

Vankien terveys ja hyvinvointi 2023

Wattu IV -vankiväestötutkimus

Mika Rautanen
Kennet Harald
Sasu Tyni
(toim.)



Raportti 007/2023

Mika Rautanen, Kennet Harald ja Sasu Tyni (toim.)

Vankien terveys ja hyvinvointi 2023

Wattu IV -vankiväestötutkimus



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Mika Rautanen

Kuvat:

Rikosseuraamuslaitos sivuilla 44, 101, 134, 139, 140, 169, 170, 182, 194, 207, 216, 225, 226.

THL/VTH sivuilla 55, 56, 66, 76, 90, 102, 111, 112, 152, 160, 181, 208, 215.

Mika Rautanen sivulla 22.

ISBN 978-952-408-149-8 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-408-148-1 (pdf)

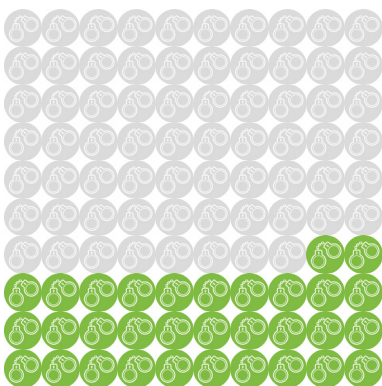
ISSN 1798-0089 (pdf)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-148-1>

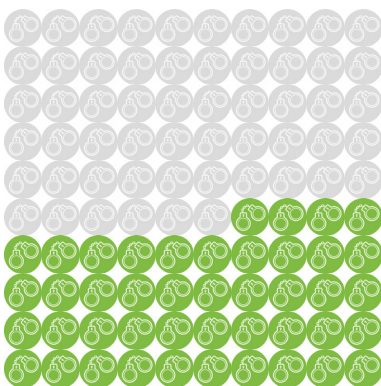
PunaMusta Oy 2023

”Riippuu siitä, miten
saan tarpeeksi aktiivisen
monitahoisesti tyydyttävän
elämän ilman säätämistä.
Se on työn alla, mutta jos ei
siihen löydy jotain ratkaisua
niin takaisin tullaan.”

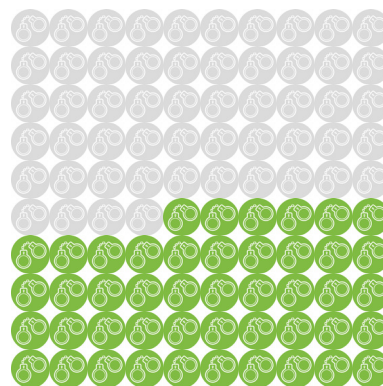
*– Vangin vastaus tutkimus-
kysymykseen siitä, missä hän
on viiden vuoden kuluttua
vapautumisestaan.*



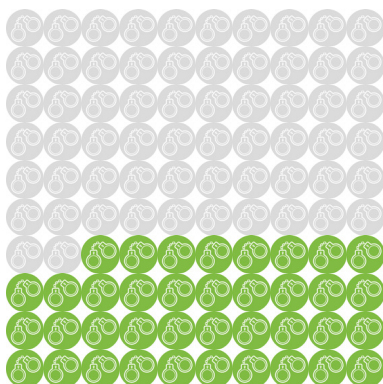
Hampaat vaurioituneet väkivallan seurauksena (32 %)



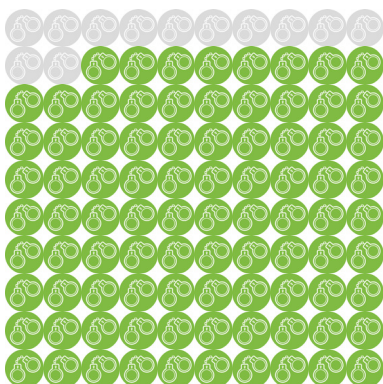
Miehiä jotka ovat pistäneet dopingaineita (43 %)



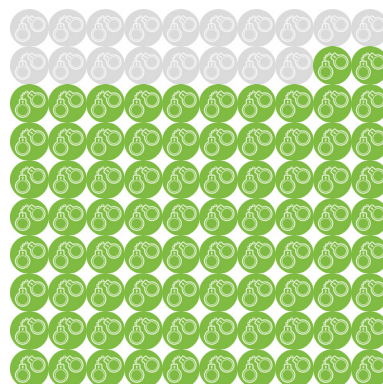
Miehiä joilla on ADHD-piirteitä (46 %)



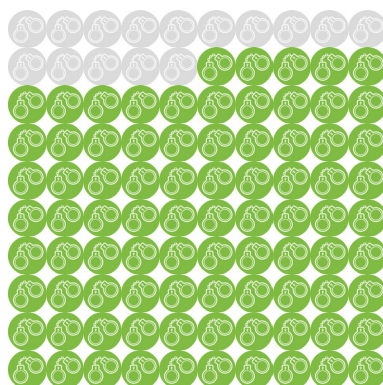
Oman ilmoituksen mukaan C-hepatiitti mutta ei siihen hoitoa (38 %)



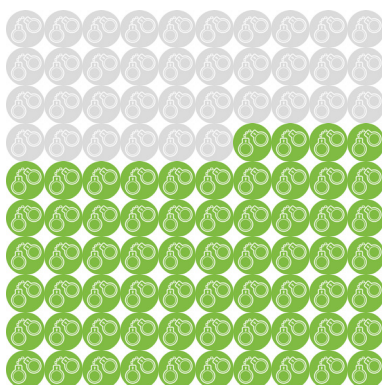
Miehiä joilla on jokin elämän-aikainen päihdehäiriö (88 %)



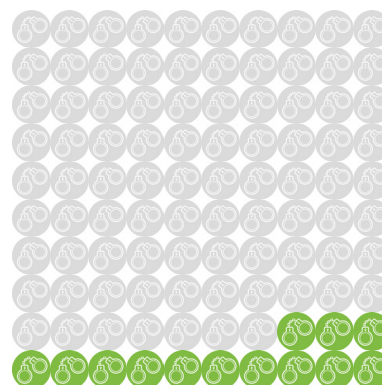
Naisia joilla on jokin elämän-aikainen päihdehäiriö (82 %)



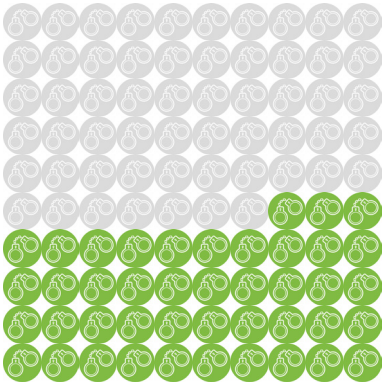
Päivittäin tupakoivia naisia (85 %)



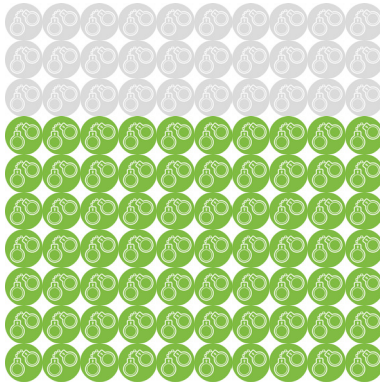
Päivittäin tupakoivia miehiä (64 %)



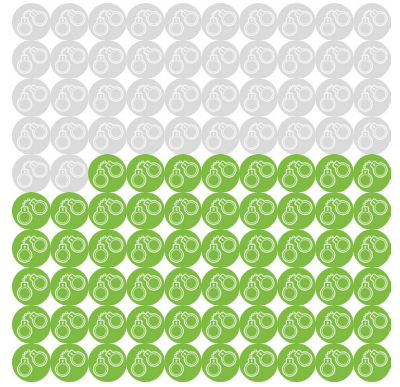
Naisia jotka täyttävät autismipiirteiden kriteerit (13 %)



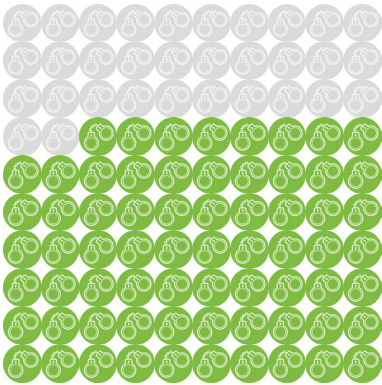
Naisia joilla on ADHD-piirteitä (43 %)



ADHD-piirteisistä kurinpidollisessa eristyksessä olleet (70 %)

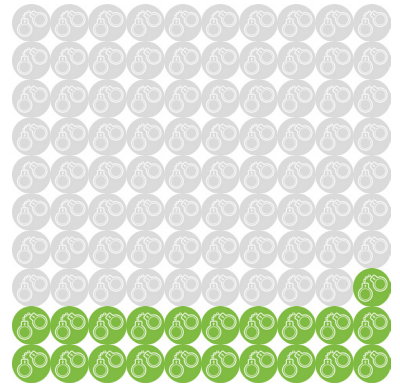


Ei varmaa asuntoa odottamassa vapautumisen jälkeen (58 %)

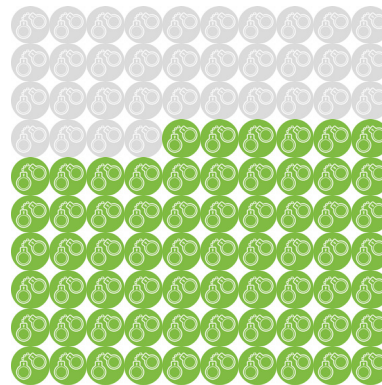


Kokevat kipuja (68 %)

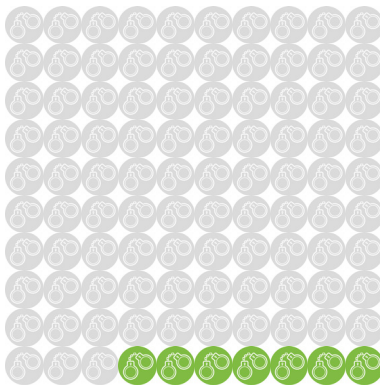
S A T A VANKIA SADASTA VANGISTA



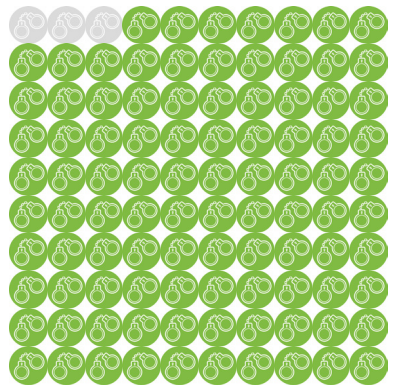
Erittäin heikko osallisuuden kokemus (21 %)



Toisten kanssa jaettu huumeiden pistovälineitä vankilassa käyttäneitä (66 %)



Opioideja ennen vankeutta käyttäneet joille on aloitettu korvaushoito vankilassa (7 %)



Fyysistä väkivaltaa elämänsä aikana kokeneet naiset (97 %)

VANKI VAHVEM- MAKSI

– TERVEYSTUTKIMUS

OSALLISTU TUTKIMUKSEEN – SAAT TIETOA
TERVEYDESTÄSI JA VOIT VAIKUTTA A KAIKILLE
VANGEILLE KUULUVIIN PALVELUIHIN.

- 1 Saat osallistumiskirjeen
- 2 Tapaat tutkimushoitajan
- 3 Pääset terveystarkastukseen
- 4 Jatkotutkimuksina suun
terveys, mielenterveys
ja verinäytteen otto

Tutkimuksella selvitetään 500 vangen
terveydentila ja palvelujen tarve.
Tutkimus tehdään suomen kielellä.
Osallistujat valitaan satunnaisesti.
Osallistuminen on vapaaehtoista.

Undersökningen
genomförs på finska.

The research is
conducted in Finnish.

Uurimus tehakse
suome kielellä.

Опрос проводится на
финском языке.

نعمل البحث في فنلندي

Esipuhe

Väestötutkimuksen tekeminen muistuttaa tutkimusmatkaa. Se auttaa entistä tarkemman kartan piirtämisessä. Vankiväestötutkimus puolestaan on kuin purjehtimista kartan valkoisille vesille, menoa sinne, mistä tiedetään vielä vähän. Kummassakin tavoite on sama: auttaa yhteiskuntaa ymmärtämään paremmin kansalaisiaan, jotta heidän tarpeisiinsa voidaan vastata.

Vankitutkimuksessa haetaan vastauksia siihen, miten vangit voivat, mutta pelkäämään vankila-aikaan keskittyminen ei ole riittävä tavoite. On katsottava kauemmas ja nähtävä, mitä vankilassa tietyllä hetkellä olevien ihmisten tunteminen tarkoittaa laajemmin ottaen, mitä vankeus merkitsee terveyden kannalta.

Vankeusaika on terveyden ja hyvinvoinnin *panoptikon*. Muistan hätkähdykseni, kun tutustuimme Sveitsin vankilaterveydenhuoltoon ja näin ensimmäistä kertaa keskustarkkailumalliin rakennetun 1800-lukulaisen vankilan. *Panoptikonin* ideana on mahdollistaa arkkitehtuurin avulla kaikkien vankien yhtäaikainen, jatkuva tarkkailu. Malli on hyvästä syystä nykyrakentamisessa hylätty epäinhimillisenä.

Vankilassa ollaan rakennustavasta huolimatta tarkkailun alaisena edelleen. Katse on kuitenkin muuttunut, sillä nyt rankaisemiseen liitetään mahdollisuus muutokseen. Nyt katsotaan tarkemmin, millaisia edellytyksiä vangilla on tehdä asioita toisin, mikä on hänen motivaationsa ja missä olosuhteissa hän elää ennen ja jälkeen vankeuden. *Panoptikon* ei ole enää rakennus vaan se on *aikaikkuna*, jonka vankeus avaa marginaaliväestön terveyteen.

Vankilassa ollaan vain jonkin aikaa ihmisen elämästä, ja vankivirtauma on suuri. Vankeuksia toisin sanoen alkaa ja päättyy päivittäin, tutkinta- tai sakkovankeja, ensi- tai moninkertalaisia kulkee vankilan porttien läpi jatkuvana virtana. Vangeilta jonakin ajanhetkenä kerätyt tiedot täydentävät siten laajempaa käsitystä kansalaisista yleensä ottaen, ihmisinä vangit sulautuvat isossa kuvassa osaksi koko yhteiskuntaa.

Vankitutkimus (Wattu IV) avaa tämän ikkunan ja antaa mahdollisuuden tutustua vankien maailmaan ja sen kautta koko suomalaiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Luki- ja ei tosin pääse tutkimusmatkallaan helpolla. Raportti sisältää termejä rikosseuraamusosalta ja terveydenhuollosta, tieteestä ja käytännön elämästä. Artikkelien rakenne on laadittu helpottamaan yksittäisiä lukuhetkiä eri aiheiden parissa, mutta ne on kirjoitettu myös koko kirjan systemaattista, tutkivaa läpilyöntiä silmällä pitäen.

Punaisena lankana halki raportin kulkee itse asiassa useita lankoja, ne esitellään kirjan alkuviivoilla. Kyse on taustatiedoista, muuttujista, jotka kuvaavat vangin demografiaa mutta myös erityisiä vankilamaailmaan liittyviä teemoja. Esimerkiksi vapaaehtoinen hakeutuminen eristykseen vankeuden aikana on ilmiö, josta tiedettiin hyvin vähän ennen Wattu IV -tutkimusta. Samalla läpileikkaavalla otteella tutkijat kertovat vangin työkyvystä tai vaikkapa inkapasitaation, laitosajan, vaikutuksista terveyteen.

Tärkeänä osana kirjassa on vangin ääni. Avovastausten ja palvelukokemusten avulla aineisto puhuttelee lukijaa vangin omakohtaisilla huomioilla ja toiveilla. Laadullista aineistoa hyödynnetään artikkeleissa määrällisen tiedon ohella.

Näin monipuolinen tutkimuskokonaisuus ei olisi mahdollinen ilman yhteistyötä. Ensinnäkin vankien ennakkoluulon osallistumisinto oli kaikkein tärkeintä. En epäillyt hetkeäkään vangin halukkuutta ja kyvykkyyttä vastata satoihin tutkimuskysymyksiin ja tulla mukaan vaativiin haastatteluihin ja mittauksiin. Vangit ovat hoitotapaamisissa aina olleet kiinnostuneita terveydestään ja pitäneet arvossa heidän mielipiteidensä kuulemista. Kiitän kaikkia osallistuneita vankeja. Teitte arvokkaan työn.

Ilman kenttätutkijoita mistään ei olisi tullut mitään. Eikä kukaan olisi voinut johtaa tutkimushoitajien kenttää paremmin kuin Mariitta Vaara kaikella kokemuksellaan. Kartan valkoisia osuuksia tiedonkeruun jälkeen kartoitti täysin korvaamaton Merja Mikkola. Hänen menettelytapaosaamisensa ja taustamekanismien tajunsa nosti tutkimuksen paikalleen THL:lla. Sasu Tyni ja Kennet Harald antoivat dataosaamisensa ja kokemuksensa koko tutkijaryhmän käyttöön tavalla, johon kukaan muu ei olisi pystynyt. THL–VTH–Rise-yhteistyö todella kulminoitui toimitustyössämme.

Risen, VTH:n ja THL:n rautaiset ammattilaiset ovat tehneet Wattu IV -tiedonkeruun mahdolliseksi. Kirjan kirjoittajat ovat tehneet Vankien terveys ja hyvinvointi 2023 -raportin todeksi. Lukijana sinulla on kaikki mahdollisuudet viedä tutkimusmatka maailmaan ja tehdä tiedon avulla vaikuttavia päätöksiä. Ja vanki, sinä voit vielä vahvistua!

Helsingissä 7.9.2023

Mika Rautanen

Tutkimuksen johtaja, THL
LL, osastonylilääkäri, VTH
Oikeuspsykiatrian erikoislääkäri
Terveydenhuollon palvelumuotoilija

Kirjoittajat

Henrikki Brummer-Korvenkontio, **THL**
Sari Castrén, **THL**
Cristina Gonzáles, **THL**
Sisko Huuromen, **THL** ja **Itä-Suomen yliopisto**
Anna-Maria Isola, **THL**
Niina Junttila, **Turun yliopisto**
Sakari Kainulainen, **Diak**
Katariina Keinonen, **Jyväskylän yliopisto**
Maija Kinos-Jehkonen, **VTH**
Jukka Koskelo, **A-klinikkasäätiö**
Katja Koskialho, **Jyväskylän yliopisto**
Kristiina Kuussaari, **THL**
Taina Laajasalo, **THL**
Petra Laivonen, **Helsingin yliopisto**
Raimo Lappalainen, **Jyväskylän yliopisto**
Lars Leemann, **THL**
Emil Leppänen, **Itä-Suomen yliopisto**
Jonna Levola, **Helsingin yliopisto**
Kirsi Liitsola, **THL**
Kalle Lind, **THL**
Marko Manninen, **THL**
Hanna Markkanen, **Sanat haltuun -hanke**

Tanja Matilainen, **Turun yliopisto**
Katri Mikkola, **Helsingin yliopisto** ja **Autismisäätiö**
Merja Mikkola, **THL**
Kaisa Mishina, **Turun yliopisto**
Solja Niemelä, **Turun yliopisto**
Hanna Ollila, **THL**
Jussi Palomäki, **THL**
Seija Pekkala, **Helsingin yliopisto**
Päivi Rainò, **Humanistinen ammattikorkeakoulu**
Kirsimarja Raitasalo, **THL**
Eero Raittio, **Itä-Suomen** ja **Aarhusin yliopistot**
Anne Raivisto, **Rise**
Mika Rautanen, **THL** ja **VTH**
Kitta Ripatti, **THL**
Otto Ruokolainen, **THL**
Patrick Sandström, **THL** ja **Filha ry**
Liisa Suominen, **THL** ja **Itä-Suomen yliopisto**
Sasu Tyni, **THL** ja **Rise**
Miisa Törölä, **Itä-Suomen yliopisto**
Mariitta Vaara (**ex-VTH/THL**)
Tarkat kirjoittajatiedot löytyvät jokaisen artikkelin lopusta.

Toimitus: Mika Rautanen, **THL** ja **VTH**, Kennet Harald, **THL**, Sasu Tyni, **THL** ja **Rise**

Tiivistelmä

Mika Rautanen, Kennet Harald ja Sasu Tyni (toim.). Vankien terveys ja hyvinvointi 2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 007/2023. 256 sivua. Helsinki 2023. ISBN 978-952-408-149-8 (painettu); ISBN 978-952-408-148-1 (verkkojulkaisu)

Vankien terveys ja hyvinvointi 2023 (Wattu IV) on THL:n, Rikosseuraamuslaitoksen (Rise) ja Vankiterveydenhuollon (VTH) yksikön yhdessä toteuttama terveystarkastustutkimus väestöryhmässä, joka ei näy perinteisissä väestötutkimuksissa. Hanketta koordinoi THL:n Valtion palvelut -osasto. Aiemmat vankitutkimukset ovat olleet osa Risen toimintaa, ja edellinen Wattu III -tutkimusraportti julkaistiin vuonna 2010. Wattu IV -tiedonkeruussa hyödynnettiin väestötutkimuksissa yleisesti käytettyjä terveys- ja hyvinvointimittareita.

Tiedonkeruun tavoite oli perinteisten väestötutkimusten tapaan saada tietoa terveydentilasta ja ehkäistä ennalta sairauksia, mutta vankiväestössä tavoite laajeni koskemaan vaikeiden sosiaalisten ongelmien kasautumista. Vaikuttavimmillaan tutkimus auttaa ehkäisemään vankeuteen päätymistä ja vähentämään rikollisuutta. Lisäksi haluttiin tunnistaa keinoja hoito- ja palvelupolkujen jatkuvuuden vahvistamiseksi ja tuottaa tietoa vankiterveydenhuollon palveluiden ja vankeinhoidon kehittämisen tueksi.

Tiedonkeruu koostui kaikille annettavasta kyselylomakkeesta, tutkimushoitajan tekemästä haastattelusta ja terveystarkastuksesta sekä alaotoksille tehdyistä laboratoriotutkimuksista, suun terveystarkastuksesta, suun panoraamaröntgenkuvasta sekä mielenterveyden häiriöitä kartoittavista haastatteluista. Lisäksi jaettiin anonyymisti palautettava kyselylomake.

Tutkimus toteutettiin sekä suljetuissa vankiloissa (Helsinki, Riihimäki, Hämeenlinna ja Turku) että avovankiloissa (Suomenlinna, Ojoinen, Vanaja ja Huittinen). VTH:n työntekijät vastasivat tutkittavien rekrytoinnista, terveystarkastuksesta, haastattelusta ja verinäytteen otosta. Suun terveystarkastuksen tekivät VTH:n hammaslääkärit ja -hoitajat, ja mielenterveyshaastatteluista vastasivat VTH:n psykiatriset hoitajat sekä Risen psykologit. Tutkimushoitajat koulutettiin menetelmien käyttöön THL:n väestötutkimusasiantuntijoiden avulla.

Tutkimusotos muodostui 403 miehestä ja 126 naisesta. Kieltäytyneitä oli 17,5 %. Tutkimukseen valittiin vankeja, jotka suorittivat määräaikaista tai elinkautista vankeutta. Vangeilla tuli olla Suomen kansalaisuus, ja rangaistuksen jäljellä olevan ajan tuli olla tutkimushetkellä vähintään yksi kuukausi. Tutkimusotoksen vangit ovat taustoiltaan vertailukelpoisia kuvaamaan tietyinä päivinä suljetuissa vankiloissa paikalla olevia vankeusvankeja.

Tutkimus vahvisti, että vangit ovat moniongelmaisia ja kuuluvat paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevien joukkoon. Pitkäaikaissairastaminen ja terveyspalvelujen käyttö oli koko väestöön nähden yleisempää, ja noin neljännes vangeista näyttäytyi terveyspalvelujen suurkäyttäjinä.

ADHD-oirekuva tunnistettiin 46 prosentilla miehistä ja 43 prosentilla naisista. He olivat nuorempia, harvemmin ensikertalaisia ja vähemmän kouluttautuneita muihin vankeihin verrattuna. Kahdeksalla prosentilla vangeista oli elämänsä aikana ollut jokin psykoosisairaus, pois lukien päihdepsykoosi, joka oli ollut 34 prosentilla. Lähes kaikilla oli psykoosisairausten lisäksi joko päihde- tai persoonallisuushäiriö, usein molemmat.

Elinaikainen päihdehäiriö todettiin 87 prosentilla vangeista. Ongelmallinen alkoholin käyttö painottui vanhempiin ikäryhmiin, kun taas nuoremmilla yleisimpiä olivat huumeongelmat. Kokaiinin käyttö oli merkittävästi lisääntynyt edeltävään Wattu III -tutkimukseen verrattuna.

C-hepatiittitartunnan saaneita oli 44 prosenttia ja kroonisia kantajia 13 prosenttia vangeista. Hiv-tartunta oli yhdellä prosentilla. Vankilassa huumeita oli käyttänyt pistämällä 34 prosenttia vastaajista. Heistä kahdella kolmesta oli ollut ruiskujen ja neurolojen yhteiskäyttöä.

Vangit kokivat suunterveytensä keskitasoiseksi tai huonoksi useammin kuin muu väestö ja raportoivat paljon suun alueen vaivoja, esimerkiksi kipua. Vangeilla oli paljon paikattuja hampaita. Vangeista kolmannes (32 %) kertoi hampaidensa vaurioituneen väkivallan ja kaksi viidestä (42 %) tapaturman takia.

Terveystarkastuksen tulokset kertoivat lihavuudesta. Vankimiesten painoindeksi oli keskimäärin 28,9 ja naisvankien 28,9.

Luottamus toisiin ihmisiin oli vangeilla muuta väestöä vähäisempää. Luottamus oli pidempään vankilassa olleilla vangeilla ensikertalaisia matalampaa. Miesvangit kokivat naisia enemmän yksinäisyyttä.

Vankien resilienssi oli ryhmätasolla perusväestöä heikompa. Vankimiehistä puolella ja vankinaisista kolmella viidestä resilienssi jäi matalalle tasolle. Vangeilla, joiden resilienssi oli matala, oli muita vankeja useammin työkykyyn ja terveyteen liittyviä ongelmia, ja heidän tuomionsa olivat lyhyempiä.

Vangit suoriutuivat kielellisten taitojen tehtävissä kokonaisuutena hyvin. Kuitenkin alle 30-vuotiaiden vankien kyvyt olivat merkittävästi heikompia kuin yli 30-vuotiailla.

Kokonaisuutena tarkastellen vankien terveys ja hyvinvointi oli muuta väestöä heikompa. Tarve vankeusaikaa edeltäville ja sen jälkeen jatkuville palveluille korostui. Samalla esiin nousi edellytyksiä terveyden edistämiseksi ja riskien ennalta ehkäisylle. Vankeusaika näyttöä mahdollisuutena tunnistaa ja hyödyntää näitä edellytyksiä.

Wattu IV -tiedonkeruussa muodostettu aineisto on osa THL:n tietovarantoa. Sitä säilytetään ja sen käyttöä edistetään THL:n käytäntöjen ja lupamenettelyjen mukaisesti. Tutkimusaineisto sisältää määrällisen, epidemiologisen tiedon lisäksi laadullista tietoa. Tarkoituksena on hyödyntää vankiväestötietoa jatkotutkimuksissa monitieteisesti, jotta kokonaiskuva kansalaisten palvelutarpeista täydentyy ja jotta haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten hyvinvointia voidaan edistää.

Käsillä olevassa raportissa esitetään artikkeleita valikoiduista teemoista, jotka antavat aiempaa monipuolisemman kuvan vankien terveydestä ja hyvinvoinnista. Raportissa esitetään tutkitun tiedon pohjalta lukuisia suosituksia ja jatkotoimenpide-ehdotuksia.

Avainsanat: [Wattu IV tutkimus](#), [vankeus](#), [terveys](#), [toimintakyky](#), [työkyky](#), [hyvinvointi](#)

Sammandrag

Mika Rautanen, Kennet Harald och Sasu Tyni (red.). Vankien terveys ja hyvinvointi 2023. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 007/2023. 256 sidor. Helsinki 2023. ISBN 978-952-408-149-8 (tryckt); ISBN 978-952-408-148-1 (nätpublikation)

Undersökningen om fångars hälsa och välfärd 2023 (Vankien terveys ja hyvinvointi 2023, Wattu IV) är en hälsoundersökning som THL, Brottsförhållningsmyndigheten (Rise) och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar genomför tillsammans i en befolkningsgrupp som inte syns i traditionella befolkningsundersökningar. Projektet koordineras av THL:s avdelning för statens tjänster. Tidigare undersökningar av fångar har varit en del av Rises verksamhet och den föregående undersökningsrapporten, Wattu III, publicerades 2010. I datainsamlingen Wattu IV utnyttjades indikatorer för hälsa och välfärd som används allmänt.

Målet med undersökningen var i likhet med traditionella befolkningsundersökningar att samla information om hälsotillståndet och förebygga sjukdomar, men i förestående undersökning fångpopulationen utvidgades målet att omfatta även anhopningen av svåra sociala problem. I bästa fall kan undersökningen bidra till att förebygga fängelsestraff och minska brottsligheten. Förutom detta sökte man identifiera metoder för att stärka kontinuiteten i vård- och servicetjänster samt producera information som stöd för att utveckla tjänsterna inom hälso- och sjukvården för fångar och fångvården.

Datainsamlingen utfördes med enkät som delades ut till samtliga fångar, en intervju och en hälsoundersökning som genomfördes av en forskningsskötare samt för ett delurval även laboratorieundersökningar, en undersökning av munhälsan, en panoramaröntgen av munnen samt intervjuer vilka kartlade störningar i den psykiska hälsan. Utredningen omfattade även en enkät som skulle returneras anonymt.

Undersökningen utfördes både på slutna (Helsingfors, Riihimäki, Tavastehus och Åbo) och i öppna anstalter (Sveaborg, Ojoinen, Vånå och Vittis). De anställda vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ansvarade för att rekrytera personer att delta i undersökningen samt för hälsoundersökningen, intervjun och blodprovstagningen. Kontrollen av munhälsan utfördes av tandläkare och tandskötare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar medan psykiatriska sjukskötare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Rises psykologer ansvarade för intervjuerna om psykisk hälsa. Forskningsskötarna fick utbildning i att använda metoderna av THL:s experter inom befolkningsundersökningar.

Undersökningsprovet bestod av 403 män och 126 kvinnor. Andelen personer som avböjde att delta i utredningen uppgick till 17,5 procent. I undersökningen inkluderades fångar vilka avtjänade fängelsestraff på antingen tid eller livstid. Fångarna skulle ha finskt medborgarskap och den tid som återstod av straffet skulle vid tidpunkten för undersökningen vara minst en månad. Fångarna i undersökningsprovet har en jämförbar bakgrund och beskriver fångar i slutna fångelser en viss dag.

Undersökningsresultaten bekräftade att fångar har många problem och hör till den grupp av människor som behöver många social- och hälsovårdstjänster. Bland fångarna fanns fler i behov av hälso- och sjukvårdstjänster än i befolkningen i stort. En fjärdedel av fångarna visade sig använda hälso- och sjukvårdstjänster i stor utsträckning.

Vid undersökningen framkom att 46 procent av männen och 43 procent av kvinnorna hade symptom vilka passade in på ADHD. Dessa patienter var något yngre och hade en lägre utbildningsnivå i jämförelse med fångpopulationen i övrigt och deras andel av återfall i brott var högre. Livstidsprevalensen av psykosjukdom var åtta procent och av dessa fångar hade majoriteten även en diagnosticerad rusmedels- och/ eller personlighetsstörning, och ofta båda. Rusmedelsinducerade mera kortvariga psykotiska episoder framkom hos 34 % av fångarna. Nästan alla hade utöver en psykosjukdom också antingen en missbruks- eller personlighetsstörning, ofta båda.

Av fångarna hade 87% i något skede av livet haft en missbruksrelaterad problematik. Problematisk alkoholkonsumtion koncentrerades till äldre åldersgrupper, medan de yngre oftare hade problem med narkotika. I utredningen framkom en markant ökning i användningen av kokain i jämförelse med föregående Wattu undersökning.

Av respondenterna hade 34 % injicerat droger i fängelse och två av tre hade delat sprutor och nålar med andra fångar. 44 procent framkom som hepatit C positiva och 13 % var kroniska bärare av sjukdomen. En procent av fångarna var hiv positiva. 34 procent av respondenterna hade injicerat droger i fängelset. Två av tre hade använt sprutor och nålar tillsammans med andra.

Fångarna upplevde sin munhälsa som medelmåttig eller dålig oftare än den övriga befolkningen och de rapporterade mycket besvär i munområdet, till exempel smärta. Fångarna hade många lappade tänder. En tredjedel (32 %) av fångarna berättade att deras tänder skadats på grund av våld och två av fem (42 %) på grund av olycksfall.

Resultaten från hälsoundersökningen vittnade om omfattande fetma bland fångarna. Viktindexet för såväl manliga som kvinnliga fångar var i genomsnitt 28,9.

Fångarna hade mindre förtroende för andra människor än den övriga befolkningen. Förtroendet var lägre hos fångar som suttit i fängelse en längre tid än hos fångar som satt i fängelse första gången. Manliga fångar upplevde mer ensamhet än vad de kvinnliga fångarna upplevde.

Fångarnas resiliens var på gruppnivå sämre än hos basbefolkningen. Hos hälften av de manliga fångarna och hos tre av fem av kvinnorna låg resiliensen på en låg nivå. Fångar med låg resiliens hade ofta kortare domar än de övriga fångarna men de hade oftare problem med arbetsförmåga och hälsa.

Fångarna klarade i det stora hela uppgifter som mäter de språkliga färdigheterna bra. Färdigheterna hos fångar under 30 år var dock betydligt svagare än hos fångar över 30 år.

Som helhet var fångarnas hälsa och välfärd sämre än hos befolkningen i övrigt. Behovet av tjänster före och efter fängelsetiden var markant. Utredningen visade att fängelsetiden gav förutsättningar för att identifiera och förebygga risker samt förutsättningar för att främja hälsa i den undersökta populationen. Fängelsetiden visade sig vara en möjlighet att identifiera dessa förutsättningar.

Det material som bildats i datainsamlingen Wattu IV är en del av THL:s datalager. Materialet bevaras och hanteras i enlighet med THL:s praxis och tillståndsförfaranden. Forskningsmaterialet innehåller förutom kvantitativ, epidemiologisk information även kvalitativ information. Syftet med det insamlade materialet är att främja tvärvetenskapligt forskningssamarbete och komplettera informationen om medborgarnas servicebehov så att helhetsbilden av medborgarnas servicebehov kompletteras och så att välfärden hos personer i utsatt ställning kan främjas.

I rapporten presenteras artiklar om utvalda teman vilket ger en mer mångfaceterad bild av fångarnas hälsa och välfärd än tidigare. I rapporten presenteras utifrån den information som framkommit ett flertal rekommendationer och förslag till fortsatta åtgärder

Nyckelord: Undersökningen Wattu IV, fångenskap, hälsa, funktionsförmåga, arbetsförmåga, välfärd

Abstract

Mika Rautanen, Kennet Harald and Sasu Tyni (edit.). Vankien terveys ja hyvinvointi 2023. Finnish institute for health and welfare (THL). Report 007/2023. 256 pages. Helsinki 2023. ISBN 978-952-408-149-8 (printed); ISBN ISBN 978-952-408-148-1 (online publication)

The Health and Wellbeing of Finnish Prisoners 2023 (Wattu IV) is a joint health examination study between the Finnish institute for health and welfare (THL), the Prison and Probation Service of Finland (Rise) and the Health Care Services for Prisoners (VTH) on a population group that is not visible in traditional population studies. The project is coordinated by THL's Government Services department. Earlier health surveys of Finnish prisoners have been a part of Rise's activities, and the previous Wattu III survey report was published in 2010. The data collection for Wattu IV utilised health and well-being indicators commonly used in population surveys.

Similarly to traditional population studies, the aim of data collection was to obtain information on health and to prevent illnesses, but in the prison population, the target was expanded to cover the accumulation of difficult social problems. At its most effective, the study helps to prevent imprisonment and reduce crime. In addition, the aim was to identify methods for strengthening the continuity of care and service paths and to produce information to support the development of services provided by Health Care Services for Prisoners and prison administration.

The data collection consisted of a survey sent to all sentenced prisoners, an interview conducted by the study nurse and a health examination, as well as laboratory tests on sub-samples, an oral health examination, an oral panorama X-ray and interviews on mental disorders. In addition, an anonymous questionnaire was distributed.

The study was conducted at both closed prisons (Helsinki, Riihimäki, Hämeenlinna and Turku) and open prisons (Suomenlinna, Ojoinen, Vanaja and Huittinen). VTH employees were responsible for recruiting prisoners and for performing their health examinations and interviews and for taking blood samples. The oral health examination was carried out by dentists and dental nurses employed by VTH, and the mental health interviews were conducted by psychiatric nurses employed by VTH and psychologists employed by Rise. The study nurses were trained in the use of methods with the help of THL's population study experts.

The research sample consisted of 403 males and 126 females. 17.5% refused to participate. Prisoners who were serving an imprisonment for a fixed term or for life were selected for the study. Prisoners had to have Finnish citizenship, and the remaining imprisonment time of their sentence had to be at least one month at the time of the study. It was assured that backgrounds of the prisoners in the sample are comparable to those of prisoners present in closed prisons on a given day.

The results confirmed that prisoners have multiple problems and they are among those who need a lot of social and health care services. Chronic illnesses and the use of health services were more common compared to the entire population, and about a quarter of the prisoners were observed to be heavy users of health care services.

46% of men and 43% of women were identified to have ADHD symptoms. They were younger, less frequently first-timers and less educated compared to other prisoners. Eight per cent of the prisoners had had a psychosis during their lifetime, excluding substance-induced psychosis, which 34 per cent had had. In addition to psychosis, almost everyone had a substance use or personality disorder, often both.

87% of prisoners were diagnosed with a lifelong substance use disorder. Problematic alcohol consumption was emphasised in older age groups, whereas drug problems were more common with the younger groups. The use of cocaine had increased significantly compared to the previous Wattu III study.

44% of prisoners were infected with hepatitis C and 13% had a chronic infection. One per cent had an HIV infection. In prison, 34 per cent of the respondents had used drugs by injecting. Two out of three of them had shared syringes and needles.

Prisoners felt that their oral health was average or poor more often than the rest of the population and reported a lot of oral problems, such as pain. Prisoners had a lot of fillings in their teeth. One third (32%) of prisoners reported that their teeth had been damaged due to violence and two out of five (42%) due to an accident.

The results of the health examination revealed obesity. On average, the male prisoners had a body mass index of 28.9 and female prisoners 28.9.

Prisoners had less trust in other people than the rest of the population. Those prisoners, who had been in prison longer, had less trust than first offenders. Male prisoners felt more loneliness than females.

At the collective level, the resilience of prisoners was lower than that of the general population. Half of male prisoners and three out of five female prisoners had low levels of resilience. Prisoners with low levels of resilience were more likely than other prisoners to have problems related to work ability and health and to serve shorter sentences.

Overall, the prisoners performed well in the tasks related to linguistic skills. However, young prisoners under the age of 30 showed significantly lower proficiency than prisoners over the age of 30.

As a whole, prisoner health and welfare were poorer than those of the rest of the population. The need for services before and after the imprisonment period was emphasised. At the same time, there were emerging opportunities for health promotion and risk prevention. The imprisonment period was seen as an opportunity to identify and utilize these opportunities.

The data collected in Wattu IV are part of THL's data resources. It is stored and it can be utilised in accordance with THL's practices and data access authorisation procedures. In addition to quantitative, epidemiological information, the research material contains qualitative information. The aim is to make multidisciplinary use of data on the prison population in further studies in order to complement the overall picture of citizens' service needs and to promote the welfare of people in vulnerable positions.

This report presents articles on selected themes that provide a more comprehensive picture of the health and welfare of prisoners. The report presents a number of data based recommendations and suggestions for further measures.

Keywords: [Wattu IV study](#), [imprisonment](#), [health](#), [functional capacity](#), [working capacity](#), [welfare](#)

Sisällys

Esipuhe	7
Kirjoittajat.....	9
Tiivistelmä.....	10
Sammandrag.....	12
Abstract	14
Taustatietoa lukijan avuksi	19
Wattu IV -tutkimuksen toteutus	23
Nostoja tutkimusaineistosta	33
ADHD ja neurokirjon piirteet	45
Väkivallan kokemukset ja traumaattisten stressioireiden esiintyvyys	57
Psykoottiset häiriöt.....	67
Suunterveys	77
Infektiotaudit	91
Tupakka- ja nikotiiniuotteiden käyttö.....	103
Päihteiden käyttö ja käyttöhäiriöt	113
Dopingaineiden käyttö	135
Rahapeliongelmat	141
Aleksitymia.....	153
Resilienssi.....	161
Kielelliset taidot.....	171
Yksinäisyys ja sosiaaliset suhteet.....	183
Osallisuuden kokemus	195
Huomioita terveystalveluiden käytöstä – erityisryhmänä mielentilatutkitut.....	209
Keinoja aggressiivisen olon vähentämiseksi.....	217
Työkyky ja työllistymisen esteet	227
Wattu-do.....	234
Liite 1: Tiedote Vankien terveystutkimuksesta	239
Liite 2: SCID-menetelmäkuvaus	243
Liite 3: ADHD:n ja autismitutkimuksen piirteiden arviointimenetelmien kuvaus.....	245
Liite 4: Työryhmä ja kiitokset	249
Liite 5: Wattu-Waari muistelee	251

300 KYSYMYSTÄ TERVEYDESTÄSI!

OSALLISTU TUTKIMUKSEEN – SAAT TIETOA
TERVEYDESTÄSI JA VOIT VAIKUTTA A KAIKILLE
VANGEILLE KUULUVIIN PALVELUIHIN.

- 1 Saat osallistumiskirjeen
- 2 Tapaat tutkimushoitajan
- 3 Pääset terveystarkastukseen
- 4 Jatkotutkimuksina suun terveys,
mielenterveys ja verinäytteen otto

Tutkimuksella selvitetään 500 vangin terveydentila
ja palvelujen tarve. Tutkimus tehdään suomen
kielellä. Osallistujat valitaan sattumanvaraisesti.
Osallistuminen on vapaaehtoista.

Undersökningen
genomförs på finska.

The research is
conducted in Finnish.

Uurimus tehakse
soome keeles.

Опрос проводится на
финском языке.

تعمل البحث في فنلندي



Taustatietoa lukijan avuksi

Rikosseuraamusjärjestelmä

Suomalaisessa rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä yleisinä rangaistusmuotoina ovat erilaiset sakot, yhdyskuntapalvelu, valvontarangaistus sekä ehdollinen tai ehdoton vankeus (1). Ehdotonta vankeutta tuomitaan joko määräaikaisena tai elinkautisena. Määräaikaisten vankeuksien kesto vaihtelee rangaistusasteikon puitteissa, yleinen vähimmäisaika on 14 päivää ja enimmäisaika 15 vuotta. Enimmäisajan tuomiossa on tällöin mukana samalla kertaa useampi vankeusrangaistus. Elinkautinen vankeusrangaistus voidaan tuomita ainoastaan joistakin törkeimmistä rikoksista. Elinkautisen vankeusrangaistuksen kesto on yleensä 14–15 vuotta.

Vankeusvangit suorittavat ehdotonta määräaikaista tai elinkautista vankeusrangaistusta. Ehdotonta vankeusrangaistusta suorittava päästetään ehdonalaisen vapautteen, kun hän on suorittanut määröosan vankeusrangaistuksestaan. Enintään kahden vuoden pituinen vankeusrangaistus voidaan määrätä ehdollisena vähintään yhden ja enintään kolmen vuoden koeajaksi. Jos tuomittu tekee koeaikana rikoksen, josta hänet tuomitaan ehdottomaan vankeuteen, voidaan ehdollinen vankeus määrätä pantavaksi täytäntöön joko kokonaan tai osittain.

Sakko on varallisuuteen kohdistuva rangaistus. Sakon kokonaismäärä perustuu kahteen tekijään: rikoksen moitittavuuteen ja sakotettavan maksukykyyn. Jos sakkoa ei saada perityksi, voidaan maksamatta olevan sakon sijasta rikoslaissa säädetyin edellytyksin määrätä muuntorangaistuksena vankeutta (1).

Vankeutta säädellään usealla eri lain kohdalla, mutta merkittävin näistä on vankeuslaki (2). Rikosta tutkittaessa henkilö voidaan vangita tutkinnan ajaksi. Tutkintavankeus on esitutkinnan ja oikeudenkäynnin aikana käytettävä pakkokeino. Tutkintavankia ei saa sijoittaa avolaitokseen. Tutkintavangin ottaminen vankilaan perustuu tuomioistuimen antamaan vangitsemismääräykseen. Tutkintavankeuden toimeenpanosta vastaavat Rikosseuraamuslaitos ja poliisi (3). Tutkintavankilakiuudistuksen tavoitteeksi on asetettu niin kutsuttu nollapäivätavoite, joka tarkoittaa tutkittavan siirtämistä vankilaan heti tuomioistuimen vangitsemismääräyksen jälkeen.

Wattu IV -tutkimuksessa keskityttiin vankeusvankeihin, koska tutkintavankien tai sakon muuntorangaistusta suorittavien niin sanottujen sakkovankien vankeuden kesto olisi ollut liian lyhyt tai ennustamaton ja siten tehnyt useasta osasta koostuvan tutkimustiedon keräämisen mahdottomaksi. Vankeusvankeja ovat vangit, jotka suorittavat tuomittua ehdotonta määräaikaista tai elinkautista vankeusrangaistusta.

Vankeus

Vankien määrää voi tarkastella usealla tavalla, tyypillisin tapa on vankien keskimääräinen päiväkohtainen luku. Kokonaisluvussa ovat mukana kaikki eri vankeustyyppin vangit. Rikosseuraamuslaitoksen tilastoinnin perusteella vuonna 2022 vankeja oli päiväkohtaisesti keskimäärin 3056, suljetuissa laitoksissa noin 57 % ja avolaitoksissa noin 43 %.

Koronapandemian aikana täytäntöönpanon aloittamista rajoitettiin useaan otteeseen, esimerkiksi vuonna 2021 vankien päiväkohtainen kokonaismäärä oli 2809. Vankeusrangaistukset ovat keskimäärin lyhyitä, yli puolet vankeusvangeista suoritti rangaistusta vankilassa enintään kuusi kuukautta. Vangeista vuonna 2022 naisia oli noin kahdeksan prosenttia, alle 21-vuotiaita noin kolme prosenttia ja ulkomaalaisia 16 prosenttia (4). Vuonna 2021 vankeusvangit muodostivat 78 prosenttia kaikista vangeista, ja heistä oli tuomittu väkivaltarikoksista noin 38 prosenttia, omaisuusrikoksista 23 prosenttia, huumausainerikoksista 22 prosenttia, liikennejuopumuksesta yhdeksän prosenttia ja seksuaalirikoksista seitsemän prosenttia (5).

Vankeusrangaistuksen suorittaminen perustuu yksilölliseen rangaistusajan suunnitelmaan (Ransu). Se sisältää tiedot muun muassa vangin sijoittamisesta, toiminnasta ja elämänhallintaa edistävästä tukitoimenpiteistä rangaistusaikana sekä tietoja vapautumisvaiheen tukitoimenpiteistä. Ransu laaditaan kaikille vankeusvangeille.

Rikosseuraamuslaitos

Rikosseuraamuslaitos (Rise) on oikeusministeriön alaisuudessa toimiva vankeusrangaistusten ja yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpanoviranomainen. Rikosseuraamuslaitoksen tavoitteena on omalta osaltaan ehkäistä uusintarikollisuutta ja lisätä yhteiskunnan turvallisuutta. Rikosseuraamuslaitoksen perustehtävä on rikosoikeudellisten seuraamusten täytäntöönpano.

Vankilaverkosto koostuu ympäri Suomea sijaitsevista 28 yksiköstä, näistä suljettuja tai tutkintavankiloita on puolet. Vankiloiden koot vaihtelevat huomattavasti, suurimmassa Helsingin vankilassa vankipaikkoja on yli 300. Muita suuria vankiloita ovat Turun, Riihimäen ja Vantaan vankilat. Pienimmissä avolaitoksissa vankipaikkoja on alle 50. Tavoitteena on, että vanki on sijoitettuna mahdollisimman avoimesti ja integroituna muun yhteiskunnan toimintaan turvallisuusnäkökohdat huomioiden. Toiminnan periaatteena on, että suoritettavalla seuraamuksella ei olisi itse rangaistuksesta seuraavia rajoitteita enempää kerrannaisvaikutuksia tuomitun elämään. Rikosseuraamuslaitoksen toiminta on säädetty laissa (6,7).

Vankiterveydenhuolto

Vankiterveydenhuollon yksikkö (VTH) on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tulosohjauksessa oleva itsenäinen oikeudellinen yksikkö ja kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alaan. VTH:n toiminta perustuu siitä säädettyyn lakiin (8). VTH tarjoaa kaikille vangeille terveyspalveluita, joita toteutetaan avoterveydenhuollossa ja sairaalapalveluissa. VTH tekee lisäksi oikeuspsykiatrisia arvioita, kuten mielentilatutkimuksia, väkivaltariskiarvioita ja seksuaalirikollisten lääkehoidon arvioita.

VTH:lla on oma valtakunnallinen Lääkekeskus. VTH toimii vankiloiden yhteydessä olevilla poliklinikoilla, joita on 28 ympäri Suomea. Lisäksi VTH:lla on oma sairaalalaitos, joka tarjoaa terveyskeskussairaalatasoista somaattista vuodeosasto-ohitoa Hämeenlinnan vankisairaalassa ja erikoissairaanhoidon tasoista psykiatrista hoitoa Turun ja Vantaan vankiloiden yhteydessä toimivilla vuodeosastoilla.

VTH toimii niin kutsutulla normaalisuusperiaatteella, jonka mukaan vangeille tarjotaan saman tasoiset terveydenhuollon palvelut kuin muullekin väestölle. Ne potilaiden tarvitsemat palvelut, joita VTH ei tuota itse, se hankkii pääasiallisesti hyvinvointialueilta tai muilta terveydenhuollon palveluista tarjoavilta tahoilta.

Kaikki vangit käyvät läpi sairaanhoitajavetoisen tulotilanteen terveystarkastuksen vankilaan saapuessaan. Tarkastuksessa kartoitetaan ennen muuta henkilön terveydentilaa, lääkkeiden käyttöä, toiminta- ja työkykyä vankilaolosuhteisiin nähden ja tehdään tarvittavia hoitosuunnitelmia. Terveydenhuollon palveluilla pyritään siihen, että vanki vapautuu terveempänä, toimintakykyisempänä ja motivoituneena huolehtimaan hyvinvoinnistaan. Vankiterveydenhuollon palveluiden kokonaisuus katetaan budjettivaroin, jotka myönnetään vuosittain.

Lähteet

- 1) <https://oikeusministerio.fi/rikosoikeudellinen-seuraamusjarjestelma>
- 2) Vankeuslaki 767/2005
- 3) Tutkintavankilaki 768/2005
- 4) Rikosseuraamuslaitoksen tilinpäätös ja toimintakertomus 2022
- 5) Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2021
- 6) Laki Rikosseuraamuslaitoksesta (finlex.fi)
- 7) Asetus Rikosseuraamuslaitoksesta (finlex.fi)
- 8) Laki Vankiterveydenhuollon yksiköstä (1635/2015)



Wattu IV -tutkimuksen toteutus

Johdanto

Vankien terveyden tutkimisella on Suomessa pitkä perinne, kuten professori emeritus Matti Joukamaa muistelee tämän raportin lopussa. Edellisen tutkimuksen suunnittelu, tiedonkeruu ja julkaisu toteutettiin vuosina 2005–2010. Wattu III oli kattavin siihen mennessä suoritettu rikosseuraamusasiakkaiden terveystutkimus.

Uusi tiedonkeruu oli tärkeää monista syistä. Koska vankilaan päätyneet ihmiset jätetään lähtökohtaisesti väestöön kohdistettujen terveystutkimusten ulkopuolelle, oli olemassa selvä tietokatve yhteiskunnallisella tasolla. Toisaalta tiedossa oli, että vankilasta löytyvät ihmiset todennäköisesti kuuluvat syrjäytyneisyyden seurauksena paljon palveluita tarvitseviin. Keskeistä oli koota ajantasainen kuva vankien terveydestä ja hyvinvoinnista, selvittää mahdollisia muutoksia terveydentilassa sekä erityisesti saada vertailukelpoista tietoa muuhun väestöön verrattuna.

Uusi tieto on tarpeellista niin palvelujärjestelmän ymmärtämisen ja parantamisen näkökulmasta kuin vankilaan päätyvän ja sieltä vapautuvan henkilön hyvinvoinnin kannalta. Tutkitun tiedon avulla voidaan kehittää Vankiterveydenhuollon ja Rikosseuraamuslaitoksen toimintaa vastaamaan tarkemmin todellisia tarpeita sekä edistää vankien paluuta yhteiskuntaan. Avaintavoite on sama kuin perinteisissä väestötutkimuksissa – ehkäistä ennalta sairauksia –, mutta se laajenee koskemaan vaikeiden sosiaalisten ongelmien kasautumista, ja vaikuttavimmillaan tutkimus auttaa ehkäisemään ennalta vankeuteen päätymistä, vähentämään rikollisuutta.

Wattu IV -tutkimuksen suunnittelu aloitettiin vaiheessa, jossa Vankiterveydenhuollon yksikkö oli juuri siirtynyt Rikosseuraamuslaitokselta Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuuteen vuonna 2016. Tutkimukselle etsittiin toteutustapoja, rahoitusta ja sisältöä samaan aikaan, kun hallinnollisia uudistuksia tehtiin jokaisessa kolmessa konsortion osapuolella.

Tutkimuksen ohjausryhmän puheenjohtajana toimi THL:n Valtion palvelut -osaston johtaja Anneli Pouta. Ohjausryhmässä oli edustus Vankiterveydenhuollosta (johtaja Jussi Korkeamäki, asiantuntijaylilääkäri Hannu Lauerma ja tutkimuksen vastuullinen johtaja Mika Rautanen) sekä Rikosseuraamuslaitokselta (erityisasiantuntijat Ilppo Alatalo ja Ulla Knuuti) ja Diakonissalaitokselta (erityisasiantuntija Sakari Kainulainen). Tutkimusprojektilla oli lisäksi tieteellinen tutkimusryhmä (projektiryhmä), jonka puheenjohtajana toimi tutkimuksen vastuullinen johtaja ja jäsenenä tämän raportin lukujen kirjoittajat.

Alustavan suunnittelutyön jälkeen järjestelmällinen toteutus käynnistyi vuonna 2019, kenttävaihe avattiin marraskuussa 2020 ja tutkittavien rekrytointi loppui kesäkuussa 2022. Päätös toteutuksesta oli tehtävä koronapandemian luomassa epävarmuudessa, mikä otettiin huomioon sekä terveysturvallisuudessa kenttätyössä että tulosten edustavuutta analysoitaessa raportointivaiheessa. Pandemia pitkitti tiedonkeruuta, mutta ei aiheuttanut ylitsepääsemättömiä ongelmia.

Rikosseuraamuslaitos toimi pääasiallisena rahoittajana, THL sekä rahoitti että antoi asiantuntijaosaamista ja tietoteknisiä ratkaisuja tietovarannon muodostamiseksi, ja VTH vastasi tutkimuksen johtamisesta ja käytännön toteutuksesta. Työnjako oli asiantuntijaosaamisen suhteen tarpeenmukaista, ja kukin konsortion jäsen luovutti huomattavasti varsinaisen budjetin ulkopuolista henkilötyöaikaa ja resursseja yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. THL ja VTH toimivat tutkimusaineiston rekisterinpitäjinä.

Lähtökohtana tutkimuksella oli luoda pitkäjänteisen seurannan mahdollistava asetelma ja muodostaa kokonaan uusi tietovaranto, jonka avulla aikaisempaa monialaisempi vankiväestön tutkimus on mahdollista. Esikuvana toimi FinTerveys2017-tutkimusperinne, jonka kanssa yhtenevät menetelmät mahdollistavat vertailun yleisväestöön myös tulevaisuudessa sekä rekisteriseurannan.

Tutkimusaineiston avulla haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin, joista osaa käsitellään tarkemmin tämän raportin asiantuntija-artikkeleissa:

- Miten suomalaiset vangit voivat?
- Millaisia somaattisia sairauksia vangeilla on?
- Millaisia mielenterveyden häiriöitä vangeilla on?
- Millaisia sosiaalisia ja muita hyvinvointiin liittyviä valmiuksia vangeilla ilmenee?
- Miten vankien terveys tai hyvinvointi on muuttunut edelliseen tutkimukseen verrattuna?
- Miltä vankien terveys ja hyvinvointi vaikuttaa yleisväestöön verrattuna?
- Millaisia (terveys)palveluita vangit tarvitsevat rangaistuksen aikana tai sen jälkeen?

Taulukko 1. Tietosisällöt aiheittain ja sukupuolittain sekä osallistumisaktiivisuus.

	osallistuneet n (miehiä/naisia)	kieltäytyneet n (%)
Suostumus tutkimukseen	529 (403/126)	112 (17,5)
Lomakkeet:		
Peruskyselylomake (itse täytettävä, tutkimushoitajan tarkistama)	526 (402/124)	0 ¹
Haastattelulomake (tutkimushoitajan täyttämä)	527 (401/126)	0 ²
Anonyymi kyselylomake (itse täytettävä)	372	132 (26,2)
Tutkimushoitajan tekemät mittaukset:	527 (401/126)	0 ²
Verenpaine ja pulssi		
Pituus ja paino		
Vyötärön ympäryys		
Kognitiiviset testit (CERAD-kyselysarja osittain)		
Tuolilta nousu		
Puristusvoimatesti		
Verinäytteet ja niistä tehdyt analyysit:		
THL:n laboratoriossa keskitetysti⁴:	324 (227/97) ³	58 (15,2)
ALAT, ASAT, AFOS, Albumiini, Apo A-I, Apo B, Calcium, hs-CRP, GGT, Kreatiniini, Kolesteroli, lask. LDL, HDL-Kolesteroli, Trigly, Uraatti, COV-2 IgG II (kvantitatiivinen), Glukoosi, HbA1c, Insuliini		
VTH:n sopimuslaboratorioissa paikallisesti:	397 (299/98)	46 (10,8)
PVK+T, HIVAgAb, HBsAg, HAVAb, HCVAb, HCVN _{h0} (HCVAb-positiivisilta)	140 (98/42)	24 (14,6)
Hammaslääkärin ja -hoitajan tekemä suun kliininen tutkimus	311 (225/86)	25 (7,4)
Panoraamahammasröntgenkuvaus	241 (164/77)	43 (15,1)
Mielenterveyden häiriöiden haastattelututkimukset:		
SCID I	295 (239/56)	43 (12,7)
SCID II	330 (270/60)	33 (9,1)
DIVA 2.0	331 (271/60)	34 (9,3)
Suostumus rekisteritutkimusta varten	529 (403/126)	112 (17,5)
Toteutetaan erillisenä 20 vuoden seurantahankkeena		

¹ kolme suostunutta vapautui/siirtyi pois tutkimusvankiloista ennen kuin sai kyselylomakkeen² kaksi vapautui/siirtyi pois tutkimusvankiloista ennen pääsyä tutkimushoitajan tapaamiseen³ joitain yksittäisiä analyysseja ei voitu toteuttaa näytteen vioittumisen vuoksi⁴ näytteitä säilytetään tulevaisuuden tarpeita varten tutkimussuostumuksen mukaisesti (ks. [Liite 1](#))

Tiedonkeruu, aineisto ja menetelmät

Tiedonkeruu koostui kaikille annettavasta kyselylomakkeesta, tutkimushoitajan tekemästä haastattelusta ja terveystarkastuksesta sekä alaotoksille tehdyistä laboratorio- tutkimuksista, suun terveystarkastuksesta, suun panoraamaröntgenkuvasta sekä mielen- terveyden häiriöitä kartoittavista haastatteluista. Lisäksi jaettiin vapaaehtoisesti ja anonymisti palautettava kyselylomake. Tietosisältöjen aihealueet ja osallistumisaktiivisuus on kuvattu Taulukossa 1.

Tavoitteena oli muodostaa vähintään 400 miehen ja 100 naisen kokonaisuus, josta kerätään kysely- ja terveystarkastustiedot. Tämän lisäksi tavoiteltiin vähintään 300 tutkittavan alaotoksia osatutkimuksiin siten, että otokset olisivat mahdollisimman

edustavia sekä koko vankiväestön että miesten ja naisten suhteen. Tavoitteet saavutettiin, ja edustavuutta käsitellään myöhemmin tässä luvussa.

Tutkimus vietiin sekä suljettuihin vankiloihin (Helsinki, Riihimäki, Hämeenlinna ja Turku) että avovankiloihin (Suomenlinna, Ojoinen, Vanaja ja Huittinen). Vankiterveydenhuollon tehtävään koulutetut työntekijät vastasivat tutkittavien rekrytoinnista, terveystarkastuksesta, haastattelusta ja verinäytteen otosta. Suun terveystarkastuksen tekivät Vankiterveydenhuollon hammaslääkärit ja -hoitajat, ja mielenterveyshaastatteluista vastasivat Vankiterveydenhuollon psykiatriset hoitajat sekä Rikosseuraamuslaitoksen psykologit.

Tutkimushoitajat koulutettiin menetelmien käyttöön THL:n väestötutkimusasiantuntijoiden avulla (terveystarkastus, mittaukset, kyselylomakkeiden läpikäynti). Osaminen varmistettiin välikoulutuksella tutkimuksen aikana. Vastaavasti mielenterveyshaastatteluihin (SCID I ja II, DIVA) järjestettiin koulutus ja täydennyskoulutuksia. Tiedonkeruun laadunvarmistus perustui lisäksi yhteiseen kenttäohjekirjaan ja tiedon tarkasteluun keruun aikana.

Väestötutkimusten kanssa yhteneväisten verinäytteiden hallinta ja analysointi tapahtui THL:n Biomarkkeritiimin laboratorion avulla. Esikäsitellyt ja pakastetut näytteet analysoitiin kerta-ajossa vuoden 2022 lopussa. Osa näytteistä analysoitiin tiedonkeruun aikana VTH:n paikallisissa sopimuslaboratorioissa, jotta tulokset, kuten tieto tarttuvista taudeista, saatiin heti käyttöön.

Otoksen edustavuus

Wattu IV -tutkimuksen aineisto pyrittiin muodostamaan edustavaksi sekä vankeusvankien päivittäisen vankiluvun (stock) että vankilaan ajan kuluessa saapuvien vankeusvankien (flow) suhteen. Lisäksi alkuperäisissä otantasuunnitelmissa huomioitiin vankiloiden erityispiirteet, avovankiloiden ja suljettujen vankiloiden välinen suhde sekä maantieteellinen edustavuus niin vankiloiden sijainnin kuin vankien taustojen osalta.

Tutkimukseen valittiin vangit, jotka suorittivat määräaikaista tai elinkautista vankeutta, tai vangit, jotka suorittivat vankeuden ohella sakko- tai tutkintavankeutta (vankeusvankeus + tutkinta/sakkovankeus). Pelkkää tutkintavankeutta- tai sakkovankeutta suorittavat henkilöt rajattiin pois tutkimuksesta. Vankien tuli lisäksi olla paikalla vankilassa, heillä tuli olla Suomen kansalaisuus, ja rangaistuksen jäljellä olevan ajan tuli olla tutkimushetkellä vähintään yksi kuukausi, jotta tutkimustapaamiset ehdittäisiin suorittaa. Sakkovangit ja yhdyskuntapalveluasiakkaat rajattiin pois tutkimuksesta hankalan tavoitettavuuden takia.

Koronapandemian aikana tehdyt täytäntöönpanon rajoitukset vaikuttivat etenkin sakko- ja lyhytaikaisvankien määriin vankiloissa. Päivittäisessä vankiluvussa korostui rajoitusten aikana pitkäaikaisvankien osuus; esimerkiksi väkivaltarikoksista ehdottomaan vankeuteen tuomittujen vankien määrä oli normaaliin tilanteeseen verrattuna suurempi. Koronapandemia vaikeutti huomattavasti alkuperäisen otantasuunnitelman toteuttamista. Vankilaan saapuvien vankien satunnaistamisesta tutkittaviksi jou-

Taulukko 2. Wattu IV -otoksen vertailutietoja vankiväestöön nähden.

	vankila- kertaisuus (mediaani)	vertailu otokseen, p-arvo	ikä alussa (mediaani)	vertailu otokseen, p-arvo
Wattu IV -otos	4,1 (2,0)		35,0 (34,0)	
vankirakenne 1.5.2022 (stock)	4,3 (2,0)	0,298	34,0 (34,0)	0,188
vuonna 2021 aloittaneet (flow)	4,7 (3,0)	0,002	37,1 (35,2)	0,015

duttiin alun jälkeen luopumaan, koska kuukausittainen sisään tuleva vankivirta jäi hyvin pieneksi, ja tutkimusvankilat supistuivat etelän ja lännen vankiloihin. Vankiloiden valintaan vaikutti osaltaan myös tutkimushenkilökunnan saatavuus. Otos poimittiin kahdeksasta eri vankilasta, joiden kaikilla sisäänottokriteerit täyttäneillä vangeilla oli mahdollisuus kuulua otantaan. Vankeja tavoiteltiin osallistumaan tutkimukseen paikallaolon perusteella. Tutkimusaineiston keruu piteni pandemian takia alkuperäisestä aikataulusta, kun vankeja vapautui tai siirtyi pois tutkimusvankiloista ennen tutkimukseen rekrytoimista.

Tutkimuksen edustavuus- ja katoanalyysjä suoritettiin Risen vankitietojärjestelmän (Vati) tietojen perusteella. Vankien taustatietoja kuten ikää, päärikota, vankilakertaisuutta ja tuomion pituutta verrattiin 1.5.2022 vankirakennekartoituksen aineistoon sekä vuonna 2021 rangaistuksen aloittaneisiin vankeihin. Tutkittavien taustatietoja seurattiin aktiivisesti noin kahden kuukauden välein, ja otantaa korjattiin ohjeistamalla tutkimushenkilökuntaa aineiston keräämisen aikana taustatietojen jakamavääristymien välttämiseksi. Jatkotutkimuksissa jakaumia on mahdollista korjata esimerkiksi painokertoimien avulla.

Rikosseuraamuslaitoksen tavoitteena pitkäaikaisvangeilla on vaiheittainen vaputtaminen. Tällä tarkoitetaan sitä, että vanki aloittaa rangaistuksen suorittamisen suljetussa vankilassa, josta hänet pyritään siirtämään avovankilaan ja lopulta kohti valvottua koevapautta ja koeaikaa siviilissä. Lyhytaikaisvangit voidaan sijoittaa suoraan avovankilaan tai ulkopuoliseen kuntoutusyksikköön. Suuri osa vangeista siirtyy rangaistuksen jossain vaiheessa avovankilaan. Tutkimustulokset edustavatkin monelta osin avovankiloiden vankeja, vaikka suoraan avovankilaan sijoitettujen vankien osuus jäi koronarajoitusten takia aiottua pienemmäksi.

Vankiloiden laitostyyppin lisäksi tutkimuksessa ei ollut mahdollista huomioida vankien kotikuntaa tai vankiloiden maantieteellistä sijaintia. Tutkituista vangeista lähes 90 prosenttia oli sijoitettuna Etelä- tai Länsi-Suomen rikosseuraamusalueelle. Risen entisessä aluejaossa kolme eri rikosseuraamusaluetta jakautui vankimääriltään taysaisesti.

Vankien muut taustatekijät olivat sen sijaan hyvin yhdenmukaisia vuoden 2022 Vankirakennekartoituksen poikkileikkupäivän tietojen kanssa. Sukupuolittain tarkasteltuna ei myöskään havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja vankien taustojen välillä. Vuonna 2021 rangaistuksen aloittaneisiin vankeihin verrattuna tutkimuksen vangit erosivat jossain määrin. Heillä oli useampia vankilakertoja, ja he olivat keskimäärin hieman vanhempia kuin tutkimus-otoksen vangit, kuten nähdään Taulukossa 2.

Wattu IV -tutkimusotoksen vangit ovat taustoiltaan vertailukelpoisia kuvaamaan tiettyinä päivinä suljetuissa vankiloissa paikalla olevia vankeusvankeja (stock). Tutkimustuloksia voidaan yleistää kuvaamaan pienin varauksin myös rangaistuksen aloittaneita vankeja ja avolaitosvankeja huomioimalla muutokset vankivirrassa sekä vankien taustoissa koronarajoitusten poistamisen jälkeen.

Eettisiä näkökohtia

Wattu-tutkimuksen kohdejoukko, vangit, on erityisen herkkä ja haavoittuvainen ryhmä, mikä asettaa tutkimukselle korkeita tietosuojavaatimuksia. GDPR-asetus sääntelee arkaluonteisen tiedon julkaisemista, ja yleisesti ottaen henkilötasoisien tiedon paljastumisen riskiin puututaan esimerkiksi tunnistamalla alle viiden tapauksen tilastoyksiköt, niin sanotut herkäät taulukkosolut, jotka viittaavat noin sataa henkilöä pienempään perusjoukkoon. Myös tieto, joka koskee koko kyseessä olevaa joukkoa sataprosenttisesti (0 %- tai 100 %-solut), voidaan tulkita herkäksi tiedoksi.

Periaatteena on, että esitetystä tiedosta ei saa olla mahdollista tunnistaa kohdejoukon yksittäisten henkilöiden ominaisuuksia. Tällainen tieto pitää mahdollisesti poistaa tai peittää julkaistavasta raportista. Tapauskohtaisen arvioinnin perusteella on mahdollista esittää myös herkkää tilastotietoa, jos tiedon saanti on esimerkiksi yhteiskunnallisesti perusteltua.

Wattu-tutkimustieto on kerätty vankien perusjoukosta, jonka koko oli päivittäin laskettuna noin 3000 henkilöä tutkimusta edeltäneinä vuosina. Vuosittain vankilaan vapaudesta saapuneiden määrä oli noin 6000. Vastaavasti vankeusvankien päivittäinen määrä oli noin 2200 henkilöä. Toisin sanoen vankeuksia alkaa ja päättyy useita joka päivä ja niin sanottu vankivirtauma on suurta – 40 % vangeista on suorittamassa alle kolmen kuukauden tuomiota.

Wattu-tutkimuksen rekrytointi toteutettiin lähes kahden vuoden aikana, joten tutkittavat on poimittu koko ajan muuttuvasta perusjoukosta. Lisäksi raporttia julkaistaessa viimeisestä rekrytoinnista oli kulunut yli vuosi, jolloin perusjoukko on vaihtunut edelleen. Näin ollen yksittäisen vastaajan tunnistamisen riski on periaatteessa matalampi kuin esimerkiksi jonkin kunnan väestöä tutkittaessa. Kuitenkin useita terveydellisiä tai sosiaalisia tietoja yhdistelemällä tunnistamisen riski selvästi kasvaa, erityisesti harvinaisten tai useiden samanaikaisten häiriöiden tapauksissa. Tiedon esittämisessä on siksi lähtökohtaisen arkaluonteisuuden vuoksi käytetty tavallista tarkempaa harkintaa.

Vankitutkimustiedon voidaan katsoa lisäävän olennaisella tavalla käsitystä koko väestön hyvinvoinnista ja terveydestä poistamalla tiedon katvealueita. Tiedon voidaan katsoa olevan yhteiskunnallisesti merkittävää. Tässä raportissa julkaistaan alle viiden sääntöä soveltaen tunnuslukuja myös harvinaisista ilmiöistä. Jokainen julkaistava tieto on kuitenkin karkeistettu, kuten päärivokseen tai vankeusaikaan liittyvät tiedot, tai muutoin asiayhteydestä riippuen katsottu epäherkäksi tiedoksi. Ketään yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa tietojen perusteella.

Eettiset periaatteet ulottuvat myös kenttätutkimuksen toteuttamisen käytäntöihin. Vangin vapaaehtoinen suostumus on lähtökohtaisesti epävarma käsite, sillä valinnanvapaus on laitolosuhteissa tulkittava siviiliosuhteita kapeammin. Alisteisessa asemassa oleva henkilö, tässä tapauksessa vanki, voi kokea olevansa pakotettu valitsemaan erilaisten etuuksien ja negatiivisten seuraamusten välillä pikemmin kuin vapaan tahtonsa mukaisesti. Vanki voi kokea esimerkiksi, että tutkimukseen osallistuminen leimaa hänet toisten silmissä tai että tutkimuksesta kieltäytyminen vaikeuttaa etenemistä avoimempiin olosuhteisiin.

Tutkimukseen rekrytoiduille vangeille korostettiin sekä luottamuksellisuutta että vapaaehtoisuutta. Lisäksi varmistettiin, ettei osallistuminen aiheuta taloudellista haittaa, ja töissä käyvät osallistujat saivat vastaavan työkorvauksen, toimintarahaa, kuin olisivat saaneet työajastaan. Tutkittaville ei annettu erillistä palkkiota osallistumisesta.

Palkkion sijaan tutkittavat saivat palautetta suorituksistaan ja tietoa terveydentilastaan tapaamisten yhteydessä. Mikäli esiin nousi kiireettömiä, hoitoa kaipaavia sairauksia, tutkittavia kehoitettiin hakeutumaan vankilan poliklinikalle hoidon arvioon. Kiireellisissä tai vakavissa tilanteissa hoito voitiin aloittaa heti, kuten hammaslääkärin vastaanotolla, tai varattiin aika poliklinikalle.

Tutkimus sai puoltavan lausunnon Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta (ETMK 85/1801/2019).

Punaiset langat

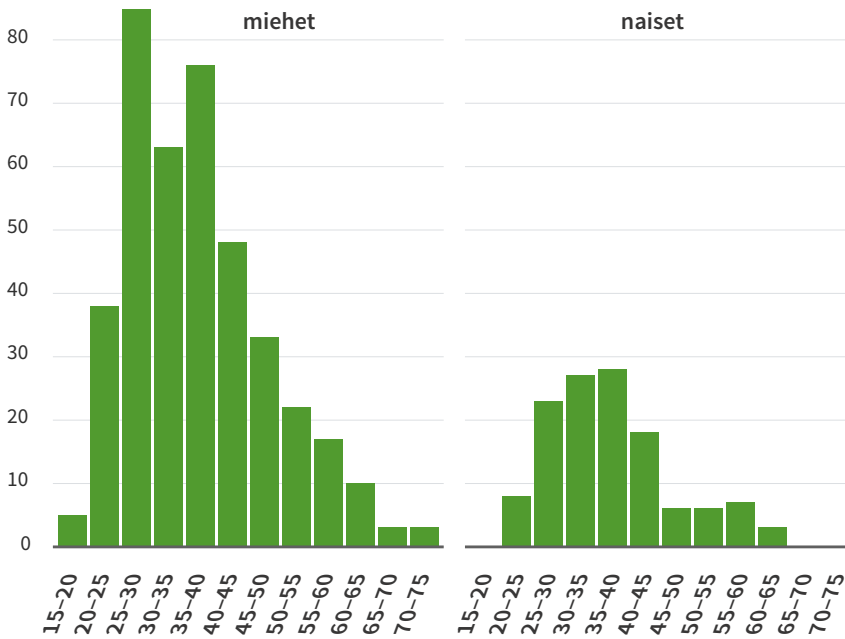
Vankien terveys ja hyvinvointi 2023 -raporttia läpileikkaavat niin sanotut punaiset langat eli yhteiset näkökulmat kerättyyn tietoon. Raportin kirjoittajat ovat liittäneet osatutkimusten tuloksiin ja pohdintaan näitä demografisia taustamuuttujia ja vankiväestöön liittyviä erityisteemoja. Otoksen perusjakaumat kuvataan Taulukossa 3.

Ikä ja ikäryhmät. Ikä kuvataan jatkuvana muuttujana mutta myös luokiteltuna kolmeen ryhmään: 29-vuotiaat ja sitä nuoremmat vangit edustavat nuoria, 30–47-vuotiaat muodostavat keski-ikäisten vankien ryhmän, ja yli 47-vuotiaat ovat vanhin ryhmä. Luokitteluun vaikuttivat sekä ikäjakaumien vinous, mikä nähdään Kuviossa 1 seuraavalla sivulla, eri yhteyksissä käytetty nuoren määrittely enintään 29-vuotiaaksi, sekä vangin odotettavissa olevaksi eliniäksi sanottu 47 vuotta.

Koulutustaso. Otos jakautuu kahteen ryhmään sen mukaisesti, onko vastaaja raportoinut käyneensä enintään peruskoulun, vai onko hän kouluttautunut lisää. Matala koulutustaso pitää ottaa huomioon esimerkiksi yleisväestövertailuissa.

Ensikertalaisuus. Vanki oli tutkimukseen rekrytoitaessa joko ensimmäistä kertaa vankilassa, tai sitten hän oli moninkertalainen.

Päärikosluokka. Tutkimushetkellä voimassa ollut tuomio on voinut koostua useista eri rikoksista. Päärikos tarkoittaa ankarimpaan rangaistukseen johtanutta rikosta, ja tässä käytetty luokittelu laadittiin ryhmien koon perusteella ja yleisesti käytettyjen nimikkeiden mukaan.



Kuvio 1. Tutkimusotoksen ikäjakaumahistogrammit.

Nykyisen tuomion pituus yli kaksi vuotta. Vankeusajan pituus on vankeudenai- kaisia palveluita suunniteltaessa olennainen tieto. Lyhytaikaisvankeudelle ei ole vakiin- tunutta määritelmää, sitä saatetaan käyttää muutaman kuukauden tai alle kahden vuo- den tuomioista. Tutkimusotoksessa painottuivat pitkäaikaisvangit, joten jako kahteen luokkaan kahden vuoden kohdalla mahdollistaa erityisesti pitkään laitoksessa olevien vankien tarpeiden tarkastelun. Tuomion pituus perustuu Risen käyttämään arvioon tutkimukseen rekrytoimisen ajankohtana.

Vankeuspäiviä elämän aikana yli kaksi vuotta. Vankeuteen luetaan tässä luokit- telussa tutkittavan henkilön kaikki kiinniolo- eli laitospäivät. Päiviä on voinut ker- tyä yhdeltä pitkältä tuomiolta tai useista lyhyistä tuomioista tai tutkintavankeuksista. Muuttuja kuvaa niin sanottua inkapasitaatioaikaa eli henkilön elämänaikaista kiinni- oloa laitoksissa poissa vapaasta yhteiskunnasta.

Sijoituslaitos. Vanki oli tutkimushetkellä joko suljetussa vankilassa tai avovanki- lassa. Hän saattoi siirtyä näiden kahden laitoslajin välillä useastikin tutkimuksen aika- na. Laitoksen laji kuvaa pääasiassa tilannetta terveystarkastuksen teon ja kyselylomak- keen täyttämisen ajankohtana.

Halukkuus asettaa rangaistusajan suunnitelmaan terveyteen liittyviä tavoitteita. Rangaistusajan suunnitelma (ransu) on vangin ja Rikosseuraamuslaitoksen yhdessä laatima kartoitus vangin tarpeista ja käytössä olevista keinoista, ja sen tarkoituksena on edistää vaiheittain sopeutumista takaisin yhteiskuntaan. Tässä tutkimuksessa van- gilta kysyttiin, haluaako hän myös terveyteen liittyviä aiheita mukaan ransuun. Tieto

Taulukko 3. Tutkimusotoksen perusjakaumia sukupuolen ja punaisten lankojen suhteen.

Taustamuuttuja (puuttuva tieto)	miehet n=403	naiset n=126
ikä tutkimukseen rekrytoitaessa (0 %)		
keskiarvo (keskihajonta)	37,0 (11,0)	37,4 (9,8)
min ≤ med ≤ max	18,5 ≤ 35,8 ≤ 71,9	20,8 ≤ 35,8 ≤ 63,8
ikäryhmä (0 %)		
alle 30	128 (31,8 %)	31 (24,6 %)
30–47	202 (50,1 %)	74 (58,7 %)
yli 47	73 (18,1 %)	21 (16,7 %)
koulutustaso (0,6 %)		
enintään peruskoulu	209 (52,0 %)	75 (60,5 %)
enemmän kuin peruskoulu	193 (48,0 %)	49 (39,5 %)
ensikertalainen vankilassa (0 %)		
kyllä	138 (34,2 %)	70 (55,6 %)
ei	265 (65,8 %)	56 (44,4 %)
päärikosluokka (0,6 %)		
huumerikos	94 (23,3 %)	26 (20,6 %)
vakivaltarikos	206 (51,1 %)	65 (51,6 %)
varkaus/omaisuusrikos	45 (11,2 %)	17 (13,5 %)
muut rikokset	56 (13,9 %)	17 (13,5 %)
nykyisen tuomion pituus yli 2 vuotta (1,3 %)		
kyllä	235 (59,0 %)	39 (31,5 %)
ei	163 (41,0 %)	85 (68,5 %)
vankeuspäiviä elämän aikana yli 2 vuotta (0 %)		
kyllä	283 (70,2 %)	55 (43,7 %)
ei	120 (29,8 %)	71 (56,3 %)
sijoituslaitoksen laji (0 %)		
suljettu vankila	329 (81,6 %)	98 (77,8 %)
avovankila	74 (18,4 %)	28 (22,2 %)
halukkuus asettaa rangaistusajan suunnitelmaan terveyteen liittyviä tavoitteita (4,9 %)		
kyllä	232 (60,3 %)	68 (57,6 %)
ei	153 (39,7 %)	50 (42,4 %)
hoitokäyntejä VTH:n ulkopuolella (2,3 %)		
kyllä	218 (55,2 %)	58 (47,5 %)
ei	177 (44,8 %)	64 (52,5 %)
Tutkimushoitajan arvioima työkyky vapaille markkinoille (0,4 %)		
työkykyinen	215 (53,6 %)	70 (55,6 %)
alentunut	186 (46,4 %)	56 (44,4 %)
Oman ilmoituksen mukaan eristetty vapaaehtoisesti vankeuden aikana (2,9 %)		
kyllä	79 (20 %)	17 (14 %)
ei	311 (80 %)	104 (86 %)
Oman ilmoituksen mukaan eristetty kurinpidollisesti vankeuden aikana (2,9 %)		
kyllä	215 (55 %)	43 (36 %)
ei	175 (45 %)	78 (64 %)

auttaa Vankiterveydenhuollon ja Risen palveluiden yhteisessä suunnittelussa ja palveluiden järjestämisessä.

Hoitokäyntejä Vankiterveydenhuollon ulkopuolella. Vanki on saattanut tarvita palveluita, joita vankilan olosuhteissa toimiva Vankiterveydenhuolto ei tuota itse. Esimerkiksi kuvantamiseen liittyvät käynnit siviiliterveydenhuollossa tai ensiaputilanteet edellyttävät terveydenhuollolta koordinoitua ja Riseltä turvallisuuskäytäntöjä, joiden toteutus on vaativaa. Hoitokäyntejä tarvitsevien vankien tuntemus auttaa tarpeenmukaisen palveluvalikoiman suunnittelussa.

Tutkimushoitajan arvioima työkyky vapaille markkinoille. Arviointi tehtiin standardoidulla tavalla terveystarkastuksen päätteeksi ja siinä ilmenneiden seikkojen perusteella. Työkyky on voinut olla tavanomainen, alentunut tai kokonaan puuttuva. Alentunut työkyky on voinut olla palautettavissa kuntoutuksen avulla. Kaksiluokkainen muuttuja kuvaa työkykyisiä ja ryhmää, jossa työllistymisellä on terveyteen liittyviä esteitä.

Eristetty vankeuden aikana. Vanki voi saada oman toimintansa seurauksena kurinpidollisen rangaistuksen olla eristyksessä määrätyn ajan. Hän voi myös itse pyytää pääsyä eristettyihin olosuhteisiin. Syynä voi olla esimerkiksi perusteltu pelko toisia vankeja kohtaan tai tarve hallita vaikeita sisäisiä olotiloja.

Tietoaineiston tulevaisuus ja jatkokäyttö

Wattu IV -tiedonkeruussa muodostettu aineisto on osa THL:n tietovarantoa. Sitä säilytetään ja sen käyttöä edistetään THL:n käytäntöjen ja lupamenettelyjen mukaan. THL on aineiston rekisterinpitäjä. Rise valvoo aineistoon liitettyjen rikostaustatietojen käyttöä erillisen lupamenettelyn mukaisesti.

Vankitutkimuksella on verkkosivut, jonne kootaan kuvaus tietosisällöstä, ohjeita jatkotutkimustyön tekemisestä ja keskeisiä tutkimuslöydöksiä. Sivulla pyritään pitämään yllä tilannekuvaa toteutetuista ja meneillään olevista jatkotutkimushankkeista. Sivut löytyvät www.thl.fi-sivustolta hakusanalla Wattu.

Tämän raportin pohjalta syntyvistä jatkotutkimuksista, kuten opinnäytteistä ja artikkeleista, pyydetäänkin toimittamaan tieto THL:lle, jotta ajantasainen, tutkijoita ja viime kädessä vankeja hyödyttävä tieto on kaikkien saatavilla.

Nostoja tutkimusaineistosta

Tutkimusaineisto sisältää määrällisen, epidemiologisen tiedon lisäksi laadullista tietoa, vankien antamia avoimia vastauksia esimerkiksi tärkeimmiksi kokemistaan terveysongelmista. Aineiston laajuuden vuoksi tässä esitellään poimintoja tuloksista, kuvataan keskeisiä tunnuslukuja ja johdettuja tietoja, jotka avaavat näkymiä vankien terveyteen ja hyvinvointiin, vankeusaikaan ja toisaalta tulevaisuuteen, siihen miten vanki itse näkee oman tilanteensa. Raportin myöhemmissä luvuissa tutkijat keskittyvät valittuihin teemoihin syvällisesti ja esittävät tulosten lisäksi johtopäätöksiä ja toimenpide-ehdotuksia, suosituksia.

Yleisesti ottaen voidaan todeta, että vangit osallistuivat tutkimukseen hyvin. Vain 17,5 % tavoitetuista vangeista kieltäytyi, ja usein osallistumattomuuden syynä oli kiire. Vanki saattoi olla vapautumassa, hän saattoi olla siirtymässä suljetusta laitoksesta avovankilaan tai hänellä saattoi olla tulossa perhetapaaminen minkä vuoksi tutkimus ei tuntunut ajankohtaiselta. Mukaan tultuaan tutkittavat jättivät vain harvoja osatutkimuksia väliin. Tällöinkin syynä saattoivat olla vastaavat kiireet kuin yllä.

Tutkittavien antamat tiedot olivat laadukkaita. Kyselyvastauksissa oli vain vähän ristiriitaisuuksia tai puutteita, ja ne olivat ratkaistavissa analyysitietokannan rakentamisvaiheessa. Systemaattisia virheitä ei ilmennyt. Lomakkeet oli lisäksi tutkimushoitajien toimesta tarkistettu ja tarvittaessa täydennetty jo keruuvaiheessa. Raportissa esiteltävien tulosten voidaan siksi katsoa olevan laadukkaita.

Taulukko 4. Poimintoja vankiväestön ja muun väestön (FT17) terveys- ja toimintakykytiedoista sukupuolittain. FT17-ryhmän ikähaarukka on rajattu vastaamaan Wattu-aineistoa.

	miehet			naiset		
	FT17 keskiarvo	Wattu IV keskiarvo (min-med-max)	p-arvo	FT17 keskiarvo	Wattu IV keskiarvo (min-med-max)	p-arvo
pituus (cm)	178,4	179,3 157,2-179,6-200,2	0,011* 0,401**	164,1	164,6 146,4-164,9-181,1	0,196* 0,157**
paino (kg)	83,4	93,5 50,6-93,5-157,0	<0,001 <0,001**	66,8	78,4 51,4-75,2-131,0	<0,001 <0,001**
BMI, painoindeksi (kg/m ²)	26,8	28,9 18,1-28,5-48,3	0,029* 0,024**	24,9	28,9 18,3-27,8-49,4	<0,001* <0,001**
vyötärön ympärysmitta (cm)	96,8	98,6 69,0-96,1-146,4	0,015* <0,001**	87,4	91,2 66,8-89,4-132,8	<0,001* <0,001**
puristusvoima (toinen, parempi puristus, kg)	49,6	45,7 17,0-47,0-76,0	<0,001* <0,001**	30,5	29,1 16,0-31,0-53,0	<0,001* 0,006**
tuolitesti, 10 nousun aika (s)	17,7	16,9 0-17,0-53,0	0,012* 0,078**	18,7	18,3 0-17,9-29,1	0,172* 0,184**
Kuinka monta kokonaisuutta päivää sinun oli 12 viime kuukauden aikana vaikeaa tai mahdotonta selvittää tavanomaisista päivittäisistä tehtävistäsi ja toimistasi tapaturman aiheuttamien vammojen takia?	2,6	30,1 0-365	<0,001* <0,001**	2,5	15,2 0-365	<0,001* <0,001**

* Vertailussa on käytetty khiin neliö -testiä. ** Merkitsevyyttä testaavassa regressiomallissa ikä ja koulutus on otettu vakioiksi tekijöiksi.

Terveys- ja toimintakykytietoja

Taulukossa 4 on poimintoja vankiväestön ja muun väestön (Finterveys2017, FT17) terveys- ja toimintakykytiedoista. Vangeilla on muuta väestöä enemmän terveyden ja hyvinvointiin liittyviä riskitekijöitä, kuten korkea painoindeksi, suuri vyötärön ympärysmitta ja heikko puristusvoima.

Tapaturmat ovat oman ilmoituksen perusteella aiheuttaneet vangeille merkittävästi enemmän haittaa kuin muulle väestölle. Päiviä, jolloin tavanomainen toiminta on ollut vaikeaa tai kokonaan estynyttä tapaturmien seurauksena, oli vankimiehillä ollut 30 edeltäneen vuoden aikana, kun väestössä miehillä vastaava luku oli 2,6 päivää. Luku on moninkertainen myös naisvangeilla.

Vanki- ja yleisväestön itse ilmoittamien terveysongelmien vertailu jatkuu Taulukossa 5 seuraavalla sivulla. Vangit, erityisesti naiset, kokivat muuta väestöä useammin terveytensä olevan heikko. Pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma oli noin kuudella vangilla kymmenestä, ja terveyspulmat aiheuttivat jonkinasteisia rajoitteita tavallisten toimien tekemiselle useammin kuin FinTerveys-tutkimukseen osallistuneilla.

Taulukko 5. Poimintoja vankiväestön ja muun väestön (FT17) itse ilmoittamista terveysongelmista sukupuolittain. FT17-ryhmän ikähaarukka on rajattu vastaamaan Wattu-aineistoa.

	miehet			naiset		
	FT17	Wattu IV	p-arvo	FT17	Wattu IV	p-arvo
Onko terveydentilasi mielestäsi nykyisin						
hyvä	31,5 %	27,1 %		32,0 %	21,8 %	
melko hyvä	38,4 %	36,8 %		39,8 %	37,9 %	
keskitasoinen	24,2 %	25,6 %	0,001*	21,5 %	28,2 %	<0,001*
melko huono	4,7 %	9,2 %		6,0 %	9,7 %	
huono	1,2 %	1,2 %		0,6 %	2,4 %	
Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?						
ei	59,2 %	43,3 %	<0,001*	53,4 %	35,5 %	<0,001*
kyllä	40,8 %	56,7 %	<0,001**	46,6 %	64,5 %	<0,001**
Rajoittaa jokin terveysongelma sinua sellaisissa toiminna, joita ihmiset tavallisesti tekevät?						
rajoittaa vakavasti	5,3 %	11,3 %		5,2 %	7,4 %	
rajoittaa, mutta ei vakavasti	26,2 %	38,8 %	<0,001*	31,2 %	47,9 %	<0,001*
ei rajoita lainkaan	68,5 %	49,9 %		63,5 %	44,6 %	
Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?						
ei	12,6 %	17,5 %	0,055*	10,7 %	14,1 %	0,288*
kyllä	87,4 %	82,5 %	0,761**	89,3 %	85,9 %	0,964**
Onko sinulla ollut 12 viime kuukauden aikana seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia?						
sydämen vajaatoiminta						
ei	98,1 %	97,7 %	0,623*	99,0 %	98,3 %	0,352*
kyllä	1,9 %	2,3 %	0,004**	1,0 %	1,7 %	0,234**
sepelvaltimotauti						
ei	97,0 %	99,0 %	0,019*	98,7 %	100,0 %	<0,001*
kyllä	3,0 %	1,0 %	0,997**	1,3 %	0,0 %	<0,001**
syöpä						
ei	98,1 %	99,2 %	0,100*	98,2 %	99,2 %	0,302*
kyllä	1,9 %	0,8 %	0,487**	1,8 %	0,8 %	0,691**
nivelreuma						
ei	99,1 %	98,7 %	0,465*	97,8 %	100,0 %	<0,001*
kyllä	0,9 %	1,3 %	0,184**	2,2 %	0,0 %	<0,001**
selän kulumavika, muu selkäsairaus						
ei	86,2 %	78,3 %	<0,001*	85,7 %	74,4 %	<0,001*
kyllä	13,8 %	21,7 %	<0,001**	14,3 %	25,6 %	<0,001**

* Vertailussa on käytetty khiin neliö -testiä. ** Merkitsevyyttä testaavassa regressiomallissa ikä ja koulutus on otettu vakioiviksi tekijöiksi.

