانہی سالۂ 2018 ہاتون بۆ فینلند. ریکخراوی تندرستی و خوشگوزمرانی (THL). راپورت 12/2019، 412 لاپہر. ہیلسنکی 2019. ژمارہی پیوانیمی نیودولمیتی کتیب (ISBN) 978-952-343-351-9 (چاپکراو)، (ISBN) 978-952-343-350-2 (بلاکراوہی نیلیکترونی)

لیکوآلیموہی تندرستی و خوشگوزمرانی پناخازان (TERTTU)، تا نیستا لہ ناستی نتموچی و ناوتموچی دا ہر بلاوترین لیکوآلیموہی کو مہلگہی پیوندیدار بہ پناخازانہ. نامانجی لیکوآلیموہی مہریتہیہ لہ و مدست ہینانی زانیاری بہر بلاو لاسر تندرستی و خوشگوزمرانی، ماسر سیہکائی سہر تندرستی و پیوستی خزمگوزاری نیو منڈال و گور سالانیمہ کہ لہ سالۂ 2018 لہ فینلند داوای مافی پناہر بیان کردوہ. ہموو نیو پناخازانہی لہ ماوہی لیکوآلیموہی مہکدا ہاتون بۆ فینلند و شہر تمکانی لیکوآلیموہی مہکبان ہمبو، داوای ہمشدار بوونیان لی کرا. ہمشداری لہ رادہی 76٪ بوو. لہو کسانہی پیوندیان لہگئل کر ابو 82٪ ہمشدار بوون لہ لیکوآلیموہی، 12٪ رہتیاں کردموہ ہمشدار بین و 6٪ لہ دوائ تموا بوونی مدست ہینانی زانیاریہکائی لیکوآلیموہی، لیکوآلیموہی ہات بوون نمکرا. رادہی ہمشدار بوونی کسانہی سہرووی تمعنہی یاسایی 79٪ و نیو کسانہی ژیر تمعنہی یاسایی بوون و لہگئل ہنمالہکبان ہات بوون 78٪ بوو، بہ لام رادہی ہمشداری نیو کسانہی ژیر تمعنہی یاسایی بوون و بی ہنمالہکبان ہات بوون تغیا 26٪ بوو. زانیاریہکبان لہ ریگہی گفت و گوی تاکمکسی و پشکنینی تندرستی و مدست ہینان. پشکنینہ تندرستیہکبان لہ لایمان کارمندانہی THL یان بہ زمانی دایکی کسمکہ نمنج دران یان ہاوکاری لہ و مرگیز و مرگیزا. لہ جی کسانہی ژیر تمعنہی 13 سال، سہر پسر مستمکانیان و لامیان دایموہ. زوریہی زانیاریہکبان لہ شونیی و مرگرتی پناہرانی ہیلسنکی (Helsinki)، تورکو (Turku)، یوتسنو (Joutseno) و ٹولو (Oulu) و مدست ہینان. لیکوآلیموہی بہ ہاوکاری لہگئل ہمکای و مرگرتی نیدارہی کوچ و کوچہری و بہ ہاوکاری خمرینہی کارووباری مافی پناہرانی، کوچہری و خوگونجاندن (EUSA/AMIF) نمنج درا.

کسانہی سہرووی تمعنہی یاسایی: 784 کسمی سہرووی تمعنہی یاسایی ہمشدار بوون. لہواندا یک ہمش لہ سہر ہمش تندرستی خویان پی مامناوند یان خراب بوو و 42٪ لہوان نمخوشیہک یان گرفتگی تندرستی دریز ماوہی ہمبو. نمخوشیہ دریز ماوہیہکائی جستمی پیشتر دکتور دیاری کردبوون، بہ زوری نمخوشیہکائی کو نمدامکائی سووری خویان، کو نمدامکائی جوئلہ و ہموہا کو نمدامکائی ہناسہ دان بوون. لہ لیکوآلیموہی مہکدا 5٪ زمختی خویان لہ سہرئ بوو و چہن کسمیک بہ پرونی نمخوشی زمختی خویان ہمبو کہ چارہسری بۆ نمکرا بوو. بہ پی پشکنینہکائی کائی لیکوآلیموہی، 19٪ ہمشدار بووانی لیکوآلیموہی مہکملہ بوون. نیزیکہی نیوہ لہ ہمشدار بووان دوائ پروداو یان توندوتیژی نازاریان پی گیشتبوہ. یک لاسر چواری ہمشدار بووان لہ حوتوودا لانیکم چاندجار سہر نیشہ یان پشت نیشہیان ہمبو. گرفتہکائی زار و ددانش ہر بلاو بوون.

ہشینی بہر چاو (83٪) گوتوویانہ کہ لہ لانیکم یک پروداویان بہ سہر ہاتوہ کہ پی شلمژاؤن، بۆ وینہ لہ ولآتی خویان یان لہ کتی سہر بۆ داواکردنی مافی پناہرانی، بوون بہ نامانجی توند و تیژی. 40٪ لہ ہمشدار بووان خسمکی و دلخورہی بہر چاویان ہمبو. بہ پی ہلسنگاندنی خویان، زوریہی بی گرفت دمتوان نیو چالاکیانہ نمنج بدن کہ تیئندا پیوستیان بہ توانایی جوئلہ ہمبہ، بہ لام ہر یک کس لہ چوار کس گرفتیاں لہ تمرکز کردن و و مہر ہاتمہدا ہمبو. زوریہی کسانہی ہمشدار (85٪) ناگاداری بہ ہکار ہینانی نالکولیان ندابوو و ہکار ہینانی نالکولی زور، بہ دمگمن ہمبو. ہکار ہینانی جگہرہ لہ ناو پیامکندا باو بوو (37٪).

باری تندرستی ژنان بہر اورد بہ باری تندرستی پیوان لاوازر بوو. ژنمکان بہ زوری گرفت پیوندیدار بہ تندرستی جنسی و منڈال بوونیان ہمبو. ہر یک ژن لہ دہ ژن لہ کائی ہاتنیاں بۆ فینلند دووگیان بوون. لہ زور باری تندرستی دا نیو کسانہی لہ روژ ہلآتی ناوہر است و نفریقا ہاتون، باروو دخیان لہو کسانہی لہ شونیمکانی تررا ہاتون لاوازر بوو.

گنجان (تمعنہی 13 تا 17 سال): بہ گشتی 67 گنجی پناخاز ہمشداریان لہ لیکوآلیموہی مہکدا کرد. کسمر لہ یک لاسر پینجی نیوان تندرستی خویان پی مامناوند یان خراب بوو. کسمیک زیاتر لہ یک لہ سہر چوار ہشی نیوان رایانگیانہ کہ نمخوشی یان گرفتگی تندرستی دریز ماوہیان ہمبہ. ہر یک لہ پینجی گنجمکان رایانگیانہ کہ نیشانہی حساسیتیان ہمبہ، 17٪ گوتیان سہر نیشہیان ہمبوہ و نیزیکہی یک لہ چوار ہمش بی نیشیا بوون. زیاتر لہ یک لاسر سہی گنجمکان گرفتہی خویان ہمبو. نیزیکہی یک لاسر

چارای گنجیمان قلمی یان کیشیان لسمروه بوو. هر ودها گرفتهکانی پیوندیدار به زار و ددان زور بوون و هر یک له ده گنج رايانگياند که هیچ کات نه چوون بؤ لای دکتری ددان. 14٪ گنجیمان دوی رووداویک یان توند و تیژی زیانیان ویکهوت بوو. گنجیمان به دمگمن گرفتی توانایی چالاکیونی جستییان هیوو به لام، له واندا 17٪ گرفتی بینین، 18٪ گرفتی و مبر هاتنوه و 16٪ گرفتی ترکیزکردن یان رایگاندیوو. یک لسمر سنی گنجان رايانگياند که گرفتی هر چاوی پسیکوسوسیل هیوو. نیوه له گنجیمان گرفتی پیوندی هاورنییتیان هیوو، 43٪ نهمان گرفتی پیوندیدار به هستهکانیان هیوو و یک لسمر چواری گنجیمان نیشانهی گرفتی هلسووکوت کردن یان هیوو. له واندا 87٪ پیش هاتن یان بؤ فیلمند، تووشی رووداویک بوون که پیی شلماون. بکار هنیانی جگه و نالکول و ماده هوشیهر مکانی تر له گنجانداز زور دمگمن بوون، به لام له هیندیک له واندا بکار هنیانی نالکول به جوزیک دهیندار که مترسی بؤ سمر تندرستی هیوو.

مندالانی قوناخ سمرتایی (7 تا 12 سال): به گشتی 96 مندالی تمینی قوناخ سمرتایی له لیکولینوه مکدا بهشدار بوون. کمتر له یک لسمر پنچ بشی سمر پسر مستکان باری تندرستی مندالکانیان به ممانوند یان خراب هلمسنگاند. به پیی و تهی سمر پسر مستکان، نیزیکی یک لسمر چواری مندالکان نمخوشیهک یان گرفتیک تندرستی دریز ماویان هیوو، و له هر پنچ مندال یهکیان حساسییتی هیوو. له مندالکان 10 تا 15٪ له یک همتو دا دو سنی جار سرنیشه، بی نیشانی، گرفتی پیوندیدار به میزکردن یان زگ نیشیان هیوو. زیاتر له یک له سمر چوار بشی نهمان له ماوی مانگی رابردو دا ژانی زار یان ددانیان هیوو و نیزیکی یک له سمر پنچ بشی کات نه چوونه لای دکتری ددان. نیزیکی هر له چوار مندال یهکیان لانیکم هیندیک جار گرفتی خوی هیوو. له سمر پسر مستکان 10٪ رايانگياندوه که، مندالکان دوی رووداویک یان توند و تیژی زیانی ویکهوت. نیزیکی له هر چوار مندال یهکیان قلمی یان کیشی زیاد بوو. له مندالانی تمینی قوناخ سمرتایی، به دمگمن گرفتی پیوندیدار به تواناییه جستییان دهیندار، به لام به پیی رایگاندی سمر پسر مستکان 17٪ له مندالکان گرفتی بینین، 7٪ گرفتی و مبر هاتنوه یان 10٪ گرفتی ترکیزکردن یان هیوو. به پیی رایگاندی سمر پسر مستکان، یک له سمر پنچ بشی مندالکان گرفتی پسیکوسوسیلان هیو. یک لسمر چوار بشی نهمانده گرفتی پیوندیدار به هستهکان و گرفتی هاورنییتیان هیوو. 73٪ له مان تووشی رووداویک بیون که پیی شلماون.

مندالانی ژیر تمینی قوتابخانه (0 تا 6 سال): به گشتی 140 پنخاوی ژیر تمینی قوتابخانه بهشدار یان له لیکولینوه مکدا کرد. هر له ده سمر پسر مستکان یهکیان تندرستی مندالکمی به ممانوند یان خراب هلمسنگاند. دو سنی کس رايانگياند که مندالکمی نمخوشی یان گرفتی تندرستی دریز ماویان هیو و هیندیک له 10٪ زیاتر حساسییتیان هیوو. به پیی قسهی سمر پسر مستکان، هر یک له پنچ مندالی تمینی قوناخ پیش سمرتایی بی نیشیتا بووه و 15٪ له وان له همتو دا لانیکم یک دو جار قیز بوون یان زگ نیشیان هیوو. سمر پسر مستکان رايانگياند که نیزیکی هر یک له ده مندالی تمین 4 تا 6 ساله، شوانه میز به خویدا دکات. به پیی ناگارداری سمر پسر مستکان له همتو مندالانی ژیر تمینی قوتابخانه، 4٪ دوی رووداویک یان توند و تیژی زیانی هر کمتو. به قسهی سمر پسر مستکان، زیاتر له نیوهی مندالکان هیچ کات نهچوونه لای دکتری ددان. تمینا چن کس له مندالانی ژیر تمینی قوتابخانه، به قسهی سمر پسر مستکانیان گرفتی چالاکیی جستییان هیوو. سمر پسر مستکان کمتر له یک لسمر پنچی مندالکان رايانگياند که، مندالکان گرفتی پسیکوسوسیلان هیو. یک لسمر سنی مندالکان گرفتی هلسووکوت کردن و یک له سمر چواری مندالکان گرفتی پیوندی هاورنییتیان هیوو. سمر پسر مستکان رايانگياند که، نیزیکی هر یک له دو مندالی ژیر تمینی قوتابخانه، پیش هاتی بؤ فیلمند تووشی رووداویک بووه که پیی شلماوه.

دهر نهمان: لهو راپورتدا باس له هیندیک پیرموی سمرتایی بؤ رینونییهکانی نهمان دانی لیکولینوهی سمرتایی تندرستی پنخاوان دمکری. نهم رینونییهکان دواتر لهو هر نامیهی بؤ لیکولینوهی تندرستی سمرتایی، له کاتی پرژمکدا دا داپراره و لهو کتیی رینونییهکان که بؤ بکار هنیانی نهم بمرنامیهی، زورتر روون دمکریهوه. دا داپراره که، نهم بمرنامیهی بؤ لیکولینوهی سمرتایی تندرستی دا داپراره، بریت بؤ ناو نهم رینونییهکانی نیداری کوچ و کوچهری دهاندا به شونی و مرگرتی پناهرن. له دهاتودا گرینگه که، له ریگهی سیستمکانی هلمگرتی زانیاری نمخوشهکان، چاویزی همجوره و بمر دواتری و دنیهاتی پشکنی سمرتایی تندرستی و لیدانی و اکسینکان و پیویستی بکار هنیانی خدمتگوزارییهکانی تندرستی که له دهرموی شونی و مرگرتی پناهرن دابین دمکری و هر ودها تندرستی و خوش گوزمرانی پنخاوان بکریت. بؤ و مدی هاتی نهم، پیویسته زانیارییهکان به شوییهکی ریک و سیستماتیک له سیستمی هلمگرتی زانیارییهکانی نمخوش تومار بکرین و له کاتی خوی بکریت. هر ودها به پیی گوزانی پرؤسمی مافی پناهری و گوزانی کسانا داواکار، پیویسته به شوییهکی بمر دواتر لیکولینوهی کوملگی پیوندیدار به تندرستی و خوشگوزمرانی پنخاوان دوباره بکرینوه.

خلاصه

ناتالیا اسکگربرگ (Natalia Skogberg)، کتری-لینا موستین (Katri-Leena Mustonen)، پیویکی کُپِن (Päivikki Koponen)، پائولا تیئالا (Paula Tiittala)، اِرو لیلیا (Eero Lilja)، آوا احمد حاجی عمر (Awa Ahmed Haji Omar)، آلی اسلیمان (Olli Snellman)، آنو ا. کاستاندا (Anu E Castaneda). سلامت و بهزیستی پناهجویان. تحقیقات در مورد پناهجویانی که در سال 2018 به فنلاند آمده‌اند. سازمان سلامت و بهزیستی (تی. اچ. ال، THL). گزارش 12/2019، شامل 412 صفحه. هلسینکی 2019. آی. اس. بی. ان. (ISBN) (چاپ 978-952-343-351-9؛ آی. اس. بی. ان. (نشر اینترنتی) 978-952-343-351-9)

در حال حاضر، چه در سطح ملی و چه در سطح بین‌المللی، تحقیقات پیرامون سلامت و بهزیستی پناهجویان (TERTTU) جامع‌ترین تحقیقات جمعیتی است که در مورد پناهجویان انجام شده است. هدف از انجام این تحقیقات به‌دست آوردن اطلاعات جامعی در مورد بزرگسالان و کودکانی بود که طی سال 2018 در فنلاند تقاضای پناهندگی کرده‌اند؛ اطلاعات در مورد وضعیت سلامت و بهزیستی، خطرات بالقوه‌ای که سلامت آنها را تهدید می‌کند و همچنین خدمات مورد نیاز ایشان در فنلاند. از تمامی پناهجویانی که طی دوره تحقیقات به فنلاند آمده بودند و معیارهای نمونه‌گیری در موردشان صدق می‌کرد، دعوت شد در آن شرکت کنند. میزان مشارکت در پاسخ‌گویی 76 درصد بود. 82 درصد از کسانی که جداگانه با آنها تماس گرفته شد در تحقیقات شرکت کردند، 12 درصد مخالفت خود را با شرکت در تحقیقات اعلام کردند و تا پایان مرحله جمع‌آوری داده‌ها، امکان انجام تحقیقات از 6 درصد از افراد فراهم نشد. میزان مشارکت افراد بزرگسال 79 درصد بود و 78 درصد از کودکانی که همراه خانواده خود به فنلاند آمده بودند در تحقیقات شرکت کردند اما میزان مشارکت کودکانی که بدون والدین خود آمده بودند فقط 26 درصد بود. اطلاعات از طریق مصاحبه‌های فردی و چک‌آپ‌های پزشکی و توسط کارمندان میدانی تی. اچ. ال. به زبان مادری مصاحبه‌شونده و یا با کمک مترجم جمع‌آوری شدند. در مورد کودکان زیر 13 سال، سرپرست آنها به پرسش‌ها پاسخ داد. داده‌های تحقیقاتی عمدتاً در مراکز پذیرش پناهجویان در هلسینکی، تورکو (Turku)، یوتسنو (Joutseno) و ائولو (Oulu) جمع‌آوری شدند. تحقیقات با همکاری واحد پذیرش پناهجویان اداره مهاجرت و با حمایت صندوق پناهجویی، مهاجرت و وفق‌یابی (ائوسا/امیف (EUSA/AMIF)) انجام شده است.

بزرگسالان: مجموع بزرگسالانی که در تحقیقات شرکت کردند 784 نفر بود. برآورد یک‌سوم آنها این بود که سلامتی‌شان در حد متوسط یا بد است و 42 درصد از آنها به یک بیماری مزمن یا مشکلی طولانی‌مدت در رابطه با سلامت‌شان مبتلا بودند. شایع‌ترین بیماری‌های جسمی مزمن که بیشتر توسط پزشک تشخیص داده شده بودند، چنین گزارش شدند: بیماری‌های دستگاه گردش خون، بیماری‌های اعضای حرکتی و همچنین بیماری‌های دستگاه تنفسی. در معاینات تحقیقاتی، فشار خون 5 درصد از افراد بالا بود و در چندین مورد، شخص به‌وضوح به بیماری فشار خون مبتلا بود بدون این‌که قبلاً تحت درمان قرار گرفته باشد. بر مبنای معاینات تحقیقاتی 19 درصد از اشتراک کنندگان به چاقی مبتلا بودند. تقریباً نیمی از اشخاص اثری ناشی از آسیب دین‌طی یک سانه یا خشونت را بر بدن خود داشتند. یک‌چهارم افراد حداقل چندین بار در هفته سردرد و کمردرد داشتند. همچنین مشکلات دهان و دندان عمومیت داشتند.

اکثریت غالب (83 درصد) افراد چنین بیان کردند که حداقل یک رویداد تکان‌دهنده را تجربه کرده‌اند، مثلاً یا در وطن قبلی خود یا در مسیری که برای پناهجویی طی کرده‌اند مورد خشونت قرار گرفته‌اند. 40 درصد اشخاص، عوارض قابل توجه افسردگی و اضطراب داشتند. اغلب بزرگسالان چنین ارزیابی می‌کردند که بدون هیچ مشکلی از عهده‌اموری که نیاز به توانایی‌های حرکتی داشته باشند برمی‌آیند اما یک نفر از هر چهار نفر احساس می‌کرد که برای تمرکز کردن و به‌خاطر سپردن مسایل مشکل دارد. اکثریت اشتراک کنندگان (85 درصد) هیچ‌گونه مصرف الکل را گزارش نکردند و صرفاً اشخاص معدودی مصرف زیاد الکل را گزارش کردند. سیگار کشیدن در بین مردان تا حد زیادی عمومیت دارد (37 درصد).

متوسط سلامتی و بهزیستی زنان در مقایسه با مردان ضعیف‌تر بود. زنان اغلب مشکلات یا دشواری‌هایی مرتبط با سلامت جنسی و تنظیم خانواده داشتند. از هر ده زن یک نفر هنگام آمدن به فنلاند حامله بوده است. در اکثر بخش‌ها و مسایل مرتبط با سلامت و بهزیستی، وضعیت کسانی که از خاورمیانه و آفریقا می‌آیند ضعیف‌تر از کسانی بود که از سایر جاها می‌آیند.

نوجوانان (13 تا 17 ساله‌ها): مجموع نوجوانان پناهجویی که در تحقیقات شرکت کردند 67 نفر بود. برآورد کمتر از یک‌پنجم آنها این بود که سلامتی‌شان در حد متوسط یا بد است. کمی بیش از یک‌چهارم آنها اعلام کردند که به یک بیماری مزمن یا مشکلی طولانی‌مدت در رابطه با سلامت‌شان مبتلا بودند. از هر پنج نوجوان یک نفر اظهار داشت که به عوارض یکی از انواع آلرژی دچار است، 17 درصد از آنها اظهار داشتند که از سردرد رنج می‌برند و نزدیک به یک‌چهارم آنها بی‌اشتهایی دارند. بیش از یک‌سوم نوجوانان مشکلات مرتبط با خواب داشتند. تقریباً یک‌چهارم نوجوانان اضافه‌وزن داشتند یا به چاقی مبتلا بودند. همچنین مشکلات دهان و دندان عمومیت داشتند و تقریباً از هر ده نوجوان یک نفر اظهار داشت که هرگز به دندانپزشک مراجعه نداشته است. 14 درصد از نوجوانان اثری ناشی از آسیب دین‌طی یک سانه یا خشونت را بر بدن خود داشتند. نوجوانان به‌دورت دچار سایر مشکلات مرتبط با توانایی عملکردشان بودند اما 17 درصد

از آنها مشکلات بینایی، 18 درصد مشکلات حافظه و 16 درصد مشکلات مرتبط با تمرکز را اظهار داشتند. یکسوم نوجوانان عوارض ناراحتی‌های روحی قابل توجه را گزارش دادند. نیمی از آنها دچار مشکلات در روابط با دوستان و همسالان بودند، 43 درصد عوارض مرتبط با زندگی عاطفی داشتند و یک‌چهارم دچار عوارض رفتاری بودند. 87 درصد از آنها پیش از آمدن به فنلاند رویدادی تکان‌دهنده را تجربه کرده بودند. سیگار کشیدن و همچنین مصرف الکل و سایر مواد نشه‌آور در بین نوجوانان بسیار نادر بودند اما به هر حال نوع عادات بعضی از آنها در مصرف الکل می‌تواند ایشان را در معرض خطراتی برای سلامتشان قرار دهد.

کودکان دبستانی (7 تا 12 ساله‌ها): مجموع کودکان دبستانی که در تحقیقات شرکت کردند 96 نفر بود. برآورد سرپرست‌های کمتر از یک‌پنجم آنها این بود که سلامتی کودک در حد متوسط یا بد است. تقریباً یک‌چهارم کودکان طبق نظر سرپرست‌شان به یک بیماری مزمن یا مشکلی طولانی‌مدت در رابطه با سلامتشان مبتلا بودند و از هر پنج کودک یک نفر آلرژی داشت. بین 10 تا 15 درصد از کودکان، حداقل یک بار در هفته سردرد، بی‌اشتهایی، مشکلات ادراری یا ناراحتی‌های گوارشی داشتند. بیش از یک‌چهارم آنها طی ماه جاری، دردها و مشکلات مرتبط با دهان و دندان داشتند و تقریباً یک‌پنجم از آنها هرگز به دندانپزشک مراجعه نداشته‌اند. تقریباً یک‌چهارم از آنها حداقل گاهی مشکلات مرتبط با خواب داشته‌اند. 10 درصد از سرپرست‌ها اظهار داشتند که کودک اثری ناشی از آسیب دیدن طی یک سانحه یا خشونت را بر بدن خود دارد. تقریباً یک‌چهارم کودکان اضافه‌وزن داشتند یا به چاقی مبتلا بودند. کودکان دبستانی به‌ندرت دچار سایر مشکلات مرتبط با توانایی عملکردشان بودند اما طبق اظهارات سرپرست‌ها 17 درصد از کودکان مشکلات بینایی، 7 درصد مشکلات حافظه و 10 درصد مشکلات مرتبط با تمرکز داشتند. طبق نظر سرپرست‌ها، یک‌پنجم کودکان به مشکلات روحی مبتلا بودند. تقریباً یک‌چهارم از آنها دچار عوارض مرتبط با زندگی عاطفی و مشکلات در روابط با دوستان و همسالان بودند. در مورد 73 درصد از آنها تجربه رویدادی تکان‌دهنده اظهار شد.

