



ILKKA PIRINEN

## Turvapaikanhakijoiden terveydentila

Tutkimus Tampereen kaupungin  
ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen laitoksen  
K-rakennuksen isossa luentosalissa, Teiskontie 35, Tampere,  
helmikuun 9. päivänä 2008 kello 12.

English summary

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, yleislääketieteen yksikkö

Ohjaaja

Professori Kari J. Mattila

Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Raimo Isoaho

Turun yliopisto

Dosentti Mikko Nenonen

Tampereen yliopisto

Professori André Sourander

Turun yliopisto

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

Puh. (03) 3551 6055

Fax (03) 3551 7685

taju@uta.fi

[www.uta.fi/taju](http://www.uta.fi/taju)

<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu

Juha Siro

Acta Universitatis Tamperensis 1289

ISBN 978-951-44-7208-4 (nid.)

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 692

ISBN 978-951-44-7209-1 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tampere 2008

# Sisällys

1 JOHDANTO .....	6
2 TIIVISTELMÄ .....	8
3 ENGLISH SUMMARY .....	10
4 LUETTELO KÄYTETYISTÄ LYHENTEISTÄ.....	13
5 TURVAPAIKANHAKIJAT JA HEITÄ KOSKEVAT VIRANOMAISMÄÄRÄYKSET .....	15
5.1 Turvapaikan hakeminen ilmiönä.....	15
5.2 Pakolaisuus maailmassa ja Suomessa.....	19
5.3 Turvapaikkahakemuksen käsittelyn vaiheet .....	26
5.4 Viranomaismääräykset ja ohjeistukset.....	26
6 TURVAPAIKANHAKIJOIDEN TERVEYDENTILAA JA TERVEYSPALVELUJA KOSKEVIA AIEMPIA TUTKIMUKSIA.....	34
6.1 Turvapaikanhakijoiden kokemukset .....	34
6.2 Kidutus ja väkivalta erityisongelmana.....	35
6.3 Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon järjestäminen.....	37
6.4 Turvapaikanhakijoiden palvelut Suomessa ja eräissä muissa Euroopan maissa.....	46
6.5 Arvioita turvapaikanhakijoiden terveystarpeista Suomessa.....	53
6.6 Aiemmat suositukset terveystarkastuksista ja rokotuksista .....	58

6.7 Turvapaikanhakijoiden tavallisimmat somaattiset terveysongelmat .....	60
6.8 Turvapaikanhakijoiden mielenterveysongelmista .....	67
6.9 Turvapaikkaprosessin vaikutuksista .....	72
6.10 Tutkimushaasteita .....	76
<b>7 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....</b>	<b>77</b>
<b>8 AINEISTO JA MENETELMÄT .....</b>	<b>78</b>
8.1 Aineisto .....	78
8.2 Menetelmät .....	85
8.3 Tutkimuseettiset näkökohdat .....	93
<b>9 TUTKITTUJEN TAUSTATIEDOT .....</b>	<b>96</b>
<b>10 TULOKSET .....</b>	<b>103</b>
10.1 Aikaisemmat sairaudet ja vaivat .....	103
10.2 Kidutus- ja pahoinpitelykokemukset sekä pidätykset.....	120
10.3 Spontaani ilmoittaminen ja systemaattinen kysely tiedonkeruumenetelminä.....	124
10.4 Monisairastavuus haastattelun perusteella.....	127
10.5 Oireet tutkimushetkellä.....	131
10.6 Lääkärintarkastuksessa havaitut löydökset.....	135
10.7 Laboratoriolöydökset .....	146
10.8 Monisairastavuus löydösten perusteella .....	154
10.9 Seurantatulokset.....	158
10.10 Kuormittavuus.....	173



10.11	Seurannan aikana todetut löydökset ja diagnoosit.....	176
10.12	Varatuilta vastaanotoilta poisjääneet .....	178
10.13	Turvapaikanhakijoiden juridinen tilanne puolen vuoden seurannan jälkeen.....	178
10.14	Tutkimusmallin luominen.....	179
11	POHDINTA .....	180
12	SUOSITUKSET.....	208
13	EPILOGI .....	212
14	KIITOKSET .....	213
15	LÄHTEET.....	214
16	LIITTEET .....	220

# 1 Johdanto

Minusta piti tulla arkkitehti. Lukion aikana minulle tuli kuitenkin halu päästä joskus mukaan kehitysyhteistyöhön. Opiskelemalla lääkäriksi uskoin voivani toteuttaa tämän unelmani.

Kävin Punaisen Ristin kansainvälisen avustustyön peruskurssin keväällä 1978 ja samana vuonna liityin ainajäseneksi tuohon maailmanlaajuiseen järjestöön. Oltuani pari vuotta Suomen Punaisen Ristin (SPR) kansainvälisessä henkilöreservissä sainkin pyynnön lähteä Somaliaan, missä sain ensimmäisen kosketukseni pakolaisiin. Minua kohtasi kulttuurishokki kotimaahan palattuani. Oli vaikea ymmärtää meitä suomalaisia, jotka valitamme monista asioista, jotka objektiivisesti ottaen saattavat olla kovin vähäpätöisiä. Olin juuri palannut alueelta, jossa ihmisillä ei ollut käytännössä mitään ja silti he olivat osaansa tyytyväisiä ja heillä oli kärsivällisyyttä odottaa. Mielestäni kysymys ei ollut apatian aiheuttamasta turtuneisuudesta vaan asennoitumisesta. Toki ymmärsin jo tuolloin, että ei voi verrata pakolaisperheen kärsimyksiä savannilla ja vaikkapa pohjoishämäläistä perhettä, joka odottaa yöllä korvakipuisen lapsensa kanssa pääsyä lääkärin vastaanotolle. Myöhemmin tein useita työmatkoja eri puolille maailmaa Punaisen Ristin, Maailman terveysjärjestön (WHO) ja ulkoasiainministeriön kehitysyhteistyöosaston (FINNIDA) tehtävissä.

Tulin helmikuussa 2003 lääkäriksi Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikköön, joka oli ollut jonkin aikaa kokonaan ilman lääkäriä. Työssä olevat terveydenhoitajat olivat joutuneet venymään voimavarojensa ääri rajoille ja ottamaan paljon myös sellaista vastuuta, joka ei olisi heille edes kuulunut. Erilaiset akuutit ongelmat ja välittömästi hoidettavat asiat veivät terveydenhuoltohenkilöstön ajan. Potilaiden hyvä tunteminen nähtiin kuitenkin tärkeäksi. Päädyttiin järjestelyyn, jossa jokaiselle uudelle tulijalle tehdään monipuolinen ja kattava haastattelu sekä terveystarkastus.

Tutkimuksen aineistona ovat Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikön kirjoille otetut turvapaikanhakijat. Tutkimuksessa selvitetään, minkälaisia sairauksia turvapaikanhakijoilla on ollut aikaisemmin huomioidulla tärkeimmät elinjärjestelmät. Lisäksi kuvataan heidän terveydentilaansa heidän saapuessaan Tampereelle ja heidän myöhempää terveyspalveluiden käyttöään. Halutaan kuvata myös sitä, miten vaikea-asteisia asianomaisten vaivat ja sairaudet ovat ja tehdä arvio siitä, miten paljon ongelmien asianmukainen hoitaminen kuormittaa turvapaikanhakijoille tarjottuja terveydenhuoltopalveluita. Tutkimuksen tavoitteet on esitetty luvussa 7.

Olen pyrkinyt kuvaamaan tapahtumia niin kuin olen ne potilaiden kertomuksista ymmärtänyt. En yritä esiintyä tuomarina, enkä voi tietää, miten autenttisia

tutkittavien kertomukset ovat. Olen tutkimusprosessin aikana joutunut arvioimaan myös omaa toimintaani lääkärinä – miten olen potilaitani hoitanut tai jättänyt hoitamatta.

Olen kuullut monia tarinoita, jotka olisivat olleet omiaan lamaamaan henkilön toimintakyvyn, mutta myös tarinoita, jotka kertovat ihmisen lähes rajattomasta kyvystä selvitä ja venyä vielä silloin, kun luulisi, että katkeamispiste on jo saavutettu.

Kymmenisen vuotta aiemmin toimin osa-aikaisena lääkärinä turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksessa. Jo tuolloin havaitsin, että käytettävissä olevat voimavarat olivat niukat. Päädyin samaan johtopäätökseen työskennellessäni kokopäiväisenä lääkärinä vastaanalaisessa tehtävässä. Omassa yksikössämme tilanne ei ollut kuitenkaan huono. Muissa vastaavissa yksiköissä henkilöstön määrä oli paljon pienempi. Ajattelin, että turvapaikanhakijoiden terveystalvakuille varatut voimavarat eivät ehkä ole sellaiset kuin niiden kuuluisi olla. Arvelin myös, että terveydenhoitajien vastuu saattaa ajoittain olla liian suuri, erityisesti yksiköissä, joissa lääkäripalveluiden saatavuus on vähäistä. Mielestäni oli tärkeää selvittää, miten paljon lääkäri- ja hoitajatyövoimaa tarvitaan laadukkaiden perusterveydenhuoltopalveluiden järjestämiseen vastaanottokeskusten yhteydessä ja miten palvelut koordinoidaan muiden terveystalvakuitten kanssa. Halusin selvittää, miten paljon turvapaikanhakijat kuormittavat terveydenhuoltojärjestelmää, jotta voisi arvioida, kuinka paljon sitä varten tulisi varata resursseja.

Selkeiden terveydenhuoltopalveluiden laajuutta koskevien toimintaperiaatteiden puuttuminen jätti henkilökunnan päätettäväksi sen, mitä kulloinkin käytännön tilanteissa tehdään. Koska turvapaikanhakijat useimmiten tulivat vaatimattomista oloista, saattoivat heidän odotuksensa Suomessa, rikkaassa maassa tarjottavista palveluista olla ylimitoitettut. Tästä syystä tutkittavien ja terveydenhuoltohenkilöstön välille syntyi kinastelutilanteita. Esille nousi myös kysymys siitä, millainen tulisi olla työnjaon vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön lääkärin ja hoitajien välillä.

Tutkimukseeni minulla oli Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnan sekä linjaesimieheni lupa.

## 2 Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Tampereelle saapuneiden turvapaikanhakijoiden

- terveydentilaa
- aikaisempia kokemuksia kidutuksesta ja muusta väkivallasta
- terveydenhuoltopalveluiden käyttöä
- terveydenhuoltojärjestelmälle aiheuttamaa kuormitusta.

Tutkimuksessa haluttiin myös kehittää strukturoitu haastattelu- ja tutkimusmalli turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskusten terveydenhuoltohenkilöstön käyttöön.

Tutkimusaineistona oli 170 Tampereen kaupungin vastaanottokeskukseen 1.8.2003–31.5.2004 kirjoille otettua turvapaikanhakijaa, jotka tulivat 25:stä eri maasta ja puhuivat äidinkielenään 31:tä eri kieltä. Valtaosa tutkituista oli nuoria aikuisia. Tutkituista oli miehiä 71 prosenttia ja alle 18-vuotiaita 21 prosenttia. Tutkittavat haastateltiin ja heille tehtiin monipuolinen lääkärintarkastus sekä laboratorio- ja keuhkoröntgentutkimukset. Heidän terveydenhuoltopalveluiden käyttöään seurattiin kuusi kuukautta.

Haastattelussa tutkitut toivat esille eniten neurologisia ongelmia, kuten päänsärkyjä. Myös vatsavaivoja sekä tuki- ja liikuntaelinten kipuja oli paljon. Koska turvapaikanhakijoiden sairauksien selvittäminen oli rajattu vain kiireellisiin ja välttämättömiin tapauksiin, oli useimmiten mahdotonta ilman tarkempia tutkimuksia arvioida tarkasti sairauksien laatua ja mahdollista psykosomaattista alkuperää. Aiempia tapaturmia tuli esille runsaasti. Silmäsairaudet, korva-, nenä- ja kurkkusairaudet, ihosairaudet, virtsaelinsairaudet ja hammasongelmat olivat myös olleet yleisiä. Mielen terveyden häiriöitä oli ollut jopa puolella aikuisista, eniten depressiota, ahdistuneisuutta ja unihäiriöitä. Haastattelussa joka neljäs mielen terveyshäiriö oli depressio. Mielen terveyden häiriöiden ja naistentautien osalta oli todettavissa tyydyttämätöntä hoidon tarvetta. Tutkituista 14 prosenttia toi haastattelussa esille vähintään kolme vaivaa tai sairautta. Systemaattinen haastattelu tuotti tutkittavien taustoista ja sairauksista enemmän tietoa kuin asiomaisten spontaani kertominen.

Aikuisista tutkituista 57 prosentilla oli ollut kidutuskokemuksia, lisäksi muita väkivaltakokemuksia oli ollut 12 prosentilla. Pidätettynä tutkituista aikuisista oli ollut 49 prosenttia. Kidutus- ja pahoinpitelykokemukset näyttivät olevan yhteydessä moniin sairauksiin, erityisesti mielen terveyden ongelmiin. Mahdolliseen kidutukseen liittyviä fyysisiä löydöksiä todettiin vähän.

Lääkärintarkastuksessa havaittiin eniten vatsan alueen löydöksiä, hammaslöydöksiä, iholöydöksiä ja psykiatrisia löydöksiä. Viimeksi mainitussa ryhmässä

kaksi kolmesta löydöksestä oli depressioita. Tutkituista 34 prosentilla oli kolme tai useampia löydöksiä lääkärintarkastuksessa ja tutkimuksissa. Suomessa yleisiä kansansairauksia löytyi vähän. Suomeen tulleilla turvapaikanhakijoilla oli vain vähän trooppisia sairauksia: malariaa oli ollut 10 prosentilla ja lavantautia yhdellä tutkitulla. Turvapaikanhakijat eivät niin ollen ole suuri terveysvaara suomalaiselle väestölle.

Seuranta-aikana tutkittavat käyttivät runsaasti vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön palveluita, vaikka heidät oli tulovaiheessa huolellisesti tutkittu. Vastaanottokeskuksen ulkopuolisia terveyspalveluita he käyttivät hyvin vähän, eniten mielenterveystoimiston ja hammaslääkärin palveluita. Tutkittujen huolenaiheet olivat samantyyppisiä kuin pienen terveyskeskuksen potilailla. Mielenterveyspalveluiden käyttö oli runsasta: aikuisista turvapaikanhakijoista 22 prosenttia käytti erikoissairaanhoidotasosta mielenterveyspalvelua, ja yleislääkäritasosta mielenterveyspalvelua käytti melkein yhtä moni.

Turvapaikanhakijoille suositellaan tehtäväksi huolellinen terveydentilan perustutkimus. Tästä on useita hyötyjä: löydetään hoitamattomia tai puutteellisesti hoidettuja sairauksia ja ohjataan turvapaikanhakijoita käyttämään suomalaisia terveydenhuoltopalveluita tarkoituksenmukaisesti. Samalla tulisi tunnistaa ne, joiden sairaus saattaa olla merkittävä tekijä heidän turvapaikka-asiansa ratkaisussa ja huolehtia tarpeellisten lausuntojen laatimisesta viipymättä.

Vastaanottokeskusten terveydenhuoltoyksiköt eivät pysty nykyisillä voimavaroilla järjestämään turvapaikanhakijoille kaikkia tarvittavia palveluita. Kussakin vastaanottokeskuksessa tulisi olla käytettävissä oma lääkäri, jonka työaika olisi riittävä akuuttien asioiden hoitoon, asianmukaisten terveystarkastusten tekemiseen ja vastaanottokeskuksen terveydenhuollon kokonaisvaltaiseen kehittämiseen.

Erityisesti mielenterveyden ongelmien hoitamisessa tarvitaan ulkopuolista asiantuntemusta. Tulisi myös varautua siihen, että turvapaikanhakijoita tulee muiltakin kuin perinteisiltä alueilta, Aasiasta ja Afrikasta. Tällöin infektiot ja muut trooppiset sairaudet eivät välttämättä olekaan ongelmallisimpia tai edes yleisimpiä esille tulevia terveysongelmia. On odotettavissa, että vastaanotoille tulee yhä enemmän potilaita, joilla on pitkäaikaissairauksia sekä korkeaan elintasoon ja ikääntymiseen liittyviä sairauksia. Samoin tulisi varautua siihen, että yhä useammalla turvapaikanhakijalla voi olla kidutus- tai pahoinpitelykokemuksia ja että heidän psyykinen terveydentilansa voi olla muusta syystä huono.

Tätä tutkimusta laajempi turvapaikanhakijoiden mielenterveyshäiriöiden selvittäminen sekä kidutusta, pahoinpitelyä ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoidon tarpeen arviointi ja toteuttaminen tulisi järjestää mitä pikimmin. Vastaanottokeskuksissa tehtävä vaativa ja henkisesti raskas työ edellyttää riittävät resurssit ja henkilökunnalle asianmukaisen työnohjauksen. Turvapaikanhakijoiden terveyden selvittämiseen ja tarvittaviin hoitoihin liittyvät oikeudet ja rajoitukset tulisi selkeästi määritellä.

### 3 English summary

The purpose of the study was to investigate asylum seekers who arrived in Tampere City. The investigation concerned

- their status of health
- their previous experiences of torture and other kinds of violence
- their use of health services
- the charge caused on the health system

Another aim was to develop for the disposal of the health personnel of reception centres a structural model to interview and examine asylum seekers.

The material of the study consisted of 170 asylum seekers registered at the reception centre in Tampere during the period from the 1st of August 2003 to the 31st of May 2004. The asylum seekers came from 25 different countries and spoke 31 languages as their mother tongue. Most of the examinees were young adults. 71 per cent were male and 21 per cent of the examinees were underage persons. The examinees were interviewed to assess the status of their health and their experiences of torture. In addition a thorough medical check up and laboratory tests as well as chest x-ray examinations were performed. Their use of health services was followed up during a six-month period.

Most of all, the examinees told at the interview about having had such neurological problems as headaches. A lot of abdominal complaints and musculo-skeletal pains were also mentioned. Because the investigation of the illnesses of the asylum seekers was restricted to concern urgent and inevitable cases only, without further examinations it was most often impossible to evaluate exactly the nature of the illness and its possible psychosomatic origin. A great many cases of previous accidents were discussed. Eye, ENT (ear, nose and throat), skin and urological illnesses as well as dental problems had also been common with the examinees. As many as one half of the adults had suffered from mental disturbances, above all, depressions, anxiety and sleep disturbances. Every fourth case of mental disturbances which came out at the interview was depression. Unmet needs of care were found concerning mental problems and gynaecological illnesses. At least three or more complaints or illnesses were mentioned at the interview by 14 percent of the examinees. The systematic interview produced more information on the backgrounds and illnesses of the examinees than their spontaneous reporting.

Torture had been experienced by 57 per cent of adult examinees. In addition, 12 per cent had experienced other kinds of violence. 49 per cent of the adult examinees had been taken in custody. The experiences of torture and violence seemed to be connected with various kinds of illnesses, especially psychiatric

problems. Very few physical findings which could be linked with possible torture were confirmed.

Most findings of the medical check up consisted of abdominal, dental, skin and psychiatric ones. Two out of three psychiatric findings were depressions. In the medical check up and in the examinations three or more findings were discovered among 34 percent of the examinees. Very few examinees had such diseases as are common among people in Finland. Asylum seekers who arrived in Tampere had only few types of tropical diseases: ten percent of them had earlier had malaria and one examinee had suffered from typhoid. Thus the asylum seekers are not a big health risk to Finnish population.

During the follow up period the examinees paid a lot of visits to the health unit of the reception centre although they had been thoroughly examined at their arrival. A very small quantity of them used health services offered outside the health unit of the reception centre, mostly services available at the out patient psychiatric unit and at the dentist's. At the reception centre the complaints of the examinees were very much similar to those encountered at a small health centre. Mental health services were used a lot: specialist level mental health care services were used by 22 per cent of adult asylum seekers and almost as many persons used mental health care services provided by a general practitioner.

It is recommended that a thorough basic health check up is performed to the asylum seekers. There are several advantages: untreated or insufficiently treated illnesses will be found and the asylum seekers can be directed to make use of the Finnish health services in a proper way. In addition, then those seekers ought to be recognized whose illness could be a factor of great significance in making the decision of the asylum process and consequently the necessary statements ought to be provided without delay.

The health units of reception centres are not able to arrange all necessary services to the asylum seekers on available present resources. Each reception centre ought to have at its disposal a doctor of its own with sufficient working hours to meet acute needs, to perform appropriate health examinations and to develop all-inclusively the health services at the reception centre.

Especially, external psychiatric expertise is needed that adequate mental health services can be offered. You should be also prepared to receive asylum seekers from other than traditional areas, Asia and Africa. Then infectious and other kinds of tropical diseases may not necessarily be the most problematic nor even the most common health problems to be encountered. More patients with chronic illnesses and with illnesses connected with a high standard of living and ageing can be expected to come to the health offices. As well, you should be prepared to the fact that more and more asylum seekers may have experiences of torture and violence and that their mental health can be poor because of other reasons.

A more comprehensive study than this one should be performed on the mental disturbances of asylum seekers. Assessing the need of and putting into effect the treatment of those who have experienced torture, sexual and other kinds of violence ought to be organized as soon as possible. The demanding and mentally

heavy work done at the reception centres requires a sufficient amount of resources and the staff must have appropriate support of work supervision. The rights and restrictions of the treatments and examinations to be performed in order to assess the health of asylum seekers should be clearly determined.



## 4 Luettelo käytetyistä lyhenteistä

Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BMI	Body Mass Index (painoindeksi)
ECRE	European Council on Refugees and Exiles
ENT	Ear, nose and throat
EPI	Expanded Programme on Immunization
EU	European Union, Euroopan unioni
FINNIDA	Finnish International Development Agency
GP	General Practitioner
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	Kansainvälinen tautiluokitusnumerosto
IUD	Intrauterine (contraceptive) device (kohdunsisäinen ehkäisin, ”kierukka”)
KHO	Korkein hallinto-oikeus
KNK	Korva-, nenä- ja kurkkusairaudet
KTL	Kansanterveyslaitos
MAREK	Valtakunnallinen turvapaikanhakijoiden vastaanottojärjestelmän asiakasrekisteri
NGO	Non-Governmental Organization
NHS	National Health Service (United Kingdom)
NUD	Non Ultra Definiteae (tarkemmin määrittämätön)
ONB	Ohutneulanäyte
PAS	Päivystysasema (Hatanpään terveysasemalla)
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
RDC	Kongon demokraattinen tasavalta
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SPR	Suomen Punainen Risti
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TaYS	Tampereen yliopistollinen sairaala
TU	Tuberculin Unit
TULES	Tuki- ja liikuntaelinsairaudet
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children’s fund
UK	United Kingdom
WHO	World Health Organization
YK	Yhdistyneet kansakunnat

## *Laboratoriokokeiden lyhenteet*

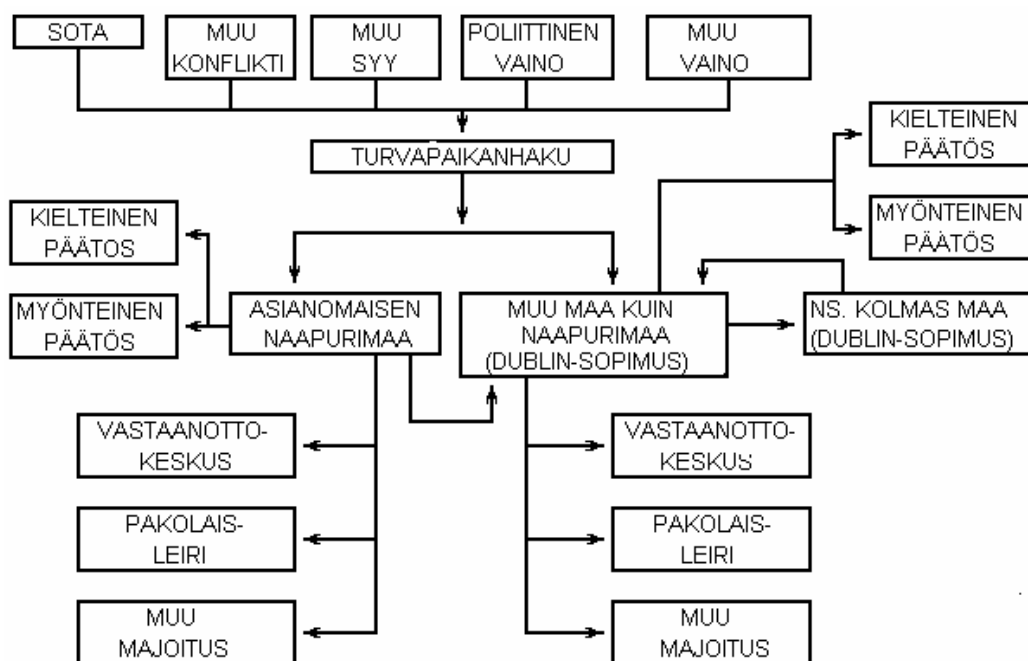
ALAT	Alaniiniaminotransferaasi (maksakoe)
B-eos (eos)	Eosinofiilit (verestä)
CRP	C-reaktiivinen proteiini (tulehduskoe)
EKG	Elektrokardiografia (sydänfilmi)
F-para	Ulostenäyte parasiittien osoittamiseksi
Hb	Hemoglobiini
HBcAb	B-hepatiittiviruksen ydinantigeenin vasta-aine
HbE	Eräs hemoglobiinin poikkeava muoto
HbS	Eräs hemoglobiinin poikkeava muoto
HBSAg	B-hepatiittiviruksen s-antigeeni
HCV	C-hepatiittiviruksen vasta-ainetesti
HIV	Human Immunodeficiency Virus (HIV-testi)
KardAb	Kardiolipiini (kuppakoe)
PLV	Puhtaasti laskettu virtsa (virtsakoe)
PVK	Pieni verenkuva
T4V	Vapaa tyroksiini (kilpirauhaskoe)
TPOAb	Tyreoideaperoksidaasi, vasta-aineet (kilpirauhaskoe)
TSH	Tyreotropiini (aivolisäkkeen hormoni, kilpirauhasen toimintakoe)

# 5 Turvapaikanhakijat ja heitä koskevat viranomaismääräykset

Tässä luvussa esitellään turvapaikanhakijoihin liittyviä käsitteitä, ilmiön laajuutta ja käytännön menettelytapoja turvapaikkahakemuksen käsittelyssä Suomessa. Osiossa kuvataan myös erilaisia tutkimuksen tekoaikana Suomessa voimassa olleita säännöksiä ja menettelytapoja eräissä muissa Euroopan maissa.

## 5.1 Turvapaikan hakeminen ilmiönä

Pakolaisuus ja turvapaikan hakeminen eivät ole irrallisia ilmiöitä. Ne ovat sidoksissa maailmanlaajuisiin valtarakenteisiin ja yhteiskunnan kehittymiseen sekä kulloiseenkin maailmanpoliittiseen tilanteeseen. Tarve jättää kotinsa liittyy usein luonnonkatastrofeihin, sotiin ja levottomuuksiin sekä muihin kansojen ja ihmisryhmien välisiin erimielisyyksiin, joihin on vaikea vaikuttaa (kuva 1)..



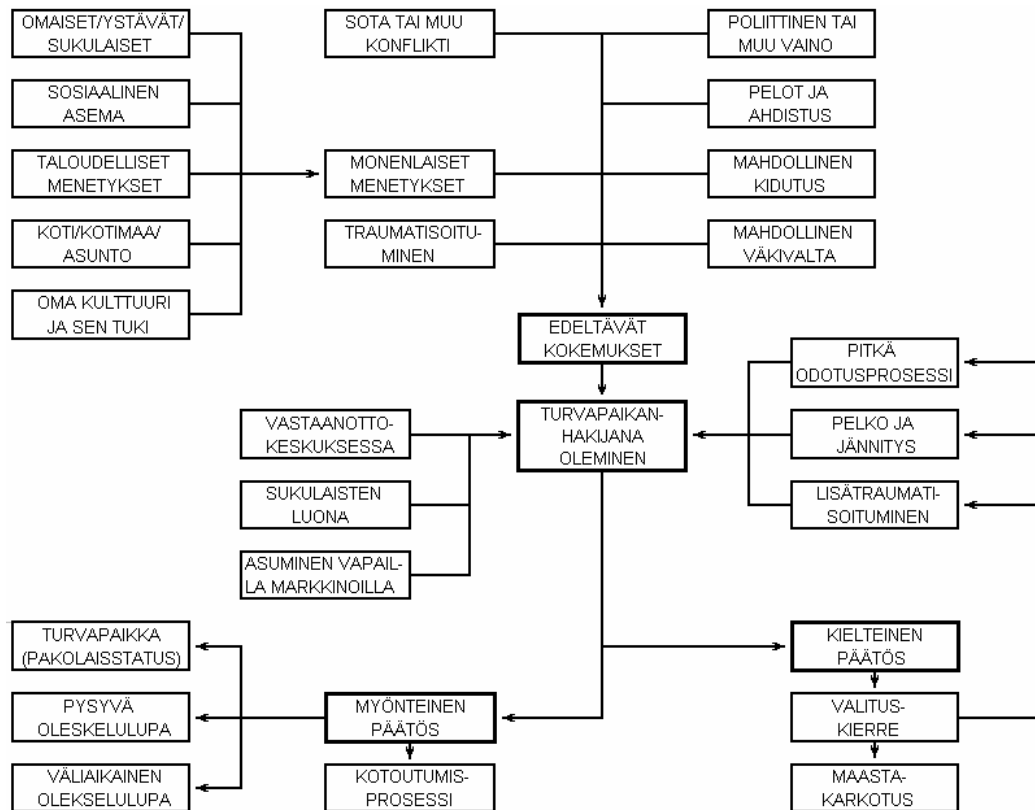
**Kuva 1.** Turvapaikanhakuun vaikuttavat syyt ja turvapaikanhakuprosessin etenemisen erilaiset vaihtoehdot

Turvapaikanhakijat pyrkivät useimmiten ensin naapurimaahan, minne on helpoin mennä. Siellä saatetaan viettää vuosiakin odotellen, muuttuuko tilanne kotimaassa. Osa turvapaikanhakijoista pyrkii suoraan muualle kuin naapurimaahan. Ratkaisu turvapaikanhakuasiassa tehdään usein pitkänkin odotuksen jälkeen. Se voi olla hakijan kannalta myönteinen, missä tapauksessa hän saa jäädä asumaan uuteen kotimaahansa. Kielteiseen ratkaisuun voi aina hakea muutosta, mikä pitkitää prosessia. Osa turvapaikanhakijoista saattaa alkaa kiertää maasta toiseen yrittäen löytää paikkaa, jossa hakemukseen suhtauduttaisiin myönteisesti. Osa Euroopan maista on solminut niin sanotun Dublinin sopimuksen. Sen perusteella turvapaikanhakijan asia tulee käsitellä siinä maassa, johon hän on ensimmäiseksi tullut. Jos hän jatkaa Dublin-sopimuksen tehneestä maasta seuraavaan sopimuksen tehneeseen maahan, hänet käännytetään takaisin tulomaahan.

Köyhyys, epäoikeudenmukaisuus ja epätasa-arvoisuus edistävät lähtemishalukkuutta. Kun oma elinympäristö tai muu alue kotimaassa ei pysty tarjoamaan vaatimatontakaan elämismahdollisuutta ja vähimmäisturvaa, tulee lähteminen kaikkinen hankaluuksineenkin houkuttelevaksi. Siitä voi muodostua jopa elämän ja kuoleman kysymys. Muualle hakeutumisen hyökyaalto alkaa kehittyä, kun taloudellinen tilanne ja yhteiskunnan rakenteiden kehittymättömyys eivät mahdollista ihmisten hyvinvointia yllättävässä tilanteessa. Köyhyys ja yhteiskunnan rakenteiden valmistautumattomuus onnettomuuksien kohtaamiseen ovat huono lähtökohta niistä selviämiseen. Onhan viime vuosina sattunut tulvia myös New Orleansissa, Yhdysvalloissa ja itäisen Euroopan maissa. Ne eivät ole kuitenkaan johtaneet massiivisiin pakoihin muihin maihin. Omassa maassa on ollut yhteiskunnan ylläpitämiä rakenteita ja valmiutta kohdata tilanne. Lisäksi mahdollinen ulkopuolinen apu on voitu toimittaa perille tehokkaasti.

Kotinsa jättämisen ja turvapaikanhakijaksi lähtemisen taustalla on usein huonot elinolot, luonnonkatastrofeja tai sotia. Nopeaan lähtöpäätökseen voi kuitenkin johtaa pelko oman tai perheenjäsenten henkilökohtaisen turvallisuuden vaarantumisesta tai kokemukset sellaisesta. On voinut tapahtua kaltoin kohtelua, pahoinpitelyitä, ihmisten katoamisia ja omaisten tai naapureiden tappamista. Sellaisissa tilanteissa monet, varsinkin nuoret aikuiset, päättävät lähteä kotimaastaan etsimään turvallisempia ja parempia olosuhteita.

Turvapaikanhakijana tai pakolaisena oleminen on raskas prosessi. Lähtöä ovat usein edeltäneet monenlaiset ikävät kokemukset (kuva 2). Turvapaikanhakuun lähtevät ovat usein kokeneet monia menetyksiä jo ennen lähtöä. Kotoa lähteminen on heille uusien menetysten aikaa. Joudutaan luopumaan ystäväistä ja niistä perheenjäsenistä, jotka eivät lähde mukaan. Taloudellinen tilanne voi romahtaa: menetetään koti, mahdollinen työpaikka tai oma yritys. Monella lähtijällä on ollut merkittävä sosiaalinen asema aiemmin vallinneessa tilanteessa. Omasa kulttuurista saatu tuki ja yhteisöön kuulumisen tunne lakkaavat osittain olemasta. Lähtijät voivat olla traumatisoituneita jo ennen lähtöä ja turvapaikanhakuprosessi traumatisoi heitä lisää.



**Kuva 2.** Turvapaikanhakuprosessi turvapaikanhakijan kannalta katsottuna

Asuminen pakolaisleirissä tai vastaanottokeskuksessa voi olla stressaavaa ja hankalaa. Ahdas asuminen ja yhteiselämä muista kulttuureista tulevien kanssa vaatii sopeutumista. Keittiön ja pesutilojen jakaminen vieraiden ihmisten kanssa voi olla vaikeaa, joissakin kulttuureissa jopa mahdotonta hyväksyä.

Turvapaikanhakuprosessiin liittyy aina suuri määrä pelkoa ja jännitystä tulevasta kohtalosta. Pitkä odotusprosessi on omiaan pahentamaan tilannetta ja traumatisoimaan lisää, erityisesti jos ei ole mahdollisuutta saada hoitoa psyykkiin oireisiinsa. Kielteinen päätös turvapaikkahakemukseen on yksilölle katastrofi ja siitä usein alkava valituskierte on raskas ja ahdistava. Myönteiseenkin päätökseen voi vielä liittyä jännittämistä, jos oleskelulupa on väliaikainen. Kotoutumisprosessi vaatii paljon sekä tuvanpaikanhakijoilta että siinä mukana olevilta viranomaisilta.

### *Määritelmiä*

Seuraavassa selvitetään, mitä tarkoitetaan tutkimuksessa käytetyillä käsitteillä.

**Pakolainen** on henkilö, joka täyttää Geneven yleissopimuksen ensimmäisen artiklan A-kohdan mukaiset edellytykset (Euroopan neuvoston direktiivi 2003/9/EY). Edellä mainitussa sopimuksen artiklassa määritellään pakolaiseksi henkilö

” jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskuntaluokkaan kuulumisen tai poliittisen mielipiteen johdosta, oleskelee kotimaansa ulkopuolella ja on kykenemätön tai sellaisen pelon johdosta haluton turvautumaan sanotun maan suojaan, tai joka olematta minäkään maan kansalainen oleskelee entisen pysyvän asuinmaansa ulkopuolella ja edellä mainittujen seikkojen tähden on kykenemätön tai sanotun pelon vuoksi haluton palaamaan sinne”.

*Pakolaisten oikeusasemaa koskeva yleissopimus, Geneve 28.7.1951 (UNHCR 1951)*

**Turvapaikanhakijalla** tarkoitetaan kolmannen maan kansalaista tai kansalaisuudetonta henkilöä, joka on tehnyt turvapaikkahakemuksen, jonka johdosta ei ole vielä tehty lopullista päätöstä (Euroopan neuvoston direktiivi 2003/9/EY).

**Alaikäinen turvapaikanhakija** on alle 18-vuotias turvapaikanhakija.

**Ilman vanhempaa tai saattajaa oleva turvapaikanhakijalapsi (unaccompanied child)** on sellainen lapsi, jolla ei ole maahan tullessaan mukanaan ketään omaan perheeseen kuuluvaa tai muutakaan aikuista, joka huolehtisi hänestä.

**Terveys** määriteltiin Alma-Atan julistuksessa vuodelta 1978 siten, että se on täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila ja ettei se ole vain sairauden tai raihnaisuuden puuttumista (World Health Organization 1978).

**Sairaudelle** on vakiintunut kaksi kulttuurista määrittelyä: Toisaalta puhutaan taudista (disease) silloin, kun tarkoitetaan lääketieteellisesti todettua ja diagnosoitua kokonaisuutta. Toisaalta käytetään käsitettä sairauskokemus (illness), kun tarkoitetaan potilaan kokemusta ja käsitystä omasta tilastaan. Sairastaminen (sickness) puolestaan viittaa sairauden sosiaaliseen ulottuvuuteen, johon kuuluvat sairaan rooli, erityisesti krooniseen sairauteen liittyvä leimautuminen ja sairastuneen paikka yhteiskunnassa yleensä. (Honkasalo 2000.)

**Diagnooseiksi** tässä tutkimuksessa on katsottu sellaiset taudit, joista on olemassa luotettava anamnestinen selvitys. Tällainen on esimerkiksi mukana tuodussa sairauskertomuksen kopiesa esiintyvä diagnoosi, ICD-10-numeroineen tai ilman (kansainvälinen tautiluokitusnumerosto). Tällaisiksi on katsottu myös sellaiset diagnoosit, jotka on voitu asettaa perustutkimuksessa, kokeiden avulla tai seurannassa omassa yksikössämme tai muissa terveydenhuollon yksiköissä. Milloin luotettavasta lähteestä on käytettävissä ICD-10:n mukaiset diagnoosinumerot, niitä on käytetty. Muutoin muualta saaduista diagnooseista vain diagnoosinimet ovat käytössä.

**Vaivasta** tässä tutkimuksessa puhutaan silloin, kun ei ole voitu luotettavasti määrittellä varmaa diagnoosia. Tämä vastaa pitkälle edellä sairauskohdassa määriteltyä käsitettä illness.

**Löydös** on lääkärin tutkimuksessa havaittu tai laboratorio/röntgentutkimuksessa todettu poikkeava tutkimustulos.

**Anamneesilla** tarkoitetaan kaikkia niitä tutkittavan aiemmasta terveydentilasta esille tulevia tietoja, jotka saadaan häntä haastatteleamalla hoitajan tai lääkärin vastaanotolla tai hänellä mahdollisesti mukana olevista terveydenhuoltoasiakirjoista.

**Statuksella** tarkoitetaan lääkärintarkastuksessa suoritetun fyysisen ja psyyk-

kisen tutkimuksen löydöksiä. Lisäksi status-käsitettä on käytetty puhuttaessa turvapaikanhakijoiden juridisesta asemasta.

**Terveeksi** tässä tutkimuksessa katsottiin sellainen henkilö, jolta ei ole tullut esille kyselytutkimuksessa, fyysisessä tutkimuksessa, laboratorio- ja röntgentutkimuksissa tai seurannassa mitään sellaista tietoa, joka voitaisiin luokitella poikkeavuudeksi normaalista.

## 5.2 Pakolaisuus maailmassa ja Suomessa

Pakolaisten määrä on vaihdellut vuosittain, mutta arvioitaessa heidän kokonaismääräänsä maailmassa puhutaan kymmenistä miljoonista. Muun muassa palestiinalaisia ja afgaaneja on pakolaisina yli kaksi miljoonaa (taulukko 1) niin sanotuissa naapurimaissa (Hiltunen 2005).

**Taulukko 1.** Pakolaisiksi lähteneiden määriä eräissä maissa vuonna 2004 sekä pakolaisongelmaan johtaneen konfliktin tai ongelman kesto

Lähtöalue	Vastaanottajamaat	Määrä	Kesto vuotta
Palestiinalaiset	Useita vastaanottajia *	2 152 400	25/56
Afgaanit	Iran, Pakistan, Intia, Venäjä	2 050 000	13/25
Kongolaiset (RDC)	Burundi, Sambia, muut ryhmät	557 100	6/8
Myanmarilaiset	Thaimaa	447 000	8/20
Burundilaiset	Ruanda, Tansania	446 000	11
Sudanilaiset	Muut ryhmät	409 300	21
Somalit	Djibouti, Etiopia, Kenia, Jemen	261 900	16
Eritrealaiset	Sudan	191 000	36
Liberilaiset	Norsunluurannikko, Ghana, Sierra Leone	178 000	15
Myanmarilaiset	Bangladesh, Malesia	160 000	11/30
Bhutanilaiset	Nepal	105 400	13
Angolalaiset	Sambia, Namibia	101 400	29
Länsisaharalaiset	Algeria	98 000	29
Irakilaiset	Iran	93 200	25
Srilankalaiset	Intia	80 000	21
Myanmarin kiinalaiset	Intia, Malesia	75 000	15/16
Filippiiniläiset	Malesia	65 000	31
Tiibetiläiset	Nepal	25 000	15
Ruandalaiset	Uganda	20 000	10
<b>Yhteensä</b>		<b>7 515 700</b>	

\*Gaza, Libanon, Länsiranta, Egypti, Jordania. Kuwait, Saudi-Arabia

RDC =République Démocratique de Congo

Lähde: UNHCR (Hiltunen 2005)

Taulukossa 1 on joidenkin pakolaisryhmien kohdalla ilmoitettu konfliktin tai ongelman kestoksi kaksi eri lukua. Sillä on tarkoitettu sitä, että kyseisten ryhmien kohdalla pakolaisuutta aiheuttaneet ongelmat ovat syntyneet useamman eri tilanteen vuoksi. Aiemmin syntyneen ongelman vuoksi pakolaisuus on voinut

jatkoa ja sen lisäksi on syntynyt pakolaisuutta uuden syyn vuoksi. Taulukossa on mainittu sudanilaisten vastaanottajina muut ryhmät. Tällä tarkoitetaan Etiopiaa, Keniaa, Ugandaa, Keski-Afrikan tasavaltaa ja Tšadia. Myanmarilaiset esiintyvät useana ryhmänä. Tälle lienee historiallinen perusta ja muuttoliikkeiden syinä eri konfliktit.

Taulukossa eivät ole mukana pakolaiset, jotka ovat hakeutuneet kauempana oleviin, niin sanottuihin kolmansiin maihin, esimerkiksi Suomeen. Pakolaisuutta on huomattavia määriä muuallakin päin maailmaa. Esimerkiksi Latinalaisen Amerikan maat eivät esiinny tässä taulukossa lainkaan. Kotinsa jättäneiden ihmisten määrä on näin ollen kokonaisuutena huomattavasti suurempi kuin taulukossa tuodaan esille. Maailmanpoliittinen tilanne näkyy taulukossa selvästi: palestiinalaiset, afgaanit, kongolaiset, myanmarilaiset, burundilaiset, sudanilaiset ja somalit ovat enemmistönä. Taulukosta voi myös saada muistutuksen siitä, etteivät ongelmat ole loppuneet niilläkään alueilla, joista kotimaamme media ei nykyisin juurikaan kerro. Yhdistyneiden kansakuntien (YK) tilastoon pakolaisiksi lasketaan vain ne, joiden tiedetään paenneen. Arvioiden mukaan maailmassa saattaa olla pakolaisia jopa kaksikymmentä miljoonaa ja pessimistisimmät arviot puhuvat jopa sadasta miljoonasta pakolaisesta (Hiltunen 2005).

Monessa katastrofitilanteessa konfliktia tai luonnonolosuhteita pakoon pyrkivät ihmisjoukot kulkevat edestakaisin oman maan ja naapurimaiden välillä. Täten pakolaisten laskennallinen määrä yksittäisissä maissa voi vaihdella jo lyhyenkin ajan kuluessa, vaikkei alueella sinänsä olisi suurta muutosta tapahtunutkaan. Siirtomaakaudella esimerkiksi Afrikan maita muodostettaessa ei huomioitu alueella jo asuvia kansoja ja heidän luonnollisia asuinalueitaan. Uudet rajat saattoivat tulla piirretyiksi hyvinkin sattumanvaraisesti eurooppalaisten hallitsijoiden mielihalujen mukaan. Osa rajoista onkin ”piirretty viivoittimella”, ja ne ovat jakaneet alueella alun perin asuneita kansoja väkivaltaisesti eri valtioihin. On luonnollista, että hätätilan sattuessa pyritään rajan sille puolelle, missä sukulaiskansa asuu. Siellähän selviää usein omalla kielellään. Rajan ylitys tapahtuu helposti myös silloin, jos halutaan tukea rajan toisella puolella olevia heimoveljiä vaikkapa maassa vallitsevaa sortohallitusta vastaan käydyssä taistelussa – ilmiöstä on lukuisia esimerkkejä.

Eurooppaan tuli vuonna 2002 turvapaikanhakijoita eniten Irakista, Jugoslavian liittotasavallasta, Turkista ja Afganistanista (taulukko 2). Alkuperäiset tiedot ovat peräisin European Council on Refugees and Exiles -järjestöltä (ECRE). (Nousiainen 2004).

Mukana on myös maita, joissa ei ole merkittävää avointa sotilaallista toimintaa. Olosuhteiden ja ihmisoikeustilanteen vuoksi saatetaan lähteminen nähdä ainoana vaihtoehtona. Euroopan suuret maat ovat odotetusti vastaanottaneet paljon turvapaikanhakijoita. On myös muutamia pienempiä maita, kuten Ruotsi ja Itävalta, jotka ovat ottaneet vastaan runsaasti turvapaikanhakijoita (taulukko 3). Näillä onkin pitkät perinteet pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden vastaanottajina.



**Taulukko 2.** *Maita, joista Eurooppaan tuli eniten turvapaikanhakijoita vuonna 2002*

Lähtömaa	Turvapaikanhakijoiden määrä
Irak	50 058
Jugoslavian liittotasavalta	32 656
Turkki	28 455
Afganistan	25 470
Venäjä	18 666
Kiina	12 996
Nigeria	12 844
Somalia	12 209
Kongon demokraattinen tasavalta	12 482
Intia	11 367

Lähde ECRE (Nousiainen 2004)

**Taulukko 3.** *Turvapaikanhakijoiden määrät EU-maissa vuonna 2003*

Maa	Määrä
Ranska	59 768
Saksa	50 563
Britannia	49 369
Itävalta	32 359
Ruotsi	31 348
Belgia	16 940
Italia	13 455
Hollanti	13 402
Tshekki	11 396
Slovakia	10 358
Kreikka	8 178
Irlanti	7 900
Puola	6 921
Espanja	5 919
Tanska	4 593
Kypros	4 411
Suomi	3 221
Unkari	2 401
Luxemburg	1 550
Slovenia	1 100
Liettua	183
Malta	169
Portugali	88
Viro	14
Latvia	5
<b>Yhteensä</b>	<b>335 611</b>

Lähde UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees)

Liikkeelle lähtiessään turvapaikanhakijoilla voi olla jo käsitys siitä, mihin maahan kannattaa lähteä yrittämään. Jos tiedossa on sukulaisia tai tuttaviam, jotka ovat saaneet myönteisen kohtelun jossain maassa, voi siitä tulla uusienkin hakijoiden kohde. Suomi on vastaanottanut niukasti pakolaisia muihin Euroopan maihin verrattuna (taulukko 3). Taulukon tiedot ovat Yhdistyneiden kansakuntien Pakolaiskomissaarinvirastolta (UNHCR) (Lähdeniemi 2004).

Turvapaikkahakemusten käsittely on selvästi nopeutunut. Vuonna 2003 turvapaikkahakemuksen käsittely vei Suomessa aikaa 11 kuukautta, kun se oli vuoden 2004 loppupuoliskolla keskimäärin 4,3 kuukautta. Nopeutumisen ainoana selvittävänä tekijänä ei ole ollut prosessin tehostuminen. Kyseisenä aikana Suomeen saapui yhä enemmän turvapaikanhakijoita, jotka olivat jo saaneet kielteisen päätöksen jossakin muussa Euroopan maassa. (Suomen Tietotoimisto 2005a.).

Monien maiden säännökset ovat jossain määrin kiristyneet, ja se johtaa turvapaikanhakijoiden lisääntyvään liikkuvuuteen. EU-maat ovat päättäneet yhteistä turvapaikkalakejaan vuodesta 1999 lähtien. Periaatteessa EU-mailla pitäisi olla yhteinen turvapaikkapolitiikka vuonna 2010 (Lähdeniemi 2004). Tästä esimerkkinä on niin sanottu Dublinin sopimus. Sen mukaan, jos hakija on ollut edeltävästi jossakin muussa Euroopan unionin (EU) maassa, tulee hänen turvapaikkahakemuksensa tutkia ja käsitellä siinä maassa, johon hän on ensin tullut. Useat EU-maat ovat alkaneet ottaa hakijoilta sormenjäljet, jotka tallennetaan niin sanottuun EURODAC-rekisteriin. Sieltä saaduilla tiedoilla voidaan seurata, miten asianomainen on liikkunut EU-maissa. Jos turvapaikanhakijan saadaan sormenjälkirekisterin perustella tietää jo olleen toisessa EU-maassa, hänestä tulee niin sanottu ”Dublin-hit”. Tällöin hänen hakemustaan ei ryhdytä laajasti käsittelemään, vaan pyritään nopeaan käsittelyyn ja asianomaisen palauttamiseen siihen EU-maahan, johon hän on ensiksi tullut. Sormenjälkirekisterin tietojen perusteella marraskuussa 2003 oli lähes joka toinen hakenut aiemmin turvapaikkaa jostakin muusta maasta (Nousiainen 2004).

Tämän tutkimuksen aikana havaittiin, että moni turvapaikanhakija oli hakenut jo turvapaikkaa muistakin maista, joskus jopa useammasta maasta. Tutkijan havaintojen mukaan asennoituminen turvapaikanhakijoiden keskuudessa näytti olevan sellainen, että Suomi mielletään usein viimeiseksi kohdemaaksi, josta ei enää lähdetä eteenpäin. Siinä mielessä turvapaikanhaku Suomessa on asianomaiselle erityisen jännittävä ja melkein ”kohtalon kysymys”. Kielteinen päätös voi olla asianomaisen mielestä kuolemantuomioon verrattava kohtalo.

Suomeen tulevien turvapaikanhakijoiden määrä on muihin länsimaihin verrattuna vähäinen (taulukko 4). Vuonna 2002 Suomeen tuli 3 334 turvapaikanhakijaa, joista varsinaisen turvapaikan sai neljätolista henkeä.

**Taulukko 4.** Turvapaikanhakijoiden määrät ja heidän asiassaan tehdyt päätökset eräissä maissa vuonna 2002

Maa	A	B	C	D	E	F	G	H
UK	42 200	84 135	8 275	20 135	41 700	13 425	83 435	41 300
Hollanti	22 298	18 667	198	3 359	26 471	4 227	34 255	7 086
Ruotsi	0	33 016	264	4 880	18 496	3 147	26 767	0
Norja	0	17 480	332	2 958	9 066	5 497	17 853	0
Tanska	4 540	6 068	1 134	1 389	6 479	0	9 002	1 661
Suomi	591	3 443	14	577	1 078	1 665	3 334	0

A= Keskeneneräisiä tapauksia vuoden alussa

B= Hakemuksia tammikuun 1. päivään mennessä.

Tehdyt päätökset tammikuun 1. päivään mennessä ovat sarakkeissa C–F.

C= Turvapaikka myönnetty

D= Oleskelulupa myönnetty humanitaarisin perustein

E= Hakemus hylätty

F= Tapaus loppuun käsitelty

G= Tapaukset yhteensä

H= Keskeneneräiset tapaukset vuoden lopussa.

UK = United Kingdom, Yhdistynyt kuningaskunta.

Lähde UNHCR 2002

### *Turvapaikanhakijat Suomessa*

Vuonna 2004 Suomesta sai turvapaikan 29 henkilöä. Tämän lisäksi oleskelulupia eri syillä myönnettiin paljon useammalle (Suomen Tietotoimisto 2005b). Vertailun vuoksi todettakoon, että vuonna 2003 Suomesta haki turvapaikkaa 3 184 henkeä. Seitsemän heistä sai varsinaisen turvapaikan. Oleskelulupa myönnettiin 142 henkilölle suojeluntarpeen perusteella ja 345 henkilölle muista syistä (muun muassa humanitaarisista syistä). Näin ollen asianomaisen kannalta myönteisen päätöksen sai noin 15 prosenttia hakijoista. (Nousiainen 2004.)

Eniten Suomeen tuli turvapaikanhakijoita vuonna 2004 (taulukko 5) Serbia ja Montenegrosta, Slovakiasta, Makedoniasta, Somaliasta, Bulgariasta, Venäjältä ja Afganistanista (Työministeriö 2006). Verrattaessa taulukkoa 5 edellä sivulla 21 taulukossa 2 olevaan selvitykseen turvapaikanhakijoista koko Euroopassa havaitaan, että Suomeen on hakeutunut suhteellisesti enemmän Euroopasta tulleita turvapaikanhakijoita. Euroopan maista on Suomeen turvapaikanhakijoita tullut erityisesti itäisen Euroopan köyhimmistä maista. Köyhyys tuskin on ollut ainoana syynä lähtöön. Entisen Jugoslavian liittotasavallan hajoamista seurasi usean uuden eurooppalaisen maan synty. Monissa näistä maista on ollut syntymisensä jälkeen levotonta, mikä on lisännyt turvapaikanhakemisia. Slovakiasta tulleiden turvapaikanhakijoiden määrän väheneminen vuonna 2005 johtunee maan liittymisestä EU:n jäseneksi.

**Taulukko 5.** *Maita, joista on tullut turvapaikanhakijoita Suomeen vuosina 2003–2005*

Maat	2003	2004	2005
Serbia ja Montenegro	285	693	360
Slovakia	85	341	7
Makedonia	83	279	191
Somalia	91	253	321
Bulgaria	287	238	570
Venäjä	288	215	233
Afganistan	51	166	237
Turkki	185	140	97
Romania	109	132	56
Irak	150	123	289
Bosnia-Hertsegovina	74	115	72
Iran	47	99	79
Jugoslavian liittotasavalta	234	99	53
Georgia	26	93	64
Nigeria	77	92	73
Albania	58	61	33

Lähde: Työministeriö 2006

Somaliasta ja Iranista on jo vuosia tullut Suomeen turvapaikanhakijoita, mutta myös kiintiöpakolaisia. Eurooppaan yleensä on tullut eniten turvapaikanhakijoita Irakista, sen sijaan Suomeen on irakilaisia tullut suhteellisen vähän. Varsinaisen turvapaikan hakija saa todella harvoin, noin puoli prosenttia hakijoista (Pakolaisneuvonta ry 2006). Sen sijaan muista syistä oleskelulupia myönnetään enemmän (taulukko 6).

**Taulukko 6.** *Ulkomaalaisviraston turvapaikkapäätökset 2003, 2004 ja 2005*

Päätös	2003	2003	2004	2004	2005	2005
	N	%	N	%	N	%
Kielteinen	2 443	73,6	3 422	71,8	2 472	71,9
Turvapaikka	7	0,2	29	0,6	12	0,3
Oleskelulupa, suojeluntarve	142	4,3	206	4,3	141	4,1
Oleskelulupa, kohtuussyyt	249	7,5	460	9,7	159	4,6
Oleskelulupa, perheenjäsen	88	2,7	74	1,6	26	0,8
Oleskelulupa, tilapäisesti ei voida palauttaa	8	0,2	27	0,6	259	7,5
Hakemus rauennut	383	11,5	546	11,5	370	10,8
<b>Päätökset yhteensä</b>	<b>3 320</b>	<b>100,0</b>	<b>4 764</b>	<b>100,0</b>	<b>3 439</b>	<b>100,0</b>

Lähde: Pakolaisneuvonta ry 2006

Vaikka lain mukaiset edellytykset turvapaikan antamiselle eivät täyty, voi oleskeluluvan saada silloin, kun henkilöllä on tarve suojeluun. Sellainen saattaa syntyä, jos asianomaista uhkaa kotimaassaan tai pysyvässä asuinmaassaan kuolemanrangaistus, kidutus tai muu epäinhimillinen tai ihmisarvoa loukkaava kohtelu taikka hän aseellisen selkkauksen tai ympäristökatastrofin vuoksi ei voi palata

sinne. Tällöin oleskelulupa on määräaikainen. Samaten oleskeluluvan voi saada, jos sen myöntämättä jättäminen olisi muusta syystä kohtuutonta. Tällainen tilanne voi syntyä esimerkiksi vaikean sairauden takia tai esimerkiksi silloin, jos turvapaikkaprosessi on venynyt vuosikausien mittaiseksi ja asianomainen on jo asettunut Suomeen, mahdollisesti mennyt naimisiin, saanut lapsia ja on työssä. Tällainenkin lupa on aluksi määräaikainen.

Lähes kolme neljäsosaa saa kannaltaan kielteisen päätöksen turvapaikkahakemukseensa ja osuus on runsas neljä viidesosaa, jos jätetään pois ne, joiden hakemus on rauennut. Näitä turvapaikanhakijoista on noin joka kymmenes.

Myönteisen turvapaikkapäätöksen saaminen on vaikeaa. Edes kidutetuksi tuleminen ja siitä aiheutuneet fyysiset ja psyykkiset vammat eivät aina ole riittäneet perusteeksi turvapaikan saamiseen (Halla 2005).

Suomeen tuli vuonna 2006 alaikäisiä ilman saattajaa olevia lapsia (non accompanied children) 130 lasta 17 maasta. Eniten heitä tuli Somaliasta (42 lasta), Afganistanista (31 lasta), Irakista (16 lasta) ja Angolasta (13 lasta). Muut maat olivat Aasiasta, Afrikasta ja entisen Jugoslavian alueelta ja yksittäisistä maista tulleiden määrä oli vain yksi lapsi tai aivan muutamia. Myönteisen päätöksen näistä sai 94 lasta, kukaan ei kuitenkaan turvapaikkastatusta. Suojeluntarve todettiin 14 lapsella, oleskeluluvan inhimillisistä syistä sai 49 lasta ja tilapäisen oleskeluluvan 31 lasta. Kielteisen päätöksen sai 27 lasta ja näistä 21:n kohdalla päätös tehtiin Dublinin sopimuksen perusteella. Hakemus oli rauennut yhdeksän lapsen kohdalla. (Ulkomaalaisvirasto 2006.)

Ilman huoltajaa saapuneet lapset sijoitettiin Suomessa Perniön vastaanottokeskukseen, jonka yhteydessä toimi 24-paikkainen ryhmäkoti. Sen vuoksi alaikäisiä ilman vanhempaa tai huoltajaa maahan tulleita lapsia ei ole tässä tutkimuksessa lainkaan.

### *Ulkomaalaiset Tampereella*

Tampereella arvioitiin oleskelevan vuoden 2004 alussa noin 120 maasta tulleita asukkaita, yhteensä 5 634 henkeä, joiden arvioitiin puhuvan 70:tä eri kieltä. Näistä suurin osa oli kotoisin Venäjältä (taulukko 7). Osa on tullut turvapaikanhakuprosessin kautta, osa muunlaisina maahanmuuttajina. Tarkkaa lukua eri maista tulleista ei ole käytettävissä. Väestörekisteristä ei saa turvallisuussyistä tietoja silloin, kun jostakin maasta on kotoisin vähemmän kuin viisi henkilöä. Se tiedetään kuitenkin, että 87 maasta on lähtöisin enemmän kuin viisi henkeä (Kuusela 2005).

Osa Venäjältä ja todennäköisesti suuri osa Virosta tulleista ovat niin sanottuja paluumuuttajia, joskin Venäjältä kotoisin olevia on tullut myös niiltä alueilta, missä edelleen on käynnissä konflikteja ja kyseiset henkilöt ovat hyvin voineet tulla turvapaikanhakuprosessin kautta. Irak, Afganistan, Iran ja Bosnia-Hertsegovina ovat maita, joissa lähimenneisyydessä on ollut sellaisia levottomuuksia, että on syytä olettaa kansalaisten tulleen turvapaikanhakumenettelyn, kiintiöpakolaisuuden tai perheenyhdistämishjelman kautta.

**Taulukko 7.** Tampereella asuvien ulkomaalaisten määrät vuonna 2004

Maa	Tampereella asuvien määrä
Venäjä	1 072
Viro	440
Irak	359
Afganistan	286
Kiina	246
Ruotsi	230
Intia	197
Iran	177
Bosnia-Hertsegovina	151
Saksa	143

Lähde: Kuusela 2005

### 5.3 Turvapaikkahakemuksen käsittelyn vaiheet

Tutkimuksen tekoaikana vuonna 2003–2004 turvapaikanhakuprosessi eteni yksinkertaistettuna seuraavanlaisesti: Turvapaikkahakemuksen jättäminen tapahtui joko rajalla passintarkastusviranomaiselle tai poliisiviranomaiselle muualla. Turvapaikkatutkinnan tekivät joko Ulkomaalaisvirasto tai paikallispoliisi. Ulkomaalaisvirasto teki päätöksen asiassa ja asianomainen joko sai myönteisen päätöksen ja hänelle ryhdyttiin järjestämään kuntasijoitusta tai kielteisen päätöksen, mistä oli valitusmahdollisuus. Valitus osoitettiin Uudenmaan lääninoikeudelle. Sen kielteisestä päätöksestä saattoi hakea Korkeimmalta hallinto-oikeudelta (KHO) valituslupaa. Vuodesta 2000 alkaen oli ollut mahdollista käsitellä hakemukset niin sanotun nopeutetun menettelyn mukaisesti.

Pakolaisneuvonta ry tarjosi turvapaikanhakijoille lainopillista apua turvapaikanhakuun ja mahdollisiin valitusprosesseihin liittyvissä asioissa.

### 5.4 Viranomaismääräykset ja ohjeistukset

Seuraavassa käsitellään lakeihin ja muihin viranomaismääräyksiin liittyviä, tutkimuksen kannalta keskeisiä asioita. Niissä keskitytään erityisesti seikkoihin, joilla on merkitystä terveydenhuoltopalveluiden järjestämiselle. Keskeisiä turvapaikanhakemisesta säätäviä viranomaismääräyksiä ovat ulkomaalaislaki ja ulkomaalaisasetus sekä laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta siihen tehtyine muutoksineen. Lisäksi asetus maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta ja eräät valtioneuvoston päätökset antavat menettelyohjeita. Euroopan neuvoston direktiivin oh-

jeet ovat samansuuntaisia YK:n määritelmien ja Suomen ulkomaalaislain kanssa.

### *Ulkomaalaislaki (UlkL) 22.12.1991/378*

Tämän tutkimuksen aihepiirin kannalta keskeiset ulkomaalaislain sisältämät osat ovat seuraavat:

- Ulkomaalaisella on oikeus käyttää avustajaa ja tulkkia ja liikkua vapaasti maassa.
- Määräaikaisen oleskeluluvan myöntämisperusteita on, jos ulkomaalaisella on suomalainen syntyperä tai muu side Suomeen tai jos painava humanitaarinen syy puoltaa luvan myöntämistä tai jos muu erityinen syy puoltaa luvan myöntämistä ja ulkomaalaisen toimeentulo Suomessa on turvattu.
- Ulkomaalaiselle annetaan turvapaikka ja myönnetään oleskelulupa, jos hän oleskelee kotimaansa tai pysyvän asuinmaansa ulkopuolella sen johdosta, että hänellä on perustellusti aihetta epäillä joutuvansa siellä vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen tai poliittisen mieltäpiteen johdosta ja jos hän pelkonsa vuoksi on haluton turvautumaan sanotun maan suojeluun. Turvapaikka voidaan jättää myöntämättä erityisestä syystä, esimerkiksi jos asianomainen on oleskellut muussa turvallisessa valtiossa ja hakenut sieltä turvapaikkaa tai hänellä olisi ollut mahdollisuus hakea turvapaikkaa tai jos asia Pohjoismaiden tekemän sopimuksen mukaan kuuluu muulle Pohjoismaalle tai jos Dublinin sopimuksen (1990) mukaan toinen sopimusvaltio on velvollinen hoitamaan asian.
- Oleskelulupa voidaan myöntää suojelun tarpeen perusteella, jos kotimaassa tai pysyvässä oleskelumaassa uhkaa kuolemanrangastus, kidutus tai muu epäinhimillinen tai ihmisarvoa loukkaava kohtelu tai asianomainen aseellisen selkkauksen tai ympäristökatastrofin vuoksi ei voi sinne palata.

### *Ulkomaalaisasetus 18.12.1994/142*

Asetus selvittää tilanteita, jolloin pysyvää oleskelulupaa ei voida myöntää. Ulkomaalaislain 68. pykälän mukainen tiedonanto on annettava asianomaisen äidinkielellä tai sellaisella kielellä, jota päätöksen saajan voi kohtuudella olettaa ymmärtävän. Asetuksen liitteessä selvitetään numero-kirjainyhdistelmät, joita käytetään oleskelulupa-asiassa (taulukko 8). Ryhmään A kuuluvat pysyväisluonteiseen maassa oleskeluun luvan saaneet henkilöt. Kahden vuoden yhtäjaksoisen A-statuksella tapahtuneen maassa oleskelun jälkeen henkilölle voidaan myöntää pysyvä oleskelulupa.

**Taulukko 8.** *Ulkomaalaisasetuksen tarkoittamat numero-kirjainyhdistelmät turvapaikanhakijoiden oleskelulupapäätöksissä (ryhmä A)*

Yhdistelmä	Numero-kirjainyhdistelmän selitys
A1	Oleskelulupa on myönnetty suomalaisen syntyperän tai muun Suomeen olevan siteen perusteella
A2	Oleskelulupa on myönnetty pitkäaikaiseksi arvioidun ammattitaitoisen työvoiman tarpeen johdosta
A3	Henkilölle on annettu turvapaikka (UlkL 30 pykälä), oleskelulupa suojelun tarpeen perusteella (UlkL 31 pykälä) tai hänelle on myönnetty oleskelulupa pakolaiskiintiön puitteissa tai muutoin painavasta humanitaarisesta syystä (UlkL 18 pykälä 1 mom. 4 kohta)
A4	Muu kuin edellä mainittu henkilö, joka oleskelee maassa pysyväisluonteisesti
A5	A-ryhmään kuuluvan henkilön tai Suomen kansalaisen perheenjäsenen silloin, kun oleskeluluvan myöntäminen perustuu ainoastaan perheenjäsenen maassa oleskeluun

*Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta (9.4.1999/493) siihen tehtyine muutoksineen (laki 15.2.2002/118, laki 30.12.2002/1292 ja laki 9.7.2004/649)*

Turvapaikanhakijoiden kannalta lain keskeinen sisältö on seuraava:

- Laki koskee henkilöä (turvapaikanhakija ja tilapäistä suojelua saava) niin kauan kunnes hänelle on myönnetty oleskelulupa tai hän on poistunut maasta.
- Turvapaikanhakijoille järjestetään majoitus, toimeentulotuki, välttämättömät sosiaali- ja terveyspalvelut, tulkkipalveluja ja muu välttämättömän perustarpeiden turvaaminen sekä työ- ja opintotoimintaa. Pykälässä todetaan, että majoitus järjestetään vastaanottokeskuksessa. Alaikäisten ilman huoltajaa tulevien vastaanottoa varten voidaan perustaa ryhmäkoti.
- Alaikäisten tai kidutuksen, raiskauksen tai muun ruumiillisen tai seksuaalisen väkivallan uhrien tai muutoin muita heikommassa asemassa olevien palvelujen järjestämisessä otetaan huomioon heidän elämäntilanteestaan johtuvat erityiset tarpeensa.
- Palveluiden järjestämisestä vastaa vastaanottokeskus.
- Turvapaikanhakijalle voidaan myöntää toimeentulotukea asianomaisen lain mukaisesti. Toimeentuloturvan myöntää vastaanottokeskus.



## *Muut suomalaiset viranomaismääräykset*

Valtioneuvoston päätöksessä pakolaisista ja eräistä muista maahanmuuttajista sekä turvapaikanhakijoiden vastaanoton järjestämisestä aiheutuvien kustannusten korvaamisesta (21.4.1999/512) säädetään muun muassa niin sanotuista laskennallisista korvauksista, joita kunta voi saada valtiolta vastaanotettuaan pakolaisia, joilla on jo oleskelulupa. Lisäksi lain viidennen pykälän kolmas momentti toteaa, että ”vamman tai sairauden edellyttämän pitkäaikaisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä kunnalle aiheutuvat huomattavat kustannukset, jos henkilö on ollut huollon tai hoidon tarpeessa Suomeen saapuessaan, voidaan korvata kunnalle valtion varoista”.

Asetus maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta (22.4.1999/511) käsittelee toimintakyvyn tukemista. Sen mukaan ”turvapaikanhakijoiden ja tilapäistä suojelua saavien omatoimisuuden säilyttämiseksi ja edistämiseksi vastaanottokeskus järjestää hyödyllistä toimintaa ja osallistumismahdollisuuksia sekä henkilökohtaista neuvontaa ja ohjausta”.

Valtioneuvoston asetuksessa pakolaisista ja eräistä muista maahanmuuttajista sekä turvapaikanhakijoiden vastaanoton järjestämisestä aiheutuvien kustannusten korvaamisesta annetun valtioneuvoston päätöksen muuttamisesta (15.7.2004/664, jolla muutetaan valtioneuvoston päätöksen 512/1999 pykälät 1, 8 ja 13) säädetään, että ”turvapaikanhakijoiden vastaanoton kustannukset korvataan ulkomaalaislaissa tarkoitettua kansainvälistä suojelua hakeneen henkilön osalta kunnes hänelle on myönnetty oleskelulupa tai hän on poistunut maasta”.

Sosiaali- ja terveysministeriön 9.8.2000 antamassa lausunnossa työministeriön toimeenpano-osastolle (allekirjoittajina osastopäällikkö ja ylilääkäri) otetaan kantaa terveystarkastuksien suorittamiseen ja siinä sanotaan muun muassa seuraavaa: ”Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveystarkastukset ovat tarpeellisia itseään koskevien terveysongelmien takia, mutta vähäisessä määrin myös heidän mahdollisesti muille aiheuttamansa tartuntavaaran vuoksi. Terveystarkastukset tehdään tutkittavan antaman suostumuksen perusteella. Mikäli uuden ulkomaalaislain perusteella on perusteltua syytä olettaa, että turvapaikanhakija poistuu maasta todennäköisesti neljän viikon kuluttua maahantulosta, voidaan alkutarkastuksen seulontatutkimuksia (laboratoriotutkimukset ja keuhkojen röntgenkuvaus) tällöin siirtää. Tutkimukset on kuitenkin hyvä käynnistää ensimmäisen 5-6 viikon kuluessa”.

## *Euroopan neuvoston direktiivi 2003/9/EY turvapaikanhakijoiden vastaanottoa jäsenvaltioissa koskevista vähimmäisvaatimuksista (27.1.2003)*

Direktiivi määrittelee muun muassa seuraavat käsitteet:

- Geneven yleissopimuksella tarkoitetaan Genevessä 28.7.1951 tehtyä pakolaisten oikeusasemaa koskevaa yleissopimusta sellaisena kuin se on muutettuna 31.1.1967 tehdyllä New Yorkin pöytäkirjalla.

- Turvapaikkahakemus on kolmannen maan kansalaisen tai kansalaisuudettoman henkilön tekemä hakemus, joka voidaan ymmärtää pyynnöksi saada kansainvälistä suojelua jostakin jäsenvaltiosta Geneven yleissopimuksen nojalla.
- Turvapaikanhakijalla tarkoitetaan kolmannen maan kansalaista tai kansalaisuudetonta henkilöä, joka on tehnyt turvapaikkahakemuksen, jonka johdosta ei ole vielä tehty lopullista päätöstä.
- Pakolainen on henkilö, joka täyttää Geneven yleissopimuksen 1 artiklan A kohdan mukaiset edellytykset.
- Vastaanotto-olosuhteilla tarkoitetaan kaikkia jäsenvaltioiden tämän direktiivin mukaisesti turvapaikanhakijoiden hyväksi toteuttamia toimenpiteitä.
- Aineellisilla vastaanotto-olosuhteilla tarkoitetaan vastaanotto-olosuhteita, joihin kuuluvat majoitus, ruoka ja vaatetus luontoisuurituksina, rahallisena etuutena tai maksukuponkien muodossa sekä päivärahaa.
- Vastaanottokeskuksella tarkoitetaan mitä tahansa paikkaa, jota käytetään turvapaikanhakijoiden joukkomajoitukseen.

Direktiivi määrittelee myös perheenjäsenet, alaikäiset ja joitakin muita yksittäisiä asioita.

Jäsenvaltiot voivat ottaa käyttöön tai pitää voimassa vastaanotto-olosuhteita koskevia suotuisampia säännöksiä turvapaikanhakijoiden ja heidän läheisten sukulaistensa osalta, jotka oleskelevat samassa jäsenvaltiossa ja ovat hakijan huollettavina, taikka humanitaarisista syistä, sikäli kuin nämä säännökset ovat direktiivin mukaisia.

Viimeistään 15 päivän kuluessa hakemuksesta on turvapaikanhakijalle kerrottava vastaanotto-olosuhteisiin liittyvistä etuuksista ja velvollisuuksista ja varmistettava, että hakijat saavat tietoja erityistä oikeusapua antavista järjestöistä ja ryhmistä (mukaan lukien terveydenhoitoa koskevat tiedot) ja että tiedot annetaan kirjallisesti ja mahdollisuuksien mukaan kielellä, jota hakijoiden voidaan kohdella odottaa ymmärtävän. Tarvittaessa tiedot voi antaa suullisestikin.