Sekä vankimiehillä että -naisilla selkäsairaudet olivat erityisen yleisiä, ja niistä raportoiti lähes joka neljäs vanki. Yleisväestössä selän kulumavioista raportoiti noin joka seitsemäs vastaaja. Miesvangeilla sydämen vajaatoimintaa esiintyi enemmän kuin yleisväestössä.

Taulukko 6. Vankiväestön verinäyteanalyysien tuloksia.

	miehet	naiset	yhteensä	
	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	min < med < max
fP-Gluk (mmol/l)	5,4 (1,0)	5,4 (0,8)	5,4 (1,0)	3,1 < 5,3 < 14,1
fS-Kol (mmol/l)	4,9 (1,1)	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	2,1 < 4,8 < 9,0
fS-Kol-HDL (mmol/l)	1,1 (0,2)	1,4 (0,3)	1,2 (0,3)	0,5 < 1,1 < 2,3
fS-Trigly (mmol/l)	1,6 (1)	1,5 (0,9)	1,6 (0,9)	0,5 < 1,3 < 6,6
fS-Kol-LDL (mmol/l)	3,1 (0,9)	3,0 (0,8)	3,1 (0,9)	0,9 < 2,9 < 6,5
S-LipoA1 (g/l)	1,3 (0,2)	1,6 (0,3)	1,4 (0,2)	0,6 < 1,4 < 2,5
S-LipoB (g/l)	1,0 (0,3)	1,0 (0,2)	1,0 (0,3)	0,3 < 1,0 < 1,8
S-ALAT (U/l)	35,3 (41,5)	29,2 (40,1)	33,5 (41,1)	6,0 < 21,5 < 427,0
S-ASAT (U/l)	35,1 (26)	32,0 (25,4)	34,1 (25,9)	14,0 < 27,0 < 266,0
S-GT (U/l)	34,2 (34,2)	29,8 (27,2)	32,9 (32,3)	8,0 < 22,0 < 308,0
fS-Krea (μmol/l)	82,2 (11,3)	64,2 (10,1)	76,8 (13,7)	40,0 < 76,0 < 113,0
S-Uraat (μmol/l)	351,5 (70,1)	276,6 (67,4)	329,1 (77,2)	123,0 < 322,5 < 588,0
S-Ca (mmol/l)	2,4 (0,1)	2,4 (0,1)	2,4 (0,1)	2,1 < 2,4 < 2,6
S-hs-CRP (mg/l)	2,2 (3,4)	3 (4,2)	2,4 (3,7)	0,0 < 1,1 < 39,9
S-Insu (mU/l)	12,3 (20,2)	11,2 (11,3)	11,9 (18,0)	1,1 < 8 < 210,7
S-Alb (g/l)	44,7 (2,8)	42,6 (2,7)	44,0 (3)	35,0 < 44,0 < 52,0
S-AFOS (U/l)	80,1 (21,6)	73,0 (22,5)	78,0 (22,1)	24,0 < 76,0 < 164,0
S-COV2-IgGII (AU/mL)	4954,7 (10850,6)	3185,9 (5960,1)	4452,2 (9674,4)	0,0 < 107,5 < 69014
B-GHb-A1C (%)	5,2 (0,5)	5,2 (0,4)	5,2 (0,5)	4,2 < 5,1 < 9,1
B-HbA1c (mmol/mol)	33,5 (5,9)	33,6 (4,3)	33,5 (5,5)	22,0 < 33,0 < 76,0
B-Hb (g/l)	154,1 (10,3)	137,5 (13,1)	149,9 (13,2)	92,0 < 152,0 < 197,0
B-Leuk (E9/l)	6,7 (1,8)	7,0 (2,4)	6,8 (2,0)	2,8 < 6,4 < 13,6

Verinäyteanalyysit

Verinäyteanalyysit tehtiin keskitetysti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laboratorioissa. Taulukon 6 lopussa olevat hemoglobiini (Hb) ja valkosolut (Leuk) analysoitiin paikallisesti eri vankiloiden läheisissä sopimuslaboratorioissa (n-määrät Taulukossa 1).

Tuloksissa korostuu arvojen asettuminen viiterajojen sisään huolimatta siitä, että useat muut indikaattorit, kuten itse ilmoitetut sairaudet tai korkea painoindeksi ja suuri vyötärönympäryys, kertovat vankien korkeasta sairastavuudesta. Tulosten perusteella vankiväestössä on ennalta ehkäisevälle terveystyölle hyvät edellytykset.

Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyshaastattelun (SCID I ja II) yhteenvedotiedot sukupuolittain esitetään Taulukoissa 7 ja 8 seuraavalla sivulla. [Psykoottiset häiriöt](#) ja [päihdehäiriöt](#) kuvataan erikseen raportin myöhemmissä luvuissa. Huomattava on, että haastattelun perusteella ei aseteta psykiatrisen häiriön diagnoosia vaan arvioidaan sen edellytyksiä.

Taulukko 7. Mielenterveys-haastattelun (SCID II) yhteen-
vetotietoja persoonallisuus-
piirteiden esiintyvyydestä
sukupuolittain (%).

	miehet (%) n=270	naiset (%) n=60	yhteensä (%)n=330
estynyt	15,2	16,7	15,5
riippuvainen	3	6,7	3,6
vaativa	17	28,3	19,1
passiivis-vihamielinen	10,7	15	11,5
epäluuloinen	20,4	23,3	20,9
psykoosi- piirteinen	2,2	0	1,8
eristäytyvä	4,4	3,3	4,2
huomionhakuinen	0,7	0	0,6
narsistinen	4,4	1,7	3,9
epävakaa	20,4	28,3	21,8
antisosiaalinen	81,9	83,3	82,1
tarkemmin määrittämätön	0,7	3,3	1,2
jokin persoonallisuushäiriö	88,1	88,3	88,2

Taulukko 8. Mielenterveyshaastattelun (SCID I) yhteen-
vetotietoja sukupuolittain. Esiintyvyy-
det (%) ilmoitetaan elämänaikaisina ja haastattelua edeltäneen kuukauden osalta.

	miehet (n=239)		naiset (n=56)		yhteensä (n=295)	
	esiintyvyys elämän aikana (%)	esiintyvyys edeltävän kk aikana (%)	esiintyvyys elämän aikana (%)	esiintyvyys edeltävän kk aikana (%)	esiintyvyys elämän aikana (%)	esiintyvyys edeltävän kk aikana (%)
bipolaarihäiriö	6,7	2,5	26,8	3,6	10,5	2,7
vakava masennus	34,3	4,6	44,6	3,6	36,3	4,4
muu masennustila	10,0	1,7	3,6	1,8	8,8	1,7
muu mielialahäiriö	8,4	1,7	8,9	1,8	8,5	1,7
jokin mielialahäiriö	55,6	10,5	71,4	8,9	58,6	10,2
paniikkihäiriö	18,4	5,0	33,9	8,9	21,4	5,8
julkisten paikkojen pelko	2,5	0,8	0	0	2,0	0,7
sosiaalisten tilanteiden pelko	9,6	5,9	10,7	7,1	9,8	6,1
määräkohteinen pelko	2,5	0,8	16,1	8,9	5,1	2,4
pakko-oireinen häiriö	6,3	3,3	12,5	7,1	7,5	4,1
traumaperäinen stressihäiriö	9,2	4,6	26,8	14,3	12,5	6,4
yleistynyt ahdistuneisuus	8,8	0,8	8,9	0	8,8	0,7
muu ahdistuneisuushäiriö	10,5	1,3	7,1	3,6	9,8	1,7
jokin ahdistuneisuushäiriö	46,4	15,9	57,1	30,4	48,5	18,6
kipuoireyhtymä	2,1	–	1,8	–	2,0	–
hypokondriaasi	0	–	1,8	–	0,7	–
dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö	0,4	–	1,8	–	0,7	–
anorexia nervosa	0,4	0	5,4	1,8	1,4	0,3
bulimia nervosa	0	–	5,4	–	1,0	–
ahmimishäiriö	0	0	3,6	1,8	0,7	0,3
muu häiriö	1,3	1,3	0	0	1,0	1,0
jokin muu mielenterveyden häiriö	4,2	1,3	19,6	3,6	7,1	1,7

Masentuneisuus ja ahdistuneisuus sekä elämänaikaisina että ajankohtaisina häiriöinä korostuivat molemmilla sukupuolilla. Naisilla vakava masennus oli ollut lähes joka toisella, paniikkihäiriö joka kolmannella ja traumaperäinen stressihäiriö joka neljännellä elämänsä aikana. Miehillä esiintyvyydet olivat matalampia mutta yleisyysjärjestys vastaava.

Ajankohtaisesti, edeltäneen kuukauden aikana eli käytännössä vankeuden aikana, häiriöprofiilit erosivat elämänaikaisista jonkin verran. Ahdistuneisuus oli yleisintä, erityisesti paniikkihäiriö ja sosiaalisten tilanteiden pelko, sekä miehillä että naisilla.

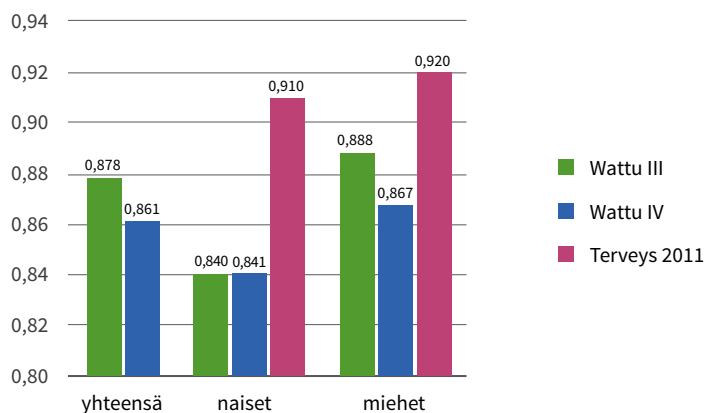
Persoonallisuushäiriöiden piirteistä antisosialisuus oli yleisin. Jonkin persoonallisuushäiriön diagnostiset edellytykset täyttyivät yhdeksällä vangilla kymmenestä.

Elämänlaatu

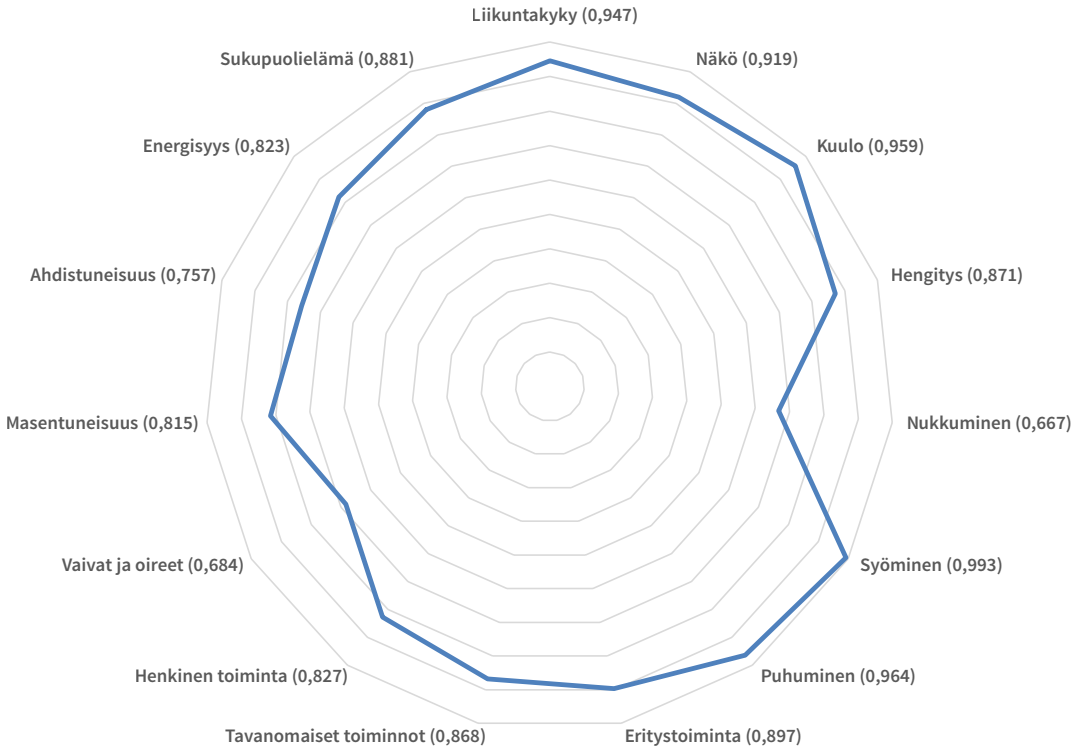
Elämänlaatua mitattiin Harri Sintosen kehittämällä [15D-mittarilla](#). Sen 15 ulottuvuutta kuvataan Kuviossa 3 seuraavalla sivulla. Jokaiselle elämänlaadun osatekijälle muodostettiin vankien vastausten perusteella indeksipistemäärä, joka lähestyy parhaimmillaan numeroa yksi ja heikoimmillaan nollaa.

Vangit raportoivat kokevansa useita vaivoja ja oireita, erityisesti nukkumisen ongelmia, ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Tulokset vahvistavat mielenterveyshaastattelujen kautta syntynyttä käsitystä keskeisistä ongelmista vankiväestössä.

Kuviossa 4 näytetään elämänlaatumittarin kokonaispisteiden keskiarvot edellisessä ja nykyisessä vankiväestötutkimuksessa sekä Terveys 2011 -väestötutkimuksessa sukupuolittain. Vankien elämänlaatu, erityisesti naisten, oli matalampi kuin muussa väestössä. Miesvankien elämänlaatu oli laskenut edelliseen tutkimukseen nähden noin 15 vuoden aikana, eikä naisten elämänlaatu ollut kohentunut.



Kuvio 4. 15D-elämänlaatumittarin keskiarvo edellisessä ja nykyisessä vankiväestötutkimuksessa sekä Terveys 2011 -väestötutkimuksessa sukupuolittain. Vankien elämänlaatu, erityisesti naisten, on matalampi kuin muussa väestössä. Miesvankien elämänlaatu on laskenut edelliseen tutkimukseen nähden, eikä naisten elämänlaatu ole muuttunut.

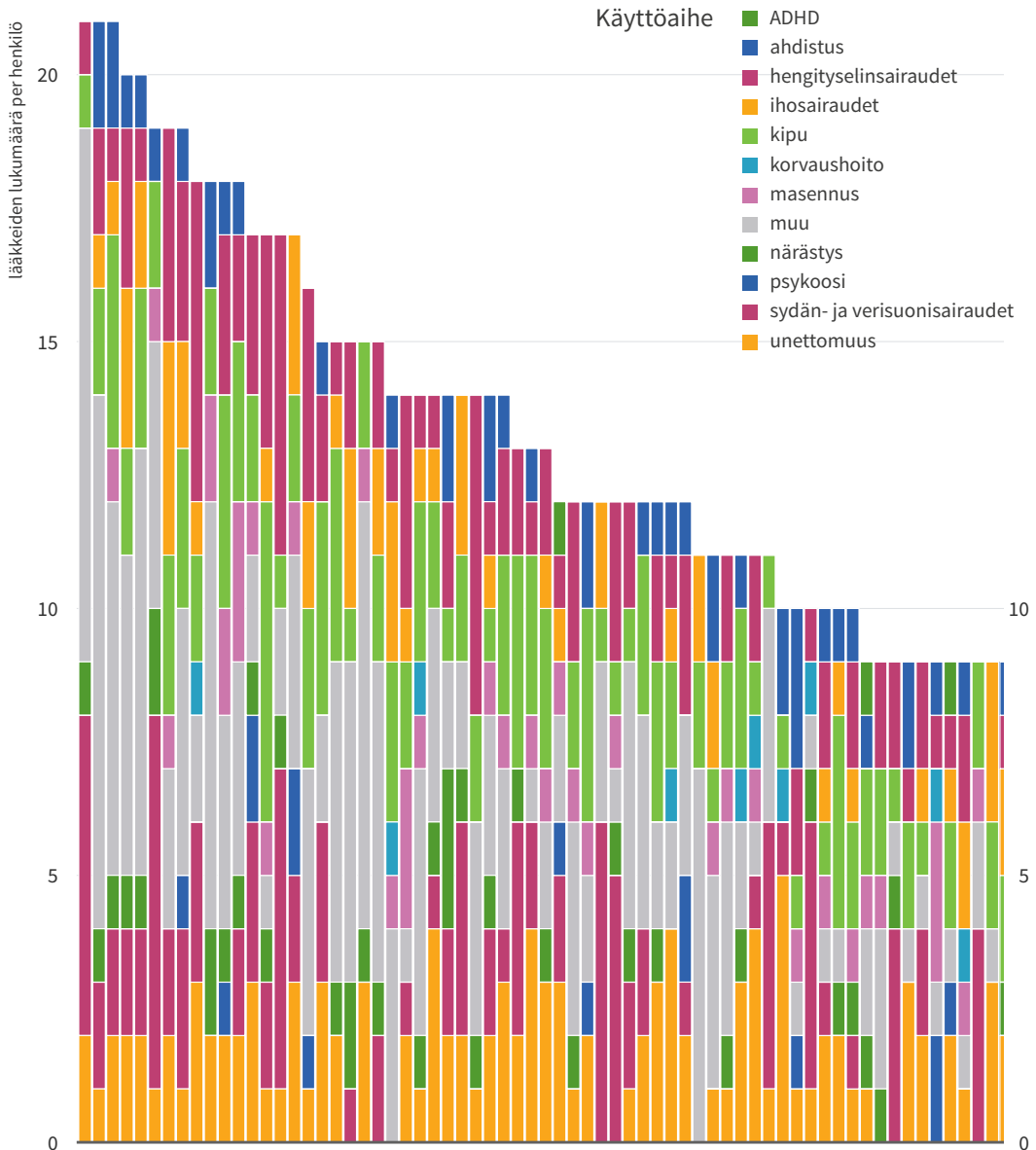


Kuvio 3. 15D-elämänlaatumittarin mukaiset terveyden ulottuvuudet vankiväestössä. Kuvion keskusta kuvaa huonointa mahdollista tilannetta (indeksiluku=0) ja ulkokehä parasta mahdollista tilannetta (indeksiluku=1). Vangit kokevat useita vaivoja ja oireita, erityisesti nukkumisen ongelmia, ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.

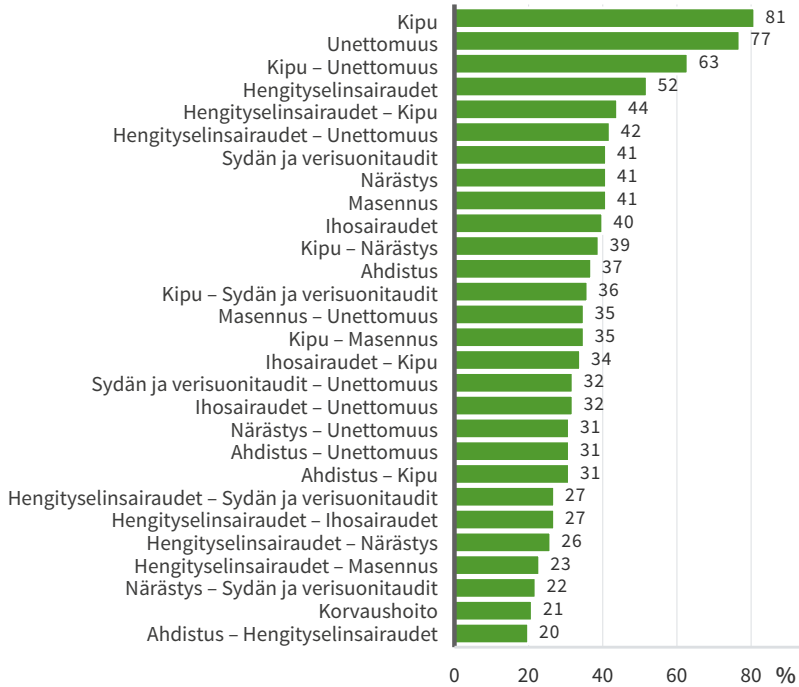
Polyfarmasia

Kyselyvastausten perusteella 125 vankia kertoi käytössään olleen viisi tai useampia eri lääkkeitä. Tämän niin sanotun monilääkitysryhmän lääketiedot poimittiin VTH:n potilastietojärjestelmästä, ja lääkkeiden käyttöaiheet luokiteltiin 12 luokkaan, jotka näkyvät kunkin tapauksen kohdalla Kuviossa 5 seuraavalla aukeamalla. Tarkoituksena oli tuoda esiin polyfarmasiaan liittyviä riskejä ja toisaalta havainnollistaa vankipotilaiden terveyteen liittyviä tarpeita lääkkeiden käytön perusteella. Epätarkoituksenmukaisia lääkeyhdistelmiä vaikuttaisi olevan useita, mikä antaa aiheen jatkoselvityksille.

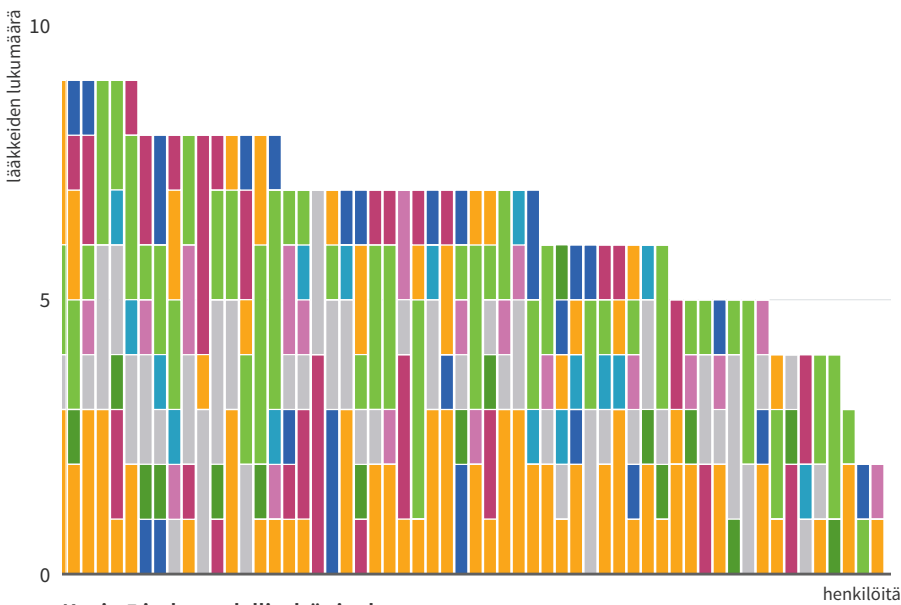
Polyfarmasiaryhmän lääkkeiden käyttöaiheet näkyvät yleisyyden mukaisessa järjestyksessä Kuviossa 6 seuraavalla aukeamalla. Todennäköisimmin käytetyt lääkkeet ja lääkkeiden yhdistelmät liittyivät kipuun ja unettomuuteen. Löydös on yhdenmukainen sekä elämänlaatumittarin että kysely- ja haastatteluvastausten kanssa ja kertoo vankien kokevan kipuja ja unettomuutta erityisen usein.



Kuvio 5. Lääkkeiden lukumäärä ja käyttöaihe ryhmässä vankeja, jotka raportoivat käyttäneensä viittä tai useampaa lääkettä. Pylvään korkeus kuvaa yhden henkilön lääkkeiden määrää ja pylvään värit käyttöaiheita. Polyfarmasiakuvio jatkuu seuraavalla sivulla.



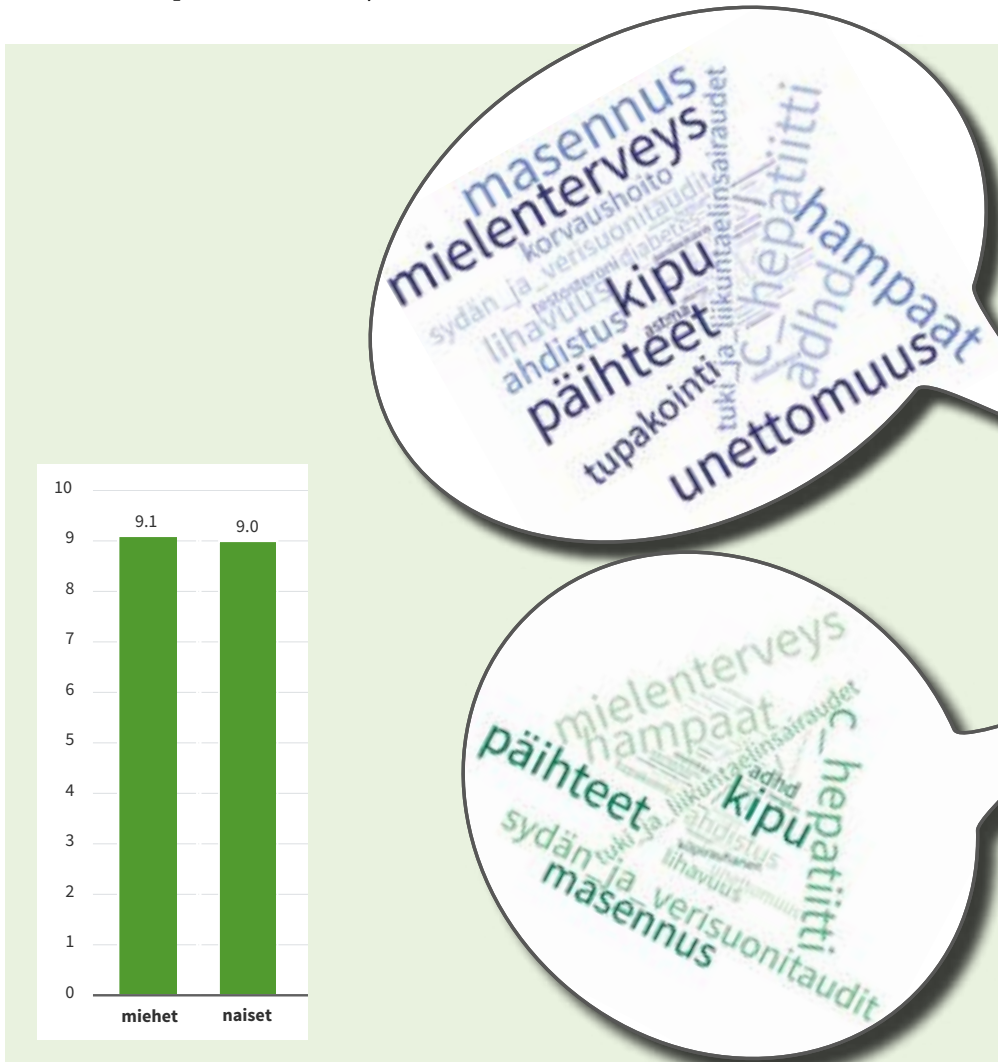
Kuvio 6. Polyfarmasiaryhmän vankien lääkkeiden käyttöaiheet yleisyyden mukaisessa järjestyksessä (%). Todennäköisimmät lääkkeet ja yhdistelmät liittyivät kipuun ja unettomuuteen.



Kuvio 5 jatkuu edelliseltä sivulta.

Motivaatio ja terveysongelmat

Vankien avoimet vastaukset rikastavat käsitystä yksilöllisistä tarpeista, mahdollisuuksista ja käytännöistä, joilla terveyteen voidaan vaikuttaa. Ylemmän puhekuplan sanapilvessä näkyvät miesvankien ja alemmassa naisten luokitellut vastaukset kysymykseen ”Nimeä itsellesi tärkein terveysongelma tällä hetkellä”. Sanapilvessä kasvava fonttikoko ilmaisee sanojen yleisyyttä. Vangin ääni tuo esiin hyvin samankaltaisia teemoja raportin tutkimuslöydösten kanssa. Merkittävä voimavara on vangin korkea motivaatio, Kuvio 7. Myös luottamus tulevaisuuteen ja rikoksista irrottautumiseen, de-stanssioptimismi, luo mahdollisuuksia yhteiskuntaan palaamiselle, kuten seuraavan sivun prosenttiosuudet ja avointen vastausten esimerkit osoittavat.



Kuvio 7. Miesten ja naisten vastaukset kysymykseen ”Kuinka motivoitunut olet kyseisen terveysongelman hoitamiseen vankeusaikana asteikolla 1–10?” Keskiarvo on 9.

Mitä arvelet, oletko viiden vuoden päästä vapautumisesta:

1) irrottautunut vankilasta: 49 %

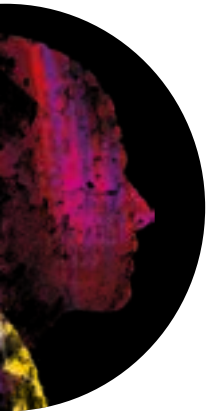
2) juuttunut vankilakierteeseen: 4 %

3) kuollut: 2 %

4) työelämässä: 48 %

5) jotain muuta, mitä:

- Asun onnellisesti lapseni kanssa viettäen mahdollisimman normaalia elämää.
- Asun ulkomailla ja minulla on perhe.
- Elemen perheen kanssa normaalia elämää.
- Elämässä elämää ja toteuttamassa unelmia, läheisten ihmisten ympäröimänä.
- Elän elämäni lapsenikin elämässä. Olen parempi vanhempi.
- En ajattele niin pitkälle, ajattelen päivä kerrallaan.
- En osaa sanoa, olen ollut vankilakierteessä vuodesta 1998 asti.
- Ennustamaan en kykene.
- Hyvin menee, toiv. isä.
- Irrottautunut rikollisuudesta.
- Kohti tulevaisuutta, koulunkäynti loppuun.
- Laitostunut joka lisää uusimisriskiä.
- Lapsen elämässä mukana.
- Lisärangaistus vangeilla on ollut 8 kuukaiden läheisten tapaamisoikeuden peruutus - parisuhteet rikkoutuneet.
- Mieluiten kotona, eläkkeellä ja ilman huumeita.
- Normaalia tasapainoista elämää tyttäreni kanssa.
- Normaalielämää vaimon kanssa.
- Olen kiertävä muusikko.
- Olen päässyt elämässä eteenpäin.
- Olen vapaa, mulla on normaali arki työ/koulu (mielekäs), käyn punttisalilla ja matkustelen, oma koti.
- Onnellinen, tavallinen kansalainen, ammatti, perhe, työ.
- Opiskelen työelämän rinnalla. Autan heikompia ihmisiä.
- Osittain työelämässä/opiskelemissa. Toivon mukaan psykoterapian käyneenä.
- Parisuhde olisi säilynyt ja olisin saanut perheen. Perhettä ja läheisiä ei ole saanut nähdä koronan takia.
- Perhe, rauhallinen ja rikollisesta elämästä irtaantunut, onnellinen.
- Perheenäiti.
- Pyöritän omaa salia.
- Rauhallista perhe-elämää ja jotain mielekästä tekemistä käsillä, esim. remonttihommia.
- Riippuu siitä, miten saan tarpeeksi aktiivisen monitahoisesti tyydyttävän elämän ilman säätämistä. Se on työn alla, mutta jos ei siihen löydy jotain ratkaisua niin takaisin tullaan.
- Saa nähdä, sairauksia, vammoja, kulumia jne.
- Suorittanut opinnot ja muutto isompaan asuntoon.
- Todennäköisesti työtön tai eläkkeellä.
- Toivon mukaan asun ulkomailla.
- Toivottavasti pääsen hengissä ulos.
- Toivottavasti saisin elää terveellistä elämää ilman päihteitä.
- Työkyvyttömyyseläkkeellä.
- Unohtanut, turhan, paskan reissun.
- Vailla pelkoa väkivallasta, asunnossa jossa asun ihan itselleni.
- Viettämässä eläkettä ja ehkä koulussa.
- Viettämässä kultaista keskitietä.
- Vietän aikaani lasteni ja lastenlasteni kanssa.
- Yrittäjänä.





ADHD-oirekuva tunnistettiin 46 prosentilla miehistä ja 43 prosentilla naisista. He olivat nuorempia, harvemmin ensikertalaisia ja vähemmän kouluttautuneita muihin verrattuna ja päätyivät kurinpidolliseen eristykseen muita useammin. Tulokset viittaavat ADHD-piirteisten vankien suurempiin vaikeuksiin sopeutua vankilaympäristöön.

Itsearviointikyselyssä 40 prosenttia vangeista tunnisti ADHD-piirteitä ja kahdeksan prosenttia tunnisti autismikirjon piirteitä.

Jatkotutkimusta tarvitaan eri seulontamenetelmien soveltuvuudesta tälle kohderyhmälle, neurokirjon vankien erityisistä tuentarpeista sekä neurokirjon piirteiden yhteydestä psykiatriseen samanaikaissairastavuuteen.

Neurokirjon piirteisiin liittyvien tarpeiden tunnistaminen ja huomioiminen lähityössä sekä rangaistusajan ja kuntoutusohjelmien suunnittelussa on tärkeää ja voi vaikuttaa sekä yksilön hyvinvointiin, laitosturvallisuuteen että uusintarikollisuuteen.

ADHD ja neurokirjon piirteet

Johdanto

ADHD:n ja autismikirjon piirteiden esiintymistä vangeilla ja rikostaustaisilla on tutkittu maailmalla, mutta tutkimustieto suomalaisten vankien ADHD-piirteistä on vielä vähäistä, eikä aiempaa tutkimusta suomalaisten vankeusvankien autismikirjon piirteistä ole.

ADHD:n ydinpiirteiksi määritellään tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus, ja sen esiintyvyyden on arvioitu olevan aikuisilla 2,5–3,4 prosenttia (1). Useita eri maita kattaneessa tutkimuksessa ADHD:n esiintyvyydeksi todettiin nuorisovangeilla keskimäärin 30 prosenttia ja aikuisilla vangeilla 26 prosenttia (2). Suomalaisessa väkivalta- ja omaisuusrikoksista tuomittujen nuorisovankien (16–22-vuotta) psykiatrista sairastavuutta selvittäneessä tutkimuksessa noin joka toisella oli todettavissa ADHD (3). Suomalaisessa väitöskirjatutkimuksessa tarkasteltiin suomalaisten miesvankien neurokognitiivista suoriutumista, lukemisen, kirjoittamisen ja matematiikan ongelmia sekä niiden yhteyksiä psykiatrisiin häiriöihin ja päihderiippuvuuteen (4). Neurokognitiivisten vaikeuksien huomattiin olevan yleisiä ja rikoksen uusijoilla olevan taipumusta ADHD:lle ominaiseen impulsiiviseen reagointiin.

ADHD:hen liittyvät piirteet ovat itsenäinen riskitekijä rikolliselle käyttäytymiselle sekä uusintarikollisuudelle (5). Muihin vankeihin verrattuna ADHD-piirteitä omaavien vankien sopeutuminen vankilaympäristöön on näyttäytynyt vaikeana, ja heillä vaikuttaisi olevan enemmän ja vakavampia laitosrikkomusmerkintöjä kuin vangeilla,

joilla ei ole ADHD-piirteitä (6, 7, 8, 9). Suurin osa ADHD:n diagnostiset kriteerit täyttävistä vangeista ei ole saanut diagnoosia, ja diagnosoiduista vangeista vain pieni osa on saanut hoitoa oireisiinsa (10).

Autismikirjon ydinpiirteisiin kuuluvat sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation poikkeavuus, rajoittuneet, toistavat ja kaavamaiset käyttäytymistavat, erityiset mielenkiinnon kohteet sekä aistitoimintojen poikkeavuudet, ja autismin esiintyvyyden on arvioitu olevan yksi prosentti väestöstä (11). Iso-Britanniassa tehtyjen tutkimusten mukaan autismikirjon piirteitä esiintyy 2,1–9 prosentilla vangeista (9). Ruotsalaisessa tutkimuksessa (12) arvioitiin väkivaltarikoksista tuomituista nuorista miehistä 10 prosenttia täyttävän autismikirjon diagnostiset kriteerit, joista puolet täyttivät samanaikaisesti ADHD:n diagnostiset kriteerit.

Autismi ei ole itsenäinen riskitekijä rikolliselle käyttäytymiselle, mutta samanaikaiset ADHD-piirteet, psykiatriset sairaudet sekä myöhäinen diagnosointi voivat lisätä riskiä rikolliselle käyttäytymiselle (13). Lisäksi autismikirjioon liittyvät piirteet, kuten erityiset mielenkiinnon kohteet, toiminnan ja ajattelun joustamattomuus sekä sosiaaliset vaikeudet, voivat toimia rikoksen taustalla vaikuttavina tekijöinä (14, 15).

ADHD:sta ja autismikirjosta on julkaistu Käypä hoito -suositukset (1, 11), joissa on kuvattu suositeltuja käytäntöjä diagnostisten prosessien ja kuntoutuksen toteutuksesta. Käypä hoito -suositusten mukaisissa ADHD:n ja autismikirjon diagnostisissa prosesseissa kerätään kattavasti tietoa yksilön kehityshistoriasta, oireiden ja piirteiden esiintymisestä ja niiden vaikutuksesta toimintakykyyn eri elämän osa-alueilla ja kehityksen eri vaiheissa, muista oireisiin ja piirteisiin mahdollisesti vaikuttavista tekijöistä (mm. oppimisvaikeudet, stressitekijät, traumat, päihteidenkäyttö, aivovammat) sekä muusta psyykkisestä ja fyysisestä terveydentilasta ja ajankohtaisesta elämäntilanteesta.

Aikuisten ADHD-diagnoosin tekee ensisijaisesti psykiatrian erikoislääkäri, ja hoidon seuranta tapahtuu perusterveydenhuollossa, mutta vaativissa erotusdiagnostisissa kysymyksissä todentaminen on erikoissairaanhoidon vastuulla. Autismikirjon diagnostiikkaa suositellaan tehtäväksi siihen perehtyneessä moniammatillisessa työryhmässä. Tässä tutkimuksessa ei toteutettu kliinisiä diagnostisia arviointeja vaan tarkasteltiin ADHD:n ja autismikirjon piirteiden ilmenemistä ja seulomista vankeusvangeilla. Lisätietoja ADHD:hen ja autismikirjoon kuuluvista kielellisistä piirteistä voi lukea tämän raportin luvusta [Kielelliset taidot](#).

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Osatutkimuksen tavoitteena oli selvittää ADHD:n ja autismikirjon piirteiden esiintyvyyttä suomalaisilla vankeusvangeilla diagnostisen haastattelun ja itsearviointilomakkeiden perusteella. Esiintyvyyksien lisäksi tarkasteltiin ryhmien välisiä eroja iän, sukupuolen, koulutustason, työkykyisyyden, ensikertalaisuuden, päärikoksen sekä erisistä toteutuneiden vankeusaikaisten eristystoimenpiteiden suhteen. Vertailuihin sisällytettiin myös tutkittavien halukkuus asettaa terveydentilaansa liittyviä tavoitteita rangaistusajan suunnitelman tavoitteiksi.

Diagnostic Interview for ADHD in adults (DIVA 2.0) -diagnostisen haastattelun toteuttivat menetelmän käyttöön perehdytetyt vankilapsykologit ja Vankiterveydenhuollon psykiatriset sairaanhoitajat. DIVA 2.0 -haastattelun tulokset pisteytettiin DSM5-luokituksen mukaisesti. ADHD:n ja autismikirjon piirteitä seulottiin yleisesti käytössä olevilla Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 Screener (ASRS-A) ja Autism Spectrum Quotient – 10 items (AQ-10) -itsearviointilomakkeilla sekä työntekijän havaintoihin pohjautuvalla Neurokirjon piirteiden tunnistustyökalu 2.0 (NPT 2.0) -arviointilomakkeella. Lisätietoja käytetyistä mittareista on raportin [liitteessä 3](#).

Muuttujien jakaumia ja niiden välisiä riippuvuuksia tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoinnin luokkafrekvenssien merkitsevyyden testaamiseen käytettiin Pearsonin khiin neliö -testiä ja jatkuvien muuttujien merkitsevyyden testaamiseen varianssianalyysiä.

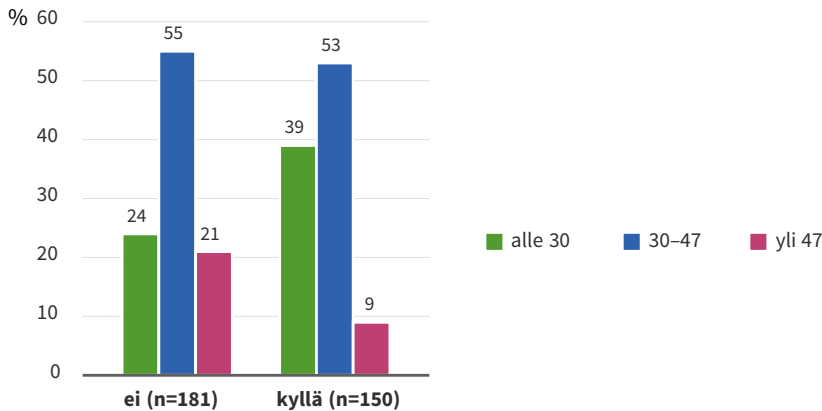
Tulokset

ADHD:n diagnostinen haastattelu DIVA 2.0

Puolistrukturoituun diagnostiseen DIVA 2.0 -haastatteluun osallistuneiden tutkittavien ADHD-oireiden lapsuudenaikainen ja ajankohtainen esiintyvyys esiintymismuotojen mukaisesti näkyy Taulukossa 1. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa esiintyvyydessä lapsuudessa tai ajankohtaisesti. Suurimmalla osalla tutkittavista, joilla oli tunnistettavissa ADHD:n kaltainen oirekuva (jatkossa ADHD-ryhmä), oli merkittävästi sekä tarkkaamattomuus- että yliaktiivisuus- tai impulsiivisuusoireita (yhdistetty esiintymismuoto). Pääasiassa yliaktiivisuus- tai impulsiivisuusoireita kokevia oli vähiten. Taulukossa 1 ei ole eritelty lapsuusaikaisista esiintymismuodoista yhdistettyä esiintymismuotoa, joten tarkkaamattoman (ADHD-T) ja yliaktiivisen tai impulsiivisen (ADHD-Y/I) esiintymismuodon ryhmissä on päällekkäisyyttä.

Taulukko 1. ADHD:n eri esiintymismuodot lapsuudessa ja aikuisuudessa DIVA 2.0 -haastattelun perusteella. ADHD-T=pääasiassa tarkkaamaton esiintymismuoto, ADHD-Y/I=pääasiassa yliaktiivinen tai impulsiivinen esiintymismuoto, ADHD-C=yhdistetty esiintymismuoto, ADHD=kaikki esiintymismuodot.

	naiset n = 60	miehet n = 271	yhteensä n = 331
Lapsuus			
ADHD-T	29 (48,3 %)	132 (48,7 %)	161 (48,6 %)
ADHD-Y/I	25 (41,7 %)	121 (44,6 %)	146 (44,1 %)
Aikuisuus			
ADHD-T	8 (13,3 %)	51 (18,8 %)	59 (17,8 %)
ADHD-Y/I	3 (5 %)	12 (4,4 %)	15 (4,5 %)
ADHD-C	15 (25 %)	61 (22,5 %)	76 (23 %)
ADHD	26 (43,3 %)	124 (45,8 %)	150 (45,3 %)



Kuvio 1. ADHD-oirekuvan esiintyvyys ikäryhmittäin. Vaikka oirekuva painottui nuorempiin ikäryhmiin, myös vanhimmissa ryhmässä, yli 47-vuotiailla, esiintyvyyttä oli korkea.

ADHD-ryhmän tutkittavat olivat nuorempia kuin tutkittavat, joilla ei ollut ADHD:n kaltaista oirekuva – jatkossa ei-ADHD-ryhmä – (34,0 vuotta vs. 38,7 vuotta, $p < 0,001$). Kuviossa 1 esitetään ryhmien ikäjakaumat kolmessa ikäluokassa. Eri esiintymismuotojen välillä oli eroa siten, että pääasiassa tarkkaamattoman esiintymismuodon kriteerit täyttävät tutkittavat (ADHD-T) olivat keskimäärin nuorempia muihin verrattuna (34,5 vuotta vs. 37,0 vuotta), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Pääasiassa yliaktiivisen tai impulsiivisen esiintymismuodon kriteerit täyttävät tutkittavat (ADHD-Y/I) eivät eronneet muista tutkittavista iän suhteen. Yhdistetyn esiintymismuodon kriteerit täyttävät tutkittavat (ADHD-C) olivat nuorempia kuin tutkittavat, jotka eivät täyttäneet yhdistetyn esiintymismuodon kriteerejä (33,2 vuotta vs. 37,6 vuotta, $p < 0,001$).

ADHD-ryhmän tutkittavista suurin osa oli suorittanut enintään peruskoulun, ja ero ei-ADHD-ryhmän tutkittaviin oli tilastollisesti merkitsevä (60 % vs. 46 %, $p = 0,012$). Vastaavasti ADHD-ryhmän tutkittavista useampi kertoi olleensa vankeuden aikana kurinpidollisessa eristyksessä kuin ei-ADHD-ryhmässä (70 % vs. 42 %, $p = 0,001$). ADHD-ryhmän tutkittavista suurempi osa oli halukkaampia asettamaan terveydentilaansa liittyviä tavoitteita rangaistusajan suunnitelmaansa kuin ei-ADHD-ryhmän tutkittavat (73 % vs. 52 %, $p < 0,001$). Pienempi osa ADHD-ryhmän tutkittavista oli ensikertalaisia ei-ADHD-ryhmän tutkittaviin verrattuna (34 % vs. 44 %), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. ADHD-ryhmän tutkittavat eivät eronneet ei-ADHD-ryhmän tutkittavista päärikosluokan (huume, väkivalta, varkaus tai omaisuusrikos, muu rikos) tai arvioidun työkykyisyyden suhteen.

ADHD:n itsearviointiseula ASRS-A

DIVA 2.0 -haastattelun perusteella arvioituna ajankohtaisesti ADHD:n kaltaisen oirekuvan kriteerit täyttävistä tutkittavista 69 prosenttia sai positiivisen tuloksen myös

ADHD-piirteitä kartoittavasta ASRS-A-itsearviointiseulasta. Tulos kertoo seulan sensitiivisyyden olevan 0,69. Ei-ADHD-kriteereitä täyttävistä tutkittavista positiivisen seulatuloksen sai 19 prosenttia, joten ASRS-A:n spesifisyys tässä tutkimusryhmässä on 0,81.

Suurempi osa naisista täytti ADHD-itsearviointikyselyn kriteerit miehiin verrattuna (54 % vs. 36 %, $p=0,001$). Tutkittavista, jotka täyttivät ADHD-itsearviointikyselyn kriteerit, 34 prosenttia oli suorittanut peruskoulun jälkeisiä opintoja. Sen sijaan tutkittavista, jotka eivät täyttäneet ADHD-itsearviointikyselyn kriteereitä, 54 prosenttia oli suorittanut peruskoulun jälkeisiä opintoja. ADHD-piirteitä itsellään tunnistaneet tutkittavat olivat nuorempia kuin muut tutkittavat (keskiarvo 34,3 vuotta vs. 38,7 vuotta, $p<0,001$). ADHD-itsearviointikyselyn kriteerit täyttävistä tutkittavista suurempi osa kertoi olleensa eristettynä joko kurinpidollisista syistä (60 % vs. 46 %, $p=0,002$) tai omasta pyynnöstään (23 % vs. 16 %, $p=0,044$) muihin tutkittaviin verrattuna.

ADHD-itsearviointikyselyn kriteerit täyttävistä tutkittavista suuremmalla osalla arvioitiin olevan jonkinlainen työkykyä alentava ongelma kuin muilla tutkittavilla (52 % vs. 42 %, $p=0,021$). ADHD-itsearviointikyselyn kriteerit täyttävistä tutkittavista suurempi osa oli halukkaita asettamaan terveydentilaansa liittyviä aiheita rangaistusajan suunnitelmansa tavoitteiksi muihin tutkittaviin verrattuna (69 % vs. 54 %, $p=0,001$).

Autismikirjon itsearviointiseula AQ-10

Autismikirjon piirteitä kartoittavan AQ10-itsearviointiseulan perusteella 8,3 prosenttia tutkittavista tunnisti itsellään autismikirjon piirteitä, miehistä seitsemän prosenttia ja naisista 12,6 prosenttia. Ero miesten ja naisten välillä lähestyi tilastollista merkitsevyyttä ($p=0,051$). Autismikirjon piirteitä tunnistavien tutkittavien ja muiden tutkittavien välillä ei ollut eroa koulutustason, iän, ensikertalaisuuden, päärikosluokan, työkykyisyyden eikä vankeudenaikaisen eristyksessä olemisen suhteen. Autismikirjon piirteitä tunnistaneista tutkittavista suurempi osa oli halukkaita asettamaan terveydentilaansa liittyviä aiheita rangaistusajan suunnitelmansa tavoitteiksi kuin muut tutkittavat (76 % vs. 58 %, $p=0,024$).

Neurokirjon piirteiden tunnistustyökalu 2.0

Tutkimushoitajan havaintoihin perustuva ADHD:n ja autismikirjon piirteitä kartoitava lyhyt NPT 2.0 -seula (Neurokirjon piirteiden tunnistustyökalu 2.0) täytettiin kaikista tutkittavista ($n=527$). Seulan perusteella 27 (5,1 %) tutkittavalla oli tunnistettavissa ADHD-piirteitä, kahdeksalla (1,5 %) tutkittavalla autismikirjon piirteitä ja 20 (3,8 %) tutkittavalla sekä ADHD:n että autismikirjon piirteitä. Positiivisen seulatuloksen NPT 2.0:sta sai yhteensä 10,4 prosenttia tutkittavista. Naisista 4,8 prosentilla oli tunnistettavissa ADHD-piirteitä, kolmella prosentilla autismikirjon piirteitä ja 3,2 prosentilla sekä ADHD että autismikirjon piirteitä. Miehistä 5,2 prosentilla oli tunnistettavissa ADHD-piirteitä, yhdellä prosentilla autismikirjon piirteitä ja neljällä prosentilla sekä ADHD:n että autismikirjon piirteitä.

Johtopäätökset

Tämän osatutkimuksen tulokset ADHD:n ja autismikirjon piirteiden esiintyvyydestä olivat yhdenmukaisia aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa (2, 3, 9, 12). Lähes joka toisella tutkittavista oli diagnostisen haastattelun perusteella tunnistettavissa ADHD:n kaltainen oirekuva, ja noin 40 prosenttia tutkittavista tunnisti itsessään ADHD:hen liittyviä piirteitä itsearviointikyselyllä mitattuna. Autismikirjon piirteitä tutkimukseen osallistuneista tutkittavista tunnisti itsellään noin kahdeksan prosenttia.

ADHD:n oirekuva ja piirteitä kartoittavien diagnostisen haastattelun ja itsearviointilomakkeiden tuloksissa oli havaittavissa eroa. Noin joka kolmas tutkittava, jolla oli diagnostisen haastattelun perusteella ADHD:n kaltainen oirekuva, ei täyttänyt ADHD-kriteerejä itsearviointilomakkeen perusteella. Toisaalta noin joka viides tutkittava, jolla ei ollut ADHD:n kaltaista oirekuva diagnostisen haastattelun perusteella, täytti ADHD-kriteerit itsearviointilomakkeen perusteella arvioituna. ASRS-seula ei vaikuttaisi tämän tutkimuksen perusteella olevan kovin herkkä mittari tunnistamaan vankeja, joilla on ADHD:n kaltainen oirekuva ja joita olisi siten mahdollisesti tarpeen ohjata eteenpäin tarkemmalle diagnostiselle arviointijaksolle.

Omien ADHD-piirteiden tunnistamista ja arviointia voivat vaikeuttaa esimerkiksi yksilön heikommat itsereflektiokyvyt tai taipumus vähätellä omia vaikeuksiaan. Lisäksi vankilan hyvin rajoittuneessa ja strukturoidussa ympäristössä ADHD:lle ominaiset toiminnanohjauksen ja keskittymisen vaikeudet eivät välttämättä tule esiin.

Aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan ADHD näyttäytyy riskitekijänä rikolliselle käyttäytymiselle ja varhaisemmin alkavalle rikolliselle uralle (5) sekä heikommalle suoriutumiselle opinnoissa ja työelämässä (1). Tämän tutkimuksen tulokset olivat johdonmukaisia aiempien tutkimusten kanssa; tutkittavat, joilla oli todettavissa ADHD:n kaltainen oirekuva, olivat nuorempia ja vähemmän koulutettuja muihin tutkittaviin verrattuna ja suuremmalla osalla arvioitiin olevan jonkinlainen työkykyä alentava ongelma kuin muilla tutkittavilla. Lisäksi tutkittavista, joilla oli todettavissa ADHD:n kaltainen oirekuva, pienempi osa oli ensikertalaisia muihin tutkittaviin verrattuna, joskaan ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Tutkittavista, joilla oli diagnostisen haastattelun perusteella tunnistettavissa ADHD:n kaltainen oirekuva, merkitsevästi suurempi osa oli ollut eristettynä vankeudenaikaiseen toimintaan liittyvistä kurinpidollisista syistä muihin tutkittaviin verrattuna. Myös ADHD-itsearviointikyselyn kriteerit täyttävistä tutkittavista suurempi osa muihin tutkittaviin verrattuna oli ollut eristettynä kurinpidollisista syistä mutta myös omasta pyynnöstään. Eristämisten määrä voisi liittyä ADHD:lle ominaiseen impulsiivisuuteen ja tunnesäätelyn vaikeuksiin. Syitä omasta pyynnöstä eristämiseksi ei selvitetty tässä tutkimuksessa tarkemmin, mutta on mahdollista, että tutkittavat, jotka ovat tietoisempia omista keskittymisen, impulsiivisuuden ja yliaktiivisuuden oireistaan, hakeutuvat herkemmin eristykseen omasta pyynnöstään säädelläkseen paremmin ympäristön ärsykeitä ja omaa toimintaansa. Tulokset viittaavat ADHD-piirteisten vankien suurempiin vaikeuksiin sopeutua vankilaympäristöön.

Autismikirjon osalta tässä tutkimuksessa tarkasteltiin autismikirjon piirteiden esiintyvyyttä tutkittavien täyttämän itsearviointikyselyn perusteella. Autismikirjon piirteitä itsellään tunnistavat tutkittavat eivät eronneet muista iän, koulutustason, työkykyisyyden, ensikertalaisuuden, pääríkoksen tai eristysten suhteen, mutta heistä suurempi osa oli halukkaita asettamaan terveydentilaansa liittyviä tavoitteita osaksi rangaistusajan suunnitelmaansa muihin tutkittaviin verrattuna.

Mielenkiintoista oli, että suurempi osa naisista täytti autismikirjon piirteitä kartoittavan itsearviointikyselyn kriteerit miehiin verrattuna, joskaan tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tulos on yllättävä, sillä autismikirjo on yleisväestössä yleisempää pojilla/miehillä kuin tytöillä/naisilla (11).

Myös ADHD:n esiintyvyys on yleisväestössä yleisempää pojilla/miehillä kuin tytöillä/naisilla (1). Tähän tutkimukseen osallistuneista naisista kuitenkin suurempi osa täytti ADHD-itsearviointikyselyn kriteerit miehiin verrattuna. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa ADHD:n kaltaisen oirekuvan esiintyvyyden suhteen lapsuudessa tai ajankohtaisesti. Samanlaisia tuloksia on saatu myös aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa, ja onkin ehdotettu, että tyttöjä/naisia yleisesti rikolliselta käyttäytymiseltä suojaavat tekijät eivät suojaisikaan ADHD-tyttöjä/naisia (2). Myös tyttöjen ja naisten ADHD:n alitunnistamisella ja alidiagnosoinnilla voi olla vaikutus naisvankien suurempaan ADHD:n kaltaisen oirekuvan esiintyvyyteen yleisväestöön verrattuna.

Tutkimushoitajan havaintoihin perustuva NPT 2.0 -tunnistustyökalu vaikuttaisi tämän tutkimuksen perusteella olevan hyvin tiukka seula neurokirjon piirteiden ja niihin liittyvien tarpeiden tunnistamisessa. Esimerkiksi ADHD-piirteitä oli tunnistettavissa diagnostisen haastattelun perusteella noin joka toisella tutkittavalla ja itsearviointilomakkeen perusteella kahdella viidestä tutkittavasta, mutta tutkimushoitajan täyttämän tunnistustyökalun perusteella näitä tunnistettiin harvemmalla kuin joka kymmenennellä tutkittavalla. Tunnistustyökalu on kehitetty erityisesti lähityötä tekevien vankilatyöntekijöiden tueksi neurokirjon vankien arkeen ja kuntoutumiseen, joten on mahdollista, että tutkimustapaamisilla, joiden pohjalta NPT 2.0 täytettiin, ei ollut saatavilla riittävästi informaatiota tutkittavan mahdollisista neurokirjon piirteistä tai että kriteeriraja on asetettu liian tiukaksi.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Neurokirjon vangit ovat merkittävä erityistarpeinen ryhmä, johon on tärkeää kiinnittää huomiota, mikäli halutaan mahdollistaa yhdenvertaisuuden toteutuminen vankeusrangaistuksen aikana, puuttua uusintarikollisuuden riskitekijöihin ja parantaa vankilaturvallisuutta. Sekä ADHD:hen että autismikirjoon liittyvät piirteet heikentävät yksilön kykyä pärjätä rikosoikeudellisessa järjestelmässä (9). Näitä piirteitä omaavien henkilöiden tunnistamatta jääminen on riski heidän oikeusturvansa toteutumiselle, kuntoutustoimenpiteiden kohdentumiselle väärin ja siten korkeammalle uusintarikollisuudelle. Vankeusaika on monelle otollisimpia hetkiä oman terveyden edistämiseksi sekä kuntoutussuunnitelmien laatimiseksi ja käynnistämiseksi, mikä nä-

kyi myös etenkin neurokirjon piirteitä omaavien vankien halukkuudessa asettaa terveydentilaansa liittyviä tavoitteita osaksi rangaistuksen ajan suunnitelmaansa.

Vankeusaikaista terveydenhuoltoa olisi hyvä kehittää ja viedä kohti Käypä hoito -suositusten mukaista diagnostiikkaa ja hoitoa/kuntoutusta, jotta yhdenvertaiset ja hyvin klinisiin käytäntöihin perustuvat terveyspalvelut turvataan kaikille. Vangeilla ilmenee useita psykiatrisia samanaikaissairauksia, kuten traumat, persoonallisuus-, mieliala- ja riippuvuushäiriöt, sekä neurologisia häiriöitä, kuten hankitut aivovammat ja kehitykselliset neuropsykologiset oirekuvat (4, 6, 9, 16). Neuropsykiatriset erotusdiagnostiset kysymykset ovat siksi monitekijäisiä ja haastavia ja vaativat moniammatillista yhteistyötä (psykiatrian erikoislääkäri, neuropsykologi, toimintaterapeutti ja puheterapeutti) ja erikoissairaanhoidon vastaavaa diagnostista osaamista. Tällä hetkellä mahdollisuudet neuropsykiatristen arviointijaksojen toteuttamiselle vankeusaikana ovat kuitenkin selvästi alimitoitettuja tarpeeseen nähden.

Neuropsykiatrisille arviointijaksoille kohdennettujen resurssien riittämättömyyden lisäksi tämän tutkimuksen tulosten perusteella nousee esiin tarve kehittää ja tehostaa neuropsykiatriselle arviointijaksolle ohjautuvuutta. ADHD:n seulontalomakkeet eivät ole tarkoituksenmukaisia työkaluja tilanteessa, jossa joka toisella vankeusvangilla on havaittavissa ADHD:n kaltainen oirekuva.

Autismikirjon vankien tunnistamisessa ja neuropsykiatriselle arviointijaksolle ohjaamisessa sen sijaan seulontatyökaluista voisi olla hyötyä. Tarvitaankin lisää tutkimuksellista sekä vankila-arjesta kerättyä tietoa siitä, ketkä neurokirjon vangeista hyötisivät diagnostisista selvittelyistä ja lääketieteellisestä hoidosta, ja keille riittävä tuki olisi saavutettavissa psykoedukaatiolla, arjen tukitoimilla ja matalan kynnyksen kuntoutuksella.

Käypä hoito -suositusten mukaiset ADHD:n ja autismikirjon hoito ja kuntoutus pitävät sisällään psykoedukaatiota, psykososiaalisia hoitomuotoja sekä ADHD:n ja mahdollisten samanaikaissairauksien lääkehoitoa. Arjen tukitoimet ja tarpeenmukainen ympäristön muokkaaminen tulisi käynnistää heti, kun herää epäily autismikirjosta (11) tai havaitaan tarkkaavuuteen tai ylivilkkauteen liittyviä toiminta- tai oppimiskyvyn ongelmia (1). Tämän suosituksen toteuttamiseksi olisi tärkeää kouluttaa sekä Rikosseuraamuslaitoksen että Vankiterveydenhuollon henkilökuntaa entistä paremmin tunnistamaan neurokirjon piirteitä ja niihin liittyviä erityistarpeita sekä hyödyntämään neuromoninaisuuden huomioonottavaa työtettä työssään.

Neurokirjon vankien diagnostiisiin tutkimuksiin ohjautumista ja niiden toteutusta sekä hoitoa, kuntoutusta ja arjen tukitoimia olisi tärkeää kehittää yhteistyössä Vankiterveydenhuollon ja Rikosseuraamuslaitoksen kanssa. Hyvät diagnostiset prosessit ja kuntoutussuunnitelmat hyödyttävät myös vankeusajan jälkeistä siviilissä toteutettavaa terveydenhuoltoa. Yhteistyötä vankeusaikaisen ja siviiliterveydenhuollon välillä olisikin tärkeä vahvistaa, jotta hoitojatkumot tulisi turvattua sekä vankeusrangaistuksen alkaessa että vapautumisvaiheessa, eikä hoidossa tapahtuisi turhia katkoksia.

Jatkotutkimuksissa tulisi tarkastella ADHD:n ja autismikirjon piirteiden yhteyttä psykiatriseen samanaikaissairastavuuteen, kuntoutustarpeisiin sekä työ- ja toimintakykyyn. Olisi tärkeää selvittää, minkälaisia erityisiä tuen tarpeita neurokirjon vangeil-

la on vankeusaikana ja miten näihin tarpeisiin voitaisiin vastata. Lisää tietoa tarvittaisiin myös vankeusaikaisten kuntoutusohjelmien soveltuvuudesta ja vaikuttavuudesta neurokirjon vangeilla. Jatkossa olisi tärkeää kerätä tietoa neurokirjon vankien uusintarikollisuudesta, työllistymisestä, sairastavuudesta ja kuntoutustarpeista pitkittäisasetelmalla.

Erityisenä ryhmänä tulisi nostaa esiin neurokirjon naisvangit. Naisvangit ovat jo itsessään oma erityisryhmänsä, ja neurokirjon naisvangit ovat erityisryhmä naisvankien joukossa. Sekä ADHD:n että autismikirjon arvioidaan olevan alitunnistettua sekä alidiagnosoitua naisilla (1, 11). Neurokirjon naisvankien ja heidän erityistarpeidensa tunnistamiseen sekä tuki- ja kuntoutusmuotojen kehittämiseen tulisi panostaa sekä jatkotutkimuksia suunnitella että vankilan käytännön arjen toteutuksessa.

Tässä tutkimuksessa autismikirjon piirteitä kartoitettiin lyhyellä itsearviointiseulalla ja työntekijän havaintoihin perustuvalla tunnistustyökalulla. Työntekijän havaintoihin perustuva NPT 2.0 -lomake näyttäytyi tiukkana seulana, ja sen katkaisupistemääriä ja soveltuvuutta neurokirjon vankien erityistarpeiden tunnistamiseen tulisi tarkastella tarkemmin. Jatkossa on hyvä kerätä lisätietoa autismikirjon esiintyvyydestä suomalaisilla vangeilla ja eri seulontamenetelmien soveltuvuudesta tälle kohderyhmälle. Autismikirjioon liittyvät piirteet ja erityistarpeet ovat olennaisia tekijöitä ottaa huomioon sekä erilaisissa oikeuspsykiatrisissa arvioissa että rangaistusajan suunnittelussa. Ne on syytä huomioida myös uusintarikollisuuden ehkäisyyn tähtäävien kuntoutusohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa.

Kirjoittajat

Katri Mikkola

Väitöskirjatutkija, neuropsykologiaan erikoistuva psykologi, PsM
Helsingin yliopisto, Autismisäätiö sr

Sidonnaisuudet: Autismisäätiön Revion-kuntoutuspalvelut rikollisella tai muulla riskikäyttäytymisellä oireileville neurokirjon asiakkaille, Neurokirjon piirteiden tunnistustyökalu 2.0:n kehitystyö vuodesta 2019 alkaen.

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 31.5.2023). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- 2) Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., & Hodgkins, P. 2015a: A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological medicine*, 45(2), 247–258.
- 3) Haapasalo, J., Hämäläinen, T. 1996: Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1394–1401.
- 4) Tuominen, T. 2018: Neurocognitive deficits, academic difficulties and substance dependence among Finnish offenders: connections to recidivism and implications for rehabilitation. In *Turun Yliopiston Julkaisuja – Annales Universitatis Turkuensis*.
- 5) Mohr-Jensen, C., Steinhausen, H. C. 2016: A meta-analysis and systematic review of the risks associated with childhood attention-deficit hyperactivity disorder on long-term outcome of arrests, convictions, and incarcerations. *Clinical psychology review*, 48, 32–42.
- 6) Young, S., Sedgwick, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M., González, R. A. 2015b: Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(12), 2499–2510.
- 7) González, R. A., Gudjonsson, G. H., Wells, J., Young, S. 2016: The role of emotional distress and ADHD on institutional behavioral disturbance and recidivism among offenders. *Journal of attention disorders*, 20(4), 368–378.
- 8) Young, S., Gudjonsson, G. H., Wells, J., Asherson, P., Theobald, D., Oliver, B., Mooney, A. 2009: Attention deficit hyperactivity disorder and critical incidents in a Scottish prison population. *Personality and Individual Differences*, 46(3), 265–269.
- 9) Young, S., González R., Mullens H., Mutch L., Malet-Lambert I., Gudjonsson G. 2018: Neurodevelopmental disorders in prison inmates: comorbidity and combined associations with psychiatric symptoms and behavioural disturbance. *Psychiatry Research*, Volume 261, 109–115.
- 10) Young, S., & Cocallis, K. M. 2019: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Prison System. *Current psychiatry reports*, 21(6), 41.
- 11) Autismikirjon häiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen Yhdistyksen, Suomen Kehitysvammalääkäreiden, Suomen Lastenneurologisen Yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023 (viitattu 31.5.2023). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- 12) Billstedt, E., Anckarsäter, H., Wallinius, M., & Hofvander, B. 2017: Neurodevelopmental disorders in young violent offenders: overlap and background characteristics. *Psychiatry research*, 252, 234–241.
- 13) Heeramun, R., Magnusson, C., Gumpert, C. H., Granath, S., Lundberg, M., Dalman, C., Rai, D. 2017: Autism and convictions for violent crimes: population-based cohort study in Sweden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 491–497.
- 14) Collins, J., Horton, K., Gale-St Ives, E., Murphy, G., Barnoux, M. 2022: A Systematic Review of Autistic People and the Criminal Justice System: An Update of King and Murphy (2014). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–29.
- 15) Helverschou, S. B., Rasmussen, K., Steindal, K., Søndanaa, E., Nilsson, B., Nøttestad, J. A. 2015: Offending profiles of individuals with autism spectrum disorder: A study of all individuals with autism spectrum disorder examined by the forensic psychiatric service in Norway between 2000 and 2010. *Autism*, 19(7), 850–858.
- 16) Joukamaa, M., Aarnio, J., Von Gruenewaldt, V., Hakamäki, S., Hypén, K., Lauerma, H., Wuolijoki, T. 2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve -perustulosraportti. Saatavilla internetissä: www.rikosseuraamus.fi





Lähes kaikki vangit olivat kokeneet elämänsä aikana fyysistä väkivaltaa.

Vankeusaikana henkistä väkivaltaa kokeneita vankeja oli yli neljännes.

Joka neljäs vanki raportoi traumaoireita, naiset miehiä useammin. Oireiden esiintyvyys oli selvästi kasvanut edelliseen tutkimukseen verrattuna.

Vankeudenaikaista kuntoutusta kannattaa tarjota oire- eikä vain rikosperusteisesti.

Varsinaisen hoidon lisäksi tärkeää on korjaava ja traumatisoitumisen huomioon ottava vuorovaikutus päivittäisissä tilanteissa.

Miesten traumaoireilu on kasvanut, joten olisi perusteltua kehittää miehille suunnattua traumatietoista hoitokäytäntöä.

Väkivallan kokemukset ja traumaattisten stressioireiden esiintyvyys

Johdanto

Väkivaltarikoksesta tuomituista miesvangeista yli puolet oli suomalaisen tutkimuksen mukaan kokenut lapsuusaikana fyysistä väkivaltaa (1). Vastaavasti esimerkiksi laajas- kanadalaisessa selvityksessä todettiin, että noin joka toinen vanki oli altistunut traumaattisille tapahtumille (adverce childhood experiences, ACE) lapsuusaikanaan (2). Yhdysvaltalais- tutkimuksen mukaan useat varhaiset ACE-kokemukset, kuten lapsuudenaikaiset hyväksikäytön kokemukset tai lapsuuden perheen toimimaton dynamiikka, selittivät myöhemmin elämässä esiintyvää väkivaltakäytöstä (3).

Aiemmassa Wattu III -tutkimuksessa (2010) selvitettiin muun muassa vankien traumaattisia elämäkokemuksia. Sakko-, elinkautis- ja naisvangit kertoivat kokeneensa lapsuudessaan kotona väkivaltaa enemmän kuin miesvangit. Naisvangit olivat kokeneet lapsuusajan väkivallan lisäksi kaikkia muita väkivallan muotoja merkittävästi enemmän kuin muut (4).

Uudemmissa tutkimuksissa on kiinnostuttu lapsuusajan trauma- ja väkivaltakokemusten lisäksi vankeusaikaisesta traumaoireilusta. Traumaattinen oireilu voi näkyä yksilön arjessa monella eri tavalla, ja yleisiä traumaperäisen stressin oireita ovat jatkuva ahdistuneisuus, traumaattisen asian tai siitä muistuttavien asioiden välttely ja jatkuva ylivireinen tai valpas olotila. Ahdistuneisuutta voi aiheuttaa traumaattisen tapahtuman jatkuva uudelleen kokeminen muisti- ja mielikuvina tai esimerkiksi painajaisunina. Vältte- lykäyttäytymisessä henkilö taas tietoisesti tai tiedostamattaan saattaa vältellä esimerkiksi

paikkaa, jossa traumaattinen asia on tapahtunut tai paikkoja, jotka muistuttavat tapah-tuneesta. Tämän seurauksena henkilö saattaa eristäytyä merkittävästikin muista tai hän saattaa kaventaa omaa tunnemaailmaansa niin, että tunteiden kokeminen ja ilmaisemi-nen on vaikeaa. Jatkuva varuillaan olo voi puolestaan aiheuttaa univaikeuksia, ärtynei-syyttä, keskittymiskyvyttömyyttä tai säikähtämisherkkyyttä (5).

Traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) esiintyvyys vangeilla on kohtalaisen yleis-tä, vaikkakin tulokset vaihtelevat tutkimuksittain suuresti. Tämä johtuu todennäköi-sesti siitä, että eri tutkimuksissa PTSD:tä on kartoitettu eri kriteereillä. Vuoden 2018 meta-analysissä, jossa koottiin yhteen useita vankeja koskevia tutkimuksia, todettiin PTSD:n esiintyvyydeksi miesvangeilla keskimäärin kuusi prosenttia ja naisvangeilla 21 prosenttia (6). Suomalaisvankien PTSD:n esiintyvyys oli Wattu III -tutkimukses-sa miehillä noin kaksi prosenttia ja naisilla noin 17 prosenttia, kun tarkasteltiin ajan-kohtaisia oireita (4).

Vankeusaikainen traumaperäisten oireiden hoitaminen jakautuu Vankiterveyden-huollon ja Rikosseuraamuslaitoksen palveluihin tai kolmansien osapuolien tuottamiin ohjelmiin. Vuonna 2023 palveluvalikoimista ei löydy erityisesti traumaoireisiin keskit-tyvää hoito-ohjelmaa tai traumoihin liittyvää interventiota.

Kriminaalihuollon tukisäätiön teettämän kyselyn mukaan suomalaisvankien mie-lenterveysongelmiin saatava apu näytti vähäiseltä – alle 15 prosenttia raportoi saa-neensa hoitoa (7). Eräässä opinnäytetyössä rikosseuraamusasiakkailta oli kysytty tuen ja avun tarpeesta, ja kaikki haastateltavat olivat kokeneet psykologikäynnit poikkeuk-setta hyväksi (8). Vangit olivat tuoneet esiin puutteena sen, että hyvin alkanut hoi-to usein katkesi, kun siirryttiin laitoksesta toiseen, ja näin ollen esimerkiksi mielen-terveyshoito oli jäänyt katkonaiseksi. Yksilöllisen psykologisen hoidon sijaan tuen muodoksi oli useimmiten raportoitu päihdehoito sekä tuki rikoksettomaan elämään. Esimerkiksi monet akkreditoidut vankiloiden hoito-ohjelmat, kuten Suuttumuksen hallinta tai Uusi suunta, liittyvät vangin kokemien oireiden sijaan tehtyyn rikokseen.

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Osatutkimuksessa selvitettiin vankien elämänaikaisia väkivallankokemuksia, ajankoh-taista PTSD-oireilua sekä näiden välistä yhteyttä. Väkivaltakokemusten esiintyvyyt-tä tutkittiin sukupuolittain, ikäryhmittäin, ensikertalaisten ja moninkertaisten välillä, työkykyiseksi arvioitujen ja alentuneesti työkykyisten välillä sekä eri rikosperusteisissa ryhmissä. Erikseen selvitettiin vankeusaikaisia väkivallan kokemuksia sukupuolittain.

Tutkimusmenetelminä käytettiin väkivaltakyselylomaketta, jossa vastaajat arvioi-vat itse omia väkivallankokemuksiaan eri ajankohtina. Lomake oli suomennettu al-kuperäisestä NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ) -väkivaltakyselystä (9), johon lisättiin kysymys taloudellisesta väkivallasta. Kyselyssä väkivallan kokemuksia kartoit-tettiin neljässä kategoriassa: fyysinen väkivalta, henkinen väkivalta, seksuaalinen vä-kivalta ja taloudellinen väkivalta. Kategorioissa oli yhdestä neljään kysymystä, joihin vastausvaihtoehdot olivat ”ei lainkaan”, ”lapsena”, ”aikuisena”, ”lapsena ja aikuisena” tai

”vankeusaikana”. Tässä osatutkimuksessa ei eritelty sitä, oliko koettu väkivalta tapahtunut lapsena vai aikuisena, vaan yksikin kyllä-vastaus kategoriassa tulkittiin niin, että kyseistä väkivaltaa oli koettu elämän aikana. Vankeusaikana koettu väkivalta tutkittiin erikseen.

Ajankohtaista traumaattista stressioireilua tutkittiin Trauma screening questionnaire (TSQ) -seulamittarilla (10), joka kartoittaa kymmenellä kysymyksellä tutkittavan tällä hetkellä esiintyviä PTSD-oireita. Mittari on kehitetty traumaperäisen stressihäiriön seulontaan, ja sillä kartoitetaan trauman uudelleenelämisen ja jännitystilan oireita edeltäneen kahden viikon ajalta (11). Seula on positiivinen, jos tutkittava on antanut kuusi tai useamman kyllä-vastausta. TSQ on todettu luotettavaksi itsearviointimenetelmäksi (12), jota esimerkiksi Käypä hoito -suositus esittää seulontatyökaluksi, kun potilasta tutkitaan PTSD-diagnostiikkaa varten (13). Kyseessä ei ole kuitenkaan varsinaisen diagnostinen haastattelu vaan oireiden seulontamenetelmä.

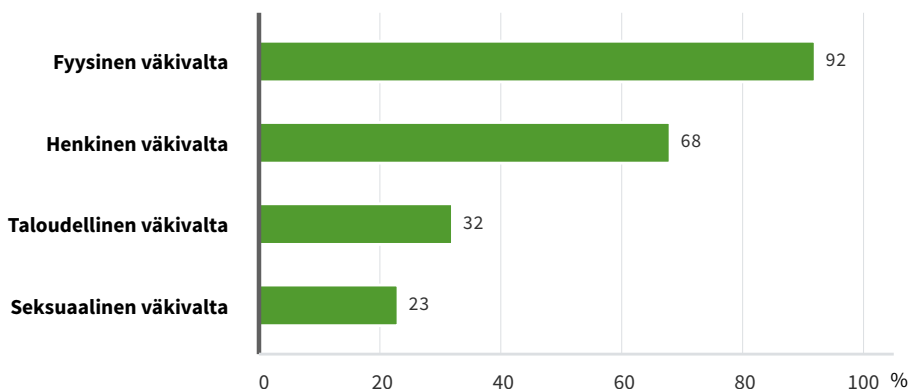
Ryhmien välisten erojen vertailussa käytettiin Pearsonin khiin neliö -testiä sekä varianssianalyysia (ANOVA).

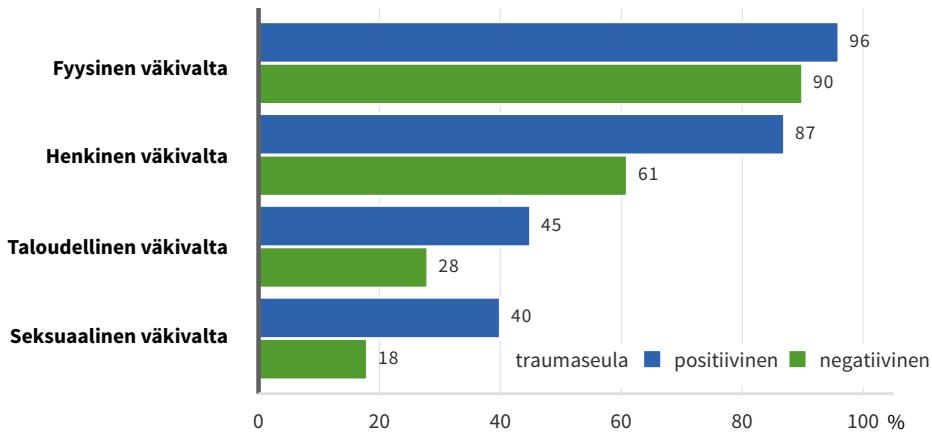
Tulokset

Elämänsä aikana fyysistä väkivaltaa oli kokenut yli 90 prosenttia kaikista vangeista. Enemmän kuin kaksi kolmesta oli kokenut henkistä väkivaltaa, taloudellista väkivaltaa noin joka kolmas ja seksuaalista väkivaltaa reilu viidennes vangeista. Vankien elämänaikaiset väkivaltakokemukset on esitetty Kuviossa 1.

Käyttämällä traumaoireilua kartoittavaa seula saatiin kaksi ryhmää, joilla traumaseula oli joko positiivinen tai negatiivinen, joko oireilua esiintyi kliinisesti merkitsevästi tai ei. Kaikista vangeista joka neljännellä (25 %) oireilua esiintyi kliinisesti merkitsevästi, Kuvio 2 yllä. Ryhmässä, jossa oli ajankohtaisia traumaoireita, lähes kaikilla (96 %) oli myös väkivaltaisia elämäkokemuksia. Traumaoireilevista van-

Kuvio 1. Vankien elämänaikaiset väkivallan kokemukset. Kaikista vangeista 92 % raportoi kokeneensa fyysistä väkivaltaa. Henkistä väkivaltaa oli kokenut 68 %, seksuaaliväkivaltaa 23 % ja taloudellista väkivaltaa 32 %.





Kuvio 2. Traumaattisen oireilun ja oireettomuuden eli TSQ-seulakyselyn tuloksen jakautuminen eri väkivaltakokemusten ryhmissä (%).

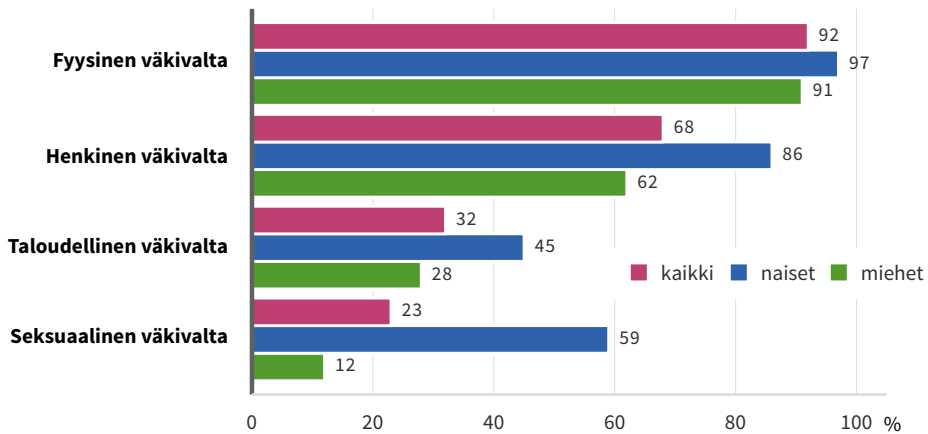
geista 87 prosenttia oli kokenut henkistä väkivaltaa, 40 prosenttia oli kohdannut seksuaaliväkivaltaa ja 45 prosenttia taloudellista väkivaltaa. Tutkittavat, joilla ei ollut kliinisiä traumaoireita, olivat hekin kohdanneet kaikkia edellä mainittuja väkivallan muotoja.

Naiset raportoivat kokeneensa kaikkia väkivallan muotoja (henkinen, fyysinen, seksuaalinen, taloudellinen) elämänsä aikana miehiä enemmän, Kuvio 3 seuraavalla sivulla. Sen sijaan vankeusaikaisia väkivallan kokemuksia oli miehillä naisia useammin. Seksuaalisen väkivallan kokemukset vankeusaikana näyttivät olevan kummallakin sukupuolella äärimmäisen harvinaisia, Kuvio 4. Naisvangit raportoivat miehiä enemmän traumaoireita, mutta traumaoireiden esiintyvyydessä ei havaittu miesten ja naisten välillä merkitseviä eroja. Miehistä reilu viidennes (23 %) ja naisista vajaa kolmannes (31 %) sai positiivisen TSQ-seulatuloksen.

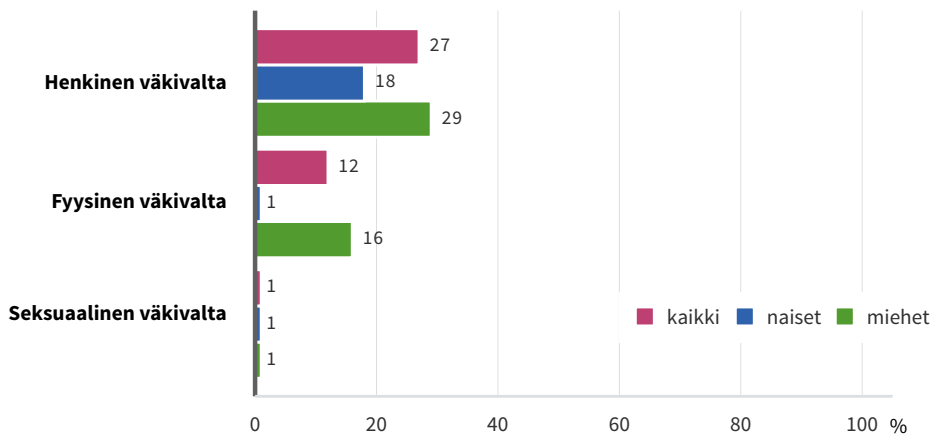
Traumaoireilua esiintyi eniten 30–47-vuotiaiden ryhmässä (50 %), ero muihin ikäryhmiin oli merkitsevä. Alle 30-vuotiaista vangeista reilu kolmannes (38 %) sai positiivisen traumaseulan, ja vanhimmat vangit, yli 47-vuotiaat raportoivat vähiten traumaoireita (12 %).

Vangeista, jotka tutkimushoitaja oli arvioinut työkykyisiksi, valtaosalla (82 %) ei esiintynyt traumaattista oireilua. Työkyvyltään alentuneeksi arvioitujen ryhmässä 33 prosentilla oli traumaoireilua.

Traumaoireilevista vangeista noin kolme neljästä (78 %) oli halukas siihen, että rangaistusajan suunnitelmaan asetetaan terveydenhoidollisia tavoitteita. Toisaalta halukkuutta oli myös yli puolella (53 %) ryhmässä, jossa ei esiintynyt traumaoireilua. Vangin ensikertalaisuudella tai päärikosluokalla ei näyttänyt olevan vaikutusta traumaoireiden esiintyvyyteen. Ei myöskään sillä, suorittiko vanki pitkää, yli kahden vuoden tuomiota vai lyhyempää rangaistusta. Sen sijaan vastaajat, jotka olivat olleet koko elämänsä aikana yhdessä tai erillisissä jaksoissa yhteensä enemmän kuin kaksi vuotta vankilassa, näyttivät kokevan muita vähemmän traumaoireilua.



Kuvio 3. Eri väkivallan muotojen elämänaikainen esiintyvyys sukupuolittain (%). Naiset raportoivat kohdanneensa kaikkia väkivallan muotoja useammin kuin miehet.



Kuvio 4. Vanheusaikana koetut väkivallan muodot sukupuolittain (%).

Erikseen tarkistettiin, miten TSQ-itsearviointimenetelmä toteutui niissä tapauksissa, joissa tutkittavalle oli lisäksi tehty psykiatrinen puolistrukturoitu diagnostinen haastattelu (SCID) ja sen osana traumaperäisen stressihäiriön arviointi. Niistä vanheista, joilla TSQ-seula oli ollut positiivinen, vain 22 prosenttia täytti haastattelussa PTSD-kriteerit. PTSD:n kriteerit täyttävässä ryhmässä puolestaan TSQ-seula oli positiivinen 49 prosentilla.

Johtopäätökset

Väkivaltakokemusten esiintyvyys tässä tutkimuksessa näytti noudattavan aiempia tutkimustuloksia: mies- ja naisvangeista yli puolet oli kokenut elämänsä aikana jotakin

väkivallan muotoa. Poikkeuksena olivat taloudellinen väkivalta ja miesten seksuaalisen väkivallan kokemukset. Fyysistä väkivaltaa olivat kokenut lähes jokainen vanki. Naisvangit raportoivat miesvankeja enemmän väkivallan kokemuksia.

Väkivaltaa tapahtuu myös vankeuden aikana. Useampi kuin joka kymmenes miesvanki oli kokenut fyysistä väkivaltaa vankilassa ollessaan, ja henkistä väkivaltaa kokeneita vankeja oli yli neljännes. Tutkimustulokset jättävät avoimeksi kysymyksen siitä, mistä väkivaltakokemukset vankeusaikana syntyvät. Kuvaavatko ne vankien välistä toimintaa, onko kyse vankilan ulkopuolelta saapuvista viesteistä, jotka voidaan tulkita henkiseksi väkivallaksi, ja voiko joissain tapauksissa olla kyse henkilökunnan ja vankien välisistä tilanteista.

Väkivallan kokemuksia kartoittamalla ei pystytty myöskään päättelemään sitä, onko väkivaltaa kokeneella aiheeseen liittyvää traumaoireilua. Yksilöiden välillä on paljon eroja siinä, mitä samankaltaisista kokemuksista saattaa seurata. Tämän vuoksi olikin tärkeää, että tutkimuksessa ei tarkasteltu pelkästään väkivaltaisia ja potentiaalisesti traumaattisia kokemuksia, vaan tutkittiin haastatteleamalla myös sitä, miten traumaoireet esiintyvät ajankohtaisesti.

Tässä tutkimuksessa sukupuolten väliset erot traumaoireilussa näyttäytyivät kiinnostavina ja hieman erilaisina kuin aiemmin tehdyssä vankitutkimuksessa. Edellisessä Wattu III -tutkimuksessa naiset raportoivat PTSD:n oireita selvästi enemmän kuin miehet. Nyt saaduissa tuloksissa naiset raportoivat TSQ-seulassa traumaoireita edelleen miehiä enemmän, mutta erot olivat kaventuneet miesten raportoidessa traumaoireita aiempaa enemmän. Näyttäisi siltä, että TSQ-seulalla saadaan miesvankien traumaattista oireilua enemmän näkyväksi verrattuna vaativampaan PTSD:tä kartoittavaan SCID-haastatteluun.

PTSD:n diagnostisen selvittelyn sijaan TSQ-seulalla voidaan selvittää oireiden ilmenemistä herkemmin, mikä auttaa arvioimaan todellista kliinisten oireiden yleisyyttä vangeilla. Oireiden seulominen voisi olla diagnostisia haastatteluja mielekkäämpää hoidon tarpeen arvioimiseksi jo pelkästään tarvittavan ajankäytön ja erikoisosaamisen puolesta.

Sukupuolierojen lisäksi traumaoireiden esiintyvyydessä havaittiin eroja myös ikäryhmittäin. Aineiston keskiryhmässä, 30–47-vuotiailla, oireiden esiintyvyys oli suurinta, vanhimmassa ryhmässä vähäisintä. Tämän tutkimuksen perusteella ei pystytä sanomaan, mistä erot vankisukupolvien välillä johtuvat.

Traumaoireilun esiintyvyydessä vaikuttaa tapahtuneen muutos suurempaan. Verrattuna edelliseen, vuoden 2010 vankitutkimukseen, jossa SCID-haastattelulla kartoitetun PTSD-oireilun kriteerit täyttyivät reilulla kahdella prosentilla, nyt haastattelussa kriteerit täyttyivät 13 prosentilla koko vankiotoksesta. Tässä tutkimuksessa PTSD:n esiintymisen lisääntyminen oli yllättävä havainto, eikä alustavien tulosten mukaan ole selvää, mistä esiintymisen yleistymisen johtuu.

Johdannossa mainitussa kansainvälisessä tutkimuksessa (6) PTSD:n esiintyvyys edeltävän 12 kuukauden aikana miesvangeilla oli ollut 9,9 prosenttia ja naisvangeilla 26,1 prosenttia. Nämä luvut näyttäisivät vastaavan paremmin nyt saatuja havaintoja ja PTSD:n esiintyvyydestä Suomessa. Eurooppalaisissa kyselytutkimuksissa normaai-

liväestön PTSD:n esiintyvyydeksi 12 kuukauden aikana on esitetty 1,1–5,6 % (14, 15, 16). Näihin lukuihin peilaten aiemman Wattu III -tutkimuksen reilu kahden prosentin esiintyvyys vaikuttaa pieneltä, ja nykytulos sopii paremmin yleiskäsitykseen traumaoireiden yleisyydestä.

Kiinnostava havainto tehtiin myös ryhmässä, jossa elämänaikaisia vankeuspäiviä oli ollut yhteensä yli kahden vuoden verran. Ryhmä sisältää sekä rikoksenuusijoita että vankeja, joilla on yksi pitkä tuomio. Pitkä elämänaikainen laitosaika vaikutti vähentävän traumaoireilua: 80 prosentilla TSQ-seula oli negatiivinen, kun taas muista 66 prosentilla seula oli negatiivinen.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Tämän raportin tulokset viittaavat siihen, että traumaoireiden yleisyys on kasvanut aiemmista selvityksistä. Olisikin tärkeää selvittää, mikä selittää yli kymmenen prosentin nousun PTSD-oireilussa nyt tehdyn ja edellisen vankitutkimuksen välillä. Olisi myös mielekästä tutkia, esiintyykö rikoksenuusijoilla elämänaikaisia väkivaltakokemuksia useammin kuin ensikertalaisilla tai vain yhden tuomion saaneilla. Lisäksi tutkimusaineistosta jäi vielä selvittämättä tarkemmin väkivaltakokemuksiin liittyviä yksityiskohdita, kuten onko väkivalta koettu useammin lapsuusvuosina vai aikuisuudessa tai onko traumaoireilua enemmän niillä, joilla väkivaltakokemukset sijoittuvat enemmän lapsuuteen kuin aikuisuuteen. Vankeusaikana koetun väkivallan yhteys oireisiin on hyödyllinen kohde jatkotutkimuksille.

Kansainvälisesti on saatavilla useita hoito-ohjelmia, jotka huomioivat vankien keskimääräistä vaikeamman elämänhistorian ja jotka pyrkivät ehkäisemään uusintarikollisuutta. Eräässä yhdysvaltalaisitutkimuksessa todettiin, että lähisuhdeväkivaltaan syyllistyivät erityisesti ne miehet, jotka olivat lapsuudessaan itse todistaneet pahoinpitelyä tai itse joutuneet pahoinpideltyksi tai hyväksikäytetyksi (17). Erityisesti lähisuhdeväkivaltaan syyllistyneille miehille on kehitetty vankilaympäristössä toteutettavia terapeuttisia ohjelmia, joiden tavoitteena on ehkäistä uusintarikollisuutta. Hoito-ohjelmien tuloksellisuus on kuitenkin ollut tutkimuskirjallisuudessa jokseenkin vaihtelevaa. Toisinaan ohjelmat eivät ole vaikuttaneet merkittävästi uusintarikollisuuteen (18, 19), kun taas joissakin tutkimuksissa on pystytty raportoimaan hoitoa saaneen ryhmän pienemmästä uusintarikollisuudesta (20).