کودکان خردسال (0 تا 6 ساله‌ها): مجموع خردسالان پناهجویی که در تحقیقات شرکت کردند 140 نفر بود. برآورد سرپرست‌های تقریباً نیمی از آنها این بود که سلامتی کودک در حد متوسط یا بد است. سرپرست‌های چندین نفر از آنها اظهار داشتند که کودکشان به یک بیماری مزمن یا مشکلی طولانی‌مدت در رابطه با سلامتشان مبتلا است و کمی بیش از 10 درصد کودکان آلرژی داشتند. طبق اظهارات سرپرست‌ها تقریباً از هر پنج کودک خردسال یک نفر بی‌اشتهایی، داشت و 15 درصد از آنها حداقل چند بار در هفته به بیوسیت یا سایر مشکلات گوارشی دچار بود. طبق اظهارات سرپرست‌ها از هر ده کودک 4 الی 6 ساله یک نفر شب‌ادراری داشت. سرپرست‌های 4 درصد از کل کودکان خردسال اظهار داشتند که کودک اثری ناشی از آسیب دیدن طی یک سانحه یا خشونت را بر بدن خود دارد. طبق اظهارات سرپرست‌ها، بیش از نیمی از کودکان هرگز به دندانپزشک مراجعه نداشته‌اند. فقط چند کودک خردسال طبق اظهارات سرپرست‌هایشان بعضی مشکلات مرتبط با توانایی عملکردشان داشتند. به نظر سرپرست‌ها کمتر از یک‌پنجم کودکان عوارض ناراحتی‌های روحی داشتند. یک‌سوم کودکان مشکلات رفتاری و یک‌چهارم کودکان مشکلات در روابط با دوستان و همسالان داشتند. سرپرست‌ها اظهار داشتند که تقریباً از هر دو کودک خردسال یک نفر پیش از آمدن به فنلاند رویدادی تکان‌دهنده را تجربه کرده است.

جمع‌بندی: در این گزارش بعضی خط‌مشی‌های اولیه در مورد نحوه اجرای معاینات پزشکی ابتدایی پناهجویان توصیه می‌شوند. این توصیه‌ها بعداً و در مدل پیشنهادی این پروژه برای انجام معاینات پزشکی ابتدایی و کتابچه راهنمای نحوه اجرای این مدل، با جزئیات بیشتر توضیح داده خواهند شد. همچنین تصمیم گرفته شده است که مدل پیشنهادی برای انجام معاینات پزشکی ابتدایی، توسط اداره مهاجرت به دستورالعمل‌های اجرایی مراکز پذیرش پناهجویان اضافه شود. مهم است که در آینده، انجام معاینات پزشکی ابتدایی و واکسیناسیون‌ها و همچنین نیاز به استفاده از خدمات پزشکی خارج از مراکز پذیرش پناهجویان و همچنین سلامت و بهزیستی پناهجویان از طریق اطلاعات به‌روزرسانی شده و موجود در سیستم اطلاعات بیماران، مبسوط‌تر از گذشته تحت‌تأمل قرار بگیرد. لازمه این کار این است که به‌عنوان مثال گزارش‌ها در سیستم اطلاعات بیماران ساختارمند، سیستماتیک و به‌روز شده باشند. همچنین با پدید آمدن تغییرات در پروسه پناهندگی و پروفایل‌های کسانی که به کشور می‌آیند، نیاز خواهد بود که طی فواصل زمانی منظم، تحقیقات جمعیتی در مورد سلامت و بهزیستی پناهجویان تکرار شود.

SOO KOOBID

Natalia Skogberg, Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen, Paula Tiittala, Eero Lilja, Awa Ahmed Haji Omar, Olli Snellman, Anu E Castaneda (soosaarayaal). Caafimaadka iyo nolol-wanaagga dadka magangelyo-doonka ah. Cilmi-baariska magangelyo-doonkii Finland yimid sannadkii 2018. Hay'adda caafimaadka iyo Nolol-wanaagga (THL). Warbixinta 12/2019, 412 bog. Helsinki 2019. ISBN 978-952-343-350-2 (daabacan); ISBN 978-952-343-351-9 (daabacaadda shabakadda)

Cilmi-baarista caafimaadka iyo nolol-wanaagga ee dadka magangelyo-doonka (TERTTU) illaa iyo hadda waa cilmi-baarista ugu weyn ee heer qaran iyo mid caalamiba ah oo quseeya dadka magangelyo-doonka ah. Ujeeddada laga lahaa waxay aheyd in la soo saaro macluumaad waafi ah oo ku saabsan xaaladda caafimaadka iyo nolol-wanaagga, waxyaabaha caafimaadka halista geliya iyo baahiyahooda adeegga Finland ee dadki magangelyada codsaday sannadkii 2018 ee qaangaarka ahaa iyo kuwa aan qaangaarin. Cilmi-baarista waxaa lagu casuumay dhammaan dadki inti baaritaanku socday Finland yimid iyo magangelyo-dooniyada buuxiyay shuruudda ka qaybgalka cilmi-baarista. Ka qeybgalka ee dadka loo qaatay cilmi-baaristu waxay aheyd 76 %. Dadkii lala xiriirey 82 % ayaa ka qeybgalay baaritaanka, 12 %:na way diideen in ay ka qeybqaataan. 6 %:na lama baarikarin kadib markii marxaladdii uruurinta macluumaadku ay dhamaatay. Ka qeybqaadashada ee dadka waaweyn waxay aheyd 79 %, kuwa aan qaangaarin ee qoyskooda la yimidna waxay ahayd 78 %, laakiin kuwa aan qaangaarin ee mas'uul la'aan yimid dalka waxay ahayd 26 %. Macluumaadka waxaa lagu uruuriyay wareysiyo gaar ah oo dadka lala yeeshay iyo baaritaan caafimaad oo ay sameeyeen shaqaalaha goobta ee THL, waxaana lagu sameynayay luqada hooyo ee qofka la baarayo ama waxaa la isticmaalayay turjubaan. Carruurta 13 sanno ka yar waalidkood ayaa u jawaabayay. Macluumaadyada baaritaanka waxaa intooda badan laga uruuriyay xarimaha qaabilaadda magangelyo-doonka ee Helsinki, Turku, Joutseno iyo Oulu. Hirgelinta cilmi-baariskawaxaa lagala shaqeeyay Qeybta qaabilaadda ee Hay'adda socdaalka waxaana taageeray Sanduuqa Dhaqaalaha ee Magangelyada, Waddan u soo guurista iyo La qabsashada (EUSA/AMIF).

Dadka qaangaarka ah: Dadka qaangaarka ah ee ka qeybqaatay waxay iskugeyn ahaayeen 784. Saddex qeybood hal qeyb oo kamid ah waxay caafimaadkooda u arkayeen dhexdhexaad ama mid xun, 42 % waxay qabeen wax cudur uun ah oo dabadheeraaday ama dhibaato caafimaad. Cudurada jidheed ee dabadheeraaday ee la soo sheegay in uu hore dakhtar u caddeeyay waxay intabadan ahaayeen cudurada wadnaha iyo xididdada dhiigga, cudurada xubnaha dhaqdhaqaaqa iyo taageerada, cudurada xubnaha neefmareenka. Cabirka baaritaanka waxaa ka soo baxday in 5 % uu dhiigoodu kacsanaa iyo in uu dhowr qof oo la baaray laga helay cudurka dhiig-karka oo aan la daweyn. Dadka la baaray iyadoo lagu saleynayo cabirka baaritaanka 19 % waxay ahaayeen kuwa cayilan oo buuran. Ku dhowaad kala badh dadka la baaray waxay qabeen naafo ka dhalatay shil ama dagaal. Afar qeybood hal qeyb oo kamid ah waxay qabeen madax-xanuun iyo dhabar-xanuun ugu yaraan dhowr jeer todobaadkii. Dhibaatooyinka afka iyo ilkaha la xiriirana waxay ahaayeen kuwa ku badan.

Intoodabadan dadka la baaray (83 %) waxay sheegeen in ay la kulmeen ugu yaraan hal dhacdo oo naxdin leh, tusaale ahaan dagaal loogu geystay dalkoodi hore ama intii ay ku soo jireen safarka magangelyo-doonka. Calaamdaha cudurka niyadjabka iyo walaaca waxaa qabay 40 %. Dadka waaweyn intooda badan waxay isku qiyaaseen in ay ka bixi karaan dhib la'aan waxqabadka u baahan awoodda dhaqdhaqaaqa, laakiin afartiiba hal qof ayaa dareensanaa in ay ku adagtahay wax u fiirsashadu iyo xusuustu. Intoodabadan dadka la baaray (85 %) waxay sheegeen in ayna waligood khamri isticmaalin, isticmaalka xad-dhaafka ah ee khamrigana ee la soo sheegayna wuxuu ahaa mid dhif ah. Cabbista sigaarku waxay aheyd mid ragga aad ku badan (37 %).

Celcelis ahaan caafimaadka iyo nolol-wanaagga dumarku wuu ka liitay kan ragga. Dumarku waxay inta badan qabeen dhibaatooyin iyo mushkilado la xiriira caafimaadka galmada iyo dhalmada. Tobankiiba dumar mid ayaa uur laheyd marki ay Finland timid. Xaaladda caafimaadka iyo nolol-wanaagga kuwa ka yimid Bariga Dhexe iyo Afrika waxay aheyd mid ka liidata dadka meelaha kale ka yimid.

Dhalinyarada (13—17 sano jirada): Cilmi-baarista waxaa ka qeybqaatay iskugeyn 67 dhalinyaro oo megangelyo-doon ah. Wax kayar shantiiba hal ayaa caafimaadkooda u arkayay dhexdhexaad ama mid xun. Tiro waxyar ka badan afar qeyboodow hal qeyb ayaa sheegay in ay qabeen cudur dabadheeraaday ama dhibaato caafimaad. Dhalinyarada shantiiba hal ayaa sheegay in uu qabo nooc xasaasiyadda ka tirsan, 17 % waxay sheegeen in ay madax-xanuun qabaan, ku dhowaad afartiiba hal waxay sheegeen in ay qabaan rabitaan la'aan xagga cuntada ah. Wax ka badan saddexdii qeyboodba hal qeyb oo dhalinyarada ka mid ah ayaa qaba dhibaato dhinaca hurdada ah. Afar qeyboodow hal qeyb oo dhalinyarada ka tirsan ayaa ah kuwa aad u cayilan ama buuran. Dhibaatooyinka afka iyo ilkaha la xiriira ayaa ah kuwa ku badan, qiyaastii tobankii dhalinyaro ah mid kamid ah na wuxuu sheegay in uusan weligiis tegin dhakhtarka ilkaha. Naafo uu sababay shil ama dagaal waxaa dhalinyarada ka qabay 14 %. Dhalinyarada waxaa aad ugu yaraa kuwa qaba dhibaatooyin awoodda waxqabadka la xiriira, laakiin 17 % ayaa sheegay in ay qabaan dhibaatooyin la xiriira aragga, 18 % waxay sheegeen in ay qabaan dhibaatooyin xusuusta la xiriira. Halka 16 % ay sheegeen in ay qabaan dhibaatooyin wax u fiirsashadala xiriira. Saddexdiiba hal dhalinyarada ka tirsan ayaa sheegay in uu qabo calaamadaha saaykosooshalka. Kala badh ayaa qabay dhibaatooyin xiriirka saaxiibnimada la xiriira, calaamadaha ka werweka nolosha waxaa qabay 43 %. Afartii dhalinyar na hal ayaa qabay calaamadahaqalqaaliga. Kahor imaanshaha Finland waxaa dhacdo naxdin leh la kulmay 87 %. Cabbista sigaarka iyo isticmaalista maandooriyayaasha kale aad ayeey ugu yaraayeen dhalinyarada, laakiin qaar iyaga ka tirsan ayaa khamriga si badan u isticmaalayey, taasi na caafimaadkooda halis bey u keenaysaa.

Caruurta jirta da'da dugsiga hoose (7–12 sanno jirada): Cilmi-baarista waxaa ka qeybqaatay iskugeyn 96 ilmo oo jirta da'da dugsiga hoose. Wax kayar shan qeybood hal qeyb ayeey waalidkood ku qiyaaseen caafimaadka ilmaha mid dhexdhexaad ah ama mid xun. Qiyaas ahaan afar qeyboodow hal qeyb oo caruurta ka tirsan ayaa

sida ay waalidkooood soo gudbiyeen qabay cudur dabadheeraaday ama dhibaato caafimaad, xasaasiyaddana waxaa qabay shantiiba hal ilmo. Dhibaatooyin la xiriira madax-xanuun, rabitaan la'aan dhinaca cuntada ah, kaadista ama calool xanuun kale waxaa ugu yaraan dhowr jeer todobaadki qabay 10 – 15 %. Wax ka badan afartiiba hal ayaa inti lagu jiray bisha socota qabeen xanuun ilkaha ama afka la xiriira, ku dhowaad shan qeyboodow hal qeybna weligood ma tegin dhakhtarka ilkaha. Qiyaas ahaan afartiiba hal ayeey hadda kahor soo martay dhibaato dhinaca hurdada la xiriirta. Mas'uulka ayaa sheegay in ay 10 % qabeen naafo uu shil ama dagaal sababay. Ku dhowaad afartiiba hal ayaa aad u cayilan ama buuran. Carruurta da'da dugsiga hoose ku jirta waxaa aad ugu yaraa dhibaatooyinka awoodda waxqabadka la xiriira, laakiin 17 % waalidka ayaa sheegay in carruurta 7 % ay qabaan dhibaatooyin la xiriira araga, halka ay 10 % qabaan dhibaatooyin la xiriira wax u fiirsashada. Shantiiba hal ayaa sida waalidku soo gudbiyay lagu caddeeyay in ay qabaan dhibaatooyin dhinaca saayksooshalka ah. Calaamadaha dareenka nolosha iyo dhibaatooyinka xiriirka saaxiibka waxaa qabay afartiiba hal. Dhacdo naxdin ah ee lala kulmay waxaa laga soo sheegay 73 %.

Carruurta ka yar da'da dugsiga hoose (0–6 sano jirada): Cilmi-baarista waxaa ka qeybqaatay iskugeyn 140 ilmood oo jira da'da dugsiga kayar oo megangelyo-doon ah. Tobankiiba hal ayeey waalidkoodu ku qiyaaseen caafimaadkiisa mid dhexdhexaad ah ama xun. Intooda badan waxay qabeen sida ay waalidku sheegeen cudur dabadheeraaday ama dhibaato caafimaad, xasaasiyadda waxaa qabay tiro waxyar ka badan 10 %. Sida ay waalidku sheegeen shantii cunug ee jira da'da dugsiga ka hooseysa hal ayaa ka qabay rabitaan la'aanta cuntada, 15 % waxay qabeen dhowr jeer todobaadki calool-fadhi ama dhibaato kale oo caloosha la xiriirta. Waalidku waxay soo gudbiyeen in tobankii cunug ee u dhexeysa da'da 4–6 sano uu hal cunug habeenki isku kaadiyo. Dhammaan carruurta jirta da'da dugsiga ka hooseysa ayeey waalidku ka sheegeen in 4 % ay qabeen naafo uu shil ama dagaal sababay. Wax ka badan kala badh carruurta ayaan sida ay waalidku sheegeen waligood tegin dhakhtarka ilkaha. Midmid carruurta ka hooseysa da'da dugsiga oo kaliya ayeey waalidku sheegeen in ay qabaan dhibaatooyin la xiriira awoodda waxqabad. Waalidku waxay soo sheegeen in wax kayar shantiiba hal uu qabo calaamadaha saaykosooshalka. Calaamadaha habdhaqanka waxaa ka qabay saddexdiiba hal, dhibaatooyinka xiriirka saaxiibkana waxaa qabay afartiiba hal. Waalidku waxay sheegeen in saddexdiiba hal cunug ee ka yar da'da dugsiga la kulmay dhacdo naxdin leh kahor inta uusan Finland imaanin.

Gunaanadka: Warbixintan waxaa lagu soo bandhigayaa talooyin bilow ah oo laga soo jeedinayo sida loo hirgelinayo baaritaanka bilowga ah ee caafimaadka dadka megangelyo-doonka ah. Talobixinnadan wakhti dambe ayeey ku soo biireysaa nidaambka baaritaanka bilowga ah ee caafimaadka ee uu mashruucu soo saarayo iyo buug-gacmeedka taageeraya isticmaalkeeda. Ujeeddada nidaamka baaritaanka caafimaad ee bilowga ahi waa in ay xarumaha qaabbilada Hay'adda socdaalka lagu siiyo tilmaan sugan. Hirgelinta baariska bilowga ah ee caafimaadka iyo tallaalada iyo baahida adeegyada caafimaadka ee ka baxsan xarumaha qaabilaadda iyo isticmaalkooda, caafimaadka iyo nolol-wanaagga dadka magangelyo-doonka

ah ayaa muhiim ah in macluumaadyada laga helayo nidaamka macluumaadka bukaanka loola socdo sisi hore si ka noocyo badan oo wakhtiga la socota. Tani waxay u baahantahay waxyaabaha ay kamid tahay in loo sameeyo qoritaanka nidaamka macluumaadka bukaanka qaab dhisan, nidaamsan wakhtigana la socda. Marka uu habsami-socodka magangelyada ama macluumaadka qofka yimid uu isbeddel ku yimaad ayeey lagama maarmaan tahay in si joogto oo wakhti ka wakhti ah loo hirgeliyo cilmibaadhista bulshada oo is dabajooq ah, kuwaas oo lagu sameynayo caafimaadka iyo nolol-wanaagga dadka megangelyo-doonka ah.

Liite 2

Liitetaulukko 1. Raportin kuvioiden tiedot taulukoituina

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto		Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka		Muu Afrikka		Muu alue	
	Miehet n=135	Naiset n=94	Miehet n=205	Naiset n=132	Miehet n=74	Naiset n=54	Miehet n=54	Naiset n=29
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
3.1 Koulutus ja aikaisempi työkokemus								
Koulutus								
Ei koulutustaustaa tai korkeintaan peruskoulu	7,4 (4,0–13,2)	NA ¹	23,9 (18,5–30,2)	26,0 (19,2–34,1)	24,7 (16,1–35,8)	49,1 (36,0–62,3)	18,5 (10,3–31,1)	NA ¹
Lukio tai ammatillinen tutkinto	63,7 (55,3–71,4)	58,5 (48,3–68,0)	25,9 (20,3–32,3)	26,7 (19,8–34,9)	43,8 (32,9–55,4)	32,1 (20,9–45,7)	59,3 (45,8–71,5)	NA ¹
Korkeakoulututkinto	28,9 (21,9–37,1)	37,2 (28,1–47,4)	50,2 (43,4–57,1)	47,3 (38,9–55,9)	31,5 (21,9–43,0)	18,9 (10,5–31,7)	22,2 (13,1–35,2)	NA ¹
Aikaisempi työkokemus								
Ei töissä	5,2 (2,5–10,6)	14,9 (9,0–23,6)	17,6 (12,9–23,4)	46,2 (37,8–54,8)	12,5 (6,6–22,3)	45,3 (32,5–58,7)	26,4 (16,3–39,8)	NA ¹
Johtajat, erityisasiantuntijat, asiantuntijat	32,1 (24,7–40,5)	43,6 (34,0–53,8)	35,1 (28,9–41,9)	33,8 (26,2–42,4)	22,2 (14,1–33,3)	11,3 (5,2–23,0)	13,2 (6,4–25,2)	NA ¹
Muut ²	62,7 (54,2–70,5)	41,5 (32,0–51,7)	47,3 (40,6–54,2)	20,0 (14,0–27,8)	65,3 (53,6–75,3)	43,4 (30,8–56,9)	60,4 (46,7–72,6)	NA ¹
3.3 Turvapaikanhakumatka								
Lähtövuosi vakituudesta asuinpaikasta								
2018 ³	88,8 (82,3–93,1)	92,5 (85,0–96,4)	66,8 (60,1–72,9)	74,2 (66,1–81,0)	56,2 (44,6–67,1)	57,4 (44,0–69,8)	81,8 (69,4–89,9)	NA ¹
2017	7,5 (4,1–13,3)	5,4 (2,3–12,3)	14,1 (10,0–19,6)	11,4 (7,0–18,0)	24,7 (16,1–35,8)	18,5 (10,3–31,1)	NA ¹	NA ¹
Ennen vuotta 2017	3,7 (1,6–8,7)	NA ¹	19,0 (14,2–25,0)	14,4 (9,4–21,5)	19,2 (11,7–29,8)	24,1 (14,5–37,2)	10,9 (5,0–22,2)	NA ¹
3.4 Perhesuhteet ja yhteydenpito läheisiin								
Perheenjäseniä missä tahansa maassa	63,4 (54,9–71,2)	86,2 (77,6–91,8)	58,5 (51,7–65,1)	80,5 (72,8–86,3)	50,0 (38,8–61,2)	55,6 (42,2–68,2)	40,7 (28,5–54,2)	NA ¹
Vähintään yksi perheenjäsen Suomessa	49,3 (40,9–57,7)	84,0 (75,2–90,2)	36,1 (29,8–42,9)	71,4 (63,2–78,5)	8,1 (3,7–16,9)	35,2 (23,7–48,7)	20,4 (11,6–33,2)	NA ¹
Yhteydenpito ainakin joihinkin läheisiin	89,8 (83,3–94,0)	91,8 (83,7–96,0)	88,2 (83,0–92,0)	90,8 (84,5–94,7)	56,5 (44,7–67,7)	52,9 (39,3–66,1)	87,0 (75,2–93,7)	NA ¹
4.1 Koettu terveys, pitkäaikaiset somaattiset sairaudet ja niiden riskitekijät								
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	60,2 (51,8–68,1)	55,5 (45,4–65,2)	76,2 (69,9–81,5)	69,0 (60,6–76,2)	53,9 (42,2–65,1)	61,7 (47,8–73,9)	72,7 (59,6–82,8)	NA ¹
Jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	52,2 (43,8–60,6)	61,7 (51,5–71,0)	31,9 (25,9–38,5)	44,4 (36,1–52,9)	35,1 (25,1–46,6)	38,9 (26,9–52,4)	25,5 (15,7–38,5)	NA ¹

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto		Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka		Muu Afrikka		Muu alue	
	Miehet n=135	Naiset n=94	Miehet n=205	Naiset n=132	Miehet n=74	Naiset n=54	Miehet n=54	Naiset n=29
	%	%	%	%	%	%	%	%
	(95 %-n LV)	(95 %-n LV)	(95 %-n LV)	(95 %-n LV)	(95 %-n LV)	(95 %-n LV)	(95 %-n LV)	(95 %-n LV)
4.5 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja kipuoireet								
Jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus ⁴	28,1 (21,2–36,3)	38,3 (29,0–48,5)	11,6 (7,9–16,7)	21,1 (14,9–28,8)	NA ¹	11,3 (5,2–23,0)	9,1 (3,8–20,1)	NA ¹
Päänsärky	19,3 (13,5–26,8)	25,5 (17,7–35,3)	12,1 (8,3–17,4)	27,1 (20,2–35,2)	23,0 (14,8–33,9)	46,3 (33,5–59,6)	29,6 (19,0–43,0)	NA ¹
4.8 Alipaino, ylipaino ja lihavuus								
BMI ≥ 30 kg/m ²	15,4 (10,1–22,7)	16,9 (10,4–26,1)	19,9 (14,9–26,0)	28,8 (21,5–37,3)	9,5 (4,6–18,6)	26,1 (15,4–40,6)	NA ¹	NA ¹
Vyötärön ympärys >102 cm (miehet), >88 cm (naiset)	14,1 (9,0–21,2)	34,9 (25,6–45,5)	20,3 (15,2–26,5)	33,1 (25,3–41,8)	NA ¹	43,5 (30,0–58,0)	NA ¹	NA ¹
Vyötärön suhde pituuteen $\geq 0,60$	7,8 (4,3–13,9)	10,5 (5,5–18,9)	15,7 (11,3–21,5)	20,3 (14,1–28,4)	NA ¹	10,9 (4,6–23,6)	NA ¹	NA ¹
4.9 Tapaturmien ja väkivallan aiheuttamat vammat								
Jokin väkivallan aiheuttama vamma	38,8 (30,9–47,3)	13,0 (7,6–21,6)	20,1 (15,1–26,2)	11,4 (7,0–18,0)	56,8 (45,3–67,5)	50,9 (37,7–64,0)	30,9 (20,1–44,2)	NA ¹
6.1 Fyysinen toimintakyky								
Sadan metrin juokseminen vaikeuksitta	88,8 (82,2–93,1)	77,7 (68,1–85,0)	89,4 (84,4–92,9)	68,2 (59,8–75,6)	90,4 (81,2–95,4)	64,8 (51,3–76,3)	88,7 (77,0–94,8)	NA ¹
6.2 Näkö ja kuulo								
Näkeminen vaikeuksitta	85,2 (78,1–90,2)	81,9 (72,8–88,5)	94,2 (90,1–96,7)	81,1 (73,5–86,9)	83,8 (73,6–90,6)	79,6 (66,8–88,4)	90,7 (79,6–96,1)	NA ¹
6.3 Kognitiivinen toimintakyky								
Muistaminen vaikeuksitta	83,7 (76,5–89,0)	64,9 (54,7–73,9)	81,2 (75,2–85,9)	59,1 (50,5–67,2)	68,9 (57,5–78,4)	61,1 (47,6–73,1)	81,5 (68,9–89,7)	NA ¹
Keskittyminen vaikeuksitta	80,7 (73,2–86,5)	76,6 (67,0–84,1)	75,7 (69,4–81,1)	71,2 (62,9–78,3)	66,2 (54,8–76,0)	69,8 (56,2–80,6)	79,6 (66,8–88,4)	NA ¹
Oppiminen vaikeuksitta	83,7 (76,5–89,0)	70,2 (60,2–78,6)	87,9 (82,6–91,7)	72,7 (64,5–79,6)	82,4 (72,0–89,5)	74,1 (60,8–84,0)	81,5 (68,9–89,7)	NA ¹
6.4 Toimintarajoitteet terveysongelman vuoksi								
Terveysongelmasta johtuva toiminnanrajoite	28,8 (21,7–37,1)	30,0 (21,4–40,2)	22,2 (17,0–28,4)	22,1 (15,8–30,1)	20,3 (12,6–31,0)	24,1 (14,5–37,2)	NA ¹	NA ¹
8.1 Seksikäyttäytyminen								
Ollut yhdyntöjä (12kk)	80,0 (72,1–86,1)	77,3 (67,4–84,9)	64,1 (57,2–70,5)	61,9 (53,1–70,0)	54,2 (42,6–65,3)	72,5 (58,8–83,0)	75,9 (62,8–85,5)	NA ¹