Yleensä turvapaikanhakijat saavat liikkua vapaasti koko jäsenvaltion alueella. Lisäksi perheen yhtenäisyys on pyrittävä säilyttämään.

Lääkärintarkastuksista todetaan seuraavaa: ”Jäsenvaltiot voivat vaatia, että hakijoille tehdään kansanterveydellisiin syihin perustuva lääkärintarkastus”. Tämä tarkoittanee vakavaa tartuntatautiriskiä tai muuta vastaavaa terveysvaaraa yhteisölle.

Direktiivissä käsitellään yksityiskohtaisemmin aineellisia vastaanotto-olosuhteita, kuten asumista ja siihen liittyviä seikkoja. Siinä säädetään muun muassa, että henkilökunnan on oltava asianmukaisesti koulutettua ja että heitä koskee kansallisen lainsäädännön mukainen salassapitovelvollisuus ja että oikeudellisilla avustajilla pitää olla vapaa pääsy keskuksen avustamaan asiakkaitaan.

Direktiivi säätelee terveydenhuollosta (artikla 15) hyvin lyhyesti ja sisältää kaksi alakohtaa:

- Jäsenvaltioiden on huolehdittava siitä, että hakijat saavat tarpeellisen terveydenhuollon, joka käsittää vähintään ensiavun sekä sairauden kannalta välttämättömän hoidon.
- Jäsenvaltioiden on järjestettävä tarpeellinen lääketieteellinen tai muunlainen hoito turvapaikanhakijoille, joilla on erityistarpeita.

Direktiivi määrittelee (artikla 17) yleisperiaatteet niiden henkilöiden kohtelusta, joilla on erityistarpeita. Tällaisiksi henkilöiksi se luettelee alaikäiset, ilman huoltajaa tulevat alaikäiset, vammaiset, vanhukset, raskaana olevat naiset, yksinhuoltajat, joilla on alaikäisiä lapsia sekä kidutuksen, raiskauksen tai muun vakavan psyykkisen, fyysisen tai seksuaalisen väkivallan kohteeksi joutuneet henkilöt. Turvapaikanhakijan tilanne on täytynyt arvioida yksilöllisesti.

Direktiivi toteaa (artikla 18), että kaikenlaisten väärinkäytösten, laiminlyöntien, hyväksikäytön, kidutuksen tai julman, epäinhimillisen ja halventavan kohtelun uhriksi joutuneille ja aseellisista selkkauksista kärsineille alaikäisille annetaan kuntoutusta ja että soveltuvia mielenterveyspalveluita kehitetään ja pätevää neuvontaa annetaan tarvittaessa.

Direktiivissä todetaan (artikla 20), että ”jäsenvaltioiden on huolehdittava, että kidutuksen, raiskauksen tai muun vakavan väkivallanteon kohteeksi joutuneet henkilöt saavat tarvittaessa edellä mainittujen tekojen aiheuttamien vammojen edellyttämää hoitoa”.

Kaikkiaan siis perustasoisesta hoidosta ei sanota paljonkaan. Sen sijaan erityistarpeisten hoidosta esitetään selkeästi tarve järjestää hoitoa. Artikla 24 edellyttää riittävien henkilöresurssien (huomioiden koulutus ja sukupuolijakauma) sekä varojen varaamista direktiivin täytäntöön panemiseksi. Artikla ei näyttäisi antavan mahdollisuutta vedota resurssien puutteeseen.

### *Henkilötietolaki*

Euroopan Unionin tietosuojadirektiiviin perustuvan henkilötietolain 523/1999 (22.4.1999/523) kolmannen luvun 11 pykälän mukaan arkaluonteisten henkilötietojen käsittely on kielletty. Arkaluonteisina tietoina pidetään esimerkiksi henkilötietoja, jotka kuvaavat tai on tarkoitettu kuvaamaan rotua tai etnistä alkuperää, henkilön yhteiskunnallista, poliittista tai uskonnollista vakaumusta tai ammattiliittoon kuulumista tai rikollista tekoa, rangaistusta tai muuta rikoksen seuraamusta. (Henkilötietolaki 1999.)

Viranomaisten keräämät tilastotiedot hoitoilmoitusrekistereistä, sairaaloiden poliklinikkakäyntirekistereistä ja muista vastaavista rekistereistä tuottavat tietoa tilastolliseen tarpeeseen, mutta niiden tulokset tulevat viiveellä. Niistä ei ole apua käsiteltäessä vastaanotolla olevan henkilön ongelmia tai suunniteltaessa toimintaa lyhyellä aikavälillä.

## *Lasten oikeuksien julistus*

YK:n yleiskokouksen päätöslauselmassa 44/25, mikä on annettu 20.11.1989, todetaan muun muassa seuraavia lapsen oikeuksia koskevia asioita:

- Lapsella tarkoitetaan alle 18-vuotiasta, ellei laissa muuten määritetä aikaisempaa ikärajaa.
- Lapsia ei saa erotella vanhempien aseman perusteella.
- Kaikkien lasten kanssa toimivien (yksityisten ja julkisten) on otettava huomioon ensisijaisesti lapsen etu.
- Lasta ei saa erottaa vanhemmistaan vastoin tahtoaan, paitsi jos laki sen sallii ja se on lapsen edun mukaista. Tällöinkin lapsella on oikeus ylläpitää yhteyttä vanhempiinsa.
- Hakemukset perheen yhdistämiseksi on käsiteltävä myönteisesti, humanisti ja kiireellisesti.
- Lasta tulee suojella kaikenlaiselta ruumiilliselta ja henkiseltä väkivallalta, vahingoittamiselta ja pahoinpitelyltä, laiminlyönniltä, välinpitämättömältä tai huonolta kohtelulta tai hyväksikäytöltä, mukaan lukien seksuaalinen hyväksikäyttö.
- Lapselle, joka on tilapäisesti tai pysyvästi vailla perheen turvaa tai jonka edun mukaista ei ole antaa hänen pysyä perhepiirissä, on oikeus valtion antamaan erityiseen suojeluun ja tukeen.
- Lapsen, joka yksin tai yhdessä vanhempiensa tai kenen tahansa muun henkilön kanssa anoo pakolaisen asemaa tai jota pidetään pakolaisena soveltuvien kansainvälisen tai kansallisen oikeuden menettelytapojen mukaan, tulee saada asianmukaista suojelua ja humanitaarista apua. Valtioiden tulee ponnistella vanhempien tai muiden perheenjäsenten löytämiseksi ja jos sellaisia ei löydetä, on lapsen saatava sellaista suojelua kuin syystä tai toisesta perheen turvaa pysyvästi tai tilapäisesti vailla olevalle lapselle tämän yleissopimuksen mukaisesti annetaan.
- Lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista.
- Peruskoulutuksen lapselle tulee olla pakollista ja maksutonta.
- Lasta ei saa kiduttaa eikä kohdella tai rangaista julmalla, epäinhimillisellä tai halventavalla tavalla. Kuolemanrangaistusta tai elinkautista tuomiota ilman vapautumismahdollisuutta ei saa langettaa alle 18-vuotiaana tehdyistä rikoksista.
- Sopimusvaltioiden edellytetään ryhtyvän kaikkiin asianmukaisiin toimiin edistääkseen minkä tahansa laiminlyönnin, hyväksikäytön, pahoinpitelyn, kidutuksen tai muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen tai aseellisen selkkauksen uhriksi joutuneen lapsen ruumiillista ja henkistä toipumista sekä yhteiskunnallista sopeutumista. Toipumisen ja sopeutumisen on tapahduttava ympäristössä, joka edistää lapsen terveyttä, itsekunnioitusta ja ihmisarvoa. (UNICEF 1989.)

## *Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus*

YK:n yleiskokous on 10.12.1948 hyväksynyt Ihmisoikeuksien yleismaailmallisen julistuksen, joka kuuluu seuraavasti: Kaikki ihmiset syntyvät vapaina ja tasa-vertaisina arvoltaan ja oikeuksiltaan. Heidän on toimittava toisiaan kohtaan veljeyden hengessä. Jokainen on oikeutettu kaikkiin tässä julistuksessa esitettyihin oikeuksiin ja vapauksiin ilman mitään erotusta. Kullakin yksilöllä on oikeus elämään, vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. Ketään ei saa kiduttaa eikä kohdella tai rangaista julmasti, epäinhimillisesti tai alentavasti. Ketään ei saa mielivaltaisesta pidättää, vangita tai ajaa maanpakoon. Jokaisella vainon kohteeksi joutuneella on oikeus hakea ja nauttia turvapaikkaa muissa maissa. (Tähän oikeuteen ei voida vedota, kun on kysymys epäpoliittisista rikoksista johtuvista syytteistä tai teoista, jotka ovat vastoin Yhdistyneiden Kansakuntien periaatteita ja päämääriä.) Jokaisella ihmisellä on ajatuksen, omatunnon ja uskonnon vapaus. Jokaisella on oikeus mielipiteeseen ja sananvapauteen. Äideillä ja lapsilla on oikeus erityiseen huoltoon ja apuun. Jokaisella on oikeus sellaiseen yhteiskunnalliseen ja kansainväliseen järjestykseen, jonka puitteissa tässä julistuksessa esitetyt oikeudet ja velvollisuudet voivat täysin toteutua. Jokaisella ihmisellä on velvollisuuksia yhteiskuntaa kohtaan, koska vain sen puitteissa hänen yksilöllisen olemuksensa vapaa ja täysi kehitys on mahdollinen. (United Nations 1948.)

# 6 Turvapaikanhakijoiden terveydentilaa ja terveystalvveluja koskevia aiempia tutkimuksia

Tutkimuksia turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten terveydentilasta on tehty eri puolilla maailmaa. Tutkimuksiin on varmasti ryhdytty usein sen innoittamana, että omalle alueelle on tullut maahan pyrkijöitä. Eräänä vaikuttimena on ehkä ollut myös sen selvittäminen, aiheuttavatko tulijat terveystalvrisin perusväestölle. Infektio-tautien ja muiden somaattisten sairauksien lisäksi mielenkiinto on yhä enemmän kohdistunut psykologisiin tekijöihin ja tulijoiden traumatisoitumiseen ennen muuttoa, sen aikana ja sen jälkeen.

Maahanmuuttajien terveydenhuollon erityiskysymyksiin on Suomessa paneuduttu hyvin vähän ja erityisesti maahanmuuttajien psykiatriseen hoitoon pe-rehtynyttä henkilökuntaa on vähän. Henkilökuntaresursseja ei ole yleensä arvioi-tu maahanmuuttajien hoidon tarpeiden mukaisesti. (Halla 2007.)

Euroopassa olevista turvapaikanhakijoista kaksi kolmasosaa on Saksassa. Prossin mukaan suhtautuminen turvapaikanhakijoihin on siellä muuttunut ko-veemmaksi. Järjestelmä ei säästä veronmaksajien rahoja, kuten on odotettu, vaan tekee turvapaikanhakijoiden elämän hankalaksi. Lisäksi hallinnolliset menettely-tavat, joita täytyy noudattaa terveystalvveluita turvapaikanhakijoille järjestettäes-sä, ovat johtaneet byrokratiaan ja lisääntyneisiin kustannuksiin. Pross totesi jo vuonna 1998, että turvapaikanhakijoille on tarjolla vain kolmannen luokan terveystalvveluita. (Pross 1998.)

## 6.1 Turvapaikanhakijoiden kokemukset

Syitä pakolaisuuteen on useita. Tavallisia syitä ovat sodat, poliittinen tai muu vaino tai luonnonolosuhteet. Pakolaisilla voi olla kokemuksia kuolemasta ja per-heestä tai ystäväistä eroon joutumisesta sekä kidutuksesta tai hyväksikäytöstä joko asuinympäristössään tai vankeudessa ollessaan. Turvapaikkaa hakevien koti-maissa tiedetään tapahtuvan myös tahallista nälkiinnyttämistä tai tarttuville tau-deille altistamista. Monet ovat paenneet naapurimaihin, joissa heidät on sijoitettu pakolaisleireihin. Niissä on saattanut olla ahtautta, väkivaltaa sekä huono ravit-semus- ja hygienia-tilanne, mikä on altistanut tarttuville taudeille. Lisäksi niissä on saattanut olla vaatimattomat terveydenhuoltopalvelut. Pitkä oleskelu tällaisis-

sa leireissä on saattanut johtaa depression, ahdistuneisuuteen ja passivoitumiseen. Pakolaisten lapset ovat saattaneet jäädä vaille koulunkäyntimahdollisuutta ja saattavat kärsiä samoista oireista kuin vanhempansa. Epävarmuus turvapaikanhaun lopputuloksesta on vaikuttanut stressaavasti. Erityisesti silloin, jos asianomaiset on sijoitettu tiukemmin vartioituihin keskuksiin (detention centres), on asukkaiden kesken lisäksi jännitteitä. (Harris ja Zwar 2005.)

Pakolaiset joutuvat usein käyttämään samoja matkareittejä kuin laittomat maahantulijat ja ihmissalakuljettajat. Ehkä osittain tästä syystä heidät liitetään helposti samaan ryhmään. On esitetty myös huolestuneita kannanottoja turvapaikanhakijoiden kohtelun tiukentumisesta syyskuun 2001 terrori-iskun jälkeen ja pakolaisuuden sekoittamisesta terrorismiin ja rikollisuuteen. (Kurki 2005, Suomen tietotoimisto 2006.)

Usein pieniä pakolaisryhmiä sijoitellaan eri puolille maata, alueille, jotka ovat suhteellisen harvaan asuttuja verrattuna sijoitettujen kotimaihin, jotka ovat usein erittäin tiheään asuttuja. Tämä luo ristiriitatilanteen, ja yksinäisyys onkin monen kokema ongelma. (Sariola 2003.)

Viime aikoina UNHCR on huolestunut siitä, että pakolaisia leimataan yhä enenevässä määrin laittomiksi maahanmuuttajiksi, mahdollisiksi terroristeiksi ja rikollisiksi – tai vähintään huijareiksi (Suomen tietotoimisto 2006). UNHCR:n uusi johtaja Antonio Guterres totesi, että pakolaiset eivät muuta siksi, että haluavat parantaa tilannettaan, vaan koska heitä vainotaan. Lännessä pakolaisuus on alettu sekoittaa terrorismiin ja rikollisuuteen. (Kurki 2005.)

Turvapaikanhakijat ovat vielä uudessa maassaankin huolestuneita taakse jääneiden perheenjäsentensä ja ystäviensä tilanteesta. Lisäksi toisen puolison joutuminen kidutetuksi aiheuttaa usein ristiriitoja puolisoitten välillä. (Sourander 2007.)

## 6.2 Kidutus ja väkivalta erityisongelmana

Kidutusta harjoitetaan edelleen yli puolessa maailman maista, vaikka osa näistä on allekirjoittanut YK:n kidutuksenvastaisen sopimuksen (Pakaslahti 2007). Kidutusta käytetään vallan välineenä ja pelon ilmapiirin luomiseksi. Kidutustapausten tunnistaminen on vaikeaa. Tämä mahdollisuus tulisi pitää mielessä monimuotoisten psyykkisten ja outojen kipuoireiden taustalla. Eri puolilla maailmaa käytetään melko samanlaisia menetelmiä. Fyysinen kidutus voidaan jakaa äärimmäistä kipua aiheuttavaan, äärimmäistä kuolemanpelkoa aiheuttavaan, välitöntä kuolemanuhkaa aiheuttavaan, äärimmäistä uupumusta aiheuttavaan sekä elinvaurioita ja pysyviä elimellisiä vammoja aiheuttavaan. Pysyviä ja näkyviä vammoja kuitenkin pyritään välttämään. Psyykkisellä kidutuksella pyritään tuhoamaan uhrin persoonallisuus, ja se onkin tehokkaampaa kuin fyysiset keinot. Seksuaalikiidutuksessa yhdistyvät molemmat muodot. (Ruuskanen 2007.)

Lontoossa toimiva kidutuksen uhrien hoidon säätiö on julkaissut Zairesta tulleille 92 turvapaikanhakijalle tehdyn retrospektiivisen tutkimuksen siitä, mitä

maan silloinen poliittinen järjestelmä ja vankilaolot olivat aiheuttaneet tutkittujen terveydelle. Aineisto oli vuosilta 1993–1994. Tutkituista 81 oli ollut vangittuina ja loppujakin olivat turvallisuusjoukot kohdelleet hyvin huonosti. Heistä 66 oli ollut vankilassa ainakin vuoden. Vankilan saniteettioloit olivat huonot. Ruoka oli huonolaatuista, eikä sitä aina ollut edes saatavilla. Kaikkia oli piesty pidätyksen yhteydessä ja kahta lukuun ottamatta toistuvasti myös vankilassa. Lähes kaikkia naisia ja joitakin miehiä oli hyväksikäytetty seksuaalisesti. Lähes kaikki pääsivät vankilasta pois lahjonnan avulla tai siksi, että vartijalla oli jotain yhteistä vangin kanssa. Seitsemänkymmenen turvapaikanhakijan arvioitiin saaneen pysyviä psyykkistä vauriota ja 72:lla oli kertomukseen sopivia arpia. (Peel 1996.)

Pakolaisista kidutusta kokeneiden määräksi on arvioitu noin kolmasosa (Vainikainen 2002, Järvi 2003). Toiset arviot vaihtelevat, on arvioitu 5–35 prosentin kaikista pakolaisista joutuneen kidutuksen kohteeksi kotimaassaan. Hyvin harvat ammattilaisetkaan tietävät esimerkiksi, mitä neurologisia terveysongelmia kidutuksesta voi seurata. Hakkaaminen, ampumahaavat, pistohaavat, tukehduttaminen, pitkäaikainen riiputus ja sähköiskujen antaminen voivat vaikuttaa keskushermostoon. Uhreilla on yleisesti päänsärkyä, huimausta ja tajunnanmenetyksiä. Niitä on voinut olla kidutuksen aikana ja sen jälkeen. Hoito on samanlaista kuin muillakin vastaavilla potilailla, mutta lähestymistapa on erilainen ja erityisen tärkeää on välttää asianomaisen uudelleen traumatisoiminen. (Moreno ja Grodin 2002.)

Monet turvapaikanhakijat olivat kokeneet traumaattisia tapahtumia, ja ne olivat selvässä yhteydessä kaikkiin terveysongelmiin. Johtopäätöksenä olikin, että terveydenhuoltojärjestelmän tulee huolehtia siitä, etteivät ongelmat pääse lisää kumuloitumaan. (van den Heuevel 1998.)

Monet ovat poliittisen tai kansallisuuteen kohdistuvan vainon vuoksi joutuneet vankilaan ja kidutetuiksi. Monet ovat menettäneet kotinsa ja toimeentulonsa, ja heidän perheenjäseniään on surmattu. Monissa perheissä on myös pieniä lapsia, jotka ovat kokeneet vaikeita väkivaltatilanteita. (Halla 2005.) Mahdollinen kidutuksen kokeminen vaikuttaa koko perheeseen (Vainikainen 2002). Kidutuksen ja pahoinpitelyn lisäksi turvapaikanhakijoilla voi olla kokemuksia seksuaalisesta väärinkäytöstä (Harris ja Zwar 2005).

Tutkimukset, joita on tehty turvapaikanhakijoiden kuulemisesta, osoittavat, että vihjeet siitä, että asianomainen on kokenut kidutusta tai traumaa, jätetään usein huomiotta (Pross 1998). Kidutuksen jälkiseurauksena tulleita vammoja ei ole ehkä hoidettu asianmukaisesti, ja niistä on jäänyt jälkiseurauksia. Esimerkkeinä tästä ovat huonosti luutuneet murtumat ja osteomyeliitti sekä pään vammoista seuranneet epilepsia ja kuurous tai epäspesifiset tuki- ja liikuntaelimistön kivut ja heikkous. Raiskauksen uhreilla on psyykkisten vammojen lisäksi vielä riski saada HIV ja muita sukupuolitauteja. (Harris ja Zwar 2005.)

Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa asioineilla potilailla on havaittu runsaasti metabolista oireyhtymää, diabetesta sekä sydän- ja verisuonitauteja melko nuorillakin. Niinpä potilaan tarkka somaattinen tutkiminen on tärkeää (Ruuskanen 2007).



## 6.3 Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon järjestäminen

Tarkastelu on tehty siitä näkökulmasta, mitä seikkoja eri lähteiden mukaan tulee ottaa huomioon hoidettaessa turvapaikanhakijoita.

### *Terveydenhuollon taso ja työn vaatimukset*

Suomen Lääkäriliiton hallitus on päätöksellään yhtynyt Maailman Lääkäriliiton päätöslauselmaan. Sen mukaan pakolaisten terveydenhuollon periaatteet ovat seuraavanlaiset:

- Lääkäreillä on velvollisuus antaa asianmukaista hoitoa potilaan kansalaisuusasemasta riippumatta. Hallitukset eivät saa evätä potilailta oikeutta saada riittävää hoitoa, eivätkä ne saa puuttua lääkäreiden velvollisuuteen hoitaa potilaita.
- Lääkäreitä ei saa pakottaa osallistumaan pakolaisten rankaisemiseen tai oikeudenkäyntitoimiin eikä tekemään heille sellaisia tutkimus- tai hoitotoimenpiteitä, jotka eivät perustu lääketieteellisiin syihin, kuten rauhoittavan lääkityksen antamiseen maasta karkottamisen helpottamiseksi.
- Lääkäreille pitää antaa asianmukaisesti aikaa ja riittävästi voimavaroja, kun he arvioivat turvapaikkaa hakevien pakolaisten fyysistä ja henkistä tilaa.

*(Suomen Lääkäriliiton hallituksen päätöksiä, Suomen Lääkärilehti 17/1999)*

Terveyspalveluita tulee olla tarjolla kaikilla terveydenhuollon tasoilla ja toiminnan tulee perustua tieteellisesti päteviin ja näyttöön perustuviin toimintamuotoihin, jotka ovat sosiaalisesti ja kulttuurillisesti hyväksyttäviä. Lisäksi kliinisten palveluiden henkilökuntamitoituksen pitää olla asianmukainen huomioiden hoidettavan väestön tarpeet (The Sphere Project 2004).

The New South Wales Refugee Health Service on laatinut ohjeiston kidutusta tai traumaa kärsineiden pakolaisten hoidosta. Siinä asetetaan yleislääkärille kuusi tehtävää:

- tällaisten potilaiden tunnistaminen
- sen ymmärtäminen, minkälaisissa oloissa kidutus ja trauma ovat tapahtuneet ja mitä se merkitsee asianomaiselle ja hänen perheelleen ja ympäristölleen
- fyysisten ja henkisten ongelmien arviointi
- selviytymissuunnitelman laatiminen yhdessä potilaan kanssa
- potilaan lähettäminen asianmukaiseen jatkohoitopaikkaan
- sen tiedostaminen, mitä nämä asiat vaikuttavat hoitavaan lääkäriin. (Harris ja Zwar 2005.)

Kasvatustieteiden tohtori Liisa Riikonen, joka on sairaanhoitajana itsekin tehnyt useita ulkomaankomennuksia vaikeissa olosuhteissa, on väitöskirjassaan käsitellyt niitä tiedollisia ja taidollisia valmiuksia, joita voidaan edellyttää Suomen Punaisen Ristin tai muun järjestön kautta katastrofi- tai kenttälääkintätehtävään lähtevältä sairaanhoitajalta. Hänen tutkimuksessaan on käsitelty tilanteita, joissa sairaan- tai terveydenhoitaja on työskennellyt muun muassa pakolaisten parissa joko katastrofin koskettamassa maassa tai jossakin naapurimaista ja niitä valmiuksia, joita tehtävän hoitaminen hoitohenkilökunnalta vaatii. Keskeisiksi erityisolosuhteiden ammattitaidon osaamisalueiksi hän identifioi laaja-alaisuuden, reflektiivisen toimintatavan, kulttuuriin asettumisen taidot ja niin sanotun transferin osaamisen taidon, jolla hän tarkoittaa taitoa sovittaa teoriaa käytäntöön. Menestyksellinen vastaaminen avuntarpeeseen riippuu tilanteesta, tehtävästä, toimintaympäristöstä, avunsaajista, kulttuurista, yhteistyökumppaneista ja tehtävää hoitavasta tiimistä. (Riikonen 2005.) Samoja valmiuksia ja taitoja tulisi olla turvapaikanhakijoiden kanssa työskentelevillä ammattilaisilla, niin lääkäriellä, hoitajilla kuin muillakin vastaanottokeskuksen työntekijöillä.

Ranskassa on järjestelmä, jossa turvapaikanhakija voi vedota terveydelliseen seikkaan saadakseen turvapaikan. Tällöin alueen hallinnollinen viranomainen (prefekti) pyytää lääkärinlausuntoa asiasta. Maaliskuussa 2002 selvitettiin sitä, miten yhteneväisesti eri lääkärit määrittelivät sellaisen sairauden olemassaolon, joka voisi olla turvapaikan myöntämisen perusteena. Lääkärien suositukset vaihtelivat paljon. Johtopäätöksenä tutkijat esittävät, että huolimatta matalasta vastausprosentista tutkimus osoittaa lääkäreiden antamien suositusten subjektiivisuuden ja samalla herättää kysymyksen niiden oikeudenmukaisuudesta. Tämä subjektiivisuus näyttäisi liittyvän siihen, että lääkäreille esitetty kysymyksenasettelu on häilyväinen ja toisaalta siihen, että heiltä puuttuu referenssirohjeistus, johon nojautua suosituksen teossa. (La Ruche ja Brunet 2005.)

### *Luottamuksellisuus*

Hoidettavana olevan maahanmuuttajan ja hoitohenkilön välinen luottamus on erityisen tärkeä kysymys. Lääkärin tulee pitää mielessään psyykkisten traumojen mahdollisuus, joka voi nousta esille muiden sairauksien hoidon yhteydessä. Asiantonomainen ei ehkä halua puhua traumaista, eikä häntä tule pakottaa siihen, ellei ole tarjolla mahdollisuutta saada asianmukaista hoitoa. Potilaat voivat kokemustensa perusteella epäillä julkisia (hallituksen tarjoamia) palveluita. On tärkeää huomata, että potilas on saattanut tulla kidutetuksi niin, että siinä on ollut mukana myös terveydenhuollon ammattilaisia, hammaslääketiede mukaan luettuna. (Harris ja Zwar 2005.)

Ihmisen, joka on omassa maassaan joutunut monenlaisen sorron kohteeksi, voi olla hyvin vaikea rakentaa luottamuksellista suhdetta keneenkään viranomaiseen. On tärkeää yrittää ymmärtää esimerkiksi, millaista on ollut elää 15 vuotta pakolaisleirissä, synnyttää ja kasvattaa lapsia ja jatkuvasti kantaa mukanaan väärä kokemusta. (Vainikainen 2002.)

Suhtautuminen myös terveydenhuoltoviranomaisiin voi olla epäluuloista, koska saatetaan ajatella, ettei viranomaisiin yleensäkään voi luottaa (Lears ja Abbot 2005). Todennäköisesti ainakaan ensimmäisellä käynnillä ei puhuta arkaluontoisista asioista (Salmi 2002).

### *Vastaanoton järjestelyt*

Maahanmuuttajapotilaat tarvitsevat normaalia pitemmän vastaanottoajan, jopa kaksinkertaisen ajan asioidensa hoitamiseen. Heillä saattaa olla useita välitöntä hoitoa vaativia tarpeita, ja myös tulkin kanssa työskentely vaatii runsaasti aikaa. Terveystarkastus saattaa kestää jopa useita tunteja, jos siihen liitetään myös neuvontaa ja terveystarkastusta. (Launiala ym. 2004, Siikamäki 2004, Harris ja Zwar 2005.)

Vastaanottoaikojen noudattamatta jättäminen herättää helposti tunteita. On helppo löytää selityksiä sille, etteivät maahanmuuttajat toimi samoin kuin suomalaiset. Guled toteaa, että kulttuureissa, joissa kommunikointi tapahtuu pääasiassa suullisesti, ihmiset eivät tee asioita aikataulun mukaan (Guled 1992).

Ongelman ratkaisuksi on esitetty rakentavia ehdotuksia. Maahanmuuttajille tulisi selittää huolellisesti suomalaisia toimintatapoja, ja myös joustavuutta heidänkin puoleltaan tulisi peräänkuuluttaa (Launiala ym. 2004). Sariolan mukaan potilaat noudattavat ilmeisesti kotimaissaan vastaanottoaikoja ja tilanne onkin muuttunut vasta heidän Suomeen tultuaan. Hän arvelee, että rasismien pelossa arastelemme vaatia maahanmuuttajilta maan tapojen, eli vastaanottoaikojen noudattamista. Hän ehdottaa ratkaisuksi puuttumista siihen asiallisesti. (Sariola 1998.)

### *Potilaiden kohtaaminen*

Ulkomaalaisen potilaan kohtaaminen on aina haaste, ja turvapaikanhakijoilla on heidän taustaansa ja elämäntilanteeseensa liittyviä erityispiirteitä (Salmi 2002). Kukaan ei voi hallita kaikkien kulttuurien kaikkia yksityiskohtia, mutta aina voi ottaa avoimesti puheeksi asiat, joita ei tiedä. Omien ennakkoluulojen tutkiminen on meille jokaiselle tärkeää. (Vainikainen 2002.)

Turvapaikanhakijoiden hoito kannattaisi keskittää yhdelle tai muutamalle lääkärille, siis ”omalääkärille”, joka oppisi tuntemaan asianomaisten taustoja ja turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltojärjestelmässä käytettäviä menettelyjä. Väärinymmärryksen mahdollisuus on suuri, ja siksi selitysten tulee olla yksinkertaisia. Työskenneltäessä turvapaikanhakijoiden kanssa työntekijä voi itsekin ahdistua, ja kidutettua hoitavalla on suuri sijaistraumatisoitumisen vaara. (Salmi 2002, Ruuskanen 2007.)

Jos näistä ihmisistä ei piittaa ja ajattelee, että maahanmuuttaja on tullut tänne elämään meidän verorahoillamme, kannattaa jättää nämä potilaat muiden hoidettaviksi. Tärkeintä on kuunteleminen. Kidutuksesta kannattaa kysyä suoraan ja

järjestelmällisesti, erityisesti, jos asianomainen valittaa kipuja. Vastausta ei ehkä saa heti. Potilaan täytyy vain antaa puhua. (Sariola 2001, Ruuskanen 2007.)

Suomessa tutkittiin viidessä vastaanottokeskuksessa sitä, mitä seuraa kun turvapaikanhakija ja häntä hoitava klinikko ovat etnokulttuurallisesti eri ryhmistä. Tutkimuksen kohteina oli kolme parametria: potilaan itse raportoima ohjeiden noudattamishalukkuus sekä tyytyväisyys ja luottamus hoitavan lääkärin antamiin suosituksiin. Voimakkain yhteys näihin kolmeen oli sillä, että hoitavalla lääkärillä oli kykyä eläytyä toiseen kulttuuriin. (Koehn 2006.)

Uskontoon ja kulttuuriin liittyvät erot voivat aiheuttaa rajoituksia hoitoon ja jopa välttämättömästä hoidosta kieltäytymistä tai vaatimuksia toimenpiteistä, joita lääkäri pitää perusteettomina tai jopa väärinä (Huttunen 2007, Harris ja Zwar 2005).

Traumatisoituneiden potilaiden kanssa työskentelyssä tarvitaan moniammatillista tiimiä, erityisosaamista, perehtyneisyyttä ja kiinnostusta. Tarvitaan vaativaa erityispätevyyttä ja alueellisia tai valtakunnallisia työryhmiä. Työskentely vaatii moninaisia taitoja, kuten monikulttuurista osaamista, tietoa pakolaisuuteen liittyvistä terveysriskeistä, tietoa tähän väestönosaan liittyvistä psyykkisistä sairauksista ja traumaattisista prosesseista ja lopulta tietoa viranomaismenettelyistä, joka on olennaista hoidettaessa erityisryhmiä. Arviointijakson jälkeen yksittäisen potilaan hoito saattaa kestää puolestatoista kahteen vuoteen, mikä kertoo toimintaan tarvittavien resurssien suuresta tarpeesta. Lisäksi tarvitaan alaan liittyvää koulutusta, mikä Suomessa on puutteellista. Koska pelkästään maahanmuuttajien mielenterveystyöhön keskittyneiden psykiatrien määrä on hyvin vähäinen, on ala tietenkin haavoittuva. Tällaisten potilaiden parissa työskentelevä lääkäri tarvitsee tietyn kutsumuksen, jotta raskasta työtä jaksaa. (Järvi 2003, Rauta 2005.)

Pahimmillaan kulttuurinen tieto sumentaa lääkärin ammattimaisen asenteen. Potilaan eksotisoiminen, kulttuurinen stereotyyppittäminen sekä liiallinen ”ymmärtäminen” ja psykologisointi voivat estää lääkäriä näkemästä ja toimimasta ammattimaisesti. Myös hoitohenkilöstön asenteet maahanmuuttajia kohtaan voivat estää hoidon toteutumisen. (Mölsä ja Tiilikainen 2007, Halla 2007.)

Turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten kanssa työskentely voi herättää hoitohenkilökunnassa tunteita ja vaikuttaa siten negatiivisesti työn laatuun. Traumatisoituneiden potilaiden reaktiot ja kertomukset voivat aiheuttaa vastareaktioina syyllisyydentunteita, aggressiivisuutta, pelkoa ja surua. (Ginsburg ja Bäärnhielm 2007.)

### *Tulkkaus*

Lääkärit eivät aina näe tulkin käytön tarpeellisuutta, vaan luottavat turhankin optimistisesti selviävänsä englannin ja suomen kielellä (Sariola 1998). Päivystysajanahan tulkkia ei ole saatavillakaan ja silloin kannattaakin hoitaa vain ensiapuluontoiset asiat ja siirtää muut asiat virka-aikaan ja pyrkiä saamaan silloin asianmukainen tulkkaus (Salmi 2002). Tulkkauspalveluita tarvitaan erityisesti silloin, kun kyse on maahanmuuttajien oikeuksista, eduista ja velvollisuuksista

(Salo 2007).

Hoitohenkilökunta on kokenut ongelmana miehen puhumisen tai tulkkaamisen vaimon puolesta. Siksi ei voi olla varma, onko tulkattu materiaali kumpaankaan suuntaan luotettavaa, koska mies on ”perheen pää” ja saattaa ”sensuroida” tai rajoittaa informaatiota. (Launiala ym. 2004.) Sukulaisten ja tuttavien käyttämiseen tulkkinä voi liittyä luottamuskysymyksiä ja tulkkauksen epätasällisuuden vaara (Harris ja n 2005). Lasten käyttäminen tulkkeina on ongelmallista, koska he eivät aina ymmärrä tulkkaamaansa tai aihepiiri ei ole lapsille sopiva (Launiala ym. 2004).

Harris ja Zwar korostavat tulkinkäyttöä erityisesti silloin, kun potilaalla on ollut traumoja tai tilanne on muutoin emotionaalisesti herkkä (Harris ja Zwar 2005). Ammattitulkinn käyttöä puoltaa lisäksi se, että kulloinkin tulkattavan kielen lisäksi ammattitulkinn tuntevat usein myös kyseisen kielialueen kulttuurin (Sariola 1998). On välttämätöntä käyttää sellaista tulkkiä, joka ei vain osaa kieltä, vaan on sekä etnisesti että poliittisesti sopiva (Lears ja Abbot 2005). Olisi hyvä käyttää aina samaa tulkkiä saman potilaan kanssa, jos mahdollista (Sariola 2001). Puhelintulkkaus voi olla suuria kaupunkeja lukuun ottamatta helpoin vaihtoehto matkojen ja kustannusten takia. Samaten se voi tarjota anonyymimmän vaihtoehdon potilaan kannalta, koska potilas ja tulkki eivät tuolloin kohtaa silmästä silmään. (Salmi 2002.) Tämän tutkimuksen tekijän mielestä tällöin jää kyllä pois se mahdollisuus, että työntekijä voi seurata tulkkaustapahtumaa ja päätellä itse, onko tulkki ymmärtänyt asian ja ymmärtääkö potilas puolestaan asiat. Näin ollen puhelintulkkausta voi pitää myös huonompana vaihtoehtona, joskin se on toki parempi kuin ei tulkkausta lainkaan. Vaikkei itse osaisi käyttää kieltä, oppii lyhyenkin harjoittelun jälkeen arvioimaan tulkkaustapahtuman laatua. Tutkittavan kannalta anonyymiys tulkkiin nähden on hyvä asia. Toisaalta tutkittava usein varmasti haluaisi varmistaa sen, että tulkki on hänelle ”sopiva” eli ei ole lähtöisin sellaisesta etnisestä ryhmästä, joka voisi tutkittavan mielestä vaarantaa tulkkauksen puolueettomuuden, vaikka kieli olisikin sama. Tästä esimerkkinä voisivat olla vaikka Ruandan hutut ja tutsit.

Geneven yliopiston psykiatrian klinikassa tutkittiin tulkkauksen vaikutusta lääkärille tai psykiatrille lähettämiseen potilaiden ollessa sairaanhoitajan haastateltavana. Koulutettujen tulkkienn käyttö paransi kommunikaation laatua, vakavien oireiden ja traumamennisyyden esille tuloa sekä auttoi turvapaikanhakijoita orientoitumaan terapiaan. (Eytan ym. 2002.)

### *Perheenjäsenten osuus hoidossa*

Suomalaisessa kulttuurissa on tapana, että lääkärin vastaanotolle menee useimmiten vain potilas itse. Sen sijaan monissa kulttuureissa, joista maahanmuuttajat tulevat, on tapana, että koko perhe lähtee vastaanotolle. Guled toteaa, että perheenjäseniksi katsotaan usein myös sekä miehen että vaimon veljet, siskot, isoisät, isoäidit, serkut ja tädit, jotka kaikki ovat läheisissä tekemisissä toistensa kanssa. Mies päättää yleensä perheen asioista. Lääkärin ehdotus tavata potilasta

kahden kesken ja yritys lähettää seurana oleva sukulainen pois on esimerkiksi somalikulttuurissa vakava loukkaus. Jos lääkäri ei määrää potilaalle tämän vaatimaa lääkettä, hän menettää helposti potilaan luottamuksen. Usein potilas ei itse päättä, keneltä apua haetaan. Päätöksen tekevät hänen puolestaan hänen lähisukulaisensa, ystävät, "vanhat ja viisaat" ja joskus ne, joita kutsutaan "kokeneiksi potilaiksi ja lääkkeiden käyttäjiksi". (Guled 1992.) Tässä näkyy selkeästi yksilökeskeisen ja yhteisöllisen kulttuurin ja toimintatavan ero. Somalialaisen sananlaskun mukaan sairaalla miehellä on sata neuvonantajaa (Mölsä ja Tiilikainen 2007.) Mahdollisesti tarvittavaa lääkereseptiä ei voi välttämättä antaa naiselle, jos aviomies on mukana, koska lääke jää tällöin ehkä hakematta (Sariola 1998).

Käsitykset toimivasta perheestä ovat vahvasti kulttuurisidonnaisia (Sourander 2007). Perheenpään rooli ja kummankin vanhemman asema perheessä voi olla toisenlainen kuin mihin olemme tottuneet omassa yhteiskunnassamme. Meidän käsityksemme perhejärjestyksestä voi vastaavasti olla hämmentävä ja ihmetystä aiheuttava muusta kulttuurista tulevalle.

### *Arkaluontoiset asiat*

Terveystieteidenhuollossa tulee esille arkaluontoisia asioita, joista monissa kulttuureissa ei ole tapana puhua. Sellaisia ovat Launialan ym. mukaan esimerkiksi:

- psyyke, psyykkisten ongelmien ymmärtäminen sairautena, roolit perheen/suvun sisällä, lapsen asema perheessä, lasten kasvatus, perheväkivalta, perheen ongelmat
- ympärileikkaus, puberteetti, imetys, synnytykseen liittyvät asiat, perheenjäsenten keskinäiset välit, lapsen vammaisuus, tyttöjen sukupuoliasiat silloin, kun paikalla on miestulkki, sukupuoli- ja tartuntataudit, seksuaalisuus, seksuaaliasioista puhuminen koko suvun kuullen tai kun yksi sukulainen tulkaa kaikille muille
- peseytyminen, vatsan toiminnat, vessassa käyminen
- kidutus
- vakavasta sairaudesta potilaalle itselleen kertominen.

(Launiala ym. 2004.)

Maahanmuuttajat itse ovat tuoneet esille arkaluontoisina aiheina ainakin sukupuolitaudit sekä naistentaudit, jos lääkäri on miespuolinen sekä mielenterveysasiat yleensä ja sen, että ilman tulkkiä kommunikointi on vaikeaa. Suhtautuminen kipuun eri kulttuureissa, ruokakulttuuri ja potilaan hoitamisen kulttuuri sekä naisen asema tulivat myös esille. (Launiala ym. 2004.)

### *Muita kulttuuriseikkoja*

Moni turvapaikanhakijoista ei ole koskaan aikaisemmin ollut ulkomailla. He ovat joutuneet aivan uuteen ympäristöön, jonka kulttuuri ja heidän yhteiskunnallinen ja taloudellinen asemansa siinä poikkeavat huomattavasti niistä oloista,

joista he ovat lähtöisin (Guled 1992). Heissä saattaa olla pitkälle koulutettuja henkilöitä ja myös täysin luku- ja kirjoitustaidottomia. Se olisi huomioitava annettaessa kirjallisia ohjeita tai esimerkiksi opaskarttoja. (Sariola 1998.)

Sairauksien selitysmallit ja käsitykset sopivista hoidoista eroavat eri kulttuureissa: pahat henget sairauksien aiheuttajina voivat olla potilaalle yhtä todellisia kuin bakteerit ja virukset länsimaiselle lääkärille (Vainikainen 2002). Sairauden alkuperäisenä syynä voidaan olosuhteista riippuen pitää ensisijaisesti uskonnollisia, sosiaalisia, perinnöllisiä tai hengellisiä tekijöitä. Voidaan ajatella, että toisen ihmisen vahingoittaminen, rankaiseminen ja kiroaminen voivat aiheuttaa sairastumisen. Parantuminen edellyttää tällöin kontaktia yhteen tai useampaan hoitor ryhmään (parantajat, uskonnolliset johtajat ja lääkärit), jotka perustelevat sairauden oman sairauskäsityksensä mukaisesti. Odotetaan, että lääkärin määräämän lääkkeen pitäisi parantaa kaikki oireet heti tai ainakin muutaman tunnin sisällä. Potilas saattaa käyttää vain osan määrätystä lääkekuurista ja olon parannuttua heittää loput pois. (Guled 1992.) Somalit eivät yleensä tunne länsimaisia mielen-terveydenhäiriöihin liittyviä diagnooseja. Oireita kyllä tunnustetaan, mutta niitä ei välttämättä liitetä sairauteen, vaan esimerkiksi erilaisiin henkiin, noituuteen ja pahaan silmään. (Mölsä ja Tiilikainen 2007).

Terveydenhuoltohenkilöstö voi keskustella potilaiden kanssa monista tabuinakin pidetyistä asioista, kuten uskonnosta. Uskonnot – kristillisyydenkin – saattavat sisältää hyvin monenlaisia tapoja ja käyttäytymissääntöjä, joita ei yleisesti tiedetä. Myös ravitsemusasioiden käsittely potilastilanteissa on luonnollista, mutta vaatii hienotunteisuutta ja suhteellisuudentajua. (Salmi 2002, Kähkönen 2007.)

Monessa kulttuurissa on perheenjäsenten asema ollut toisenlainen kuin mihin he uudessa asuinmaassaan törmäävät. Vanhempien auktoriteettiasema saattaa muuttua, kun perheen lapset oppivat ympäristön lapsilta, kavereiltaan ja koulutovereiltaan aivan uudenlaisen mallin. Vanhemmat voivat myös odottaa uudessa kotimaassa lapsiltaan kohtuuttomia. Tämä voi johtaa ristiriitoihin sukupolvien välillä. (Sourander 2007.)

### *Lähtömaiden terveysoloista*

Alle 5-vuotiaita lapsia kuolee kehitysmaissa yhteensä kymmenen miljoonaa vuodessa – joka kuudes kuollut on lapsi. Korkea äitikuolleisuus ja HIV:n (Human Immunodeficiency Virus) leviäminen laajalle huonontaa edelleen lasten selviytymismahdollisuuksia oloissa, joissa ainoan sosiaaliturvan muodostavat sukulaiset, joiden omakin toimeentulo on heikkoa. Kehitysmaiden lapset kuolevat pääosin tavallisiin tauteihin, ripuliin ja keuhkokuumeeseen, meilläkin yleisiin lastentauteihin. Ero on siinä, että meillä ne ovat enimmäkseen lieviä tauteja, jotka voidaan helposti hoitaa. Toinen syyryhmä ovat vastasyntyneiden sairaudet, joista monet ovat infektioita, monet liittyvät raskauden ja synnytyksen ongelmiin. Kolmas tärkeä syy ovat tuhkarokko ja hinkuyskä. HIV ja trooppisille maille ominainen malaria tulevat lasten kuolinsyynä vasta näiden jälkeen. Tautitaakan taustatekijät ovat monisyiset – koko alikehittyneisyyden ja köyhyyden ongelmi-

en vyyhti. Kehitysmaiden kärsimyksen kuvaan pitää vielä lisätä joukko tekijöitä, jotka edelleen vaikeuttavat noidankehästä pääsyä: ansiotyön puute ja pienet palikat, koulutuksen puute, naisten alistettu asema, lapsityövoiman käyttö, yhteiskuntajärjestelmän heikkous, poliisin mielivalta, sorto, kidutus ja terroriteot. Monin paikoin sota, erityisesti pitkään jatkuva sisällissota tuottaa suuren määrän kuolleita, haavoittuneita ja pakolaisia. Hitaasti etenevän kehityksen suunta kääntyy päinvastaiseksi, kun varat menevät aseisiin ja työikäiset miehet ovat sodassa. (Mäkelä 2004.)

Terveydenhuoltojärjestelmän kehittymättömyys ja köyhyys voivat olla este esimerkiksi vaikean epidemian estämiseen tai pysäyttämiseen. Lintuinfluenssan tai SARSin (Severe Acute Respiratory Syndrome) tapaista infektio-ongelmaa ei voida pysäyttää, ellei maassa, jossa sitä jo on, ole toimivaa terveydenhuoltojärjestelmää. Sen lisäksi, että varaudutaan esimerkiksi lintuinfluenssaan lääkeostoin, olisi järkevää panostaa terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseen. Kehitysyhteistyömäärärahoja kannattaisi lisätä ja käyttää niitä pysyvää tulosta tuottaviin torjuntatoimiin, kuten terveydenhuoltojärjestelmien kohentamiseen köyhissä maissa tai absoluuttisen köyhyden vähentämiseen. (Sariola 2005.)

### *Terveydenhuollon laadukkaasta järjestämisestä poikkeusoloissa (esimerkiksi vastaanotettaessa suuria määriä pakolaisia)*

Punaisen Ristin liikkeen ja useiden eri muiden järjestöjen (Non Governmental Organization, NGO) aloitteesta laaditussa The Sphere Projektin kirjassa *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response* (2004) on käsitelty katastrofeihin liittyviä järjestöjen tehtäviä ja yksityiskohtaisemmin eri sektoreiden katastrofityössä tarvitsemia standardeja. Tällaisia sektoreita ovat vesihuolto, sanitaatio ja hygienia, ruokahuolto ja ravitsemus, asuminen ja avustukset sekä terveydenhuoltopalvelut. Kullakin osa-alueella on käsitelty minimistandardit, jotka tulisi täyttää ja tärkeimmät indikaattorit, joilla voidaan seurata tulosten saavuttamista ja lisäksi niihin liittyviä opastusta antavia kommentteja. Terveydenhuoltoa koskevassa luvussa käsitellään myös priorisointia. Se ei sellaisenaan ole sovellettavissa suomalaisten vastaanottokeskusten terveydenhuolto-oloihin kontekstin erilaisuudesta johtuen. Sen sijaan vaatimus toimintojen suorittamisesta koordinoitusti muiden toimijoiden kanssa on hyvin asianmukainen myös omissa oloissamme.

Teoksen mukaan perusterveydenhuollon pääperiaatteita ovat muun muassa:

- Potilaille tulee olla mahdollisuus saada tietoa, jonka avulla he voivat itse vaikuttaa terveydentilaansa edistävasti.
- Terveyspalveluita on tarjolla kaikilla tasoilla.
- Toiminta perustuu tieteellisesti päteviin ja näyttöön perustuviin menetelmiin, jotka ovat sosiaalisesti ja kulttuurillisesti hyväksyttäviä.
- Kliinisten palveluiden henkilökuntamitoituksen pitää olla tarpeisiin nähden riittävä.
- Rokotuksista vain tuhkarokkorokotusten järjestäminen on kiireellinen,



muilla Expanded Programme on Immunization (EPI) -rokotuksilla ei ole niin kiire.

- Tarttuvia tauteja sairastavia tulisi rohkaista hakeutumaan ajoissa hoitoon. Erytisesti pikkulasten, raskaana olevien naisten ja vanhusten tulisi hakeutua hoitoon silloin, kun on kuumetta, yskää ja ripulia.
- Ei-tarttuvien tautien osalta korostetaan ensiapu- ja elvytysvalmiutta.
- Väestöllä pitäisi olla mahdollisuus perhesuunnittelupalveluihin. Erytisesti korostetaan sukupuolisen väkivallan kohteina olleiden tunnistamista ja identifiointia.
- Kulttuurisia ja uskonnollisia tapoja pitäisi pystyä jatkamaan ja väestöllä pitäisi olla mahdollisuus osallistua hyödyllisiin aktiviteetteihin.
- Akuuttia psyykkistä stressiä ja traumaattista stressihäiriötä kokevien ja muita psyykkisiä häiriöitä valittavien tulisi saada perusterveydenhuollossa asianmukaisia palveluita. Niiden, joilla on jo aiemmin ollut häiriöitä ja ehkä jo hoitojakin, pitäisi saada jatkaa asianmukaista hoitoaan viivytyksettä ja ilman katkoksia.
- Laajassa katastrofitilanteessa tulisi koordinoitusti eri järjestöjen kesken sopia siitä, mikä järjestö ottaa huolehtiakseen vakavien somaattisten pitkäaikaissairauksien hoidon. Niihin tarvittavia lääkkeitä tulisi olla käytettävissä riittävästi. (The Sphere Project 2004.)

Sphere-projektin suositusraportin eri sektoreille antamia toimintaohjeita on eri kansainvälisten järjestöjen keskeisissä neuvotteluissa sovittu noudatettavan katastrofitilanteissa. Tällöin kaikki katastrofialueella toimijat tietävät, miten muut toimivat ja miten heidän itsensä oletetaan toimivan.

Hyvään turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltoon kuuluu se, että kaikilla perheenjäsenillä on yksi yhteinen palvelupiste, täydelliset tulkkipalvelut käytettävissään ja että kaikille tehdään monipuolinen terveystarkastus, johon kuuluu laaja psyykkisen terveyden kartoitus. Järjestelyyn tulee kuulua tiedonkeruu ja sen evaluointi sekä palveluntuottajien koulutus. (Kennedy ym. 1999.)

Alma-Atan julistuksessa esitettiin jo vuonna 1978 perusterveydenhuollon tavoiteltava vaatimustaso. Tarkoitus oli, että sen rohkaisemana ja kannustamana saataisiin kattavat terveydenhuoltojärjestelmät kaikille maailman asukkaille tavoitteena terveys kaikille vuosituhatvuotisen vaihteeseen mennessä. Julistuksessa terveys todettiin jokaisen ihmisen perusihmisoikeudeksi. Julistuksessa todettiin, että terveyden saavuttaminen edellyttää riittävien voimavarojen osoittamista terveys- ja muille sektoreille. Perusterveydenhuoltojärjestelmä on avainasemassa tämän tavoitteen saavuttamisessa. Sen kautta pitää yhteisön terveyden pääongelmiin vastata tarjoamalla riittävät ennaltaehkäisevät, hoitavat ja kuntouttavat palvelut. Yleisiin sairauksiin ja tapaturmiin pitää tarjota asianmukaiset hoitomahdollisuudet. Lisäksi perusterveydenhuollon tukena pitää olla sitä tukeva integroitu lähetejärjestely erikoisalojen hoitoihin. (World Health Organization 1978.)

Perusterveydenhuolto voidaan ymmärtää neljällä tavalla. Sitä voidaan pitää joukkona terveydenhuollon toimintoja, hoidon tasona, strategiana järjestää terveydenhuolto tai koko terveydenhuoltoa leimaavana filosofiana. (Vuori ja Bar-

nard 2006a.)

Alma-Atan julistus sai Euroopan maat arvioimaan terveydenhuoltoaan. Joisakin Maailman terveysjärjestön jäsenmaissa julistus johti todelliseen uudistukseen, mutta useimmissa sen vaikutus pysähtyi ”Alma-Atan retoriikan” tasolle. Maailma ei kuitenkaan ole pysynyt paikallaan. Monet perusterveydenhuollon tarpeeseen ja kehittämismahdollisuuksiin vaikuttavat tekijät ovat muuttuneet. (Vuori ja Barnard 2006b.)

Monet uudistukset ovat korostaneet yleislääkärien asemaa terveydenhuollon portinvartijana. On uskottu tutkimustuloksiin, joiden mukaan tehokas perusterveydenhuolto pystyy hoitamaan 80 prosenttia ongelmista. Suhtautuminen portinvartijan roolin vahvistamiseen on vaihdellut. Jotkut terveystoimijat ja sairausvakuutusjärjestelmät ovat pelänneet, että se antaa yleislääkäreille liikaa valtaa varojen käytön ohjaamisessa. Joskus yleislääkärit itse ovat epäilleneet ottaa tätä valtaa ja vastuuta peläten sen muuttavan liian radikaalisti heidän perinteistä toimintamalliaan. He ovat myöskin huomanneet, että heiltä puuttuu hallinnollinen koulutus ja kokemus toimia varojen vartijana. Yleislääkärit ovat tehokkaita portinvartijoita niissä kansallisen terveystalouden järjestelmän maissa, joissa väestö luottaa perusterveydenhuoltoon. He ovat huonoja vartijoita useimmissa maissa, joissa sairausvakuutus ohjaa yksityislääkäreitä sekä entisissä neuvostotasavalloissa. Perusterveydenhuolto nähdään niissä järjestelmäksi, josta saa reseptejä ja läheteitä muttei paljon muuta. (Vuori ja Barnard 2006a.)

## 6.4 Turvapaikanhakijoiden palvelut Suomessa ja eräissä muissa Euroopan maissa

Turvapaikanhakijoille tarjottavat palvelut Suomessa, Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa, Hollannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa olivat pääosin samantyyppisiä, mutta joiltakin osin myös toisistaan poikkeavia (taulukko 9).

Myös turvapaikanhakijoiden määrät edellä mainituissa maissa vaihtelivat suuresti. Suomeen on hakeuduttu selvästi vähemmän kuin muihin vertailussa mainittuihin maihin (taulukko 4 sivulla 23). Seuraavissa kappaleissa kuvaillaan tärkeimpiä turvapaikanhakijoille kohdennettuja palveluja sellaisina kuin ne olivat tutkimusaineiston keruun aikana, vuosina 2003–2004.

**Taulukko 9.** Turvapaikanhakijoille tarjotut palvelut Suomessa ja eräissä muissa maissa tutkimuksen tekoaikaan

Palvelut	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska	Hollanti	Yhdistynyt Kuningas-kunta
<b>Terveyspalveluiden henkilö kunta</b>	Vastaanotto-keskuksessa: Vähintään sairaanhoitaja Osapäiväinen lääkäri Erikoislääkärille perustellusti	Julkisen terveydenhuollon henkilökunta	Vastaanotto-keskuksessa: Sairaanhoitaja Ei ilmeisesti omaa lääkäriä	Vastaanotto-keskuksessa: Sairaanhoitaja Lääkäri ja kättilö kutsuttavissa Lääkärin lähetellä hammashoitoon ja erikoislääkärille	Vastaanotto-keskuksessa: Sairaanhoitaja	Ei omaa terveydenhuoltohenkilökuntaa Listautuminen jonkun yleislääkärin ja hammaslääkärin potilaaksi
<b>Tarjotut terveyspalvelut</b>	Terveystar-kastus Laboratorio- ja thoraxrtg-tutkimus Akuutit sairaudet Akuutit hammasvaivat	Terveystar-kastus Akuutit sairaudet Akuutit hammasvaivat Hoito, jota ei voi siirtää Lasten osalta kaikki hoito	Terveystar-kastus Laboratorio-kokeet Mielenterveyshoito vakavissa tapauksissa	Terveystar-kastus Tarpeelliset hoidot	Terveystar-kastus Vakuutus, joka kattaa perusterveydenhuollon ja akuuttitihamashoidon Mielenterveys-hoito kuten muilla hollantilaisilla	Samat palvelut kuin muilla kansalaisilla
<b>Terveyspalveluiden kustannukset</b>	Maksuton terveystarkastus Hoito/tutkimus maksuttomia Omakustanteiset lääkkeet Erityisen kalliista lääkkeistä korvaus	Maksuton terveystarkastus Hoito 50 SEK/käyntikerta Reseptilääkkeiden omavastuu SEK 50/ostokerta Matkoista omavastuu SEK 40	Maksuton terveystarkastus	Maksuton hoito	Vakuutus kattaa	Samat maksut kuin muilla kansalaisilla Mahdollisuus taloudelliseen tukeen
<b>Asuminen</b>	Vastaanotto-keskus tai yksityismajoitus	Vastaanotto-keskus tai yksityismajoitus	Vastaanotto-keskus tai yksityismajoitus	Vastaanotto-keskus tai yksityismajoitus	Vastaanotto-keskus tai yksityismajoitus	Vastaanotto-keskus tai yksityismajoitus
<b>Etuudet</b>	Päiväraha	Päiväraha		Päiväraha	Taskuraha ja vaateraha	Tarvittaessa toimeentulotuki
<b>Muut palvelut</b>	Tulkkipalvelu ja lakiapu	Tulkkipalvelu ja lakiapu	Tulkkipalvelu ja lakiapu	Tulkkipalvelu ja lakiapu	Tulkkipalvelu ja lakiapu	Tulkkipalvelu ja lakiapu

## *Terveydenhuolto*

Suomessa vastaanottokeskukset järjestivät tutkimuksen ajankohtana 2003–2004 asukkaidensa terveystarpeet. Henkilökuntaa keskusten terveydenhuoltoyksiköissä oli yleensä vähintään yksi sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Vastaanottokeskusten palveluksessa oli vain osapäiväisiä lääkäreitä lukuun ottamatta Tampereen yksikköä, jossa oli kokopäiväinen lääkäri.

Kaikissa vastaanottoyksiköissä sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja suoritti tulotarkastuksen (perusterveystarkastuksen) niin pian kuin mahdollista. Haastattelun ja tarpeellisen fyysisen tutkimisen lisäksi annettiin lähete laboratoriokokeisiin. Myös thorax-röntgenkuvaus kuului useimpien keskusten ohjelmaan.

Lääkärin vastaanotolle pääsi hoitajan arvioinnin mukaan perustarkastuksen yhteydessä tai akuuttien terveystarpeiden vuoksi. Erikoislääkärille saattoi päästä vastaanottokeskuksen lääkärin arvioinnin mukaan. Pienet lapset ja raskaana olevat pääsivät lääkärin vastaanotolle useimmissa keskuksissa. Pitkäaikaissairaita hoidettiin vaihtelevasti, käytettävissä olevien voimavarojen mukaan. Hammashoitoon pääsi kaikissa vastaanottokeskuksissa, jos kysymys oli särkevistä hampaista. Päivystysajan palveluita vastaanottokeskusten terveydenhuoltoyksiköissä ei ollut. Tällöin voitiin käyttää asuinalueen normaaleja päivystyspalveluita.

Vastaanottokeskukseen rekisteröity turvapaikanhakija saattoi asua toisella paikkakunnalla, mutta tuolloin hänellä ei ollut automaattista oikeutta käyttää asuinpaikkansa terveystarpeita, vaan palvelut tuli hankkia sen vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksiköstä, jossa hän oli kirjoilla. Turvapaikanhakija saattoi saada korvatuksi puolet matkakuluistaan tullessaan käyttämään oman yksikönsä terveydenhuoltopalveluita ja matkakulut kokonaan tullessaan yksikön järjestämään psykiatriseen hoitoon. Käytettyään omatoimisesti muita terveystarpeita, hänellä ei ollut automaattisesti oikeutta saada korvausta maksamistaan kuluista.

Ruotsissa turvapaikanhakijalla oli oikeus terveystarkastukseen sekä akuuttien sairauksien ja hammasvaivojen hoitoon ja sellaiseen hoitoon, jota ei voinut siirtää. Päätöksen siitä, milloin kysymys oli tällaisesta hoidosta, teki hoidosta vastaava lääkäri tai hammaslääkäri. Valtio vastasi kaikista turvapaikanhakijoiden terveyden- ja sairaanhoitokustannuksista. (Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige 2004). Turvapaikanhakijalapsilla oli oikeus täysin samanlaiseen terveyden-, sairaan- ja hammashoitoon kuin kenellä tahansa ruotsalaislapsella (Barn i flyktningmottagandet 2005). Terveystarkastus oli ilmainen. Akuutti-sairanhoidosta turvapaikanhakija joutui maksamaan itse 50 kruunua ja reseptilääkkeistä 50 kruunua sekä hoitoon liittyvistä matkoista enintään 40 kruunua. Erityisen kalliista hoidoista saattoi hakemuksesta saada erityiskorvauksen. Lasten osalta pätevät samat säännöt kuin muidenkin ruotsalaislasten kohdalla. Maakäräjät (Landstinget) sai valtiolta korvauksen kaikista hoidosta. Erityistapauksina voitiin eräitä kuluja maksaa esimerkiksi, jos asianomainen tuli talvella, eikä hänellä ollut talvivaatteita tai jos nainen synnytti heti tulonsa jälkeen, eikä hänellä ollut lastenhoitoon tarvittavia vaatteita ja välineitä. Päivärahaa vähennettiin,

ellei asianomainen osallistunut järjestettyihin toimintoihin. (Faktablad om mottagandet av asylsökande i Sverige 2005.)

Norjassa turvapaikanhakija sai kirjallisen ohjeen siitä, miten menetellä, jos haluaa terveydenhuollon piiriin. Ohjeessa turvapaikanhakijaa pyydettiin tuomaan mahdolliset aiemmat terveystiedot mukanaan ja todettiin, että terveystarkastus oli ilmainen ja vapaaehtoinen ja että asianomainen saisi tuloksista kopion myös itselleen. Asianomaisen luvalla tarpeelliset terveystiedot voitiin lähettää hänen myöhempään hoitopaikkaansa. Terveystarkastuksen tarkoituksena oli saada riittävän varhaisessa vaiheessa apua fyysisiin tai psyykkisiin häiriöihin sekä vammaispalveluja. Haluttiin myös kertoa terveystarkastuksesta alueella ja antaa asiantietoa siitä, mitä asianomainen itse voisi tehdä välttääkseen terveytensä huononemisen. Erityisesti kannustettiin puhumaan senhetkisistä vaivoista, aikaisemmista sairauksista, ehkäisy- ja raskausasioista sekä naisten ympärileikkauksesta, rokotuksista, tuberkuloositestauksesta ja potilaan perustatiedoista (perhesuhteet, koulutus, ammatti jne.). Tarjottaviin tutkimuksiin kuuluivat näkötestaus, verikokeet, verenpaineen mittaaminen, punnitukset ja mittaukset sekä tarpeen mukaan muitakin kokeita. Tuberkuloositestaus oli pakollinen niille, jotka tulivat maista, joissa tuberkuloosin esiintyvyys oli korkea. Peruspalvelut piti taata ennen kuin asianomaiselle osoitettiin lääkäriaika. (Health examination for asylum seekers, refugees and other immigrants 2005.) Tämän voinee ymmärtää niin, että vastaanottokeskuksissa ei käynyt säännöllisesti lääkäriä ollenkaan. Jos todettiin vakavia mielenterveyden häiriöitä, kunnalla oli velvollisuus järjestää välttämätöntä hoitoa, jonka piti olla ”enemmän kuin vain ensiapua” (Health examination for asylum seekers, refugees and other immigrants 2005).

Tanskassa tulijoille tarjottiin terveystarkastusta, joka ei ollut pakollinen. Tanskan Punainen Risti, joka ylläpiti keskuksia, vastasi siitä, että tulijat saivat halutessaan lääkärintarkastuksen ja tarpeelliset hoidot. Kaikissa Tanskan Punaisen Ristin ylläpitämissä keskuksissa oli oma sairaanhoitaja ja sen lisäksi paikalle oli mahdollista kutsua lääkäri, psykiatri ja kättilö. Lääkäri saattoi tehdä lähetteen kiireellisissä tapauksissa hammashoitoon ja erikoissairaanhoitoon. Ellei hoidon tarve ollut kiireellinen, turvapaikanhakija joutui odottamaan päätöstä oleskeluluvasta. Hoito oli maksutonta myös silloin, kun turvapaikanhakija asui yksityismaajoituksessa. Lääkäri saattoi myös ohjata psykologisen hoidon piiriin. Tanskassa on useita organisaatioita, jotka neuvovat ja auttavat esimerkiksi kidutuksen uhreja, mutta hoitoon pääsyyn tarvittiin laitoksen lääkärin lähete. Osa vastaanottokeskuksista palveli erityistä tukea tarvitsevia, esimerkiksi kidutuksen uhreja ja niissä oli omaa erikoistunutta henkilökuntaa tätä tarkoitusta varten. (Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union.)

Hollannissa turvapaikanhakijoille tehtiin perusterveystarkastus, minkä jälkeen heidät vakuutettiin perusterveydenhuollon ja akuuttihammashoidon kustannuksien varalta. Tuberkuloositestaus tehtiin kaikille, mutta mitään muuta pakollista terveystarkastusta ei ollut. Terveystarkastuksen ammattilaisia oli sekä vastaanotto- että asumiskeskuksissa perusterveyspalveluiden varmistamiseksi. Mielenterveysasioissa turvapaikanhakuprosessin aikana turvapaikanhakijat olivat oikeutettuja samoihin terveystarkastuksiin kuin Hollannin kansalaiset, mutta he

tarvitsivat lähetteen oman yksikkönsä lääkäriltä. (Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union.)

Englannissa turvapaikanhakija tai pakolainen tai tämän perheenjäsen oli oikeutettu kaikkiin niihin terveydenhuoltopalveluihin, joita kansallinen terveyspalvelujärjestelmä National Health Service (NHS) tarjoaa riippumatta siitä, missä vaiheessa turvapaikkaprosessi oli. Terveyspalvelun tarvitsijan tuli hakeutua jonkun yleislääkärin, General Practitioner (GP), ja hammaslääkärin vastaanoton potilaaksi. Tämä tapahtui samoin kuin kenen tahansa paikallisen asukkaan kohdalla ja periaatteessa asuinpaikan sijainnin mukaisesti. Lääkärillä ja hammaslääkärillä oli "catchment area" eli maantieteellisesti rajattu alue, jolta alueelta potilaat hakeutuivat hänen vastaanotolleen. Joillakin alueilla oli perusterveydenhuollon Primary Walk-in -keskuksia, joihin saattoi mennä, vaikkei kuulunut kenenkään yleislääkärin potilaskuntaan. (Burnet ja Fasil 2004.)

### *Asuminen*

Suomessa turvapaikanhakija rekisteröitiin johonkin vastaanottokeskukseen. Hän oli siellä juridisesti kirjoilla, riippumatta siitä, halusiko asua keskuksen osoittamassa majoituksessa vai itse hankkimassaan majoituksessa.

Ruotsissa asuminen tapahtui vastaanottokeskuksissa, mutta niissä asuminen ei ollut pakollista ja useimmat asuivatkin yksityismajoituksessa. Vastaanottokeskuksissa perheet saattoivat asua samassa asunnossa, mutta yksinäiset turvapaikanhakijat joutuivat jakamaan huoneen. Turvapaikanhakijat saattoivat asua sukulaisten luona tai maahanmuuttoviraston osoittamassa ja vuokraamassa asunnossa. (Faktablad om mottagandet av asylsökande i Sverige 2005.)

Tanskassa turvapaikanhakijat asuivat yleensä vastaanottokeskuksissa (accommodation centres), joista suurinta osaa ylläpiti Tanskan Punainen Risti. The Danish Emergency Management Centre eli eräänlainen hätäavusta huolehtiva keskus ylläpiti joitakin keskuksia, ja lisäksi kaksi keskusta oli kunnan ylläpitämiä. Keskuksissa oli yleensä 120–150 asukaspaikkaa. Yleensä asuttiin 3–4 hengen huoneissa siten, että saman perheen jäsenet asuivat yhdessä, mutta yksintulijat joutuivat jakamaan huoneen. Lisäksi oli yhteisiä tiloja ja terveydenhoitopiste. Keskusten asukkaat tekivät virallisen sopimuksen keskuksen kanssa. Siinä määriteltiin turvapaikanhakijan oikeudet ja velvollisuudet. Ellei sopimusta noudattanut, päivärahaa voitiin vähentää. Turvapaikanhakijan oli osallistuttava koulutukseen siinä vaiheessa, kun hänen hakemuksensa oli päätetty käsitellä Tanskassa. Koulutukseen kuului tanskan tai englannin kieltä, kulttuuritietoutta Tanskasta ja muita yleisaineita. Viikoittain kymmenen tuntia kestäväälle kurssille tuli osallistua 17 vuotta täyttäneiden. Hakemuksesta saattoi asua yksityismajoituksessa, mutta siihen piti olla pätevä terveydellinen tai sosiaalinen syy. Sellaisiksi mainittiin esimerkiksi diabetes, dialyysihoito tai syöpä. Yksityismajoitukseen saattoivat päästä myös vanhuksset, joiden saattoi olla vaikeaa huolehtia itsestään vastaanottokeskuksessa sekä yksintulleet lapset, joiden sukulaiset olivat valmiit huoltamaan heitä ja jos sukulaisten kotikunta oli katsonut heidät sopiviksi huoltajiksi.

(Conditions for Asylum Applicants in Denmark 2005, Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union 2005.)

Hollannissa tulijat majoitettiin ensimmäisen kolmen kuukauden ajaksi vastaanottokeskuksiin, joita oli seitsemäntoista. Tämän ajanjakson jälkeen heidät sijoitettiin johonkin 79 asumiskeskuksista, joita ylläpiti Asylum Seekers Reception Centre eli turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskus ja joka oli oikeusministeriön alainen. Keskuksissa turvapaikanhakijat saivat ruoan ja heidän täytyi ilmoittautua keskuksessa säännöllisesti. Myös yksityismajoitukseen saattoi mennä, mutta siihenkin liittyi ilmoittautumisvelvollisuus. Periaatteessa kuuden kuukauden jälkeen saattoi asua muuallakin, jos haastatteluprosessi oli päättynyt. (Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union 2005.)

Englannissa majoitus tapahtui eräänlaisilla joukkomajoitusalueilla. Siitä seurasi usein se hankaluus, että esimerkiksi lainopillisen avun saaminen vaikeutui välimatkojen vuoksi. Majoitus ei automaattisesti kuulunut oikeuksiin, jos asianomaisella oli mahdollisuus majoittua esimerkiksi sukulaisten luona. Silloin voitiin tarjota tukipaketti, joka ei sisältänyt asumiskuluja. Niitä, joiden hakemus oli ilmeisen perusteeton, voitiin vaatia asumaan vastaanottokeskuksissa tai vielä rajoitetuissa yksiköissä. Niissä turvapaikanhakijat oli sijoitettu aidatuille alueille, joista ei saanut poistua vapaasti (detention centre). (Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union 2005, Burnet ja Fasil 2004.)

### *Päivärahat ja muut etuudet*

Suomessa toimeentulotukea turvapaikanhakijoille maksettiin 320 euroa kuukaudessa. Tämä on 15 prosenttia vähemmän kuin suomalaisen toimeentulotuki, koska majoitus on ilmainen. Turvapaikanhakijalla oli osallistumisvelvollisuus joko työtoimintaan vastaanottokeskuksessa tai opiskeluun. Ellei näihin sitoutunut, vähennettiin toimeentulotukea 20 prosenttia. Äitiysavustuksena saattoi saada joko 140 euroa tai äitiysavustuspakkauksen samoin kriteerein kuin muutkin raskeana olevat. Lääkkeet tuli hankkia toimeentulotuella tai itse hankituilla ansioilla, jos sellaisia oli. Erityisen kalliista lääkkeestä saattoi saada erityiskorvausta.

Ruotsissa saattoi saada asumiseen taloudellista tukea. Päivärahaa maksettiin aikuisille 61–71 kruunua ja alaikäisille 37–50 kruunua. Jos asui tilapäisesti maahanmuuttoviraston (Migrationsverket) järjestämässä majoituksessa, johon kuului ruoka, olivat summat matalampia. Ruotsissa kaikille turvapaikanhakijoille oli nimetty viranomaisista henkilö, johon hän saattoi tarvitessaan ottaa yhteyttä. Yhteistyötä tehtiin kunnan, Maakäräjien, poliisin ja muiden organisaatioiden kanssa. (Faktablad om mottagandet av asylsökande i Sverige 2005.)

Tanskassa turvapaikanhakijat saivat peruspäivärahaa 32,23–40,71 kruunua. Jos oli naimisissa tai meni naimisiin tanskalaisen tai oleskeluluvan saaneen kanssa, menetti tämän oikeuden. Lisäksi sai ylläpitokorvausta 64,46 kruunua päivässä. Jos sai keskuksessa ruoan, korvaus oli 23,75 kruunua. (Conditions for Asylum Seekers in Denmark 2005, Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union 2005.)