Nyt saadut tulokset vahvistavat ajatusta siitä, että kuntoutusta kannattaa tarjota nimenomaan vangin oireilun mukaan, eikä vain tehdyn rikoksen mukaan. Tulokset viittaavat siihen, ettei rikosperusteisella ryhmällä ole merkittävää yhteyttä siihen, onko vangilla traumaoireita vai ei. Jatkossa vankeusaikaista kuntoutusta voisikin kehittää erottamalla traumaattisesti oireilevat vangit rikosperusteisista ryhmistään omaksi ryhmäkseen ja tarjota heille traumaorientoitunutta hoitoa riippumatta siitä, minkä rikoksen he ovat tehneet. Traumaattisesti oireilevat vangit saattaisivat hyötyä traumahoidosta, ja oireettomat voisivat jatkaa rikosperusteisessa ohjelmassa. Näin saataisiin mahdollisesti kohdennettua kuntoutusta nykyistä paremmin.

Vankien psyykkisen oireilun psykologisista hoitomuodoista on uusia tutkimuksia, mutta tulokset näyttävät epävarmoilta. Esimerkiksi masennuksen ja ahdistuksen psykologisten CBT- ja mindfulness-pohjaisten hoitojen tulokset vankien keskuudessa jäävät vaatimattomaksi, ja traumaoireilevat vangit eivät juuri hyötäneet hoidosta (21). Toisaalta naisvangeille suunnattu traumaoireiden hoito-ohjelma oli vähentänyt oireita (22). Kanadalaistutkimuksessa (23) kirjoittajat ehdottavat, että traumaorientoitunutta hoitoa tulisi naisvankien lisäksi tarjota nykyistä laajemmin myös miesvangeille. Tämä vastaa raportissa kuvattuja havaintoja miesten traumaoireilun kasvusta aiempiin selvityksiin nähden, joten tulevaisuudessa olisikin perusteltua kehittää myös miehille suunnattua traumatietoista hoitokäytäntöä. Tästä on alustavia tuloksia: vankiloihin sovitettu traumaohjelma on saanut lupaavia tuloksia niin miehillä kuin naisilla (24).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että vangeilla on paljon elämänaikaisia väkivallan kokemuksia ja myös traumaoireilua. Nyt raportoiduissa tuloksissa rohkaisevaa on, että traumaoireilevista vangeista kaksi kolmasosaa toivoi rangaistusajan suunnitelmaansa terveydenhoidollisia tavoitteita. Mielenterveyden hoito ja kuntoutus laajemmin ottaen voisi toimia vankien ja Rikosseuraamuslaitoksen yhteisenä tavoitteena.

Traumaperäinen stressihäiriö ilmenee monella eri tavalla, ja käyttäytymisen tunnistaminen osaksi laaja-alaista oirekuvaa auttaa henkilökuntaa suhtautumaan vangin toimintaan ymmärtävämmiin ja taitavammin. Varsinaisen hoidon lisäksi tärkeää onkin korjaava vuorovaikutus päivittäisissä tilanteissa.

Kirjoittajat

Katja Koskialho

Väitöskirjatutkija, PsM
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Ei sidonnaisuuksia

Raimo Lappalainen

Kliinisen psykologian ja psykoterapian professori
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Ei sidonnaisuuksia

Katariina Keinonen

Kliinisen psykologian yliopistonlehtori, PsT
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Haapasalo, J., ja Hämäläinen, T. 1996: Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1394–1401.
- 2) Bodkin, C., Pivnick, L., Bondy, S.J., Ziegler, C., Martin, R.E., Jernigan, C., Kouyoumdjian, F. 2019: History of childhood abuse in populations incarcerated in Canada: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 109(3), e1–e11.
- 3) Duke, N.N., Pettingell, S.L., McMorris, B.J., Borowsky, I.W. 2010: Adolescent violence perpetration: Associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*, 125(4), e778–e786.

- 4) Rikosseuraamuslaitoksen julkaisu 1/2010. Rikosseuraamuslaitos. Viitattu 12.5.2023. Saatavilla osoitteesta: https://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-risenjulkaisusarja/6AqMACEr8/RISE_1_2010_Rikosseuraamusasiakkaiden_terveys_tyokyky_ja_hoidontarve.pdf
- 5) Huttunen M. 2018: Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 30.11.2018. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526#s1>
- 6) Baranyi, G., Cassidy, M., Fazel, S., Priebe, S., Mundt, A.P. 2018: Prevalence of posttraumatic stress disorder in prisoners. *Epidemiologic reviews*, 40(1), 134–145.
- 7) Niemelä, H., Turunen, S., Harsu, A., Kaurala, M., Sunikka, S. Daavittila, T. 2021: Kriminaalihuollon tukisäätiö. ”Et vapautues olis elämä, jota elää”. Selvitys rikosseuraamusasiakkaiden tarpeista ja oikeuksien toteutumisesta. Saatavilla osoitteesta: <https://www.krits.fi/wpcontent/uploads/2021/11/Kysely-vangeille-verkkojulkaisu-2021.pdf>
- 8) Ojanperä, J. 2016: ”Eihän vangit varmasti paljoo pyydä.” Rikosseuraamusasiakkaiden ajatuksia tuen ja avun tarpeesta. Swahnberg, I.K., Wijma, B. 2003: The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ) Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *The European Journal of Public Health*, 13(4), 361–366.
- 9) Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Foa, E.B. 2002: Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181(2), 158–162.
- 10) Mielenterveystalo.fi. n.d. Mittarit. Luettu 24.4.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/pro/mittarit/tsq-trauma-screening-questionnaire>
- 11) Walters, J.T., Bisson, J.I., Shepherd, J.P. 2007: Predicting post-traumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault. *Psychological medicine*, 37(1), 143–150.
- 12) Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2022 (viitattu 12.4.2023). Saatavilla osoitteesta: https://www.kaypahoito.fi/hoi50080#s6_1
- 13) Darves-Bornoz, J.M., Alonso, J., de Girolamo, G., Graaf, R.D., Haro, J.M., Kovess-Masfety, V., Gasquet, I. 2008: Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of traumatic stress*, 21(5), 455–462.
- 14) Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H.U. 2000: Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica*, 101(1), 46–59.
- 15) Frans, Ö., Rimmö, P.A., Åberg, L., Fredrikson, M. 2005: Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291–290.
- 16) Reavis, J.A., Looman, J., Franco, K.A., Rojas, B. 2013: Adverse childhood experiences and adult criminality: how long must we live before we possess our own lives?. *The Permanente Journal*, 17(2), 44.
- 17) Babcock, J.C., Green, C.E., Robie, C. 2004: Does batterers’ treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical psychology review*, 23(8), 1023–1053.
- 18) Marques, J.K., Wiederanders, M., Day, D.M., Nelson, C., Van Ommeren, A. 2005: Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California’s Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 17, 79–107.
- 19) Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L., Seto, M.C. 2002: First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 14, 169–194.
- 20) Yoon, I.A., Slade, K., Fazel, S. 2017: Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(8), 783.
- 21) Lynch, S.M., Heath, N.M., Mathews, K.C., Cepeda, G.J. 2012: Seeking safety: an intervention for trauma-exposed incarcerated women?. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 88–101.
- 22) Wanamaker, K.A., Brown, S.L., Czerwinsky, A.M. 2022: Abuse, neglect and witnessing violence during childhood within justice-involved samples: A meta-analysis of the prevalence and nature of gender differences and similarities. *Journal of Criminal Justice*, 82, 101990.
- 23) Gajewski-Nemes, J. ja Messina, N. 2021: Exploring and healing invisible wounds: Perceptions of trauma-specific treatment from incarcerated men and women. *Journal of Trauma & Treatment*, 10(5), 1–8.



ALT
M

SMUS



Kahdeksalla prosentilla vangeista oli elämänsä aikana ollut jokin psykoosisairaus (pois lukien päihdepsykoosi, joka oli ollut 34 prosentilla). Lähes kaikilla oli psykoosisairauden lisäksi joko päihde- tai persoonallisuushäiriö, usein molemmat

Tässä ryhmässä vankeus oli useimmiten seurausta väkivaltarikoksesta. Kuitenkin vain yhdellä kymmenestä väkivaltarikoksesta tuomitusta vangista oli elämänaikainen psykoosisairaus.

Psykoosisairaajat vangit ovat monihäiriöinen ja haavoittuva ryhmä, jossa koulutustaso on matala ja työkyky alentunut. Vankeusaikana he ovat muita useammin eristämistoimenpiteiden kohteena.

On varmistettava, ettei vankiloista muodostu vakavasti psyykkisesti sairaiden ihmisten epätarkoituksenmukainen sijoituspaikka.

Psykoottiset häiriöt

Johdanto

Psykoosit ovat vaikeita mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy todellisuuden tajun vakava häiriintyminen ja toimintakyvyn tilapäinen tai pysyvä heikkeneminen. Psykoosille ominaisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, puheen ja käytöksen hajanaisuus, tunteiden latistuminen sekä kognitiivisten toimintojen, kuten muistin, tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen, heikentyminen. Psykoosit ovat yhteydessä yleiseen huono-osaisuuteen ja aiheuttavat henkilölle vakavan syrjäytymisvaaran.

Psykoosit, kuten muutkin psyykkiset häiriöt, ovat vankiväestössä yliedustettuina (1). Tautiluokitus ICD-10:n skitsofreniaryhmään (F20–F29) kuuluvien psykoottisten häiriöiden (muut kuin päihdepsykoosit) yhteenlaskettu elämänaikainen esiintyvyys on Suomen väestössä noin kaksi prosenttia (2). Edellisessä, vuosina 2006–2010 toteutetussa vankitutkimuksessa (Wattu III) näiden psykoosien elämänaikainen esiintyvyys vankiväestössä oli noin kuusi prosenttia (3).

Psykoosien yhteyttä väkivaltaan ja rikollisuuteen on tutkittu laajasti. Etenkin skitsofrenian ja kohonneen väkivaltariskin välinen yhteys on havaittu useissa tutkimuksissa (4, 5, 6). Psykoosia sairastavan riskiä väkivaltaan lisäävät muun muassa antisosiaalinen persoonallisuus, päihdehäiriö, aikaisempi väkivalta, sairaudentunnon puute sekä lääkehoidon laiminlyönti (5, 7). Psykoosisairaus itsessään näyttää lisäävän väkivallan riskiä etenkin hoitamattomana tai esiintyessään samanaikaisesti päihdehäiriön kanssa (4, 5, 6). Psykoosien yhteydessä esiintyvää väkivaltaisuutta saattavatkin itse

sairautta paremmin selittää niin sanotut kriminogeeniset tekijät, kuten antisosiaalinen elämäntapa, rikosmyönteiset asenteet, työttömyys ja päihdeidenkäyttö, jotka ovat psyykkisesti sairailta yleisempiä kuin valtaväestössä (5).

Kohonneesta väkivaltariskistä huolimatta vain pieni osa psykoosia sairastavista on väkivaltaisia (6), ja vain pieni osa väkivaltarikoksen tekijöistä sairastaa psykoosia (8). Skitsofreniaa sairastavien joukossa on kuitenkin erotettavissa vähemmistö, joka psykoottisena ja usein päihdeiden vaikutuksen alaisena syyllistyy väkivaltaan toistuvasti (7). Väkivaltaisten psykoosipotilaiden vaarana on jäädä ilman asianmukaista hoitoa, ja suuren yleisön silmissä tämän marginaalisen joukon väkivaltakäyttäytyminen leimaa aiheettomasti kaikkia skitsofreniapotilaita (7).

Viime vuosina alalla on käyty keskustelua psykoosisairaiden vankien määrän kasvusta. Psykoosien määrän on havaittu kymmenkertaistuneen suomalaisessa väkivaltaväestössä vuosien 2005 ja 2016 välillä (9), ja vankeja on vapautettu vankilan ulkopuoliseen hoitoon kroonisen psykoosin vuoksi viime vuosina entistä useammin (10). Tutkimuslöydökset viittaavat siihen, että hoitoa vakavaan mielenterveyden häiriöön olisi osalle saatavilla vain vankilajärjestelmän kautta (11). Psykiatrinen vankisairaala on kuitenkin suunniteltu ensisijaisesti akuuttilhoidon yksiköksi, eikä siellä ole mahdollista toteuttaa kroonisesta psykoosista kärsivän potilaan progressiivista ja kuntouttavaa hoitoa (10).

Koska vankeus pahentaa olemassa olevia psyykkisiä oireita ja koska psykoottiset oireet lisäävät uusintarikollisuuden ja väkivaltaisuuden riskiä, ovat tämän vankijoukon aiheuttamat yksilölliset, yhteiskunnalliset ja taloudelliset vaikutukset mittavat.

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Tutkimuksessa tarkasteltiin suomalaisten vankien elämänaikaisia psykooseja ja niiden kanssa samanaikaisesti esiintyviä päihde- ja persoonallisuushäiriöitä sekä C-hepatiittia. Tutkimuksen kohteena olivat tautiluokitus ICD-10:ssä psykoottisiksi häiriöiksi luokiteltavat häiriöt F20–F29: skitsofrenia, skitsofreenistyyppinen häiriö, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoottinen häiriö, yleissairaudesta johtuva psykoottinen häiriö sekä tarkemmin määrittelemätön psykoottinen häiriö. Psykoaktiivisen aineen laukaisemia psykoottisia häiriöitä eli niin sanottuja päihdepsykooseja tarkasteltiin muista psykooseista erillisenä ryhmänä, sillä ne poikkeavat kroonisista ja etenevistä psykooseista sekä syntyvaltaan että ominaispiirteiltään.

Vankien psykooseja ja päihde- ja persoonallisuushäiriöitä arvioitiin puolistrukturoiduilla SCID I- ja SCID II -haastattelumenetelmillä (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*), joista voi lukea lisää raportin [liitteestä 2](#). Niiden avulla voidaan arvioida yleisimpien mielenterveyden häiriöiden (SCID I) ja persoonallisuushäiriöiden (SCID II) diagnostisten kriteerien täyttymistä akuutisti (diagnostiset kriteerit täyttyvät viimeisen kuukauden aikana) ja elämänaikaisesti (diagnostiset kriteerit ovat täyttyneet jossain vaiheessa elämää). Tutkimuksessa selvitettiin psykoosien

elämänaikaista esiintyvyyttä. Huomioitavaa on, että varsinaista psykoosisairauden diagnoosia ei aseteta pelkästään SCID-haastattelun perusteella, sillä diagnoosi vaatii tuekseen lisätietoja terveydestä sekä lääkärin arvion. SCID-menetelmän avulla saadaan kuitenkin vertailevaa tutkimusta varten riittävästi yhdenmukaista tietoa.

C-hepatiitin esiintyvyyttä tarkasteltiin tässä osatutkimuksessa kyselyvastauksiin perustuen. Lisää C-hepatiitista voi lukea raportin luvusta [Infektiotaudit](#)

Tutkimuskysymyksiä tarkasteltiin kuvailevasti ristiintaulukointeihin ja frekvensseihin perustuen. Elämänaikaista psykoosia sairastavien ja muiden vankien välisiä eroja tutkittiin Pearsonin khiin neliö -testillä ja varianssianalyysillä (ANOVA).

Tulokset

Elämänaikaiset psykoosit

Kahdeksalla prosentilla tutkimukseen osallistuneista vangeista oli ollut elämänaikainen psykoosisairaus. Yleisin psykoosisairaus oli skitsofrenia (3 %) ja toiseksi yleisin harhaluuloisuushäiriö (2 %). Kahdella prosentilla psykoosi oli tutkimushetkellä akuutti.

Yksittäisistä psykoosisairauksista skitsofreniaa esiintyi naisvangeilla tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin miesvangeilla ($p=0,023$). Muiden yksittäisten psykoosisairauksien osalta sukupuoli- tai ikäryhmäkohtaisessa tarkastelussa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Muista psykooseista erillisenä tarkasteltu elämänaikainen psykoaktiivisen aineen laukaisema psykoottinen häiriö havaittiin joka kolmannella (34 %) tutkittavalla. Joka viidennellä (21 %) niistä vangeista, joilla oli elämänaikainen psykoosisairaus, oli jossain vaiheessa elämänsä ollut myös päihdepsykoosi. Päihdehäiriöistä kerrotaan lisää raportin luvussa [Päihteiden käyttö ja käyttöhäiriöt](#).

Taulukossa 1 on esitetty elämänaikaisten psykoosien ja niiden kanssa samanaikaisesti esiintyvien päihde- ja persoonallisuushäiriöiden sekä C-hepatiitin esiintyvyydet tässä tutkimuksessa ja edeltävässä vuoden 2010 Wattu III:ssa siltä osin, kuin tietoja oli saatavilla. Wattu III -esiintyvyyksien absoluuttiset lukumäärät on laskettu tutkimuksen loppuraportissa mainittujen prosenttiosuuksien avulla. Taulukkoon on myös laskettu elämänaikaisten ja akuuttien psykoosien esiintyvyyksissä tapahtuneet muutokset näiden kahden tutkimuksen välillä.

Vertailu on kuvailevaa ja suuntaa antavaa, sillä kahden ajallisesti ja taustamuuttujien suhteen erilaisen otoksen tilastollista vertailua ei tässä tutkimuksessa ollut mahdollista tehdä.

Samanaikaiset päihde- ja persoonallisuushäiriöt ja C-hepatiitti

Elämänaikaista psykoosia sairastavista vangeista lähes kaikilla (96 %) oli samanaikainen päihdehäiriö ja vastaavasti lähes kaikilla (96 %) samanaikainen persoonallisuushäiriö. Samanaikaista päihdehäiriötä sairastavista ($n=23$) lähes kaikilla oli alkohoo-

Taulukko 1. Elämänaikaiset psykoosit, samanaikaiset päihde- ja persoonallisuushäiriöt ja samanaikainen C-hepatiitti suomalaisessa vankiväestössä vuosina 2006–2010 (Wattu III) ja 2020–2022 (Wattu IV).

	miehet			naiset			yhteensä		
	Wattu IV n=239	Wattu III n=309	muutos	Wattu IV n=56	Wattu III n=101	muutos	Wattu IV n=295	Wattu III n=410	muutos
Elämänaikainen psykoosi	16 (6,7 %)	15 (4,9 %)	37 %	8 (14,3 %)	11 (10,9 %)	31 %	24 (8,1 %)	26 (6,3 %)	29 %
& päihdehäiriö	16 (100 %)	–	–	7 (88 %)	–	–	23 (96 %)	–	–
& persoonallisuushäiriö	15 (94 %)	–	–	6 (75 %)	–	–	21* (96 %)	–	–
& päihde- ja persoonallisuushäiriö	15 (94 %)	–	–	6 (75 %)	–	–	21* (96 %)	–	–
& C-hepatiitti	10 (63 %)	–	–	1 (13 %)	–	–	11 (46 %)	–	–
Akuutti psykoosi	5 (2,1 %)	7 (2,3 %)	-9 %	2 (3,6 %)	8 (7,9 %)	-54 %	7 (2,4 %)	15 (3,7 %)	-35 %
Elämänaikainen psykoaktiivisen aineen laukaisema psykoosi (päihdepsykoosi)	84 (35 %)	–	–	16 (29 %)	–	–	100 (34 %)	–	–
Akuutti päihdepsykoosi	2 (1 %)	–	–	0 (0 %)	–	–	2 (1 %)	–	–

* n=22, tieto persoonallisuushäiriöstä puuttuu kahdelta

li- (96 %) ja huumausaineriippuvuus (96 %). Yleisin elämänaikaisen psykoosihäiriön kanssa samaan aikaan esiintyvä persoonallisuushäiriötyyppi oli antisosiaalisuus, joka todettiin ryhmässä kaikilla, minkä lisäksi tutkittavilla saattoi olla myös muita persoonallisuushäiriöitä.

Psykoosiryhmässä yhdeksällä kymmenestä (88 %) oli samanaikaisesti sekä päihde- että persoonallisuushäiriö. Kaikilla niillä vangeilla, joilla oli elämänaikainen psykoosisairaus ja persoonallisuushäiriö, oli myös päihdehäiriö.

Lähes puolet (46 %) elämänaikainen psykoosi -ryhmästä ilmoitti sairastavansa tai sairastaneensa myös C-hepatiittia.

Väkivaltarikos päärikoslajina

Väkivaltarikos oli päärikoslajina kolmella neljästä (75 %) elämänaikaista psykoosia sairastavasta vangista. Päärikoslaji tarkoittaa vakavinta rikosta, josta tutkimuksenaikainen vankeustuomio oli langetettu. Väkivaltarikos oli päärikoslajina tilastollisesti merkitsevästi useammin psykoosiryhmän vangeilla kuin muilla tutkittavilla ($p=0,038$). Kaikista niistä vangeista, joiden päärikoslaji oli väkivaltarikos, elämänaikainen psykoosi oli ollut yhdellä kymmenestä (10 %).

Väkivaltarikos vaikutti liittyvän muita rikostyyppisiä jonkin verran useammin elämänaikaiseen psykoosisairauteen, mutta tilastollinen yhteys ei ollut vahva ja hävisi kokonaan tarkasteltaessa yhteyttä kaksiluokkaisesti jaoteltuna väkivalta- ja muihin rikoksiin ($p=0,096$).

Koulutustaso

Lähes kolme neljästä (71 %) elämänaikaista psykoosia sairastavasta vangista oli käynyt enintään peruskoulun. Näillä vangeilla oli muita vankeja tilastollisesti merkitsevästi useammin enintään peruskoulutason koulutus ($p=0,043$).

Eristäminen kurinpidollisista syistä ja omasta tahdosta

Kolme neljästä (78 %) psykoosiryhmän vangista oli joskus eristetty kurinpidollisista syistä, ja lähes puolet (48 %) oli joskus eristetty omasta tahdostaan. Nämä vangit oli eristetty muita vankeja tilastollisesti merkitsevästi useammin sekä kurinpidollisista syistä ($p=0,020$) että omasta tahdosta ($p<0,001$).

Työkyky

Kolmella neljästä (75 %) elämänaikaista psykoosia sairastavasta vangista oli tutkimushoitajan arvion mukaan alentunut työkyky. Työkyky oli alentunut näillä vangeilla tilastollisesti erittäin merkitsevästi useammin kuin muilla tutkittavilla ($p<0,001$).

Mielentilatutkimus

Psykoosiryhmässä vajaa kolmannes (29 %) raportoi olleensa joskus Vankiterveydenhuollon (VTH) palvelukartan mukaisessa mielentilatutkimuksessa. Näiden ja muiden vankien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa mielentilatutkimukseen osallistumisessa.

Johtopäätökset

Kahdeksalla prosentilla tutkimukseen osallistuneista vangeista oli ollut elämänsä aikana jokin skitsofreniaryhmän F20–F29 psykoottinen häiriö. Yleisin psykoosisairaus oli skitsofrenia. Tämän tutkimuksen mukaan kaikki elämänaikaiset skitsofreniaryhmän psykoosit ovat vankiväestössä noin neljä kertaa yleisempiä ja skitsofrenia noin kolme kertaa yleisempi kuin Suomen valtaväestössä.

Lähes kaikilla elämänaikaista psykoosia sairastavilla vangeilla oli samanaikainen päihde- ja/tai persoonallisuushäiriö. Lisäksi joka toisella oli C-hepatiitti, ja joka neljännellä oli joskus ollut myös päihdepsykoosi. Nämä havainnot osoittavat vankien olevan monihäiriöisiä, mikä tulee huomioida hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu- ja toteutusvaiheessa.

Kaikkien psykoosiryhmän tutkittavien persoonallisuushäiriöt olivat tyypiltään antisosiaalisia. Sinällään tieto vankien antisosiaalisuudesta ei ole yllättävä – voidaanhan antisosiaalisuus katsoa tietyllä tavalla jopa edellytykseksi rikoksiin syyllistymiselle ja vankilaan joutumiselle. Antisosiaalisen persoonallisuushäiriön yleisyys psykoosisairailta vangeilla herättää kuitenkin huolen siitä, jääkö psykoosisairaus tunnistamatta antisosiaalisten piirteiden vuoksi. Tiedetään, että psykoosisairausten diagnosoiminen on jo itsessään vaikeaa, ja erityisen haastavaa se on samanaikaisesti esiintyvien päih-

de- ja persoonallisuushäiriöiden ja rikollisen käyttäytymisen yhteydessä (11). Vaarana on, että vanki jää ilman asianmukaista hoitoa tai että mielentilatutkimukseen määrääminen jää tuomioistuimilta tekemättä myös sellaisten vankien kohdalla, joille se olisi perusteltua. Viime vuosien kasvua vankilan ulkopuoliseen hoitoon vapautettujen psykoosipotilaiden määrässä voikin osaltaan selittää se, että psykoosisairaus tunnistetaan vasta, kun oireilu on jo hyvin hankalaa.

Elämänaikaista psykoosia sairastavien vankien yleisin päarikoslaji oli väkivaltarikos. Tutkimustulos tukee näkemystä siitä, että väkivaltaiset psykoosipotilaat ovat riskissä jäädä yhteiskunnassa avun ulkopuolelle. Kuitenkin on tärkeää muistaa, että vain yksi kymmenestä vangista, jonka päarikoslaji oli väkivaltarikos, oli sairastunut psykoosiin elämänsä aikana.

Psykoosiryhmän vangit päätyivät muita vankeja useammin eristykseen sekä kurinpidollisista syistä että omasta tahdostaan. Tätä voi selittää se, että mielenterveyden häiriöistä kärsivät sietävät vankilaolosuhteita ja niiden tuomaa stressiä muita heikommin (12). Tämä saattaa näkyä ulospäin häiriökäyttäytymisenä, jota pyritään tuloksettomasti hillitsemään rangaistustoimenpiteillä, kuten eristämällä (12). Toisaalta saattaa olla, että psykoosisairas vanki hakeutuu itse eristykseen juuri paetakseen kuormittavaa vankilaympäristöä. Oli eristämisen syy mikä tahansa, sillä tiedetään olevan haitallisia psykologisia vaikutuksia kaikille ja erityisesti vakavaa mielenterveyden häiriötä, kuten psykoottista häiriötä, sairastaville (12).

Monihäiriöisyyden ja eristystoimenpiteiden yleisyyden lisäksi elämänaikaista psykoosia sairastavilla vangeilla oli muita vankeja useammin enintään peruskoulutason koulutus ja heidän työkykynsä oli muita vankeja useammin alentunut. Tulokset heijastelevat psykoosisairaiden vankien moninaista haavoittuvuutta, joka tulisi huomioida hoito- ja kuntoutussuunnitelmissa niin vankeusaikana kuin sen jälkeenkin.

Vajaa kolmannes elämänaikaista psykoosia sairastavasta vangeista oli ollut VTH:n tuottamassa mielentilatutkimuksessa. Vaikka tutkimustulokset eivät anna tarkkaa kuvaa mielentilatutkimuksessa ylipäänsä olleista – kysymys koski ainoastaan VTH:n tuottamia tutkimuksia ja siihen ovat voineet vastata myös muussa sairaalassa mielentilatutkimuksessa olleet – ne herättävät kysymyksen siitä, missä määrin vakavasti psyykkisesti sairaita määrätään mielentilatutkimuksiin. Tehtyjen mielentilatutkimusten määrä on vähentynyt merkittävästi viime vuosikymmenten aikana (13). Yleisimpiä tutkimuksissa havaittavia diagnooseja ovat juuri psykoosiryhmän häiriöt, ja niiden seurauksena tutkittava arvioidaan lähes poikkeuksetta syntyneeksi (13). Vaikka tämän tutkimuksen tuloksista ei voida tehdä johtopäätöksiä mielentilatutkimuksessa olleiden psykoosisairaiden vankien määrästä, ne antavat motivaation aiheen lisätarkasteluun tulevaisuudessa.

Entä sitten kysymys psykoosisairauksien määrän kasvusta vankiväestössä? Tätä voidaan arvioida aikaisempien tutkimusten esiintyvyyksilukuja tarkastelemalla. Sekä vuoden 2010 Wattu III:ssa että vuoden 2017 psykoositutkimuksessa (9) vankien elämänaikaisten psykoosien esiintyvyys oli noin kuusi prosenttia. Näihin tutkimustuloksiin peilaten vaikuttaa siltä, että elämänaikaisten psykoosien määrä olisi vankiväestössä viime vuosina kasvanut. Tutkimukset eivät kuitenkaan ole suoraan vertailtavissa,

sillä ne poikkeavat toisistaan esimerkiksi tutkittavien taustan, kuten koulutuksen suhteen. Lisäksi Wattu IV:ssä ja vuoden 2017 tutkimuksessa tutkimusjoukon muodostivat vankeusvangit, kun taas Wattu III:ssa tutkittavien joukossa oli vankeusvankien lisäksi muun muassa sakkovankeja ja yhdyskuntaseuraamusasiakkaita. Tiedot elämänaikaisista psykooseista kerättiin Wattu III:ssa ja Wattu IV:ssä SCID I- ja SCID II -haastattelujen avulla, kun taas vuoden 2017 tutkimuksessa tiedot perustuivat vankilan potilastietojärjestelmään.

Kenties varminta vertailutietoa elämänaikaisten psykoosien määrän kasvusta saadaan tarkastelemalla Wattu III:n ja Wattu IV:n välisiä eroja psykoosien sukupuolikohdaisissa esiintyvyyksissä. Taulukosta 1 huomataan, että psykoosien määrä on noin 15 vuoden aikana kasvanut noin kolmanneksen (+29 %), ja kasvua on ollut lähes saman verran sekä mies- (+37 %) että naisvankien (+31 %) ryhmissä. Tämä vertailu puoltaa käsitystä elämänaikaisten psykoosisairauksien määrän kasvusta vankilaan päätyvillä henkilöillä. Samalla kuitenkin tutkimuksen tavoittamien akuuttien psykoosisairauksien, jotka vaativat välitöntä hoitoa, määrä on ollut laskeva.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Ideaalitilanteessa kaikki psyykkisesti sairaat henkilöt tavoitettaisiin ja saatettaisiin hoidon piiriin jo ennen kuin ovet vankilaan koskaan avautuvat. Usein psykoosin puhkeamista edeltää joukko kuukausia tai vuosia kestäviä esioireita ja yleistä kognitiivisten toimintojen heikentymää. Mitä varhaisemmassa vaiheessa psykoosiriski tunnistetaan, sitä parempi on sairauden hoitoennuste. Huomiota ja resursseja tulisi siksi kiinnittää sekä vankeudenaikaisten palveluiden saatavuuteen että ennen kaikkea koko julkisen mielenterveyspalvelujärjestelmän toimivuuteen, saatavuuteen ja riittävyteen. Moniongelmainen ja vaikeasti hoidon piiriin kiinnittyvä potilas haastaa hoitojärjestelmän varsinkin siellä, missä palveluiden jatkuvuudesta ei pidetä kiinni.

Psykoosin puhkeamista voidaan pyrkiä ehkäisemään tai viivästyttämään esimerkiksi ahdistus- ja mielialaoireiden hoidolla, psykoedukaatiolla ja kognitiivisella psykoterapialla (14). Siksi tulisi varmistaa, että jo perusterveydenhuollossa on riittävä osaaminen ja resurssit psykoosiriskissä olevien potilaiden tunnistamiseen ja tietotaitoa sairauden puhkeamista ennaltaehkäisevään hoitoon.

Väestötasolla psykoosin riskitekijöitä voidaan pyrkiä vähentämään esimerkiksi raskauden ja sikiön kehityksen huolellisella seurannalla, raskaudenaikaista stressiä ja tulehdusellisia sairauksia vähentämällä, vanhemmuutta tukevia perheinterventioita tarjoamalla sekä kielteisiä sosioekonomisia tekijöitä, kuten koulukiusaamista, kitkemällä (14).

Vankeusaikana on mahdollista tarkastella kiireettä henkilön koko terveyshistoriaa ja tehdä vaativiakin diagnostisia tutkimuksia tilanteessa, jossa olosuhteista johtuva päihteettömyys auttaa tulosten tulkinnassa. Vankilassa motivaatiokin on usein terveysasioiden omaksumisen suhteen otollisempi kuin vapaudessa.

Parhaistakaan pyrkimyksistä huolimatta kaikkia psykoosisairaita ei tulla saamaan ajoissa hoidon piiriin. Sekä yksilön oikeusturvan että tehokkaan resurssienkäytön takaamiseksi olisi tärkeää tunnistaa psyykkisesti sairait rikoksenteelijät oikeusprosessin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Esitutkinta- ja oikeusistuntoprosessin osalliset voisivat hyötyä psyykkisesti sairaiden rikoksenteelijöiden parempaan tunnistamiseen tähtäävästä lisäkoulutuksesta. Lisäksi oikeuslaitosta tulisi kannustaa konsultoimaan oikeuspsykiatrian ammattilaisia nykyistä matalammalla kynnyksellä esimerkiksi mielentilatutkimuksen tarpeesta. Myös mielentilatutkimukseen ja sen jälkeen syyntakeisena tai alentuneesti syyntakeisena vankilaan päätyvät henkilöt vaikuttavat olevan psykiatrisen hoidon tarpeessa. Heistä voidaan puhua jopa oikeuspsykiatrisina vankeina, kuten tämän raportin luvussa [Huomioita terveystalveluiden käytöstä](#).

Psykoosia sairastavat vangit ovat erityisen haavoittuva vankiryhmä. Psykoosipotilaan sitouttaminen lääke- ja muuhun hoitoon, muiden samanaikaisesti esiintyvien häiriöiden, kuten päihdehäiriön, huomioiminen hoitokokonaisuudessa sekä hoidon jatkuvuuden varmistaminen myös vankeuden päättymisen jälkeen ovat psykoosisaira-
raan vangin hoidon keskeisiä kulmakiviä. Kuntoutumisen kannalta olennaista on itse sairauden hoidon lisäksi vankipotilaan saattaminen hänelle kuuluvien etuuksien, kuten sairaseläkkeen, piiriin sekä erilaisten syrjäyttävää elämäntapaa ylläpitävien tekijöiden, kuten päihteidenkäytön, rikosmyönteisten asenteiden, asunnottomuuden ja työttömyyden taklaamiseen keskittyvät toimenpiteet.

Länsimaisen oikeuskäsityksen mukaan psyykkisesti sairaita rikokseen syyllistyneitä henkilöitä ei tule tuomita vankilaan, vaan heille on tarjottava psykiatrista hoitoa. Tästä tärkeästä oikeuskäsityksestä on pidettävä kaikin tavoin kiinni ja varmistettava, ettei vankiloista muodostu vakavasti psyykkisesti sairaiden henkilöiden epätarkoituk-
senmukainen sijoituspaikka.

Kirjoittajat

Petra Laivonen

Pro Gradu -tutkija

Psykologian koulutusohjelma, Helsingin yliopisto

Ei sidonnaisuuksia

Taina Laajasalo

PsT, oikeuspsykologian dosentti

Johtava tutkija, THL

Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Gómez-Figueroa, H. ja Camino-Proaño, A. 2022: Mental and behavioral disorders in the prison context. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 24(2), 66–74. doi: 10.18176/resp.00052.
- 2) Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, J., Härkänen, T., Koskinen, S., Lönnqvist, J. 2007: Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64, 19–28. doi: 10.1001/archpsyc.64.1.19.
- 3) Joukamaa, M., Aarnio, J., Von Gruenewaldt, V., Hakamäki, S., Hypen, K., Lauerma, H., Wuolijoki, T. 2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitos. Saatavilla osoitteesta: <https://www.rikosseuraamus.fi>
- 4) Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J., Grann, M. 2009: Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), 1–15. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120.
- 5) Lamberti, S., Katsetos, V., Jacobowitz, D. & Weisman, R. 2020: Psychosis, mania and criminal recidivism: associations and implications for prevention. *Harvard Review of Psychiatry*, 28, 179–202. doi: 10.1097/HRP.0000000000000251.
- 6) Whiting, D., Gulati, G., Geddes, J. & Fazel, S. 2022: Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(2), 120–132. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.3721.
- 7) Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. 2015: Psykoottisen potilaan aggressio – ehkäisy ja hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*, 131(15), 1361–1366. Ladattu 19.5.2023 osoitteesta: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12375>
- 8) Walsh, E., Buchanan, A. & Fahy, T. 2002: Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 490–495. doi: 10.1192/bjp.180.6.490.
- 9) Jüriloo, A., Pesonen, L. & Lauerma, H. 2017: Knocking on prison's door: a 10-fold rise in the number of psychotic prisoners in Finland during the years 2005–2016. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71, 543–548. doi: 10.1080/08039488.2017.1351579.
- 10) Lauerma, H. 2021: Vankeusrangaistuksen keskeyttäminen. Julkaisussa Ahlgrén-Rimpiläinen, A., Elénij, C., Joelsson, P., Kaarre, H., Kolehmainen, M.K., Lappi-Seppälä, T., Lauerma, H., Lauri, M., Melander, S., Niinistö, K., Rautanen, M., Törölä, M. Mielentilatutkimusten väheneminen ja väkivaltarikollisten psykiatrinen hoito. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja, Nro 2021:30, Valtioneuvoston kanslia, Helsinki. s. 219–220. Ladattu 15.12.2022 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-374-6>.
- 11) Rautanen, M. ja Lauerma, H. 2011: Imprisonment and diagnostic delay among male offenders with schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 259–264. doi: 10.1002/cbm.820.
- 12) Metzner, J.L. ja Fellner, J. 2010: Solitary Confinement and Mental Illness in U.S. Prisons: A Challenge for Medical Ethics. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38(1), 104–108.
- 13) Lappi-Seppälä, T. ja Kolehmainen, M.K. 2021: Mielentila ja syntyäisyys. Julkaisussa Ahlgrén-Rimpiläinen, A., Elénij, C., Joelsson, P., Kaarre, H., Kolehmainen, M.K., Lappi-Seppälä, T., Lauerma, H., Lauri, M., Melander, S., Niinistö, K., Rautanen, M., Törölä, M. Mielentilatutkimusten väheneminen ja väkivaltarikollisten psykiatrinen hoito. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja, Nro 2021:30, Valtioneuvoston kanslia, Helsinki. s. 17–117. Ladattu 15.12.2022 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-374-6>.
- 14) Penttilä, M., Huhtaniska, S., Jääskeläinen, E. & Granö, N. 2017: Psykoosin ehkäisyn mahdollisuudet. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*, 133(22), 2117–2123. Ladattu 20.5.2023 osoitteesta: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14025>.



Vankien suunterveys osoittautui muuta väestöä heikommaksi lukuun ottamatta hampaiden kiinnityskudosten kuntoa.

Vangit kokivat suunterveytensä keskitasoiseksi tai huonoksi useammin kuin muu väestö ja raportoivat paljon suun alueen vaivoja, esimerkiksi kipua.

Vangeilla oli paljon paikattuja hampaita. Vähintään yksi reikiintynyt hammas löytyi yli puolelta (54 %) tutkituista. Vangeista kolmannes (32 %) kertoi hampaidensa vaurioituneen väkivallan ja kaksi viidestä (42 %) tapaturman takia.

Mahdollinen väkivalta- ja tapaturmatausta tulee huomioida kohdattaessa rikostaustainen potilas suun terveydenhuollossa. Elämäntapaohjaus hampaiden ja leukojen suojaamiseksi ja kannustaminen palvelujen säännölliseen käyttöön on tärkeää.

Suunterveyden merkitys rikostaustaisen henkilön toimintakykyyn ja sosiaaliseen elämänlaatuun on laaja, ja sitä on syytä tutkia lisää.

Suunterveys

Johdanto

Terve ja toimiva suu on merkityksellinen osa ihmisen hyvinvointia. Suun terveydentila vaikuttaa merkittävästi ihmisen elämänlaatuun. Maailman hammaslääkärijärjestö määrittelee suunterveyden seuraavasti: Suunterveys on monitahoinen asia, ja siihen sisältyy kyky puhua, hymyillä, haistaa, maistaa, koskettaa, pureskella, niellä ja välittää erilaisia tunteita ilmeiden välityksellä ilman kipua, epämukavuutta tai sairauksia kraniofakiaalisissa kompleksissa (1).

Huonon suunterveyden oletetaan olevan useiden muiden kansansairauksien riskitekijä. Suun infektiolla ja elimistön puolustusreaktioilla on reitti verenkierron välityksellä muualle elimistöön, ja siksi niiden on havaittu olevan yhteydessä muihin sairauksiin. Esimerkiksi Alzheimerin taudin, diabeteksen, metabolisen oireyhtymän ja lihavuuden on havaittu olevan yhteydessä huonoon suuhygieniaan ja suun kroonisiin infektioihin (2). Joihinkin sairauksiin suun terveydellä on havaittu olevan kaksisuuntainen yhteys. Esimerkiksi parodontiitin hoitotasapaino vaikuttaa diabeteksen hoitotasapainoon ja toisinpäin (3).

Vankien suunterveyden on aiemmin todettu olevan heikompi kuin muulla väestöllä. Isossa-Britanniassa todettiin vuonna 2008 vangeilla olevan valtaväestöä enemmän reikiintyneitä hampaita. Paikattuja ja puuttuvia hampaita todettiin olevan vähemmän, mikä viittaisi vankien käyttävän valtaväestöä vähemmän suun terveydenhuollon palveluita (4). Italiassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin 85 prosentilla vangeista ole-

van tarvetta proteettiseen hoitoon ja vain 11 prosentilla olevan terveet hampaan kiinnityskudokset (5).

Suomessa vankien suunterveyttä on tutkittu hyvin vähän. Pelson vankilassa tehdyn tutkimuksen tulokset tukevat näkemystä vankien muuta väestöä huonommasta suunterveydestä, mutta tulokset edustavat vain yhtä vankilaa. Tulosten mukaan suurimmalla osalla (81 %) vangeista oli hampaiden korjaavan hoidon tarvetta, jokaisella tutkitulla ilmeni ientulehdusta, yhdeksällä kymmenestä löydettiin kohtalaista tai vaikeaa hampaiden eroosiota, ja kuudella kymmenestä diagnosoitiin purentaelimistön toimintahäiriöitä (6). Suun terveydenhuollon palveluiden käyttö oli Pelson vangeilla neljällä viidestä epäsäännöllistä (7).

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Tässä osatutkimuksessa selvitettiin vankien suun terveyttä kyselyllä, haastattelemalla, kliinisellä suun tarkastuksella sekä röntgenkuvauksen avulla.

Koettua suunterveyttä, suunterveyteen liittyvää elämänlaatua, suun terveystapojen ja mukaan lukien ruokailutottumukset ja suun terveydenhuollon palveluiden käyttöä kartoitettiin kyselyllä (n=526). Tässä raportissa käsitellään vastauksia koetusta suun terveydentilasta, vuoden aikana koetusta hammassärystä tai muista hampaisiin ja hammasproteeseihin liittyvistä vaivoista, hampaiston vaurioitumisesta väkivallan ja tapaturmien takia, suun limakalvoille annostellusta huumeiden käytöstä, hampaiden harjauksesta, edellisestä käynnistä suun terveydenhuollossa sekä palvelujen käytön esteistä ja hammashoitopelosta.

Oral Health Impact Profile -mittaria (OHIP-14) käytettiin mittaamaan suunterveyteen liittyvää elämänlaatua eli kokemusta hampaista, suusta tai proteeseista johtuvien ongelmien yleisyydestä viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Mittari koostuu 14 kysymyksestä, joilla mitataan seitsemää osa-aluetta: toimintarajoitteet, kivut, psyykinen epämukavuus, fyysinen haitta, psyykinen haitta, sosiaalinen haitta ja vajaakykyisyys (8). Osalle vangeista (n=311) tehtiin myös suun kliininen tutkimus ja otettiin panoraamaröntgenkuva (n=232).

Suun ja hampaiden kliininen tutkimus tehtiin yksityiskohtaisen ohjeistuksen avulla aikaisempien väestötutkimusten mukaisesti Helsingin, Turun, Riihimäen ja Hämeenlinnan vankiloiden hammashoitoloissa. Suun kliinisen tutkimuksen tekivät hammaslääkäri ja -hoitaja työparina. Hammaslääkäri teki kliinisen tutkimuksen, ja hoitaja tallensi sanellut havainnot tutkimustietokantaan. Instrumentteina käytettiin tutkimuspeiliä, WHO:n pallopäistä ientaskumittaria, atuloita, purentafolion pidikettä purentaelimistön tutkimiseen sekä kirjevaakaa ientaskujen mittaussuojan kalibrointiin. Lisäksi käytössä oli musta purentafolio 22 mm, vanurullat nro 2, alaleuan syljenimu (Hygoformic) ja tehoimuri.

Kliinisessä tutkimuksessa tutkittiin purentaa, arvioitiin irrotettavien hammasproteesien kunto ja toimivuus sekä suun limakalvot (huulet, suun sisäpinnat ja kieli). Hampaistosta selvitettiin hammasrivistön aukkoisuus ja aukkoja korvaavat proteetti-

set rakenteet koko hampaiston alueelta. Hammaskohtaisesti rekisteröitiin plakki, kariesvauriot, paikat ja lohkeamat sekä ientaskujen syvyydet ja ienverenvuoto. Mikäli tutkittavalla oli tarvetta hoitoon, ohjattiin hänet ottamaan yhteyttä hammashoitolaan ajan varaamiseksi. Mikäli ilmeni kipuja tai muuta akuuttihoidon tarvetta, varattiin tutkittavalle vastaanottoaika suoraan. Jatkohoito toteutettiin virkatyönä vankiloiden hammashoitoloissa.

Hammaslääkäri teki lähetteen panoraamaröntgenkuvaukseen, jos edellisestä kuvauksesta oli yli kuusi kuukautta aikaa tai jos hoidolliset näkökulmat vaativat kuvaimista. Erikoishammaslääkäri lausui röntgenkuvat aiempien suomalaisten väestötutkimusten mukaisesti (9). Tässä raportoidaan tulokset koskien hampaiden juurenkärjen tulehduksia sekä horisontaalista ja vertikaalista luukatoa.

Tutkimusaineisto analysoitiin taustekijöiden mukaan yksinkertaisilla kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä. Taustatekijöinä käytettiin ikää ja sukupuolta. Lisäksi käytettiin kaikissa osatutkimuksissa yhteisiä vankien taustoja kuvaavia tietoja.

Tulokset

Kysely

Vangeista 40 prosenttia koki suun terveydentilansa olevan vähintään melko hyvä, Taulukko 1 seuraavalla sivulla. Kipuja tai vaivoja suussa tai hampaissa oli edellisen vuoden aikana kokenut kaksi kolmasosaa vangeista. Nuoremmista vangeista kipuja tai vaivoja oli kokenut suurempi osa kuin vanhemmista, mutta suunterveytensä vähintään hyväksi kokeneiden osuus oli nuorilla hieman suurempi kuin vanhemmillä vangeilla. Kahdesti päivässä hampaansa harjasi hieman yli puolet vangeista (56 %), Taulukko 1, yli kaksi vuotta elämänsä aikana vankilassa olleet useammin (61 %) kuin alle kaksi vuotta olleet (47 %), Taulukko 2 seuraavalla sivulla. Tutkimushoitajan työkykyisiksi arvioimista vangeista suurempi osa koki suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi, harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä, ja pienempi osa raportoi kivuista suusta tai hampaista johtuen kuin työkyvyltään alentuneiden ryhmässä, Taulukko 3 myöhemmin tekstissä.

Vangeista kolmannes (32 %) kertoi hampaidensa vaurioituneen väkivallan takia, Taulukko 1. Tapaturmissa vaurioituneita hampaita oli kahdella viidesosalla (41 %). Miehillä tapaturmissa vaurioituneita hampaita oli useammin kuin naisilla. Lähes kaksi kolmannesta (60 %) vangeista kertoi käyttäneensä päihtymistarkoituksessa huumeita, lääkkeitä tai muita aineita suun limakalvoille annosteltuina. Alle 47-vuotiaista vangeista näin oli tehnyt huomattavasti suurempi osa, kaksi kolmesta, kuin vanhemmista vangeista, joilla osuus oli yksi kolmesta. Väkivallan tai tapaturman seurauksena vaurioituneet hampaat sekä päihtymistarkoituksessa huumeiden, lääkkeiden tai muiden aineiden käyttö limakalvoille annosteltuna oli yleisempää vankeustuomion uusijoiden ryhmässä kuin ensikertalaisilla, Taulukko 2 seuraavalla sivulla.

Yleisimmät suun, hampaiden tai proteesien ongelmat liittyivät kipuun ja särkyyn ja joidenkin ruokien syömisen vaikeuteen, Kuvio 1. Noin kolmannes vangeista rapor-

Taulukko 1. Koettu suunterveydentila ja suun terveydenhuollon palvelujen käyttö sukupuolittain ja ikäryhmittäin.

	kaikki	sukupuoli		Ikäryhmä (vuotta)		
	n=526	miehet n=402	naiset n=124	18–29 n=158	30–47 n=274	47– n=94
Hyvä tai melko hyvä koettu suunterveydentila	208 (40 %)	156 (39 %)	52 (42 %)	75 (47 %)	97 (36 %)	36 (38 %)
Kipua tai vaivoja 12 kk aikana	350 (67 %)	264 (66 %)	86 (69 %)	110 (70 %)	190 (70 %)	50 (54 %)
Väh. joskus suusta/hampaista aiheutuneita ongelmia edellisen 1 kk aikana	312 (66 %)	233 (64 %)	79 (70 %)	86 (60 %)	174 (70 %)	52 (63 %)
Hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä	293 (56 %)	216 (54 %)	77 (62 %)	90 (57 %)	154 (57 %)	49 (53 %)
Hampaat vaurioituneet väkivallan vuoksi	167 (32 %)	130 (33 %)	37 (31 %)	47 (30 %)	94 (35 %)	26 (29 %)
Hampaat vaurioituneet tapaturman vuoksi	216 (42 %)	176 (45 %)	40 (33 %)	60 (38 %)	119 (45 %)	37 (41 %)
Huumeita tms. suun limakalvolle annosteltuna	305 (60 %)	240 (62 %)	65 (55 %)	106 (69 %)	170 (64 %)	29 (34 %)
Edellisestä käynnistä kulunut aika						
12 kk	361 (71 %)	278 (71 %)	83 (70 %)	100 (65 %)	195 (73 %)	66 (75 %)
1–2 vuotta	74 (15 %)	56 (14 %)	18 (15 %)	26 (17 %)	41 (15 %)	7 (8,0 %)
Yli 2 vuotta	75 (15 %)	57 (15 %)	18 (15 %)	29 (19 %)	31 (12 %)	15 (17 %)
Edellinen käynti vankiterveydenhuollossa	407 (77 %)	323 (80 %)	84 (68 %)	121 (77 %)	219 (80 %)	67 (71 %)
Edellisen käynnin syy hammas särky	292 (56 %)	219 (54 %)	73 (59 %)	96 (61 %)	162 (59 %)	34 (36 %)
Jonot esteenä hoidon saamiselle	180 (36 %)	121 (32 %)	59 (50 %)	58 (38 %)	97 (37 %)	25 (29 %)
Asiakasmaksut esteenä hoidon saamiselle	70 (14 %)	50 (13 %)	20 (17 %)	18 (12 %)	32 (12 %)	20 (23 %)
Pelko esteenä hoidon saamiselle	186 (37 %)	120 (31 %)	66 (55 %)	46 (30 %)	118 (45 %)	22 (25 %)
Epäsiällinen kohtelu esteenä hoidon saamiselle	55 (11 %)	32 (8,5 %)	23 (20 %)	14 (9,3 %)	32 (12 %)	9 (10 %)
Hammaslääkäriä käynti on...						
Ei lainkaan pelottavaa	209 (41 %)	184 (48 %)	25 (21 %)	77 (50 %)	86 (32 %)	46 (53 %)
Jonkin verran pelottavaa	216 (43 %)	161 (42 %)	55 (46 %)	59 (38 %)	128 (48 %)	29 (34 %)
Erittäin pelottavaa	81 (16 %)	42 (11 %)	39 (33 %)	19 (12 %)	51 (19 %)	11 (13 %)

toi vaivautuneisuutta, jännittyneisyyttä ja hämmentyneisyyttä suusta tai hampaista johtuvien ongelmien vuoksi vähintään joskus kuukauden aikana. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana noin 20 prosenttia koki joskus, noin seitsemän prosenttia usein ja noin kuusi prosenttia hyvin usein olevansa tyytymätön elämäänsä hampaista, suusta tai proteeseista johtuvien ongelmien takia.

Taulukko 2. Koettu suunterveydentila ja suun terveydenhuollon palvelujen käyttö ensikertalaisuuden ja vankilapäivien määrän mukaan.

	ensikertalainen		vankilapäiviä yht. yli 2 vuotta	
	ei n=321	kyllä n=205	ei n=189	kyllä n=337
Hyvä tai melko hyvä koettu suun terveydentila	116 (36 %)	92 (45 %)	71 (38 %)	137 (41 %)
Kipua tai vaivoja 12 kk aikana	216 (68 %)	134 (66 %)	130 (69 %)	220 (66 %)
Vähintään joskus suusta/hampaista aiheutuneita ongelmia edellisen 1 kk aikana	203 (70 %)	109 (59 %)	114 (67 %)	198 (65 %)
Hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä	189 (59 %)	104 (51 %)	89 (47 %)	204 (61 %)
Hampaat vaurioituneet väkivallan vuoksi	117 (37 %)	50 (25 %)	59 (32 %)	108 (33 %)
Hampaat vaurioituneet tapaturman vuoksi	146 (46 %)	70 (35 %)	65 (35 %)	151 (46 %)
Huumeita tms. suun limakalvolle annosteltuna	204 (66 %)	101 (51 %)	103 (57 %)	202 (63 %)
Edellisestä käynnistä kulunut aika				
12 kk	227 (73 %)	134 (68 %)	116 (63 %)	245 (75 %)
1–2 vuotta	48 (15 %)	26 (13 %)	26 (14 %)	48 (15 %)
Yli 2 vuotta	37 (12 %)	38 (19 %)	41 (22 %)	34 (10 %)
Edellinen käynti vankiterveydenhuollossa	266 (83 %)	141 (69 %)	118 (62 %)	289 (86 %)
Edellisen käynnin syy hammassärky	188 (59 %)	104 (51 %)	108 (57 %)	184 (55 %)
Jonot esteenä hoidon saamiselle	104 (34 %)	76 (39 %)	71 (39 %)	109 (34 %)
Asiakasmaksut esteenä hoidon saamiselle	38 (12 %)	32 (16 %)	31 (17 %)	39 (12 %)
Pelko esteenä hoidon saamiselle	113 (37 %)	73 (37 %)	77 (42 %)	109 (34 %)
Epäsiällinen kohtelu esteenä hoidon saamiselle	35 (12 %)	20 (10 %)	19 (11 %)	36 (11 %)
Hammaslääkärissä käynti on...				
Ei lainkaan pelottavaa	128 (41 %)	81 (41 %)	67 (37 %)	142 (44 %)
Jonkin verran pelottavaa	134 (43 %)	82 (42 %)	75 (41 %)	141 (44 %)
Erittäin pelottavaa	47 (15 %)	34 (17 %)	40 (22 %)	41 (13 %)

Tutkittavista noin kolme neljästä (71 %) oli käynyt hammashoidossa vuoden sisällä ja neljällä prosentilla oli kulunut viime käynnistä yli viisi vuotta, Taulukot 1–3. Noin neljällä viidestä edellinen hammashoidon käynti oli ollut vankiterveydenhuollossa. Yli puolella vangeista edellisen hoitoon hakeutumisen syy oli hammassärky. Useimmin esteiksi hammashoidossa käymiseen koettiin pitkä jonotusaika (36 %) ja

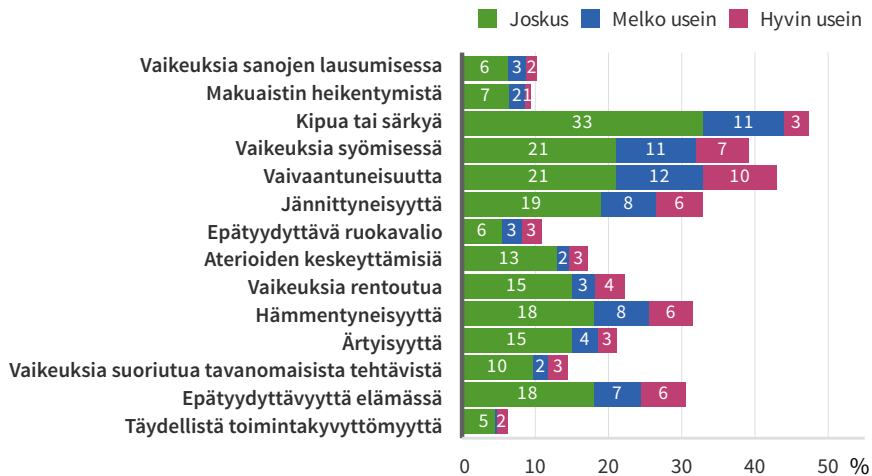
Taulukko 3. Koettu suunterveydentila ja suunterveydenhuollon palvelujen käyttö arvioidun työkyvyn ja rangaistusajan terveystavoitteen mukaan.

	terveystavoite Ransuun		työkykyinen	
	ei n=203	kyllä n=300	ei n=241	kyllä n=283
Hyvä tai melko hyvä koettu suun terveydentila	87 (43 %)	111 (37 %)	81 (34 %)	125 (44 %)
Kipua tai vaivoja 12 kk aikana	138 (68 %)	201 (67 %)	166 (70 %)	183 (65 %)
Vähintään joskus suusta/hampaista aiheutuneita ongelmia edellisen 1 kk aikana	120 (63 %)	187 (68 %)	146 (69 %)	166 (64 %)
Hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä	125 (62 %)	153 (51 %)	115 (48 %)	176 (62 %)
Hampaat vaurioituneet väkivallan vuoksi	66 (33 %)	99 (33 %)	87 (38 %)	80 (29 %)
Hampaat vaurioituneet tapaturman vuoksi	87 (43 %)	123 (41 %)	107 (46 %)	109 (39 %)
Huumeita tms, suun limakalvolle annosteltuna	115 (58 %)	183 (62 %)	142 (63 %)	162 (59 %)
Edellisestä käynnistä kulunut aika				
12 kk	142 (71 %)	208 (70 %)	176 (76 %)	183 (66 %)
1–2 vuotta	29 (14 %)	45 (15 %)	28 (12 %)	46 (17 %)
Yli 2 vuotta	30 (15 %)	44 (15 %)	27 (12 %)	48 (17 %)
Edellinen käynti vankiterveydenhuollossa	155 (76 %)	243 (81 %)	195 (81 %)	210 (74 %)
Edellisen käynnin syy hammassärky	111 (55 %)	175 (58 %)	135 (56 %)	156 (55 %)
Jonot esteenä hoidon saamiselle	72 (36 %)	104 (35 %)	83 (37 %)	96 (35 %)
Asiakasmaksut esteenä hoidon saamiselle	18 (9,2 %)	49 (17 %)	39 (17 %)	31 (11 %)
Pelko esteenä hoidon saamiselle	68 (35 %)	113 (38 %)	84 (37 %)	102 (37 %)
Epäsiällinen kohtelu esteenä hoidon saamiselle	21 (11 %)	31 (11 %)	29 (13 %)	26 (9,7 %)
Hammaslääkärissä käynti on ...				
Ei lainkaan pelottavaa	85 (43 %)	118 (40 %)	96 (42 %)	112 (40 %)
Jonkin verran pelottavaa	82 (41 %)	130 (44 %)	99 (44 %)	116 (42 %)
Erittäin pelottavaa	31 (16 %)	47 (16 %)	32 (14 %)	49 (18 %)

hammashoitopelko (37 %), noin joka kymmenes (11 %) raportoi epäsiällisen kohtelun hoitopaikassa haitanneen hammashoidon saamista. Hieman alle kaksi kolmesta koki hammaslääkärissä käynnin pelottavaksi, naiset selvästi useammin kuin miehet, ja 30–46-vuotiaat useammin kuin nuoremmat tai vanhemmat vangit, Taulukko 1.

Suun kliininen tutkimus

Suurimmalla osalla tutkituista oli lähes täysi hampaisto. Hampaiden lukumäärän mediaani oli 26 hammasta, miehillä 27 ja naisilla 25, Taulukko 4 ja Kuvio 2. Iäkkäim-



Kuvio 1. Joskus, melko usein tai hyvin usein suusta tai hampaista aiheutuneita ongelmia (OHIP-14) kokeneiden osuus viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

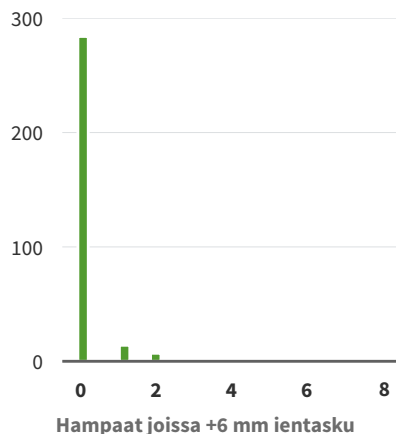
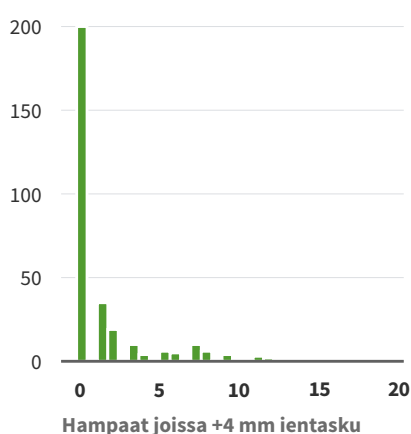
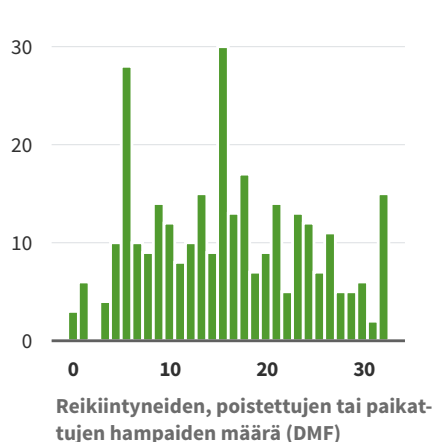
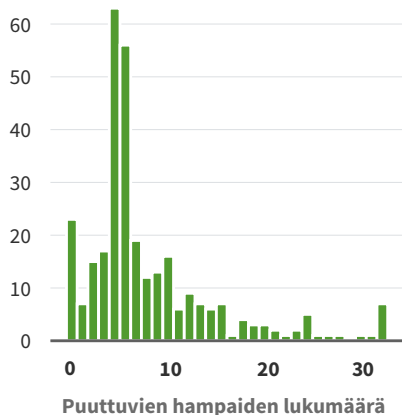
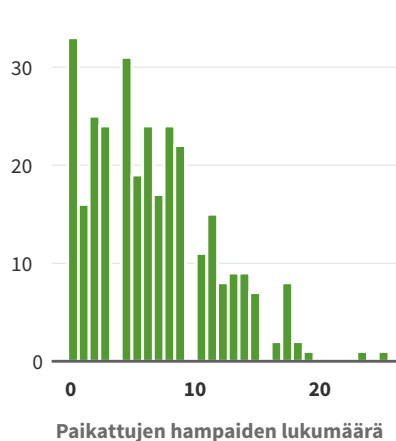
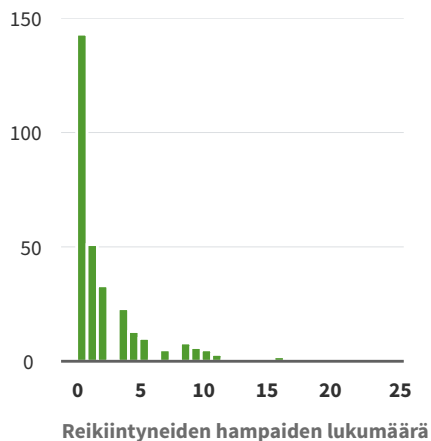
millä vangeilla hampaita oli vähemmän kuin nuoremmilla. Hampaattomia vankeja tutkimuksessa oli seitsemän (2 %) ja he kaikki olivat yli 47-vuotiaita. Vähintään yksi reikiintynyt hammas löytyi reilulta puolelta (54 %) tutkituista ja paikattuja yhdeksällä kymmenestä (89 %).

Hammaskarieksen vaurioittamien hampaiden lukumäärää kuvataan DMF-indeksillä, johon lasketaan reikiintyneiden, puuttuvien ja paikattujen hampaiden yhteen-

Taulukko 4. Hampaiden määrä, hampaiden ja kiinnituskudosten kunto sukupuolittain ja ikäryhmittäin.

	Kaikki	sukupuoli		ikäryhmä (vuotta)		
	n=309	Miehet, n=224	Naiset, n=85	18–29 n=93	30–47 n=155	47– n=61
Hampaiden määrä	26 (22, 28)	27 (23, 28)	25 (21, 28)	28 (27, 30)	26 (21, 28)	23 (13, 27)
Hampaaton	7 (2,3 %)	5 (2,2 %)	2 (2,4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	7 (11 %)
Reikiintyneiden, poistettujen tai paikattujen hampaiden määrä (DMF)	16 (9, 22)	16 (9, 22)	16 (9, 21)	9 (5, 16)	16 (11, 23)	23 (18, 27)
Paikattujen hampaiden määrä	6 (3, 9)	6 (3, 10)	5 (2, 8)	4 (2, 6)	6 (3, 9)	9 (3, 14)
Väh. 1 paikattu hammas	276 (89 %)	200 (89 %)	76 (89 %)	76 (82 %)	148 (95 %)	52 (85 %)
Väh. 1 reikiintynyt hammas	166 (54 %)	123 (55 %)	43 (51 %)	55 (59 %)	86 (55 %)	25 (41 %)
Väh. 1 hammas, jossa +4 mm ientasku	109 (35 %)	84 (38 %)	25 (29 %)	21 (23 %)	60 (39 %)	28 (46 %)
Väh. 1 hammas, jossa +6 mm ientasku	25 (8,1 %)	16 (7,1 %)	9 (11 %)	3 (3,2 %)	15 (9,7 %)	7 (11 %)
Plakkiprosentti	35 (31)	37 (32)	31 (27)	33 (30)	33 (31)	44 (33)

Mediaani (kvartiiliväli); n (%); keskiarvo (keskihajonta)



Kuvio 2. Hampaiden ja kiinnityskudosten kunto. DMF tarkoittaa reikiintyneiden, poistettujen tai paikattujen hampaiden määrää. Huomaa erilaiset mitta-asteikot henkilömäärää kuvaavalla pystyakselilla.

Taulukko 5. Hampaiden määrä, hampaiden ja kiinnityskudosten kunto ensikertalaisuuden ja vankilapäivien määrän mukaan.

	ensikertalainen		vankilapäiviä yht. yli 2 vuotta	
	ei n=183	kyllä n=126	ei n=100	kyllä n=209
Hampaiden määrä	26 (20, 28)	28 (24, 29)	27 (24, 28)	26 (22, 28)
Hampaaton	5 (2,7 %)	2 (1,6 %)	3 (3,0 %)	4 (1,9 %)
Reikiintyneiden, poistettujen tai paikattujen hampaiden määrä (DMF)	17 (11, 23)	14 (6, 21)	14 (8, 21)	16 (10, 23)
Paikattujen hampaiden määrä	6 (3, 9)	5 (2, 9)	5 (2, 8)	6 (3, 10)
Vähintään 1 paikattu hammas	167 (91 %)	109 (87 %)	85 (85 %)	191 (91 %)
Vähintään 1 reikiintynyt hammas	107 (58 %)	59 (47 %)	57 (57 %)	109 (52 %)
Vähintään 1 hammas, jossa +4mm ientasku	73 (40 %)	36 (29 %)	23 (23 %)	86 (41 %)
Vähintään 1 hammas, jossa +6 mm ientasku	15 (8,2 %)	10 (7,9 %)	6 (6,0 %)	19 (9,1 %)
Plakkiprosentti	37 (32)	32 (29)	39 (30)	33 (31)

Mediaani (kvartiiliväli); n (%); keskiarvo (keskihajonta)

Taulukko 6. Hampaiden määrä, hampaiden ja kiinnityskudosten kunto arvioidun työkyvyn ja rangaistusajan terveystavoitteen mukaan.

	terveystavoite Ransuun		työkykyinen	
	ei n=116	kyllä n=181	ei n=150	kyllä n=158
Hampaiden määrä	27 (23, 28)	26 (22, 28)	27 (22, 28)	27 (22, 28)
Hampaaton	1 (0,9 %)	6 (3,3 %)	4 (2,7 %)	3 (1,9 %)
Reikiintyneiden, poistettujen tai paikattujen hampaiden määrä (DMF)	14 (9, 19 %)	16 (9, 23 %)	15 (9, 21 %)	16 (10, 23 %)
Paikattujen hampaiden määrä	6 (3, 9)	6 (3, 10)	5 (2, 8)	6 (3, 11)
Vähintään 1 paikattu hammas	107 (92 %)	159 (88 %)	133 (89 %)	142 (90 %)
Vähintään 1 reikiintynyt hammas	68 (59 %)	90 (50 %)	81 (54 %)	84 (53 %)
Vähintään 1 hammas, jossa +4 mm ientasku	41 (35 %)	62 (34 %)	62 (41 %)	47 (30 %)
Vähintään 1 hammas, jossa +6 mm ientasku	11 (9,5 %)	14 (7,7 %)	17 (11 %)	8 (5,1 %)
Plakkiprosentti	36 (33)	34 (29)	36 (33)	34 (29)

Mediaani (kvartiiliväli); n (%); keskiarvo (keskihajonta)

laskettu määrä (vaihteluväli 0–32 viisaudenhampaat mukaan lukien). DMF-indeksin mediaani oli 16, eli kaikkiaan noin puolet (16/32) vankien hampaista puuttui, oli reikiintynyt tai aiemmin paikattu. Hampaiden kiinnityskudosten kuntoa kuvaavia syventyneitä ientaskuja esiintyi hieman yli kolmanneksella, vanhemmilla vangeilla useammin kuin nuorilla, Taulukko 5 ja Kuvio 2. Plakkihampaiden osuus suussa olevista hampaista oli 37 prosenttia, eli keskimäärin vangilla oli hieman yli kolmanneksessa hampaita bakteeripeitteitä.

Ensikertalaisilla hampaita oli enemmän ja niissä oli harvemmin reikiä tai syventyneitä ientaskuja kuin uusijoilla (Taulukko 5). Tutkimushoitajan arvioiman työkykyisyyden suhteen erot kliinisesti mitatussa suunterveydessä olivat pieniä (Taulukko 6).

Röntgentutkimuksen perusteella noin joka viidennellä (18 %) vangilla oli vähintään yhden hampaan juurenkärjen alueella havaittavissa tulehdusmuutos ja hieman yli joka neljännellä (29 %) vangilla oli havaittavissa merkittävää luukatoa vähintään yhden hampaan kohdalla.

Johtopäätökset

Vankien suunterveys osoittautui tässä tutkimuksessa muuta väestöä heikommaksi lukuun ottamatta hampaiden kiinnityskudosten kuntoa. Erityisesti vankien koettu suunterveys oli heikkoa, ja erilaisia suun alueen vaivoja ja kipua koettiin paljon. Vaivojen ja koettujen ongelmien runsas määrä indikoi runsasta hoidon tarvetta, mitä tukivat myös kliinisen tutkimuksen löydökset. Kolme neljästä vangista oli käyttänyt vuoden aikana suun terveydenhuollon palveluita, mikä vastaa aikuisväestön suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä siitä huolimatta, että vangit olivat useimmin hakeutuneet hoitoon oireperusteisesti eli hammassäryn takia. Hammaslääkärikäyntien esteiksi koettiin erityisesti pitkät jonot ja hammashoitopelko.

Huomattavasti suurempi osa vangeista oli kokenut edeltävän 12 kuukauden aikana kipuja tai vaivoja suussa verrattuna muuhun väestöön. Vangeista kivuista oli kärsinyt kaksi kolmesta (68 %) ja FinTerveys2017-tutkimukseen (10) osallistuneista vain hieman yli kolmannes. Suunterveytensä vähintään melko hyväksi kokevien osuus oli vangeilla matala (40 %) verrattuna muuhun väestöön (64 %). Suusta, hampaista tai proteeseista johtuvat ongelmat olivat vangeilla vähintään kaksi kertaa yleisempiä kuin muussa väestössä (9). Edellisen kuukauden aikana tyytymättömyyttä elämäänsä suuhun tai hampaisiin liittyvien ongelmien vuoksi koki vähintään joskus noin kahdeksan prosenttia väestöstä vuonna 2000 (9), kun vangeilla vastaava osuus oli 31 prosenttia.

Kolme neljästä vangista oli käyttänyt vuoden aikana suun terveydenhuollon palveluita, mikä vastaa aikuisväestön suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä FinTerveys2017-tutkimuksessa (10). Sen mukaan jotakin suun terveydenhuollon palvelua viimeisen 12 kuukauden aikana oli yli 30-vuotiaista miehistä käyttänyt 66 prosenttia ja naisista 74 prosenttia. Kuten muukin väestö myös vangit kokivat hoitoon pääsyn esteeksi hoitojonot (8), mutta myös hammashoitopelko oli merkittävä hoidon saamisen este. Kahdesti päivässä hampaansa harjaavia naisvankeja oli 62 prosenttia, mikä on selvästi vähemmän kuin muussa väestössä (80 %). Miesvangeissa (54 %) ei vastavaa eroa väestöön (53 %) ollut.

Kliinisessä tutkimuksessa vankien hampaistosta löytyi odotetusti runsaasti korjaavan hoidon tarvetta. Vangeista noin joka toiselta (54 %) löytyi kariesvaurioita, kun muussa väestössä vastaava osuus vuonna 2011 oli 32 prosenttia (11). Samaan tutkimukseen verrattuna hampaita, joissa oli syventynyt ientasku, vangeilla oli vähemmän kuin valtaväestöllä. Minimissään yksi neljän millimetrin ientasku löytyi vangeilta kol-

mannekselta (35 %) ja valtaväestössä lähes kahdelta kolmasosalta (64 %). Vastaavasti vähintään kuuden millimetrin ientaskuja löytyi kahdeksalta prosentilta vangeista ja 18 prosentilta muusta väestöstä.

Syventyneiden ientaskujen määrä kuvaa hampaiden kiinnityskudosten tilaa. Vankien kiinnityskudoksen tila vaikuttaa tämän tutkimuksen valossa varsin hyvältä. Tätä voidaan pitää yllättävänä, sillä Pelson vankilassa tehdyssä tutkimuksessa (12) yli neljän millimetrin ientaskuja löytyi 41 prosentilta vangeista, mikä on hieman enemmän kuin tässä tutkimuksessa (35 %). Syventyneiden ientaskujen alhaista määrää verrattuna valtaväestöön voisi selittää suuri poistettujen hampaiden osuus ja vankien varsin nuori ikä. Toisaalta vangeilla tupakointi on huomattavasti yleisempää kuin muussa väestössä, kuten todetaan tämän raportin luvussa [Tupakka- ja nikotiiniuotteiden käyttö](#). Vaikka tupakointi on tärkein hampaiden kiinnityskudostulehduksen aiheuttaja, tupakoijilla esiintyy verisuonia supistavan vaikutuksen takia vähemmän ienverenvuotoa ja turvotusta, mikä voi osaltaan selittää vähäisempää syventyneiden ientaskujen määrää. Tutkimusten välisiä eroja voivat selittää myös erot mittaamisessa.

DMF-indeksi osoittautui olevan samalla tasolla kuin Pelson vankilassa vuosina 2014–2015 tehdyssä tutkimuksessa (6). Terveys 2011 -tutkimuksessa väestön 35–44-vuotiaiden miesten DMFT-indeksin mediaani oli 13,7 ja naisten 13,1. Tässä tutkimuksessa 30–47-vuotiaiden vankien DMFT-indeksi oli 16. Tulokset viittaavat kariesvaurioiden sekä niiden aiheuttamien hammaspuutosten että täytteiden olevan yleisempiä vangeilla muuhun väestöön verrattuna. DMFT-indeksin korkeahkoa arvoa selittää suuri paikattujen hampaiden lukumäärä, mikä muun ohella viittaa rikostaustaisten henkilöiden vähintään kohtalaiseen pääsyyn hammashoittoon elämänsä aikana.

Sukupuolierot olivat yllättävän vähäisiä, ja tilastollisesti merkitseviä eroja todettiin vain koetun suunterveyden, palvelujen käytön ja hammashoitopelon suhteen. Pienempi osuus naisista kuin miehistä ilmoitti hampaistonsa vaurioituneen tapaturman takia ja oli käynyt vankiterveydenhuollon hammaslääkärillä. Sen sijaan suurempi osuus naisista kuin miehistä ilmoitti jonotuksen hoidon esteeksi ja ilmoitti pelkäävänsä hammashoitoa.

Vankiryhmien välillä erot suunterveydessä ja palveluiden käytössä olivat yllättävän pieniä ja saattavat suurelta osin selittyä ryhmien erilaisilla sukupuoli- ja ikärakenteilla, joita ei nyt tehdyissä kuvailevissa analyyseissä otettu huomioon.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Vankien kokema huono suunterveys, erityisesti kipujen suuri määrä sekä väkivallan ja tapaturmien aiheuttamat hampaiston vauriot vaikuttavat siihen, miten suun terveydenhuollossa olisi syytä suhtautua, kun vastaanotolle tulee rikostaustainen potilas. Tämän tutkimuksen tulokset antavat aiheen huomioida esimerkiksi hammashoitopelko rutiinimaisesti ja pyrkiä jokaisen potilaan kohdalla mahdollisimman arvostavaan hoitokokemukseen. Mikäli on tiedossa, että henkilöllä on rikoksiin liittyvä tausta, on

traumaattisten vaurioiden korkea todennäköisyys hyvä ottaa huomioon suunterveyttä tarkastettaessa. Kannustaminen palvelujen säännölliseen käyttöön ja kokonaisuhoitoon on tärkeää tässä ryhmässä.

Syvällisempää analyysiä tarvitaan muun muassa vankiryhmien välisten erojen selvittämiseksi ja päihteiden käytön vaikutuksista suunterveyteen. Myös yllättävä löydös koskien vankien vähäisempää kiinnityskudosten hoidon tarvetta tulee selvittää tarkemmin kohdennetulla tutkimuksella.

Tutkimuksessa käytetyllä Oral Health Impact Profile -mittarilla (OHIP-14) on nyt saatu perustulokset vankien kokemasta suunterveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Vertaamalla tätä tietoa muista väestöryhmistä kerättyyn OHIP-14-tietoon voidaan seurata toiminnan vaikuttavuutta tältä osin. Onkin suositeltavaa liittää OHIP-14-mittaristo osaksi rutiininomaista tiedon keräämistä.

Kirjoittajat

Emil Leppänen

hammaslääketieteen kandidaatti
Perustutkinto-opiskelija
Itä-Suomen Yliopisto (UEF)
Ei sidonnaisuuksia

Eero Raittio

EHL, HLT
Itä-Suomen yliopisto (UEF), Aarhusin yliopisto
Ei sidonnaisuuksia

Liisa Suominen

Professori (suun terveydenhuolto), Itä-Suomen yliopisto (UEF)
Ylihammaslääkäri, Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS), Vieraileva tutkija, THL
Ei sidonnaisuuksia

Sisko Huuromen

Professori
Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS)
Ei sidonnaisuuksia

Maija Kinon-Jehkonen

Ylihammaslääkäri, Vankiterveydenhuollon yksikkö
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Glick, M, Williams, D.M., Kleinman, D.,V., Vujicic, M., Watt, R.,G., Weyant, R.,J. 2017: A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2017;151:229–231.
- 2) Kapila, Y.,L. 2021: Oral health's inextricable connection to systemic health: Special populations bring to bear multimodal relationships and factors connecting periodontal disease to systemic diseases and conditions. *Periodontol 2000.* 2021;87:11-16.
- 3) Baeza, M., Morales, A., Cisterna, C., Cavalla, F., Jara, G., Isamitt, Y., Pino, P., Gamonal, J. 2020: Effect of periodontal treatment in patients with periodontitis and diabetes: systematic review and meta-analysis. *J Appl Oral Sci.* 2020;28:e20190248.
- 4) Heidari, E., Dickinson, C., Fiske, J. 2008: An investigation into the oral health status of male prisoners in the UK. *Journal of Disability and Oral Health* 2008;9:3–12.
- 5) Nobile, C.G., Fortunato, L., Pavia, M., Angelillo, I.F. 2007: Oral health status of male prisoners in Italy. *Int Dent J.* 2007;57:27–35.
- 6) Vainionpää, R. 2019: Oral health of Finnish prisoners. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- 7) Vainionpää, R., Pesonen, P., Laitala, M.L., Pohjola, V., Anttonen, V. 2019: Dental Fear and Dental Health and Attendance among Finnish Male Prisoners. *J Oral Maxillofac Res.* 2019;10:e4.
- 8) Slade, G.D., Spencer, A.J. 1994: Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11:3–11.
- 9) Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vehkalahti, M., Aromaa, A. (toim.) 2004: Suomalaisien aikuisten suunterveys. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004.
- 10) Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., Koskinen, S. (toim.) 2018: Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys2017-tutkimus. Raportti 4/2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- 11) Suominen, A.L., Varsio, S., Helminen, S., Nordblad, A., Lahti, S., Knuutila, M. 2018: Dental and periodontal health in Finnish adults in 2000 and 2011. *Acta Odontol Scand.* 2018;76:305–313.
- 12) Vainionpää, R., Peltokangas, A., Leinonen, J., Pesonen, P., Laitala, M.L., Anttonen, V. 2017: Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ Open.* 2017;3:17006.



C-hepatiittitartunnan saaneita oli 44 prosenttia ja kroonisia kantajia 13 prosenttia vangeista.

Hiv-tartunta oli yhdellä prosentilla.

Vankilassa huumeita oli käyttänyt pistämällä 34 prosenttia. Heistä kahdella kolmesta oli ollut ruiskujen ja neulojen yhteiskäyttöä.

Vankilassa pistoskäytön oli aloittanut 49 prosenttia kuntodopingia pistämällä käyttävistä ja 10 prosenttia huumeita pistämällä käyttävistä.

Alle kahden vuoden tuomion saaneista hepatiitti C -vasta-ainepositiivisista vangeista yhdeksän prosenttia oli saanut C-hepatiittihoidon.

Infektiotaudit

Johdanto

Infektiotauteja aiheuttavat erilaiset mikrobit, kuten virukset ja bakteerit. Ne voivat tarttua henkilöstä toiseen muun muassa kosketustartuntana tai ilmateitse, tai tartuntoja voi välittää jokin esine, kuten käytetty ruisku tai neula. Infektiotauteja voidaan ehkäistä muun muassa lisäämällä tietoisuutta tartuntatavoista, rokottamalla, hoitamalla tartunnan saaneita ja mahdollistamalla pistäminen puhtailla välineillä.

Infektiotaudit ovat yleisiä vankiloissa, ja vankilaolosuhteiden on todettu altistavan infektiotaudeille, mikäli haittoja estävät toimenpiteet ovat riittämättömiä. Vangeilla on osoitettu olevan enemmän hiv-, hepatiitti- ja tuberkuloositartuntoja sekä sukupuolitauteja kuin väestössä keskimäärin. Myös tartuntariski on suurempi (1, 2, 3). Vangit on määritelty veriteitse tarttuvien tautien suhteen keskeiseksi ryhmäksi sekä Suomen [hiv-](#) että [C-hepatiittistrategiassa](#).

Edellinen, vuonna 2010 julkaistu Wattu III -tutkimus osoitti vangeilla olevan huomattava määrä sekä mielenterveyden häiriöitä että somaattisia sairauksia, joista merkittävin oli C-hepatiitti-infektio (4). C-hepatiitin esiintyvyys oli 46 prosenttia. Vangeista 59 prosentilla oli huumeiden käyttöä pistämällä, ja heistä pistovälineiden yhteiskäyttöä oli 37 prosentilla (5).

C-hepatiitti on viruksen aiheuttama maksatulehdus. C-hepatiittivirus tarttuu herkästi veren välityksellä esimerkiksi yhteisten pistosvälineiden kautta. Seksitartunnat

ja tartunta äidistä lapseen synnytyksen yhteydessä ovat tartuntareitteinä myös mahdollisia mutta selvästi harvinaisempia (6). Valtaosa tartunnoista todetaan pistämällä huumeita käyttävillä. Noin 20–30 prosenttia C-hepatiittitartunnan saaneista parantuu spontaanisti kuuden kuukauden kuluessa tartunnasta, kun taas 70–80 prosentille syntyy krooninen infektio (6). Viidennekselle kroonista infektiota sairastavista kehittyy maksakirroosi noin 20 vuoden kuluessa, ja heillä on riski myös maksasyöpään sairastumisesta. C-hepatiittia vastaan ei ole rokotetta. Krooninen C-hepatiitti voidaan hoitaa suun kautta otettavilla lääkkeillä.

Hiv on ihmisen immuunipuutosviruksen aiheuttama krooninen tulehdus. Hiv tarttuu suojaamattomassa seksikontaktissa, veren välityksellä ja äidiltä lapselle. Hiv-infektioon ei ole parantavaa hoitoa. Lääkehoidolla voidaan kuitenkin tehokkaasti estää viruksen lisääntyminen ja taudin eteneminen aidsiin. Hiv-tartunnan saaneen eliniän ennuste ei poikkea merkittävästi muun väestön ennusteesta, jos tartunta todetaan ja hoito aloitetaan ajoissa. Tartuntoja voidaan ehkäistä käyttämällä puhtaita pistosvälineitä. Kondomi suojaa seksitartunnalta. Hiviä vastaan ei ole rokotetta.

Hepatiitti B on viruksen aiheuttama maksatulehdus, joka tarttuu suojaamattomassa seksissä, veren välityksellä ja äidiltä lapselle. Akuutti hepatiitti B parantuu yleensä itsestään. Kroonista tautia ei voida parantaa. Hepatiitti A on viruksen aiheuttama maksatulehdus, joka tarttuu pääasiassa saastuneen veden tai ruuan kautta. Tartunta on mahdollinen myös yhteisistä pistosvälineistä. Hepatiitti A parantuu yleensä itsestään. Rokote suojaa hepatiitti A:lta ja B:ltä.

Hiv, C-, B- ja A-hepatiittitartuntojen ehkäisemiseksi huumeiden- ja dopingaineiden pistoskäytössä sekä tatuointien ja lävistysten tekemisessä on tärkeää huolehtia puhtaiden välineiden käytöstä.

Tutkimuskysymykset ja menetelmät

Tietoa kerättiin tutkimushoitajan tekemällä haastattelulla, laboratoriotutkimuksilla ja kyselyillä. Kyselyssä kysyttiin seksuaalisesta käyttäytymisestä, huumeiden ja kuntodopingin käytöstä ja käyttöön liittyvistä riskitekijöistä, tatuoinneista, hiv-, B- ja C-hepatiittitestauksesta ja tietoisuudesta sekä hivin ja C-hepatiitin hoidosta ja influenssa-, B-hepatiitti- ja koronavirusrokotuksista. Anonyymillä kyselylomakkeella kerättiin tietoa kokemuksista tarjolla olevista infektiautien torjuntatoimista, huumeiden ja kuntodopingin käytöstä, käyttöön liittyvistä riskitekijöistä ja C-hepatiitin hoidosta.

Laboratoriotutkimukset käsittivät verinäytteestä tehtäviä tutkimuksia. Infektiautien esiintyvyyttä arvioitiin hiv-vasta-aine- ja antigeeni (HIVAg/Ab) -yhdistelmätutkimuksella, C-hepatiitivasta-aine (HCVAb)- ja A-hepatiitivasta-aine (HAV-Abtot)- ja HAVAbM-tutkimuksilla sekä C-hepatiitin nukleinihappo (HCVNhO)- ja B-hepatiittiantigeeni (HBsAg) -tutkimuksilla. Hiv-yhdistelmätutkimuksen positiiviset tapaukset varmistettiin immunoblottauksella.

Lisäksi tehtiin maksan sekä munuaisten toimintaa kartoittavia tutkimuksia. C-hepatiittitartunta altistaa maksakirroosille ja -syövälle ja lisää munuaissairauksien ris-

kiä. Maksan ja munuaisten toimintaa arvioitiin alaniiniaminotransferaasin (ALAT), aspartaattiaminotransferaasin (ASAT) ja gammaglutamyyliinotransferaasin (GGT) entsyymipitoisuuksilla ja kreatiniinin määrittelyllä. Maksafibroosin tai -kirroosin todennäköisyyttä arvioitiin laskemalla sukupuolittainen ASAT ja trombosyvti -suhde eli APR-indeksi. Tuloksia analysoitiin ristiintaulukoimalla ja Pearsonin khiin neliö -testillä sekä ANOVA:lla.

Tulokset

Hivin ja hepatiittien esiintyvyys

Laboratoriotesteissä yhdellä prosentilla sekä nais- että miesvangeista todettiin hiv-tartunta. A-hepatiitin vasta-aineita, jotka kertovat sairastetusta taudista tai saaduista rokotteista, oli 44 prosentilla. Miehillä osuus (46 %) oli korkeampi kuin naisilla (34 %).

C-hepatiittivasta-aineiden esiintyvyys ja krooninen kantajuus oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Naisilla vasta-aineiden esiintyvyys oli 53 prosenttia ja kantajia oli 22 prosenttia. Miehillä esiintyvyys oli 40 prosenttia ja kantajia oli 10 prosenttia. C-hepatiitin vasta-aineiden esiintyvyys oli korkein (53 %) 30–47-vuotiailla. Kantajia oli eniten (38 %) 30–47-vuotiaissa ja alle 30-vuotiaissa (36 %).

B-hepatiitti-s-antigeeniposiitivisten osuus kertoo kroonisesta tai akuutista B-hepatiitti-infektiosta. Osuus oli matala: miehillä 0,4 prosenttia, naisilla infektoita ei todettu, Taulukko 1.

Taulukko 1. Hivin sekä A-, B- ja C-hepatiittimäärittelysten positiivisten tulosten osuudet sekä tutkittujen kokonaismäärät mies- ja naisvangeilla.

Tutkimus	miehet		naiset	
	n	Positiivisten osuus (%)	n	Positiivisten osuus (%)
HIV-vasta-aineet	285	1	98	1
A-Hepatiittivasta-aineet	171	46	44	34
C-hepatiittivasta-aineet	284	40	97	53
C-hepatiitti-nukleiinihappo	284	10	97	22
B-hepatiitti-s-antigeeni	283	0,4	98	0

C-hepatiitin hoitaminen

Kyselyvastausten perusteella 38 prosenttia vangeista, jotka oman ilmoituksen mukaan olivat saaneet C-hepatiittitartunnan, ei ollut saanut siihen hoitoa tai ei osannut sanoa, oliko saanut hoitoa. Suurimmalla osalla (81 %) vangeista, jotka eivät olleet saaneet hoitoa, tuomion pituus oli alle kaksi vuotta. Heistä ainoastaan yhdeksän prosenttia oli hoidettu, kun vastaava osuus yli kahden vuoden tuomioita suorittavien keskuudessa oli huomattavasti suurempi (54 %), Taulukko 2 ja Kuvio 1 seuraavalla sivulla.

Taulukko 2. C-hepatiittitartunnan saaneiden hoito tuomion pituuden mukaan jaoteltuna, kysymykseen vastanneiden määrä ja osuus ja kysymykseen vastanneiden kokonaismäärä.

Tuomion pituus	Hoidettu ja parantunut		Hoito suunnitella tai käynnissä		En osaa sanoa		Ei hoitoa		Yhteensä
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2 vuotta tai alle	11	9	29	25	14	12	65	55	119
yli 2 vuotta	50	54	25	27	2	2	15	16	92
kaikki	61	29	54	26	16	8	80	38	211



Kuvio 1. C-hepatiittitartunnan saaneiden hoito (%) tuomion pituuden mukaan jaoteltuna. Vasemmalla yli kahden vuoden tuomiota suorittavat ja oikealla lyhyemmällä tuomiolla olevat.

Kuntodopingin ja huumeiden käyttö pistämällä, pistosvälineiden yhteiskäyttö ja tatuointi ja lävistykset

Merkittävä osa vangeista oli käyttänyt pistämällä huumeita (55 %) tai kuntodopingaineita (34 %) siviilissä tai vankilassa. Vankilassa huumeita oli käyttänyt pistämällä 34 prosenttia ja kuntodopingaineita 20 prosenttia. Tutkimusta edeltäneen 30 vuorokauden aikana kuitenkin käyttö vankilassa tai siviilissä oli huomattavasti vähäisempää: huumeita pistämällä oli käyttänyt 1,4 prosenttia ja kuntodopingaineita 0,2 prosenttia. Vankilassa pistoskäytön oli aloittanut lähes puolet (49 %) kuntodopingia pistämällä käyttävistä. Osuus oli pienempi huumeita pistämällä käyttävillä (10 %), Taulukko 3.

Enemmistö (66 %) pistämällä huumeita käyttävistä ilmoitti käyttäneensä vankilassa samaa ruiskua tai neulaa, jota joku toinen henkilö oli jo käyttänyt. Vastaava osuus kuntodopingia pistämällä käyttävillä oli 17 prosenttia. Muiden pistotarvikkeiden, kuten filtteri, klikkikuppi ja vesi, yhteiskäytön osalta vastaavat luvut olivat huumeita pistämällä käyttäneillä 56 prosenttia ja kuntodopingia käyttäneillä kolme prosenttia, Taulukko 3. Anonyymiin kyselykaavakkeeseen vastanneista pienempi osuus (34 %) kuin tutkimushoitajan haastatteluista ilmoitti käyttäneensä joko dopingin tai huumeiden käytössä samaa ruiskua tai neulaa, jota joku toinen henkilö oli käyttänyt. Myös mui-

den pistotarvikkeiden osalta osuus oli anonyymeissa vastauksissa matalampi (30 %) kuin haastattelussa.