	Venäjä ja entinen Neuvostoliitto		Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka		Muu Afrikka		Muu alue	
	Miehet n=135	Naiset n=94	Miehet n=205	Naiset n=132	Miehet n=74	Naiset n=54	Miehet n=54	Naiset n=29
	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)	% (95 %-n LV)
9.1 Psykkiset oireet								
Merkittäviä masennus- tai ahdistuneisuusoireita	26,6 (19,6–34,9)	40,2 (30,7–50,5)	31,8 (25,7–38,6)	44,1 (35,7–52,8)	60,0 (48,2–70,8)	63,3 (49,0–75,5)	31,5 (20,5–45,0)	NA ¹
Vähintään jonkin ver- ran ajatuksia elämän lopettamisesta	3,9 (1,6–9,1)	NA ¹	5,1 (2,7–9,1)	7,9 (4,3–14,0)	15,9 (9,0–26,6)	20,4 (11,3–34,0)	9,3 (3,9–20,4)	NA ¹
Korkea tai keskitasoi- nen riski traumaattis- ten kokemusten toden- näköisyydelle	33,6 (26,1–42,0)	44,7 (35,0–54,8)	47,6 (40,8–54,4)	63,9 (55,4–71,6)	60,8 (49,3–71,2)	64,2 (50,5–75,8)	40,0 (28,0–53,4)	NA ¹
9.2 Järkyttävät tapahtumat ennen Suomeen tuloa								
Vakavan fyysisen vahin- gonteon kohteeksi jou- tuminen	69,6 (61,4–76,8)	31,9 (23,3–42,0)	45,6 (38,9–52,5)	25,6 (18,9–33,7)	82,4 (72,0–89,5)	81,1 (68,3–89,5)	55,6 (42,2–68,2)	NA ¹
Seksuaalisen väkivallan kohteeksi joutuminen	5,9 (3,0–11,4)	14,9 (9,0–23,6)	6,4 (3,8–10,7)	18,3 (12,6–25,9)	17,8 (10,6–28,3)	56,6 (43,1–69,2)	NA ¹	NA ¹
Kidutettuna oleminen	47,4 (39,0–55,9)	7,4 (3,6–14,8)	42,4 (35,8–49,3)	32,3 (24,9–40,7)	65,8 (54,2–75,7)	52,8 (39,5–65,8)	49,1 (36,2–62,1)	NA ¹
10.1 Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö								
Ainakin joku tupakka- tai nikotiinituote päi- vittäin tai satunnaisesti	34,6 (27,0–43,1)	13,0 (7,6–21,6)	41,7 (35,1–48,6)	15,9 (10,6–23,2)	26,0 (17,2–37,3)	NA ¹	40,7 (28,5–54,2)	NA ¹
10.3 Ruokatottumukset								
Välttää jotakin ruoka- ainetta mistä tahan- sa syystä	39,7 (31,7–48,3)	39,8 (30,4–50,0)	65,2 (58,4–71,4)	67,7 (59,3–75,1)	55,6 (44,0–66,6)	42,6 (30,2–56,0)	50,9 (37,7–64,0)	NA ¹
11 Suunterveys								
Harjaa hampaat kaksi kertaa päivässä tai use- ammin	63,9 (55,4–71,6)	78,7 (69,3–85,8)	50,5 (43,6–57,3)	67,9 (59,5–75,4)	67,1 (55,6–76,9)	74,1 (60,8–84,0)	75,9 (62,8–85,5)	NA ¹
Suuhun tai hampaisiin liittyvää särkyä 30 päi- vän aikana	23,7 (17,3–31,6)	24,7 (17,0–34,5)	29,5 (23,7–36,0)	27,1 (20,2–35,2)	24,3 (15,9–35,4)	26,4 (16,3–39,8)	29,1 (18,6–42,4)	NA ¹
12 Jatko-ohjaus								
Jokin jatko-ohjaus	60,0 (50,8–68,5)	62,0 (50,9–72,0)	78,4 (71,9–83,7)	66,1 (57,2–74,0)	80,6 (68,9–88,7)	83,3 (70,0–91,4)	75,0 (61,5–84,9)	NA ¹

LV, luottamusväli

¹ NA=Tarkastelu ei ollut mahdollinen, sillä ryhmän n<30 tai solun n<5² Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät, palvelu- ja myyntityöntekijät, maanviljelijät ja metsätyöntekijät tmv., rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, prosessi- ja kuljetustyöntekijät, muut työntekijät, yrittäjät, sotilaat, tuntematon³ Tiedonkeruuvuosi oli 2018⁴ Selkäsairaus, nivelsairaus tai muu sairaus ICD-10 -luokista M00–M99

Liite 3



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Tutkimusid

Tarra

Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus (TERTTU) 2018

TUTKIMUSLOMAKKEET

Aikuiset



TURVAPAikka-,
MAAHANMUUTTO- JA
KOTOUTTAMISRAHASTO
Euroopan unionin tuella



Haastattelulomake

Sisältö

A. TAUSTATIEDOT	1
A1. Taustatiedot.....	1
A2. Äidinkieli ja tutkimuskieli.....	1
HAASTATTELU	2
B. KOULUTUS JA PÄÄASIALLINEN TOIMINTA.....	2
C. OLESKELU JA OLOSUHTEET ENNEN SUOMEEN TULOJA	3
C1. Turvapaikanhakumatkan kulku ja oleskeluolosuhteet.....	3
C2. Läheiset ihmiset.....	4
D. KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET TERVEYSONGELMAT	4
D1. Koettu terveydentila	5
D2. Toimintakyky	6
D3. Väkivallan ja tapaturmien aiheuttamat vammat	6
D4. Sairaudet ja lääkityksen tarve.....	7
E. AJANKOHTAINEN OIRELU	9
E1. Tuberkuloosioireet.....	9
E2. Muut viimeaikaiset oireet ja kivut.....	10
F. ROKOTUKSET	10
F1. Sairastetut rokotteilla ehkäistävät taudit	10
F2. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotukset	10
G. MIELENTERVEYS	12
G1. Traumaattiset kokemukset.....	12
G2. Traumaoireet	13
H. SUUNTERVEYS.....	14
H1. Hammaslääkäripalveluiden käyttö.....	14
H2. Hampaiden omahoito.....	14
I. ELINTAVAT	14
I1. Vältetyt ruoka-aineet.....	14
I2. Päihteet	14
J. LOPETUS.....	17
K. PSYKKISET OIREET (HSCL-LOMAKE).....	18
L. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS (LOMAKE).....	19

HOITAJAN TÄYTTÄMÄT ENNAKKOTIEDOT

1. Päiväys: _____ Haastattelija: _____

A. TAUSTATIEDOT

A1. Taustatiedot

2. Tutkittavan syntymävuosi vv |__|__|__|__|

3. Tutkittavan sukupuoli:

1 Mies

2 Nainen

3 Muu

4. Tutkimuspaikka:

1 Helsingin vastaanottokeskus

2 Turun vastaanottokeskus

3 Joutsenon vastaanottokeskus

4 Oulun vastaanottokeskus

5 Muu, mikä _____

A2. Äidinkieli ja tutkimuskieli

5. Tutkittavan äidinkieli:

1 Arabia

2 Kurdi

3 Dari

3 Persia

4 Somali

6 Venäjä

7 Englanti

8 Ranska

9 Muu, mikä _____

6. Käytettiinkö haastattelussa ulkopuolista tulkkia?

1 Ei

2 Kyllä, järjestetty tulkki

7. Millä kielellä (tulkkauskieli) haastattelu toteutettiin?

- 1 Arabia
- 2 Kurdi
- 3 Dari
- 3 Persia
- 4 Somali
- 6 Venäjä
- 7 Englanti
- 8 Ranska
- 9 Muu, mikä? _____

8. Haastattelun aloitusaika _____ hh:mm

HAASTATTELU

Kiitos suostumuksestanne osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen aikana ensin haastattelen sinua terveydestäsi ja siihen vaikuttavista asioista ja sen jälkeen teen terveystarkastuksen sinulle. Käydään kysymykset läpi järjestyksessä. Jos haluat keskustella jostakin asiasta tarkemmin, voidaan palata siihen haastattelun lopussa. Tutkimukseen osallistuminen on luottamuksellista. Kaikkiin kysymyksiin ei ole pakko vastata. Aloitetaan taustatiedoista.

9. Missä maassa asuit vakituisesti ennen Suomeen tuloa?

- 1 Irak
- 2 Syyria
- 3 Afganistan
- 3 Somalia
- 4 Iran
- 6 Venäjä
- 9 Muu maa, mikä _____

B. KOULUTUS JA PÄÄASIAALLINEN TOIMINTA

10. Miten hyvin osaat lukea?

- 1 Pystyn lukemaan kaikenlaista tekstiä
- 2 Pystyn lukea yksinkertaista tekstiä
- 3 Pystyn lukea nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita
- 4 En lainkaan

Miten hyvin osaat kirjoittaa?

- 1 Pystyn kirjoittamaan kaikenlaista tekstiä
- 2 Pystyn kirjoittamaan yksinkertaista tekstiä
- 3 Pystyn kirjoittamaan nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita
- 4 En lainkaan

11. Osaatko äidinkielesi lisäksi jotakin muita kieliä?

Ohje haastattelijalle: Voi valita useita vaihtoehtoja.

- 1 Ei
- 2 Arabia
- 3 Kurdi
- 4 Dari
- 5 Persia
- 6 Somali
- 7 Venäjä
- 8 Englanti
- 9 Ranska
- 10 Muu, mitä _____

12. Mikä on korkein suorittamasi koulutus tai tutkinto?

Ohje haastattelijalle: Merkitse sopivin tutkittavan kertoman mukaan.

- 1 Ei tietoa
- 2 Ei koulutustaustaa
- 3 Peruskoulutus 3 v tai alle
- 4 Peruskoulutus 4–6 v
- 5 Peruskoulutus 7–9 v
- 6 Lukio
- 7 Ammatillinen koulutus
- 8 Korkeakoulututkinto

13. Oletko ollut töissä ennen Suomeen tuloa?

1 Ei

2 Kyllä

Jos kyllä, millä alalla työskentelit pääasiassa ennen Suomeen tuloa?

Ohje haastattelijalle: Kirjoita toimiala tai ammattinimike.

C. OLESKELU JA OLOSUHTEET ENNEN SUOMEEN TULOJA

Seuraavaksi kysyn Sinulta matkastasi ja läheisistäsi saadaksemme kokonaisvaltaisen kuvan terveyteesi vaikuttavista asioista.

C1. Turvapaikanhakumatkan kulku ja oleskeluolosuhteet

Ohje haastattelijalle: Tässä tarkoitetaan turvapaikanhakumatkaa edeltävää asuinpaikkaa.

14. Milloin olet lähtenyt vakituisesta asuinpaikastasi?

Vuosiluku _____ TAI matkan kesto vuosina _____

15. Missä olet oleskellut sen jälkeen?

Ohje haastattelijalle: Tähän lasketaan myös, jos on ollut Suomessa ennen kuin on hakenut turvapaikkaa/tullut vastaanottokeskuksen kirjoille.

Maa	Millaisessa majoituksessa:				Kuinka pitkään?
	Katu	Leiri	Asunto	Muu, mikä?	
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja

C2. Läheiset ihmiset

16. Seuraavaksi kysyn sinun läheisistäsi ja missä he ovat tällä hetkellä. Ohje haastattelijalle: Jos on sekä Suomessa että muualla asuvia sisarusia/muita läheisiä, voi valita useita vaihtoehtoja.

Onko sinulla (elossa):	Ei ole	Kuollut	Suomessa	Muualla	Missä maassa/maissa?
Puoliso	1	2	3	4	5 _____
Alle 18-vuotiaita lapsia	1	2	3	4	5 _____
18 vuotta täyttäneitä lapsia	1	2	3	4	5 _____
Sisarusia	1	2	3	4	5 _____
Isä	1	2	3	4	5 _____
Äiti	1	2	3	4	5 _____

17. Oletko pystynyt olemaan yhteydessä muissa maissa oleviin sinulle tärkeimpiin ihmisiin?

- 1 En
- 2 Kyllä, osaan tärkeimmistä ihmisistä
- 3 Kyllä, kaikkiin tärkeimpiin ihmisiin
- 4 Läheisiä ihmisiä on vain Suomessa

D. KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET TERVEYSONGELMAT

Seuraavaksi kysyn yleisesti terveydestäsi ja sen jälkeen tarkemmin erilaisista terveyteen liittyvistä asioista.

18. Oletko käynyt vastaanottokeskuksen alkuterveystarkastuksessa?

- 1 En
- 2 Kyllä

D1. Koettu terveydentila

Seuraavaksi siirrymme nykyistä terveyttä ja hyvinvointia käsitteleviin kysymyksiin. Ensinnä kysyn terveydestäsi.

19. Onko terveydentilasi mielestäsi nykyisin:

- 1 Hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Keskitasoinen
- 4 Melko huono
- 5 Huono

Ohje haastattelijalle: Pitkäaikainen on kestänyt tai sen odotetaan kestävän vähintään puoli vuotta. Huomioidaan myös muut kuin lääkärin toteamat sairaudet. Sairaus luokitellaan pitkäaikaiseksi, vaikka se ei vaivaisi tai vaikka se olisi täysin hallinnassa, kausiluonteinen tai ajoittainen tai jakso kestää kerrallaan alle puoli vuotta, mutta sairaus on pitkäaikainen.

20. Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

21. Rajoittaako jokin terveysongelma sinua toimissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät?

- 1 Rajoittaa vakavasti
- 2 Rajoittaa, mutta ei vakavasti
- 3 Ei rajoita lainkaan → Siirry kysymykseen 23

22. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

D2. Toimintakyky

23. Onko sinulla vaikeuksia:

	Ei vaikeuksia	Vähän vaikeuksia	Paljon vaikeuksia	En pysty ollenkaan
Nähdä tavallisen sanomalehtitekstin kokoista tekstiä (jos käytätte silmälasia tai piilolinssiä, arvioikaa näkökykyänne niiden kanssa)	1	2	3	4
Kuulla, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (jos käytätte kuulolaitetta, arvioikaa kuuloanne sen kanssa)	1	2	3	4
Kävellä noin puoli kilometriä, esimerkiksi urheilukentän ympäri (jos käytätte apuvälinettä, arvioikaa kävelykykyänne sen kanssa)	1	2	3	4
Juosta noin sata (100) metriä	1	2	3	4
Nostaa kahden litran vesipullo vyötärön tasolta ylös silmien korkeudelle	1	2	3	4
Muistaa asioita	1	2	3	4
Keskittyä	1	2	3	4
Oppia uusia asioita	1	2	3	4
Kommunikoida, esimerkiksi ymmärtää muiden puhetta tai puhua niin että muut ymmärtävät sinua? Ohje haastattelijalle: Tässä tarkoitetaan nimenomaan kommunikointia eikä kielitaitoa.	1	2	3	4

D3. Väkivallan ja tapaturmien aiheuttamat vammat

24. Onko sinulla jokin väkivallan tai tapaturman aiheuttama vamma tai arpi?

1 Ei → Siirry kysymykseen 25

2 Kyllä

Onko kyseessä:

Ohje haastattelijalle: Näytä kehon kuvakortti ja täytä tutkittavan kertoman mukaan.

	Aiheuttiko tämän vamman:		Tapahtuiko tämä:	
	Tapaturma	Väkivalta	Ennen matkaa	Matkan aikana
Aivovamma	1	2	1	2
Muu pään alueen vamma	1	2	1	2
Vamma käsissä tai jaloissa	1	2	1	2
Vamma keskivartalossa	1	2	1	2
Silmä- tai korvavamma	1	2	1	2
Hampaiston vamma	1	2	1	2
Jokin muu vamma, mikä _____	1	2	1	2

D4. Sairaudet ja lääkityksen tarve

25. Milloin kävit viimeksi lääkärissä?

1 Suomessa

2 Matkan aikana

3 Ennen matkaa

4 En ole koskaan käynyt lääkärissä

5 En tiedä

26. Onko lääkäri joskus todennut sinulla jonkun seuraavista sairauksista?

	Ei	Kyllä
Diabetes määrittelemätön	1	2
Diabetes, tyyppi 1	1	2
Diabetes, tyyppi 2	1	2
Diabetes, raskausdiabetes	1	2
Kohonnut verenpaine, verenpainetauti	1	2
Sepelvaltimotauti	1	2
Muu sydänvika tai -sairaus, mikä _____	1	2
Astma	1	2
Muu keuhkosairaus, mikä _____	1	2
Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	1	2
Nivelrikko tai nivelreuma	1	2
Epilepsia	1	2
Syöpätauti, mikä _____	1	2
Masennus	1	2
Muu mielenterveyshäiriö, mikä _____	1	2
Tuberkuloosi	1	2
B-hepatiitti	1	2
C-hepatiitti	1	2
HIV tai AIDS	1	2
Kuppa	1	2
Tippuri	1	2
Joku muu, mikä _____	1	2

27. Onko sinulla tällä hetkellä säännöllinen lääkitys tai sen tarve?

1 Ei → Siirry kysymykseen 28

2 Kyllä

Mitä lääkkeitä	Ei	Kyllä
Diabeteslääke, insuliini	1	2
Diabeteslääke, tabletti	1	2
Verenpainelääke	1	2
Sydän- tai aivoinfarktin ehkäisyyn asetusalisyylihappoa	1	2
Verenohennuslääkkeitä	1	2
Astmalääkkeitä	1	2
Allergialääkkeitä	1	2
Rauhoittavia lääkkeitä	1	2
Masennuslääkkeitä	1	2
Unilääkkeitä	1	2
Kipulääkkeitä	1	2
Joku muu	1	2

Jos joku muu lääke, mikä?

	Mikä?	Mihin vaivaan?
Muu lääke1		
Muu lääke 2		
Muu lääke 3		

E. AJANKOHTAINEN OIRELU

Seuraavat kysymykset liittyvät tartuntatautien ehkäisyyn. Niiden avulla selvitetään, onko sinulla tulehdukseen viittaavia oireita.

Ohje haastattelijalle: Jos tutkittava vastaa kaikkiin kolmeen tuberkuloosioireisiin viittaviin kysymyksiin kyllä (yli kaksi viikkoa kestänyt kuume, yli kolme viikkoa kestänyt yskä ja yöhikoilua, oireet voi viitata tuberkuloositartuntaan. Jos sinulle (haastattelijalle) herää tuberkuloosiepäily ja asia ei ole tullut vielä ilmi vastaanottokeskuksen hoitajan vastaanotolla, ohjaa tutkittavan keskustelemaan oireista vastaanottokeskuksen hoitajan kanssa. Lisäksi ole yhteydessä THL:n tutkimuksen yhteyshenkilöön.

E1. Tuberkuloosioireet**28. Onko sinulla ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kaksi viikkoa kestänyttä kuumetta?**

1 Ei

2 Kyllä

**29. Onko sinulla ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kolme viikkoa kes-
tänyttä yskää?**

1 Ei → Siirry kysymykseen 30

2 Kyllä

Onko ollut limaista yskää?

1 Ei

2 Kyllä

Entä veriyskää?

1 Ei

2 Kyllä

E2. Muut viimeaikaiset oireet ja kivut**30. Onko sinulla viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia
oireita tai vaivoja:**

	Päivittäin	Muutaman kerran viikossa	Kerran viikossa tai harvemmin	Ei koskaan
Yöhikoilu	1	2	3	4
Ruokahaluttomuus	1	2	3	4
Ummetusta tai muita vatsavaivoja	1	2	3	4
Ripulia	1	2	3	4
Virtsautumiseen liittyviä vaivoja	1	2	3	4
Iho-oireita	1	2	3	4
Päänsärkyä	1	2	3	4
Selkäkipua, selkäsärkyä	1	2	3	4
Suuhun ja hampaisiin liittyvää särkyä	1	2	3	4
Muita kipuja, mitä _____	1	2	3	4

F. ROKOTUKSET

Seuraavaksi kysyn taudeista, joita voidaan ennaltaehkäistä rokotuksilla. Suomessa kaikille tarjotaan rokotuksia näitä tauteja vastaan ja nyt haluaisimme selvittää, oletko sairastanut jonkin näistä aiemmin tai saanut rokotuksia näitä tauteja vastaan. Ohje haastattelijalle: Käytä kuvakortteja kysymysten tukena.

F1. Sairastetut rokotteilla ehkäistävät taudit

31. Oletko sairastanut aiemmin jonkin seuraavista taudeista:

	Ei	Kyllä	En muista
Sikotauti	1	2	3
Vihurirokko	1	2	3
Tuhkarokko (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3

F2. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotukset

32. Oletko saanut rokotuksia ennen Suomeen tuloa?

1 Kyllä

2 En lainkaan → Siirry kysymykseen 33

3 En muista

Mitä rokotteita?

	Ei	Kyllä	En muista
Jäykkäkouristus	1	2	3
Kurkkumätä	1	2	3
Polio (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3
Tuhkarokko (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3
Sikotauti (ohje haastattelijalle: Näytä tarvittaessa kuva)	1	2	3
Vihurirokko (ohje haastattelijalle: Näytä tarvittaessa kuva)	1	2	3
Joku muu rokote, mikä _____	1	2	3

G. MIELENTERVEYS

Toisinaan ihmisille tapahtuu asioita, jotka ovat äärimmäisen järkyttäviä – esimerkiksi että he joutuvat hengenvaaralliseen tilanteeseen, kuten vakavaan onnettomuuteen tai tulipaloon, joutuvat pahoinpidellyksi, näkevät toisen ihmisen kuoleman tai kuulevat, että jollekin läheiselle on tapahtunut jotain hirveää.

G1. Traumaattiset kokemukset

33. Oletko (kokenut seuraavia ikäviä asioita)?

	Ei	Kyllä, ennen matkaa	Kyllä, matkan aikana
Joutunut keskelle sodan taisteluja	1	1	2
Joutunut luonnonkatastrofin (esimerkiksi maanjäristyksen, tulvan tai tulipalon) uhriksi	1	1	2
Nähty jonkun väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen	1	1	2
Joutunut fyysisen vahingonteon kohteeksi (esim. onko joku estänyt sinua liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt tai töninyt)	1	1	2
Joutunut vakavan fyysisen vahingonteon kohteeksi (esim. onko joku lyönyt sinua nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotakin asetta)	1	1	2
Ollut vangittuna/kidnapattuna	1	1	2
Ollut kidutettuna (kidutuksella tarkoitetaan esim. kovan ruumiillisen tai henkisen kivun tai kärsimyksen tahallista aiheuttamista tietojen tai tunnustuksen saamiseksi/pelottelemiseksi tai pakottamiseksi/syrjintään perustuvasta syystä)	1	1	2
Joutunut seksuaalisen väkivallan uhriksi (esim. onko joku yrittänyt pakottaa tai pakottanut sinua sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssa käymiseen)	1	1	2
Joutunut pakotetuksi, painostetuksi tai huijatuksi tekemään asioita, joita et olisi halunnut tehdä	1	1	2

Haluatko tarkentaa, mikä tämä asia oli?