Hollannissa kaikki saivat asumismuodosta riippumatta taskurahaa ja vaaterahaa viikoittain sekä kertaluonteisen vaaterahan tulovaiheessa. Avustuksen rahallinen määrä oli sama kuin tuen tarpeessa olevien tavallisten hollantilaisten tuki. (Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union 2005).

Englannissa hoito oli maksutonta ja lääkärin tuli hoitaa potilaita kuin ketä tahansa paikallisia asukkaita. Jos asianomaisella oli taloudellisia ongelmia, hänen tuli laatia anomus, jonka perusteella hän saattoi saada osittain tai kokonaan maksuvapauden lääkkeistä, hammaslääkäristä, optikkopalveluista ja matkakuluista sairaalaan. Äitiysrahana saattoi saada 300 punnan kertasuorituksen. Toimeentulotukea voitiin myöntää välttämättömiin elämiskustannuksiin. Viikoittaisella 14 punnan summalla piti selvittää henkilökohtaisista menoista, kuten puhelinkuluista ja bussimaksuista. Myös terveystalouden tuottajilla oli mahdollisuus saada taloudellista tukea, koska työ maahanmuuttajien parissa oli vaativaa ja aikaa sekä resursseja kuluttavaa. Rahoitusta tähän oli mahdollisuus saada eri lähteistä. Tällaisessa järjestelyssä edellytettiin yleensä tietty laatustandardi annettaville palveluille. Vastaanoton henkilöstömitoitus ja muut seikat riippuivat työtä tekevistä lääkäreistä, mutta olivat oletettavasti samanlaiset kuin muussakin yleislääkäritasoisessa toiminnassa. (Burnet ja Fasil 2004.)

### *Tulkkipalvelut ja oikeudellinen apu*

Suomessa turvapaikanhakijoilla oli oikeus tulkkipalveluihin ja tulkin tilasi ja maksoi viranomainen. Myös lainopillista apua oli saatavissa ja sitä tarjosi Pakolaisneuvonta ry.

Ruotsissa tulkinkäyttöä suositeltiin, mutta se ei ollut pakollista. Lainopillista apua saattoi saada, jos oli yhtään epävarmaa, miten hakemukselle käy. Sen sijaan jos näytti selvältä, että asianomainen saa turvapaikan, lakiapua ei myönnetty. (Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union 2005.)

Norjassa tulkin tilasi ja maksoi viranomainen. Lainopillinen avustaja järjestettiin tarvittaessa. (Health examination for asylum seekers, refugees and other immigrants 2005.)

Tanskassa tulkkipalvelut olivat turvapaikanhakijalle ilmaisia ja ne pyrittiin aina järjestämään. Kaikki päätökset toimitettiin asianomaisen ymmärtämällä kielellä. Turvapaikanhakijalla oli myös oikeus lainopilliseen apuun, jonka maksoi valtion ylläpitämä Legal Advice Service (Lakiapupalvelu). (Conditions for Asylum Seekers in Denmark 2005, Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union 2005.)

Hollannissa tulkkipalvelut olivat ilmaisia. Lainopillista apua sai Dutch Refugee Councililta (Hollannin pakolaisneuvosto), ja ensimmäisen kielteisen päätöksen jälkeen apu oli maksutonta. (Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union 2005.)

Englannissa sisäministeriö järjesti tulkkipalvelut eikä turvapaikanhakijaa haastateltu ennen kuin tulkki oli paikalla. Turvapaikanhakijoita informoitiin heidän mahdollisuudestaan saada lainopillista apua. Jokaisella, jolla ei ollut itse



varoja asianajajaan, oli oikeus maksuttomaan oikeusapuun. (Reception Standards for Asylum Seekers in the European Union 2005, Burnet ja Fasil 2004.)

## 6.5 Arvioita turvapaikanhakijoiden terveystalveluista Suomessa

Tämän tutkimuksen tekijä arvioi suomalaisten vastaanottokeskusten turvapaikanhakijoille tarjoamia terveystalveluita kesällä 2003 tehdyssä kyselytutkimuksessa, joka suunnattiin kaikille vastaanottokeskuksille lukuun ottamatta Tampereen vastaanottokeskusta. Kyselyn tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten talvelut oli järjestetty muissa kuin Tampereen vastaanottokeskuksessa. Kyselyä ei suoritettu Tampereen yksikölle, koska se on tämän tutkimuksen kohteena. Vastaanottokeskuksissa tarjottuja talveluita on arvioitu myös tätä aiemmissa tutkimuksissa ja sen jälkeenkin.

### *Kysely vastaanottokeskuksille kesällä 2003*

Kyselyn tarkoitus oli saada tietoa muista Suomessa toimivista vastaanottokeskuksista, jotta voitaisiin hahmottaa tarjottavien talveluiden laatua verrattuna Tampereen vastaanottokeskukseen, joka on tämän väitöskirjatutkimuksen kohteena. Muille vastaanottokeskuksille lähetetty kysely ei ole sinänsä osa tätä väitöskirjatutkimusta. Se antaa kuitenkin pohjan Tampereen keskuksen ja muiden keskusten tarjoamien talveluiden vertaamiseen ja siten auttaa pohdintaa turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltopalveluiden resurssoinnista. Kysely oli tämän väitöskirjan kirjoittajan itse suunnittelema ja toteuttama eikä sen tuloksia ole aiemmin julkaistu lukuun ottamatta vastaanottokeskuksille lähetettyä palautetta. Kysely lähetettiin turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksille Helsingissä, Joutsenossa, Kajaanissa, Kontiolahdella, Kotkassa, Oulussa, Oravaisissa, Perniössä, Punkalaitumella, Rovaniemellä, Ruukissa, Turussa ja Vaasassa sekä Helsingin suljetulle säilöönottoyksikölle. Vastaanottokeskusten henkilökunnat arvioivat keskuksissaan tarjottuja talveluita. Kysely sinänsä on ongelmallinen. Vastaajilla voi olla tarve oikeuttaa olemassaoloon kuvaamalla vastauksissa suurta työmäärää tai kertomalla talveluidensa olevan hyviä.

Keskuksset olivat kooltaan 100–250-paikkaisia. Perniössä oli lisäksi 24-paikkainen ryhmäkoti lapsille. Joissakin keskuksissa oli kirjoilla yksityismajoituksessa olevia turvapaikanhakijoita. Keskusten itse ilmoittama käyttöaste vaihteli 75 prosentista 90 prosenttiin. Uusien turvapaikanhakijoiden määrä vaihteli vuosittain 80:stä 425:een.

Terveydenhuoltoyksiköiden vakinaiset työntekijät olivat pääsääntöisesti terveydenhoitajia (yhdessä keskuksessa sairaanhoitaja). Yhdessä keskuksessa oli vain osapäiväinen terveydenhoitaja. Yhdessä keskuksessa oli terveydenhoitajan lisäksi kahtena päivänä viikossa sairaanhoitaja ja yhdessä keskuksessa oli lisänä

sairaanhoitaja, jonka työajasta puolet oli suunnattu psykiatriseen hoitotyöhön. Kaikissa vastaanottoyksiköissä sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja suoritti tulo-tarkastuksen (perusterveystarkastuksen) niin pian kuin mahdollista turvapaikanhakijan saavuttua. Haastattelun ja tarpeellisen fyysisen tutkimisen lisäksi annettiin lähete laboratoriotutkimuksiin. Kaikki turvapaikanhakijat tapasivat rutiinisti terveydenhoitajan kaikissa muissa yksiköissä paitsi Helsingin suljetussa keskuksessa. Odotusaika vastaanotolle vaihteli paljon, lyhyimmillään se oli kaksi päivää ja pisimmillään 30 päivää.

Lääkäripalvelut toteutuivat osapäiväisinä siten, että kuudessa keskuksessa ne olivat yksityisiä ostopalveluja, kuudessa ostopalveluna terveyskeskuksesta ja kahdessa ne oli toteutettu sekamuotoisesti. Viikoittaiset lääkärin käyntiajat keskuksissa vaihtelivat kahdesta neljään tuntiin. Osassa keskuksia käyntejä oli vain kahden viikon välein. Mahdollisuus käyttää erikoislääkärin konsultaatioita oli yhtä lukuun ottamatta kaikilla, joskin monet keskuksset ilmoittivat sen koskevan vain joitakin erikoisaloja kuten psykiatria, silmätauteja ja gynekologiaa. Silloin lähete piti saada "omalta lääkäriltä", erityisesti, jos yksikön vastuulääkäri oli terveyskeskuslääkäri. Kyselyn tekoaikana vastaanottokeskusten palveluksessa oli vain osapäiväisiä lääkäreitä. Hammashoittoon pääsi kaikissa vastaanottokeskuksissa, jos kysymys oli särkevistä hampaista. Useimmissa keskuksissa turvapaikanhakijat eivät tavanneet lääkärinä rutiinisti. Parissa keskuksessa lääkärin vastaanotolle pääsivät raskaana olevat ja lapset. Tällöinkin odotusaika oli 1–2 viikkoa tai jopa kuukausi. Hoitajan arvion mukaan lääkäriin saattoi päästä kaikissa keskuksissa akuuteissa sairaustapauksissa ja yhdessä keskuksessa myös pitkäaikaissairauksien vuoksi. Lääkärin suorittamaan terveystarkastukseen pääsivät yhdessä keskuksessa vain lapset ja toisessa vain alle 7-vuotiaat.

Laboratoriopalvelut hankittiin terveyskeskuksesta kymmenessä keskuksessa ja yksityisestä laboratorionostajasta kolmessa keskuksessa. Yksi keskus käytti molempia palvelun tuottajia. Otetut testit vaihtelivat eri keskuksissa. Rutiinisti kaikilta turvapaikanhakijoilta otettiin HbSAg (B-hepatiittitesti) ja HIV-testi 12 yksikössä, HCV (C-hepatiittitesti) neljässä yksikössä, kardioliipin 11 yksikössä ja muita testejä otettiin kuudessa yksikössä (esimerkiksi ulostenäytteitä, perusverenkuvausta, "senkkaa", hepatiittipakettia, jossa otettiin vasta-aineet A-, B- ja C-hepatiitteja vastaan). Muita testejä otettiin vaihtelevasti. Ulosteen tutkiminen ei kuulunut kaikissa keskuksissa rutiinitutkimuksiin. Thorax-röntgenkuvaus kuului 12 keskuksen ohjelmaan. Röntgenpalvelut hankittiin terveyskeskuksesta 11 keskuksessa, kaksi keskusta käytti sekä julkista että yksityistä palvelua. Röntgenlausunto voitiin joutua hankkimaan yksityiseltä radiologilta, jos kuvaus oli muuten toteutunut terveyskeskuksessa.

Kahdeksan yksikköä ilmoitti saavansa psykiatrin tai psykologin palveluita riittävästi. Näistä yhdessä keskuksessa kaivattiin kuitenkin enemmän mielenterveyspalveluja lapsille ja nuorille. Viiden yksikön vastaajien mielestä mielenterveyspalveluissa olisi parantamisen varaa. Yksikään yksikkö ei vastannut, ettei saisi mielenterveyspalveluita ollenkaan.

Vastaanottokeskusten terveydenhuoltoyksiköissä ei ollut terveyspalveluita virka-ajan ulkopuolella. Silloin käytettiin asuinalueen normaaleja päivystyspal-

veluita.

Vastaanottokeskusten henkilökunnat arvioivat käytettävissä olevien palveluiden määrää ja laatua (taulukko 10). Mukaan on otettu 13 vastaanottokeskuksen arviot. Helsingin suljetun yksikön vastauksia ei ole otettu mukaan sen erilaisen toimintatavan vuoksi. Vastauksissa on arvioitu palveluita laadultaan hyviksi tai tyydyttäväiksi. Lääkäripalveluiden laatua on arvioitu hiukan muita palveluita heikomiksi. Mitään palvelua ei ole arvioita laadullisesti huonoksi, yksi vastaanottokeskus oli arvioinut lääkäripalveluiden määrän huonoksi. Erityisesti peruslääkärin palvelut nähtiin määrällisesti riittämättömiksi.

**Taulukko 10.** *Suomalaisten vastaanottokeskusten terveydenhuoltoyksiköiden henkilöstöjen oma arvio käytettävissä olevien palveluiden määrästä ja laadusta vuonna 2003 (vastaanottokeskusten määrä kaikkiaan n = 13)*

Palvelut	Arvio palveluiden laadusta		Arvio palveluiden määrästä		
	Hyvä %	Tyydyttävä %	Riittävä %	Tyydyttävä %	Huono %
Terveystenhoitajan palvelut	92	8	77	23	
Peruslääkärin palvelut	77	23	31	62	8
Erikoislääkäripalvelut	85	15	62	31	8
Laboratoriopalvelut	100		100		
Röntgenpalvelut	92	8	85	15	

Sen määrittäminen, mitä kuuluu välttämättömään hoitoon, vaihteli. Useat keskuksat vastasivat, että määrittely tapahtuu lääkärin arvioimana. Potilasta hoidettiin silloin, jos tilanne ei voinut odottaa turvapaikkapäätöksen saamista ja potilaan tilanne huononisi odottamisen aikana. Monissa yksiköissä oli päädytty hoitamaan potilaiden pitkäaikaissairaudet samoin kuin suomalaisillakin. Akuutit sairaudet hoidettiin ensiapuluonteisesti. Ehkäisy- ja lastenneuvolatarpeet hoidettiin ja mielenterveysasioita hoidettiin myös. Muutamissa keskuksissa erikoissairaanhoitoa vaativat asiat hoidettiin oman lääkärin arvion mukaan. Se, kuka määritteli välttämättömän hoidon yksikössä, vaihteli. Hoitajan arvioon se perustui neljässä, lääkärin arvioon viidessä sekä yhteiseen arvioon neljässä yksikössä. Yhdessä yksikössä se perustui ensisijaisesti hoitajan arvioon ja vain tulkinnanvaraisissa tapauksissa lääkärin arvioon. Myös muita arviointiin osallistuvia oli mainittu (vastaanottokeskuksen sosiaalityöntekijä ja keskuksen johtaja).

Jos tulkkaukseen oli tarvetta, tulkin tilasi ja maksoi viranomainen. Tulkkipalveluita ilmoitti saavansa riittävästi 12 yksikköä, yksi yksikkö ilmoitti, ettei saa niitä riittävästi ja yksi yksikkö ilmoitti tiettyjen kielten olevan ongelmallisia.

### *Muita arvioita palvelujärjestelmästä*

Vastaanottokeskusten terveydenhuoltopalveluita koskevassa kartoituksessa (Lukkaroinen 2005) kävi ilmi, että keskusten terveydenhoitajat olivat pääosin

omaa henkilökuntaa, mutta valtaosassa keskuksia yleis- ja erikoislääkäripalvelut sekä fysioterapia toteutettiin ostopalveluina. Äitiysneuvolatyöstä hoidettiin yli 90 prosenttia ostopalveluina ja lastenneuvolatyöstäkin yli puolet. Laboratorionäytteitä otettiin omana työnä noin 15 prosentissa keskuksista. Terveydenhoitajan vastaanotolle pääsi usein jo seuraavana päivänä ja 93 prosentissa kolmen päivän kuluessa. Terveystarkastukset tehtiin nopeimmillaan viikon ja enimmillään kolmen kuukauden kuluessa keskukseen saapumisesta, paitsi transit-keskuksissa, joissa niitä ei pääsääntöisesti tehty ollenkaan. Transitkeskuksella tarkoitetaan vastaanottokeskusta, jossa turvapaikanhakija oleskelee vain lyhyen aikaa ja josta hänet siirretään mahdollisimman pikaisesti varsinaiseen sijoituskeskukseen. Terveystarkastukseen kuului yleinen terveydentilan kartoitus lähinnä haastattelemalla. Lisäksi otettiin laboratorionäytteitä. Keuhkokuva otettiin vain neljässä keskuksessa kaikista tulijoista. Erityistuen tarpeessa olevien huomiointi terveystarkastuksissa toteutui terveydenhoitajien mielestä vastaanottokeskuksissa erittäin hyvin (50 prosentissa) tai melko hyvin (43 prosentissa). Erityisryhminä käsiteltiin muun muassa lapset, raskaana olevat ja traumatisoituneet turvapaikanhakijat. Vastaanottokeskusten terveydenhoitajien arvion mukaan yleislääkäritasoisien palvelujen saatavuus oli yli puolella vastaanottokeskuspaikkakunnista erittäin hyvä. Hyvin huonoksi koettiin yleislääkäripalvelujen saatavuus kahdella paikkakunnalla. Lähes joka kolmas terveydenhoitajista arvioi tarpeenmukaisen hoidon toteutuvan erittäin hyvin ja terveystarkastusten laadun erittäin hyväksi tai melko hyväksi. Joka viides terveydenhoitajista arvioi mielenterveystarkastusten saatavuuden erittäin huonoksi omalla vastaanottokeskuspaikkakunnallaan. Psykiatripalvelujen saatavuus vaihteli vastaanottokeskuksittain. Osassa keskuksia psykiatrin vastaanottotunteja oli hyvin saatavilla, toisista psykiatri puuttui kokonaan. Kaksi kolmasosaa vastanneista turvapaikanhakijoista koki, että heitä kohdeltiin sairausasioissa yhtä hyvin kuin muitakin asukkaita. (Lukkaroinen 2005.)

Tampereella tehtiin kyselytutkimuksena selvitys (Launiala ym. 2004) maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaamisesta terveydenhuoltojärjestelmässä. Siinä verrattiin sitä, kuinka usein terveydenhuoltohenkilökunta kohtasi maahanmuuttajataustaisia potilaita terveyskeskuksen terveysasemalla ja Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TaYS). Maahanmuuttajataustaisia potilaita oli TaYS:ssä 67 prosentilla henkilökunnasta vain kerran kuussa tai harvemmin, kun taas perusterveydenhuollossa terveysasemalla 61 prosentilla henkilökunnasta niitä oli joka päivä. Selvityksen tekijät ovat jakaneet maahanmuuttajapotilaiden hoitoon liittyvät hoitohenkilökunnan esille tuomat ongelmat kommunikaatio-ongelmiin, ajankäyttöongelmiin, siihen, että koko perhe on vastaanotolla, siihen, että mies puhuu vaimon puolesta ja sensitiivisiin puheenaiheisiin. (Launiala ym. 2004.)

Tampereen kaupungille tehdyssä selvityksessä (Korpi-Salmela ja Nyrhinen 2003) maahanmuuttajien suhtautumisesta kaupungin palveluihin kerättiin laajan yleisselvityksen osana tietoa potilaiden kokemuksista myös sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluista. Selvitys toteutettiin kyselytutkimuksena maahanmuuttajien parissa. Vastanneita oli 219, joista 64 prosenttia oli naisia. Perusterveydenhuoltoon suhtauduttiin melko kriittisesti. 156 oli vastannut kysymykseen peruster-

veydenhuollosta. Heistä perusterveydenhuoltoa piti huonona 14 prosenttia, melko huonona 22 prosenttia, hyvänä 47 prosenttia ja erinomaisena 17 prosenttia. Nuoret olivat kriittisempiä kuin vanhemmat. Erikoissairaanhoidon oltiin tyytyväisempiä. Huonona sitä piti 10 prosenttia, melko huonona 15 prosenttia, hyvänä 47 prosenttia ja erinomaisena 27 prosenttia (vastaajia 106 henkilöä). Ulkomaalaispalveluita, mikä sisältää muunkin ulkomaalaispalvelun kuin vain terveydenhuollon, piti huonoina 10 prosenttia, melko huonoina 10 prosenttia, hyvinä 63 prosenttia ja erinomaisina 18 prosenttia. Kaikissa kolmessa arviointikohteessa oli suuriakin eroja eri kieliryhmiin kuuluvien välillä. Eniten kielteistä palautetta terveydenhuollon alalla (yleensä, ei vain ulkomaalaispalveluissa) tuli liian vähästä ajasta potilaille ja siitä että ”kirjoitetaan vain antibioottireseptejä ja kipulääkkeitä”. Pitkiä odotusaikoja erityisesti päivystyksessä kritisoitiin, samoin kuin jonotusaikoja erikoissairaanhoidon. Palvelun saajat olivat kokeneet myös tulkkien saamisen vaikeaksi. Myös kiitoksia annettiin, ammattitaitoa, asenteita ja auttamishalua kiitettiin. Perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidtoa, hammashuoltoa ja ulkomaalaispalveluita kaikkia myös kiitettiin. (Korpi-Salmela ja Nyrhinen 2003.)

Kesällä 2002 selvitettiin viidessä suomalaisessa vastaanottokeskuksessa lääkärin ja hoitajien taitoja kohdata taustaltaan heistä itsestään poikkeavia potilaita. Tarkasteltiin sitä, kuinka osattiin arvioida potilaan aikaisempaa ja nykyistä terveydentilaa, biolääketieteellisten ja perinteisten hoitotapojen sekaisin käyttämistä, lääkitysten ja ruokailu- sekä juomatapaohjeiden noudattamista sekä tyytyväisyyttä suositeltuihin biolääketieteellisiin ja kulttuurisiin hoitotapoihin. Sekä lääkärit että hoitajat arvioivat näitä seikkoja harvoin. Tulokset viittaavat myös siihen, että kulttuurisensitiivisellä terveydenhuollon koulutuksella olisi annettavaa hoitajille, jotka työskentelevät turvapaikanhakijoiden parissa. (Koehn ja Sainola-Rodriquez 2005.)

Kööpenhaminan kansanterveyslaitos selvitti 25 EU-maan käytäntöjä turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon järjestämisestä sähköpostikyselynä asianomaisiin ministeriöihin ja sellaisille järjestöille (non-governmental organization, NGO), jotka olivat vastuussa turvapaikanhakijoiden terveydenhuollosta. Vastauksia saatiin 60 prosentilta ministeriöistä ja 20 prosentilta NGO:ista, yhteensä 24 maasta. Kreikkaa lukuun ottamatta jonkinlainen terveystarkastus tehtiin kaikissa maissa, mutta sen taso vaihteli paljon ja myös se, oliko tarkastus vapaaehtoinen vai ei. Kymmenessä maassa turvapaikanhakijat olivat oikeutettuja vain hätäensiapuun. Toisaalta joissakin maissa oikeudet saattoivat muuttua turvapaikkaprosessin kuluessa. Useimmissa maissa oli erityishoitojärjestelyjä traumatisoituneille turvapaikanhakijoille. (Norredam ym. 2005.)

### *Esitettyjä parannusehdotuksia terveydenhuoltojärjestelmään*

On ehdotettu tulkkien saatavuuden laajentamista virka-ajan ulkopuolelle ja heidän kouluttamistaan ymmärtämään terveydenhuollossa käytettävää kieltä. Kommunikaatiossa esille tuli kielitaidon parantaminen kaikilla tasoilla. Palveluiden

organisoinnin suhteen ehdotettiin keskitettyjä palvelupisteitä maahanmuuttajille, maahanmuuttaja-asioihin perehtymistä ja moniammatillisten työryhmien käyttöä sekä yhdyshenkilöä maahanmuuttajalle. Kulttuuritietoudesta korostettiin, että maahanmuuttajille tulisi tiedottaa enemmän, miten Suomessa yleensä menettään ja että tulisi peräänkuuluttaa heidänkin puoleltaan joustavuutta. Henkilökunnalle tulisi saada lisäkoulutusta ja lisäksi tulisi hyödyntää alan kulttuuriasiantuntijoita ja ulkomailta pitkään työskennelleitä. (Launiala ym. 2004.)

Potilaiden esittämissä parannusehdotuksissa esitettiin vaihtoehdoksi omalääkärin käyttämistä ja lääkärimäärän lisäämistä ensiavussa odotusaikojen vähentämiseksi. Samoin odotusaikoja erikoissairaanhoidon toivottiin lyhyemmiksi. Erikielisiä esitteitä oli myös kaivattu. (Korpi-Salmela ja Nyrhinen 2003.)

## 6.6 Aiemmat suositukset terveystarkastuksista ja rokotuksista

1990-luvun alussa pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden saapumisvaiheen terveystarkastus sisälsi viranomaisten senhetkisen suosituksen mukaan terveydenhoitajan haastattelun, keuhkojen röntgenkuvauksen, kardiolipiinikokeen sekä vasta-ainemääritykset B-hepatiitti -viruksen ja HIV:n varalta. Alkutarkastuksissa löydettiin enimmäkseen infektioitauteja. Löydökset riippuivat ratkaisevasti siitä, mistä maasta pakolaiset ja turvapaikanhakijat olivat lähtöisin. Infektioaudit eivät kuitenkaan olleet merkittävä ongelma ja vaara, että tartunta leviäisi ympäristöön, oli arvion mukaan vähäinen verrattuna suomalaisten ulkomailta tuomiin tartuntoihin. (Kyrönseppä ym. 1993.)

*Lääkärin käsikirjassa* (2004) suositetaan pakolaisille ja turvapaikanhakijoille tehtäväksi vapaaehtoinen terveystarkastus. Sen tarkoitus on seuloa hoidettavissa olevat taudit ja suojatoimia edellyttävät tartuntataudit sekä varmistaa rokotusuoja. Myös psyykkiset ongelmat tulisi ehkäistä, tunnistaa ja hoitaa. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Kansanterveyslaitos (KTL) suosittelevat tutkittaviksi keuhkokuvan yli 7-vuotiailta. Laboratoriokokeista suositellaan otettaviksi S-HBsAg, kardiolipiini ja HIV-vasta-aineet kaikilta. Muut mahdolliset laboratoriotutkimukset suunnitellaan kohdistetusti terveydenhoitajan haastattelun ja lääkärintarkastuksen perusteella. Lapsille, raskaana oleville ja oireisille suositellaan tehtäväksi aina lääkärintarkastus. Muille riittää terveydenhoitajan haastattelu, paitsi jos joku laboratoriotulos edellyttää lääkärin tapaamista. Edellä mainittujen suositeltujen kokeiden lisäksi pidetään järkevänä tutkia myös täydellinen verenkuva, La, ALAT, C-hepatiitti-vasta-aineet, HBcAb, virtsan sedimentti, ulosteen parasiitit x 2–3 ja alle 7-vuotiaille Mantoux:n testi 2 TU:lla (Tuberculin Unit). (Siikamäki 2004.)

Terveystarkastusten tarkoituksena on pyrkiä löytämään ympäristölle ilmeistä tartuntavaaraa aiheuttavat henkilöt. Siksi tarkastukseen tulisi kuulua terveydenhoitajan haastattelu sekä tutkimukset tuberkuloosin, B-hepatiitin, HIV-infektion ja syfiliksen toteamiseksi. Lisäksi asiantuntijaryhmä ehdotti lääkärintarkastusta

henkilöille, joilla on sairauden oireita, raskaana oleville, alle kouluikäisille lapsille sekä muillekin tarvittaessa, jos lähtömaan epidemiatilanne sitä edellyttää. (Kyrönseppä 1992.)

Suomeen tulevilla kiintiöpakolaisilla, myönteisen päätöksen saaneilla turvapaikanhakijoilla ja maahanmuuttajilla on mahdollisuus saada suomalaisen käytännön mukainen rokotussuoja. Turvapaikanhakijat eivät useinkaan tiedä, mitä rokotuksia he tai heidän lapsensa ovat saaneet. Saatujen rokotteiden laatu ja siten myös suojateho voivat vaihdella huomattavasti. Jos taustatiedot ovat puutteelliset, tulee yksilöllisesti laatia rokotusohjelma, joka varmistaa ainakin perussuojan. Jos on tiedossa, minkä maan mukaista EPI-ohjelmaa on käytetty, jatketaan siitä, mihin rokotusohjelma on jäänyt. Jos maahanmuuttajan jo saamien rokotusten määrä on epäselvä tai rokotteiden laatu on arveluttava, suhtaudutaan maahanmuuttajaan kuin hän ei olisi saanut rokotteita lainkaan. Koska turvapaikanhakuprosessit usein venyvät jopa vuosien mittaisiksi, suositellaan, että lapset ohjataan suomalaisen rokotusohjelman pariin jo turvapaikanhakuvaiheessa. Aikuisille rokotukset aloitetaan vasta myönteisen päätöksen jälkeen, ellei ole muita infektioepidemiologisesti merkittäviä syitä rokottamisen aloittamiseen jo turvapaikanhakuvaiheessa. (Nohynek ym.1993b.)

Rokotuksethan ovat ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa, joten ne eivät sinänsä kuulu kiireellisen ja välttämättömän hoidon piiriin. Lapset ja raskaana olevat naiset todetaan kuitenkin poikkeuksiksi tästä säännöstä. Heti, kun oleskelulupa-asiassa on saatu myönteinen päätös, tulee rokotusohjelma ottaa esille ja selvittää aikaisempi rokotusstatus käyttäen hyväksi WHO:n EPI-ohjelman ohjeita. Rokotukset voidaan antaa niin sanotulla nopeutetulla menettelyllä, jolla päästään kunkin henkilön iänmukaiseen tilanteeseen, minkä mukaan rokotuksia jatketaan. (Siikamäki 2004.)

## 6.7 Turvapaikanhakijoiden tavallisimmat somaattiset terveysongelmat

Turvapaikanhakijoiden somaattiseen sairastavuuteen liittyviä tärkeimpiä tutkimuksia on koottu taulukkoon 11. Turvapaikanhakijoiden mielenterveysongelmia ja turvapaikkaprosessin vaikutuksia turvapaikanhakijoiden terveyteen on käsitelty erikseen.

**Taulukko 11.** *Tutkimuksia turvapaikanhakijoiden somaattisista sairauksista*

Tekijät	Vuosi	Tutkit- tujen		Menetelmät	Keskeiset löydökset
		määrä	Tutkitut		
Gerritsen ym. Hollannissa	2006	232	Turvapaikan- hakijaa	Kyselylomakkeet	Fyysiset sairaudet olivat hyvin yleisiä molemmissa ryhmissä
		178	Pakolaista		
McColl ja Johnson Lontoossa	2006	104	Klinikan pal- veluita käyttä- viä potilaita	Henkilökun- nan haastattelut ja potilaspaperit	Oheissairastavuutta oli yleisesti
Hobbs ym Uudessa Seelannissa	2002	900	Lähi-idän maista tulleet	Sairauskerto- musten läpikäynti	Mantoux:n testi oli positiivinen 36 %:lla Aktiivinen tuberkuloosi oli 0,6 %:lla Kemoprofylaksian tarve oli 19 %:lla Thorax-rtgseuranta tarvisi 15 % Suolistoparasitteja löytyi Poikkeavia punasolumuotoja löytyi 33 %:lla tarve secondary level -hoitoon
Sinnerbrink ym. Australiassa	1996	57	Englannin kieltä opiske- levia turvapai- kanhakijoita	Kyselytutkimus	70 %:lla kipuja viimeisen kuukauden aikana
Kyrönseppä ym. Suomessa	1993		Turvapaikan- hakijat	Retrosepk- tiivinen	Iho-ongelmat ja ylähengitystie- tulehdukset yleisiä käyntisyitä
		97	Joutsenossa		Vatsavaivat ja päänsärky yleisiä
		69	Malmilla		
		102	Rauhassa		

### *Parasiitit, tuberkuloosi ja muut infektiot*

Parasiittiongelma on maailmanlaajuisesti valtava, satojen miljoonien ihmisten arvellaan olevan parasiittien kantajia. Pääsyy suoliston parasiittien leviämiseen on huono hygienia. Suomeen tultuaan potilailla ei ole enää ilmeistä mahdollisuutta saada reinfektiota. On kuitenkin muistettava, että tartunnan lähteenä voi olla myös identifioidun potilaan perheenjäsen. Osa parasiiteista ei ole patogeeni-



siä. Näistä esimerkkeinä ovat alkueläimet *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmani*, *Endoclinax nana*, *Iodamoeba butchlii* ja *Chilomastix mesnili*. Hoidettavista parasiiteista ovat tavallisimpia suolinkainen (*Ascaris lumbricoides*), koukkumato (*Ancylostoma duodenale* tai *Necator americanus*), kihomato (*Enterobius vermicularis*), piiskamato (*Trichuris trichiura*) ja *Strongyloides stercoralis* sekä imumadot ja heisimadot. Alkueläimistä *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* ja *Cryptosporidium parvum* ovat tavallisia patogeenejä. Mahdollisesti patogeenisenä pidetään *Blastocystis hominista*, jota suositellaan hoidettavaksi ainakin silloin, jos potilas on oireinen. Parasiitin hoito endeemisellä alueella ei ole mielekäästä, mutta kun potilas on ympäristössä, jossa reinfektion vaaraa ei sanottavasti ole, olisi syytä hoitaa patogeenit. (Siikamäki 1994.)

Suomessa uuden infektion riski on pieni ja myös oireettomat suolistoparasitiin kantajat on syytä hoitaa teoreettisenkin tartuntariskin poistamiseksi ja mahdollisten myöhempien komplikaatioiden ehkäisemiseksi. *Entamoeba histolytica* voi aiheuttaa invasiivisen taudin ja *Giardia lamblia* pitkittyneen ripulin ja malabsorption. Yksittäinenkin suolinkainen saattaa saada aikaan sappitieobstruktion, ja *Strongyloides stercoralis* voi aiheuttaa henkeä uhkaavan yleisinfektion vuosiakin tartunnan jälkeen, jos potilaille kehittyy immuunipuutos. (Siikamäki ym. 2002.)

Niin sanotuille Vietnamin venepakolaisille tehtiin terveystarkastukset vuosina 1979–1983. Terveystarkastuksissa löydettiin runsaasti infektioita, jotka olivat pakolaisten tulovaiheen pääasialliset terveydelliset ongelmat. Iho- ja hammasinfektioiden lisäksi yli puolelta löytyi suolistopatogeenejä (loisia, patogeenisiä bakteereita, jopa poliovirusta). Hepatiitti B -viruksen kantajiksi todettiin noin 15 prosenttia tutkituista. Harvinaisempia löydöksiä olivat tuberkuloosi, piilevä kuppa, lepra ja malaria. Suolistoloisten ja -bakteerilöydösten määrässä oli eroja siten, että eniten löydöksiä oli trooppisilta alueilta tulevilla (Kaakkois-Aasia, Afrikan maat). Samansuuntaisia eroja voitiin havaita hepatiitti B -viruksen kantajuudessa. Alkutarkastusten löydökset olivat sekä pakolaisilla että turvapaikanhakijoilla enimmäkseen infektioita. (Kyrönseppä ym. 1993.) Varsinkin lapsilta löytyy melko usein parasiitteja (Sariola 2001).

Potilaita on informoitava ymmärrettävällä tavalla siitä, etteivät tulokset vaikuta turvapaikkapäätökseen eivätkä ne tule muiden viranomaisten tietoon. Suolistoparasiitit ovat useissa turvapaikanhakijoiden lähtömaissa varsin yleisiä. Siikamäen ym. mukaan (2002) myös oireettomat suolistoparasiitit tulisi hoitaa, sen sijaan Nohynek ym. (1993a) esittävät, että parasiittien leviäminen maahantulojoista toisiin ihmisiin on Suomen oloissa kuitenkin erittäin harvinaista. Siksi parasiitteja ei heidän mukaansa ole syytä seuloa Suomeen tulleilta turvapaikanhakijoilta, paitsi jos asianomaisen pitkään jatkuneen ripulin etiologian selvittäminen sitä vaatii. Salmonella- ja shigellainfektioiden osalta ei tule poiketa menettelyistä, joita toteutetaan muidenkin potilaiden kohdalla. (Nohynek ym. 1993a.)

Myös Harris, Telfer 2001 ja Zwar 2005 ovat todenneet, että HIV:in, A- ja B-hepatiittien, tuberkuloosin ja rokotuksin estettävien tautien yleisyys on ongelma ja että parasiitit sekä suolistoinfektiot ovat yleisiä (Harris ja Telfer 2001, Harris ja Zwar 2005).

Tuberkuloosibakteeri on sitkeä selviytyjä ja uinuu kymmenissä tuhansissa

suomalaisissakin odottaen hetkeä herätä. Tartuntavaarallisen potilaan löytäminen, eristäminen ja nopea lääkehoidon käynnistäminen on parasta taudin etene-  
misen rajoittamista. Yksittäiset tapaukset löytyvätkin nykyään yhä useammin  
erilaisista riskiryhmistä taudin muutoin käytyä Suomessa melko harvinaiseksi.  
Aktiiviset toimenpiteet kaikkien maahanmuuttajien keskuudessa ovat perusteltu-  
ja. (Liippo 2005.)

Maahanmuuttajilla tuberkuloosin ilmaantuvuus vaihtelee lähtömaan mukaan.  
Suurin osa pakolaisista on lähtöisin suuren tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maista.  
Muuttomatkan aikana pakolaiset ja turvapaikanhakijat elävät usein olosuhteissa,  
joissa tuberkuloosi leviää helposti. Tämän vuoksi taudin riski saattaa olla suuren-  
tunut myös niiden pakolaisten keskuudessa, joiden lähtömaassa ilmaantuvuus ei  
ole suuri. (Rajalahti ym. 2005.)

Uudessa Seelannissa tutkittiin Lähi-idän maista tulleiden noin 900 turvapai-  
kanhakijan tietoja. Pääasialliset tulokset osoittivat, että psyykkisiä oireita oli 38  
prosentilla, Mantoux:n testi oli positiivinen 36 prosentilla ja aktiivinen tuberku-  
loosi 0,6 prosentilla. Kemoprofylaksiaa edellyttävä tuberkuloosi-infektio oli 19  
prosentilla ja 15 prosenttia tarvitsi thoraxröntgenseurantaa. (Hobbs ym. 2002.)

Tuberkuloosin esiintymisessä Vietnamin venepakolaisilla oli jonkinasteisia  
eroja. Lähes viidellä prosentilta Afrikasta tulleista epäiltiin thoraxkuvan perus-  
teella tuberkuloosia ja diagnoosi varmistui useammalla kuin joka viidennellä.  
Lähi-idästä tulleilta tuberkuloosia ei sitä vastoin löytynyt lainkaan. (Kyrönseppä  
ym. 1993.)

Joidenkin tartuntatautiin, erityisesti tuberkuloosin, uusi tuleminen vahvistaa  
perusterveydenhuollon merkitystä. Tartuntatautiin ehkäisy kuuluu perustervey-  
denhuollolle. Sen on vastattava myös Aidsiin ehkäisystä sekä valtaosasta potilai-  
den hoitoa ja ennen kaikkea heidän tukemistaan sairauden aikana. (Vuori ja Bar-  
nard 2006b.)

### *Muut sairaudet*

Potilaiden yleistiedon taso sekä elimistön anatomian ja fysiologian tuntemus  
voivat olla hyvin vähäisiä. Potilaiden odotukset ovat usein suuremmat kuin mitä  
heidän oikeutensa tutkimuksiin ja hoitoihin ovat turvapaikanhakuprosessin aika-  
na (Salmi 2002). Pakolaisväestö sairastaa samassa suhteessa kuin muukin väestö  
laajaa kirjoa pitkäaikaissairauksia, kuten kohonnutta verenpainetta, sydänsaira-  
uksia ja diabetesta (Harris ja Zwar 2005). Itä-Euroopan maista tulleilla on paljon  
diabetesta, verenpainetta ja koronaaritauteja (Burnett ja Peel 2001). Kyselytutki-  
musten mukaan turvapaikanhakijat pitivät terveydentilaansa huonompina kuin  
pakolaiset. Turvapaikanhakijoista 59 prosenttia ja pakolaisista 42 prosenttia koki  
terveydentilansa huonoksi. Molemmissa ryhmissä noin puolet kärsi ainakin yh-  
destä kroonisesta terveysongelmasta. Lisäksi ikä vaikutti huonoon terveydenti-  
laan ja kroonisiin sairauksiin. Aikaisemmalla runsaalla traumaattisten tilanteiden  
kohtaamisella oli yhteys moniin terveysongelmiin. Tutkijoiden mukaan sekä  
erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon tulisi huomioida asia. (Gerritsen

ym. 2006.) Turvapaikanhakijoiden tilannetta pahentaa se, ettei heillä ole helposti pääsyä perusterveydenhuollon palveluiden piiriin, mikä voi viivästyttää hoitoa (Harris ja Zwar 2005). Englannissa joka kuudennella pakolaisella on sellainen fyysinen terveysongelma, joka haittaa päivittäistä elämää (Harris ja Telfer 2001).

Krooniset sairaudet ovat Euroopan alueen tärkein sairausryhmä. Vaikka erityisesti joidenkin kroonisten sairauksien loppuvaihe voi vaatia erikoissairaanhoidtoa, niiden lisääntyminen puoltaa panostamista perusterveydenhuoltoon. WHO:n iskulauseita käyttäen: erikoishoito voi lisätä vuosia elämään, mutta perusterveydenhuolto lisää elämää vuosiin. (Vuori ja Barnard, 2006a).

Potilailla saattaa olla pitkäaikaissairauksia, jotka vaativat huomiota. Myös sukupuolen merkitys (tutkittava/tutkija) tulisi huomioida, erityisesti fyysisen tutkimuksen osalta. Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon toimenpiteet jäävät usein huomiotta. Rokotukset, elämäntapojen riskitekijät sekä syövän ja verisuonisairauksien seulonta unohdetaan helposti. Lasten ravitsemustila, kasvun seuranta ja rokotustilanteen tarkastus ja kirjaaminen tulisi muistaa. Tupakointi erityisesti miesten keskuudessa voi olla ongelma. (Harris ja Zwar 2005.) Potilailla on runsaasti lähinnä psykosomaattisiksi luokiteltavia oireita ja vaivoja, joista helposti syntyy pitkiä sairastamiskierteitä (Salmi 2002, Siikamäki 2004).

Helicobacter pylori on erityisen yleinen kehitysmaista tulleiden pakolaisten keskuudessa tai niillä, jotka ovat olleet pitkään pakolaisleireillä (Harris ja Telfer 2001). Noin puolelta ylävatsavaivoja valittavista löytyy helikobakteeri (Sariola 2001). Sen aiheuttamat suolikanavan haavaumat ovat yleisiä ja psyykkiset tekijät vielä pahentavat monia näistä sairauksista (Harris ja Zwar 2005). Se on yleisempi köyhistä maista tulleilla (Burnett ja Peel 2001).

Epämääräiset vatsakivut ripuleineen ja ummetuksineen johtuvat usein psyykkisistä syistä, ja niitä voidaan auttaa oireenmukaisella hoidolla. Koska laktaasientsyymin puutos on yleisempää Euroopan ulkopuolelta tulevilla, kannattaa muistaa laktoosi-intoleranssin mahdollisuus (Kähkönen 2007). Gastriittityyppiset vaivat ovat maahanmuuttajapotilailla yleisiä (Sariola 2001).

Turvapaikanhakijoiden terveyden perustarpeet ovat laajasti ottaen samat kuin perusväestössäkin, mutta moni asia on voinut jäädä hoitamatta, koska ei ole ollut saatavissa asianmukaisia terveyspalveluita. Riski joutua päihdyttävän aineen käyttäjäksi on suurentunut, jos päihdyttävää ainetta käyttää mekanismina selvitä tilanteesta. Jotkut ovat voineet joutua olemaan huonon hygienian ja huonojen sanitaatio-olojen piirissä ja jopa näkemään nälkää. Päänsärky, selkäsärky ja epäspesifiset kivut kehossa ovat yleisiä (Burnett ja Peel 2001). Tyyppiiongelmiksi maahanmuuttajien keskuudessa todetaan kulttuurieroista johtuvat ongelmat, infektiot, anemia, kehitysvammaisuus, traumojen jälkitilat ja muut toiminnanvaja- vuudet sekä B-hepatiitin kantajuus perheessä. (Siikamäki 2004.)

Hammasongelmat ovat hyvin yleisiä huonon ravitsemuksen ja aiemman huonon hammashoidon saatavuuden vuoksi (Kyrönseppä ym. 1993, Siikamäki 2004, Harris ja Zwar 2005). Makea kuuluu monissa maissa olennaisesti jokapäiväiseen ruokavalioon jälkiruokina tai makeina juomina. Runsaasti sokeria sisältävän teen jatkuva juonti vaikuttaa tuhoisasti hampaiden kuntoon (Kähkönen 2007).

Yksityismajoituksessa asuvat turvapaikanhakijat saattavat tarvita terveyden-

huoltopalveluita monenlaisiin sairauksiin, ja heillä on todennäköisesti kotimaisaan tapahtuneiden traumaattisten kokemusten seurauksena psyykkisiä ja muskuloskeletaalisia ongelmia ja monet tarvitsevat spesialistitasaista hoitoa. (Harris ja Telfer 2001).

Yhdysvaltoihin tulleiden pakolaisten saapumisen jälkeisestä terveydentilasta on hyvin vähän tutkimuksia lukuun ottamatta Kaakkois-Aasiaa. Tuberkuloosi, ravitsemushäiriöt, suolistoparasiitit, krooninen B-hepatiitti-infektio, rokotusten puute ja depressio ovat tärkeimmät ongelmat useimmissa ryhmissä. Pakolaisten keskuudessa on suuria eroja terveydentilassa ja psyykkisessä tilassa kuin myös kulttuurillisissa uskomuksissa. (Ackerman 1997.)

Entisen Jugoslavian alueelta tulleita pakolaisstatuksen saaneita henkilöitä tutkittiin haastattelulla Hollannissa. Pyrittiin mittaamaan fyysistä toimintakykyä, subjektiivista terveyden kokemista ja kipua sekä sosiaalista tilannetta. Tutkimuksen tuloksena oli se, että pakolaisilla oli hyvin haavoittuvainen terveys ja merkittävällä osalla terveysongelmien kumuloitumista. Nämä eivät useimmiten olleet yhteydessä sosiodemografisiin muuttujiin. (van den Heuevel 1998.)

Uuteen Seelantiin tulee vuosittain noin 1500–1800 turvapaikanhakijaa, joista noin kolmasosalle tehdään terveystarkastus. Vuosilta 1999–2000 lähinnä Lähi-idän maista tulleiden noin 900 turvapaikanhakijan tietoja tutkittiin sairauskertomustietojen valossa. Suolistoparasiitteja löytyi. Samoin löytyi sekä alfa- että beeta-talassemin kantajamuotoja ja HbS:n ja HbE:n heterozygoottitilasta. Keskenäisiä rokotusohjelmia löytyi myös, ja 33 prosentilla oli tarvetta saada lähete perusterveydenhuollosta eteenpäin (secondary level). Johtopäätöksinä todetaan, että maahanmuuttajilla on erityisiä terveydenhuoltotarpeita ja myös kielitaitoon liittyviä rajoitteita, kulttuuriin liittyviä erilaisuuksia ja taloudellisia vaikeuksia. Terveyspalveluita tuottavien yksiköiden olisi oltava tarkkoja näiden asioiden suhteen ja niiden tulisi varata riittävästi resursseja, jotta näitä asioita voitaisiin käsitellä asianmukaisesti ja ajoissa. (Hobbs ym. 2002.)

Erittäin yleisiä ovat erilaiset kivut ja kolotukset, selkävaivat ja päänsärky, mutta myös unettomuus ja ahdistuneisuus. Niiden taustalla on usein traumaperäinen stressireaktio, depressio ja jopa kidutus, eikä helpoksi asiaa tee se, että potilaan kotimaassa kidutukseen ovat saattaneet osallistua myös lääkärit. Kipuilevalle potilaalle on tehtävä kertaalleen perustutkimukset, niin että potilas ymmärtää, että hänet on tutkittu. Kokeita ei kuitenkaan kannata uusia varmuuden vuoksi. Naisilla on erilaisia vaivoja, jotka useimmiten vaativat gynekologilla käyntiä. (Sariola 2001.)

Valikoidulle ryhmälle turvapaikanhakijoita, jotka olivat englannin kielen opiskelijoita, tehtiin kyselytutkimus. Aineisto oli pieni, 57 tutkittua, joista 70 prosenttia vastasi. Yli kolme neljäsosaa raportoi traumasta menneisyydessään. Yli puolella oli päänsärkyä ja hermostuneisuutta tai depressiota ja 70 prosentilla vastanneista oli ollut kipuja viimeisen kuukauden aikana. Lisäksi pääsy terveyspalveluiden piiriin oli osoittautunut isoksi ongelmaksi. (Sinnerbrink ym. 1996.) Aineisto tässä tutkimuksessa oli pieni ja sen yleinen merkitys on kyseenalainen.

Sveitsissä tehtiin puhelinhaastatteluna tutkimus, jossa tutkittiin sveitsiläisten terveydentilaa. Läntisen Euroopan maista Sveitsiin muuttaneiden terveydentilaa

voitiin pitää samanlaisena kuin perussveitsiläistenkin. Sen sijaan kaikki muut maahanmuuttajat saivat terveys- ja sosiaalialan indikaattoreissa huonompia tuloksia. Esimerkiksi heidän itsensä kokema terveydentila oli useammin ”keskinertainen” tai ”huono”, he tunsivat itsensä emotionaalisesti labiileiksi ja kävivät lääkärissä useammin kuin perussveitsiläiset. (Weilandt ym. 2006.) Tutkimuksen tulos ei anna paljoa tähän tutkimukseen, sillä tutkittavina eivät olleet pelkästään turvapaikanhakijat.

Suomalaisen terveydenhuollon merkittävä uranuurtaja Konrad Reijo Waara (entinen Relander) tutki vuonna 1890 Haapajärven piirilääkärinä ollessaan systemaattisesti piirinsä asukkaiden terveydentilaa ja terveydenhuoltoa. Forsius on kuvannut tätä arvostettua tutkimusta aiemmin Suomen Lääkärilehdessä (Forsius 1992). Sen lisäksi, että Relander oli innokas kansanterveysvalistaja ja käytössä olevien toimintatapojen kyseenalaistaja, hän oli myös sosiologinen havainnoitsija, mitä osoittaa hänen arvionsa eräistä kunnan vaivaishoitoon ”osallistuvista” henkilöistä:

”Ja jos joku yksityinen tahi kokonainen torpan tahi itsellisperhekin satunnaisesti, syystä tahi toisesta, tuli kykenemättömäksi itseään elättämään, pantiin niitäkin kiertelemään kunnassa siten, että olivat päivän tahi pari talossa, kyydittiin sitten koko joukko ryysyineen päivineen toiseen taloon j. n. e. jatkuvassa kiertokulussa, niin että harvoin oli aikaa, jolloin talossa ei ollut joku tällainen ylimääräinen vaivainen. Näiden joukossa oli paljon aivan terveitä laiskureitakin, jotka katsoivat tällaisen elämän mukavammaksi kuin työnteon”.

*Relander: Terveystieteellisiä tutkimuksia Haapajärven piirilääkäripiiristä 1892*

Samaten hän toteaa myönnettyistä avustuksista seuraavaa:

”Ne, jotka näissä kokouksissa (joka kuukausi pidetyissä vaivaishoidon kokouksissa, kirjoittajan lisäys) paraiten osasivat valitella, voivotella tahi olla sanoisiansa hävittömät, saivat aina jonkun markan, että niitä päästäisiin kuulemasta, vaikka tarvetta ehk’ei ollut sanottavasti olemassakaan ja vaikka voitiin otaksua rahan menevän kahveen tahi muihin tarpeettomiin ostoksiin.”

*Relander: Terveystieteellisiä tutkimuksia Haapajärven piirilääkäripiiristä 1892*

Relanderin tutkimus paneutuikin erityisesti sosiaalisiin olosuhteisiin ja niiden mahdollisiin terveydellisiin vaikutuksiin. Haastattelu on antanut varsin suppean kuvan sen ajan yleisestä sairastavuudesta. Tutkituilta tiedusteltuja asioita olivat sydänala-vika, kolotus, yskä, päänskipu ja muu pitkälinen sairaus, mistä Relander halusi muodostaa yleisen kivullosuusprosentin käsitteen. Haastattelijana Relander käytti maallikkoa, joka kirjasi kysymyksiin vastaukset. Mikäli vaiva ei ollut ollut pitkäaikainen, kirjattiin asianomainen terveeksi, vaikka hänellä olisi ollutkin jotakin akuuttia vaivaa. Haastattelijalla saattoi myös kirjata kommentteja, mitkä Relander sitten itse arvio jälkikäteen. Relander oli siis kiinnostunut pitkäaikaisista sairauksista ja niiden suhteesta asumisoloihin. Koko kunnan miehistä 15.4 prosenttia ja naisista 18.6 prosenttia poti pitkäkestoisesta sairaudesta. (Relander

1982/1992). Relanderin tutkimuksessa mitattiin tarkasti asuinhuoneina käytettyjen huoneiden korkeudet ja pinta-alat sekä ikkunalasien pinta-alat. Relanderin mukaan ”kansan terveyskanta suuressa määrin, jospa tietysti ei yksinomaisesti, riippuu makuuhuoneiden suuruudesta henkilöä kohti” ja ”terveys ylimalkaan on huonompi niillä alueilla, joissa löytyy suhteellisesti enemmän matalia huoneita” (Relander 1892/1992).

Tutkimuksensa ulkopuolella Relander oli kirjannut ”sairas-päiväkirjaansa” vastaanotolla käyneiden oletetut diagnoosit sukupuolen ja iän mukaan. Luettelossa on kaikkiaan 36 erilaista vaivaa 1274 potilaalla noin kahden ja puolen vuoden ajalta (Relander 1992).

Vaikka 1800-luvun vaivaishoitoa tai terveydellisiä olosuhteita ei voi rinnastaa 2000-luvun turvapaikanhakijoiden tilanteeseen, voidaan joitain yhteyksiä kenties löytää: elinolosuhteiden vaikutus terveydentilaan, asuinolot, kodittomuus ja yleinen sairastavuus. Myös asennoitumisessa heikompiosaisiin voidaan nähdä samankaltaisuutta.

### *Terveyspalveluiden käyttäminen suomalaisissa vastaanottokeskuksissa*

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveyspalvelujen käyttöä selviteltiin Rauhan vastaanottokeskuksessa Joutsenossa ja Malmin keskuksessa Helsingissä vuonna 1993. Puolen vuoden aikana Joutsenossa oli 97 yleislääkärillä käyntiä, ja niistä suurin osa tehtiin akuutin infektion tai ihovaivan takia. Erikoislääkärikäyntejä oli yhteensä 34, ja sairaalan poliklinikalla kävi lisäksi kuusi henkilöä. Sairaalahoitoon otettiin 11 potilasta, joille kertyi 62 hoitopäivää. Malmilla yleislääkärin vastaanotolla kävi neljän kuukauden aikana 69 pakolaista ja turvapaikanhakijaa. Lääkärissäkäyntejä oli 16 kuukauden aikana kaikkiaan 278. Laboratoriotutkimuksia tehtiin 12 prosentissa ja röntgentutkimuksia kuudessa prosentissa käynneistä. Läheteitä kirjoitettiin yhdeksässä prosentissa käynneistä. (Kyrönseppä ym. 1993.)

Turussa tehdyn selvityksen mukaan (yhteensä 951 henkeä) vietnamilaispakolaiset tekivät ensimmäisen vuoden aikana lääkärin vastaanotolle keskimäärin 4–5 käyntiä. Lähi-idän pakolaisilla (muun muassa kurdit ja pakistanilaiset, yhteensä 343 henkeä) vastaavat luvut olivat 6–7 käyntiä. (Kyrönseppä ym. 1993.)

Ylähengitysteiden oireet olivat tavallisin syy potilaiden käyntiin lääkärin vastaanotolla Malmin vastaanottokeskuksessa. Gynekologiset syyt olivat enimmäkseen vuotohäiriöitä sekä raskauteen ja ehkäisyyn liittyviä ongelmia. Korvasairaudet olivat valtaosaltaan lasten korvatulehduksia. Vatsavaivat ja päänsärky olivat vastaanotolle hakeutumisen syinä hyvin yleisiä. Vatsavaivat olivat useimmiten gastriittityyppisiä. Psykkiset oireet olivat unettomuutta, ahdistuneisuutta, masennusta ja muutamassa tapauksessa harhaisuutta. Unettomuuden esiintyminen sivuoireena oli yleistä. Neurologinen oireilu liittyi epilepsiaan. Suurelta osalta tutkittuja löytyi lukuisia suolistopatogeneja. (Kyrönseppä ym. 1993.)

## 6.8 Turvapaikanhakijoiden mielenterveysongelmista

Tutkimuksia, joissa on käsitelty turvapaikanhakijoiden mielenterveysongelmia, on koottu taulukkoon 12.

Turvapaikanhakijoiden mielenterveysasioita ei ole helppo selvittää ja niiden tutkiminen on ollut vähäisempää kuin somaattisten sairauksien. Kaikilla maahanmuuttajillakaan ei välttämättä ole mitään käsitystä siitä, mitä länsimainen psykiatria on, mitä ovat mielenterveyspalvelut ja mitkä ilmiöt kuuluvat niiden piiriin. On potilaita, jotka eivät aiemmin ole tienneet voivansa saada mielenterveyspalveluja. Toisaalta, vaikka he ovat kokeneet kidutusta, he eivät välttämättä ole tienneet, että sitä voidaan nimittää kidutukseksi tai että sillä voi olla myös terveysvaikutuksia. Monet potilaista ovat kovin ymmällään omista oireistaan. (Sariola 2003.)

Länsimainen psykiatria voi olla vierasta ja monessa kulttuurissa syviä tuntemuksia ei tuoda esille kuin harvojen, luotettujen ystävien seurassa (Lears ja Abbot 2005). Kulttuurierot, tiedon puute ja ennakkoluulot estävät usein maahanmuuttajia hakeutumasta psykiatriseen hoitoon (Halla 2007).

Psyykkisiä ongelmia osataan harvoin eritellä. Kysyttäessä psyykkisestä voinnista vastataan usein ”en voi hyvin”. Unihäiriöt ovat yleinen valituksen aihe. Kliininen tutkimus ja kokeet eivät yleensä paljasta mitään sairautta, ja vaivat harvoin paranevat hoidolla. Jos paranevatkin, niin tilalle astuu uusia oireita. Täten toimiminen tällaisen potilaskunnan parissa voi olla hyvin turhauttavaa ja epäkiitollista työtä. (Salmi 2002.)

Rauta (2005) toteaa, että maahanmuuttajien henkistä pahoinvointia kuvastavat korkea työttömyysaste, korkea avioerojen määrä ja heidän suuri osuutensa turvakotien asiakkaista. Kansainvälisten tutkimusten ja selvitysten mukaan mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä maahanmuuttajilla ja siirtolaisilla, erityisesti pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden keskuudessa. Maahanmuuttajilla itsellään on lukuisia eri tekijöitä, jotka voivat estää tarpeenmukaisen hoidon. Tekijät liittyvät leimautumisen pelkoon, häpeään, kulttuurisiin tekijöihin, tapoihin, tiedon puutteeseen ja väärin uskomuksiin. Vaikeimmassa asemassa ovat Euroopan ulkopuolelta tulevat. He joutuvat käyttämään tulkkia ja ovat kulttuurisesti ja ulkonäöltään valtakulttuurista poikkeavia. Tämä tulee esiin niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairanhoidossakin. (Rauta 2005.)

Maahanmuuttajatausta ei tilastoidu terveys- tai mielenterveyspalveluiden käyttörekistereihin ja tilastoihin, joten luotettavaa tietoa heidän psyykkisestä voinnistaan tai mielenterveyspalveluiden käytöstään ei ole. Yksittäisten arviointien mukaan erot ovat alueellisesti suuria. (Rauta 2005.) Sivulla 31 on kommentoitu henkilötietolakia ja tilastojen soveltuvuutta turvapaikanhakijoiden palveluiden suunnittelussa.

**Taulukko 12.** *Tutkimuksia turvapaikanhakijoiden mielenterveydestä*

Tekijät	Vuosi	Tutkit- tujen		Menetelmät	Keskeiset löydökset
		määrä	Tutkitut		
McColl ja Johnson Lontoossa	2006	104	Klinikan palveluita käyttäviä potilaita	Henkilökunnan haastattelut ja potilaspaperit	Depressiota oli 50 %:lla PTSD:tä oli 41 %:lla Psykoositasoinen diagnoosi oli 53 %:lla Sosiaalinen eristäytyminen oli tavallista
Gerritsen ym. Hollannissa	2006	232 178	Turvapaikanhakijaa Pakolaista	Kyselylomakkeet	Psykkiset sairaudet olivat hyvin yleisiä molemmissa ryhmissä Turvapaikanhakijoista oli depressiota tai ahdistusta 68 %:lla ja PTSD:tä 28 %:lla Vastaavat luvut pakolaisilla olivat 39 % ja 11 %
Ekblad ja Shahnavaz Ruotissa	2004	246	Turvapaikanhakijat keskuksissa	Haastattelu (kysymykseen vastasi 23%)	Viidellä prosentilla vastanneista oli itsemurha-ajatuksia, jotka olivat yhteydessä PTSD:aan ja depression
Sourander Turussa	2003	10	perhettä	Haastattelututkimus	Aikuisilla suuri määrä derpressiota ja PTSD:tä Turvapaikanhakijat elävät stressitilanteessa Useimmille ei oltu tehty psykiatrista arviota eivätkä he olleet saaneet hoitoa
Iversen ym. Norjassa	2003	133 94 39	Norjalaista Siirtolaista Turvapaikanhakijaa		Turvapaikanhakijoiden riski joutua psykiatriseen sairaalahoitoon oli suurempi
Hobbs ym. Uudessa Seelannissa	2002	900	Lähi-idän maista tulleet	Sairauskertomusten läpikäynti	38 %:lla oli mielenterveysongelmia
Silove ym. Australiassa	1997	40		Haastattelu	79 % oli kokenut traumoja PTSD:n kriteerit täyttyivät 37 %:lla
Sinnerbrink ym. Australiassa	1996	57	Englannin kieltä opiskelevia turvapaikanhakijoita	Kyselytutkimus	Yli 3/4:llä oli trauma menneisyydessään Yli puolella oli päänsärkyä, hermostuneisuutta ja depressiota
Kyrönseppä ym. Suomessa	1993		Turvapaikanhakijat 97 Joutsenossa 69 Malmilla 102 Rauhassa		Unettomuus ja psyykkiset oireet yleisiä Mielenterveysongelmia lähes 5 %:lla



Monet pakolaiset kärsivät psyykkisistä ongelmista, jotka ovat kytköksissä heidän lähtömaissaan tapahtuneisiin traumaattisiin kokemuksiin ja kidutukseen. Tällaisia ovat voimakas ahdistuneisuus, unihäiriöt, painajaisunet, depressio ja keskittymishäiriöt – kaikki posttraumaattisen stressihäiriön tuntomerkkejä (Harris ja Zwar 2005). Englannissa kahdella kolmesta turvapaikanhakijasta oli ollut ahdistusta tai depressiota (Harris ja Telfer 2001). Psyykkisistä oireista tulevat esille ahdistuneisuus, depressio, paniikkikohtaukset, torikammo ja huono nukkuminen (Burnett ja Peel 2001). Lähi-idän pakolaisryhmässä todettiin yhteensä lähes viidellä prosentilla mielenterveysongelmia (Kyrönseppä ym. 1993). Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden ongelmista puolet saattaa olla jollain tavalla psyykkisperäisiä (Sariola 2001). Uudessa Seelannissa tutkittiin sairauskertomustietoja vuosilta 1999–2000 ja saatiin selville, että noin 900 turvapaikanhakijasta, jotka olivat tulleet lähinnä Lähi-idän maista, oli psyykkisiä oireita 38 prosentilla (Hobbs ym. 2002).

Joskus turvapaikanhakijoiden psyykinen terveydentila on heikentynyt siinä määrin, että he ovat joutuneet sairaalahoitoon ja heidän lapsiaan on jouduttu otamaan huostaan. Vaikea masennus ja itsetuhoisuus ovat tavallisia. (Halla 2005.)

Hollannissa tutkittiin turvapaikanhakijoiden fyysisiä, henkisiä ja sosiaalisia valituksenaiheita. Tutkimus käsitti kirjallisuusselvityksen ja sekä retro- että prospektiivisen potilastutkimuksen. Osoittautui, että kidutusta kokeneet pakolaiset toivat esille yhtä paljon vaivoja kuin sellaiset, jotka eivät olleet kokeneet kidutusta, mutta kuitenkin kokeneet muuta väkivaltaa. Alkuperämaan muutkin seikat kuin traumaattiset kokemukset vaikuttivat asianomaisen terveydentilaan. Vaikka monet aiemmat tutkimukset osoittavat, että suhteellisen suurella osalla pakolaisista on posttraumaattisen stressihäiriön oireita, ei sitä voitu vahvistaa tässä tutkimuksessa. Tutkijat päättelevätkin, että pakolaiset läpikäyvät eräänlaisen traumaattisten kokemusten ja stressin jatkumon ennen pakosalle lähtöä, sen aikana ja sen jälkeen. Epäspesifisten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien esilletuloon vaikuttavat useat ennen ja jälkeen maahanmuuttoa tapahtuneet seikat. (van Willigen ym. 1995.)

Sydneyssä tutkittiin 40 turvapaikanhakijaa haastattelulla ja todettiin, että ahdistuneisuus liittyi naissukupuoleen, köyhyyteen ja maahanmuuttoviranomaisten kanssa syntyneisiin konflikteihin, kun taas yksinäisyys ja kyllästyneisyys liittyivät sekä ahdistuneisuuteen että depressioon. Tutkituista 79 prosenttia oli kokenut traumoja, kuten esimerkiksi nähnyt tappamisia, ollut hyökkäyksen kohteena tai vangittuna tai heitä oli kidutettu. Posttraumaattisen stressihäiriön (PTSD) kriteerit täyttyivät 37 prosentilla. PTSD-diagnoosi liittyi aikaisempaan traumaan, turvapaikkahakemuksen viivästyneeseen, vaikeuksiin maahanmuuttoviranomaisten kanssa asioinnissa, työnsaantihankaluuksiin, rotusyrjintään sekä yksinäisyyteen ja kyllästymiseen. (Silove ym. 1997.)

Suomen sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä tehtiin vuonna 1994 kartoitus turvapaikanhakijoiden mielenterveysongelmien hoitojärjestelyistä. Kaikista keskuksista löytyi asiakkaita, joilla oli psykoositasoisia mielenterveysongelmia. Myös psykiatrisia sairaalahoitojaksoja toteutui, lähinnä tarkkailuajan mittaisina. Kartoituksessa todettiin vaikeaksi sen erottaminen, mikä on normaalia kulttuu-

risidonnaista käyttäytymistä ja mikä patologista käyttäytymistä. Psykosomaattisen oirehdinnan erottaminen ja ”hiljaisesti” potevien tunnistaminen oli vaikeaa. Suurimmiksi esteiksi mielenterveystyön tekemiselle nimettiin kulttuurierot, kieliongelmat, puuttuva taitotieto ja aikapula. Pakolaistyö todettiin luonteeltaan tunteisiin vetoavaksi ja siten kuluttavaksi, mikä voi osaltaan vaikuttaa ammatillisuuden ja työrajojen hämärtymiseen. Tekijät suosittivatkin, että keskuksissa olisi moniammatillisia työryhmiä. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että siirtovaiheessa oltaisiin läheisessä kontaktissa tulevaan kotikuntaan ja sen viranomaisiin pehmeän siirtymisen varmistamiseksi. (Laine ja Tervo-Lindgren 1994.)

Norjassa tutkittiin norjalaisten, siirtolaisten ja turvapaikanhakijoiden psykiatrisessa sairaalassa tapahtuneita hoitajaksoja vuosina 1995–2000. Tuona ajanjaksona sairaalahoitajaksoja oli 3 053 ja niistä oli valittu otantana 133 norjalaista. Sen lisäksi tutkimukseen oli otettu mukaan kaikki siirtolaiset, 94 henkilöä ja turvapaikanhakijat, 39 henkilöä. Norjalaisilla ja siirtolaisilla oli sama suhteellinen riski joutua sairaalahoitoon, turvapaikanhakijoilla se oli selvästi suurempi. Skitsofrenia oli yleinen siirtolaisnaisten keskuudessa. Turvapaikanhakijoilla oli runsaammin sairaalahoitajaksoja, mutta vähemmän vastentahtoisia hoitajaksoja kuin norjalaisilla ja siirtolaisilla. (Iversen ym. 2003.)

Yhdysvalloissa New Yorkissa, New Jerseyssä ja Pennsylvaniassa haastateltiin 70:tä vankilassa olevaa turvapaikanhakijaa. Tutkimuksen alkuvaiheessa 77 prosentilla oli ahdistusoireita, 86 prosentilla masennusoireita ja 50 prosentilla PTSD:n oireita. Kaikki oireet korreloivat erittäin merkittävästi pidätyksen pituuteen. Niillä, jotka vapautettiin, oireet vähenivät, mutta ne, joiden pidätys jatkui, olivat jatkossa huonommassa kunnossa kuin tutkimuksen alussa. (Keller ym. 2003a.)

Lontoossa tutkittiin 104 turvapaikanhakijaa ja pakolaista, jotka edustivat 11 prosenttia London Community Mental Health Teamin palveluksia käyttäneistä. Oheissairastavuutta oli yleisesti. Tavallisimmat diagnoosit olivat depressio (50 prosentilla) ja PTSD (41 prosentilla) ja hiukan yli puolella oli psykoositasoinen diagnoosi (53 prosentilla). Sosiaalinen eristäytyminen oli tavallista ja tyydyttämätön hoidon tarve suurta. (McCull ja Johnson 2006.)

Hollannissa toteutettiin kesäkuun 2003 ja toukokuun 2004 välillä väestöpohjainen tutkimus afganistanilaisten, iranilaisten ja somalialaisten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten fyysisen ja psyykkisen terveydentilan selvittämiseksi. Tutkimuksessa käytettiin erilaisia kysymyslomakkeita, joilla selvitettiin pitkäaikaisia somaattisia sairauksia ja psyykkisiä ongelmia kuten PTSD:tä, depressiota ja ahdistuneisuutta. Tutkimukseen valittiin satunnaisotannalla 232 turvapaikanhakijaa, joista 89 prosenttia vastasi. Lisäksi kolmesta kunnasta valittiin 178 muun väestön joukossa asuvaa pakolaista, joista 59 prosenttia vastasi. Turvapaikanhakijoista 28 prosenttia ja pakolaisista 11 prosenttia kärsi PTSD:stä. Turvapaikanhakijoista 68 prosenttia ja pakolaisista 39 prosenttia kärsi depressiosta tai ahdistuneisuudesta. Erityisesti iranilaisilla ja afgaaneilla oli muita suurempi riski saada PTSD ja depressio tai ahdistusoireita. Erityisesti naisilla oli pitkäaikaisia sairauksia ja PTSD:tä ja depressiota tai ahdistuneisuutta. Sekä fyysiset että psyykkiset sairaudet olivat hyvin yleisiä turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten keskuu-

dessa. (Gerritsen ym. 2006.)

Turussa tehty kymmentä pakolaisperhettä koskeva tutkimus paljasti aikuisilla suuren määrän depression ja PTSD:hen liittyviä oireita (Sourander 2003). Vuonna 2002 tehtiin Suomessa haastattelututkimus turvapaikanhakijoille ja pysyvästi Suomessa asuville maahanmuuttajille. Monilla oli depressiota, tuskaisuutta, ahdistuneisuutta ja unettomuutta. Turvapaikanhakijoiden ryhmässä näitä oireita oli noin puolella, kun muilla maahanmuuttajilla niitä oli selvästi vähemmän. Mielenterveysongelmistaan kertoneet potilaat olivat sitä mieltä, että heidän tilannettaan voitaisiin parantaa lisäämällä terveydenhuoltopalveluiden saatavuutta, turvallisuuden tunnetta ja hyvinvointia. Lähes puolessa tapauksista lääkärit eivät tunnistanee mielenterveysongelman olemassaoloa, vaikka potilas siitä kertoi. Erityisesti Suomessa koettujen asioiden merkityksen arviointi tuotti vaikeuksia. (Sainola-Rordiquez ja Koehn 2006.) Oslossa tehdyssä tutkimuksessa oli havaittu, että niin maahanmuuttoa edeltävät kuin sen jälkeisetkin rasisitustekijät vaikuttivat koetun stressin määrään. Köyhistä maista lähteneiden suuremman koetun stressin selittivät ennen muuta maahanmuuton jälkeiset rasisitustekijät. (Pakaslahti 2007.) Mielenterveyspalveluiden tarve voi erityisesti nousta esille tilanteissa, joissa turvapaikanhakijan oleskelulupapäätös tulee kielteisenä. Tämä on asianomaiselle kriisitilanne. (Procter 2005). Maahanmuuttajien psyykkisten sairauksien hoito tuottaa usein hyviä tuloksia, kun vain on riittävästi aikaa ja ammattitaitoa (Halla 2007) ja muun muassa kidutetut ovat kiitollisia avusta ja myötäelämisestä sekä helpottuneita, jos asia voidaan ottaa puheeksi (Ruuskanen 2007).

Hollannissa tutkittiin alaikäisten ilman vanhempia saapuneiden pakolaisten mielenterveyttä väitöskirjatyössä vuonna 2006. Tutkittavina oli 920 alaikäistä, jotka edustivat noin kymmentä prosenttia Hollannissa tuolloin olleista alaikäisistä ilman vanhempia tulleista pakolaisista. He olivat 11–17,5 vuotiaita ja olivat olleet Hollannissa vähintään neljä kuukautta. Eniten heitä oli tullut Angolasta, Kiinasta, Sierra Leonesta ja Guineasta. Tutkimuksen tulosten mukaan ilman vanhempia tulleilla oli suurempi riski traumaattisiin stressireaktioihin kuin nuorilla, jotka asuivat sukulaisten tai muiden hollantilaisten kanssa yhdessä. Tutkijan arvion mukaan on äärimmäisen tärkeätä, että näille yksintulijoille järjestetään heille oikeutena kuuluvat riittävät ja tehokkaat mielenterveyspalvelut, jotta he voisivat kehittyä sosiaalisesti ja emotionaalisesti terveiksi aikuisiksi. (Bean 2006.)