Oman ilmoituksen perusteella neljä viidestä pistämällä huumeita käyttävästä oli käyttänyt vankilassa omia neuloja ja ruiskuja useamman kuin yhden kerran. Vastava osuus dopingaineita pistämällä käyttävistä oli 62 prosenttia. Aiheesta voi lukea lisää raportin luvusta [Dopingaineiden käyttö](#). Tatuoinnin tai lävistyksen vankilassa oli ottanut 32 prosenttia vangeista, Taulukko 3.

Taulukko 3. Kuntodopingaineiden ja huumeiden pistokäyttö sekä tatuointien ja lävistysten ottaminen vankilassa. Käyttäneiden/ottaneiden määrä ja osuus suhteessa kysymyksen vastanneiden kokonaismäärään.

	miehet		naiset		miehet ja naiset
	n	Positiivisten vastausten osuus (%)	n	Positiivisten vastausten osuus (%)	Positiivisten vastausten osuus (%)
Huumeet					
Käyttö pistämällä vankilassa tai siviilissä viimeisen 30 vrk aikana	392	0,3	122	5	1,4
Käyttö pistämällä vankilassa tai siviilissä yli 30 vrk sitten	392	52	122	61	55
Käyttö pistämällä vankilassa	205	38	80	25	34
Aloittanut pistämällä käytön vankilassa	77	10	20	10	10
Ruiskujen ja neulojen yhteiskäyttö vankilassa	78	71	20	50	67
Muiden pistotarvikkeiden yhteiskäyttö vankilassa	78	56	20	50	56
Käyttänyt vankilassa omaa ruiskua tai neulaa useampaan kertaan	78	79	20	85	81
Kuntodoping					
Käyttö pistämällä vankilassa tai siviilissä viimeisen 30 vrk aikana	391	0,3	122	0	0,2
Käyttö pistämällä vankilassa tai siviilissä yli 30 vrk sitten	391	43	122	33	34
Käyttö pistämällä vankilassa	171	20	5	0	20
Aloittanut pistämällä käytön vankilassa	37	49	0	0	49
Ruiskujen ja neulojen yhteiskäyttö vankilassa	37	16	0	0	17
Muiden pistotarvikkeiden yhteiskäyttö vankilassa	37	3	0	0	3
Käyttänyt vankilassa omaa ruiskua tai neulaa useampaan kertaan	37	62	0	0	62
Tatuoinnit					
Oletko ottanut tatuointia tai lävistystä vankilassa	398	39	122	11	32

Taulukko 4. Oman ilmoituksen perusteella hiv- ja C-hepatiittitestattujen ja tartunnan saaneiden määrä ja osuus suhteessa kysymykseen vastanneiden kokonaismäärään mies- ja naisvangeilla sekä kokonaisosuus.

	miehet		naiset		miehet ja naiset
	n	Positiivisten vastausten osuus (%)	n	Positiivisten vastausten osuus (%)	Positiivisten vastausten osuus (%)
Testattu hivin suhteen viimeisen 12 kk aikana	392	32	122	37	33
Todettu hiv	294	1	102	2	1
Testattu C-hepatiitin suhteen viimeisen 12 kk aikana	390	38	122	49	41
Todettu C-hepatiitti	303	44	108	56	47
Testattu B-hepatiitin suhteen viimeisen 12 kk aikana	392	17	122	19	17

Taulukko 5. Oman ilmoituksen perusteella B-hepatiittirokotuksen saaneet ja rokotteita tehokkaina ja turvallisina pitävien määrä ja osuus suhteessa kysymykseen vastanneiden kokonaismäärään mies- ja naisvangeilla.

	miehet		naiset	
	n	%	n	%
Oletko koskaan saanut B-hepatiittirokotusta	262	60	59/91	65
Maassamme annettavat rokotteet ovat tehokkaita ja turvallisia	361	83	93/114	82

Taulukko 6. Desinfektioaineiden, kondomien sekä hiv- ja C-hepatiittitestausten saatavuus vankiloissa. Anonymien kyllä-vastausten määrä suhteessa kaikkiin vastanneisiin. Anonymi kyselykaavake.

	n	Positiivisten vastausten osuus (%)
Vankiloissa on saatavilla puhdistusaineita likaisten ruiskujen ja neulojen puhdistamiseen	370	4
Puhdistusaineiden käyttö vankiloissa on helppoa tai melko helppoa	190	4
Vankiloissa on kondomeja saatavilla	370	19
Kondomien saatavuus vankilassa on helppoa tai melko helppoa	296	13
Hiv-testiin pääsy vankilassa on helppoa tai melko helppoa	372	56
C-hepatiittitestiin pääsy vankilassa on helppoa tai melko helppoa	372	63
Vankilassa ainakin kerran hiv-testissä käyneet	372	58
Vankilassa ainakin kerran C-hepatiittitestissä käyneet	372	61

Hivin ja C-hepatiitin yleisyys sekä testaaminen oman ilmoituksen perusteella

Kyselyvastausten perusteella edeltäneen 12 kuukauden aikana 33 prosenttia vangeista kertoi käyneensä hiv-testissä, 41 prosenttia C-hepatiittitestissä ja 17 prosenttia oli käynyt B-hepatiittitestissä. Yksi prosentti ilmoitti olevansa hiv-positiivisia ja 47 prosenttia saaneensa C-hepatiittitartunnan, Taulukko 4 seuraavalla sivulla.

B-hepatiittirokotukset ja arvio rokoteturvallisuudesta oman ilmoituksen perusteella

B-hepatiittirokotuksen ilmoitti saaneensa 61 prosenttia vangeista (täyden rokotussarjan saaneiden osuudesta ei ole tietoa). Vangeista 82 prosenttia piti Suomessa annettavia rokotteita tehokkaina ja turvallisina, Taulukko 5 edellisellä sivulla.

Desinfektioaineiden, kondomien ja hiv- sekä C-hepatiittitestien saatavuus

Valtaosassa vankiloista puhdistusainetta käytettyjen neulojen ja ruiskujen puhdistamiseen ei ollut saatavilla. Anonyymiin kyselykaavakkeeseen vastanneista vain neljä prosenttia ilmoitti vankilassa olevan saatavilla puhdistusaineita. Lisäksi puhdistusaineiden käyttö koettiin vaikeaksi. Helpoksi tai melko helpoksi käytön koki vain neljä prosenttia.

Myöskin kondomien saatavuus koettiin huonoksi. Vastanneista 19 prosenttia ilmoitti vankilassa olevan saatavilla kondomeita. Kondomeita oli saatavilla helposti tai melko helposti 13 prosentin mielestä.

Noin puolet vangeista (56 %) koki, että hiv-testiin pääsee helposti tai melko helposti. Vastaava osuus C-hepatiittitestiin pääsyn suhteen oli hieman suurempi, 63 prosenttia. Vankilassa ainakin kerran hiv-testissä oli käynyt 58 prosenttia ja C-hepatiittitestissä 61 prosenttia, Taulukko 6 edellisellä sivulla.

Johtopäätökset

Hiv- ja C-hepatiittitartunnat ovat vangeilla huomattavasti yleisempiä kuin väestössä keskimäärin. Hivin esiintyvyys vangeilla oli yksi prosentti, mikä on noin kymmenen kertaa suurempi kuin yleisväestössä (7). Vangeilla C-hepatiitin vasta-aineiden esiintyvyys oli 44 prosenttia ja kroonista tautia sairastavien osuus 13 prosenttia. Vangeilla C-hepatiittivasta-aineiden esiintyvyys on monikymmenkertainen yleisväestöön nähden (8).

Verrattuna edelliseen vuoden 2010 vankitutkimukseen hivin ja hepatiitin esiintyvyyksissä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia (5). Merkittävä osa vangeista oli joskus käyttänyt huumeita (34 %) tai dopingaineita (20 %) vankilassa. Samaa ruiskua ja / tai neulaa, jota joku toinen henkilö oli käyttänyt aikaisemmin, oli käyttänyt yli kaksi kolmesta (67 %) vankilassa pistämällä huumeita käyttävistä – dopingaineita pistämällä käyttävistä kolme prosenttia. Myös omien välineiden käyttö vankilassa useamman kuin kerran oli yleistä: pistämällä huumeita käyttävillä 81 prosenttia ja pistämällä

dopingaineita käyttävillä 62 prosenttia. Ruiskujen ja neulojen yhteiskäyttö ja omien välineiden uudelleen käyttö altistavat vangit bakteeri- ja virusinfektioille.

Valtaosassa vankiloista puhdistusainetta käytettyjen neulojen ja ruiskujen puhdistamiseen ei ole saatavilla. Ainoastaan neljä prosenttia vangeista kertoi, että vankiloissa saa desinfektioaineita likaisten ruiskujen ja neulojen puhdistamiseen, ja vain neljä prosenttia koki niiden käytön olevan helppoa tai melko helppoa. Tartuntatautien ehkäisemiseksi turvallisinta on kuitenkin desinfiktion sijaan mahdollistaa puh- taiden neulojen ja ruiskujen käyttö vankiloissa (9).

Kansallisen suosituksen mukaan vangeille, joiden tuomio on alle vuoden ja joil- la ei ole havaittavia merkkejä maksavauriosta, C-hepatiitin hoito suoritetaan vas- ta vapautumisen jälkeen perusterveydenhuollossa (8). Perusteluna tälle on ollut, et- tä tutkimuksia, hoitoa ja seurantaa voi olla haasteellista toteuttaa kokonaisuudessaan vankeusaikana, mikäli tuomio on lyhyt.

Tämän tutkimuksen mukaan vangeista, jotka olivat C-hepatiitin kantajia ja joil- la oli alle kahden vuoden tuomio, vain yhdeksän prosenttia oli saanut hepatiittihoi- don. Pidemmän tuomion saaneilla vastaava osuus oli huomattavasti korkeampi (54 %). Koska C-hepatiitin hoitajakso on lyhyt, 8–12 viikkoa, ja se on yksinkertainen to- teuttaa, ei periaatteellisia esteitä ole hoitaa myös lyhyemmän tuomion saaneita.

Vangeista 46 prosenttia oli A-hepatiitin suhteen vasta-ainepositiivisia joko seu- rauksena sairastetusta taudista tai rokotuksesta. Miehillä vasta-ainepositiivisten osuus oli pysynyt lähes samana ja naisten osuus laskenut vuoden 2010 tutkimukseen verrat- tuna. B-hepatiittirokotuksen kertoi saaneensa 61 prosenttia vangeista. Valtaosa van- geista (82 %) piti rokotteita tehokkaina ja turvallisina. Onkin tärkeää, että vankiloissa toteutetaan kattavasti rokotuksia infektioiden leviämisen ehkäisemiseksi.

Hiv-testiin pääsy vankilassa oli helppoa tai melko helppoa joka toisen vangin mie- lestä, ja ainakin kerran vankilassa testissä käyneiden osuus oli 58 prosenttia. Vastaavat luvut C-hepatiitin suhteen olivat 63 prosenttia ja 61 prosenttia. Koska vankiloissa veri- teitse tarttuvien tautien riski on kohonnut johtuen tautien yleisväestöstä korkeammasta esiintyvyydestä ja neulojen ja ruiskujen yhteiskäytöstä, tulisi tartuntariskissä oleville vangeille tarjota testejä säännöllisesti kolmen kuukauden välein. Kynnys testin tarjoa- miselle ja testiin pääsemiseen ja hakeutumiseen tulee olla matala.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Vankilaolosuhteiden on todettu alistavan infektioitaudeille, mikäli haittoja vähentävät toimenpiteet eivät ole riittävällä tasolla. Esitettyjen toimenpiteiden tavoitteena on pa- rantaa vankien terveyttä ja rajoittaa infektioautien leviämisen riskiä vankiloissa.

Hivin ja kroonisten C-hepatiittitartuntojen esiintyvyys on vankiloissa huomatta- vasti korkeampi kuin väestössä keskimäärin, ja lisäksi vankiloissa on pistämistävälinei- den yhteiskäyttöä, minkä seurauksena verivälitteisten tartuntojen leviämisen riski on

kohonnut. Vankien terveyttä voidaan kuitenkin edistää pienentämällä tartuntariskiä, tarjoamalla hoitoa ja rokotuksia. Vankiloiden henkilökunnan ja vankien kouluttaminen veriteitse tarttuvista taudeista ja niiden leviämistavoista on tärkeää. Tietoisuuden lisääminen auttaa välttämään riskikäyttäytymistä ja edistää turvallisia käytäntöjä.

Turvalliset pistovälineet vähentävät tartuntariskiä. On huolestuttavaa, että useimmissa vankiloissa ei enää ole mahdollista saada desinfektioaineita käytettyjen ruiskujen ja neulojen puhdistamiseen. On tärkeää palauttaa desinfektioaineiden saatavuus vankiloihin ja lisäksi ohjeistaa niiden käytöstä neulojen ja ruiskujen puhdistamisessa ja tehdä käytöstä mahdollisimman helppoa. Turvallisinta olisi kuitenkin mahdollistaa käytettyjen pistovälineiden vaihto puhtaisiin vankiloissa. Mahdollisuutta tähän tulisi selvittää.

Veriteitse tarttuvien tautien säännöllinen testaus mahdollistaa tunnistamaan tartunnat varhain ja hoidon aloittamisen. Hivin ja C-hepatiitin leviämisen ehkäisemiseksi näiden tautien testauksen tulisi kuulua osana kaikille vangeille tehtävää tulotarkastusta. Testistä pois jättäytyminen edellyttäisi aktiivista kieltäytymistä testauksesta. Testausta pitäisi tarjota ja saada myös vankeusaikana matalalla kynnyksellä. Hiv-pikatestien lisäksi C-hepatiitin pikatestien käyttöönottoa laajalti vankiloiden poliklinikoilla tulee harkita.

Infektiotautien hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa vähentää tartuntoihin liittyvää sairastavuutta ja kuolleisuutta sekä jatkotartuntoja. Alle kahden vuoden tuomiota suorittavat vangit muodostavat suurimman osan hoitamattomista C-hepatiittitapauksista. Vankilaolosuhteet tarjoavat hyvän ympäristön hoidon toteuttamiselle, mitä kannattaisikin tehokkaasti hyödyntää. Hoidon esteitä tulee selvittää ja pyrkiä ratkaisemaan ne.

Rokotuksia tarjoamalla voidaan suojata vankien terveyttä. Osalta vangeista puuttui A-hepatiittisuoja ja rokote B-hepatiittia vastaan. Vankiloissa tulee informoida vangeja rokotusten hyölyisyydestä, tarjota rokotuksia aktiivisesti ja varmistaa kansallisen rokotusohjelman suosituksen mukainen toteutuminen. Tähän on hyvät edellytykset, sillä vangit suhtautuvat rokotuksiin pääosin luottavaisesti.

Vankien terveyttä ja vankiloiden infektiotautien taakkaa ja tartuntojen leviämistä voidaan ehkäistä useilla eri keinoilla: kouluttamalla vankiloiden henkilökuntaa ja vangeja, rokotuksilla, testauksella, puhtaiden pistovälineiden ja kondomien saatavuudella sekä tartuntoja hoitamalla. Näiden tehokkaiksi osoitettujen keinojen saatavuutta ja kattavuutta tulee vankiloissa lisätä ja tehostaa sekä säännöllisesti arvioida.

Kaikkien vankien, myös lyhytaikaisten, hoitaminen on tärkeää, koska se edistää vankien terveyttä ja vankiloiden turvallisuutta. Lisäksi vapautumisen jälkeen rikostaustaisten henkilöiden tautitaakka pienenee, mikä auttaa vähentämään tartuntatautien esiintyvyyttä laajemmalla väestötasolla edistäen näin myös yhteistä terveysturvallisuutta.

Kirjoittajat

Henrikki Brummer-Korvenkontio

Tutkimuspäällikkö, FT
Infektiotautien torjunta ja rokotukset -yksikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Ei sidonnaisuuksia

Cristina Gonzáles Pérez

Asiantuntija, FT
Infektiotautien torjunta ja rokotukset -yksikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Ei sidonnaisuuksia

Kirsi Liitsola

Erikoistutkija, FT
Asiantuntijamikrobiologian yksikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Dolan, K., Wirtz, A.L., Moazen, B., Ndeffo-Mbah, M., Galvani, A., Kinner, S.A., et al. 2016: Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016;388(10049):1089–102.
- 2) Kamarulzaman, A., Reid, S.E., Schwitters, A., Wiessing, L., El-Bassel, N., Dolan, K., et al. 2016: Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *Lancet*. 2016;388(10049):1115–26.
- 3) Rich, J.D., Beckwith, C.G., Macmadu, A., Marshall, B.D.L., Brinkley-Rubinstein, L., Amon, J.J., et al. 2016: Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis. *Lancet*. 2016;388(10049):1103–14.
- 4) Joukamaa, M., Aarnio, V., von Gruenewaldt, V., Hakamäki, S., Hypen, K., Lauerma, H., et al. 2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. RISE. 2010;1. Saatavilla osoitteesta: www.rikosseuraamus.fi
- 5) Viitanen, P., Vartiainen, H., Aarnio, J., von Gruenewaldt, V., Hakamäki, S., Lintonen, T., et al. 2011: Hepatitis A, B, C and HIV infections among Finnish female prisoners--young females a risk group. *J Infect*. 2011;62(1):59–66.
- 6) Lappalainen M, Färkkilä M. Hepatiitti C (HCV). Kirjassa: Mikrobiologia. Kustannus Oy Ducecim, 2010.
- 7) European Centre for Disease Prevention and Control. Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2021 progress report. Stockholm: ECDC; 2022.
- 8) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. C-hepatiitin hoitopolku. THL. Ohjausarja, 2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-324-3>.
- 9) United Nations Office on Drugs and Crime. HIV prevention, testing, treatment, care and support in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. UNODC. Technical brief, 2020 update.





Vangeista tupakoi päivittäin 69 prosenttia, miesvangeista 64 prosenttia ja naisvangeista 85 prosenttia.

Myös nikotiinituotteiden, kuten nuuskan, käyttö oli selvästi yleisempää kuin väestössä keskimäärin.

Erityisesti miesvangit olivat halukkaita lopettamaan tupakoinnin ja myös kohtalaisen luottavaisia siihen, että pystyvät siihen.

Suurin osa tupakoivista vangeista ei ollut saanut tukea tupakoinnin lopettamiseen vankilassaoloaikana.

Vangit altistuivat tupakansavulle erityisesti suljettujen vankiloiden selleissä.

Suomen tupakkalain tavoite on, että vähemmän kuin viisi prosenttia käyttää tupakka- ja nikotiinituotteita päivittäin vuonna 2030. Nyt saatujen tulosten valossa vankiväestö on hyvin kaukana tästä tavoitteesta.

Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö

Johdanto

Tupakointi on yksi merkittävimmistä ennen aikaista kuolleisuutta ja sairastavuutta aiheuttavista tekijöistä (1), ja tupakansavulle altistuminen on merkittävä terveysriski (2). Tupakointi myös aiheuttaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveiden kannalta haavoittuvassa asemassa oleva erityinen ryhmä on vankiväestö.

Edellisessä suomalaisessa vankien terveyttä koskevassa Wattu III -tutkimuksessa tupakoinnin yleisyys oli miehillä 82 prosenttia, naisilla 90 prosenttia ja yhteensä 80 prosenttia (3). Tiedonkeruun alussa vuonna 2006 päivittäisen tupakoinnin yleisyys työikäisessä, 20–64-vuotiaassa väestössä oli miehillä 24 prosenttia ja naisilla 18 prosenttia (4). Työikäisessä väestössä tupakointi on vähentynyt: vuonna 2022 miehistä 12 prosenttia ja naisista 11 prosenttia tupakoi (5). Vankien tupakoinnista ei ole ollut Wattu III:n jälkeen saatavilla uutta tietoa.

Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö ja tupakansavulle altistuminen vaikuttavat merkittävästi terveyteen. Tupakoinnin lopettaminen tuo terveyshyötyjä (6), ja lopettamishalukkuus ja lopettamisen pystyvyyden tunne ovat tärkeitä tekijöitä tupakoinnin lopettamisen onnistumisessa. Näistä tekijöistä ei ole ollut tietoa saatavilla suomalaisesta vankiväestöstä. Aiemmat tutkimukset eivät ole myöskään tarkastelleet vankien nuuskan, sähkösavukkeiden ja nikotiinikorvaushoidon käyttöä tai vankien saamaa tupakoinnin lopettamisen tukea.

Vankeuslain ja tutkintavankeuslain tupakointia koskevat säännökset muuttuvat vuoden 2023 syksyllä. Tupakointi kielletään vankiloiden sisätiloissa, mutta vangeille ja tutkintavangeille varataan mahdollisuus tupakoida ulkotiloissa vähintään kerran päivässä. Lisäksi vangeilla ja tutkintavangeilla on oikeus tupakasta vieroittautumisen tukeen. Tietoa tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön yleisyydestä ja tupakoinnin lopettamisesta sekä tupakansavulle altistumisesta tarvitaan vankien tupakoimattomuuden ja terveyden edistämisen ohella tupakointia koskevien säännösten muutosten toimeenpanon ja vaikutusten arvioinnissa.

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Osatutkimuksen tarkoituksena oli raportoida kuvailevia tietoja vankien tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstä, tupakoinnin lopettamisen halukkuudesta ja pystyvyyden tunteesta sekä tupakoinnin lopettamisen tuen tarjoamisesta. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin vankien altistumista tupakansavulle.

Tutkimuskysymykset olivat 1) Kuinka yleistä vangeilla on tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö? 2) Kuinka halukkaita vangit ovat lopettamaan tupakoinnin, ja kuinka luottavaisia he kokevat olevansa siihen, että pystyvät lopettamaan? 3) Kuinka yleistä on, että vangeille on tarjottu vankilassaoloaikana tupakoinnin lopettamisen tukea? ja 4) Kuinka yleistä vangeilla on ympäristön tupakansavulle altistuminen vankilassa?

Tietojen raportointiin käytettiin suoria frekvenssijakaumia ja ristiintaulukointeja ja ryhmien välisten erojen tilastolliseen tarkasteluun Pearsonin khiin neliö -testiä.

Tupakointistatus kysyttiin vangeilta seuraavasti: ”Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?” Vastausvaihtoehtoina oli ”Kyllä, päivittäin”, ”Kyllä, satunnaisesti”, ”Olen lopettanut” ja ”En ole koskaan tupakoinut”. Päivittäin tupakoivien osuus kuvaa niiden osuutta, jotka olivat vastanneet kysymykseen ”Kyllä, päivittäin”, ja nykyisin tupakoivien osuus kuvaa tilannetta, jossa oli vastattu kysymykseen joko ”Kyllä, päivittäin” tai ”Kyllä, satunnaisesti”. Poltettujen savukkeiden määrää kysyttiin päivittäin tupakoivilta vangeilta seuraavasti: ”Kuinka monta savuketta poltat keskimäärin päivittäin?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”En tupakoi”, ”1–10 savuketta”, ”11–20 savuketta”, ”21–30 savuketta” ja ”yli 30 savuketta”. Nuuskan käyttöä kysyttiin kysymyksellä ”Käytätkö nuuskaa nykyisin?”, ja nikotiinipitoisten sähkösavukkeiden käyttöä kysymällä ”Käytätkö nykyisin nikotiinipitoisia sähkösavukkeita?”. Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin tupakonnille (päivittäin, satunnaisesti, olen lopettanut, en ole koskaan käyttänyt), ja päivittäinen sekä nykyinen käyttö luokiteltiin tupakointia vastaavalla tavalla. Tupakoinnista sekä nuuskan ja sähkösavukkeiden käytöstä muodostettiin summa-
muuttuja, joka kuvasi yhden tai useamman tupakka- ja nikotiinituotteen käyttöä.

Nikotiinikorvaushoitotuotteiden käyttöä kysyttiin kysymyksellä ”Oletko koskaan käyttänyt nikotiinikorvaushoitotuotteita (esim. nikotiinipurukumi, -laastari, -imeskelytabletti, -kielenalustabletti, -inhalaattori tai -sumute)?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”En”, ”Kyllä, tupakoinnin lopettamisen tukena” ja ”Kyllä, muusta syystä, miksi”.

Tupakoinnin lopettamishalukkuutta kartoitettiin kysymällä ”Kuinka halukas olisit lopettamaan tupakoinnin pysyvästi? Arvioi asteikolla 1–10.” Arvo 1 tarkoitti, että vastaaja ei ollut lainkaan halukas lopettamaan tupakoinnin ja arvo 10, että vastaaja oli erittäin halukas lopettamaan tupakoinnin. Vastaajilta kysyttiin myös pystyvyyttä tupakoinnin lopettamiseen seuraavasti: ”Jos yrittäisit lopettaa tupakoinnin, kuinka luottavainen olisit siihen, että pystyisit lopettamaan tupakoinnin pysyvästi? Arvioi asteikolla 1–10.” Arvo 1 tarkoitti, ettei vastaaja ollut lainkaan luottavainen, että pystyisi lopettamaan tupakointia, ja arvo 10, että vastaaja oli erittäin luottavainen lopettamisen suhteen. Tupakoinnin lopettamishalukkuus ja pystyvyyden tunne raportoitiin päivittäin tupakoivien osalta. Tarjottua tupakoinnin lopettamisen tukea kysyttiin seuraavasti: ”Onko sinulle koskaan tarjottu vankilassaoloaikana tukea tupakoinnin lopettamiseen?”, vastausvaihtoehdot olivat ”Ei” ja ”Kyllä”.

Altistumista tupakansavulle kysyttiin kysymyksellä ”Altistutko päivittäin muiden aiheuttamalle tupakansavulle vankilassanne? Voit valita useita vaihtoehtoja”. Vastausvaihtoehtoina annettiin ”Kyllä, sellissä”, ”Kyllä, muualla kuin vankilan sisätiloissa”, ”Kyllä, vankilan ulkotiloissa” ja ”En”. Kaikki kyllä-vastaukset yhdistettiin kuvaamaan sitä, että vanki altistui tupakansavulle vankilassa, joko sen sisä- tai ulkotiloissa.

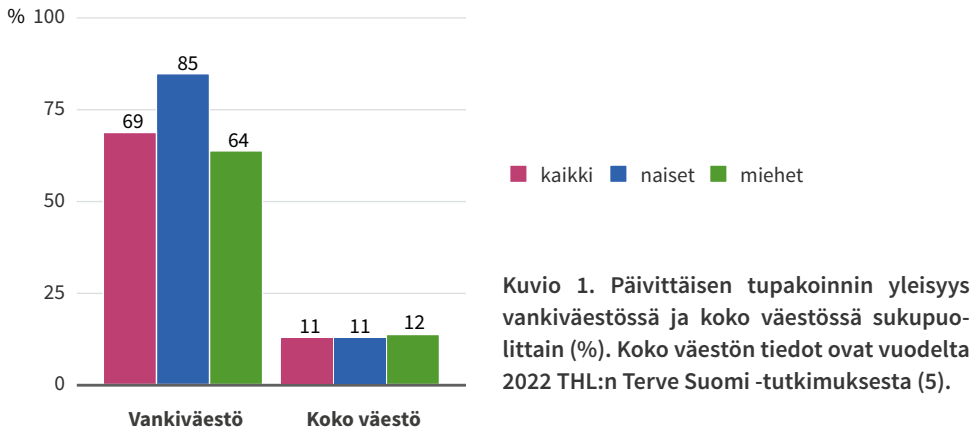
Tarkastelussa käytettiin taustatekijöinä muiden osatöiden kanssa yhteisiä muuttujia, kuten ikä, sukupuoli ja koulutustausta sekä terveyteen liittyvät tiedot, arvioitu työkyky ja vankeusajan pituus sekä päärikos. Vankiväestön tietoja verrattiin soveltuvien osien väestön vastaaviin, uusimpiin saatavilla olleisiin tietoihin. Tupakoinnista ja nuuskan sekä sähkösavukkeiden käytöstä vertailukohtana oli vuosi 2022, muiden muuttujien osalta uusimmat saatavilla olevat tiedot.

Tulokset

Vangeista 69 prosenttia tupakoi päivittäin. Naisvangeista (85 %) suurempi osuus verrattuna miesvankeihin (64 %) tupakoi päivittäin, Kuvio 1 seuraavalla sivulla. Kun myös satunnainen tupakointi huomioidaan, vangeista nykyisin tupakoivia oli 76 prosenttia, miehistä 72 prosenttia ja naisista 88 prosenttia. Miesvastaajista 22 prosenttia oli lopettanut tupakoinnin, naisista vastaava osuus oli kahdeksan prosenttia. Miehistä kuusi prosenttia ja naisista neljä prosenttia raportoi, ettei ollut koskaan tupakoinut. Päivittäin tupakoivista 37 prosenttia raportoi polttavansa päivittäin 1–10 savuketta, 43 prosenttia 11–20 savuketta ja 20 prosenttia yli 20 savuketta. Kukaan päivittäin tupakoivista vangeista ei raportoinut polttavansa yli 30 savuketta päivittäin.

Päivittäinen tupakointi oli yhteydessä vastaajan ikään ja koulutustasoon. Päivittäinen tupakointi oli yleisintä alle 30-vuotiailla vastaajilla (75 %) ja vähäisintä 47 vuotta täyttäneillä vastaajilla (60 %). 30–46-vuotiaalla tupakoinnin yleisyys oli 70 prosenttia. Enintään peruskoulun käyneistä 80 prosenttia tupakoi, kun enemmän kuin peruskoulun käyneistä vastaava osuus oli 57 prosenttia.

Päivittäinen tupakointi oli yleisempää suljetuissa vankiloissa (72 %) kuin avovankiloissa (56 %) vastaushetkellä olleilla vangeilla. Päivittäinen tupakointi oli harvinais-



Kuvio 1. Päivittäisen tupakoinnin yleisyys vankiväestössä ja koko väestössä sukupolittain (%). Koko väestön tiedot ovat vuodelta 2022 THL:n Terve Suomi -tutkimuksesta (5).

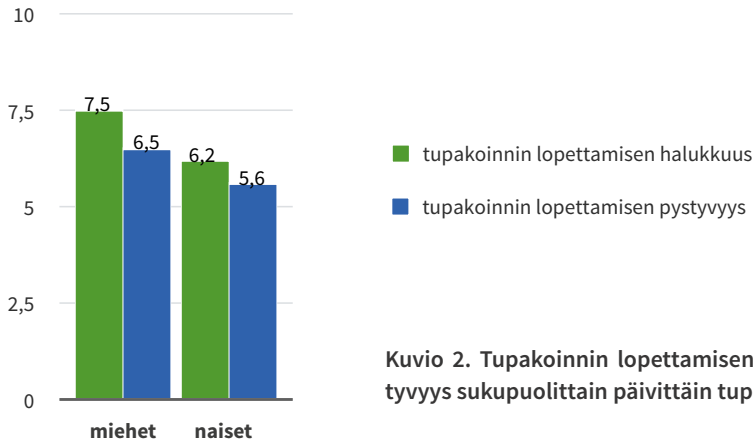
sempaa ryhmässä, jonka työkyky oli tutkimushoitajan arvioimana tavanomainen (65 %) verrattuna ryhmään, jossa työkyky oli alentunut (75 %). Nykytuomion pituus oli yhteydessä tupakoinnin yleisyyteen siten, että yli kaksi vuotta vankeutta saaneista tupakoi päivittäin 59 prosenttia ja lyhyemmän tuomion saaneista 80 prosenttia.

Vangeista seitsemän prosenttia käytti nuuskaa päivittäin. Nuuskan käyttö keskittyi miehiin, joista yhdeksän prosenttia käytti sitä päivittäin. Yksikään naisvanki ei raportoinut nuuskan päivittäistä käyttöä. Nuuskaa käytti nykyisin miesvangeista joka kolmas (30 %) ja naisista kahdeksan prosenttia. Nikotiinipitoisia sähkösavukkeita käytti vangeista päivittäin noin yksi prosentti. Sähkösavukkeiden käyttö oli miehillä ja naisilla yhtä yleistä. Sähkösavukkeiden nykyinen käyttö oli selvästi päivittäistä käyttöä yleisempää. Miehistä yhdeksän prosenttia ja naisista 13 prosenttia käytti nikotiinipitoista sähkösavuketta nykyisin.

Miehistä joka viides (20 %) ja naisista joka kymmenes (12 %) altistui tupakansavulle sellissä. Altistuminen tapahtui suljetuissa vankiloissa. Alle 30-vuotiaat vastaajat altistuivat sellissä tupakansavulle yleisemmin (23 %) kuin 30–46-vuotiaat (17 %) ja 47 vuotta täyttäneet vastaajat (13 %). Muualla sisätiloissa kuin sellissä tupakansavulle altistuminen oli yleisempää kyselyhetkellä suljetussa vankilassa kuin avovankilassa olleilla vangeilla. Selloissa altistuminen oli kuitenkin selvästi yleisempää: 95 vankia altistui sellissä ja 29 muualla.

Tupakoinnin lopettamishalukkuuden keskiarvo päivittäin tupakoivilla vangeilla oli 7,2 asteikolla 1–10. Lopettamishalukkuus oli miehillä korkeampaa (7,5) kuin naisilla (6,2). Miehet olivat naisia hieman luottavaisempia siihen, että pystyvät lopettamaan tupakoinnin halutessaan, Kuvio 2. Asteikolla 1–10 miesten keskiarvo oli 6,5 ja naisten keskiarvo 5,6. Suurimmalle osalle joskus tupakoineista vangeista (75 %) ei ollut tarjottu tupakoinnin lopettamisen tukea vankilassaoloaikana. Miehillä osuus oli 72 prosenttia ja naisilla 85 prosenttia.

Kolmasosa kaikista naisvastaajista (33 %) raportoi käyttäneensä nikotiinikorvaushoitoa tupakoinnin lopettamisen tukena, kun miesvastaajista vastaavasti raportoi va-



Kuvio 2. Tupakoinnin lopettamisen halukkuus ja pystyvyys sukupuolittain päivittäin tupakoivilla vangeilla.

jaa puolet (48 %). Naisista kolmasosa (33 %) ja miehistä 22 prosenttia raportoi käyttäneensä nikotiinikorvaushoitoa muusta syystä.

Johtopäätökset

Tupakka- ja nikotiini tuotteiden käyttö vankilaväestöllä oli hyvin yleistä: naisvangeista 85 prosenttia ja miesvangeista 64 prosenttia tupakoi päivittäin. Ainoastaan pieni osa vangeista ei ollut koskaan tupakoinut. Vankien päivittäinen tupakointi oli yli kuusi kertaa yleisempää kuin 20–64-vuotiaan väestön tupakoinnin yleisyys (4). Tulosten perusteella vangit käyttivät myös nuuskaa ja sähkösavukkeita, mutta niiden päivittäisen käytön yleisyys ei eronnut tuotteiden käytön yleisyydestä koko väestössä samassa suhteessa kuin tupakointi (5). Lisäksi vangit altistuivat tupakansavulle selvästi yleisemmin kuin väestö keskimäärin (7).

Länsi-Euroopan vankiloissa olevaan väestöön keskittyvä katsaus ja meta-analyysi tukee nyt havaittuja tuloksia tupakoinnin yleisyydestä mutta eroaa sukupuolierojen suhteen – miesten tupakointiprevalenssi oli keskimäärin 83 prosenttia ja naisten 44 prosenttia, yhteensä 72 prosenttia (8). Tulokset osoittavat, että tupakointi on Suomessa poikkeuksellisen yleistä naisvangeilla, sekä suhteessa miesvankeihin että koko väestöön. Vankien tupakoinnin yleisyys oli aiemmassa vankitutkimuksessa nykyistä korkeampi (3), eli suomalaisväestössä havaittu tupakoinnin väheneminen on heijastunut myös vankeihin. Toisaalta merkittävä väheneminen näyttää keskittyvän miesvankeihin, kun taas naisvangeilla muutos aiempaan nähden on ollut kohtalaisen pieni. Työikäisen väestön ohella myös vangit ovat saattaneet lopettaa tupakoinnin entistä useammin (9), mutta tutkimusta aiheesta ei ole saatavilla. Vankiväestön vaihtuvuus ja erilaiset tutkimusasetelmat Wattu III:n ja Wattu IV:n välillä eivät anna mahdollisuutta verrata tuloksia suoraan keskenään.

Nuuskan päivittäinen käyttö oli miesvangeilla hieman yleisempää kuin 20–64-vuotiaassa miesväestössä (5). Sen sijaan nuuskan satunnainen käyttö oli hyvin yleistä mies-

vangeilla ja yleistä myös naisvangeilla. Samansuuntaisia tuloksia havaittiin nikotiinipitoisten sähkösavukkeiden osalta. Sähkösavukkeiden ja nuuskan käyttö on kielletty vankiloissa turvallisuusperustein, mikä voi osaltaan selittää havaitut erot päivittäisessä ja nykyisessä käytössä. Tulokset viittaavat siihen, että nuuskan ja sähkösavukkeiden käyttö vankiloissa lienee vähäisempää kuin esimerkiksi lomalla tai vapaalla vankilasta ollessa.

Tulosten perusteella päivittäinen tupakointi on vankiväestössä yhteydessä koulutukseen samansuuntaisesti kuin väestössä yleisesti: vähemmän koulutetut tupakoivat useammin kuin enemmän koulutetut (10). Tupakoinnin yleisyys vaihteli myös vastaajan iän mukaan siten, että se oli yleisintä alle 30-vuotiailla vangeilla. Koko väestössä tupakointi on yleisempää vanhemmilla ikäryhmillä, kun taas nuoremmissa ikäryhmissä käytetään muita tupakkatuotteita useammin (4). Tupakoinnin lopettamisen tukitoimien olisi tärkeä tavoittaa myös nuoret, matalasti koulutetut vangit. Terveystuella tupakka- ja nikotiinituotteiden lopettamiseen on oleellista, mutta esimerkiksi Yhdysvalloista on saatu lupaavia tuloksia myös vankien vertaistukitoiminnasta tupakoinnin lopettamiseksi (11). Vastaavaa toimintamallia voisi kokeilla Suomen vankiloissa.

Tupakan lopettamishalukkuus oli suurta vankilassa olevalla väestöllä. Tämä vastaa havaintoa siitä, että valtaosa päivittäin tupakoivasta väestöstä haluaa lopettaa tupakoinnin (4). Tupakoinnin lopettamisen halukkuudessa ja lopettamisen pystyvyydessä havaittiin sukupuolittaisia eroja. Miehet kokivat suurempaa halukkuutta ja pystyvyyttä tupakoinnin lopettamiseen. Naisvangit näyttäytyivät usean eri tupakointiin liittyvän mittarin kannalta olevan haavoittuvammassa asemassa kuin miesvangit. Nikotiinikorvaushoidon käyttö tupakoinnin lopettamisen tukena oli vangeilla yleistä.

Vaikuttaa siltä, että vangit haluavat tukea tupakoinnin lopettamisen tueksi. Oma motivaatio tupakoinnin lopettamisen onnistumisessa on merkittävää. Pelkkä lääkkeellinen tuki ei ole yhtä tehokasta kuin lääkkeellinen tuki yhdistettynä neuvontaan (12). Merkittävää on, että valtaosa vangeista ei ollut saanut tupakoinnin lopettamisen tukea vankilassaoloaikana. Viidesosa tupakoivista vangeista poltti vähintään savukeaskin päivässä ja vajaa puolet vähintään puoli askia. Tulosten perusteella on todennäköistä, että monella vangilla on kohtalainen tai voimakas nikotiiniriippuvuus. Tupakoinnin lopettamisen tukitoimissa tulisi huomioida vankien nikotiiniriippuvuuden taso ja yksilölliset tuen tarpeet.

Nikotiinikorvaushoidon käyttö oli yleistä myös muusta syystä kuin tupakoinnin lopettamiseen liittyen. Vangit saattavat käyttää nuuskaa, sähkösavukkeita ja nikotiinikorvaushoitoa tilanteissa, joissa ei ole mahdollista tupakoida. Tähän on syytä kiinnittää huomiota, koska mahdollisuutena tällöin on, että tupakointia rajoitettaessa erilaisien nikotiinituotteiden käyttö lisääntyy entisestään. Uudet säännökset tupakoinnista vankiloissa tulivat voimaan syyskuussa 2023. Tupakoinnin lopettamisen tukemiseksi vankeja tulee ohjata vieroitukseen, jossa korvaustuotteiden käytön päämääränä on tuotteiden käytön lopettaminen eikä nikotiiniriippuvuuden ylläpito.

Toimenpide ja jatkotutkimusehdotuksia

Suomalaisen vankiväestön tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstä ja tupakoinnin lopettamisesta on hyvin vähän tietoa. Tämän raportin tietoja tulisi syventää tulevaisuudessa esimerkiksi tutkimalla erilaisten demografisten, terveyteen ja käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden ja tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön yhteyksiä muun muassa tupakoinnin lopettamiseen liittyvien tekijöiden kanssa. Säännölliset tiedonkeruut vankien tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstä ja siihen liittyvistä teemoista ovat tärkeitä, jotta tapahtunutta kehitystä voidaan seurata ja tarvittavia toimenpiteitä vankien terveyden edistämiseksi suunnitella ja toteuttaa. Suomen tupakkalain tavoite on, että vähemmän kuin viisi prosenttia käyttää tupakka- ja nikotiinituotteita päivittäin vuonna 2030. Nyt saatujen tulosten valossa vankiväestö on hyvin kaukana tästä tavoitteesta.

Vankien tupakka- ja nikotiinituotteiden lopettamisen tueksi tulisi Vankiterveydenhuollossa ja Rikosseuraamuslaitoksella olla selkeä palveluketju käytön puheeksi otosta, mini-interventiosta, kirjaamisesta, tehokkaasta hoidosta ja seurannasta. Tukitoimia tulisi olla saatavilla sekä suljetuissa vankiloissa että avovankiloissa. Tukitoimien olisi hyvä sisältää ryhmäohjaukseen ja yksilöohjaukseen perustuvaa tukea yhdistetynä tarvittaessa lyhyt- ja/tai pitkävaikutteiseen nikotiinikorvaushoitoon tai muuhun lääkkeelliseen hoitoon.

Tupakointiin liittyvän lakimuutoksen myötä suljetuissa vankiloissa rajoitetaan tupakointi ulkotiloihin ja toisaalta tarjotaan tupakoinnin lopettamisen tukea. On tärkeää seurata, miten muutokset vaikuttavat vankilaväestön tupakointiin. Tavoitteena on lisätä terveyttä ja kaventaa väestöryhmien eroa tupakoinnin yleisyydessä.

Avovankilat ja suljetut vankilat tulevat olemaan uuden sääntelyn myötä erilaisia ympäristöjä tupakoinnin osalta. Suljetuissa vankiloissa tupakoinnin aikaa ja paikkaa säännellään tiukemmin kuin avovankiloissa, jolloin tarjolla oleva tupakoinnin lopettamisen tukivalikoima on hyvä sovitaa olosuhteisiin. Jotta tavoitellut myönteiset muutokset suljetuissa vankiloissa tupakoinnin lopettamisessa jatkuvat myös avovankiloissa ja vankilasta vapautumisen jälkeen, on vangin sijoituspaikasta riippumaton yhtenäinen toimintamalli tärkeä.

Kirjoittajat

Otto Ruokolainen

Filosofian tohtori (kansanterveystiede), valtiotieteiden maisteri
Erityisasiantuntija, THL, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen
Ei sidonnaisuuksia

Hanna Ollila

valtiotieteiden maisteri
Erityisasiantuntija, THL, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen
Ei sidonnaisuuksia

Patrick Sandström

Vieraileva asiantuntija, THL, Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
Erityisasiantuntija, Filha ry
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of smoking — 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
- 2) Jaakkola, M.S. ja Jaakkola, J.K. 2012: Passiivisen tupakoinnin terveyshaitat. *Duodecim* 2012;128:1097–1106.
- 3) Joukamaa M. ja työryhmä 2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Perustulosraportti. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010. Rikosseuraamuslaitos, Tampereen yliopisto, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2010. Saatavilla osoitteesta: www.rikosseuraamus.fi
- 4) Koskinen, H. ja Virtanen, S. 2022: Tupakkatilasto 2021: Korkeakouluopiskelijoiden tupakointi vähentynyt, mutta nuuskaaminen lisääntynyt. Tilastoraportti 40. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2022.
- 5) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Terve Suomi -kyselyosuuden indikaattoritaulukot. Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö. Saatavilla osoitteesta: https://repo.thl.fi/sites/tervesuomi/kyselyosuus_2022/index.html#p%C3%A4ihheet-ja-toiminnalliset-riippuvuudet (luettu 2.8.2023)
- 6) Duncan, M.S., Freiberg, M.S., Greevey Jr, R.A., Kundu, S., Vasan, R.S., Tindle, H.A. 2019: Association of smoking cessation with subsequent risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2019;322:642–650.
- 7) Heloma, A., Ruokolainen, O., Ollila, H. 2018: Tupakointi. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., Koskinen, S. (toim.) 2018: Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys2017-tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 27–29.
- 8) Alok, D.S. ja Kabir, Z. 2022: Tobacco Use Among People Incarcerated in Western Europe: A Systematic Review and Meta-analysis. *Tob Use Insights* 2022;15:1179173X221096641. doi:10.1177/1179173X221096641
- 9) Ruokolainen, O., Piirtola, M., Korhonen, T., Rahkonen, O., Härkänen, T. A nationally representative study of the hardening hypothesis among educational groups over four decades. *Nicotine & Tob Res.* 2023 Apr 19;ntad057. doi:10.1093/ntr/ntad057
- 10) Ruokolainen, O., Heloma, A., Jousilahti, P., Lahti, J., Pentala-Nikulainen, O., Rahkonen, O., et al. 2019: Thirty-eight-year trends of educational differences in smoking in Finland. *Int J Public Health.* 2019 Jul 1;64(6):853–60.
- 11) Garver-Apgar, C.E., Morris, C.M., Pavlik, J., Lenartz, T., Hamm, M. 2023: Peer-Facilitated Tobacco Cessation in a Prison Setting: A Proof of Concept Study. *Tob Use Insights.* 2023 Oct 1;16:1179173X231168511.
- 12) Livingstone-Banks, J., Lindson, N., Hartmann-Boyce, J., Aveyard, P. 2022: Effects of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2019 and 2020 reviews. *Addiction.* 2022;117(6):1573–8





nr 17 22 14
Avulsin 50 mg/ml
Natrium hyaluronat 50 mg
Benzalkoniumchlorid 0,01 mg
Benzalkoniumchlorid 0,01 mg
Natrium hyaluronat 50 mg
Benzalkoniumchlorid 0,01 mg
Natrium hyaluronat 50 mg
Benzalkoniumchlorid 0,01 mg
Natrium hyaluronat 50 mg
Benzalkoniumchlorid 0,01 mg

Päihteiden käyttöhäiriöt ovat vangeilla hyvin yleisiä. Elinaikainen päihdehäiriö todettiin 87 prosentilla. Esiintyvyys oli hieman noussut edelliseen vankitutkimukseen verrattuna.

Ongelmallinen alkoholin käyttö painottuu vanhempiin ikäryhmiin, kun taas nuoremmilla yleisimpiä ovat huumeongelmat.

Noin joka toinen vanki kertoi käyttäneensä amfetamiinia vankilakautta edeltäneen vuoden aikana. Kokaiinin käyttö oli merkittävästi lisääntynyt.

Huumeita oli käyttänyt pistämällä useampi kuin joka toinen vanki, viidesosa myös vankilassa ollessaan.

Opioideja käytti noin 40 prosenttia vangeista. Jos opioidihäiriö oli todettu, 40 prosenttia oli ollut opioidikorvaushoidossa. Vain seitsemälle prosentille opioideja ennen vankeutta käyttäneistä oli opioidikorvaushoito aloitettu vankeusaikana.

Päihteiden käyttö ja käyttöhäiriöt

Johdanto

Päihteiden käyttö, päihdehäiriöt ja niihin liittyvät somaattiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat sekä päihdehäiriöt ovat huomattavan yleisiä vankiväestössä (1, 2). Haitalliset päihteiden käyttötavat jatkuvat usein vankilasta vapautumisen jälkeen, ja ne lisäävät uusintarikollisuuden todennäköisyyttä (3). Päihdeongelmat liittyvät myös huononpaan ennusteeseen vankiväestössä, esimerkiksi ennenaikaisen kuoleman riski vankilasta vapautumisen jälkeen on koholla sekä alkoholi- että huumeiden käyttöhäiriöistä kärsivillä vangeilla riippumatta erilaisista taustatekijöistä (4, 5).

Ruotsalaisessa rekisteriaineistossa vapautumisen jälkeen miesvankien kuolemista joka kolmas ja naisvankien kuolemista joka toinen liittyi päihteiden käyttöhäiriöön (4). Norjalaisessa vankeihin liittyvässä seurantatutkimuksessa kahdeksan prosenttia kohortista menehtyi seuranta-aikana. Menehtyneistä 55 prosentilla kuolemansyynä oli jokin ulkoinen tekijä, kuten yliannostus tai itsemurha (6). Toisaalta on havaittu, että vangeille suunnattu päihdehoito on tuloksellista. Esimerkiksi päihderiippuvuusi- en lääkehoito näyttäisi vähentävän vankilasta vapautumisen jälkeistä kuolemanvaaraa (7, 8) ja uusintarikollisuutta (8).

Edellisessä, vuosina 2005–2007 toteutetussa ja vuonna 2010 julkaistussa vankien terveystutkimuksessa (Wattu III) tehdyt havainnot vahvistavat aiempaa tutkimuskirjallisuutta. Suomalaisessa vankiväestössä päihderiippuvuutta esiintyi kymmenkertaisesti yleisväestöön verrattuna (9).

Elinaikainen päihdehäiriö oli todettavissa 84 prosentilla vangeista, ja ajankohtainen päihdehäiriö oli kartoituksen mukaan arviolta 17 prosentilla vankitutkimukseen osallistuneista. Päihdehäiriöt painoutuivat erityisesti nuorempiin vankeihin. Yleisimmin esiintynyt häiriö liittyi elinaikaiseen alkoholin käyttöön, joka todettiin 66 prosentilla, 11 prosentilla häiriö oli ajankohtainen. Seuraavaksi yleisin riippuvuuden muoto oli amfetamiinihäiriö (48 % elinaikana, 6 % ajankohtaisesti). Opioidiriippuvuuden osalta vastaavat luvut olivat 27 prosenttia ja neljä prosenttia ja rauhoittavien lääkkeiden osalta 27 prosenttia ja kolme prosenttia. Päihdeongelmat olivat sakkovangeilla yleisempiä verrattuna muuhun vankiväestöön.

Aikasarjatarkastelussa havaittiin, että vankien päihdeongelmien laatu oli selvästi muuttunut 1980- ja 1990-lukuihin verrattuna – vankien huumeongelmat ja sekakäyttö olivat merkittävästi lisääntyneet noin 20 vuoden seuranta-aikana. Päihdehäiriöt olivat yleisin työkykyä alentava tekijä (73 %:lla). Hoidon tarvetta arvioitaessa päihdehäiriöt olivat keskeisin diagnosoisryhmä ja päihdehäiriöiden hoidon tarve arvioitiin suuremaksi kuin muilla psykiatrisilla häiriöillä. Päihdekäyttöön liittyvistä terveyshaitoista erityisesti C-tyypin hepatiitti oli hyvin yleinen (9).

Päihdekäyttökulttuurissa sekä hoitojärjestelmässä tapahtuvat muutokset luovat tarvetta kartoittaa vankien päihdekäyttöä ja -häiriöitä aiempaa kattavammin. Aiemmissa vankiterveystutkimuksissa päihdekysymykset ovat painottuneet alkoholiin. Jo edellisessä, Wattu III:ssa havaittiin entistä suuremmalla osalla vangeista olleen huumeiden käyttöön liittyviä ongelmia sekä lääkkeiden ja muiden päihteiden sekakäyttöä, kun taas puhtaasti alkoholin ongelmallinen käyttö näytti vähentyneen. Vastaava trendi on havaittu sekä päihdehuollon asiakkaiden aikasarjaseurannassa (10) että päihdetapauslaskennassa (11). Erityisesti opioidien ongelmakäyttäjien osuus on ollut kasvussa 2010-luvulla (10, 12).

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Osatyön tutkimuskysymykset liittyivät päihdehäiriöiden sekä itseilmoitetun päihdekäytön elinaikaiseen ja ajankohtaiseen esiintyvyyteen aine- ja käyttötapakohtaisesti.

Myös päihdepalvelujen käyttöä ennen vankilaan tuloa ja vankilassa kartoitettiin. Erityisesti tarkasteltiin opioidikorvaushoidon tarvetta ja toteutumista.

Tutkimuksessa käytettiin Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) -haastattelua (n=295), jossa selvitettiin psykiatristen häiriöiden, kuten päihteiden käyttöhäiriöiden esiintyvyyttä elinaikana sekä haastattelua edeltäneen 30 vuorokauden aikana. Huomioitavaa on, että varsinaista päihteiden käyttöön liittyvää diagnoosia ei aseteta pelkästään SCID-haastattelun perusteella, sillä diagnoosi vaatii tuekseen lisätietoja terveydestä sekä lääkärin arvion. SCID-menetelmän avulla saadaan kuitenkin vertailevaa tutkimusta varten riittävästi yhdenmukaista tietoa.

Kyselylomakeaineiston (n=526) avulla kerättiin tietoja suonensisäisestä käytöstä, palvelujen käytöstä sekä opioidikorvaushoidosta. Terveystarkastuksiin (n=527) liittyneessä haastattelussa kartoitettiin päihteiden ja erilaisten väärin käytettävien lääkkei-

den elinaikaista sekä vankilajaksoa edeltäneen 12 kuukauden aikaista käyttöä. Lisäksi tutkittavilta kysyttiin, mikä oli ollut heidän pääasiallisesti käyttämänsä päihde 12 kuukauden aikana ennen nykyistä vankeusjaksoa.

Tulokset raportoitiin suorina jakaumina ja ristiintaulukointeina, ja tilastollinen merkitsevyys tutkittiin Pearsonin khiin neliö -testillä.

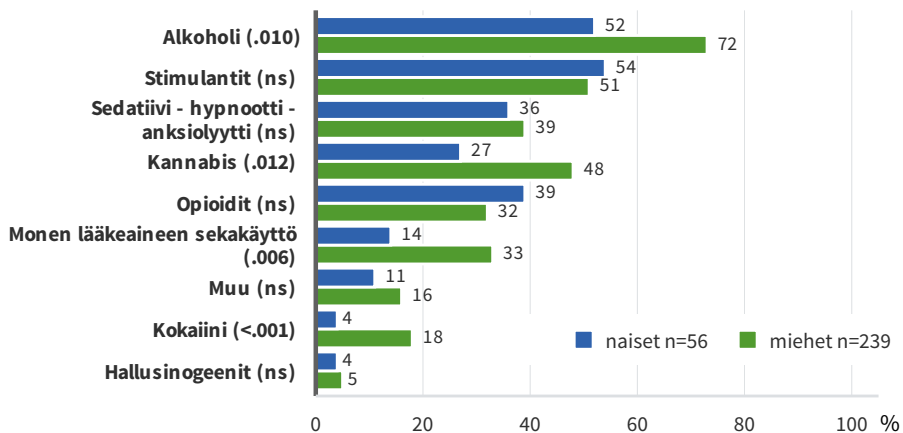
Tulokset

Päihteiden käyttöhäiriöt elämänaikana

Jonkin elinaikaisen päihteiden käyttöhäiriön DSM-IV-mukaiset kriteerit täytti 87 prosenttia vangeista (88 % miehistä ja 82 % naisista). Elinaikainen päihdehäiriö oli yleisempää nuorilla, alle 30-vuotiailla vangeilla (90 %) ja 30–47-vuotiailla vangeilla (90 %) yli 47-vuotiaisiin vankeihin (70 %) verrattuna ($p=0,002$). Elinaikainen alkoholin käyttöhäiriö oli miesvangeilla naisvankeja yleisempää, mutta huumeita koskevien käyttöhäiriöiden osalta ei havaittu tilastollista eroa (75 % miehistä ja 70 % naisista).

Huumeisiin liittyvät käyttöhäiriöt olivat yleisempiä alle 30-vuotiailla (84 %) kuin 30–47-vuotiailla (76 %) tai yli 47-vuotiailla (45 %) vangeilla ($p<0,001$). Huumeiden käyttöhäiriö oli ensikertalaisilla vangeilla harvinaisempaa (64 %) kuin useamman kerran vankilassa olleilla (80 %) vangeilla ($p=0,002$). Huumeiden elinaikaisen käyttöhäiriön esiintyvyydessä ei ollut eroja rikostyypeittäin tai vankeuden pituuden suhteen, kuten nähdään Taulukossa 1 seuraavalla sivulla.

Yleisimmät elinaikaiset päihdehäiriöt miehillä olivat alkoholihäiriö (72 %), amfetamiinihäiriö (51 %) ja kannabishäiriö (48 %), Kuvio 1. Naisilla yleisimmät olivat amfetamiinihäiriö (54 %), alkoholihäiriö (52 %) ja opioidihäiriö (39 %). Sekapäihdehäiriö oli miehillä (33 %) naisia (14 %) yleisempi. Elinaikainen kokaiinihäiriö havaittiin noin viidesosalla miehistä (18 %), naisilla (4 %) kokaiininkäyttö oli harvinaista ($p<0,001$).



Kuvio 1. Päihdehäiriöiden elinaikainen esiintyvyys sukupuolittain (%).

Taulukko 1. Päihdehäiriöiden elinikäiset esiintyvyydet sukupuolittain ja taustamuuttujien suhteen.

	kaikki	mikä tahansa päihdehäiriö		alkoholihäiriö		huumehäiriö	
	n=295	n=257 (87 %)		n=202 (68 %)		n=218 (74 %)	
	n	n	%	n	%	n	%
sukupuoli							
mies	239	211	88	173	72*	179	75
nainen	56	46	82	29	52*	39	70
ikä							
18–30 vuotta	89	80	90*	58	65	75	84***
30–47 vuotta	162	146	90*	118	73	123	76***
≥ 47 vuotta	44	31	70*	26	59	20	45***
ensikertalainen							
kyllä	117	95	81	79	68	75	64*
ei	178	162	91	123	69	143	80*
päärikosryhmä							
väkivalta	174	157	90	128	74	129	73
omaisuus	22	18	82	12	55	17	77
huume	65	54	83	37	57	47	72
muu	34	28	82	25	73	25	73
vankeutta yli 2 vuotta							
kyllä	203	178	88	142	70	152	75
ei	92	79	86	60	65	66	72

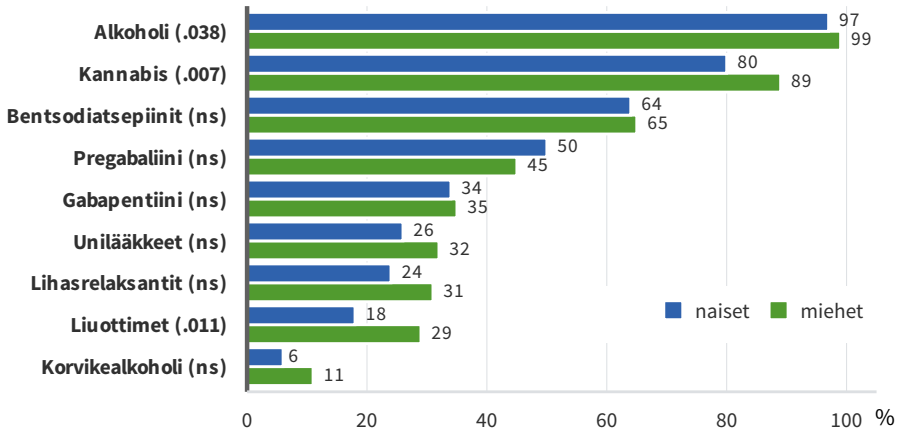
* khiin neliö -testi $p < 0,05$ *** khiin neliö -testi $p < 0,001$

Alkoholi

Elinikäinen alkoholihäiriö oli 68 prosentilla vangeista. Miehillä (72 %) elinikäinen alkoholihäiriö oli naisia (52 %) yleisempi ($p=0,003$), Taulukko 1 ja Kuvio 1. Alkoholihäiriö oli yleisempi niillä vangeilla, joilla nykytuomion pituus oli yli kaksi vuotta (73 %) verrattuna lyhyempää tuomiota (61 %) suorittaviin ($p=0,042$). Väkivaltarikoksiin syyllistyneistä 74 prosentilla oli elämänaikainen alkoholihäiriö, huumerikoksiin syyllistyneillä vastaavasti 57 prosentilla ja varkaus- ja omaisuusrikoksiin syyllistyneillä 55 prosentilla, Taulukko 1.

Itseraportoitua alkoholin elinikäistä käyttöä oli 99 prosentilla miehistä 97 prosentilla naisista ($p=0,038$). Kuvio 2. Miesvangeista 79 prosenttia ja naisista 70 prosenttia raportoi käyttäneensä alkoholia 12 kuukauden aikana ennen vankilaan tuloa, Kuvio 3.

Alkoholin käyttö oli aloitettu keskimäärin 13,1-vuotiaana (mediaani 13 vuotta, vaihteluväli 3–39 vuotta). Miehet (12,9 vuotta) olivat aloittaneet alkoholin käytön hie-man naisia (13,6 %) nuorempina ($p=0,041$). Nuorimpina alkoholin käytön olivat aloit-

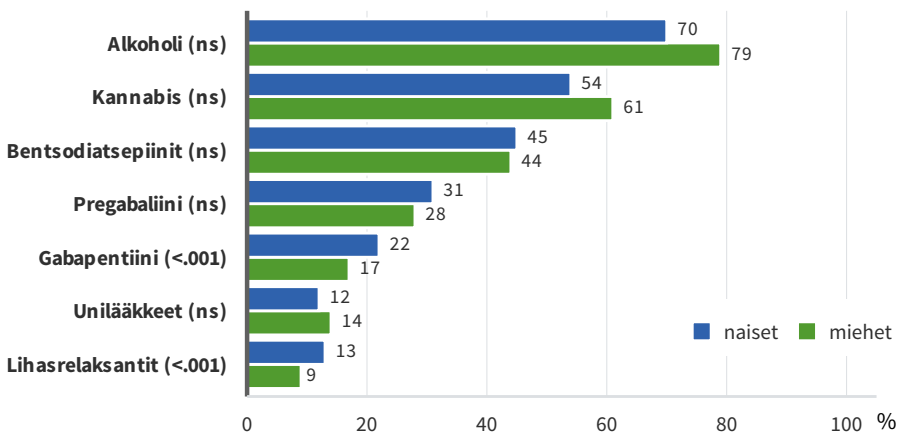


Kuvio 2. Itseraportoitu alkoholin, kannabiksen, bentsodiatsepiinien, pregabaliinin, gabapentiinin, uniläkkeiden, lihasrelaksanttien, liuottimien ja korvikealkoholin käytön elinaikainen esiintyvyys sukupuolittain (%).

taneet 30–47-vuotiaat (12,9 vuotta) verrattuna alle 30-vuotiaisiin (13,1 vuotta) ja yli 47-vuotiaisiin (13,8 vuotta) vankeihin ($p=0,049$). Kaikki alle 30-vuotiaat olivat käyttäneet alkoholia elämänsä aikana, ja yli 47-vuotiaista vangeista (96 %) vastaavasti lähes jokainen ($p=0,014$).

Alkoholin nimesi pääasialliseksi päihteekseen 38 prosenttia vangeista. Alkoholi oli selvästi yleisempi pääpäihde yli 47-vuotiailla vangeilla (64 %) verrattuna alle 30-vuotiaisiin (33 %) ja 30–47-vuotiaisiin vankeihin (33 %).

Miesvangeista 11 prosenttia ja naisvangeista kuusi prosenttia raportoi käyttäneensä korvikealkoholia elinaikanaan, Kuvio 2. Korvikealkoholin käyttö aloitettiin selvästi vanhempana, keskimäärin 24-vuotiaana, verrattuna muuhun alkoholin käyttöön.



Kuvio 3. Itseraportoitu alkoholin, kannabiksen, bentsodiatsepiinien, pregabaliinin, gabapentiinin uniläkkeiden, ja lihasrelaksanttien esiintyvyys 12 kk ennen vankilaa sukupuolittain (%) suhteutettu kaikkiin tutkittaviin $n=527$.

Bentsodiatsepiinit ja unilääkkeet

Rauhoittavien lääkkeiden käyttöhäiriö elinaikana todettiin 38 prosentilla vangeista. Häiriö oli yleisempi alle 30-vuotiailla (47 %) verrattuna 30–47-vuotiaisiin (38 %) ja yli 47-vuotiaisiin (20 %) vankeihin ($p=0,023$).

Kaikkiaan 65 prosenttia vangeista raportoi käyttäneensä bentsodiatsepiineja päihtymystarkoituksessa elinaikanaan, sukupuolittaiset jakaumat näkyvät Kuviossa 2 edellisellä sivulla. Vankeutta edeltäneen 12 kuukauden aikana bentsodiatsepiinien päihdekäyttöä raportoi 44 prosenttia vangeista, vastaavasti sukupuolittaiset jakaumat näkyvät Kuviossa 3. Bentsodiatsepiinit nimesi pääasialliseksi päihhteekseen vain kaksi prosenttia vangeista.

Nuoret, alle 30-vuotiaat vangit olivat käyttäneet bentsodiatsepiineja päihtymystarkoituksessa joskus elämässään useammin (79 %) kuin yli 47-vuotiaat (34 %) vangit ($p<0,001$) sekä useammin vankijaksoa edeltävän vuoden aikana muihin ikäryhmiin verraten. Bentsodiatsepiinien päihdekäyttö oli aloitettu keskimäärin 18,7-vuotiaana (mediaani 18 vuotta, vaihteluväli 7–60 vuotta). Alle 30-vuotiaat vangit olivat aloittaneet näiden lääkkeiden päihdekäytön nuorempana (17,9 vuotta) kuin 30–47-vuotiaat (18,7 vuotta) ja yli 47-vuotiaat (22,7 vuotta) vangit ($p<0,001$).

Unilääkkeiden päihdekäyttöä elinaikana raportoi 31 prosenttia vangeista, Kuvio 2. Unilääkkeiden päihdekäyttöä vankeutta edeltäneiden 12 kuukauden aikana oli ollut 13 prosentilla tutkimukseen osallistuneista, Kuvio 3. Unilääkkeiden päihdekäyttö oli yleisintä 30–47-vuotiailla vangeilla (36 %). Alle 30-vuotiaista 30 prosenttia ja yli 47-vuotiaista vangeista 17 prosenttia raportoi unilääkkeiden päihdekäytöstä ($p=0,008$), Kuvio 10. Unilääkkeiden päihdekäyttö oli aloitettu keskimäärin 18,8-vuotiaana (mediaani 18 vuotta, vaihteluväli 11–53 vuotta). Miehet olivat aloittaneet käytön hieman (18,3 vuotta) naisia (20,7 vuotta) nuorempana ($p=0,029$). Alle 30-vuotiaat vangit (17,6 vuotta) olivat aloittaneet unilääkkeiden päihdekäytön nuorempana kuin 30–47-vuotiaat (18,2 vuotta) ja yli 47-vuotiaat (25,6 vuotta) vangit ($p<0,001$).

Muut väärinkäytettävät lääkkeet

Gabapentinoidien päihdekäyttö oli vangeilla yleistä. Pregabaliinin päihdekäyttöä elinaikanaan raportoi 46 prosenttia vangeista ja gabapentiinin käyttöä 35 prosenttia suhteutettuna kaikkiin tutkittaviin ($n=527$). Pregabaliinia raportoi käyttäneensä 12 kuukauden aikana ennen vankilaan tuloa 28 prosenttia miehistä ja 31 prosenttia naisista. Vastaavat luvut gabapentiinin osalta olivat 17 prosenttia miehistä ja 22 prosenttia naisista. Vaikka gabapentinoidien päihdekäyttö oli yleistä, vain prosentti kaikista vangeista nimesi ne pääpäihhteekseen, Kuvio 2 ja Kuvio 3.

Vanhemmat, yli 47-vuotiaat vangit, raportoivat vähemmän gabapentioidien päihdekäyttöä heitä nuorempiin vankeihin verraten. Pregabaliinia elinaikanaan ilmoitti käyttäneensä päihtymystarkoituksessa alle 30-vuotiaista 63 prosenttia, 30–47-vuotiaista 48 prosenttia ja yli 47-vuotiaista 14 prosenttia ($p<0,001$). Gabapentiinin elinikäisen päihdekäytön vastaavat osuudet olivat 47 prosenttia, 36 prosenttia ja 9 prosenttia vangeista ($p<0,001$), Kuvio 10.

Sekä pregabaliinin että gabapentiinin käyttö oli aloitettu keskimäärin 24-vuotiaana. Alle 30-vuotiaat vangit olivat aloittaneet näiden lääkkeiden päihdekäytön nuorempana kuin muut ikäryhmät. Pregabaliinin aloitusikä oli ikäryhmittäin nuoremmasta vanhempaan 18,9; 26,3 ja 39,6 vuotta ($p < 0,001$), ja gabapentiinin aloitusikä oli vastavasti 20,2 vuotta, 26,5 vuotta ja 40,2 vuotta ($p < 0,001$).

Lihasselaksantteja päihtymystarkoituksessa elinaikanaan kertoi käyttäneensä 29 prosenttia vangeista. Vankilassaoloa edeltävien 12 kuukauden aikana lihasrelaksanttien väärinkäytön esiintyvyys oli 10 prosenttia.

Alle 30-vuotiaat ja 30–47-vuotiaat vangit olivat käyttäneet lihasrelaksantteja päihtymystarkoituksessa selvästi useammin kuin yli 47-vuotiaat vangit. Yleisyys ikäryhmittäin nuoremmasta vanhempaan oli 38 prosenttia; 30 prosenttia ja 9 prosenttia ($p < 0,001$). Keskimäärin käyttö oli aloitettu 21,1-vuotiaana (mediaani 20 vuotta, vaihteluväli 9–47 vuotta). Alle 30-vuotiaat vangit olivat myös aloittaneet näiden lääkkeiden päihdekäytön nuorempana kuin 30–47-vuotiaat ja yli 47-vuotiaat vangit. Aloitusikä oli ikäryhmittäin nuoremmasta vanhempaan 18,5 vuotta, 22,4 vuotta ja 28,4 vuotta ($p < 0,001$).

Kannabis

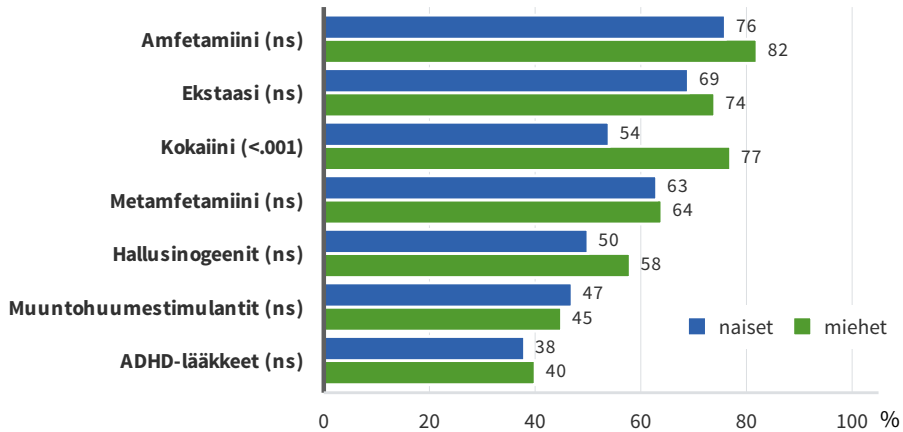
Elinaikainen kannabishäiriö diagnosoitiin 44 prosentilla vangeista. Kannabishäiriö elinaikana oli yleisempi mies- (48 %) kuin naisvangeilla (27 %) ($p = 0,012$), Kuvio 1. Suurin osa vangeista (87 %) raportoi käyttäneensä kannabista elinaikanaan, myös elinaikainen käyttö oli miehillä (89 %) naisia yleisempää (80 %) ($p = 0,007$), kuvio 2. Kannabiksen itseraportoitu elinaikainen käyttö oli yleisempää nuorilla (93 %) ja 30–47-vuotiailla (91 %) vangeilla kuin yli 47-vuotiailla (64 %) ($p < 0,001$).

Suhteutettuna kaikkiin tutkittaviin kannabiksen käyttöä 12 kuukauden aikana ennen vankilaa raportoi 59 prosenttia, Kuvio 3. Joka kymmenes vanki nimesi kannabiksen pääasialliseksi päihteeksi, miehistä 11 prosenttia ja naisista seitsemän prosenttia. Alle 30-vuotiaista vangeista 15 prosenttia nimesi kannabiksen pääasialliseksi päihteekseen, kun taas kannabis oli pääasiallisena päihteenä vanhemmissa ikäryhmissä harvinaisempaa, 30–47-vuotiailla kahdeksan prosenttia ja yli 47-vuotiailla kuusi prosenttia.

Kannabiksen käytön keskimääräinen aloitusikä oli 16,3 vuotta (mediaani 15 vuotta, vaihteluväli 6–60 vuotta). Miehet (16,1 vuotta) raportoivat aloittaneensa käytön naisia (17,3 vuotta) nuorempana ($p = 0,046$). Nuoret vangit olivat aloittaneet kannabiksen käytön nuorempana kuin muut. Aloitusikä oli ikäryhmittäin nuoremmasta vanhempaan 14,9 vuotta, 16 vuotta ja 21,3 vuotta ($p < 0,001$).

Stimulantit

Amfetamiinihäiriö elinaikana diagnosoitiin 52 prosentilla vangeista, Kuvio 1. Amfetamiinin käyttöä joskus elinaikanaan oli ollut 81 prosentilla vangeista. Metamfetamiinin käyttöä elinaikana raportoi 64 prosenttia vangeista, kuten ilmenee Kuvioista 4 seuraavalla sivulla.



Kuvio 4. Itseraportoitu stimulanttien ja hallusinogeenien käytön elinikäinen esiintyvyys sukupuolittain (%).

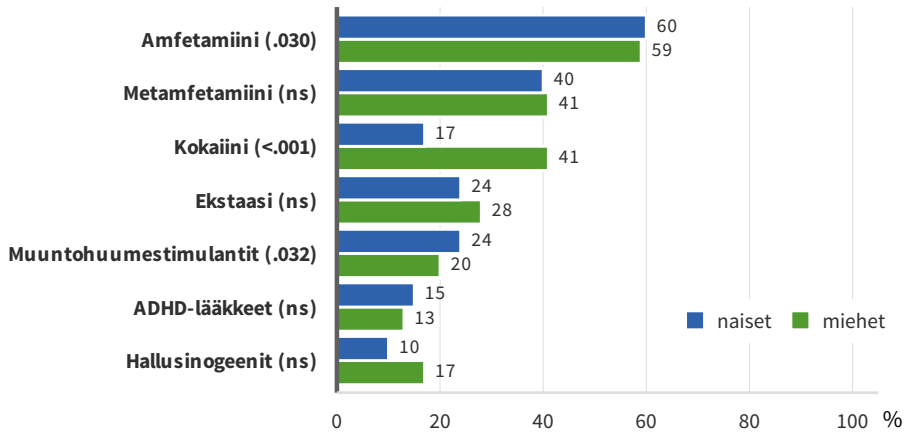
Amfetamiinin käyttöä 12 kuukautta ennen vankilaa raportoiti 59 prosenttia miehistä ja 60 prosenttia naisista. Metamfetamiinin käyttöä 12 kuukautta ennen vankilaan tuloa oli ollut 40 prosentilla vangeista. Muuntohuumestimulanttien, kuten alfa-PVP:n tai MDPV:n, käyttöä ennen vankilajaksoa raportoiti 21 prosenttia tutkimukseen osallistuneista, Kuvio 5.

Amfetamiinin käyttö ennen vankilajaksoa oli yleisempää alle 30-vuotiailla vangeilla (82 %) kuin 30–47-vuotiailla (70 %) tai yli 47-vuotiailla (66 %) ($p < 0.001$). Vastaavasti metamfetamiinin käyttö ennen vankilaa oli yleisempää alle 30-vuotiailla vangeilla (68 %) ja 30–47-vuotiailla (57 %) kuin yli 47-vuotiailla vangeilla (55 %) ($p < 0.001$), Kuvio 10. Amfetamiinin käytön aloitusiän keskiarvo oli 18,8 vuotta (mediaani 18 vuotta, vaihteluväli 8–55 vuotta).

Jonkin amfetamiiniryhmän stimulantin oli nimennyt pääasialliseksi päihteekseen 30 prosenttia vangeista, miehistä 28 prosenttia ja naisista 34 prosenttia. Alle 30-vuotiailla amfetamiinin osuus ensisijaisena päihteenä oli 29 prosenttia, 30–47-vuotiailla 33 prosenttia ja yli 47-vuotiailla 20 prosenttia.

Kokaiinihäiriön elinikäinen esiintyvyys oli 15 prosenttia kaikilla vangeilla, miehillä 18 prosenttia ja naisilla neljä prosenttia ($p < 0,001$), Kuvio 1. Kokaiinia raportoiti joskus elämänsä aikana käyttäneensä 71 prosenttia vangeista, miehistä 77 prosenttia ja naisista 54 prosenttia ($p < 0,001$), Kuvio 4. Kaikkiaan 35 prosenttia raportoiti kokaiinin käyttöä 12 kuukautta ennen vankilaan tuloa, miehistä 41 prosenttia ja naisista 17 prosenttia, Kuvio 5. Kokaiinin oli nimennyt pääasialliseksi päihteekseen neljä prosenttia vangeista. Kokaiinin käyttö oli yleisempää alle 30-vuotiailla vangeilla (78 %) ja 30-47-vuotiailla vangeilla (76 %) kuin yli 47-vuotiailla (45 %) ($p < 0,001$). Käytön aloitusiän keskiarvo oli 23 vuotta (mediaani 21 vuotta, vaihteluväli 13–67 vuotta).

ADHD:n hoitoon tarkoitettuja stimulanttilääkkeitä ilmoitti käyttäneensä päihtymystarkoituksessa joskus elämänsä aikana 40 prosenttia vastaajista, Kuvio 4 yllä. Elinikäinen ADHD-lääkkeiden väärinkäyttö oli yleisempää nuoremmilla vangeilla vanhem-



Kuvio 5. Itseraportoitu stimulanttien ja hallusinogeenien käytön esiintyvyyttä 12 kk ennen vankilaa sukupuolittain (%), suhteutettu kaikkiin tutkittaviin n=527.

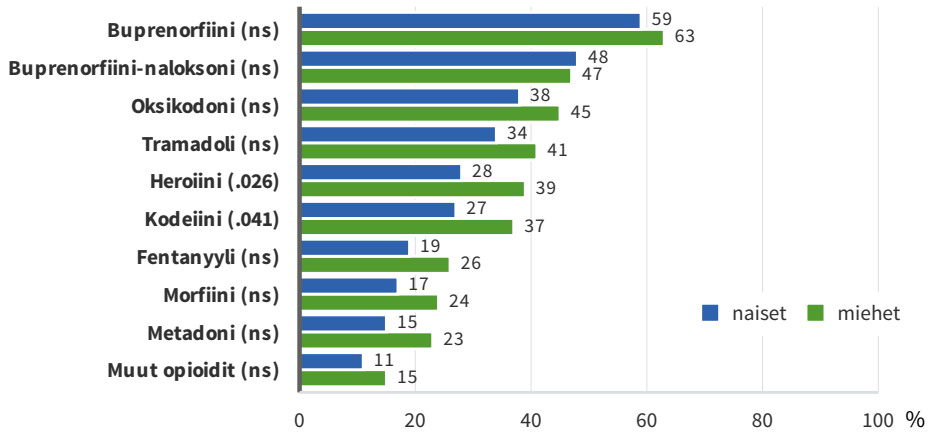
piin verraten. Suhteelliset osuudet ikäryhmittäin nuoremman vanhempaan olivat 49 prosenttia, 44 prosenttia ja 11 prosenttia ($p < 0,001$). Edeltävän 12 kuukauden aikana ennen vankilajaksoa ADHD-lääkkeitä raportoi väärinkäyttäneensä 14 prosenttia vastaajista, Kuvio 5. ADHD-lääkkeiden päihdekäyttö oli aloitettu keskimäärin 23,2-vuotiaana (mediaani 22 vuotta, vaihteluväli 10–48 vuotta). Nuoret vangit olivat aloittaneet ADHD-lääkkeiden päihdekäytön nuorempina kuin muut ikäryhmät. Aloitusikä oli ikäryhmittäin nuoremman vanhempaan 18,8 vuotta, 25 vuotta ja 36,3 vuotta ($p < 0,001$).

Opioidit

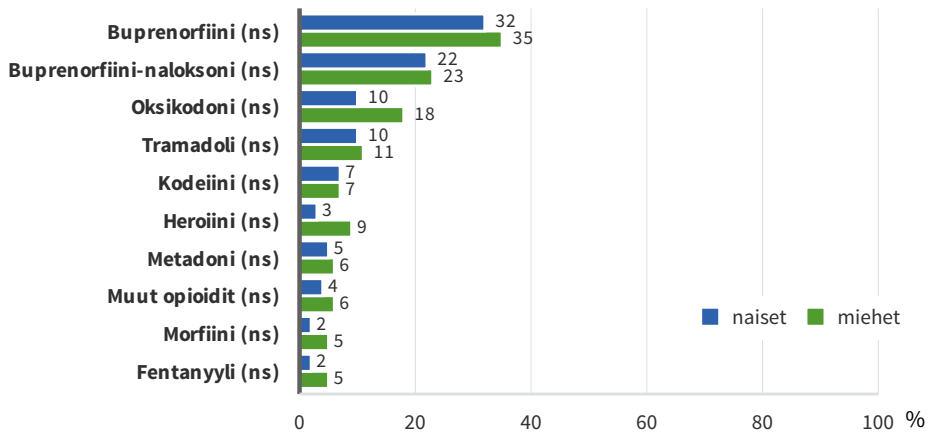
Diagnostiset kriteerit täyttävä elinaikainen opioidihäiriö oli kolmanneksella (33 %) vangeista, tilastollista eroa sukupuolten välillä ei ilmennyt, Kuvio 1. Alle 30-vuotiailla opioidien käyttöhäiriö elinaikanaan oli 30 prosentilla, 30–46-vuotiaista 40 prosentilla ja yli 47-vuotiaista 14 prosentilla ($p < 0,001$). Jonkin opioidin ilmoitti pääpäihhteeseen 11 prosenttia vangeista.

Käytetyin päihdeopioidi oli buprenorfiini, jota raportoi elinaikanaan käyttäneensä 62 prosenttia, ja 34 prosenttia oli käyttänyt sitä edeltävän 12 kuukauden aikana ennen vankilajaksoa. Lähes puolet vangeista (48 %) raportoi käyttäneensä elämänsä aikana buprenorfiini-naloksoneja päihtymistarkoituksessa ja 23 prosenttia edeltävän 12 kuukauden aikana, Kuvio 6 ja 7 seuraavalla sivulla.

Oksikodoni oli yleisimmin käytetty vahva opioidiagonisti. Sen päihdekäyttöä elinaikanaan raportoi 43 prosenttia vangeista ja 16 prosenttia edeltävän 12 kuukauden aikana ennen vankilaa. Fentanyylin elinaikaista päihdekäyttöä koskevaan kysymykseen vastanneista käyttöä oli ollut 24 prosentilla ja edeltävän 12 kuukauden aikana ennen vankilaa viidellä prosentilla. Heroiinia raportoi käyttäneensä elinaikanaan 36 prosenttia ja vankijaksoa edeltävän 12 kuukauden aikana kahdeksan prosenttia, Kuvio 6 ja Kuvio 7 seuraavalla sivulla.



Kuvio 6. Itseraportoitu opioidien käytön elinaikainen esiintyvyys sukupuolittain (%).



Kuvio 7. Itseraportoitu opioidien käyttö 12 kk ennen vankilaa sukupuolittain (%), suhteutettu kaikkiin tutkittaviin n=527.

Eri opioidien päihdekäytön esiintyvyydessä havaittiin sukupuolten välisiä eroja ai-noastaan elinaikaisen kodeiinin käytössä – miehet 37 prosenttia ja naiset 27 prosenttia ($p=0,041$) – ja heroinin käytössä – miehet 39 prosenttia ja naiset 28 prosenttia ($p=0,026$).

Opioidien päihdekäytön aloituksen mediaani-ikä tutkittujen opioidien osalta vaihteli 20 vuodesta (buprenorfiini, kodeiini, tramadoli) 25 vuoteen (metadoni ja fentanyyli).

Huumeiden suonensisäinen käyttö

Hieman yli puolet vangeista (54 %) oli käyttänyt huumeita pistämällä jossain vaiheessa elämää. Pistohuumeiden käyttö elinaikana oli yleisempää naisvangeilla (66 %) verrattuna miehiin (52 %) ($p=0,010$). Pistohuumeiden elämänaikainen käyttö oli yleisem-

	n	%
sukupuoli		p=0,010
mies	205	52
nainen	80	66
ikä		p<0,001
18–30 vuotta	84	54
30–47 vuotta	166	62
≥ 47 vuotta	35	39
ensikertalainen		p<0,001
kyllä	83	41
ei	202	65
päärikosryhmä		p=0,549
väkivalta	151	56
omaisuus	31	53
huume	60	51
muu	43	58
vankeutta yli 2 vuotta		p=0,109
kyllä	190	58
ei	95	51

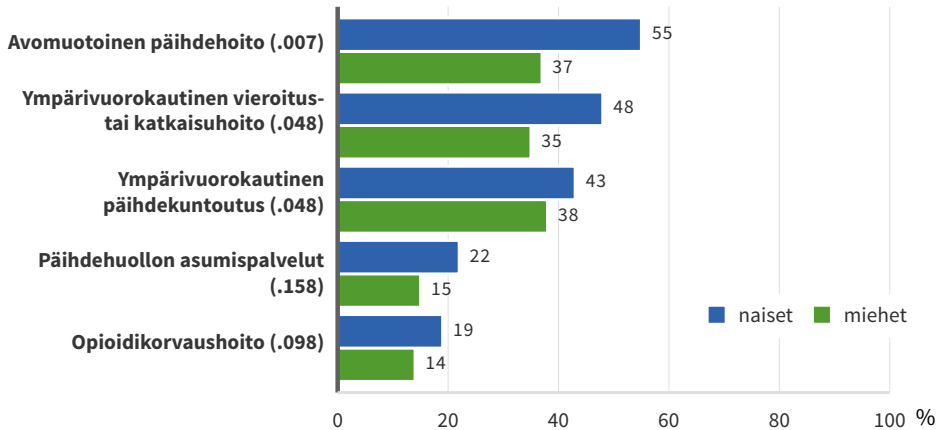
Taulukko 2. Suonensisäinen huumeiden käyttö elinaikana (%), n=285/526.

pää 30–47-vuotiailla (62 %) kuin alle 30-vuotiailla (54 %) ja yli 47-vuotiailla (39 %) ($p<0,001$). Ensikertalaiset raportoivat vähemmän (41 %) suonensisäistä käyttöä kuin useamman kerran vankilassa olleet (65 %) ($p<0,001$). Sen sijaan rikostyyppien tai vankeusrangaistuksen keston osalta eroja suonensisäisen käytön osalta ei havaittu. Pistokäyttöä vankilassa raportoi 18 prosenttia kaikista tutkimukseen osallistuneista ja noin 34 prosenttia elinaikanaan suonensisäisestä käyttöö raportoineista, miehistä 38 prosenttia ja naisista 25 prosenttia ($p=0,042$), Taulukko 2.

Pistohuumeiden käyttö oli aloitettu keskimäärin 20-vuotiaana (mediaani 19 vuotta), eroja ei havaittu sukupuolten välillä. Nuorimmillaan huumeita oli ensimmäisen kerran käytetty pistämällä 10-vuotiaana ja vanhimmillaan 42-vuotiaana. Lähes kaikilla (89 %) ensimmäinen pistohuumeiden käyttökerta oli tapahtunut jossain muualla kuin vankilassa.

Päihdepalvelujen käyttö ja vertaisryhmiin osallistuminen

Avomuotoisessa päihdehoidossa oli joskus elämänsä aikana ollut 41 prosenttia vankeista, miehistä 37 prosenttia ja naisista 55 prosenttia ($p=0,007$). Ympäri vuorokautiseen vieroitus- ja katkaisuhoitoon ja ympärivuorokautiseen päihdekuntoutukseen osallistuneiden osuudet olivat miehillä jokseenkin samalla tasolla ja naisilla jonkin verran matalampia kuin avomuotoiseen päihdehoitoon osallistuneiden osuudet. Päih-



Kuvio 8. Päihteiden käytön takia päihdepalveluissa tai opioidikorvaushoidossa elinaikana olleet sukupuolittain (%).

dehuollon asumispalveluissa joskus elämänsä aikana olleiden osuudet olivat matalampia, Kuvio 8.

Jossain vaiheessa elämää NA-ryhmiin osallistuminen (26 %) oli vastaajilla yleisempää kuin AA-ryhmiin osallistuminen (15 %). Viimeisen vuoden aikana ennen vankilaan tuloa NA-ryhmiin oli osallistunut vain viisi prosenttia vangeista ja AA-ryhmiin kolme prosenttia.

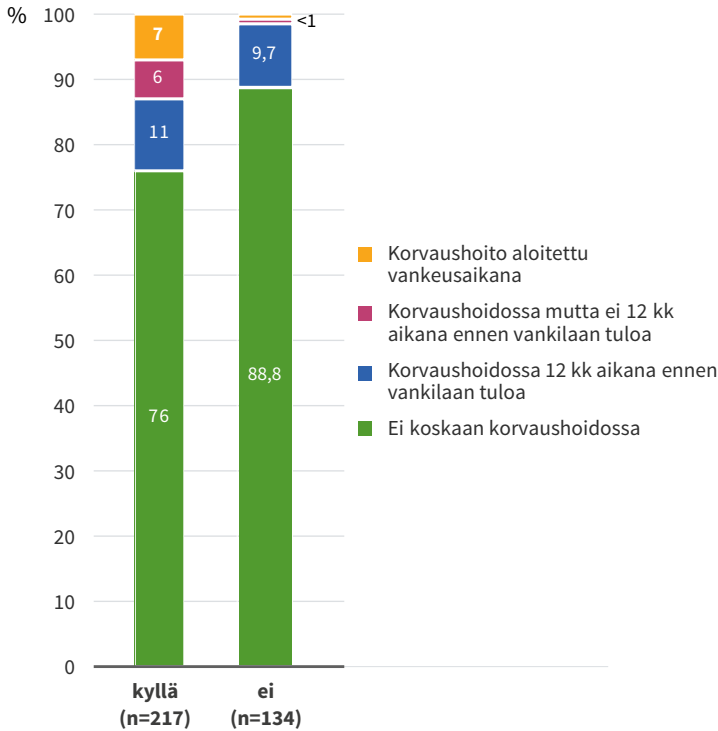
Reilu viidennes (21 %) kertoi käyttäneensä Vankiterveydenhuollon palveluja päihdeongelmien hoidossa. Vankilaosastojen psykologien ja ohjaajien antamaa tukea päihdeongelmien hoitoon oli saanut 39 prosenttia vastaajista.

Opioidikorvaushoito

Opioidikorvaushoidossa oli joskus elämänsä aikana ollut 15 prosenttia vangeista, miehistä 14 prosenttia ja naisista 19 prosenttia, Kuvio 8. Edeltävän 12 kuukauden aikana ennen vankilaan tuloa opioidikorvaushoidossa oli ollut kahdeksan prosenttia vangeista, miehistä kuusi prosenttia ja naisista 13 prosenttia. Opioidikorvaushoito oli aloitettu vankeusaikana kolmelle prosentille vangeista.

Niistä vangeista, joilla todettiin opioidihäiriö joskus elämänsä aikana, 40 prosenttia (n=38/95) oli joskus ollut opioidikorvaushoidossa. Vankilaan tuloa edeltäneen vuoden aikaista opioidien käyttöä raportoi liki joka toinen vanki (46 %, n=217/473), mutta valtaosa heistä (76 %, n=164/217) ei ollut koskaan ollut opioidikorvaushoidon piirissä. Opioidikorvaushoito oli aloitettu vankeusaikana vain seitsemälle prosentille (n=15/217) opioidien käyttöä ennen vankilajaksoa raportoineista, Kuvio 9.

Buprenorfiini-injektio oli eniten käytetty opioidikorvaushoitolääke vankiloissa. Se oli käytössä 68 prosentilla opioidikorvaushoidossa olevista (n=34/50). Kielen alla sulatettava buprenorfiini-naloksoni-valmiste oli käytössä 18 prosentilla (n=9/50) ja metadoni 14 prosentilla (n=7/50). Monobuprenorfinia ei ollut käytössä lainkaan.