1 Ei

2 Kyllä _____

Ohje haastattelijalle: Jos kyllä, kirjaa lyhyesti

G2. Traumaoireet**34. Seuraavaksi kysyn oireista, joita yllä mainitut kokemukset voivat aiheuttaa. Vastaa kysymyksiin viimeisten viikkojen perusteella.**

Ohje haastattelijalle: Usein tarkoittaa tavallista enemmän ja kärsymystä aiheuttaen.

	Ei	Kyllä
Onko sinulla usein nukahtamisvaikeuksia?	1	2
Onko sinulla usein painajaisia?	1	2
Kärsitkö usein päänsärystä?	1	2
Onko sinulla usein muita fyysisiä kipuja?	1	2
Suututko helposti?	1	2
Ajatteletko usein tuskallisia menneisyyden tapahtumia?	1	2
Pelästytkö usein tai oletko usein peloissasi?	1	2
Unohdatko usein arkipäivän asioita?	1	2
Huomaatteko usein menettäneesi kiinnostuksen asioihin?	1	2
Onko sinulla usein keskittymisvaikeuksia?	1	2

35. Ohje haastattelijalle: Anna tutkittavalle HSCL- ja lisääntymisterveyslomakket, jotka hän täyttää itse tai auta tarvittaessa täyttämässä. Tarkasta, että kaikki kohdat on täytetty. Jos vastaaja on lukutaidoton tai työskentely tapahtuu tulkin kanssa, luetaan kysymykset ääneen.

H. SUUNTERVEYS

Monet asiat kuten hampaiden hoito/suunterveys ja ravitsemus vaikuttavat terveyteen. Seuraavaksi kysyn sinulta niistä.

H1. Hammaslääkäripalveluiden käyttö

36. Milloin kävit viimeksi hammaslääkärissä?

- 1 Suomessa
- 2 Matkan aikana
- 3 Ennen matkaa
- 4 En ole koskaan käynyt hammaslääkärissä
- 5 En tiedä

H2. Hampaiden omahoito

37. Kuinka usein yleensä harjaat hampaasi?

- 1 Kaksi kertaa päivässä tai useammin
- 2 Kerran päivässä
- 3 Harvemmin kuin joka päivä
- 4 En koskaan
- 5 En tiedä

I. ELINTAVAT

I1. Vältetyt ruoka-aineet

38. Vältätkö ruokavaliossasi jotakin seuraavista ruoka-aineista?

	Ei	Kyllä	Uskonnollisista syistä	Eettisistä syistä	Terveyssyistä	Muu syy, mikä
Liha	1	2	1	2	3	4 _____
Kala	1	2	1	2	3	4 _____
Maitotuotteet	1	2	1	2	3	4 _____
Kananmuna	1	2	1	2	3	4 _____
Viljat	1	2	1	2	3	4 _____
Joku muu ruoka-aine	1	2	1	2	3	4 _____

I2. Päihteet

39. Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa parhaiten tupakka ja nikotiinituotteiden käyttöäsi. Ohje haastattelijalle: Osoitetaan kuvakorttien avulla.

	En käytä lainkaan	Käytän satunnaisesti	Käytän päivittäin tai lähes päivittäin
Tehdasvalmisteiset tupakat	1	2	3
Itsekäärityt savukkeet	1	2	3
Sähkösavukkeet	1	2	3
Sikarit	1	2	3
Piippu	1	2	3
Vesipiippu (esim. shisha, hookah)	1	2	3
Nuuska	1	2	3
Muu suussa käytettävä tupakka (esim. purutupakka)	1	2	3
Muu tupakka- ja nikotiinituote	1	2	3

Seuraavat kysymykset koskevat henkilöitä, jotka käyttävät jotain tupakka- tai nikotiinituotetta päivittäin tai lähes päivittäin. Mikäli et käytä nykyisin, siirry kysymyseen 42

40. Kuinka pian heräämisen jälkeen sinulla on tapana ottaa ensimmäinen tupakka- tai nikotiini annos (esim. polttaa ensimmäinen savuke tai ottaa nuuska-annos?)

- 1 1–5 minuutin kuluessa
- 2 6–30 minuutin kuluessa
- 3 31–60 minuutin kuluessa
- 4 60 minuutin kuluessa

41. Minkä ikäisenä aloitit säännöllisen tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön?
 _____-vuotiaana

Seuraavaksi kysyn Sinulta päihteiden käytöstä. Tarkoitan sellaisia aineita, jotka vaikuttavat jotenkin keskushermostoon eli aivoihin. Päihteiden käyttö voi lisääntyä kuormittavissa elämäntilanteissa, kuten turvapaikkaa hakiessa. Olet ehkä myös jo tehnyt havaintoja siitä, miten Suomessa käytetään päihteitä. Aloitetaan alkoholista (liitteenä havainnollistavat kuvat).

42. Oletteko viimeisen 30 päivän aikana juonut olutta, viiniä tai muita alkoholi-juomia? Koettakaa ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon olutta tai tilkan viiniä.

1 En koskaan → Siirry kysymykseen 45

2 Noin kerran kuussa tai harvemmin

3 2–4 kertaa kuussa

4 2–3 kertaa viikossa

5 4 kertaa viikossa tai useammin

43. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette nauttinut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia? Ohje haastattelijalle: Pyydä tutkittavaa osoittamaan määrä kuvien avulla ja arvioi annoksien määrä.

1 1–2 annosta

2 3–4 annosta

3 5–6 annosta

4 7–9 annosta

5 10 tai enemmän

44. Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

Ohje haastattelijalle: Kysy kunnes ensimmäinen sopiva vaihtoehto löytyy. Tarkoittaa viime aikoina, nykyisin.

1 En koskaan

2 Harvemmin kuin kerran kuukaudessa (alle 1 kerran kuukaudessa)

3 Kerran kuukaudessa

4 Kerran viikossa

5 Päivittäin tai lähes päivittäin

45. Oletteko 30 viime päivän aikana käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia?

Ohje haastattelijalle: Voi valita useampia.

0 En ole käyttänyt

1 Kannabis (hashis tai marihuana)

2 Khat

3 Amfetamiini

4 Opioidit (esim. morfiini, heroiini, Subutex)

5 Rauhoittavat tai unilääkkeet päihdetarkoituksessa

6 Jokin muu, mikä _____

46. Oletteko viimeisen 30 päivän aikana käyttänyt kahta tai useampaa päihdettä samanaikaisesti?

1 En

2 Kyllä

Jos kyllä, mitä päihteitä _____

47. Oletteko koskaan käyttänyt päihteitä pistämällä?

1 En

2 Kyllä

48. Koetko, että haluaisit keskustella jonkun kanssa lisää alkoholin tai muiden päih-teiden käytöstä ja niihin liittyvistä ongelmista? Ongelmilla tarkoitetaan esimerkiksi terveysongelmia vaaratilanteita ja riitoja.

1 En

2 Kyllä

49. Onko teillä vielä jotain kysyttävää tästä tutkimuksesta tai jäikö jokin kysymyk-sissä käsitelty asia askarruttamaan teitä?

Ohje haastattelijalle: Haastattelijakoulutuksen ohjeet, miten neuvotaan hakemaan pal-veluja ja tukea jos haastattelu on nostanut pintaan ikäviä kokemuksia tai kysymyksiä omaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyen.

Tässä olivat kaikki kysymykset. Paljon kiitoksia vastauksistasi!

J. LOPETUS

Kenttä haastattelijan huomioille (sellaisille, mitkä eivät käy ilmi muualta lomakkees-ta)

50. Haastattelun lopetusaika _____ hh:mm

K. PSYKKISET OIREET (HSCL-LOMAKE)**Täytettiinkö lomake itse?**

1 Täytettiin itse

2 Täytettiin haastattelijan avulla

Seuraavaksi on esitetty luettelo ongelmista ja vaivoista, joita ihmisillä esiintyy ajoittain (silloin tällöin).

Ohje haastattelijalle: Jos tutkittava on luku- ja kirjoitustaitoinen, hän täyttää lomakkeen itse.

Missä määrin sinua on vaivannut seitsemän viime päivän aikana:

		Ei lainkaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
1	Päänsärky	1	2	3	4
2	Hermotuneisuus tai sisäinen rauhattomuus	1	2	3	4
3	Heikotuksen, huimauksen tai voimattomuuden tunne	1	2	3	4
4	Seksuaalisen mielenkiinnon tai nautinnon tunteen väheneminen	1	2	3	4
5	Tarmokkuuden puuttuminen tai väheneminen	1	2	3	4
6	Ajatukset elämäsi lopettamisesta	1	2	3	4
7	Vapina	1	2	3	4
8	Huono ruokahalu	1	2	3	4
9	Itkuherkkyys	1	2	3	4
10	Tunne, että olet umpikujassa tai loukussa	1	2	3	4
11	Pelästyminen äkillisesti ilman mitään syytä	1	2	3	4
12	Itsesyytökset	1	2	3	4
13	Yksinäisyys	1	2	3	4
14	Alakuloisuus	1	2	3	4
15	Liika asioiden murehtiminen	1	2	3	4
16	Kiinnostuksen puute lähes kaikkeen	1	2	3	4
17	Pelokkuus	1	2	3	4
18	Sydämen tykytykset tai -jyskytykset	1	2	3	4
19	Vaikeus nukahtaa tai unen katkonaisuus	1	2	3	4
20	Toivottomuus tulevaisuuden suhteen	1	2	3	4
21	Jännittyneisyys tai kiihtyneisyys	1	2	3	4
22	Tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua	1	2	3	4
23	Pelon tai pakokauhun puuskat	1	2	3	4
24	Levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin	1	2	3	4
25	Arvottomuuden tunteet	1	2	3	4

L. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS (LOMAKE)

Tässä lomakkeessa on seuraavaksi kysymykset liittyen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Suomessa ei saa syrjiä ketään perustuen seksuaalisuuteen tai seksuaalikäyttäytymiseen. Kysymysten avulla voimme tunnistaa tarttuviin tauteihin altistavaa riskikäyttäytymistä sekä ylipäättänsä havaita mahdollista hoidon, turvan, tuen ja avun tarvetta. On tärkeää, että vastaat kysymyksiin oman tilanteesi mukaan ajattelematta, mikä on omassa yhteisössäsi yleensä hyväksyttyä. Muista, että antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset esitetään vain yhteenvetoina, joista ei voi ketään tunnistaa.

1. Onko sinulla ollut yhdyntöjä viimeisen 12 kuukauden aikana?

<input type="checkbox"/>	Ei → Siirry kysymykseen 6
<input type="checkbox"/>	Kyllä
<input type="checkbox"/>	En halua vastata

2. Kuinka monta seksikumppania sinulla on ollut viimeisen 12 kuukauden aikana?

<input type="checkbox"/>	Yksi
<input type="checkbox"/>	2–5 henkilöä
<input type="checkbox"/>	6–10 henkilöä
<input type="checkbox"/>	yli 10 henkilöä
<input type="checkbox"/>	En halua vastata

Suomessa ei saa syrjiä ketään perustuen seksuaalisuuteen tai seksuaalikäyttäytymiseen.

Vain miehille: Miehillä, joilla on seksiä miesten kanssa, on oikeus rokotteisiin, jotka suojaavat tarttuvilta hepatiitti A- ja B-taudeilta.

3. Onko sinulla ollut 12 viime kuukauden aikana seksiä

<input type="checkbox"/>	Miehen kanssa
<input type="checkbox"/>	Naisen kanssa
<input type="checkbox"/>	Ei ole
<input type="checkbox"/>	En halua vastata

Seuraavaksi on kysymys ehkäisymenetelmistä, joiden avulla voidaan ehkäistä sukupuoliteitse tarttuvia tauteja tai ei-toivottua raskautta.

4. Käytitkö jotakin ehkäisymenetelmää viimeisessä yhdynnässäsi?

<input type="checkbox"/>	Ainoastaan kondomia
<input type="checkbox"/>	Kondomia ja jotain muuta ehkäisyä
<input type="checkbox"/>	Ei kondomia, ainoastaan jotain muuta ehkäisyä
<input type="checkbox"/>	Ei mitään ehkäisyä
<input type="checkbox"/>	En halua vastata

Suojaamattomassa yhdynnässä on riski sukupuoliteitse tarttuville taudeille. Kondomin käyttö ehkäisee tehokkaasti näiden tautien tarttumista. Kondomeja voi ostaa ruokakaupasta tai apteekista tai niitä voi tiedustella vastaanottokeskuksen hoitajalta. Raskauden ehkäisemiseksi on lisäksi saatavilla muita ehkäisymuotoja.

5. Joissakin maissa tehdään tytöille tai pojille ympärileikkauksia, jolla voi olla vaikutusta terveyteen. Onko sinulle tehty ympärileikkaus?

- Poikien ei-lääketieteellisellä ympärileikkauksella tarkoitetaan uskonnollisiin tai kulttuurisiin syihin perustuvaa toimenpidettä, jossa pojan siitimestä poistetaan esinahkaa.
- Tyttöjen ympärileikkauksella tarkoitetaan kulttuurisista tai muista ei-hoidollisista syistä tehtäviä toimenpiteitä, joihin liittyy naisten ulkoisten sukuelinten osittainen tai täydellinen poistaminen tai niiden vahingoittaminen jollain muulla tavalla.

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä

6. Jos kyllä, minkä ikäisenä ympärileikkaus sinulle tehtiin:

_____ -vuotiaana

Naisten kysymykset jatkuvat seuraavalla sivulla. Miesten kysymykset loppuvat tähän. Kiitos vastauksista!

Naisten kysymykset

7. Onko sinulla tällä hetkellä raskauden ehkäisyn tarvetta?

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä

8. Oletko raskaana?

<input type="checkbox"/>	En
<input type="checkbox"/>	Kyllä, raskausviikot _____
<input type="checkbox"/>	Kyllä, raskausviikot ei tiedossa. Ohje haastattelijalle: Apuna raskauskierokko/laskettuna viimeisistä kuukautisista.
<input type="checkbox"/>	En tiedä

9. Kuinka monta raskautta sinulla on ollut? (poislukien nykyinen, jos olet raskaana) Lukumäärä _____

Jos et ole koskaan ollut raskaana Siirry kysymykseen 12.

10. Kuinka monta synnytystä sinulla on ollut? Lukumäärä _____

Keskenmenneitä raskauksia

Lukumäärä _____

Raskaudenkeskeytyksiä (abortteja)

Lukumäärä _____

11. Onko sinulla seuraavia naisilla esiintyviä terveysongelmia? Tarkoitetaan viime aikoina, viimeisimpien kuukautisten yhteydessä.

Ei	Kyllä	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haittaavaa kipua kuukautisten aikana (esim. niin kovaa ettet pysty selviytymään tavallisista arkitoimista tai tarvitset vahvoja kipulääkkeitä)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Runsaat kuukautiset (esim. vuoto niin runsasta että häittää tavallisia arkitoimia tai vuoto kestää normaalia pidempään)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epäsäännölliset kuukautiset (esim. vuotojen väli vaihtelee paljon/ei ennakoitavissa koska vuoto alkaa)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaikeuksia synnytyksessä (esim. vaikea repeämä (lääkäri ommellut/ommeltu nukutuksessa) jouduttu tekemään sektio tai muu toimenpide, tavallista kivuliaampi tai pitkittynyt synnytys)

Terveystarkastuslomake

Sisältö

A. VERENPAINEN JA PULSSI.....	1
B. PAINO.....	2
C. PITUUS	3
D. VYÖTÄRÖN YMPÄRYSMITTA	3
E. SUUN TUTKIMUS	4
F. JATKOHOIDON TARVE	5
G. LOPETUS	5

Terveystarkastuksen aloitusaika _____ hh:mm

A. VERENPAINE JA PULSSI

1. Verenpainetta ei mitattu _____

2. Miksi ei mitattu

- 1 Molemmat kädet amputoitu
- 2 Kipsi molemmissa käsissä
- 3 Avohaavoja tai vaikea ihottuma molemmissa olkavarsissa
- 4 Molempien käsien epämuodostuma estää mansetin käytön
- 5 Imunestekierron toimintahäiriö molemmissa käsivarsissa
- 6 Kieltäytyi mittauksista, miksi _____
- 7 Muuta, mitä _____

Seuraavaksi mitataan teiltä pulssin käsin tunnustelemalla ja verenpaineen automaattimittarilla, joka mittaa arvon kolme kertaa minuutin välein.

3. Olkavarren ympärysmitta

_____ cm (1 mm tarkkuudella)

4. Mansetin koko

- 1 Small 17–22 cm
- 2 Medium/large 22–42 cm

5. Verenpainemittarin numero _____

6. Syke: 1 minuutin mittaus ranteesta tunnustelemalla, aika sekuntikellolta _____

7.

Systolinen verenpaine 1 _____ mmHg

Diastolinen verenpaine 1 _____ mmHg

Pulssi 1 _____

8.

Systolinen verenpaine 2 _____ mmHg

Diastolinen verenpaine 2 _____ mmHg

Pulssi 2 _____

9.

Systolinen verenpaine 3 _____ mmHg

Diastolinen verenpaine 3 _____ mmHg

Pulssi 3 _____

10. Automaatti verenpainemittarin virheilmoituksia:

- 1 Ei virheilmoituksia
- 2 Mittarin ohjearvot ylittivät (SYST 135, DIAST 85)
- 3 Mittausvirhe; ei arvoja (3 virhettä=eivät arvoja, 2 virhettä=keskiarvo näytössä, 1 virhe=tulos näytössä)
- 4 Mansetti ei täyttynyt riittävästi
- 5 Liikettä mittauksen aikana
- 6 Mansetti täyttynyt liikaa
- 7 Liikettä, ääntä, mansetin ilmavuoto
- 8 Muuta
- 9 Muita virheilmoituksia, mitä _____

11. Huomatuksia verenpaineen mittauksesta:

- 1 Ei huomautuksia
- 2 Pulssi epäsäännöllinen
- 3 Verenpaine mitattu vasemmasta käsivarresta
- 4 Mansetti liian lyhyt
- 5 Muuta, mitä _____

B. PAINO

12. Oletteko raskaana?

Ohje hoitajalle: Kysytään, jos vastaaja on nainen.

- 1 Ei
 - 2 Kyllä
 - 3 En tiedä
- Jos kyllä, raskausviikot? _____

Ohje hoitajalle: Pyydä tutkittavaa riisumaan ulkovaatteensa ja kengät, raskaat korut ja muut raskaat somisteet sekä tyhjentämään taskunsa.

13. Mitattu paino

_____kg (100 g:n tarkkuudella)

14. Itse ilmoitettu paino

Ohje hoitajalle: Jos tutkittava on raskaana, itse ilmoitettu paino ennen raskautta _____kg (100 g:n tarkkuudella)

15. Miksi ei mitattu

	Ei	Kyllä	Syy
Kieltäytyi	1	2	_____
Ei pysty seisomaan vakaasti	1	2	_____
Muu syy	1	2	_____

16. Painon mittauksessa huomautuksia? _____**17. Onko painossasi tapahtunut muutoksia viimeisen kuukauden aikana?**

1 Ei

2 Kyllä, laihduin _____kg

3 Kyllä, lihoin _____kg

C. PITUUS**18. Mitattu pituus**

_____cm

19. Itse ilmoitettu pituus

_____cm

20. Pituutta ei mitattu, syy

1 Kieltäytyi

2 Ei pysty seisomaan

3 Muu syy, mikä _____

21. Pituuden mittauksen huomautuksia

1 Ei

2 Kyllä, mitä? _____

D. VYÖTÄRÖN YMPÄRYSMITTA**22. Vyötärön ympärysmitta**

Ohje hoitajalle: Jos on nainen ja raskausviikot yli 20 viikkoa, ei mitata ympärysmittoja. Jos raskausviikosta ei ole tarkkaa tietoa, mitataan vyötärön ympäryys. Vyötärön ympäryys mitataan paljaalta iholta tai alusvaatteen päältä.

Vyötärön ympärystä ei mitattu, syy:

- 1 Kieltäytyi
- 2 Ei pysty seisomaan vakaasti / suorassa
- 3 Raskaana (raskausviikkoja yli 20)
- 4 Muu syy, mikä _____

23. Vyötärön ympäryys mitattu:

- 1 Paljaalta iholta
- 2 Ohut ihon myötäinen alusvaate
- 3 Muuta vaateetusta, mitä _____

24. Vyötärön ympäryys mitattu:

- 1 Ei
- 2 Kyllä

E. SUUN TUTKIMUS

Seuraavaksi vuorossa on suun tutkimus, jossa arvioidaan hampaiden määrää ja irrotettavien hammasproteesien yleisyyttä.

25. Onko sinulla verenvuotoa suussa esimerkiksi harjatessa hampaita?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Harvemmin kuin päivittäin
- 3 Päivittäin

26. Suun tutkimus, onko tehty?

- 1 Ei
- 2 Kyllä → Siirry kysymykseen 27

Miksi ei tehty?

- 1 Kieltäytynyt
- 2 Suu ei aukea kunnolla

27. Onko irrotettavia hammasproteeseja?

- 1 Ei → Siirry kysymykseen 30
- 2 Kyllä

Ohje hoitajalle: Pyydä tutkittavaa ottamaan ITSE proteesit pois suusta ja laittamaan ne pöydällä olevaan kaarimaljaan (tämä siksi ettei proteesi rikkoudu pois otettaessa) Samoin tutkittava laittaa ITSE proteesit suuhun tarkastuksen jälkeen. Jos mahdollista kostuta proteesi suihkepullossa olevalla vedellä ennen suuhun laittamista. Anna tutkitavalle esim. kosteuspyyhe käsien pyyhkimiseen.

28. Onko huomatuksia proteeseista?

- 1 Ei ole
- 2 Epäsiisti
- 3 Näkyvästi rikki
- 4 Muuta

29.

Hampaiden lukumäärä yläleuka _____

Hampaiden lukumäärä alaleuka _____

30. Suun tutkimukseen liittyviä huomioita:

Ohje hoitajalle: Kirjaa, onko selvästi havaittavissa.

- 1 Ei huomioita
- 2 Yksi tai useampi lohjenneita paikkoja
- 3 Yksi tai useampi lohjenneita hampaita
- 4 Yksi tai useampi kariespesäkkeitä eli reikiä
- 5 Heiluva hammas tai useita heiluvia hampaita
- 6 Pahanhajuinen hengitys
- 7 Limakalvomuutoksia (kuten haavaumia, paukamia, hiivasieneltä näyttävä löydös tms.)
- 8 Plakkia hampaissa
- 9 Näkyvää turvotusta
- 10 Muuta

F. JATKO-OHJAUKSEN TARVE

31. Jatko-ohjaus

- 1 Ei jatko-ohjausta
- 2. Annettu terveysneuvontaa
- 3 Ohjattu itse hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle
- 4 Muu jatko-ohjaus, mikä _____

G. LOPETUS

32. Terveystarkastuksen lopetusaika _____ hh:mm



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Tutkimusid

Tarra

Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus (TERTTU) 2018

TUTKIMUSLOMAKKEET

Nuoret (13–17 vuotta)



TURVAPAIKKA-,
MAAHANMUUTTO- JA
KOTOUTTAMISRAHASTO
Euroopan unionin tuella



Haastattelulomake

Sisältö

A. TAUSTATIEDOT	4
A1. Taustatiedot.....	4
A2. Äidinkieli ja tutkimuskieli.....	4
HAASTATTELU	5
B. KOULUTUS JA KIELITAITO	5
C. OLESKELU JA OLOSUHTEET ENNEN SUOMEEN TULOJA.....	6
C1. Turvapaikanhakumatkan kulku ja oleskeluolosuhteet.....	6
C2. Läheiset ihmiset.....	7
D. KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET TERVEYSONGELMAT	7
D1. Kasvu ja kehitys	7
D2. Koettu terveydentila.....	8
D3. Toimintakyky.....	9
D4. Sairaudet ja lääkityksen tarve.....	9
E. AJANKOHTAINEN OIRELU	10
E1. Tuberkuloosioireet.....	10
E2. Muut viimeaikaiset oireet ja kivut.....	11
F. ROKOTUKSET	12
F1. Sairastetut rokotteilla ehkäistävät taudit	12
F2. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotukset	12
G. MIELENTERVEYS	13
G1. Traumaattiset kokemukset.....	13
H. SUUNTERVEYS.....	14
H1. Lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden käyttö	14
H2. Hampaiden omahoito.....	15
I. ELINTAVAT	15
I1. Vältetyt ruoka-aineet.....	15
I2. Päihteet	15
J. LOPETUS.....	17
K. PSYKKISET OIREET (SDQ-LOMAKE).....	18
L. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS (LOMAKE).....	20

HOITAJAN TÄYTTÄMÄT ENNAKKOTIEDOT

1. Päiväys: _____ Haastattelija: _____

A. TAUSTATIEDOT

A1. Taustatiedot

2. Tutkittavan syntymäkuukausi ja vuosi

kk ____ vv ____|____|____|____|

3. Tutkittavan sukupuoli:

1 Poika

2 Tyttö

4. Tutkimuspaikka:

1 Helsingin vastaanottokeskus

2 Turun vastaanottokeskus

3 Joutsenon vastaanottokeskus

4 Oulun vastaanottokeskus

5 Muu, mikä _____

A2. Äidinkieli ja tutkimuskieli

9. Missä maassa asuit vakituisesti ennen Suomeen tuloa?

1 Irak

2 Syyria

3 Afganistan

3 Somalia

4 Iran

6 Venäjä

9 Muu maa, mikä _____

B. KOULUTUS JA KIELITAITO

10. Osaatko lukea jollakin kielellä?

1 En lainkaan

2 Osaan lukea tuttuja nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita esimerkiksi ilmoituksissa, julkisteissa ja luetteloissa

3 Osaan lukea

Osaatko kirjoittaa jollakin kielellä?