Pakolaislasten ja -nuorten suurimmat ongelmat näyttävät liittyvän mielenterveyteen. Lapsilla on kuvattu esiintyneen samankaltaisia PTSD-oireita kuin aikuisilla. Oireyhtymä liittyi usein depression, käytöshäiriöihin ja päihdeongelmiin. Sen kehittymiseen vaikutti trauman voimakkuus ja toistuvuus, aikaisempi mielenterveys sekä perheen ja sosiaalisen verkoston antama suoja ja tuki. Myös vanhemman liiallinen riippuvuus lapsestaan ja vanhemman psyykkiset ongelmat altistivat lapsia mielenterveyden ongelmille. Vanhemmuuden roolin säilyttäminen oli erityisen vaikeaa pienten lasten vanhemmille sekä erityisesti yksinhuoltajille ja niille vanhemmille, joilla oli vakavia ristiriitoja tai toinen vanhemmista oli kidutuksen uhri. (Sourander 2007.) Roolien hämärtyminen tapahtuu helposti silloin, kun lapsi oppii uuden maan kielen ja tavat ja vanhemmat eivät vielä niitä

osaa.

Sotilaina toimineiden lasten tilanne oli vielä vaikeampi. He olivat menettäneet luottamuksensa aikuisiin, heidän moraalinen kehityksensä oli vääristynyt ja heillä oli vaikeita traumaattisia kokemuksia kidutuksesta, raiskauksesta, taistelutilanteista ja päihteiden käytöstä. (Sourander 2007.)

Ruotsissa tutkittiin haastattelemalla 246 arabian-, serbokroatian- ja persiankielistä turvapaikanhakijaa kolmessa eri vastaanottokeskuksessa. Heistä 23 prosenttia vastasi kysymykseen itsemurha-ajatuksista. Viimeisen viikon aikana näistä viidellä prosentilla oli ollut hyvin paljon sellaisia ajatuksia. Itsemurhaajatukset olivat yhteydessä PTSD:aan ja depressioniin. (Ekblad ja Shahnava 2004.)

Turvapaikanhakija on sosiaalisesti epävarmassa tilanteessa ja häneltä puuttuu usein omaisten antama tuki. Turvapaikanhakuprosessiin liittyvät monet epävarmuutta luovat seikat ja pitkä päätöksen odotusaika ovat itsemurhariskiä ajatellen erittäin kuormittavia tekijöitä. Itsemurhariskin arvioinnissa tulisikin huomioida turvapaikanhakijaa kuormittavat tekijät. (Ginsburg ja Bäärnhielm 2007.)

## 6.9 Turvapaikkaprosessin vaikutuksista

Australialaisissa tutkimuksissa on esitetty epäily siitä, että suljettuihin oloihin päätyneillä turvapaikanhakijoilla on ollut traumaattisempi menneisyys kuin muilla pakolaisilla ja että suljettuihin oloihin asettaminen traumatisoi ihmistä lisää. Tarvittaisiin pikaisesti lisätutkimusta suljetun asumisen (detention) vaikutuksista mielenterveyteen. (Steel ja Silove 2001). Australiassa tutkittiin kymmentä perhettä, joissa oli yhteensä 14 aikuista ja 20 lasta. He olivat olleet suljetussa yksikössä hyvin syrjäisessä paikassa yli kahden vuoden ajan. Kaikki täyttivät vähintään yhden psyykkisen häiriön diagnostiset kriteerit, aikuisilla oli 26 eri häiriötä ja lapsilla 52 eri häiriötä. Retrospektiivisessä tutkimuksessa osoittautui, että aikuisilla psyykkiset häiriöt olivat kolminkertaistuneet ja lapsilla kymmenkertaisuneet verrattuna tilanteeseen ennen vankeusaikaa. (Steel ym. 2004.)

Yhdysvalloissa turvapaikanhakijat sijoitetaan usein vankilaan kuukausiksi ja jopa vuosiksi heidän hakemuksensa käsittelyn ajaksi. Physicians for Human Rights ja Bellevue/New York University Program for Survivors of Torture julkaisivat pidätetyistä turvapaikanhakijoista systemaattisesti tehdyn tutkimuksen tuloksia. Haastateltujen turvapaikanhakijoiden psyykkinen terveys oli huono, ja heillä oli runsaasti ahdistuneisuuden, depression ja PTSD:n oireita, mitkä pahenivat pidätyksen pitkittyessä. Tutkimus toi myös esille huolen siitä, miten turvapaikanhakijoita kohdellaan tulovaiheessa ja pidätyksen aikana. Tulokset tukivat väitteitä siitä, että pidättämisellä on vahingollisia vaikutuksia turvapaikanhakijoiden terveyteen ja hyvinvointiin. (Keller ym. 2003b.) Suljettuun yksikköön sijoittaminen näyttää olevan turvapaikanhakijan mielenterveydelle vammauttavaa. Kansainvälisen turvapaikkakriisin hoitamisessa ei saisi tarkoituksella luoda menettelytapoja, jotka aiheuttavat lisävahinkoa (Steel ym. 2004.)

**Taulukko 13.** Tutkimuksia turvapaikkaprosessin vaikutuksesta turvapaikanhakijoiden terveyteen

Tekijät	Vuosi	Tutkit- tujen määrä	Tutkitut	Menetelmät	Keskeiset löydökset
Ishikawa ym. Japanissa	2006	73	Afgaaneja, osa ollut vangittuina	Kysely	Depressiota ja PTSD:tä oli enemmän niillä, jotka olivat olleet vangittuina Vangitsemisella oli yhteys huonontu- neeseen mielenterveyteen
Steel ym. Australiassa	2004	14 20	Aikuista Lasta He olivat 10 suljetussa yksikössä asuvaa perhettä	Retrospektiivinen	Kaikilla vähintään yksi psykiatrinen häiriö Aikuisilla 26 eri psyykkistä häiriötä Lapsilla 52 eri psyykkistä häiriötä Vankeusaikana häiriöt kolminkertaistui- vat aikuisilla ja kymmenkertaistuivat lapsilla
Laban ym. Hollannissa	2004	143	Maassa olon aika alle puoli vuotta	Haastattelu käyttäen kään- nettyjä, struktu- roituja ja kulttuu- rillisesti validoi- tuja lomakkeita	Psykiatrisia häiriöitä oli 42 %:lla
		151	Maassa olon aika yli 2 vuotta		Psykiatrisia häiriöitä oli 66 %:lla
Keller ym. Yhdys- valloissa	2003	70	Vankilassa olevia turvapaikan- hakijoita	Haastattelu	77 %:lla oli ahdistusoireita 86 %:lla oli masennusoireita 50 %:lla oli PTSD:n oireita Kaikki oireet korreloivat erittäin merkittävästi pidätyksen pituuteen
Sinnerbrink ym. Australiassa	1997	40	Peräkkäin tulleita turvapaikan- hakijoita	Haastattelu strukturoiduilla lomakkeilla	Melkein 80 % raportoi ennen muuttoa tapahtuneesta traumasta 25 % oli ollut kidutettuna
Peel MR Lontoossa	1996	92	Zairelaisia	Retrospektiivinen	89 % oli ollut vankilassa, heistä 81 % yli vuoden Kaikkia oli piesty vangitsemisen yhteydessä Kaikkia paitsi kahta oli piesty vankilassa toistuvasti 76 %:lle jäi pysyviä psyykkisiä vammoja 78 %:lla oli kertomuksiin sopivia arpia Lähes kaikkia naisia ja joitakin miehiä oli käytetty hyväksi seksuaalisesti Vankilan olot olivat huonot

Taulukkoon 13 on koottu tärkeimpiä tutkimuksia, joissa on käsitelty turvapaik-  
kaproessin vaikutuksia turvapaikanhakijoiden terveyteen.

Syyskuussa 2001 tapahtuneen terrori-iskun jälkeen Afganistanista kotoisin  
olevat turvapaikanhakijat joutuivat Japanissa entistä useammin suljettuihin oloi-  
hin (detention). Tutkimuksen kohteena oli pidätettyinä olleita turvapaikanhaki-  
joita ja verrokkina sellaisia, jotka eivät olleet olleet pidätettyinä. Aiemmin koe-  
tuissa traumoissa ei ollut eroa. Ahdistusoireiden, depression ja PTSD:n esiinty-  
minen oli yleisempää pidätettyjen keskuudessa. (Ishikawa ym. 2006.) Turvapai-  
kanhakijoihin kohdistuvat toimintaperiaatteet eivät saisi olla rajoittavampia  
11.9.2001 Yhdysvalloissa tapahtuneiden terrori-iskujen jälkiseurauksena, ja sul-  
jetun majoituksen (detention) pitäisi olla mieluummin poikkeus kuin sääntö  
(Burnett 2002).

Sinnerbrink ym.(1977) totesivat, että länsimaihin laittomasti muuttaneita pi-  
detään nykyään yhä useammin ankarien rajoitusten alaisina siihen saakka kunnes  
heidän asiansa käsitellään. Sydneyssä Australiassa tehtiin vuonna 1997 tutkimus  
40 turvapaikanhakijalle heidän ennen muuttoa kokemastaan organisoidusta väki-  
vallasta ja muuton jälkeisistä stressitekijöistä. Melkein 80 prosenttia raportoi  
ennen muuttoa tapahtuneesta traumasta, kuten siitä, että he olivat joutuneet mur-  
han silminnäkijöiksi, heidän henkeään oli uhattu, heidät oli erotettu perheestään  
tai heitä oli aivopesty. Neljännessä oli kidutettu. Tutkittavat raportoivat merkittä-  
vää sosioekonomisen tasonsa laskua. Pelko palauttamisesta oli yleinen stressin  
aihe, samoin kuin työhön pääsemisen esteet, sosiaalipalveluiden saatavuus, per-  
heestä erottaminen ja turvapaikkahakemuksen etenemisen seuraaminen. Yli  
kolmasosalla oli vaikeuksia saada terveystalvuita. Tilanne oli ollut samanlai-  
nen jo heidän ollessaan kotimaassaan. Tulokset tukevat väitettä, että turvapai-  
kanhakuprosessi saattaa muodostaa stressitekijöitä jo ennestäänkin traumatisoi-  
duille ryhmille. (Sinnerbrink ym. 1997.) Ilmeisestikään useat turvapaikanhaki-  
joina olevat aikuiset ja lapset eivät ole koko ajan posttraumaattisessa tilanteessa,  
mutta elävät jatkuvasti stressaavassa tilanteessa. Eniten ahdistusta aiheutti pelko  
maasta poistamisesta ja perheestä eroon joutumisesta. Useimpien kohdalla ei  
ollut tehty psykiatrista arviota tai he eivät olleet saaneet hoitoa. (Sourander  
2003.)

Myös itse turvapaikanhakuprosessi, sen pituus ja epävarmuudessa odottami-  
nen sekä jatkuva pelko kääntymisestä ovat omiaan kasvattamaan ahdistuksen,  
jonka ehkä ainoana purkautumiskeinona on sen kanavoiminen psykosomaattisiin  
sairauksiin. Mahdollisesti sen vuoksi sairauksista on vaikea ”luopua”. Myös me-  
netykset, luopumiset ja joutuminen toisten elätettäväksi ja sääntöjen rajoittamak-  
si on osa kokonaisnöyryytystä, johon asianomaiset ovat joutuneet. (Salmi 2002.)

Hollannissa tutkittiin turvapaikanhakuprosessin pituuden vaikutusta mielen-  
terveyteen. Aineistona oli 143 turvapaikanhakijaa, jotka olivat olleet maassa  
enintään puoli vuotta ja 151 turvapaikanhakijaa, jotka olivat olleet maassa vähin-  
tään kaksi vuotta. Psykiatrisia häiriöitä oli 42 prosentilla lyhyemmän aikaa maas-  
sa olleista ja 66 prosentilla kauemmin olleista. Ahdistuneisuuden, depression ja  
somatofomisten häiriöiden prevalenssi oli merkittävästi suurempi jälkimmäises-  
sä ryhmässä. PTSD:n osuus molemmissa ryhmissä oli suuri, mutta eroa ei synty-

nyt. (Laban ym. 2004.)

Turvapaikanhakuprosessin pitkittymisen katsotaan olevan tärkeä psyykkisten ongelmien riskitekijä (Laban ym. 2004). On todennäköistä, että prosessin pitkityminen turvapaikanhakijoiden asioiden hoidossa vaikuttaa ahdistuksen, perheen hämmennyksen ja psyykkisten ongelmien määrään jo ennestään traumatisoiduissa pakolaisperheissä (Silove ym. 1997, Sourander 2003).

Viimeisen kymmenen vuoden aikana Pohjois-Amerikan, Euroopan ja Australasian maissa on alettu suhtautua kielteisemmin turvapaikanhakijoihin ja soveltaa heihin jyrkempiä menettelytapoja, kuten vangitsemista, tiukempia pakolaisiksi tulkitsemisprosesseja ja väliaikaisia turvapaikkajärjestelyjä. Silloinkin, kun turvapaikanhakijat voivat asua muun väestön parissa, heillä on rajoitetut mahdollisuudet työhön, koulutukseen, asumiseen, toimeentuloon ja joskus perusterveydenhuoltoonkin. Väitteitä hyväksikäytöstä, somaattisten ja psyykkisten sairauksien hoitamatta jättämisistä, itsetuhoisesta käytöksestä, nälkälakoista ja suljetuissa keskuksissa esiintyvistä turvapaikanhakijoiden keskinäisistä väkivallanpurkauksista on raportoitu. Vaikka turvapaikanhakijoiden psyykkisen terveyden systemaattinen tutkimus on alkutekijöissään ja tutkimusmenetelmät vielä vähäiset, on yhä enemmän näyttöä siitä, että ennen matkustusta tapahtuneiden traumojen lisäksi on matkustuksen jälkeistä stressiä, mikä johtaa siihen, että PTSD ja muut psyykkiset ongelmat jatkuvat. (Silove ym. 2000.)

Suomeen saavuttuaan turvapaikanhakijoilla on usein paljon psyykkisiä ja fyysisiä oireita, ja nämä saattavat pahentua turvapaikkaprosessin jatkuessa (Halla 2005). Turvapaikanhakijoiden hoitoa haittaa potilaiden kokema jatkuva turvattomuus. Hakemusten käsittely kestää usein vuosia, ja epävarmuus tulevaisuudesta ja huoli mahdollisesta käännyttämisestä ylläpitävät pelkoa ja lisäävät psykiatrista oireilua. (Halla 2007.)

Alle 15-vuotiailla turvapaikanhakijalapsilla oli erityisen suuri riski saada vaikeita psyykkisiä ongelmia. Aiemmin traumatisoituneille lapsille turvapaikanhakuprosessi voi aiheuttaa stressin ja psyykkisten oireiden lisääntymistä. (Sourander 1998.) Turvapaikkaa hakevien lasten tilanne tulisi arvioida psykososiaalisesti maahantulon jälkeen ja toistaa arvio myöhemmin. Pitkittynyt turvapaikanhakuvaihe saattaa traumatisoida lapsia ja perheitä ennestään. Myös pakolaisperheisiin suunnattujen kulttuurinmukaisten ja perhekeskeisten mielenterveyspalveluiden kehittäminen on tärkeää. Käytettävissä tulisi olla asianmukaisesti koulutettua henkilökuntaa, jolla on mahdollisuus työnohjaukseen ja konsultaatiopalveluihin. Henkilökuntaan tulisi kuulua myös etnisiä työntekijöitä. (Sourander 2007.)

Kun turvapaikkaprosessiin liittyvät valitusmahdollisuudet on käytetty, on edessä maasta poistaminen. Jos maasta poistettava vastustaa poistamista aktiivisesti ja väkivaltaisesti, on tarkasteltava sitä, miten asianomaisen ja mahdollisesti hänen läsnä olevan perheensä akuuttia ahdistusta ja pelkoa voidaan lievittää. (Salmi 2004.) Maailman Lääkäriliiton vuonna 1998 antamat ohjeet pakolaisten terveydenhuollosta korostavat, etteivät lääkärit voi osallistua minkäänlaiseen rangaistukselliseen tai oikeudelliseen toimenpiteeseen pakolaisia kohtaan tai suorittaa lääketieteellisesti tarpeettomia diagnostisia toimenpiteitä tai hoitoja, kuten rauhoittavaa lääkitystä maasta karkotuksen helpottamiseksi. Eri asia on,

jos asianomainen itse pyytää rauhoittavaa lääkitystä. (Äärimaa 2003.)

Turvapaikanhakijoiden kurjuuden jatkumon voi tiivistää kuvan 3 mukaiseksi. Siinä turvapaikanhakijan kokemukset on jaettu kolmeen ajalliseen vaiheeseen: kokemuksiin kotimaassa, kokemuksiin turvapaikanhakuprosessin aikana ja kokemuksiin oleskeluluvan saannin jälkeen. Näyttää siltä, että kurjuuden määrä vähenisi ajan myötä, mutta toisaalta esimerkiksi psyykkiset oireet, pelko, ahdistus, turvattomuuden tunne, masennus ja PTSD voivat lisääntyäkin. Syrjinnän kokemukset, joista on saattanut päästä eroon vastaanotto-olosuhteissa, saattavat palata kotoutumisvaiheessa, voimakkainakin. Kuvasta puuttuvat sellaiset kurjuuden lähteet kuin köyhyys ja sairaus, jotka eivät ole varsinaisia turvapaikanhaun johtavia syitä, vaikkakin voivat olla merkittäviä lisätekiöitä.

<b>Kokemukset</b>	<b>Turvapaikanhakuprosessin aikana</b>			
<b>kotimaassa</b>	<b>Matkustus</b>	<b>Pakolaisleiri</b>	<b>Vastaanottokeskus</b>	<b>Kotoutuminen</b>
Menetykset				
Nälkä				
Puute				
Stressi				
Ahdistus/pelko	Nälkä			
Suru	Puute			Omaksuminen
Turvattomuus	Stressi	Stressi	Stressi	Luopuminen
Huono kohtelu	Ahdistus/pelko	Ahdistus/pelko	Ahdistus/pelko	Ahdistus/pelko
Syrjintä	Suru	Suru	Suru	Suru
Väkivalta	Turvattomuus	Turvattomuus	Turvattomuus	Turvattomuus
Kidutus	Huono kohtelu	Epävarmuus	Epävarmuus	Syrjintä
Masennus	Masennus	Masennus	Masennus	Masennus
PTSD	PTSD	PTSD	PTSD	PTSD

**Kuva 3.** *Turvapaikanhakijoiden kurjuuden jatkumo*

## 6.10 Tutkimushaasteita

Turvapaikanhakijoiden terveydentilaa ja palveluiden tarvetta käsittelevät aiemmat tutkimukset ovat olleet pääasiassa haastattelututkimuksia. Tällöin on saatu tietoa haastateltavien senhetkisestä terveydentilasta ja tarpeista. Lähtökohtana on tällöin haastateltavien oma käsitys terveydentilastaan ja hoidon tarpeestaan.

Vähemmän sen sijaan on tutkimuksia, joissa turvapaikanhakijan haastattelun lisäksi on hankittu tietoa lääkärin suorittaman kliinisen arvioinnin avulla. Myöskään tutkimuksen jälkeisestä terveydentilan seurannasta ja turvapaikanhakijoiden terveyskäyttäytymisestä ei ole juurikaan tutkimustietoa. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltoon varattujen voimavarojen riittävyttä ei ole aiemmin selvitetty.

Tämäntyyppiset tiedot ovat tarpeellisia, jotta terveydenhuollossa käytettävissä olevat resurssit voidaan kohdentaa oikein. Tiedot voivat olla myös apuna suunniteltaessa voimavaroja turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltoon tulevaisuudessa.



## 7 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimus on luonteeltaan deskriptiivinen turvapaikanhakijoiden terveydentilan perusselvitys, jossa

- 1) kuvataan sitä, millainen tutkittavien henkilöiden aikaisempi terveydentila on sen valossa, mitä saadaan tietää heitä haastattelemalla (anamnesis) sekä verrataan spontaanin ilmoituksen ja systemaattisen kyselyn perusteella saatuja anamnestisia tietoja
- 2) kuvataan tutkittavien kidutus- ja väkivaltakokemuksia
- 3) arvioidaan tutkittujen terveydentila tutkimushetkellä (kliininen status tuloilanteessa sekä laboratorio- ja röntgentutkimukset)
- 4) kuvataan tutkittavien sairauksia ja heidän palveluiden käyttöönsä perustarkastuksen jälkeisen seurantajakson aikana
- 5) kuvataan turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltojärjestelmälle aiheuttamaa kuormitusta turvapaikanhakuprosessin aikana ja arvioidaan sitä suhteessa käytettävissä oleviin voimavaroihin
- 6) luodaan strukturoitu haastattelu- ja tutkimusmalli, jota käyttämällä missä tahansa vastaanottokeskuksessa voidaan suorittaa turvapaikanhakijoiden haastattelu ja tutkimus siten, että saadaan hyödyllistä tietoa asianomaisten terveydentilasta keskusten terveydenhuoltohenkilökunnan käyttöön. Suositeltua haastattelu- ja tutkimusmallia käyttämällä tulisi olla mahdollista saada vertailukelpoista ja seurantakelpoista tietoa hallinnolliseen ja tarvittaessa myös tutkimuskäyttöön.

# 8 Aineisto ja menetelmät

## 8.1 Aineisto

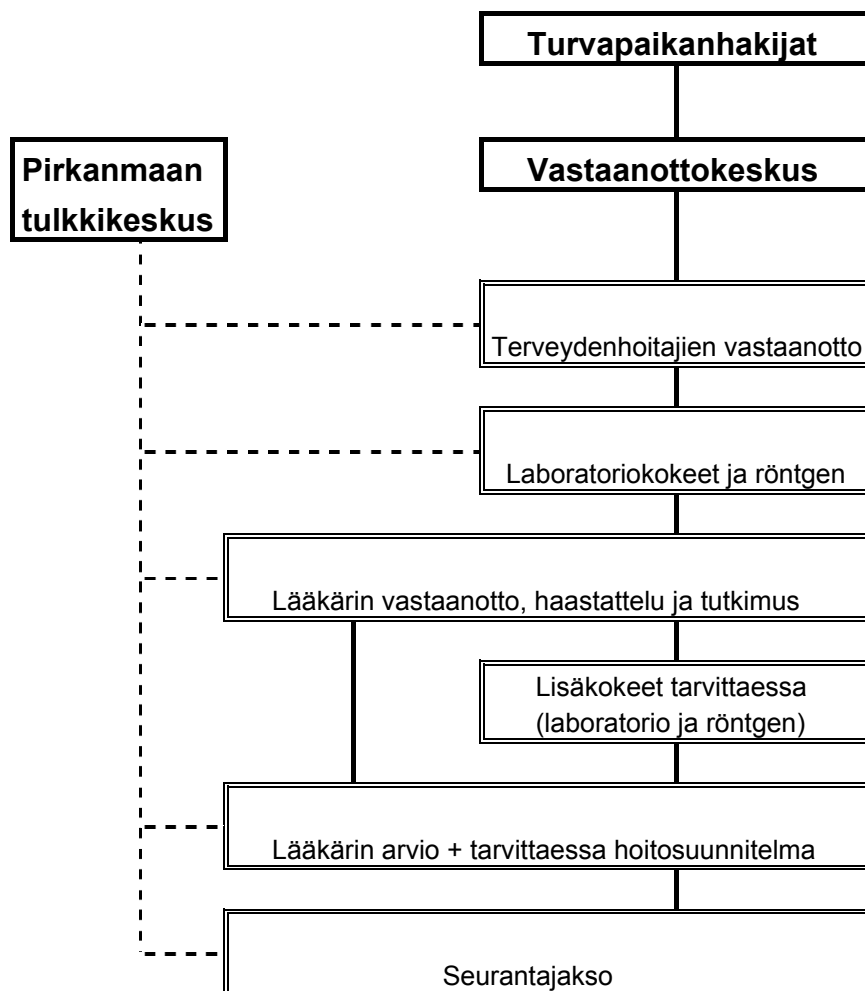
Aineisto kerättiin 1.8.2003–31.5.2005 Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikön kirjoille otetuista turvapaikanhakijoista. Aineisto koostui 170:stä turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskukseen tulleesta turvapaikanhakijasta, jotka oli sijoitettu Tampereen kaupungin pakolaisten vastaanottokeskukseen. Osa tutkituista oli tullut Suomeen jo aikaisemmin ja ollut yhdessä tai useammassa vastaanottokeskuksessa ennen Tampereelle tuloaan. Mikäli turvapaikanhakija oli otettu Tampereen vastaanottokeskuksen kirjoille 1.8.2003 tai sen jälkeen, hänet otettiin tutkimukseen mukaan.

### *Saapuminen vastaanottokeskukseen ja tulo terveydenhuoltoyksikköön*

Tutkimukseen osallistuneiden turvapaikanhakijoiden kohdalla meneteltiin samalla lailla kuin vastaanottokeskuksessa oli menetelty turvapaikanhakijoiden kohdalla aiemminkin. Tavanomaisen vastaanottojärjestelyn mukaisesti uuden turvapaikanhakijan saapuessa vastaanottokeskukseen tervehdittiin ja esittäydettiin. Tämän jälkeen hänelle annettiin vuodevaatteet, astioita, pyyhe ja huoneen avain. Henkilökuntaan kuuluva opasti hänet huoneeseensa ja avusti tarvittaessa tavaroiden kuljettamisessa majoituspisteeseen. Tulijalle esiteltiin yleiset tilat: WC, suihku, keittiötilat, pesutupa, tupakkahuone ja TV-huone. Hänelle kerrottiin missä sijaitsevat terveydenhuollon tilat, vastaanottokeskuksen johtajan toimisto sekä sosiaalityöntekijän ja etuuskäsittelijän huoneet. Viimeiseksi palattiin takaisin kansliaan, jossa tulija valokuvattiin. Häneltä tiedusteltiin, halusiko hän tässä vaiheessa vastaanottaa yksinkertaisen, kuivia aineksia sisältävän ruokapaketin, joka vähennetään myöhemmin hänelle kuuluvista sosiaalietuuksista. Samoin tiedusteltiin, oliko hänellä välitöntä rahantarvetta, jolloin hänellä saattoi olla tarve tavata pikaisesti yksikön sosiaalityöntekijä. Hänelle annettiin Tampereen kartta ja hän sai kortin, missä on vastaanottokeskuksen osoite. Viimeistään seuraavana arkipäivänä, johtajan ollessa paikalla, hänelle tehtiin kuvallinen vastaanottokeskuksen henkilökortti, jolla hän saattoi osoittaa henkilöllisyytensä ja asemansa esimerkiksi asioidessaan muiden viranomaisten luona. Henkilötietolomake lähetettiin poliisille ja keskuksen yhteydessä toimivaan terveydenhuoltoyksikköön tiedoksi uuden asiakkaan saapumisesta vastaanottokeskukseen. Alkuinformaatiotilaisuus järjestettiin viikon kuluessa turvapaikanhakijan saapumisesta. Häntä

informoitiin mahdollisuudesta tavata sosiaalityöntekijä ja saada asianajaja, jonka kanssa tapaaminen järjestettiin pyydettyäessä. Hänelle kerrottiin terveydenhuoltopalveluiden saatavuudesta ja terveydenhuoltoyksikön päivystysaika. Vastaanottokeskuksessa järjestettiin tarpeen mukaan yleisiä informaatiotilaisuuksia myös ryhmille, jolloin paikalla oli edustus terveydenhuoltoyksiköstä ja vastaanottokeskuksen henkilökuntaa kertomassa toiminnastaan ja vastaamassa kysymyksiin. Sosiaalityöntekijän vastaanotolle pääsi yleensä viikon kuluessa saapumisesta, mutta mikäli asukkaalla oli kiireellinen tarve, hän saattoi hakeutua sosiaalityöntekijän avovastaanotolle. Tampereen poliisi otti asiakkaan vastaanotolleen, missä selvitettiin asianomaisen henkilöllisyys ja hänen käyttämänsä matkareitti. Jatko-puhuttelujen ja selvitysten tekopaikka vaihteli: se saattoi tapahtua Tampereen poliisilaitoksella tai Ulkomaalaisvirastossa (tilanne tutkimuksen tekoaikana).

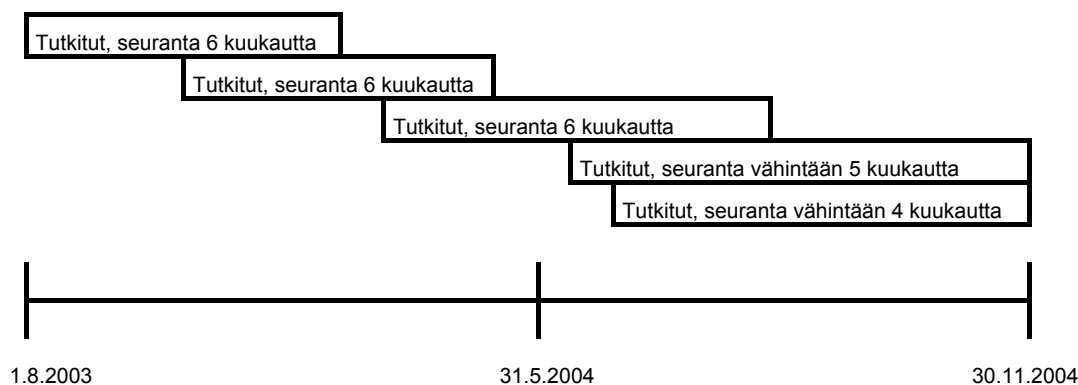
Tutkittujen terveydenhuolto ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä ja tutkimuksen kulku olivat seuraavanlaiset (kuva 4):



**Kuva 4.** Vastaanottokeskuksen, tulkikeskuksen ja terveydenhuoltoyksikön osuus turvapaikanhakijoiden terveydentilasta tehdyssä tutkimuksessa

## *Aineiston keruun aikataulu*

Aineiston keruu tapahtui 1.8.2003–30.11.2004 (kuva 5). Tutkimukseen mukaan otettiin ne, jotka oli rekisteröity vastaanottokeskuksen kirjoille 31.7.2003 jälkeen. Kunkin tutkitun seuranta kesti kuusi kuukautta laskettuna siitä, kun hän oli suunnitellusti ollut tätä tutkimusta varten ensimmäisessä lääkärintarkastuksessa. Viimeiset, jotka hyväksyttiin mukaan tutkimukseen, olivat tulleet kirjoille ennen 1.6.2004. Joitakin heistä tutkittiin kuitenkin vasta kesä–elokuussa 2004. Viimeisten tutkittujen seuranta-aika päättyi 30.11.2004.



**Kuva 5.** *Aineistonkeruun aikataulu*

## *Tutkimusaineiston karttuminen*

Vastaanottokeskuksen kirjoille otettiin tutkimuksen aineistonkeruun aikana 231 turvapaikanhakijaa. Heistä ei ole otettu tutkimukseen mukaan neljää Suomessa turvapaikanhakuprosessin aikana vanhemmilleen syntynyttä lasta, jotka on merkitty turvapaikanhakijoiksi. Samaten ulkopuolelle on jätetty kaksi sellaista aikuista, jotka ovat olleet turvapaikanhakijoina jo aiemmin, mutta ovat olleet tutkimusaikana vastaanottokeskuksessa uusina turvapaikanhakijoina. Toinen heistä oli tullut jo 1999. Toisesta oli merkintöjä sähköisessä sairauskertomusjärjestelmässä jo ennen 1.8.2003. Aineistosta hylättyjä turvapaikanhakijoita oli siis kuusi.

Tutkittavia tuli eri määriä eri kuukausina (taulukko 14). Tutkimukseen oli tarkoitus ottaa kaikki aineistonkeruun aikana kirjoille otetut, tutkimukseen hyväksytyt 225 turvapaikanhakijaa (taulukko 15). Näistä ei kuitenkaan saatu 55:tä kirjoille otettua mukaan tutkimukseen. 170 turvapaikanhakijaa tutkittiin ja heistä kerättiin seurantatiedot. Tutkimuksesta poisjääneistä valtaosa on ollut sellaisia, joiden ”kadottamiselle” ei ole mahdettu mitään. Ennen lääkärinvastaanottoa tutkimuksesta pois jääneistä 55:stä oli käännytetty 44 prosenttia, itse poistuneita ja kadonneiksi merkittyjä oli 15 prosenttia. Muihin vastaanottokeskuksiin oli siirretty ennen vastaanotolle pääsyä 16 prosenttia. Neljäsosalla tutkimuksesta poisjääneistä ei ollut mitään terveystietojen merkintää. He eivät olleet siis käyneet edes terveydenhoitajan alkutarkastuksessa. He eivät ehkä alkupäivien jäl-

keen enää asuneet vastaanottokeskuksessa eivätkä olleet saavutettavissa, vaikka kutsukirje terveydenhoitajan haastatteluun oli lähtenytkin. Osa ehti käydä terveydenhoitajan vastaanotolla, mutta ei lääkärissä.

**Taulukko 14.** Tutkimuksen aikana tulleiden turvapaikanhakijoiden jakautuminen eri kuukausille

Kuukausi	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Elokuu -03	9	11	9	2	0					0
Syyskuu	8	23	7	16	1					0
Lokakuu	12	18	1	8	11	8	1			9
Marraskuu	14	14	1	11	13		1	1		2
Joulukuu	16	40	5	24	11	6	2	3		11
Tammikuu -04	20	29	5	16	15	1		1	6	8
Helmikuu	21	36	0	33	21	1		1	1	3
Maaliskuu	21	24	2	16	18	2	1	1	2	6
Huhtikuu	26	22	1	10	25	6	5			11
Toukokuu	13	8	0	3	13		4	1		5
Kesäkuu	7				7					0
Heinäkuu	3				3					0
<b>Yhteensä</b>	<b>170</b>	<b>225</b>				<b>24</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>55</b>

#### Selitykset

I = Kuukauden aikana tutkimukseen otetut turvapaikanhakijat

II = Kuukauden aikana vastaanottokeskukseen tulleet uudet turvapaikanhakijat

III = Kuukauden aikana tulleet turvapaikanhakijat, jotka tutkittiin samassa kuussa

IV = Kuukauden aikana tulleet turvapaikanhakijat, jotka tutkittu myöhemmin

V = Aikaisempina kuukausina tulleet, jotka tutkittu tässä kuussa

VI = Ennen tutkimukseen pääsyä käännetyt

VII = Henkilöt, joilla ei ollut merkintöjä sairauskertomuksessa ja joita ei tutkittu

VIII = Vastaanottokeskuksesta ennen tutkimukseen pääsyä kadonneet

IX = Ennen tutkimukseen pääsyä muihin vastaanottokeskuksiin siirretyt henkilöt

X = Tutkimuksesta pois jääneet = "hävikki" (= VI+VII+VIII+IX))

**Taulukko 15.** Tutkimusaineiston muodostuminen turvapaikkaa hakeneista

	N	%
Kaikki turvapaikkaa hakeneet	231	
Aineistosta hylätyt	6	3
Tutkimuksesta poisjääneet	55	24
Tutkitut = aineisto	170	74

## *Aineiston ja asetelman luotettavuus ja toimivuus*

Tutkimuksen alkaessa oli ajateltu, että siihen otettaisiin mukaan kaikki vuoden aikana (elokuu 2003–heinäkuu 2004) tulleet turvapaikanhakijat. Tutkimuksen aineistonkeruu keskeytettiin kuitenkin aiottua aikaisemmin. Syinä keskeyttämiseen olivat seuraavat seikat:

- Jo syksystä 2003 lähtien käännytyksiä oli tapahtunut ennen asianomaisen ehtimistä tutkittavaksi. Alkuvuodesta 2004 oli tehty siirtoja toisiin vastaanottokeskuksiin niin nopeasti, että jotkut eivät ehtineet tutkimukseen. Syynä tähän oli vastaanottokeskuksen ahdas majoitus-tilanne.
- Melko pian aineistonkeruun alettua vastaanotolle pääsyn viive oli kasvanut kuukauden mittaiseksi. Tähän vaikuttivat turvapaikanhakijoiden määrän kasvaminen ja tutkijan tilapäiset poissaolot.
- Toukokuussa 2004 oli havaittavissa, että tietynlaista linjamuutosta oli tapahtumassa: Tampereen vastaanottokeskus muuttuisi profiililtaan transit-keskukseksi. Tämä johtaisi nopeampiin siirtoihin muihin keskuksiin.

Vastaanottokeskuksen linjamuutos oli keskeinen syy siihen, että aineistonkeruu päätettiin keskeyttää toukokuun lopussa ja varmistaa mahdollisimman monen sitä ennen saapuneen saaminen mukaan tutkimukseen. Tällä tavalla pyrittiin minimoimaan pois jääneiden osuutta. Tutkimuksen kannalta riittävän suuri aineisto saatiin kuitenkin kerättyä. Aineistonkeruuta jatkamalla aineiston koko olisi hieman kasvanut, mutta turvapaikanhakijoiden siirtojen vuoksi suhteellisesti isompi osa tulleistä olisi jäänyt tutkimuksen ulkopuolelle. Näin tutkimuksen luotettavuus olisi kärsinyt.

## *Jatkoseuranta*

Jatkoseurantana selvitettiin sitä, millaisia terveystalvueluita tutkittavat käyttivät ensikäynnin jälkeisen puolen vuoden aikana ja mitä sairauksia sinä aikana paljastui. Poikkeuksena olivat ne, jotka olivat tulleet ennen 31.5.2003 ja jotka olivat tutkittavina vasta tuon päivämäärän jälkeen. 160 tutkitun kohdalla teoreettinen seuranta-aika oli kuusi kuukautta, seitsemän kohdalla se oli vähintään viisi kuukautta ja kolmen kohdalla vähintään neljä kuukautta. Täysi seuranta toteutui niiden kohdalla, jotka olivat Suomessa vielä aikamäärän täytyessä. Käännytettyjen tai muuten poistuneiden kohdalla seuranta toteutui poistumiseen saakka. Heidänkin tilanteensa tarkastettiin asiakirjoista kuuden kuukauden kuluttua ensimmäisestä tutkimuskäynnistä.

Tietoja seurantaa varten saatiin ensisijaisesti niistä jatkokäynneistä, jotka toteutuivat vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä. Tampereen kaupungin terveyskeskuksen sairauskertomusjärjestelmästä saatiin tutkimusta varten tiedot siitä, olivatko tutkitut käyneet esimerkiksi päivystyskäynnillä Hatanpään päivystysasemalla tai muilla terveysasemilla tai käynneillä terveyskeskuksen ylläpitä-

missä erikoissairaanhoidon avohoitoyksiköissä.

Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön ulkopuolisista käynneistä ja niillä tapahtuneista hoidoista oli mahdollista saada tietoa vain epäsuorasti, laskutuksen kautta. Tällöin hallinnollinen tieto muuttui kliiniseksi tiedoksi, joka oli luonteeltaan viitteellinen. Se kertoi enintään sen, että oli tapahtunut palvelun käyttö, mutta siitä ei ollut mahdollista selvittää käynnin sisältöä tarkemmin. Tieto oli kuitenkin riittävä sen arvioimiseksi, miten paljon tutkitut kuormittivat ulkopuolisia yksiköitä.

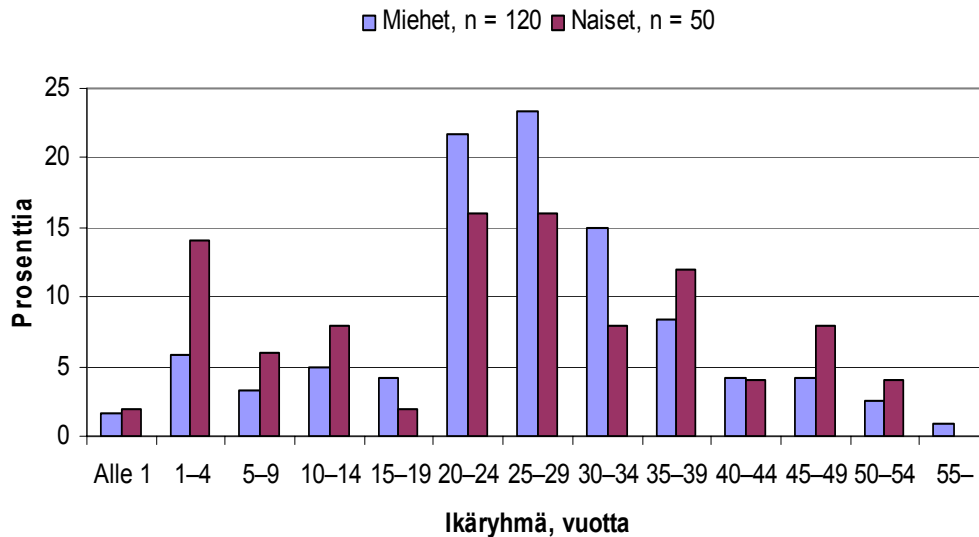
Ulkopuolisista hoidoista syntyneet laskut kiersivät tutkijan kautta (laskujen hyväksymisjärjestelmä kaupungissa). Näin saatiin tieto turvapaikanhakijoiden mahdollisista käynneistä muiden paikkakuntien perusterveydenhuollon yksiköissä samoin kuin käynneistä erikoissairaanhoidossa. Näihin tietoihin sisältyi yleensä vain tieto poliklinikkakäynnin tapahtumisesta tai vuodeosastopäivien määrästä. Hammashuollon käynneistä laskutus kiersi myös yksikön lääkärin kautta. Tällöin käyntien lukumääriä pystyttiin seuraamaan, mutta ei sitä, mitä hoidoissa oli tehty. Varsin moni tutkituista kävi Tampereen kaupungin mielenterveyskeskuksen maahanmuuttajien erityisyöryhmän vastaanotoilla. Myös näistä käynneistä saatiin tieto laskutuksen kautta, mutta käyntejä ei ole eritelty sen mukaan, tapahtuivatko ne lääkärin vai muun ammattilaisen luona. Käyntejä siellä oli psykiatrin, sosiaalityöntekijän ja fysioterapeutin vastaanotoilla.

Anamnestiset tiedot, statuslöydökset ja laboratoriotulokset kirjattiin huolellisesti sairauskertomukseen. Näin tiedot olisivat muidenkin käytettävissä esimerkiksi potilaan käyttäessä virka-ajan ulkopuolella päivystysaseman palveluita. Tuolloinhan potilaalla ei todennäköisesti olisi mukanaan tulkkia.

### *Ikä- ja sukupuoli-jakauma*

Tutkittujen ikä määritettiin tutkimusvastaanoton hetkellä. Aikuisten ja isompien lasten kohdalla se määritettiin tasavuotena, täytetyn vuoden mukaan. Ikä määritettiin alle 4-vuotiaille vuosina ja kuukausina ja se muutettiin taulukointia varten desimaaliluvuksi.

Nuorin tutkittu oli kolme kuukautta ja vanhin 55 vuotta. Alle viisivuotiaiden ryhmässä tyttöjä oli poikia enemmän ja nuoria aikuisia miehiä oli naisia enemmän (kuva 6). Muissa ikäryhmissä erot olivat pienempiä. Turvapaikkaa hakeneiden ikärakenne painottuu nuoriin aikuisiin. 54 prosenttia kuului ikäryhmiin 20–34 vuotta.



**Kuva 6.** Turvapaikanhakijoiden jakautuminen ikäryhmiin

Turvapaikanhakijamiehistä oli runsas neljä viidennestä (83 prosenttia) ja naisista runsas kaksi kolmännestä (70 prosenttia) 18 vuotta täyttäneitä. Turvapaikanhakijoilla oli melko vähän lapsia mukanaan. Alle 18-vuotiaiden osuus oli 21 prosenttia ja alle viisivuotiaiden osuus oli 10 prosenttia. Tämä kertonee siitä, että turvapaikanhakijaksi lähdetään usein nuorella aikuisiällä ennen oman perheen perustamista tai vähän sen jälkeen. Yhteensä turvapaikanhakijoilla oli 21 poikaa ja 15 tyttöä. Alaikäisistä turvapaikanhakijoista alle 5-vuotiaita oli 47 prosenttia, ikäryhmässä 5–14 vuotta oli 47 prosenttia ja ikäryhmässä 15–17 vuotta oli kuusi prosenttia. Kaikista turvapaikanhakijoista 71 prosenttia oli miehiä. Turvapaikanhakijoiden ikäjakauman perusteella ei ollut ennakoitavissa ainakaan paljoa pitkäaikaissairauksia.

Mainittakoon, ettei tutkimusaineistoon kuulunut yhtään alaikäistä, ilman vanhempaa tullutta turvapaikanhakijaa. Heidän asumisensa ja hoitonsa on järjestetty keskitetysti muussa turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksessa kuin Tampereella. Vuonna 2006 Suomeen tuli 108 ilman vanhempaa matkustanutta alaikäistä, 21:stä eri maasta. Melkein puolet heistä tuli Afganistanista, Irakista tai Somaliasta. (Ulkomaalaisvirasto 2007.)

### *Asumisjärjestelyt*

Turvapaikanhakijat voivat asua vastaanottokeskuksessa tai he voivat niin halutessaan asua yksityismajoituksessa joko Tampereella tai muualla Suomessa. Tutkituista vastaanottokeskuksen tiloissa asui 85 prosenttia. Vastaanottokeskuksen tiloissa asuvista 91 prosenttia oli majoitettuna Pohjolankadun yksikköön ja yhdeksän prosenttia Peltolammin yksikköön. Tämä ei kuitenkaan kuvasta Pohjo-



lankadun yksikön (150 paikkaa) ja Peltolammin yksikön (100 paikkaa) asukkaiden todellista suhteellista määrää, vaan tutkimusajankohtana vallinnutta tilannetta silloin, kun tutkittava oli peruslääkärintarkastuksessa. Osa asukkaista vaihtoi tutkimuksen aikana asuinpaikkaa, mutta sitä ei ole kirjattu tutkimukseen. Peltolammilla jo alkuvaiheessa asuvilla oli yleensä riittävä kielitaito selvitäkseen yksikössä, jossa ei ole henkilökuntaa ympärivuorokautisesti. Yksityismajoituksessa asui 25 henkilöä (15 prosenttia). Yksityismajoittujista suurin osa asui Tampereella, mutta osa kaukanakin Tampereelta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen järjestäminen Tampereen vastaanottokeskuksessa oli ymmärrettävästi muualla asuville ongelmallista, koska pienen asian takia ei lähdetty Tampereelle. Muun asuinpaikkakunnan terveydenhuoltopalveluita oli kuitenkin mahdollista käyttää, jos kysymys oli kiireellisestä ja välttämättömästä hoidosta.

### *Perherakenne ja lasten lukumäärä perheissä*

47 aikuista ja 37 lasta oli saapunut jonkun perheenjäsenen kanssa Suomeen. Kysymyksessä oli 28 erillistä perheyksikköä. Kolmessa tapauksessa oli kyse siitä, että asianomainen oli tullut isomman perheen osana, mutta loput perheenjäsenistä eivät päässeet tutkimukseen asti. Joko heidät (tutkittu mukaan lukien) oli siirretty muualle asumaan tai he olivat joutuneet lähtemään pois ennen kuin ehtivät tutkittaviksi.

Kaikista tutkimukseen kuuluvista luokiteltiin tässä yhteydessä lapsiksi 22 prosenttia. Luokittelu tapahtui vanhempien ilmoituksen perusteella. Lapsimäärä poikkesi kalenteri-iän mukaan alaikäisiksi katsottavista. Ainoa selitys on se, että vanhemmat ovat antaneet virheellisen tiedon perheensä lapsiluvusta haastattelussa (kysyttäessä, kuinka monta lasta heillä on) tai tulkinneet jonkun jo 18 vuotta täyttäneen lapseksi. Kysymys voi olla myös tulkkauksesta tulleesta epäselvyydestä.

Yksilapsisia perheitä oli neljä, kaksi lasta oli neljässä perheessä. Kolmessa perheessä oli kolme lasta ja kahdessa perheessä oli neljä lasta. Suurin lapsiluku oli yhden perheen kuusi lasta.

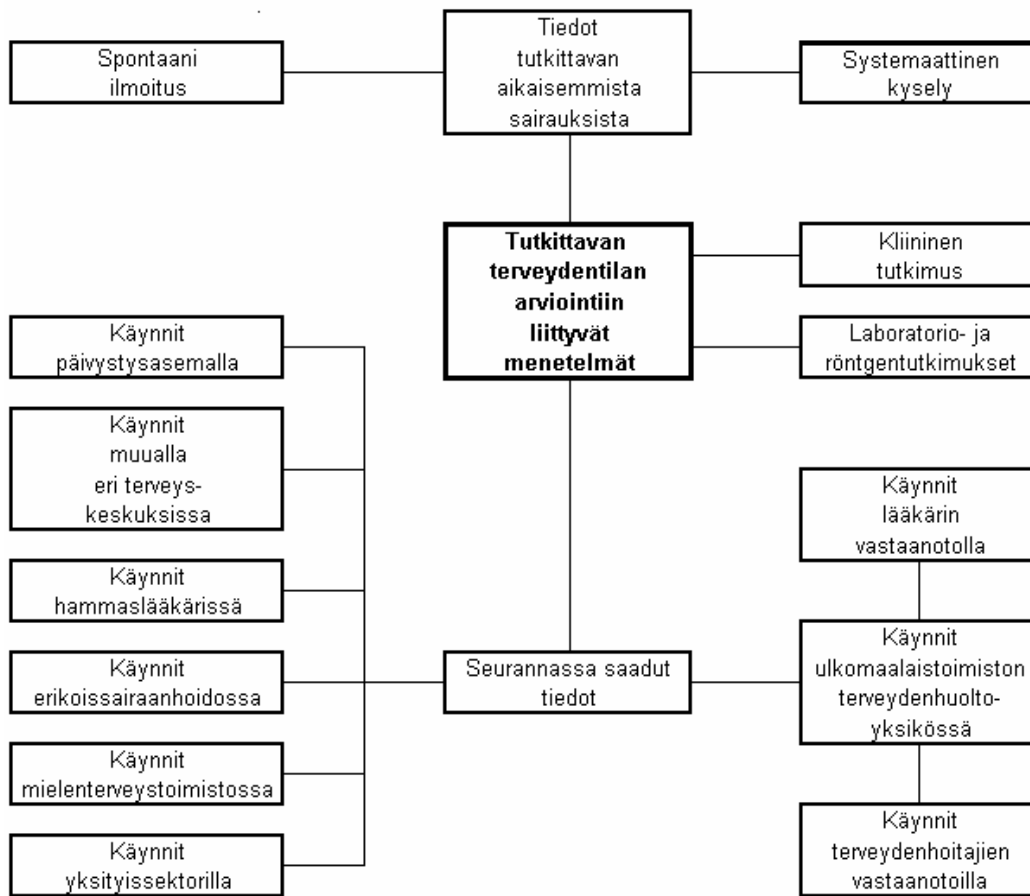
Tutkimuksessa eivät ole mukana ne lapset, jotka ovat syntyneet Suomessa turvapaikanhakuprosessin aikana. He ovat kuuluneet alusta lähtien suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän piiriin, mikä sisältää lähtötarkastukset synnytyssairaalassa ja neuvolapalvelut. Lapsiin kohdistuvien tutkimusten määrää ei haluttu lisätä tämän tutkimuksen takia.

## 8.2 Menetelmät

Monissa aiemmissa tutkimuksissa tutkittavien ongelmiin on paneuduttu potilaskyselyiden avulla, potilaan oman ilmoituksen näkökulmasta tai retrospektiivisesti tutkimalla potilasasiakirjoja. Potilaan fyysisistä tutkimista ei ole välttämättä ollut

tutkimusasetelmassa lainkaan. Tässä tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu turvapaikanhakijoiden terveydentilan lisäksi laajempiin kysymyksiin. Tarkastelun painopisteitä ovat terveydenhuollon rakenne ja toiminta, pakolaisten kokemukset, somaattiset sairaudet, mielenterveyden häiriöt sekä se, mitä vaikutusta turvapaikanhaun aikaisilla olosuhteilla voi olla turvapaikanhakijan terveydentilaan.

Tutkittavien aikaisempaa ja nykyistä terveydentilaa selvitettiin useammalla eri tavalla (kuva 7) ja pyrittiin muodostamaan käsitys heidän kokonaistilanteestaan. Huolellisen anamneesin oton lisäksi tutkittaville suoritettiin kliininen tutkimus laboratorio- ja röntgentutkimuksineen. Seurantatietoja rekisteröitiin käynneistä ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä ja muissa terveydenhuoltoyksiköissä.



**Kuva 7.** Tutkittavan terveydentilan arviointiin käytetyt tietolähteet ja menetelmät

Vapaa havainnointi on hyvä metodi silloin, kun tutkittavasta toiminnasta ei ole paljoa tietoa ennestään (Routio 2007). Tämän tutkimuksen metodina on käytetty tiedonkeruussa haastattelua, joka on osin ollut vapaata ja osin strukturoitua. Haastattelu ja lääkärintarkastus on suoritettu hyvää kliinistä tutkimuskäytäntöä noudattaen ja tulokset on kirjattu sairauskertomuksiin voimassa olevien sairauskertomusmerkintöjä koskevien ohjeiden mukaan. Vastaavat tiedot on tallennettu

tutkimusta varten siten, että tutkimuksesta ei ole tunnistettavissa yksittäisiä tutkittuja. Tutkimusote on deskriptiivinen.

Tähän tutkimukseen valittu järjestely mahdollisti jatkokysymysten ja tarkennusten tekemisen tutkimuksen kestäessä. Tutkija itse osallistui Tampereen kaupungin ulkomaalaiskeskuksen terveydenhuoltoyksikön työryhmän jäsenenä kaikkiin vastaanottokeskuksen asukkaiden terveydenhuollon toimintoihin. Aineiston keruu tapahtui osana normaalia terveydenhuoltoyksikön toimintaa. Siihen kuului terveystarkastusten järjestäminen uusille tulijoille sekä sairaan- ja terveydenhoitopalveluiden järjestäminen. Kaikkien työntekijöiden tehtäviin kuului terveystarkastusten lisäksi vastaanoton pitäminen ilman ajanvarausta tuleville akuutteja ja pitempiaikaisia sairauksia poteville.

Tiedonkeruuseen käytettiin useita eri menetelmiä (taulukko 16). Erityisen huolellisesti pyrittiin saamaan käsitys tutkittujen aikaisemmista sairauksista. Tietojen saamiseksi tutkitut saivat kertoa spontaanisti aikaisemmista sairauksistaan. Kertomusta täydennettiin systemaattisella kyselyllä. Oirekyselyllä ja lääkärintarkastuksella kartoitettiin asianomaisten terveydentilaa tutkimushetkellä. Tapausselostuksilla ja suorilla lainauksilla tutkittujen kertomuksista on pyritty kuvaamaan yksittäisten tutkittavien joskus hyvinkin vaikeaa taustaa.

#### **Taulukko 16.** Käytetyt tiedonkeruumenetelmät

---

Käytetyt tiedonkeruumenetelmät
Spontaani kerronta ja systemaattinen kysely
Oirekysely
Lääkärintarkastus
Laboratorio ja röntgentutkimukset
Seuranta
Tapausselostukset
Suorat lainaukset

---

Tutkimuksessa esitetyt haastattelukysymykset olivat faktakysymyksiä (perheeseen ja yksilöön liittyviä tietoja) sekä muunlaisia kysymyksiä. Kysymykset olivat kaikille samat. Vastausmahdollisuuksina haastatteluosiossa olivat vapaat vastaukset (esimerkiksi kidutusosiossa) ja strukturoidummat vastaukset (sairausanamneesi). Lääkärintarkastuksen osalta vastaukset kirjattiin tutkimuslöydösten mukaan. Lomake oli strukturoitu ja kliininen tutkimus suoritettiin vuosien kliinisen työskentelyn tuomalla tutkimusrutiinilla.

Tutkituilla aiemmin olleita sairauksia selvitettiin ensin tarkastelemalla tutkittujen **spontaanisti kertomia** seikkoja. Heille esitettiin kysymys: ”Onko Teillä aiemmin ollut jotain sairauksia tai vaivoja?” Tähän he saivat vastata vapaasti, omassa tahdissaan ja niin paljon kuin katsoivat aiheelliseksi. Kerronnan perusteella esille tulleet sairaudet kirjattiin tutkimuslomakkeisiin (liite 1).

Tämän jälkeen heille esitettiin sarja kysymyksiä (**systemaattinen kysely**), joilla haluttiin saada kattava käsitys aiemmista sairauksista ja samalla täydentää vapaan kerronnan tuottamia vastauksia. Kyselystä saadut vastaukset kirjattiin

tutkimuslomakkeisiin (liite 1).

**Kyselyllä sen hetkisistä oireista** selvitettiin, oliko tutkituilla mahdollisesti akuutteja sairauden tai vaivan oireita. Saadut tiedot kirjattiin tutkimuslomakkeisiin (liite 1).

Kaikille tutkituille tehtiin huolellinen **lääkärintarkastus**, jonka tulokset kirjattiin myös tutkimuslomakkeisiin (liite 1).

**Seuranta** toteutui niin, että tutkija tarkasti seuranta-ajan päätyttyä sairauskerptomuksista tutkittujen käynnit omassa yksikössä ja muissa terveydenhuoltoyksiköissä. Joidenkin palveluiden seurannassa tiedot saatiin laskutuksesta. Löydetyt tiedot koottiin osaksi tutkimusaineistoa.

Tutkimuksesta saatuja tietoja ristiintaulukoitiin ja tutkimustuloksista laskettiin frekvenssijakautumia ja prosenttiosuuksia suhteutettuina aineiston kokonaismäärään. Joskus kysymyksiin ei saatu kaikilta vastausta tai kliininen tutkimus oli eri syistä joiltakin tutkituista jäänyt suorittamatta. Tämä vaihteli kysymyskohtaisesti, mutta poisjääneiden osuus oli melko pieni, yleensä alle kymmenen tutkittua. Joissakin kysymyksissä (alkoholin käyttö, tupakointi, sukupuolitaudit, HIV) poisjätettyjä oli enemmän, sillä lapsilta ei kysytty kaikkea tai heiltä ei tutkittu kaikkia asioita siksi, että se ei lapsen kohdalla ollut asianmukaista. Tällöin prosentit on laskettu niin, että jakajana on luku, josta on poistettu mainitut ryhmät. Naistentauteja koskevat selvitykset tehtiin vain 18 vuotta täyttäneille naisille, joita oli yhteensä 35.

**Tapausselostuksia** on käytetty esimerkkeinä kustakin ongelma-alueesta. Myös **suoria lainauksia** tutkittujen käyttämistä ilmaisuista on käytetty selvittämään heidän tarkoittamiaan asioita.

Kidutusta ja pahoinpitelyitä selvittäessä kysymykset eivät olleet strukturoituja. Tarkoituksellisesti pyrittiin välttämään johdattelua. Tällä pyrittiin siihen, ettei tutkittava vastaisi tiettyihin kysymyksiin myönteisesti ajatellen ehkä myönteisen vastauksen parantavan hänen mahdollisuuksiaan turvapaikkaprosessin käsittelyssä. Jos tutkittava osasi spontaanisti, omin sanoin kertoa jostain kidutusmuodosta, oletettiin, että hän oli todennäköisesti joutunut sellaista kohtaamaan. Tutkituilta kysyttiin: ”Onko Teillä sellaisia kokemuksia, että Teitä olisi kidutettu tai pahoinpidelty?” Jos vastaus oli myönteinen, pyydettiin asianomaista kertomaan siitä omin sanoin. Tutkitun kertomus kirjattiin ja jos hän kertoi tutkimuslomakkeessa valmiiksi vaihtoehdoiksi valituista kidutusmuodoista, tutkija rastitti ne. Tarvittaessa käytettiin sanallista selitystä, mikä myös kirjattiin.

Tutkittavien aiheuttamaa kuormitusta terveydenhuoltojärjestelmälle ja resursien tarvetta pyrittiin arvioimaan.

Termiä ”sairas” käytettiin laskettaessa eri elinjärjestelmissä sairaiden osuuksia. Tällöin sairailta tarkoitetaan kaikkia niitä, joilla oli kyseisen tautiryhmän jokin diagnoosi, sairaus tai vaiva. Laskemista varten on tuolloin poistettu kaikki terveet ja ne, joilta vastaus puuttui.

Painoindeksiä (Body Mass Index, BMI) laskettaessa on käytetty Käypä hoito -suosituksen viitearvoja (Aikuisten lihavuus 2007).

## Tutkimusjärjestely

Tieto turvapaikanhakijan kuulumisesta vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön palveluiden piiriin saatiin vastaanottokeskuksesta. Tiedon tultua hänet kutsuttiin terveydenhoitajan vastaanotolle. Siellä tutkittava haastateltiin alustavasti ja mikäli hänellä oli akuutti terveysongelma, hänet pyrittiin saamaan lääkärin vastaanotolle heti. Vastaanoton yhteydessä tutkittava sai lähetteet ja ohjeet rutiinikokeissa käyntiä varaten. Tarpeellisissa peruslaboratoriotutkimuksissa ja thorax-röntgentutkimuksessa käynnin jälkeen jokainen kutsuttiin lääkärin vastaanotolle. Kutsumisaikatauluun vaikutti asianomaisen kielitaito ja se, kuinka nopeasti saatiin varattua sopivankielinen tulkki. Englantia ja ranskaa puhuville voitiin lääkäriaika varata melko nopeastikin. Ensikäynnille lääkärin vastaanotolle aikaa varattiin aina tunti. Lääkärin suorittaman haastattelun ja tutkimuksen jälkeen suoritettiin mahdolliset lisätutkimukset, joihin katsottiin olevan aiheutta.

Tutkimusaika merkittiin tarkasti tutkimuslomakkeeseen. Tällä tiedolla oli tarkoitus selvittää mahdollista lääkärin tai tutkittavan myöhästymistä. Jos tutkittava ei saapunut vastaanotolle, hänelle varattiin uusi aika, mikä ilmoitettiin kirjallisesti hyvissä ajoin. Uuden ajan saamiseen vaikutti merkittävästi tulkkien saatavuus, ja uusi aika saattoikin viivästyä sen vuoksi viikkoja.

Rutiinitutkimuksiin, jotka tehtiin ennen lääkärille tuloa, kuului lähes poikkeuksetta thorax-röntgentutkimus, joka suoritettiin Hatanpään sairaalan röntgenosastolla. Tutkimuksesta saatiin aina myös röntgenlääkärin lausunto. Rutiinisti otettaviin laboratoriotutkimuksiin kuuluivat pieni verenkuvaa (PVK), C-reaktiivinen proteiini (CRP), tyreotropiini (TSH), veren eosinofiilit (B-eos), alaniiniaminotransferaasi (ALAT), hepatiitti B -viruksen s-antigeeni (HbSAg), hepatiitti c -viruksen vasta-ainetesti (HCV), Aids-testi (HIV), niin sanottu kuppakoe (KardAb), kolme ulostenäytettä (F-para) ja virtsakoe (PLV).

**Taulukko 17.** Tutkimuksessa käytetyt laboratoriotutkimusten viitearvot

Tutkitut	Hb	Leuk	Trom	Tutkimus	Kaikki	Naiset	Miehet
vastasyntynyt	150–230	9.0–38.0	150–450	B-eos	0.01–0.45		
1 kk	100–206	6.0–17.5	200–450	CRP	Alle 10		
2 kk	95–130	6.0–17.5	200–650	ALAT		Alle 40	Alle 50
6 kk	95–141	6.0–17.5	200–550	TSH	0.35–5.0		
1v	100–141	5.0–16.0	200–550	T4V	9.0–19.0		
2v	100–142	5.0–15.5	200–450				
4-12 v	110–155	4.5–13.5	180–400				
13-16 v pojat	130–160	4.5–13.0					
13-16 v tytöt	125–160	4.5–13.0					
Miehet	134–167	3.4–8.2	150–360				
Naiset	117–155	3.4–8.2	150–360				

Hb=hemoglobiini, Leuk=veren valkosolut, Trom=verihiutalet, B-eos=veren eosinofiilit, CRP=C-reaktiivinen proteiini, ALAT=alaniiniaminotransferaasi, TSH=tyreotropiini, T4V=veren vapaa tyroksiini

Lähde: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Laboratoriokeskus 2004

Viitearvoina laboratoriotutkimuksissa on käytetty Laboratoriokeskuksen viitearvoja (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2004), jotka olivat voimassa Tampereen kaupungin terveyskeskuksessa tutkimuksen tekoaikana (taulukko 17).

Lääkärin suorittamaan tutkimukseen kuului laaja haastattelu. Sen suorittamiseksi käytettiin tarvittaessa tulkkia, joka osasi tutkittavan äidinkieltä tai muuta hänen ymmärtämäänsä kieltä. Tutkimus tehtiin kaikille samalla tavalla. Ensiksi asianomainen haastateltiin, jotta saataisiin tieto hänellä mahdollisesti aiemmin olleista sairauksista sekä vaivoista ja tutkimushetkellä häntä vaivaavista oireista (anamnesis). Anamneesi oli kaksiosainen: toisaalta se, mitä tutkittu kertoi spontaanisti ja toisaalta se, mitä saatiin esille systemaattisella kyselyllä. Haastattelussa tutkittavalta kysyttiin ensin, onko hänellä joskus ollut jotain sairauksia. Ne kirjattiin spontaanin kertomisen mukaisesti. Sen jälkeen kyseltiin vielä uudelleen systemaattisesti läpi kaikki tärkeimmät elinjärjestelmät tutkimuslomakkeen mukaan ja ne kirjattiin erikseen. Aluksi suunniteltiin, että olisi voitu käyttää ICD-10 mukaisia diagnoosinumeroita ilmoitettujen sairauksien kirjaamisessa. Tämä osoittautui kuitenkin heti alkuun mahdottomaksi, koska potilaiden ilmoitukset olivat usein vaikeasti diagnoosiksi määritettäviä tauteja tai oireita.

Koodattaessa tietoja sairaudet ja vaivat luokiteltiin niiden vakavuuden mukaan (liite 2). Koodauksessa merkittiin nolla silloin, kun vastaus oli negatiivinen eli kyseisen ryhmän sairautta ei ollut. Mitä suurempi numero oli, sitä vakavamasta elinjärjestelmän häiriöstä oli kysymys. Eri sairausryhmissä oli erilaisia vaikeusasteita. Joissain sairausryhmissä vaikeusasteita oli kolme tai neljä, joissain niitä oli kaksi: sairaus oli tai sitä ei ollut.

Terveydenhuollon asiantuntijat ovat pyrkineet luomaan menetelmiä, joilla voitaisiin arvioida eri sairauksien vaikeusasteita toisiinsa verrattuina. Yksi esimerkki tällaisesta on International Classification of Functioning, Disability and Health. Se on Maailman terveysjärjestön suosittama. Menetelmällä pyritään arvioimaan pikemminkin yksilöllä olevaa toimintakykyä kuin sairaudentilaa tai sairautta. (World Health Organization 2001.) Yleislääkärinen maailmanjärjestö World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) on myös pyrkinyt kannustamaan sen käyttöä. Eri järjestöillä on useitakin eri elinjärjestelmiin kuuluvien sairauksien vaikeusastetta (severity index) mittaavia suosituksia, mutta ne eivät sellaisenaan sovellu tämän tutkimuksen käyttöön. On olemassa suomeksi käännettyjä sekä myös Suomessa laadittuja arviointilomakkeita, joilla arvioidaan muun muassa fyysistä kuntoa, tunteita, päivittäisiä toimia, kanssakäymistä, terveydentilan muutoksia ja yleistä terveyttä (Kvist 2007). Menetelmillä pyritään arvioimaan pääasiassa päivittäisissä toimissa selviämistä. Usein kysymys on silloin sosiaalipalveluiden tarpeen selvittämisestä. Turvapaikanhakijat eivät yleensä ole niin huonokuntoisia, että edellä mainitut arviointimenetelmät soveltuisivat heille. Hehän ovat pystyneet kulkemaan maasta toiseen ja selviämään hyvinkin vaikeissa olosuhteissa. Tässä tutkimuksessa onkin pyritty selvittämään turvapaikanhakijoiden sairauksien mahdollista kuormittavuutta terveydenhuoltojärjestelmälle.

On mahdotonta tehdä sellaista yleispätevää luokitusta, jossa eri elinryhmien häiriöiden vaikeusasteet olisivat toisiinsa nähden tarkalleen vertailukelpoiset. Luokittelu onkin tehty tutkijan kliinisen arvioinnin perusteella. Luokitus on elinryhmän sisäinen ”vaikeusaste”. Karkeasti ottaen luokat on kuitenkin laadittu niin, että yksittäisten elinryhmien sairauksien vaikeusasteet ovat olleet mahdollisimman paljon toisiaan vastaavia. Niistä on laskettu summa arvioitaessa tutkittujen kokonaissairastavuutta. Tutkituilta kysyttiin myös heillä haastatteluhetkellä mahdollisesti olevista vaivoista tai oireista. Tämä antoi tietoa heillä mahdollisesti olevista välittömästi huomiota vaativista terveysongelmista.

Seuraavaksi tehtiin laaja kliininen lääkärintarkastus (status). Yksikön lääkäri (tämän tutkimuksen tekijä) tutki jokaisen henkilökohtaisesti. Mikäli anamnestisten tietojen tai perustutkimuslöydösten perusteella katsottiin tarpeelliseksi, tehtiin täydentävät kliiniset tutkimukset. Tutkituille laadittiin tarvittaessa jatkohoitosuunnitelma, jonka toteuttamisessa huomioitiin viranomaismääräykset.

Silloin, kun tutkituista on kerrottu esimerkkeinä, on mainittu vain, mistä maanosasta he ovat tulleet. Tämä siksi, ettei heitä voisi identifioida maan ja muiden annettujen tietojen perusteella. Venäjän ja muiden entisen Neuvostoliiton alueelta tulleiden kohdalla on käytetty merkintää ”entisen Neuvostoliiton alue”.

Tutkittujen oli selvästi vaikea tunnistaa joitakin sairauksia. Tällaisia olivat muun muassa kilpirauhassairaudet ja muut endokrinologiset sairaudet. Todennäköisesti kuitenkin ne, joilla oli ollut kyseistä vaivaa, muistivat tai tunnistivat asian, kun sitä erikseen kysyttiin. Näin ollen positiivinen vastaus oli todennäköisesti luotettava. Negatiivinen vastaus voi kertoa, ettei kyseistä tautia ole ollut tai sitten sen, ettei tutkittava tai tulkki ymmärtänyt asiaa. Tarkoitushan oli hakea sellaisia sairauksia, joilla voisi olla merkitystä arvioitaessa tutkittavan palveluiden tarvetta nyt ja myöhemmin.

Kidutus- ja väkivaltakokemuksia kirjattaessa laadittiin luokittelu tätä tutkimusta varten. Siinä asianomaisten kokemukset on jaettu sen mukaan, oliko tutkittujen kertoman mukaan kiduttajina tai väkivallan aiheuttajina ollut joku viranomaismainen (poliisi, sotilaat, vankilaviranomaiset) vai joku yksityinen taho. Kidutus ja väkivalta on jaettu fyysiseen ja henkiseen pahoinpitelyyn. Luokitus on esitetty taulukossa 30 sivulla 121.

### *Haastattelukieli ja tulkin käyttö*

Haastattelussa käytettiin tutkitun äidinkieltä aina, kun se oli mahdollista. Äidinkiellellään voitiin haastatella 93 tutkittua (55 prosenttia) ja jollain muulla kielellä 77 tutkittua. Muu haastattelukieli oli kieli, joka oli tutkittavalle vieras kieli, mutta jota hän osasi hyvin. Kysymys saattoi olla kielestä, jota puhutaan yleisesti toisena kielenä tutkitun kotialueella tai muutoin opittu tai opiskeltu kieli. Eniten muuna haastattelukielenä käytettiin venäjää (26 prosenttia), turkkia/kurdia (23 prosenttia), englantia (21 prosenttia) persiaa (10 prosenttia) ja ranskaa (6 prosenttia). Valtaosassa haastattelu- ja tutkimustilanteista (88 prosenttia) käytettiin tulkkia. Silloin kun tulkkia ei tarvittu, haastattelu tapahtui englanniksi (76 pro-

senttia) tai ranskaksi (24 prosenttia). Puhelintulkkauksia oli kuusi: yksi kurdinkielellä, kaksi albaaniksi ja kolme turkin kielellä. Tulkit saatiin pääsääntöisesti Pirkanmaan tulkikeskuksen kautta. Free lance -tulkkeja ja puhelintulkausta käytettiin varsinkin silloin, kun kysymys oli harvinaisesta kielestä tai tulkin saaminen paikalle olisi muuten viivästyttänyt kohtuuttomasti vastaanotolle pääsyä.

### *Vastaanoton koko potilasvirta*

Erikseen haluttiin tarkastella lääkärin koko vastaanoton potilasvirtaa. Tähän tarkasteluun mukaan tulivat myös muut vastaanottokäynnit kuin ne, jotka liittyvät tutkimukseen. Sen kymmenen kuukauden aikana, jolloin tutkimusaineisto kerättiin (1.8.2003–31.5.2004), lääkärin ajanvarauksia oli yhteensä 925 (taulukko 18). Tämä määrä sisälsi sekä tutkimuksessa mukana olevat turvapaikanhakijat että kaikki muut lääkärin ajanvaraukset. Ajanvarauksista toteutui käynteinä 852. Ajanvarauksista 76 oli tehty terveydenhoitajien akuuttivastaanotoilta.

Lääkärissäkäyntien määrään vaikuttikin varsin paljon terveydenhoitajien valmius vastaanottaa potilaita akuuteissa asioissa. He selvisivät tehtävistään hyvin, sillä välittömästi lääkärinvastaanotolle terveydenhoitajien vastaanotoilta ohjautuneiden osuus oli noin kahdeksan prosenttia kaikista lääkärin ajanvarauksista. Kysymyksessä oli tällöin aina tilanne, jota terveydenhoitaja ei katsonut itse voivansa hoitaa. Useimmiten kyse oli tilanteen varmistamisesta tai sellaisesta tapauksesta, jossa hän katsoi, ettei voi ratkaista kysymystä ilman lääkärin välitöntä konsultaatiota tai asiasta, jossa tarvittiin reseptilääkitystä.