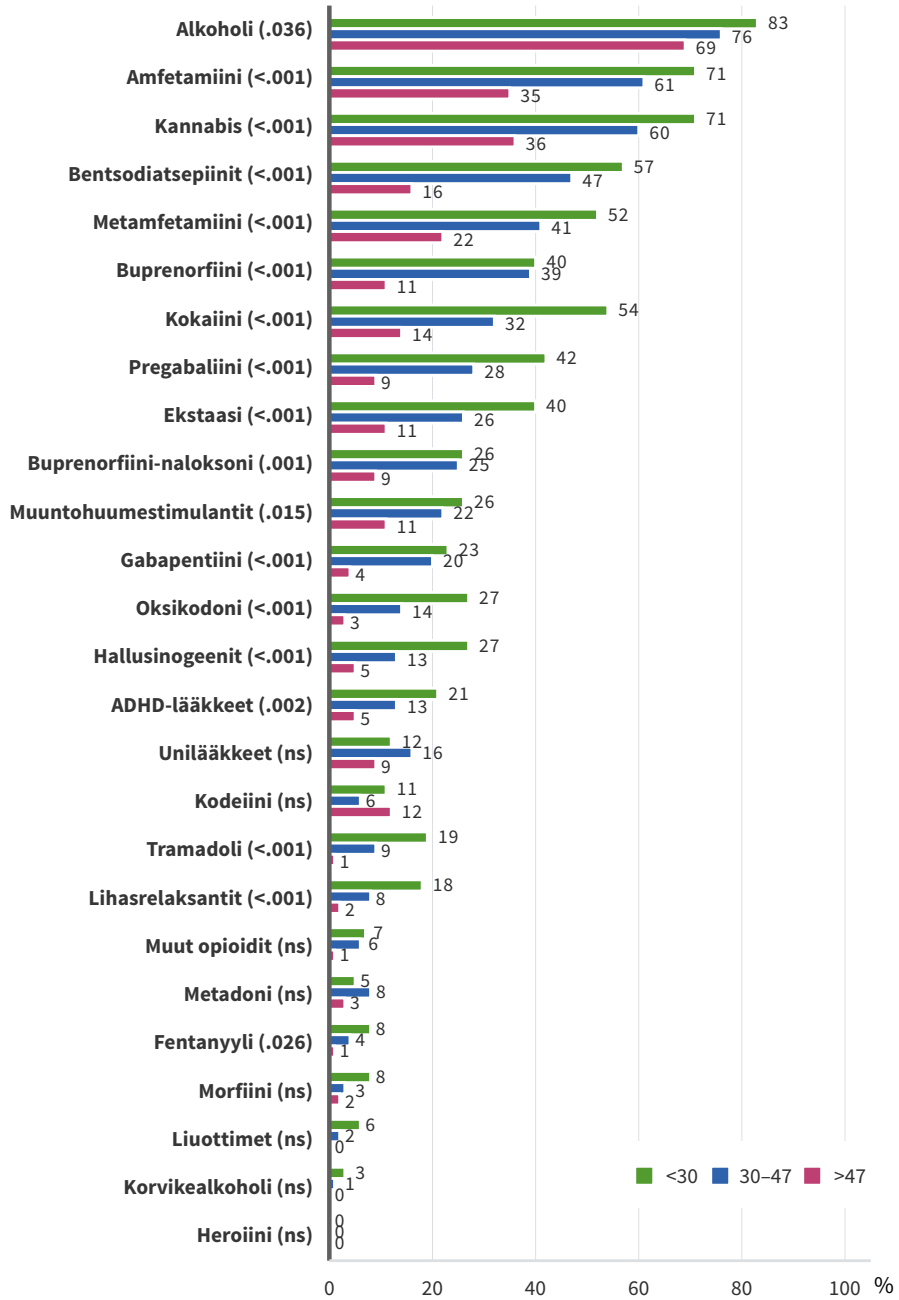


Kuvio 9. Opioidikorvaushoidossa olevien osuus vangeista, joilla on ollut viimeisen vuoden aikaista opioidien käyttöä, ja vangeista, joilla ei ole ollut viimeisen vuoden aikaista opioidien käyttöä (%).

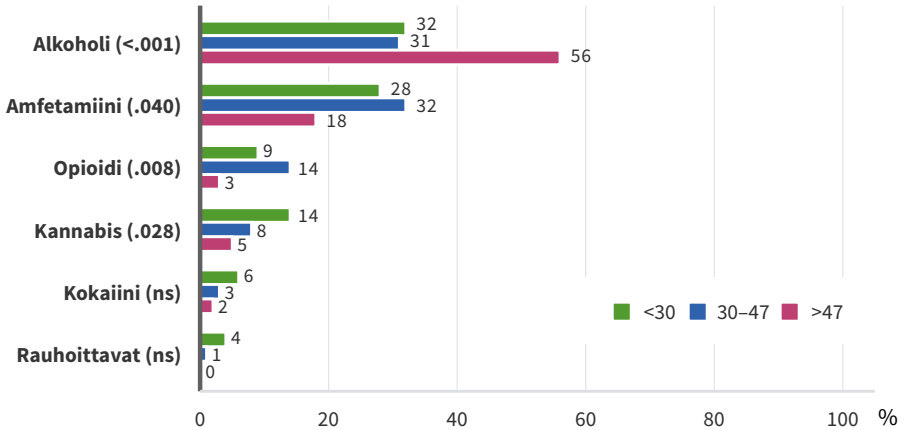
Nuorten vankien päihteiden käyttö

Elinaikainen huumeiden käyttöhäiriö oli nuorilla, 18–29-vuotiailla, vangeilla yleisempää kuin muilla ikäryhmillä. Esiintyvyydet nuoremmista vanhempiin olivat 84 prosenttia, 76 prosenttia ja 45 prosenttia ($p < 0,001$), Taulukko 1. Nuoret vangit olivat myös aloittaneet huumeiden sekä lääkeaineiden päihdekäytön muita ikäryhmiä nuorempina. Vastaavasti kaikkien tutkittujen huumeiden käyttö vankilaa edeltäneiden 12 kuukauden aikana oli nuorilla vangeilla muita ikäryhmiä yleisempää, Kuvio 10 seuraavalla sivulla.

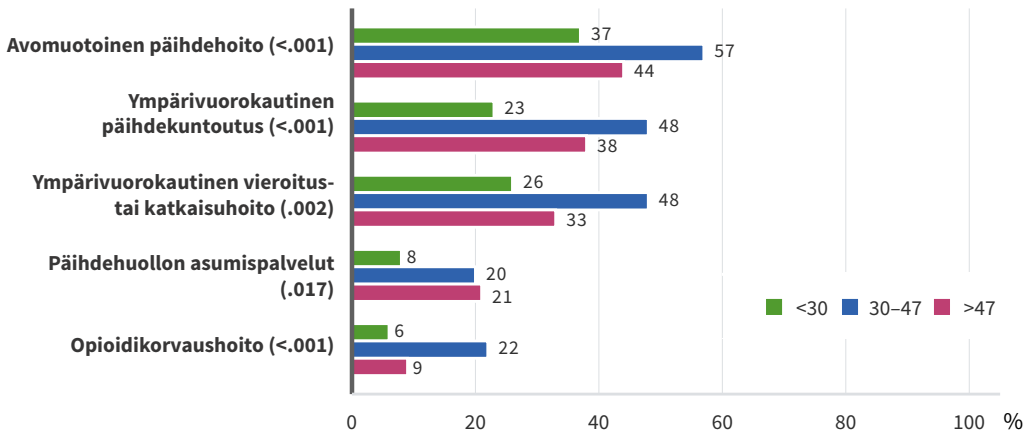
Yleisimmät ennen vankilajaksoa käytetyt päihteet kysymyksiin vastanneilla nuorilla vangeilla olivat alkoholi (83 %), amfetamiini (71 %) sekä kannabis (71 %). Nuorilla vangeilla oli enemmän kokaiinin käyttöä (54 %) 30–47-vuotiaisiin (32 %) ja yli 47-vuotiaisiin verraten (14 %). Opioidista oksikodonin (27 %) ja tramadolin (19 %) päihdekäyttö oli yleisempää kuin muilla ikäryhmillä, kun taas buprenorfiinin päihdekäyttö oli samaa tasoa kuin 30–47-vuotiailla vangeilla – 40 prosenttia nuorilla ja 39 prosenttia vanhemmilla. Nuorilla vangeilla amfetamiini (28 %) oli lähes yhtä yleinen



Kuvio 10. Eri aineiden käyttö 12 kuukautta ennen vankilaa ikäryhmittäin (%).



Kuvio 11. Pääasiallinen päihde vangeilla ikäryhmittäin (%).



Kuvio 12. Päihteiden käytön takia päihdepalveluissa tai opioidikorvaushoidossa elinaikana olleet vangit ikäryhmittäin (%).

pääasiallisena päihteenä kuin alkoholi (32 %). Kannabis pääasiallisena päihteenä oli nuorilla vangeilla muita ikäryhmiä yleisempi (14 %), Kuvio 11.

Vaikka nuoret vangit raportoivat huumeiden käyttöä vankilaa edeltäneen 12 kuukauden ajalta muita ikäryhmiä enemmän, he olivat olleet muita harvemmin päihdepalveluiden piirissä, Kuvio 12.

Johtopäätökset

Päihteiden käyttö ja käyttöhäiriöt

Päihteiden käyttöhäiriöt ovat hyvin yleisiä vankiväestössä. Jokin elinaikainen päihdehäiriö todettiin 87 prosentilla kaikista vangeista. Yleisimmät päihdehäiriöt elinaikana olivat alkoholi- (69 %), amfetamiini- (52 %), kannabis- (44 %) ja opioidihäiriö (33 %). Edellisessä vankitutkimuksessa elinaikaisen päihdehäiriön esiintyvyys oli 84 prosenttia. Tuolloin yleisimmät elinaikaiset päihdehäiriöt olivat alkoholihäiriö (66 %), amfetamiinihäiriö (40 %) ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöhäiriö (23 %) sekä opioidihäiriö (22 %). Oletettavasti vangeilla on aiempaa useammin monen eri päihteen ongelmakäyttöä, ja ongelmapäihdekäyttö on huumepainotteisempaa.

Vaikuttaa siltä, että ongelmallinen alkoholin käyttö painottuu vanhempiin ikäryhmiin, kun taas nuoremmilla vangeilla huumeongelmat ovat muita ikäryhmiä yleisempiä. Jokin elinaikainen huumeiden käyttöhäiriö diagnosoitiin 74 prosentilla vangeista, ja häiriöitä esiintyi muita ikäryhmiä enemmän nuorilla, alle 30-vuotiailla, vangeilla (84 %). Miehillä eri päihteiden käyttöhäiriöt olivat pääsääntöisesti yleisempiä kuin naisilla, ja näin oli myös edellisessä vankitutkimuksessa. Miesten päihteiden käyttö on naisia yleisempää myös väestötutkimuksissa (14, 15) ja hoitopopulaatioita käsittelevissä tutkimuksissa (10, 11).

Itseraportoitua päihteiden käyttöä kartoittamalla saatiin tarkennettua tietoa päihteiden käytön yleisyydestä elinaikana ja ennen vankijaksoa. Aiemmassa vankitutkimuksessa eri päihteiden käyttöä ei vastaavalla tavalla tutkittu, joten vertailua näiltä osin ei voida tehdä. Itseraportoituna yleisimmät ensisijaiset päihteen olivat alkoholi (38 %), amfetamiini(t) (30 %), opioidit (11 %) ja kannabis (10 %). Lähes kaikkien huumeiden ja väärinkäytettävien lääkkeiden itseraportoitu käyttö oli yleisintä nuorilla vangeilla.

Amfetamiinin käyttöhäiriö elinaikana havaittiin yli puolella (52 %) tutkituista vangeista, ja amfetamiinin nimesi pääpäihdeekseen noin kolmannes kaikista vangeista. Nuorilla amfetamiini oli yhtä yleinen kuin alkoholi pääasiallisena päihteenä. Todennäköisesti amfetamiinin ongelmakäyttö on yleistynyt vuoden 2010 vankitutkimukseen verraten, jossa elinaikainen amfetamiinihäiriö todettiin 40 prosentilla vangeista. Huomattakoon, että Wattu III -tutkimuksessa oli päihdehäiriödiagnoseissa käytetty termiä ”riippuvuus muista piristeistä”. Tämä on täsmennetty siten, että se tarkoittaa amfetamiinin käyttöhäiriötä.

Elinaikainen kokaiinihäiriö oli merkittävästi yleisempää kuin edellisessä vankitutkimuksessa, jossa vain neljällä prosentilla raportoitiin kokaiinin käyttöhäiriö, kun nyt kokaiinihäiriön esiintyvyys oli 15 prosenttia. Huomionarvoista on, että miesvangeista miltei neljä viidestä raportoi käyttäneensä kokaiinia joskus elämänsä aikana. Kokaiinin käyttö painottui etenkin nuoriin vankeihin. Lisääntyneestä kokaiinin käytöstä on havaintoja myös THL:n jätevesitutkimuksissa (13) sekä vuonna 2022 THL:n toteuttamassa väestökyselyssä (14).

Opioidihäiriö elinaikana diagnosoitiin 30 prosentilla, yleisin se oli 30–46-vuotiailla vangeilla (40 %). Opioidien ongelmakäyttö vangeilla on yleistynyt 15 vuoden ai-

kana: Wattu III:ssa opioidien käyttöhäiriön esiintyvyys oli 21 prosenttia. Opioidien käyttö vankijaksoa edeltävänä vuonna oli huomattavan yleistä, vähintään joka toinen vanki raportoi buprenorfiinin päihdekäyttöä.

Huolestuttavana ilmiönä havaittiin, että vahvojen, yliannostuskuoleman vaaraa lisäävien opioididiagonistien käyttö oli vankiväestössä yleistä. Oksikodonia raportoi käyttäneensä ennen vankilajaksoa 16 prosenttia kaikista vangeista ja jopa liki joka kolmas (27 %) nuorista vangeista. Tämä saattaa antaa viitteitä opioidien käyttötrendimuutoksesta, jossa opioidien käyttöä aloittavat suosivat enenevässä määrin opioididiagonisteja, erityisesti oksikodonia.

Elinaikainen kannabiksen käyttöhäiriö todettiin Wattu III:ssa 19 prosentilla vangeista, kun tässä tutkimuksessa kannabiksen käyttöhäiriön elinaikainen esiintyvyys oli 44 prosenttia. Kannabiksen käyttö, elinaikainen kannabishäiriö ja kannabis ensisijaisena päihteenä korostuivat nuorilla vangeilla muihin ikäryhmiin verraten. Nuorten aikuisten kannabiksen käyttö on lisääntynyt myös yleisväestössä viime vuosikymmeninä (14).

Alle 30-vuotiaat vangit olivat aloittaneet kaikkien tutkimuksessa kartoitettujen huumeiden ja lääkeaineiden päihdekäytön muita ikäryhmiä nuorempina. Osaltaan tämä selittynee sillä, että osaa nykyisin käytetyistä aineista ei ole ollut saatavilla vanhimpien vankien nuoruudessa ja käyttöä ei siten ole voitu kovin aikaisin aloittaa, mutta sama ilmiö havaitaan myös pitkään käytössä olleiden huumeiden, kuten kannabiksen, amfetamiinin ja jopa heroiinin kohdalla. Onkin todettu, että Suomessa on nuorten, 15–24-vuotiaiden, amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjien sukupolvi, joka on suurempi kuin koskaan aikaisemmin. Tämä saattaa näkyä myös tässä kuvatussa nuorten vankien ryhmässä.

Suonensisäinen käyttö oli vangeilla huolestuttavan yleistä. Puolet vangeista oli joskus elämänä aikana käyttänyt päihteitä suonensisäisesti, ja arviolta jopa joka viides vanki oli käyttänyt pistohuumeita vankilassa ollessaan. Suonensisäisen käytön esiintyvyyttä ei raportoitu edellisessä vankitutkimuksessa, joten arviota pistokäytön muutoksista ei voida tehdä. Lisätietoa suonensisäisestä käytöstä voi lukea raportin luvusta [Infektiotaudit](#).

Päihdehoito ja päihdepalveluiden käyttö vangeilla

Päihdepalvelujen käytön osalta aineistosta selvisi, että avomuotoisessa päihdehoidossa oli elinaikanaan ollut alle puolet vangeista. Naiset olivat asioineet päihdepalveluisa miehiä useammin. NA-ryhmiin oli osallistunut joskus elämänsä aikana joka neljäs. AA-ryhmiin osallistuminen oli sen sijaan harvinaisempaa. Havainto kuvastanee sitä, että vankien päihdeongelmat ovat moninaisia ja huumeiden käyttö yleistä, jolloin vertaisryhmistä NA on se, joka paremmin vastaa vankien tarpeisiin.

Nuoret vangit ilmoittivat muita ikäryhmiä harvemmin olevansa minkään kartoitettujen päihdepalveluiden piirissä. Osittain tämä voi johtua siitä, ettei päihdeongelma ole vielä kehittynyt niin vaikeaksi, että nuori käyttäjä olisi kokenut tarvetta hakeutua päihdehoitoon, mutta myös siitä, että nuorille suunnattujen päihdepalve-

luiden saatavuus on valtakunnallisesti hyvin vaihtelevaa, erityisesti korjaavan päihdehoidon osalta.

Vankeusaikana Vankiterveydenhuollon palveluja päihdeongelmien hoitoon oli käyttänyt reilu viidennes vangeista. Vankiloastojen psykologien ja ohjaajien antama tukea näiden ongelmien hoitoon oli vankeusaikana saanut noin 40 prosenttia vastaajista.

Opioidikorvaushoidon kattavuus Vankiterveydenhuollossa on erittäin matala, ja opioidikorvaushoitoja vankiloissa aloitetaan liian vähän tarpeeseen nähden. Vankilaan tuloa edeltäneen vuoden aikaista opioidien käyttöä raportoi liki joka toinen vanki (46 %), mutta valtaosa (76 %) heistä ei ollut koskaan ollut opioidikorvaushoidon piirissä. Vain seitsemälle prosentille ajankohtaista opioidien käyttöä raportoivista oli aloitettu opioidikorvaushoito vankeusaikana. Yleisimmin käytetty lääke opioidikorvaushoidossa oli buprenorfiini-injektio, mikä vähentää opioidikorvaushoitolääkkeeseen liittyvää väärinkäyttöriskiä vankijakson aikana.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Vankien terveydentilan, hyvinvoinnin ja ennusteen näkökulmasta päihdeongelmien hoito sekä päihdekäyttöön liittyvien haittojen minimoiminen ovat vankeinhoidossa keskeisiä kysymyksiä. On ilmeistä, että vangeilla päihdepalveluiden käyttö sekä ennen vankilaa että vankilajakson aikana on riittämätöntä tarpeeseen nähden. Vangeille tarjottavien päihdepalvelujen valikoimaa ja saatavuutta tulisi selvästi parantaa, koska merkittävä osa päihdeongelmien kanssa kamppailevista vangeista ei ole ollut vankilan ulkopuolella päihdehoidon piirissä.

Erityisesti nuorten vankien sekä naisten päihdehoitomahdollisuuksiin tulee kiinnittää huomioita. Vankilan ulkopuolisessa palvelujärjestelmässä tulee huomioida vapautuvien vankien tarpeet siten, että hoitoa ja tukea pystytään jatkamaan ilman katkoksia vankeusajan jälkeen. Yhteistyö vankiloiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kanssa on erittäin tärkeää jatkumoiden turvaamiseksi.

Opioidikorvaushoidon kattavuutta Vankiterveydenhuollossa tulee merkittävästi parantaa. Vankilassa aloitettiin hyvin harvalle opioidikorvaushoitoja. Kaikille opioideja ennen vankilaa käyttäneille vangeille tulisi tehdä opioidikorvaushoitoarvio, käytännössä tämä tarkoittaisi vähintään kahta kolmasosaa kaikista vangeista. Opioidiriippuvuutta ja vankilaan tulovaiheessa ilmeneviä vieroitusoireita tulee kartoittaa välittömästi vankilaan tulon yhteydessä. Mikäli ajankohtaisen opioidiriippuvuuden kriteerit täyttyvät, opioidikorvaushoito tulisi aloittaa matalalla kynnyksellä mahdollisimman nopeasti ilman erillistä vieroitushoitoyritystä. Korvaushoitokäytänteiden, sekä arvioprosessin että hoidon toteutuksen, tulisi kaikissa vankiloissa olla samanlaiset ja linjassa ajankohtaisten yleisten hoitosuosituksen kanssa.

Stimulanttien, erityisesti amfetamiinin, käyttö oli vankien keskuudessa erittäin yleistä. Tietoa ja osaamista kokaiiniin käyttöön liittyen on syytä vahvistaa, sillä kokaiiniin käyttö on vangeilla merkittävästi lisääntynyt, ja käyttö on huomattavasti yleis-

sempää kuin yleisväestössä. Vankien stimulanttiriippuvuuden psykososiaalista hoitoa tulisi tehostaa vankilajakson aikana. Hoidon vaikuttavuutta vankilasta vapautumisen jälkeen tulisi tutkia paitsi päihdeongelmien, myös uusintarikollisuuden suhteen. Tutkimusta tarvitaan etenkin vankilajakson aikana tai välittömästi vankilasta vapautumisen jälkeen aloitetun stimulanttikorvaushoidon hyödyistä ja haitoista.

Kannabiksen käyttö on vangeilla hyvin yleistä, ja siksi kannabisiippuvuutta ja siihen liittyviä vieroitusoireita tulisikin aktiivisesti kartoittaa vankilaan tulon yhteydessä. Riippuvuustasoisessa, pitkään kestäneessä käytössä kannabiksen vieroitusoireisiin liittyvä ärtyneisyys ja aggressiivisuus saattavat nostaa väkivaltilanteiden riskiä.

Vankilassaoloaikaa tulisi hyödyntää aikaisempaa enemmän mahdollisuutena paitsi päihteiden käytön lopettamiseen, myös niiden käyttöön liittyvien haittojen vähentämiseen. Vankilajaksojen aikana tulisi vangeille tarjota tietoa yliannostustilanteiden tunnistamiseksi, harjoitella elvytystaitoja ja avun hälyttämistä sekä opettaa vangeille naloksoni-nenäsuumutteen käyttöä.

Vankilasta vapautuville tulisi myös tarjota mukaan naloksoni-nenäsuumutteita yliannostustilanteissa käytettäväksi. Vankilajaksojen aikana opioidikäyttäjien opioiditoleranssi laskee, mikä lisää yliannostuskuoleman vaaraan entisestään. Näin ollen opioidikorvaushoitojen aloittaminen on myös tehokasta yliannostuspreventiota.

Päihteiden pistokäyttöön liittyvää terveysneuvontaa tulisi kohdentaa erityisesti naisille, nuorille vangeille sekä vankilaan palaaville rikoksentekeijöille. Koska suonensisäinen päihteiden käyttö on vangeilla erittäin runsasta ja osa jatkaa suonensisäistä käyttöä myös vankilassa ollessaan, tulisi vankiloissa tarjota mahdollisuutta puhtaiden pistovälineiden vaihtoon anonyymisti.

Vankien päihdepalveluiden käyttöä sekä päihdehoidon vaikuttavuutta on tutkittu Suomessa tarpeeseen nähden huomattavan vähän. Tietoa tulisi syventää siitä, ketkä osallistuvat vankilassaoloaikaiseen päihdehoitoon ja -kuntoutukseen ja mikä on hoidon vaikuttavuus vankilajakson jälkeen. Vangeille räätälöityjen päihdepalveluiden kehittämiseksi tulisi selvittää erityisesti siviilissä palveluiden ulkopuolelle jäävien päihdekäyttöprofiilia, hoitotarpeita ja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. Tämän tiedon myötä pystyttäisiin ymmärtämään muutoin palveluiden ulkopuolelle jäävien moninaista palvelujen tarvetta paremmin.

Vangeilla esiintyvät päihdeongelmat ovat alkaneet ja kehittyvät pääosin vankilan ulkopuolella. Onkin olennaista nähdä vankilassa jollakin elämänsä hetkellä olevat henkilöt osana muuta yhteiskuntaa, johon he liittyvät hoitoa ja tukea tarjoavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen avulla. Vankeusaikana on mahdollista selvittää tarkemmin vankien päihdeongelmia ja aloittaa hoidollisia interventioita, jotka olisi muualla vaikeaa tai mahdotonta toteuttaa esimerkiksi aktiivisen päihteiden käytön vuoksi.

Kirjoittajat

Solja Niemelä

Päihdelääketieteen apulaisprofessori, psykiatrian oppiaine, kliininen laitos, Turun yliopisto
Ylilääkäri, Riippuvuuspsykiatrian vastuualue, TYKS Psykiatria, Varsinais-Suomen hyvinvointialue
Sidonnaisuudet: Luentopalkkioita: Lundbeck, Otsuka, Shire-Takeda, Solo Health Oy, Addiktum Oy, A-klinikka Oy. Kongressimatka: Shire-Takeda. Kirjoituspalkkioita: Kustannus Duodecim Oy

Kristiina Kuussaari

VTT, erikoistutkija, THL Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö
Ei sidonnaisuuksia

Tanja Matilainen

psykologian ja logopedian laitos, Turun yliopisto. FM, psykologian yo
Ei sidonnaisuuksia

Kirsimarja Raitasalo

YTT, dosentti, erikoistutkija, THL Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö
Ei sidonnaisuuksia

Jonna Levola

Kliininen opettaja, Helsingin yliopisto
Apulaisylilääkäri, HUS Psykiatria, dosentti (päihdelääketiede) Helsingin yliopisto
Sidonnaisuudet: Päihdelääketieteen yhdistys, hallituksen puheenjohtaja

Kaisa Mishina

TtT, erikoistutkija Lastenpsykiatrian tutkimuskeskus, Turun yliopisto
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Fazel, S., Yoon, I.A., Hayes, A.J. 2017: Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction* (Abingdon, England), 112(10), 1725–1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>
- 2) May-Chahal, C., Humphreys, L., Clifton, A., Francis, B., Reith, G. 2017: Gambling harm and crime careers. *Journal of Gambling Studies*, 33(1), 65–84. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9612-z>
- 3) Winter, R.J., Young, J.T., Stoové, M., Agius, P.A., Hellard, M.E., Kinner, S.A. 2016: Resumption of injecting drug use following release from prison in Australia. *Drug and alcohol dependence*, 168, 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.640>
- 4) Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., Fazel, S. 2015: Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *Lancet Psychiatry*, 2(10): 891–900.
- 5) Stöver, H. ja Michels, I. 2022: Prevention of Drug-related Mortality after Release from Prison. *Gesundheitswesen*. 2022 Dec;84(12):1113–1118. <https://doi.org/10.1055/a-1884-8689>
- 6) Tverborgvik, T., Riksheim, S.M., Bukten, A. 2023: The association between drug use and mortality in a Norwegian prison cohort: a prospective cohort study. *Health Justice*. 2023 Apr 14;11(1):22. <https://doi.org/10.1186/s40352-023-00223-y>
- 7) Marsden, J., Stillwell, G., Jones, H., Cooper, A., Eastwood, B., Farrell, M., Lowden, T., Maddalena, N., Metcalfe, C., Shaw, J., Hickman, M. 2017: Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observational study in England. *Addiction*, 112(8), 1408–1418. <https://doi.org/10.1111/add.13779>
- 8) Molero, Y., Zetterqvist, J., Binswanger, I.A., Hellner, C., Larsson, H., Fazel, S. 2018: Medications for Alcohol and Opioid Use Disorders and Risk of Suicidal Behavior, Accidental Overdoses, and Crime. *The American Journal of Psychiatry*, 175(10), 970–978. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101112>
- 9) Joukamaa, M. ja työryhmä 2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveystilanne, työkyky ja hoidontarve. Perustulosraportti. Rikosseuraamulaitoksen julkaisuja 1/2010. Saatavilla sivulta <https://www.rikosseuraamus.fi>
- 10) Impinen, A. 2022: Päihdehuollon huumeasiakkaat 2021. Stimulanttikäyttäjien osuus jatkoikasvuun. THL, Tilastoraportti 33/2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022070450995>
- 11) Kuussaari, K., Rautiainen, E., Grainger, M. 2021: Päihdetapauskanta 2019 päihteiden aiheuttamien haittojen ja hoidon kehittämisen tietolähteenä. Teoksessa Kaukonen, Olavi ja Kuussaari, Kristiina (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. THL, Raportti 2/2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-645-9>
- 12) Rönkä, S., Ollgren, J., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Gunnar, T., Karjalainen, K., Partanen, A., Väre, T. 2020: Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2020; 136(8):927–35. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15450>
- 13) Jätevesitutkimus 2022: Verkkojulkaisu <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/jatevesitutkimus>
- 14) Karjalainen, K., Hakkarainen, P., Salasuo, M. 2023: Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2022. THL, Tilastoraportti 15/2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023041236168>
- 15) Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C., Warpenius, K. (toim.) 2018: Näin Suomi juo. THL, Teema 20. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>



Miesvangeista 44 prosenttia ja naisvangeista neljä prosenttia oli käyttänyt jossakin elämän vaiheessa dopingaineita. Yleisväestössä vastaava luku on noin yksi prosentti.

Nuorimmat ensimmäisen kerran dopingaineita pistäneet vangit olivat 15-vuotiaita ja vanhimmat 58-vuotiaita.

Yleisimmin käytettyjä dopingaineita olivat testosteroni tai sen johdannaiset ja anaboliset steroidit.

Pistämällä dopingaineita käyttäneistä joka toisella oli todettu C-hepatiitti.

Rikosseuraamusalan työntekijät tarvitsevat lisäkoulutusta kuntodopingista ja käytön puheeksi otosta.

Dopingaineiden käytöstä ja käytön motiiveista tarvitaan lisää tutkimustietoa, jotta käyttäjien ääni saadaan kuuluviin hoitokäytäntöjä suunniteltaessa.

Dopingaineiden käyttö

Johdanto

Kuntodoping tarkoittaa kilpa- ja huippu-urheilun ulkopuolista dopingaineiden käyttöä. Dopingaineita käytetään pistämällä, tabletteina tai iholle levitettävänä geeleinä. Yleisin motiivi dopingaineiden käyttöön on lihasmassan kasvattaminen ja nopeiden tulosten saavuttaminen. Kuntodopingin käyttöön liittyy lisääntynyt riski saada fyysisiä ja psyykkisiä haittavaikutuksia mutta joskus myös leimaantumisen pelko. Pelko voi johtaa siihen, ettei dopingaineiden käytöstä tai haittavaikutuksista välttämättä haluta kertoa avoimesti terveydenhuollon ammattilaisille. Lisäksi dopingaineita pistämällä käytävillä henkilöillä on lisääntynyt C-hepatiitin ja HIV:n riski.

Eniten käytettyjä dopingaineita ovat anaboliset steroidit ja testosteroni. Anabolisten steroidien maailmanlaajuinen elinaikaisen käytön esiintyvyys on arvioitu olevan 3,3 prosenttia (1). Suomessa väestötason kyselyt ovat osoittaneet, että kuntodopingin käyttö on pysynyt noin yhden prosentin tasolla vuodesta 2010 (2).

Dopingaineiden käytön esiintyvyys on tutkimusten mukaan yleisempää vankilataustaisilla koko väestöön verrattuna. Pohjoismaissa rikosseuraamusalan asiakkaisissa merkittävän alaryhmän muodostavat anabolisten steroidien käyttäjät, joilla käytön elinaikainen esiintyvyys on 26,2 prosenttia (3). Suomessa anabolisten steroidien elinaikainen esiintyvyys vankilataustaisilla oli vuoden 1998 tutkimuksessa 9,6 prosenttia (4). Norjassa vastaava esiintyvyys vuonna 2020 oli 25,5 prosenttia (5).

Dopingaineiden, erityisesti anabolisten steroidien ja testosteronin, käyttö on yleisempää miehillä kuin naisilla. Dopingaineita käyttävät muodostavat monimuotoisen ryhmän, jossa erilaiset käyttäjätyypit ja käytön motiivit vaihtelevat. Yleisintä käytön ajatellaan olevan noin 30-vuotiailla miehillä.

Erityisesti pitkäaikaiseen dopingaineiden käyttöön liittyy useita terveydellisiä riskejä, kuten veren kautta leviäviä tartuntatauteja (C-hepatiitti, Hiv), sydän- ja verisuonisairauksia, hormonaalisia häiriötä ja riski saada mielenterveys- ja päihdesairauksia.

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

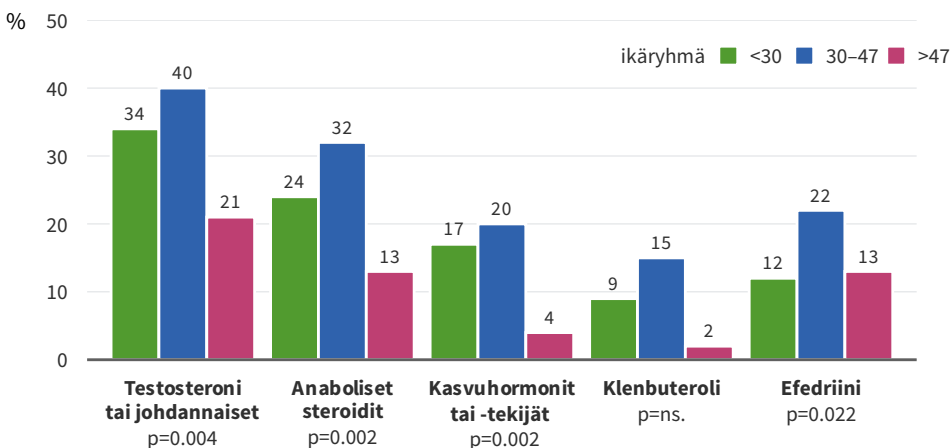
Osatutkimuksen tavoitteena oli selvittää pistämällä dopingaineita käyttävien esiintyvyys eri ikäryhmissä. Lisäksi kartoitettiin dopingaineiden käytön yhteyttä C-hepatiittitartuntoihin. Aineisto koostui kyselyvastauksista sekä verinäytteistä mitatuista C-hepatiittimäärityksistä. Tietoa analysoitiin ristiintaulukoimalla.

Tulokset

Hieman yli kolmasosa vangeista (34 %) oli käyttänyt jossakin elämän vaiheessa pistämällä dopingaineita. Käyttö oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää miehillä (44 %) naisten dopingaineiden käyttöön verrattuna (4 %).

Dopingaineiden käyttö oli aloitettu keskimäärin 25-vuotiaana. Nuorimmat ensimmäisen kerran dopingaineita pistäneet vangit olivat 15-vuotiaita ja vanhimmat 58-vuotiaita. Viidesosa (20 %) miesvangeista ilmoitti käyttäneensä dopingaineita pistämällä myös vankilassa olon aikana. Heistä kaksi kolmasosaa (66 %) kuului 30–47-vuotiaiden ikäryhmään.

Kuvio 1. Dopingaineiden elinaikainen käyttö ikäryhmittäin (%).



Tarkasteltaessa erilaisten dopingaineiden elinikäistä käyttöä miesvangeista 45 prosenttia oli käyttänyt testosteronia tai sen johdannaisia ja 35 prosenttia anabolisia steroideja. Naisvangeilla eniten käytetty dopingaine oli efedriini (10 %).

Yleisintä dopingaineiden käyttö oli 30–47-vuotiailla, Kuvio 1 edellisellä sivulla. Dopingaineen käyttö pistämällä oli yleistä ryhmässä vankeja, joiden päärikos liittyi huumeisiin (44 %), sekä ryhmässä, jossa tuomion pituus oli yli kaksi vuotta (78 %).

Dopingaineita pistämällä käyttäneistä yli puolella (54 %) oli C-hepatiittitartunta. Eri ikäryhmien välinen ero C-hepatiittitartunnoissa oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,004$) siten, että tartunnat olivat yleisimpiä 30–47-vuotiailla käyttäjillä (64 %).

Dopingaineet aiheuttavat maksan vaurioita ja tulehduksia, joita kuvaavat laboratoriotulokset ALAT ja AFOS olivat tilastollisesti merkitsevästi korkeammalla tasolla pistämällä dopingaineita käyttävillä kuin ei-käyttäjillä. ALAT-keskiarvo oli käyttäjillä 42,4 U/l ja ei-käyttäjillä 29,3 U/l ($p=0,007$), ja AFOS-tulos oli käyttäjillä 39,2 U/l ja ei-käyttäjillä 31,8 U/l ($p=0,015$).

Johtopäätökset

Merkittävä havainto tässä tutkimuksessa oli dopingaineiden käytön yleisyys vankeuden aikana. Yleisesti käytetyimpiä dopingaineita nopeiden suorituskykytulosten ja lihaksikkaan olemuksen hankkimiseen ovat testosteroni tai sen johdannaiset ja anaboliset steroidit. Tämä tuli hyvin ilmi myös tässä tutkimuksessa.

Elinaikainen dopingaineita pistämällä käyttävien miesten osuus oli poikkeuksellisen suuri. Yleisesti ottaen dopingaineiden käyttäjät ovat nuoria miehiä, mutta nyt vankilassa tutkituista dopingaineiden käyttäjistä suurin osa, yli puolet, kuului 30–47-vuotiaiden ryhmään.

Naisten dopingaineiden käytöstä on toistaiseksi tehty vain vähän tieteellistä tutkimusta. Tässä tutkimuksessa voitiin todeta, että naisten eniten käyttämä aine oli efedriini. Sitä käytetään yleisimmin piristävän, aineenvaihduntaa kiihdyttävän ja rasvaa polttavan vaikutusten vuoksi.

Kansainvälisissä tutkimuksissa C-hepatiitin esiintyvyys on ollut nousussa erityisesti pistämällä dopingaineita käyttävien keskuudessa. Huolestuttava havainto olikin dopingaineiden käytön selkeä yhteys C-hepatiitin esiintyvyyteen vangeilla. C-hepatiitista voi lukea lisää raportin luvusta [Infektiotaudit](#).

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Dopingaineiden yleisyyden takia rikosseuraamustaustaisten dopingaineiden käyttäjien terveyttä ja dopingaineiden käytöstä johtuvia ongelmia on tärkeää seurata myös vankeusaikana. Kaikkien vankien parissa työskentelevien ammattilaisten ja alalle tulevien opiskelijoiden on tärkeä saada koulutusta kuntodopingista ilmiönä, käyttöön

liittyvistä terveysriskeistä ja riippuvuudesta sekä saada käytännön työhön konkreettisia työkaluja.

Myös dopingaineita käyttävät vangit tarvitsevat tutkittua tietoa ja asiapitoista keskustelua dopingaineiden käyttöön liittyvistä terveysriskeistä. Dopingaineita vankeusaikana käyttävien ja käyttöön liittyviä ongelmia kokevien vankien tulisi saada tarvittavia hoitotoimenpiteitä vankeusajalla. Lisätutkimuksia tarvitaan dopingaineiden käytön motiiveista, jotta käyttäjien ääni saadaan kuuluviin hoitokäytäntöjä suunniteltaessa.

Dopingaineiden helppo saatavuus voi johtaa käytön yleistymiseen, joka puolestaan voi lisätä C-hepatiittitartuntojen ja dopingaineiden käytöstä johtuvia muita terveyshaittoja myös rikosseuraamustausmaisilla.

Tartuntatautien leviäminen on huolestuttavaa myös siksi, että vankiloissa ei ole neulojen vaihtomahdollisuutta. Tutkimus osoitti selkeästi, että dopingaineita käytetään pistämällä myös vankeuden aikana. Tämä on otettava huomioon terveyspalvelujen kehittämisessä ja vankien kanssa työskentelevien eri ammattiryhmien koulutuksessa. Haittoja vähentävä työote auttaa kohtaamaan käyttäjiä oikealla tavalla ja lisää työturvallisuutta suljetuissa oloissa.

Kirjoittajat

Jukka Koskelo

TtM, Tutkimuspäällikkö

A-klinikkasäätiö

Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Sagoe D., Molde H., Andreassen C.S., Torsheim, T., Pallesen S. 2014: The global epidemiology of anabolic-androgenic steroid use: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Annals of Epidemiology* 24(5), 383–398.
- 2) THL 2023: Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2022. Suomalaisten huumeekokelut yleistyvät, asenteissa ja mielipiteissä isoja muutoksia. Tilastoraportti 15/2023. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146435>
- 3) Sagoe D., Torsheim T., Modle H., Andreassen C.S., & Pallesen S 2015. Anabolic-androgenic steroid use in the Nordic countries: a meta-analysis and meta regression analysis. *Nord. Stud. Alcohol Drugs*: 31, 7–20.
- 4) Korte Taimi, Pykäläinen Jaana, Seppälä Timo 1998: Drug abuse of Finnish male prisoners in 1995. *Forensic Science International*: 97(2–3), 171–183.
- 5) Havnes Ingrid, Bukten Anne, Rognli Eline, Muller Ashley 2020: Use of anabolic-androgenic steroids and other substances prior to and during imprisonment - Results from the Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) study, *Drug and Alcohol Dependence*: 217.





Vangeilla rahapeliongelmat ovat yleisempiä kuin väestössä keskimäärin, vaikka rahapelaamiseen osallistuminen oli harvinaisempaa.

Tutkittavista 13 prosentilla todennäköisen rahapeliongelman kriteerit täyttyivät.

Rahapeliongelma oli yleisin niillä vangeilla, joilla tuomion päärikos oli varkaus- tai omaisuusrikos.

Rahapelaaminen aiheuttaa vakavia taloudellisia ongelmia ja velkaantumista.

Rahapeliongelman tunnistus ja hoito ei saa jäädä erilaisten mielenterveyshaasteiden ja muiden riippuvuuksien hoidon katveeseen. Käytössä olevia hoidollisia työkaluja on mahdollista soveltaa myös vankiväestöön.

Rahapeliongelmat

Johdanto

Ongelmalliseen rahapelaamiseen liittyvät haitat ovat laaja-alaisia ja koskettavat niin pelaajaa itseään kuin hänen lähipiiriään ja laajemmin ottaen koko yhteiskuntaa (1). Rahapeliongelmiin yhteydessä esiintyy tyypillisesti muita oireita, kuten mielenterveysongelmia ja päihdehäiriöitä, ja ne johtavat usein yksilöiden eristäytymiseen ja yhteiskunnassa sosiaalisen eriarvoisuuden lisääntymiseen (2, 3). Rahapeliongelmiin tiedetään olevan yleisempiä taloudellisesti ja sosiaalisesti huonossa asemassa olevissa ryhmissä. Rahapelaaminen aiheuttaa vakavaa kuormittumista. Se tuo usein mukanaan vaikeita taloudellisia ongelmia, kuten ylivelkaantumista, ja vaikuttaa kielteisesti ihmisiin ja psyykkiseen sekä fyysiseen terveyteen. Rahapeliongelmiin liittyy edelleen leimaantumisen pelkoa, stigmaa, ja häpeän tunteita. Itsetuhoiset ajatukset, itsemurhayritykset ja itsemurhakuolleisuus ovat yleisempiä rahapeliongelmiä kokeneilla yleisväestöön verrattuna (4).

Rahapeliongelmiin yleisyydestä vankien keskuudessa ei ole tarkkaa kuvaa Suomessa. Vangit jäävät väestökyselyiden otantojen ulkopuolelle. Muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa ongelmallisen rahapelaamisen on havaittu olevan vangeilla 5–10 kertaa yleisväestöä yleisempää (5, 6). Tästä on saatu viitteitä myös suomalaisessa pilottitutkimuksessa, joka osoitti, että tuomiota edeltävän 12 kuukauden ajanjaksolla mitattuna 16 prosentilla tutkimukseen osallistuneista vangeista havaittiin todennäköinen rahapeliongelma (7). Lisäksi joka kolmas vangeista, joilla oli tuomio omaisuus- tai talous-

rikoksesta tai ryöstöstä, pelasi rahapelejä todennäköisesti ongelmallisella tasolla (7). Samassa pilottitutkimuksessa 24 prosenttia tutkimukseen osallistujista ilmaisi halukkuutensa saada tukea rahapeliongelmaansa.

Ammattilaisten näkemyksiä vankien rahapelaamisesta selvitettiin toisessa pilottitutkimuksessa (8). Tutkimukseen osallistuneesta vankilahenkilökunnasta (n=21), 38 prosenttia oli kohdannut yhdestä kolmeen asiakasta, jolla oli rahapeliongelma, kolmasosa oli kohdannut neljästä kymmeneen rahapeliongelmaista, ja yksi työntekijä (4,8 %) oli kohdannut vähintään 11 rahapeliongelmaista. Miltei puolet vastaajista tunnisti tiedon tarpeen osaamisen kehittämisessä ja tiedon lisäämisessä. Vaikka rahapeliongelmat ovat siis yleisiä vankiväestössä, ja vaikka hoitamaton rahapeliongelma kasvattaa riskiä uusintarikollisuudelle (9, 10), ongelmallisen rahapelaamisen seulonta vankiloissa ei ole vielä systemaattista Suomessa.

Kanadalaisen tutkimuksen mukaan 65 prosenttia vangeista, joilla oli rahapeliongelma, oli tehnyt rikoksia rahapelaamisesta johtuen (10). Rahapeliongelmien ja rikostuomioiden välistä yhteyttä on Suomessa tarkasteltu myös väestötasolla (11). Rikostuomiot olivat yleisempiä henkilöillä, joilla oli todennäköinen rahapeliongelma tai -riippuvuus, verrattuna riskitasolla pelaaviin, viihdepelaajiin ja heihin, jotka eivät pelaa lainkaan. Sama tutkimus osoitti myös, että erityisesti perustoimeentulotuen saaminen oli yhteydessä sekä useampiin rikostuomioihin että rahapelaamisen vakavuuteen.

Rikollisuuden ja ongelmallisen rahapelaamisen arvellaan olevan yhteydessä tiettyihin persoonallisuuden piirteisiin ja diagnostisiin kategorioihin, erityisesti psykopatiaan ja antisosiaaliseen persoonallisuuteen (12, 13). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) on kansainvälisissä tutkimuksissa ollut vankien keskuudessa 5–10 kertaa yleisempi kuin yleisväestössä. Nuorisovangeilla ADHD:n esiintyvyys on 30 prosenttia ja aikuisilla vangeilla 26 prosenttia (14). Toisaalta ADHD-diagnosiin liittyy yleisväestöön verrattuna noin 3,5-kertainen riski rahapeliongelmiin (15). Antisosiaaliselle persoonallisuudelle ja ADHD:lle yhteinen piirre on esimerkiksi impulsiivisuus, joka on myös altistava tekijä ongelmallisen rahapelaamisen polkumallisissa (16). Impulsiivisuus on yhdistetty myös rahapeliongelmiin liittyvään rikollisuuteen (17). Näistä ilmiöistä voi lukea lisää raportin luvusta [ADHD ja neurokirjon piirteet](#).

Ongelmallinen rahapelaaminen, rikollisuus, hyvinvoinnin haasteet ja sosiaalinen huono-osaisuus kietoutuvat yhteen (3). Rahapelihaitat vaikeuttavat vankien kykyä sopeutua yhteiskuntaan tuomion jälkeen (2). Tukea ja hoitoa tarvitaan uusintarikollisuuden ehkäisemiseksi. Tutkimukset (18, 16, 20) osoittavat, että tuen ja hoidon tarjoamisesta on uusintarikollisuuden ehkäisyn kannalta hyötyä.

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Tämän osatutkimuksen tavoitteena oli selvittää rahapeliongelmien esiintyvyyttä vangeilla. Tätä varten mukana oli ensimmäistä kertaa Brief Biosocial Gambling Screen -mittari (BBGS), joka kartoittaa kolmen kysymyksen avulla todennäköistä rahapelion-

gelmaa. BBS tarkastelee rahapelaamisen vakavuutta viimeisen vuoden aikana esiintyneiden vieroitusoireiden (levottomuus, ahdistus tai ärtyneisyys), pelaamisen piilottelun ja rahan lainaamiseen johtaneiden taloudellisten ongelmien näkökulmista. Vaikka rahapelaaminen on kansainvälisten tutkimusten mukaan kohtalaisen yleistä vankiloissa, mahdollisuudet etenkin laillisesti järjestettyyn rahapelaamiseen ovat paljon rajoitetummat vankilaympäristössä. Tästä syystä mittarin aikajänne sovitettiin rikosseuraamuskontekstia varten muotoon, jossa vastaaja pyydetään tarkastelemaan rahapelaamistaan 12 kuukautta ennen tuomion täytäntöönpanoa. Ensimmäinen kysymys toimi myös porttikysymyksenä sille, onko vastaaja ylipäätään pelannut rahapelejä.

BBS-kysymykset olivat:

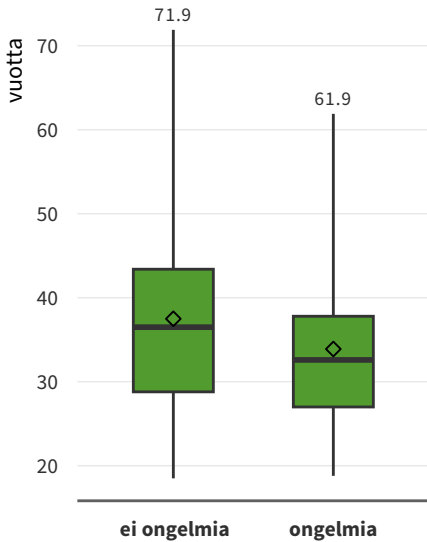
1. Onko pelaamisen lopettaminen tai vähentäminen aiheuttanut sinussa levottomuutta, ahdistusta tai ärtyneisyyttä vankilassa oloa edeltäneen 12 kuukauden aikana? (Kyllä / Ei / En pelaa rahapelejä)
2. Oletko vankilassa oloa edeltäneen 12 kuukauden aikana yrittänyt salata perheeltäsi tai ystäviltäsi, paljonko pelasit? (Kyllä / Ei)
3. Onko pelaamisesi aiheuttanut sinulle vankilassa oloa edeltäneen 12 kuukauden aikana sellaisia taloudellisia ongelmia, että olet joutunut hankkimaan perheeltäsi, läheisiltäsi tai sosiaalipalveluista apua elinkustannuksiisi? (Kyllä / Ei)

Mittarin pisteet vaihtelevat siten nolasta kolmeen. Jokaisesta myöntävästä vastauksesta (Kyllä/Ei) vastaaja saa yhden pisteen. Jo yksi piste viittaa todennäköiseen rahapeliongelmaan. Tässä osatutkimuksessa tarkasteltiin todennäköisten rahapeliongelmien esiintyvyyttä, rahapelaamiseen liittyvän levottomuuden, ahdistuksen ja ärtyneisyyden, pelaamisen salaamisen ja taloudellisten ongelmien ilmenemistä sekä rahapeliongelmiin apua tarjoavien palveluiden käyttöä tutkimukseen osallistuneilla vangeilla eri vastaajaryhmittäin.

Tulokset

Kaikista vastaajista 49 prosenttia raportoi pelanneensa rahapelejä. Miehistä rahapelejä oli pelannut 51 prosenttia ja naisista 42 prosenttia. Vangeista, jotka oli tuomittu pääririkoksenaan varkaus tai omaisuusrikos, rahapelien pelaaminen oli yleisintä. Heistä 63 prosenttia oli pelannut rahapelejä. Rahapelien pelaaminen oli hieman yleisempää vangeilla, joiden koulutustaustana oli enintään peruskoulu. Heistä 54 prosenttia oli pelannut rahapelejä. Kaikista tutkimukseen osallistuneista vangeista 13 prosenttia sai vähintään yhden pisteen BBS-mittarilla. Kaikista rahapelejä pelanneista vangeista osuus oli 26 prosenttia.

BBS-mittarilla pisteitä saaneet olivat iältään nuorempia (keskiarvo 33,9 vuotta ja keskihajonta 9,2) verrattuna vastaajiin, jotka eivät saaneet todennäköiseen rahapeliongelmaan viittaavia pisteitä (keskiarvo 37,5 vuotta ja keskihajonta 10,8), Kuvio 1 seuraavalla sivulla. BBS-pisteitä saaneista yli 90 prosenttia oli alle 47-vuotiaita. Alle



Kuvio 1. BBSG-mittarilla ongelmapelaamisen kriteerit täyttävien ikäjakauma verrattuna vastaajiin, joilla ei todettu ongelmia.

30-vuotiaista vastaajista seula täytti 17 prosentilla. Ensikertalaisista 14 prosenttia sai rahapeliongelmaan viittaavan tuloksen. Aikaisempia tuomioita saaneilla esiintyvyys oli 11 prosenttia. Niistä vastanneista vangeista, joiden päärikostyyppi oli varkaus tai omaisuusrikos, 22 prosentilla oli todennäköinen rahapeliongelma. Huumausainerikoksista tuomituilla todennäköisen rahapeliongelman esiintyvyys oli 12 prosenttia ja muiden päärikostyyppien kohdalla 11 prosenttia.

BBSG-pisteitä saaneista vangeista 37 prosenttia oli kokenut taloudellista väkivaltaa. Sen sijaan vangeista, jotka saivat nolla BBSG-pistettä, 32 prosenttia oli vastaavasti kokenut taloudellista väkivaltaa. Tutkittavien kokemuksia erilaisen väkivallan kohteeksi joutumise-

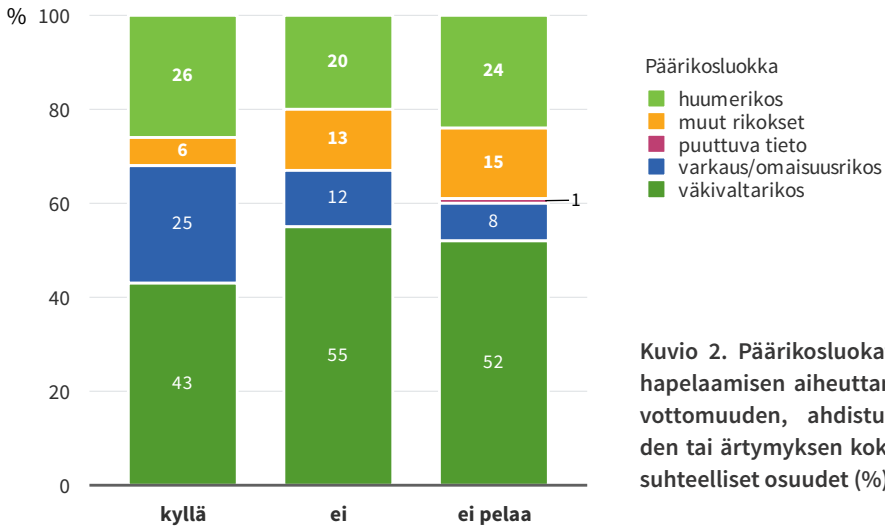
sestä selvitetään tarkemmin raportin luvussa [Väkivallan kokemukset ja traumaattisten stressioireiden esiintyvyys](#).

Koko elämän aikaista päihteiden käyttöä arvioiden 95 prosenttia BBSG-pisteitä saaneista vangeista täytti myös päihderiippuvuuteen viittaavat kriteerit ja vastaavasti 85 prosenttia niistä, jotka eivät saaneet BBSG-pisteitä. Alkoholin käytön osalta osuus oli 73 prosenttia ja huumausaineiden suhteen 84 prosenttia.

Kun tarkastellaan BBSG-mittarin kysymyksiä erikseen, voidaan havaita, että pelaamisen aiheuttamaa levottomuutta, ahdistusta tai ärtyneisyyttä oli kokenut noin joka kymmenes rahapelejä pelannut vastaaja, miehistä 11 prosenttia ja naisista 7 prosenttia. Nämä kokemukset olivat selvästi yleisempiä vangeilla, joiden päärikos oli varkaus tai omaisuusrikos. Heistä noin joka viides vastasi myöntävästi tähän kysymykseen samoin kuin 12 prosenttia huumausainerikoksista tuomituista. Varkaus- tai omaisuusrikoksista tuomittuja oli rahapelaamisen aiheuttamaa levottomuutta, ahdistusta tai ärtyneisyyttä kokeneista 25 prosenttia, Kuvio 2.

Ryhmässä, jossa näitä pelaamiseen liittyviä tunteita ei ollut koettu, varkaudesta tai omaisuusrikoksesta tuomittuja oli 12 prosenttia, ja rahapelejä pelaamattomien joukossa kahdeksan prosenttia. Väkivaltarikoksista tuomittuja heidän keskuudessaan oli vähemmän kuin niiden vankien keskuudessa, jotka eivät olleet kokeneet levottomuutta, ahdistusta tai ärtyneisyyttä tai jotka eivät pelanneet lainkaan.

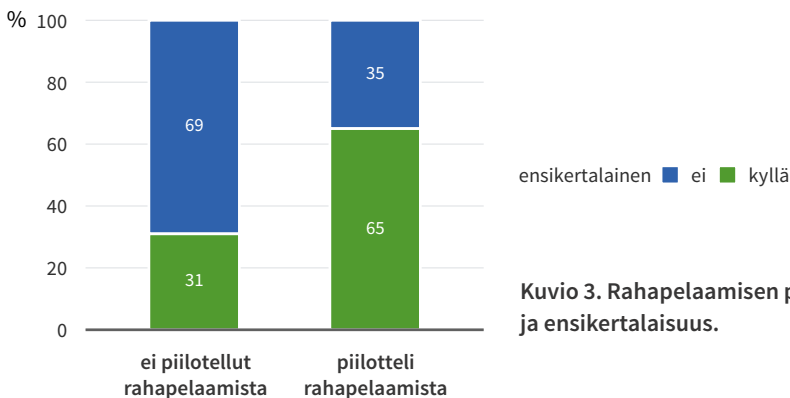
Pelaamisen määrän perheeltä tai ystäviltä raportoi piilotelleensa 12 prosenttia rahapelejä pelanneista vastaajista, miehistä 11 prosenttia ja naisista 17 prosenttia. Ensikertalaisista 22 prosenttia raportoi piilotelleensa perheeltään tai ystäviltään pelaamisensa määrää. Niin ikään varkaudesta tai omaisuusrikoksesta tuomituista noin joka



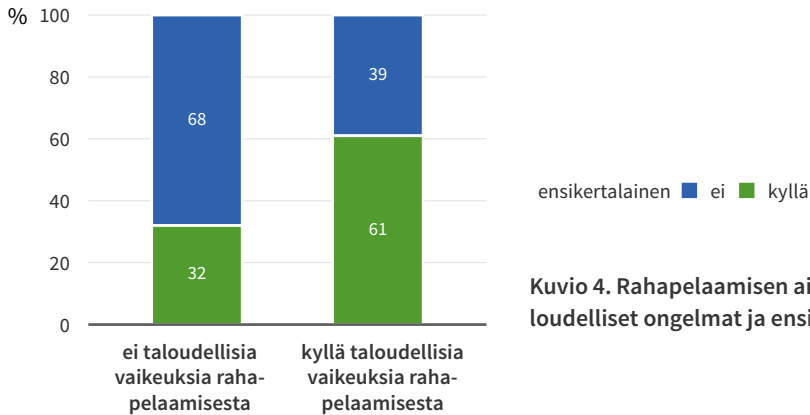
Kuvio 2. Päärikosluokat ja rahapelaamisen aiheuttaman levottomuuden, ahdistuneisuuden tai ärtymyksen kokemisen suhteelliset osuudet (%).

viides oli piilotellut pelaamistaan perheeltä tai ystäviltä. Pelaamisen piilottelu oli yleisempää (19 %) vangeilla, joilla elämänaikaisia vankilapäiviä oli ollut alle kaksi vuotta. Rahapelaamista piilotelleista 52 prosenttia oli elämästään viettänyt alle kaksi vuotta vankilassa ja 65 prosenttia oli ensikertalaisia, Kuvio 3. Niistä rahapelejä pelanneista vangeista, jotka eivät olleet piilotelleet rahapelaamistaan, 72 prosenttia oli viettänyt vankilassa alle kaksi vuotta elämästään.

Rahapelejä pelanneista vangeista 11 prosenttia raportoi rahapelaamisen aiheuttaneen taloudellisia ongelmia, joiden johdosta he olivat joutuneet hankkimaan perheeltä, läheisiltä tai sosiaalipalveluista apua elinkustannuksiin. Rahapelejä pelanneista naisista noin viidennes oli kokenut tällaisia taloudellisia ongelmia pelaamisensa seurauksena. Taloudellisia vaikeuksia rahapelaamisensa seurauksena kokeneista rahapelejä pelanneista vangeista 36 prosenttia oli naisia.



Kuvio 3. Rahapelaamisen piilottelu ja ensikertalaisuus.



Kuvio 4. Rahapelaamisen aiheuttamat taloudelliset ongelmat ja ensikertalaisuus.

Vastaavasti rahapelejä pelanneista vangeista, jotka eivät ole kokeneet taloudellisia vaikeuksia rahapelaamisestaan, 18 prosenttia oli naisia. Taloudelliset ongelmat rahapelaamisen seurauksena olivat yleisempiä alle 30-vuotiailla rahapelejä pelanneilla vastaajilla. Heistä 19 prosenttia oli kokenut tällaisia taloudellisia ongelmia oman rahapelaamisensa seurauksena.

Rahapelaamiseen liittyvät vakavat taloudelliset ongelmat olivat yleisimpiä ensikertalaisilla (19 %) ja ryöstöstä tai omaisuusrikoksesta tuomituilla vangeilla (17 %). Taloudellisia vaikeuksia rahapelaamisestaan kokeneista rahapelejä pelanneista vangeista 61 prosenttia oli ensikertalaisia, Kuvio 4. Niistä rahapelejä pelanneista vangeista, jotka eivät olleet kokeneet taloudellisia vaikeuksia rahapelaamisensa vuoksi, 32 prosenttia oli ensikertalaisia.

Kaikkien BBGS-pisteitä saaneiden keskuudessa ärtyneisyys oli yleisimmin koettu oire, sitä ilmeni 82 prosentilla. Ystäviltä tai perheeltä rahapelaamisestaan oli salannut 48 prosenttia BBGS-pisteitä saaneista vastaajista. Vakavia rahapelaamisen aiheuttamia taloudellisia ongelmia oli kokenut 44 prosenttia niistä vastaajista, jotka olivat saaneet BBGS-pisteitä.

Kaikista rahapelejä pelanneista vastaajista kolme prosenttia oli ollut joskus avohoidossa, kuten Peliklinikalla, A-klinikalla tai päihde- ja mielenterveysyksikössä, rahapeliongelman takia. Vankiterveydenhuollon palveluita rahapeliongelmiensa vuoksi oli käyttänyt noin prosentti vastaajista. Samaan aikaan on olennaista huomata, ettei Vankiterveydenhuollolla ole ollut kohdennettuja palveluita rahapeliongelmiä kokeville asiakkaille. Rikosseuraamuslaitoksen vankilaosastojen psykologien ja ohjaajien antamaa tukea rahapeliongelmiin oli saanut noin kolme prosenttia kaikista vastaajista. Vastaavasti kolme prosenttia oli käyttänyt joitakin muita palveluita rahapeliongelmiensa vuoksi vankeusaikanaan. Valtaosassa muiden palveluiden käyttöön liittyvistä avovastauksista vastaaja kuitenkin totesi, ettei hänellä ollut rahapeliongelmaa tai ettei hän ollut käyttänyt mitään palvelua. Muiden palveluiden käytöksi mainittiin ystävien ja perheen kanssa keskustelu tai oma päätös lopettaa rahapelaaminen.

Johtopäätökset

Rahapelejä pelataan vankien keskuudessa harvemmin kuin väestössä keskimäärin, mutta rahapeliongelmat ovat verrattain yleisiä. Yleisväestössä rahapeliongelman esiintyvyys on noin kolme prosenttia (1). Tämän tutkimuksen perusteella 13 prosenttia vangeista kokee todennäköisiä rahapeliongelmia. On huomattava, että väestökyselyissä rahapeliongelmia arvioidaan eri mittarilla.

Yli viidennes vangeista, joiden tuomion päärikos oli varkaus- tai omaisuusrikos, sai rahapeliongelmaan viittaavan tuloksen BBGS-mittarilla. Tämän tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voida sanoa, liittyvätkö nämä tuomiot esimerkiksi rikollisuuteen, jolla rahoitetaan rahapelaamista. Etenkin rahapelaamisen aiheuttama levottomuus, ahdistuneisuus ja ärtyneisyys olivat yleisempiä vangeilla, joiden päärikos oli varkaus- tai omaisuusrikos. Tässä tutkimuksessa ei tiedusteltu rahapelaamisen yhteyttä rikolliseen toimintaan, eikä ole selvää ovatko kyselyyn rahapelaamiseen liittyvä levottomuus, ahdistuneisuus tai ärtyneisyys rikollisuuden taustasyä vai sen seurausta. Rahapelaamisen aiheuttamat vakavat taloudelliset vaikeudet, joita oli 11 prosentilla rahapelejä pelanneista vangeista, ovat selkeä riskitekijä rahapelihaittojen syventymiselle, ja ne saattavat johtaa tilanteeseen, jossa rikollinen toiminta näyttäytyy ainoana mahdollisuutena hankkia rahaa rahapelaamiseen tai tilanteesta ulospääsemiseen (21).

Ensikertalaisten osuus oli suurempi joukossa, joka oli piilotellut pelaamistaan, verrattuna ryhmään, jossa tällaista käyttäytymistä ei ollut esiintynyt. Rahapelaamisen intensiteetin piilottelun taustalla on suurta häpeää omasta toiminnasta. Rahapeliongelmaan liittyy edelleen paljon tietämättömyyttä ja siitä kumpuavia stigmoja, jotka vaikeuttavat asian kohtaamista ja avoimuutta. Toisinaan rahapelaamisen piilottelun taustalla on myös oman moraalin tai lain vastaista toimintaa rahapelaamisen rahoittamiseksi.

Naiset olivat kokeneet yleisemmin rahapelaamisensa seurauksena sellaisia taloudellisia ongelmia, joiden seurauksena he olivat joutuneet hankkimaan perheeltä, läheisiltä tai sosiaalipalveluista apua elinkustannuksiin. On mahdollista, että naisten taloudellinen tilanne on ollut siviilissä haavoittuvampi. Toisaalta kyselyyn vastanneilla naisilla saattaa olla paremmat sosiaaliset verkostot kuin miehillä, tai naisten kynnys kysymyksessä esitetyn kaltaisen avun vastaanottamiseen on ollut matalampi. Sosiaalisista suhteista rikostaustaisilla voi lukea lisää raportin luvusta [Yksinäisyys ja sosiaaliset suhteet](#).

Todennäköiset rahapeliongelmat olivat yleisempiä nuoremmilla vastaajilla ja ensikertalaisilla. Jotta mahdollisia rikoskierteitä voitaisiin katkaista ja tuomion jälkeiseen arkeen palaamista helpottaa, on olennaista, että mahdollinen rahapeliongelma havaitaan ja siihen tarjotaan apua jo tuomion aikana. Rahapeliongelmat ovat yleisväestössä varsin yleisiä nuorilla miehillä, jotka ovat vaikeasti tavoitettava ja interventioihin huonosti reagoiva kohderyhmä (22, 23, 24). Impulsiivisuus ja etenkin väkivaltarikoskäyttäytyminen ovat huipussaan nimenomaan nuorilla miehillä (25, 26).

Tuen piiriin on rahapeliongelmiensa vuoksi päästy harvoin avohoidossa ennen tuomiota, vielä harvemmin vankeusaikana. Käytännössä Vankiterveydenhuollolla ei ole

tähän mennessä ollut saatavilla palveluita rahapeliongelmiä kokeville rikosseuraamusasiakkaille, ja vastaavasti palveluita on ollut niukasti myös Rikosseuraamuslaitoksella. Esimerkiksi rahapeliongelmiä kokeville yleisesti tarjolla olevien verkkopohjaisten hoito-ohjelmien käyttöön liittyy vankilaoiloissa haasteita, sillä vankien internetin käyttö on ollut rajoitettua. Älyvankila-hankkeen myötä internetin ja digitaalisten palveluiden saatavuus on kuitenkin laajenemassa eri vankiloihin.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Koska rahapeliongelmat ovat varsin yleisiä vangeilla, rahapelaamisen seulonta on hyvä integroida rikosseuraamuskäytäntöihin. Rahapelaamisen puheeksi ottoon on saatavilla Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen yhdessä muiden rahapelikentän toimijoiden kanssa tuottamia tukimateriaaleja ja koulutusta, jotka voidaan räätälöidä rikosseuraamustyöntekijöiden tarpeisiin. Tässäkin tutkimuksessa käytetty BBGS-mittarin kaltainen lyhyt seulontatyökalu auttaa tunnistamaan rahapeliongelmiä kokeneita ja mahdollisesta riippuvuushäiriöstä kärsiviä vankeja. Rahapelaamista voidaan muodossa tai toisessa jatkaa myös vankeusaikana. Kansainvälisistä tutkimuksista (27, 28, 29) tiedetään, että yksityisesti järjestetty rahapelaaminen vankien keskuudessa on varsin yleistä. Rahapelaamiseen liittyvät velat voivat aiheuttaa myös vankien välistä väkivaltaa.

Myös rikosseuraamusasiakkaille rahapeliongelmiin tarjottavaa tukea on mahdollista tehostaa ja tuoda saataville vankiloihin. Terveystieteiden ja hyvinvointipalveluiden tasa-arvoisen ja yhdenvertaisen saatavuuden kannalta on tärkeää, että mahdollinen rahapeliongelma otetaan huomioon esimerkiksi rangaistusajan suunnitelmia laadittaessa. Rahapeliongelman hoito ei saa jäädä erilaisten mielenterveyshaasteiden ja muiden riippuvuuksien hoidon katveeseen. Rahapelaaminen aiheuttaa vakavia taloudellisia ongelmia ja velkaantumista, joiden selvittämisen tukeminen on ensiarvoisen tärkeää. Hoitamattomat taloudelliset ongelmat ovat korkea riski pelaamisen jatkumiselle. Rahapelaamiseen liittyvän stigman vuoksi rahapelaamisesta ja siihen liittyvästä velkaantumisesta voi olla vaikea puhua. Luottamuksellisen ja kunnioittavan vuorovaikutuksen luominen on ensiarvoisen tärkeää, jotta usein moninaisesti kuormittavassa tilanteessa elävä vanki saa voimavaroja muutokseen eikä jää rahapeliongelman kanssa yksin.

Rahapelaamisen ensisijainen motiivi on tyypillisesti rahan voittaminen, mutta rahapelaamisesta haetaan myös esimerkiksi jännitystä elämään tai hetkellistä helpotusta tylsyyteen (30). Rahapelaamisella saatetaan pyrkiä myös pakenemaan kuormittavaa elämäntilannetta, osoittamaan omaa taituruuttaan tai hakemaan onnistumisen kokemuksia. Voidaan olettaa, että tämänkaltaisia tarpeita tyydyttäviä virikkeitä ja onnistumisen kokemuksia tarjoavassa ympäristössä myös tarve rahapelaamiselle vähenee. On todennäköistä, että sekä rahapeliongelmiä että rikollisuutta voidaan ennaltaehkäistä tukemalla yksilöiden hyvinvointia ja vähentämällä huono-osaisuutta. Vastuullinen rahapelipolitiikka on näin ollen myös olennainen osa rikollisuuden ehkäisyä.

Kriminaalihuollon tukisäätiön kolmivuotinen RISERaPeli-hanke käynnistyi vuoden 2021 lopulla. Sen tarkoitus on integroida valtakunnallinen rahapeliongelmiin palvelukokonaisuus osaksi kaikkia yhdyskuntaseuraamuksia. Hankkeen toiminta kohdistuu ensisijaisesti yhdyskuntaseuraamusasiakkaisiin, ja hanke edistää rahapeliongelmiin tunnistamista, ehkäisyä sekä kuntoutusta. Hankkeessa koulutetaan Rikosseuraamuslaitoksen työntekijöitä ottamaan rahapelaaminen puheeksi sekä tunnistamaan ongelmallinen pelaaminen. Hankkeessa tarjotaan verkon ja puhelimen välityksellä toteutettavaa kuntoutusta.

Rahapelaamisen, rahapeliongelmiin ja rikollisen käyttäytymisen välisiä syy-seuraussuhteita ei vielä kovin laajasti tunneta. Tulevaisuudessa on tärkeää vahvistaa ymmärrystä tarkkaavaisuus- ja muiden impulssikontrolliin vaikuttavien häiriöiden, rikollisuuden ja rahapeliongelmiin välisistä suhteista. Samoin on tärkeää ottaa selvää vankien rikosurien kehityksestä rahapelaamisen ja rahapeliongelmiin näkökulmasta kuin myös vankeusaikana tapahtuvasta rahapelaamisesta ja sen seurauksista, kuten vankien välisestä väkivallasta. Esimerkiksi velkaantumisen vaikutukset peliongelmaiselle itselleen ja hänen lähipiirilleen jatkuvat rikosseuraamuksen jälkeenkin, ja niihin puuttaminen auttaa vankia kiinnittymään paremmin yhteiskuntaan.

Kirjoittajat

Kalle Lind

YTT, Erikoistutkija
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö
Rahapelihaitat-tiimi, THL
Ei sidonnaisuuksia

Jussi Palomäki

Erikoistutkija
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö
Rahapelihaitat-tiimi, THL
Ei sidonnaisuuksia

Jonna Levola

Kliininen opettaja, apulaisylilääkäri
Dosentti (päihdelääketiede) Helsingin yliopisto
Sidonnaisuudet: Päihdelääketieteen yhdistys, hallituksen puheenjohtaja

Sari Castrén

FT, psykologi
Tutkimuspäällikkö
Rahapelihaitat-tiimi, THL
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö
Dosentti (riippuvuushäiriöt) Turun yliopisto
Dosentti (kansanterveystiede) Helsingin yliopisto
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Salonen, A.H., Lind, K., Hagfors, H., Castrén, S. ja Kontto, J. 2020: Rahapelaaminen, peliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet vuosina 2007–2019. Suomalaisten rahapelaaminen 2019. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 18/2020.
- 2) Williams, D.J., ja Walker, G.J. 2009: Does offender gambling on the inside continue on the outside? Insights from correctional professionals on gambling and re-entry. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48(5), 402–415.
- 3) Lind, K. 2022: Problem Gambling and Criminal Behavior: Perspectives on Comorbidities and Social Disadvantage. Akateeminen väitöskirja. Tampere University Dissertations 667. Faculty of Social Sciences. Doctoral Programme in Social Sciences, Tampere.
- 4) Gray, H.M., Edson, T.C., Nelson, S.E., Grossman, A.B., LaPlante, D.A. 2021: Association between gambling and self-harm: a scoping review. *Addiction Research & Theory*, 29(3), 183–195.
- 5) Turner, N.E., McAvoy, S., Ferentzy, P., Matheson, F.I., Myers, C., Jindani, F., Malat, J. 2017: Addressing the issue of problem gambling in the criminal justice system: a series of case studies. *Journal of Gambling Issues*, 35, 1–27.
- 6) Banks, J., Waters, J., Andersson, C., Olive, V. 2020: Prevalence of gambling disorder among prisoners: a systematic review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(12), 1199–1216.
- 7) Lind, K., Salonen, A.H., Järvinen-Tassopoulos, J., Alho, H., Castrén, S. 2019: Problem Gambling and Support Preferences among Finnish Prisoners: a Pilot Study in an Adult Correctional Population. *International Journal of Prisoner Health*, 15, 316–331. <https://doi.org/10.1108/IJPH-07-2018-0041>.
- 8) Castrén, S., Lind, K., Järvinen-Tassopoulos, J., Alho, H., Salonen, A.H. 2019: How to support prison workers' perceived readiness to identify and respond to possible gambling problems: a pilot study from two Finnish prisons. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(2), 478–493.
- 9) Lloyd, C.D., Chadwick, N., Serin, R.C. 2014: Associations between gambling, substance misuse and recidivism among Canadian offenders: a multifaceted exploration of poor impulse control traits and behaviours. *International Gambling Studies*, 14(2), 279–300.
- 10) Turner, N.E., Preston, D.L., Saunders, C., McAvoy, S., Jain, U. 2009: The relationship of problem gambling to criminal behavior in a sample of Canadian male federal offenders. *Journal of Gambling Studies*, 25(2), 153–169.
- 11) Lind, K., Hellman, M., Obstbaum, Y., Salonen, A.H. 2021: Associations between Gambling Severity and Criminal Convictions: Implications for the Welfare State. *Addiction Research & Theory*, 29(6), 519–530. <https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1902995>
- 12) Folino, J.O. ja Abait, P.E. 2009: Pathological gambling and criminality. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(5), 477–481.
- 13) Mishra, S., Lalumière, M.L., Morgan, M., Williams, R.J. 2011: An examination of the relationship between gambling and antisocial behavior. *Journal of Gambling Studies*, 27(3), 409–426.
- 14) Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., Hodgkins, P. 2015: A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol Med.* (2):247–58. doi: 10.1017/S0033291714000762.
- 15) Jacob, L., Haro, J.M., Koyanagi, A. 2018: Relationship between attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and problem gambling: A mediation analysis of influential factors among 7,403 individuals from the UK. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 781–791.
- 16) Blaszczynski, A., ja Nower, L. 2002: A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499.
- 17) Mestre-Bach, G., Steward, T., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Talón-Navarro, M.T., Cuquerella, À., Jiménez-Murcia, S. 2018: Gambling and impulsivity traits: A recipe for criminal behavior?. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 6.
- 18) Brown, R.I.F. 1987: Pathological gambling and associated patterns of crime: Comparisons with alcohol and other drug addictions. *Journal of Gambling Behavior*, 3(2), 98–114.
- 19) Blaszczynski, A. ja Silove, D. 1996: Pathological gambling: Forensic issues. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(3), 358–369.
- 20) McKenna, B., Brown, R., Rossen, F., & Gooder, C. 2013: Final report on problem gambling

- research: Delivery of problem gambling services to prisoners. University of Auckland.
- 21) Sakurai, Y. ja Smith, R. 2003: Gambling as a motivation for the commission of finance crime, trends and issues in crime and criminal justice. No. 25. Canberra: Australian Institute of Criminology.
 - 22) Slutske, W.S., Blaszczynski, A., Martin, N.G. 2009: Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research and Human Genetics*, 12(5), 425–432.
 - 23) Rockloff, M. J., Schofield, G. 2004: Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *Journal of gambling studies*, 20, 121–126.
 - 24) Baxter, A., Salmon, C., Dufresne, K., Carasco-Lee, A., Matheson, F.I. 2016: Gender differences in felt stigma and barriers to help-seeking for problem gambling. *Addictive behaviors reports*, 3, 1–8.
 - 25) Widinghoff, C., Berge, J., Wallinius, M., Billstedt, E., Hofvander, B., Håkansson, A. 2019: Gambling disorder in male violent offenders in the prison system: Psychiatric and substance-related comorbidity. *Journal of gambling studies*, 35, 485–500.
 - 26) Räsänen, T., Lintonen, T., Raisamo, S., Rimpelä, A., Konu, A. 2015: Gambling, violent behaviour and attitudes towards violence among adolescent gamblers in Finland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(5), 465–478.
 - 27) Smith, L.R., Sharman, S., Roberts, A. 2022: Gambling and crime: An exploration of gambling availability and culture in an English prison. *Criminal Behaviour and Mental Health*.
 - 28) Lelonek-Kuleta, B. 2020: Gambling in Prisons-A Nationwide Polish Study of Sentenced Men. *Journal of Gambling Issues*, 44.
 - 29) McEvoy, A. ja Spirgen, N. 2012: Gambling among prison inmates: Patterns and implications. *Journal of gambling studies*, 28, 69–76.
 - 30) Hagfors, H., Castrén, S., Salonen, A.H. 2022: How gambling motives are associated with socio-demographics and gambling behavior – A Finnish population study, *Journal of Behavioral Addictions*, 11(1), 63–74. doi: <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00003>



Aleksitymiolla tarkoitetaan tunteiden tunnistamisen ja käsittelyn vaikeutta.

Joka viides vanki on aleksityyminen, mikä tarkoittaa perusväestön verrattuna noin kaksinkertaista esiintyvyyttä.

Naisvangeilla on aleksitymiaa saman verran kuin miesvangeilla, vaikka perusväestössä miehillä aleksitymia on huomattavasti yleisempää.

Keskusteluun perustuvien menetelmien lisäksi vankien kuntoutuksessa on hyvä olla tarjolla erilaisia toiminnallisia ja kokemuksellisia hoitomuotoja.

Aleksitymia

Johdanto

Termi aleksitymia tulee kreikan sanoista *a lexi thymos*, mikä tarkoittaa ”ei sanoja tunteille”. Aleksityymisellä henkilöllä on hankaluuksia tunteiden tunnistamisessa ja kuvailussa sanallisesti. Kun tunnistaminen on hankalaa, myös käsittely jää puutteelliseksi. Aleksitymiaan liittyy taipumus konkreettiseen ja ulkokohtaiseen ajatteluun sekä somatisaatioon eli tunne-elämysten muuntumiseen fyysisiksi oireiksi. Lisätietoja aleksitymiaan kuuluvista kielellisistä piirteistä voi lukea tämän raportin luvusta [Kielelliset taidot](#).

Aleksitymia on yhteydessä lukuisiin psyykkisiin ja somaattisiin sairauksiin (1) sekä päihdehäiriöihin (2). Aleksitymia liitetään myös matalaan koulutus- ja tulotasoon, yksin elämiseen ja työttömyyteen sekä matalaan koettuun elämänlaatuun (3). Vaikeudet tunteiden tunnistamisessa ovat siis sidoksissa moniin ongelmiin, joita vangeilla tiedetään esiintyvän runsaasti. Aiemman tutkimuksen mukaan aleksitymiaa on havaittu sekä täysi-ikäisillä rikostaustaisilla henkilöillä (4) että vakavasti käyttöoireilevilla nuorilla (5, 6). Suomessa aleksitymian esiintyvyyttä vangeilla ei ole ennen selvitetty.

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

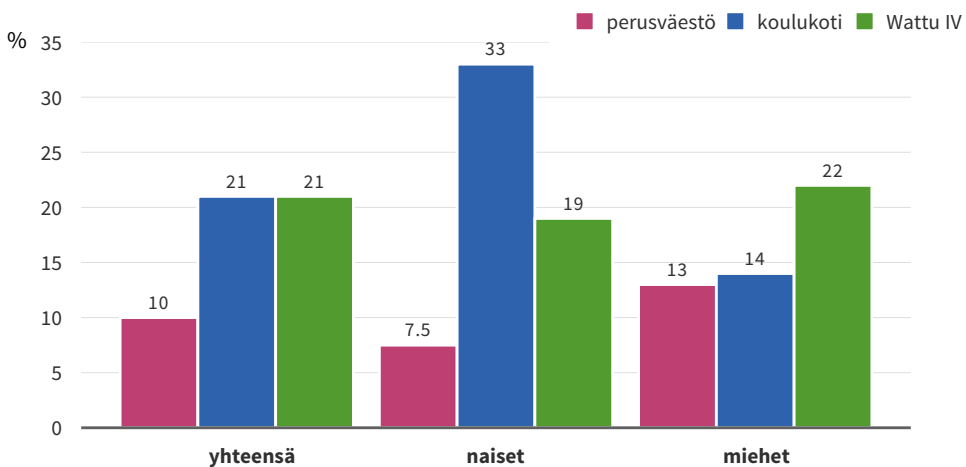
Tämä osatutkimus selvitti aleksitymian esiintyvyyttä vangeilla. Wattu IV -aineiston kyselyosuuden aleksitymiamittarin tuloksia verrattiin sekä perusväestön että kouluko-

tiin sijoitettujen nuorten vastaaviin tuloksiin. Aleksitymiä arvioitiin Toronto Alexithymia Scale – 20 item (TAS-20) -lomakkeen suomenkielisellä versiolla. TAS-20-mittarin ominaisuudet on validoitu, ja se on laajassa kansainvälisessä käytössä (7). Myös lomakkeen suomenkielinen versio on todettu toimivaksi (8).

TAS-20-mittari on itsetäytettävä lomake, joka sisältää 20 väittämää. Jokaiseen väittämään vastataan viisiportaisella asteikolla, jossa vastausvaihtoehdot sijoittuvat akselille ”vahvasti eri mieltä” – ”vahvasti samaa mieltä”. Kokonaissumman minimi on 20 ja maksimi 100 pistettä. Kokonaissumman lisäksi TAS-20 sisältää kolme alaskaalaa: 1) vaikeus tunnistaa tunteita (difficulties in identifying feelings and distinguishing them from the bodily sensations of emotion, DIF), 2) vaikeus kuvailla tunteita sanallisesti (difficulties in describing feelings to others, DDF) ja 3) ulkokohtainen ajattelu (externally oriented thinking, EOT).

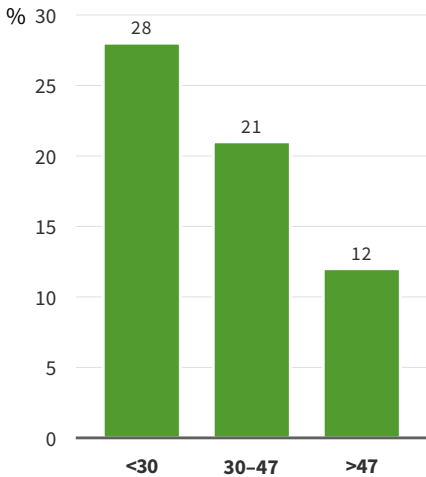
Tulokset

Viidesosa (21 %) vangeista oli aleksityymisiä, kun kriteerinä käytettiin TAS-20-kyseilyn kliinistä raja-arvoa. Sukupuolittain tarkasteltuna aleksitymiakriteerit täyttyivät 22 prosentilla miehistä ja 19 prosentilla naisista. Aiemmissa tutkimuksissa aleksitymian esiintyvyys on ollut väestötasolla noin kymmenen prosenttia, miehillä 13 prosenttia ja naisilla 7,5 prosenttia (9, 10). Aleksitymian esiintyvyys vankiväestössä on siten noin kaksinkertainen perusväestöön verrattuna. Vankinaisilla aleksitymian esiintyvyys oli kolminkertainen perusväestön naisiin verrattuna. Vankien aleksitymian esiintyvyys muistuttaa vakavan käyttösoireilun vuoksi koulukotiin sijoitettujen 13–17-vuotiaiden nuorten aleksitymian esiintyvyyttä. Nuorilla kriteerit täyttyivät joka viidennellä (21 %), pojista 14 prosentilla ja tytöistä 33 prosentilla (5). Aleksitymian osuudet eri ryhmissä on esitetty Kuvassa 1.



Kuva 1. Aleksityymisten henkilöiden prosentuaalinen osuus perusväestön, koulukotiin sijoitettujen nuorten ja vankien keskuudessa.

Vankien ikäryhmiä tarkasteltaessa havaittiin aleksitymian vähenevän iän myötä, kuva 2. Lähes kolmannes 18–29-vuotiaista vangeista oli aleksityymisiä, ikäryhmässä 30–47 vuotta heitä oli viidesosa, ja vanhimmassa, yli 47-vuotiaiden ryhmässä noin joka kahdeksas täytti aleksitymian kriteerit. Perusväestössä suunta on päinvastainen, sillä aleksityymisyys nousee iän myötä. Nuorista, 13–18-vuotiaista, vain noin seitsemän prosenttia on aleksityymisiä (11), mutta yli 85-vuotiaista lähes 30 prosenttia (10).



Kuva 2. Aleksityymisten vankien prosentuaalinen osuus eri ikäryhmissä.

Jatkuvana muuttujana laskettuna TAS-20-summapisteiden kokonaiskeskiarvo oli 51,1 (keskihajonta 11,3). Kokonaispisteissä ei ollut merkittävää eroa sukupuolten välillä, miehillä 51,4 (keskihajonta 11,1) ja naisilla 50,0 (keskihajonta 12,0). Perusväestössä TAS-20-keskiarvo on 45,8, miehillä 47,8 ja naisilla 43,9 (10). Koulukotiin sijoitettujen nuorten TAS-20-keskiarvo on 53,0 (keskihajonta 10,1), pojilla 53,1 ja tytöillä 52,7 (5).

Vankien summapisteiden vertailussa ikäryhmittäin havaittiin vastaava ilmiö kuin kliinisiä raja-arvoja käytettäessä. Aleksitymiapisteiden keskiarvo oli korkein 18–29-vuotiailla (keskiarvo 53,4, keskihajonta 11,4). Ikäryhmässä 30–47 vuotta keskiarvo oli 50,8 (keskihajonta 11,2) ja yli 47-vuotiailla 47,8 (keskihajonta 10,5). Perusväestön ikäryhmässä 30–44 vuotta aleksitymiapisteiden keskiarvo on 42,9 ja 45–74-vuotiailla 44,8–50,4 (10).

Mies- ja naisvankien kolmea TAS-20-mittarin alaskaalaa verrattaessa ilmeni, että naisvangeilla oli miehiä enemmän vaikeutta tunteiden tunnistamisessa (DIF). Miehillä puolestaan oli naisia enemmän vaikeutta kuvailla tunteita sanallisesti (DDF) sekä ulkokohtaista ajattelua (EOT). Alaskaalojen sukupuolierot vastasivat sekä perusväestön (10) että koulukotiryhmän (5) tutkimuksissa saatuja aiempia tuloksia.

Johtopäätökset

Tulosten perusteella aleksitymiaa on vankiväestössä noin kaksi kertaa enemmän kuin perusväestössä. Noin joka viides vanki täytti aleksitymian kriteerit, kun perusväestös-

sä aleksityymisiä on joka kymmenes suomalainen (11). Vankien korkea aleksityymia oli selvästi havaittavissa sekä kliinisiä raja-arvoja että TAS-20-mittarin summapistemäärää käytettäessä.

Aleksityymian esiintyvyys vaihteli vankien iän mukaan. Kolmasosa nuorista vangeista (18–29 vuotta) täytti kliinisesti merkittävän aleksityymian kriteerit, mikä vastaa noin nelinkertaista esiintyvyyttä perusväestön 13–18-vuotiaisiin verrattuna (11). Nuorilla vangeilla aleksityymia on myös selvästi yleisempää kuin koulukotiin sijoitetuilla nuorilla, joista aleksityymisiä on joka viides (5). Koulukotiin sijoitettujen nuortenkin joukossa aleksityymia on kuitenkin selvästi yleisempää kuin perusväestön nuorten keskuudessa.

Nuorten vankien ja koulukotiin sijoitettujen nuorten korkea aleksityymia saattaa liittyä vaikeaan kokonaistilanteeseen, jossa tunteidensäätelykyky ei ole kehittynyt asianmukaisesti. Näissä erityisryhmissä on ikätovereita enemmän mielenterveys- ja päihdeongelmia sekä traumakokemuksia, matalampi resilienssi sekä vaikeuksia koulu- ja opiskelupolulla. Lisäksi heidän sosiaalinen lähiverkostonsa koostuu usein toisista asosiaalista henkilöistä. Aiemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että aleksityymialla on yhteys lapsuudenaikaiseen kaltoinkohteluun (12).

Vankien ikäryhmässä 30–47 vuotta aleksityymiaa esiintyi noin kolmin- tai nelinkertaisesti saman ikäiseen perusväestöön verrattuna. Tämän ikäisistä vangeista noin viidesosa oli aleksityymisiä, kun perusväestössä saman ikäisillä aleksityymiaa esiintyy noin viidestä yhdeksään prosentilla (10). Aleksityymian esiintyvyyden suhde vankien ja perusväestön välillä on tässä ikäryhmässä samaa tasoa kuin 18–30-vuotiailla.

Vankien vanhimmassa ikäryhmässä, 47–72 vuotta, aleksityymian esiintyvyys oli sen sijaan kääntynyt laskuun, sillä heistä enää noin joka kahdeksas oli aleksityyminen. Tässä ryhmässä aleksityymian esiintyvyys laskee siis vangeilla perusväestön tasolle. Ilmiö on mielenkiintoinen, sillä perusväestössä aleksityymiaoireilun on havaittu lisääntyvän iän myötä, ja yli 85-vuotiaista melkein joka kolmas on aleksityyminen (10).

Koska Wattu IV ei ole pitkittäistutkimus, vankien aleksityymian väheneminen iän myötä saattaa selittyä valikoitumisen kautta. Rikollisuuteen liittyvä elämä on hyvin kulluttavaa – suurelta osin päihdeongelmien kerrannaisvaikutusten kautta –, ja vankien keskimääräinen elinikä on kliinisen kokemuksen mukaan selvästi matalampi kuin perusväestössä. Wattu IV -tutkimuksen vanhimman ikäryhmän vangit ovat vankien joukossa poikkeuksellisen pitkäikäisiä, ja onkin mahdollista, että heidän ryhmänsä eroaa laadullisesti muista vangeista. Toisaalta voidaan myös ajatella, että mitä enemmän vanki on ollut elämänsä aikana vankilassa, sitä enemmän hän on saanut tukea terveellisten elämäntapojen ylläpitämiseen ja perussairauksiensa hoitamiseen. Nämä toimet edelleen auttavat aivojen terveydessä ja vähentävät sekä mielenterveysongelmien riskiä että niihin liittyviä haitallisia kerrannaisvaikutuksia. Vankilassa vangille on myös tarjolla psykososiaalista tukea, mikä tukee tunteiden käsittelytaitoja. Vankeusaika tarjoaa myös muun tyyppisiä mahdollisuuksia käsitellä tunteita ja omia elämäntapahtumia. Moni vanki lukee vankeusaikana paljon sekä kirjoittaa pitkiä kirjeitä läheisilleen.