- 1 En lainkaan
- 2 Osaan kirjoittaa tuttuja nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita esimerkiksi ilmoituksissa, julkisteissa ja luetteloissa
- 3 Osaan kirjoittaa

11. Osaatko äidinkielesi lisäksi jotakin muita kieliä?

Ohje haastattelijalle: Voi valita useita.

- 1 Ei
- 2 Arabia
- 3 Kurdi
- 4 Dari
- 5 Persia
- 6 Somali
- 7 Venäjä
- 8 Englanti
- 9 Ranska
- 10 Muu, mitä _____

12. Tässä tutkimuksessa koululla tarkoitetaan paikkaa, jossa opiskellaan kirjoittamista ja lukemista. Oletko käynyt koulua ennen Suomeen tuloa?

- 1 Ei
 - 2 Kyllä
- Jos kyllä: Kuinka monta vuotta? _____

C. OLESKELU JA OLOSUHTEET ENNEN SUOMEEN TULOJA

Seuraavaksi kysyn Sinulta matkastasi ja läheisistäsi saadaksemme kokonaisvaltaisen kuvan terveyteesi vaikuttavista asioista.

C1. Turvapaikanhakumatkan kulku ja oleskeluolosuhteet

Ohje haastattelijalle: Tässä tarkoitetaan turvapaikanhakumatkaa edeltävää asuinpaikkaa.

13. Milloin olet lähtenyt vakituisesta asuinpaikastasi?

- 1 Vuosiluku _____ TAI matkan kesto vuosina _____
- 2 En tiedä

14. Missä olet oleskellut sen jälkeen?

Ohje haastattelijalle: Tähän lasketaan myös, jos on ollut Suomessa ennen kuin on hakenut turvapaikkaa/on tullut vastaanottokeskuksen kirjoille.

Maa	Millaisessa majoituksessa:				Kuinka pitkään?
	Katu	Leiri	Asunto	Muu, mikä?	
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja
	1	2	3	4 _____	___ vuosia ___ kuukausia ___ viikkoja

C2. Läheiset ihmiset**15. Seuraavaksi kysyn sinun läheisistäsi ja missä he ovat tällä hetkellä.**

Ohje haastattelijalle: Jos on sekä Suomessa että muualla asuvia sisarusia/muita läheisiä, voi valita useita vaihtoehtoja.

Onko sinulla (elossa):	Ei ole	Kuollut	Suomessa	Muualla	Missä maassa/maissa?
1 Sisarusia	1	2	3	4	5 _____
2 Isä	1	2	3	4	5 _____
3 Äiti	1	2	3	4	5 _____
4 Muita läheisiä ihmisiä	1	2	3	4	5 _____

16. Oletko pystynyt olemaan yhteydessä muissa maissa oleviin sinulle tärkeimpiin ihmisiin?

- 1 En
- 2 Kyllä, osaan tärkeimmistä ihmisistä
- 3 Kyllä, kaikkiin tärkeimpiin ihmisiin
- 4 Läheisiä ihmisiä on vain Suomessa

D. KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET TERVEYSONGELMAT

Seuraavaksi kysyn yleisesti terveydestäsi ja sen jälkeen tarkemmin erilaisista terveyteen liittyvistä asioista.

D1. Kasvu ja kehitys**17. Onko kasvuasi ja kehitystäsi seurattu terveydenhuollon ammattilaisen toimesta?**

- 1 Ei → Siirry kysymykseen 19
- 2 Kyllä
- 3 En tiedä

18. Onko terveydenhuollon ammattilainen todennut kehityksessäsi poikkeamia?

	Ei	Kyllä	En tiedä
Näkö	1	2	3
Kuulo	1	2	3
Liikkuminen Ohje haastattelijalle: Motorinen kehitys (hieno- motoriikka ja karkea motoriiikka)	1	2	3
Luku- ja kirjoitustaito			
Muu poikkeama, mikä _____	1	2	3

D1. Koettu terveydentila

Seuraavaksi siirrymme nykyistä terveyttä ja hyvinvointia käsitteleviin kysymyksiin. Ensinnä kysyn terveydestäsi.

19. Onko terveydentilasi mielestäsi nykyisin:

- 1 Hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Keskitasoinen
- 4 Melko huono
- 5 Huono

Ohje haastattelijalle: Pitkäaikainen on kestänyt tai sen odotetaan kestävän vähintään puoli vuotta. Huomioidaan myös muut kuin lääkärin toteamat sairaudet. Sairaus luokitellaan pitkäaikaiseksi, vaikka se ei vaivaisi tai vaikka se olisi täysin hallinnassa, kau-siluonteinen tai ajoittainen tai jakso kestää kerrallaan alle puoli vuotta, mutta sairaus on pitkäaikainen.

20. Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

21. Rajoittaako jokin terveysongelma sinua toimissa, joita samanikäiset nuoret tavallisesti tekevät?

- 1 Rajoittaa vakavasti
- 2 Rajoittaa, mutta ei vakavasti
- 3 Ei rajoita lainkaan → Siirry kysymykseen 23

22. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

D2. Toimintakyky

23. Onko sinulla vaikeuksia:

	Ei vaikeuksia	Vähän vaikeuksia	Paljon vaikeuksia	Ei pysty lainkaan
Nähdä (jos käytät silmälaseja tai piilolinssejä, arvioi näkökykyä niiden kanssa)	1	2	3	4
Kuulla (jos käytät kuulolaitetta, arvioi kuuloa sen kanssa)	1	2	3	4
Kävellä noin puoli kilometriä, esimerkiksi urheilukentän ympäri (jos käytät apuvälinettä, arvioi kävelykykyäsi sen kanssa)	1	2	3	4
Oppia uusia asioita	1	2	3	4
Muistaa asioita	1	2	3	4
Keskittyä johonkin sellaiseen, jonka tekemisestä nautit	1	2	3	4

D3. Sairaudet ja lääkityksen tarve

24. Onko sinulla seuraavia sairauksia tai usein toistuvia terveysongelmia:

	Ei	Kyllä
Diabetes	1	2
Astma	1	2
Epilepsia	1	2
Ruoka-aineallergia	1	2
Atooppinen, allerginen ihottuma	1	2
Muu allergia, mikä	1	2
Toistuva korvatulehdus/muut infektiot	1	2
Syynynnäinen sydänvika	1	2
Muu synnynnäinen rakennevika, sairaus tai vamma, mikä _____	1	2
Väkivallan tai tapaturman aiheuttama vamma, mikä/missä _____	1	2
Jokin muu pitkäaikainen sairaus tai vamma, mikä _____	1	2

25. Onko sinulla tällä hetkellä säännöllinen lääkitys tai sen tarve?

1 Ei → Siirry kysymykseen 25

2 Kyllä

Mitä lääkkeitä:	Ei	Kyllä
Diabeteslääke, insuliini	1	2
Astmalääkkeitä	1	2
Allergialääkkeitä	1	2
Epilepsialääke	1	2
Ihon hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä tai lääkevoiteita	1	2
Joku muu lääke	1	2

Jos joku muu lääke, mikä?

	Mikä?	Mihin vaivaan?
Muu lääke 1		
Muu lääke 2		
Muu lääke 3		

E. AJANKOHTAINEN OIRELU

Seuraavat kysymykset liittyvät tartuntatautien ehkäisyyn. Niiden avulla selvitetään, onko sinulla tulehdukseen viittaavia oireita.

Ohje haastattelijalle: Jos tutkittava vastaa kaikkiin kolmeen tuberkuloosioireisiin viittaviin kysymyksiin kyllä (yli kaksi viikkoa kestänyt kuume, yli kolme viikkoa kestänyt yskä ja yöhikoilua), oireet voivat viitata tuberkuloositartuntaan. Jos sinulle (haastattelijalle) herää tuberkuloosiepäily ja asia ei ole tullut vielä ilmi vastaanottokeskuksen hoitajan vastaanotolla, ohjaa tutkittavan keskustelemaan oireista vastaanottokeskuksen hoitajan kanssa. Lisäksi ole yhteydessä THL:n tutkimuksen yhteyshenkilöön.

E1. Tuberkuloosioireet**26. Onko sinulla ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kaksi viikkoa kestänyttä kuumetta?**

1 Ei

2 Kyllä

27. Onko sinulla ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kolme viikkoa kestänyttä yskää?

1 Ei → Siirry kysymykseen 28

2 Kyllä

Onko ollut limaista yskää?

1 Ei

2 Kyllä

Entä veriyskää?

1 Ei

2 Kyllä

E2. Muut viimeaikaiset oireet ja kivut**28. Onko sinulla viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja:**

	Päivittäin	Muutaman kerran viikossa	Kerran viikossa tai harvemmin	Ei koskaan
Ripulia	1	2	3	4
Ummetusta tai muita vatsavaivoja	1	2	3	4
Virtsaamiseen liittyviä vaivoja	1	2	3	4
Päiväkastelua	1	2	3	4
Yökastelua	1	2	3	4
Ruokahaluttomuutta	1	2	3	4
Yöhikoilua	1	2	3	4
Vaikeuksia päästä uneen	1	2	3	4
Heräilemistä öisin				
Pelkoja	1	2	3	4
Änkytystä	1	2	3	4
Iho-ongelmia	1	2	3	4
Päänsärkyä	1	2	3	4
Selkäkipua, selkäsärkyä	1	2	3	4
Suuhun ja hampaisiin liittyvää särkyä	1	2	3	4
Muita kipuja, mitä _____	1	2	3	4

F. ROKOTUKSET

Seuraavaksi kysyn taudeista, joita voidaan ennaltaehkäistä rokotuksilla. Suomessa kaikille tarjotaan rokotuksia näitä tauteja vastaan ja nyt haluaisimme selvittää, oletko sairastanut jonkin näistä aiemmin tai saanut rokotuksia näitä tauteja vastaan. Ohje haastattelijalle: Käytä kuvakortteja kysymysten tukena.

F1. Sairastetut rokotteilla ehkäistävät taudit

29. Oletko sairastanut aiemmin jonkin seuraavista taudeista:

	Ei	Kyllä	En muista
Sikotauti	1	2	3
Vihurirokko	1	2	3
Tuhkarokko (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3

F2. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotukset

30. Oletko saanut rokotuksia ennen Suomeen tuloa?

1 Kyllä

2 Ei lainkaan → Siirry kysymykseen 31

3 En muista

Mitä rokotteita?

	Ei	Kyllä	En muista
Jäykkäkouristus	1	2	3
Kurkkumätä	1	2	3
Polio (näytä kuva)	1	2	3
Tuhkarokko (näytä kuva)	1	2	3
Sikotauti (näytetään tarvittaessa kuva)	1	2	3
Vihurirokko (näytetään tarvittaessa kuva)	1	2	3
Joku muu rokote, mikä _____	1	2	3

G. MIELENTERVEYS

Toisinaan ihmisille tapahtuu asioita, jotka ovat äärimmäisen järkyttäviä – esimerkiksi että he joutuvat hengenvaaralliseen tilanteeseen, kuten vakavaan onnettomuuteen tai tulipaloon, joutuvat pahoinpidellyksi, näkevät toisen ihmisen kuoleman tai kuulevat, että jollekin läheiselle on tapahtunut jotain hirveää.

G1. Traumaattiset kokemukset

31.

	Ei	Kyllä, ennen matkaa	Kyllä, matkan aikana
Onko perheessäsi tapahtunut viime vuonna jokin vakava muutos (avioero tms.)?	1	2	3
Oletko joskus joutunut eroon perheestäsi vastoin tahtoasi (esim. poliisin, sosiaaliviranomaisen tai sotilaiden toimesta, tai synnyinmaasta paetessasi)?	1	2	3
Onko kukaan sinulle todella rakas kuollut?	1	2	3
Onko sinulla koskaan ollut henkeä uhkaava terveysongelma?	1	2	3
Oletko ollut vakavassa onnettomuudessa (esim. auto-onnettomuudessa)?	1	2	3
Oletko koskaan ollut luonnonkatastrofissa tai vastaavassa (esim. tulvassa, pyörremyrskyssä, tulipalossa, lumivyöryssä, maanjäristyksessä, panttivankina, kemikaalionnettomuudessa)?	1	2	3
Oletko kokenut sodan tai aseellisen konfliktin synnyinmaassasi?	1	2	3
Onko kukaan koskaan lyönyt, potkinut, ampunut tai muulla tavoin yrittänyt vahingoittaa sinua ruumiillisesti?	1	2	3
Oletko koskaan nähnyt sellaista tapahtuvan jollekin toiselle tosielämässä (ei vain televisiossa tai elokuvassa)?	1	2	3
Onko joku joskus yrittänyt koskettaa sinua seksuaalisesti vastoin tahtoasi tai pakottanut sinut seksiin?	1	2	3
Oletko koskaan ollut jossain muussa hyvin stressaavassa tilanteessa jossa tunsit itse olevasi suuressa vaarassa?	1	2	3
Oletko koskaan ollut jossain muussa hyvin stressaavassa tilanteessa jossa tunsit jonkun toisen olevan suuressa vaarassa?	1	2	3

32. Ohje haastattelijalle: Anna tutkittavalle SDQ- ja lisääntymisterveyslomakkeet, jotka hän täyttää itse tai auta tarvittaessa täyttämässä. Tarkasta, että kaikki kohdat on täytetty. Jos vastaaja on lukutaidoton tai työskentely tapahtuu tulkin kanssa, luetaan kysymykset ääneen.

H. SUUNTERVEYS

Monet asiat kuten hampaiden hoito/suunterveys ja ravitsemus vaikuttavat terveyteen. Seuraavaksi kysyn Teiltä niistä.

H1. Lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden käyttö

33. Milloin kävit viimeksi lääkärissä?

- 1 Suomessa
- 2 Matkan aikana
- 3 Ennen matkaa
- 4 En ole koskaan käynyt lääkärissä
- 5 En tiedä

34. Milloin kävit viimeksi hammaslääkärissä?

- 1 Suomessa
- 2 Matkan aikana
- 3 Ennen matkaa
- 4 En ole koskaan käynyt hammaslääkärissä
- 5 En tiedä

H2. Hampaiden omahoito

35. Kuinka usein yleensä harjaat hampaasi?

- 1 Kaksi kertaa päivässä tai useammin
- 2 Kerran päivässä
- 3 Harvemmin kuin joka päivä
- 4 Ei koskaan
- 5 En tiedä

I. ELINTAVAT

I1. Vältetyt ruoka-aineet

36. Vältätkö ruokavaliossasi jotakin seuraavista ruoka-aineista?

	Kyllä	Uskonnollisista syistä	Eettisistä syistä	Terveys-syistä	Muu syy, mikä
Liha	2	1	2	3	4 _____
Kala	2	1	2	3	4 _____
Maito-tuotteet	2	1	2	3	4 _____
Kanan-muna	2	1	2	3	4 _____
Viljat	2	1	2	3	4 _____
Joku muu ruoka-aine	2	1	2	3	4 _____

I2. Päihteet

37. Oletko koskaan polttanut tupakkaa?

- 1 Ei → Siirry kysymykseen 39
- 2 Kyllä

38. Kuinka usein tupakoit tällä hetkellä?

- 1 Päivittäin
- 2 Viikoittain, mutta en päivittäin
- 3 Harvemmin kuin kerran viikossa
- 4 En polta

39. Käytätkö muita tupakka- ja nikotiinituotteita?

	En käytä lainkaan	Käytän satunnaisesti	Käytän päivittäin tai lähes päivittäin
Tehdasvalmisteiset tupakat	1	2	3
Sikarit	1	2	3
Piippu	1	2	3
Vesipiippu (esim. shisha, hookah)	1	2	3
Nuuska	1	2	3
Muu suussa käytettävä tupakka (esim. purutupakka)	1	2	3
Muu tupakka- ja nikotiinituote	1	2	3

Seuraavaksi kysyn Sinulta päihteiden käytöstä. Tarkoitan sellaisia aineita, jotka vaikuttavat jotenkin keskushermostoon eli aivoihin. Päihteiden käyttö voi lisääntyä kuormittavissa elämäntilanteissa, kuten turvapaikkaa hakiessa. Olet ehkä myös jo tehnyt havaintoja siitä, miten Suomessa käytetään päihteitä. Aloitetaan alkoholista. (liitteenä havainnollistavat kuvat)

40. Oletko koskaan kokeillut alkoholia (esim. puoli pulloa keskiolutta tai enemmän)?

1 Ei → Siirry kysymykseen 43

2 Kyllä

41. Kuinka monta kertaa olet juonut jotakin alkoholijuomaa elämäsi aikana?

1 1–2 kertaa

2 3–5 kertaa

3 6–9 kertaa

4 10 kertaa tai enemmän

42. Oletko koskaan juonut alkoholijuomia niin paljon, että olet ollut todella humalassa?

Ohjeita haastattelijalle: Tosi humalaa voi tarkoittaa seuraavasti: olet esimerkiksi horjunut kävellessäsi, puhunut sammaltaen, oksentanut tai et ole muistanut tapahtumia seuraavana päivänä?

1 En koskaan

2 Kyllä, 1–2 kertaa

3 Kyllä, 3–5 kertaa

4 Kyllä, 6–9 kertaa

5 Kyllä, 10 kertaa tai useammin

43. Oletko 30 viime päivän aikana käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia?

Ohje haastattelijalle: Voi valita useamman.

- 1 En ole käyttänyt
- 2 Kannabis (hashis tai marihuana)
- 3 Khat
- 4 Opioidit (esim. morfiini, heroiini, Subutex)
- 5 Rauhoittavat tai unilääkkeet päihdetarkoituksessa
- 6 Jokin muu

44. Oletko koskaan käyttänyt päihteitä pistämällä?

- 1 En
- 2 Kyllä

45. Koetko, että haluaisit keskustella jonkun kanssa lisää alkoholin tai muiden päihteiden käytöstä ja niihin liittyvistä ongelmista? Ongelmilla tarkoitetaan esimerkiksi terveysongelmia vaaratilanteita ja riitoja.

- 1 En
- 2 Kyllä

Tässä olivat kaikki kysymykset. Paljon kiitoksia vastauksistasi!

J. LOPETUS

Kenttä hoitajan huomioille (sellaisille, mitkä eivät käy ilmi muualta lomakkeesta):

46. Haastattelun lopetusaika _____ **hh:mm**

K. PSYKKISET OIREET (SDQ-LOMAKE)**Täytettiinkö lomake itse?**

1 Täytettiin itse

2 Täytettiin haastattelijan avulla

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen sen perusteella, miten asiat ovat omalla kohdallasi olleet viimeisen 6kk:n aikana. Täytä lomake merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä.

	Ei päde	Pätee jonkin verran	Pätee varmasti
Otaa muiden tunteet huomioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levoton, yliaktiivinen, ei pysty olemaan kauan hiljaa paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valittaa usein päänsärkyä, vatsakipua tai pahoinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakaa auliisti tavaroitaan (karkkeja, leluja, värikyniä jne) muiden lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on usein kiukunpuuskia, tai hän kiivas- tuu helposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei näytä kaipaavan seuraa, leikkii usein itsekseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On yleensä tottelevainen, tavallisesti tekee niinkuin aikuinen käskää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on monia huolia, näyttää usein huolestuneelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen sen perusteella, miten asiat ovat omalla kohdallasi olleet viimeisen 6kk:n aikana. Täytä lomake merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä.

Tarjoutuu auttamaan, jos joku loukkaa itsensä, on pahoilla mielin tai huonovointinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jatkuvasti hypistelemässä jotakin tai kiemurtelee paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on ainakin yksi hyvä ystävä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usein tappelee toisten lasten kanssa tai kiusaa muita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usein onneton, mieli maassa tai itkuinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleensä muiden lasten suosiossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helposti häiriintyvä, mielenkiinto harhailee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uusissa tilanteissa pelokas tai aikuiseen takerutuva, vailla itseluottamusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen sen perusteella, miten asiat ovat omalla kohdallasi olleet viimeisen 6kk:n aikana. Täytä lomake merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä.

Kiltti nuorempiaan kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valehtelee tai petkuttaa usein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muiden lasten silmätikku tai kiusaamisen kohde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjoutuu usein auttamaan muita (vanhempiaan, opettajia, muita lapsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harkitsee tilanteen ennen kuin toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varastaa kotoa, koulusta tai muualta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tulee paremmin toimeen aikuisten kuin toisten lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsii monista peloista, usein peloissaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saattaa tehtävät loppuun, hyvin pitkäjänteinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Strengths and Difficulties Questionnaire © Robert Goodman, 2005

K. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS (LOMAKE)

Tässä lomakkeessa on seuraavaksi kysymykset liittyen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Suomessa ei saa syrjiä ketään perustuen seksuaalisuuteen tai seksuaalikäyttäytymiseen. Kysymysten avulla voimme tunnistaa tартtuviin tauteihin altistavaa riskikäyttäytymistä sekä ylipäättänsä havaita mahdollista hoidon, turvan, tuen ja avun tarvetta. On tärkeää, että vastaat kysymyksiin oman tilanteesi mukaan ajattelematta, mikä on omassa yhteisössäsi yleensä hyväksyttyä. Muista, että antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset esitetään vain yhteenvetoina, joista ei voi ketään tunnistaa.

Kysymykset 4 ja 5 vain tytöille

4. Kuukautisten alkamisikä? _____

Ei ole alkanut → Siirry kysymykseen 6

5. Onko sinulla seuraavia naisilla esiintyviä terveysongelmia?

Tarkoitetaan viime aikoina, viimeisimpien kuukautisten yhteydessä.

Ei	Kyllä	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haittaavaa kipua kuukautisten aikana Tarvittaessa tarkennus esim. niin kovaa ettet pysty selviytymään tavallisista arkitoimista tai tarvitset vahvoja kipulääkkeitä
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Runsaat kuukautiset Tarvittaessa tarkennus esim. vuoto niin runsasta että häiritsee tavallisia arkitoimia tai vuoto kestää normaalia pidempään
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epäsäännölliset kuukautiset Tarvittaessa tarkennus esim. vuotojen väli vaihtelee paljon/ei ennakoitavissa koska vuoto alkaa

6. Oletko koskaan ollut yhdynnässä?

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä
<input type="checkbox"/>	En halua vastata

Seuraavaksi kysymys ehkäisymenetelmistä, joiden avulla voidaan ehkäistä sukupuoliteitse tarttuvia tauteja tai ei toivottua raskautta.

7. Käytitkö jotakin ehkäisymenetelmää viimeisessä yhdynnässäsi?

<input type="checkbox"/>	Ainoastaan kondomia
<input type="checkbox"/>	Kondomia ja jotain muuta ehkäisyä
<input type="checkbox"/>	Ei kondomia, ainoastaan jotain muuta ehkäisyä
<input type="checkbox"/>	Ei mitään ehkäisyä
<input type="checkbox"/>	En halua vastata

Kaikille: Suojaamattomassa yhdynnässä on riski sukupuoliteitse tarttuville taudeille. Kondomin käyttö ehkäisee tehokkaasti näiden tautien tarttumista. Kondomeja voi ostaa ruokakaupasta tai apteekista tai niitä voi tiedustella vastaanottokeskuksen hoitajalta. Raskauden ehkäisemiseksi on lisäksi saatavilla muita ehkäisymuotoja.

8. Joissakin maissa tehdään tytöille tai pojille ympärileikkauksia, jolla voi olla vaikutusta terveyteen. Onko sinulle tehty ympärileikkaus?