**Taulukko 18.** *Kaikki lääkärinvastaanotolla käynnit ja vastaanotolta poisjäännit Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä 1.8.2003–31.5.2004 mukaan lukien tähän tutkimukseen otetut ja kaikki muut terveydenhuoltoyksikön lääkärin potilaat*

Käynnit	N	%
Ajanvarauksella	776	79
Ilman ajanvarausta	56	6
Terveydenhoitajan vastaanotolta	76	8
Ei tullut eikä perunut	73	7
<b>Kaikki</b>	<b>981</b>	<b>100</b>

Pieni osa potilaista (56 henkeä) pyrki ja pääsi vastaanotolle ilman ajanvarausta tai käymättä ensin terveydenhoitajan vastaanotolla. Tämä vastaa kuutta prosenttia kaikista ajanvarauksista.

Niiden potilaiden määrä, joilla ali ajanvaraus ja jotka eivät kuitenkaan tulleet lääkärin vastaanotolle ilmoitettuna aikana eivätkä peruuttaneet, oli 73. Se on runsas seitsemän prosenttia kaikista ajanvarauksista.

Toteutuneita käyntejä oli 908. Näistä perusajanvarauksella tuli 776 potilasta ja loput joko terveydenhoitajan vastaanotolta tai ilman ajanvarausta.



## *Tutkimuslomakkeet*

Tutkimuslomakkeiden kysymykset olivat pääosin samoja, joita tutkija oli aiemmin esittänyt vastaanotolla käyneille turvapaikanhakijoille ja muille maahanmuuttajille. Lomakkeisiin lisättiin kuitenkin kysymyksiä asianomaisten taustojen selvittämiseksi. Samantapaisia tietoja tutkituista oli kerätty muutoinkin, mutta tutkimuslomakkeilla ne yhdistettiin käsittelyn helpottamiseksi.

Lomakkeiden laadinnassa ei otettu mallia mistään aiemmasta tutkimuksesta. Lomakkeet laadittiin hyödyntäen aiemmin samassa yksikössä turvapaikanhakijoita tutkittaessa muodostunutta haastattelu- ja tutkimuskäytäntöä. Lomakkeita ei testattu etukäteen, koska käytäntö oli jo muokannut kysymykset ja tutkimuskäytännön viiden kuukauden työskentelyn aikana.

Tutkimuslomakkeet (liite 1) olivat kirjauksen apuvälineitä, eikä niitä ollut alun perinkään tarkoitettu käytettäväksi siten, että jokaisen tutkitun kohdalla tulisi täyttää kaikki kohdat. Tarkoitus oli, että määritellyt lomakkeet ja kohdat täytetään kaikista tutkittavista ja osaa lomakkeista täytetään vain niiden kohdalla, joita asia koskee. Tämän tutkimuksen tietojenkeruun aikana testattiin siis samalla lomakkeiden tarkoituksenmukaisuutta ja toimivuutta. Erikseen on kuvattu tutkimuslomakkeiden täyttämisen periaatteet ja niiden perustelut (liite 3).

## 8.3 Tutkimuseettiset näkökohdat

Turvapaikanhaku on monelle turvapaikanhakijalle elämän ja kuoleman kysymys. Siksi siihen liittyvä keskustelu ja tutkimus sisältävät voimakkaan eettisen latauksen. Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli selvittää turvapaikanhakijoiden terveydentilaa ja sen yhteyttä heidän kokemuksiinsa heidän lähtömaissaan ja turvapaikanhakuprosessin aikana. Tutkimuksen tuottaman tiedon avulla oli tarkoitus löytää keinoja turvapaikanhakijoille tarjottavien terveydenhuoltopalveluiden parantamiseen ja korostaa sitä, että turvapaikanhakijoiden terveydentila pitäisi ottaa huomioon oleskeluluvasta päätettäessä.

Helsingin julistuksessa (Declaration of Helsinki) vuodelta 1964 esitetään lääketieteelliselle tutkimukselle asetettavat vaatimukset (World Medical Organization 1996). Vaatimusten mukaan ihmisiä koskevan tutkimuksen pitää olla tieteellisesti hyväksytyjen periaatteiden mukaista, koejärjestelyjen tulee olla selvästi muotoiltuja ja ne tulee esittää riippumattomalle toimielimelle arviointia ja mahdollista opastusta varten. Lääketieteellinen tutkimus on tehtävä pätevän lääkärin johdolla ja tavoitteiden tärkeyden tulee olla suhteessa tutkimuksen kohteille syntyvään riskiin. Tutkimuksen kohteena olevien ihmisten etu on tärkeämpi kuin tutkijan etu. Tutkimuksessa mukana olevien henkilöiden yksityisyyttä ja koskemattomuutta tulee kunnioittaa eikä tutkimuksella saa olla niitä heikentävää vaikutusta. Kaikissa ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa pitäisi mukana oleville selittää asianmukaisesti tutkimuksen tarkoitus, käytettävät menetelmät, odotetut hyödyt ja mahdolliset haitat sekä tutkimuksesta mahdollisesti seuraava epämu-

kavuus. Tutkittaville tulee kertoa osallistumisen olevan vapaaehtoista ja että osallistumisen voi perua milloin tahansa. Erityisen tarkkana tutkimustilanteessa tulisi olla silloin, jos tutkijalla ja tutkittavalla on jonkinlainen riippuvuussuhde. Silloin tulisi tarvittaessa käyttää ulkopuolista lääkäriä. Tutkimuseettisten ohjeiden tarkoitus on ennen kaikkea suojella tutkittavien yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta sekä velvoittaa tutkimuksen tekijää eettisesti ja laadullisesti korkeatasoiseen toimintatapaan.

Tässä tutkimuksessa on noudatettu tieteellisesti hyväksytyjä periaatteita ja tutkimusjärjestelyjä. Tietojen keruussa on noudatettu hyvää kliinistä tutkimus- ja hoitokäytäntöä kaikkien tutkittavien kohdalla. Tutkimuksen tekemiseen on pyydetty lupa Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta (Lausunto tutkimussuunnitelmasta 2003). Tutkimuslupatoimikunnan edellyttämä Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimistossa työskentelevän tutkijan linjaesimiehen lupa tutkimuksen tekemiseen on myös olemassa (Tutkimuslupa-anomus ja päätös 2003). Tutkimus on tehty laillistetun lääkärin johdolla. Tutkimuksessa mukana oleville ei aiheutettu mitään riskejä. Heille suoritettiin tavanomainen terveystarkastus ja haastattelu. Tutkittavien yksityisyyttä ja koskemattomuutta on kunnioitettu tutkimuksen tekemisen eri vaiheissa ja erilaisten kulttuurien asettamat vaatimukset on huomioitu.

Tutkimuksen tarkoituksena oli ensisijaisesti hankkia tietoa turvapaikanhakijoiden terveydentilasta ja lisäksi parantaa turvapaikanhakijoiden terveystalveta. Tutkimukseen liittyi myös tutkijan oman työyksikön kehittämisajatus ja laajemminkin ajatus laatia suosituksia turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon järjestämiseksi Suomessa. Aineiston keruu oli osa ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikön tavanomaista toimintaa – samat haastattelut ja tutkimukset olisi uusille vastaanottokeskukseen tulijoille tehty joka tapauksessa.

Terveystarkastukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, kuten oli ollut ennen tutkimuksen tekemistäkin. Turvapaikanhakijoista kukaan ei kieltäytynyt terveystarkastuksesta, mutta kaikki vastaanottokeskukseen kirjoille otetut eivät käyttäneet oikeuttaan terveystarkastukseen.

Siihen, että tutkittavilta ei erikseen kysytty suostumusta tutkimukseen osallistumiseen, oli useita syitä. Pääasiallinen syy oli se, että tutkimuksessa ei tehty mitään sellaista, mitä terveydenhuoltoyksikköön kutsutuille turvapaikanhakijoille ei olisi muutenkin tehty. Sen vuoksi tutkimuslupatoimikunta ei edellyttänyt uusille tulijoille tehtävän lääkärintarkastuksen yhteydessä suostumuksen pyytämistä. Toiseksi eettiset pohdinnat saattavat tuottaa erilaisia tulkintoja. Tässä tutkimuksessa päädyttiin sellaiseen tulkintaan, että suostumusasian esille ottaminen olisi voinut haitata turvapaikanhakijan osallistumista terveystarkastukseen, joka oli kuitenkin hänen oikeutensa. Osa turvapaikanhakijoista saattaa suhtautua epäluuloisesti kaikkiin viranomaisiin, myös terveydenhuoltohenkilöstöön sen vuoksi, että viranomaiset ovat voineet lähtömaassa tai turvapaikkaprosessin aikana kohdella heitä epäasiallisesti (muun muassa pidätykset, kidutus, väkivalta ja pakkokeinot). Jos tutkimuksesta olisi puhuttu, tutkituista osa olisi ehkä ymmärtänyt joutuvansa jonkinlaisiksi ”koekaniineiksi” ja kieltäytynyt osallistumasta tutkimukseen ja menettänyt samalla mahdollisuuden terveystarkastukseen. Joku

olisi saattanut myös pelätä tutkimuksen ja terveystarkastuksen jotenkin haittaavan oleskeluluvan saamista. Jos näistä ennakkoluuloista johtuen osa turvapainhakijoista olisi jäänyt pois terveystarkastuksesta, olisi siitä saattanut olla heille itselleen haittaa, koska osa sairauksista olisi voinut jäädä toteamatta ja hoitamatta.

Tutkimukseen osallistuminen ei vaikuttanut mitenkään potilas-lääkärisuhteeseen. Siinä toimittiin ammatillisesti ja noudatettiin lääkärin eettisiä ohjeita. Mitään uusia hoitomuotoja ei kokeiltu, vaan tutkimukset ja hoidot toteutettiin samoin kuin olisi toteutettu ilman tätä tutkimustakin.

Kun lääkäri tutkii eri kulttuureista tulevia potilaita, voi itse tutkimus- ja hoitotilanteisiin liittyä eettisiä näkökohtia. Huolimatta siitä, että tutkitut tulivat erilaisista kulttuureista, lääkärintarkastukseen liittyvä riisuutuminen ei tuottanut juurikaan ongelmia. Poikkeuksena olivat joistain muslimikulttuureista tulleet naiset, joiden tutkimisessa noudatettiin erityisjärjestelyjä. Esimerkiksi sydämen auskultaatiota ei voitu tehdä normaalilla tavalla, vaan tutkittava piti itse stetoskooppia puseronsa alla. Diagnostiikka kärsi tästä. Lievät muutokset saattoivat jäädä huomaamatta. Keuhkojen tutkiminen onnistui hyvin myös näiden naispuolisten tutkittujen kohdalla, koska keuhkojen auskultaatio tehtiin selkäpuolelta puseroa ja/tai takkia nostaen. Vatsan palpaatio heidän kohdallaan sen sijaan sallittiin yleensä vain vaateen läpi ja vatsan seudun auskultaatiota ei voitu tehdä. Nilkkojen ja jalkojen tutkiminen onnistui ennakoitua paremmin.

Tutkimuslomakkeet täytettiin koodinumeroita käyttäen. Lomakkeisiin ei siis tullut tutkittujen nimiä tai muita tunnistetietoja, jolloin yksittäisistä lomakkeista ei voida tunnistaa tutkittuja. Samoja koodinumeroita käytettiin tietojen tallentamisessa lomakkeilta tietokoneelle. Koodausavain säilytetään erillisenä. Tutkimuslomakkeisiin kerätyt tiedot ovat eräänlainen kaksinkertainen kirjanpito siitä, mitä asianomaisten sairauskertomuksiin on merkitty. Sairauskertomuksessa tiedot on kirjattu helposti luettavaan muotoon hyvää sairauskertomuksen kirjaustapaa noudattaen. Tutkimuslomakkeiden säilyttäminen tutkimuksen jälkeen ei siis ole välttämättä edes tarpeellista, koska kaikki tutkimuksessa käytetyt tiedot ovat tarvittaessa saatavissa asianomaisten sairauskertomuksista.

## 9 Tutkittujen taustatiedot

Tutkittujen taustatietoina selvitettiin seuraavia asioita: matkustuksen kulku, Tampereelle saapuminen, kotimaa, äidinkieli, koulutus, ammatti sekä terveyskäyttäytymiseen ja elintapoihin liittyviä asioita. Seuraavissa kappaleissa kuvataan tutkittujen taustatietoja.

### *Kotimaasta lähteminen, matkareitti ja läpikulkumaat*

Monet eivät kyenneet kertomaan tarkasti, milloin he olivat lähteneet kotimaastaan tai kertomaan matkareitistään. He olivat saattaneet olla esimerkiksi kuorma-autoon piiloutuneina, jolloin he eivät voineet tietää yksityiskohtaisesti mitä kautta ja minkä maiden läpi tultiin. Asia oli selvän niiden kohdalla, jotka olivat tulleet lentoteitse. Joidenkin kohdalla saattoi olla kyse siitä, etteivät he halunneet antaa tarkkaa tietoa matkansa aikataulusta tai reitityksestä ja samalla paljastaa olleensa turvapaikanhaussa jo jossain muualla. Erityisesti aineistonkeruun loppuvaiheessa tuli yhä enemmän turvapaikanhakijoita, joilla hakuprosessi oli käynnissä jossain toisessa maassa.

Matkalla alle viikon oli ollut 21 prosenttia, viikosta kuukauteen 11 prosenttia ja yli kuukauden 65 prosenttia tutkituista. Tieto puuttui viideltä. Kotoa lähdön ja Tampereelle tulon väliseen matka-aikaan vaikuttaa se, onko asianomainen ollut välillä jossain muussa maassa vai tullut suoraan Suomeen. Ilmoituksensa mukaan 32 prosenttia tutkituista oli tullut suoraan Suomeen, 59 prosenttia kertoi avoimesti olleensa jossain muussa maassa jo ennen Suomeen tuloaan. Tieto puuttui 15 tutkitulta.

Turvapaikanhakijoista 43 prosenttia ei ole todennäköisesti oleskellut muussa maassa. Tieto puuttui 18 prosentilta. Varmuudella jossain toisessa maassa oli ollut 66 turvapaikanhakijaa, mikä on 43 prosenttia turvapaikanhakijoista, jos jätetään pois ne, joista ei ollut tietoa. Useissa maissa oli ollut 42 prosenttia niistä, jotka eivät olleet tulleet suoraan Suomeen. Yksittäisistä maista Ruotsissa oli ollut 23 prosenttia, Hollannissa 15 prosenttia, Saksassa kahdeksan prosenttia, Norjassa kuusi prosenttia ja Tanskassa kolme prosenttia. Toisessa maassa / toisissa maissa oleskelun pituus vaihteli hyvin paljon viikoista vuosikausiin. Perheet olivat saattaneet oleskella 5–6 vuotta muissa maissa. Lapset olivat ehkä käyneet niissä kouluja ja saattoivat osata jonkun verran jo oleskelumaansa kieltä. Muutamit perheet hoitivatkin akuutteja asioitaan ruotsin kielellä silloin, kun tulkkia ei ollut saatavilla.

## *Yksin vai yhdessä?*

Tutkituista 51 prosenttia ilmoitti tulleensa yksin (taulukko 19). Seitsemän parisuntaa, joista yksi oli avopari, oli tullut ilman lapsia. Lasten kanssa tuli 11 sellaista perhettä, jossa oli molemmat puoliset. Yksinhuoltajana lasten kanssa tuli neljä aikuista. Yhdet veljekset tulivat samanaikaisesti. Lisäksi oli viisi muuta perheen kanssa tullutta, jotka olivat perheistään ainoat, jotka osallistuivat tutkimukseen. Jos asianomainen oli tullut jonkun muunlaisen tuttavän kanssa yhtä aikaa Suomeen, rekisteröitiin hänet yksintulijaksi.

**Taulukko 19.** *Turvapaikanhakijoiden tulo Suomeen ja perheiden muodostuminen*

Perheiden määrä	Perheen koko	Aikuisia	Lapsia	Perheen muodostuminen
1	8	2	6	Vanhemmat ja 6 lasta
2	6	2	4	Vanhemmat ja 4 lasta
3	5	2	3	Vanhemmat ja 3 lasta
4	4	2	2	Vanhemmat ja 2 lasta
1	3	2	1	Vanhemmat ja 1 lapsi
1	2	1	1	Äiti ja tytär
2	2	1	1	Äiti ja poika
1	3	1	2	Isä ja 2 lasta
6	2	2		Puolisot
1	2	2		Avopari
1	2	2		Veljekset
3	1	1		Perheen kanssa, muut siirretty
1	1	1		Veljen kanssa, veli ei rekisteröitynyt
1	1	1		Yksin, tullut alun perin veljen kanssa
		86		Yksin
28	84	133	37	

## *Viiveet Tampereelle tulossa ja tutkimukseen pääsyssä*

Suomeen tuloajasta on joskus käytettävissä vain tieto kuukaudesta ja vuodesta, jolloin tuloajaksi on merkitty kyseisen kuukauden ensimmäinen päivä. Turvapaikanhakijoiden tuloaika ja Tampereelle tuloaika on saatu valtakunnallisesta turvapaikanhakijoiden vastaanottojärjestelmän asiakasrekisterin (MAREK) otteesta. Tampereelle tuloajaksi on rekisteröity se päivä, jolloin asianomainen on rekisteriotteen mukaan sijoitettu Tampereen vastaanottokeskuksen asukkaaksi. Tutkimuspäivä on se päivä, jolloin tutkittava on ollut ensimmäisen kerran lääkärinvastaanotolla tähän tutkimukseen liittyvän tarkan haastattelun ja fyysisen tutkimuksen tekemistä varten. Tutkimusvastaanottolanteet ovat siis olleet suunniteltuja ja etukäteen valmisteltuja.

Suomeen tulon ja Tampereelle tulon välisen viiveen keskiarvo oli 36,4 päivää. Keskiarvoa nostavat 16 tapausta, joissa viive on ollut sadasta päivästä kahteen vuoteen. Valtaosa on kuitenkin päätenyt nopeasti Tampereelle. Tutkituista

52 (31 prosenttia) on tullut Suomeen ja Tampereelle samana päivänä. Viive on ollut 34 tutkitun kohdalla 1–10 päivää.

Keskimääräinen odotusaika tutkimukseen pääsyyn oli 39,6 päivää. Tutkimuksen alkuvaiheessa odotusajat olivat lyhyet, mutta ne pitenivät loppua kohti. Kahden tutkitun kohdalla viive oli yli 100 päivää.

### *Kotimaat ja äidinkielet*

Turvapaikanhakijoita oli 25 maasta (taulukko 20).

**Taulukko 20.** *Turvapaikanhakijoiden äidinkielet ja kotimaat*

<b>Äidinkielet</b>			<b>Kotimaat</b>		
	N	%		N	%
dari	26	15	Afganistan	28	16
kurmandzi	20	12	Serbia-Montenegro	24	14
serbokroatia	16	9	Venäjä	23	14
albania	14	8	Turkki	22	13
tšetšeeni	12	7	Irak	8	5
arabia	10	6	Kroatia	8	5
bosnia	10	6	Nigeria	8	5
venäjä	10	6	Kosovo	7	
kurdi	8	5	Syyria	7	
ibo	6		Algeria	6	
turkki/kurdi	6		Georgia	6	
gruusia	5		Albania	5	
somali	5		Somalia	5	
inguši	2		Bosnia-Herzegovina	2	
paštu	2		Angola	1	
romania	2		Bangladesh	1	
serbia	2		Egypti	1	
amhara	1		Entinen Jugoslavia	1	
bengali	1		Etiopia	1	
berberi	1		Guinea	1	
edo (kwa)	1		Iran	1	
abhaasi	1		RDC*	1	
haussa	1		Libya	1	
kroaatti	1		Marokko	1	
romani	1		Valko-Venäjä	1	
lingala	1				
persia	1				
portugali	1				
sorani	1				
sousou	1				
ukraina	1				
	170			170	

\*RDC: République Démocratique du Congo, Kongon demokraattinen tasavalta

Kaikki mainitut maat eivät ole valtioita sinänsä, mutta asianomaiset halusivat ilmaista ne kotimaikseen. Täten Kosovo, entinen Jugoslavia ja Serbia-Montenegro esiintyvät erillisinä. Toisaalta jotkut entisen Neuvostoliiton alueelta tulleista ilmoittivat omia kotimaitaan (esimerkiksi Tšetšenia), mutta ne on kirjattu Venäjään kuuluviksi.

Eniten tutkimukseen osallistuneista turvapaikanhakijoista tuli Afganistanista, Serbia-Montenegrosta, Venäjältä ja Turkista. Muiden maiden osuus oli selvästi vähäisempi. Kroatian luku kertyi pääosin tutkimuksen loppuvaiheessa, jolloin sieltä hakeutui Suomeen iso määrä romaneja. Näiden romaniperheiden jäsenistä vain osa oli tutkittavina, koska perheet siirrettiin nopeasti toisiin keskuksiin tai käännytettiin.

Taulukon kielistä ei ole voitu varmentaa darin, kurmandzin, soranin ja sou-soun virallista kirjoitusasua. Taulukkoon ei ole laskettu prosenttiosuuksia niistä kielistä ja kotimaista, joita oli vähemmän kuin viisi prosenttia.

Tutkittujen kotimaissa saatetaan puhua useita kieliä eikä asianomaisen oma äidinkieli ole välttämättä kotimaan pääkieli, vaan se saattaa olla esimerkiksi naapurimaan valtakieli. Kielet heijastavat tulijoiden lähtöalueita. Kaikkiaan eri kieliä oli 31 (taulukko 20). Eniten edustettuina olivat Afganistanissa (dari), Lähi-idässä (kurmandzi, kurdi) ja entisen Jugoslavian alueella (bosnia, serbokroatia, albania) sekä entisen Neuvostoliiton alueella (venäjä, tšetšeeni) puhutut kielet sekä arabia.

## *Koulutus*

Vain pieni osa tutkimukseen osallistuneista kouluikäisistä (miehistä viisi prosenttia ja naisista 13 prosenttia) ei ollut käynyt koulua lainkaan (taulukko 21).

**Taulukko 21.** 7 vuotta täyttäneiden turvapaikanhakijoiden koulutus sukupuolen mukaan

Koulutus	Miehet, n = 120*		Naiset, n = 50*	
	N	%	N	%
Ei koulunkäyntiä	5	5	5	13
Peruskoulu kesken	28	26	8	20
Peruskoulu loppuun	35	32	14	35
Yli peruskoulun, mutta ei ylioppilas	4	4	2	5
Ylioppilas	22	20	7	18
Yliopisto-opiskelija, ei tutkintoa	6	6	1	3
Yliopistotutkinto	8	7	3	8
<b>Yhteensä</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

\*Pojista kymmenen ja tytöistä yhdeksän eivät olleet kouluikäisiä, ja tieto puuttui kahdelta miespuoliselta ja yhdeltä naispuoliselta tutkitulta.

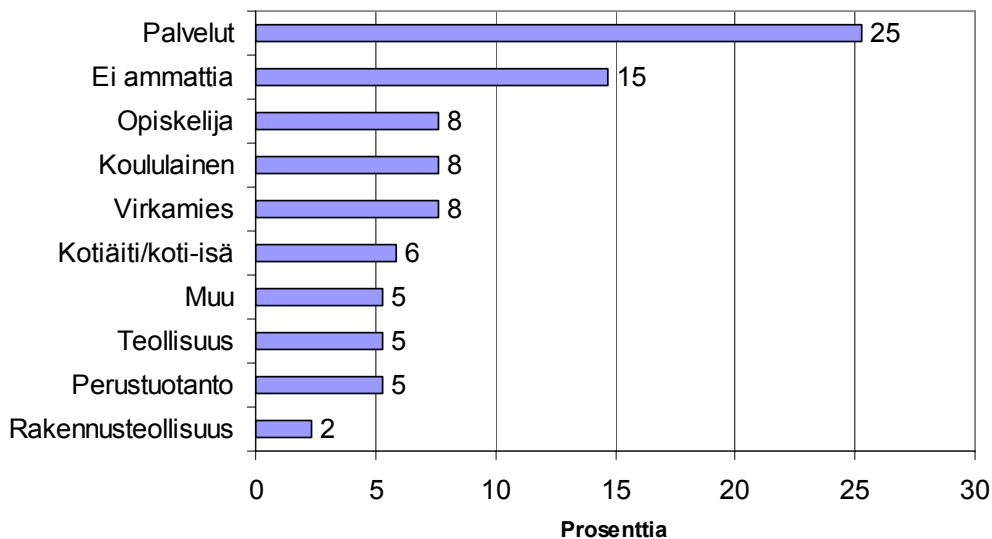
16 vuotta täyttäneistä vähintään peruskoulun oli käynyt 74 prosenttia miehistä ja 77 prosenttia naisista. Täysi-ikäisistä miehistä 36 prosenttia ja naisista 31 pro-

senttia oli vähintään ylioppilaita. Yliopistotutkinnoista kuusi oli suoritettu humanistisilla aloilla ja kolme kaupallisella alalla. Terveysthuoltoalalla oli suoritettu yksi yliopistotutkinto, lääkärin tutkinto. Täysi-ikäisistä ammatillisen tutkinnon oli suorittanut 20 henkeä (15 prosenttia) ja ammattikoulutus oli kesken viidellä. Opiskelijat mukaan lukien noin puolet (48 prosenttia) ammattikoulutuksesta (12 tutkintoa) oli hankittu teknisellä alalla. Kaupallisen alan tutkinto oli neljällä ja terveydenhuoltoalan tutkinto kolmella. Muiden alojen osuus oli yhteensä 24 prosenttia (leipomo-, keittiö- ja ravintola-alat sekä parturi-kampaaja ja lastenhoitaja). Erikoisempia aloja olivat kaivosala ja urheiluala, jolla oli suoritettu kaksi tutkintoa.

Korkeisiin prosentiosuuksiin sekä peruskoulun, ammatillisen koulutuksen että yliopisto-opintojen suhteen lienee syynä se, että 42 prosenttia kaikista turva-paikanhakijoista olivat kotoisin entisen Neuvostoliiton ja entisen Jugoslavian alueilta, joissa oli ollut hyvät koulutusmahdollisuudet.

### *Ammatit*

Tutkittujen ammatit on ryhmitelty perustuotantoon, palveluihin, virkamiestyöhön, koululaisiin ja opiskelijoihin, muun teollisuuden ja rakennusteollisuuden ammatteihin sekä erillisinä on mainittu kotiäidit/koti-isät ja ammatittomat sekä ryhmä muu, johon on sijoitettu ne, jotka eivät sopineet muihin kategorioihin (kuva 8). Ryhmittely on tätä tutkimusta varten tehty. Ammatit eivät tutkittavien lähtömaissa aina ole samantyyppisiä kuin Suomessa. Kuvassa 8 olevien ammattien kokonaismäärä oli 148. Osalta tutkituista tieto puuttui ja osalle kysymys ei ollut relevantti (alle kouluikäiset).



**Kuva 8.** Tutkittujen ammatit ryhmiteltyinä eri kategorioihin (n = 148)



Palvelualan ammateissa toimineista noin puolet oli ollut yleisönpalvelussa eli suoraan tekemisissä asiakkaiden kanssa (esimerkiksi ravintolassa tai leipomossa) ja loput palvelun tukitehtävissä. Näistä osa saattoi olla yrittäjiä. Muiden ammatittomien lisäksi ammatittomaksi katsottiin sellainen alaikäinen lapsi, jonka ikänsä puolesta olisi pitänyt olla koululainen, mutta joka ei ollut käynyt koulua. Koululaisiksi katsottiin sellaiset lapset, jotka olivat käyneet koulua joko kotimaassaan tai sellaisissa maissa, joissa he olivat jo olleet turvapaikanhaussa. Teollisuusammateissa olevista 31 prosenttia toimi rakennusteollisuudessa ja loput muilla aloilla. Opiskelijoita oli neljä terveydenhuoltoalalta, kolme humanistisilta aloilta ja kuusi muilta aloilta. Joillakin opiskelijoilla oli myös ennestään ammatti. He ilmoittivat kuitenkin olleensa viimeksi opiskelijoita tarkoituksenaan saada toinen ammatti. Kymmenen henkilöä oli ollut kotiäitinä tai koti-isänä. Virkamiehet olivat työskennelleet esimerkiksi opettajana peruskoulutuksessa, rautateillä, valtion virastoissa tai armeijassa.

Perustuotannon ammatteihin laskettiin seitsemän maanviljelijää, joilla osalla oli toinenkin ammatti sekä matonkutoja ja timanttityöntekijä. Alle kouluikäisiä ei ole sijoitettu mihinkään näistä ryhmistä. Jonkin verran ilmoitettiin kahta tai useampaa ammattia ja tällöin valittiin se, jota asianomainen oli harjoittanut viimeisimmäksi tai se, joka oli ollut oleellisesti tärkein. Tutkimukseen ei osallistunut yhtään sotilasammattissa tai poliisina ollutta.

### *Elintavat ja niihin liittyviä asioita*

Nautintoaineiden käytöstä on käsitelty alkoholinkäyttöä, tupakointia sekä kahvin ja teen juontia (taulukko 22). Lisäksi on kommentoitu eräitä muita terveyskäyttäytymiseen ja elämäntapoihin liittyviä asioita kuten lukemista, TV:n katselua, radion kuuntelua, liikuntaharrastuksia ja muita harrastuksia.

Sekä alkoholin käyttöä että tupakointia koskevat kysymykset esitettiin vain aikuisille ja prosentit tuloksista on laskettu täysi-ikäisistä. Tupakointi oli sekä naisten että miesten keskuudessa yhtä yleistä, melkein joka toisen ilmoittautuessa tupakoitsijaksi. Tupakoivat naiset polttivat kuitenkin määrällisesti miehiä vähemmän. Kaksi kolmasosaa poltti alle kymmenen savuketta päivässä. Miehillä tupakoinnin määrä painottui puolen ja kokonaisen askin välille ja 30 prosenttia miehistä poltti enemmän kuin yhden askin päivässä. Tupakoinnin määrää kysyttäessä tarkistettiin asianomaisen puhuessa askista, tarkoittaako hän kymmenen kappaleen vai kahdenkymmenen kappaleen rasiaa. Jos joku teki omatekoisia sätkiä, ne on laskettu savukkeiksi sillä oletuksella, että sätkätupakkatopasta saa noin 50 itse tehtyä savuketta.

Alkoholia käyttävien osuus aikuisista miehistä oli 42 prosenttia ja naisista 11 prosenttia. Alkoholien käytöstä ei kysytty tarkempia tietoja.

**Taulukko 22.** Turvapaikanhakijoiden nautintoaineiden käyttö iän ja sukupuolen mukaan. Prosenttiosuuksia laskettaessa on aikuisten miesten  $n = 99$  ja aikuisten naisten  $n = 35$ . Poikien  $n = 21$  ja tyttöjen  $n = 15$

	Miehet		Naiset	
	N	%	N	%
Aikuisten tupakointi				
- 0–10 savuketta päivässä	9		10	
- 11–20 savuketta päivässä	22		4	
- Yli aski päivässä	14		1	
- Vaihtelee, ei osaa sanoa	1		1	
Yhteensä	46	46	16	46
Aikuisten alkoholinkäyttö	42	42	4	11
Kahvin juonti				
- Aikuiset	63	64	22	63
- Lapset	2	10	2	13
Teen juonti				
- Aikuiset	81	82	27	77
- Lapset	8	38	4	27

Kahvia joi lähes kaksi kolmasosaa tutkituista aikuisista. Teetä joi vielä suurempi osa aikuisista ja lapsistakin noin joka kolmas. Nämä kysymykset sisällytettiin tutkimukseen siksi, että oli havaittu monen mahavaivoja valittelevan olevan tietämätön kyseisten aineiden mahaa ärsyttävästä vaikutuksesta. Sama koski myös voimakkaiden mausteiden käyttöä, mikä sekkin oli yleistä. Teetä juodaan usein runsaan sokerin kera, millä voi olla osuutta hampaiston kuntoon.

Muista elämäntavoista kysyttiin siksi, että voitaisiin arvioida tutkitun normaalia päivärytmiä, toimintakykyä ja mahdollista masentuneisuutta. Osuudet on laskettu kuhunkin kysymykseen vastanneista. Liikunta- ja muiden harrastusten osalta noin neljäsosalta tieto puuttui. Yksittäisten sairauskertomusten kannalta saadut tiedot ovat kuitenkin tärkeitä. Lukemista jossain muodossa harrasti kaksi kolmasosaa vastanneista. TV:tä katseltiin enemmän: runsas neljä viidestä vastanneesta vietti aikaansa TV:n parissa. Radiota kuunteli neljä viidestä vastanneesta, vaikkakin kuuntelu rajoittui käytännössä musiikin kuunteluun, koska kieltä osaamattoman oli mahdotonta seurata puheohjelmia. Liikuntaa harrasti jossain muodossa kaksi kolmesta vastanneesta. Muita harrastuksia ilmoitti noin 40 prosenttia vastanneista.

Vastaanottokeskuksen oleskelutilan televisiosta oli mahdollisuus katsoa satelliittikanavia, joten ainakin englanninkielisiä ohjelmia ja myös ranskankielistä kanavaa oli mahdollista katsoa. Liikuntaharrastukset olivat enimmäkseen pallopelejä, pyöräilyä tai lenkkeilyä. Varsinkin nuoremmat miehet ilmoittivat harrastukseen diskoissa käynnin tai muuten vain seurustelun omanikäistensä kanssa. Joukossa oli pari shakinpelaajaakin.

# 10 Tulokset

Seuraavassa esitellään haastattelun perusteella saadut tiedot tutkittujen aikaisemmasta sairastavuudesta sekä heidän tutkimushetkellä kertomistaan vaivoista ja oireista. Esille tulleet lääkärintarkastuslöydökset kuvaillaan, samoin kuin poikkeavat laboratorio- ja röntgentutkimusten tulokset. Turvapaikanhakijoiden kidutus- ja pahoinpitelykokemuksia kuvaillaan ja analysoidaan. Tutkittujen terveyspalveluiden käyttöä seuranta-aikana kuvataan ja heillä sinä aikana ilmenneitä sairauksia analysoidaan. Lisäksi arvioidaan käytetyllä haastattelutekniikalla saatavan informaation laatua.

## 10.1 Aikaisemmat sairaudet ja vaivat

Tietoa tutkittujen aikaisemmista sairauksista ja vaivoista hankittiin haastattelemalla heitä. Osa tutkittujen kuvaamista sairauksista oli helppo nimetä johonkin ryhmään kuuluviksi, mutta valtaosa heidän kuvauksistaan oli sellaisia, joita oli mahdotonta luokitella diagnooseiksi. Niitä onkin käsitelty kyseisen elinryhmän vaivoina.

Turvapaikanhakijoilla oli aikaisemmin ollut keskimäärin 2,9 sairautta tai vaivaa tutkittua kohden. Todellisen sairastavuuden arviointi riippuu siitä, miten luotettavina asianomaisten antamia esitietoja pidetään. Toisaalta se riippuu myös siitä, miten hyvin tutkimuksessa on osattu muuttaa tutkittujen käsitykset sellaiseksi tiedoksi, jota voi käsitellä ja arvioida. Joka tapauksessa tehty arvio kertoo siitä, miten asianomaiset ovat kokeneet aikaisemman terveydentilansa, vaikka se ei antaisikaan eksaktia kuvaa asioiden todellisesta tilasta lääketieteellisillä kriteereillä arvioituna. Jos tutkitut ovat spontaanisti tuoneet esille jonkun sairauden, on se ollut todennäköisesti heille hyvin merkittävä, koska se on jäänyt muistiin. Myös nimenomaisesti kysyttynä esille tullut sairaus on varmasti ollut tutkitulle merkittävä, koska se ei ole kokonaan unohtunut. Se puolestaan, miten vakavana asianomaiset kokevat vaivansa tai sairautensa, vaikuttaa heidän halukkuuteensa hakeutua terveydenhuoltoyksiköiden palveluiden piiriin.

Haastattelussa kirjattiin tutkittavien spontaanisti ilmoittamat sairaudet, minkä jälkeen haastattelu täydennettiin systemaattisella kyselyllä eri elinjärjestelmien sairauksista. Systemaattisella kyselyllä paljastui enemmän tutkittavilla aiemmin olleita sairauksia (taulukko 23). Taulukossa prosentit on laskettu erikseen kunkin elinjärjestelmän osalta.

**Taulukko 23.** Tutkittujen ilmoittamat sairaudet ja vaivat elinjärjestelmän mukaan spontaanisti ilmoitettuina ja systemaattisessa kyselyssä,  $n = 170$ , paitsi naistentaudeissa  $n = 35$  ja sukupuolitaudeissa  $n = 134$

Sairausryhmä	Spontaani ilmoitus		Systemaattinen kysely	
	Määrä	%	Määrä	%
Neurologiset sairaudet	20	12	84	49
TULES	10	6	63	37
Vatsasairaudet	7	4	62	36
Tapaturmat	18	11	59	35
Silmäsairaudet	3	2	52	31
KNK-sairaudet	7	4	50	29
Virtsaelinsairaudet	7	4	47	28
Psykiatriset sairaudet	9	5	41	24
Ihosairaudet	8	5	35	21
Muut sairaudet	17	10	29	17
Sydänsairaudet	4	2	21	12
Verenpaine	2	1	21	12
Maksasairaudet	7	4	20	12
Keuhkosairaudet	11	6	20	12
Trooppiset sairaudet	7	4	18	11
Kilpirauhassairaudet	1	1	5	3
Diabetes	4	2	4	2
Muut endokrinologiset sairaudet	0	0	2	1
HIV	0		0	
*Naistentaudit	1	3	11	31
**Sukupuolitaudit	2	1	5	4
<b>Yhteensä</b>	<b>145</b>		<b>649</b>	

\*Naistentaudeissa on otettu huomioon vain aikuiset naiset ( $n = 35$ )

\*\* Sukupuolitaudeissa on otettu huomioon vain aikuiset ( $n = 134$ )

TULES=tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, HIV=Human immunodeficiency virus

Haastattelun perusteella tuli eniten esille vaivaksi luokiteltavia mainintoja sairaudesta. Esimerkkinä tästä on neurologisten sairauksien ryhmä, joka sisältää maininnat päänsärystä. Päänsärky on suurin neurologinen sairausryhmä tässä aineistossa. Toiseksi eniten on tullut esille tuki- ja liikuntaelinten sairauksia. Tämä luokka sisältää erilaisia särkyjä. Lähes yhtä paljon on kerrottu vatsasairauksista, joihin sisältyy myös erilaisia vatsavaivoja, joita ei välttämättä ole tutkittu tarkemmin ja diagnosoitu tiukoin lääketieteellisin kriteerein.

Lapsen ja aikuisen määrittely vaihtelee kulttuureittain. Esimerkki tästä tuli esille muun muassa siinä, että tutkimusaineistossa lasten lukumäärä vanhempien ilmoittamana saattoi poiketa kalenteri-ikä mukaisesta lapsen määrittelystä. Joissakin kulttuureissa aikuiseksi katsotaan henkilöt, jotka ovat suomalaisen käsityksen mukaan vielä selvästi lapsia. Usein aikuistumiseen liittyy initiaatiomenoja, erityisesti pojilla. Tyttöjen kohdalla aikuisuuden raja saattaa tulla ylityksi silloin kun tyttö tulee sukukypsäksi. Somaliassa tutkijalle kerrottiin jo 1980-luvulla, että ”tytössä on jotain vikaa, ellei hän ole naimisissa viimeistään 15-

vuotiaana ja saa lasta”. Tässä tutkimuksessa aikuisuuden rajana on pidetty suomalaisen lainsäädännön mukaista 18 ikävuoden rajaa. 18 vuotta täyttänyt laskettiin aikuiseksi ja sitä nuoremmat kirjattiin lapsiksi.

Tutkittujen kertomusten perusteella heidän sairastavuutensa ryhmänä poikkeaa huomattavasti esimerkiksi oman maamme sairausprofiilista. Sydän- ja verenkiertoelinten sairauksia ja diabetesta raportoitiin vähän. Pahanlaatuisia kasvaimia ei ollut todettu kenelläkään. Tutkittujen ilmoittama trooppisten sairauksien pieni osuus (11 prosenttia) oli odotuksista poikkeavaa. Tapaturmia sen sijaan oli sattunut paljon (35 prosentille). Naistentautien suhteellinen määrä (32 prosenttia) oli suuri.

### *Neurologiset sairaudet*

Neurologisten sairauksien selvittäminen ei aina ollut helppoa. Hyvin monelle näytti olevan vaikeaa ymmärtää eroa neurologisen ja psykiatrisen sairauden välillä. Sen vuoksi kyseltäessä neurologisista sairauksista annettiin usein tämän tapaisesti esimerkkejä: ”Onko teillä ollut mitään neurologisia sairauksia, kuten päänsärkyä, migreeniä, halvauksia, epilepsiaa?” Oli pakko käyttää esimerkkejä, jotta asianomainen sai käsityksen siitä, mitä sairausryhmää tarkoitettiin. Erityisesti päänsärlyn käyttäminen esimerkkinä oli hiukan ongelmallista, koska niitä on paljon ja tiettyä sairautta kysyttäessä saattoi olla vaara, että sitä raportoitaisiin innokkaasti.

Neurologisten sairauksien raportoinnissa oli selvästi havaittava ero spontaanin ilmoituksen ja systemaattisen kyselyn välillä (taulukko 24). Spontaanisti jostakin neurologisesta sairaudesta ilmoitti 20 turvapaikanhakijaa (12 prosenttia) ja systemaattisesti kysymällä 84 (52 prosenttia). Tällöin mukaan tulivat vähäisetkin valitukset – ero oli silti huomattava.

Erilaiset päänsäryt olivat tärkein neurologisten vaivojen aihe, 43 prosenttia tutkituista kertoi jostakin päänsärlyn muodosta. Spontaanissa raportoinnissa niiden osuus oli enemmän kuin puolet, mutta systemaattisen kyselyn aineistossa se oli jo neljä viidesosaa. Systemaattisella kyselyllä kaikkiaan 47 henkilöä (29 prosenttia) eli runsas neljäsosa kaikista tutkituista kertoi päänsärystä, jota ei ollut koskaan tutkittu. Migreeniä tai muuta toispuoleiseksi ilmoitettua päänsärkyä oli vain muutamalla.

Ne, jotka itse arvelivat päänsärlyn takana olevan psyykkiset syyt, kertoivat päänsärkynsä liittyvän stressiin tai siihen, että ”ajattelee liikaa” tai murehtii turvapaikanhakutilannettaan tai omaisia, joita on ikävä tai joiden tilanteesta ei tiedä. Muita päänsärkyyn liittyviä oireita oli huimaus. Sen arveltiin liittyvän niskakivuihin tai nenä- ja korvavaivoihin.

Kahdella epilepsiaa sairastavalla oli käytössään nykyaikaiset lääkkeet (valproaatti ja levetirasetami). Molemmat kertoivat sairaudesta spontaanisti. Kahdeksanvuotiaalla pojalla (entisen Neuvostoliiton alue) oli jo kotimaassaan diagnosoitu kehitysvamma. Hänelle tehtiin lähete keskuslastenneuvolaan lastenlääkärin vastaanotolle, mutta käynti jäi toteutumatta perheen tultua käännytetyksi ennen

kuin tutkimusaika saatiin.

**Taulukko 24.** *Tutkittujen ilmoittamat neurologiset sairaudet ja vaivat*

Neurologiset sairaudet	Spontaani ilmoitus (n = 163)		Systemaattinen kysely (n = 162)	
	N	%	N	%
Kaikki päänsäryt	12	7	69	43
– Päänsärky, ei tutkittu	7	4	47	29
– Päänsärky, joskus tutkittu	2	1	3	2
– Päänsärky ja muita oireita	1	1	2	1
– Päänsärky, psyykinen tausta			9	6
– Posttraumaattinen päänsärky			2	1
– Toispuoleinen päänsärky			2	1
– Migreeni	2	1	4	2
Huimaus	1	1	2	1
Aivotärähdys	1	1	4	2
Epilepsia	3	2	3	2
Kehitysvamma	1	1	1	1
Muut	2	1	5	3
<b>Yhteensä</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>84</b>	<b>52</b>

Ryhmään ”muut” kuuluvista mainittakoon 48-vuotiaan miehen aivoinfarkti ja oikean puolen halvaus, jotka hän sairasti elokuussa 2003 ollessaan Ruotsissa turvapaikanhaussa. Hän oli kuntoutunut varsin hyvin ja sairastettua halvausta tuskin enää huomasi. Toisena mainittakoon 48-vuotiaan naisen trigeminusneuralgia. Kaikkiaan aikaisemmat tutkituilla olleet neurologiset vaivat olivat merkittävä osa heidän sairastamiskokemuksiaan.

### *Tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet (TULES)*

Tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia ja vaivoja oli runsaasti, erityisesti systemaattisen kyselyn perusteella esiin tulleita (taulukko 25). Spontaanisti ilmoituksia tuli kuudelta prosentilta ja systemaattisella kyselyllä 39 prosentilta. Vaivat olivat paljolti ”kipu”-tyyppisiä.

Selkävaihuista oli alaselän tai ristiselän kipuja kuudella, yksi niistä oli spontaanisti ilmoitettu. Muut selkävaihut esitettiin ilmauksilla ”selkäkipuja”, ”selkävaivaa” tai ”selkä rasittuu”. Iskias-tyyppiseksi kipu on luokiteltu silloin, kun asianomainen on selkävaivan lisäksi kertonut jalkakivusta, joka liittyy selkävaivaan. Yhden tutkittavan selkäkipu oli jatkunut muutamaa vuotta aiemmin sattuneen pikkubussin ympäriajon jälkeen. Yhdelle oli Hollannissa suositettu selkäleikkausta.

Niska-hartiaseudun ja olkapään vaivat eivät olleet kovin yleisiä anamnestisen selvittelyn perusteella. Niitä ei sen tarkemmin käyty lävitse tässä yhteydessä. Erilaisista muista kivuista lihaskivut olivat usein rasitukseen liittyviä. Jalkakipui-

sista kahta oli tutkittu, mutta kivun syytä ei ollut löytynyt. Toiselta heistä oli otettu röntgenkuviakin. Yhden jalkakivut olivat auto-onnettomuuden jälkeisiä. Nilkkakipuja oli kahdella. Polviongelmia oli neljällä, ja näistä kahdella ne liittyivät jalkapallon pelaamiseen. Yhdellä oli ollut ”vettä polvessa” ja yhdellä oli ollut nuorena polvessa tulehdus.

**Taulukko 25.** Tutkittujen ilmoittamat tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet ja vaivat

TULES-vaiva	Spontaani ilmoitus (n = 163)		Systemaattinen kysely (n = 162)	
	N	%	N	%
Määrittelemättömät selkävivot	3	2	20	12
Iskias-tyyppiset vaivat	3	2	7	4
Niska/hartia/olkapään vaivat			4	2
Erilaiset muut kivut	1	1	11	7
Nivelvaivat	2	1	6	4
Tapaturman jälkeiset vaivat			7	4
Muut	1	1	8	5
<b>Yhteensä</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>63</b>	<b>39</b>

Tapaturman jälkeiset vaivat olivat osalla pahoinpitelyistä johtuvia. Sellaisia olivat hakkaamisesta (olkapää ja selkä) sekä lyömisestä (selkä) johtuvat vaivat. Yhdellä oli kysymys kidutuksen jälkeisistä vaivoista. Yhtä oli potkittu, mistä oli seurauksena häntäluun seudun krooninen kiputila. Muista tapaturmista johtuvat vammat olivat vakavampia. Yhdellä oli ollut lannenikaman murtuma uimahallissa sattuneen tapaturman vuoksi. Yksi oli saanut jalkapallossa polvivamman, mitä oli tähystettykin ja löydettiin kierukkavamma. Yhdellä oli selkävaivoja hänen kaaduttuaan polkupyörällä. Yhdellä oli ollut vankilassa tapahtuneen pahoinpitelyn vuoksi sormi- ja jalkamurtumat, mistä oli edelleen vaivoja.

Ryhmään muut kuului useita erilaisia yksittäisiä asioita. Yhdellä oli kaulan ja käsien kipuja. Yhdellä oli alaselässä nikamien välinen olisteesi ja välilevyn pullistuma, ja toisellakin oli mahdollisesti olisteesi. Yhdellä oli ollut kuukautisten aikana selän puutumista. Yhdellä olivat olleet lapsena luut ja nivelet kipeät. Myös tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat olleet merkittävä osa tutkittujen aikaisempaa sairastamishistoriaa.

### *Vatsasairaudet*

Kaikkien vatsasairauksien osuus oli spontaanin ilmoituksen perusteella neljä prosenttia, ja systemaattisella kyselyllä niitä paljastui 38 prosentilla (taulukko 26). Yli kolmasosalla (37 prosenttia) oli ollut sellaisia vatsavaivoja, joita ei ollut koskaan tutkittu ja sen lisäksi vielä runsaasti oireita, jotka ovat tulkittavissa lieviksi, esimerkiksi närästys, gastriittivaivat, löysä vatsa ja ummetus. Vatsakipujen ryhmään sijoitettujen sairauksien luonnetta kuvasivatkin tutkittujen omat luonnehdinnat: *mahakipuja, mahanpoltoja, joskus mahakipuja, usein mahavaivoja.*

**Taulukko 26.** *Tutkittujen ilmoittamat vatsasairaudet ja -vaivat*

	Spontaani ilmoitus n = 163		Systemaattinen kysely n = 163	
	N	%	N	%
Vatsasairaudet ja -vaivat				
Vatsakivut joskus, ei tutkittu	4	2	23	14
Gastriitti, närästys	1	1	11	7
Muuta			9	6
Vatsakivut, tutkittu joskus	1	1	3	2
Vatsahaava	1	1	3	2
Parasiitit			3	2
Löysä vatsa			2	1
Ummetus			2	1
Oksentelu			2	1
Vatsavaivat, psyykinen tausta			2	1
Ilmavaivat			2	1
<b>Yhteensä</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>62</b>	<b>38</b>

Parasiitteinä mainittiin kahdesti giardia, ja eräs aasialainen turvapaikanhakijamies sanoi vankilassa ollessaan sairastaneensa ”matoja”, joihin hän oli saanut kertomansa mukaan asianmukaisen hoidon vankilan viranomaisilta. Psykkistä taustaa omaaviksi vatsavaivoiksi luokiteltiin esimerkiksi sellaiset ilmoitukset kuin ”mahavaivaa jos on levoton olo”, ”mielialan vaikutuksesta vatsa on tulehdusherkkä” ja ”vatsavaivoja muuton yhteydessä”. Ryhmään muuta kuuluivat esimerkiksi vatsakivut lapsena neulan nieläisun jälkeen, paksusuolen tulehdukset ja divertikuliitti.

Erilaisia vatsavaivoja tuli siis paljon esille, erityisesti systemaattisella kyselyllä. Saadut tiedot jäivät kuitenkin usein oiretasolle eikä selkeää asetettua diagnoosia kovinkaan usein ollut. Tällöin ongelmaksi tulee se, miten suhtautua ilmoitukseen – onko se sellainen, joka antaa aihetta lisätutkimukseen vai ei.

### *Tapaturmat*

Tapaturmia tutkitut eivät välttämättä näyttäneet aina muistavan, varsinkaan jos niistä oli selvinnyt ilman pahempia jälkioireita tai jos ne olivat olleet kovin vähäisiä. Systemaattisesti kysellen niitä muistui mieleen useammin, erityisesti liikennetapaturmia, murtumia ja pahoinpitelyitä (taulukko 27).

Liikennetapaturmista kaksi oli sellaista, joissa ei ollut aiheutunut mitään vammoja. Näitä olivat auto-onnettomuus ja autolla seinään ajo. Kolmella oli ollut murtumia, jotka oli hoidettu kipsauksella. Yksi oli ollut vakavammassa kolarissa ja oli saanut verenvuotoa ja ruhjeita sekä lonkkamurtuman, minkä vuoksi hän oli ollut hoidettavana sairaalassa yli kolme viikkoa. Muut liikenneonnettomuudet olivat aiheuttaneet ruhjeita ja kipuja, mutteivät vaikeampia vammoja, esimerkiksi murtumia.



**Taulukko 27.** Tutkittujen ilmoittamat tapaturmat

Tapaturmat	Spontaani ilmoitus n = 164		Systemaattinen kysely n = 163	
	N	%	N	%
Liikennetapaturmat	3	2	15	9
Murtumat	2	1	10	6
Pahoinpitelyt	8	5	16	9
Vapaa-ajan tapaturmat	3	2	12	7
Sotaan liittyvät tapaturmat	1	1	3	2
Muut	1	1	3	2
<b>Yhteensä</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>59</b>	<b>36</b>

Muutoin kuin liikenneonnettomuuksissa sattuneita murtumia raportoitiin kymmenessä tapauksessa. Ne oli hoidettu kipsaamalla silloin, kun se oli ollut adekvaattia. Näistä rannemurtumia oli kaksi ja muita käden alueen murtumia kaksi, säärimurtumia oli kaksi ja lisäksi kaksi nenämurtumaa ja yksi solisluun murtuma.

Tässä yhteydessä raportoituja pahoinpitelyitä oli 16. Jotkut pahoinpidellyt olivat kokeneet sitä useampaan kertaan. Pahoinpitelyistä kaksi oli tässä anamneesin kyselyvaiheessa raportoitu vankilassa sattuneiksi: toisessa tapauksessa oli poltettu vatsaa ja toisessa tapauksessa oli tullut kämmenluun ja jalan murtumat. Lyönnit olivat kohdistuneet päähän, selkään ja niskaan. Vakavimmat olivat kiväärinperällä lyöminen ja se kun naapuri löi päähän lapiolla (mistä tutkittavalla oli vieläkin vaivoja). Yksi oli heitetty korkealta, minkä seurauksena hän menetti muistinsa. Pahoinpitelyvammoista on lisää luvussa ”Kidutuskokemukset, pahoinpitelykokemukset ja pidätykset”.

Vapaa-ajan tapaturmiksi on luokiteltu muun muassa pelissä tapahtuneet tapaturmat, joita oli ollut kahdella. Toisella oli ollut polven kierukkavamma jalkapallopelissä ja toisella iskun saaminen päähän pelissä. Jälkimmäistä oli lisäksi myöhemmin lyöty päähän. Samaan ryhmään on laskettu putoamiset. Kaksi näistä henkilöistä oli pudonnut puusta, toiselle ei ollut tullut vammoja, toisella oli ollut murtuma nilkassa. Yksi oli lapsena pudonnut ja hänellä oli ollut kaksi murtumaa kädessä ja solisluun murtuma ja hän oli lisäksi myöhemmin satuttanut selkäänsä, kun kaatui urheillessaan.

Sotaan liittyvistä tapaturmista ja tapahtumista raportoitiin kolmessa tapauksessa. Näistä yksi oli ollut räjähdysonnettomuudessa kaksikin kertaa ja sai siinä kertomansa mukaan ruhjevammoja sekä jälkiseurauksena päänsärkyä ja unettomuutta. Yksi oli haavoittunut ja häneltä oli myöhemmin poistettu kahdessa leikkauksessa luoteja ja alkuvaiheessa hoitona oli ollut kipsauskin. Ilmeisesti hänellä siis oli ollut myös murtumia. Eräs tutkittava oli ollut autosattuessa, jonka kimppuun oli hyökätty. Hän ei ollut saanut suuria vammoja, mutta koki vaikeita henkisiä paineita.

Ryhmään muut on sijoitettu sekalaisia tapaturmia. Yksi oli kaatunut ja hänellä oli ollut kipsikin ranteessaan murtumaepäilyn vuoksi. Myöhemmin otetussa röntgenkuvassa paranemistapahtumaan viittaavaa kallusta ei ollut, joten murtu-

ma oli kuitenkin epätodennäköinen. Yhdellä tutkitulla oli ollut käärmeenpurema. Yksi oli lapsena syönyt vahingossa lääkkeitä ja oli sen vuoksi sairaalahoidossa kaksi viikkoa.

Kahdeksalla tutkittavalla oli ollut useampi kuin yksi tapaturma. Tällaisina rekisteröityivät ensimmäisen tapaturman lisäksi muun muassa seuraavat: koiranpurema kahdesti, skorpionin pisto samalla henkilöllä kahdesti, kaksi pahoinpitelyä, puusta putoaminen ja pommin sirpaleiden saaminen kehoonsa.

Tapaturmia oli ollut reilulla kolmanneksella tutkituista. Kun lisäksi huomioidaan erikseen käsitellyt kidutus- ja pahoinpitelykokemukset, voidaan todeta, että tapaturmista kannattaa aktiivisesti kysellä. Tapaturmista kysyminen voi olla vähemmän tunnelatauksia sisältävää kuin kidutuksesta kysyminen ja voi johtaa keskusteluun kidutustaustasta, joka ei ehkä avautuisi muuten ollenkaan.

### *Naistentaudit*

Naistentautien prosentiosuuksia laskettaessa on huomioitu, että 50 turvapaikanhakijanaisestä 35 oli yli 18-vuotiaita. Osuudet on laskettu vain täysi-ikäisistä. Spontaanisti kolme prosenttia ja systemaattisella kyselyllä 31 prosenttia ilmoitti naistentaudista. Vaikka naistentauteja oli lukumääräisesti vähän, oli niiden prosentuaalinen osuus suhteellisen suuri.

Yhdellä oli ollut ”*paljon valkovuotoa*”. Kaksi tutkittua kertoi tulehdusten ja kohdunsuun haavojen olleen todennäköisesti kohdunsisäisen ehkäisimen (IUD) aiheuttamia. Yhdellä oli ollut synnytyksen jälkeen kohdunsuun eroosio, jota oli ”*poltettu*.” Yhdellä oli vain kuukautiskipuja, ja toisella oli munasarjakipuja. Hänelle oli tehty ultraäänitutkimuskin, mutta siinä ei ollut löytynyt vikaa. Nämä molemmat tulivat esille systemaattisella kyselyllä.

Vakavampiin löydöksiin lukeutui tutkittava, joilla oli ollut munasarjojen ja munanjohtimien tulehdus. Yksi raportoi kohtuongelmista, kystista ja munasarjatulehduksista. Yhdellä oli myoma kohdussa, ja hänellä oli ollut ”*märkivät tuubat*” eli ilmeisesti pyosalpinx. Siitä oli kehittynyt vatsakalvontulehdus ja hänet oli sen vuoksi leikattu.

30-vuotias nainen (Eurooppa) ei halunnut kertoa vaivastaan, vaikka myönsi naistentautiasioita olleen. Hänellä oli myös kidutustausta, josta hän ei myöskään puhunut tarkemmin. Täten on mahdollista, että hänellä olisi raiskaustausta, johon hän saattoi viitata haluttomuudellaan kertoa asiasta.

### *Silmäsairaudet*

Spontaanisti silmäsairauksia ilmoitti kolme tutkittua ja systemaattisen kyselyn tuloksena 52 tutkittua (31 prosenttia). Tutkituista 19:llä oli oman ilmoituksensa mukaan huono näkö. Silmien punoitusta, kutinaa, kirvelyä ja allergiaa ilmoitti kahdeksan tutkittua. Yhdellä oli ollut silmäluomien punoitusta ja yhdellä sarveiskalvon naarmu ja sen lisäksi pinnallinen tulehdus. Seitsemän ilmoitti, että

silmät ”vaivaavat”, ”rasittuvat” tai ”ovat kipeät”. Karsastuksesta kertoi kolme tutkittua. Muita näkemisongelmia oli kuudella. Näistä kahdella oli ongelmia valon kanssa. Kolme tutkittua oli joskus saanut hitsauksesta metallia silmäänsä.

Vakavampiin silmävaivoihin on luokiteltu seuraavanlaisia: aivoinfarktin jälkeinen näköpuutos, kaksi kuukautta kestänyt silmäkipu silmään lyömisen jälkeen, diabeteksen silmämuutokset, huono näkö tapaturman jälkeen kahdella ja se, kun tutkittava oli ollut viisivuotiaana sokea noin vuoden ajan, minkä jälkeen näkö palautui itsestään.

Lisäksi oli seuraavanlaisia yksittäisiä silmäongelmia: chalazion, ongelmia silmänpohjissa, silmän vapina ajoittain, kyyneltiehyen tukos ja muscae volitantes. Yksi oli ollut silmät sidottuina 4–5 kuukautta, jonka jälkeen hän ei ole nähnyt toisella silmällään enää hyvin. Vaikea kidutustausta voi siis tulla esiin myös näköongelmana myöhemmässä elämässä.

### *Korva-, nenä- ja kurkkusairaudet (KNK-sairaudet)*

Tutkituista neljä prosenttia ilmoitti spontaanisti KNK-sairauksia, systemaattisella kyselyllä näitä ilmoitti 31 prosenttia. Kertyneet tiedot on jaettu siten, että osa raportoiduista asioista kuuluu ryhmään vaivat (systemaattisella kyselyllä 12 prosenttia kaikista), osa on diagnosoituja lieviä sairauksia (12 prosenttia) ja loput ovat ryhmässä muut (kuusi prosenttia).

Vaivatasoisia KNK-ongelmia olivat nenään liittyvät ongelmat, kurkkukivut, korvakivut ja kutisevat korvat.

Diagnosoituja tapauksia olivat ”kurkkutulehdus”, viisi tonsilliittia (joista yhdelle oli tehty myös kitarisaleikkaus), seitsemän korvatulehdusta ja neljä ulkokorvantulehdusta, yksi sinuiitti ja yksi allerginen nuha. Yhdellä oli ollut jokin ”infektio”, johon hän oli saanut Norjassa antibioottikuurin.

Ryhmässä muut oli kolmella tutkitulla kertomansa mukaan huono kuulo. Näistä kaksi oli pahoinpitelyn jälkiseurauksia ja yhdelle huonokuuloisuudelle ei ollut selittävää tekijää. Yhdellä esiintyi herkästi nenäverenvuotoja. Yhdellä oli tärykalvo puhjennut kun hänellä oli lapsena mennyt korvaan oksa. Yhdellä oli ilmeisesti reikä tärykalvossa niin ikään, koska hän sanoi, että hänen korvastaan tulee ilmaa kun hän niistää nenäänsä.

Kaikista, joilla oli ollut KNK-sairauksia, raportoitiin spontaanisti vaivatasoisiksi oireiksi 29 prosenttia, diagnosoiduiksi tapauksiksi 57 prosenttia ja ryhmään muut kuuluviksi tapauksiksi 14 prosenttia. Systemaattisella kyselyllä vastaavat prosentit olivat 40 prosenttia, 40 prosenttia ja 20 prosenttia..

### *Psykiatriset sairaudet ja mielialaan liittyvät tekijät*

Ennen tutkimustilannetta osa tutkituista oli jo käynyt mielenterveyden alaan kuuluvassa hoitoyksikössä, psykiatrin tai muun työntekijän vastaanotolla Tampereen kaupungin mielenterveyskeskuksen erityistyöryhmässä tai Kidutettujen kuntou-

tuskeskuksessa. Anamnestisesti jotakin psykiatrista problematiikkaa tuli esille neljänneksellä (taulukko 28). Spontaanisti sellaisesta kertoi vain kuusi prosenttia. Depressioita oli puolestaan 24 prosentilla niistä, jotka ilmoittivat jonkin psykiatrisen vaivan.

**Taulukko 28.** *Tutkittujen ilmoittamat psykiatriset ongelmat*

Psykiatriset ongelmat	Spontaani ilmoitus n = 160		Systemaattinen kysely n = 158	
	N	%	N	%
Depressiot	2	1	10	6
Hermostuneisuus, levottomuus, stressi	2	1	8	5
Olosuhteisiin liittyvät ongelmat	1	1	6	4
Muut	4	3	14	9
Käyntejä muualla psykiatrian piirissä			3	2
<b>Yhteensä</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>41</b>	<b>26</b>

Samaa aihetta käsitellään myös luvussa ”Oireet tutkimushetkellä” sivulla 132. Siinä on toisenlainen arvio mielenterveyden häiriöistä. Ero johtuu siitä, että tässä olevat tulokset ovat vastauksia tutkimuslomakkeessa 2 esitettyyn kysymykseen ”Onko teillä ollut mitään psykiatrisia sairauksia?” Luvussa ”Oireet tutkimushetkellä” olevat vastaukset ovat tulleet tutkimuslomakkeen 5 kysymyksestä, jossa kysyttiin tutkitun mielialaa. Siinä kysyttiin ”Onko mielialanne normaali tai onko teillä jotain poikkeavaa, esimerkiksi masennusta?” Tällöin mielialasta spesifisesti kysyttynä myönteisten vastausten osuus kasvaa. Seuraavassa on kuvattu tarkemmin tutkittujen ilmoittamia psykiatrisia sairauksia.

Hermostuneisuutta, levottomuutta ja agitoitumisoireita oli noin viidesosalla. Hermostuneisuuteen liitettiin usein stressi.

Olosuhteista johtuvia ongelmia olivat ikävöinti, omaisen kuolemaan liittyvät tuntemukset ja perheestä erillään olemisen vaikeus. Sodasta tulleet traumat ja lähisukulaisen surmaamisen näkeminen olivat vaurioittaneet, samoin vangittuna oleminen.

Ryhmään muut kuului monenlaisia oireita ja vaivoja. Kaksi ei pystynyt tarkemmin erittelemään vaivojaan, mutta toi selkeästi esille psyykkistä kuormittuneisuuttaan. Yksi sanoi ”ajattelevansa paljon”. Pelkoja ja psykosomaattisia ongelmia sanottiin myös olevan. Unettomuutta oli monella ja muistiongelmia ainakin yhdellä. Yhdelle oli hänen kotimaassaan sanottu: ”Sinä olet hullu.” Hänen psykiatrinen vaivansa osoittautuikin myöhemmin psykoottistasoiseksi ja hän oli intensiivisessä psykiatrisessa hoidossa ahdistuksen, masennuksen ja psykoottisuuden vuoksi.

Monet mainitsivat useita oireita. Esimerkiksi masennuksesta, hermostuneisuudesta tai levottomuudesta kärsivät kertoivat usein myös unettomuudesta. Unettomuutta ei olekaan käsitelty erikseen omana ryhmänä, koska se yleensä liittyi muuhun psykiatriseen problematiikkaan.

Psykiatrisen sairauden esilletulo haastattelussa, varsinkin silloin, kun sellainen on edelleen olemassa, on merkittävä tutkittavan hyvinvointiin liittyvä seikka.

Aktiivinen kysyminen rohkaisee tutkittavia tuomaan esille seikkoja, joihin on mahdollisesti saatavissa apua.

### *Virtsaelinsairaudet*

Spontaanisti virtsaelinsairauksia paljastui kuudella prosentilla ja systemaattisella kyselyllä niitä löytyi 23 prosentilla.

Virtsavaivoja paljastui spontaanisti kahdella ja systemaattisella kyselyllä 13 tutkitulla. Virtsavaivoiksi on luokiteltu esimerkiksi ”*virtsankirvelyitä*” ja ”*virtsavaivoja pitempään*”. Samassa ryhmässä oli kolmella ollut tihentynyttä virtsaamisen tarvetta, joista yhtä oli tutkittukin ja toinen arveli vaivansa olevan psykologista laatua. Viisi tutkittua raportoi ”*munuaiskipuja*”, mutta mikään ei viittänyt siihen, että munuaisia olisi tutkittu. Kyse oli ilmeisestikin enemmän asianomaisen omasta arvelusta ja eräänlaisesta synonyymistä ilmaisulle virtsaelinvaivasta.

Lieviä sairauksia tuli spontaanisti esille yksi, ja systemaattisella kyselyllä niitä löytyi 12. Tässä luokassa oli seitsemän selvää virtsainfektiotapausta. Erään naisen ongelmana oli rakko, joka ei tyhjene. Siihen olivat tulehduslääkkeet auttaneet, mutta hänelle oli suositeltu leikkausta. Mahdollisesti kyse saattoi olla jonkintasoisesta cystocelestä. Osa oli saanut vaivoihinsa hoitoja, vaikkakaan tulos ei ollut aina tyydyttänyt asianomaista. Yhdellä oli diagnoosina eturauhasatrofia ja toisella oli ”eturauhasvaivoja”. Kahdella muulla oli ollut prostatiitti.

Vaikeampia löydöksiä tuli esille spontaanisti neljä, ja systemaattisella kyselyllä niitä löytyi 13. Vaikeampien diagnoosien ryhmässä oli kaksi ”*munuaistulehdusta*”, joista toinen oli ollut sairaalahoidossakin. Kahdella oli ollut verta virtsassa, ja näiden lisäksi yksi ilmoitti hänellä olleen pyelonefriitin. Lisäksi yksi kertoi hematuriaasta ja kylmällä säällä ilmenevistä munuaiskiviuista. Neljä kertoi hänellä olleen munuais/virtsakiven. Kolme kertoi hänellä olleen ”*hiekkaa*” virtsassa, ja yhdellä näistä oli myös munuaiskivi murskattu. Yksi ilmoitti virtsan pidätyskyvyttömyydestä. Yhdellä oli todettu munuaiset pienentyneiksi kuvauksessa ja toisella oli ultraäänitutkimuksessa todettu vain yksi munuainen. Selostuksesta päätellen se saattoi olla niin sanottu hevosenkenkämunuainen.

Lisäksi yhdellä tutkitulla oli kipuja munuaisissa hänen juostessaan ja kahdella oli ollut yökastelua. Toisella se oli kestänyt hyvin kauan. Virtsakivien muodostusta oli ollut haastattelun perusteella varsin monella.

### *Ihosairaudet*

Ihosairauksia ilmoitti spontaanisti viisi prosenttia ja systemaattisella kyselyllä 21 prosenttia. Kaikki löydetyt kolme psoriaasia tulivat jo spontaanisti esille. Muut iho-ongelmat liittyivät atooppiseen tai muuten kutisevaan ihoon. Yhden kutinan syyksi oli ilmoitettu klorokiini. Sieni/hiivaongelmia ilmoitti kolme tutkittua. Yhden iho oli ”*palanut*” kemiallisten aineiden vuoksi. Allergiseksi ihottumaksi tut-

kitut ilmoittivat kuusi tapausta, ja näistä epäilty syykin oli kolmella: nikkeli, suklaa ja pesuaineet. Yhdellä oli allergiseksi epäilemänsä ihottuman lisäksi silmäoireita.

### *Sydän- ja verisuonisairaudet*

Sydänsairauksia ja -vaivoja raportoi spontaanisti neljä tutkittua ja systemaattisen kyselyn perusteella 21 tutkittua (12 prosenttia).

Sydänvaivoja ilmeni spontaanisti yhdellä ja systemaattisella kyselyllä kymmenellä. Sydänvaivoiksi on luokiteltu seuraavanlaiset ilmaisut: ”jotain sydämessä”, ”sydänlihakset jännittyneet”, ”2–3 vuotta sydänongelmia”, ”kuusi vuotta sitten jotain EKG:ssä”, ”sydämeen pistää joskus”, ”kerran kuukaudessa pistää sydämeen, tutkimuksissa ei vikaa ole löytynyt”, ”sydänsärkyä, Saksassa otettiin EKG, mutta se oli normaali”, ”sydänvaivoja”, ”usein sydänkipuja, tutkimuksissa ei löytynyt mitään” ja ”viime vuonna sydänvaivoja”. Rytmihäiriöitä ilmeni systemaattisella kyselyllä neljällä. Rytmihäiriöiksi on luokiteltu kaksi takykardiatietoa. Yhdellä tutkittavalla oli ollut joskus lääkitystäkin rytmihäiriöön. Yksi tutkittava raportoi ”outoa liikettä” rinnassa, mikä lienee ollut extrasystoliaa tai flimmerikohtaus.

Rintakipuisiksi luokiteltiin kaksi tutkittavaa, joista toisen vaivat tulivat esille vasta systemaattisella kyselyllä. Hänellä oli ollut kerran sydänkohtauskin ja hänellä oli käytössään pysyvä asetonisyylisahpolaakitys.

”Sydänkipuisiksi” luokiteltiin tutkitut, jotka ilmoittivat vaivansa juuri tällä sanalla. Näistä yksi ilmeni spontaanisti ja systemaattisella kyselyllä kaksi.

Muita sydämen toimintaan liittyviä vaivoja oli seuraavilla tutkituilla:

- 29-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue), joka oli ollut 9-vuotiaana kaksi viikkoa kardiologisella osastolla sydämen sivuäänien vuoksi. Tämä tuli esille spontaanisti. Sivuääntä ei ollut enää.
- 34-vuotiaalla miehellä (Aasia) oli ”löysä” sydänläppä, ilmeisesti siis jonkin sydänlähän vajaatoiminta. Tämä oli kotimaassa todettu myös ultraäänellä. Hänellä oli edelleen todettavissa ensimmäisen asteen midsystolinen sivuääni.
- 19-vuotias mies (Afrikka), jolla oli ollut jonkinlaista rytmihäiriötä käärmeenpureman jälkeen.
- 52-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue), jolla oli diagnosoitu kardioneuroosi. Hänellä ei ollut yksikössämme myöhemminkään käyntejä sydänasioissa, mutta psykiatrisessa työryhmässä hänellä oli käyntejä neljätoista kertaa.
- 26-vuotias nainen (entisen Neuvostoliiton alue), joka kertoi sodan aikana olleensa ”ihan rikki”. Tähän liittyi myös sydänvaivoja.

Verenpaineongelmia oli spontaanin ilmoituksen mukaan kahdella. Nekin olivat sellaisia, joissa tilannetta oli seurailtu eikä asianomaisilla ollut lääkityksiä. Systemaattisella kyselyllä 21 turvapaikanhakijaa (13 prosenttia) ilmoitti verenpaineongelmista. Näistä yhdeksällä oli verenpainetta seurailtu ilman lääkkeitä.