Aleksityymian esiintyvyydessä mies- ja naisvangeilla ei näyttäytynyt merkittävää eroa. Tämä on kiinnostava havainto, sillä laajoissa suomalaisissa perusväestön tutkimuksissa miehet ovat järjestelmällisesti näyttäneet naisia useammin aleksityymi-

sinä (3, 9, 13). Naisvangeilla Aleksitymiä esiintyy siis huomattavan paljon verrattuna suomalaisen perusväestön naisiin.

Naisvankien korkealle Aleksityymisyydelle voidaan hakea useita mahdollisia selitysmalleja. Naisvankien kokonaisterveys on heikompaa kuin miesvangeilla (14), ja Aleksitymia korreloi sekä mielenterveysongelmien että somaattisten vaivojen kanssa. Syy-seuraussuhde Aleksitymian ja erilaisten terveyden ongelmien välillä on kuitenkin epäselvä. On mahdollista, että elinympäristö, jossa on paljon rikollisuutta ja etenkin väkivaltaa, altistaa erityisesti naisia Aleksitymian kehittymiselle. Toisaalta voidaan myös ajatella, että Aleksitymia vähentää erilaisia käyttäytymisen pidäkkeitä, kuten muiden ihmisten oikeuksien ja koskemattomuuden kunnioittamista, mikä puolestaan lisää riskiä rikolliselle toiminnalle.

Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että tytöt ovat poikia useammin Aleksityymisiä sekä perusväestön 13–18-vuotiaiden että koulukotiin sijoitettujen 13–17-vuotiaiden nuorten ryhmissä (5, 11). Tyttöjen yliedustus poikiin nähden saattaa liittyä Aleksitymian ja muiden mielenterveysongelmien yhtäaikaaisuuteen, sillä myös nuorisopsykiatrisessa hoidossa tyttöjen osuus ylittää poikien osuuden. Voidaan ajatella, että aikuisväestön tavoin myös nuorilla Aleksitymiaoireilu korreloi muiden mielenterveysongelmien kanssa. Olisi kiinnostavaa selvittää, onko tyttöjen yhtäaikainen Aleksitymia ja mielenterveysoireilu nuoruusiässä yhteydessä myöhempään rikolliseen elämään. Kokonaisuutena naisvankien korkea Aleksitymia on tärkeä löydös, ja lisätutkimus on tarpeen taustalla vaikuttavien mekanismien tunnistamiseksi.

Sukupuolieroja oli havaittavissa myös Aleksitymiamittarin alaskaaloja tarkasteltaessa. Naisvangeilla oli miesvankeja enemmän vaikeutta tunteiden tunnistamisessa ja miesvangeilla puolestaan naisia enemmän vaikeutta kuvailla tunteita sanallisesti sekä ulkokohtaista ajattelua. Nämä sukupuolierot olivat odotusten mukaisia, sillä ne vastasivat aiempia tuloksia sekä perusväestössä (10) että koulukotiin sijoitetuilla nuorilla (5).

Vankien Aleksitymian yleisyys on tärkeää huomioida vankilassa tarjottavan kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Aleksitymia voi olla vangilla pysyväisluonteinen persoonallisuuden piirre, mutta se voi myös olla kehittynyt ympäristöön sopeutumisen seurauksena. Tätä jälkimmäistä kehityskulkua kutsutaan reaktiiviseksi Aleksitymiaksi, jossa päihdeongelmat sekä traumaattiset kokemukset altistavat Aleksitymian kehittymiselle (15). Vangeilla sekä päihderiippuvuus että traumahistoria ovat hyvin yleisiä. On perusteltua ajatella, että Aleksitymia on reaktiivista sopeutumista rankkoihin kasvu- ja elinolosuhteisiin. Sopeutuminen on ollut selviytymisen kannalta järkevää, mutta sillä on myös haitallinen kääntöpuoli: heikot tunteiden käsittelytaidot yhdistyvät monen tyyppisiin ongelmiin sekä omassa elämänhallinnassa että vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Kokonaisuutena parantamisen kannalta Aleksitymian vähentäminen tunnetaitoja oppimalla on olennaista.

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että iältään vanhimmassa vankiryhmässä Aleksitymia oli laskenut samalle tasolle kuin perusväestössä. Tätä tulosta on mahdollista tulkita siten, että pitkä vankila-aika parantaa tunteiden käsittelyn taitoja. Monen vangin arki on vankilan ulkopuolella varsin kaoottista selviytymistä päivästä toiseen. Vankilassa perustarpeista huolehditaan, aivoilla on mahdollisuus riittävään lepoon, ja ym-

päristö on lähtökohtaisesti ulkomaailmaa turvallisempi, mikä voi laskea stressitasoa. Näiden tekijöiden avulla vankeusaika on hyvä tilaisuus pysähtyä omien ajatusten ja tunteiden äärelle.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotukset

On perusteltua ajatella, että aleksitymia sekä yhdistyy haitallisiin ilmiöihin vankeusajana että heikentää vangin pidemmän aikavälin ennustetta. Aleksitymian kartoittaminen on suositeltavaa vangin muiden asioiden selvittämisen yhteydessä.

Psykoterapian roolista aleksitymian vähentämisessä on perusväestön osalta ristiriitaisia tuloksia (16, 17). Myös vankilassa tulee huomioida perinteisten keskusteluun perustuvien menetelmien haasteet aleksitymian hoidossa. Pitkäkestoinen rikollisuus on usein yhteydessä heikkoon sanalliseen suoriutumiseen (18), mikä yhdistettynä tunteiden käsittelyn vaikeuksiin tekee psykoterapiatyöstä lähtökohtaisesti haastavaa.

Vankeusrangaistus on myös positiivinen mahdollisuus, joka tarjoaa kontrolloidun ympäristön toteuttaa riittävän pitkäkestoisia, kunnianhimoisia interventioita. Tunteiden käsittelyn opettelussa hyvä lähtökohta on aloittaa kertomalla aivojen ja mielen toiminnan perusasioista, jotka voivat monelle vangille olla hyvinkin tuntemattomia. Tällainen psykoedukaatio on kustannustehokas matalan kynnyksen hoitomuoto. Psykoedukaatiossa ja omien tunteiden tunnistamisen opettelussa voidaan käyttää apuna myös uutta teknologiaa, kuten virtuaalitodellisuutta.

Omien tunteiden ja muiden mielenliikkeiden tutkiminen voi tapahtua vankilassa myös omaehtoisesti. Monet vangit sekä kirjoittavat että lukevat vankilassa paljon verrattuna aiempaan elämäntilanteeseensa. Kirjeiden kirjoittamiseen ja kirjojen lukemiseen kannustaminen ja niiden mahdollistaminen on kannatettavaa. Myös monen muun kulttuuritoiminnan positiivisista vaikutuksista mielen hyvinvointiin on koko ajan enemmän näyttöä (19). Vakavasti käyttöoireilevien nuorten hoidossa on saatu erinomaisia tuloksia esimerkiksi rap-työpajoista ja teatteritoiminnasta (20). Teatteritoiminnasta on hyviä kokemuksia myös aikuisten vankien kuntouttamisessa (21). Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista selvittää, miten vankeusajan interventioihin osallistuminen vaikuttaa aleksitymian tasoon yksilötasolla. Ryhmätasolla olisi tarpeen selvittää tarkemmin pitkäkestoisen vankeusajan ja aleksitymiaoireilun vähenemisen mahdollista yhteyttä.

Aleksitymiaan ei ole olemassa yhtä ainoaa täsmälääkettä, vaan tunteiden käsittelyn taitoja voidaan edistää lukuisilla eri tavoilla. Tehokas kuntouttaminen edellyttää monipuolista menetelmien työkalupakkia, jotta vangille voidaan rakentaa juuri hänen tilanteeseensa parhaiten soveltuva, motivoiva ja vaikuttava hoitokokonaisuus. Kun sekä käytettävät menetelmät että hoidon tavoitteet on valittu yhdessä, vangin osallisuuden kokemus lisääntyy, ja hoitomotivaatio ja hoitoon sitoutuminen vahvistuvat. Aito oma motivaatio on olennaisin tekijä käyttäytymisen muutoksessa. Motivaation heräämisen jälkeen tunteiden kohtaaminen ja käsitteleminen edellyttää psyykkisesti turvallista ympäristöä. Psyykinen turvallisuus syntyy arvostavasta, lämpimästä ja aidosta vuorovaikutuksesta henkilökunnan ja vankien välillä.

Kirjoittajat

Kitta Ripatti

PsM, väitöskirjatutkija Tampereen yliopisto / vieraileva tutkija, THL
Ei sidonnaisuuksia

Marko Manninen

PsT, dosentti, tutkimuspäällikkö, THL
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Taylor, G. J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. 1997: Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, 1997.
- 2) Honkalampi, K., Jokela, M., Lehto, S. M., Kivimäki, M., Virtanen, M. 2022: Association between alexithymia and substance use: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology* 63.
- 3) Mattila, A. K. et al. 2009: Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics* 50, 59–68.
- 4) Kroner, D.G. ja Forth, A.E. 1995: The Toronto Alexithymia Scale with incarcerated offenders. *Pers. Individ. Dif.* 19, 625–634.
- 5) Manninen, M. et al. 2011: Alexithymia is common among adolescents with severe disruptive behavior. *J. Nerv. Ment. Dis.* 199, 506–509.
- 6) Zimmermann, G. 2006: Delinquency in male adolescents: the role of alexithymia and family structure. *J Adolesc* 29, 321–332.
- 7) Parker, J.D., Taylor, G.J. ja Bagby, R.M. 2003: The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res* 55, 269–275).
- 8) Joukamaa, M. et al. 2001: Psychometric properties of the Finnish 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Nord J Psychiatry* 55, 123–127.
- 9) Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., Viinamäki, H. 2000: Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J. Psychosom. Res.* 48, 99–104.
- 10) Mattila, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T., Joukamaa, M. 2006: Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J. Psychosom. Res.* 61, 629–635.
- 11) Honkalampi, K. et al. 2009: The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. *Compr. Psychiatry* 50, 263–268.
- 12) Khan, A.N. ja Jaffee, S.R. 2022: Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 63.
- 13) Kokkonen, P. et al. 2001: Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry* 42, 471–476.
- 14) Viitanen, P. 2013: The Health, Work Ability and Healthcare Needs of Finnish Female Prisoners. Tampere University.
- 15) de Bruin, P.M.J., de Haan, H.A., Kok, T. 2019: The prediction of alexithymia as a state or trait characteristic in patients with substance use disorders and PTSD. *Psychiatry Res.* 282.
- 16) Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S. 2011: Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Res.* 190, 43–48.
- 17) Grabe, H.J. et al. 2008: Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychother. Psychosom.* 77, 189–194.
- 18) Moffitt, T.E. 1993: Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol. Rev.* 100, 674–701.
- 19) Fancourt, D. ja Finn, S. 2019: What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. *Health Evidence Network Synthesis Report* 67. doi:10.18261/issn.2535-7913-2020-01-08
- 20) Känkänen, P. 2013: Taidelähtöiset menetelmät lastensuojelussa : kohti tilaa ja kokemuksia. Doctoral T, Helsingin yliopisto.
- 21) Davey, L., Day, A., Balfour, M. 2015: Performing Desistance: How Might Theories of Desistance From Crime Help Us Understand the Possibilities of Prison Theatre? *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* 59, 798–809.



Resilienssi tarkoittaa vastoinkäymisiin sopeutumista ja niistä palautumista.

Vankien resilienssi on ryhmätasolla perusväestöä heikompaa.

Vankimiehistä puolella ja vankinaisista kolmella viidestä resilienssi jäi matalalle tasolle.

Vangeilla, joiden resilienssi oli matala, oli muita vankeja useammin työkykyyn ja terveyteen liittyviä ongelmia, ja heidän tuomionsa olivat lyhyempiä.

Matala resilienssi vaikuttaa yhdistyvän laajoihin elämänhallinnan ongelmiin. Matalan resilienssin vankien rikollinen toiminta saattaakin liittyä pikemmin kaoottiseen arkeen kuin suunnitelmalliseen ja vakavaan rikollisuuteen.

Resilienssiä voidaan vankeusaikana vahvistaa esimerkiksi hoitamalla psyykkisiä oireita ja traumoja sekä tarjoamalla ympäristön tukea vakautumiseen, sopeutumiseen ja kuulluksi tulemiseen.

Resilienssi

Johdanto

Erilaisten vastoinkäymisten kohtaaminen ja niitä seuraavat ohimenevät muutokset hyvinvoinnissa ovat osa normaalia ihmisen elämäntähtäystä. Osa vastoinkäymisistä on kuitenkin niin voimakkaita, että ne voivat heikentää psyykkistä hyvinvointia pitkäaikaisesti. Resilienssi on prosessi, joka käynnistyy vakavasta vastoinkäymisestä ja jonka onnistuneena lopputuloksena on toimintakyvyn säilyminen tai sen palautuminen. Mikäli elämässä on runsaasti vastoinkäymisiä, henkilö tarvitsee vastaavasti muita enemmän resilienssiä toimintakyvyn ylläpitämiseksi (1). Vankien elämänpolulle on tyyppisesti kasautunut useita vaikeuksia, mutta heidän resilienssistään tiedetään hyvin vähän.”

Matalan resilienssin on todettu olevan yhteydessä sekä käytöshäiriöihin (2) että moniin mielenterveyden ongelmiin, psyykkisperäisiin ruumiillisiin oireisiin ja päihitteiden haitalliseen käyttöön (3). Vangeilla on perusväestöön verrattuna huomattavan paljon päihde- ja mielenterveysongelmia sekä monen tyyppisiä somaattisia sairauksia (4).

Kansainvälisessä tutkimuksessa vankien resilienssin on todettu olevan perusväestöä alemmalla tasolla (5), ja päihitteitä käyttävien vankien resilienssi on matalampi kuin vankien, jotka eivät käytä päihitteitä (6). Matala resilienssi yhdistyy vangeilla unettomuuteen (7) ja impulsiivisuuteen (8). Tässä tutkimuksessa selvitettiin ensimmäistä kertaa suomalaisten vankien resilienssitasoa.

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Tämä osatutkimus selvitti, millainen on suomalaisten vankeusvankien resilienssitaso verrattuna sekä suomalaiseseen perusväestöön että koulukotiin vakavan käytösoireilun vuoksi sijoitettujen nuorten resilienssitason. Lisäksi tutkittiin resilienssitason yhteyttä kaikkia osatutkimuksia läpileikkaaviin teemoihin.

Suomalaisen perusväestön resilienssitieto saatiin Nuorisobarometri 2022 -aineistosta, jossa yhteensä 1864 vastaajan ikäjakauma oli 15–29 vuotta (9). Koulukotiin sijoitettujen nuorten resilienssitieto perustui Resilienssitutkimus 2022 (ReTu22) -aineistoon, jossa 71 vastaajan ikäjakauma oli 13–17 vuotta (10).

Resilienssitilaa arvioitiin CD-RISC-10-mittarilla, joka on laajalti käytetty ja psykometrisiltä ominaisuuksiltaan laadukas itsetäytettävä kysely. CD-RISC-10:n pisteitä voidaan käyttää joko jatkuvana muuttujana tai kategorisesti, jolloin mittarin alin pisteväli 0–29 muodostaa kvartiilin eli neljänneksen, joka vastaa testin kehittäjien mukaan matalaa resilienssitilaa (11).

Vankien, perusväestön ja koulukotiaineiston CD-RISC-10-keskiarvoja verrattiin toisiinsa t-testillä. Mahdollisia tilastollisia eroja miesten ja naisten, eri ikäryhmien sekä resilienssiryhmien välillä selvitettiin Pearsonin khiin neliö- ja ANOVA-testeillä.

Tulokset

CD-RISC-10-pisteiden keskiarvo jäi vangeilla matalammalle tasolle kuin perusväestössä. Sen sijaan vankien resilienssi oli koulukotiin sijoitettujen nuorten resilienssiä selvästi korkeampi. Molemmat erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Ryhmien keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Eri otoskoot, ikäjakaumat, CD-RISC-10-pisteiden keskiarvot ja keskihajonnat sekä keskiarvojen eron tilastollinen merkitsevyys vankien ja vertailuryhmien välillä.

	n	ikä	CD-RISC-10-keskiarvo	keskihajonta	p-arvo
Wattu IV	526	15–72	27,6	7,8	N/A
NuBa22 (perusväestö)	1 864	15–29	29,7	6,4	***
ReTu22 (koulukotiaineisto)	71	13–17	23,9	7,9	***

***p<.001

Vankien ryhmäkeskiarvo vastaa kliinisesti matalaa resilienssitilaa. Miesten ja naisten resilienssipisteiden keskiarvoissa ei ollut merkitsevää eroa (27,8 vs. 26,8). Erityisesti miesten joukossa oli henkilöitä, joiden pistemäärät jäivät erittäin mataliksi. Toisaalta erittäin hyväksi (pistemäärä 37–40) resilienssinsä arvioi noin joka kymmenes vanki.

Kliinistä raja-arvoa käyttämällä havaittiin, että hieman yli puolella miehistä ja kolmella naisella viidestä resilienssi jäi matalalle tasolle. Ero sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 30-vuotiaiden vankien pisteet olivat hieman matalammalla tasolla kuin yli 30-vuotiailla. Yli 47-vuotiailla resilienssi oli samalla tasolla kuin ikäryhmässä 30–47. Ikäryhmien keskiarvot on esitetty Taulukossa 2.

Taulukko 2. Vankien CD-RISC-10 keskiarvot ja hajonnat ikäryhmittäin.

	ikäryhmä (vuotta)					
	18–29		30–47		>47	
	keskiarvo	keskihajonta	keskiarvo	keskihajonta	keskiarvo	keskihajonta
CD-RISC-10- pisteet	26,6	7,5	28,0	7,8	28,1	8,1

Vankien resilienssipisteitä tarkasteltiin koko tutkimuksen läpileikkaavien teemojen kautta siten, että matalan resilienssin ryhmää verrattiin muihin vankeihin. Merkitsevät erot on koottu Taulukkoon 3.

Taulukko 3. Matalan resilienssin ryhmän vankien osuus verrattuna muihin vankeihin.

	resilienssin taso		p-arvo
	matala	normaali/korkea	
miehet	54 %	46 %	ns. ^a
naiset	61 %	39 %	N/A
terveystavoitteita Ransuun	65 %	53 %	.009 **
alentunut työkyky	66 %	35 %	<.001 ***
vankilapäiviä yht. alle 2 vuotta	41 %	31 %	.016 *
nykytuomion pituus yli 2 vuotta	47 %	59 %	.006 **
väkivaltarikos & tuomio yli 2 vuotta	60 %	50 %	.029 *

***p<.001, **p<.01, *p<.05. a=miesten ja naisten välinen ero

Noin kaksi kolmesta matalan resilienssin vangista oli halukas asettamaan omaan terveydentilaansa liittyviä aiheita rangaistusajan suunnitelman tavoitteiksi, kun taas korkeamman resilienssin ryhmässä halukkuutta oli noin joka toisella. Kaksi kolmasosaa matalan resilienssin henkilöistä arvioitiin osittain työkykyisiksi tai kokonaan työkyvyttömiksi. Korkeamman resilienssin ryhmässä vain noin yhdellä kolmasosalla työkyky oli yhtä puutteellinen.

Vankeusajan pituuksia vertailtaessa matala resilienssi yhdistyi lyhyempään elämänaikaiseen vankeudessa vietettyyn aikaan. Matalan resilienssin ryhmässä kahdella viidestä vangista yhteenlaskettuja vankeuspäiviä oli alle kaksi vuotta, kun korke-

amman resilienssin ryhmässä näin oli alle kolmasosalla. Lisäksi matalan resilienssin ryhmässä nykyisen tuomion pituus oli muita vankeja harvemmin yli kaksi vuotta.

Eri päärikostyyppien välillä ei ollut merkitseviä resilienssiin liittyviä eroja. Rikostyyppien osalta kiinnostava havainto liittyi väkivaltakäyttäytymiseen: kun katsottiin ainoastaan tutkittavia, joiden päärikostyyppi oli väkivalta, matalan resilienssin ryhmässä kolmella viidestä tuomion pituus oli yli kaksi vuotta. Korkeamman resilienssin ryhmässä yli kahden vuoden tuomioita väkivaltarikoksesta oli joka toisella.

Johtopäätökset

Resilienssi on olennaisessa roolissa erilaisista elämänpolulla vastaan tulevista vaikeuksista selviytymisessä. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että vangeilla on ryhmätasolla perusväestöä matalampi resilienssi. Puolet vangeista kuuluu matalan resilienssin ryhmään, ja hyväksi resilienssinsä arvioi ainoastaan noin joka kymmenes vanki. Nämä tulokset ovat saman suuntaisia kuin aiemmissa ulkomaisissa tutkimuksissa, joissa vankien resilienssin on todettu jäävän perusväestöä matalammalle tasolle (12, 13).

Vaikka vankien resilienssi oli perusväestöä heikompaa, heidän resilienssinsä oli kuitenkin selvästi vahvempaa kuin koulukotiin sijoitetuilla nuorilla. Eroa saattavat selittää useat tekijät. Ensinnäkin koulukotiin sijoitetut ovat 13–17-vuotiaita ja vankiaineiston tutkittavat 18–72-vuotiaita. Aiemmissä tutkimuksissa varhaisnuorten resilienssin on todettu olevan aikuisia matalammalla tasolla (13). On todennäköistä, että täysi-ikäistymiseen ja itsenäistymiseen liittyvät kehitystehtävät toisaalta edellyttävät ja toisaalta ruokkivat resilienssin selkeää kasvupyrähdystä.

On myös mahdollista, että vakavan käytösoireilun vuoksi koulukotiin sijoitettujen nuorten joukko eroaa laadullisesti vangeista. Koulukotitausta yhdistyy aikuisiän rikollisuuteen (14) mutta myös lukuisiin mielenterveysongelmiin (15). Saattaakin olla, että koulukotiin sijoitetut nuoret, joilla resilienssi on kaikkein matalin, oireilevat ennemmin mielenterveyden häiriöiden kautta kuin tekemällä rikoksia, eivätkä siksi päädy myöhemmin vankilaan.

Ero vankien ja koulukotiin sijoitettujen nuorten resilienssitilanteissa saattaa syntyä myös koetusta toimijuudesta. Vangeilla vankilaan päätyminen on johdonmukainen seuraamus tapahtuneista teoista, kun taas koulukotiin sijoitetuilla nuorilla sijoitus on lastensuojelun sijaishuollon harkinnanvarainen tukitoimi, jonka tarpeellisuuden nuori saattaa itse arvioida eri tavalla kuin lastensuojelu. Osa nuorista sijoitetaan koulukotiin vastoin heidän omaa toivettaan, ja tämä osallisuuden kokemuksen ohueksi jääminen voi nuorilla vaikuttaa heikentävästi kokemukseen omasta resilienssistä.

Perusväestössä resilienssi vahvistuu aikuisiässä iän myötä (12, 13, 16, 17). Tässä tutkimuksessa vankien resilienssipisteet eivät kuitenkaan nousseet enää ikäryhmän 30–46 vuotta jälkeen. Yli 47-vuotiaat vangit ovat saattaneet havaita, että toisin kuin suurin osa omasta ikäluokastaan, he itse eivät kertyneestä elämäkokemuksesta huolimatta pysty pysymään poissa rikosten tieltä. Yhä useampi vankitoveri

on heitä nuorempi, mikä saattaa näyttäytyä iäkkäämmälle vangille todisteena siitä, etteivät he itse pääse elämässään eteenpäin, saati saavuta ikätasoisiksi kokemuksiin asioita. Näin kokemus omasta minäpystyvyydestä laskee, mikä voi toimia itseään toteuttavana ennusteena. Tällöin kohdatessa vastoinkäymisiä luottamus omaan selviytymiseen on heikko.

Toisaalta on mahdollista, että tulos vankien resilienssitason kasvun pysähtymisestä liittyy valikoitumiseen. Vangit, joiden resilienssi on perusväestön tavoin kehittynyt iän myötä, ovat saattaneet lisääntyneen elämänhallinnan avulla muuttaa elämänpolkinsa rikoksettomaksi, eivätkä he enää myöhemmällä iällä ole vankilassa. Yli 47-vuotiaat muodostavat siten valikoituneen ja erityisen huono-osaisen vankien osajoukon.

Kolme viidestä naisvangista kuului matalan resilienssin ryhmään, miesvangeista hieman yli puolet. Mies- ja naisvankien resilienssipisteissä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Tämä on mielenkiintoinen havainto, sillä aikuisikäistä perusväestöä koskevassa tutkimuksessa miesten resilienssin on todettu olevan korkeammalla tasolla kuin naisten (12).

Naisvankien resilienssiä ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu, mutta aiempi muu tutkimus mahdollistaa hypoteesien esittämisen. Naisvankien kokonaisterveys on heikompa kuin miesvangeilla (18), ja matala resilienssi yhdistyy monenlaisiin psyykkisiin ja somaattisiin vaivoihin (3). Saattaa olla, että naisvankien joukosta on löydettävissä ilmiö, jota on kuvattu kaikkein vahvimaksi resilienssin muodoksi (19): henkilöillä, jotka oireilevat vastoinkäymisten seurauksena, mutta ilmentävät siitä huolimatta uskoa omaan pärjäämiseen, täytyy olla erittäin vahva resilienssi. On mahdollista, että rikollinen elämäntapa ja siihen liittyvät moninaiset negatiiviset kerrannaisvaikutukset edellyttävät erityisesti naisilta vähintään keskitasoisia resilienssiä, jotta selviytyminen päivästä toiseen ylipäätään onnistuu.

Tässä tutkimuksessa matala resilienssi liittyi vahvaan oireitietoisuuteen: kaksi kolmasosaa matalan resilienssin vangeista toivoi saavansa vankeusaikana apua somaattisiin vaivoihin. Aiempi tutkimus on osoittanut yhteyden joidenkin somaattisten sairauksien ja matalan resilienssin välillä (13), ja myös psyykkistä alkuperää olevien kehollisten vaivojen tiedetään liittyvän matalampaan resilienssiin (3). Vankien on todettu elämänsä aikana käyttävän runsaasti lääkäripalveluita, mutta käynnit painottuvat akuutteihin sairauksiin ja päivystyskäynteihin, pitkien hoitosuhteiden ja ennaltaehkäisevien palveluiden sijaan (18). Vankeusaika sen sijaan tarjoaa vangille laajan terveystarkastuksen ja edelleen mahdollisuuden pitkäjänteiseen omasta terveydestä huolehtimiseen ja perussairauksien hoitotasapainon löytymiseen. Riittävä somaattinen terveys ja etenkin aivojen perusterveys ovat edellytyksiä pysyvän elämänmuutoksen toteuttamisessa. On perusteltua ajatella, että kokonaisterveyden paraneminen vähentää kokonaiskuormitusta, ja lisääntynyt psyykinen hyvinvointi vahvistaa myös resilienssiä.

Tutkimushoitajan tarkastuksessa työkyvyltään alentuneeksi arvioiduista vangeista huomattavan monella oli heikko resilienssi. Näillä kahdella ilmiöllä lienee toisiaan vahvistava kehävaikutus: puutteellinen resilienssi vähentää vangin ponnisteluja oman työkyvyn ylläpitämiseksi tai parantamiseksi, ja toisaalta työkyvyttömyyden kokemus

ja pysyväloueinen työelämän ulkopuolelle jääminen laskee koettua resilienssiä. Molempien ilmiöiden taustalla saattaa olla esimerkiksi kognitiivisia ja neuropsykologisia puutoksia sekä päihderiippuvuutta. Toisaalta ainakin sellaisten vankien tapauksessa, joilla työkyvyttömyys on luonteeltaan enemmän toiminnallista kuin esimerkiksi aivo-orgaanista, voidaan ajatella positiivisesti – mikäli resilienssiä onnistutaan parantamaan, saattavat mahdollisuudet kuntoutua työkykyiseksi lisääntyä. Samoin esimerkiksi onnistunut työkokeilu lisää resilienssiä.

Matala resilienssi yhdistyi sekä lyhyempään tämänhetkiseen tuomioon että harvempiin koko elämänaikaisiin vankeuspäiviin. Matalan resilienssin vankien rikollinen toiminta saattaa liittyä pikemmin kaoottiseen arkeen kuin suunnitelmalliseen ja vakavaan rikollisuuteen. Näin ajatellen matalan resilienssin ryhmän vankeustuomiot liittyvät impulsiivisten ja hallitsemattomien tekojen kasautumiseen, minkä taustalla on yleisen elämänhallinnan vaikeuksia, kuten ajelehtiva elämäntapa ja päihdeongelmia.

Resilienssin ja päärrikostyyppin välillä ei havaittu yhteyttä. Kuitenkin tarkasteltaessa ainoastaan väkivaltarikostuomiota suorittavia henkilöitä matala resilienssi yhdistyi pidempään vankeustuomioon. Pidempi väkivaltatuomio on seurausta vakavammasta väkivallasta. Tämä saattaa viitata siihen, että väkivaltaan taipuvaisilla matalan resilienssin henkilöillä on puutteita oman toiminnan kontrollissa. Tätä hypoteesia tukee aiempi vankeja koskeva tutkimus, jonka mukaan matala resilienssi liittyy aggressiivisuuteen (8). On myös mahdollista, että ainakin osalla pidemmän väkivaltatuomion saaneista matalan resilienssin ryhmään kuuluvista vangeista itsekontrollin puutteen taustalla on vakava päihdeongelma, sillä suuri osa väkivallanteoista Suomessa tehdään päihtyneenä.

Vangit ovat erityisryhmä, jossa varsin monella resilienssi on heikko. Kun resilienssi on heikko, vaikeuksia kohdattaessa käytetään haitallisia selviytymiskeinoja, jotka lisäävät riskiä mielenterveys- ja päihdeongelmiin tai ylläpitävät niitä. Mikäli puutteellista resilienssiä onnistutaan vankeusaikana vahvistamaan, syntyy taitoja selvitä tulevista vastoinkäymisistä aiempaa paremmin. Sekä pienistä että suuremmista vastoinkäymisistä selviytyminen on olennainen taito, jota vanki tarvitsee onnistuneessa siirtymisessä rikoksettomaan elämäntapaan. Resilienssin vahvistamista voidaankin ajatella psyykkisenä rokotusohjelmana: vaikka vaikeuksia tulevaisuudessa kohdataan, hyvä resilienssi lisää todennäköisyyttä selvitä niistä vähäisillä vaurioilla ja palata nopeasti toimintakykyiseksi.

Resilienssin vahvistaminen auttaa vankia selviytymään, sopeutumaan ja palautumaan paremmin kuormituksesta, jota vastoinkäymiset ovat hänelle aiheuttaneet. Resilienssin parantaminen ei vaikuta ainoastaan tähän hetkeen, vaan myös tulevaisuuteen. Pärjäämisen ja palautumisen vahvistaminen hyödyttää myös niitä vankeja, joiden tämän hetken tilanne on vakaa, sillä tulevaisuus väistämättä tuo jokaiselle jonkinlaisia vastoinkäymisiä.

Vaikka vankien kokonaisennuste on ryhmätasolla heikko, myös suunnan kääntäminen parempaan on monille mahdollista. Jo tapahtuneita asioita, kuten perinnöllisten tekijöiden määräytymistä tai aiempia vaikeita elämäkokemuksia, ei luonnolli-

sestikaan ole mahdollista muuttaa jälkikäteen, mutta hyvä resilienssi saattaa kumota näiden negatiivisen vaikutuksen. Vankeusaika tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden toteuttaa tehokkaita interventioita. Onnistuneella resilienssin vahvistamisella saattaa olla vangin tuomion jälkeisen elämänpolun suunnan kannalta keskeinen rooli.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Resilienssin vahvistaminen voi toteutua monin erilaisin tavoin vangin yksilöllisen tilanteen mukaan. Vahvistaminen voi liittyä vangin henkilökohtaisten ominaisuuksiin, kuten itseluottamuksen, tunteidensäätelykyvyn, ongelmanratkaisutaitojen ja oman toimijuuden tukemiseen. Resilienssin lisääminen voi olla myös vangin lähi-ihmissuhteiden vahvistamista sekä vangin tukemista liittymään yhteiskunnan toimintoihin. Osallisuutta vahvistavia toimintaympäristöjä ovat esimerkiksi opiskelu- ja työelämä sekä vapaaehtoistoiminta.

Vanki voi vahvistaa resilienssiään myös omatoimisesti ja itseohjautuvasti tarkastellen sisäistä maailmaansa ja elämäänsä esimerkiksi päiväkirjaa tai kirjeitä kirjoittamalla tai kirjojen henkilöhahmoihin itseään peilaten. Valtaosa vangeista tarvitsee samalla myös toisia ihmisiä oman toimintansa peiliksi, kannattelemaan vaikeuksissa ja lempeästi haastamaan epätarkoituksenmukaisia merkityksenantoja ja toimintamalleja. Arvostava suhtautuminen sekä välittävä ja vangista kiinnostunut henkilökunta ovat tehokkaita käytännön tapoja vahvistaa vangin resilienssiä.

Resilienssi voi vahvistua kaikkialla, missä vanki tulee kohdatuksi. Myönteistä kehitystä ruokkivat kohtaamiset voivat olla jokapäiväisiä arkisia kohtaamisia, mutta myös erikseen sovittuja tapaamisia esimerkiksi vankilapsykologin kanssa. Psykkisten oireiden, traumojen ja päihdeongelmien hoitaminen vahvistaa resilienssiä. Myös fyysisen ja sosiaalisen ympäristön rakenteilla on suuri merkitys vangin resilienssin kehittymisen kannalta. Säännöllinen ja ennakoitavissa oleva ympäristö vakauttaa vankia ja auttaa hänen hermostoaan olemaan virittymättä yli- ja alivireystiloihin. Turvalliseksi koettu ympäristö on edellytys sisäisen maailman työstämiselle ja toisiin ihmisiin liittymiselle. Jatkotutkimuksessa olisi kiinnostavaa tutkia pitkäaistutkimusasetelmalla, miten resilienssi näkyy rikostaustaisten henkilöiden eri elämänvaiheissa ja mitkä tekijät muutoksiin vaikuttavat

Vangin resilienssin tukeminen vankeusaikana on kannattavaa. Siinä onnistuminen vähentää yksilötason inhimillistä kärsimystä ja on kansantaloudellinen ja -terveydellinen kysymys. Resilienssityöskentelyyn panostaminen esimerkiksi läsnä olevaa henkilöstöä ja vuorovaikutusta lisäämällä vaatii resursseja, mutta nämä kustannukset jäävät kuitenkin huomattavasti vaihtoehtoiskustannuksia pienemmiksi tilanteessa, jossa vanki ei tuomionsa jälkeen integroidu yhteiskuntaan.

Kirjoittajat

Kitta Ripatti

PsM, väitöskirjatutkija Tampereen yliopisto / vieraileva tutkija, THL
Ei sidonnaisuuksia

Marko Manninen

PsT, dosentti, tutkimuspäällikkö, THL
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Satapathy, S., Dang, S., Sagar, R., Dwivedi, S.N. 2022: Resilience in Children and Adolescents Survived Psychologically Traumatic Life Events: A Critical Review of Application of Resilience Assessment Tools for Clinical Referral and Intervention. *Trauma, Violence, and Abuse* 23.
- 2) Haddow, S., Taylor, E.P., Schwannauer, M. 2021: Positive peer relationships, coping and resilience in young people in alternative care: A systematic review. *Child. Youth Serv. Rev.* 122.
- 3) Kendler, K.S. et al. 2021: The causal effect of resilience on risk for drug abuse: A Swedish national instrumental variable, co-relative and propensity-score analysis. *Psychol. Med.* 51.
- 4) Joukamaa, M. et al. 2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisu. Saatavilla osoitteesta: www.rikosseuraamus.fi
- 5) Carli, V. et al. 2011: A protective genetic variant for adverse environments? The role of childhood traumas and serotonin transporter gene on resilience and depressive severity in a high-risk population. *Eur. Psychiatry* 26.
- 6) Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M. Di, Mancini, M., Roy, A. 2008: Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 34.
- 7) Carli, V. et al. 2011: Insomnia and suicidal behaviour in prisoners. *Psychiatry Res.* 185.
- 8) Carli, V. et al. 2014: Trait-aggressiveness and impulsivity: Role of psychological resilience and childhood trauma in a sample of male prisoners. *Nord. J. Psychiatry* 68.
- 9) Kivijärvi, A. 2022: Läpi kriisien. Nuorisobarometri 2022. Valtion nuorisoneuvosto & Nuorisotutkimusseura/Nuorisotutkimusverkosto & Opetus- ja kulttuuriministeriö, 2022.
- 10) Ripatti, K. ja Manninen, M. 2022: Psykologinen resilienssi nuoruusiässä: Soveltava kirjallisuuskatsaus ja pilottitutkimus. Teoksessa Läpi kriisien. Nuorisobarometri 2022. (ed. Kivijärvi, A.) Valtion nuorisoneuvosto & Nuorisotutkimusseura/Nuorisotutkimusverkosto & Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- 11) Connor, K. M. ja Davidson, J.R.T.T. 2003: Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety* 18, 76–82.
- 12) Campbell-Sills, L., Forde, D.R., Stein, M.B. 2009: Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *J. Psychiatr. Res.* 43.
- 13) Tourunen, A. et al. 2021: Psychometric properties of the 10-item Connor–Davidson resilience scale among Finnish older adults. *Aging Ment. Heal.* 25.
- 14) Manninen, M., Suvisaari, J., Marola, N., Aaltonen, M. 2017: Adult criminality among former residential school adolescents. *Crim. Behav. Ment. Heal.* 27, 470–483.
- 15) Manninen, M., Koivukangas, J., Holm, M., 2022: Lindgren, M. Lifetime psychiatric diagnoses among adolescents with severe conduct problems – A register-based follow-up study. *Child Abus. Negl.* 131.
- 16) Gooding, P.A., Hurst, A., Johnson, J., Tarrrier, N. 2012: Psychological resilience in young and older adults. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 27.
- 17) Losoi, H. et al. 2013: Psychometric Properties of the Finnish Version of the Resilience Scale and its Short Version. *Psychol. Community Heal.*
- 18) Viitanen, P. et al. 2013: Finnish female prisoners – heavy consumers of health services. *Scand. J. Public Health* 41.
- 19) Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M., Vella-Brodrick, D.A., Sawyer, S.M. 2003: Adolescent resilience: A concept analysis. *J. Adolesc.* 26.





Rikostaustaisista nuorista jopa 60 prosentilla on kehitykselliseen kielihäiriöön liittyviä puheen tuoton ja/tai ymmärtämisen ongelmia.

Suomalaiset vangit suoriutuivat Wattu-tutkimuksen kielellisten taitojen tehtävissä kokonaisuutena hyvin.

Kuitenkin keskilukua heikommin suoriutuneiden alle 30-vuotiaiden nuorten vankien kyky tuottaa eläinsanoja ja oppia sanalistoja oli merkitsevästi heikompi kuin yli 30-vuotiailla vangeilla.

Yksittäisistä ja suppeista tehtävistä saadut tulokset eivät vastaa laajaa, useita kielellisiä osa-alueita mittaavilla arviointimenetelmillä saatua arviointia.

Puheterapian avulla voidaan arvioida vankien puheen, kielen ja kommunikaation taitoja ja kuntouttaa niitä. Tukemalla kommunikaatiotaitoja vangit hyötyvät paremmin rangaistuksenaikaisista ohjelmista ja pärjäävät paremmin vuorovaikutustilanteissa.

Kielelliset taidot

Johdanto

Eri tutkimusten kautta tiedetään, että vähintään viidesosalla suomalaisista vankeusrangaistusta suorittavista on vaikea-asteinen lukivaikeus. Lievempänä lukemiseen ja/tai kirjoittamiseen liittyviä hankaluuksia on havaittu ilmenevän jopa 70 prosentilla vangeista (1, 2, 3). Viimeaikainen kansainvälinen tutkimus on kuitenkin osoittanut, että taustalla voi olla lukivaikeutta laaja-alaisempi kehityksellinen kielihäiriö (developmental language disorder, DLD), joka ilmenee myös puheen ja kommunikaation vaikeuksina (4).

Erityisesti Isossa-Britanniassa, Australiassa, Uudessa-Seelannissa ja Aasiassa tehdystä logopedisista, etenkin rikostaustaisiin nuoriin kohdistuneissa tutkimuksissa, on voitu todeta vankila- ja sitä lievempiä tuomiota saaneiden puheen, kielen ja kommunikoinnin taitojen olevan merkittävästi heikommat kuin heidän ikäverrokeillaan. Kun rikostaustaisista 11–21-vuotiaista nuorista 25–64 prosentilla on kehitykselliseen kielihäiriöön liittyviä ongelmia sekä tuottavan että ymmärtävän kielen osa-alueilla, vastaavia häiriöitä on löydetty vain 3–10 prosentilla muista samanikäisistä nuorisista. Kehityksellisen kielihäiriön omaavilla nuorilla on yli kaksinkertainen riski uusintarikollisuuteen verrattuna niihin rikoksentehtäjiin, joilla DLD:tä ei ole (4). Tähän viittaa myös aiemmasta suomalaisesta tutkimuksesta saatu tutkimuslöydös, missä koulukotipoikien heikkojen kielellisten taitojen havaittiin ennakoivan myöhempää vakavaa väkivaltarikollisuutta (5).

Kehityksellinen kielihäiriö hidastaa kielellistä prosessointia ja vaikeuttaa esimerkiksi sellaisen tiedon vastaanottamista, joka sisältää abstrakteja tai monitulkintaisia käsitteitä tai vertauskuvia. Omista ajatuksista, tunteista ja kokemuksista kertominen ja keskusteluun osallistuminen voi olla vaikeaa. Rikosoikeudellisissa tilanteissa tämä merkitsee sitä, että esimerkiksi kuulusteltaessa asianosainen ei pysty kuvailemaan tapahtunutta loogisesti ja kronologisesti ymmärrettävällä tavalla (6).

Kielelliset vaikeudet voivat myös ilmetä töksäyttelyinä, kyllä/ei-vastauksina, epäsovinnaiseksi koettuna kehonkielenä sekä puutteellisena katsekontaktina. Nämä puolestaan voivat antaa vaikutelman epäkohteliaasta käytöksestä, välinpitämättömyydestä ja asenteellisuudesta (6). Ne voidaan tulkita käytöshäiriöksi ja yhteistyöhaluttomuudeksi sen sijaan, että heikkojen kommunikaatiotaitojen osattaisiin epäillä liittyvän kehitykselliseen kielihäiriöön. Joissakin tutkimuksissa niitä on kuvattu autismikirjon (lisätietoa autismikirjosta on raportin luvussa [ADHD ja neurokirjon piirteet](#)) tai aleksitymian kautta. Aleksityymisiä piirteitä, eli kyvyttömyyttä näyttää, tiedostaa, käsitellä ja kuvata kielellisesti omia tai muiden tunteita, onkin rikostaustaisilla nuorilla ilmoitettu olevan jopa 59 prosentilla (7, 8), ja aleksitymian on myös osoitettu olevan yhteydessä väkivaltarikosten uusimiseen (9). Aiheesta voi lukea lisää raportin luvusta [Aleksityymia](#).

Edellä mainitussa kansainvälisissä tutkimuksissa nuorten rikostaustaisten henkilöiden kielellisten häiriöiden ilmenemisen ja vaikeusasteen arvioimisessa on käytetty tarkasti eri kielellisten toimintojen osa-alueita mittaavia ja standardoituja logopedisia arviointimenetelmiä. Tällaisia ovat esimerkiksi Comprehensive Evaluation of Language Fundamentals (CELF) -testi ja Test of Language Competence Expanded (TLC-E) -testi, joilla voidaan määritellä kielellisten taitojen taso ikäverrokkeihin nähden (10). Lisäksi kielellisiä taitoja on arvioitu itsearviointien, haastatteluiden ja erilaisten kyseily- ja havaintolomakkeiden avulla.

Rikostaustaisille nuorille kohdistetusta puheterapeuttisesta kuntoutuksesta on saatu lupaavia tutkimusnäyttöjä. Kuntoutuksen tavoitteena on tuolloin ollut nuorten kielellisten taitojen kohentaminen, jotta he osaisivat paremmin ilmaista omaa ajatteluaan, perustella käyttäytymistään sekä ymmärtää rikokseen ja sen tutkintaan liittyviä asioita, samoin kuin rikosoikeudellisissa asiakirjoissa ja kuulusteluissa käytettävää kieltä. Kielellisten taitojen kohentumisen on havaittu tukeneen nuorten osallistumista kuntouttaviin ja sosiaalisiin ohjelmiin ja terapiaihin, joista useat perustuvat osallistujien kykyyn kuunnella ja kertoa omista asioista ymmärrettävästi muille sekä kykyyn reflektoida kielellisesti omia ja toisten ihmisten tunteita (6). Jos tällaista tukea ei ole saatavilla, rikostaustaisten henkilöiden osallistuminen kieli- ja ilmaisupainotteiseen kuntoutukseen voi olla kaikille osapuolille turhauttavaa, tehotonta ja kallistakin (4).

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Tavoitteena tässä osatutkimuksessa oli kartoittaa, miten tutkimukseen osallistuneet henkilöt, joiden äidinkieli oli suomi ja joilla ei ollut kognitiivista suoriutumista hei-

kentäviä tiloja, suoriutuvat kognitiivinen toimintakyky -osioon liitetyistä sanasujuvuustehtävästä ja sanalistan oppimistehtävistä, jotka ovat alun perin peräisin CERAD-tutkimuspatteristosta (11). Tarkasteluun otettiin myös tutkimushoitajan tekemiä havaintoja, kun tutkittavat poikkesivat tavanomaisesta suorittaessaan edellä mainittuja tehtäviä, sekä tieto siitä, esiintyikö tutkittavilla eräitä autistisia ja aleksityymisiä piirteitä, jotka voivat viitata sosiaalis-pragmaattisiin vaikeuksiin.

Tutkimuksessa selvitettiin, korreloivatko suoritukset sosiodemografisten luokittelupiirteiden (koulutus, ikä, sukupuoli) ja joidenkin Wattu-tutkimukseen valittujen taustamuuttujien kanssa (kuten työkyky, ensikertaisuus, päärikosluokka). Sosiodemografiin luokittelupiirteisiin liittyen tarkastelun kohteena olivat erityisesti alle 30-vuotiaiden nuorten vankien suoritukset, sillä viimeaikainen tutkimus on osoittanut rikotaustaisilla nuorilla olevan puutteita kielellisissä taidoissa. Tässä luvussa esitellään selkeimmät aineistosta esille nousseet tutkimuslöydökset.

Semanttinen sanasujuvuustehtävä on toiminnanohjauksellinen tehtävä, jolla voidaan mitata myös nopeaa sananhakua semanttisesta muistista sekä sanavaraston laajuutta. Tässä tutkimuksessa käytettiin eläinsanasujuvuustehtävää, jossa henkilöä pyydettiin tuottamaan erilaisia eläimiä tarkoittavia sanoja 60 sekunnin ajan. Suorituksesta laskettiin oikein tuotettujen sanojen määrä sekä virheet (samojen sanojen toistot), jotka voivat indikoida pulmia työmuistissa, toiminnanohjauksessa ja sananhaussa. Tutkittavien suorituksia tässä tehtävässä tarkasteltiin lähemmin, sillä erilaisten kognitiivisia toimintoja heikentävien kehityksellisten tekijöiden ja oireyhtymien on todettu vaikuttavan siinä suoriutumiseen (12).

Vertailussa käytettiin FinTerveys2017-väestötutkimusdataa (jatkossa FT17), jonka ikähaarukka rajattiin vastaamaan Wattu-aineistoa, ja merkitsevyyttä testatavassa regressiomallissa ikä ja koulutus otettiin vakioiviksi tekijöiksi (n=5085). Vertailun avulla selvitettiin nuorten, alle 30-vuotiaiden tutkittavien suorituksia kyseisessä tehtävässä ja suhteessa muuhun tutkimusjoukkoon ja tutkimuksessa käytettyihin muuttujiin.

Sanalistan oppimistehtävällä tutkitaan muun muassa lyhyt- ja pitkäkestoista muistia, oppimiskykyä, muistista haun aloitusta ja haun dynamiikkaa. Tehtävässä tutkittava luki ääneen kolme sanalista, joissa kussakin oli kymmenen satunnaistetussa järjestyksessä esitettyä samaa sanaa. Tutkittavan tuli tallentaa muistiinsa sanalistan sanat ja luetella ne vapaassa järjestyksessä tavoitteenaan muistaa listasta mahdollisimman monta sanaa. Sanojen viivästetty mieleenpalautus tapahtui väliin tulleen tehtävän jälkeen noin viiden minuutin kuluttua, ja tutkittavan tuli vielä tunnistaa sanalistoissa olleet sanat sanoista, joista osa oli uusia.

Aineistosta laskettiin frekvenssejä ja suhteellisia osuuksia. Ryhmien välisissä vertailuissa käytettiin varianssianalyysiä (ANOVA) ja korrelaatioiden laskennassa Pearsonin khiin neliö -testiä.

Tulokset

Tutkimus kohdennettiin siihen ryhmään vangeista, jotka olivat ilmoittaneet äidinkielekseen suomen ja joilla ei ollut muita kognitiivista suoriutumista heikentäviä tiloja (vrt. edellä) eikä tavanomaista vuorovaikutusta haittaavaa kuulovikaa tai huomattavia puhehäiriöitä (n=470). Tutkittavista miehiä oli 356 (76 %) ja naisia 114 (24 %). Tutkittavien iät vaihtelivat 18,5 vuodesta 71,9 vuoteen, keskiarvo oli 37 vuotta (keskihajonta, jatkossa kh, oli 10,6). Kaikki tutkittavat ilmoittivat pystyvänsä kuulemaan (kuulokojeen kanssa tai ilman) normaalisti (87 %) tai pienin vaikeuksin (13 %). Suurin osa ilmoitti myös pystyvänsä puhumaan ”selvästi, kuulevasti ja sujuvasti” (91 %). Tutkittavien joukossa haluttiin pitää nekin, jotka kertoivat puhumisen tuottavan pieniä vaikeuksia (8 %) sekä ne, joiden puhe oli vaikeammin ymmärrettävää (1 %).

Kielellinen sujuvuus ja sanalistan oppiminen

Kielellistä sujuvuutta mittaavassa eläinsanasujuvuustehtävässä tutkittavat luettelivat yhden minuutin aikana keskimäärin 24,1 (kh 6,5) oikeaksi hyväksytyä sanaa pois lukien samojen sanojen toistot, joita esiintyi aineistossa hyvin vähän. Suoritus ei poikennut tilastollisesti merkitsevästi FT17-otoksesta, jossa oikeaksi hyväksytyjä sanoja tuotettiin keskimääräisesti 24,5 (kh 6,7). Sanasujuvuussuorituksen hajonta tutkittavien kesken oli molemmissa aineistoissa huomattavan suuri: Heikoimmin suoriutunut tutkittava tuotti tehtävän aikana FT17-otoksessa ainoastaan neljä eläinsanaa, kun taas parhaiten suoriutunut luutteli peräti 55 sanaa. Vastaavat sanamäärät oivat Wattu IV-otoksessa kahdeksan ja 44, Kuvio 1.

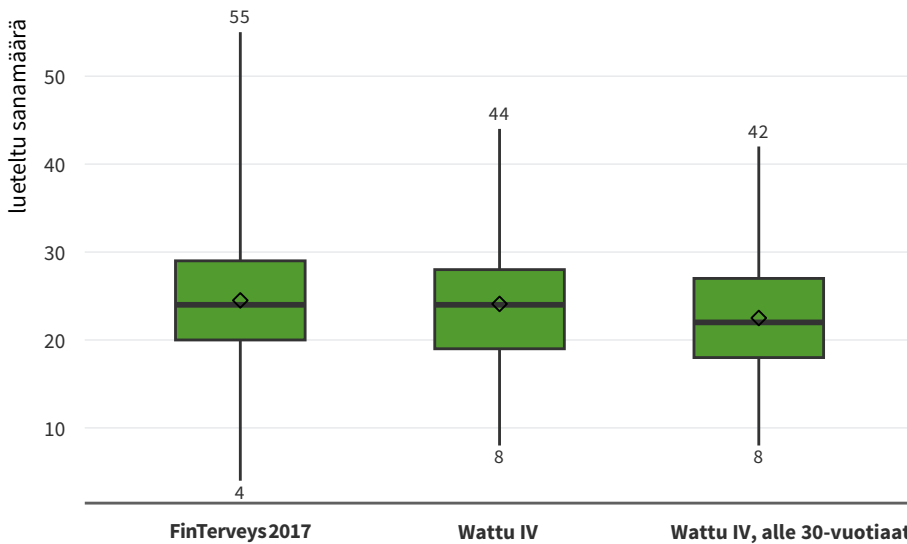
Sanalistan oppiminen I -tehtävässä Wattu-tutkimukseen osallistuneet tutkittavat pystyivät palauttamaan keskimäärin 5/10 sanaa ja Sanalistan oppiminen II ja III sekä Sanalistan viivästetty palautus -tehtävissä keskimäärin 8/10 sanaa. Näissäkin tehtävissä tutkittavien suorituksissa oli melko paljon hajontaa siten, että heikoimmillaan tutkittavat pystyivät palauttamaan mieliinsä sanalistan sanoja 1–3 ja parhaimmillaan kaikki kymmenen.

Tutkimushoitajan havainnot suorituksista

Tutkimushoitaja oli kirjannut havainnot 35 tutkittavasta heidän tehdessään sanasujuvuus- ja sanalistan oppimisen tehtäviä. Kirjaukset liittyivät eniten tutkittavan keskittymiseen, ADHD-oireisiin, kielelliseen suoriutumiseen ja epäilyyn lukihäiriöstä. Tutkimushoitajan kuvauksen mukaan tutkittava, jolla oli ADHD, keskittyi huonosti ja lyhytjänteisesti työskentelyyn, kiirehti eteenpäin tehtävässä ja saattoi luovuttaa helposti:

ADHD vaikeutti keskittymistä, pitkäjänteisyys puuttui.

Tutkittava ei jaksanut keskittyä. Luettelee vain ne sanat, mitkä heti muistaa.



Kuvio 1. Lueteltujen eläinsanojen määrien vaihtelu ja mediaaniluvut FinTerveys2017- ja Wattu-aineistossa sekä Wattu-aineiston nuorissa eli 18–29-vuotiaiden ryhmässä. Laatikko kuvaa keskimmäistä 50 prosenttia, laatikossa oleva viiva kuvaa mediaaniarvoa ja janan ääripäät alinta ja ylintä tuotettua sanamäärää.

Kielellistä suoriutumista koskevat havainnot liittyivät tutkittavien vaikeuksiin muistaa sanoja, sananlöytämisen hitauteen ja tutkittavan tarpeeseen saada tutkimushoitajalta tukea sanojen muistamiseen. Lukihäiriöepäilyyn viittasivat tutkittavan hitaus ja epä-tarkkuus lukea sanoja, esimerkiksi:

*Sanojen lukemisessa oli hitautta.
Sanat palautuvat hitaasti yksitellen muistiin.*

Tutkimushoitaja oli myös kirjannut havaintoja tutkittavien vuorovaikutuksesta, ilmeistä, eleistä ja olemuksesta sekä vaikeuksista pärjätä muiden ihmisten kanssa:

*Tutkittava puhuu paljon eikä ota kommentteja vastaan.
Tutkittava on vähäsanainen ja ilmeetön.*

Eniten kirjauksissa oli havaintoja tilanteeseen nähden epäadekvaatista tai epätyypillisestä käytöksestä, kuten tutkittavan naureskelu kesken tutkimuksen ilman ilmeistä syytä, vaihteleva käytös yli-innokkaasta poissaolevaksi tai unelias ja poissaoleva olemus. Joidenkin tutkittavien kanssa käyty keskustelut eivät olleet sujuvia tai vastavuoroisia, ja vaikutti siltä, että tutkittava ei tätä itse havainnut. Runsassanaiset tutkittavat puhuivat ja liikehtivät paljon eivätkä pystyneet pysäyttämään puhetulvaansa tai otta-

maan tutkimushoitajan kommentteja vastaan. Vähäsanaiset ja -eleiset tutkittavat puolestaan olivat ilmeettömiä ja eleettömiä, vastasivat lyhyesti ja olivat niukkapuheisia.

Autistiset ja aleksityymiset piirteet viitteinä sosiaalis-pragmaattisista vaikeuksista

Yli viidesosa vastaajista raportoi piirteistä, joita voidaan pitää vaikeuksina sosiaalis-pragmaattisissa taidoissa. Nämä ovat tyypillisiä kehityksellisen kielihäiriön omaavilla henkilöillä, mutta samansuuntaisten piirteiden katsotaan liittyvän myös aleksityymiaan ja autismin kirjoon. Tällaisia olivat esimerkiksi tilanteet, joissa henkilö joutuu tekemään päätelmiä hänelle suunnatusta puheesta ja toisten ihmisten aikeista tai päättelemään lukemansa tarinan perusteella hahmojen aikeita. Neljännes vastaajista kertoi, että omien tunteiden ilmaiseminen sanoin oli heille vaikeaa. Viidesosalle myös tunteiden kuvailu tuotti hankaluuksia. Lähes 40 prosenttia vastaajista raportoi, että heitä oli kehoitettu ilmaisemaan tunteitaan enemmän, vaikka niiden ilmaiseminen läheisillekään ei ollut helppoa.

Suoritusten yhteys koulutukseen, ikään ja sukupuoleen

Tuloksissa korostui koulutuksen vaikutus siten, että peruskoulun käyneet tai sen suorittamatta jättäneet tutkittavat pärjäsivät tilastollisesti merkittävästi heikommin kuin peruskoulun ja sitä pitemmälle opintoja suorittaneet seuraavissa tehtävissä: Eläinsanasujuvuus ($p < 0,001$), Sanalistan oppiminen I ($p < 0,001$), Sanalistan oppiminen II ($p < 0,006$) ja Sanalistan viivästetty palautus ($p < 0,033$). Samoin työkykyisyyden suhteen ryhmät erosivat tilastollisesti merkittävästi toisistaan siten, että työkykyisemmiksi luokitellut vangit pärjäsivät paremmin tehtävissä Sanalistan oppiminen I–III ($p < 0,002$) ja Sanalistan viivästetty palautus ($p < 0,001$). Naispuoliset vangit tuottivat miespuolisia enemmän sanoja Sanalistan oppiminen I -osioon ($p < 0,004$).

Alle 30-vuotiaiden nuorten suoritukset

Alle 30-vuotiaat tutkittavat ($n=141$) tuottivat eläinsanasujuvuustehtävään keskimäärin 22,5 (kh 6,2) hyväksytyä sanaa ja yli 30-vuotiaat tutkittavat 24,8 (kh 6,6). Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Alle 30-vuotiaat vangit palauttivat Sanalistan oppimistehtävä I–III:ssa keskimäärin 5,9–8,7 sanaa (kh 1,2–1,6) ja yli 30-vuotiaat vangit 5,8–6,9 sanaa (kh 1,4–1,6). Sanalistan viivästetty palautussuoritus oli edellisessä ryhmässä 8,1 sanaa (kh 1,6) ja jälkimmäisessä 8,0 sanaa (kh 1,6). Nämä ryhmien välisten suoritusten erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Kun tarkasteltiin niiden alle 30-vuotiaiden tutkittavien suorituksia, joiden pisteäärä sanasujuvuustehtävässä jäi alle mediaanin, havaittiin kyseisessä tehtävässä oikeiksi hyväksytyjä sanoja olevan ryhmässä keskimäärin 18,1 (kh 3,5; vaihteluväli, jatkossa vv, 8–23) ja mediaanin yläpuolelle suoriutuneiden ryhmässä 28,1 (kh 3,7; vv 24–42). Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$), mikä näkyy edellä Kuviossa 1.

Niiden nuorten, jotka tuottivat eläinsanasujuvuustehtävässä oikeiksi hyväksytyjä sanoja alle mediaanin, sanasujuvuussuorituksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sosiodemografisiin muuttujiin. Wattu-aineistoon valituista taustamuuttujista suoritus oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ainoastaan päärikosluokkaan ($p < 0,043$): Verrattaessa päärikosluokkia sanasujuvuustehtävässä alle ja yli mediaanin suorittaneisiin huomattiin, että alle mediaanin suorittaneiden ryhmä teki yli mediaanin suorittaneisiin nähden prosentuaalisesti enemmän varkaus- ja omaisuusrikoksia (82 %), väkivaltarikoksia (57 %) ja muita rikoksia (67 %) mutta vähemmän huumoririkoksia (36 %).

Johtopäätökset

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että jopa 60 prosentilla rikostaustaisista nuorista on puheen, kielen ja kommunikaation ongelmia ja että rikostaustaisten nuorten kielelliset vaikeudet ovat alidiagnostoituja (4). Wattu-tutkimukseen osallistuneet suomalaiset vangit suoriutuivat keskimäärin hyvin tehtävissä, joissa vaadittiin nopeaa sananhakua ja sanalistojen oppimista.

Kyseisistä yksittäisistä ja suppeista tehtävistä saadut tulokset eivät kuitenkaan vastaa laajoa ja eri kielellisiä osa-alueita mittaavilla arviointimenetelmillä saatuja kansainvälisiä tuloksia. Lisäksi yhdeksi tutkimusmenetelmäksi valittu eläinsanasujuvuustehtävä ei ole aihepiiriltään paras mittaamaan suomalaisten sanasujuvuutta. Kansainvälisessä vertailussa suomalaisten on nimittäin havaittu tuottavan eläinsanoja runsaammin kuin muita kieliä puhuvien – mahdollisesti läheisestä luontosuhteestamme johtuen.

Tarkemman tiedon saamiseksi suomalaisten nuorten vankien kielellisistä vaikeuksista täytyisi meilläkin suorittaa arvioinnit käyttäen laajempia testipatteristoja, kuten suomen kieleen ja kulttuuriin muokattua, pian valmistumassa olevaa CELF5-testiä (ks. yllä). Tarkemmalla kielellisten taitojen arvioinnilla voitaisiin myös luotettavammin selvittää, voiko osa tutkittavilla esiintyneistä autistisista ja aleksityymisistä piirteistä selittyä kehityksellisellä kielihäiriöllä, jolloin henkilöllä ei olisi riittävää kielellistä kompetenssia (käsitteistö, sanasto, lausetasoinen ilmaisu ja ymmärtäminen) esimerkiksi tekemään päätelmiä hänelle suunnatusta puheesta tai sanoittamaan tunteita.

Tutkimuksessa esiin tulleet tutkimushoitajan havainnot liittyvät toisaalta kielelliseen suoriutumiseen liittyviin haasteisiin, toisaalta tehtävien aikana tarkkaavuuden ja keskittymisen ylläpitämiseen liittyviin haasteisiin (ADHD-piirteet), joiden kaltaiset samanaikaishäiriöt ovat rikostaustaisilla tunnettuja. ADHD:sta voi lukea lisää tämän raportin luvusta [ADHD ja neurokirjon piirteet](#). Tutkimushoitajan havainnot tutkittavien hankaluuksista lukea ja luetella sanoja oikein ja nopeasti voivat liittyä paitsi lukivaikeuteen, jota rikostaustaisilla on havaittu suomalaisessakin tutkimuksessa (3), myös kehitykselliseen kielihäiriöön, joka voi näyttäytyä myös lukivaikeutena. Vankeuteen päätyvien henkilöiden lukivaikeuden taustalla olevia kielellisiä prosesseja olisikin syytä tutkia tarkemmin.

Sosiodemografisten tekijöiden on todettu liittyvän muiden muassa heikkoihin oppimistuloksiin, oppimistulosten eriytymiseen alueittain, rikostaustaan sekä riskiin tehdä rikoksia. Nämä lisäävät syrjäytymisriskiä ja mahdollisesti koulupudokkuutta. Wattu-tutkimustuloksissa koulutus ja työkyky vaikuttivat tilastollisesti merkitsevästi suoriutumiseen kielellisissä tehtävissä siten, että henkilöt, jotka olivat käyneet vain peruskoulun tai eivät olleet käyneet sitä loppuun tai eivät arvion perusteella olleet täysin työkykyisiä, suoriutuivat tehtävistä heikommin kuin enemmän kouluja käyneet ja työkykyiset tutkittavat.

Kansainväliset tutkimukset kehityksellisen kielihäiriön yhteydestä nuorten alttiuteen tehdä rikoksia ovat keskenään ristiriitaisia (4). Katsauksessaan Pekkala ym. (4) raportoivat ruotsalaisesta ja kanadalaisesta pitkittäistutkimuksesta, joiden mukaan lapsilla, joilla ilmeni kielen kehityksen viivettä, oli myöhemmin suurempi alttius tehdä rikoksia kuin tyyppillisesti kehittyneillä lapsilla. Sen sijaan tanskalainen pitkittäistutkimus osoitti, että ihmisillä, joilla oli lapsena todettu kehityksellinen kielihäiriö, oli yhtäläinen todennäköisyys tehdä rikoksia aikuisena kuin samanikäisillä tutkittavilla, joilla ei ollut kielihäiriötä. Heidän tekemänsä rikokset olivat kuitenkin erilaisia: naiset, joilla oli kehityksellinen kielihäiriö, tuomittiin verrokkejaan merkittävästi useammin varkauksista ja omaisuusrikoksista, ja kielihäiriötaustaiset miehet tuomittiin useammin seksuaalirikoksista. Uudemman tutkimuksen mukaan kielihäiriötaustaisilla nuorilla henkilöillä esiintyvät käytöshäiriöt voivat johtaa seksuaali- ja väkivaltarikoksiin. Suomessa Mannisen ym. (5) tutkimus osoitti, että koulukotipojat, joilla oli heikot kielelliset taidot, syyllistyivät myöhemmin elämässään vakaviin väkivaltarikoksiin.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Kehitykselliseen kielihäiriöön voisi saada apua puheterapiakuntoutuksella. Puheterapian avulla voidaan vahvistaa puheen, kielen ja kommunikaation taitoja. Niissä kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa on kuvattu rikostaustaisille nuorille suunnattuja kielellisiä ja sosiaalisten taitojen kuntoutusta sisältäviä interventioita, yksilöllisellä puheterapialla pystyttiin parantamaan nuorten puheen ymmärtämistä ja tuottoa, erityisesti sanastoa, kirjain-äänne-yhdistelyä, oikeinkirjoitusta, lauseenrakenteen hallintaa sekä kerronta- ja keskustelutaitoja (13). Aihetta tulisi tutkia myös Suomessa.

Tukemalla puheterapian keinoin rikostaustaisten nuorten aikuisten puheen, kielen ja kommunikaation häiriöitä heidän on havaittu pystyvän paremmin hyötymään nuorisorangaistuksen ohjelmista ja pärjäävän myöhemmin myös arjen vuorovaikutustilanteissa. Puheterapiainterventioilla sekä puheterapeutin integroinnilla osaksi moniammatillista tiimiä on havaittu olevan laajempia systeemisiäkin vaikutuksia siten, että rikostaustaisten nuorten kanssa toimivien työntekijöiden tietoisuus kielellisistä vaikeuksista kasvoi, ja he saivat myös käyttöönsä erilaisia keinoja tukea vuorovaikutusongelmien kanssa kamppailevia nuoria. Samoin työntekijöiden kyky tunnistaa ja ottaa huomioon nuorten kommunikaatiovaikeudet on parantanut vuorovaikutusta ri-

kostaustaisten nuorten kanssa ja lisännyt toisaalta nuorten valmiuksia osallistua rangaistusajan kuntoutusohjelmiin ja pärjätä rikosseuraamusprosesseissa.

Näiden kaikkien toimien on arvioitu estävän uusintarikollisuutta ja edistävän yhteiskuntaan sopeutumista (14). Viimeaikainen kansainvälinen, ja välillisesti myös kotimainen, tutkimusnäyttö osoittaa kiistattomasti, että kielellisen kuntoutuksen tarvearviointi tulisi ulottaa rikoksilla oireileviin nuoriin. Tarvearviointia varten tulisi ottaa käyttöön – kuten edellä on todettu – laajemmat ja tässä tutkimuksessa hyödynnettyä CERAD-osiota tarkemmat sekä kulttuurisesti adaptoidut testipatteristot. Koska puheterapian vaikuttavuus perustuu myös tiedon jakamiseen kommunikaatiohäiriöistä sekä ympäristön ohjaukseen, tulisi vankien kanssa toimivalle henkilökunnalle järjestää koulutusta kommunikointivaikeuksista ja niiden tukemisesta.

Isossa-Britanniassa The Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) -yhdistys on kehittänyt rikosoikeuteen erikoistuneiden puheterapeuttien kanssa ilmaisen verkko-ohjelman, ”The Box: Communication Help in the Justice System”, lisäämään alalla toimivan henkilökunnan tietoisuutta puheen, kielen ja kommunikaation vaikeuksista (15). Ohjelma auttaa tunnistamaan ja ymmärtämään, miten puheen, kielen ja kommunikoinnin vaikeudet voivat vaikuttaa rikosprosessiin päätyneisiin asiakkaisiin ja miten heitä voidaan tukea.

”The Box” -ohjelman suorittamisen on havaittu helpottavan henkilökunnan työntekoa, koska asioiden tiedostaminen vähentää työhön liittyviä rajoituksia ja parantaa vuorovaikutusta asiakkaiden kanssa. Lisäksi se auttaa käsittelemään haastavaa käyttäytymistä ja hoitamaan asiakkaisiin liittyvät työtehtävät tehokkaammin. Asiakkaille hyöty on näyttäytynyt parempana ymmärretyksi tulemisena, turhautumisen vähene misenä ja tarvittavan tuen saamisena. Yhteiskunnallisesti ohjelman on nähty edistävän tehokasta oikeudenkäyttöä ja vähentävän oikeusprosessin aikana esiintyviä puheen, kielen ja kommunikaation vaikeuksista johtuvia konflikteja osapuolten välillä. ”The Box” on käytössä myös Australiassa, Uudessa-Seelannissa, Yhdysvalloissa, Kanadassa, Intiassa, Egyptissä, Singaporessa ja Keniassa. Jatkossa kyseinen ohjelma kannattaisi ottaa käyttöön myös Suomessa.

Kirjoittajat

Seija Pekkala

vanhempi yliopistonlehtori, dosentti, fil. toht.
Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Psykologian ja logopedian osasto
Ei sidonnaisuuksia

Hanna Markkanen

puheterapeutti, FM, Tmi Terapiapalvelut Hanna Markkanen, Sanat haltuun -hanke
Ei sidonnaisuuksia

Päivi Rainò

tutkija, dosentti, fil. toht.
Humanistinen ammattikorkeakoulu, Tulkkaus ja kielellinen saavutettavuus -vahvuusala
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Gullman, M., Sunimento, K., Poutala, P. 2011: Oppimisvaikeuksista vapaaksi -hankkeen loppuraportti. Monisteita 3/2011 Kriminaalihuollontukisäätiö, Helsinki.
- 2) Joukamaa, M. ja työryhmä 2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Perustulosraportti. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010. Rikosseuraamuslaitos, Helsinki.
- 3) Tuominen, T. 2018: Neurocognitive deficits, academic difficulties and substance dependence among Finnish offenders: Connections to recidivism and implications for rehabilitation. Turun yliopiston julkaisuja Sarja B osa 453, Turun yliopisto, Turku. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7202-9>
- 4) Pekkala, S., Urrio, L., Rainò, P. 2022: Rikostaustaisten nuorten puheen, kielen ja kommunikaation vaikeudet. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 59/2022, 294–312. <https://doi.org/10.23990/sa.102603>
- 5) Manninen, M., Lindgren, M., Huttunen, M., Ebeling, H., Moilanen, I., Kalska, H., Suvisaari, J., Therman, S. 2013: Low verbal ability predicts later violence in adolescent boys with serious conduct problems, Nordic Journal of Psychiatry 67/2013, 289–297. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.738245>
- 6) Pekkala, S. ja Rainò, P. 2022: Rikostaustaisten nuorten kielellisten ja sosiaalisten taitojen tukeminen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 59/2022, 409–428. doi: <https://doi.org/10.23990/sa.103346>
- 7) Snow, P., Woodward, M., Mathis, M., Powell, M. 2016: Language functioning, mental health and alexithymia in incarcerated young offenders. International Journal of Speech-Language Pathology, 18/2016, 21-31. doi.org/10.3109/17549507.2015.1081291
- 8) Winstanley, M., Webb R., Conti-Ramsden, G. 2019: Psycholinguistic and socioemotional characteristics of young offenders: Do language abilities and gender matter? Legal and Criminological Psychology 24/2019 24, 195–214. doi: 10.1111/lcrp.12150
- 9) Leshem, R., van Lieshout, P., Ben-David, S., Ben-David, B. 2019: Does emotion matter? The role of alexithymia in a violent recidivism: A systematic literature review. Criminal Behavior and Mental Health 29/2019, 94–110. doi:10.1002/cbm2110
- 10) Wiig, E., Semel, E., Secord, W. 2013: Clinical Evaluation of Language Fundamentals. Fifth edition (CELF-5). Pearson, Bloomington, MN: NCS; 2013
- 11) Pulliainen, V., Hokkanen, L., Salo, J. & Hänninen, T. 2010 [1999]: CERAD. Kognitiivinen tehtäväsarja. Käsikirja & Tutkimusvälineet. Helsinki: Suomen Alzheimer -tutkimusseura ry.
- 12) Mitrushina, M., Boone, K., Razani, J., D’Ella, L. 2005: Handbook of Normative Data for Neuropsychological Assessment. Second edition. Oxford University Press, New York
- 13) Swain, N., Eadie, P., Snow, P. 2020: Speech and language therapy for adolescents in youth justice: A series of empirical case-studies. International Journal of Language and Communication Disorders, 55/2020, 458–479. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12529>
- 14) Winstanley, M., Webb, R., Conti-Ramsden, G. 2017: More or less likely to offend? Young adults with a history of identified developmental language disorders. International Journal of Language & Communication Disorders 53/2018, 256–270. doi: 10.1111/1460-6984.12339
- 15) RCSLT. [2021.] The Box learning journey. <https://www.rcsltcpd.org.uk/>



**Liikkuminen ja oleskelu
alueella ilman
asianmukaista lupaa on
KIELLETTY**

**Kiellon rikkomisesta
voidaan tuomita enintään
viiteenkymmeneen
päiväsakkoon
(poliisilaki 52 §)**



Luottamus toisiin ihmisiin on vangeilla muuta väestöä vähäisempää. Luottamus on pidempään istuneilla vangeilla ensikertalaisia matalampaa.

Elämään tyytyväisyys on vangeilla muuta väestöä vähäisempää.

Yksinäisyys vaihtelee vankien keskuudessa. Naisvangit ovat miehiä vähemmän yksinäisiä.

Vangit saavat useammin apua ja tukea epävirallisilta kuin virallisilta tahoilta. Naiset kokevat saavansa miehiä useammin tukea vankilan työntekijöiltä.

Vankilasta vangit vapautuvat epävarmaan tilanteeseen asumisen, toimeentulon ja ihmissuhteiden näkökulmasta.

Yksinäisyys ja sosiaaliset suhteet

Johdanto

Suomalaisten vankien sosiaalisia suhteita ja koettua hyvinvointia on tutkittu määrällisillä aineistoilla suhteellisen vähän. Poikkeuksena on äskettäin toteutettu VASO-RA-tutkimus, jossa tarkasteltiin vankien arkea ja elämänlaatua vankilassa (1). Tutkimuksessa analysoitiin muun muassa yksinäisyyttä (2), luottamusta (3) ja elämään tyytyväisyyttä (4) eri vankipopulaatioissa. Nämä analyysit luovat pohjan nyt raportoitaville tuloksille.

Vuorovaikutus ihmisten kesken on yleisinhimillinen tarve (5, 6), ja yksinäisyys kuvastaa tarpeen tyydyttämisen vajeita. Pitkittynyt yksinäisyys heikentää sekä psyykkistä että fyysistä hyvinvointia, terveyttä ja kykyä integroitua osaksi yhteisöjä sekä lisää syrjäytymisen, itsetuhoisuuden, väkivallan ja radikalisoitumisen riskiä (7, 8, 9, 10). Suomessa vangeista noin joka kuudes kokee olevansa vankilassa yksinäinen (2). Tiedämme, että eri yksinäisyyden muodot, kuten ostrakismi eli sulkeminen ulkopuoliseksi, yksin olo ja yksinäisyyden tunne, ovat yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin laajemminkin (11). Esimerkkinä vuorovaikutuksen rajoittamisen voimasta toimii se, että vankilassa yksinäisyyteen määrääminen on yksi voimakkaimmista rankaisukeinoista (12).

Luottamus rakentuu vuorovaikutuksessa kanssaihmiin horisontaalisesti tai organisaatioihin vertikaalisesti (13, 14). Luottamusta ihmisten välillä on mahdollista jaotella laadullisesti niin, että luottamus voi olla erilaista ennalta tunnettuja ja tun-

temattomia ihmisiä kohtaan. Tällöin puhutaan partikulaarisesta ja yleistetystä luottamuksesta (3). Yleistetyn luottamuksen taso kymmenportaisella (1–10) asteikolla on väestössä osapuilleen tasolla seitsemän, mutta aiemmassa vankien luottamusta kartoittavassa kyselyssä se oli vankien keskuudessa tasolla viisi. Käytännön tasolla tulos tarkoittaa, että vangeilla on lähellään suhteellisen vähäinen määrä muita vankeja, joihin he luottavat, eikä joka neljännellä vangilla ole tällaisia tuttavain lainkaan (3).

Elämään tyytyväisyys kokoaa yhteen ihmisen ajatuksen siitä, onko elämä sellaista kuin on sen toivonut olevan (15). Tyytyväisyys kuvastaa tarpeiden tyydyttymistä, mutta myös tyydyttymistä tarpeista irrallaan olevista haluista. Tyytyväisyys ei myöskään ole pelkästään asian kognitiivista pohdintaa, vaan yhtä paljon tunteiden (mood) säätelyä (16). Näitä kahta lähestymistapaa voi myös olla mahdotonta erottaa toisistaan (17). Suhteellisen vakiintunut näkemys on, että geenit säätelevät suurta osaa tyytyväisyyden vaihtelusta, mutta noin puolet siitä selittyy yksilön toiminnasta suhteessa ympäristöön (18). Arjella ja sen sujumisella on suuri merkitys hyvinvoinnille. Vangeilla arki on oletettavasti suhteellisen vakio- tai vakiomuotoista ja ennalta säädettyä, mutta sisääntulovaiheessa useat asiat ovat, ainakin ensikertalaiselle, uusia, jolloin tyytyväisyys laskee (19, 20). Vankien elämään tyytyväisyyden on todettu olevan keskimäärin 6,2 eli suhteellisen korkealla tasolla (4).

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Osatutkimuksessa analysoitiin vankien kokemaa yksinäisyyttä, luottamusta muihin vankeihin ja koettua elämään tyytyväisyyttä. Näitä ilmiöitä on tutkittu runsaasti väestöä edustavilla aineistoilla, mutta selvästi vähemmän vankilapopulaatioissa. Wattukyselyosuuden yksinäisyysteeman kysymykset ovat tunnettuja ja muodostavat laajalti käytössä olevia mittareita.

Yksinäisyyttä mitataan neljän väittämän avulla: 1) Tunnen olevani osa kaveriporukkaa, 2) Löydän seuraa, kun sitä tarvitsen tai haluan, 3) Minulla on kaveri, jolle voin kertoa ihan mitä tahansa ja 4) Olen yksinäinen. Väittämistä kaksi ensimmäistä mittaavat sosiaalista yksinäisyyttä ja kaksi jälkimmäistä emotionaalista yksinäisyyttä. Summamuuuttujaa muodostettaessa kolmen ensimmäisen väittämän vastausluokat käännettiin. Vastausluokat olivat ”Harvoin”, ”Ei koskaan”, ”Joskus”, ”Usein” ja ”Aina”. Toisin sanoen korkeampi pistemäärä kuvastaa suurempaa yksinäisyyttä.

Saatua tukea muilta tahoilta kartoitettiin kysymyksellä ”Keneltä tai miltä seuraavista tahoista olet saanut apua ja tukea elämääsi viimeksi kuluneen kahden kuukauden aikana?” Tuen lähteenä mainittiin ”Perhe (puoliso, lapset, vanhemmat)”, ”Sukulaiset”, ”Vapaudessa olevat kaverit”, ”Vankilassa olevat kaverit”, ”Vankilan työntekijät”, ”Sosiaalitoimen työntekijä”, ”Päihdehuollon työntekijä”, ”Seurakunnan työntekijä” ja ”Vapaaehtoinen”. Vastausvaihtoehtoina tarjottiin ”En lainkaan”, ”Vähän apua ja tukea”, ”Kohtuullisesti apua ja tukea”, ”Paljon apua ja tukea” ja ”Ei koskea minua”.

Luottamus selvitettiin yhdellä paljon käytetyllä kysymyksellä, jota modifioitiin vankilaympäristöön sopivaksi: ”Voiko mielestäsi muihin vankeihin luottaa, vai onko

niin, että muiden vankien suhteen on syytä olla varuillaan? Kerro mielipiteesi asteikolla nollasta kymmeneen, jossa 0 tarkoittaa, ettei muihin vankeihin voi lainkaan luottaa, ja 10, että useimpiin vankeihin voi luottaa.”

Yleistä elämään tyytyväisyyttä kartoitettiin kysymyksellä ”Kuinka tyytymätön tai tyytyväinen olet nykyään elämääsi kokonaisuutena”, ja vastausvaihtoehdot vaihtelivat tyytymättömästä tyytyväiseen asteikolla nollasta kymmeneen.

Vankilasta vapautumisen jälkeistä aikaa kartoitettiin kysymällä vankien arviota siitä, odottaako heitä vapautumisen jälkeen pysyvä asunto, pysyvä parisuhde, riittävät tulot, työ- tai opiskelupaikka tai tukihenkilö. Vastausvaihtoehtoja olivat ”Kyllä”, ”Ei” ja ”Ei tietoa”.

Tutkittavien ilmiöiden tasoa vertailtiin muusta väestöstä saataviin tietoihin ja aiemmin toteutetun VASORA-tutkimuksen tuloksiin. Lisäksi tarkasteltiin, miten ilmiöt jakautuivat eri alapopulaatioissa ristiintaulukoimalla ja vertaamalla Pearsonin khiin neliö -testin ja ANOVA:n avulla.

Tulokset

Yksinäisyys

Asteikolla 4–20 vangit arvioivat yksinäisyytensä tasoksi 9,5. Aiemmin toteutetussa VASORA-aineistonkeruussa taso oli 9,8. Eroja sukupuolten ja ikäryhmien välillä ei juurikaan ollut. Sen sijaan tuomion peruste erotteli yksinäisyyden kokemuksia toisistaan, kuten näkyy Taulukossa 4. Omaisuus- tai varkausrikoksista tuomittujen pistemäärä oli 10,1, ja huumerikoksista tuomittujen pistemäärä oli 8,4 ($p < 0,002$). Toisin sanoen omaisuus- tai varkausrikoksista tuomitut kokivat huumerikoksista tuomittuja hieman useammin yksinäisyyttä.

Tutkimushoitajan tekemällä arviolla vangin työkyvystä oli yhteys vangin itsensä arvioimaan yksinäisyyteen. Alentuneesti työkykyiset vangit kokivat useammin yksinäisyyttä (10,1) kuin työkykyiset (8,9) tutkittavat ($p < 0,001$). Yksinäisyyden taso oli korkeampi myös niillä vangeilla, jotka olivat halukkaita asettamaan terveydellisiä tavoitteita omaan rangaistusajan suunnitelmaansa.

Kun tarkasteltiin yksinäisyyden kokemusta tarkemmin, havaittiin miesten ja naisten välillä eroa sen suhteen, oliko heillä luotettava kaveri, jolle voi purkaa asioitaan tarvittaessa, Taulukko 1 seuraavalla sivulla. Asteikolla yhdestä viiteen (ei koskaan -> aina) naisten pisteluku oli 3,9 ja miesten 3,7 ($p < 0,05$). Naisvangeilla oli miesvankeja useammin mahdollisuus keskustella mistä tahansa asioista jonkun luotettavan kaverin kanssa.

Luottamus

Asteikolla nollasta kymmeneen vangit arvioivat luottamuksensa tasolle 4,5. Toisin sanoen useammin vangit kokivat epäluottamusta kuin luottamusta toisiaan kohtaan. Aiemmin on havaittu luottamuksen olevan vankien keskuudessa tasolla 4,9 (3). Molemmat luvut ovat selvästi väestön vastaavaa arvoa – 7,3 – matalammalla tasolla.

Taulukko 1. Tuen saaminen muilta tahoilta nais- ja miesvangeilla (%).

	miehet n=361 (%)	naiset n=110 (%)	yhteensä n=471 (%)	p-arvo
Kun vapaudut tältä tuomiolta, onko sinua odottamassa tukihenkilö?				0.05
ei/eos	228 (63)	58 (53)	286 (61)	
kyllä	133 (37)	52 (47)	185 (39)	
Keneltä tai miltä seuraavista tahoista olet saanut apua ja tukea elämäsi viimeksi kuluneen kahden kuukauden aikana?				
Vankilan työntekijä				0.002
en lainkaan	69 (19)	14 (13)	83 (18)	
vähän apua ja tukea	126 (35)	24 (22)	150 (32)	
kohtuullisesti apua ja tukea	107 (30)	39 (35)	146 (31)	
paljon apua ja tukea	51 (14)	31 (28)	82 (17)	
ei koske minua	8 (2)	2 (2)	10 (2)	
Sosiaalitoimen työntekijä				0.001
en lainkaan	134 (37)	28 (25)	162 (34)	
vähän apua ja tukea	76 (21)	19 (17)	95 (20)	
kohtuullisesti apua ja tukea	77 (21)	37 (34)	114 (24)	
paljon apua ja tukea	32 (9)	21 (19)	53 (11)	
ei koske minua	42 (12)	5 (5)	47 (10)	
Päihdehuollon työntekijä				0.016
en lainkaan	137 (38)	26 (24)	163 (35)	
vähän apua ja tukea	57 (16)	16 (15)	73 (15)	
kohtuullisesti apua ja tukea	56 (16)	24 (22)	80 (17)	
paljon apua ja tukea	33 (9)	19 (17)	52 (11)	
ei koske minua	78 (22)	25 (23)	103 (22)	
Seurakunnan työntekijä				0.001
en lainkaan	192 (53)	38 (35)	230 (49)	
vähän apua ja tukea	29 (8)	15 (14)	44 (9)	
kohtuullisesti apua ja tukea	23 (6)	14 (13)	37 (8)	
paljon apua ja tukea	18 (5)	16 (15)	34 (7)	
ei koske minua	99 (27)	27 (25)	126 (27)	
Vapaaehtoinen				0.003
en lainkaan	207 (57)	49 (45)	256 (54)	
vähän apua ja tukea	17 (5)	7 (6)	24 (5)	
kohtuullisesti apua ja tukea	13 (4)	4 (4)	17 (4)	
paljon apua ja tukea	8 (2)	11 (10)	19 (4)	
ei koske minua	116 (32)	39 (35)	155 (33)	
Kuinka usein sinusta tuntuu tällaiselta?				
Minulla on kaveri, jolle voin kertoa ihan mitä tahansa.				0.046
keskiarvo	3,7	3,9	3,7	
keskihajonta	1,4	1,3	1,4	

Taulukoissa 5 ja 8 myöhemmin tässä luvussa eritellään luottamusta vankeusajan suhteen. Tuomion pituus heijastui luottamukseen siten, että yli kahden vuoden tuomiota istuvien luottamuksen taso (4,2) oli selvästi matalampi kuin lyhyempää tuomiota (4,9) istuvilla ($p < 0,004$). Vastaava tulos luottamuksen ja tuomion pituuden välillä näkyi myös ensikertalaisten keskuudessa. Alle vuoden tuomion saaneilla ensikertalaisil-

la luottamus oli korkeampi (4,7) kuin vuoden tai pidemmän tuomion (3,7) saaneilla ($p < 0,02$).

Yksinäisyyden ja luottamuksen kokemukset liittyvät myös vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa ja muilta ihmisiltä saatavaan tukeen. Vangit saavat apua ja tukea monilta eri tahoilta. Paljon tukea saatiin vastausten perusteella perheeltä (59 %), sukulaisilta (29 %) ja kavereilta vankilan ulkopuolella (27 %). Näitä harvemmin apua saatiin vankilassa olevilta kavereilta (20 %) ja vankilan työntekijöiltä (17 %). Vielä harvemmin apua saatiin sosiaali- (11 %) tai päihdealan työntekijöiltä (11 %) ja erityisen harvoin seurakunnan työntekijältä (7 %) tai vapaaehtoisilta (4 %).

Näyttää siltä, että sosiaalinen tuki on vahvassa yhteydessä vangin sukupuoleen ja ikään. Yleisesti naiset ilmoittivat saaneensa miehiä enemmän apua eri tahoilta, ks. Taulukko 1 edellisellä sivulla. Kaikkein suurin ero liittyi vankilan työntekijöiltä saatuun apuun ja tukeen. Naisista 28 prosenttia ilmoitti saaneensa paljon apua ja tukea vankilan työntekijöiltä, kun miehistä näin ilmoitti puolet harvempi (14 %) ($p < 0,002$). Sama trendi toteutui myös sosiaalisissa yhteyksissä: sosiaalityö (naiset 19 % ja miehet 9 %, $p < 0,001$), päihdehuolto (naiset 17 % ja miehet 9 %, $p < 0,01$) ja seurakunta (naiset 15 % ja miehet 5 %, $p < 0,001$) työntekijöiden sekä vapaaehtoiset (naiset 10 % ja miehet 2 %, $p < 0,003$).

Iän yhteys saatuun apuun ja tukeen ei ollut yhtä suoraviivainen kuin sukupuolen suhteen, Taulukko 2 seuraavalla sivulla. Perheeltä apua ja tukea saivat paljon erityisesti nuoret eli alle 30-vuotiaat (68 %) ja 30–47-vuotiaat (60 %) vangit, kun taas tätä vanhemmat vangit saivat apua ja tukea harvemmin (43 %) ($p < 0,001$). Sama iän mukana laskeva trendi oli nähtävissä myös sukulaisten (34 % -> 28 % -> 23 %, $p < 0,007$) ja vankilassa olevien kavereiden (28 % -> 18 % -> 13 %, $p < 0,02$) suhteen. Seurakuntien työntekijöiltä saatu apua ja tuki kääntyivät iän suhteen päinvastoin nousuun kuin edellä epävirallisten tahojen kohdalla. Alle 47-vuotiaista vangeista kuudesta seitsemään prosenttia ilmoitti saaneensa seurakunnilta paljon apua ja tukea, kun yli 47-vuotiaista näin ilmoitti 13 prosenttia ($p < 0,05$).

Elämään tyytyväisyys

Asteikolla nolasta kymmeneen vangit arvioivat elämään tyytyväisyytensä tasoksi 5,8. Tämä on hieman matalampi kuin vangeilla aiemmin tutkittu 6,2 pisteen taso (4). Molemmat arvot ovat kuitenkin selvästi pienempiä kuin väestön lähes kahdeksan pistettä (21). Tyytyväisyys elämään oli matalampi ($p < 0,008$) niillä, jotka olivat halukkaita asettamaan terveydellisiä tavoitteita omaan rangaistusajan suunnitelmaansa. Tulos on looginen siten, että ongelmat kannustavat muutokseen.

Vankien oman arvion mukaan heillä ei ollut turvattua tilannetta vapautumishetkellä. Neljä kymmenestä (42 %) arvioi, että heillä olisi pysyvä asunto vapautuessaan vankilasta. Useammalla kuin joka toisella ei ollut asuntoa odottamassa tai he olivat epävarmoja asiasta. Pysyvä parisuhde odotti 31 prosenttia, pysyvät tulot 26 prosenttia ja työ- tai opiskelupaikka 27 prosenttia vapautuvista vangeista. Tukihenkilö oli tiedossa 39 prosentilla.

Taulukko 2. Luottamus ja tuen saaminen muilta ikäryhmittäin (%).