- Poikien ei-lääketieteellisellä ympärileikkauksella tarkoitetaan uskonnollisiin tai kulttuurisiin syihin perustuvaa toimenpidettä, jossa pojan siittimestä poistetaan esinahkaa.
- Tyttöjen ympärileikkauksella tarkoitetaan kulttuurisista tai muista ei-hoidollisista syistä tehtäviä toimenpiteitä, joihin liittyy naisten ulkoisten sukuelinten osittainen tai täydellinen poistaminen tai niiden vahingoittaminen jollain muulla tavalla.

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä

9. Jos kyllä, minkä ikäisenä ympärileikkaus sinulle tehtiin:

_____ -vuotiaana

Tyttöjen kysymykset jatkuvat seuraavalla sivulla. Poikien kysymykset loppuvat tähän. Kiitos vastauksista!

Kysymykset tytöille**10. Oletko raskaana?**

<input type="checkbox"/>	En
<input type="checkbox"/>	Kyllä, raskausviikot _____
<input type="checkbox"/>	Kyllä, raskausviikot ei tiedossa. Ohje hoitajalle: Apuna raskauskiekko/laskettuna viimeisistä kuukautisista.
<input type="checkbox"/>	En tiedä

11. Kuinka monta raskautta sinulla on ollut? (poislukien nykyinen, jos olet raskaana)

Lukumäärä _____

Jos et ole koskaan ollut raskaana → Siirry kysymykseen 14**12. Kuinka monta synnytystä sinulla on ollut?**

Lukumäärä _____

Keskenmenneitä raskauksia (abortteja)?

Lukumäärä _____

Raskaudenkeskeytyksiä (abortteja)?

Lukumäärä _____

13. Oliko sinulla vaikeuksia synnytyksessä? Esim. vaikea repeämä (lääkäri ommellut/ ommeltu nukutuksessa), jouduttu tekemään sektio tai muu toimenpide, tavallista kivuliaampi tai pitkittynyt synnytys?

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä

14. Onko sinulla tällä hetkellä raskauden ehkäisyn tarvetta?

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä

Kysely loppuu tähän. Kiitos vastauksista!

Terveystarkastuslomake

Sisältö

A. VERENPAIN E JA PULSSI	1
B. PAINO	2
C. PITUUS	3
D. VYÖTÄRÖN YMPÄRYSMITTA.....	3
E. IHON KUNTO	4
F. SUUN TUTKIMUS	4
G. JATKOHOIDON TARVE	5
H. LOPETUS.....	5

Terveystarkastuksen aloitusaika _____ hh:mm

A. VERENPAINE JA PULSSI

1. Verenpainetta ei mitattu _____

2. Miksi ei mitattu

1 Molemmat kädet amputoitu

2 Kipsi molemmissa käsissä

3 Avohaavoja tai vaikea ihottuma molemmissa olkavarsissa

4 Molempien käsien epämuodostuma estää mansetin käytön

5 Imunestekierron toimintahäiriö molemmissa käsivarsissa

6 Kieltäytyi mittauksista, miksi _____

7 Muuta, mitä _____

Seuraavaksi mittaan teiltä pulssin käsin tunnustelemalla ja verenpaineen automaattimittarilla, joka mittaa arvon kolme kertaa minuutin välein.

3. Olkavarren ympärysmitta

_____ cm (1 mm tarkkuudella)

4. Mansetin koko

1 Small 17–22 cm

2 Medium/large 22–42 cm

5. Verenpainemittarin numero _____

6. Syke: 1 minuutin mittaus ranteesta tunnustelemalla, aika sekuntikellolta

7.

Systolinen verenpaine 1 _____ mmHg

Diastolinen verenpaine 1 _____ mmHg

Pulssi 1 _____

8.

Systolinen verenpaine 2 _____ mmHg

Diastolinen verenpaine 2 _____ mmHg

Pulssi 2 _____

9.

Systolinen verenpaine 3 _____ mmHg

Diastolinen verenpaine 3 _____ mmHg

Pulssi 3 _____

10. Automaatti verenpainemittarin virheilmoituksia:

- 1 Ei virheilmoituksia
- 2 Mittarin ohjearvot ylittivät (SYST 135, DIAST 85)
- 3 Mittausvirhe; ei arvoja (3 virhettä=e ei arvoja, 2 virhettä= keskiarvo näytössä, 1 virhe=tulos näytössä)
- 4 Mansetti ei täyttynyt riittävästi
- 5 Liikettä mittauksen aikana,
- 6 Mansetti täyttynyt liikaa
- 7 Liikettä, ääntä, mansetin ilmapuoto
- 8 Muuta
- 9 Muita virheilmoituksia, mitä _____

11. Huomatuksia verenpaineen mittauksesta:

- 1 Ei huomautuksia
- 2 Pulssi epäsäännöllinen
- 3 Verenpaine mitattu vasemmasta käsivarresta
- 4 Mansetti liian lyhyt
- 5 Muuta, mitä _____

B. PAINO

12. Oletteko raskaana?

Kysytään, jos vastaaja on nainen

- 1 Ei
 - 2 Kyllä
 - 3 En tiedä
- Jos kyllä, raskausviikot? _____

Ohje hoitajalle: Pyydä tutkittavaa riisumaan ulkovaatteensa ja kengät, raskaat korut ja muut raskaat somisteet sekä tyhjentämään taskunsa.

13. Mitattu paino

_____ kg (100 g:n tarkkuudella)

14. Itse ilmoitettu paino. Ohje hoitajalle: Jos tutkittava on raskaana, itse ilmoitettu paino ennen raskautta.

_____ kg (100 g:n tarkkuudella)

15. Miksi ei mitattu

	Ei	Kyllä	Syy
Kieltäytyi	1	2	_____
Ei pysty seisomaan vakaasti	1	2	_____
Muu syy	1	2	_____

16. Painon mittauksessa huomautuksia? _____

17. Onko painossasi tapahtunut muutoksia viimeisen kuukauden aikana?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, laiduin _____ kg
- 3 Kyllä, lihoin _____ kg

C. PITUUS

18. Mitattu pituus

_____cm

19. Itse ilmoitettu pituus

_____cm

20. Pituutta ei mitattu, syy

- 1 Kieltäytyi
- 2 Ei pysty seisomaan
- 3 Muu syy, mikä _____

21. Pituuden mittauksen huomautuksia

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mitä _____

D. VYÖTÄRÖN YMPÄRYSMITTA

22. Vyötärön ympärysmitta

Ohje hoitajalle: Jos on nainen ja raskausviikot yli 20 viikkoa, ei mitata ympärysmittoja. Jos raskausviikosta ei ole tarkkaa tietoa, mitataan vyötärön ympärys Vyötärön ympärysmitta mitataan paljaalta iholta tai alusvaatteen päältä.

Vyötärön ympärystä ei mitattu, syy

- 1 Kieltäytyi
- 2 Ei pysty seisomaan vakaasti/suorassa
- 3 Raskaana (raskausviikkoja yli 20)
- 4 Muu syy, mikä _____

23. Vyötärön ympärysmitta mitattu:

- 1 Paljaalta iholta
- 2 Ohut ihon myötäinen alusvaate
- 3 Muuta vaatetusta, mitä _____

24. Vyötärön ympärys mitattu:

1 Ei

2 Kyllä, mitä _____

E. IHON KUNTO**25. Ihon kunto**

	Ei	Kyllä
Iho siisti	1	2
Ihottumaa	1	2
Mustelmia	1	2

Ohje hoitajalle: Jos huomaat nuorena väkivallan merkkejä, ota heti yhteyttä vastaanottokeskuksen hoitajaan.

F. SUUN TUTKIMUS

Seuraavaksi vuorossa on suun tutkimus, jossa arvioidaan hampaiden määrää ja irrotettavien hammasproteesien yleisyyttä.

26. Onko sinulla verenvuotoa suussa esimerkiksi harjatessa hampaita?

1 Ei lainkaan

2 Harvemmin kuin päivittäin

3 Päivittäin

27. Suun tutkimus, onko tehty?

1 Ei

2 Kyllä → Siirry kysymykseen 28

Miksi ei tehty?

1 Kieltäytynyt

2 Suu ei aukea kunnolla

28. Onko irrotettavia hammasproteeseja?

1 Ei → Siirry kysymykseen 30

2 Kyllä

Ohje hoitajalle: Pyydä tutkittavaa ottamaan ITSE proteesit pois suusta ja laittamaan ne pöydällä olevaan kaarimaljaan (tämä siksi ettei proteesi rikkoudu pois otettaessa). Samoin tutkittava laittaa ITSE proteesit suuhun tarkastuksen jälkeen. Jos mahdollista kostuta proteesi suihkepullossa olevalla vedellä ennen suuhun laittamista. Anna tutkitavalle esim. kosteuspyyhe käsien pyyhkimiseen.

29. Onko huomatuksia proteeseista?

- 1 Ei ole
- 2 Epäsiisti
- 3 Näkyvästi rikki
- 4 Muuta

30.

Hampaiden lukumäärä yläleuka _____

Hampaiden lukumäärä alaleuka _____

Suun tutkimukseen liittyviä huomioita.

Ohje hoitajalle: kirjaa, onko selvästi havaittavissa seuraavia:

- 1 Ei huomioita
- 2 Yksi tai useampi lohjenneita paikkoja
- 3 Yksi tai useampi lohjenneita hampaita
- 4 Yksi tai useampi kariespesäkkeitä eli reikiä
- 5 Heiluva hammas tai useita heiluvia hampaita
- 6 Pahanhajuinen hengitys
- 7 Limakalvomuutoksia (kuten haavaumia, paukamia, hiivasieneltä näyttävä löydös tms.)
- 8 Plakkia hampaissa
- 9 Näkyvää turvotusta
- 10 Muuta

G. JATKO-OHJAUKSEN TARVE

31. Jatko-ohjaus

- 1 Ei jatko-ohjausta
- 2 Annettu terveysneuvontaa
- 3 Ohjattu itse hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle
- 4 Muu jatko-ohjaus, mikä _____

H. LOPETUS

Terveystarkastuksen lopetusaika _____ hh:mm



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Tutkimusid

Tarra

Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus (TERTTU) 2018

TUTKIMUSLOMAKKEET

Alakouluikäiset lapset (7–12 vuotta)



TURVAPAIKKA-,
MAAHANMUUTTO- JA
KOTOUTTAMISRAHASTO
Euroopan unionin tuella



Haastattelulomake

Sisältö

A. TAUSTATIEDOT	1
A1. Taustatiedot.....	1
A2. Äidinkieli ja tutkimuskieli.....	1
HAASTATELU	2
B. LAPSEN TERVEYS, KASVU JA KEHITYS ENNEN SUOMEEN TULOJA.....	2
B1. Varhaislapsuus	2
B2. Lapsen kasvu ja kehitys	3
C. OLESKELU JA OLOSUHTEET ENNEN SUOMEEN TULOJA	4
C1. Turvapaikanhakumatkan kulku ja oleskeluolosuhteet.....	4
C2. Läheiset ihmiset.....	5
D. KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET TERVEYSONGELMAT	5
D1. Koettu terveydentila	5
D2. Toimintakyky	6
D3. Sairaudet ja lääkityksen tarve.....	7
E. AJANKOHTAINEN OIRELU	8
E1. Tuberkuloosioireet.....	8
E2. Muut viimeaikaiset oireet ja kivut.....	9
F. ROKOTUKSET	10
F1. Sairastetut rokotteilla ehkäistävät taudit	10
F2. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotukset	10
G. MIELENTERVEYS	11
G1. Traumaattiset kokemukset.....	11
H. SUUNTERVEYS.....	12
H1. Lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden käyttö	12
H2. Hampaiden omahoito.....	13
I. ELINTAVAT JA RAVITSEMUS	13
I3. Vältetyt ruoka-aineet	13
J. LOPETUS.....	13
K. PSYKKISET OIREET (SDQ-LOMAKE).....	14
L. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS (LOMAKE).....	16

HOITAJAN TÄYTTÄMÄT ENNAKKOTIEDOT

1. Päiväys: _____ Haastattelija: _____

A. TAUSTATIEDOT

A1. Taustatiedot

2. Tutkittavan syntymäkuukausi ja vuosi kk ____ vv ____|____|____|____|

3. Tutkittavan sukupuoli:

1 Poika

2 Tyttö

4. Tutkimuspaikka:

1 Helsingin vastaanottokeskus

2 Joutsenon vastaanottokeskus

3 Oulun vastaanottokeskus

4 Turun vastaanottokeskus

5 Muu, mikä _____

A2. Äidinkieli ja tutkimuskieli

5. Tutkittavan äidinkieli:

1 Arabia

2 Kurdi

3 Dari

4 Persia

5 Somali

6 Venäjä

7 Englanti

8 Ranska

9 Muu, mikä _____

6. Käytettiinkö haastattelussa ulkopuolista tulkkia?

1 Ei

2 Kyllä, järjestetty tulkki

7. Millä kielellä (tulkkauskieli) haastattelu toteutettiin?

- 1 Arabia
- 2 Kurdi
- 3 Dari
- 3 Persia
- 4 Somali
- 6 Venäjä
- 7 Englanti
- 8 Ranska
- 9 Muu, mikä _____

8. Kuka toimi vastaajana?

- 1 Tutkittavan vanhempi/huoltaja
- 2 Tutkittavan edustaja
- 3 Muu, kuka _____

Haastattelun aloitusaika _____ hh:mm

HAASTATTELU

Kiitos suostumuksestanne osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen aikana ensin haastattelen sinua lapsen terveydestä ja siihen vaikuttavista asioista ja sen jälkeen teen terveystarkastuksen lapselle. Käydään kysymykset läpi järjestyksessä. Jos haluat keskustella jostakin asiasta tarkemmin, voidaan palata siihen haastattelun lopussa. Tutkimukseen osallistuminen on luottamuksellista. Kaikkiin kysymyksiin ei ole pakko vastata. Aloitetaan taustatiedoista.

B. LAPSEN TERVEYS, KASVU JA KEHITYS ENNEN SUOMEEN TULOJA

B1. Varhaislapsuus

9. Millä raskausviikolla lapsi syntyi?

- 1 Raskausviikko _____
- 2 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi ennenaikaisesti
- 3 En osaa tarkasti sanoa, mutta suurin piirtein täysiaikaisena
- 4 En tiedä

10. Oliko äidillä synnytyskomplikaatioita tai todettiinko lapsella poikkeamia heti syntymän jälkeen?

- 1 Ei
- 2 Kyllä
- 3 En tiedä, mitä _____

11. Mikä oli lapsen syntymäpaino?

- 1 Paino _____ grammaa (g)
- 2 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi pienipainoinen (<2kg)
- 3 En osaa tarkasti sanoa, mutta normaalipainoinen
- 4 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi isokokoinen (>4kg)
- 5 En tiedä

12. Mikä oli lapsen syntymäpituus?

- 1 Syntymäpituus _____ cm
- 2 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi pienikokoinen (<47 cm)
- 3 En osaa tarkasti sanoa, mutta normaalinkokoinen
- 4 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi isokokoinen (>55cm)
- 5 En tiedä

B2. Lapsen kasvu ja kehitys

13. Minkä ikäisenä lapsi on oppinut kävelemään?

- 1 _____ kk ikäisenä
- 2 Ei vielä osaa/ei pysty
- 3 En osaa tarkasti sanoa, mutta samanikäisenä kuin ikätoverit
- 4 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi myöhemmin kuin ikätoverit
- 5 En tiedä

14. Minkä ikäisenä lapsi on oppinut puhumaan?

- 1 Sanoja _____ kk ikäisenä
- 2 Lauseita _____ kk ikäisenä
- 3 Ei vielä osaa
- 4 En osaa tarkasti sanoa, mutta samanikäisenä kuin ikätoverit
- 5 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi myöhemmin kuin ikätoverit
- 6 En tiedä

Seuraavat kysymykset koskevat kieltä, jota lapsi osaa parhaiten.

15. Osaako lapsi oman äidinkielen lisäksi jotakin muuta kieltä?

- 1 Ei
- 2 Arabia
- 3 Kurdi
- 4 Dari
- 5 Persia
- 6 Somali
- 7 Venäjä
- 8 Englanti
- 9 Ranska
- 12 Muu, mikä _____

16. Onko lapsen kasvua ja kehitystä seurattu säännöllisesti?

Ohje haastattelijalle: Säännöllisellä seurannalla tarkoitetaan neuvolatyyppistä seurantaa.

1 Ei → Siirry kysymykseen 18

2 Kyllä

3 En tiedä

17. Onko terveydenhuollon ammattilainen todennut lapsen kehityksessä poikkeamia?

	Ei	Kyllä	En tiedä
Näkö	1	2	3
Kuulo	1	2	3
Liikkuminen Ohje haastattelijalle: Motorinen kehitys (hienomotoriikka ja karkea motoriikka)	1	2	3
Muu poikkeama, mikä _____	1	2	3

18. Osaako lapsi lukea jollakin kielellä?

1 Osaa lukea

2 Hän osaa lukea tuttuja nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita

3 Ei lainkaan

19. Osaako lapsi kirjoittaa jollakin kiellä?

1 Osaa kirjoittaa

2 Hän osaa kirjoittaa tuttuja nimiä, sanoja ja hyvin yksinkertaisia lauseita

3 Ei lainkaan

20. Tässä tutkimuksessa koululla tarkoitetaan paikkaa, jossa opiskellaan kirjoittamista ja lukemista. Onko lapsi käynyt koulua ennen Suomeen tuloa?

1 Ei

2 Kyllä

Jos kyllä, kuinka monta vuotta? _____

C. OLESKELU JA OLOSUHTEET ENNEN SUOMEEN TULOJA

Seuraavaksi kysyn Sinulta lapsen matkasta ja läheisistä saadaksemme kokonaisvaltaisen kuvan lapsen terveyteen vaikuttavista asioista.

C1. Turvapaikanhakumatkan kulku ja oleskeluolosuhteet**21. Onko lapsi ollut teidän mukanaan koko matkan ajan siitä lähtien, kun lähditte vakituiseen asunpaikkaan?**

1 Ei

2 Osan matkasta

3 Kyllä

Ohje haastattelijalle: Tässä tarkoitetaan turvapaikanhakumatkaa edeltävää asuinpaikkaa.

22. Milloin lapsi on lähtenyt vakituudesta asuinpaikastaan?

1 Vuosiluku _____ TAI matkan kesto vuosina _____

2 En tiedä

23. Missä lapsi on oleskellut sen jälkeen?

Ohje haastattelijalle: Tähän lasketaan myös, jos on ollut Suomessa ennen kuin on hakenut turvapaikkaa/tullut vastaanottokeskuksen kirjoille.

Maa	Millaisessa majoituksessa:				Kuinka pitkään?
	Katu	Leiri	Asunto	Muu, mikä?	
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja

C2. Läheiset ihmiset

24. Seuraavaksi kysyn lapsen läheisistä ja missä he ovat tällä hetkellä. Ohje haastattelijalle: Jos on sekä Suomessa että muualla asuvia sisarusia/muita läheisiä, voi valita useita vaihtoehtoja.

Onko lapsella:	Ei ole	Kuollut	Suomessa	Muualla	Missä maassa/maissa?
1 Isä	1	2	3	4	5 _____
2 Äiti	1	2	3	4	5 _____
3 Sisarusia	1	2	3	4	5 _____
4 Muita hänelle läheisiä ihmisiä	1	2	3	4	5 _____

D. KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET TERVEYSONGELMAT

Seuraavaksi siirrymme lapsen nykyistä terveyttä ja hyvinvointia käsitteleviin kysymyksiin. Ensin kysyn lapsen terveydestä.

D1. Koettu terveydentila

Ohje haastattelijalle: Pitkäaikainen on kestänyt tai sen odotetaan kestävän vähintään puoli vuotta. Huomioidaan myös muut kuin lääkärin toteamat sairaudet. Sairaus luokitellaan pitkäaikaiseksi, vaikka se ei vaivaisi tai vaikka se olisi täysin hallinnassa, kauksiluonteinen tai ajoittainen tai jakso kestää kerrallaan alle puoli vuotta, mutta sairaus on pitkäaikainen.

25. Onko lapsen terveydentila mielestänne nykyisin:

- 1 Hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Keskitasoinen
- 4 Melko huono
- 5 Huono

26. Onko lapsella jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

27. Rajoittaako jokin terveysongelma lasta, joita samanikäiset lapset tavallisesti tekevät?

- 1 Rajoittaa vakavasti
- 2 Rajoittaa, mutta ei vakavasti
- 3 Ei rajoita lainkaan → Siirry kysymykseen 29

28. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

D2. Toimintakyky

29. Onko lapsella vaikeuksia:

	Ei vaikeuksia	Vähän vaikeuksia	Paljon vaikeuksia	Ei pysty lainkaan
Nähdä (jos hän käyttää silmälasia tai piilolinssejä, arvioi näkökykyä niiden kanssa)	1	2	3	4
Kuulla (jos hän käyttää kuulolaitetta, arvioi kuuloa sen kanssa)	1	2	3	4
Kävellä (jos hän käyttää apuvälinettä, arvioi kävelykykyä sen kanssa)	1	2	3	4
Oppia uusia asioita	1	2	3	4
Muistaa asioita	1	2	3	4
Keskittyä johonkin sellaiseen, jonka tekemisestä hän nauttii	1	2	3	4

D3. Sairaudet ja lääkityksen tarve

30. Onko lapsella seuraavia sairauksia tai usein toistuvia terveysongelmia:

	Ei	Kyllä
Diabetes	1	2
Astma	1	2
Epilepsia	1	2
Ruoka-aineallergia	1	2
Atooppinen, allerginen ihottuma	1	2
Muu allergia, mikä	1	2
Toistuva korvatulehdus/muut infektiot	1	2
Synnyynnäinen sydänvika	1	2
Muu synnyynnäinen rakennevika, sairaus tai vamma, mikä	1	2
Väkivallan tai tapaturman aiheuttama vamma, mikä/missä	1	2
Jokin muu pitkäaikainen sairaus tai vamma, mikä	1	2

31. Onko lapsella jokin säännöllinen lääkitys tai sen tarve?

1 Ei → Siirry kysymykseen 32

2 Kyllä

Mitä lääkkeitä:	Ei	Kyllä
Diabeteslääke, insuliini	1	2
Astmalääkkeitä	1	2
Allergialääkkeitä	1	2
Epilepsialääke	1	2
Epilepsialääke	1	2
Ihon hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä tai lääkevoiteita	1	2
Joku muu lääke	1	2

Jos joku muu lääke, mikä?

	Mikä?	Mihin vaivaan?
Muu lääke1		
Muu lääke 2		
Muu lääke 3		

E. AJANKOHTAINEN OIREILU

Seuraavat kysymykset liittyvät tartuntatautien ehkäisyyn. Niiden avulla selvitetään, onko lapsella tulehdukseen viittaavia oireita.

Ohje haastattelijalle: Jos tutkittava vastaa kaikkiin kolmeen tuberkuloosioireisiin viittaviin kysymyksiin kyllä (yli kaksi viikkoa kestänyt kuume, yli kolme viikkoa kestänyt yskä ja yöhikoilua), oireet voi viitata tuberkuloositartuntaan. Jos sinulle (haastattelijalle) herää tuberkuloosiepäily ja asia ei ole tullut vielä ilmi vastaanottokeskuksen hoitajan vastaanotolla, ohjaa tutkittavan keskustelemaan oireista vastaanottokeskuksen hoitajan kanssa. Lisäksi ole yhteydessä THL:n tutkimuksen yhteyshenkilöön.

E1. Tuberkuloosioireet

32. Onko lapsella ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kaksi viikkoa kestänyttä kuumetta?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

33. Onko lapsella ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kolme viikkoa kestänyttä yskää?

- 1 Ei → Siirry kysymykseen 36
- 2 Kyllä

34. Onko ollut limaista yskää?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

35. Entä veriyskää?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

E2. Muut viimeaikaiset oireet ja kivut

36. Onko lapsella viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja:

	Päivittäin	Muutaman kerran viikossa	Kerran viikossa tai harvemmin	Ei koskaan
Ripulia	1	2	3	4
Ummetusta tai muita vatsa- vaivoja	1	2	3	4
Virtsaamiseen liittyviä vaivoja	1	2	3	4
Päiväkastelua	1	2	3	4
Yökastelua	1	2	3	4
Ruokahaluttomuutta	1	2	3	4
Yöhikoilua	1	2	3	4
Vaikeuksia päästä uneen	1	2	3	4
Heräilemistä öisin				
Pelkoja	1	2	3	4
Änkytystä	1	2	3	4
Iho-ongelmia	1	2	3	4
Päänsärkyä	1	2	3	4
Selkäkipua, selkäsärkyä	1	2	3	4
Suuhun ja hampaisiin liittyvää särkyä	1	2	3	4
Muita kipuja, mitä _____	1	2	3	4

F. ROKOTUKSET

Seuraavaksi kysyn taudeista, joita voidaan ennaltaehkäistä rokotuksilla. Suomessa kaikille tarjotaan rokotuksia näitä tauteja vastaan ja nyt haluaisimme selvittää, onko lapsi sairastanut jonkin näistä aiemmin tai saanut rokotuksia näitä tauteja vastaan.