Lisäksi kymmenen kertoi, että heillä oli aiemmin todettu ”matalia” verenpainetta. Henkilöitä, joilla oli lääkitys tai olisi pitänyt olla, oli kaksi. Nämä tulivat esille vasta systemaattisessa kyselyssä.

### *Maksasairaudet*

Maksasairauksia löytyi systemaattisessa haastattelussa joka kahdeksannelta. Nämä ovat merkittäviä tietoja myöhemminkin, ajatellen mahdollisia lääkityksiä. C-hepatiitit tulivat esille yhtä hyvin spontaanisti ilmoittamalla ja kyselemällä. Sen sijaan muu hepatiitti, jonka laatua asianomainen ei pystynyt nimeämään, löytyi huolellisesti haastatteleamalla kolme kertaa useammin. Pelkkien spontaanien ilmoitusten perusteella kaikki muut maksasairaudet ja suurin osa syntymän jälkeisistä keltaisuuksista ja lapsuudessa sairastetuista nimettömistä keltataudeista, jotka ilmeisesti ovat olleet A-hepatiittia, olisivat jääneet paljastumatta (taulukko 29). Spontaanisti maksasairauksia ilmoitti seitsemän tutkittua ja systemaattisen kyselyn mukaan kolminkertainen määrä (12 prosenttia).

**Taulukko 29.** *Tutkittujen ilmoittamat maksasairaudet*

Maksasairaudet	Spontaaninen ilmoitus n = 164		Systemaattinen kysely n = 164	
	N	%	N	%
Syntymän jälkeinen keltaisuus	1	1	3	2
Lapsena keltatauti (mahdollisesti A)	3	2	9	5
C-hepatiitti	2	1	2	1
A- ja C-hepatiitti ollut	1	1	1	1
Epäilee sairastaneensa, ei ole testattu			3	2
Muu maksasairaus			2	1
<b>Yhteensä</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>12</b>

Yhtään aiemmin tiedossa ollutta B-hepatiittia ei tullut esille kummallakaan menetelmällä. Yksi tutkittava, 30-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) oli kertonut terveydenhoitajan vastaanotolla sairastaneensa B-hepatiitin, mutta lääkärinvastaanotolla hän kertoi, että kyseessä oli ollut C-hepatiitti. Laboratoriokokeissa hänellä oli HCV-näyte positiivinen ja HbSAg-näyte negatiivinen.

Vain yksi tutkittu kertoi hepatiitistaan nimenomaan A-hepatiitin nimellä. Hänellä oli ollut lapsena kertomansa mukaan A-hepatiitti. Myöhemmin hänellä oli kertomansa mukaan ollut myös C-hepatiitti.

### *Keuhkosairaudet*

Seitsemän prosenttia tutkituista ilmoitti spontaanisti keuhkosairaudesta. Systemaattisella kyselyllä niin teki kymmenen prosenttia. Yksi ilmoitti, että hänellä ”kertyy kylmällä limaa”. Hänet luokiteltiin sellaiseksi, jolla oli epämääräisiä

oireita.

”Kevyitä” löydöksiä paljastui spontaanisti neljä ja systemaattisella kyselyllä kuusi. Näistä oli viisi bronkiittia, joista yhdellä oli krooninen bronkiitti ja yhdellä oli armeijassa flunssaa jatkuvasti. Kaikista sairaista ”kevyiden löydösten” osuus oli 35 prosenttia.

”Vakavia” löydöksiä paljastui spontaanin ilmoituksen perusteella seitsemän sekä systemaattiseen kyselyyn perusteella kymmenen. Löytyneistä sairauksista neljä oli astmaa. Yhdellä oli ollut pleuriitti ja kuudella oli ollut pneumonia. Yhdellä oli ollut tuberkuloosi 20 vuotta sitten. Kaikista keuhkosairaista vakavien löydösten osuus oli 59 prosenttia.

Muita mainintoja keuhkosairauksista olivat: ”keuhkotulehdus”, mikä sekin ilmeisesti oli ollut pneumonia sekä Norjassa havaittu löydös thoraxröntgenissä, vaikka Suomessa otetussa keuhkokuvassa ei ollut poikkeavaa.

### *Trooppiset sairaudet*

Malariaa raportoi sairastaneensa 17 turvapaikanhakijaa (10 prosenttia). Näistä tuli esille spontaanisti runsas kolmasosa. Vain yksi tutkittava, 46-vuotias turvapaikanhakijamies Afrikasta, ilmoitti muusta kuin malariasta. Hän sanoi sairastaneensa useita kertoja lavantaudin (typhoide) hyvin vaikeana. Puuttuva tieto oli kahdeksalla.

### *Sukupuolitaudit*

Sukupuolitauteja ilmoitettiin spontaanisti kaksi ja systemaattisella kyselyllä viisi (4 prosenttia). Näistä kolmella oli ollut tippuri. Yhdellä oli ollut verivirtsaisuutta yhdyntän jälkeen, mutta asiaa ei ollut tutkittu. Yksi tutkittu sanoi saaneensa hoitoa toisessa vastaanottokeskuksessa vaivaan, jota epäili sukupuolitaudeksi, muttei itse tiennyt, mikä mahdollinen diagnoosi oli ollut.

### *Kilpirauhassairaudet*

Spontaanisti tuli esille yksi diagnosoitu kilpirauhassairaus. Systemaattisella kyselyllä paljastui, että kolmella oli ollut kilpirauhasessa diagnosoitu vika ja lisäksi kahdella tuli esille epäilystasoinen vaiva. Niistä, jotka on sijoitettu epäilyryhmään, yhdellä oli ollut ”raskauden aikana kilpirauhasessaan jotain”, toisella oli sanottu olleen suurentunut kilpirauhanen, mutta asian suhteen ei ollut tehty mitään toimenpiteitä. Diagnosoitujen ryhmässä oli yksi varma struuma, jonka diagnoosi oli tehty 13 vuotta aiemmin. Toiselta oli leikattu struuma, mutta sen hormonaalisesta aktiviteetista ei ollut tietoa. Kolmas ilmoitti hänellä olleen struuman tai kilpirauhasen tulehduksen.



## *Diabetes*

Yhdellä tutkitulla tuli esille diabetes, johon oli peroraalinen lääkitys (glibenklamidi). Kahdella oli joskus todettu verensokerin olleen koholla. Yhdellä oli ollut insuliinihoito diabetekseen vuodesta 1993 alkaen. Hänellä oli nähty diabeteksen silmänpohjamuutoksia Englannissa, missä hän oli myös ollut turvapaikanhakijana. Hänellä oli huono sokeritasapaino. Vaikutti siltä, että hän ei ollut motivoitunut hoitamaan sairauttaan, vaikka olosuhteet olisivat sen sallineet. Hänellä saattoi olla aggravaatiotaipumus. Kaikki diabetestapaukset tulivat esille spontaanisti.

## *Muut endokrinologiset sairaudet kuin diabetes tai kilpirauhassairaudet*

Endokrinologisen sairauden käsite oli vieras niin tutkituille kuin tulkeillekin. Vain kahdessa tapauksessa saatiin joku maininta systemaattisessa haastattelussa.

- *39-vuotiaalla turvapaikanhakijamiehellä Afrikasta oli ollut gynekologista. Sitä oli arveltu hänen kertomansa mukaan hormoniperäiseksi, mutta asiaa ei ollut tutkittu sen enempää.*
- *48-vuotiaalla turvapaikanhakijanaisella Euroopasta oli todettu joku hormonihäiriö, jota oli hoidettu injektioilla (” oli todettu liikaa mieshormonia”). Hänelle annetusta injektio lääkehoidosta ei saatu tarkempaa selvitystä.*

## *HIV*

Kukaan ei kertonut hänellä olevan tai olleen HIV-infektiota eikä kukaan myöskään kieltäytynyt vastaamasta tähän kysymykseen.

## *Muut sairaudet*

Kysymykseen: ”Onko Teillä ollut muita sairauksia, joita ei vielä ole mainittu” tuli myönteinen vastaus kuudesosalta tutkituista. Osa näistä ilmauksista olisi kuulunut kirjata muihin aiempiin luokkiin. Ne päätettiin pitää kuitenkin tässä luokassa siksi, että se muistuttaa samalla siitä, että tällainen kysymys on hyödyllistä tehdä vielä aivan viimeiseksi. Esille saattaa tulla sellaisiakin asioita, joita koskeviin kysymyksiin on hetkeä aikaisemmin vastattu kielteisesti.

Joitain mainintoja tähän kysymykseen tuli spontaanisti kahdeksalta prosentilta ja systemaattisessa kyselyssä mainintoja oli 18 prosentilla.

Kolmella tutkitulla tuli esille anemia. Yksi ilmoitti karsastuksesta, joka oli alkanut hänen sairastettuaan pneumonian. Yhdellä oli ollut lämpöhalvaus, yhdellä kuumeinen kivessairaus (lisäkives- tai kivistulehdus?) ja yhdellä mastopatia.

Yhden kehitys oli ollut viivästynyttä. Yhdellä oli ollut vuotta aiemmin korkea-kuumeinen tauti, jonka syy ei selvinnyt. Sama henkilö sanoi olleensa lapsena hyvin sairas ja että hänelle tehtiin verensiirto. Yksi kertoi sairastaneensa polion ja yksi puhui ”typhoidista”, mutta epäselväksi jäi, tarkoittiko hän oikeasti lavantautia. Kurkkuvaivoista kertoi kolme, ja yksi lapsi oli kynsiempureskelija. Erilaisia epämääräisiä kipuja raportoi yksi. Neljä ilmoitti sairastaneensa rokkotaudin. Näistä yksi oli vesirokko. Yksi valitti hammasongelmia, ja yhdellä oli ikenistä verenvuotoa. Yksi kertoi, että hänet oli yritetty myrkyttää ja että hän oli myös palelluttanut kätensä ja jalkansa. Yhdellä oli käsien vapinaa. Yksi arvioi saaneensa elämänsä aikana runsaasti antibioottikuureja. Yhdellä oli nälkäkipuja vatsassa ja toisella väsymystä. Yksi kertoi tulleensa raiskatuksi. Yksi kertoi hänellä olevan ”maladies socieaux”. Yksi sanoi moniin kysymyksiin vastaukseksi ”ei – ehkä on ollut”. Tämä kuvanee monen muunkin haastatellun epätietoisuutta aiemmasta terveydentilastaan.

### *Toimenpiteet*

Lääketieteellisiä toimenpiteitä oli tehty 48 tutkitulle (28 prosenttia). Läheskään kaikki toimenpiteet eivät tulleet esille spontaanin ilmoituksen perusteella. Vähemmän kuin puolet toimenpiteissä olleista ilmoitti sen spontaanisti (22 henkilöä). Kaksi eri toimenpidettä oli tehty kahdeksalle. Kolmelle oli tehty kolme eri toimenpidettä.

Gastroenterologisia toimenpiteitä oli tehty 13. Umpilisäkkeen poistoleikkauksia oli yhdeksän, joista yksi oli päässyt puhkeamaan ja potilaalta poistettiin 80 senttimetriä suolta. Sappileikkauksia oli kaksi. Yhdelle oli tehty peräsuolen täyhystys, missä oli löytynyt divertikkeleitä ja myös divertikuliitti.

Otologisia toimenpiteitä oli 13. Kuudet nielurisat ja kolmet kitarisat oli leikattu. Muista otologisista leikkauksista yksi oli ilmeisesti ollut nenäpolyyppien poisto. Tutkittava kuvasi asiaa siten, että häneltä ”*poistettiin liikaa lihaa nenästä*”. Toinen leikkaus oli ollut korvaleikkaus tulehduksen vuoksi, mahdollisesti kartiolisäkkeen leikkaus. Yhdeltä oli leikattu kitalakihalkio.

Ortopedian ja traumatologian alaan kuuluvia toimenpiteitä oli yhdeksän. Näistä neljä oli tehty murtuman vuoksi. Ne olivat sormimurtuma, niskanikaman murtuma, lantion murtuma ja käsिमurtuma. Lannenikaman ja niskanikaman murtumat oli hoidettu levytyksillä. Kaksi toimenpidettä oli kohdistunut polveen, näistä toinen oli kierukkaleikkaus. Kaksi toimenpidettä oli kohdistunut selkärankaan. Yksi leikkaus oli kohdistunut luodin silpomaan jalkaan, ja yhdeltä oli poistettu sirpaleita hartiasta. Yhdelle oli tehty sormileikkaus ilmeisen fleksiokontraktuurin vuoksi. Yhden varvasta oli leikattu lapsena.

Yleiskirurgian alaan kuuluvia toimenpiteitä oli 11. Viideltä oli leikattu nivustyrä, yhdeltä molemmin puolin. Yhdeltä oli leikattu suonikohjut. Yksittäisiä toimenpiteitä olivat kaksi kilpirauhasleikkausta, pleurapunktio, fibroadenoman poisto rinnasta ja varpaan kiilaekskisio sekä peräpukamaleikkaus.

Gynekologisista toimenpiteistä mainittakoon merkivien munanjohdimien

leikkaus, mitä komplisoi vielä vatsakalvontulehduskin. Erään lapsen päätä oli 12-vuotiana leikattu ”hermotulehduksen” vuoksi. Erään miehen päätä oli leikattu ilmeisesti impressiomurtuman vuoksi. Murtuma oli tullut metallilla päähän lyönnistä. Silmäleikkauksista mainittakoon leikkaus, jonka tutkitun selityksen perustella saattoi arvella johtuneen chalazionista. Yhdelle 4-vuotiaalle tytölle oli tehty kolme leikkausta rektovaginaalifistelien vuoksi, toiselle lapselle nivustyräleikkaus. Urologisista leikkauksista mainittakoon virtsakivileikkaus ja leikkaus siittiöongelman vuoksi.

### *Lääkehoito*

Turvapaikanhakijoista 29 prosentilla oli tulovaiheessa joitain lääkkeitä käytössään. Lääkkeitä käyttävien ryhmästä niitä, joilla oli käytössään välttämättömiä lääkkeitä, oli 14 prosenttia. Tähän ryhmään kuuluvista kahdella oli käytössään tyroksiinilääkitys. Näistä toisella oli myös karbamatsepiini trigeminusneuralgian hoitona ja psyykenlääkkeitä. Yhdellä tutkittavalla oli diabeteksen hoidossa insuliini (Mixtard Human), toisella metformiini. Näistä jälkimmäisellä oli lisäksi kolesterolilääke, verenpainelääke ja asetosalisyylilääkityksessään. Toisella epileptikolla oli käytössään valproaatti ja karbamatsepiini ja toisella karbamatsepiini ja levetirasetaami. Yhdellä tutkittavalla oli käytössään kahdenlaista masennuslääkettä ja muita psyykenlääkkeitä. Hän oli ennen ensimmäistä tutkimusvastaanottoa ollut jo psykiatrin hoidossa, joten lääkitys oli sieltä aloitettu.

Lääkkeenkäyttäjistä noin neljännes käytti lääkkeitä, jotka ovat tärkeitä, mutta joiden pois jättämisestä ei olisi välittömästi vaaraa tai haittaa. Tähän ryhmään kuului särkylääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä (joita otettiin pienellä annoksella), mahalääkkeitä (ranitidiini, pantoprazoli), atenololi, propranololi tykytyksiin, astmalääkkeet, joita tutkittava otti vain tarvittaessa, eturauhaslääkkeet, nuhalääkkeet sekä rautalääkkeet.

Enemmän kuin puolet tutkittujen käytössä olleista lääkkeistä oli sellaisia, joita otettiin vain tarvittaessa ja jotka oli usein omin päin aloitettu eivätkä perustuneet välttämättä mihinkään diagnoosiin tai adekvaattiin tutkimukseen. Tähän ryhmään kuuluvista useimmat olivat kertoneet, että heillä oli käytössään tarpeen mukaan otettavina lääkettä päänsärkyyn, selkäkipuun, kuukautiskipuun tai muuhun sellaiseen. Unilääkkeenä oli yhdellä valeriaanaa ja yhdellä ”unilääkettä”. ”Päänsärkylääkettä” oli monella, osa mainitsi kauppanimiä. Kauppanimistä osa oli Suomessakin käytettäviä, osa tuntemattomia. Muutamalla tutkittavalla oli hyvin voimakkaita kipulääkkeitä, kuten tramadolia. Osalla oli muita voimakkaita kipulääkkeiksi sanottuja lääkevalmisteita, joiden kauppanimet eivät olleet Suomessa käytettyjä, ja joita ei voitu tarkemmin selvittää, koska lääkepakkauksia ei ollut käytettävissä. Lievempiin kipulääkkeisiin kuuluivat parasetamoli, ibuprofeeni, ketoprofeeni ja diklofenaakki. Myös psyykenlääkkeitä käytettiin jonkin verran ”rauhottavina”, mutta niiden kauppanimestä ei aina ollut varmuutta.

## *Rokotukset*

Pieni osa (6 prosenttia) ilmoitti, ettei heitä ollut koskaan rokotettu. Kahdeksan ei tiennyt tai ei muistanut rokotuksiaan. Tässä ei selvitetty, mitä rokotuksia kukin oli saanut, koska tiedot olivat epäluotettavia ja puuttuivatkin monelta.

## *Allergiat*

Tutkituista 26 (15 prosenttia) ilmoitti olevansa allergisia. Lääkkeille allergisia oli yhdeksän ja muille asioille allergisia 12. Sekä lääkkeille että jollekin muulle allergisia oli viisi. Seitsemän tutkittua ilmoitti kaksi allergeenia ja neljä ilmoitti kolme allergeenia (mukaan lukien ryhmä ”molemmille”).

Nimettyinä lääkeaineina penisilliiniryhmään kuuluivat penisilliini ja muina lääkkeinä esiintyivät ibuprofeeni, diklofenaakki, loratadiini ja Fansidar. Ruoka-aineita, joille oltiin allergisia, olivat voi, suklaa, kala, mansikka, sitrushedelmät, tattari, sienet, majoneesi ja hedelmät.

Tutkittujen nimeäminä allergeeneina esiintyivät (suluissa se, kuinka monta kertaa ryhmä mainittiin) ruoka-allergiat (13), muu lääke (9), penisilliiniryhmän antibiootit (7), pölyt (5), pesuaineet (2), siitepöly (1), nikkeli (1), jotain, mitä ei osaa määritellä (1), kulta-allergia (1) ja ”allerginen ihottuma” (1).

## 10.2 Kidutus- ja pahoinpitelykokemukset sekä pidätykset

Tutkittujen haastatteluun kuului kysymyksiä, joilla kartoitettiin heidän mahdollisia kokemuksiaan kidutuksesta tai muunlaisesta väkivallasta. Tutkimuksessa ei haluttu käyttää mitään olemassa olevaa traumakyselyä. Myöskään ei haluttu kysyä erikseen nimettynä mitään kidutuksen tai pahoinpitelyn muotoa. Näin menetteliin siksi, että haluttiin välttää johdattelemasta tutkittuja vastaamaan myönteisesti. Kidutuksesta kysyminen saattaa tuottaa myönteisiä vastauksia myös sekundaarisen hyödyn toivossa. Tutkittujen kertomuksia kuvataan sellaisina kuin he itse ne esittivät.

Kidutus- ja pahoinpitelykokemuksia oli yhteensä 99 tutkitulla. Kidutus- ja pahoinpitelykokemukset on jaoteltu ryhmiin, joissa jaotteluperusteena on pahoinpitelyn laatu ja pahoinpitelyn aiheuttaja (taulukko 30). Samaa jaotusta on käytetty liitteessä 4, jossa on kuvattu tarkemmin yksittäisiä tapauksia.

Jaottelu on tehty tätä tutkimusta varten. Se ei ole täysin tarkka ja yksiselitteinen. Esimerkiksi viranomaisten aiheuttama fyysinen pahoinpitely voi muistuttaa myös henkistä pahoinpitelyä ja usein kysymys on molempien yhdistelmästä. Kaikki kidutushan on itse asiassa luonteeltaan myös henkistä – tarkoitus on murskata ihminen henkisesti ja vaikuttaa samalla hänen lähiyhteisönsä toimintaan ja moraliin. Tappaminen saattaisi johtaa siihen, että asianomaisesta tulisi marttyyri, jolloin kidutus olisi kääntynyt itseään vastaan. Kun psyykeltään murs-

kattu ja mahdollisesti fyysisesti vammautunut henkilö ”pääsee” takaisin entiseen yhteisöönsä, on se omiaan herättämään yhteisössä epävarmuutta ja turvattomuutta. Tietysti kidutusta tapahtuu myös erilaisten tunnustusten saamiseksi, minkä jälkeen asianomainen ”häviää”. Myös sillä on demoralisoiva vaikutus.

**Taulukko 30.** *Turvapaikanhakijoiden kidutus- ja pahoinpitelykokemusten jaottelu ryhmiin kokemusten laadun ja kokemusten aiheuttajan mukaan*

Ryhmä	Ryhmän kuvaus	N
a	Fyysinen pahoinpitely, jossa on ollut mukana jokin viranomainen (poliisi, sotilaat, vankilaviranomaiset)	28
b	Henkinen pahoinpitely, jossa on ollut mukana jokin viranomainen	16
c	Sekä fyysinen että henkinen pahoinpitely, jossa on ollut mukana jokin viranomainen	27
d	Fyysinen pahoinpitely, joka on "siviilien" aiheuttama	11
e	Henkinen pahoinpitely, joka on "siviilien" aiheuttama	1
f	Sekä fyysinen että henkinen pahoinpitely, joka on "siviilien" aiheuttama	7
g	Tapaukset, joista tutkittu kertoo vain osittain	7
h	Muut tapaukset	2
	<b>Yhteensä</b>	<b>99</b>

Yksi tutkittu kertoi, ettei hänellä ole henkilökohtaisia kidutus- tai pahoinpitelykokemuksia. Hän kertoi saaneensa kuulla, että hänen lähisukulaisensa oli poltettu elävältä. Kun hän näki omalle naapurilleen tehtävän samoin, hänen perheensä ei jäänyt odottelemaan omaa vuoroaan, vaan lähti pakoon ja turvapaikanhakuun. Tämän voinee laskea henkiseksi pahoinpitelyksi, vaikkei kysymys ole ollut suoraan heidän perheeseensä kohdistetusta suunnitelmallisesta teosta.

Käytettyjen ”kidutustapojen keskiarvot” kuvaavat sitä, kuinka montaa eri tapaa tutkitut kertoivat heihin kohdistetun. Se ei kerro siitä, kuinka monta kertaa kidutusta oli tapahtunut. Joidenkin kohdalla kidutus oli ollut vain yksittäisiä kertoja, toisilla se taas oli ollut päivittäistä ja pitkiä aikoja kestänyttä. Ryhmässä a kidutustapojen keskiarvo oli 1,7 eri tapaa tutkittua kohti, ryhmässä b keskiarvo oli 1,2 eri tapaa tutkittua kohti, ryhmässä c keskiarvo oli 2,9 eri tapaa tutkittua kohti, ryhmässä d keskiarvo oli 1,1 eri tapaa tutkittua kohti, ryhmässä f keskiarvo oli 1,9 eri tapaa tutkittua kohti.

### *Kidutus- ja pahoinpitelykokemuksista kertoneiden kotimaat*

Kidutus- tai pahoinpitelykokemuksista kertoneet turvapaikanhakijat olivat tulleet 20:stä eri maasta (taulukko 31).

**Taulukko 31.** *Kidutuksista ja pahoinpitelyistä kertoneiden määrät heidän kotimaiden-  
sa ja pahoinpitelykokemusten mukaan (katso myös taulukko 30) jaoteltuina, mukaan  
lukien heidän ilmaisemansa mahdollinen teon tekijä*

Turvapaikan- hakijoiden kotimaat	Turvapaikan- hakijoiden määrä	Kidutuksen tai pahoinpitelyn tekijä			
		Ryhmät a-c Viranomaiset	Ryhmät d-e ”Siviilit”	Ryhmä g Osittainen tieto	Ryhmä h Muut tapaukset
Turkki	18	15	3		
Afganistan	13	9	4		
Serbia-Montenegro	13	8	2	3	
Venäjä	13	11	1	1	
Georgia	6	3	2	1	
Kosovo	5	4	1		
Algeria	4	3			1
Nigeria	4	3	1		
Syyria	4	4			
Albania	3	2	1		
Irak	3	2			1
Kroatia	3	2	1		
Somalia	3	1	2		
Bangladesh	1	1			
Bosnia-Hertsegovina	1			1	
Etiopia	1		1		
Guinea	1	1			
Iran	1	1			
Libya	1	1			
Marokko	1			1	
<b>Yhteensä</b>	<b>99</b>	<b>71</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>2</b>

Ryhmät a–h viittaavat taulukossa 30 olevaan ryhmäjakoön

Eniten kidutus- ja pahoinpitelykokemuksia oli Turkista tulleilla, seuraavaksi eniten Afganistanista tulleilla. Kolmantena oli Serbia-Montenegro. Jos Kosovo, Bosnia-Hertsegovina ja Kroatia laskettaisiin sen kanssa yhteen, nousisi entinen Jugoslavia ykköseksi tässä tilastossa. Vastaavasti Venäjä ja Georgia yhdistettynä saavuttaisivat kakkossijan.

### *Kidutukset ja pahoinpitelyt*

Viranomaisten aiheuttamia kidutuskokemuksia oli 71 turvapaikanhakijalla ja ”siviilipahoinpitelyitä” oli kokenut 19 turvapaikanhakijaa (taulukko 31). Näiden lisäksi seitsemän henkilöä (ryhmä g) ei halunnut kertoa juuri mitään (mutta ei kieltänytkään kokemusten olemassaoloa), joten heidät on helppo laskea mukaan kidutettujen joukkoon. Kahdella henkilöllä (ryhmä h) oli sekamuotoinen tilanne tai he olivat olleet vankilassa, mutta heillä ei ollut kidutuskokemuksia. Näistä kaksi oli sellaista, jotka voidaan myös laskea kidutettujen joukkoon (toista oli lyöty ja uhkailtu, vaikkei hän halunnut kertoa sen enempää) ja toinen oli kokenut

sekä viranomaisten että siviilien tekemiä pahoinpitelyitä. Kidutus- ja pahoinpitelykokemuksista kerrotaan tarkemmin liitteessä 4.

Kidutuksista ja pahoinpitelyistä tehdyssä yhteenvedossa kuvataan erilaisia niihin käytettyjä tapoja (taulukko 32).

**Taulukko 32.** *Kidutettujen ja pahoinpideltyjen kertomat kidutus- ja pahoinpitelytavat ja tekojen määrät*

Käytetty tapa	Tekojen määrä
Lyöty aseella	10
Lyöty muulla esineellä	8
Lyöty/hakattu	50
Ruoskittu	2
Potkittu	6
Luita murskattu	1
Falanga	8
Kylmä vesi	3
Kuuma vesi	1
Palestiinalaisriiputus	1
Muu riiputus	4
Silmät sidottu	5
Kädet/jalat sidottu	4
Sähköiskuja	4
Poltettu	3
Päätä hakattu seinään	1
Alastomuus	2
Seksuaalinen ahdistelu / raiskaus	3
Uhkailu	7
Nähty "kauheuksia"	5
"Submarine" – pään upotus veteen	1
Nälkä	5
Jano	1
Syrjintä	2
Muu henkinen huono kohtelu	5
Muuta	24
<b>Yhteensä</b>	<b>166</b>

Taulukossa esiintyvä falanga tarkoittaa jalkapohjien pamputtamista ja palestiinalaisriiputus sitä, että kädet sidotaan selän taakse ja riiputusköysi sidotaan selän takaa ranteisiin, jolloin olkanivelet ja ranteet joutuvat erittäin pahaan asentoon. Liitteessä 4 selvitetään myös taulukon kohtien ”Muuta” ja ”Muu henkinen huono kohtelu” sisältöjä. Kohdassa ”Lyöty muulla esineellä” lyömisvälineinä ovat esiintyneet lapio, maila, keppi, kaapeli, kivi, veitsi ja nyrkkirauta. Kohdassa ”lyöty/hakattu” on saattanut olla kysymyksessä myös astalon käyttö. Nelisenkymmentä erilaista muuta väkivallan muotoa on kuvattu liitteessä 4. Ryhmässä b esiintyvä termi ”Nähty kauheuksia” sisältää sen, että asianomainen oli nähnyt murhia, teloituksia ja verilöylyjä tai jotakin muuta sellaista, mistä hän ei halunnut kertoa tarkemmin. Ryhmässä g ei ole erikseen eritelty kidutus- tai pahoinpi-

telytapoja, koska asianomainen ei kertonut niistä. Hän ainoastaan toi esille, että sellaista on ollut. Ryhmässä h ei ollut pahoinpitelyitä, ainoastaan vangittuna oleminen.

Kun mukaan lasketaan myös ryhmään g kuuluneet, joilla todennäköisesti oli kidutuskokemuksia, kaikkiaan 78 tutkitulla oli kidutuskokemuksia ja 19 tutkitulla ”siviilipahoinpitelyitä”. Kidutuskokemuksia omaavista kaksi oli alle 18-vuotiaita: 16-vuotias poika (entisen Neuvostoliiton alue) ja 16-vuotias poika (Aasia). ”Siviilipahoinpitelyiden” kohteena oli kolme alaikäistä: 14-vuotias poika (Aasia), 8-vuotias poika (entisen Neuvostoliiton alue) ja 9-vuotias poika (Eurooppa). Kun aikuisia turvapaikanhakijoita oli yhteensä 134, voidaan todeta seuraavaa: Kidutuskokemuksia aikuisista turvapaikanhakijoista oli 57 prosentilla ja ”siviilipahoinpitelyitä” oli kokenut 12 prosenttia. Pahoinpitelytausta oli siis ollut yhteensä 69 prosentilla aikuisista turvapaikanhakijoista. Valtaosa kidutuksista tai pahoinpitelyistä (140 kertaa) oli ollut viranomaisten tekemiä. Siviilien tekemiä pahoinpitelyitä oli tapahtunut 26 kertaa. Pelkästään fyysistä pahoinpitelyä oli ollut 61 kertaa, pelkästään henkistä se oli ollut 11 kertaa ja molempien sekamuoto 94 kertaa.

### *Pidätykset*

Pidätettyinä oli ollut kaikkiaan 66 turvapaikanhakijaa (49 prosenttia tutkituista aikuisista). Pidätys oli kestänyt alle päivän 17 prosentilla ja päivästä viikkoon 17 prosentilla. Pidätys oli kestänyt kauemmin kuin viikon reilulla kolmanneksella. Vajaalta kolmasosalta ei saatu tietoa pidätyksen kestosta. Pisimmillään pidätysajat olivat olleet vuosia ja lyhimmillään alle tunninkin mittaisia. Osa pidätetyistä ei voinut tai halunnut määritellä pidätysajan pituutta.

## 10.3 Spontaani ilmoittaminen ja systemaattinen kysely tiedonkeruumenetelminä

Tutkimuksessa haluttiin selvittää sitä, miten haastattelussa käytetty tekniikka vaikuttaa haastattelussa saatavan tiedon määrään ja laatuun. Haluttiin tutkia myös sitä, missä määrin sairauksia ja/tai vaivoja jää paljastumatta, jos otetaan huomioon vain tutkittavien spontaanisti kertomat asiat ilman systemaattista kyselyä.

Useimmilla tutkittavilla oli käsitys siitä, että sairaus oli ollut jonkun tietyn elinjärjestelmän sairaus, mutta ei aina selvää käsitystä siitä, mistä nimenomaisesti sairaudesta oli kysymys. Yleensä ei ollut myöskään tietoa siitä, millä tarkkuudella diagnoosi oli asetettu, joten alkuperäinen ajatus ICD-10-tautiluokituksen käyttämisestä esille tulevien sairauksien klassifiointiin hylättiin. Kunkin esille tulleen sairauden vaikeusasteen kuvaamista varten jouduttiin luomaan tätä tutkimusta varten oma luokituksensa. Kunkin sairauden arvioitua vakavuusastetta



omassa elinjärjestelmässään on kuvattu erikseen (liite 2). Haastattelussa elinryhmiä, joista kysymyksiä esitettiin, oli kaikkiaan 22. Tutkittavien antamat vastaukset eri elinjärjestelmien kohdalla luokiteltiin eri vaikeusasteisiin, ja ne jakautuivat hyvin eri tavoin (liite 5, taulukko 58).

Kunkin tutkitun kohdalla laskettiin erikseen spontaanien ja systemaattiseen kyselyyn annettujen vastausten suhteellinen keskiarvo, joita verrattiin keskenään. Jotta keskiarvot kertoisivat todellisesta tilanteesta, jätettiin huomiotta sellaiset kohdat, joista puuttui vastaus. Keskiarvojen erolla voidaan osoittaa, miten paljon enemmän tietoa systemaattisella haastattelulla saadaan, tai käänteisesti miten paljon tietoa jää saamatta, jos luotetaan vain spontaaniin ilmoitukseen sairauksista (taulukko 33). Käytetty menetelmä otti siis huomioon myös sen, että kaikkiin kysymyksiin ei ollut kaikilta tutkituilta saatu vastausta.

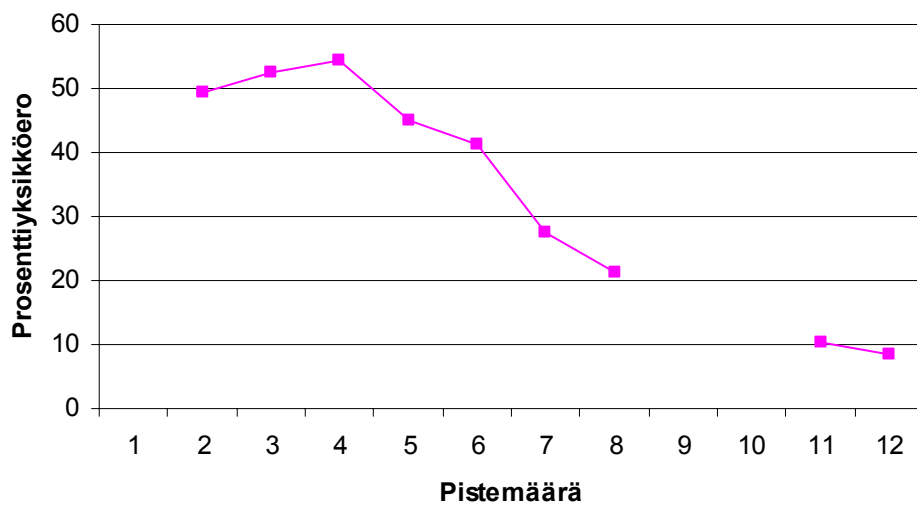
**Taulukko 33.** Ero spontaanin kerronnan ja aktiivisen kyselyn välillä (katso teksti)

Ero	Spontaani ilmoitus			Systemaattinen kysely			Prosenttiyksikköero
	N	%	Kumulatiivinen	N	%	Kumulatiivinen	
0	84	49,4		14	8,2		
1	23	13,5	100	16	9,4	100	
2	19	11,2	40,4	14	8,2	89,7	49,4
3	18	10,6	28,2	15	8,8	80,8	52,6
4	8	4,7	16,7	23	13,5	71,2	54,5
5	7	4,1	11,5	28	16,5	56,4	44,9
6	5	2,9	7,1	11	6,5	38,5	31,4
7	2	1,2	3,8	12	7,1	31,4	27,6
8	2	1,2	2,6	6	3,5	23,7	21,2
9				4	2,4	19,9	
10				9	5,3	17,3	
11	1	0,6	1,3	4	2,4	11,5	10,3
12	1	0,6	0,6	2	1,2	9,0	8,3
13				5	2,9	7,7	
14				3	1,8	4,5	
15				1	0,6	2,6	
16				1	0,6	1,9	
17				1	0,6	1,3	
20				1	0,6	0,6	
Yhteensä	170	100		170	100		

Oletusarvo oli, että tutkittavat eivät ilmoittaneet mitään sairauksia. Tällöin taulukossa 33 on sarakkeen ”Ero” arvo nolla. Sarake ”Ero” kuvaa numeroarvolla sitä, kuinka paljon vastaukset poikkesivat oletusarvosta (asianomaisella ole ollut kyseistä sairautta). Luku nolla tarkoittaa sitä, että kaikkiin kysymyksiin on tullut vastaus ”ei tätä sairautta”. Mitä suurempi numero on, sitä useampaan kysymykseen on tullut vastaukseksi nollassa suurempi luku. Vastaavasti mitä vakavampi sairaus on ollut kysymyksessä, sitä isomman numeron kyseinen kysymys on tuottanut. Ero-sarakkeen luku on näiden summa ja muodostuu isommista ja pienemmistä luvuista, riippuen siitä, miten vakavaksi kyseinen ilmoitus on klassifioitunut. Tällöin esimerkiksi luku 9 voi tarkoittaa sitä, että yhdeksään kysymyk-

seen on tullut pienin klassifointiarvo tai sitä, että kolmeen kysymykseen on tullut kolmosen arvoinen vastaus tai jotain muuta kombinaatiota. Sarakkeissa N esitetään, kuinka monta tutkittua on sijoittunut kunkin eroluokan kohdalle sekä spontaanin ilmoituksen että systemaattisen kyselyn mukaan ja vastaavat osuudet prosenttisarakkeissa.

Taulukosta nähdään esimerkiksi, että 49 prosentilla haastatelluista (84/170) saatiin tieto siitä, ettei asianomaisella ole ollut mitään sairautta, jos vain heidän spontaani vastauksensa otettiin huomioon. Eri elinjärjestelmistä systemaattisemmin kysyttäessä jäi "terveiden" osuus vain 14 tutkittuun (8 prosenttia). Yksityiskohtaisella kyselyllä tuli aina isompia pistemääriä, siis enemmän tärkeää informaatiota saatiin tallennettua.



**Kuva 9.** *Prosenttiyksikköero eri pistemäärillä spontaani-ilmoitusten ja systemaattisen kyselyn välillä*

Taulukosta 33 voidaan arvioida, miten suuri systemaattisella kyselyllä saavutetun lisäinformaation arvo on milläkin eron lukuarvolla. Sarakkeessa ”kumulatiivinen” on ilmaistu, kuinka suurella osalla niistä, joilla oli myönteisiä mainintoja, on ollut vähintään niin iso pistemäärä (sama tai suurempi) kuin samalla rivillä on ”Ero”-sarakkeessa. Siis esimerkiksi 17 prosentilla tutkituista oli vähintään neljä tai sitä suurempi arvo spontaanissa haastattelussa, mutta aktiivisella kyselyllä 71 prosentilla oli vähintään neljä tai suurempi summatiivinen ”vaikeusarvo”. Vähintään nelosen saavia tavoitetaan siis 54 prosenttiyksikköä enemmän (sarake prosenttiyksikköero) aktiivisella kyselyllä. Kaikilla pistemäärillä ero on kyselymenetelmän hyväksi, mutta pistemäärillä 2–6 ero on tuntuva, yli 40 prosenttiyksikköä (kuva 9)

Koko aineistossa jotain vaivoja tai sairautta systemaattisen kyselyn tuloksena saatujen tietojen perusteella oli keskimäärin 3,8 pisteen verran per vastaaja (keskiarvo vaikeusasteesta). Keskiarvo oli 4,1 pistettä, jos poistetaan ne, joilla ei tul-

lut mihinkään sairausryhmään myönteistä vastausta. Neljälätoista ei tullut mihinkään sairausryhmään myönteistä vastausta systemaattisen kyselyn menetelmällä. Heistä viisi oli aikuisia ja yhdeksän alle 18-vuotiaita, joista seitsemän oli iältään alle 3,5 vuotta.

## 10.4 Monisairastavuus haastattelun perusteella

Tutkimusmuistiinpanot arvioitiin vielä uudelleen ja harkittiin, minkä tietojen perusteella voisi tehdä todennäköistä diagnoosia. Joillakin diagnoosi oli varma tai lähes varma. Diagnoosia ei ole edes yritetty tehdä pelkästään vaivasta kertovan anamnestisen tiedon perusteella. Näin ollen anamneesista johdettuja diagnooseja on vähemmän kuin aikaisemmissa osioissa kuvattuja aikaisempia sairauksia ja oireita. Tässä yhteydessä halutaankin käyttää diagnoosin sijasta käsitettä sairaus/vaiva, koska varmoja diagnooseja oli kovin vähän. Ottamalla tällainen käsite käyttöön voidaan paremmin arvioida tutkittavien terveydenhuollolle ehkä myöhemmin kohdistamaa painetta saada palveluita.

Esitietojen perusteella on koottu sellaisia sairauksia tai tutkittujen kuvaamia vaivoja, joilla katsottiin voivan olla merkitystä heidän tulevaisuudelleen ja palveluiden tarpeelleen ja arvioitu yksittäisen turvapaikanhakijan monivaivaisuutta (taulukko 34).

**Taulukko 34.** *Monivaivaisuus eli tutkituilta haastattelussa esille tulleiden sairauksien/vaivojen määrä yksittäisillä tutkittavilla ja prosentuaalinen jakauma kaikista tutkituista (n = 170) sekä vain niistä joilla tuli haastattelussa esille sairauksia tai vaivoja (n = 108)*

Sairauksien määrä	n = 170		n = 108
	N	%	%
Terveet (ei sairauksia/vaivoja)	62	36	---
1 sairaus/vaiva	54	32	50
2 sairautta/vaivaa	32	19	30
3 sairautta/vaivaa	12	7	11
4 sairautta/vaivaa	7	4	6
5 sairautta/vaivaa	1	1	1
6 sairautta/vaivaa	1	1	1
8 sairautta/vaivaa	1	1	1
Yhteensä	170	100	100

Joistakin näistä sairauksista/vaivoista saattaa tulla myöhemmin ongelmia tai ne pitäisi ottaa huomioon muiden sairauksien arvioinnissa (esimerkiksi lääkitys). Tähän taulukkoon on sijoitettu myös sellaiset taudit, jotka ovat ilmeisen varmoja diagnooseja. Kun tarkastellaan sairauksien tai vaivojen määrää, saadaan käsitys siitä, kuinka monivaivaisia tutkitut olivat. Tämä kuvastaa osin myös tutkittujen omaa käsitystään aiemmasta terveydentilastaan. Tutkituista 14 prosentilla oli

ollut vähintään kolme vaivaa tai sairautta.

Kuten aiemmin on jo mainittu, kaikki epämääräiset löydökset ja valitukset eivät oikeuttaneet tekemään diagnoosia. Taulukossa olevat luvut kuvastavat siis vain osatotuutta. Vaivoja ja niin ollen terveydenhuollolle mahdollista lisäresurssintarvetta onkin todennäköisesti jonkin verran enemmän.

Seuraavassa kuvataan joitakin esimerkkejä tutkituista, joilla oli monia sairauksia tai vaivoja.

Kahdeksan sairautta/vaivaa raportoitiin 48-vuotias Euroopasta kotoisin oleva nainen oli viettänyt kuusi vuotta Saksassa, viisi vuotta Tanskassa ja viisi kuukautta Norjassa, mikä tekee ymmärrettäväksi sen, että hänellä oli näin paljon varmoja diagnooseja. Häneltä tietoon tulivat koholla ollut verenpaine ja sydänvaivat, hormonihäiriöitä, leikattu struuma (jonka jälkeen hänellä on nyt hypotyreoosin lääkehoito), ilmeisesti cystocele, usein salpingo-oophoriitteja, trigeminusneuralgia, iskias ja masennus (mihin hänellä oli jo maahan tullessaan lääkitys).

Kuusi sairautta/vaivaa oli 48-vuotiaalla Aasiasta kotoisin olevalla naisella. Hänellä oli verenpainetauti. Lisäksi hänellä oli kerran ollut "sydänkohtaus" (hänellä oli ennaltaehkäisevänä käytössä asetosalisylihappolääkitys). Hänellä oli lisäksi koholla oleva kolesteroli ja diabetes (tablettihoito). Häneltä oli leikattu struuma kolmetoista vuotta sitten ja hänellä oli hermostuneisuutta ja masennusta.

Viisi sairautta/vaivaa oli 30-vuotiaalla miehellä entisen Neuvostoliiton alueelta. Hänellä oli rytmihäiriöitä ja sairastettu C-hepatiitti. Lisäksi hänellä oli ollut koliitteja, eturauhasvaivoja, voimakas neuroosi ja masennusta.

Neljä sairautta/vaivaa oli seitsemällä tutkitulla. Heistä neljällä yksi löydöksistä oli masennus ja näistä kolmella myös ihosairaus (säari-ihottuma, akne ja psoriaasi). Kahdella muulla oli ihosairaus (akne ja allerginen ekseema). Yhdellä oli muu psykiatrinen vaiva (stressi) ja yhdellä oli ollut viivästynyt kehitys sekä yhdellä epilepsia. Kolmella oli virtsaelinten vaivoja/löydöksiä (virtsan pidätyskyvyttömyys, eturauhasen surkastuminen ja munuaisaltaan tulehdus). Kahdella oli kohonnut verenpaine. Yhdellä oli ollut lapsuudessa keltatauti ja yhdellä tuberkuloosi 20 vuotta sitten. Yksittäisiä sairauksia, joita raportoitiin, olivat anemia, gastriitti, häntäluun krooninen kiputila, valkokuotoa usein ja selkäsärky (radikuliitti). Yhden käyntisyys oli lapsettomuus, jota ei sinänsä voida ilman tutkimuksia luokitella sairaudeksi. Se oli kuitenkin asianomaiselle hyvin merkittävä pahaa mieltä aiheuttanut ongelma. Yhdellä tutkittavalla oli diabetes, joka oli jo aiheuttanut silmänpohjamuutoksia. Yhden tutkitun kilpirauhasessa oli raskauden aikana todettu jokin vika, jonka laadusta ei ollut tietoa. Yksittäisinä tietoina tulivat esille myös samalla tutkittavalla olleet myomat ja märkivät munanjohtimet, joiden vuoksi oli tullut vatsakalvontulehdus ja jouduttu leikkaushoitoon.

Useimmat edellä kuvatuista sairauksista/vaivoista ovat sellaisia, että niistä voi olettaa aiheutuvan vaivaa ja hoidon tarvetta myöhemminkin. Masennus oli osalla edelleenkin. Niilläkin, jotka olivat tilanteesta selvinneet, on suuri riski sairastua masennukseen, mikäli olosuhteet ovat epäedulliset. Ihosairauksista psoriaasi ja allerginen ekseema vaivannevat jatkossakin ja akne ainakin jonkun aikaa. Epilepsia ja diabetes vaativat jatkossakin huomiota. Anemia, gastriitti, val-

kovuoto, selkäsärky ja pyelonefriitti voivat uusiutua ja virtsainkontinenssi sekä eturauhasatrofia vaivaavat tutkittavia todennäköisesti edelleenkin. Kilpirauhasvaiva voi myöhemmin elämässä aktivoitua uudelleen. Lapsettomuusasia on asianomaiselle usein niin tärkeä ja kipeä asia, että hän todennäköisesti haluaa asiansa tulevan tutkituksi jossain vaiheessa.

Kolme sairautta/vaivaa oli kahdellatoista tutkitulla. Heistä kahdeksalla yksi raportoiduista vaivoista oli masennus. Heistä puolestaan yhdellä oli lisäksi hermostuneisuutta ja jännittyneisyyttä, yhdellä huumeiden käyttöä ja yhdellä migreeni. Muina psykiatrisina oireina kuin masennus tulivat esille Subutexin käyttö päihteenä, lapsen levottomuus sekä toisen lapsen kouluongelmat ja kastelu.

Mahasuolikanavan vaivoina tuli esille kolme gastriittia ja yksi mahahaava. Virtsaelinvaivoja oli ollut kahdella (toisella pyelonefriitti ja toisen munuaiset oli todettu pienentyneiksi). Sydänvaivoja oli ollut kolmella, joista kahdella rytmihäiriöitä. Kahdella oli ollut lapsena keltatauti. Kahdella oli ollut muu hepatiitti, toisella ilmeisesti sekä A- että C-hepatiitti ja toisella C-hepatiitti. Yksittäisinä vaivoina tulivat esille astma, polio, karsastus, kuiva iho, suurentunut kilpirauhanen, portioerosio ja osteokondroosi selässä ja yhdelle oli suositeltu selkäleikkausta, jonka syy ei ollut tiedossa.

Kaksi sairautta/vaivaa oli 32 tutkitulla. Niistä, joilla oli kaksi sairautta/vaivaa, oli toisena diagnoosina masennus 15 tutkitulla ja muu psykiatrinen diagnoosi kuudella. Toisena diagnoosina oli muun muassa seuraavia: yksi gastriitti ja kaksi ”vatsahaavaa”, joista toisella diagnoosi perustui kolmeen gastrokopiaan sekä selkävaiva, jossa oli mahdollisesti ollut olisteesi. Kuukautiskivut, anemia, akne, lavantauti, prostatiitti, ”kardioneuroosi”, koholla oleva verenpaine ja kierukasta johtuvat gynekologiset tulehdukset olivat muita yksittäisiä ”kakkosdiagnooseja”. Yhden niskamurtuma oli tuettu platinallevyllä ja yksi näki enonsa tyttären tappamisen ja kokee epävarmuutta, pelkoja ja ”vainoamisen tunnetta”. Yhdellä oli Ruotsissa ollessaan ollut aivoinfarkti ja oikeanpuoleinen hemipareesi, josta hän oli kuitenkin kuntoutunut erittäin hyvin. Viidellä oli virtsaelinsairaus. Kolmella oli ihosairaus ja kolmella oli migreeni. Muina yksittäisinä sairauksina olivat keltatauti lapsena, astma, lavantauti, liikahappoisuus, ristiselkäkivut ja koholla oleva verensokeri. Yhdellä pikkulapsella oli ollut jo kahdesti pneumonia ja yhdellä oli tullut pneumonian jälkeen karsastus. Yhdellä oli ollut aiemmin EKG:ssä jotain poikkeavaa ja yhdellä oli ollut matala verenpaine. Yhdellä oli ollut struuma tai muu kilpirauhassairaus ja yhden umpilisäke oli puhjennut ja hänen suoltaan oli jouduttu leikkauksessa poistamaan. Yhdellä oli ollut rektovaginaalinen fisteli, jota oli leikattu useita kertoja. Yhdellä oli rinnassa krooninen mastopatia, ja häneltä oli poistettu rinnasta myös fibroadenoma.

Näistä vaivoista osa on sellaisia, joiden voi olettaa aiheuttavan käyntejä tulevaisuudessakin. Sellaisia ovat esimerkiksi kaikki masennukset ja osa muista psykiatrisista häiriöistä. Vatsa- ja selkävaivat uusiutunevat myös helposti. Pikkutyttö rektovaginaalifistelien hoito oli vielä kesken, joten jossain vaiheessa hänen hoitoonsa joudutaan paneutumaan vielä uudelleen.

Yksi sairaus/vaiva oli 54 tutkitulla. Näistä masennusta oli 16:lla. Sen lisäksi oli seitsemän muuta psykiatriseksi luokiteltavaa sairautta/vaivaa. Seitsemän il-

moitti lapsena sairastetusta keltataudista. Näiden lisäksi vielä yksi ilmoitti, että hänen silmänsä olivat olleet keltaiset. Neljällä oli ollut ihosairaus. Kolmella tutkitulla oli ollut sydänvaivoja tai -löydös. Kolmella oli ollut selkäongelmia, kahdella silmäsairaus ja kahdella virtsaelinsairaus. Kahdella oli ollut migreeni ja kahdella epilepsia. Yhden tutkitun polvimurtuman jälkitila voi myöhemminkin vaivata. Kyseessä oli ollut ampumavamma, josta oli seurannut useita murtumia. Hänen polvessaan oli edelleen fleksiovajaus. Yhdellä oli ollut gynekologisia tulehduksia. Yksi ilmoitti paksusuolen divertikkeleistä, joissa oli myös ollut tulehdus. Tämä löydös perustui tähystysdiagnosiin. Lähes 4-vuotias lapsi änkytti. Yksi turvapaikanhakijanaainen oli raiskattu.

Masennukset ja muut psykiatriset vaivat saattavat aiheuttaa tutkituille ongelmia tulevaisuudessakin. Samoin tutkituilla olevat migreenit, epilepsiat ja selkävaivat voivat aiheuttaa käyntitarvetta terveydenhuollon vastaanotoilla myöhemmin. Paksusuolen divertikkelisairaus saattaa akutisoitua divertikkeleiden mahdollisesti tulehtuessa.

### *Yhteenveto monisairastavuudesta anamnestisten tietojen perusteella*

Monisairastavuutta arvioitaessa on edellä tuotu esille joukko erilaisia sairauksia, jotka on jo mainittu käsiteltäessä sairauksia elinryhmäkohtaisesti. Ne on kuitenkin tuotu kertaalleen esiin vielä tässä yhteydessä, jotta voisi muodostaa kuvan erilaisista yksittäisten tutkittujen sairauskombinaatioista.

Tutkituista 14 prosentilla oli vähintään kolme eri sairautta/vaivaa. Viidesosalla niitä oli kaksi ja kolmasosalla yksi. Kaikista tutkituista lähes kahdella kolmasosalla oli ollut aiemmin yksi tai useampia vaivoja. Runsaalla kolmanneksella (36 prosenttia) ei tullut esille mitään anamnestisia vaivoja.

Masennuksen osuus ilmoitetuista sairauksista on huomattava. Erityisesti silloin, kun henkilöllä on masennuksen lisäksi kiputyypinen sairaus tai vaiva, molemmat voivat ehkäistä tai hidastaa toistensa paranemista ja joskus jopa pahentaa sitä.

Anamnestisten sairauksien suurimmat ryhmät olivat neurologiset sairaudet (joista päänsärky tärkeimpänä) ja vatsasairaudet. Silmä- ja ihosairauksista monet voi luokitella hankaluudeksi pikemminkin kuin invalidisoiviksi sairauksiksi. Tutkituilla oli paljon sellaisia anamnestisia sairauksia, jotka aiheuttavat heille hankaluutta ja vaativat jatkossakin huomiota.

### **Monisairastavuuden yhteys kidutus- ja pahoinpitelykokemuksiin**

Aikuisista turvapaikanhakijoista kidutuskokemuksia oli ollut 57 prosentilla ja muita pahoinpitelykokemuksia 12 prosentilla. Niistä, joilla oli kaksi aiempaa sairautta, oli 63 prosentilla kidutus- tai pahoinpitelytausta. Niistä 22 tutkitusta, joilla oli kolme sairautta tai enemmän, oli kidutus- tai pahoinpitelykokemuksia 16:lla (73 prosenttia). Niitä kokemuksia, joissa toiminnan taustalla oli jokin viranomaistaho, oli 55 prosenttia ja siviilipahoinpitelyitä 18 prosenttia. Niistä, joilla oli aiempia sairauksia neljä tai enemmän, oli kidutus- tai pahoinpitelykoke-

muksia 80 prosentilla (viranomaisten toimesta 60 prosenttia ja siviilipahoinpitelyitä 20 prosenttia). Kaikilla viisi, kuusi tai kahdeksan sairautta ilmoittaneilla oli kidutus- tai pahoinpitelykokemuksia.

### **Monisairastavuus ja masennus**

Yhteensä masennusta oli 46 turvapaikanhakijalla. Se on 27 prosenttia kaikista turvapaikanhakijoista ja 43 prosenttia niistä, joilta paljastui anamneesista jotakin sairautta. Niistä, joilla oli 4 sairautta tai enemmän, masennusta oli 68 prosentilla ja lisäksi muu psykiatrinen sairaus 18 prosentilla.

### **Monisairastavuus ja muut tekijät**

Monisairaista oli miehiä 41 prosenttia ja naisia 59 prosenttia ja niistä, joilla oli enemmän kuin neljä sairautta, oli 30 prosenttia miehiä ja 70 prosenttia naisia. Naisten osuus on siis selvästi painottunut verrattuna koko aineistoon, jossa naisia oli 29 prosenttia.

Niistä, joilla oli kolme sairautta tai enemmän, oli viisi Venäjältä, neljä Afganistanista, neljä Turkista, kolme Serbia-Montenegrosta, kolme Georgiasta, kaksi Kroatiasta ja yksi Kosovosta. Venäläisten, turkkilaisten, kroatialaisten ja georgialaisten osuus monisairaitten ryhmässä oli suurempi kuin heidän osuutensa turvapaikanhakijoista.

Niistä, joilla oli kolme sairautta tai enemmän, kolme henkilöä oli alle 18 vuotta, neljä henkilöä oli 20–29 vuotta, yhdeksän henkilöä oli 30–39 vuotta, viisi henkilöä oli 40–49 vuotta ja yksi henkilö oli 50 vuotta. Alaikäisten suhteellinen osuus oli pieni. Muiden ikäryhmien suhteelliset osuudet olivat lähellä kaikkien turvapaikanhakijoiden ikäjakautumaa.

## **10.5 Oireet tutkimushetkellä**

Tutkituilta kysyttiin sen hetkisiä oireita. Haastattelu ei ollut kuitenkaan niin yksityiskohtainen kuin selvitettyä aikaisempia sairauksia. Yksi tai useita oireita oli 71 prosentilla tutkituista.

Eniten tutkitut kertoivat vastaanotolla suolikanavan oireista sekä neurologisista ja psykiatrisista vaivoistaan. Koska tutkituilta kysyttiin haastattelussa aktiivisesti pahoinvoinnista, oksentelusta ja ripulista, on suolikanavan oireiden runsas esiintyminen ymmärrettävää. Psykiatrisia oireita tiedusteltiin myös aktiivisesti, ja sekin näkyy myönteisten vastausten suurena määränä. Muut vaivat tulivat esille spontaanisti.

**Vatsaoireita** oli lähes kolmasosalla kaikista tutkituista. Oireet olivat lieviä 70 prosentilla kaikista vatsaoireita ilmoittaneista. Oireita olivat esimerkiksi ripuli, ummetus, pahoinvointi, oksetus, ilmavaivat ja huono olo. Keskivaikeita oireita oli 15 prosentilla tutkituista. Niitä olivat esimerkiksi epämääräiset vatsakivut ja närästys. Vaikeita oireita oli 15 prosentilla tutkituista. Viidellä oli ilmeisestikin gastriitti ja näistä yhdellä oli lisäksi *Blastocystis hominis*. Kahdelta vatsavaivai-

selta löytyi patogeenisiä parasiittejä (giardia, strongyloides ja trichuris). Nelivuotiaalla turvapaikanhakijatyöllä raportoitiin ulosteen pidätysongelma.

**Neurologisia oireita** oli 28 tutkitulla. Pelkkää päänsärkyä ilman mitään muuta oiretta ilmoitti 13 tutkittua. Niistä kuusi oli luokiteltavissa migreeniksi tutkitun kertoman anamneesin perusteella. Näistä yhdellä oli myös huimaus. Yhdellä päänsärkyisellä oli tutkimuslöydöksenä korvakäytävän tulehdus. Kahdella oli ainoana oireena huimausta. Yksi päänsärystä kärsivä ilmoitti lisävaivakseen huimauksen.

**Psykiatrisia oireita** ilmoitettiin jonkin verran oireistohaastattelussa täytettäessä lomaketta 4 (liite 1), mutta varsinaisesti psykiatrinen arviointi anamnestisessä mielessä tehtiin lomakkeella 5 (liite 1). Se on jaettu useampaan osa-alueeseen: mielialaan, muihin psyykkisiin oireisiin, nukkumiseen sekä ruokahaluun ja painon muutoksiin. Kysymyksellä mielialasta pyrittiin lähinnä selvittämään asianomaisen omaa käsitystä mahdollisesta masentuneisuudestaan. Psykiatriset asiat, erityisesti mieliala, olivat joillekin hyvin vaikeita käsittää. Mielialasta kysyttäessä jouduttiin usein esittämään tarkennuskysymys, esimerkiksi: ”Onko Teillä koskaan ollut vaikkapa masennusta tai muuta mielialan häiriötä?” Näin jouduttiin väkisinkin johdattelemaan tutkittuja ja sen vuoksi vastaukset voivat olla liian masennuspainotteisia ja muita ilmauksia on ehkä jäänyt sen vuoksi käyttämättä. Tutkituista lähes puolet (45 prosenttia) arvioi, ettei oma mieliala ole normaali. Masennuksesta yksinomaisena psykiatrisena oireena kertoi noin kolmasosa tutkituista. Vajaalla kahdella kolmasosalla oli masennuksen lisäksi muita psykiatrisia oireita. Noin seitsemän prosenttia sanoi, ettei mieliala ole normaali, muttei kuitenkaan identifioinut tarkemmin asiaa. Osalla masennusoireisto oli vakavaa laadua, ja muutamat raportoivat myös suisidaalisia ajatuksia. Tätä esiintyi erityisesti silloin, kun asianomainen koki, että oleskeluluvan saaminen Suomeen on viimeinen mahdollisuus hänelle, ja jos hänet käännytetään takaisin kotimaahansa, hänellä olisi edessä ”joka tapauksessa kuolemantuomiota vastaava kohtalo”. Muita psykiatrisia oireita kuin masennusta raportoi 21 tutkittua. Näistä suuri osa oli sellaisia, jotka sinänsä sopivat hyvin masennuksenkin oireiksi. Viidellä oli ollut tai oli parhaillaan suisidaalisia ajatuksia ja yksi kertoi kerran yrittäneensäkin itsemurhaa. Pelkästään levottomuudesta ja hermostuneisuudesta ilmoitti kärsivänsä kaksi henkilöä. Kuusitoista henkilöä raportoi keskittymiskyvyn vaikeudesta. Neljä näistä kertoi pelkästään tämän oireen ja muilla kahdellatoista oli sen lisäksi muita liitännäisoreita. Muistihäiriöitä raportoi näistä neljä. Huolestuneisuutta, ahdistuneisuutta, levottomuutta, rauhattomuutta, hermostuneisuutta ja pelkoja raportoitiin myös. Kaksi kertoi, ettei jaksaa kuunnella meluavia lapsiaan ja oli siitä hyvin huolestunut. Kiinnostuksen ja kärsivällisyyden puutteesta kertoi pari tutkittua. Yksi tutkittu oli käyttänyt Iranissa ja Pakistanissa masennuslääkkeitä jo 7–8 kuukautta. Yksi kertoi, että jos hän hermostuu, hänen tekee mieli tappaa joku ja että hänellä on pelkoja ja käyttäytymishäiriöitä sekä vetäytymistä ihmissuhteista. Yksi kertoi, että joskus hän hakkaa itseään nyrkeillä. Hänellä oli lisäksi levottomuutta ja ahdistuneisuutta ja hän pelkäsi, että hänet kaapataan. Hänellä oli näköharhoja: hahmo, joka muistuttaa hänen äitiään. Hän saikin lähetteen mielen-terveystoimistoon, ja asianmukainen antipsykoottinen lääkitys aloitettiin jo pe-



rustutkimuksen yhteydessä. Näistä mainitusta 24 tutkitusta kymmenen kävi myöhemmin mielenterveystoimiston maahanmuuttajien työryhmässä potilaina. Heidän lisäksi siellä oli käynyt 19 muuta, joilla ei alkuvaiheessa esiintynyt oireistoa tai jotka eivät raportoineet niistä perustutkimuksessa. Molemmat, joilla oli akuutisti suisidaalisia ajatuksia perustarkastuksessa, olivat kyseisen työryhmän hoidossa. Kolme muuta itsemurha-ajatuksista kertonutta olivat sellaisia, joilla oli aiemmin ollut vastaavia ajatuksia, mutta ne eivät olleet akuutteja juuri nyt. Tutkituista 52 prosenttia kertoi, etteivät he nuku normaalisti.

Poikkeavaan nukkumiseen liittyviä häiriötekijöitä oli tutkittujen oman arvion mukaan erityyppisiä. Laskettaessa prosenttiosuuksia unihäiriöistä oli ylivoimaisesti eniten ollut ”vaikeutta saada unen päästä kiinni”. Tätä oli enemmän kuin puolella (53 prosenttia) unihäiriöistä ilmoittaneista. Tämä saattaa liittyä kulttuurieroihinkin.

Unihäiriöistä nukahtamisvaikeuden lisäksi esiintyivät liian aikaisin herääminen (23 prosenttia), heräily pitkin yötä (18 prosenttia), näiden sekamuoto (5 prosenttia) ja painajaiset (1 prosentti). Kaikki unihäiriöt sinänsä ovat myös depression sopivia oireita, vaikka niitä yksinäänkin toki esiintyy. Monet niistä ovat hyvin hoitoresistenttejä, varsinkin jos odottaa nopeaa apua. Tutkittaville selitettiinkin, ettei unihäiriö häviä samalla lailla kuin nielurisatulehdukseen liittyvä kurkkukipu, kun on syönyt pari penisilliinitablettia, vaan että tarvitaan pitkäjännitteisempää lähestymistapaa ja kärsivällisyyttä. Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä oli innostusta ja kohtalaisesti resursseja keskusteluihin potilaiden kanssa, ja tässäkin kohtaa terveydenhoitajien työpanos oli korvaamaton. Kaikkia tämän alan häiriöitä ei ollut mitenkään mahdollista saada erityishoitoyksikön piiriin.

Tutkituista 29 prosenttia ilmoitti, ettei ruokahalu ole normaali. Myös mielialakysymykset voivat liittyä ruokahalun muutoksiin. Mielialan muutoksethan voivat tulla esille laihtumisena, mutta myös lihomisena. Painon muutoksia kysyttiin vain silloin, jos oli ilmeistä, että painossa oli tapahtunut muutoksia. Useimmiten vastaus jäi kyllä tai ei -tasolle. Tutkittavilla ei ollut aina tietoa aikaisemmasta painostaan. He saattoivat tietää laihtuneensa, tai laihtuminen näkyi ja tuntui vaatteissa. Kolme oli lihonut. Tutkituista 21 oli oman arvionsa mukaan laihtunut (12 prosenttia). Ruokahalua ja painon muutosta käytettiinkin pääasiassa lisäkritereinä arvioitaessa asianomaisen psyykkistä kuntoa erityisesti silloin, jos pohdittiin depression mahdollisuutta.

**Sydänoireita** oli tutkimushetkellä kuudella tutkitulla. Puolet niistä oli lieviä, esimerkiksi ”*sydän lyö nopeasti urheillessa*”, ”*sydämeistä ottaa*” ja puolet vaikeampia, esimerkiksi ”*rintapistosta ja rintakipua vasemmalla*”.

**Hengitystieoireita** oli kahdeksalla tutkitulla. Jos tutkittavia arvioisi pelkäävän yhden kategorian mukaan (vaikkapa vain hengitysoireet), saattaisi arvio jäädä kokonaistilanteen kannalta liian lieväksi. Kolmella hengitystieoireisella oli myös sydänoireita. Hengitystieoireita olivat: yskä, hengenahdistus makuulla, pikkulapsen rohina, astmaoireet, ”*yöllä happi ei riitä*”, hengenahdistus rasiuksessa ja lisäksi verta ysköksissä tai vain hengenahdistus.

**Virtsaoireita** oli viidellä tutkitulla. Näitä olivat nuoren pojan yökastelu, nuo-

rehkon miehen tihentynyt virtsaamistarve ja välillä tunne, ettei virtsa tule. Kolmella oli virtsan kirvelyä. Yksi heistä oli 4-vuotias tyttö.

**Silmäoireita** oli kymmenellä tutkitulla. Lieviksi silmäoireiksi luokiteltuja näistä oli kuudella. Näitä olivat ”*huono näkö*”, kirkkaan valon aiheuttama häikäisy ja kaksi silmien punoitusta tai kutinaa, joista toisella ei ollut statuslöydöksiä ja toisella oli blefariitti. Yhdellä silmät rähdivät joskus, mutta tutkimuksessa ei ollut statuslöydöksiä. Yksi valitti toisen silmänsä edessä olevaa mustaa pistettä. Hänelläkään ei ollut statuslöydöstä. Tutkimuksia ei voitu suorittaa oftalmologin tarkkuudella, vaan tutkimus oli silmän tutkimuksena pinnallinen. Tarvittaessa kuitenkin suoritettiin fluorescein-värjäys. Vakavammiksi silmäoireiksi on laskettu neljä, jotka kaikki mainitsivat silmäkivun. Näistä yhden oireet liittyivät sydänvaivaan. Nuoren pojan silmäkipuun liittyi karsastus. Hänelle tehtiin lähete, mutta hän ei käännytyksen vuoksi päässyt erikoislääkärin vastaanotolle. Kahdella muulla ei ollut silmäoireeseensa liittyen statuslöydöksiä eikä lisätutkimuksia tässä vaiheessa katsottu aiheellisiksi.

**Korva-, nenä- ja kurkkusairauksien** oireita oli kuudella tutkitulla. Lievistä oireista (kolmella tutkitulla) yhdellä oli ollut korvien suhina, toisella ”*äänen kuuleminen*” korvasta (ei psykiatrinen syy) ja kolmannella herkästi nenäveren- vuotoja. Vaikeammista oireista (yhteensä kolmella tutkitulla) 11-vuotiaalla pojalla oli akuutisti korvakipua tutkimukseen tullessaan, mutta tutkimuksessa molempien korvien statuslöydös oli aivan siisti. Hän ei käynyt myöhemminkään tästä vaivasta, mutta toisaalta hänet perheineen siirrettiin Helsingin suljettuun yksikköön karkottamista varten vajaa kolme viikkoa myöhemmin, joten ei ole tiedossa, onko korva vaivannut sen jälkeen. Hänet on sijoitettu vakavien oireiden piiriin, vaikkakaan löydös ei sitä tukenut. Lisäksi löytyi kaksi vuotavaa korvaa, joiden diagnooseiksi asetettiin korvakäytävántulehdus.

**Infektio-oireita** valitti tutkimustilanteessa seitsemän prosenttia tutkituista. Jotkut olivat hakeutuneet vastaanotolle tai päivystykseen ennen ensimmäistä vastaanottoa, joten prosenttiosuus ei täysin kuvasta sitä, miten paljon turvapainkanhakijoilla on akuutteja infektiovaivoja heti vastaanottokeskukseen tullessaan. Lieviä infektio-oireita oli tutkimustilanteessa yhdeksällä tutkitulla. Näistä viisi ilmoitti kuumeen. Kenelläkään heistä ei ollut infektiin sopivia statuslöydöksiä ja kaikkien CRP-arvo oli 1,1 mg/l tai vähemmän. Nuhaa oli kolmella, joista yhdellä oli selvä koputteluarkuus otsalla, ja hän sai antibioottikuurin. Muilla kahdella ei ollut statuslöydöksiä, toisella heistä oli La 2 mm/h ja CRP 11,9 mg/l. Vakavampia infektio-oireita oli kahdella. Yhdellä oli kuumetta ja hengenahdistusta, CRP oli matala eikä hänellä ollut poikkeavia statuslöydöksiä. Toisella oli limaa yskän mukana, auskultoiden limalöydös.

**Kipuoireita** oli yhdeksällä. Mikään niistä ei ollut vakava.

**Mainintoja muista oireista**, jotka eivät tulleet esille aiemmin, oli melko runsaasti. Lieviksi arvioituja oireita oli 41 prosentilla (69 tutkittua). Vakavia oireita oli kaksi. 13-vuotiaalla pojalla oli silmien karsastus, yökastelua ja kouluongelmia. Hän sai lähetteen lastenlääkärille, mutta käynti ei toteutunut, koska perhe karkotettiin. 26-vuotiaalla miehellä oli useita erilaisia oireita. Häntä oli aiemmin pahoinpidelty päähän. Neurologisessa tutkimuksessa hänellä oli joitakin poik-

keavuuksia, muun muassa tasapaino-ongelmaa. Hän sai lähetteen neurologille, mutta jätti menemättä vastaanotolle hänelle varattuna aikana. Seuranta-aikana hänestä ei ole käytettävissä enempää tietoa.

## 10.6 Lääkärintarkastuksessa havaitut löydökset

Lääkärintarkastuksessa kirjattiin myös niin sanotut negatiiviset löydökset eli löydös merkittiin silloinkin, kun tarkasteltava havainto oli normaali.

**Taulukko 35.** Turvapaikanhakijoilta lääkärintarkastuksessa löytyneet poikkeavuudet,  $n = 170$  (\*-merkityistä tieto on vain aikuisista, jolloin  $n = 134$ )

Kohde-elin tai järjestelmä	Poikkeavuuksien lukumäärä	Löydösten prosenttiosuus
Vatsalöydökset	105	62
- Vatsan palpaatio	64	38
- Vatsan perkussio	37	22
- Vatsan inspektio	2	1
- Vatsan auskultaatio	2	1
Hampaat	93	55
Verenkierto	91	68
- Verenpaine diastolinen*	35	26
- Pulssi yli 80*	33	25
- Verenpaine, systolinen*	13	10
- Pulssi alle 60*	10	7
Ihosairaudet	44	26
- Ihosairaudet (paitsi jalat)	23	14
- Jalat	21	12
Psykiatriset löydökset	35	21
- Masennus	22	13
- Jännittyneisyys	6	4
- Ahdistuneisuus	4	2
- Levottomuus	3	2
Korvasairaudet	30	18
Rauhaset leukakulmissa	28	16
Sinukset	10	6
Silmäsairaudet	9	5
Sydän	6	4
Keuhkot	6	4
Kilpirauhanen	5	3
Rauhaset kaulalla	5	3
Suu ja nielu	8	5
Yleistila	1	1
Niska-hartialihakset*	27	20
Takaraivon insertiot*	24	18
<b>Yhteensä</b>	<b>527</b>	

Samaa kirjaamismenettelyä noudatettiin myös tutkittujen sairauskertomuksissa. Jotakin poikkeavaa statuksessa löytyi 82 prosentilla tutkituista. Suurella osalla löydökset olivat kuitenkin hyvin vähäisiä. Vain 27 henkilöllä koko aineistossa (16 prosenttia) ei löytynyt mitään poikkeavaa lääkärintarkastuksessa. Eniten oli vatsa-, verenkiertoelin- ja hammaslöydöksiä, joita oli yli puolella kaikista tutkituista (taulukko 35).