	Ikäryhmä			yhteensä n=471 (%)	p-arvo
	18-29 vuotta n=137 (%)	30-47 vuotta n=250 (%)	>47 vuotta n=84 (%)		
Voiko mielestäsi muihin vankeihin luottaa, vai onko niin, että muiden vankien suhteen on syytä olla varuillaan?					0.0371
keskiarvo	5	4,4	4,1	4,5	
keskihajonta	2,6	2,6	2,7	2,6	
Keneltä tai miltä seuraavista tahoista olet saanut apua ja tukea elämäsi viimeksi kulu- neen kahden kuukauden aikana?					0.001
Perhe (puoliso, lapset, vanhemmat)					
en lainkaan	7 (5)	21 (8)	16 (19)	44 (9)	
vähän apua ja tukea	13 (9)	20 (8)	3 (4)	36 (8)	
kohtuullisesti apua ja tukea	21 (15)	57 (23)	20 (24)	98 (21)	
paljon apua ja tukea	93 (68)	150 (60)	36 (43)	279 (59)	
ei koske minua	3 (2)	2 (1)	9 (11)	14 (3)	
Sukulaiset					0.007
en lainkaan	40 (29)	82 (33)	32 (38)	154 (33)	
vähän apua ja tukea	22 (16)	40 (16)	7 (8)	69 (15)	
kohtuullisesti apua ja tukea	23 (17)	48 (19)	14 (17)	85 (18)	
paljon apua ja tukea	47 (34)	71 (28)	19 (23)	137 (29)	
ei koske minua	5 (4)	9 (4)	12 (14)	26 (6)	
Vankilassa olevat kaverit					0.019
en lainkaan	12 (9)	32 (13)	16 (19)	60 (13)	
vähän apua ja tukea	38 (28)	91 (36)	26 (31)	155 (33)	
kohtuullisesti apua ja tukea	39 (28)	75 (30)	24 (29)	138 (29)	
paljon apua ja tukea	39 (28)	44 (18)	11 (13)	94 (20)	
ei koske minua	9 (7)	8 (3)	7 (8)	24 (5)	
Päihdehuollon työntekijä					0.02
en lainkaan	48 (35)	81 (32)	34 (40)	163 (35)	
vähän apua ja tukea	19 (14)	50 (20)	4 (5)	73 (15)	
kohtuullisesti apua ja tukea	27 (20)	43 (17)	10 (12)	80 (17)	
paljon apua ja tukea	14 (10)	29 (12)	9 (11)	52 (11)	
ei koske minua	29 (21)	47 (19)	27 (32)	103 (22)	
Seurakunnan työntekijä					0.046
en lainkaan	67 (49)	120 (48)	43 (51)	230 (49)	
vähän apua ja tukea	12 (9)	29 (12)	3 (4)	44 (9)	
kohtuullisesti apua ja tukea	6 (4)	26 (10)	5 (6)	37 (8)	
paljon apua ja tukea	9 (7)	14 (6)	11 (13)	34 (7)	
ei koske minua	43 (31)	61 (24)	22 (26)	126 (27)	

Niillä vangeilla, joiden työkyvyn tutkimushoitaja oli arvioinut alentuneeksi, oli työ- ja opiskelupaikka harvemmin (19 %) odottamassa vapautumisen jälkeen kuin ryhmässä, jossa työkyky oli arvioitu tavalliseksi (34 %) ($p<0,001$). Samoin työ- tai opiskelupaikka odotti useammin peruskoulua korkeamman tutkinnon (33 %) suorittaneita kuin korkeintaan peruskoulun käyneitä (23 %) ($p<0,02$), Taulukko 3. Vapautu-

Taulukko 3. Vapautumisen jälkeen odottamassa oleva työ- tai opiskelupaikka aiemman koulutuksen mukaan (%).

	Koulutus			
	enintään peruskoulu n=251 (%)	enemmän kuin peruskoulu n=220 (%)	yhteensä n=471 (%)	
Kun vapaudut tältä tuomiolta, onko sinua odottamassa Työ- tai opiskelupaikka				0.015
ei/eos	194 (77)	148 (67)	342 (73)	
kyllä	57 (23)	72 (33)	129 (27)	

Taulukko 4. Yksinäisyys ja pysyvän asunnon ja riittävien tulojen olemassaolo vapautuessa päärikosluokittain (%).

	Päärikosluokka				yhteensä n=469 (%)	
	huume n=109 (%)	väkivalta n=240 (%)	varkaus/ omaisuus n=53 (%)	muu n=67 (%)		
Tunnetko itsesi yksinäiseksi?						0.004
keskiarvo	2,4	2,8	2,9	3	2,8	
keskihajonta	1	1	0,9	1,1	1	
Yksinäisyys-summapisteet						0.004
keskiarvo	8,4	9,7	10,1	9,9	9,4	
keskihajonta	3,3	3,4	3,8	2,8	3,4	
Kun vapaudut tältä tuomiolta, onko sinua odottamassa pysyvä asunto						0.024
ei/eos	56 (51)	156 (65)	24 (45)	35 (52)	272 (58)	
kyllä	53 (49)	84 (35)	29 (55)	32 (48)	199 (42)	
Riittävät tulot						0.043
ei/eos	71 (65)	189 (79)	35 (66)	51 (76)	348 (74)	
kyllä	38 (35)	51 (21)	18 (34)	16 (24)	123 (26)	

Taulukko 5. Luottamus ja asunnon olemassaolo vapautuessa tuomion pituuden mukaan (%).

	Tuomion pituus yli 2 vuotta			
	ei n=217 (%)	kyllä n=248 (%)	yhteensä n=465 (%)	
Voiko mielestäsi muihin vankeihin luottaa, vai onko niin, että muiden vankien suhteen on syytä olla varuillaan?				0.004
keskiarvo	4,9	4,2	4,5	
keskihajonta	2,4	2,7	2,6	
Kun vapaudut tältä tuomiolta, onko sinua odottamassa pysyvä asunto?				0.003
ei/eos	109 (50)	159 (64)	268 (58)	
kyllä	108 (50)	89 (36)	197 (42)	

misen jälkeinen tekeminen oli turvattu myös useammin avo- (43 %) kuin suljetun laitoksen (24 %) vangeilla, Taulukko 7.

Asunto on yksi elämän kivijaloista, joka on edellytys hyvinvoinnin rakentamiselle. Oma asunto ei ole kuitenkaan vapautuville vangeille itsestäänselvyys, Taulukot 4–7. Pysyvä asunto odotti useimmin avovankilassa istuvia (56 %), varkausrikoksista tuo-

Taulukko 6. Asunnon olemassaolo vapautuessa elinaikaisten vankeuspäivien mukaan (%).

	Elämänaikaisia vankeuspäiviä yli 2 vuotta, inkapasitaatioaika			
	ei n=163 (%)	kyllä n=308 (%)	yhteensä n=471 (%)	
Kun vapaudut tältä tuomiolta, onko sinua odottamassa pysyvä asunto?				0.006
ei/eos	80 (49)	192 (62)	272 (58)	
kyllä	83 (51)	116 (38)	199 (42)	

Taulukko 7. Asunnon, tulojen sekä työ- ja opiskelipaikan olemassaolo vapautuessa laitoslajeittain (%).

	Laitoslaji			
	avovankila n=84 (%)	suljettu vankila n=387 (%)	yhteensä n=471 (%)	
Kun vapaudut tältä tuomiolta, onko sinua odottamassa pysyvä asunto?				0.005
ei/eos	37 (44)	235 (61)	272 (58)	
kyllä	47 (56)	152 (39)	199 (42)	
riittävät tulot?				0.001
ei/eos	50 (60)	298 (77)	348 (74)	
kyllä	34 (40)	89 (23)	123 (26)	
työ- tai opiskelupaikka				0.001
ei/eos	48 (57)	294 (76)	342 (73)	
kyllä	36 (43)	93 (24)	129 (27)	

Taulukko 8. Luottamus alle ja yli vuoden tuomiota istuvien ensikertalaisten keskuudessa (%).

	Vankeusajan pituus ensikertalaisten ryhmässä			
	alle vuoden n=98	yli vuoden n=79	yhteensä n=177	
Voiko mielestäsi muihin vankeihin luottaa, vai onko niin, että muiden vankien suhteen on syytä olla varuillaan?				0.016
keskiarvo	4,7	3,7	4,2	
keskihajonta	2,5	2,8	2,7	

mittuja (55 %), alle kahden vuoden tuomiolla olleita (50 %) ja alle kaksi vuotta elämänsä aikana vankilassa olleita (51 %) vankeja. Harvemmin pysyvä asunto taas odotti väkivaltarikoksista tuomittuja (35 %), yli kaksi vuotta elämänsä aikana vankilassa olleita (38 %) ja yli kahden vuoden tuomiolla olleita (36 %) ja suljetussa laitoksessa tuomiotaan istuneita (39 %) vankeja. Esitetyt erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,003-0,02$).

Taulukot 4 ja 7 osoittavat riittävien tulojen odottavan vapautuvaa vankia muita useammin, jos vanki oli ollut avovankilassa (40 %) tai tuomittu huumoririkoksesta (35 %). Harvinaisempia tulot olivat suljetussa laitoksessa istuvien ryhmässä (23 %) ja väkivaltarikoksista tuomituilla (21 %). Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001-0,05$).

Ensikertalaisuudella ei ollut selvää yhteyttä tutkittujen ilmiöiden kanssa. Aiemmin on havaittu (4), että ensikertalaisten tyytyväisyys elämään on tuomion alkukausina matalampi kuin pidempään vankilassa olleilla. Tulosta ei kuitenkaan voitu todentaa nykyaineiston koosta johtuen. Samankaltaisen tulkinnan tosin voi tehdä myös Wattu-aineistolla: Ensikertalaisten elämään tyytyväisyys ja luottamus olivat matalammalla tasolla kuin jo aiemmin vankilassa olleilla. Erot olivat systemaattisia mutta eivät tilastollisesti merkitseviä. Sen sijaan Taulukko 8 osoittaa, että alle vuoden ajan vankeudessa olleilla ensikertalaisilla luottamus muihin vankeihin oli korkeammalla tasolla kuin jo pidempään vankeudessa olleilla ensikertalaisilla ($p < 0,02$).

Johtopäätökset

Sosiaaliset suhteet vaihtelevat vankien keskuudessa, ja niillä on yhteys yksinäisyyden, luottamuksen ja elämään tyytyväisyyden kokemukseen. Vankien luottamus toisia vankeja kohtaan, mahdollisuus luotettaviin ihmissuhteisiin ja tyytyväisyys elämään olivat selvästi muuta väestöä matalammalla tasolla. Samoin vangeilla oli vaihtelevasti kokemuksia siitä, miten he saavat apua ja tukea vankilan sisällä ja sen ulkopuolella. Vapautumisen jälkeinen aika näyttäytyi epävarmalta, koska keskeisistä arjen perustarpeista – asumisesta, ihmissuhteista tai toimeentulosta – ei ollut varmuutta.

Vankilaa edeltänyt (rikollinen) toiminta heijastui yksinäisyyden kokemuksiin vankilassa. Omaisuus- tai varkausrikoksista tuomitut kokivat huumerikoksista tuomitut hieman useammin yksinäisyyttä. Samoin alentuneesti työkykyisiksi arvioidut vangit kokivat yksinäisyyttä muita useammin. Yksinäisyyden kokemus näyttää liittyvän erityisesti siihen, onko vangilla mahdollisuus jakaa jonkun kanssa vaikeitakin asioita. Naisvangeilla ja nuoremmilla vangeilla oli muita useammin olemassa tällainen henkilö. Lisätietoja vankien kokemuksesta vertaispuhuminen tärkeydestä voi lukea raportin luvusta [Keinoja aggressiivisen olon vähentämiseksi](#).

Pitkää tuomiota istuneiden vankien luottamus muita vankeja kohtaan oli muita vähäisempää. Ensikertalaisten elämään tyytyväisyys ja luottamus olivat matalammalla tasolla kuin jo aiemmin vankilassa olleilla. Ensikertalaisilla muutos vankilan ja ulkopuolisen maailman välillä on suurempi kuin niillä vangeilla, jotka tulevat vankilaan toista tai useampaa kertaa. Kuitenkin alle vuoden tuomion saaneilla ensikertalaisilla luottamus muihin vankeihin oli korkeammalla tasolla kuin pidempään vankilassa olleilla.

Vangit, erityisesti naiset, kokivat saavansa apua ja tukea monella eri tavalla, yleisimmin epävirallisilta tahoilta, kuten perheeltä, sukulailta tai kavereilta vankilan ulkopuolella. Perheet auttoivat erityisesti nuorimpia vankeja. Kuitenkin hyvin usein vangit kokivat, että eivät saa apua tai tukea mistään. Harvemmin apua saatiin virallisen tahon työntekijöiltä tai vapaaehtoisilta, silti lähes kolmannes naisista koki saaneensa paljon apua vankilan työntekijöiltä.

Väkivaltarikoksista tuomituilla, pidemmän vankilahistorian omaavilla suljetussa laitoksessa tuomiotaan istuvilla vangeilla oli harvinaista, että vapautumisen jälkeen

olisi odottamassa asunto. He myös arvioivat muita harvemmin tulojensa riittävän vapautumisen jälkeen. Avovankilasta katsoen ja huumerikoksista tuomittujen ryhmässä toimeentulo näytti hieman muita ryhmiä turvatummalta.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Tulokset herättävät kysymyksiä: Kuinka voisi esimerkiksi vahvistaa sellaisten ihmisten suhteiden ylläpitoa, jotka vähentävät yksinäisyyden kokemusta, lisäävät luottamusta muihin ihmisiin ja voimistavat elämään tyytyväisyyttä? Näillä tekijöillä voi olla vaikutusta vankilassa ollessa, mutta erityisen tärkeitä ne ovat vapautumisen lähestyessä ja takaisin yhteiskuntaan sopeutumisessa.

Miksi naisten kokemukset muiden avusta ja tuesta, jopa vankilan työntekijöiden suunnalta, ovat miehiä selvästi yleisempiä? Johtuuko tämä naisten omasta tavasta suhtautua apuun ja tukeen, vai onko tarjolla oleva apu ja tuki jotenkin erilaista miehille ja naisille?

Ensikertalaiset ja vankeusajan alkupuolella olevat vangit vaikuttavat olevan tilanteessa, missä tarjolla olevalla avulla ja tuella voisi olla eniten tarjottavaa. Hyödyntävätkö virallista tukea tarjoavat tahot riittävästi tätä erityistä hetkeä?

Vankien vapautuminen ja vankilan ulkopuolelle sijoittuminen näyttäytyy turvatomalta ja epävarmalta vaiheelta. Tämä herättää kysymyksen siitä, kuinka riittäviä ovat palvelut yhteiskuntaan integroitumiseksi. Erityisesti nousee esiin kysymys asunnon turvaamisesta, koska se on perusta muun elämän rakentumiselle.

Vankitutkimusaineisto antaa mahdollisuuden tarkastella tulevissa monitieteellisissä tutkimuksissa esimerkiksi terveydentilan, työkyvyn, kognitiivisten taitojen ja muiden tekijöiden yhteyttä sosiaalisiin suhteisiin ja avun vastaanottamiseen sellaisessa väestöryhmässä, joka on joskus elämässään päätenyt vankilaan. Parhaimmillaan osallisuuden kokemuksen parempi ymmärrys auttaa ehkäisemään vankilaan joutumista jo ennalta.

Kirjoittajat

Sakari Kainulainen

Dosentti, erityisasiantuntija
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Ei sidonnaisuuksia

Niina Junttila

Kasvatuspsykologian professori, Turun yliopisto
Kasvatustieteen professori, Jyväskylän yliopisto
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Kainulainen, S. ja Saari, J. (Toim.) 2021: Suomalainen vanki. Arjen rakenteet ja elämänlaatu vankilassa. Vastapaino.
- 2) Junttila, Niina 2021: Vankien ostrakismi, yksinäisyys ja halu olla yksin. Teoksessa Sakari Kainulainen ja Juho Saari (Toim.) Suomalainen vanki. Arjen rakenteet ja elämänlaatu vankilassa. Vastapaino.
- 3) Kouvo, A. ja Saari, J. 2021: Vankien luottamussuhteet. Teoksessa Sakari Kainulainen ja Juho Saari (Toim.) Suomalainen vanki. Arjen rakenteet ja elämänlaatu vankilassa. Vastapaino.
- 4) Kainulainen, Sakari 2021: Vankien elämään tyytyväisyys. Teoksessa Sakari Kainulainen ja Juho Saari (Toim.) Suomalainen vanki. Arjen rakenteet ja elämänlaatu vankilassa. Vastapaino.
- 5) Weiss, Robert 1973: Loneliness: the experience of emotional and social isolation. Massachusetts: The MIT Press.
- 6) Baumeister, R.F., ja Leary, M.R. 1995: The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529.
- 7) Cacioppo, J., Cacioppo, S., Capitano, J.P., Cole, S.W. 2015: The neuroendocrinology of social isolation. *Annual Review of Psychology*, 66, 733–767.
- 8) Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., Verhagen, M. 2015: Loneliness Across the Life Span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250–264.
- 9) Baumeister, R.F., DeWall, C.N., Ciarocco, N.J. Twenge, J.M. 2005: Social Exclusion Impairs Self-Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(4), 589–604.
- 10) Williams, K.D. 2007: Ostracism. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 425–452.
- 11) Right to Belong: Yksinäisyyden ja ostrakismin vähentäminen lapsuudessa ja nuoruudessa (R-to-B). Tilannekuvaraportti 2022. Saatavilla internetistä www.aka.fi.
- 12) Saari, J. ja Kainulainen, S. 2021: Johdanto: vankila sosiaalisena kenttänä. Vankien ostrakismi, yksinäisyys ja halu olla yksin. Teoksessa Sakari Kainulainen ja Juho Saari (Toim.) Suomalainen vanki. Arjen rakenteet ja elämänlaatu vankilassa. Vastapaino.
- 13) Putnam, Robert D. 2000: Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster.
- 14) Rothstein, Bo 2005: Social traps and the problem of trust. Cambridge: Cambridge University Press.
- 15) Veenhoven, R. 2009: How do we assess how happy we are? Tenets, implications and tenability of three theories. Kirjassa: Dutt A.K. ja Radcliff B. (Toim.): Happiness, Economics and Politics: Towards a multi-disciplinary approach, ss. 45–69. Cелtenham: Edward Elger Publishers.
- 16) Kainulainen, S. 2022: Concurrent Assessments of Individuals' Affect and Contentment and the Correlation of these Estimates to Overall Happiness at Specific Moments. *Applied Research Quality Life* 17, 3151–3174. <https://doi.org/10.1007/s11482-022-10057-9>
- 17) Ott, J. 2020: Back to Overall Happiness: It Exists!. Julkaisussa: Beyond Economics. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-56600-5_5
- 18) Bartels, M., Nes, R.B., Armitage, J.M., van de Weijer, M.P., Haworth, C.M.A. 2022: Exploring the Biological Basis for Happiness. Julkaisussa: Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Akinin, L. B., Wang, S. (Toim.). 2022: World Happiness Report 2022. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- 19) MacKenzie, D.L. ja Goodstein, L. 1985: Long-term incarceration impacts and characteristics of long-term offenders: an empirical analysis. *Criminal Justice and Behavior* 12:4, 395–414.
- 20) Bronsteen, John, Buccafusco, Cristopher, Masur, Jonathan 2009: Happiness and Punishment. *The University of Chicago Law Review*, 76(3), 1037–1082.
- 21) Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., Akinin, L. B., De Neve, J.-E., Wang, S. (Toim.) 2023: World Happiness Report 2023 (11. painos). Sustainable Development Solutions Network.

RIKOSSEURAAAMUSLAITOS
EROTTSÄPÖLÄSÄYNDÖKKEITEN

Vankien osallisuuden kokemus oli selvästi muuta aikuisväestöä heikompi. Vankien osallisuuden kokemus oli kuitenkin oletettua vahvempaa.

Naisvankien osallisuuden kokemus oli miesvankeja vahvempi.

Osallisuuden kokemuksen taso ei vaihdellut tilastollisesti merkitsevästi vankilaspesifien taustamuuttujien valossa.

Työkyky oli vahvimmin yhteydessä osallisuuden kokemukseen.

Tulevissa tutkimuksissa on syytä tarkastella vankien terveyden ja erityisesti mielenterveyden sekä toiminta- ja työkyvyn yhteyksiä osallisuuden kokemukseen.

Osallisuuden kokemus

Johdanto

Vankien osallisuuden kokemusta tarkastellaan tukeutuen osallisuuden viitekehykseen (1), jossa se tarkoittaa mahdollisuutta säädellä kulttuureittain ja olosuhteittain vaihtelevia tarpeita ja resursseja (2). Osallisuus on toisin sanoen kiinnittymistä tarpeiden mukaisiin aineellisiin ja aineettomiin resursseihin (1) ja toiminnan mahdollisuuksiin (3, 4).

Objektiivisesti mitattavien resurssien lisäksi osallisuus liittyy kokemukselliseen hyvinvointiin (5, 6, 1). Silloin puhutaan osallisuuden kokemuksesta, joka kuvaa sosiaalisten suhteiden vastavuoroisuutta eli kuulluksi tulemistä, itselleen mieluisaan joukkoon liittymistä ja kuulumista, yhteenkuuluvuutta sekä yhdessä tekemistä (7). Toimintavalmiuksien viitekehyksessä Amartya Sen painottaa vapautta valita erilaisten mahdollisuuksien joukosta ne, joita lähteä mieltymystensä mukaan tavoittelemaan (3). Osallisuutta koskevassa ajattelussa nojataan toimintavalmiuksien viitekehykseen, joten vapaus valita itselle merkityksellinen sosiaalinen kokonaisuus vapaaehtoisine tekemisineen on myös osallisuuden kokemuksessa tärkeää (8).

Osallisuuden kokemus on vahvasti yhteydessä hyvinvointiin (6, 9). Tieteellisesti validoitu osallisuusindikaattori auttaa ymmärtämään paremmin osallisuuden kokemusta ja hahmottamaan siihen liittyviä väestöryhmittäisiä eroja. Se muodostuu kymmenestä elämän hallittavuutta, kuulumisen ja merkityksellisyyden tunteita sekä osallistumisen mahdollisuuksia kartoittavasta väittämästä (6). Vastaukset väittämiin

sijoittuvat jatkumolle, jonka toinen pää edustaa heikkoa ja toinen vahvaa osallisuuden kokemusta.

Osallisuusindikaattorin taustalla on kokonaisvaltainen ja tieteenaloja integroiva osallisuuden viitekehys, johon on toimintavalmiuksien viitekehysten, *capability approach* (3, 4), lisäksi ammennettu aikaisemmasta tutkimuksesta liittyen käyttäytymis-, sosiaali- ja hallintotieteisiin. Osallisuuden kokemus on yksilöllinen, mutta se rakentuu erilaisissa ihmiselämän suhteissa ja yhteisöissä. Siksi osallisuuden viitekehys tukeutuu yksilötieteisiin (kuten psykologia), ryhmäkäyttäytymistä tutkiviin tieteisiin (kuten sosiaalipsykologia), yhteiskuntatieteisiin (kuten sosiaalipolitiikka, sosiologia ja yhteiskuntafilosofia) sekä hallinnon ja hallinnan tieteisiin (1). Vaikka yksilö on se, joka kokee tai ei koe osallisuutta, kyse on ennen kaikkea yksilöä ympäröivän yhteisön ja yhteiskunnan ominaisuudesta, siitä, miten erilaisille ihmisryhmille jaetaan resursseja, tunnustusta ja tilaisuuksia saada äänensä kuuluviin päätöksenteossa (10).

Osallisuuden kokemusta koskevat ensimmäiset tulokset saatiin vuonna 2017 kerätyistä Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi -aineistosta. Havaittiin, että vastaajajoukon hyvinvointi oli muuta väestöä huonompi. Esimerkiksi psyykkisesti kuormittuneiden osuus oli monikertainen muihin väestötutkimuksista saatuihin tuloksiin verrattuna (11). Osallisuuden kokemuksesta ei vielä tuolloin ollut väestöryhmittäistä aineistoa, mutta myöhemmin FinSote 2019 -aineiston analyysit vahvistivat oletuksen siitä, että vastentahtoisesti työelämän ulkopuolella olevien osallisuus on muuta väestöä heikompi. Voitiin päätellä, että erot osallisuuden kokemuksessa kertovat eriarvoistavista prosesseista, koska osallisuuden kokemus oli yhteydessä sekä elinoloihin ja yhteiskunnalliseen asemaan että hyvinvointiin, terveyteen, toiminta- ja työkykyyn. Erot osallisuuden kokemuksessa paljastavat väestöryhmiä, jotka ovat altistuneet ongelmien kärjistymiselle ja kasautumiselle (9). Vankien osallisuuden kokemuksesta ei ole aikaisempaa tutkimusta, joten näiden analyysien myötä kuva osallisuuden kokemuksen ja eriarvoisuuden yhteydestä täsmentyy.

Osallisuuden tarkastelemiseksi on kehitetty Osallisuuden kehät -työkalu. Siinä eritellään kolme, osittain toistensa kanssa päällekkäistä kehää, jotka ovat 1) merkitykselliset sosiaaliset suhteet (*being part of*), 2) kohtaamisen instituutiot (*having part of*) ja 3) osallistumisen mahdollisuudet yhteiskunnassa (*taking part in*) (5). Vankien osallisuuden kehät ovat lähtökohtaisesti rajatummalla kuin aikuisväestöllä keskimäärin, koska vankila jo tilana rajaa mahdollisuuksia. Vankien autonomia ja itsemääräämismahdollisuudet ovat luontaisesti suppeat, sillä vankeus tarkoittaa vapausrajoitusta. Vankeus kapeuttaa merkityksellisyyden, kuulumisen ja hallittavuuden kokemusta mutta myös toimintauskomuksia. Tilaisuudet liittyä sosiaalisiin suhteisiin ovat rajoitettuja, eikä suhteita voi valita täysin vapaasti. Tämä voi heikentää sosiaalisten suhteiden laatua ja horjuttaa kokemusta siitä, että on muiden ihmisten luottamuksen arvoinen.

Vankila tilana voi kuitenkin erityisesti pitkiä ja useita vankeusrangaistuksia suorittavalle muuttua hallittavammaksi kuin ympäröivä yhteiskunta, jolloin vankila elinympäristönä kaikkine palveluineen voi vahvistaa osallisuutta kohtaamisen instituutiot-kehällä. Vankien jäsenyys yhteiskunnasta on muutenkin usein hauras. Viime vuosi-

kymmeninä onkin kehitetty ohjattuja, osallisuutta vahvistavia tapoja, kuten vankien kanssa yhdessä tehtyä Porttiteatteria.

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Tähän asti osallisuusindikaattoria ei ole käytetty vankien tutkimuksissa. Tutkimuskysymykset ovatkin kuvailevia: Millä tasolla vankien osallisuuden kokemus on verrattuna Suomen aikuisväestöön? Eroaako osallisuuden kokemus valikoitujen taustamuuttujien mukaan?

Vankien osallisuuden on arvioitu olevan rajatumpaa kuin muilla. Siksi oletuksena on, että vankien osallisuuden kokemus on aikuisväestöä selkeästi matalammalla tasolla.

Aiemmassa aikuisväestöä koskevassa tutkimuksessa havaittiin, että sukupuoli, ikä, terveys, työkyky ja mielenterveys olivat yhteydessä osallisuuden kokemukseen (9). Voidaan olettaa, että näin on myös vangeilla.

Osallisuuden kokemusta mitattiin osallisuusindikaattorilla (6, 11, www.thl.fi/osallisuusindikaattori). Osallisuusindikaattorin kymmeneen väittämään vastattiin viisiportaisella Likert-asteikolla (1 täysin eri mieltä – 5 täysin samaa mieltä). Vastauksista laskettiin summapistemäärä, joka muutettiin arvoiksi nolasta sataan. Mitä korkeampi pistemäärä on, sitä vahvempi on osallisuuden kokemus.

Osallisuuden kokemusta tarkasteltiin kahdella tavalla. Tuloksista raportoitiin ryhmäkohtaiset osallisuusindikaattorin keskiarvot sekä alle 50 pisteen jäävien osuudet. Alle 50 osallisuusindikaattoripistettä tarkoittaa erittäin heikkoa osallisuuden kokemusta. Erittäin heikko osallisuuden kokemus viittaa siihen, että ihminen on syrjäytymisvaarassa tai kokee itsensä syrjäytetyksi (9).

Koko raportin läpileikkaavia taustamuuttujia olivat sukupuoli (naiset/miehet), ikä (kolme ikäryhmää), halukkuus terveyteen liittyvien tavoitteiden lisäämisestä rangaistusajan suunnitelmaan (ei/kyllä), koulutus (peruskoulutus/sitä enemmän koulutusta), ensikertalaisuus vankilassa (ei/kyllä), päärikosluokka (viisi luokkaa), arvioitu nykytuomion pituus yli kaksi vuotta (ei/kyllä), elämän aikana kertyneitä vankilapäiviä yli kaksi vuotta (ei/kyllä), vastaushetken sijoitusvankila avoin tai suljettu, vankilan ulkopuolisen terveydenhuoltopalveluiden tarve (ei/kyllä) ja tutkimushoitajan arvioima työkykyisyys vapaille työmarkkinoille (ei/kyllä). Osallisuuden kokemuksen ryhmäkohtaiset tasoerot laskettiin ANOVA:n perusteella ja ilmaistiin p-arvoina.

Tulokset

Vankien osallisuuden kokemus oli selkeästi koko Suomen aikuisväestöä heikompi. Vankien osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 65,6 pistettä. Kaikista vangeista 21 prosentilla osallisuuden kokemus oli erittäin heikko eli osallisuusindikaattorin pistemäärä jäi alle 50 pisteen. Vankien osallisuusindikaattorin keskiarvo oli noin kymmenen pistettä matalampi kuin keskimäärin Suomen aikuisväestön keskiarvo 75,3 pistettä (9).

Erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuus oli vankien keskuudessa noin kaksinkertainen Suomen aikuisväestön vastaavaan osuuteen (10,1 %) verrattuna. Koska vastaajien ikä- ja sukupuolijakaumat ovat hyvin erilaiset eri ryhmissä, jää vertailu suuntaa antavaksi. Taulukossa 1 on esitetty osallisuusindikaattorin keskiarvot ja erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuudet vastaajaryhmittäin.

Sukupuoli

Naishankien osallisuuden kokemus oli miehiä vahvempi. Naisten keskiarvo osallisuusindikaattorilla oli 69,8 pistettä, kun taas miesten keskiarvo oli 64,4 pistettä. Sukupuoliero osallisuusindikaattorin keskiarvossa oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,02$). Sukupuoliero näyttäytyi hyvin selkeästi myös erittäin heikon osallisuuden kokemuksen kohdalla. Naisvangeista 15,6 prosenttia koki erittäin heikkoa osallisuuden kokemusta, kun taas miehillä osuus oli 22,6 prosenttia. Erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osalta sukupuoliero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,09$).

Osallisuuden kokemukseen liittyvä sukupuoliero havaittiin myös koko Suomen aikuisväestöä tarkastelevassa tutkimuksessa (9), mutta vangeilla sukupuoliero vaikuttaa kuitenkin olevan hieman vahvempi kuin aikuisväestössä ylipäänsä. Vangeilla sukupuoliero oli 5,4 pistettä ja koko aikuisväestössä hieman yli kolme pistettä (sitä, että koko aikuisväestössä naisilla osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 76,9 pistettä ja miehillä 73,6 pistettä). Vankien koko aikuisväestöä suurempi sukupuoliero johtuu siitä, että miesvankien ja koko aikuisväestön miesten ero on suurempi kuin naisilla.

Naisvankien keskiarvo osallisuusindikaattorilla oli noin seitsemän pistettä matalampi kuin aikuisväestön naisilla. Miehillä tämä ero oli lähes yhdeksän pistettä. Myös erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osalta vankien sukupuolierot olivat koko aikuisväestöä selkeämmät. Aikuisväestössä naisilla osuus oli 8,2 prosenttia ja miehillä 12 prosenttia, eli ero oli vajaa neljä prosenttia (9). Vankien keskuudessa tämä ero oli seitsemän prosenttia. Suhteelliset erot nais- ja miesvankien välillä olivat kuitenkin samalla tasolla kuin aikuisväestössä eli noin puolitoistakertaiset, samoin kuin olivat sukupuolittaiset suhteelliset erot vankien ja koko väestön välillä (hieman alle kaksinkertaiset).

Ikä

Kun tarkasteltiin alle 30-vuotiaiden, 30–46-vuotiaiden ja 47 vuotta täyttäneiden ikäryhmiä erikseen, osallisuuden kokemus ei vaihdellut ikäryhmien välillä. Osallisuusindikaattorin keskiarvon vaihtelu ikäryhmien välillä oli alle yhden pisteen ($p=0,91$). Korkein keskiarvo (66,3 pistettä) oli nuorimmalla ikäryhmällä. Erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuudet vaihtelivat 20,1 prosentista alle 30-vuotiailla 22,8 prosenttiin yli 47-vuotiailla ($p=0,88$). Tulos oli erilainen koko väestöön verrattuna, sillä aikuisväestössä on todettu niin sanottu ikävaikutus, jonka seurauksena ikäryhmätarkastelussa osallisuusindikaattorin keskiarvo oli matalin alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä. Keskiarvo nousi 70-vuotiaisiin asti, kun taas erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuus oli nuorilla suurin ja pienentyi iän mukaan (9).

Taulukko 1. Osallisuusindikaattorin keskiarvot ja alle 50 pistettä saaneiden osuudet taustamuuttujien mukaan.

	n	Osallisuusindikaattorin tulos	
		keskiarvo	<50 pistettä (%)
Kaikki vangit yhteensä	515	65,6	21,0
Sukupuoli			
Miehet	393	64,3	22,6
Naiset	122	69,8	15,6
ero (p-arvo)		0,019	0,094
Ikäryhmä			
18–29 vuotta	154	66,3	20,1
30–47 vuotta	269	65,3	20,8
yli 47 vuotta	92	65,4	22,8
ero (p-arvo)		0,911	0,878
Terveystavoite Ransuun			
ei	198	67,8	19,7
kyllä	296	63,9	22,3
ero (p-arvo)		0,053	0,490
Koulutus			
enintään peruskoulu	279	65,7	20,8
enemmän kuin peruskoulu	236	65,5	21,2
ero (p-arvo)		0,896	0,912
Ensikertalainen			
ei	316	65,8	20,3
kyllä	199	65,3	22,1
ero (p-arvo)		0,784	0,615
Päärikoluokka			
vakivaltarikos	264	63,6	22,3
huumerikos	117	67,7	17,9
varkaus/omaisuusrikos	61	67,2	23,0
muut rikokset	71	67,9	19,7
tieto puuttuu	2	76,3	-
ero (p-arvo)		0,336	0,795
Tuomion pituus yli 2 vuotta			
ei	240	66,7	19,2
kyllä	268	64,3	22,8
ero (p-arvo)		0,218	0,322
Vankilapäiviä yht. yli 2 vuotta			
ei	185	65,4	22,7
kyllä	330	65,7	20,0
ero (p-arvo)		0,880	0,471
Laitoslaji			
avovankila	98	67,9	17,3
suljettu vankila	417	65,1	21,8
ero (p-arvo)		0,264	0,328
Hoitoa vankilan ulkopuolella			
ei	237	65,7	22,4
kyllä	270	65,3	19,6
ero (p-arvo)		0,850	0,451
Työkyky			
alentunut	238	61,6	28,6
hyvä	275	69,2	14,5
ero (p-arvo)		<0,001	<0,001

Terveydelliset tavoitteet

Tutkimuksessa vangeilta kysyttiin, ovatko he halukkaita sisällyttämään terveyteen liittyviä tavoitteita rangaistusajan suunnitelmaan. Vangeilla, jotka olivat sitä mieltä, että tämä ei ole tarpeellista, osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 67,8 pistettä eli noin neljä pistettä muita korkeampi (63,9 pistettä). Ryhmien välinen ero oli lähellä tilastollista merkitsevyyttä ($p=0,053$). Erittäin heikkoa osallisuuden kokemusta tarkasteltaessa tilanne näyttäytyi samanlaisena. Osuus oli jonkun verran pienempi vangeilla, joille terveyteen liittyvien tavoitteiden lisääminen ei ollut tärkeää (19,7 prosenttia) verrattuna vankeihin, jotka halusivat tällaisia tavoitteita (22,3 prosenttia). Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,49$).

Osallisuuden kokemuksen kannalta elämän ennustettavuus ja mahdollisuudet tulevaisuuden suunnittelemiseen ovat tärkeitä tekijöitä. Tässä mielessä kysymys tavoitteellisuudesta on tärkeä (12, 13) – se, että konkreettinen tavoite kirjataan rangaistusajan suunnitelmaan. Taustakysymys koski kuitenkin nimenomaan terveyteen liittyviä tavoitteita. On hyvin mahdollista, että vangit, joiden terveys oli hyvällä tasolla, vastasivat tähän kysymykseen enimmäkseen kieltävästi, koska heidän terveytensä ei vaatinut uusia tavoitteita. Aiempi tutkimus osoittaa, että terveytensä hyväksi kokevien osallisuuden kokemus on muita vahvempi (9).

Koulutus

Osallisuuden kokemusta tarkasteltiin koulutuksen mukaan. Koulutus oli kaksiluokkainen taustamuuttuja: enintään peruskoulun suorittaneet vangit ja peruskoulua enemmän kouluttautuneet vangit. Enemmistöllä vangeista oli enintään peruskoulutus. Osallisuuden kokemus ei vaihdellut kaksiluokkaisen koulutusmuuttujan mukaan. Osallisuusindikaattorin keskiarvot olivat lähes identtisiä (enintään peruskoulutus 65,7 pistettä ja enemmän kuin peruskoulu 65,5 pistettä) eikä ero ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,90$). Tilanne oli hyvin samalainen erittäin heikon osallisuuden kokemuksen kohdalla. Enintään peruskoulun suorittaneista 20,8 prosenttia koki erittäin heikkoa osallisuuden kokemusta ja sitä enemmän koulutusta saaneiden ryhmä 21,2 prosenttia, eikä ero ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,91$).

Tulos oli kuitenkin erilainen koko väestöön verrattuna, sillä aikuisväestössä koulutus oli yhteydessä osallisuuden kokemukseen siten, että enemmän kouluttautuneiden osallisuuden kokemus oli muita vahvempi (9). Aikuisväestössä erityisesti eniten koulutusta saaneet erosivat muista tertiililuokista. Vangeista vain pienellä osuudella oli jonkin korkeakoulututkinto ($n=15$), mutta heidän osallisuusindikaattorin keskiarvonsa oli selkeästi kaikkia muita matalampi (56,2 pistettä). Tämä oli yli 20 pistettä matalampi verrattuna aikuisväestön eniten koulutusta saaneisiin.

Ensikertalaisuus

Ensi kertaa vankilassa olevien osallisuuden kokemus ei eronnut vangeista, jotka olivat olleet aikaisemmin vankilassa. Ensikertalaisten keskiarvo osallisuusindikaattorilla oli 65,3 pistettä, ja erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuus oli 22,1 prosenttia.

Aiemmin vankilassa olleiden keskiarvo oli 65,8 pistettä ja erittäin heikkoa osallisuutta koki 20,3 prosenttia.

Päärikosluokka

Vankien päärikosluokkaa tarkasteltaessa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja osallisuuden kokemuksen tasossa. Huomio kiinnittyi väkivaltarikoksesta tuomittuihin vankeihin, joilla osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 63,6 pistettä. Se oli noin neljä pistettä muiden päärikosryhmien vankeja matalampi, joissa keskiarvot olivat lähes samalla tasolla (suurin ero oli 0,7 pistettä). Tuloksen saattaa selittää sukupuoli, sillä naisten osuudet rikosluokissa voivat erota. Naisvankien osallisuusindikaattorin keskiarvo oli miehiä korkeampi. Tähän liittyvää analyysiä olisi hyvä syventää.

Erittäin heikon osallisuuden kokemuksen tulokset näyttäytyivät erilaisilta. Matalin osuus oli huumeririkoksesta tuomituilla (17,9 %) ja korkein varkaudesta tai omaisuusrikoksesta tuomituilla (23 %). Väkivaltarikoksesta tuomittujen osuus oli toiseksi korkein (22,3 %). Silti, kuten osallisuusindikaattorin keskiarvon kohdalla, erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuuksien erot päärikosluokkien välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Nykytuomion pituus

Vangit jaettiin kahteen ryhmään nykyisen tuomion pituuden perusteella. Osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 2,4 pistettä matalampi vastaajilla, joiden tuomio oli yli kaksi vuotta kuin ryhmällä, jossa tuomion pituus oli alle kaksi vuotta. Tämä ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,22$). Yli kahden vuoden ryhmässä erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuus oli 22,8 prosenttia. Lyhyemmän tuomion ryhmässä se oli noin 3,6 prosenttia matalampi eli 19,2 prosenttia. Tämäkään ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Vankilapäiviä yhteensä

Vankien osallisuuden kokemusta tarkasteltiin myös elämän aikana kertyneiden vankilapäivien mukaan. Osallisuusindikaattorin keskiarvo ei vaihdellut niiden vastaajien välillä, joilla vankilassaoloaika ylitti kaksi vuotta ja niiden, joilla se oli alle kaksi vuotta. Ero oli lähes olematon (0,3 pistettä). Yli kaksi vuotta vankilassa olleista 20 prosenttia koki erittäin heikkoa osallisuutta. Alle kaksi vuotta vankilassa olleiden ryhmässä erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuus oli hieman korkeampi (22,7 %). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Avo/suljettu vankila

Avovankilassa olleiden vastaajien osallisuuden kokemusta verrattiin suljetuissa vankiloissa olleisiin. Avovankilassa osallisuusindikaattorin keskiarvo (67,9 pistettä) oli 2,8 pistettä suljettuja vankiloita korkeampi. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Avovankilassa olevien keskuudessa 17,3 prosenttia koki erittäin heikkoa osallisuutta, kun taas suljetussa vankilassa olevien keskuudessa osuus oli 21,8 prosenttia eli 4,5

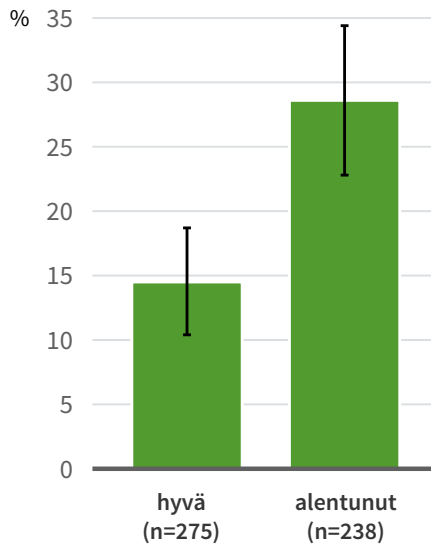
prosenttia korkeampi. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Tulosten suunta oli odotuksien mukainen, mutta erot olivat oletettua pienemmät.

Terveydenhuoltopalveluiden käyttö vankilan ulkopuolella

Vankeusaikana vankilan ulkopuolella hoitopalveluita käyttäneiden vankien keskiarvo osallisuusindikaattorilla (65,3 pistettä) oli lähes identtisellä tasolla niiden kanssa, jotka eivät olleet niitä tarvinneet (65,7 pistettä). Ulkopuolisia hoitopalveluita käyttäneiden keskuudessa erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuus oli 19,6 prosenttia. Osuus oli 2,8 prosenttia muita vankeja matalampi (22,4 prosenttia). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Työkyky

Tutkimushoitaja luokitteli tutkittavien työkykyä vapaille työmarkkinoille neliportaisesti. Tässä vertailtiin työkykyisiksi arvioitujen vankien osallisuuden kokemuksen tasoa muihin (osatyökykyiset, kuntoutusta tarvitsevat ja työkyvyttömät). Työkykyisten vankien osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 69,2 pistettä. Muiden, alentuneesti työkykyisten vankien keskiarvo oli huomattavasti matalampi (61,6 pistettä). Yli seitsemän pisteen ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevää ($p < 0,001$). Ero oli vielä selkeämpi erittäin heikkoa osallisuuden kokemuksesta tarkasteltaessa. Työkykyisistä vangeista 14,5 prosentilla osallisuuden kokemus oli erittäin heikolla tasolla. Alentuneesti työkykyisiksi arvioitujen vankien keskuudessa erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuus oli lähes kaksinkertainen eli 28,6 prosenttia. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevää ($p < 0,001$), Kuvio 1.



Kuvio 1. Erittäin heikon osallisuuden kokemuksen yleisyys (%) tutkimushoitajan arvioiman työkyvyn mukaisesti.

Työkyky nousi myös aiemmassa, koko Suomen aikuisväestöä tarkastelevassa tutkimuksessa esiin keskeisenä osallisuuden kokemuksen tekijänä (9). Vankien ja koko aikuisväestön välillä oli kuitenkin selkeä tasoero. Aikuisväestössä oman työkyvyn hyväksi arvioineiden osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 78,8 pistettä ja erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuus 7,4 prosenttia, kun taas oman työkyvyn heikentyneeksi arvioineiden keskiarvo oli 68,3 pistettä ja erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuus 16,7 prosenttia. Tässä mielessä työkykyisten vankien osallisuuden kokemuksen taso vastaa paremmin oman työkyvyn heikentyneeksi arvioineiden tuloksia aikuisväestössä.

Johtopäätökset

Vankien osallisuuden kokemuksen tasoa tarkasteltiin nyt ensimmäistä kertaa. Vankien osallisuuden kokemus oli selkeästi koko aikuisväestöä matalammalla tasolla. Osallisuusindikaattorin keskiarvo oli vangeilla noin kymmenen pistettä aikuisväestöä matalampi. Lisäksi erittäin heikko osallisuuden kokemus oli vankien keskuudessa yleisempi kuin muilla. Sen osuus oli noin kaksinkertainen aikuisväestöön verrattuna. Vankien osallisuuden kokemus oli kuitenkin oletettua vahvempaa. Vankila rajoittaa osallisuuden kokemuksen kannalta keskeisiä asioita kuten autonomiaa, toimintamahdollisuuksia ja vapaasti valittuja sosiaalisia suhteita. Onkin yllättävää, että vankien osallisuuden kokemus oli esimerkiksi vapaudessa elävien työttömien osallisuuden kokemusta vahvempi (9). Vankien tilanne on suhteellisen hyvä myös muiden muuttujien, kuten koetun terveyden tai työkyvyn valossa. Osallisuuden kokemusta koskevat tulokset ovat siten johdonmukaisia niiden kanssa.

Ainakin osalle vangeista elämä ennen vankilaa on saattanut ollut vaikea ja rankka. Vankila voi alkaa vähitellen tuntua muuta yhteiskuntaa turvallisemmalta ja hallitavammalta ympäristöltä, jossa perustarpeet tyydytetään ja jossa arki on toisteista ja ennakoitavaa. Sama saattaa päteä niihin vankeihin, jotka ovat useiden ja pitkien vankeusrangaistusten myötä sopeutuneet vankilayhteisöön ja -ympäristöön, ja joille sopeutuminen vankilan ulkopuoliseen yhteiskuntaan on hankalaa. Voi myös olla, että vankiloissa tehdään hyvää osallisuutta tukevaa työtä, joka on samalla kuntouttavaa ja pyrkii ehkäisemään rikoksia. Hoitoa saa tarpeen mukaan ja elämää suunnitellaan yhdessä eteenpäin, ja tavoitteita kirjataan rangaistusajan suunnitelmaan. Kaikki tämä voi lisätä toiveikkuutta tulevaisuudesta. Havainnot vaativat kuitenkin spekulatioita täsmällisempää tutkimusta.

Naisvankien osallisuuden kokemus oli miehiä vahvempi. Vankien keskuudesta löydetty sukupuoliin liittyvä osallisuuden kokemuksen ero on samansuuntainen kuin aikuisväestössä (9). Sukupuoliero oli kuitenkin jonkin verran selvempi vankien keskuudessa. Miesvankien ero aikuisväestön miehiin osallisuuden kokemuksessa oli naisia suurempi. Löydös sopii muita heikommassa asemassa olevia koskevaan aikaisempaan tutkimukseen. Köyhyyskokemuksia koskevassa laadullisessa tutkimuksessa

havaittiin, että miehet ovat naisia alttiimpia arvottomuuden kokemuksille (14). Sosiaaliryöön asiakkaista miehet suhtautuvat tulevaisuuteensa naisia epävarmemmin (12).

Rikosseuraamusalalla tehdään nais erityistä työtä, jossa tunnustetaan turvallinen ympäristö, luottamuksellinen ilmapiiri ja traumatausta tärkeiksi hyvän elämän edellytyksiä rakentaviksi tekijöiksi (15). Naisvangeille esimerkiksi tunteista ja tuntemuksista puhuminen saattaa olla miehiä helpompaa. Osallisuuden kokemukseen liittyvä hallittavuuden kokemus tarkoittaa myös sitä, että pystyy käsittelemään itselle vaikeita tunteita, ilmaisemaan itseään ja liittymään itselleen merkityksellisiin yhteisöihin ja tarinoihin (16). Voi myös olla, että naisilla on elämässään osallisuutta tukevia arkisia rakenteita vankilan ulkopuolella, kuten perhe ja ystävät. Sosiaalisista suhteista rikostausmaisilla voi lukea lisää raportin luvusta [Yksinäisyys ja sosiaaliset suhteet](#).

Sen sijaan osallisuuden kokemuksen taso ei vaihdellut eri ikäryhmissä. Tässä tutkimuksessa tarkastelukohteena oli vain kolme ikäryhmää. Tulos oli kuitenkin hieman erilainen kuin aikuisväestössä, jossa nuorilla ikäryhmillä osallisuuden kokemus oli muita heikompi (9).

Osallisuuden kokemuksen taso ei vaihdellut koulutuksen mukaan. Lähtökohtaisesti koulutus oli jaettu vain kahteen luokkaan, enintään peruskoulutusta suorittaneisiin ja sitä enemmän kouluttautuneisiin. Koska koulutus oli jaettu toisin kuin aikuisväestöaineistossa, suorat vertailut ovat vaikeita. Tulos kuitenkin viittaa siihen, että vankien keskuudessa korkea koulutus ei vahvista osallisuuden kokemusta samoin kuin aikuisväestössä, jossa korkea koulutus oli yhteydessä vahvempaan osallisuuden kokemukseen (9). Päinvastoin, sillä korkeasti koulutettujen vankien osallisuusindikaattorin keskiarvo oli kaikista muista koulutuksen perusteella muodostetuista vankiryhmistä selkeästi matalin. On mahdollista, että korkeasti koulutetuille vankilaympäristö on muita vaikeampi.

Osallisuuden kokemuksen taso ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi minkään aiemmin mainitun vankilaspesifin taustamuuttujan mukaan. Selkeimmät erot koskivat avovankilassa olevia sekä lyhyemmän, alle kahden vuoden tuomion saaneita siten, että heillä oli muita hieman vahvempi osallisuuden kokemus. Lisäksi väkivaltarikoksesta tuomion saaneiden osallisuusindikaattorin keskiarvo oli muita matalampi. Kaikissa muissa tapauksissa erot osallisuuden kokemuksen tasossa olivat lähes olemattomia.

Tulokset viittaavat siihen, että muut taustamuuttujat saattaisivat olla tärkeämpiä osallisuuden kokemuksen kannalta. Aiemmissä tutkimuksissa esimerkiksi koettu terveys, toiminta- ja työkyky, mielenterveys ja koettu väkivalta näyttäytyivät keskeisinä tekijöinä (6, 9, 17). Havainto vahvistui myös tässä tutkimuksessa. Suurimmat erot näkyivät, kun osallisuuden kokemuksen tasoa tarkasteltiin arvioidun työkyvyn mukaan. Työkykyisten vankien keskiarvo osallisuusindikaattorilla oli selkeästi muita korkeampi. Toisaalta erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuus oli noin kaksinkertainen niillä vangeilla, joilla oli todettu työkykyyn liittyviä haasteita. Vankien ja koko aikuisväestön välillä oli kuitenkin selkeä tasoero osallisuuden kokemukseen työkkyvyn mukaan. Työkykyisten vankien osallisuuden kokemuksen taso oli lähempänä sitä joukkoa aikuisväestöstä, joka arvioi työkykynsä heikentyneeksi.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Vankien osallisuuden kokemuksen edistäminen on tärkeää hyvinvoinnin kannalta. Vankilassa se saattaa kuitenkin olla haastavaa, koska autonomia, itsemääräämisen mahdollisuudet ja vapaus valita sosiaaliset suhteet ovat rajoitettuja. Siksi on tärkeää ottaa vanki mukaan häntä koskeviin päätöksiin ja esimerkiksi rangaistusajan suunnitelman laatimiseen. Olennaista on myös kuulluksi tuleminen. Tätä voidaan edistää esimerkiksi vertaisryhmien avulla sekä vankien ja ammattilaisten välisellä rakentavalla vuorovaikutuksella. Terveys- ja erityisesti mielenterveysongelmiin sekä traumaattisiin kokemuksiin on tärkeä saada hoitoa. Myös konkreettisten ja toiveikkaiden tulevaisuudennäkymien tarjoaminen voi auttaa vapautumisen jälkeistä elämää.

Tässä luvussa esiteltiin ensimmäistä kertaa tuloksia vankien osallisuuden kokemuksesta. Tulokset viittaavat siihen, että aiemmissa tutkimuksissa väestötasolla havaittuja yhteyksiä löytyi myös vankien joukossa. Keskeisimpiä olivat sukupuoli ja työkyky. Työkykyyn yhdistyvät monet terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tekijät. Siksi vankien osallisuuden kokemusta koskeviin jatkotutkimuksiin olisi hyvä ottaa mukaan terveys, toiminta- ja työkyky sekä mielenterveyden häiriöt laajemmin. Koska traumaattiset kokemukset ja ADHD-piirteet ovat tämänkin raportin mukaan vangeilla yleisiä, ne pitäisi ottaa tulevaisuuden tutkimuksissa huomioon. Sama pätee esimerkiksi riippuvuuksiin.

Tehdyt analyysit olivat melko yksinkertaisia. Osallisuuden kokemusta tarkasteltiin yksilötasolla eli yksittäisten taustamuuttujien mukaan. Monia kysymyksiä jäi avoimeksi – oliko esimerkiksi väkivaltarikoksesta tuomion saaneiden osallisuusindikaattorin pistemäärä osittain siksi matalampi, koska tässä joukossa naiset olivat ali-edustettuina? Jatkotutkimuksissa olisi hyvä käyttää moniulotteisia analyysimalleja ja tilastollisia menetelmiä, jotka mahdollistavat erilaisten taustamuuttujien keskinäisriippuvuuksien, keskinäisten vuorovaikutusten ja yhteisvaikutusten tarkastelut. Se olisi askel kohti intersektionaalista näkökulmaa. Jos tavoitellaan täsmällisempää tietoa vankien osallisuuden kokemuksesta, tuleviin kyselytutkimuksiin olisi hyvä sisällyttää lisäkysymyksiä. Osallisuuden kokemuksen rakentumista syy-seuraussuhteineen pitäisi tutkia myös laadullisia menetelmiä käyttäen.

Kirjoittajat

Lars Leemann

Licentiaatus philosophiae, tutkija Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella osallisuuden tutkimus ja edistäminen -tiimissä yhdenvertaisuusyksikössä
Ei sidonnaisuuksia

Anna-Maria Isola

VTT, dosentti, johtaa osallisuuden tutkimusta Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella sekä tutkii köyhyyttä ja ylisukupolvista osallisuutta ja osattomuutta Turun yliopistolla sosiaalityön oppiaineessa
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Isola, A.-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Puromäki, H., Schneider, T., Valtari, S., Keto-Tokoi, A. 2017: Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpapereita 33/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- 2) Thompson, M., ja Wildavsky, A. 1986: A poverty of distinction. From economic homogeneity to cultural homogeneity in the classification of poor people. *Policy Sciences* 19, 163–199.
- 3) Sen, A. 1985: Well-being, agency and freedom: The Dewey lectures 1984. *The Journal of Philosophy* 82/4, 169–221.
- 4) Sen, A. 2009: *The idea of justice*. Harvard University Press, Cambridge.
- 5) Salminen, J., Lehtonen, P., Rikala, S., Kuusisto, A.-K., Luoma-Halkola, H., Puumala, E., Sointu, L., Wallin, A., Häikiö, L. 2021: Osallisuuden kehät: Näkökulmia hyvinvoinnin muotoutumiseen. *Focus Localis* 3/2021, 80–97.
- 6) Leemann, L., Martelin, S., Koskinen, S., Härkänen, T., Isola, A.-M. 2022: Development and psychometric evaluation of the experiences of social inclusion scale. *Journal of Human Development and Capabilities* 23/3, 400–424. <https://doi.org/10.1080/19452829.2021.1985440>.
- 7) Isola, A.-M., Virrankari, L., Hiilamo, H. 2021: On social and psychological consequences of prolonged poverty – A longitudinal narrative study from Finland. *Social and Political Psychology* 9/2, 654–670.
- 8) Isola, A.-M. 2016: Autonomia, demokratia ja yhteiset. Osallisuuden paikallinen edistäminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 81/5, 595–600.
- 9) Leemann, L., Nousiainen, M., Keto-Tokoi, A., Isola, A.-M. 2022: Suomalaisten osallisuuden kokemus. Teoksessa Sakari Karvonen, Laura Kestilä & Paula Saikkonen (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. Teema-sarja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- 10) Fraser, N. 2009: *Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world*. Columbia University Press, New York.
- 11) Leemann, L., Isola, A.-M., Kukkonen, M., Puromäki, H., Valtari, S., Keto-Tokoi, A. 2018: Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi. Kyselytutkimuksen tuloksia. Työpapereita 17/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- 12) Ekqvist, E. ja Kuusisto, K. 2020: Aikuissoisialityön asiakkaiden tulevaisuuteen suhtautuminen ja toiveet. *Janus* 28/1, 42–59.
- 13) Kivistö, M. ja Hautala, S. 2020: Dokumentoitu asiakaslähtöisyys? Vammaissoisialityön asiakasprosessit asiakasdokumenttien kuvaamana. *Janus* 28/3, 254–272.
- 14) Isola, A.-M., Siukola, R., Kukkonen, M. 2019: Gendered experiences of poverty and recognition in the Finnish Welfare State. *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 27/3, 152–165. DOI: [10.1080/08038740.2019.1604570](https://doi.org/10.1080/08038740.2019.1604570).
- 15) Salovaara, U. 2023: Nais erityiset ja sukupuolisensitiiviset toimintamahdollisuudet rikosseuraamusalalla. Teoksessa Olli Kaarakka ja Karoliina Nikula (toim.) 2023: *Rikosseuraamusalan etiikka – käsitteistä käytäntöön*. *Acta Poenologica* 1/2023. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus, Helsinki.
- 16) Salovaara, U., Pirttilahti, H., Lindström, J. 2023: Rikostausta, häpeä ja tunnustus: Kokemuksia rikostaustaisten kohtaamisesta. Teoksessa Olli Kaarakka & Karoliina Nikula (toim.): *Rikosseuraamusalan etiikka – käsitteistä käytäntöön*. *Acta Poenologica* 1/2023. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus, Helsinki.
- 17) Virrankari, L., Leemann, L., Kivimäki, H. 2021: Osallisuuden kokemus ja vanhempien fyysinen väkivalta: Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 39/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

7764

RISE

VA UY



Vankien pitkäaikaissairastaminen ja terveystalvelujen käyttö oli koko väestöön nähden yleisempää.

Noin neljännes vangeista näyttäytyi terveystalvelujen suurkäyttäjinä.

Mielentilatutkitut vangit erottuivat sekä psyykkisen että somaattisen hoidontarpeen suhteen. Vankilaan hoidon sijaan päätyvistä henkilöistä voisi käyttää termiä oikeuspsykiatrinen vanki, sillä he erottuvat muiden vankien joukosta korkean palveluntarpeensa vuoksi.

Terveystalvelujen käyttö korostuivat erityisesti naisvangeilla.

Palveluiden suurkäyttöön on mahdollista puuttua vankeusaikana siviiliterveystalveluhoitoa paremmin.

Huomioita terveystalveluiden käytöstä – erityisryhmänä mielentilatutkitut

Johdanto

Mielentilatutkimukseen valikoituu rikoksentekejiöitä, joiden psyykkisen voimnin epäillään olleen syy-yhteydessä tehtyyn rikokseen. Tällöin oikeus voi halutessaan hankkia päätöksenteon tueksi lausunnon henkilön mielentilasta. Mielentilatutkimusten vuosittainen määrä on vähentynyt noin kolmanneksen 1990-luvun huippuluvuista. Lukumäärä on nykyisellään noin sata tutkimusta vuodessa (1).

Vankilatuomion saaneet mielentilatutkitut vangit ovat joko syyntakeisia tai alentuneesti syyntakeisia. Heitä ei pääsääntöisesti määrätä psykiatriseen hoitoon, ja heidän hoidontarpeensa selvitetään erikseen vankeuden aikana samalla tavalla kuin muidenkin vankilaan saapuvien terveydentila. Syyntakeettomuus ja tarve hoitoon sen sijaan liittyvät usein toisiinsa, jolloin henkilö jätetään vakavan sairauden takia tuomitsematta rangaistukseen, ja hänestä tulee oikeuspsykiatrinen potilas. Hoidon tarve ja sairastavuus on toisaalta todettu korkeaksi myös vankilaan päätyvien alentuneesti syyntakeisten henkilöiden joukossa (2) sekä koko vankiväestössä (3).

Palveluiden tarve ei myöskään rajoitu vankeusaikaan. Moni pitkäaikaissairaus alkaa jo ennen vankeusaikaa ja vaatii hoidolta jatkuvuutta, jota toteutetaan yhdessä useiden eri toimijoiden kanssa. Terveystalveluiden käyttömäärien perusteella voidaan tunnistaa paljon palveluita tarvitsevien ryhmä, jossa erilaisia vastaanottokäyntejä on vuoden aikana kahdeksan tai enemmän (5). Tässä ryhmässä korostuu tarvittavan tuen kohdentaminen ajoissa ja oikein.

Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Tässä osatutkimuksessa tarkasteltiin vankien terveyspalveluiden käyttöä rikosseuraamusta edeltäen ja sen aikana. Nais- ja miesvankien ilmoittamia sairaustietoja sekä viimeisen vuoden aikaisia vastaanottokäyntejä vertailtiin muuhun väestöön. Erityisesti tarkasteltiin terveyspalveluiden käyttöä ryhmässä, jossa kyselyyn vastanneet vangit kertoivat olleensa joskus Vankiterveydenhuollon palvelukartan mukaisessa mielen-tilatutkimuksessa (n=78). Vertailussa käytettiin FinTerveys2017-väestötutkimusdataa (jatkossa FT17), jonka ikähaarukka rajattiin vastaamaan Wattu-aineistoa, ja merkittävyyttä testaavassa regressiomallissa ikä ja koulutus otettiin vakioiviksi tekijöiksi (n=4374). Analyysimenetelmänä käytettiin perusjakaumia ja ristiintaulukointia.

Tulokset

Vankien pitkäaikaissairaudet ja terveyspalvelujen käyttö väestöön nähden

Vastaajista kaikkiaan noin kuusi kymmenestä ilmoitti jonkin pitkäaikaisen sairauden tai muun pitkäaikaisen terveysongelman, naisista 65 prosenttia ja miehistä 57 prosenttia. Sairaudet olivat huomattavasti yleisempiä vangeilla kuin koko väestössä, jossa FT17-tutkimuksen mukaan vastaavat luvut olivat naisilla 47 prosenttia ja miehillä 41 prosenttia. Pitkäaikaisen sairauden tai muun pitkäaikaisen terveysongelman ilmentymisessä ei ollut eroa mielentilatutkittujen ja muiden vankien välillä.

Lääkärin vastaanotolla käyntien keskiarvo edeltäneen 12 kuukauden aikana, jolloin osa käynneistä oli voinut tapahtua siviilissä ennen vankeuden alkua, oli 4,1 sekä nais- että miesvangeilla, kun taas koko väestön tasolla vastaava luku oli naisilla 2,8 ja miehillä 1,9. Vankivastaajien käyntien määrä vaihteli nolasta 50 kertaan vuodessa. Viidesosa vastaajista ei ollut käynyt lääkärillä viimeisen vuoden aikana. Terveydenhoitajan, sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolla käyntien tai terveydenhoitajan kotikäyntien keskiarvo edeltäneen vuoden aikana oli naisvangeilla 13 ja miesvangeilla seitsemän. Ilmoitettujen käyntien määrä vaihteli nolasta 365 kertaan vuodessa. Edeltäneen vuoden aikana 23 prosenttia vastaajista ei ollut käynyt terveydenhuollon vastaanotoilla lainkaan. Koko väestön tasolla käyntien keskiarvo oli huomattavasti pienempi, naisilla 1,5 ja miehillä 1,2.

Taulukossa 1 seuraavalla sivulla esitetään vankien ilmoittamien lääkärin ja terveydenhoitajan, sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolla käyntien tai terveydenhoitajan kotikäyntien määrät edeltäneen 12 kuukauden aikana. Mielentilatutkittujen ja muiden vankien ryhmissä ei ollut suhteellista eroa määrissä. Niin sanottuihin terveyspalveluiden suurkäyttäjiin (5) eli yli seitsemän kertaa vuodessa vastaanottoja tarvitsevien ryhmään lukeutui noin joka neljäs kaikista vangeista ja noin joka viides mielentilatutkituista.

Viimeisen 12 kuukauden aikana noin neljännes kaikista vastanneista oli ollut kontaktissa lääkäriin masennuksen vuoksi ja noin joka kuudes jonkin muun psyykkisen

Taulukko 1. Vankien ilmoittamat vastaanottokäynnit edellisen 12 kuukauden aikana (mielentilatutkitut vs. muut).

käynnit edeltävän 12 kk aikana	mielentilatutkitut n = 74	muut vangit n = 448
	%	%
lääkärin vastaanotolla		
0 kertaa	21,6	20,3
1–7 kertaa	63,5	60,2
8 kertaa tai useammin	14,8	16,1
muu terveydenhuolto		
0 kertaa	17,6	23,2
1–7 kertaa	63,5	47,5
8 kertaa tai useammin	18,9	24,6

sairauden vuoksi. Masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuminen ei eronnut lukumäärällisesti mielentilatutkittujen ja muiden vankien välillä. Sen sijaan muun psyykkisen sairauden vuoksi hoitoon hakeutuneista oli ollut mielentilatutkimuksessa 31 prosenttia ja muista vangeista vain 15 prosenttia. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$).

Taulukko 2 esittää ensisijaiset terveydenhuollon tahot, joihin vastaajat ilmoittivat hakeutuvansa, jos he tarvitsevat lääkäripalveluja siviilissä. Siinä missä koko väestön tasolla ensisijaisia hoitopaikkoja ovat terveyskeskus ja työterveyshuolto, selvästi suurempi osa vankilaan päätyneistä henkilöistä oli hakeutunut terveyskeskukseen tarvitessaan lääkäripalveluja. Lähes yhdeksän kymmenestä naisvangista ilmoitti käyttävänsä ensisijaisena hoitopaikkanaan terveyskeskusta. Huomion arvoista on, että noin neljännes miesvangeista ilmoitti ensisijaiseksi paikaksi yksityisen lääkäriaseman. Ensisijainen hoitokontakti ei eronnut mielentilatutkittujen ja muiden vankien välillä.

Taulukko 2. Vanki- sekä yleisväestön (FT17) ilmoittama terveydenhuollon hoitopaikka.

ensisijainen hoitopaikka siviilissä	naiset		miehet	
	Wattu IV n = 124 %	FT2017 n = 2 426 %	Wattu IV n = 402 %	FT2017 n = 1 948 %
Terveyskeskus	84,8	44,2	68	43,3
Yksityinen lääkäriasema	6,2	12,9	24	14,4
Työterveyshuolto	2,7	34,7	1	37,3
Opiskeluterveyshuolto	0	6,7	0,8	3,1
Sairaalan poliklinikka	1,8	1,3	4,4	1,7
Muu	4,5	0,2	1,8	0,3

Vankiterveydenhuollon yksikön (VTH) palveluiden käyttö

Kymmenes kaikista vangeista raportoi käyttäneensä VTH:n tarjoamia psykiatrisia hoitopalveluita. Taulukossa 3 nähdään, että mielentilatutkituista oli huomattavasti muita vankeja useampi käyttänyt akuuttipsykiatrisia ja pitkäaikaispsykiatrisia palveluita sekä psykiatrista päivystystä.

Taulukko 3. Eräiden VTH:n tarjoamien psykiatristen palveluiden itse-raportoitu käyttö mielentilatutkittujen ja muiden vankien ryhmässä.

	mielentila- tutkitut n = 74	muut vangit n = 448
	%	%
akuuttipsykiatrisen hoito***	23	8
pitkäaikaispsykiatrisen hoito***	12	3
psykiatrisen päivystys (Turku)***	13	4

***p<0,001

Taulukon 4 mukaisesti noin neljäsosa vastaajista oli käyttänyt VTH:n palveluita akuuttisairaudesta ja 17 prosenttia pitkäaikaisairaudesta vuoksi. Noin kolmasosa oli hakeutunut hoitoon unettomuuden vuoksi. C-hepatiittihoidon oli vankilassa saanut 16 prosenttia vastaajista. Yli puolet oli asiointu suun terveydenhuollossa, käytännössä hampaan paikkaamisen vuoksi. C- hepatiitin hoitoon liittyvä VTH:n palvelujen käyttö korostui mielentilatutkittujen joukossa samoin kuin suunterveyden korjaavissa hoidoissa.

Taulukko 4. Eräiden VTH:n tarjoamien somaattisten palveluiden itse-raportoitu käyttö mielentilatutkittujen ja muiden vankien ryhmässä.

	mielentila- tutkitut n=74	muut vangit n=448
	%	%
Akuuttisairauksien hoito	31	22
Pitkäaikaisairaudet	21	17
Unettomuuden hoito	42	35
C-hepatiitin hoito**	27	14
Suun terveyden korjaava hoito*	65	51

**p<0,01, * p<0,05

Yli puolet kaikista vastaajista (54 %) ja 63 prosenttia mielentilatutkituista ilmoitti käyttäneensä jotakin vankilan ulkopuolista terveydenhuollon palvelua vankeusaikana. Suurin osa oli käynyt yksittäisellä hoidollisella käynnillä. Mielentilatutkituista 60 prosenttia oli käynyt yksittäisellä hoitokäynnillä, kun taas muiden vankien suhteellinen osuus oli 45 prosenttia (p=0.015).

Mielentilatutkittujen vankeusaika

Miehistä 16 prosenttia ja naisista 12 prosenttia oli ilmoittanut olleensa joskus mielentilatutkimuksessa. Vaikka tutkimustulokset eivät anna tarkkaa kuvaa mielentilatutkimuksessa ylipäänsä olleista, sillä kysymys koski ainoastaan VTH:n tuottamia tutkimuksia ja siihen ovat voineet vastata tai jättää vastaamatta myös muussa sairaalayksikössä joskus mielentilatutkimuksessa olleet, edustavat myöntävästi vastanneet joka tapauksessa ainakin osaa mielentilatutkittujen vankien joukosta. Heidän tai muiden vankien välillä ei ilmennyt eroa sukupuolen, iän tai koulutustason suhteen. Mielentilatutkimuksessa olleiden vankien mielenterveydestä voi lukea lisää raportin luvusta [Psykoottiset häiriöt](#).

Noin 40 prosenttia kummassakin ryhmässä oli vankilassa ensimmäistä kertaa. Mielentilatutkittujen ja muiden vankien ryhmissä kahdeksan kymmenestä vastaajasta oli sijoitettuna suljettuun vankilaan. Päärikoksena oli väkivaltarikos 88 prosentilla mielentilatutkituista ja 45 prosentilla muista vastaajista. Löydös on sinällään ymmärrettävä, sillä mielentilatutkimukseen lähettämisen kriteerinä on pääasiassa vakava ja usein väkivaltaan liittyvä tapahtuma. Väkivaltarikokseen syyllistymisen myötä nykyisen tuomion arvioitu pituus oli mielentilatutkituilla muita pitempi, 87 prosentilla yli kaksi vuotta. Vastaava suhteellinen osuus muilla vangeilla oli 47 prosenttia ($p < 0.001$). Kun otetaan huomioon vankilatuomiota suorittavien henkilöiden elämänaikainen vankilapäivien määrä, kaikkiaan tämä niin sanottu inkapasitaatioaika oli yli kaksi vuotta 88 prosentilla kaikista vangeista ja 60 prosentilla mielentilatutkituista ($p < 0.001$). Mielentilatutkittujen joukossa oli suhteellisesti enemmän vankeja, jotka raportoivat olleensa eristettynä omasta tahdostaan vankeustuomion aikana – 17 prosenttia muista ja 29 prosenttia mielentilatutkituista vangeista ($p = 0.016$).

Kaikista vastanneista vangeista kuusi kymmenestä piti tärkeänä asettaa terveydenhoitoon liittyviä tavoitteita vankilatuomion alussa laadittavaan rangaistusajan suunnitelmaan. Halukkuus tähän oli yhtä yleistä mielentilatutkittujen ja muiden vankien joukossa. Hieman yli puolet kaikista vangeista arvioitiin työkykyisiksi kuntoutuksen avulla. Mielentilatutkittujen ja muiden vankien välillä ei ollut eroa tutkimushoitajan arvioiman työkyvyn välillä.

Johtopäätökset

Vankien pitkäaikaissairastaminen ja terveyspalvelujen käyttö oli koko väestöön nähden yleisempää. Noin neljännes vangeista näyttäytyi terveyspalvelujen suurkäyttäjänä (kahdeksan tai useampi vastaanottokäynti viimeisen 12 kuukauden aikana). Naisvankien terveysongelmien ja terveyspalvelujen käytön korostuminen miesvankeihin verrattuna havaittiin jo aikaisemmissa Wattu-tutkimuksissa (4, 6).

Mielentilatutkimuksessa olleet vangit ovat erityinen ryhmä. Tulokset kertovat muihin nähden korkeammasta hoidontarpeesta liittyen sekä psyykkisiin että somaattisiin syihin. Mielentilatutkitut olivat käyttäneet muita vankeja useammin ainakin C-hepatiittihoidtoa, hammashoitoa sekä vankilan ulkopuolisia terveyspalveluja.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Terveyspalveluiden suurkankäyttö oli hyvin yleistä tässä tutkimuksessa – joka neljäs vanki oli asioinut yli seitsemän kertaa terveydenhuollossa vuoden aikana. Määrä on moninkertainen muuhun väestöön verrattuna (5).

Terveyspalveluiden käytön kasautuminen erikseen mielentilatutkituille vangeille liittyy todennäköisesti tuomioistuimen tekemän harkinnan osuvuuteen siitä, kenelle mielentilatutkimus pitäisi tehdä. Tutkimuksen syynä on huoli henkilön psyykkisestä voinnista syyntakeisuudesta riippumatta, ja tutkimus toimii ikään kuin seulontamenetelmänä, jonka läpikäyneillä on muita todennäköisemmin terveysongelmia. Vankilaan hoidon sijaan päätyvistä henkilöistä voisi käyttää termiä oikeuspsykiatrinen vanki, sillä he erottuvat muiden vankien joukosta korkean palveluntarpeensa vuoksi.

Jatkoselvityksissä olisi hyvä ottaa huomioon hoidollisten tarpeiden ajallinen sijoittuminen vankeusjaksoon nähden sekä siviiliterveyspalveluiden käytön syyt. Lisäksi vankilan käytänteiden näkökulmasta olisi hyödyllistä tutkia, miksi suhteellisesti suurempi osa mielentilatutkituista vangeista on vankeustuomion aikana ollut omasta tahdostaan eristettynä. Mielentilatutkimuksen läpikäyminen saattaa vaikuttaa vankilassa selviytymiseen itsenäisenä tekijänä esimerkiksi stigmatisaation kautta, mutta myös psykiatrinen sairastavuus yleisesti ottaen saattaa näyttäytyä sosiaalisista tilanteista vetäytymisenä.

Palveluiden suurkankäyttö liittyy terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuteen mutta olennaisesti myös potilaan kokemukseen omasta hoidostaan. Molempiin voi vaikuttaa vankeusaikana, jolloin hoito- tai palvelusuunnitelmien tarkistamiseen ja laatimiseen on käytettävissä eri tavalla aikaa ja mahdollisuuksia kuin muualla terveydenhuollossa.

Kirjoittajat

Miisa Törölä

YTT, yliopistotutkija
Oikeustieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Lähteet

- 1) Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos. 2022. Oikeuspsykiatrian tehtäväalueella käsitellyt asiat vuodesta 2012–2021.
- 2) Ahlgrén-Rimpiläinen et al. Mielentilatutkimusten väheneminen ja väkivaltarikollisten psykiatrinen hoito. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30.
- 3) Törölä, M. & Rautanen, M. 2023: Prisoners with reduced criminal responsibility stand out based on their rates of hospitalisation during their sentences”, *International Journal of Prisoner Health*, Vol. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/IJPH-05-2022-0032>
- 4) Joukamaa et al. 2010. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/ 2010.
- 5) Santalahti, A., Luutonen, S. & Rautava, P. 2023. Terveyspalvelujen suurkankäyttäjät – tunnistamaton potilasryhmä. *Duodecim* 139, s. 519–21.
- 6) Joukamaa, M. 1991. Suomalaisten vankien terveys. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 107/91*, Turku.





Vankilaolosuhteet voivat itsessään lisätä aggressiota ja väkivaltakäyttäytymistä.

Vangit kokevat esimerkiksi liikunnan, keskusteluavun ja luovien toiminnallisten menetelmien vähentävän aggressiivista oloa.

Vankiloiden palvelutarjonta vastaa melko hyvin vankien esille tuomiin ehdotuksiin, mutta palveluissa on vankilakohtaisia eroja.

Vangeille tulisi tarjota riittävästi mahdollisuuksia päästä keskustelemaan aggressiivisesta olostaan vankilan henkilökunnan ja Vankiterveydenhuollon henkilökunnan kanssa.

Vankilasuunnittelussa tulisi huomioida vetäytymistilojen tarve, mahdollisuus yksin oloon ja riittävän monipuoliset liikuntamahdollisuudet.

Vangin ääni on arvokas lisä, kun etsitään keinoja toteuttaa rikosseuraamustyötä entistä paremmin. Osallistamalla vankeja on mahdollista löytää uusia avauksia palveluvalikoimiin.

Keinoja aggressiivisen olon vähentämiseksi

Johdanto

Väkivalta ja aggressiivisuus ovat ongelmia, joita kohdataan vankiloissa. Aggressio voi muuttua väkivaltaiseksi käyttäytymiseksi ja aiheuttaa sekä inhimillistä kärsimystä että lisääntyntä terveyspalveluiden käyttöä. Väkivallasta seuraa myös muita kustannuksia esimerkiksi sosiaali- ja lakipalveluiden tarpeen kautta (1).

Aggressiivisuus voidaan määritellä tavoitehakuiseksi tai impulsiiviseksi. Käyttäytymiseen voi liittyä fyysistä väkivaltaa, mutta se voi olla myös sanallista. Impulsiivinen aggressiivisuus on yleensä reaktio stressiin tai provokaatioon. Vankilaolosuhteet vaikuttavat väkivallan esiintyvyyteen monella mekanismilla, kuten rajoittamalla vankien toimintoja, vähentämällä yksityisyyttä ja sulkemalla useita hyvinkin erilaisista ongelmista kärsiviä pitkiä ajoiksi samoihin tiloihin (2). Vankilaolosuhteet ja aggressiolle altistava vankilakulttuuri voivat lisätä vääränlaisia keinoja käsitellä negatiivisia tunteita. Rajoitetut olosuhteet vaikeuttavat vuorovaikutustilanteita vankien välillä ja henkilökunnan kanssa. Yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden puute vähentävät keinovalikoimaa, jolla vangit voisivat välttää aggressiivisia ja väkivaltaisia tilanteita. Vankilassa käytössä olevat keinot eivät myöskään välttämättä toimi tai ole käytettävissä enää vapautumisen jälkeen.

Suomessa on yhteensä 28 vankilaa, joissa vangit suorittavat tuomionsa joko suljetuissa tai avoimissa olosuhteissa. Vankiloissa on päivittäin keskimäärin 3056 henkilöä suorittamassa tuomiotaan. Suurin vankiryhmä on väkivaltarikoksista tuomitut

(3). Rikosseuraamuslaitoksella on käytössä erilaisia ajattelutaitoja lisääviä toimintaohjelmia ja keinoja, joilla vankien aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan. Impulsiiviseen väkivaltaan pyritään vaikuttamaan erilaisilla keinoilla kuin tavoitehakuiseen väkivaltaan.

Rikosseuraamuslaitos on koonnut kaikissa Suomen vankiloissa ja yhdyskuntaseuraamustoimistoissa käytettävissä olevat kuntouttavat palvelut teemoittain kokonaisuudeksi, valtakunnalliseksi palvelukartaksi. Teema-alueita on seitsemän (TA1–TA7), ja ne sisältävät aiheen mukaisia palveluita, joita toteutetaan Rikosseuraamuslaitoksen omana toimintana, tai palvelu tuotetaan ulkopuolisten toimijoiden kautta sidosryhmäyhteistyönä. Osa palveluista on kaikille teema-alueille yhteisiä, kuten yksilökeskustelut ja -ohjaukset, verkostotyö, kokemusasiantuntijapalvelut sekä sähköiset palvelut. Lisäksi on erillinen kaikkia muita yhdistävä teema-alue 8 (TA8), joka korostaa muun muassa hyvää toimintaympäristöä ja vuorovaikutusta. Teemoista on saatavilla yksityiskohtainen palveluluettelo, jossa kaikki palvelut esitetään vankiloittain.

- TA 1 pähteet ja riippuvuudet: yksilöpäihdetyö, päihdehoito, päihdekuntoutus, muita riippuvuuksia käsittelevä yksilötyö, muiden riippuvuuksien hoito ja kuntoutus.
- TA 2 arvot, ajattelu ja toiminta: yksilötyö, psykologiset ja psykoterapiapalvelut, hengelliset palvelut, motivointiohjelmat, vaikuttavuusohjelmat, muu kuntoutus.
- TA 3 arkielämän taidot: asiointi viranomais- ja muissa palveluissa, kotitalouden hoidon ja asumisen taidot, talouden ja rahankäytön taidot, sähköisen asiointin taidot, vapaa-ajan ja harrastetoiminnat.
- TA 4 koulutus ja työelämän taidot: koulutus ja opiskelu, vankilan työtoiminta, avolaitostyö, kuntouttava työtoiminta, ansiotyö, yhdyskuntaseuraamuksiin sisältyvä työ, työllistymisen tukipalvelut, kirjastopalvelut, taide- ja kulttuuritoiminta.
- TA 5 terveys ja hyvinvointi: terveydenhuolto, terveysneuvonta, hyvinvointipalvelut, liikuntapalvelut, mielenterveyttä tukevat palvelut.
- TA 6 lapset, vanhemmuus ja ihmissuhteet: lapsi -ja perhetyö, erimuotoiset tapaamiset, vanhemmuutta tukevat ryhmät ja päivät, perhetyö ja lastenhoito perheosastolla, läheisten leirit.
- TA 7 yhteiskuntaan kiinnittyminen ja rikoksettomuus: yksilötyö, palveluohjaus ja verkostotyö, sosiaalinen kuntoutus, vertaistuki- ja kokemusasiantuntijapalvelut.
- TA 8 arvioiva ja suunnitelmallinen työskentely, turvallinen ja kuntouttava toimintaympäristö, ammattimainen ja ihmisarvoa kunnioittava vuorovaikutus.

Rikosseuraamuslaitoksen strategian (2022–2025) tavoitteena on toteuttaa ja kehittää palveluita vaikuttavasti. Yhteiskunnan palveluihin integroituminen ja verkostoyhteistyö näkyy tuloksellisuuden yhtenä päätavoitteena (4).

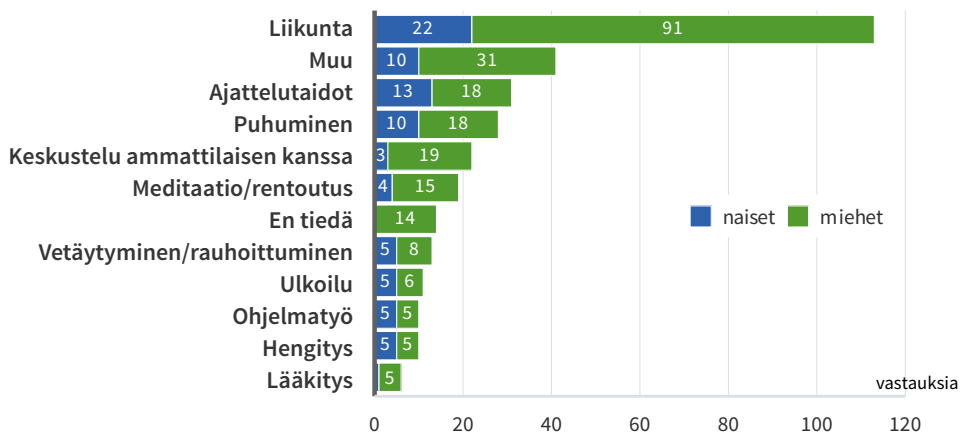
Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Osatyössä selvitettiin laadullisesti, millaisia keinoja vangit esittävät aggressiivisen olon vähentämiseksi vankilaolosuhteissa ja miten Rikosseuraamuslaitoksen valtakunnallinen palvelutarjonta vastaa tätä esille nousevaa tarvetta.

Keinoja kerättiin kyselylomakkeen kysymyksellä ”Miten vanki voisi mielestäsi itse hoitaa aggressiivista oloa?” Vapaamuotoisia vastauksia luokiteltiin aineistolähtöisesti yläkäsitteisiin. Temaattinen analyysin aluksi kaksi luokittelijaa kävivät aineistoa läpi yhdessä varmistaakseen yhteisen ymmärryksen. Tämän jälkeen molemmat luokittelivat loput aineistosta itsenäisesti. Lopputulos yhtenäistettiin käymällä eriävät tapaukset keskustelemalla läpi. Rikosseuraamuslaitoksen valtakunnallisen palvelukartan teema-alueilta ja yksityiskohtaisesta vankilatasoisesta palveluluettelosta etsittiin vastauksiin soveltuvia kuntouttavia palveluita.

Tulokset

Kyselylomakkeisiin vastanneista tutkittavista 247 (47 %) kuvaili yhden tai useampia erilaisia keinoja vähentää aggressiivista oloa. Keinoja saatiin yhteensä 318, miehiltä 235 ja naisilta 83, ja niistä muodostettiin 11 temaattista luokkaa: puhuminen, keskustelu ammattilaisen kanssa, liikunta, ulkoilu, meditaatio/rentoutus, hengitys, vetäytyminen/rauhottuminen, ajattelutaidot, ohjelmatyö, lääkitys, en tiedä sekä luokka muu. Kuviossa 1 esitetään vastausten määrät sukupuolittain eri temaattisissa ryhmissä.



Kuvio 1. Teemat yleisyysjärjestyksessä ja vastausten lukumäärät kysymykseen ”Miten vanki voisi mielestäsi itse hoitaa aggressiivista oloa?” Sekä miehillä että naisilla liikunta eri muodoissaan nousi selvästi esiin yleisimpänä ehdotettuna keinona.

Rikosseuraamuslaitoksen palveluista tunnistettiin alla olevat toiminnot/palvelut, jotka on tarkoitettu aggressiivisen olon helpottamiseen, aggressiivisen toiminnan taustalla oleviin tekijöihin tai valmiuksiin ja jotka vastaavat vähintään osittain vankien keinovalikoimasta muodostettuja luokkia.

TA 1 Päähteet ja riippuvuudet: Vertaistuki, kokemusasiantuntijat, yksilötapaamiset, ryhmätoiminta ja verkostotyö.

TA 2 Arvot, ajattelu ja toiminta: hengelliset tapaamiset, vertaistuki, kokemusasiantuntijat, yksilötapaamiset, ryhmätoiminta, verkostotyö, psykologit, terapia, virtuaaliset ohjelmat (VR), Rikosseuraamuslaitoksen ja muiden toimijoiden yksilö- ja ryhmäohjelmat kuten Suuttumuksen hallinta, Cognitive Skills ja Aggredin tapaamiset vankiloissa.

TA 3 Arjen taidot: yksilökeskustelu, vertaistuki ja kokemusasiantuntijapalvelut, sosiaalisten asioiden hoito osastolla (matkapuhelimen käyttö, asiointi ja yhteydenpito), verkostotyö kuten Vamos, vapaa-ajan harrastetoiminta (mm. toverikunta, harrasteryhmät) ja luontoavusteinen toiminta (Green care, pihatyöt, puutarhatyöt).

TA 4 Koulutus ja työelämän taidot: yksilötyö (mm. työ- ja toimintakyvyn arviointi), kirjastopalvelut (kirjastossa kokoontuvat ryhmät), Ulkoalueiden hoitotyö/pihatyöt, hyvinvointiala (liikunta/hieronta) työ toimintana, kuntosaliohjaaja koulutus, hyvinvointivalmentaja-koulutus, eri kuntoutusmuotoja yhdistelevät työpajat (esim. Nova), verkostotyö (yksilö- ja ryhmä) kolmannen sektorin järjestämänä toimintana esimerkiksi Via Dia.

TA 5 Terveys ja hyvinvointi: terveyteen ja hyvinvointiin liittyvä yksilökeskustelu ja ohjaus (myös ohjaaja-vartijoiden toteuttama lähityö psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn tukemiseksi, esimerkiksi liikunta), psykologipalvelut, verkostotyö (kuntien ja kolmannen sektorin sekä Vankiterveydenhuollon kanssa) yksilötyönä ja ryhmätoimintana, neuropsykologinen valmennus, vertaistuki ja kokemusasiantuntijapalvelut (esimerkiksi Helmi ry:n toimintaan osallistuminen, ADHD-ryhmä), Sportti-ryhmä, hyvinvointilomat, Tunne-taitoryhmä, mielenterveyden ensiapuryhmät sekä liikuntapalvelut kuten ohjattu ryhmäliikunta (liikunnanohjaaja, kuntosali, sähly, jalkapallo, jooga, mindfulness, lenkkeily, hiihto, marjastus, kalastus, sienestys), liikuntatapahtumat ja muu vankilan ulkopuolella tapahtuva liikunta esimerkiksi uimahallissa, omatoiminen ryhmätoiminta ja omatoiminen liikunta ja ulkoilu vankilan alueella, kuntosali (ohjattu ja omatoiminen), luovat toiminnalliset menetelmät (esimerkiksi akupunktio), rentoutusharjoitukset ja toiminnalliset tapaamiset (esimerkiksi liikunnan merkeissä).

TA 6 Lapset, vanhemmuus ja ihmissuhteet: yksilökeskustelu- ja ohjaus (esimerkiksi pari- ja perheterapeuttinen työ, lähisuhdeväkivallan puheeksi otto), perhesuhdeneuvottelut vangin ja läheisten välillä, verkostotyö (esimerkiksi perhetilanteen selvittely), valvotut- ja valvomattomat tapaamiset läheisten kanssa, muu yhteydenpito perheen ja läheisten kanssa (esimerkiksi puhelut, kirjeet, sähköposti ja lomat), ulkopuolisen toimijan toteuttama toiminta (esimerkiksi Miessakkien perhetyö) ja kokemusasiantuntijapalvelut.

TA 7 Yhteiskuntaan kiinnittyminen ja rikoksettomuus: yksilökeskustelu- ja ohjaus (esimerkiksi kommunikoinnin kehittäminen, moniammatilliset työkykyarviot),

verkostoyhteistyö (julkisten palveluiden tai kolmannen sektorin kanssa), keskusteluryhmät (omana toimintana tai ulkopuolisen ohjaamana) ja kokemusasiantuntija- ja vertaistuki.

Johtopäätökset

Liikunta ja treenaaminen olivat yleisimpiä vankien ehdottamia keinoja, joilla he voisivat itse vaikuttaa aggressiiviseen oloon, liikunta oli yleisintä sekä naisten että miesten vastauksissa. Erityisesti nousivat esille kuntosaliharjoittelu ja nyrkkeilysäkit pelkän liikuntamahdollisuuden lisäksi. Onkin mahdollista purkaa raivoa punttien nosteluun tai pitää henkistä- ja fyysistä kuntoa yllä säännöllisellä liikuntaharrastuksella. Vankiloiden palvelutarjonnasta löytyy liikuntaa sekä ohjattuna että itsenäisesti toteutettuna. Liikuntamahdollisuudet kyllä vaihtelevat vankiloittain, mutta valtakunnallisesti tarkasteltuna vankiloissa on hyvin monenlaisia sisäliikunnan ja ulkoliikunnan palveluita tarjolla vangeille.

Osassa vastauksissa todettiin myös pelkästään ulkoilun auttavan. Ulkoilu voi tarkoittaa ulkoliikunnan lisäksi vankilaolosuhteissa esimerkiksi kävelyä vankilan pihalla, istuskelua ulkona tai työskentelyä vankilatyössä ulkoalueilla. Suljetuissakin olosuhteissa on tarjottava mahdollisuus vähintään tunnin ulkoiluun päivässä. Ulkoiluun liitettiin joissakin vastauksissa myös keskustelu. Ulkoillessa saattaa olla helpompi puhua tilanteestaan toiselle vangille ja näin saada vertaistukea liikunnan ohella.

Vangit kokivat vastauksissaan, että keskusteleminen auttaa aggressiivisen olon purkamisessa. Vastausten analysoinnissa keskustelu jaettiin kahteen teemaan: puhumiseen yleisesti ottaen esimerkiksi vankitoverin tai läheisen kanssa ja keskusteluun ammattilaisen, kuten terapeutin tai ohjaajan, kanssa. Näihin teemoihin tuli liikunnan jälkeen eniten vastauksia. Esimerkkivastaus ”Jos purkaisi kuvion kaverin kanssa” kuvaa hyvin vangin tarvetta vähentää omaa aggressiivista oloaan toisen ihmisen kanssa keskustelemalla. Lisätietoa vankien sosiaalisista suhteista ja muun muassa mahdollisuuksista jakaa vaikeita asioita puhumalla jonkun kanssa voi lukea tämän raportin luvusta [Yksinäisyys ja sosiaaliset suhteet](#).

Vangeille tulisivat tarjota riittävästi mahdollisuuksia päästä keskustelemaan aggressiivisesta olostaan vankilan henkilökunnan ja Vankiterveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Rikosseuraamuslaitoksen palvelukartassa yksilötyöskentely rangaistusajan suunnitelman edistämässä nähdään yhtenä tärkeänä keinona vangin ja työntekijöiden välillä. On vaikea arvioida, kuinka nopeasti akuutissa aggressiivisessä olotilassa on mahdollista päästä keskustelemaan vankilan työntekijöiden, psykologien tai Vankiterveydenhuollon työntekijöiden kanssa. Kaikissa vankiloissa ei myöskään ole tarjolla psykologipalveluita. Vartijat ovat usein ensimmäisenä kohtaamassa vangin juuri aggressiotilanteessa. Rauhallinen, hyvä vuorovaikutus vangin ja vartijan välillä edistää tilanteen rauhoittumista. Erityishenkilöstöllä on osaamista moniammatilliseen työskentelyyn ja verkostoyhteistyöhön yhteiskunnan muiden toimijoiden kanssa.