Ohje haastattelijalle: Käytä kuvakortteja kysymysten tukena.

F1. Sairastetut rokotteilla ehkäistävät taudit

37. Onko lapsi sairastanut aiemmin jonkin seuraavista taudeista:

	Ei	Kyllä	En muista
Sikotauti	1	2	3
Vihurirokko	1	2	3
Tuhkarokko (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3

F2. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotukset

38. Onko lapsi saanut rokotuksia ennen Suomeen tuloa?

1 Kyllä

2 Ei lainkaan → Siirry kysymykseen 39

3 En muista

Mitä rokotteita?

	Ei	Kyllä	En muista
Jäykkäkouristus	1	2	3
Kurkkumätä	1	2	3
Polio (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3
Tuhkarokko (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3
Sikotauti (ohje haastattelijalle: Näytä tarvittaessa kuva)	1	2	3
Vihurirokko (ohje haastattelijalle: Näytä tarvittaessa kuva)	1	2	3
Joku muu rokote, mikä _____	1	2	3

G. MIELENTERVEYS

Toisinaan ihmisille tapahtuu asioita, jotka ovat äärimmäisen järkyttäviä – esimerkiksi että he joutuvat hengenvaaralliseen tilanteeseen, kuten vakavaan onnettomuuteen tai tulipaloon, joutuvat pahoinpidellyksi, näkevät toisen ihmisen kuoleman tai kuulevat, että jollekin läheiselle on tapahtunut jotain hirveää.

G1. Traumaattiset kokemukset

39.

	Ei	Kyllä	Ennen matkaa	Matkalla
Onko lapsen perheessä tapahtunut viime vuonna jokin vakava muutos (avioero tms.)?	1	2	1	2
Onko lapsi joskus joutunut eroon perheestään vastoin tahtoaan (esim. poliisin, sosiaaliviranomaisten tai sotilaiden toimesta, tai synnyinmaasta paetessa)?	1	2	1	2
Onko kukaan lapselle todella rakas kuollut?	1	2	1	2
Onko lapsella koskaan ollut henkeä uhkaavaa terveysongelmaa?	1	2	1	2
Onko lapsi ollut vakavassa onnettomuudessa (esim. auto-onnettomuudessa)?	1	2	1	2
Onko lapsi koskaan ollut luonnonkatastrofissa tai vastaavassa (esim. tulvassa, pyörremyrskyssä, tulipalossa, lumivyöryssä, maanjäristyksessä, panttivankina, kemikaalionnettomuudessa)?	1	2	1	2
Onko lapsi kokenut sodan tai aseellisen konfliktin synnyinmaassaan?	1	2	1	2
Onko kukaan koskaan lyönyt, potkinut, ampunut tai muulla tavoin yrittänyt vahingoittaa lasta ruumiillisesti?	1	2	1	2
Onko lapsi koskaan nähnyt sellaista tapahtuvan jollekin toiselle tosielämässä (ei vain televisiossa tai elokuvassa)?	1	2	1	2
Onko joku joskus yrittänyt koskettaa lasta seksuaalisesti vastoin tahtoa tai pakottanut lapsen seksiin?	1	2	1	2
Onko lapsi koskaan ollut jossain muussa hyvin stressaavassa tilanteessa jossa hän tunsi itse olevansa suuressa vaarassa?	1	2	1	2
Onko lapsi koskaan ollut jossain muussa hyvin stressaavassa tilanteessa jossa hän tunsi jonkun toisen olevan suuressa vaarassa?	1	2	1	2

40. Ohje haastattelijalle: Anna tutkittavalle SDQ- ja lisääntymisterveyslomakket, jotka hän täyttää itse tai auta tarvittaessa täyttämässä. Tarkasta, että kaikki kohdat on täytetty. Jos vastaaja on lukutaidoton tai työskentely tapahtuu tulkin kanssa, luetaan kysymykset ääneen.

H. SUUNTERVEYS

Monet asiat kuten hampaiden hoito/suunterveys ja ravitsemus vaikuttavat terveyteen. Seuraavaksi kysyn Teiltä niistä.

H1. Lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden käyttö

41. Milloin lapsi kävi viimeksi lääkärissä?

- 1 Suomessa
- 2 Matkan aikana
- 3 Ennen matkaa
- 4 Ei ole koskaan käynyt lääkärissä
- 5 En tiedä

42. Milloin lapsi kävi viimeksi hammaslääkärissä?

- 1 Suomessa
- 2 Matkan aikana
- 3 Ennen matkaa
- 4 Ei ole koskaan käynyt hammaslääkärissä
- 5 En tiedä

H2. Hampaiden omahoito

43. Kuinka usein lapsen hampaita harjataan?

- 1 Kaksi kertaa päivässä tai useammin
- 2 Kerran päivässä
- 3 Harvemmin kuin joka päivä
- 4 Ei koskaan
- 5 En tiedä

I. ELINTAVAT JA RAVITSEMUS**I1. Vältetyt ruoka-aineet****44. Vältätkö lapsen ruokavaliossa jotakin seuraavista ruoka-aineista?**

	Ei	Kyllä	Uskonnollisista syistä	Eettisistä syistä	Terveys-syistä	Muu syy, mikä
Liha	1	2	1	2	3	4 _____
Kala	1	2	1	2	3	4 _____
Maito- tuotteet	1	2	1	2	3	4 _____
Kanan- muna	1	2	1	2	3	4 _____
Viljat	1	2	1	2	3	4 _____
Joku muu ruoka-aine	1	2	1	2	3	4 _____

Tässä olivat kaikki kysymykset. Paljon kiitoksia vastauksistasi!

J. LOPETUS**45. Onko sinulla vielä jotain kysyttävää tästä tutkimuksesta tai jäikö jokin kysymyksissä käsitelty asia askarruttamaan sinua?**

Ohje haastattelijalle: Haastattelijakoulutuksen ohjeita, miten neuvotaan hakemaan palveluja ja tukea jos haastattelu on nostanut pintaan ikäviä kokemuksia tai kysymyksiä omaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyen.

Kenttä haastattelijan huomioille (sellaisille, mitkä eivät käy ilmi muualta lomakkeesta)

46. Haastattelun lopetusaika _____ hh:mm

K. PSYKKISET OIREET (SDQ-LOMAKE)

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen koskien mainitun lapsenne käyttäytymistä viimeisen 6 kk:n (tai kuluvan kouluvuoden) aikana merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä. 5–17v lapset

	Ei päde	Pätee jonkin verran	Pätee varmasti
Ottaa muiden tunteet huomioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levoton, yliaktiivinen, ei pysty olemaan kauan hiljaa paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valittaa usein päänsärkyä, vatsakipua tai pahoinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakaa auliisti tavaroitaan (karkkeja, leluja, värikyntiä jne) muiden lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on usein kiukunpuuskia, tai hän kiivasuu helposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei näytä kaipaavan seuraa, leikkii usein itsekseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On yleensä tottelevainen, tavallisesti tekee niin kuin aikuinen käskää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on monia huolia, näyttää usein huolestuneelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen koskien mainitun lapsenne käyttäytymistä viimeisen 6 kk:n (tai kuluvan kouluvuoden) aikana merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä. 5–17v lapset

Tarjoutuu auttamaan, jos joku loukkaa itsensä, on pahoilla mielin tai huonovointinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jatkuvasti hypistelemässä jotakin tai kiemurtelee paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on ainakin yksi hyvä ystävä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usein tappelee toisten lasten kanssa tai kiusaa muita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usein onneton, mieli maassa tai itkuinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleensä muiden lasten suosiossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helposti häiriintyvä, mielenkiinto harhailee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uusissa tilanteissa pelokas tai aikuiseen takertuva, vailla itseluottamusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen koskien mainitun lapsenne käyttäytymistä viimeisen 6 kk:n (tai kuluvan kouluvuoden) aikana merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä. 5–17v lapset

Kiltti nuorempiaan kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valehtelee tai petkuttaa usein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muiden lasten silmätikku tai kiusaamisen kohde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjoutuu usein auttamaan muita (vanhempiaan, opettajia, muita lapsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harkitsee tilanteen ennen kuin toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varastaa kotoa, koulusta tai muualta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tulee paremmin toimeen aikuisten kuin toisten lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsii monista peloista, usein peloissaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saattaa tehtävät loppuun, hyvin pitkäjänteinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Strengths and Difficulties Questionnaire © Robert Goodman, 2005

L. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS (LOMAKE)

Tassa lomakkeessa on seuraavaksi kysymykset liittyen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Suomessa ei saa syrjia ketään perustuen seksuaalisuuteen tai seksuaalikayttäytymiseen. Kysymysten avulla voimme tunnistaa tarttuviin tauteihin altistavaa riskikayttäytymistä sekä ylipaataansa havaita mahdollista hoidon, turvan, tuen ja avun tarvetta. On tärkeää, että vastaat kysymyksiin oman tilanteesi mukaan ajattelematta, mikä on omassa yhteisössä yleensä hyväksyttyä. Muista, että antamasi tiedot kasitellaan luottamuksellisesti ja tulokset esitetaan vain yhteenvetoina, joista ei voi ketään tunnistaa.

1. Joissakin maissa tehdään tytöille tai pojille ympärileikkauksia, jolla voi olla vaikutusta terveyteen. Onko lapsellesi tehty ympärileikkaus?

1 Ei

2 Kyllä

- Poikien ei-lääketieteellisellä ympärileikkauksella tarkoitetaan uskonnollisiin tai kulttuurisiin syihin perustuvaa toimenpidettä, jossa pojan siittimestä poistetaan esinahkaa.

- Tyttöjen ympärileikkauksella tarkoitetaan kulttuurisista tai muista ei-hoidollisista syistä tehtäviä toimenpiteitä, joihin liittyy naisten ulkoisten sukuelinten osittainen tai täydellinen poistaminen tai niiden vahingoittaminen jollain muulla tavalla.

2. Jos kyllä, minkä ikäisenä ympärileikkaus lapselle tehtiin:

_____ -vuotiaana

Onko lapsen äidille tehty ympärileikkaus?

Kysytään vain, jos vastaajana on äiti:

1 Ei

2 Kyllä

3 Vastaajana ei ole äiti

Terveystarkastuslomake

Sisältö

A. PAINO.....	1
B. PITUUS	1
C. IHON KUNNON TARKKAILU.....	2
D. SUUN TUTKIMUS	2
E. JATKOHOIDON TARVE.....	3
F. LOPETUS	3

Terveystarkastuksen aloitusaika _____ hh:mm

A. PAINO**1. Mitattu paino**

_____ kg (100 g:n tarkkuudella)

2. Huoltajan/edustajan ilmoittama paino

_____ kg (100 g:n tarkkuudella)

3. Miksi ei mitattu

	Ei	Kyllä	Syy
Kieltäytyi	1	2	_____
Ei pysty seisomaan vakaasti	1	2	_____
Muu syy	1	2	_____

4. Painon mittauksessa huomautuksia?

B. PITUUS**5. Mitattu pituus**

_____ cm

6. Huoltajan/edustajan ilmoittama pituus

_____ cm

7. Pituutta ei mitattu, syy

1 Kieltäytyi

2 Ei pysty seisomaan

3 Muu syy, mikä _____

8. Pituuden mittauksen huomautuksia

1 Ei

2 Kyllä, mitä _____

C. IHON KUNNON TARKKAILU

9. Ihon kunto

	Ei	Kyllä
Iho siisti	1	2
Ihottumaa	1	2
Mustelmia	1	2

Ohje hoitajalle: Jos huomaat lapsessa väkivallan merkkejä, ota heti yhteyttä vastaanotokeskuksen hoitajaan

D. SUUN TUTKIMUS

Seuraavaksi vuorossa on suun tutkimus, jossa arvioidaan hampaiden määrää ja irrotettavien hammasproteesien yleisyyttä.

10. Onko sinulla verenvuotoa suussa esimerkiksi harjatessa hampaita?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Harvemmin kuin päivittäin
- 3 Päivittäin

11. Suun tutkimus, onko tehty?

- 1 Ei
- 2 Kyllä → Siirry kysymykseen 12

Miksi ei tehty?

- 1 Kieltäytynyt
- 2 Suu ei aukea kunnolla

12. Onko irrotettavia hammasproteeseja

- 1 Ei → Siirry kysymykseen 14
- 2 Kyllä

Ohje hoitajalle: Pyydä tutkittavaa ottamaan ITSE proteesit pois suusta ja laittamaan ne pöydällä olevaan kaarimaljaan (tämä siksi ettei proteesi rikkoudu pois otettaessa) Samoin tutkittava laittaa ITSE proteesit suuhun tarkastuksen jälkeen. Jos mahdollista kostuta proteesi suihkepullossa olevalla vedellä ennen suuhun laittamista. Anna tutkitavalle esim. kosteuspyyhe käsien pyyhkimiseen.

13. Onko huomatuksia proteeseista?

- 1 Ei ole
- 2 Epäsiisti
- 3 Näkyvästi rikki
- 4 Muuta

14.

Hampaiden lukumäärä yläleuka _____

Hampaiden lukumäärä alaleuka _____

Suun tutkimukseen liittyviä huomioita.

Ohje hoitajalle: kirjaa, onko selvästi havaittavissa seuraavia:

- 1 Ei huomioita
- 2 Yksi tai useampi lohjenneita paikkoja
- 3 Yksi tai useampi lohjenneita hampaita
- 4 Yksi tai useampi kariespesäkkeitä eli reikiä
- 5 Heiluva hammas tai useita heiluvia hampaita
- 6 Pahanhajuinen hengitys
- 7 Limakalvomuutoksia (kuten haavaumia, paukamia, hiivasieneltä näyttävä löydös tms.)
- 8 Plakkia hampaissa
- 9 Näkyvää turvotusta
- 10 Muuta

E. JATKO-OHJAUKSEN TARVE

15. Jatko-ohjaus

- 1 Ei jatko-ohjausta
- 2 Annettu terveysneuvontaa
- 3 Ohjattu itse hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle
- 4 Muu jatko-ohjaus, mikä _____

F. LOPETUS

Terveystarkastuksen lopetusaika _____ hh:mm



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Tutkimusid

Tarra

Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus (TERTTU) 2018

TUTKIMUSLOMAKKEET

Alle kouluikäiset lapset (0–6 vuotta)



TURVAPAIKKA-,
MAAHANMUUTTO- JA
KOTOUTTAMISRAHASTO
Euroopan unionin tuella



Haastattelulomake

Sisältö

A. TAUSTATIEDOT	1
A1. Taustatiedot.....	1
A2. Äidinkieli ja tutkimuskieli.....	1
HAASTATTELU	2
B. LAPSEN TERVEYS, KASVU JA KEHITYS ENNEN SUOMEEN TULOJA.....	2
B1. Varhaislapsuus	2
B2. Lapsen kasvu ja kehitys	3
C. OLESKELU JA OLOSUHTEET ENNEN SUOMEEN TULOJA	4
C1. Turvapaikanhakumatkan kulku ja oleskeluolosuhteet.....	4
C2. Läheiset ihmiset.....	5
D. KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET TERVEYSONGELMAT	5
D1. Koettu terveydentila	5
D2. Toimintakyky	7
D3. Sairaudet ja lääkityksen tarve.....	8
E. AJANKOHTAINEN OIRELU	9
E1. Tuberkuloosioireet.....	9
E2. Muut viimeaikaiset oireet ja kivut.....	10
F. ROKOTUKSET	11
F1. Sairastetut rokotteilla ehkäistävät taudit	11
F2. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotukset	11
G. MIELENTERVEYS	12
G1. Traumaattiset kokemukset.....	12
H. SUUNTERVEYS.....	13
H1. Lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden käyttö	13
H2. Hampaiden omahoito.....	13
I. ELINTAVAT JA RAVITSEMUS	14
I1. Imetystiedot.....	14
I2. Kiinteät ruoat	14
I3. Vältetyt ruoka-aineet	14
J. LOPETUS.....	15
K. PSYKKISET OIREET (SDQ-LOMAKE)	16
L. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS (LOMAKE).....	19

HOITAJAN TÄYTTÄMÄT ENNAKKOTIEDOT

1. Päiväys: _____ Haastattelija: _____

A. TAUSTATIEDOT

A1. Taustatiedot

2. Tutkittavan syntymäkuukausi ja vuosi kk ____|____ vv |____|____|____|____|

3. Tutkittavan sukupuoli:

- 1 Poika
- 2 Tyttö

4. Tutkimuspaikka:

- 1 Helsingin vastaanottokeskus
- 2 Turun vastaanottokeskus
- 3 Joutsenon vastaanottokeskus
- 4 Oulun vastaanottokeskus
- 5 Muu, mikä _____

A2. Äidinkieli ja tutkimuskieli

5. Tutkittavan äidinkieli:

- 1 Arabia
- 2 Kurdi
- 3 Dari
- 3 Persia
- 4 Somali
- 6 Venäjä
- 7 Englanti
- 8 Ranska
- 9 Muu, mikä _____

6. Käytettiinkö haastattelussa ulkopuolista tulkkia?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, järjestetty tulkki

7. Millä kielellä (tulkkauksieli) haastattelu toteutettiin?

- 1 Arabia
- 2 Kurdi
- 3 Dari
- 3 Persia
- 4 Somali
- 6 Venäjä
- 7 Englanti
- 8 Ranska
- 9 Muu, mikä _____

8. Kuka toimi vastaajana?

- 1 Tutkittavan vanhempi/huoltaja
- 2 Tutkittavan edustaja
- 3 Muu, kuka _____

Tutkimuksen aloitusaika _____ hh:mm

HAASTATTELU

Kiitos suostumuksestanne osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen aikana ensin haastattelen sinua lapsen terveydestä ja siihen vaikuttavista asioista ja sen jälkeen teen terveystarkastuksen lapselle. Käydään kysymykset läpi järjestyksessä. Jos haluat keskustella jostakin asiasta tarkemmin, voidaan palata siihen haastattelun lopussa. Tutkimukseen osallistuminen on luottamuksellista. Kaikkiin kysymyksiin ei ole pakko vastata. Aloitetaan taustatiedoista.

B. LAPSEN TERVEYS, KASVU JA KEHITYS ENNEN SUOMEEN TULOJA

B1. Varhaislapsuus

9. Millä raskausviikolla lapsi syntyi?

- 1 Raskausviikko _____
- 2 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi ennenaikaisesti
- 3 En osaa tarkasti sanoa, mutta suurin piirtein täysiaikaisena
- 4 En tiedä

10. Oliko äidillä synnytykskomplikaatioita tai todettiinko lapsella poikkeamia heti syntymän jälkeen?

- 1 Ei
- 2 Kyllä
- 3 En tiedä, mikä _____

11. Mikä oli lapsen syntymäpaino?

- 1 Paino _____ grammaa (g)
- 2 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi pienipainoinen (<2kg)
- 3 En osaa tarkasti sanoa, mutta normaalipainoinen
- 4 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi isokokoinen (>4kg)
- 5 En tiedä

12. Mikä oli lapsen syntymäpituus?

- 1 Syntymäpituus _____ cm
- 2 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi pienikokoinen (<47 cm)
- 3 En osaa tarkasti sanoa, mutta normaalinkokoinen
- 4 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi isokokoinen (>55cm)
- 5 En tiedä

B2. Lapsen kasvu ja kehitys

1. Minkä ikäisenä lapsi on oppinut kävelemään?

- 1 _____ kk ikäisenä
- 2 Ei vielä osaa/ ei pysty
- 3 En osaa tarkasti sanoa, mutta samanikäisenä kuin ikätoverit
- 4 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi myöhemmin kuin ikätoverit
- 5 En tiedä

2. Minkä ikäisenä lapsi on oppinut puhumaan?

- 1 Sanoja _____ kk ikäisenä
- 2 Lauseita _____ kk ikäisenä
- 3 Ei vielä osaa
- 4 En osaa tarkasti sanoa, mutta samanikäisenä kuin ikätoverit
- 5 En osaa tarkasti sanoa, mutta selvästi myöhemmin kuin ikätoverit
- 6 En tiedä

Seuraavat kysymykset koskevat kieltä, jota lapsi osaa parhaiten.

3. Osaako lapsi oman äidinkielen lisäksi jotakin muuta kieltä?

- 1 Ei
- 2 Arabia
- 3 Kurdi
- 4 Dari
- 5 Persia
- 6 Somali
- 7 Venäjä
- 8 Englanti
- 9 Ranska
- 12 Muu, mikä _____

4. Onko lapsen kasvua ja kehitystä seurattu säännöllisesti?

Ohje haastattelijalle: Säännöllisellä seurannalla tarkoitetaan neuvolatyyppistä seurantaa.

- 1 Ei → Siirry kysymykseen 18
- 2 Kyllä
- 3 En tiedä

5. Onko terveydenhuollon ammattilainen todennut lapsen kehityksessä poikkeamia?

	Ei	Kyllä	En tiedä
Näkö	1	2	3
Kuulo	1	2	3
Liikkuminen Ohje haastattelijalle: Motorinen kehitys (hienomotoriikka ja karkea motoriikka)	1	2	3
Muu poikkeama, mikä _____	1	2	3

A. OLESKELU JA OLOSUHTEET ENNEN SUOMEEN TULOJA

Seuraavaksi kysyn Teiltä lapsen matkasta ja läheisistä saadaksemme kokonaisvaltaisen kuvan lapsen terveyteen vaikuttavista asioista.

C1. Turvapaikanhakumatkan kulku ja oleskeluolosuhteet

6. Onko lapsi ollut teidän mukanaan koko matkan ajan siitä lähtien, kun lähditte vakituudesta asuinpaikastanne?

- 1 Ei
- 2 Osan matkasta
- 3 Kyllä

Ohje haastattelijalle: Tässä tarkoitetaan turvapaikanhakumatkaa edeltävää asuinpaikkaa.

7. Milloin lapsi on lähtenyt vakituudesta asuinpaikastaan?

- 1 Vuosiluku _____ TAI matkan kesto vuosina _____
- 2 En tiedä

8. Missä lapsi on oleskellut sen jälkeen?

Ohje haastattelijalle: Tähän lasketaan myös, jos on ollut Suomessa ennen kuin on hakenut turvapaikkaa/tullut vastaanottokeskuksen kirjoille.

Maa	Millaisessa majoituksessa:				Kuinka pitkään?
	Katu	Leiri	Asunto	Muu, mikä?	
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja
	1	2	3	4 _____	____ vuosia ____ kuukausia ____ viikkoja

C2. Läheiset ihmiset

9. Seuraavaksi kysyn lapsen läheisistä ja missä he ovat tällä hetkellä.

Ohje haastattelijalle: Jos on sekä Suomessa että muualla asuvia sisaruksia/muita läheisiä, voi valita useita vaihtoehtoja.

Onko lapsella:	Ei ole	Kuollut	Suomessa	Muualla	Missä maassa/maissa?
1 Isä	1	2	3	4	5 _____
2 Äiti	1	2	3	4	5 _____
3 Sisaruksia	1	2	3	4	5 _____
4 Muita hänelle läheisiä ihmisiä	1	2	3	4	5 _____

A. KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET TERVEYSONGELMAT

Seuraavaksi siirrymme lapsen nykyistä terveyttä ja hyvinvointia käsitteleviin kysymyksiin. Ensin kysyn lapsen terveydestä.

D1. Koettu terveydentila

Ohje haastattelijalle: Pitkäaikainen on kestänyt tai sen odotetaan kestävän vähintään puoli vuotta. Huomioidaan myös muut kuin lääkärin toteamat sairaudet. Sairaus luokitellaan pitkäaikaiseksi, vaikka se ei vaivaisi tai vaikka se olisi täysin hallinnassa, kausiluonteinen tai ajoittainen tai jakso kestää kerrallaan alle puoli vuotta, mutta sairaus on pitkäaikainen.