Vatsa-, iho- ja psykiatrisista löydöksistä on laskettu osuudet niiden eri osalueiden suhteen ja lisäksi yhteenveto koko elinjärjestelmästä. Ne näkyvät taulukossa sekä erillisinä osioina että yhteenvetona. Kokonaistulokseen ne on silti laskettu vain kerran. Poikkeavuuksia statuksessa löytyi yhteensä 527 eli keskimäärin 3,1 poikkeavuutta tutkittua kohti. Jos huomioidaan vain ne, joilla oli jokin poikkeavuus, oli keskiarvo 3,7 poikkeavuutta tutkittua kohti.

Yleistila arvioitiin kaikilta tutkituilta. Se oli lääkärin arvio yleisvoinnista ja toimintakykyisyydestä. Arvioinnissa kriteereinä olivat vastaanotolle tulo, tervehdittäminen, liikkuminen, riisuminen, pukeminen, yleinen vointi (terve/sairaallinen), asioiminen ja muut vastaavat seikat. Kaikkien muiden yleistila oli hyvä paitsi yhden, jonka arvioitiin olleen päihteiden, ilmeisesti huumeen vaikutuksen alainen. Kliininen arviointi sopi myös esitietoon, koska oli tiedossa, että hänellä oli päihdehistoria. Muiden tutkittavien yleistila arvioitiin hyväksi siitakin huolimatta, että heillä saattoi olla joitakin olemassa olevia sairauksia. Tässä kategoriassa oli vain asteikko hyvä – ei hyvä. Kenelläkään ei ollut esimerkiksi hengenhahdistusta perustarkastuksen yhteydessä.

### *Vatsalöydökset*

Vatsan inspektiolöydös oli poikkeava kahdella, joilla ei kuitenkaan ollut muita vatsalöydöksiä. Toisen vatsa oli pömpö, ja toisen inspektiolöydös oli napatyrä.

Vatsan auskultaatioissa oli kahdella poikkeava löydös. Toisella oli hiukan vilkkaahkot suoliäänit ja toisen vatsalta kuului auskultoiden systolinen suhahtava sivuääni.

Vatsan perkussiossa löytyi 37 poikkeavaa tapausta (22 prosenttia), ja ne kaikki olivat runsasta kaasunmuodostusta. Keneltäkään ei todettu perkutoiden maksan reunaa kylkikaaren alapuolella.

Vatsan palpaatioissa pääosa löydöksistä oli erilaisia palpaatioarkkuuksia (taulukko 36). Yhdeksällä tutkitulla adekvaatti palpaatio ei onnistunut kutinan, jännittämisen tai muun syyn takia. Osa palpaatioarkkuuksista oli hyvin lieviä. Epäselvä palpaatiolöydös oli 11 henkilöllä. Lähes kaikki poikkeavat palpaatiolöydökset olivat palpaatioarkkuuksia. Osa niistä oli vain yhdessä paikkaa vatsalla, osalla oli useammassa paikoissa aristavia kohtia ja osalla diffuusio palpaatioarkkuutta. Kaikkiaan siis erilaisia palpaatioarkkoja kohtia löytyi varsin runsaasti. Kuitenkaan kliinisen arvion perusteella ne eivät vaatineet lisätutkimuksia. Osa sai lääkitystä silloin, kun ilmeinen diagnoosi pystyttiin tekemään.

Vaikka siis lukumääräisesti vatsan löydöksiä oli runsaasti, ei tämän tutki-

muksen perusteella voi arvioida niiden oikeaa vakavuusastetta. Kaikkiin löydöksiin ei edes liittynyt oireita. Oireiden jatkuessa tarkempi tutkimus voi tulla kyseeseen, erityisesti silloin, jos tutkittu saa oleskeluluvan.

**Taulukko 36.** *Turvapaikanhakijoilla vatsan palpaatiossa todetut eri tyyppiset aristukset (n = 170)*

Palpaatioarkuudet vatsalla	N	%
Palpaatioarkuus ylävatsalla	11	6
Palpaatioarkuus alavatsalla	12	7
Diffuusi palpaatioarkuus	30	18
Aristus oikealla keskivatsalla	2	1
Palpaatioarkuus laskevan colonin alueella	6	4

Palpaation aiheuttaman arkuuden lisäksi kolmella oli selviä muita löydöksiä. Kun nämä lasketaan mukaan, oli palpaatiossa poikkeavaa 38 prosentilla.

- *39-vuotias turvapaikanhakijamies (Aasia), jolla löytyi auskultoiden voimakas suhahtava sivuääni vatsalta ja palpaatiolöydöksenä oli "hajottava" resistenssi aortan seudussa. Tutkittu kävi ultraäänitutkimuksessa, jossa ei aneurysmaa kuitenkaan todettu.*
- *49-vuotias turvapaikanhakijanainen (entisen Neuvostoliiton alue), jolla oli alavatsalla tuumori. Hän meni lähetteellä gynekologille ja siitä kautta operaatioon. Loppudiagnoosia ei ole tiedossa.*
- *28-vuotias turvapaikanhakijamies (Aasia), jolla oli vatsanpeitteissä 2–3 cm kokoinen resistenssi, jota arveltiin joko lipomaksi tai pieneksi herniaksi. Asiaa jäätettiin seuraamaan. Tutkittu ei siitä asiasta käynyt enää vastaanotolla.*

## *Hampaat*

Tutkija arvioi tutkittujen hampaat yleislääkärin taidoilla. Turvapaikanhakijoiden perusoikeuksiin ei kuulu suun terveystarkastus. Heillä on oikeus ainoastaan akuuttien hammasongelmien hoitoon. Ei-adekvaatiksi hammastutkimus arvioitiin neljällä lapsella, joiden iät olivat alle puoli vuotta. Hammasongelmat olivat yleisiä, kuten on kerrottu jo anamnestisia tietoja selvitettäessä. Hampaiston terveys on turvapaikanhakijoilla selvästi ongelma (taulukko 37).

Monen hampaistosta tehtiin arvio "Hyvin huonot hampaat". Poikkeava hammaslöydös oli 52 prosentilla. Laskettaessa poikkeavien löydösten osuutta ei proteesinkäyttöä ole laskettu poikkeavuudeksi. Monella proteesin uusimistarve akuutisoitui, ja tämä oli joskus kiireistä suurimpia. Proteeseja oli jäänyt edelliseen paikkaan tai hukkunut matkalla.

**Taulukko 37.** Turvapaikanhakijoilla lääkärintarkastuksessa todetut hampaiden poikkeavat löydökset (n = 170)

Löydökset	N	%
Puuttuvia hampaita	21	12
Hyvin huonot hampaat	21	12
Ainakin kaksi puutetta	19	11
Hammaskiveä	10	6
Reikiä	7	4
Muuta	7	4
Proteesi	5	3
Virheasentoja	3	2
<b>Yhteensä</b>	<b>93</b>	<b>52*</b>

\* prosentiosuutta laskettaessa mukaan ei ole laskettu niitä, joilla oli proteesi

”Puuttuvia hampaita” tarkoittaa hampaistoa, josta puuttuu yksi tai useampia sellaisia hampaita, mitä ei tulisi iän mukaisesti puuttua. Sanonnalla ”hyvin huonot hampaat” tarkoitetaan hampaistoa, joka on kokonaisuudessaan erittäin huono: Siinä on ientulehdusta, puuttuvia hampaita, reikiä ja muita suuhygienian puutteita. Se sisältää yleisnäkemyksen lisäksi seikan, että hampaistossa on monenlaisia puutteita, mutta tilanne on vieläkin pahempi kuin koodauksen kohta ”ainakin kaksi puutetta”.

Merkinnällä ”reikiä” on kuvattu tilannetta, jossa reiät ovat poikkeuksellisen selvästi nähtävissä tai niitä on paljon. Hammaskiveä olisi varmasti suuhygienisti tai hammaslääkäri todennut useammallakin, mutta tässä on kirjattu vain ilmeisen selvät tapaukset eikä enää erikseen tähän kohtaan niitä, jotka on merkitty ryhmään ”hyvin huonot hampaat”. Kohtaan ”muuta” on kertynyt erilaisia yksittäisiä huomautuksia. Neljällä oli jonkin hampaan selvä koputusarkuus. Yhden hampaassa oli lohkeama pahoinpitelyn jäljiltä, toisella kiillevaurio etuhampaassa samasta syystä ja kolmannella useissa hampaissa pahoinpitelyn jälkiseurauksena vaurioita. Yhdellä oli käytännössä vain muutama hammas jäljellä, ja tilanne oli ollut sellainen jo parikymmentä vuotta. Suurin osa hänen hampaistaan oli lähtenyt pahoinpitelyjen seurauksena vankilaoloissa. Hän olisi halunnut proteesit, mutta hammaslääkäri arvioi, ettei hän todennäköisesti opi enää käyttämään niitä, vaan pitää niitä kyllä näön vuoksi, mutta ottaa ne syödessään pois.

Hampaiden löydöksiä oli siis runsaasti. Tutkittavien halukkuus päästä hammaslääkäriin onkin todennäköisesti perusteltua silloinkin, kun kysymys ei ole särkevästä hampaasta.

## *Iho*

Ihottumia oli 14 prosentilla tutkituista. Tästä määrästä puuttuvat vielä jalkojen ja varpaanvälien poikkeavat löydökset, jotka on käsitelty erikseen. Jaloissa poik-

keavia löydöksiä oli 13 prosentilla.

Psoriaasitapaukset olivat kaikki sellaisia, jotka olivat tiedossa jo haastattelun perusteella, vaikkakaan diagnoosinimi ei ollut kaikille selvä.

- *40-vuotiaalla naisella (Aasia) oli selässä psoriasis vulgaris.*
- *39-vuotiaalla miehellä (Aasia) oli vartalolla ja kynärpäissä sekä hiuspohjassa psoriasis vulgaris -muutoksia, jotka olivat niin silmiinpistäviä, että hän koki vaikeaksi asua yhteismajoituksessa ja anoikin sen vuoksi yksityishuonetta, minkä saamiseksi laadittiin suositus. Hänellä oli ollut hoitona vain perusvoiteita, ja hän hyötyi selvästi asianmukaisesta lääkityksestä. Hän siirtyi myöhemmin yksityismajoitukseen toiselle paikkakunnalle, joten hänen myöhempi kohtalonsa ei ole tiedossa.*
- *14-vuotiaalla pojalla (entisen Neuvostoliiton alue) oli ollut psoriasisdiagnoosi 7-vuotiaasta asti ja hänellä oli kotimaassaan ollut perorallinen lääkityskin siihen (kortikoidi ja antibiootti). Hänen psoriaasinsa oli hyvässä vaiheessa tutkimushetkellä eikä kliinisen tutkimuksen perusteella olisi voinut tehdä psoriasisdiagnoosia ihoa tarkastelemalla.*

Akneksi on diagnosoitu melko vähäisetkin aknetyyppiset muutokset. Atooppinen ekseema diagnosoitiin kolmella. Erään tutkitun selässä havaittiin ruutiin tarkastuksessa märkärupi. Viidellä diagnosoitiin ekseema. Yhdellä lapsella oli vesirokko ja ajan myötä hänen vesirokkorakkulansa infektoituivat, mistä seurasi lääkarissä käynti.

Yleisesti ottaen tutkittujen ihot olivat varsin hyvässä kunnossa. Joidenkin kohdalla oli iho-ongelmia, jotka ilmeisesti johtuivat siitä, että he peseytyivät melko tiheään eikä heidän ihonsa ollut tottunut kloorattuun veteen, mikä kuivattaa ihoa. Oireena olikin yleensä kutina, vaikei vielä ollut nähtävissä muuta kuin ihon kuivuutta. Perusvoiteen ostamisen suosittelu herätti epäluuloa, vaikka asia perinpohjaisesti selvitetiinkin. Asianomaiset olisivat mieluummin käyttäneet jotakin lääkettä kuin perusvoidetta.

Jalat ja varpaanvälit arvioitiin erikseen. Varpaanvälien sieni/hiivaongelmaa oli 17 tutkittavalla. Sieni/hiivaongelmalla tarkoitetaan tässä varpaanvälien kosteita ihottumia. Ne olivat lievimmillään yhdessä laitimmaisessa varpaanvälissä, mutta joillakin saattoi olla useampia varpaanvälisiä melkoisen maseroituneina ja iho niissä oli mennyt täysin rikki. Löydösten runsaus on merkittävää siihen nähden, kuinka vähän haastattelussa tuli esille jalkojen sieni- tai hiiva-ongelmia. Sienikynnet todettiin kahdella. Kantapäiden tai jalkapohjien halkeilua ja sarveistumaa todettiin myös. Yhdellä oli sekä sienikynnet että varpaanvälisilä. Merkittäviä arpia oli 18 tutkitulla, kahdella oli selviä strioja.

### *Verenpaine ja pulssi*

Verenpaineen mittausta suoritettiin yleensä oikeasta olkavarresta. Aikuisista kymmenellä prosentilla systolinen paine oli 140 mmHg tai yli ja 26 prosentilla diastolinen paine oli 90 mmHg tai sen yli. Kovin korkeita arvoja ei löytynyt pal-

jonkaan. Korkein mitattu systolinen verenpainearvo oli 190, kahdella se oli 175, yhdellä 170, kahdella 155 ja kahdella 150. Korkeimmat diastoliset verenpainearvot olivat 125 ja 120. Kolmella diastolinen arvo oli 110, kahdella 105 ja neljällä 100.

Alle 18-vuotiaiden systoliset arvot olivat kahta lukuun ottamatta 115 tai vähemmän ja diastoliset arvot 80 tai vähemmän eikä niillä kahdellakaan erityisen korkeita. Korkea verenpaine ei siis ollut tutkituilla mikään terveysongelma.

Kymmenellä tutkitulla aikuisella (seitsemän prosenttia) pulssitaso oli alle 60/minuutti (minimi 42/min). Pulssi 60–80 oli 91 turvapaikanhakijalla (68 prosenttia). Pulssi 81–100 oli 26:lla (19 prosenttia) ja seitsemällä pulssi oli 101 tai enemmän (maksimi 140/min).

### *Psykiatriset löydökset*

Tutkittavien psykiatrinen arviointi yhden vastaanottokäynnin perusteella voi olla arveluttavaa. Kaikki mielenterveyteen liittyvät ongelmat eivät varmaankaan tulleet esille. Saman vastaanottokäynnin aikana suoritettiin tutkittujen kokonaisvaltainen haastattelu, monipuolinen somaattinen lääkärintarkastus, laadittiin tarvittavat lähetteet, hoidettiin esille tulleet ongelmat tarvittavine resepteineen ja vielä kirjattiin haastattelun ja tarkastuksen tulokset sairauskertomukseen. Ne sairaudet, jotka on kirjattu, ovat olleet helposti tutkimustilanteessa havaittavia tutkijan monivuotisen mielenterveysalan työkokemuksen perusteella. Esimerkiksi masennuksen arvioimiseksi ei käytetty olemassa olevia lomakkeistoja. Lomakkeiston täyttäminen olisi vienyt tutkimustilanteesta liiaksi aikaa. Lisäksi lomakkeet olisi pitänyt käännättää tai tulkit olisi pitänyt perehdyttää lomakkeiston sisällön ymmärtämiseen ja sen täyttämiseen. Omatoiminen täyttäminen ei olisi tullut kysymykseen väärintulkintojen mahdollisuuden vuoksi.

Masennuksen selvittämiseksi tutkittavilta siis tiedusteltiin heidän omaa käsitystään mielialastaan. Jos asianomainen vastasi sen olevan normaali, ei asiaan paneuduttu enempää. Mikäli kuitenkin haastattelun ja tutkimuksen aikana tuli viitteitä siihen suuntaan, että mieliala ei olisikaan normaali, palattiin aiheeseen. Tällaiseen saattoi johtaa tutkittavan univaikeuksista tai ruokahalun muutoksista kertominen tai muu vastaava anamnestinen tieto. Samoin kliininen vaikutelma tai terveydenhoitajilta etukäteen saatu vihje saattoivat johtaa aiheen tarkempaan käsittelyyn. Mikäli tutkittava arveli itse, ettei hänen mielialansa ollut normaali, tehtiin tarkennuskysymyksiä. Kysymykset, jotka koskettivat kirjojen tai lehtien lukemista, television katselua tai radion kuuntelua ja niiden osalta keskittymiskyvyn arviointia palvelivat myös masennuksen arviointia. Samoin mahdolliset harrastukset tai niiden puute saattoivat kertoa kiinnostuksen ja aloitekyvyn puutteesta.

Kliiniseen arviointiin kuului tutkittavan tarkkaileminen haastattelun ja tutkimuksen aikana. Erityistä huomiota kiinnitettiin henkilön yleiseen habitukseen, hänen toimintaansa vastaanottotilanteessa sekä hänen yhteistyökykyisyyteensä ja keskittymiskykyynsä tutkimustilanteessa. Mahdollinen jännittyneisyys, levotto-



muus, hermostuneisuus, kiihtyneisyys ja aggressiivisuus kirjattiin. Samoin karotettiin mahdollisesti sekavat, psykoottiset tai itsetuhoiset ajatukset. Mielenterveyden arviointi oli siis tutkitun esitietojen ja statuksen huomioon ottava kokonaisvaltainen arviointi.

Tutkimustilanteessa helposti havaittavia psykiatrisia löydöksiä oli 21 prosentilla tutkituista. Masennusta oli 13 prosentilla tutkituista, ja sen osuus oli 62 prosenttia kaikista psykiatrisista löydöksistä. Yhdeksällä prosentilla oli jännittyneisyyttä, ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Kolmen tutkitun kohdalla on kirjattu heidän olevan arkoja ja jopa paranoidisia tai vaivautuneita, ja yksi oli selvästi vihamielinen. Neljä tutkittua on kirjattu poikkeuksellisen hiljaisiksi. Yksi henkilö oli tutkijan mielestä selvästi huumaavan aineen vaikutuksen alainen.

Osa tutkituista (29 henkilöä) käytti Tampereen kaupungin mielenterveyskeskuksen maahanmuuttajille tarkoitetun erityistyöryhmän tai muun psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita. Käytössä ei ole ollut kyseisissä erityistyöryhmissä käyneiden tutkittavien diagnoositietoja. Tampereen kaupungin mielenterveyskeskuksen maahanmuuttajille tarkoitetun erityistyöryhmän vastaanotoilla käyneistä 89 prosenttia oli käynyt vähintään kaksi kertaa, viisi kertaa tai enemmän oli käynyt 46 prosenttia. Todennäköisesti heillä on ollut kysymys vaikeasta mielenterveyden häiriöstä. Kohdassa ”Seurantatulokset” kerrotaan mielenterveyspalveluiden käytön laajuudesta.

Yhtä lukuun ottamatta tutkittujen psyykkiseksi perusvireeksi on kirjattu ”rauhallinen ja asiallinen”. 4-vuotiaalla turvapaikanhakijatyöllä oli poikkeavaa pelokkuutta, joka ei selittynyt normaalilla lapsen lääkäripelolla.

### *Korva-, nenä- ja kurkkulöydökset*

Korvakäytävätulehdus oli kolmella. Heillä korvakäytävät olivat hyvin kosteat, erittävät ja arat ja osalla oli myös liikutteluarkuutta traguksissa tai korvanlehdissä. Yhdellä oli niin sanotut ”sukeltajan korvat” eli exostoosit korvakäytävissä.

Tärykalvolöydöksiä oli yhdeksällä prosentilla. Sellaisia, joiden jompikumpi tärykalvo ei näkynyt lainkaan (esimerkiksi korvavahan vuoksi), ei ole tässä laskettu mukaan poikkeaviin löydöksiin. Tärykalvojen punoitusta tai huonoa liikuvuutta ei todettu yhdelläkään tutkittavalla. Akuuttia välikorvatulehdusta ei ollut perustarkastuksessa kenelläkään. Sen sijaan merkkejä vanhoista ongelmista tärykalvoissa oli nähtävissä monella tutkitulla. Neljällä oli todettavissa pieni perforaatio jommassakummassa tärykalvossa ilman mitään akuutin infektion oireita. Kahdella perforaatio oli niin iso, että käytännössä tärykalvo lähes puuttui. Kenelläkään heistä ei ollut kuitenkaan mitään akuuttia infektio-ongelmaa. Neljällä oli jonkinlaista kalkkeumaa tärykalvossa. Kolmella todettiin sekundaarimembraani ilmeisen vanhan perforaation parantumisen merkinä.

Nenän ulkomuodosta ei tehty rutiinisti merkintöjä. Eturinoskopiaa ei tehty kuin tarvittaessa, takarinoskopiaa ei kenellekään. Vain sellaiset on huomioitu, joilla oli selvästi nähtävää poikkeavuutta nenässä. Kaikki, joilla oli poikkeavaa nenässä, olivat nuorehkoja, 20–39-vuotiaita miehiä. Viidellä oli nenä vinossa

pahoinpitelyn vuoksi ja yhdellä isohko arpi nenässä samasta syystä. Yhden nenä oli ollut vinossa syntymästä asti, kahdella nenän vinouden syy ei ollut tiedossa.

Sinusten alueiden koputtelulöydöksistä kymmenen oli poikkeavia. Näistä kolmen aristus oli poskipäissä, kahden aristus otsalla ja kolmella se oli molemmissa. Noin kuudella prosentilla oli siis arkuutta koputellen joko otsalla tai poskien seudussa. Pelkkä koputteluarkuus ei voi johtaa diagnoosiin sinuiitista, joten nämä olivat epäilyjä. Osa näistä kylläkin diagnosoitiin sinuiiteiksi muiden oireiden ja löydösten perusteella.

Kaikilla tutkituilla suun limakalvolöydös oli normaali lukuun ottamatta yhtä, jolla oli tumma limakalvon alainen muutos. Koepalan ottaminen olisi ollut tarpeen, mutta se jäi ottamatta. Hän ei ehtinyt poliklinikalle toimenpidettä varten, koska hänet käännytettiin ennen sitä. Kahdella oli tiukka kielijänne.

### *Silmälöydökset*

Kenelläkään ei ollut poikkeavaa pupillilöydöstä. Muiden silmälöydösten osalta poikkeavat löydökset olivat seuraavat:

- *23-vuotiaalla miehellä (Aasia) vasemman silmän yläluomi oli ptoottinen. Hänet karkotettiin kuukauden kuluttua eikä asiaan paneuduttu enempää.*
- *3-vuotiaalla tytöllä (entisen Neuvostoliiton alue) oli vasemman silmän sisäänpäin karsastus. Hän kävi yksityisesti silmälääkärillä.*
- *28-vuotiaalla miehellä (entisen Neuvostoliiton alue) havaittiin nystagmista hänen katsoessaan sivuille ääriasennoissa. Hän katosi myöhemmin.*
- *2 vuoden 2 kuukauden ikäisellä pojalla (Aasia) oli lievä blefariitti.*
- *37-vuotiaalla miehellä (Aasia) oli sidekalvojen punoitusta ja turvotusta, ilmeisesti allergista ongelmaa. Hän sai lääkityksen.*

Silmien liikkeitä ja kaksoiskuvia tutkittaessa todettiin, että kahdella tutkitulla oli poikkeavat silmänliikkeet. He olivat 11- ja 13-vuotiaat veljekset (Aasia). Heidän karsastuksensa tuli esille vasta silmien liikkeitä tutkittaessa. Molemmat siirrettiin kolmen viikon kuluttua Helsingin suljettuun yksikköön karkotusta varten, joten heidän kohtalostaan ei ole tietoa. Kaksoiskuvia ilmoitti yksi henkilö.

Silmälöydöksistä yksikään ei ollut vakava tai sellainen, jonka suhteen lisätutkimuksia olisi tarvittu välittömästi.

### *Sydänlöydökset*

Kuten aiemmin on mainittu, osalle naispuolisia tutkittuja oli vaikeata suorittaa adekvaattia sydämen auskultaatiota. Ketään heistä ei kuitenkaan tarvinnut pyytää riisumaan enempää. Sillä tutkimistarkkuudella joka saavutettiin, pystyttiin riittävän hyvin varmistamaan, ettei heillä ollut vakavaa sivuääntä tai rytmihäiriötä. Poikkeaviksi tulkittavia auskultaatiolöydöksiä oli kuudella. Poikkeavat löydökset

olivat rytmihäiriöitä kahdella ja sivuääniä kolmella. Yhdellä oli molemmat. Sivuuäänistä kaksi oli parasternaalisia ensimmäisen asteen sivuääniä. Keski-ikäisellä miehellä oli toisen asteen systolinen sivuääni ja takykardia (frekvenssi 140/min) sekä EKG-muutoksia, joiden vuoksi hänet lähetettiin sairaalaan. Yhdellä oli extrasystolia.

### *Keuhkolöydökset*

Suuria vaikeuksia keuhkojen auskultoinnissa ei ollut. Niiltä naisilta, jotka kulttuurisista eivät riisuutuneet, kuunneltiin keuhkoja vain selkäpuolelta. He itse nostivat vaatteitaan lääkärin auskultoidessa. Kaikilla, joiden kanssa näin meneltiin, oli täysin normaali keuhkojen auskultaatiolöydös, joten tarvetta enempään riisumiseen tai naislääkärin vastaanoton järjestämiseen ei ollut.

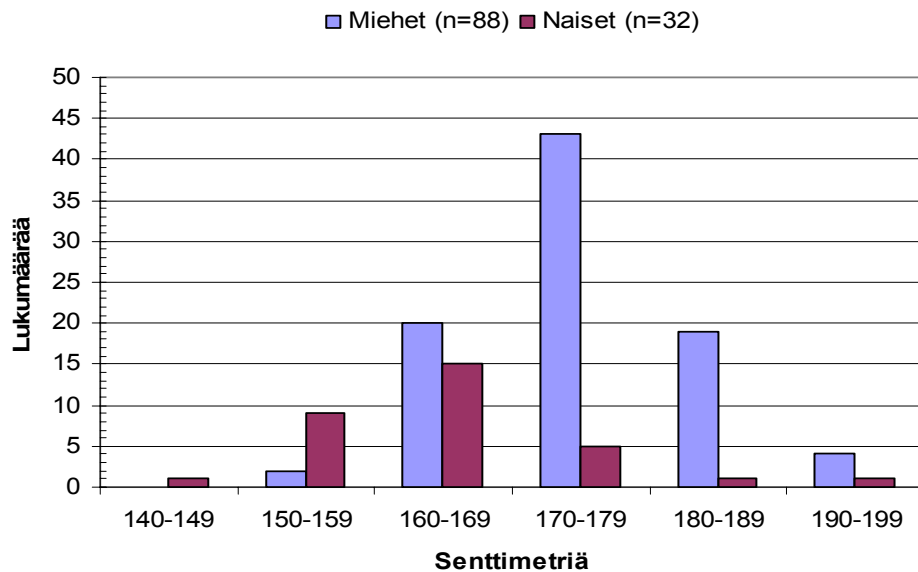
Keuhkolöydöksiä oli vähän. Vinkunoita kuultiin yhdellä, rahinaa yhdellä ja limaisuutta neljällä. Kliininen astmalöydös auskultoiden oli yhdellä miehellä, jolla oli ollut astma jo kymmenen vuotta ja siihen säännölliset lääkitykset. Tilanne oli tutkimusvastaanotolla jossain määrin akuutti, mutta tuolloinkin vinkunat olivat kuultavissa vain forseeratusta sisään- ja uloshengityksessä.

### *Kilpirauhaslöydökset*

Kolmella oli lievästi suurentunut kilpirauhanen ja kahdella oli kilpirauhasessa epämääräistä aritustusta. Kahdella koko palpaatiolöydös oli hyvin epävarma, sillä asianomaiset eivät oikein antaneet suorittaa palpaatiota kunnolla. Kenelläkään näistä ei ollut aiemmin ollut kilpirauhas sairautta.

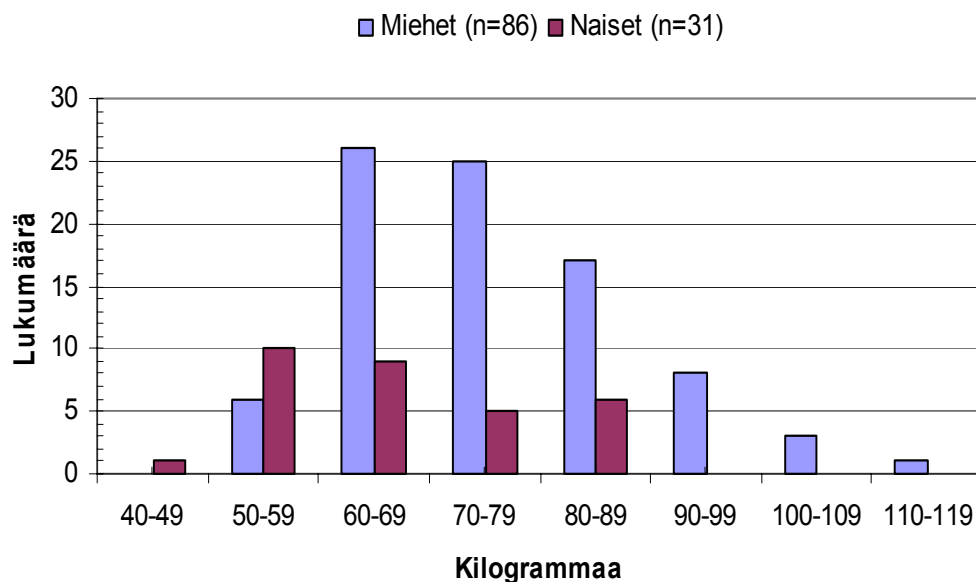
### *Pituus ja paino*

Kaikki tutkimuksessa käyneet mitattiin ja punnittiin (kuvat 10 ja 11). Sen tekivät terveydenhoitajat. Tutkittavista aikuisista 11 miestä ja kolme naista on jäänyt mittaamatta. Lisäksi mittaamatta on jäänyt kolme tyttöä ja kolme poikaa. Aikuisien miesten keskipituus oli 167,4 cm ja naisten keskipituus oli 151,2 cm.



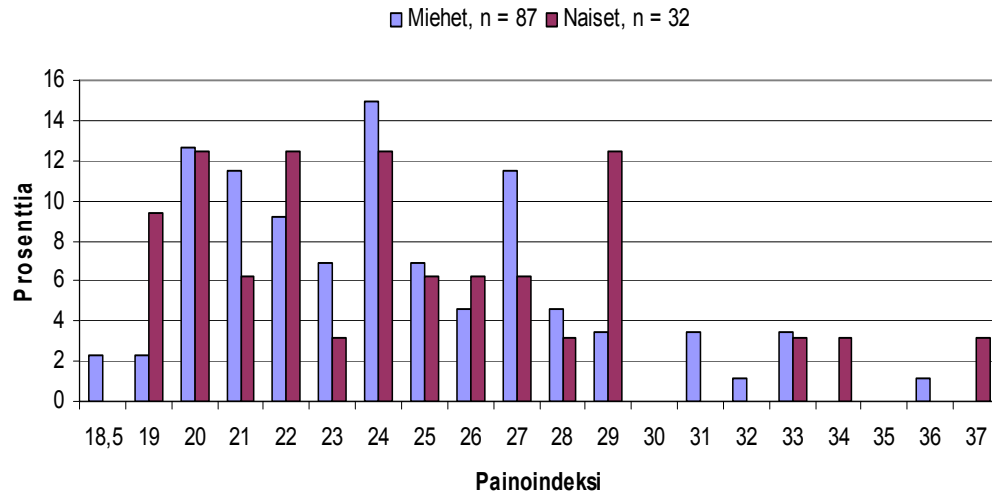
**Kuva 10.** Aikuisten turvapaikanhakijoiden pituudet (cm)

Punnitsematta on jäänyt 12 miestä ja neljä naista. Miehillä pienin punnittu paino oli 52 kg ja suurin 116 kg. Yhtä aikuista miestä ei teknisistä syistä saatu punnittua: vaa'an maksimiarvo oli 140 kg ja mies painoi paljon enemmän. Punnittaminen ei onnistunut edes kahden vaa'an menetelmällä. Pelkästään tutkimuksen takia ei haluttu mennä pitemmälle tarkan painolukeman saamiseksi hänestä, koska se olisi ollut nöyryyttävää hänelle. Näilläkin lukemilla tuli selväksi, että hän oli sairaalloisen lihava. Naisilla pienin punnittu paino oli 48 kg ja suurin 91 kg.



**Kuva 11.** Aikuisten turvapaikanhakijoiden painot (kg)

Painoindeksin arvojen luokittelussa käytettiin 10.3.2006 annetun ”Käypä hoito: Aikuisten lihavuus” -raportin luokittelua. Luokittelun mukaa normaalipainoisen painoindeksi on 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>, lievästi lihavan painoindeksi on 25,0–29,9 kg/m<sup>2</sup>, merkittävästi lihavan painoindeksi on 30,0–34,9 kg/m<sup>2</sup>, vaikeasti lihavan painoindeksi on 35,0–39,9 kg/m<sup>2</sup> ja sairaalloisesti lihavan painoindeksi on 40,0 kg/m<sup>2</sup> tai sen yli.



**Kuva 12.** Aikuisten turvapaikanhakijoiden painoindeksien jakauma sukupuolen mukaan

Kukaan aikuinen turvapaikanhakija ei ollut alipainoinen (kuva 12). Normaalipainoisia oli 52 miestä (60 prosenttia) ja 18 naista (56 prosenttia), lievästi ylipainoisia 27 miestä (31 prosenttia) ja 11 naista (34 prosenttia), merkittävästi ylipainoisia seitsemän miestä (kahdeksan prosenttia) ja kaksi naista (kuusi prosenttia) ja vaikeasti ylipainoisia yksi mies ja yksi nainen. Hän, jonka todellista painoa ei saatu mitattua punnitusongelman vuoksi, oli sairaalloisen ylipainoinen. Hänen painoindeksikseen tulisi 140-kiloisena 40 kg/m<sup>2</sup>, mutta hän painoi enemmän. Painoindeksiä ei saatu laskettua 15 tutkitulta, koska heiltä oli jäänyt mittaus tai punnitus tekemättä.

### *Tuki- ja liikuntaelimet*

Aikuisilta tutkittiin mahdollinen aristus tai tensio niska-hartiaseudun lihaksissa ja palpaatioaristus takaraivolla lihasinsertioissa. Tämä tutkimus suoritettiin 134 tutkitulle. Niska-hartiaseudun lihasten tutkimuslöydös oli poikkeava 27 tutkitulla (20 prosenttia). Aristus lihasinsertioissa todettiin 24 tutkitulla (18 prosenttia).

Selkälöydöksiä oli jonkin verran, vaikka tutkimuksessa ei selkiin keskityttykään paitsi silloin, jos tutkittava itse valitti selkäänsä. Viidellä turvapaikanhakijalla oli ”tiukkuutta” Lasèquen testissä. Selän lihasten jännittyneisyys oli joiden-

kin ongelma. Kaksi selkeää kliinistä skolioosia todettiin. Tutkituista yhdellä oli rajoittuneet lonkkien liikkeet.

## 10.7 Laboratoriolöydökset

Kaikkia tutkimukseen kuuluvia kannustettiin menemään laboratoriotutkimuksiin. Normaalit löydökset oli 26:lla ja poikkeavia vastauksia oli 133 tutkitulla (83 prosentilla niistä, joilta kokeita otettiin). Kokonaan kokeet olivat ottamatta 11 tutkitulta. Kahdelta ne oli otettu jo toisessa vastaanottokeskuksessa. Yhdeksältä ne olivat ottamatta siksi, että heidät karkotettiin tai siirrettiin toiseen vastaanotto-keskukseen niin pian, ettei kokeissa ollut ehditty käydä tai sitten asianomainen ei halunnut käydä kokeissa.

Sanonnalla ”löydökset normaalit” tarkoitetaan sitä, että kaikki ne koevastaukset, joita asianomaiselta oli otettu, olivat normaaleiksi katsottavia. Välttämättä tällaiselta henkilöltä ei kaikkia tutkimuksessa tarkoitettuja kokeita ollut saatu. Yksikin poikkeava vastaus sijoitti tutkitun kategoriaan ”poikkeavia vastauksia”.

**Taulukko 38.** *Poikkeavat tulokset turvapaikanhakijoiden laboratorioskokeissa ja kussakin kokeessa ilmenneiden poikkeavien vastausten prosenttiosuus koko aineistossa (n = 170)*

Laboratorioskoe	Poikkeavien näytteiden määrä		Poikkeavien näytteiden prosenttiosuus	
Ulostenäytteet	66		39	
Leukosyytit	21		12	
– korkea		20		12
– matala		1		1
ALAT	19		11	
Hemoglobiini	13		8	
– korkea		6		4
– matala		7		4
Trombosyytit	12		7	
– korkea		6		4
– matala		6		4
PLV	8			
Kilpirauhaskokeet	7		4	
Eosinofiilit	7		4	
CRP	6		4	
HbSAg	5		3	
HCV	3		2	
HIV	0		0	
<b>Yhteensä</b>	<b>167</b>			

ALAT=alaniinitransferaasi, CRP=C-reaktiivinen proteiini, HbSAg=B-hepatiittiviruksen s-antigeeni, HCV=C-hepatiittiviruksen vasta-ainetesti, HIV= Human Immunodeficiency Virus

Eniten poikkeavia löydöksiä oli ulostenäytteissä (taulukko 38). Taulukossa esitetään poikkeavien näytteiden lukumäärä kunkin kokeen osalta ja lisäksi kyseisessä kokeessa saatujen poikkeavien vastauksien prosenttiosuudet.

Veren leukosyyteissä ja ALAT-kokeessa oli yli kymmenellä prosentilla tutkituista poikkeavuuksia. Muissa kokeissa poikkeavia tuloksia oli vähemmän, alle kymmenen prosenttia. Seuraavissa kappaleissa esitetään laboratoriokokeiden tuloksia ja arvioidaan niitä. Poikkeavien tulosten määrä lukuun ottamatta ulostenäytteitä, veren leukosyyttejä, ALAT-koetta, hemoglobiinia ja veren trombosyyttejä oli melko pieni. Niidenkin merkitystä on tarkasteltu.

### *Ulostenäytteet (F-para)*

Ulostenäytteistä löytyi varsin paljon poikkeavaa, joskin suuri osa löydetyistä eliöistä oli apatogeeneja, jotka eivät edellytä toimenpiteitä. Hoidettaviakin parasiittejä löytyi: useita giardiaaseja, trichurista, strongyloidesta ja ascarista. Apatogeenisistä parasiiteista selvästi eniten oli *Blastocystis hominis*.

Positiivisten löydösten määrä riippuu paljon siitä, mistä päin turvapaikanhakijoita on tulossa ja ovatko he olleet majoittuneina esimerkiksi pakolaisleireillä, joissa parasiitit leviävät helposti. Näytteistä löytyi useita parasiittejä, osa niistä patogeenisiä ja osa sellaisia, joita ei hoideta (taulukko 39).

**Taulukko 39.** *Turvapaikanhakijoilta otetuista ulostenäytteistä löytyneet parasiitit (kultakin otettiin kolme eri näytettä), yhteensä sarakkeessa on kaikkien löytyneiden parasiittien määrät (kustakin näytteestä voitiin kirjata vain yksi löydös)*

	1. näyte	2. näyte	3. näyte	Yhteensä
Löytyneet parasiitit	N	N	N	N
<i>Blastocystis hominis</i>	29	24	34	87
<i>Entamoeba coli</i>	5	6	4	15
<i>Giardia lamblia</i>	1	3	4	8
<i>Trichuris trichiura</i>	2	2	3	7
<i>Ascaris lumbricoides</i>	2	1	2	5
<i>Iodamoeba butschlii</i>		2	2	4
<i>Strongyloides stercoralis</i>	1	1	1	3
<i>Hymenolepis nana</i>	1	1	1	3
<i>Endoclinax nana</i>	1	1		2
<i>Entamoeba hartmannii</i>	1			1
Yhteensä	43	41	51	135

Kaikki kolme ulostenäytettä olivat puhtaat 37 prosentilla tutkituista ja lisäksi testit olivat puhtaat, mutta osa testeistä puuttui kolmella prosentilla. Kaikki kolme testiä olivat ottamatta 22 prosentilla ja löydöksiä jossain tai kaikissa näytteissä oli 39 prosentilla, kun prosentit on laskettu koko aineistosta (n = 170). Kun halutaan laskea prosentteja tutkittuja henkilöitä kohti, käytetään positiivisten tulosten määränä 66:tta (näin monella henkilöllä oli 1–3 näytteessä vähintään

yksi positiivinen löydös). Hiukan alle 50 prosentilla tutkituista oli jokin positiivinen löydös ulostenäytteissään, kun huomioidaan vain ne, joilta otettiin ulostenäytteitä (n = 133).

Taulukon oikeanpuoleisessa ”Yhteensä” -sarakkeessa on laskettu analysoitujen positiivisten näytteiden määrä kaikkiaan. Näytteitä otettiin myös uusintamielessä, jos asianomaisella oli vaivoja myöhemmässä vaiheessa. Nämäkin näytteet ovat taulukossa mukana.

Tutkitut ottivat itse ulostenäytteet kotonaan siten, että näytteenoton välillä piti olla ainakin yksi päivä. Näytteet, jopa koko perheen kaikki näytteet, tuotiin usein samalla kertaa laboratorioon. On mahdotonta sanoa, onko näytteet otettu todellisuudessa eri päivinä vai täytetty näytepurkit saman ulostamiskerran tuotoksesta. Näytteiden välillä ei ole aloitettu mitään hoitoja, vaan mahdolliset hoidot on annettu vasta kaikkien näytteiden jälkeen. Otettuja näytteitä oli yhteensä 135. Yhdellä tutkittavalla on voinut olla yhdestä kolmeen positiivista näytettä, joten kokonaismäärä ei tarkoita niiden tutkittujen määrää, joilla olisi ollut positiivinen näyte. Osaa moniparasiittisista löydöksistä ei ole voitu laskea kokonaismäärään, koska yhden tutkitun kohdalla voitiin kirjata vain kolme parasiittia. Näin ollen todellinen kokonaismäärä löydetystä parasiiteista on tätäkin suurempi, koska mukana oli henkilöitä, joilla oli useampia kuin kolme eri parasiittia tai samassa näytteessä useita eri parasiitteja.

Useita eri parasiitteja esiintyi joillakin tutkituilla, ja heillä parasiitteina oli muun muassa *Entamoeba hartmannii*, *Blastocystis hominis*, *Iodamoeba butchlii*, *Entamoeba coli* ja *Giardia lamblia*.

*Blastocystis hominis* oli erittäin yleinen: sitä löytyi 64 prosentissa näytteistä. Sen hoitokäytännöistä ei ole yksimielisyyttä. *Entamoeba coli* löytyi puolestaan 11 prosentissa näytteistä. *Giardiaa* esiintyi turvapaikanhakijoilla kuudessa prosentissa, *Trichiurista* viidessä prosentissa, *Ascarista* vajaassa neljässä prosentissa ja *Strongyloidea* runsaassa kahdessa prosentissa analysoiduista näytteistä. Joillakin tutkituilla oli kaikissa kolmessa näytteessä sama parasiitti. Joskus samassa näytteessä saattoi olla useita eri parasiitteja.

Hoidettavista parasiiteista ylivoimaisesti yleisin oli *Giardia lamblia*, jota löytyi kahdeksasta näytteestä. *Entamoeba histolyticaa* tai *Bilharziaa* ei löytynyt lainkaan. *Trichiurista*, *Strongyloidea* ja *Ascarista* löytyi kutakin muutamilta tutkituilta.

Hoidettava parasiitti (*Giardia*, *Trichuris*, *Ascaris* ja *Strongyloides*) löytyi 17 prosentissa näytteistä. Hoidettava parasiitti oli 10 henkilöllä. Heistä viidellä oli vatsavaivoja ja viidellä ei ollut vatsavaivoja. Ne, joilla oli vaivoja olivat seuraavat (mainittu parasiitti, joka löytyi ja vaivat, joita asianomainen valitti):

- *Giardia*: 25-vuotias mies Aasiasta, ripuli joskus
- *Trichuris*: 22-vuotias mies Afrikasta, pahoinvointi, 24-vuotias mies Afrikasta, närästys ja pahoinvointi
- *Strongyloides* ja *Trichuris*: 32-vuotias mies Aasiasta, pahoinvointi, joskus ripulia ja joskus ummetusta
- *Ascaris*: 32-vuotias nainen Euroopasta, ummetus

Viideltä löytyi hoidettava parasiitti, mutta kenelläkään heistä ei ollut vaivoja:



- *Giardia*: 12-vuotias tyttö Aasiasta; 4-vuotias tyttö entisestä Neuvostoliitosta; 11-kuukautinen poika Euroopasta; 7-vuotias poika Lähi-idästä
- *Ascaris*: 23-vuotias mies Afrikasta

Niiltä, joilla oli vatsaoireita (43 henkilöä) ja joilta oli ulostenäyte otettu, löytyi ulostenäytteissä jotakin poikkeavaa 58 prosentilla, mutta vain 13 prosentilla oli sellainen löydös, jota tulee hoitaa.

### *ALAT-koe*

Viitearvot ylittävä ALAT-arvo niistä, joilta koe otettiin, oli 16 miehellä (13 prosentilla) ja kolmella naisella (kuudella prosentilla). Korkein arvo oli 211 U/l ja seuraavaksi korkein oli 132 U/l. Yli 100 U/l:n olevia arvoja ei ollut muilla.

Tutkittujen korkeimmat ALAT-arvot olivat seuraavat:

- 32-vuotiaalla miehellä (entisen Neuvostoliiton alue) arvo oli 211 U/l. Hänellä oli C-hepatiittivasta-aineiden positiivisuus (mikä oli ilmeisesti vanhaa perua) ja vahva päihteidenkäyttöhistoria (myös kovia huumeita).
- 39-vuotiaalla miehellä (Afrikka) arvo oli 132 U/l. Häneltä löytyi ”uusi” B-hepatiitti.
- 30-vuotiaalla miehellä (Aasia) arvo oli 56 U/l. Hänellä ei ennestään ollut maksasairauksia eikä alkoholinkäyttöä. Kontrollissa arvo oli neljän kuukauden kuluttua 98 U/l ja muut maksakokeet olivat normaalit. Hänelle suunniteltiin maksan ultraäänitutkimusta.

Lopuilla kuudellatoista ALAT-arvo oli joko marginaalisesti noussut tai sellainen, että se antoi aiheita vain kontrollikokeeseen. Osa heistä ei kuitenkaan käynyt kontrollikokeessa. Yhdellä kohonnutta ALAT-arvoa selittävänä tekijänä oli vanha hepatiitti ja toisella löytyi uusi B-hepatiitti. Viidellä oli alkoholinkäyttöä, joka saattaisi selittää lievän ALAT-arvon nousun ja kolmella oli sellaisia lääkkeitä, jotka voisivat aiheuttaa lievän nousun. Neljältä ainoa löydös oli ulosteen parasiittilöydös, mikä ei kuitenkaan selittäne maksan arvon nousua. Kolmella ei ollut mitään selittävää tekijää ja neljännellä, jolla ei ollut selittävää tekijää, löytyi myöhemmin Basedowin tauti.

### *Pieni verenkiva*

Hemoglobiinimääritys tulee niin sanotun pienen verenkuvan (PVK) mukana. Kolmen aikuisen naisen matalat Hb-arvot olivat aivan vähän alle viitearvojen (poikkeavat arvot välillä 100–106 g/l). Tyttöillä ei ollut arvoja, jotka olisivat olleet alle heidän ikäryhmänsä viitearvojen. Molemmat aikuisten miesten matalat Hb-arvot olivat myös marginaalisia (128 ja 130 g/l), sen sijaan pojista toisen arvo oli 115 g/l (13-vuotias poika, viitearvot 130–160) ja toisella 79 g/l (alle 1-vuotias poika, viitearvot 95–141). Jälkimmäisen kohdalla ei ehditty ryhtyä toi-

menpiteisiin, koska perhe käännytettiin seuraavana päivänä, kun he olivat olleet vastaanotolla. Kuudella miehellä oli viitearvot ylittävä Hb-arvo (arvot välillä 168–177 g/l) samoin kolmella naisella (arvot 160–166 g/l). Hematokriittiä ja punasoluindeksejä ei tarkasteltu, vaikka ne tulevat rutiinisti pienen verenkuvan tuloksina.

Yli normaaliarvon menevä leukosyyttitulos oli 20 tutkitulla (16 prosentilla) ja yhdellä oli viitearvon alapuolinen arvo. Viitearvon yläpuolella olevista arvoista 12 tulosta on alle 9,0:n ja viisi on välillä 9,1–10,0. Kolme yksittäistä korkeampaa arvoa löydettiin (arvot välillä 10,7–12,2), joten kovin korkeita arvoja ei kaiken kaikkiaan ollut. Lapsilla ei ollut ikäryhmän viitearvot ylittäviä arvoja. Kymmenvuotiaalla työllä oli lievästi viitearvon alapuolinen arvo.

Aikuisilla oli kolme yli viitearvon olevaa trombosyyttiä ja ne olivat välillä 373–453. Matalia arvoja oli kuusi ja ne olivat välillä 114–148. Lapsilla oli kolme kohonnutta arvoa (11 kuukautta vanhan lapsen arvo 783, 4-vuotiaan arvo 419 ja 5-vuotiaan arvo 408).

### *Virtsatutkimus*

Virtsatutkimuksena otettiin PLV (puhtaasti laskettu virtsa), joka tutkittiin rutiinisti liuskatestillä. Mikäli liuskatestissä oli poikkeavaa, pyydettiin tarkempi virtsakoe. Poikkeava vastaus virtsatutkimuksessa saatiin seitsemältä turvapaikanhakijalta (kuusi prosenttia niistä, joilta PLV otettiin). Löydöksistä kaksi oli sellaista, jotka liittyivät epätasapainossa olevaan diabetekseen (glukoosia virtsassa). Kahdelta löytyi akuutti virtsatietulehdus, jotka hoidettiin. Yhdellä oli leukosyyttejä virtsassa, muttei virtsavaivoja. Yhdellä oli erytrosyyttejä ja yhdellä hieman proteiinia virtsassa.

### *Kilpirauhaskokeet*

TSH oli viitearvojen ulkopuolella vajaalla viidellä prosentilla tutkituista. Viiterajojen yli menevä arvo oli kolmella – kaikki vain niukasti viiterajan ylittäviä (TSH 5,5–5,7 mU/l). Tutkituista, joilla oli korkea TSH-arvo, kaksi hävisi aineistosta ja kolmannen kohdalla ei asiaa selvitetty enempää.

Viitearvon alittavia testituloksia oli neljä. Kaikki matalat arvot olivat erittäin selvästi poikkeavia. Näistä kaksi hävisi aineistosta ja yhden kohdalla jatkohoito ja lisätutkimukset toteutuivat. Seuraavassa on esitetty tutkitut, joilla oli matalat TSH-arvot:

- *52-vuotias nainen (Eurooppa), jolla oli ollut lapsena keltatauti. Hänellä oli TSH-arvo alle 0,01 mU/l ja T4V 36,2 pmol/l ja TPOAb-arvo koholla. Koska hän sai pikaisen käännytyksen, annettiin hänen mukaansa englanninkielinen kirje laboratorikokeiden vastauksista ja suositus päästä kotimaassaan mahdollisimman pian hoitoon.*
- *28-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue), jolla oli todettu C-*

hepatiitti jo hänen ollessaan turvapaikanhaussa Ruotsissa. Hänellä oli TSH-arvo 0,18 mU/l. Hänellä oli runsasta kipulääkkeiden käyttöä. Hän ei kuitenkaan palannut uudelleen vastaanotolle, ja hänet oli myöhemmin ilmoitettu kadonneeksi.

- 32-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue), jolla oli ollut hepatiitti ja runsasta kipulääkkeiden käyttöä. Hänen TSH-arvonsa oli 0,09 mU/l ja ALAT-arvo 211. Hänestä pyydettiin kontrollikokeet, joissa hän ei kuitenkaan ollut käynyt. Sittemmin saatiin tieto että hänet oli käännytetty.
- 38-vuotias nainen (entisen Neuvostoliiton alue), jolla oli ollut vuonna 2000 raskauden aikana ”jotain kilpirauhasessa”. Hänen TSH-arvonsa oli alle 0,01 mU/l ja T4V 31,9 pmol/l. Hän kävi terveyskeskuksen erikoissairaanhoidossa, mistä diagnosoiksi tuli E05.0 Thyreoiditis cum struma diffusa (Basedow). Otetussa ultraäänitutkimuksessa löydös sopi tyreoidiittiin.

T4V-arvoja ei otettu rutiinisti. Jos TSH-arvossa oli poikkeavaa, otettiin myös T4V. Samoin, jos haluttiin esimerkiksi psykiatrisen oireiston vuoksi sulkea pois kilpirauhashäiriö, otettiin T4V-määritys. Näitä otettiin kolmelta tutkittavalta, mutta kenelläkään löydökset eivät johtaneet jatkotoimiin.

## *Eosinofiilit*

Eosinofiiliarvo yli 0,45 oli seitsemällä (viisi prosenttia). Näistä lapsia oli viisi. Tulosta täytyy arvioida yhdessä parasiittilöydösten kanssa. Kaikkiaan viidellä, joilla oli kohonnut eosinofiiliarvo, löytyi jotain poikkeavaa ulostenäytteistä. Löydöksiä, joissa tutkittavan eosinofiiliarvo oli yli viitearvon ja ulostenäytteessä oli hoidettavia parasiitteja, oli kolmella. 11-kuukautiselta pojalta (Eurooppa, eosinofiilit 0,54) löytyi *Giardia lamblia*. 25-vuotiaalta mieheltä (Aasia, eosinofiilit 0,52) löytyi *Giardia lamblia*, *Blastocystis hominis*, *Entamoeba coli* ja *Iodamoeba butchlii*. 32-vuotiaalta mieheltä (Aasia, eosinofiilit 0,97) löytyi *Trichuris trichiura* ja *Strongyloides stercoralis*. Eosinofiiliarvo 0,52 oli 9-vuotiaalla pojalla (entisen Neuvostoliiton alue), jolla kaksi näytettä oli hylätty ja yksi ottamatta. Samoin oli käynyt hänen vanhemmillaankin. Näillä eosinofiiliarvot olivat kuitenkin normaalit. Ilmeisesti näytteenottotekniikassa oli ollut virhe. Eosinofiiliarvo 0,5 oli miehellä (entisen Neuvostoliiton alue), jolta ulostenäytteet olivat kokonaan ottamatta.

Tarkasteltaessa positiivisten ulostenäytteiden suhdetta koholla olevaan veren eosinofiiliarvoon huomataan, että vain neljällä lapsella ja kolmella aikuisella löytyi arvo joka oli suurempi kuin 0,45. Toisaalta melkein puolella niistä, joilta ulostenäytteet saatiin tutkittua, löytyi jotain parasiitteja. Ainoastaan eosinofiiliarvoa tutkimalla ei siis voi ennustaa mahdollisia ulosteen parasiittilöydöksiä. Se lähinnä vahvistaa todetun löydöksen.

## *HbSAg-testi*

Laboratoriolöydöksenä HbSAg-positiivinen löydös oli viidellä tutkitulla. Koska B-hepatiitteja ei tullut esille haastattelussa, olivat kaikki B-hepatiittitapaukset siis uusia, aiemmin diagnosoimattomia. On tietysti mahdollista, etteivät asianomaiset todellakaan olleet tietoisia kyseisestä positiivisuudestaan.

HbSAg-positiiviset tapaukset ovat seuraavat: 39-vuotias afrikkalaismies, 21-vuotias eurooppalaismies ja 27-vuotias aasialaismies. He olivat sittemmin kadonneet. 32-vuotias aasialaismies oli myöhemmin perunut turvapaikkahakemuksensa ja poistunut kirjoilta. Hänen myöhemmistä vaiheistaan ei ole tietoa. 45-vuotias mies entisen Neuvostoliiton alueelta oli sittemmin käännytetty. Vain yhdellä heistä oli kohonnut ALAT-arvo.

## *HCV-testi*

Anamnestisesti oli tiedossa, että kahdella henkilöllä oli todettu C-hepatiitin vasta-aineita. Heidän lisäksi laboratoriotestauksessa yhdeltä henkilöltä löytyi C-hepatiitin vasta-ainepositiivisuus, josta hän ei ollut tietoinen. Testaamatta jäi henkilöitä, joilta koe oli otettu muualla (neljä turvapaikanhakijaa) tai koetta oli pyydetty, mutta sitä ei ollut otettu (kuusi turvapaikanhakijaa) tai jotka olivat siirtyneet pois vastaanottokeskuksesta. C-hepatiittitapauksia oli anamnestisesti tiedossa kaksi, joilla oli nytkin positiivinen näyte:

- *28-vuotias turvapaikanhakijamies (entisen Neuvostoliiton alue), jolla oli jo Ruotsissa todettu C-hepatiittivasta-aineet positiivisiksi. Täälläkin hänen näytteensä oli positiivinen. Hän kertoi olleensa Ruotsissa Subutexin käyttäjä. ALAT-arvo hänellä oli 67 U/l. Hän on sittemmin kadonnut.*
- *32-vuotias turvapaikanhakijamies (entisen Neuvostoliiton alue). Hän kertoi itseltään todetun C-hepatiittivasta-aineita aiemmin. Niitä löytyi nytkin. Hän kertoi aiemmin käyttäneensä kaikkia mahdollisia huumeita, myös suonensisäisiä. ALAT-arvo hänellä oli 211 U/l. Hänet käännytettiin sittemmin.*

Uusi C-hepatiittitapaus oli ehkä sittenkin vanha:

- *30-vuotias turvapaikanhakijamies (entisen Neuvostoliiton alue). Haastattelussa hän ilmoitti hoitajalle sairastaneensa B-hepatiitin, mutta lääkärinvastaanotolla hän kertoikin sairastaneensa C-hepatiitin. Anamneesi siis oli jossain määrin epävarma. Otetuissa kokeissa HCV oli positiivinen ja HbSAg negatiivinen. Hänet siirrettiin Helsingin suljettuun yksikköön karkotusta varten melko pian vastaanoton jälkeen.*

### *HIV-testi*

Kaikki 152 otettua näytettä olivat negatiivisia. Neljältä koe oli otettu muualla, mutta vastauksesta ei ollut tietoa, kuudelta koe oli pyydetty, mutta asianomainen ei ollut käynyt kokeessa, yhdeltä se oli ottamatta pois siirtymisen vuoksi ja seitsemältä tieto puuttui.

### *Muut laboratoriotulokset*

Kardiolipin-testi otettiin 150 henkilöltä (88 prosenttia) eikä missään niistä titteri ollut koholla. CRP-arvo otettiin 159 tutkitulta (94 prosenttia). Näistä poikkeavia oli runsas kolme prosenttia, joista niistäkin valtaosa vain hiukan poikkeavia. Korkein arvo (102,5 mg/l) oli miehellä (Afrikka), jolla oli tuberkuloottinen pleuriitti. Toinen korkea arvo (46,5 mg/l) oli tutkitulla, jolla oli ollut juuri flunssa ennen näytteenottoa. Hän ei asioinut uudelleen vastaanotolla. Neljällä muulla oli lievästi poikkeavat arvot (välillä 11.2–17.9 mg/l).

### *Thorax-röntgenlöydökset*

Kaikkia tutkittuja kannustettiin menemään keuhkokuvaan. Kuvissa käynti oli kuitenkin vähäisempää kuin muissa kokeissa, keuhkokuvausten osuus oli 59 prosenttia. Vähäinen osallistuminen saattoi johtua siitä, että osa tutkituista hävisi melko pian eikä ehtinyt röntgeniin, johon oli aina pieni odotusaika, kun taas laboratorion kokeisiin pääsi nopeammin. Röntgentutkimusyksikkö sijaitti myös paljon kauempana kuin laboratorio.

Thoraxin alueen kuvauksissa paljastuneita poikkeavia löydöksiä oli seitsemällä tutkitulla. Vanhaa tulehdusjätettä oli kahdella. Yhdeltä löytyi pyörövarjo, mikä osoittautui kontrollikuvauksessa summaatioksi. Luulöydöksiä oli kolmella: näistä yhdellä oli kylkiluunmurtuma ja kahdella skolioosi. Yhdeltä tutkittavilta löytyi tuberkuloottinen pleuriitti.

### *Laboratoriolöydösten arviointia*

Ulostenäytteissä löytyi poikkeava tulos joka toiselta. Niistä suuri osa oli kuitenkin apatogeenisiä parasiitteja. Puolella niistä, joilla oli patogeeninen parasiitti, ei ollut vaivoja. B- ja C-hepatiitteja löytyi. Joitakin lieviä anemioita lukuun ottamatta ei löydetty verenkuvapoikkeavuuksia. Erittäin matalia TSH-arvoja löytyi neljältä tutkitulta. Näistä kolme katosi, eikä asiaa voitu selvittää enempää. Röntgentutkimuksista vain tuberkuloosilöydös johti jatkotoimenpiteisiin.

## 10.8 Monisairastavuus löydösten perusteella

Osa lääkärintarkastuksessa havaituista poikkeavuuksista ja löydöksistä oli sellaisia, että ne olivat esiintyneet havaintoina jo esitietoja kerättyinä. Silloin oli kysymys sairaudesta tai vaivasta, joka asianomaisella oli ollut aiemmin ja joka hänellä oli edelleen todennettävissä.

### *Monta löydöstä lääkärintarkastuksessa ja kokeissa*

Löydöksillä tässä tarkoitetaan poikkeavuuksia, jotka tulivat esille lääkärintutkimuksessa tai laboratorio- ja röntgentutkimuksessa. Tutkittujen monisairastavuutta on arvioitu tarkastelemalla esille tulleiden löydösten määrää sekä kidutuskokemusten yhteyttä siihen, kuinka runsaasti löydöksiä oli (taulukko 40).

**Taulukko 40.** *Monilöydöksisyys eli tutkituilta lääkärintarkastuksessa esille tulleiden löydösten määrä yksittäisillä tutkittavilla ja prosentuaalinen jakauma kaikista (n = 170) sekä vain niistä, joilla oli löydöksiä (n = 142). Lisäksi esitetään löydöksiä yhteyttä kidutuskokemuksiin*

Löydösten määrä	n = 170		n = 142		Kidutuskokemuksia	
	N	%	% niistä, joilla löydöksiä	N	%	
Terveet / ei löydöksiä	28	17		11	39	
1 löydös	38	22	27	22	58	
2 löydöstä	46	27	32	22	48	
3 löydöstä	30	18	21	21	70	
4 löydöstä	21	12	15	17	81	
5 löydöstä	4	2	3	4	100	
6 löydöstä	3	2	2	2	67	
Yhteensä	170	100	100	99		

58 turvapaikanhakijalla oli vähintään kolme vaivaa tai löydöstä. Vähintään kolme tutkimuslöydöstä oli siis kolmasosalla, kun systemaattisella haastattelulla sellaisia, joilla tuli esille vähintään kolme anamnestista ongelmaa oli vain kahdeksasosa (14 prosenttia). Lääkärintutkimuksessa merkittäviksi tulkittuja löydöksiä oli viidellä kuudesta (142 tutkitulla). Vähäisiä löydöksiä ei ole otettu tässä huomioon. Myös kaikki hammaslöydökset on jätetty taulukosta 40 pois. Vastavasti laboratoriölöydökset on otettu tähän tilastoon silloin, kun kysymys on ollut perustarkastuksen yhteydessä otetusta rutiinikokeesta. Sen sijaan myöhemmin otettuja kokeita, joista on tullut poikkeava arvo, on kommentoitu seurantaosiossa.

Vatsan alueen statuslöydöksiksi kirjattiin vain selvät gastriitit. Kaikki eri puolilla vatsaa olleet epämääräiset palpaatioarkuudet, jotka on kirjattu sairauskertomukseen, on jätetty tässä osiossa huomioimatta. Osa niistä on ollut epämääräisiä, vähäisiä tai sellaisia, etteivät ne ole indisoineet jatkotutkimuksia. Pelkän

palpaatioarkuuden perusteella ei voi tehdä diagnoosia, kun lisätutkimuksia ei ole tehty. Ei siis haluttu, että epämääräinen oire listautuisi varmaksi löydökseksi.

Kuusi vaivaa tai löydöstä oli kolmella tutkitulla. Yhteenvetona heistä todettakoon, että kaikilla oli tension neck -tyyppinen löydös, kaikilla depressio ja yhdellä hyperventiloitua ja yhdellä psyykkistä ahdistusta. Yhdellä oli kuukautiskipuja, yhdellä akne ja yhdellä sarveistuneet ja halkeilevat kantapäät. Yhdellä oli migreeni ja ilmeisesti sinuiitti ja yhdellä puolestaan tupakkalimaisuus. Laboratoriolöydöksiä oli yksi virtsatieinfektio, yksi anemia (Hb 99) ja yksi epätasapainossa olevan diabeetikon erittäin korkea sokeri-arvo ja kahdella *Blastocystis hominis*.

Viisi vaivaa tai löydöstä oli neljällä. Yhteenvetona todettakoon, että kaikilla oli tension neck -tyyppinen löydös, kahdella oli gastriitti ja muut löydökset olivat yksittäisiä. Sellaisia olivat matala verenpaine, todennäköinen sinuiitti, bradykardia, alavireisyys, sääriekseema ja tärykalvon sekundaarimembraani ilmeisesti aiemmin sairastetun infektion ja perforaation merkinä. Yhdellä oli ennestään tiedossa oleva epilepsia. Hänellä oli trauman jälkeinen ”painauma” päälaella, mikä oli ilmeisesti impressiomurtuman jälkitila. Se taas puolestaan oli ehkä johtanut hänellä olevaan epilepsiaan. Laboratoriolöydöksiä oli kolmella *Blastocystis hominis* ja yhdellä oli sekä *Strongyloides stercoralis* että *Trichuris trichiura*.

Neljä vaivaa tai löydöstä oli 21 tutkitulla. Yhteenvetona heistä todettakoon, että kymmenellä oli parasiittejä, joista yhdellä oli *Giardia*, kahdella *Entamoeba coli* ja seitsemällä *Blastocystis*. Yhdeksällä oli niska-hartiaseudun kipulöydös, kuudella oli varpaanvälisilsa, kuudella oli masennus tai alavireisyys, viidellä todennäköinen sinuiitti, neljällä oli gastriitti, neljällä oli jotain muuta psykiatrista vaivaa, kolmella oli anemia, yhdellä kilpirauhaslöydös laboratorioskokeiden perusteella, yhdeksällä jokin muu laboratoriolöydös sekä kahdella psoriaasi. Neljällä oli korvalöydös, kolmella selkälöydös, kahdella verenpaine-löydös. Lisäksi oli useita yksittäisiä löydöksiä: diabetes, obesitas, suurentunut kilpirauhanen, peräpukamat, gastriitti, epilepsia, solislun murtuma, kylkilun murtuma, tuumori alavatsalla ja ”frozen shoulder”.

Kolme vaivaa tai löydöstä oli 30 tutkitulla. Yhteenvetona heistä todettakoon, että eniten heillä oli TULES-löydöksiä, laboratoriolöydöksiä, iholöydöksiä ja psykiatrisia löydöksiä. Laboratoriolöydöksistä oli kaksi *Ascaris lumbricoides* ja yksi *Giardia lamblia* sekä kuusi *Blastocystis hominis* ja kolme muuta apatogeenistä parasiittia. Kolmella oli B-hepatiittivasta-aineiden positiivisuus, mikä oli kaikkien kohdalla uusi tieto. Lisäksi oli yksi C-hepatiittipositiivisuus. Tämä henkilö ei mennyt lisäkokeisiin pyynnöstä huolimatta. Iholöydöksiä oli 15. Niiden joukossa oli viisi jalkasilsaa, kolme aknea, kaksi atooppista ihottumaa ja kolme lievää ekseemaa sekä yksi psoriaasi, jonka iho tosin oli tutkimushetkellä hyvä. Lisäksi oli yksi lapsi, jonka vesirokkoarvet olivat tulehtuneet. Niska-hartiaseudun palpaatiokipulöydöksiä oli kymmenellä. Kolmen vaivan tai löydöksen ryhmässä löytyi seitsemän masennusta ja seitsemän muuta psykiatrista löydöstä. Näitä olivat muun muassa ahdistus, levottomuus ja varautuneisuus, paranoidisuus ja päihtyneisyys. Selkälöydöksiä oli yhdeksän. Neljällä oli sydänlöydöksiä, näistä kahdella oli sivuääni sydämessä ja kahdella oli lievä bradykardia.

Keuhkolöydöksiä oli neljä, yksi astma, kaksi bronkiittia ja yksi tupakkalimaisuus. Gastriitteja oli kolmella. Yhdellä oli vatsalla palpoiden voimakas systolinen sivuääni ja jonkinlainen ”hajottava” resistenssikin. Ultraäänitutkimuksessa hänellä ei kuitenkaan voitu todeta aortta-aneurysmaa. KNK-löydöksiä oli kuusi, näistä kolme sinuiittia. Lisäksi oli kaksi muuta TULES-löydöstä, kaksi silmälöydöstä, virtsainfektio, kilpirauhaslöydös, prostatiitti ja neurologinen löydös pahoinpidellyllä tutkittavalla.

Kaksi vaivaa tai löydöstä oli 46 tutkitulla. Laboratoriopoikkeavuudet olivat yleisimmät löydökset. Yhdellä oli uutena korkea TSH-arvo, mutta hänet käännytettiin eikä asialle ehditty tehdä mitään. Yhdellä oli matala TSH ja korkea T4V. Muista laboratorionkokeista mainittakoon yksi korkea ALAT-arvo. Parasiiteista löytyi kaksi Giardiaa, yksi Strongyloides ja kaksi Trichurista sekä 18 Blastocystista ja muita yksittäisiä apatogeenisiä parasiittejä ja yksi klamydian aiheuttama virtsaputkentulehdus. Löydöksistä 13 oli ihodiagnooseja: Niistä kaksi oli aknea, viisi varpaanvälisilsaa, kaksi sienikynttä ja yhdellä oli kantapäiden kovettumia ja halkeamia. Kahdella oli ekseema ja yhdellä kuiva, atooppinen iho. Psykiatriselta puolelta löytyi neljä masennusta, joista yksi oli varsin graavi ja johti yli kahden kuukauden sairaalahoitojaksoon. Muita psykiatrisia löydöksiä oli kuusi. Kuudella oli niska-hartioiden kipulöydös, kahdella oli lumbago ja kahdella oli iskias. Kahdella oli skolioosi ja yhdellä mahdollisesti meniskivamma polvessa. Seitsemästä KNK-löydöksestä oli kaksi sinuiittia, kolme otitis externaa, kahdella tutkitulla oli tärykalvossaan sekundaarimembraani ja yhdellä heistä toisessa tärykalvossa lisäksi pieni perforaatio. Vatsapuolelta löytyi kuusi gastriittia, fissura ani ja pienen lapsen inguinaalihernia, joka reponoitui heti kun hän lakkasi itkemästä. Keuhkokuvassa yhdellä oli vanhoja tulehdusjätteitä ja toisella pyörövarjo, joka osoittautui kontrollissa summaatioksi. Yhdellä oli limaa keuhkoissa. Sydänlöydöksiä olivat yksi ensimmäisen asteen sivuääni ja yksi toisen asteen sivuääni, johon liittyi takykardia ja EKG-muutokset. Tämä potilas lähti vastaanotolta suoraan sairaalaan. Lisäksi oli runsaasti yksittäisiä löydöksiä. Näitä olivat muun muassa karsastus, änkytys ja migreeni. Yhdellä oli ptoottinen silmän yläluomi.

Yksi vaiva tai löydös oli 38 tutkitulla. Heilläkin laboratoriopoikkeavuudet olivat yleisin löydös (18 tutkitulla). Niistä mainittakoon yksi koholla ollut ALAT-arvo sekä yksi anemia, yksi koholla ollut CRP-arvo, kaksi korkeata TSH-arvoa ja yksi uusi B-hepatiitin vasta-ainepositiivisuus ja yksi C-hepatiitin vasta-ainepositiivisuus. Parasiiteista löytyi yksi Giardia, kymmenen Blastocystista ja muita yksittäisiä parasiittejä. Tutkittavilla, joilla oli vain yksi löydös, oli kuusi iholöydöstä, joista kaksi aknea, kolme varpaanvälisilsaa ja yksi impetigo. Vatsan alueen löydöksistä mainittakoon yksi ihonalainen rasvamöykky tai mahdollisesti pieni hernia vatsalla. Yhdellä oli peräpukamat. Yksi oli niin obeesi, ettei vaaka riittänyt hänen punnitsemisekseen. Depressioita oli kolme ja lisäksi tehtiin kaksi muuta psykiatrista diagnoosia. Kolmelta tutkitulta löytyi karsastus. Yksi korvalöydös oli sellainen, että käytännössä lähes koko vasen tärykalvo näytti puuttuvan. Yhdellä oli tiukka kielijänne. Yhdellä oli suspekti löydös posken limakalvolla, mutta hänet karkotettiin ennen koepalan ottoa.



## *Yhteenveto monisairastavuudesta tutkimuslöydösten perusteella*

Monisairastavuutta arvioitaessa on myös tutkimuslöydösten osalta tuotu esille joukko erilaisia löydöksiä, jotka on jo mainittu käsiteltäessä sairauksia elinryhmäkohtaisesti. Ne on kuitenkin tuotu kertaalleen esiin vielä tässä yhteydessä, jotta voisi muodostaa kuvan erilaisista löydösten kombinaatioista.

Kaikista tutkituista 83 prosentilla oli yksi tai useampi löydös. Runsaalla kolmasosalla oli vähintään kolme eri löydöstä. Vain 17 prosentilla ei ollut lainkaan tutkimuslöydöksiä.

Psykiatristen löydösten osuus oli huomattava. Sekä masennuksia että muita psykiatrisia löydöksiä tehtiin, vaikka tutkimusaika ei suonutkaan mahdollisuutta perusteelliseen psykiatriseen selvitykseen.