Sidosryhmäyhteistyöllä pyritään järjestämään vangeille esimerkiksi keskustelutukea tuomioiden aikana.

Vaikka lääkitys ei mahdollisesti kysymyksen muotoilusta johtuen näyttäytynyt vangin ehdottamana keinona olon helpottamiseen, on tärkeää selvittää terveydelliset syyt aggression taustalla. Erilaiset kiputilat, psyykkinen kuormitus ja mielenterveyden ongelmat voivat lisätä aggressiivista oloa ja heikentää kykyä rauhoittua tai purkaa rai-voa. Ammattilaisten kanssa keskustelu voikin olla psykologin, psykiatrin tai hoitajan tapaamisia ja Rikosseuraamuslaitoksen työntekijän kanssa keskustelua yksilötyöskentelynä. Näitä palveluita on vangeille tarjolla valtakunnallisesti ja jokaisella palvelukartan työskentelyalueella. Psyykkinen oirehtiminen aggression taustalla vaatii Vankiterveydenhuollon ja Rikosseuraamuslaitoksen yhteistyötä sekä toimintamalleja tilanteen tunnistamisessa ja kuntoutumisen edistämisessä.

Rentoutumiseen ja meditaatioon liittyviin keinoihin sisällytettiin omana vastausluokkanaan mindfulness, sillä se mainittiin useasti. Myös hengitysharjoituksista ja syvään hengittämisestä on moni saanut apua rauhoittumiseen. Luovia toiminnallisia menetelmiä on vankiloissa tarjolla, ja näille keinoille on vankien vastausten perusteella tarvetta. Erillisissä vastauksissa nousi esimerkkinä esiin myös muita rauhoittumisen keinoja, kuten kymmeneen laskeminen ja rukoileminen.

Vastausten perusteella vangit toivovat ja arvostavat mahdollisuutta vetäytyä omaan rauhaan aggressiivisen olon aikana tai sen estämiseksi. Keinona vetäytymismahdollisuus on tärkeä, se lisää henkilön omia valinnan mahdollisuuksia vaikeissa tilanteissa, ja se on periaatteessa helppo toteuttaa. Tämä ei kuitenkaan aina ole mahdollista vankilaolosuhteissa eikä varsinkaan kahden hengen selleissä tai matkaselleissä. Monilla vangeilla on neuropsykiatrista oireilua, joka vaikeuttaa itsesääätelyä ja oman toiminnan ohjausta, ja vetäytymistila voisikin tukea erityisesti heitä vähentämällä aistikuormitusta.

Osassa vastauksissa todettiin, ettei ole mitään keinoa helpottamaan aggressiivista oloa. Myös väkivallan käyttäminen ja tappeleminen oli muutamissa vastauksissa keinona helpottamaan omaa negatiivista oloa.

Vankiloissa on käytössä erilaisia rikosperusteisia toimintaohjelmia ja yleisohjelmia, joiden tarkoituksena on antaa tukea rikoksettomaan elämään. Näiden ohjelmien keskeisin tavoite on vapautumisen jälkeiseen uusintarikollisuuden vähentäminen (5). Muutamissa vastauksissa nimettiin erikseen vaikkapa väkivaltaohjelmaan osallistuminen. Niissäkin vastauksissa, joissa ei mainittu varsinaisesti vankilan ohjelmiin tai kursseille osallistumista, löytyi viitteitä ohjelmatyöhön liittyvien ajattelutaitojen hyödyntämisestä. Vastauksissa ilmeni ehdotuksia esimerkiksi asennemuutoksesta, ajattelun kääntämistä positiivisiin asioihin, itsehillinnan harjoittelemisesta ja vaikeiden tilanteiden tunnistamisesta. Monia näitä aiheita käydään läpi Rikosseuraamuslaitoksen toimintaohjelmissa kuten Cognitive Skills -ohjelmassa tai Suuttumuksen hallinta -kurssilla. Ohjelmatyöllä pyritään lisäämään vankien tietoisuutta omasta ajattelustaan ja toiminnastaan sekä luomaan keinoja, jotka auttaisivat toimimaan ilman väkivaltaa. Myös ulkopuolisten toimijoiden tarjoamissa palveluissa voidaan kehittää omia ajattelutaitoja ja käyttäytymistä haastavissa tilanteissa. Tästä on esimerkkinä Helsinki Mis-

sion Aggredi, joka tarjoaa valtakunnallisesti katuväkivaltaan syylistyneille henkilöille tukea myös vankeusaikana.

Vastausten yleinen vaikutelma aiheesta oli hyvin looginen ja arjen toimintoihin liittyvä. Vangit toivat esille liikunnan ja rauhoittumisen merkitystä aggressiivisen olon vähenemisen edistäjänä. Vaikeasta olostä on hyvä keskustella muiden kanssa ja tarvittaessa hakea apua työntekijöiltä. Muina keinoina nähtiin säännöllisen elämänrytmin ja terveellisen ruokavalion vähentävän aggressiivista tunnetta. Myös kirjoittamalla voi vastausten perusteella purkaa negatiivista oloaan.

Vankilaolosuhteet ovat voineet vaikuttaa vankien vastauksiin kaventamalla niiden ideasisältöä, sillä laitoksessa ollessa käytössä on vain rajoitetusti toteutettavia vaihtoehtoja tai keinoja aggressiivisen olon parantamiseksi. Laitosjärjestys ja vankiloissa toteutetut aikataulut eivät useinkaan tue luovia ratkaisuita. Erilaisissa kansainvälisissä suosituksissa ja Suomessa oikeusasiamiehen ratkaisuisissa muistutetaan kuitenkin, että vangeille tulisi järjestää sellin ulkopuolella olevaa mielekästä ja kehittävää toimintaa vähintään kahdeksan tuntia vuorokaudessa. Tällainen toiminta voi olla työn ja koulutuksen lisäksi esimerkiksi kuntoutusta tai liikuntaa (7).

Naisten ja miesten vastausprofiilit olivat samankaltaisia keskenään, mikä vahvistaa esille nousseiden teemojen tärkeyttä kaikille vangeille.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Suomessa vankeusajan tarkoituksena on tukea kuntoutumista ja rikoksetonta sekä päiheteetöntä elämäntapaa. Rangaistusajan aikana pitäisi pyrkiä myös ylläpitämään ja parantamaan työ- ja toimintakykyä. Vankiloissa on erilaista toimintaa ja palveluita, jotka tukevat näitä tavoitteita. Vankilaolosuhteissa myös työntekijät pyrkivät omalla toiminnallaan pitämään yllä toimivaa ja turvallista arkea. Avoimella ja kunnioittavalla vuorovaikutuksella ja lähityöllä voidaan tukea vankien kuntoutumista ja vankilasta vapautumisen valmistelua. Se on merkityksellistä myös järjestyksen ja turvallisuuden kannalta.

Olisi tärkeää pystyä tarjoamaan vangeille keinoja, joilla he voivat itse vaikuttaa toimintaansa ja joiden avulla aggressiivinen olo pystytään rauhoittamaan ennen muuttamista aggressiiviseksi käyttäytymiseksi tai väkivallaksi. Laitosturvallisuudessa vankien ja henkilökunnan välinen toimiva vuorovaikutus on ratkaisevassa asemassa aggressiivisen toimintakulttuurin vähentämisessä. Esimerkiksi restoratiivisten arvojen (kunnioitus, arvostava suhtautuminen henkilökunnan ja vankien välillä sekä vankien kesken) opettamisen ja noudattamisen myötä onkin jo saatu hyviä tuloksia ja konflikteja on opittu ratkaisemaan neuvottelemalla ja puhumalla ilman väkivaltaa.

Vankien vastausten perusteella olisi tärkeää varmistaa, että vankiloissa on laajasti tarjolla erilaisia kuntouttavia toimintoja ja vangeilla on tiedossa, miten niihin voi hakea ja päästä. Liikuntaa vaikuttaisi valtakunnallisesti olevan hyvin tarjolla eri vankiloissa, mutta liikunnan ja ulkoilun merkitys on tämän tutkimuksen perusteella erityinen vangin hyvinvoinnin kannalta. Kuntosaliharjoittelun, kävelyn ja lenkkeilyn lisäksi tarvitaan monenlaisia muitakin liikuntamuotoja.

Luovien toiminnallisten menetelmien tuoma apu näkyy vankien vastauksissa. Eri-tyisesti rentoutumisen, mindfulnessin, meditaation ja joogan lisäämistä vankiloissa omana tai ulkopuolisten toimijoiden toteuttamana kannattaa lisätä. Mahdollisuus etäyhteydellä ohjattuun liikuntaan tai virtuaalisesti toteutetut toiminnot esimerkiksi VR-lasien avulla voivat olla tulevaisuudessa yhä useamman vankilan keinoja lisätä kuntouttavien toimintojen saatavuutta.

Yksin oloon ja rauhoittumiseen tarkoitettuja tiloja tulisi olla aina käytettävissä vankiloissa. Uusien vankiloiden suunnittelussa pitäisi ottaa huomioon vetäytymistilojen tarpeellisuus myös vankilaturvallisuuden näkökulmasta. Laitosarkkitehtuurilla voi pieniäkin mahdollisuuksia hyödyntämällä luoda vangille hallinnan tunnetta ja keinoja vetäytyä omaan rauhaan. Esimerkiksi psykiatrisissa sairaaloissa hyödynnetään värejä, materiaaleja ja valaistusta de-eskaloimaan eli purkamaan jännitteisiä tilanteita ennalta.

Vangin ääni on arvokas lisä, kun etsitään keinoja toteuttaa rikosseuraamustyötä entistä paremmin. Tämän tutkimuksen mukaan vanki vastaa mielellään ja monipuolisesti ja antaa lisätietoja palveluiden suunnittelua varten. Wattu-tutkimusaineistossa on vastaavalla tavattu kysytyt vangin ehdottamia keinoja muun muassa masentuneisuuden, kipujen ja päihdeongelmien ja tylsyyden tunteen helpottamiseksi. Jatkotutkimuksella kannattaa hyödyntää näitä laadullisia tietoja ja lisätä vankien osallisuutta.

Kirjoittajat:

Anne Raivisto

Sosionomi (AMK), rikosseuraamustyöntekijä/ työkykykoordinaattori
Helsingin rikosseuraamuskeskus, Rikosseuraamuslaitos
Ei sidonnaisuuksia

Mika Rautanen

Sidonnaisuudet: Lääketieteellinen neuvottelukunta, Well02 Oy

Lähteet

- 1) Siltala, H., Hisasue, T., Hietämäki, J., Saari, J., Laajasalo, T., October, M., Laitinen, H.-L., Raitanen, J. 2022: Lähisuuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa. Valtionneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:52.
- 2) Weightman, M., Kini, R., Parker, R., Das, M. 2020: Pharmacological approaches to managing violence and aggression in prison populations: clinical and ethical issues. *Drugs*; Aucland. Vol.80, Iss. 16. Nov. Springer Nature Switzerland.
- 3) Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2022. Rikosseuraamuslaitoksen verkkojulkaisu.
- 4) Rikosseuraamuslaitoksen verkkosivusto. Arvot ja strategia. Rikosseuraamuslaitoksen strategiakartta 2022–2025. Julkaistu 4.7.2022.
- 5) Aaltonen, M. & Tyni, S. 2021: Vankeusaikaisten kuntoutusohjelmien vaikutusarvioinnit ja arvioitavuus. *Kriminologia* 1 (1/2021).
- 6) The WHO Prison health framework 2021: A framework for assessment of prison health system performance. World health organization. Regional office for Europe.
- 7) Paasonen, J. 2021: Rikosseuraamuslaitoksen turvallisuuden ja valvontatyön ulkoinen arviointi. Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 2/2021.





Tutkimukseen osallistuneista miehistä 75 % tuli vankilaan työelämän ulkopuolelta, naisista 86 %.

Työttömänä ennen vankilaan tuloa oli 64 % miehistä ja 69 % naisista.

Kaksi miestä kolmesta (62 %) ja joka toinen nainen (55 %) arvioi itsensä täysin työkykyiseksi.

Itse arvioitu työkyky oli laskenut edelliseen vankitutkimukseen verrattuna, jolloin työkykyisten osuus oli yli 80 %.

Tutkimushoitajan tekemän arvion mukaan joka kolmannen vangin alentunut työkyky olisi palautettavissa kuntoutuksen avulla.

Alentuneeseen työkykyyn vankeustautaisilla vaikuttavat liittyvän ainakin ADHD-piirteet, psykoosisairaus, huono suun terveys, matala resilienssi, heikot kielelliset taidot, yksinäisyys ja osallisuuden kokemuksen puute.

Vankeusaika antaa hyvän ajanjakson työelämän ulkopuolella olleiden henkilöiden toiminnallisen työkyvyn havainnointiin ja työllistymisen esteiden arviointiin.

Työkyky ja työllistymisen esteet

Johdanto

Valtaosa vangeista on työikäisiä henkilöitä, mutta heidän työmarkkina-asemansa on heikko. Erilaisten vankeusaikaisten ohjelmien ja toimintojen keskeisenä tavoitteena onkin parantaa vangin työ- ja toimintakykyä ja auttaa työelämään pääsyä. Tavoitteet sisällytetään vangille tehtävään rangaistusajan suunnitelmaan.

Muita yksilöllisen rangaistusajan suunnitelman tavoitteita ovat valmiuksien vahvistaminen rikoksettomaan elämäntapaan ja päihteettömän elämän tukeminen. Työtoiminta on keskeinen osa vankeusajan kuntoutusta, ja sitä toteutetaan vankilan työpajoissa, avovankiloissa ja vankilan ulkopuolella.

Työkykyä vankeusajan toimintoihin arvioivat sekä Vankiterveydenhuollon että Rikosseuraamuslaitoksen työntekijät. Terveydenhuollossa ensimmäinen arvio tehdään tulohaastattelun aikana yleensä kolmen päivän kuluessa vankilaan tullessa. Tätä laajemman, lääkärin tekemän työkyvyn tutkimuksen tarve voi herätä terveydenhuollon vastaanottokäynneillä tai Rikosseuraamuslaitoksen työkykykoordinaattoreiden aloitteesta. Tällöin tutkitaan työkyvyn esteitä vankilan ulkopuoliseen työhön. Vankilassa työskentelee useita erityistyöntekijöitä, sosiaalityöntekijöitä, päihdetyöntekijöitä, opinto-ohjaajia, psykologeja, ammatillisten taitojen ohjaajia ja työnjohtajia sekä terveydenhuollon henkilökuntaa, sairaanhoitajia, lääkäreitä ja hammaslääkäreitä. Eri ammattiryhmien yhteistyö mahdollistaa vangin moniammatillisen työkyvyn arvioinnin.

Parhaiten työkykyä voidaan arvioida käyttäen sekä objektiivisia että subjektiivisia menetelmiä, joissa yhdistyvät asiantuntija-arvio ja henkilön oma käsitys työkyvystään. Kun kysytään henkilön omaa arviota työkykyisyydestään, voi työkyvyn käsite jäädä epämääräiseksi niiden henkilöiden kohdalla, jotka eivät ole koskaan olleet työelämässä tai jotka ovat pitkään olleet työelämän ulkopuolella (1).

Työkyvyn arviointi sisältää yhtenä osana henkilön ammatin ja työn mukaisen kontekstin huomioimisen eli toimintakyvyn peilaamisen siihen työhön ja työympäristöön, missä henkilö on aiemmin toiminut ja missä hänen oletetaan toimivan ammattitaitonsa ja koulutuksensa mukaan. Työttömällä koulutusta tai ammattitaitoa ei välttämättä ole koskaan ollut tai edellisestä työsuhteesta on kulunut huomattavan pitkä aika. Näissä tapauksissa myöskään henkilöllä itsellään ei välttämättä ole realistista käsitystä omasta työkyvystään (2).

Menetelmät

Tässä osatutkimuksessa työkykyisyyttä kartoitettiin kyselyllä ja tutkimushoitajan tekemän työkykyarvion perusteella. Tutkittavat arvioivat itse omaa työkykyään sekä työkykypistemäärällä että kolmiportaisella luokituksella ”täysin työkykyinen”, ”osittain työkyvytön” tai ”täysin työkyvytön”. Ohjeena tutkittavalle oli arvioida omaa nykyistä työkykyä riippumatta siitä, onko ansiotyössä vai ei.

Työkykyarvio ja työkykypistemäärä soveltuvat sekä työssäkäyvien että työelämän ulkopuolella olevien työkyvyn tutkimiseen (3). Nykyistä työkykyä koskeva kolmiportainen työkykyarvio on peräisin Mini-Suomi-tutkimuksesta (4). Työkykyarvio sisältyi myös Finterveys2017-tutkimukseen ja edelliseen vankien terveystutkimukseen Wattu III.

Työkykypistemäärä on Työterveyslaitoksessa kehitetyn työkykyindeksin ensimmäinen osio, jota käytetään myös itsenäisenä työkyvyn mittarina. Sen sanamuoto on: ”Oletetaan, että työkykysi on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi asteikolla 0–10?” Ohjeessa kerrotaan nollan tarkoittavan, ettei nykyisin pysty lainkaan työhön (5). Mittarissa edellytetään työkyvyn suhteuttamista kunkin henkilön omaan parhaimpaan työkykyyn, ei esimerkiksi yleiseen käsitykseen hyvästä, kymmenen pisteen työkyvystä (3).

Tutkimushoitajan tekemä arvio työkyvystä oli neliluokkainen:

1. Työkykyinen. Tällöin tutkittavan terveys ja toimintakyky ovat hyviä. Ammatin, työtehtävien tai koulutuksen valinnassa ei ole huomioitavia terveydellisiä tekijöitä.
2. Työkykyinen hoidon tai kuntoutuksen avulla. Tällöin terveydessä tai toimintakyvyssä on rajoite, jonka hoito tai kuntoutustarve tulee selvittää.
3. Osittain työkykyinen. Tällöin terveydessä tai toimintakyvyssä on rajoite, joka tulee ottaa huomioon ammatin, työtehtävien tai koulutuksen valinnassa.
4. Työkyvytön. Tällöin tutkittavan terveys ja/tai toimintakyky on pysyvästi alentunut.

Asteikko on kehitetty Keski-Uudenmaan monialaisen yhteispalvelun (TYP) terveydenhoitajille asiakkaiden terveystietojen kirjaamiseen (6).

Tutkimushoitaja teki arvion terveystarkastuksen jälkeen ja sen aikana kerätyn tiedon perusteella. Tarkastukseen kuului terveystarkastuksia (verenpaine, pituus, paino, vyötärön ympärys), kognitiivisia testejä (sanasujuvuus, sanalistan oppiminen ja sanalistan viivästetty mieleen palautus), toimintakyvyn mittauksia (puristusvoima, tuolilta nousu), päihdehaastattelu sekä kyselylomakkeen tarkistaminen tai täydentäminen ja tarvittaessa kyselylomakkeen läpikäyminen haastattelemalla.

Tulokset työkyvystä sekä vastaukset työkykyyn liittyvistä taustatiedoista raportoidaan kuvailevasti. Lisäksi tarkasteltiin muissa osatutkimuksissa esille tulleita työkykyyn liittyviä tekijöitä ja mahdollisia työllistymisen esteitä.

Tulokset

Tutkimukseen osallistuneista 22 prosenttia oli oman ilmoituksensa perusteella mukana työelämässä, Kuvio 1 seuraavalla sivulla. Naisvangeista 17 prosenttia oli ollut työelämässä ennen vankeuden alkamista. Työttömänä vankilaan tullessa oli ollut 64 % miehistä ja 69 prosenttia naisista. Alle 30-vuotiaista miehistä 72 prosenttia ja naisista 81 prosenttia oli ollut työttömänä ennen vankeutta.

Työkyvyttömyyseläkkeellä raportoi olevansa neljä prosenttia miehistä ja kymmenen prosenttia naisista. Sairauden vuoksi työelämän ulkopuolella oli miehistä neljä ja naisista viisi prosenttia. Muista syistä, kuten kotiäitinä tai koti-isänä, opiskelijana, asevelvollisena tai eläkkeellä oli miehistä ja naisista neljä prosenttia.

Työelämän ulkopuolelta vankilaan tuli kolme neljäsosaa (75 %) kaikista miehistä ja lähes yhdeksän naista kymmenestä (86 %).

Valtaosa tutkittavista kertoi vapautuvansa työttömäksi työnhakijaksi vankeusajan jälkeen. Miehistä 29 prosenttia ja naisista 25 prosenttia odotti joko työ- tai opiskelupaikka siviilissä.

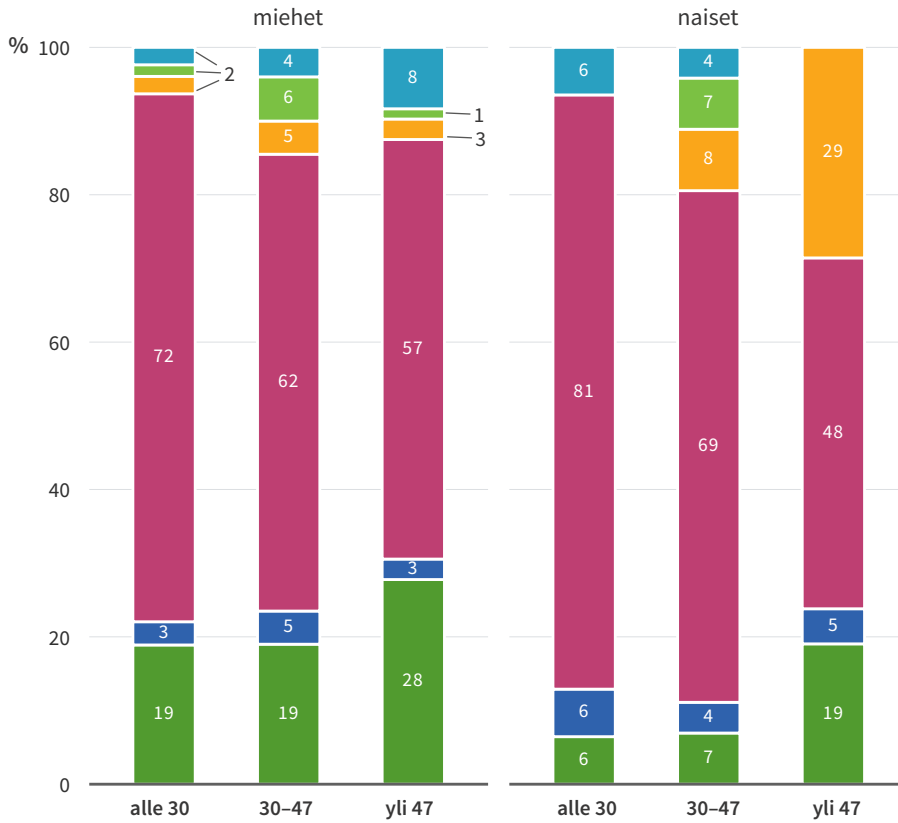
Useampi kuin joka kolmas (37 %) vastaajista arvioi, ettei heitä odota työ- eikä opiskelupaikka (36 % miehistä ja 40 % naisista). Kolmannes vangeista (35 %) ei osannut antaa arviota tilanteestaan vapautumisen jälkeen.

Mies- ja naisvangit arvioivat nykyisen työkykynsä suhteessa omaan parhaimpaan työkykyynsä samantasoisiksi. Miehet antoivat nykyiselle työkyvyllään 7,1 pistettä ja naiset 7,2 pistettä. Tyypillinen vastaus asettui tasolle kahdeksan, ja alle neljännes vastaajista arvioi tämänhetkisen työkykynsä olleen alle tasoa kuusi.

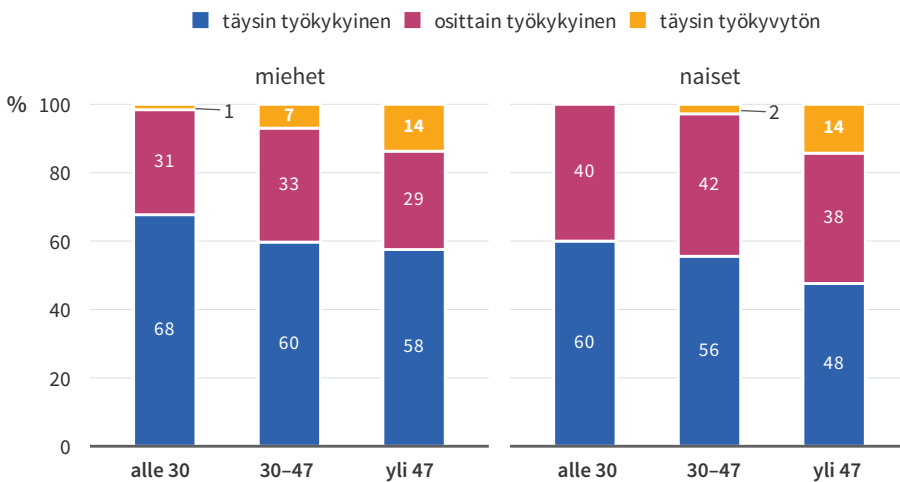
Itsensä täysin työkykyiseksi arvioi 62 prosenttia miehistä ja 55 prosenttia naisista. Osittain työkyvyttömänä piti itseään 32 prosenttia miehistä ja 41 prosenttia naisista.

Täysin työkyvyttömänä itseään piti kuusi prosenttia kaikista miehistä ja neljä prosenttia kaikista naisista. Työkyvyttömiä osuus nousi iän myötä 14 prosenttiin yli 47-vuotiaiden ryhmissä. Alle 30-vuotiaista miehistä yksi prosentti arvioi itsensä täysin työkyvyttömäksi. Alle 30-vuotiaista naisista yksikään ei pitänyt itseään täysin työkyvyttömänä, Kuvio 2 seuraavalla sivulla.

- muu (kotiäiti tai -isä/opiskelija/asevelvollinen/eläkeläinen)
- sairauden vuoksi poissa työstä
- työkyvyttömyyseläkkeellä
- työttömänä
- työssä työllistämistoimenpitein
- työssä (palkkatyö/yrittäjä/ammattinharjoittaja)



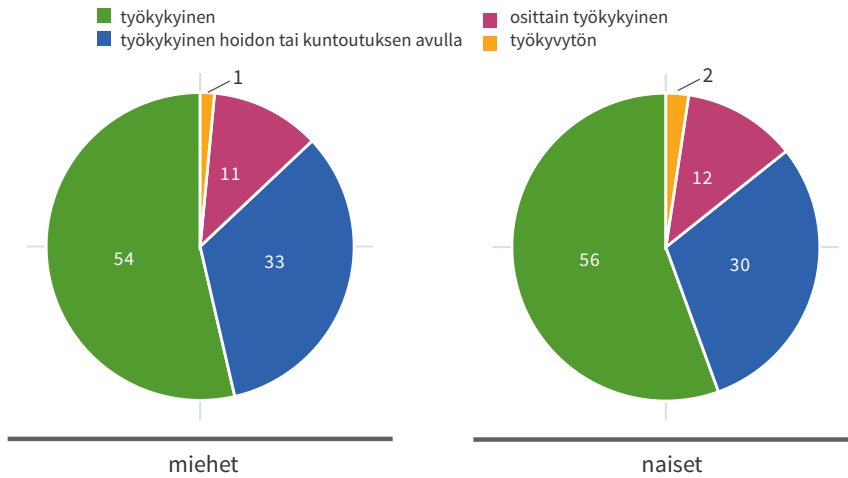
Kuvio 1. Vastausjakaumat kysymykseen ”Mikä oli työllisyystilanteesi ennen vankilaan tuloa?”



Kuvio 2. Vangin oma arvio työkyvystään ikäryhmittäin aj sukupuolittain (%).

Edellisessä, vuonna 2010 julkaistussa vankitutkimuksessa miesvangeista 88 prosenttia ja naisvangeista 80 prosenttia arvioi itsensä työkykyisiksi.

Tutkimushoitaja arvioi työkykyisiksi yli puolet miehistä (54 %) ja naisista (56 %), työkykyisiksi hoidon ja/tai kuntoutuksen avulla joka kolmannen miehen (33 %) ja 30 prosenttia naisista. Osittain työkykyisiksi arvioitiin 11 prosenttia miehistä ja 12 prosenttia naisista. Työkyvyttömiksi tutkimushoitaja arvioi yhden prosentin miehistä ja kaksi prosenttia naisista, Kuvio 3.



Kuvio 3. Tutkimushoitajan tekemä työkykyarvio.

Tutkimushoitajan tekemä arvio tutkittavan työkyvystä kulki yhtenä punaisena lankana eri tutkimusten läpi. Koko Wattu IV -tutkimusta läpileikkaavat yhteiset teemat esitellään raportin alussa kappaleessa [Punaiset langat](#). Osatutkimuksissa nousi esiin useita havaintoja työkykyyn liittyen:

- ADHD-itsearviointikyselyn kriteerit täyttävistä tutkittavista suuremmalla osalla arvioitiin olevan jonkinlainen työkykyä alentava ongelma kuin muilla tutkittavilla (52 % vs. 42 %). Lisätietoja luvussa [ADHD ja neurokirjon piirteet](#).

- Alentuneesti työkykyiset vangit kokivat useammin yksinäisyyttä kuin työkykyiset vangit. Heillä oli työ- ja opiskelupaikka harvemmin (19 %) odottamassa vapautumisen jälkeen kuin muilla (34 %). Lisätietoja luvussa [Yksinäisyys ja sosiaaliset suhteet](#).

- Kolmella neljästä (75 %) elämänaikaista psykoosia sairastavasta vangista oli tutkimushoitajan arvion mukaan alentunut työkyky. Työkyky oli alentunut näillä vangeilla tilastollisesti erittäin merkittävästi useammin kuin muilla. Lisätietoja luvussa [Psykoottiset häiriöt](#).

- Kaksi kolmasosaa matalan resilienssin vangeista arvioitiin osittain työkykyisiksi tai kokonaan työkyvyttömiksi. Korkeamman resilienssin ryhmässä vain noin yhdellä kolmasosalla työkyky oli yhtä puutteellinen. Puutteellinen resilienssi vähentää vangin ponnisteluja oman työkyvyn ylläpitämiseksi tai parantamiseksi, ja toisaalta työkyvyttömyyden kokemus ja pysyväluonteinen työelämän ulkopuolelle jääminen laskee koettua

resilienssiä. Molempien ilmiöiden taustalla saattaa olla esimerkiksi kognitiivisia ja neuropsykologisia puutoksia sekä päihderiippuvuutta. Lisätietoja luvussa [Resilienssi](#).

– Tutkimushoitajan työkykyisiksi arvioimista vangeista suurempi osa koki suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi ja harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä. Heistä pienempi osa raportoi kivuista suusta tai hampaista johtuen kuin työkyvyllään alentuneiden ryhmässä. Lisätietoja luvussa [Suunterveys](#).

– Työkykyisiksi arvioidut vangit pärjäsivät paremmin kognitiivisissa tehtävissä, kuten Sanalistan oppiminen I–III ja Sanalistan viivästetty palautus. Koulutus ja työkyky vaikuttivat tilastollisesti merkitsevästi suoriutumiseen kielellisissä tehtävissä siten, että henkilöt, jotka olivat käyneet vain peruskoulun tai eivät olleet käyneet sitä loppuun tai eivät arvion perusteella olleet täysin työkykyisiä, suoriutuivat tehtävistä heikommin kuin enemmän kouluja käyneet ja työkykyiset tutkittavat. Lisätietoja luvussa [Kielelliset taidot](#).

– Työkykyisten vankien osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 69,2 pistettä. Alentuneesti työkykyisten vankien keskiarvo oli huomattavasti matalampi (61,6 pistettä). Ero oli vielä selkeämpi erittäin heikkoa osallisuuden kokemusta tarkasteltaessa. Erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuus oli noin kaksinkertainen niillä vangeilla, joilla oli todettu työkykyyn liittyviä haasteita. Vankien ja koko aikuisväestön välillä oli selkeä tasoero osallisuuden kokemuksessa työkyvyn mukaan. Työkykyisten vankien osallisuuden kokemuksen taso oli lähempänä sitä joukkoa aikuisväestöstä, joka arvioi työkykynsä heikentyneeksi. Lisätietoja luvussa [Osallisuuden kokemus](#).

Johtopäätökset

Tutkimushoitajan arvio tutkittavan työkyvystä paljasti, että vangeilla oli runsaasti työkyvyn rajoitteita. Arvion mukaan joka kolmannen alentunut työkyky olisi mahdollista palauttaa hoidon tai kuntoutuksen avulla. On todennäköistä, että tutkimukseen osallistuneiden korkeat työttömyysluvut piilottavat taakseen hoitamattomia terveysongelmia ja työkyvyttömyyttä.

Vankien työkykyä alentavat seikat ja työllistymisen esteet vaikuttavat olevan mahdollisia kuntoutuksen kohteita. Mielenterveyteen liittyviä vaikeuksia, kuten ADHD ja elämän aikana koettu psykoosisairaus, voidaan suunnitelmallisella hoidolla helpottaa, samoin kuin heikon suun terveyden myötä syntyneitä ongelmia. Taitopuutteita, kuten kielellisiä valmiuksia, on vastaavasti mahdollista kuntouttaa. Osallisuuden ja yksinäisyyden kokemukset sekä resilienssikyky liittyvät sosiaaliseen pääomaan, jota kertyy kunnioittavan ja osallistavan vuorovaikutuksen avulla.

Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia

Vankeusaika antaa poikkeuksellisen hyvän ajanjakson työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden työkyvyn havainnointiin. Rikosseuraamuslaitoksen ja Vankiterveyden-

huollon henkilökunnalle kertyy havaintoja toiminnallisesta työkyvystä ja työkyvyn rajoitteista sekä vahvuuksista, joiden pohjalta voidaan laatia suunnitelmia työelämää varten.

Moniammatillinen työkykyselvitys vankeuden aikana hyödyttää sekä työnhakijaa että vapautumisen jälkeen kotikunnan työ- ja elinkeinotoimintaa. Monet kuntoutus-, koulutus- ja työllisyystoimenpiteet voidaan käynnistää jo vankeusaikana. Kun julkiset palvelut ja niiden työntekijät kartoitetaan vangin kanssa ennen vapautumista, on palvelujen piiriin helpompi hakeutua vankeusajan jälkeen. Vaativa palvelutarpeen arvio on laitososolushteissa helpompi toteuttaa kuin siviilissä, ja arvio hyödyttää yksilön lisäksi hyvinvointialueiden toimintaa vangin vapautumisen jälkeen.

Työkykyisten lisäksi osatyökykyisten henkilöiden pääsyä työmarkkinoille tulisi helpottaa. Vankeusajan päihteettömyys, säännöllinen arkirytmi ja riittävä ravinto kohentavat monen vangin työ- ja toimintakykyä, mutta ne eivät riitä palauttamaan työuran parhaita työkykyä. Työllistymisen esteitä, kuten neurokirjon häiriöitä ja mielen-terveyden ongelmia, voidaan seuloa ja niitä voidaan hoitaa.

Väestön ikärakenteen muutos asettaa haasteita työvoiman saatavuudelle ja sosiaaliturvan rahoitukselle. Samanaikaisesti monilla aloilla on työvoimapula. Mahdollisimman moni itseään työkyisenä pitävä työelämän ulkopuolella oleva henkilö tulisi saada työllistymään, myös vapautuvat vangit.

Kirjoittajat

Mika Rautanen

Mariitta Vaara

TtM

Sidonnaisuudet: Wattu IV -tutkimuksen vastaava tutkimushoitaja

Merja Mikkola

VTM

Kehittämispäällikkö, THL

Ei sidonnaisuuksia

Lähteet

- 1) Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J., Koskinen, S. (toim.) 2006: Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, Helsinki.
- 2) Kerätär, R. 2016: Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- 3) Gould, R., Härkäpää, K., Koskinen, S. 2015: Työkyvyn arviointi väestötutkimuksessa. TOIMIA-suositus (viitattu 23.8.2023). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201703315913>
- 4) Aromaa, A., Heliövaara, M., Impivaara, O., Knekt, P., Maatela, J., Joukamaa, M., Klaukka, T., Lehtinen, V., Melkas, T., Mälkiä, E., Nyman, K., Paunio, I., Reunanen, A., Sievers, K., Kalimo, E., Kallio, V. 1989: Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi -terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki.
- 5) Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, M., Katajarinne, L., Tulkki, A. 1997: Työkykyindeksi. Työterveyshuolto 19. Työterveyslaitos, Helsinki.
- 6) Haapalainen, M. 2017: Fraasit terveydenhoitajien terveystietojen kirjaamiseen Keski-Uudenmaan TYP-palveluissa. Tiedonanto.

Wattu-do

Luvussa nostetaan artikkeleista esiin teemoja, joiden avulla uusia tietoja vankien terveydestä ja hyvinvoinnista voidaan hyödyntää. Teemat antavat sote-kentän toimijoille, asiantuntijoille ja päätöksentekijöille mahdollisuuden toiminnan kehittämiseen ja myös kokonaan uusiin avauksiin. Luku jakautuu kahteen osaan, joista ensimmäisen tarkoitus on tukea käytännön toiminnan kehittämistä. Toinen osa täydentää artikkeleissa esitettyjä tieteellisiä jatkotutkimusmahdollisuuksia käytännön kehittämisen näkökulmasta.

Toiminnan kehittäminen käytännössä

Resilienssi. Resilienssin vahvistaminen voi toteutua monin erilaisin tavoin vangin yksilöllisen tilanteen mukaan. Vahvistaminen voi liittyä vangin henkilökohtaisten ominaisuuksien, kuten itseluottamuksen, tunteidensäätelykyvyn, ongelmanratkaisutaitojen ja oman toimijuuden tukemiseen. Resilienssin lisääminen voi olla myös vangin lähi-ihmissuhteiden vahvistamista sekä vangin tukemista liittymään yhteiskunnan toimintoihin. Resilienssiä voidaan vankeusaikana vahvistaa esimerkiksi hoitamalla psyykkisiä oireita ja traumoja sekä tarjoamalla ympäristön tukea vakautumiseen, sopeutumiseen ja kuulluksi tulemiseen.

Aleksitymia. Monet vangit sekä kirjoittavat että lukevat vankilassa paljon verrattuna aiempaan elämäntilanteeseensa. Kirjeiden kirjoittamiseen ja kirjojen lukemiseen kannustaminen ja niiden mahdollistaminen on kannatettavaa. Myös monen muun kult-

tuuritoiminnan positiivisista vaikutuksista mielen hyvinvointiin on näyttöä. Vakavasti käytösoireilevien nuorten hoidossa on saatu erinomaisia tuloksia esimerkiksi rap-työpajoista ja teatteritoiminnasta. Teatteritoiminnasta on hyviä kokemuksia myös aikuisten vankien kuntouttamisessa.

Yksinäisyys. Naisten kokemukset muiden avusta ja tuesta, jopa vankilan työntekijöiden suunnalta, ovat miehiä selvästi yleisempiä. Johtuuko tämä naisten omasta tavasta suhtautua apuun ja tukeen, vai onko tarjolla oleva apu ja tuki jotenkin erilaista miehille ja naisille? Miesten sosiaaliset suhteet ja yksinäisyyden kokemukset olisi hyvä ottaa huomioon vankeusaikana. Vankien vapautuminen ja vankilan ulkopuolelle sijoittuminen näyttäytyy turvattomalta ja epävarmalta vaiheelta sekä miehille että naisille. Tämä herättää kysymyksen siitä, kuinka riittäviä palvelut yhteiskuntaan integroitumiseksi ovat. Erityisesti nousee esiin kysymys asunnon turvaamisesta.

Terveyspalveluiden käyttö. Joka neljäs vanki oli asioinut yli seitsemän kertaa terveydenhuollossa vuoden aikana. Määrä on moninkertainen muuhun väestöön verrattuna. Palveluiden suurkankäyttö liittyy terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuteen mutta olennaisesti myös potilaan kokemukseen omasta hoidostaan. Molempiin voi vaikuttaa vankeusaikana, jolloin hoito- tai palvelusuunnitelmien tarkistamiseen ja laatimiseen on käytettävissä eri tavalla aikaa ja mahdollisuuksia kuin muualla terveydenhuollossa. Hoidon tarve korostuu mielentilatutkittujen vankien erityisryhmässä. Vankilaan hoidon sijaan päätyvistä henkilöistä voisi käyttää termiä oikeuspsykiatrinen vanki, sillä he erottuvat muiden vankien joukosta korkean palveluntarpeensa vuoksi.

Kielelliset taidot. Puheterapian avulla voidaan arvioida vankien puheen, kielen ja kommunikaation taitoja ja kuntouttaa niitä. Tukemalla kommunikaatiotaitoja vangit hyötyvät paremmin rangaistuksenaikaisista ohjelmista ja pärjäävät paremmin vuorovaikutustilanteissa. Kielellisen kuntoutuksen tarvearviointi tulisi ulottaa rikoksilla oireileviin nuoriin. Koska puheterapian vaikuttavuus perustuu myös tiedon jakamiseen kommunikaatiohäiriöistä sekä ympäristön ohjaukseen, tulisi vankien kanssa toimivalle henkilökunnalle järjestää koulutusta kommunikointivaikeuksista ja niiden tukemisesta.

Aggressiot. Perustuen vankien omaan arvioon tulisi vankeusaikana tarjota riittävästi mahdollisuuksia päästä keskustelemaan aggressiivisesta olostaan vankilan henkilökunnan ja Vankiterveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Vankilasuunnittelussa tulisi huomioida vetäytymistilojen tarve, mahdollisuus yksin oloon ja riittävän monipuoliset liikuntamahdollisuudet. Vangin ääni on arvokas lisä, kun etsitään keinoja toteuttaa rikosseuraamustyötä entistä paremmin. Osallistamalla vankeja on mahdollista löytää uusia avauksia palveluvalikoimiin.

Rahapeliongelmat. Koska rahapeliongelmat ovat varsin yleisiä vangeilla, rahapelaimisen seulonta olisi syytä integroida rikosseuraamuskäytäntöihin. Rahapelaimisen

puheeksi ottoon on saatavilla Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen yhdessä muiden rahapelikentän toimijoiden kanssa tuottamia tukimateriaaleja ja koulutusta, jotka voidaan räätälöidä rikosseuraamustyöntekijöiden tarpeisiin.

Doping. Tartuntatautien leviämiseen vankiloissa on korkea riski, sillä vangeilla ei ole neulojen vaihtomahdollisuutta. Tutkimus osoitti selkeästi, että dopingaineita käytetään pistämällä myös vankeuden aikana. Tämä on otettava huomioon terveyspalvelujen kehittämisessä ja vankien kanssa työskentelevien eri ammattiryhmien koulutuksessa. Haittoja vähentävä työote auttaa kohtaamaan käyttäjiä oikealla tavalla ja lisää työturvallisuutta suljetuissa oloissa.

Päihdehäiriöt. Vankilassaoloaikaa tulisi hyödyntää aikaisempaa enemmän mahdollisuutena paitsi päihteiden käytön lopettamiseen, myös niiden käyttöön liittyvien haittojen vähentämiseen. Vankilajaksojen aikana tulisi vangeille tarjota tietoa yliannostustilanteiden tunnistamiseksi, harjoitella elvytystaitoja ja avun hälyttämistä sekä opettaa vangeille naloksoni-nenäsumutteen käyttöä. Vankilasta vapautuville tulisi tarjota naloksoni-nenäsumutteita yliannostustilanteissa käytettäväksi. Vankilajaksojen aikana opioidikäyttäjien opioiditoleranssi laskee, mikä lisää yliannostuskuoleman vaaraan entisestään. Näin ollen opioidikorvaushoitojen aloittaminen on myös tehokasta yliannostuspreventiota. Päihteiden pistokäyttöön liittyvää terveysneuvontaa tulisi kohdentaa erityisesti naisille, nuorille vangeille sekä vankilaan palaaville rikoksentekeijöille. Koska suonensisäinen päihteiden käyttö on vangeilla erittäin runsasta ja osa jatkaa suonensisäistä käyttöä myös vankilassa ollessaan, tulisi vankiloissa tarjota mahdollisuutta puhtaiden pistovälineiden vaihtoon anonyymisti.

Tupakointi. Vankien tupakka- ja nikotiinituotteiden lopettamisen tueksi tulisi Vankiterveydenhuollossa ja Rikosseuraamuslaitoksella olla selkeä palveluketju käytön puheeksi otosta, mini-interventiosta, kirjaamisesta, tehokkaasta hoidosta ja seurannasta. Tukitoimia tulisi olla saatavilla sekä suljetuissa vankiloissa että avovankiloissa. Tukitoimien olisi hyvä sisältää ryhmäohjaukseen ja yksilöohjaukseen perustuvaa tukea yhdistettynä tarvittaessa lyhyt- ja/tai pitkävaikutteiseen nikotiinikorvaushoitoon tai muuhun lääkkeelliseen hoitoon.

Infektiotaudit. Hivin ja kroonisten C-hepatiittitartuntojen esiintyvyys on vankiloissa huomattavasti korkeampi kuin väestössä keskimäärin, ja lisäksi vankiloissa on pistämävälineiden yhteiskäyttöä, minkä seurauksena verivälitteisten tartuntojen leviämisen riski on kohonnut. Turvalliset pistovälineet vähentävät tartuntariskiä. On huolestuttavaa, että useimmissa vankiloissa ei enää ole mahdollista saada desinfektioaineita käytettyjen ruiskujen ja neulojen puhdistamiseen. On tärkeää palauttaa desinfektioaineiden saatavuus vankiloihin ja ohjeistaa niiden käytöstä neulojen ja ruiskujen puhdistamisessa ja tehdä käytöstä mahdollisimman helppoa. Turvallisinta olisi mahdollistaa käytettyjen pistovälineiden vaihto puhtaisiin vankiloissa.

Suunterveys. Vankien kokema huono suunterveys, erityisesti kipujen suuri määrä sekä väkivallan ja tapaturmien aiheuttamat hampaiston vauriot vaikuttavat siihen, miten suun terveydenhuollossa – sekä vankilassa että muualla terveydenhuollossa – olisi syytä suhtautua, kun vastaanotolle tulee rikostaustainen potilas. Tämän tutkimuksen tulokset antavat aiheen huomioida myös esimerkiksi hammashoitopelko rutiinimaisesti ja pyrkiä jokaisen potilaan kohdalla mahdollisimman arvostavaan hoitokokemukseen.

Työkyky. Vankeusaika antaa hyvän ajanjakson työelämän ulkopuolella olleiden henkilöiden toiminnallisen työkyvyn havainnointiin ja työllistymisen esteiden arviointiin. Moniammatillinen työkykysearviointi vankeuden aikana hyödyttää sekä työnhakijaa että vapautumisen jälkeen kotikunnan työ- ja elinkeinotoimintaa. Monet kuntoutus-, koulutus- ja työllisyystoimenpiteet voidaan käynnistää jo vankeusaikana. Kun julkiset palvelut ja niiden työntekijät kartoitetaan vangin kanssa ennen vapautumista, on palvelujen piiriin helpompi hakeutua vankeusajan jälkeen. Vaativa palvelutarpeen arvio on laitososuhteissa helpompi toteuttaa kuin siviilissä, ja arvio hyödyttää yksilön lisäksi hyvinvointialueiden toimintaa vangin vapautumisen jälkeen.

Psykoottiset häiriöt. Psykoosia sairastavat vangit ovat erityisen haavoittuva vankiryhmä. Psykoosipotilaan sitouttaminen lääke- ja muuhun hoitoon, muiden samanaikaisesti esiintyvien häiriöiden, kuten päihdehäiriön, huomioiminen hoitokokonaisuudessa sekä hoidon jatkuvuuden varmistaminen myös vankeuden päättymisen jälkeen ovat psykoosisairaana vangin hoidon keskeisiä kulmakiviä. On tärkeää tunnistaa psyykkisesti sairaat rikosentekijät oikeusprosessin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Esitutkinta- ja oikeusistuntoprosessin osalliset voisivat hyötyä rikosentekijöiden parempaan tunnistamiseen tähtäävästä lisäkoulutuksesta. Lisäksi oikeuslaitosta tulisi kannustaa konsultoimaan oikeuspsykiatrian ammattilaisia nykyistä matalammalla kynnyksellä esimerkiksi mielentilatutkimuksen tarpeesta. Myös mielentilatutkimukseen ja sen jälkeen syntyneenä tai alentuneesti syntyneenä vankilaan päätyvät henkilöt vaikuttavat olevan psykiatrisen hoidon tarpeessa.

Traumatisoituminen. Trauma- ja väkivaltakokemukset ovat vangeilla yleisiä. Miehillä on aiempaa enemmän traumaoireilua, ja olisi perusteltua kehittää miehille suunnattua traumatietoista hoitokäytäntöä. Varsinaisen hoidon lisäksi tärkeää on korjaava ja traumatisoitumisen huomioon ottava vuorovaikutus päivittäisissä tilanteissa.

ADHD ja neurokirjon piirteet. Erityisesti neurokirjon naisvankien ja heidän erityistarpeidensa tunnistamiseen sekä tuki- ja kuntoutusmuotojen kehittämiseen tulisi panostaa sekä jatkotutkimuksia suunnitella että vankilan käytännön arjen toteutuksessa. Tutkimuksen tulosten perusteella nousee esiin tarve kehittää ja tehostaa neuropsykiatriselle arviointijaksolle ohjautuvuutta. ADHD:n seulontalomakkeet eivät ole tarkoituksenmukaisia työkaluja tilanteessa, jossa joka toisella vankeusvangilla on havaittavissa ADHD:n kaltainen oirekuva.

Tutkimusideoita toiminnan kehittämiseksi

Rikosseuraamuslaitoksen näkökulma. Vastaavalla tutkimuksella tulisi selvittää yhdyskuntaseuraamusasiakkaiden terveydentilaa ja sen suhdetta vankien tilanteeseen. Valvontaan vapautuvat vangit voidaan tietäen edellytyksin rinnastaa Wattu IV -tutkimuksen tutkittaviin, mutta voidaan olettaa, että esimerkiksi yhdyskuntapalveluasiakkaiden ja valvontarangaistusasiakkaiden terveydentilanne eroaa vangeista. Huomionarvoista tutkimuksen toteuttamisessa on kuitenkin, että yhdyskuntaseuraamusasiakkaiden terveydenhuolto ei ole VTH:n vastuulla, vaan järjestämisvastuu kuuluu hyvinvointialueille.

Rikosseuraamuslaitoksen tiedonintressiin kuuluvat myös muut vankiloiden erityisryhmät kuten ulkomaalaisvangit, sakkovangit ja tutkintavangit, joita ei tässä tutkimuksessa tavoiteltu. Rikosseuraamuslaitoksen toiminnan kehittämässä tieto terveydentilanteen muutoksista rangaistusaikana on merkityksellinen. Tutkimus edellyttäisi vankien tai muiden edellä mainittujen ryhmien seuranta rangaistusaikana huomioiden myös yhdyskuntaseuraamusten muuntorangaistukset vankeudeksi.

Vankiväestön vertailu muuhun väestöön. Nyt kerättyjä terveystarkastus- ja mittaus-tietoja ja kyselyvastauksia on mahdollista verrata laajempien väestötutkimusten tietoihin. Yhteisten muuttujien vertailu FinTerveys2017- mutta myös uudempaan Terve Suomi -tutkimukseen lisää olennaisesti ymmärrystä sekä vankien että koko väestön terveydentilasta. Tiedonkeruu vankiväestöstä olisi Wattu-hankkeen perusteella mahdollista liittää osaksi THL:n vakiintunutta toimintaa.

Seurantatutkimus. Wattu IV -tutkittavien antama suostumus sisältää rekisteriseurantatutkimuksen. Tutkimus edellyttää erillistä resursointia ja suunnittelua ja toteutuksessa mahdollistaa ainutlaatuisen pitkittäisnäköymän väestöryhmään, jossa esimerkiksi ylisukupolviset terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät ongelmat ovat merkittäviä.

Syventävät tutkimukset. Wattu IV -tiedonkeruussa muodostettu aineisto on osa THL:n tietovarantoa. Sitä säilytetään ja sen käyttöä edistetään THL:n käytäntöjen ja lupamenettelyjen mukaan. THL on aineiston rekisterinpitäjä. Rise valvoo aineistoon liitettyjen rikostaustatietojen käyttöä erillisen lupamenettelyn mukaisesti.

Vankitutkimuksella on verkkosivut, jonne kootaan kuvaus tietosisällöstä, ohjeita jatkotutkimustyön tekemisestä ja keskeisiä tutkimuslöydöksiä. Sivulla pyritään pitämään yllä tilannekuva toteutetuista ja meneillään olevista jatkotutkimushankkeista. Sivut löytyvät www.thl.fi-sivustolta hakusanalla Wattu.

Raportissa esitellään useita tutkimusmahdollisuuksia Toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia -kappaleissa kunkin artikkelin lopussa. Tulevista tutkimuksista, kuten opinnäytteistä ja artikkeleista, pyydetään toimittamaan tieto THL:lle, jotta ajantasainen, tutkijoita ja viime kädessä vankeja hyödyttävä tieto on kaikkien saatavilla.

Liite 1: Tiedote Vankien terveystutkimuksesta

Tiedote Vankien terveystutkimuksesta

Sinua pyydetään osallistumaan vankien terveystutkimukseen. Tutkimukseen kutsutaan satunnaisesti valitut 500 vankia.

Neljäs laaja vankitutkimus jatkaa 1980-luvulla alkanutta tutkimusperinnettä. Sen tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa vankien terveydestä, fyysisistä sairauksista, mielenterveydestä sekä hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta. Nyt ensi kertaa vankitutkimus tehdään samoilla menetelmillä kuin muutkin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen väestötutkimukset, jotta vangin terveyttä voidaan verrata luotettavasti muihin väestöön.

Tutkimuksen avulla halutaan:

- selvittää erilaisten sairauksien yleisyyttä ja hoidon tarvetta vangeilla,
- parantaa kaikille kuuluvia vankeudenaikaisia palveluita,
- edistää vankien hyvinvointia myös vankeusajan jälkeen.

Tutkimuksen toteuttavat Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Vankiterveydenhuolto (VTH) ja Rikosseuraamuslaitos (RISE). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimukselle puoltavan lausunnon. Tutkimuksesta vastaa Vankiterveydenhuollon osastonylilääkäri Mika Rautanen.

Mitä tutkimuksessa tehdään?

Tutkimus tehdään useassa osassa. Siihen kuuluvat:

- Kyselylomake, jolla kerätään tietoa sairauksista, terveydestä, päihteiden käytöstä ja sosiaalisista suhteista.
- Terveystarkastus, jossa mitataan muun muassa verenpaine, paino, pituus ja vyötärön ympäryys sekä tehdään lihasvoima- ja muistitestejä.
- Verinäytteet, joista tutkitaan tavanomaisia terveydentilaan liittyviä arvoja (kolesteroli, HDL-kolesteroli, triglyseridit, lipoproteiinit, glutamyyli-transferaasi, alaniini-aminotransferaasi, aspartaatti-aminotransferaasi, tulehdusarvo CRP, glukoosi, hemoglobiini, kreatiniini, albumiini, uraatti, kalsium, insuliini, HIV-antigeeni, hepatiitti A -vasta-aineet, hepatiitti B -s-antigeeni, hepatiitti C -vasta-aineet, koronainfektion vasta-aineet ja perusverenkuva).
- Satunnaisesti valitut 300 tutkittavaa pääsevät lisäksi mukaan suun terveystutkimukseen ja mielenterveyttä kartoittaviin haastatteluihin.

Edellä mainitut tiedot kerätään tunnisteellisina eli ne sisältävät henkilötietoa. Tunnisteellisen tiedon avulla vankien terveydentilasta saadaan kattava käsitys. Henkilötietoa käsitellään huolellisesti ja tieteellisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti.

Terveystarkastuksen yhteydessä saat lisäksi lomakkeen, johon ei täytetä henkilötietoja. Ilman henkilötietoja olevan kyselylomakkeen vastauksia ei pystytä yhdistämään yksittäiseen henkilöön.

Miten osallistut tutkimukseen?

Saat täytettäväksi kyselylomakkeen, joka sisältää fyysisiä sairauksia, psyykkisiä oireita, päihteiden käyttöä, elämänlaatua ja sosiaalisia suhteita koskevia kysymyksiä. Varaa kyselyn täyttämiseen 3–4 tuntia aikaa ja muista pitää taukoja! Kyselyn täyttäminen kannattaa jakaa esimerkiksi kahdelle päivälle.

Kun olet täyttänyt kyselyt, tapaavat tutkimushoitajan. Tutkimushoitaja tekee terveystarkastuksen ja tarkistaa täyttämäsi lomakkeen. Saat ajan terveystarkastukseen tämän kirjeen mukana.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Osallistuminen ei aiheuta sinulle ansionmenetyksiä. Saat tutkimukseen kuluvalta ajalta saman korvauksen kuin osallistuessasi muuhun vankilan työ-, koulutus- tai kuntoutustoimintaan.

Terveystarkastuksen jälkeen tutkimushoitaja varaa sinulle ajan muihin tutkimuksiin. Näitä ovat verinäytteen otto, suun terveyden tarkastus ja mielenterveyden häiriöitä kartoittava haastattelu.

Miksi on tärkeää, että osallistut tutkimukseen?

Osallistumisesi on tärkeää, jotta tulokset kuvaisivat kattavasti kaikkien vankien terveyttä. Tällaisen tiedon avulla voidaan parantaa vankeusaikana tarjottavia palveluita. Osallistumalla tutkimukseen saat tietoa omasta terveydestäsi ja hyvinvoinnistasasi.

Mitä tutkimustuloksille tapahtuu tutkimuksen jälkeen?

Tutkimusaineistosta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, joka säilyttää ja käsittelee tietoja luottamuksellisesti salassapitovelvollisuutta ja tietosuojalakia noudattaen. Tutkimusaineistot säilytetään erillään tutkittavien henkilöllisyyden määrittävistä tiedoista. Yksittäiset tutkijat eivät käsittele henkilötietoja. Kaikilla tietoja keräävillä ja käsittelevillä henkilöillä on salassapitovelvollisuus.

Tutkimuksen päämääränä on kehittää vankeudenaikaisia palveluita, joten tutkimuksessa kerättäviä tietoja voidaan yhdistää eri rekisterinpitäjien tietoihin: Vankiterveydenhuolto (potilastiedot), Rikosseuraamuslaitos (tietoa suoritetuista tuomioista), THL (tietoja sairauksista, sairauksien hoidosta, vastaanottokäynneistä ja toimenpiteistä), Kansaneläkelaitos (tietoja etuuksista ja korvauksista), Tilastokeskus (tietoja koulutuksesta, työssäkäynnistä, sosioekonomisesta asemasta ja kuolemansyistä), Eläketurvakeskus (eläke-, kuntoutus- ja työsuhdetietoja), Verohallinto (verotustietoja), Väestörekisterikeskus (nimi, syntymäaika ja -paikka, osoitetietoja, sukupuoli, siviilisääty, äidinkieli, kansalaisuus) ja Puolustusvoimat (palvelusluokkatieto).

Tietojen yhdistämistä varten haetaan erillinen lupa kultakin rekisterinpitäjältä. Tutkimuksessa kerättyjen tietojen ja rekistereiden muodostama aineisto ei sisällä tunnistettavaa tietoa eli nimeä tai henkilötunnusta. Rekisteritutkimusvaiheen voidaan arvioida kestävän noin 20 vuotta, jonka aikana palveluiden tarvetta seurataan 2–4 kertaa.

Osa laboratoriotutkimusten tuloksista (A-, B- ja C-virusmaksatulehdus, HIV, perusverenkuva) tallennetaan Vankiterveydenhuollon potilastietojärjestelmään, jotta saat tarvittaessa sinulle kuuluvan hoidon. Muut laboratorionäytteet tutkitaan ja säilytetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella. Verinäytteistä kerätään vastaavia tietoja kuin muista väestöterveystutkimuksista, jotta tuloksia voidaan verrata koko suomalaiseen väestöön. Näytteitä säilytetään toistaiseksi ja niiden avulla voidaan selvittää kansansairauksien ja esimerkiksi aineenvaihdunnan yksilöllistä vaihtelua.

Tutkimuksessa kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää tutkimuksiin, joita THL tekee yhteistyössä eri yliopistojen ja tutkimuslaitosten kanssa Suomessa ja Euroopassa. Kerättyjä tietoja voidaan luovuttaa koodattuna kansallisesti ja kansainvälisesti yhteistyökumppaneille tai tietokantoihin. Tällaisesta yhteistyöstä tehdään aina etukäteen kirjallinen sopimus Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja yhteistyötahon kesken. Yhteistyötahot saavat käyttöönsä tarvittavat tiedot ja näytteet ilman henkilötunnustietoja.

Tulosten raportointi

Tutkimustuloksista julkaistaan raportteja, tilastoja ja tieteellisiä artikkeleita. Tulokset raportoidaan aina niin, ettei yksittäistä vastaajaa ole mahdollista tunnistaa.

Yhteystiedot

Tietoa tutkimuksesta saat omassa vankilassasi toimivalta tutkimushoitajalta. Yhteydenotto tutkimuksesta vastaavaan lääkäriin on mahdollinen tutkimushoitajan kautta.

Mariitta Vaara
Vastaava tutkimushoitaja
Vankiterveydenhuolto
mariitta.vaara@vth.fi
029 524 5558

Mika Rautanen
Tutkimuksesta vastaava lääkäri
Vankiterveydenhuolto
mika.rautanen@vth.fi
029 524 5766

Tiedote 2.0 22.10.2020

Liite 2: SCID-menetelmäkuvaus

Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I & SCID-II)

SCID-I (1) ja SCID-II (2) ovat puolistrukturoituja haastattelumenetelmiä, joiden avulla voidaan arvioida tautiluokitus DSM-IV:ssä luokiteltujen mielenterveyden häiriöiden (SCID-I) ja persoonallisuushäiriöiden (SCID-II) diagnostisten kriteerien täyttymistä akuutisti (oirekriteerit täyttyvät kuukauden aikana) ja elämänaikaisesti (oirekriteerit ovat täyttyneet joskus elämän aikana).

SCID-I sisältää yleisimpien DSM-IV-tautiluokituksen mukaisten häiriöryhmien alamoduulit, kuten mielialahäiriöt, skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt, päihteiden käyttöhäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, somatoformiset häiriöt, syömishäiriöt ja sopeutumishäiriöt. SCID-II sisältää omat alamoduulinsa kullekin DSM-IV-tautiluokituksen mukaiselle persoonallisuushäiriölle: estynyt, riippuvainen, vaativa, passiivis-vihamielinen, epäluuloinen, psykoosiin taipuva, eristäytyvä, huomionhakuinen, narsistinen, epävakaa, antisosiaalinen ja tarkemmin määrittelemätön persoonallisuushäiriö.

SCID-I ja SCID-II ovat mielenterveyden häiriöiden ja persoonallisuushäiriöiden kliinisen arvioinnin keskeisiä kulmakiviä (3), ja ne ovat vakiinnuttaneet paikkansa psykiatrisen erikoissairaanhoidon diagnostisena työkaluna myös Suomessa (4).

SCID-I:n on todettu soveltuvan hyvin sekä psykoosisairauksien että päihdehäiriöiden arviointiin. Psykoosiryhmän häiriöiden arvioinnissa sekä arvioitsijoiden välisen toistettavuuden (inter-rater-reliability) ($\kappa=0,82$) että tutkimuskertojen välisen toistettavuuden (test-retest-reliability) ($\kappa=0,60$) on havaittu olevan hyvällä tasolla (5). Erikseen skitsofrenian arvioinnissa menetelmän reliabiliteetin (inter-rater) on havait-

tu olevan erinomainen ($\kappa=0,94$) (6). Päihdehäiriöiden arvioinnissa menetelmän reliabiliteetin (inter-rater) on havaittu olevan hyvällä tasolla sekä alkoholiriippuvuuden ($\kappa=0,65$) että muiden päihdehäiriöiden ($\kappa=0,77$) arvioinnissa (3).

SCID-II:n reliabiliteetti (inter-rater) on havaittu erinomaiseksi sekä kaikkien persoonallisuushäiriöiden arvioinnissa ($\kappa=0,85$, vaihteluväli 0,77–0,94) että erikseen antisosiaalisen persoonallisuushäiriön arvioinnissa ($\kappa=0,78$) (3).

- 1) First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. 2002: Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, clinician version. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- 2) First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Benjamin, L. 1997: Structured clinical interview for DSM-IV Axis-II personality disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 3) Lobbestael, J., Leurgans, M., Arntz, A. 2011: Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 75-9. doi: 10.1002/cpp.693.
- 4) Jääskeläinen, E. ja Miettunen, J. 2011: Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 127(16), 1719–1725. Ladattu 21.5.2023: <https://www.duodecimlehti.fi/duo99726#s8>.
- 5) Chimielewski, M., Clark, L.A., Bagby, R.M., Watson, D. 2015: Method matters: understanding diagnostic reliability in DSM-IV and DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(3), 764–769. doi: 10.1037/abn0000069.
- 6) Skre, I., Onstad, S., Torgesen, S., Kringlen, E. 1991: High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-111-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 167-173. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03123.x.

Liite 3: ADHD:n ja autismitkirjon piirteiden arviointimenetelmien kuvaus

ADHD:n diagnostinen haastattelu aikuisilla (DIVA 2.0)

DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for ADHD in Adults) on puolistrukturoitu ADHD:n diagnostinen haastattelu aikuisille. DIVA 2.0 -haastattelu perustuu ADHD:n DSM-IV-kriteereihin, ja uudempi DIVA-5 perustuu DSM-5-kriteeristöön. Kriteereinä on, että ADHD-oireita tulee olla esiintynyt koko elämän ajan ajankohtaiseen arviointitieteen saakka. Lapsuusaikaiset ADHD-oireet kartoitetaan retrospektiivisesti ikävuosilta 5–11. Oireisiin on liityttävä kliinisesti merkittävä tai psykososiaalinen toimintakyvyn aleneminen kahdella tai useammalla elämänalueella.

Haastattelussa on kolme osaa, joista jokaista arvioidaan erikseen sekä ajankohtaisesti että lapsuuden osalta: tarkkaamattomuuskriteerit (9 oirekriteeriä), yliaktiivisuus- ja impulsiivisuus-kriteerit (9 oirekriteeriä) sekä oireiden alkamisikä ja niistä johtuva toimintakyvyn aleneminen. Kunkin oireen kohdalla on esimerkkejä siitä, kuinka oire voi esiintyä eri ikäkausina. DSM-5-diagnostisen luokittelujärjestelmän perusteella kriteerirajana on, että vähintään 6 oiretta kyseisestä oiredimensiosta (tarkkaamattomuus tai yliaktiivisuus- ja impulsiivisuus) on jatkunut vähintään 6 kuukauden ajan kehitystasoon nähden epäsopivina, ja jotkin haittaa aiheuttaneet tarkkaamattomuuden tai yliaktiivisuuden/impulsiivisuuden oireet ovat esiintyneet ennen 12 vuoden ikää. Kriteerien perusteella voidaan tunnistaa kolme esiintymismuotoa sen mukaan, täyttyivätkö pelkästään tarkkaamattomuuskriteerit (pääasiassa tarkkaamaton esiintymismuoto) tai yliaktiivisuus-impulsiivisuus-kriteerit (pääasiassa yliaktiivinen tai impulsiivinen

esiintymismuoto) vai sekä tarkkaamattomuus- että yliaktiivisuus-impulsiivisuuskriteerit (yhdistetty esiintymismuoto).

Aikuisten ADHD-oirekyselyn (ASRS-V1.1) seula (ASRS-A)

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) on aikuisten ADHD:n seulonnassa hyödynnetty 18-kohtainen itsearviointikysely, joka perustuu DSM-IV-luokittelujärjestelmän ADHD:n diagnoosikriteereihin. ASRS-A on ASRS-lomakkeen lyhyempi seulaosio, jossa on kuusi kysymystä. ASRS-A sopii käytettäväksi vain seulainstrumenttina, eikä yksinään ole riittävä ADHD-diagnoosin asettamiseksi. Vastaajaa pyydetään arvioimaan omaa vointiaan ja toimintaansa viimeisen kuuden kuukauden aikana. Kuhunkin kuuteen kysymykseen vastataan viisiportaisella Likert-asteikolla, jossa arvioidaan oireen esiintymistiheyttä (0=ei koskaan, 1=harvoin, 2=joskus, 3=usein ja 4=hyvin usein). Mikäli vastauksista neljä tai useampi on kysymysten 1–3 osalta joskus, usein tai hyvin usein tai kysymysten 4–6 osalta usein tai hyvin usein, seulan kriteerien katsotaan täyttyvän.

Autismikirjon osamäärä (AQ)-itsearviointikyselyn seulaosio (AQ-10)

Autismikirjon osamäärä (Autism Spectrum Quotient, AQ) -itsearviointilomake on tarkoitettu seulomaan autismikirjon piirteitä, ja sen perusteella voidaan arvioida autismikirjon diagnostisen tutkimuksen tarvetta. Kysely soveltuu kognitiivisesti hyvätaisoisille 16 vuotta täyttäneille nuorille ja aikuisille. Autismikirjon henkilöt saavat keskimäärin enemmän pisteitä kyselystä kuin muu aikuisväestö ja yleisväestössä miehet saavat keskimäärin naisia enemmän pisteitä.

AQ on 50 väittämää viideltä eri osa-alueelta (sosiaaliset taidot, kommunikaatio, mielikuvitus, tarkkaavuuden siirtäminen ja yksityiskohtien huomioiminen), ja lyhennyksessä AQ-10-seulaversioon on valittu kymmenen näistä 50 väittämästä. Kuhunkin väittämään vastaan neliportaisella Likert-asteikolla (täysin eri mieltä, melko eri mieltä, melko samaa mieltä ja täysin samaa mieltä). AQ-10:n katkaisurajana on kuusi pistettä.

Neurokirjon piirteiden tunnistustyökalu (NPT) 2.0

NPT 2.0 -seula on alun perin kehitetty Autismsäätiön Oikeusturva ja kuntoutus kuntoon 2020-hankkeessa (STEA 2018–2020) neurokirjon vankien tarpeiden tunnistamisen tueksi, ja kehitystyötä on jatkettu sittemmin Autismsäätiön Revion-hankkeessa (OM, 2021–2022). Työntekijän havaintojen pohjalta täytettävä NPT 2.0 on kehitetty tunnistamaan vankeusrangaistusta suorittavien henkilöiden ADHD:hen ja autismikirjoon liittyviä erityisiä tarpeita ja piirteitä, jotka heikentävät henkilön pärjäämistä rikosoikeudellisessa järjestelmässä ja vaikeuttavat vankeusajan jälkeiseen siviilielämään palaamista. NPT 2.0 sisältää viisi ADHD:hen ja viisi autismikirjoon liittyvää väitettä.

Tunnistustyökalu on muodostettu yleisesti käytössä olevista ADHD:n ja autismikirjon arviointilomakkeista (Adult ADHD Symptom Rating Scale – Observer Version, ASRS-O; Autism spectrum disorder adult screening questionnaire, ASDASQ). Arvioitsija ottaa havaintojensa ja tarvittaessa täydentävän haastattelun perusteella kantaa sii-

hen, kuinka hyvin väitteet sopivat arvioitavaan henkilöön (0 = Ei sovi lainkaan, 1 = Sopii jonkin verran, 2 = Sopii hyvin). Valittavana on myös vaihtoehto ”Vaikea arvioida”, sillä poikkeuksellisista olosuhteista tai henkilön kanssa vietetyn ajan vähäisyydestä johtuen väitteeseen ei ole aina mahdollista ottaa kantaa. Jokaisen väittämän kohdalla on havainnollistavia esimerkkejä piirteen ilmenemisestä arjen toiminnoissa ja sosiaalisissa tilanteissa. Nämä esimerkit toimivat arvioinnin tukena, eikä niiden kaikkien tarvitse täytyä kyseisen väittämän osalta. Lisäinformaation lähteenä voi tarvittaessa käyttää arvioitavan vangin ja/tai vankilahenkilökunnan haastattelua. Jokaisesta arvioitavasta täytetään sekä ADHD:n että autismikirjon piirteitä kartoittavat osiot. ADHD:n ja autismikirjon osiota voi kummastakin saada enimmillään 10 pistettä, ja tunnistustyökalun enimmäispistemäärä on 20 pistettä.

- 1) Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0) kirjassa Kooij, JJS. Adult ADHD. Diagnostic assessment and treatment. Springer, 2012.
- 2) Kessler RC, Adler L, Ames M ym. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005;35:245-56
- 3) Allison C, Auyeung B, Baron-Cohen S. Toward brief “Red Flags” for autism screening: The Short Autism Spectrum Quotient and the Short Quantitative Checklist for Autism in toddlers in 1,000 cases and 3,000 controls [corrected]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51:202-212.e7
- 4) Kara S, Mikkola K, Tuusa M. Neurokirjon henkilöiden vankeusaikainen kuntoutus: opas ja kuntoutusmalli vankien kanssa työskenteleville. Helsinki: Autismisäätiö 2021. <https://autismisaatio.fi/ajankohtaista/oikeusturva-ja-kuntoutus-kuntoon-2020.html>

Liite 4: Työryhmä ja kiitokset

Vangit

Kiitos kaikille teille tutkimukseen osallistuneille vangeille! Ihmeellinen aktiivisuus, avoimuus ja luottamus tutkimusta kohtaan. Suuri kiitos jokaiselle! Ilman teidän apuanne tätä tutkimusta ja tietomäärää ei olisi olemassa.

Ohjausryhmä

Anneli Pouta, Jussi Korkeamäki, Ilppo Alatalo, Ulla Knuuti, Hannu Lauerma, Sakari Kainulainen

Terveystarkastus, rekrytointi ja muut kenttätehtävät

Mariitta Vaara, Kirsi Ahokas, Leena Rautakorpi, Satu-Maarit Voutilainen, Anne Elo, Reetta Vainiola, Katja Sulanko, Anniina Velin, Pirkko Kantonen, Jukka Visuri, Marili Toome, Anniina Liikala, Antti-Heikki Mäntymaa, Petra Tikkala, Sanna Hakkarainen, Helmi Ikonen, Jukka Mankinen, Anna-Leena Suojoki, Sara Komppa, Kirsi Nieminen, Anne Mattila, Sanna Kärkkäinen, Niko Haverinen, Miia Tallgren

Suunterveystiimi

Maija Kinos-Jehkonen, Mira Hakamäki, Eija Tammissalo, Pasi Välimäki, Jarkko Tuovinen, Kim Blomqvist, Tuula Pusa, Pirjo Pylkäs, Jari Pitkänen

Mielenterveystiimi

Eeva Tamminen, Vivi Sariola, Jussi Sarala, Lasse Metsävirta, Mikko Ylipekka, Anna Kulo, Sirpa Partinen

Verinäytetiimi

Petri Huvinen, Mari Pekkanen, Sari Tähtkää, Susan Hiadry, Jussi Kivelä, Reijo Kovalainen

Tuki- ja koordinoititiimi

Merja Mikkola, Outi Paulus, Tuuli Bernhard, Sirkku Blomberg, Lumikukka Socada, Noora Ristiluoma, Päivikki Koponen, Elina Järvensivu, Päivi Sainio, Taija Huhtala, Kirstimaria Kuronen, Seija Puro, Jukka Mattila, Katariina Jokimies, Hanna Vammeljoki, Esa-Pekka Hänninen, Sofia Kallio, Minna Markkila, Anna Kotaviita, Päivi Tauriainen, Seppo Koskinen, Tuukka Tammi, Lara Lehtoranta, Joonas Peltonen, Hannele Heikkilä, Pieta Gillmore-Näsänen, Tuija Jääskeläinen, Tupu Ruuska

Datatiimi

Kennet Harald, Dennis Ahlfors, Mikko Aura, Henri Salo, Timo Koskenniemi, Marko Grönholm, Harri Mäkelä, Sasu Tyni

Tieteellinen tiimi

Liisa Suominen, Itä-Suomen yliopisto; Sisko Huuromen, Itä-Suomen yliopisto; Eero Raittio, Århusin ja Itä-Suomen yliopisto; Emil Leppänen, Itä-Suomen yliopisto; Solja Niemelä, Turun yliopisto; Kristiina Kuussaari, THL; Kirsimarja Raitasalo, THL; Kaisa Mishina, Turun yliopisto; Tanja Matilainen, Turun yliopisto; Saana Myllyntausta, Turun yliopisto; Jonna Levola, Helsingin yliopisto; Otto Ruokolainen, THL; Hanna Ollila, THL; Patrick Sandström, THL ja Filha ry; Sari Castren, THL; Kalle Lind, THL; Jussi Palomäki, THL; Jukka Koskelo, A-klinikkasäätiö; Henriikki Brummer-Korvenkontio, THL, Gonzáles Cristina Pérez, THL, Wioleta Kitowsja, THL, Kirsi Liitsola, THL; Lars Leemann, THL; Anna-Maria Isola, THL; Niina Juntila, Turun yliopisto; Katri Mikkola, Helsingin yliopisto ja Autismsäätiö; Katja Koskialho, Jyväskylän yliopisto; Katariina Keinonen, Jyväskylän yliopisto; Raimo Lappalainen, Jyväskylän yliopisto; Petra Laivonen, Helsingin yliopisto; Taina Laajasalo, THL; Kitta Ripatti, THL; Marko Manninen, THL; Paula Tarsaranta, VTH; Piritta Lindroos-Sipiläinen, VTH; Seija Pekkala, Helsingin yliopisto; Päivi Rainó, Humanistinen ammattikorkeakoulu; Hanna Markkanen, Tmi Terapiapalvelut Hanna Markkanen, Sanat haltuun -hanke; Anne Raivisto, Rise; Miisa Törölä, Itä-Suomen yliopisto

Lisäksi tärkeä joukko Risen työntekijöitä eri tutkimusvankiloissa sekä useita Wattu-suunnitteluun vuosien varrella osallistuneita THL:n, VTH:n ja ulkopuolisten tahojen asiantuntijoita, joita ilman tutkimus ei olisi koskaan toteutunut. Suuri kiitos kaikille!

Liite 5: Wattu-Waari muistelee

1970-luvun alkupuolella kolme nuorta tulevaa psykiatritutkijaa dos. V.J. Mattila (†), prof. emer. R.K.R. Salokangas ja allekirjoittanut olivat jonkin aikaa Kakolanmäellä psykiatrin sijaisina. Siinä yhteydessä tehtiin ensimmäinen tieteellinen kartoitus Turun Vankilatutkimus (1, 2, 3).

Sain osastonlääkärin viran Vankimielisairaalaista vuonna 1978, vähän aiemmin olin aloittanut väitöskirjatutkijana Kansaneläkelaitoksen laajassa epidemiologisessa terveystutkimuksessa, Mini-Suomi-tutkimuksessa.

Teimme ensin Vankimielisairaalaissa Matti Tuovisen kanssa tutkimuksen mielentilatutkimuspotilaista (4, 5). Minut kutsuttiin sittemmin sihteeriksi työryhmään ”Vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon kehittäminen”. Kävi ilmi, ettei vankien terveydestä juurikaan ollut tutkimustietoa sen paremmin Suomessa kuin muissakaan maissa. Työryhmän puheenjohtaja Matti E. Lamberg, vankeinhoitolaitoksen silloinen ylilääkäri, ja minä vakuutuimme suomalaisten vankien terveystutkimuksen välttämättömyydestä. Siitä se sitten lähti!

Apuna oli paljolti jo siihen mennessä Mini-Suomi-hankkeessa saamani oppi epidemiologisen tutkimuksen tekemisestä. Ulkopuolista apurahoitusta emme edes yrittäneet saada, myöhempien kokemusten mukaan tuskin sitä olisi edes vankitutkimusta varten myönnettykään. Tutkimus toteutettiin lähinnä virka- ja harrastustyönä talkoo-hengessä.

Kiitos siitä, että tutkimus voitiin ylipäätään toteuttaa, kuuluu kahdelle legendaariselle vankeinhoitajalle: Ylijohtaja K.J. Långille sekä vankimielisairaalan ylilääkäri Mat-

ti Tuoviselle. Kuten tutkimusprojekteissa usein käy, alkuperäinen Wattu-työryhmä vähitellen hajosi. Niinpä ensimmäisen tutkimusvaiheen raportin (6) kirjoittaminen jäi minun vastuulleni, ja muutaman vuoden jälkeen toteutettu uusi pienempi poikkileikkaustutkimus jäi valitettavasti hyvin huonosti raportoiduksi. Aika kulki kulkuaan ja siirryin vankilasta yliopistoon. Näytti siltä, että vankitutkimus oli lopussa.

Pitää nostaa esiin vielä yksi merkittävä nimi: vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon tarkastaja Virpi von Gruenewaldt oli toiminut kenttätyön koordinaattorina molemmissa tutkimusvaiheissa. Hänelle kuuluvat kiitokset siitä, että molemmat kenttätutkimukset voitiin toteuttaa. Virpi sitten yhtenä päivänä soitti minulle Oulun yliopistoon ja suostutteli minut aloittamaan vielä Watun kolmannen tutkimusvaiheen (7). Se voitiin toteuttaa loppujen lopuksi Vankeinhoitolaitoksen ja Tampereen yliopiston, minne olin siirtynyt, yhteistyönä.

On selvää, että eri tutkimusvaiheisiin on osallistunut lukuisia ihmisiä. Tyydyn tässä kiittämään kuitenkin vain edellä mainittuja siitä, että Wattu on toteutunut! Mikaa kiitän mahdollisuudesta tähän kirjoitelmaan ja toivotan sydämestäni onnea Watun jatkamiseen.

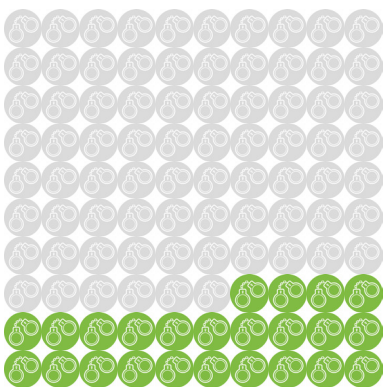
Ai niin: usein minulta on tiedusteltu, miksi projektin nimessä on tuplavee. No, aikojen alussa ajattelimme, että se iskostuisi kansainväliselle tiedeyhteisölle paremmin kuin yksinkertainen vee.

Yterissä, toukokuussa 2023

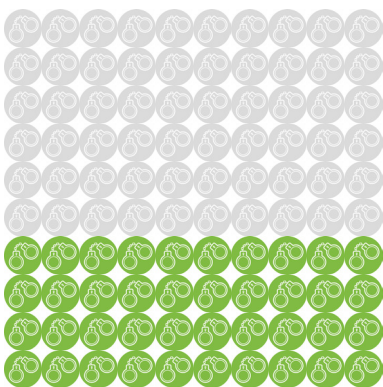
Musi Joukamaa

Lähteet

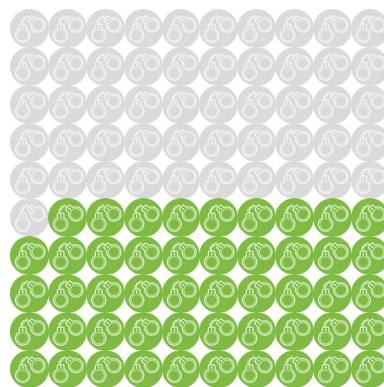
- 1) Jäppinen, V.I., Mattila, V., Joukamaa, M.I., Salokangas, R.K.R., Salmi, L., Holm, H. 1978: Turun vankilatutkimus I: Tutkimusasetelma ja vankien tausta. Kansanterveystieteen julkaisuja M 42, Turku.
- 2) Salokangas R.K.R., Jäppinen, V.I., Salmi, L., Mattila, V., Joukamaa, M.I., Holm, H. 1978: Turun vankilatutkimus II: Vangit psykiatrisilla vastaanotoilla. Kansanterveystieteen julkaisuja M 43, Turku.
- 3) Mattila, V., Joukamaa, M.I., Holm, H., Salokangas, R.K.R., Jäppinen, V.I., Salmi, L. 1978: Turun vankilatutkimus III: Vangit Vankimielisairaalassa. Kansanterveystieteen julkaisuja M 44, Turku.
- 4) Joukamaa, M. ja Tuovinen, M. 1983: Criminality and psychological disturbance of Finns remanded for psychiatric examination. *Journal of Forensic Science Society* 1983;23:170–171.
- 5) Joukamaa, M. ja Tuovinen, M. 1983: Finnish arsonists. *Journal of Forensic Science Society* 1983;23:172–173.
- 6) Joukamaa, M. 1991: Suomalaisten vankien terveys, English summary: The Health of Finnish Prisoners. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 107/91*, Turku.
- 7) Joukamaa, M. ja työryhmä 2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010. Rikosseuraamuslaitos. Saatavilla osoitteesta: https://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-riisenjulkaisusarja/6AqMACEr8/RISE_1_2010_Rikosseuraamusasiakkaiden_terveys_tyokyky_ja_hoidontarve.pdf



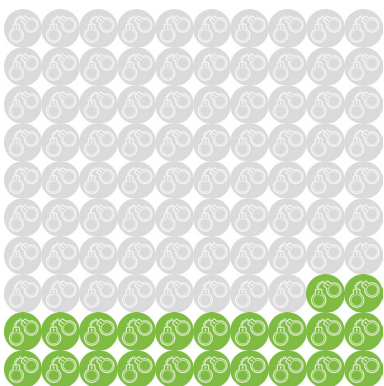
Viisi tai useampia lääkkeitä
käytössä (24 %)



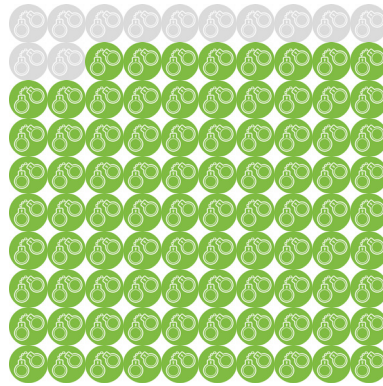
Naisia joilla ei ole työ- tai
opiskelupaikkaa odottamassa
vapautumisen jälkeen (40 %)



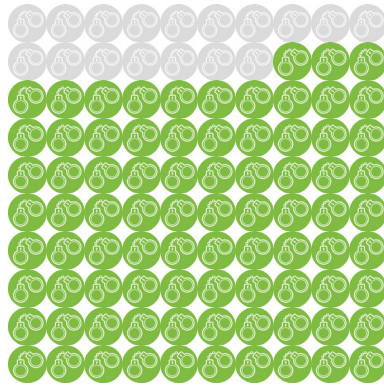
Oman arvionsa mukaan irrottautunut
vankilakierteestä viiden vuoden
kuluttua vapautumisesta (49 %)



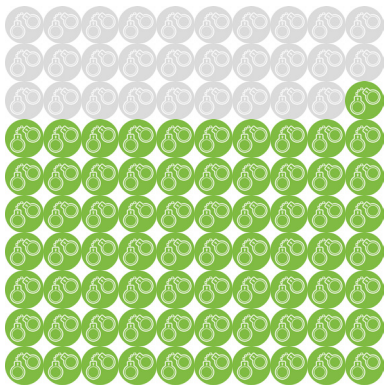
Oman ilmoituksensa perusteella
mukana työelämässä (22 %)



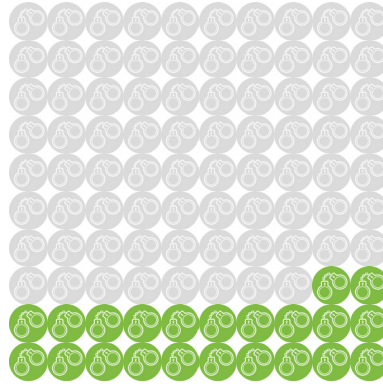
Jokin persoonallisuushäiriö (88 %)



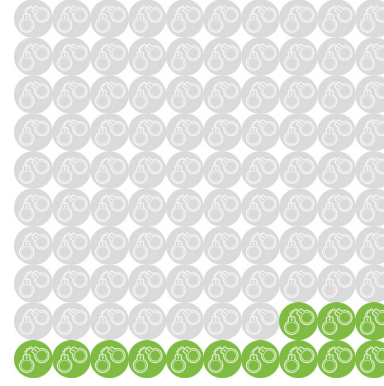
Pitää rokotteita turvallisina (83 %)



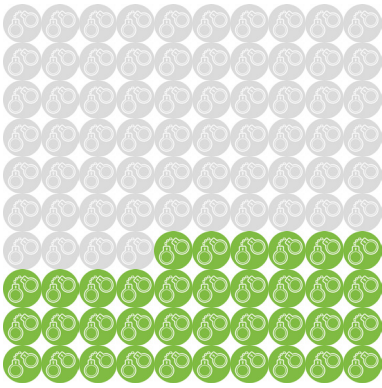
Kokaiinia joskus käyttäneitä (71 %)



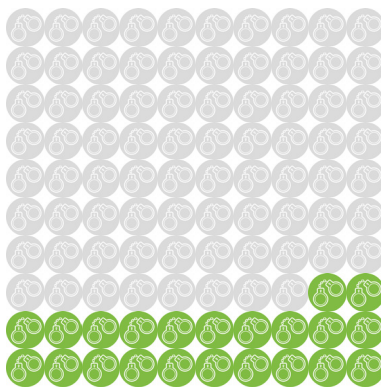
Aleksityymisiä naisia (19 %)



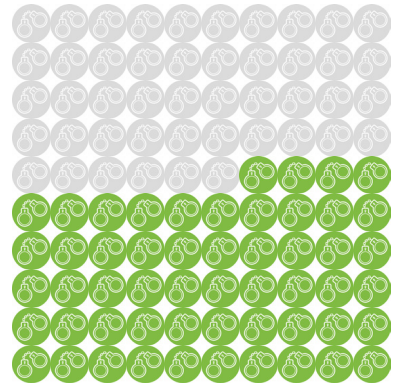
Todennäköinen rahapeliongelma
(13 %)



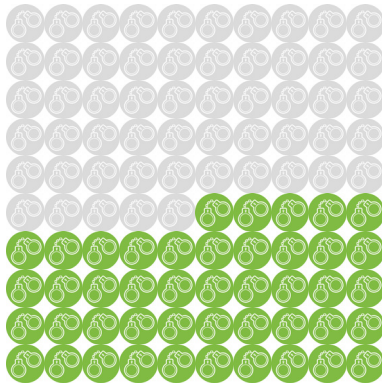
Miehiä joilla ei ole työ- tai opiskelupaikkaa odottamassa vapautumisen jälkeen (36 %)



Aleksityymisiä miehiä 22 %

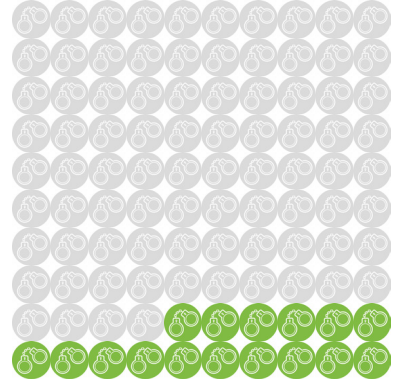


Kariesvaurioita hampaissa (54 %)

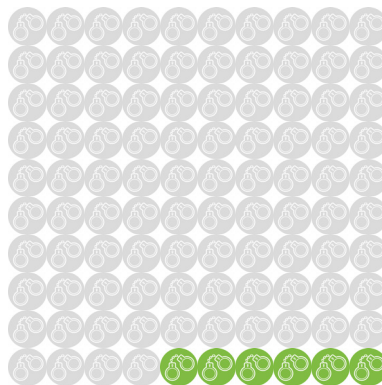


Naisia joilla on ollut elämänsä aikana vakava masennus (45 %)

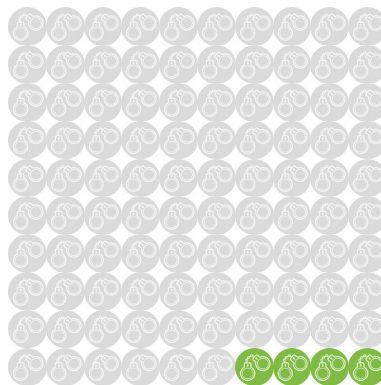
SATA VANKIA SADASTA VANGISTA



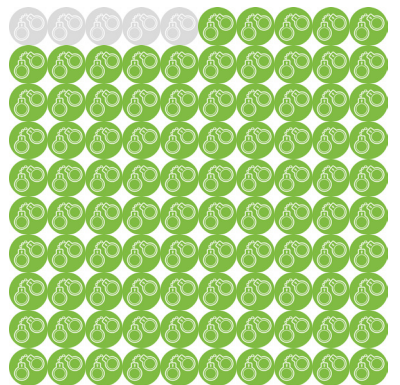
Kahdeksan tai useampia käyntejä lääkäriellä vuoden aikana (16 %)



Miehistä oman arvionsa mukaan työkyvyttömiä (6 %)



Naisista oman arvionsa mukaan työkyvyttömiä (4 %)



Rahapeliiongelmaiset joilla on päihderiippuvuus (95 %)