1. Onko lapsen terveydentila mielestänne nykyisin:

- 1 Hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Keskitasoinen
- 4 Melko huono
- 5 Huono

2. Onko lapsella jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

3. Rajoittaako jokin terveysongelma lasta, joita samanikäiset lapset tavallisesti tekevät?

- 1 Rajoittaa vakavasti
- 2 Rajoittaa, mutta ei vakavasti
- 3 Ei rajoita lainkaan → Siirry kysymykseen 26

4. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

D2. Toimintakyky

Jos lapsi on alle 2v → Siirry kysymykseen 28

5. Onko lapsella vaikeuksia:

	Ei vaikeuksia	Vähän vaikeuksia	Paljon vaikeuksia	Ei pysty lainkaan
Nähdä (jos hän käyttää silmälasia tai piilolinsejä, arvioi näkökykyä niiden kanssa)	1	2	3	4
Kuulla (jos hän käyttää kuulolaitetta, arvioi kuuloa sen kanssa)	1	2	3	4
Kävellä (jos hän käyttää kävelyn apuvälinettä, arvioi kävelykykyä sen kanssa)	1	2	3	4

Seuraavat kysymykset vain 2–4-vuotiaille:

Onko lapsella vaikeuksia:

	Ei vaikeuksia	Vähän vaikeuksia	Paljon vaikeuksia	Ei pysty lainkaan
Oppia uusia asioita (samanikäisiin lapsiin verrattuna)	1	2	3	4
Leikkiä (samanikäisiin lapsiin verrattuna)	1	2	3	4
Ymmärtää sinua	1	2	3	4
Poimia pieniä esineitä kädellään (samanikäisiin lapsiin verrattuna)	1	2	3	4

Seuraavat kysymykset vain 5–6-vuotiaille:

Onko lapsella vaikeuksia:

	Ei vaikeuksia	Vähän vaikeuksia	Paljon vaikeuksia	Ei pysty lainkaan
Oppia uusia asioita	1	2	3	4
Muistaa asioita	1	2	3	4
Keskittyä johonkin sellaiseen, jonka tekemisestä hän nauttii	1	2	3	4

Seuraava kysymys vain 4–6-vuotiaille:**1. Onko sinulla vaikeuksia ymmärtää tätä lasta, kun hän puhuu?**

- 1 Ei vaikeuksia
 2 Vähän vaikeuksia
 3 Paljon vaikeuksia
 4 Ei pysty lainkaan

D3. Sairaudet ja lääkityksen tarve**2. Onko lapsella seuraavia sairauksia tai usein toistuvia terveysongelmia:**

	Ei	Kyllä
Diabetes	1	2
Astma	1	2
Epilepsia	1	2
Ruoka-aineallergia	1	2
Atooppinen, allerginen ihottuma	1	2
Muu allergia, mikä	1	2
Toistuva korvatulehdus/muut infektiot	1	2
Synnyynnäinen sydänvika	1	2
Muu synnyynnäinen rakennevika, sairaus tai vamma, mikä	1	2
Väkivallan tai tapaturman aiheuttama vamma, mikä/missä	1	2
Jokin muu pitkäaikainen sairaus tai vamma, mikä	1	2

3. Onko lapsella jokin säännöllinen lääkitys tai sen tarve?

- 1 Ei → Siirry kysymykseen 30
 2 Kyllä

Mitä lääkkeitä:	Ei	Kyllä
Diabeteslääke, insuliini	1	2
Astmalääkkeitä	1	2
Allergialääkkeitä	1	2
Epilepsialääke	1	2
Epilepsialääke	1	2
Ihon hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä tai lääketoiteita	1	2
Joku muu lääke	1	2

Jos joku muu lääke, mikä?

	Mikä?	Mihin vaivaan?
Muu lääke1		
Muu lääke 2		
Muu lääke 3		

E. AJANKOHTAINEN OIRELU

Seuraavat kysymykset liittyvät tartuntatautien ehkäisyyn. Niiden avulla selvitetään, onko lapsella tulehdukseen viittaavia oireita.

Ohje haastattelijalle: Jos tutkittava vastaa kaikkiin kolmeen tuberkuloosioireisiin viittaviin kysymyksiin kyllä (yli kaksi viikkoa kestänyt kuume, yli kolme viikkoa kestänyt yskä ja yöhikoilua”, oireet voivat viitata tuberkuloositartuntaan. Jos sinulle (haastattelijalle) herää tuberkuloosiepäily ja asia ei ole tullut vielä ilmi vastaanottokeskuksen hoitajan vastaanotolla, ohjaa tutkittavan keskustelemaan oireista vastaanottokeskuksen hoitajan kanssa. Lisäksi ole yhteydessä THL:n tutkimuksen yhteyshenkilöön.

E1. Tuberkuloosioireet

4. Onko lapsella ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kaksi viikkoa kestänyttä kuumetta?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

5. Onko lapsella ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kolme viikkoa kestänyttä yskää?

- 1 Ei → Siirry kysymykseen 34
- 2 Kyllä

6. Onko ollut limaista yskää?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

7. Entä veriyskää?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

E2. Muut viimeaikaiset oireet ja kivut

1. Onko lapsella viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja:

	Päivittäin	Muutaman kerran viikossa	Kerran viikossa tai harvemmin	Ei koskaan
Ripulia	1	2	3	4
Ummetusta	1	2	3	4
Muita vatsavaivoja	1	2	3	4
Virtsamiseen liittyviä vaivoja	1	2	3	4
Ruokahaluttomuutta	1	2	3	4
Vaikeuksia päästä uneen	1	2	3	4
Pelkoja	1	2	3	4
Änkytystä	1	2	3	4
Iho-ongelmia	1	2	3	4
Päänsärkyä	1	2	3	4
Muita kipuja, mitä ____	1	2	3	4

Seuraavat kysymykset vain 4–6-vuotiaille:**Onko lapsella viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?**

	Päivittäin	Muutaman kerran viikossa	Kerran viikossa tai harvemmin	Ei koskaan
Päiväkastelua	1	2	3	4
Yökastelua	1	2	3	4
Turhimista	1	2	3	4

F. ROKOTUKSET

Seuraavaksi kysyn taudeista, joita voidaan ennaltaehkäistä rokotuksilla. Suomessa kaikille tarjotaan rokotuksia näitä tauteja vastaan ja nyt haluaisimme selvittää, onko lapsi sairastanut jonkin näistä aiemmin tai saanut rokotuksia näitä tauteja vastaan.

Ohje haastattelijalle: Käytä kuvakortteja kysymysten tukena.

F1. Sairastetut rokotteilla ehkäistävät taudit

2. Onko lapsi sairastanut aiemmin jonkin seuraavista taudeista:

	Ei	Kyllä	En muista
Sikotauti	1	2	3
Vihurirokko	1	2	3
Tuhkarokko (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3

F2. Ennen Suomeen tuloa saadut rokotukset

3. Onko lapsi saanut rokotuksia ennen Suomeen tuloa?

1 Kyllä

2 Ei lainkaan → Siirry kysymykseen 37

3 En muista

Mitä rokotteita?

	Ei	Kyllä	En muista
Jäykkäkouristus	1	2	3
Kurkkumätä	1	2	3
Polio (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3
Tuhkarokko (ohje haastattelijalle: Näytä kuva)	1	2	3
Sikotauti (ohje haastattelijalle: Näytä tarvittaessa kuva)	1	2	3
Vihurirokko (ohje haastattelijalle: Näytä tarvittaessa kuva)	1	2	3
Joku muu rokote, mikä _____	1	2	3

G. MIELENTERVEYS

Toisinaan ihmisille tapahtuu asioita, jotka ovat äärimmäisen järkyttäviä – esimerkiksi että he joutuvat hengenvaaralliseen tilanteeseen, kuten vakavaan onnettomuuteen tai tulipaloon, joutuvat pahoinpidellyksi, näkevät toisen ihmisen kuoleman tai kuulevat, että jollekin läheiselle on tapahtunut jotain hirveää.

G1. Traumaattiset kokemukset

1.

	Ei	Kyllä	Ennen matkaa	Matkalla
Onko lapsen perheessä tapahtunut viime vuonna jokin vakava muutos (avioero tms.)?	1	2	1	2
Onko lapsi joskus joutunut eroon perheestään vastoin tahtoaan (esim. poliisin, sosiaaliviranomaisten tai sotilaiden toimesta, tai synnyinmaasta paetessa)?	1	2	1	2
Onko kukaan lapselle todella rakas kuollut?	1	2	1	2
Onko lapsella koskaan ollut henkeä uhkaavaa terveysongelmaa?	1	2	1	2
Onko lapsi ollut vakavassa onnettomuudessa (esim. auto-onnettomuudessa)?	1	2	1	2
Onko lapsi koskaan ollut luonnonkatastrofissa tai vastaavassa (esim. tulvassa, pyörre-myrskyssä, tulipalossa, lumivyöryssä, maanjäristyksessä, panttivankina, kemikaalionnettomuudessa)?	1	2	1	2
Onko lapsi kokenut sodan tai aseellisen konfliktin synnyinmaassaan?	1	2	1	2
Onko kukaan koskaan lyönyt, potkinut, ampunut tai muulla tavoin yrittänyt vahingoittaa lasta ruumiillisesti?	1	2	1	2
Onko lapsi koskaan nähnyt sellaista tapahtuvan jollekin toiselle tosielämässä (ei vain televisiossa tai elokuvassa)?	1	2	1	2
Onko joku joskus yrittänyt koskettaa lasta seksuaalisesti vastoin tahtoa tai pakottanut lapsen seksiin?	1	2	1	2
Onko lapsi koskaan ollut jossain muussa hyvin stressaavassa tilanteessa jossa hän tunsi itse olevansa suuressa vaarassa?	1	2	1	2
Onko lapsi koskaan ollut jossain muussa hyvin stressaavassa tilanteessa jossa hän tunsi jonkun toisen olevan suuressa vaarassa?	1	2	1	2

2. Ohje haastattelijalle: Anna tutkittavalle SDQ- ja lisääntymisterveyslomakket, jotka hän täyttää itse tai auta tarvittaessa täyttämässä. Tarkasta, että kaikki kohdat on täytetty. Jos vastaaja on lukutaidoton tai työskentely tapahtuu tulkin kanssa, luetaan kysymykset ääneen.

H. SUUNTERVEYS

Monet asiat kuten hampaiden hoito/suunterveys ja ravitsemus vaikuttavat lapsen terveyteen. Seuraavaksi kysyn Teiltä niistä.

H1. Lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden käyttö

3. Milloin lapsi kävi viimeksi lääkäriissä?

- 1 Suomessa
- 2 Matkan aikana
- 3 Ennen matkaa
- 4 Ei ole koskaan käynyt lääkäriissä
- 5 En tiedä

4. Milloin lapsi kävi viimeksi hammaslääkäriissä?

- 1 Suomessa
- 2 Matkan aikana
- 3 Ennen matkaa
- 4 Ei ole koskaan käynyt hammaslääkäriissä
- 5 En tiedä

H2. Hampaiden omahoito

5. Kuinka usein lapsen hampaita harjataan?

- 1 Kaksi kertaa päivässä tai useammin
- 2 Kerran päivässä
- 3 Harvemmin kuin joka päivä
- 4 Ei koskaan
- 5 En tiedä

Jos lapsi on 3–6-vuotias → Siirry kysymykseen 46

I. ELINTAVAT JA RAVITSEMUS

I1. Imetystiedot

42. Onko lasta imetetty?

- 1 Ei → Siirry kysymykseen 45
- 2 Kyllä

43. Täysimetys (vain rintamaitoa), mihin ikään asti? _____kk

44. Osittainen imetys (rintamaidon lisäksi vauva on saanut vettä äidinmaidonkorviketta/kiinteää ruokaa) mihin ikään asti? _____kk

I2. Kiinteät ruoat

45. Vain alle 2-vuotaiden huoltajille: Onko lapsi saanut tähän mennessä joitakin seuraavista ruoka-aineista ja minkä ikäisestä lähtien?

	Ei	Kyllä
Peruna, porkkana, muut juurekset	1	2 __ __ kk:n iästä
Marjat, hedelmät	1	2 __ __ kk:n iästä
Mehut	1	2 __ __ kk:n iästä
Kasvikset, salaattit	1	2 __ __ kk:n iästä
Viljat (puurot, vellit, leipä, keksit, jauhot)	1	2 __ __ kk:n iästä
Liha (nauta, sika, broileri, lammas, riista, makkara)	1	2 __ __ kk:n iästä
Kala	1	2 __ __ kk:n iästä
Aidinmaidonkorvikkeet	1	2 __ __ kk:n iästä
Maitotuotteet	1	2 __ __ kk:n iästä
Rasvat (öljyt, margariini, voi, majoneesi)	1	2 __ __ kk:n iästä

I3. Vältetyt ruoka-aineet

46. Vain yli 6kk vuotiaiden huoltajille: Välttättekö lapsen ruokavaliossa joitakin seuraavista ruoka-aineista?

	Ei	Kyllä	Uskonnollisista syistä	Eettisistä syistä	Terveys-syistä	Muu syy, mikä
Liha	1	2	1	2	3	4_____
Kala	1	2	1	2	3	4_____
Maito-tuotteet	1	2	1	2	3	4_____
Kanan-muna	1	2	1	2	3	4_____
Viljat	1	2	1	2	3	4_____
Joku muu ruoka-aine	1	2	1	2	3	4_____

Tässä olivat kaikki kysymykset. Paljon kiitoksia vastauksistasi!

J. LOPETUS**47. Onko sinulla vielä jotain kysyttävää tästä tutkimuksesta tai jäikö jokin kysymyksissä käsitelty asia askarruttamaan sinua?**

Ohje haastattelijalle: Haastattelijakoulutuksen ohjeita, miten neuvotaan hakemaan palveluja ja tukea jos haastattelu on nostanut pintaan ikäviä kokemuksia tai kysymyksiä omaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyen.

Kenttä haastattelijan huomioille (sellaisille, mitkä eivät käy ilmi muualta lomakkeesta)

48. Haastattelun lopetusaika _____ **hh:mm**

K. PSYKKISET OIREET (SDQ-LOMAKE)

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen koskien mainitun lapsenne käyttäytymistä viimeisen 6 kk:n (tai kuluvan kouluvuoden) aikana merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä. **5–17v lapset**

	Ei päde	Pätee jonkin verran	Pätee varmasti
Ottaa muiden tunteet huomioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levoton, yliaktiivinen, ei pysty olemaan kauan hiljaa paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valittaa usein päänsärkyä, vatsakipua tai pahoinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakaa auliisti tavaroitaan (karkkeja, leluja, värikyniä jne) muiden lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on usein kiukunpuuskia, tai hän kiivastuu helposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei näytä kaipaavan seuraa, leikkii usein itsekseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On yleensä tottelevainen, tavallisesti tekee niinkuin aikuinen kysyy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on monia huolia, näyttää usein huolestuneelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen koskien mainitun lapsenne käyttäytymistä viimeisen 6 kk:n (tai kuluvan kouluvuoden) aikana merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä. **2–4v lapset**

	Ei päde	Pätee jonkin verran	Pätee varmasti
Ottaa muiden tunteet huomioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levoton, yliaktiivinen, ei pysty olemaan kauan hiljaa paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valittaa usein päänsärkyä, vatsakipua tai pahoinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakaa auliisti tavaroitaan (karkkeja, leluja, värikyniä jne) muiden lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on usein kiukunpuuskia, tai hän kiivastuu helposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei näytä kaipaavan seuraa, leikkii usein itsekseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On yleensä tottelevainen, tavallisesti tekee niinkuin aikuinen käsklee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on monia huolia, näyttää usein huolestuneelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen koskien mainitun lapsenne käyttäytymistä viimeisen 6 kk:n (tai kuluvan kouluvuoden) aikana merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä. **5–17v lapset**

Tarjoutuu auttamaan, jos joku loukkaa itsensä, on pahoilla mielin tai huonovointinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jatkuvasti hypistelemässä jotakin tai kiemurtelee paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on ainakin yksi hyvä ystävä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usein tappelee toisten lasten kanssa tai kiusaa muita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usein onneton, mieli maassa tai itkuinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleensä muiden lasten suosiossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helposti häiriintyvä, mielenkiinto harhailee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uusissa tilanteissa pelokas tai aikuiseen takertuva, vailla itseluottamusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen koskien mainitun lapsenne käyttäytymistä viimeisen 6 kk:n (tai kuluvan kouluvuoden) aikana merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä. **2–4v lapset**

Tarjoutuu auttamaan, jos joku loukkaa itsensä, on pahoilla mielin tai huonovointinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jatkuvasti hypistelemässä jotakin tai kiemurtelee paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on ainakin yksi hyvä ystävä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usein tappelee toisten lasten kanssa tai kiusaa muita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usein onneton, mieli maassa tai itkuinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleensä muiden lasten suosiossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helposti häiriintyvä, mielenkiinto harhailee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uusissa tilanteissa pelokas tai aikuiseen takertuva, vailla itseluottamusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen koskien mainitun lapsenne käyttäytymistä viimeisen 6 kk:n (tai kuluvan kouluvuoden) aikana merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä. **5–17v lapset**

Kiltti nuorempiaan kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valehtelee tai petkuttaa usein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muiden lasten silmätikku tai kiusaamisen kohde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjoutuu usein auttamaan muita (vanhempiaan, opettajia, muita lapsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harkitsee tilanteen ennen kuin toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varastaa kotoa, koulusta tai muualta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tulee paremmin toimeen aikuisten kuin toisten lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsii monista peloista, usein peloissaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saattaa tehtävät loppuun, hyvin pitkäjänteinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyytäisimme teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen koskien mainitun lapsenne käyttäytymistä viimeisen 6 kk:n (tai kuluvan kouluvuoden) aikana merkitsemällä rasti yhteen kolmesta annetusta vaihtoehdosta: ”Ei päde”, ”Pätee jonkin verran”, ”Pätee varmasti”. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma - tai, että kysymys kuulostaa älyttömältä. **2–4v lapset**

Kiltti nuorempiaan kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valehtelee tai petkuttaa usein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muiden lasten silmätikku tai kiusaamisen kohde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjoutuu usein auttamaan muita (vanhempiaan, opettajia, muita lapsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harkitsee tilanteen ennen kuin toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varastaa kotoa, koulusta tai muualta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tulee paremmin toimeen aikuisten kuin toisten lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsii monista peloista, usein peloissaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saattaa tehtävät loppuun, hyvin pitkäjänteinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Strengths and Difficulties Questionnaire © Robert Goodman, 2005

L. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS (LOMAKE)

Tassa lomakkeessa on seuraavaksi kysymykset liittyen seksuaali- ja lisaantymisterveyteen. Suomessa ei saa syrjia ketaan perustuen seksuaalisuuteen tai seksuaalikayttaymiseen. Kysymysten avulla voimme tunnistaa tarttuviin tauteihin altistavaa riskikayttaytymista seka ylipaataansa havaita mahdollista hoidon, turvan, tuen ja avun tarvetta. On tarkeaa, etta vastaat kysymyksiin oman tilanteesi mukaan ajattelematta, mika on omassa yhteisossasi yleensa hyvaksyttya. Muista, etta antamasi tiedot kasitellaan luottamuksellisesti ja tulokset esitetaan vain yhteenvetoina, joista ei voi ketään tunnistaa.

1. Joissakin maissa tehdään tytöille tai pojille ympärileikkauksia, jolla voi olla vaikutusta terveyteen. Onko lapsellesi tehty ympärileikkaus?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

- Poikien ei-lääketieteellisellä ympärileikkauksella tarkoitetaan uskonnollisiin tai kulttuurisiin syihin perustuvaa toimenpidettä, jossa pojan siittämisestä poistetaan esinahkaa.
- Tyttöjen ympärileikkauksella tarkoitetaan kulttuurisista tai muista ei-hoidollisista syistä tehtäviä toimenpiteitä, joihin liittyy naisten ulkoisten sukuelinten osittainen tai täydellinen poistaminen tai niiden vahingoittaminen jollain muulla tavalla.

2. Jos kyllä, minkä ikäisenä ympärileikkaus lapselle tehtiin:

_____ -vuotiaana

Onko lapsen äidille tehty ympärileikkaus?

Kysytään vain, jos vastaajana on äiti.

- 1 Ei
- 2 Kyllä
- 3 Vastaajana ei ole äiti

Terveystarkastuslomake

Sisältö

A. BCG-ARVEN TARKASTUS.....	1
B. IHON KUNNON TARKKAILU	1
C. JATKO-HOIDON TARVE.....	1
D. LOPETUS	1

1. Terveystarkastuksen aloitusaika _____ hh:mm

A. BCG-ARVEN TARKASTUS

2. BCG-arpi

1 Ei

2 Kyllä, missä _____

B. IHON KUNNON TARKKAILU

3. Ihon kunto

	Ei	Kyllä
Iho siisti	1	2
Ihottumaa	1	2
Mustelmia	1	2

Ohje hoitajalle: Jos huomaat lapsessa väkivallan merkkejä, ota heti yhteyttä vastaanottokeskuksen hoitajaan.

C. JATKO-HOIDON TARVE

4. Jatko-ohjaus

1 Ei jatko-ohjausta

2 Annettu terveysneuvontaa

3 Ohjattu itse hakeutumaan vastaanottokeskuksen hoitajalle

4 Muu jatko-ohjaus, mikä _____

D. LOPETUS

Terveystarkastuksen lopetusaika _____ hh:mm

Haastattelun tukena käytetyt kuvat

Tuhkarokko



Lähde: Centers for Disease Control and Prevention, Barbara Rice

Polio



Lähde: Centers for Disease Control and Prevention



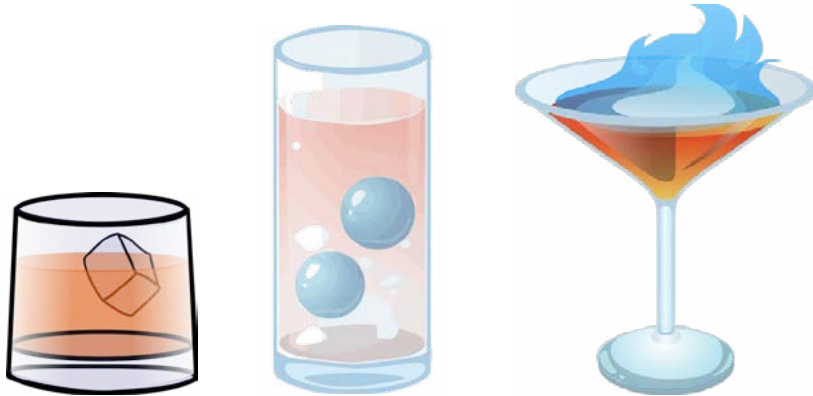
Lähde: World Health Organization

1 annos alkoholia:

-0,33 l pullo tai tölkki III-olutta tai siideriä tai 12 cl lasi mietoa viiniä



-4 cl annos väkeviä

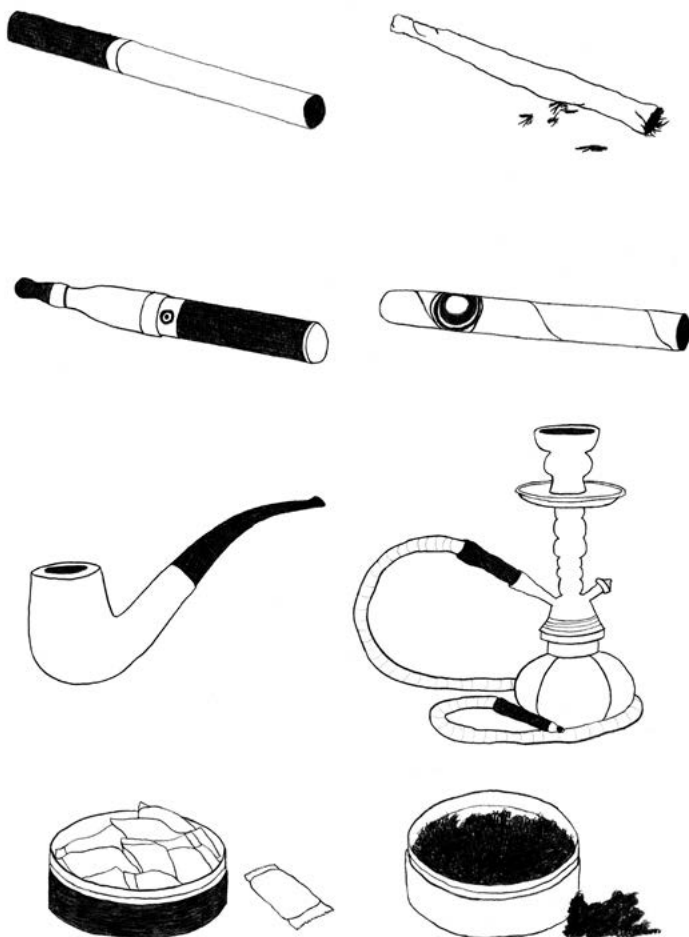


1,5 annosta alkoholia:

-0,5 l pullo tai 0,5 l pullo III-olutta



Tupakkatuotteet



Traumavamman sijainti