### **Monisairastavuuden yhteys kidutus- ja pahoinpitelykokemuksiin**

Niistä, joilla oli kaksi löydöstä, oli 54 prosentilla kidutus- tai pahoinpitelykokemuksia. Niistä, joilla oli kolme löydöstä tai enemmän, oli kidutus- tai pahoinpitelykokemuksia 75 prosentilla. Niistä, joilla oli neljä löydöstä tai enemmän, oli kidutus- tai pahoinpitelykokemuksia 81 prosentilla. Niistä, joilla oli viisi tai kuusi löydöstä, oli vastaavia kokemuksia 85 prosentilla. Kaikissa edellä mainituissa tapauksissa kidutusta tai pahoinpitelyä olivat harjoittaneet pääasiassa viranomaiset. Heidän osuutensa pahoinpitelyistä oli noin kolme neljäsosaa. Loput olivat siviilipahoinpitelyitä.

### **Monisairastavuus ja masennus**

Masennusta oli 27 prosentilla kaikista turvapaikanhakijoista. Niistä, joilla oli kolme löydöstä tai enemmän, oli masennusta 27 prosentilla ja muita psykiatrisia löydöksiä 20 prosentilla. Niistä, joilla oli neljä löydöstä tai enemmän, oli 30 prosentilla masennusta ja 19 prosentilla muita psykiatrisia löydöksiä. Nämä luvut kertovat vain niistä, jotka oli diagnosoitu varsinaisella tutkimusvastaanotolla. Luvuissa eivät ole mukana ne, jotka kävivät mielenterveystoimiston potilaina.

### **Monisairastavuus ja muut tekijät**

Niistä monisairaista, joilla oli kolme löydöstä tai enemmän, oli miehiä 64 prosenttia ja naisia 36 prosenttia (koko aineistossa 71 prosenttia ja 29 prosenttia), joten monisairastavuutta oli enemmän naisilla.

Tarkasteltaessa monisairaiden lähtömaita huomataan, että afgaaneissa oli prosentuaalisesti suurempi osuus monisairaita (20 prosenttia) kuin heidän osuutensa oli kaikista turvapaikanhakijoista (14 prosenttia). Venäläisten kohdalla tilanne oli lievästi toisin päin. Monisairaiden osuus oli pienempi (11 prosenttia) kuin heidän osuutensa kaikista turvapaikanhakijoista (14 prosenttia). Muista maista tulleiden kohdalla erot olivat pieniä.

Kaksi niistä, joilla oli kolme löydöstä tai enemmän, oli aivan pieniä lapsia. Näistä toisella oli useita laboratoriopoikkeavuuksia, mutta asia jäi selvittämättä pikaisen käännytyksen takia. Toisella löydökset olivat vähäisiä eikä niistä seurannut toimenpiteitä. Näiden lisäksi oli kolme muuta alle 18-vuotiasta. Kaikkiaan

alaikäisiä niistä, joilla oli useita löydöksiä, oli yhdeksän prosenttia. Heidän osuutensa niistä, joilla oli monia löydöksiä, on pienempi kuin heidän osuutensa koko aineistosta (taulukko 41).

**Taulukko 41.** Turvapaikanhakijoiden ikäjakauma prosentteina verrattuna niiden ikäjakaumaan, joilla oli tutkimuksessa useita löydöksiä (kolme löydöstä tai enemmän)

Ikäryhmä	Kaikki turvapaikanhakijat n = 170	Ne, joilla oli useita löydöksiä n = 56
Alle 18 vuotta	21	9
18–19 vuotta	4	0
20–29 vuotta	41	34
30–39 vuotta	22	32
40–49 vuotta	9	18
50 vuotta tai enemmän	3	7
	100	100

Alaikäiset ja nuoret aikuiset olivat löydösten määrän mukaan mitattuna terveempiä kuin vanhemmat turvapaikanhakijat.

## 10.9 Seurantatulokset

Seurantatuloksina esitetään tutkittujen käynnit vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön lääkäriä ja hoitajilla. Kummassakin ryhmässä tarkastellaan erikseen ajanvarauksella ja ilman ajanvarausta tapahtuneita käyntejä. Myös käynteihin johtaneita syitä tarkastellaan. Lisäksi esitetään tutkittujen saamat läheteet eri toimipisteisiin ja tutkittujen käynnit vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön ulkopuolisissa terveydenhuoltoyksiköissä. Tutkituilla toteutuneet osastohoitajaksot esitellään myös.

### *Käynnit vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä*

Käyntejä vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä tapahtui sekä lääkärin vastaanotolla että terveydenhoitajien luona. Molemmissa käyntejä toteutui sekä terveystarkastusmielessä että muista syistä. Muista syistä käyntejä oli sekä ajanvarauksella että ilman ajanvarausta (taulukko 42).

**Taulukko 42.** *Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön työntekijöiden vastaanotoilla käyneet, käyntien määrät ja kutakin palvelua käyttäneiden prosenttiosuudet kaikista tutkituista (n = 170)*

Käynnit	Käyneet	Käynnit	Palvelua
	N	N	käyttäneiden %-osuus
Tutkimuskäynti	170	170	100
Lääkärin vastaanotto ajanvarauksella	65	115	38
Lääkärin vastaanotto ilman ajanvarausta	20	26	12
Terveystarkastuskäynti terveydenhoitajalla	159	251	94
Terveydenhoitajan vastaanotto ajanvarauksella	91	217	54
Terveydenhoitajan vastaanotto ilman ajanvarausta	93	249	55

Viisi tutkittua oli käynyt jossain muualla lääkärissä jo ennen varsinaista tutkimusvastaanottoa.

**Käynnit lääkärinvastaanotolla** toteutuivat siten, että terveydenhoitaja varasi potilaille ajan lääkäriin. Yleensä silloin oli kyse sairaudesta, jota varten tarvittiin lääkärin arviota tilasta tai esimerkiksi kannanottoa koevastauksen poikkeavasta arvosta tai vaikkapa lääkitysasiasta. Siihen, kuinka pian vastaanotto voitiin järjestää, vaikutti tutkittavan kielitaito. Jos löytyi yhteinen kieli eikä tulkkia tarvittu, ajan sai nopeastikin. Lääkärissä kävi ajanvarauksella 38 prosenttia ja ilman ajanvarausta 12 prosenttia tutkituista (taulukko 43).

**Taulukko 43.** *Vastaanottokeskuksen omassa terveydenhuoltoyksikössä lääkärissä käyneet turvapaikanhakijat sekä heidän käyntiensä määrät ajanvarauksen mukaan*

Käyntien määrä	Lääkärissä käynnit ajanvarauksella		Lääkärissä käynnit ilman ajanvarausta	
	Käyjät	Käynnit yhteensä	Käyjät	Käynnit yhteensä
Ei käyntejä	105		150	
1 käynti	36	36	15	15
2 käyntiä	18	36	4	8
3 käyntiä	5	15	1	3
4 käyntiä	3	12		
5 käyntiä	2	10		
6 käyntiä	1	6		
<b>Yhteensä</b>	<b>170</b>	<b>115</b>	<b>170</b>	<b>26</b>

Keskimääräinen käyntimäärä lääkärin vastaanotolla ajanvarauksella oli 1,8 käyntiä ja ilman ajanvarausta 1,3 käyntiä kutakin käynnyttä kohti. Ilman ajanvarausta lääkärin vastaanotolla käyneiden määrä oli selvästi vähäisempi kuin ajanvarauksella käyneiden. Lääkärin konsultaatiovastaanottomahdollisuus oli aina käytettävissä ja sitä hyödynnettiin tarvittaessa. Joskus käynti tapahtui välittömästi ja potilas sai varmennustutkimuksen sekä diagnoosin ja hoidon heti. Se onnistui

erityisesti silloin, kun terveydenhoitajan vastaanotolla oli potilaan kieltä ymmärtävä tulkki.

Verrattaessa ajanvarauksella ja ilman ajanvarausta tapahtuneita käyntejä voidaan sanoa, että potilaat kävivät lääkärissä pääsääntöisesti suunnitelmallisesti. Yksittäisistä sairausryhmistä mielenterveysasiat olivat yleisin lääkärinvastaanotolla käynnin syy (taulukko 44).

**Taulukko 44.** *Lääkärinvastaanotolle tulosten jakauma ajanvarauksen mukaan*

Käyntisytyt	Ajanvaraus		Ei ajanvarausta	
	N	%	N	%
Muut sairausasiat	25	21	20	56
Mielenterveysasiat	20	17	5	14
Palvelut	15	13	1	3
Vatsasairaudet	10	9	3	8
Selkävaivat, iskias	11	9	1	3
Sydänsairaudet	6	5	1	3
Useita asioita	5	4	1	3
Kontrollikäynnit	11	9		
Päänsärky	3	3	2	6
Ihoasiat	5	4		
Muut asiat	6	5	2	6
<b>Yhteensä asioita</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Ajanvarauskäynneillä oli yleensä yksi tulosyynä kun taas ilman ajanvarausta käyntiä kohti oli keskimäärin 1,4 syytä. Tutkitut tulivat yleensä ajanvarauskäynnille käytyään sitä ennen terveydenhoitajan vastaanotolla. Tällöin lääkärin vastaanotokäyntiin oli yleensä yksi selkeä syy.

Mielenterveysasioissa yleisin käyntisyynä oli unettomuus, minkä vuoksi oli neljä käyntiä ajanvarauksella ja kolme ilman ajanvarausta.

Ryhmään ”palvelut” sisältyy pääasiassa käyntejä, joiden aiheena oli vaikkapa laboratorio- tai röntgentulosten tiedustelu. Tavallisesti kysymys oli tällöin poikkeavasta vastauksesta. Normaaliin vastausten takia ei yleensä tilattu lääkärille aikaa, vaan terveydenhoitaja tiedotti asiasta.

Ryhmään ”muut sairausasiat” sisältyy joukko erilaisia vaivoja. Infektion vuoksi kävi ajanvarauksella kolme ja ilman ajanvarausta 11. Näistä virtsavaivat olivat yleisimmät: niitä oli ilman ajanvarausta neljä ja ajanvarauksella kaksi. Ajanvarauksella kävi lisäksi yksi, jolla oli bronkiitti ja sinuiitti. Ilman ajanvarausta tulleiden tulostenä olivat flunssa, tonsilliitti ja muu kurkkukipu, korvakipu ja eksterni otiitti sekä kaksi potilasta, joilla oli alapään hiivatulehdus. Muita käynnin syitä, jotka esiintyivät ilman ajanvarausta käyneillä, olivat epilepsia, astma, migreeni, hammasasia, puukotuksen jälkikontrolli, solisluun murtuma, vakava kaatuminen, väsymys ja anemia. Ajanvarauksella käyneiden tulostenä mainittakoon hengenahdistus, kolme silmäasiaa, kaksi huonovointisuutta, peräpukamat, kaksi käyntiä rintarauhasen vuoksi, viisi erilaista kipuasiasiaa, kaksi verenpaineikäyntiä, neljä käyntiä diabeteksen vuoksi ja käynti solisluun murtuman

vuoksi. Kohtaan ”muut asiat” sisältyi kolme lausuntoasiaa.

**Käynnit terveydenhoitajilla** terveystarkastuksessa tai muusta syystä tapahtuivat terveydenhoitajien aloitteesta tai ilman ajanvarausta. Niitä toteutui lähes kaikkien tutkittujen kohdalla (taulukko 45).

**Taulukko 45.** *Turvapaikanhakijoiden määrät ja käynnit vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön hoitajien vastaanotoilla terveystarkastuksissa ja muilla käynneillä ajanvarauksen mukaan*

Käyntien määrä	Terveystarkastuskäynnit		Ajanvarauskäynnit		Käynnit ilman ajanvarausta	
	Käyjät	Käynnit	Käyjät	Käynnit	Käyjät	Käynnit
Ei käyntejä	11	---	79	---	77	---
1 käynti	82	82	61	35	39	39
2–4 käyntiä	77	169	19	50	42	124
5–8 käyntiä			5	31	6	35
9–12 käyntiä			3	31	3	10
13–16 käyntiä			1	16	3	41
17 käyntiä tai enemmän			2	54		
<b>Yhteensä</b>	<b>170</b>	<b>251</b>	<b>170</b>	<b>217</b>	<b>170</b>	<b>249</b>

Terveystarkastuskäynnillä hoitajien vastaanotoilla kävi 94 prosenttia tutkituista. Muutamat tutkitut kävivät terveystarkastusasioissa hoitajan luona montakin kertaa. Kerran käyneitä oli 52 prosenttia, kahdesti käyneitä 40 prosenttia ja kolmesti käyneitä seitsemän prosenttia. Kysymyksessä olivat esimerkiksi lähetteet laboratorioon tai röntgeniin tai opastuskäynnit. Terveystarkastusten yhteydessä yleisimmät hoitajien tekemät toimenpiteet olivat rokotukset (10 kertaa). Keskimääräinen käyntimäärä terveystarkastusten vuoksi oli 1,6 käyntiä kutakin käynnyttä kohti.

Ajanvarauksella hoitajien vastaanotoilla tapahtuneilla käynneillä tarkoitetaan tässä niitä, jotka ovat tapahtuneet ajanvarauksella varsinaisten terveystarkastuskäyntien lisäksi. Ajanvarausvastaanotoilla kävi 54 prosenttia tutkituista. Heistä kaksi kolmasosaa kävi vain kerran. Eniten käyneelle kertyi 36 käyntiä. Ajanvarauskäynneillä terveydenhoitajien vastaanotolla oli usein kysymys jopa useita kertoja viikossa tapahtuneista tukikeskusteluista, jotka varmasti osaltaan vähensivät mielenterveystoimiston yksikön käyttöä. Osa tällaisista tukikeskustelukäynneistä tapahtui myös päivystysluonteisesti. Myös muiden palveluiden käyttöön liittyvää ohjausta oli paljon. Keskimääräinen käyntimäärä hoitajien ajanvarausvastaanotoilla oli 2,4 käyntiä kutakin käynnyttä kohti. Ilman ajanvarausta hoitajien vastaanotoilla kävi 55 prosenttia tutkituista. Heistä 42 prosenttia kävi vain kerran. Käyjiä ilman ajanvarausta ja ajanvarauksella terveydenhoitajien vastaanotoilla oli suunnilleen yhtä paljon, mutta käyntimäärät ilman ajanvarausta olivat vähän suuremmat. Keskimääräinen käyntimäärä ilman ajanvarausta hoitajien vastaanotoilla oli 2,7 käyntiä kutakin käynnyttä kohti. Syyt käynteihin terveydenhoitajien luona on jaettu eri ryhmiin (taulukko 46).

**Taulukko 46.** Tulokset hoitajien vastaanotolle ajanvarauksen mukaan

Käyntien syyt	Ajanvaraus- käynnit		Käynnit ilman ajanvarausta	
	N	%	N	%
Mielenterveysasiat	60	27	36	14
Ohjantakäynnit	47	21	4	2
Muut sairausasiat	31	14	152	58
Verenpaineikäynti	23	10	2	1
Lääkeasiat	17	8	16	6
Palvelut	12	5	10	4
Keskustelukäynnit	9	4		
Laboratorio -ym. koeasiat	7	3	4	2
Kontrollikäynnit	7	3	2	1
Hoitotoimenpiteet	5	2	4	2
Useita asioita	3	1	4	2
Muut asiat	3	1	3	1
Hammasasiat	1		27	10
<b>Yhteensä</b>	<b>225</b>	<b>100</b>	<b>264</b>	<b>100</b>

Mielenterveysasioihin kuului runsas määrä tuki- ja keskustelukäyntejä vastaanotolla ahdistuksen, masennuksen ja muiden psyykkisten ongelmien vuoksi. Nämä muodostivat runsaan neljänneksen ajanvarauskäynneistä ja 14 prosenttia käynneistä, jotka tapahtuivat ilman ajanvarausta. Uniongelmia oli ajanvarauskäynneistä kaksi ja ilman ajanvarausta kymmenen. Ajanvarauskäyntien yhdeksän keskustelukäyntiä tulee lisäksi laskea mielenterveysasioiksi. Tällöin oli kysymys käynneistä, jotka oli varattu nimenomaisesti psyykkistä tukemista varten.

Ohjantakäynneillä potilaita opastettiin palveluiden käytössä, heille tehtiin ajanvarauksia laboratorioon ja röntgeniin sekä opastettiin muissa asioissa.

”Lääkeasiat” ajanvarausvastaanoitoilla sisälsivät erityisesti lääkkeiden annostelua dosettiin ja samalla hoidon seuranta, potilaan psyykkisen voinnin säännöllistä arviointia tai potilaiden toiveiden kuuntelua. Lääkeasioita ilman ajanvarausta olivat seitsemän reseptiasiaa ja yhdeksän muuta lääkkeisiin liittyvää asiaa, esimerkiksi kysymyksiä, lääkkeen jakoja sekä käsikauppalääkkeen, esimerkiksi särkylääkkeen pyytämistä suoraan vastaanotolta.

Ryhmä ”Palvelut” käsitti mm. aikojen tilaamista laboratorioon, röntgeniin, hammaslääkəriin, erikoislääkäreille tai muihin palvelupisteisiin. Ryhmään kuuluivat myös kotikäynnit ja yhteistyökäynnit sosiaalityöntekijän kanssa sekä erilaiset muut ohjauspalvelut ja yhteistyöpalaverit. Myös palvelusasioiden vuoksi käytiin ilman ajanvarausta, vaikka potilaita ohjattiin varaamaan palvelusasioiden vuoksi vastaanottoaika.

Ryhmä ”Laboratorio- ym. koeasiat” sisälsi pääosin näytteiden ottamisen neuvontaa sekä vastauksien kertomista ja näytteiden ottoa.

Perinteisiä hoitajan tehtäviä olivat esimerkiksi rokotukset, korvahuuhtelut, haavanhoito ja ompeleiden poistot. Ne pyrittiin hoitamaan pääasiassa ajanvarauksella, joskin niitä tapahtui myös ilman ajanvarausta.

Ryhmä ”Muut asiat” sisälsi muun muassa perheasioita, raha-asioita ja epämääräisiä oireita.

”Muut sairausasiat” ajanvarausvastaanotoilla olivat potilaiden erilaisten oireiden arviointia (taulukko 47). Niistä osa hoitui vastaanotolla ja osalle tilattiin lääkärin vastaanotto.

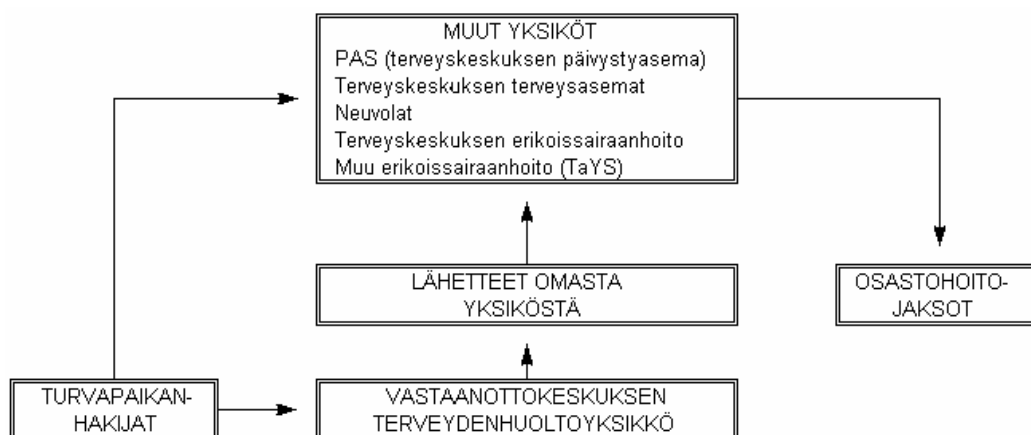
**Taulukko 47.** ”Muut sairausasiat” (taulukosta 46) käynneillä hoitajien luona

Käynnin syy	Ajanvaraus- käynnit		Käynnit ilman ajanvarausta	
	N	%	N	%
Ihoasiat	12	39	16	11
Mahavaivat	5	16	23	15
Muut	4	13	20	13
Infektiot	3	10	29	19
Päänsärky	3	10	14	9
Muut kiputilat	1	3	13	9
Selkävaivat	2	6	12	8
Sydänvaivat	1	3	5	3
Jalkavaivat			5	3
Silmävaivat			6	4
Urologiset vaivat			3	2
Tapaturmat			6	4
<b>Yhteensä</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

Ajanvarauskäynneistä 59 prosenttia ja ilman ajanvarausta tapahtuneista käynneistä 91 prosenttia liittyi sairausasioihin. Sairauskäynneiksi laskettiin tällöin mielenterveyskäynnit, keskustelukäynnit, muut sairausasiat, lääkeasiat, hoitotoinenpiteet, kontrollikäynnit, hammasasiat ja ne käynnit, joilla oli useita asioita.

### *Lähetteet*

Mennessään ulkopuolisiin yksikköihin hoitoon turvapaikanhakijat saivat yleensä lähetteen vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksiköstä. Joskus he hakeutuivat ulkopuolisiin hoitoyksiköihin myös ilman lähetettä (kuva 13).



**Kuva 13.** Turvapaikanhakijoiden hakeutuminen vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön ulkopuolisiin hoitoihin

Läheteitä mielenterveystoimistoon, muuhun erikoissairaanhoitoon ja laboratoriotutkimuksiin sai noin joka kymmenes (taulukko 48).

**Taulukko 48.** Turvapaikanhakijoiden saamat läheteet vastaanottokeskuksen ulkopuolisiin terveydenhuoltoyksiköihin

Läheteet	N	%
Läheteet mielenterveystoimistoon	20	12
Läheteet erikoissairaanhoitoon	17	10
Läheteet laboratorioon	22	13
Läheteet radiologisiin tutkimuksiin	12	7
Läheteet yhteensä	71	

Läheteet mielenterveystoimistoon on haluttu käsitellä erillään muusta erikoissairaanhoitosta toisaalta siksi, että vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön välittömässä yhteydessä toimi psykiatrinen erityisyksikkö ja myös siksi, että psykiatria on kuormittavaa ja aikaa vaativaa moneen muuhun erikoisalaan verrattuna.

**Läheteitä mielenterveystoimistoon** tehtiin vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön lääkärinvastaanotolta 20 tutkitulle. Mielenterveystoimistolla tarkoitetaan tässä Tampereen kaupungin mielenterveyskeskuksen erityistyöryhmää maahanmuuttajille. Osa tutkituista oli saanut asian kiireellisyyden vuoksi läheteen jo terveydenhoitajan konsultaation perusteella tai oli muuta kautta päässyt mielenterveyspalveluiden piiriin.

**Läheteitä muuhun kuin psykiatriseen erikoissairaanhoitoon** tehtiin joka kymmenennelle. Tarvetta olisi ollut jopa enemmän. Osa tarpeista oli kuitenkin sellaisia, ettei niiden hoitaminen kiireellisen hoidon kriteerein ollut mahdollista. Silloin, kun lähetettä ei voitu kirjoittaa, asianomaista kehoitettiin rauhassa odot-



tamaan, kuinka oleskelulupa-asiassa käy. Asiaan palattaisiin tarvittaessa myöhemmin. Mikäli sairaus olisi akutisoitunut, asiaa olisi tarkasteltu uudelleen.

Silmälääkärille sai lähetteen neljä. Sisätautilääkärille sai lähetteen kolme. Neljälle tehty gynekologilähetteen tehtiin yksityisille lääkäriasemille sen vuoksi, että jonot julkisiin palveluihin olivat pitkät. Lastenlääkärille sai lähetteen kaksi. Neurologille lähetettiin kaksi. Muut erikoissairaanhoidon tehty lähetteen olivat suukirurgille posken limakalvonalaisen muutoksen takia tehty lähete ja perhe-neuvolaan tehty lähete saman perheen kahden lapsen vaikeiden käyttäytymishäiriöiden vuoksi.

Lähetettä, joiden tarkoittama käynti ei toteutunut, oli kuusi. Lähete suukirurgille suussa olevan tumman limakalvon alaisen muutoksen vuoksi ei toteutunut, koska asianomainen käännytettiin ennen kuin hän ehti saada ajan kirurgille. Kaksi lähetettä lastenlääkärille peruuntui käännytyksen takia. Toisella lapsella oli kehitysvamma, joka oli diagnosoitu jo hänen kotimaassaan ja toisella lapsella oli kouluongelmia, karsastus ja yökastelua. Kaksi lähetettä neurologille ei toteutunut. Toinen niistä peruuntui käännytyksen takia ja toinen siksi, ettei asianomainen mennyt vastaanotolle. Yhden vaikean karsastuksen takia tehtiin lähete silmälääkärille. Käynti ei kuitenkaan toteutunut perheen käännytyksen vuoksi.

**Lähetteen hammaslääkärille** sai lääkärin tutkimusvastaanotolta vain muutama tutkittu. Useimmiten hammasvaivat ja -ongelmat oli esitetty jo terveydenhoitajan vastaanotolla, jonne oli hakeuduttu jo ennen lääkärin perusvastaanottoa. Näin ollen särkytapauksissa asianomainen oli usein ehtinyt käydäkin jo hammaslääkärillä ennen tutkimusvastaanottoa. Siksi lukumäärien arvioiminen tutkimusvastaanoton yhteydessä tehdyistä lähetteisistä ei anna oikeaa kuvaa hammaslääkäripalveluiden tarpeesta.

**Lähetteen laboratorioon ja röntgeniin** tehtiin joillekin tutkituille silloin, kun rutiinina otettujen kokeiden lisäksi tarvittiin lisäkokeita. Rutiinisti otetun keuhkokuvan lisäksi muita röntgentutkimuksia tarvittiin harvoin perustutkimuksen yhteydessä, mutta sen sijaan seuranta-aikana erilaisten akuuttitilanteiden diagnostiikassa jonkun verran.

**Lähetettä fysioterapiaan** ei tehty primaaritutkimuksen perusteella lainkaan.

### *Käynnit muissa kuin vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä*

Tutkimukseen osallistuneet turvapaikanhakijat kävivät myös vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön ulkopuolisissa terveydenhuoltoyksiköissä (taulukko 49). Tässä on käsitelty käyntejä hammaslääkärissä, mielenterveystoimistossa, Hatanpään päivystysasemalla, muissa terveyskeskuksen yksiköissä sekä erikoissairaanhoidossa. Käyntejä erikoissairaanhoidossa toteutui terveyskeskuksen toimipisteissä, muussa julkisessa erikoissairaanhoidossa ja yksityisessä erikoissairaanhoidossa.

**Taulukko 49.** Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön ulkopuolisissa terveydenhuoltoyksiköissä käyneet turvapaikanhakijat, heidän käyntiensä määrät ja kutakin palvelua käyttäneiden prosenttiosuus (n = 170)

	Käyneet N	Käynnit N	Palvelua
			käyttäneiden %-osuus
Käynnit muissa yksiköissä			
Hammaslääkäri	28	56	16
Mielenterveystoimisto	29	143	17
Hatanpään päivystysasema (PAS)	25	41	15
Muut terveyskeskuksen yksiköt	16	45	9
Terveyskeskuksen erikoissairaanhoido	3	5	2
Muu julkinen erikoissairaanhoido	11	19	6
Yksityinen erikoissairaanhoido	19	23	11

**Hammaslääkärikäyntien** lukumäärä saatiin laskutuksen kautta. Laskuista ei voi yksiselitteisesti arvioida, mitä käynnillä oli tehty. Se ei kuitenkaan ollut tarkoituksaan, vaan tavoitteena oli saada käsitys siitä, missä määrin turvapaikanhakijat kuormittivat hammashoidon palveluita. Kysymyshän oli tilanteista, jotka olivat vaatineet akuuttia ja kiireellistä hoitoa. Arvion kiireellisyydestä oli useimmiten tehnyt terveydenhoitaja ja lähete hammaslääkäriin oli tehty ja jopa ensimmäiset käynnit saattaneet tapahtua ennen ensimmäistä lääkärint vastaanottoa. On mahdollista, että päästäkseen ensikäynnille jotkut hammaslääkäriin haluavat liioittelivat oireitaan saadessaan tietää, että vain kiireelliset asiat hoidetaan.

Hammaslääkärikäyntejä oli 28 tutkitulla (16 prosentilla) (taulukko 50). Näistä kahdella kolmasosalla oli vain yksi käynti, mutta monella käyntejä oli useampia, enimmillään 12 käyntiä. Osa tutkituista pääsi ensimmäiselle hammaslääkärikäynnilleen vasta myöhemmin seuranta-ajan kestäessä ja on mahdollista, että heidän hoitonsa jatkuivat vielä kuuden kuukauden seuranta-ajan päätyttyäkin, jolloin laskutusta ei enää seurattu.

**Taulukko 50.** Hammaslääkärissä käyneet turvapaikanhakijat, käyjien prosentuaalinen osuus kaikista turvapaikanhakijoista (n=170) ja vain niistä, jotka olivat käyneet hammaslääkärissä (n=28) sekä hammaslääkärissä käyntien määrät käyntikertojen mukaan laskettuina ja vastaavat prosenttiosuudet

Käyntien määrä	n = 170		n = 28		Käynnit, n = 56	
	N	%	%	N	%	
Ei käyntejä hammaslääkärissä	142	84	---	---	---	
1 hammaslääkärikäynti	19	11	68	19	34	
2 hammaslääkärikäyntiä	4	2	14	8	14	
3 hammaslääkärikäyntiä	2	1	7	6	11	
4–12 hammaslääkärikäyntiä	3	2	11	23	41	
Yhteensä	170	100	100	56	100	

Monet turvapaikanhakijat itse toivoivat pääsevänsä nimenomaan hammaslääkärille. Siihen näyttäisi olevan perustelujakin tutkituille perustarkastuksen yhtey-

dessä suoritettujen hampaiston arvion perusteella. Kun vertaa tässä tutkimuksessa perusvastaanotolla havaittuja hampaiston puutteita, joita oli 55 prosentilla tutkituista, voi päätellä, että kaikki, joilla olisi ollut hoidettavaa, eivät hammaslääkäriin päässeet. Koska osa turvapaikanhakijoista tulee saamaan oleskeluluvan, ha-  
keutunee moni hammashoitoon kotipaikan varmistuttua.

**Mielenterveystoimistokäynnit** toteutuivat Tampereen kaupungin mielenterveyskeskuksen maahanmuuttajille tarkoitettussa erityisyksikössä, jossa työskenteli psykiatri, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Fysioterapian tarpeellisuus syntyy erityisesti siitä, että monilla turvapaikanhakijoilla on esimerkiksi kidutuskokemuksia, joiden seurauksena käsitys omasta kehosta ja sen tuntemisesta oikealla tavalla on hämartynt. Käyntejä ei ole eritelty sen mukaan, kenen työntekijän luona ne ovat tapahtuneet.

Tätä erityispalvelua oli käyttänyt 16 prosenttia tutkituista (taulukko 51). Puolella mielenterveystoimistossa käyneistä oli enintään neljä käyntiä. Eniten käyneelle oli kertynyt seurannan aikana 19 käyntiä. Kokonaiskäyntimäärä psykiatriassa erikoissairaanhoidossa oli 143 käyntiä (ei sisällä käyntejä Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa, josta tietoa ei ollut käytettävissä) eli keskimäärin 5,1 käyntiä käynyttä kohden. Nämä luvut eivät välttämättä kerro potilaiden hoidon tarvetta kokonaisuudessaan.

**Taulukko 51.** Turvapaikanhakijoiden mielenterveystoimistossa käynnit sekä käynteiden prosentuaalinen osuus kaikista tutkituista (n=170) ja vain niistä, jotka käyttivät mielenterveystoimiston palveluita (n=28)

Käyntien määrä	Käyjät	n=170		n=28	
			%		%
Ei käyntejä	142	84	---		
1 käynti	3	2	11		
2–4 käyntiä	12	7	43		
5–8 käyntiä	9	5	32		
9–19 käyntiä	4	2	14		
Yhteensä	170	100	100		

Vastaanottokeskukseen saattoi tulla muualta turvapaikanhakijoita, joilla oli jo käynnissä terapia Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa Helsingissä, eikä tällöin hoitosuhdetta haluttu katkaista, vaikka paikkakunta vaihtui. Yhdellä tutkitulla oli käyntejä siellä, mutta niiden lukumäärä ei ollut tiedossa.

Mielenterveystoimiston potilaina kävi neljä sellaista, joilla ei perusvastaanotolla havaittu mitään psyykkisiä oireita siitä huolimatta, että he kaikki olivat jo ennen tutkimusvastaanottoa olleet mielenterveystyöryhmän potilaina. He eivät tutkijan perusvastaanotolla ilmaisseet olevansa erityisyksikön asiakkaita.

**Käyntejä päivystysasemalla** toteutui, koska vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä ei ollut iltaisin ja viikonloppuisin päivystystä. Tuolloin äkillisesti sairastuneiden ainoaksi mahdollisuudeksi jäi käyttää Hatanpään sairaalan yh-

teydessä sijaitsevan päivystysaseman (PAS) palveluita. Tutkituista 25 (15 prosenttia) oli käyttänyt päivystysaseman palveluita. Näistä 16 oli käynyt kerran, seitsemän oli käynyt kahdesti, yksi oli käynyt neljästi ja yksi oli käynyt seitsemän kertaa. Käyntejä oli kaikkiaan 41 eli keskimäärin 1,6 käyntiä PAS:lla käynttä kohti.

Käyntien syyt olivat seuraavanlaisia: Vatsakipujen takia oli seitsemän käyntiä. Näistä yksi henkilö oli tuotu päivystysaikana poliisin säilöstä, minne hänet oli sijoitettu välitöntä karkottamista varten hänen prosessinsa tultua siihen vaiheeseen, että karkotuspäätös oli tarkoitus panna täytäntöön. Asianmukaisen tutkimuksen jälkeen hän oli mennyt takaisin viranomaisten huostaan. Toinen oli appendisiittiepäily, joka lähetettiin päivystysasemalta edelleen TaYS:aan, mutta jossa häntä ei kuitenkaan leikattu. Kolme potilasta oli käynyt päivystyksessä haavan vuoksi ja yksi potilas kolmesti kurkkuvaivan vuoksi. Kahdella potilaalla oli ollut käynti päänsäryn vuoksi ja yksi potilas oli käynyt kahdesti virtsavaivojen vuoksi. Turvapaikanhakijaveljekset olivat käyneet tarkoituksenaan saada voimakkaita särkylääkkeitä. He olivat ilmeisesti huumeenkäyttäjiä ja hävisivätkin pian sen jälkeen, kun heille selvisi, että he eivät voi saada toivomiaan lääkkeitä. Yhdellä oli ollut roska silmässä ja myöhemmin sama silmä oli tulehtunut. Yksi kävi päivystyksessä auto-onnettomuuden vuoksi. Huimauksen, ihottuman, kaatumisen, ruokahaluttomuuden ja kylkikivun vuoksi oli ollut yksittäiset käynnit. Erilaisten särkyjen vuoksi oli kolme käyntiä. Yksi meni rintakivun takia PAS:lle. Toinen ohjattiin PAS:lle EKG-löydöksen vuoksi suoraan oman yksikömmen tutkimusvastaanotolta. Hänellä oli rintakipu ja hänen EKG:ssään oli Q-aallot ja T-negatiivisuuksia. Yhdellä oli alkuraskauden aikainen vuoto. Päivystysasemalta hänet siirrettiin TaYS:iin, missä varmistui spontaani keskenmeno.

Päivystysasemakäyntejä oli varsin vähän siihen nähden, että kysymys oli puolen vuoden seuranta-ajasta ja 170 turvapaikanhakijasta. Muutama käynneistä oli omasta yksiköstämme ohjattuja. Osa käynneistä oli selvästi kiireellistä hoitoa vaativia. Oli myös käyntejä, joiden syy ei olisi vaatinut päivystysluonteista tutkimusta ja hoitoa.

**Käyntejä muissa terveyskeskuksen yksiköissä** tapahtui, vaikka tutkittavien ensisijainen sairauksien hoitopaikka oli vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikkö. Näistä suurin osa tapahtui asianomaisen spontaanin hakeutumisen perusteella, mutta osa ohjattiin muualle yksiköstämme tehtyjen läheteiden perusteella, esimerkiksi terveydenhoitajan lähettämänä silloin, kun oma lääkäri oli poissa. Osa käynneistä oli suunnitelmallisia ja usein toistuvia, esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolakäynnit.

Terveyskeskuslääkärillä kävi yksi potilas kerran, kolme potilasta kahdesti, yksi potilas kolmesti ja yksi potilas seitsemän kertaa. Käyntikertoja oli 17. Lastenneuvolakäyntejä oli kolmella kerran ja yhdellä kahdesti. Yksi kävi kahdesti lääkärin luona lastenneuvolassa ja kahdesti terveydenhoitajalla. Kahdella oli kaksi äitiysneuvolakäyntiä ja yhdellä neljä käyntiä, joista yksi oli synnytyksen jälkeinen kotikäynti. Yhdellä oli kuusi äitiysneuvolakäyntiä ja kerran käynti ultraäänitutkimuksen vuoksi.

Lääkärissä käyneistä eniten käyntejä (seitsemän) oli potilaalla, joka kävi kolmesti selkensä vuoksi, kerran mielenterveysasioissa ja kolme kertaa pakarassa olevan paiseen vuoksi. Hän meni alun perin psykiatriseen hoitoon Pitkaniemen sairaalaan, jossa hänen selkensä kuitenkin kipeytyi niin, että hän joutui sieltä Hatanpään sairaalaan ja siinä vaiheessa hänelle tuli vielä paise pakaraan. Selän röntgen- ja magneettikuvausten ja pakararan paiseen hoidon jälkeen alkuperäistä hoitoa jatkettiin vielä psykiatrisen sairaalan osastolla. Yhdellä kävijällä oli perheväkivaltaongelma, ja lisäksi hänellä oli oksetusta ja mahavaivoja ja neuvolassa käynti raskauden vuoksi. Yhdelle, jolla oli alavatsavaivoja, tehtiin paksusuolen tähytys. Yksi kävi flunssan vuoksi kahdesti. Yksi kävi pyytämässä lausuntoa oltuaan päivystysasemalla aiemmin puukotuksen vuoksi haavan ompelussa. Yksi kävi kahdesti solisluun murtuman vuoksi, ja sama mies kävi myös omassa yksikössämme samasta vaivasta. Terveyskeskuksen hoitajien luona käynneillä syinä olivat flunssa, sairasloma, helikobakteerin puhallustesti, silmäasia ja mielenterveysasia. Yhdellä kävijällä oli useita eri asioita samalla käynnillä.

Yksi turvapaikanhakija asui toisella paikkakunnalla ja hän kävi siellä kahdesti äitiysneuvolassa, minkä lisäksi päivystysvastaanotolla lääkäriässä raskautensa takia ja keskussairaalan äitiyspoliklinikalla kahdesti. Mainittakoon, että usea turvapaikanhakijanainen alkoi odottaa vauvaa seuranta-aikana.

Kaikkiaan käyntejä terveystakeskuksen muissa yksiköissäkään ei ollut paljoa, kun huomioidaan seuranta-aika ja turvapaikanhakijoiden määrä.

**Käyntejä terveystakeskuksen erikoissairaanhoidossa** oli viisi. Kaksi tutkittua kävi kerran ja yksi tutkittu kävi kolmesti terveystakeskuksen lähete-poliklinikoilla.

**Käyntejä muussa julkisessa erikoissairaanhoidossa** kuin Tampereen terveystakeskuksen erikoissairaanhoidon yksiköissä toteutui Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Yksi käynti oli kahdeksalla tutkitulla, kaksi käyntiä kahdella tutkitulla ja seitsemän käyntiä yhdellä tutkitulla.

Käyntimäärien osalta luku julkisessa erikoissairaanhoidossa nousee yhden ainoan turvapaikanhakijan vuoksi. Hän kävi useita kertoja sisätautipoliklinikalla ja keuhkosairauksien poliklinikalla, koska häneltä löytyi tuberkuloottinen pleuriitti. Lisäksi kaksi poikaa kävi perheneuvolassa useita kertoja yhdessä. Tutkijalla ei ole tietoa siitä, kuinka monta käyntikertaa heillä oli eikä heitä sen vuoksi ole laskettu käyntikertojen osalta lukumääriin.

**Käyntejä yksityisessä erikoissairaanhoidossa** oli gynekologilla, silmälääkärillä ja kirurgilla. Viisitoista kävi kerran ja neljä kävi kahdesti.

### *Poliklinikkakäynnit*

Eniten erikoissairaanhoidossa käytettiin sisätautilääkärin ja gynekologin palveluita. Gynekologin palveluista valtaosa tapahtui yksityisellä gynekologiasemalla. Koska useimmat turvapaikanhakijat olivat kulttuureista, joihin kuuluu se, että

ainakaan gynekologisessa asiassa ei mieslääkärin kanssa mielellään asioida, katsottiin viisaimmaksi hoitaa asia käyttämällä ulkopuolista gynekologia.

Sisätautipoliklinikalla kävi neljä, TaYS:in ensiavussa kävi kaksi, kirurgian poliklinikalla kävi yksi, naistentautien poliklinikalla kävi yksi ja Pitkäniemen psykiatrian poliklinikalla kävi yksi tutkittu. Yksi kävi toisen keskussairaalan äitiyspoliklinikalla kerran. Yksi potilas kävi kahdella eri poliklinikalla. Polikliinisesti erikoissairaanhoidossa yksityisellä lääkäriasemalla kävi kolme gynekologilla, kolme silmälääkärillä ja yksi kirurgilla.

Aiemminkin mainitut yhden perheen kaksi lasta kävivät lukuisia kertoja perheneuvolassa vaikeiden käyttäytymishäiriöiden vuoksi. He olivat vastaanottokeskuksessa käyttäytyneet uhkaavasti toisia kohtaan. Hoitokäynnit päättyivät suunnitelmallisesti, ja tilanne parani. Perhe sai oleskeluluvan varsinaisen seurannan jo päätyttyä.

### *Osastohoitojaksot*

Osastohoitojaksoja toteutui usealla erikoisalalla (taulukko 52) useassa eri sairaalassa. Niitä oli 11 tutkitulla (kuudella prosentilla).

**Taulukko 52.** *Turvapaikanhakijoiden osastohoitojaksot käyjien määrän ja hoitovuorokausien mukaan*

	Hoito- jaksoilla käyneet	Hoito- vuoro- kaudet
Osastohoitojaksot	N	N
Psykiatria	5	88
Psykiatria ja kirurgia*	1	24
Sisätaudit ja keuhkotaudit*	1	12
Naistentaudit	1	9
Kirurgia	2	7
Sisätaudit	1	2
<b>Yhteensä</b>	<b>11</b>	<b>142</b>

\*Yhdellä potilaalla oli osastohoitoja sekä sisätautien että keuhkosairauksien osastoilla samasta asiasta. Yhdellä potilaalla oli peräkkäin hoitojaksot psykiatrialla siten, että niiden välissä oli hoitojakso kirurgisella osastolla.

Turvapaikanhakijoiden hoitojaksojen keskimääräinen pituus oli 12,6 hoitopäivää. Hoitojaksojen keskiarvoa kasvattivat pitkät hoitojaksot psykiatrisessa yksikössä. Erikseen laskettuna hoitojaksojen keskimääräinen pituus psykiatrisilla osastoilla oli 19 hoitopäivää ja muilla osastoilla 6,5 hoitopäivää. Hoitojaksoista toteutui kaikkiaan 62 prosenttia psykiatrisilla osastoilla. Vuodeosastohoitoa käytäneistä 46 prosenttia käytti psykiatrisia osastohoitopalveluita. Psykiatrian lisäksi osastohoitoja toteutui kirurgisilla, sisätautien, naistentautien ja keuhkosairauksien osastoilla. Osastohoitojaksoja toteutui seuraavien tutkittujen kohdalla:

- 36-vuotias nainen (Eurooppa) oli Pitkäniemen sairaalassa hoidossa graavin depression vuoksi 65 päivää.
- 28-vuotias mies (Afrikka) oli Pitkäniemen sairaalassa psykiatrisella osastolla kahdeksan päivää, mutta joutui sieltä siirtymään kovien selkävaivojen vuoksi Hatanpään sairaalaan kirurgiselle osastolle. Siellä hänen selkäänsä tehtiin magneettikuvaus ja hänelle tuli lisäksi pakaraan absessi. Hän oli siellä hoidossa yhdeksän päivää, minkä jälkeen hän meni jatkamaan hoitoaan Pitkäniemeen vielä seitsemäksi päiväksi.
- 22-vuotiaalla miehellä (Afrikka) oli useita hoitjaksoja sekä sisätautiosastolla että keuhko-osastolla (yhteensä 12 päivää), diagnoosi oli pleuritis tuberculosa.
- 49-vuotias nainen (entisen Neuvostoliiton alue), jolla oli aiemmin jo leikattu märkivät tuubat ja peritoniitti kotimaassaan. Perustutkimuksessa hänellä oli alavatsalla tuumori. Hän oli TaYS:ssa naistentautiosastolla yhdeksän päivää. Lopullisesta diagnoosista ei ole tietoa.
- 20-vuotias nainen (Aasia) oli Pitkäniemen sairaalassa hoidettavana depression vuoksi kahdeksan päivää. Hänet siirrettiin toiseen vastaanottokeskukseen, jossa psykiatristen palveluiden saaminen tuskin oli yhtä helposti järjestettävissä kuin Tampereella.
- 25-vuotias nainen (Aasia) oli hoidossa Pitkäniemen sairaalassa alun perin ahdistuneisuuden ja masennuksen vuoksi, mutta hoidossa paljastui potilaan olevan myös psykoottinen ja diagnoosiksi tuli psychosis NUD, hoitoaika seitsemän päivää. Hänen kohdallaan toteutui seuranta-aikana 19 hoitokertaa mielenterveystoimistossa ja 35 tukikäyntiä terveydenhoitajan luona omassa yksikössämme. Perhe on sittemmin saanut oleskeluluvan.
- 27-vuotias nainen (Aasia) oli Pitkäniemen sairaalassa psykiatrisessa hoidossa viisi päivää.
- Kolmen vuoden ja viiden kuukauden ikäinen poika (Aasia) oli kaatunut ja oli sen vuoksi kirurgisella osastolla TaYS:ssa. Hänellä diagnosoitiin fractura condyli lateralis humeri lateris sinistri. Hänelle tehtiin leikkaus (reductio cruenta ja filamentofiksaatio) sekä kipsaus, hoitoaika oli neljä päivää.
- 22-vuotiaalla naisella (Eurooppa) oli raskauden alkuvaiheessa vatsakipujakso TaYS:in kirurgian osastolla kolme päivää diagnoosilla dolores abdominis NUD.
- 31-vuotias mies (Aasia) oli Pitkäniemen sairaalassa hoitajaksolla levottomuuden, ahdistuneisuuden ja alavireisyyden vuoksi kolme päivää.
- 40-vuotias mies (Aasia) oli TaYS:ssa seurattavana, koska hänellä oli perusvastaanotolla takykardia, sydäimestä toisen asteen sivuääni. EKG:ssä oli Q-aallot ja T-negatiivisuudet. Hän lähti suoraan vastaanotolta Hatanpäälle, mistä edelleen TaYS:iin, jossa hän oli kaksi päivää. Diagnoosiksi tuli R07.3 Dolores pectoralis NUD.

Kaikista sairaalahoitajaksoista ei ole käytettävissä epikriisitietoja varmojen diagnoosien asettamiseksi. Lisäksi tulee mainita turvapaikanhakijanainen, joka synnytti seurannan aikana. Hän oli turvapaikanhakijaksi ilmoittautuessaan 35. viikolla raskaana. Hänellä ja hänen lapsellaan oli synnytyksen vuoksi sairaalahoitajakso TaYS:ssa.

### *Tehdyt radiologiset tutkimukset*

Seurannan aikana tehtiin läheteitä radiologisiin tutkimuksiin tiukoin kriteerein. Pelkästään tutkittavan halu saada tietää ei ollut riittävä indikaatio radiologiseen tutkimukseen lähettämiseksi. Rutiinikeuhkokuvan lisäksi radiologisia tutkimuksia tehtiin 20 tutkitulle.

Kontrollikuvia keuhkoista otettiin kolme. Lannerangan kuvia otettiin neljä ja lannerangan magneettikuvauksia otettiin yksi. Jalkaterien kuvia, sinuskuvia, kallokuvia ja polvikuvia otettiin kutakin kaksi. Seuraavia tutkimuksia otettiin yksi kutakin: kaularanka, rintaranka, olkapää, olkavarsi, ranne, reisi, mammografia yhdistettynä ONB-tutkimukseen ja ylävatsan ultraäänitutkimus. Osa tutkimuksista katsottiin indisoiduksi jossain muussa kuin omassa yksikössämme ja tutkimus suoritettiin sen vuoksi. Joitakin keuhkokuvakontrolleja otettiin radiologin nimenomaisesta kehotuksesta kontrollikuvaukseen.

### *Lääkärinlausunnot*

Turvapaikanhakijat tarvitsivat lääkärinlausuntoja muun muassa asianajajilleen. Niissä kuvattiin asianomaisen terveydentilaa, mahdollisia kidutus- tai pahoinpitelyvammoja ja mahdollista psyykkistä kuormitusta. Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä tehtiin viisitoista tällaista lausuntoa. Psyykkisten syiden vuoksi lausunnot kirjoitti usein maahanmuuttajien erityistyöryhmän psykiatri. Turvapaikanhakija oli saattanut saada lausunnon jo aiemmassa oleskelupaikassaan tai oli saanut sen muusta yksiköstä. Havaituista ilmoitettavista infektioista laadittiin tartuntatauti-ilmoitukset.

### *Anamnestisten tietojen ja löydösten vertailu*

Aineistoa tarkasteltiin jaettuna siten, että jakoperusteina oli ensiksi se, onko asianomaisilla ollut aikaisempia sairauksia vai ei. Lisäjakoperusteena oli se, löytyikö asianomaiselta poikkeavaa perustutkimuksessa tai laboratorio- tai röntgentutkimuksissa. Kolmantena jakoperusteena oli se, oliko asianomaisella ollut kuuden kuukauden seurannassa havaittuja uusia löydöksiä. Näin saatiin kahdeksan eri ryhmää (taulukko 53).



**Taulukko 53.** Tutkittujen jakauma sen mukaan, oliko heillä ollut anamnestisia tietoja sairauksista, tutkimuslöydöksiä tai seurantalöydöksiä, tutkittujen lukumäärät

Haastattelussa tietoja aiemmista sairauksista	On seurantalöydöksiä		Ei seurantalöydöksiä		Yhteensä
	On status- löydöksiä	Ei status- löydöksiä	On status- löydöksiä	Ei status- löydöksiä	
Tuli esille	27	2	70	9	108
Ei tullut esille	8	1	35	18	62
Yhteensä	35	3	105	27	170

Sama taulukko esitettynä prosenttijakaumina kyseisten ryhmien osalle on vielä informatiivisempi (taulukko 54).

**Taulukko 54.** Tutkittujen jakauma sen mukaan, oliko heillä ollut anamnestisia tietoja sairauksista, tutkimuslöydöksiä tai seurantalöydöksiä, tutkittujen prosenttiosuudet

Haastattelussa tietoja aiemmista sairauksista	On seurantalöydöksiä		Ei seurantalöydöksiä		Yhteensä
	On status- löydöksiä	Ei status- löydöksiä	On status- löydöksiä	Ei status- löydöksiä	
Tuli esille	15,9	1,2	41,2	5,3	63,5
Ei tullut esille	4,7	0,6	20,6	10,6	36,5
Yhteensä	20,6	1,8	61,8	15,9	100,0

Kaikista tutkituista 89 prosentilla oli jotain sellaista merkittävää joko anamneesissaan, tutkimustuloksissaan tai seurannassa, mikä antoi aiheita lisätarkasteluun tai toimenpiteisiin. Kahdeksallatoista tutkitulla (11 prosentilla) ei ollut anamnestisesti eikä perustutkimuksessa tai seurannassa mitään merkittävää. Tieto jostain aikaisemmasta sairaudesta oli 64 prosentilla, tutkimuksessa löydöksiä oli 83 prosentilla ja seurantalöydöksiä oli 23 prosentilla tutkituista. Niistä, joilta ei tullut haastattelussa esille mitään aiempia sairauksia, oli kuitenkin 69 prosentilla joko tutkimuksessa tai seurannassa löydöksiä.

## 10.10 Kuormittavuus

Arvioitaessa sitä, kuinka paljon turvapaikanhakijat ja muut maahanmuuttajat kuormittivat ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikköä, tulee asiaa tarkastella pitäen samanaikaisesti mielessä se, että yksikön kaikilla työntekijöillä oli paljon myös muita potilaita kuin tässä tutkimuksessa mukana olevat. Terveydenhuoltoyksikön työntekijöillä oli myös muita toimenkuvaan kuuluvia tehtäviä kuin pelkästään vastaanottotyö. Aiemmin tulleet, vielä vastaanottokeskuksen ja ulkomaalaistoimiston kirjoilla olevat turvapaikanhakijat ja muut maahanmuuttajat käyttivät edelleen terveydenhuoltoyksikön palveluita.

Tässä tehty arvio turvapaikanhakijoiden terveydenhuollolle aiheuttamasta kuormittavuudesta kattoi vain sen osan työntekijöiden ajankäytöstä, jolla kukin

käytti aikaansa tutkimuksessa mukana olevien terveydenhuoltoon. Arvio kokonaistyöajan jakautumisesta voidaan tehdä vain lääkärin osalta. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida tehdä varmaa arviota siitä, kuinka suuren osan kuormituksesta tämän tutkimukseen osallistuneet aiheuttivat terveydenhoitajille, koska terveydenhoitajien muuta työskentelyä ei seurattu. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollosta vastasi pääsääntöisesti kaksi terveydenhoitajaa, joiden työpanos tuli kokonaan turvapaikanhakijoiden hyväksi, uusien tulijoiden ja jo keskuksessa kauemmin olleiden. Muiden maahanmuuttajien terveydenhuollosta vastasi yksi terveydenhoitaja. Hänen työpanoksensa arviointi ei kuulunut tämän tutkimuksen tehtäviin.

Vastaanottokeskuksen lääkärin vastaanotolla kävi tutkimuksen kestoajana (elokuu 2003 – kesäkuu 2004) yhteensä 908 potilasta (taulukko 18 sivulla 92). Tässä olivat mukana niin tutkimukseen kuuluvat kuin muutkin yksikössä kirjoilla olleet potilaat. Ajanvarauksia lääkärille oli lähes tuhat, kun mukaan otetaan kaikki ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikön potilaat. Vastaanotolla käyneistä 94 prosenttia kävi ajanvarauksella (86 prosenttia ajanvarauksista, joissa mukana tulematta jättämiset). Sen lisäksi, että kaikilla tähän tutkimukseen osallistuneilla oli lääkärin vastaanotolla peruskäynti, jossa perehdyttiin monipuolisesti hänen tilanteeseensa, oli heillä tutkimusaikana 115 muuta käyntiä ajanvarauksella ja 26 muuta käyntiä ilman ajanvarausta. Kaikki ajanvaraukskäynnit olivat terveydenhoitajien arvioimina sellaisia, joissa tarvitaan lääkärin kannanotto. Neljäsosassa hoitajan luona ajanvarauksella tai ilman ajanvarausta tapahtuneista käynneistä seurasi ohjaaminen lääkärin vastaanotolle ajanvarauksen kautta. Kun 26:sta ilman ajanvarausta käyneestäkin käytännössä lähes jokainen oli ensin terveydenhoitajan vastaanotolla, nousee lääkäriin ohjautuneiden osuus 30 prosenttiin. Terveydenhoitajien arvioinnin mukaan sairauksien diagnosointi ja vakuustilanteen arviointi näyttääkin siis usein edellyttävän lääkärin työvoimapanosta.

Tutkimukseen osallistuneilla turvapaikanhakijoilla oli kaikkiaan 311 käyntiä lääkärin vastaanotolla ja 717 käyntiä hoitajien vastaanotoilla, kun mukaan luetaan perustarkastuskäynti sekä käynnit ajanvarauksella ja ilman ajanvarausta (taulukko 55).

Tähän tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden lääkärissä käyntien osuus kaikista lääkärin vastaanottokäynneistä oli 34 prosenttia (311/908). Heillä oli suhteessa jonkin verran enemmän poisjääntejä (11 prosenttia) vastaanotoilta kuin kaikilla lääkärin vastaanotoilla käyneillä (seitsemän prosenttia). Laskettaessa lääkärikäyntien määrää, on huomattava, että kaikkien tutkimuksessa mukana olevien luvuissa oli mukana varsinainen tutkimuskäynti. Kaikilla niillä potilailla, jotka kuuluivat lääkärin potilaskuntaan, mutta eivät olleet tutkimushenkilöitä, ei välttämättä ollut vastaavaa käyntiä tämän tutkimusjakson aikana. Vastaava tutkimuskäynti oli 70:llä tutkimuksen ulkopuolella olevalla henkilöllä. Muiden ryhmien lääkärissä käynnit olivatkin pääasiassa käynnejä sairauden takia. Lääkärin potilaskuntaan kuuluvia muita ryhmiä olivat kaikki muut ulkomaalaistoimiston asiakasryhmät kuin turvapaikanhakijat.

**Taulukko 55.** Tutkittujen käynnit vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä sekä muissa yksiköissä kuuden kuukauden seuranta-aikana ja kunkin palvelun keskimääräinen kuormittavuuden vertailuluku kuukaudessa tutkittua kohti (käyntien määrä/170/6 kuukautta)

Tutkittujen käynnit vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä 6 kk:n aikana	N	n = 1028	
		%	Kuukaudessa/ tutkittu
Peruskäynnit (tutkimusvastaanotto)	170	17	0,17
Lääkärillä ajanvarauksella	115	11	0,11
Lääkärillä ilman ajanvarausta	26	3	0,03
Hoitajalla terveystarkastuksessa	251	24	0,25
Hoitajalla ajanvarauksella	217	21	0,21
Hoitajalla ilman ajanvarausta	249	24	0,24
<b>Yhteensä</b>	<b>1028</b>	<b>100</b>	<b>1,01</b>
Käynnit lääkärillä	311		0,31
Käynnit hoitajilla	717		0,70
Sairauskäynnit	607		0,60
<b>Tutkittujen käynnit muualla 6 kk:n aikana</b>			
Hammaslääkärikäynnit	56		0,05
Käynnit mielenterveystoimistossa	143		0,14
Käynnit muualla terveyskeskuksessa	74		0,07
- PAS-käynnit		41	
- Terveyskeskuslääkärillä käynnit		16	
- Käynnit hoitajalla terveyskeskuksessa		6	
- Lastenneuvola- ja äitiysneuvolakäynnit		11	

Näin laskien tutkimukseen otettujen henkilöiden lääkärille sairauden vuoksi tehtyjen käyntien (141 käyntiä) osuus kaikista sairauden vuoksi tehdyistä käynneistä (kaikki käynnit – tämän tutkimuksen perustarkastuskäynnit) oli 20 prosenttia. Tämä antaa arvion siitä, missä suhteessa tutkimukseen kuuluvat kuormittivat yksikön lääkäriä sairausasioissa huomioitaessa koko työmäärä. Kysymyksessä on viidesosa sairauden vuoksi tehdyistä käynneistä.

Vertailua tutkimushenkilöiden ja lääkärin koko potilaskunnan osalta ei voida tehdä potilaiden kokonaismäärään nähden. Lukuun ottamatta tähän tutkimukseen kuuluvia turvapaikanhakijoita on mahdotonta arvioida tarkasti vastaanottokeskuksen asukkaiden määrää tietynä ajanjaksona, sillä muista ei pidetty samanlaisesti kirjanpitoa. Mukana oli pitkäänkin keskuksessa asuneita. Toisaalta oli sellaisia, jotka olivat olleet kirjoilla hyvin lyhyen aikaa. Periaatteessa kokonaismäärää voisi arvioida huomioimalla keskuksen paikkaluvun ja sen, että oli myös yksityismajoituksessa olevia turvapaikanhakijoita. Asiaan vaikuttaa myös se, että vaihtuvuus oli välillä suurta ja samalla vastaanottokeskuksen asiakaspaikalla saattoi olla puolen vuoden aikana jo useita eri henkilöitä.

Käyntien määrä terveyskeskuksen päivystysasemalla ei ollut suuri suhteutettuna turvanpaikanhakijoiden kokonaismäärään (170 henkilöä). Puolen vuoden seurannan aikana päivystysasemalla kävi 25 tutkittua, jotka kävivät siellä yhteensä 41 kertaa.

Aikaisemmin vastaanottokeskuksissa tehdyissä selvityksissä oli laskettu keskimääräisiä lääkäriiskäyntikertoja potilasta kohden. Rauhan vastaanottokeskuksessa käyntejä kuukaudessa tutkittua kohti oli keskimäärin 0,17 kertaa, Malmilla 0,25 kertaa ja Turussa 0,42 kertaa.

Tässä tutkimuksessa vastaavat keskimääräiset käyntiarvot olivat 1,01 kertaa potilasta kohden kuukaudessa, jos mukaan lasketaan vain käynnit vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä (kaikki lääkäriillä ja hoitajalla käynnit). Muualla käyntejä oli 41 käyntiä PAS:lla ja 33 käyntiä muissa ulkopuolisissa terveyskeskuksen yksiköissä, mikä vastaa 0,07 käyntiä tutkittua kohti kuukaudessa. Kun poistetaan terveystarkastuskäynnit hoitajalla ja varsinainen tutkimusvastaanottokäynti lääkäriillä, on keskimääräinen käyntitiheys lääkäriillä tai hoitajalla 0,60 käyntiä tutkittua kohti kuukaudessa. Näin laskettuna tutkittujen aiheuttama kuormitus vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä ja muissa terveyskeskuksen yksiköissä oli yhteensä 0,67 käyntiä kuukaudessa turvapaikanhakijaa kohden, kun huomioidaan kaikki muut terveydenhuollon käynnit paitsi terveystarkastuskäynnit. Lääkäriiskäyntien vastaava arvo oli 0,30 (mukana terveystarkastuskäynnit).

Osa terveystarkastuksessa käyneistä ei valittanut mitään vaivoja eikä heillä ollut lääkärintarkastuksessa löydöksiä, joten ilman kutsua he eivät olisi todennäköisesti tulleetkaan vastaanotolle.

## 10.11 Seurannan aikana todetut löydökset ja diagnoosit

Seurannassa tehdyistä diagnooseista pääosa tehtiin sairaalatutkimusten perusteella. Kaikilta hoitajakoilta ei ollut käytettävissä siellä asetettua diagnoosia. Kaikkiaan 38:lla tutkimuksessa mukana olleella oli joitain seuranta-ajalta kertyneitä tietoja. Kertyneet tiedot olivat joko tutkijan tekemiä diagnooseja tai poliklinikakäynneillä, sairaalahoitajakoilla tai muualla tehtyjä diagnooseja.

### *Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä tehdyt diagnoosit*

Vielä seurannassakin löytyi yksi gastriittipotilas. Yksi puhalsi lisäksi helikobakteeritestissä positiivisen näytteen ja sai helikobakteerin häätöhoidon. Yhdellä oli atooppinen ihottuma. Lisäksi löytyi yksi klamydiauretriitti, yksi prostatiitti ja yhdet peräpukamat. Yhdellä oli lumbago. Yksi selvä tonsilliitti löytyi.

Yksi tulovaiheessa jo raskaana ollut synnytti Tampereella. Hänellä oli lievä anemia. Ainakin kolme tuli gravidiksi seuranta-aikana. Yhden raskaana olevan perheessä oli ilmeisesti perheväkivaltaa, mikä aiheutti lisäseurantatarvetta. Hänellä oli myös käynti kirurgian poliklinikalla raskauden aikana ja diagnoosina oli dolores abdominis NUD.

### *Terveyskeskuksen perusterveydenhuollossa tehdyt diagnoosit ja kommentteja siellä tapahtuneista seurantakäynneistä*

Muulla, lähinnä päivystysasemalla tehtyjä diagnooseja oli muutamia. Yksi mies oli saanut solislunmurtuman ja oli tyytymätön päivystysasemalla saamaansa hoitoon, mikä tutkijan arvioimana oli ollut kuitenkin aivan adekvaatti. Kaksi otiittia ja yksi tonsilliitti kuuluivat päivystysajan diagnooseihin. Yksi mies oli käynyt mahakipujen vuoksi Hatanpään päivystysasemalla ja myöhemmin Turun päivystysasemalla astmansa vuoksi. Yksi potilas hakeutui päivystysasemalle mahakipujen vuoksi, kun hänet oli haettu käännyttämistä varten poliisin säilöön. Tutkimuksissa häneltä ei löytynyt mitään poikkeavaa.

### *Erikoissairaanhoidossa tehdyt käynnit ja diagnoosit*

Paksusuolen tähytys tehtiin yhdelle potilaalle, joka oli hakeutunut oma-aloitteisesti PAS:lle, mistä käsin hänet ohjattiin tutkimukseen. Siinä ei kuitenkaan löytynyt syytä vatsavaivoihin.

Terveyskeskuksen erikoissairaanhoidossa kävi 38-vuotias nainen (entisen Neuvostoliiton alue), ja hänelle tuli diagnoosiksi E05.0 Thyreotoxicosis cum struma diffusa (Basedow). Hänellä oli matala TSH vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä otetussa rutiinikokeessa ja sittemmin otettu T4V oli 31,9 sekä ultraäänilöydöksenä tyreoiditis chronica. Tutkittu oli ollut jo kahdessa vastaanottokeskuksessa ennen Tampereelle tuloa yhteensä 1,5 kuukautta ja jos tutkimusrutiineihin olisi kuulunut kilpirauhaskokeiden ottaminen, olisi diagnoosi ilmeisesti selvinnyt aiemmin.

Lastenlääkäri oli lähettänyt yhden potilaan infektio-poliklinikalle. Diagnoosista ei ole tietoa.

21-vuotias nainen, jolla oli aiemmin todettu mastopatia ja fibroadenoma rinnassa, löysi rinnastaan uuden epäilyttävän kyhmyn ja kävi mammografiassa. Häneltä otettiin myös ONB-näyte, missä ei ollut malignia.

Yhden perheen kaksi poikaa kävivät lukuisia kertoja perheneuvolassa vaikeiden käyttäytymishäiriöiden vuoksi, joita oli ilmaantunut vastaanottokeskuksessa.

35-vuotias nainen (entisen Neuvostoliiton alue) kävi TaYS:in ensiavussa, kun hänelle tuli rintavaivoja juuri, kun perhettä oltiin siirtämässä toiseen vastaanottokeskukseen. Diagnoosina oli R07.4 dolores thoracis. Tutkimuksen jälkeen hän meni perheensä perässä toiseen keskukseseen.

21-vuotias mies oli ollut sisätautien poliklinikalla. Tutkijalla ei ole tietoa siitä, mistä hän oli sinne lähetteen saanut ja mitä siellä oli tehty.

Useita lähetteitä peruuntui sen vuoksi, että asianomainen käännytettiin ennen kuin tutkimusaika poliklinikalle saatiin. Yksi potilas ei mennyt neurologin vastaanotolle, vaikka hänellä oli melko voimakkaat oireet.

## 10.12 Varatuilta vastaanotoilta poisjääneet

Tässä tutkimuksessa mukana olleista turvapaikanhakijoista vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön lääkärille, hoitajalle tai jonkun muun terveydenhuolto-palvelun tuottajan vastaanotolle jätti tulematta yhden tai useamman kerran 51 tutkittua (taulukko 56). Puolen vuoden seuranta-aikana hukkaantui 64 vastaanotokäyntiä. Tulkkikin oli usein hankittu paikalle turhaan.

**Taulukko 56.** *Turvapaikanhakijoiden eri vastaanotoilta poisjäämiset (ei saapunut vastaanotolle eikä perunut) terveydenhuoltoyksikön lääkärillä, terveydenhoitajalla ja muissa terveydenhuoltoyksiköissä*

Poisjääntien määrä	Lääkäri	Hoitaja	Muualla	Kaikki
1 poisjäänti	16	18	6	40
2 poisjääntiä	2	6	1	18
3 poisjääntiä		2		6
Poisjääntejä yhteensä	18	26	7	64

Tutkituista jäi pois 11 prosenttia oman lääkärin vastaanotolta, 15 prosenttia hoitajan vastaanotolta ja neljä prosenttia muualla asioinneista. Vastaavasti laskettaessa tutkijan koko potilaskuntaan kuuluvista lääkärinvastaanotolta poisjääneitten osuus, voidaan todeta, että se oli runsas seitsemän prosenttia. Koko potilaskunta käsitti tässä tutkimuksessa mukana olevien lisäksi jo kauemmin vastaanottokeskuksessa asuneita turvapaikanhakijoita sekä jo oleskeluluvan saaneita henkilöitä (kiintiöpakolaisia, perheen yhdistämismenettelyn kautta tulleita, niin sanottuja paluumuuttajia ja itsenäisesti Tampereelle tulleita).

## 10.13 Turvapaikanhakijoiden juridinen tilanne puolen vuoden seurannan jälkeen

Tutkittavien juridinen tilanne tarkastettiin puolen vuoden kuluttua heidän käynnistään tutkimusvastaanotolla (taulukko 57). Apuna käytettiin asiakirjatietoja.

**Taulukko 57.** *Turvapaikanhakijoiden tilanne seurannan päätyttyä*

Turvapaikanhakijoiden tilanne seurannan päätyttyä	Henkeä	%
Karkotettu	60	35
Vastaanottokeskuksen kirjoilla edelleen	47	28
Kadonnut	26	15
Saanut oleskeluluvan	22	13
Siirtynyt toiseen vastaanottokeskukseen	13	8
Ei tietoa	2	1
Yhteensä	170	100

Puolen vuoden seurannan aikana 170 turvapaikanhakijasta 48 prosenttia oli saanut päätöksen turvapaikka-anomukseensa. Heistä 22 oli saanut oleskeluluvan (27 prosenttia) ja 60 oli karkotettu (73 prosenttia), eli noin kolmelle neljästä päätös ei ollut mieluisa. Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön kirjoilla turvapaikanhakijoista oli edelleen runsas neljännes. Mahdollisista välipäätöksistä tai muutoksenhakuprosessista ei ollut mahdollista saada tietoa. Kokonaan kadonnut oli 26 henkeä. Toiseen vastaanottokeskukseen oli siirtynyt 13 henkeä.

## 10.14 Tutkimusmallin luominen

Ennen aineistonkeruun aloittamista laadittiin lomakkeisto, jota käyttämällä saatiin koottua kaikki tarpeellinen tieto tutkimusta varten. Lomakkeisto muotoiltiin aikaisemman turvapaikanhakijoiden vastaanottotyön tuoman kokemuksen perusteella. Lomakkeet suunniteltiin niin, että tarpeellisen tiedon kerääminen ja asianmukainen kirjaaminen voitiin toteuttaa haastattelutilanteen siitä häiriintymättä.

Kun haastattelu oli saatettu loppuun, suoritettiin lääkärintarkastus, jonka aikana löydökset kirjattiin lomakkeistoon. Viimeiseksi varattiin aikaa löydösten ja jatkosuunnitelmien selittämiseen tutkituille ja heidän mahdollisille kysymyksilleen.

Liitteenä 3 olevassa selvityksessä lomakkeiden täyttämismenettelystä kuvataan myös sitä, kuinka tutkimusmallia luotaessa kysymyksiä kehitettiin informatiivisiksi ja mitä seikkoja otettiin huomioon. Kokemusten perusteella laadittiin suosituslomakkeet, joita käyttäen turvapaikanhakijoiden tutkimus sujuu nopeasti ja joustavasti.

# 11 Pohdinta

Turvapaikanhakijoiden terveydentilasta ja terveyspalvelujen käytöstä ei ole ennestään kovin paljon tutkimustietoa. Turvapaikanhakemisen problematiikkaan perehdyttäessä onkin käytetty lähteinä myös sanomalehdissä olleita turvapaikanhakijoita koskevia artikkeleita, jotka ovatkin valaisseet heidän asemaansa ja olosuhteitaan tuoreella ja konkreettisella tavalla. Turvapaikanhakijakysymys on ollut paljon esillä tiedotusvälineissä ja julkisessa keskustelussa jo usean vuoden ajan ja turvapaikanhakijoiden terveyttä koskevan selvityksen tekeminen on ajan-kohtaista ja tarpeellista.

Kerätty tutkimusaineisto heijastaa aikaa, paikkaa ja maailmanpoliittista tilannetta eikä sinällään ole varmastikaan toistettavissa niin, että tulokset olisivat aivan samanlaisia. Tutkittujen taustat ja sairaudet riippuvat paljon siitä, mistä päin maailmaa turvapaikanhakijoita milloinkin tulee. Tämän tutkimuksen tulokset kuvaavat niitä, jotka olivat tulleet Tampereen vastaanottokeskukseen tiettyinä aikoina tietyistä paikoista. Ne henkilöt, jotka tulivat kyseisenä aikana Tampereelle, eivät ole välttämättä edustava otos turvapaikanhakijoista yleensä tai edes niistä turvapaikanhakijoista, joita tulee Suomeen. Näin ollen kaikkia turvapaikanhakijoita koskevien johtopäätösten tekemisen tämän tutkimuksen perusteella tulisi tapahtua varovasti. Silti tuloksista saatava informaatio voi olla hyödyllistä arvioitaessa niitä resursseja, joita tarvitaan järjestettäessä turvapaikanhakijoiden terveyspalveluita. Lähtöajatushan oli osoittaa se, että turvapaikanhakijoilla on erilaisia sairauksia, jotka vaativat asianmukaista huomiota. Vaikka heidän ei voida varmuudella päätellä olevan vaikkapa suomalaisiin verrattuna terveempiä tai sairaampia, on heillä joka tapauksessa tämän tutkimuksen tulosten perusteella tyydyttämätöntä terveyspalveluiden tarvetta. Aiemmin ei ole arvioitu funktionaalisessa mielessä turvapaikanhakijoiden terveystarpeita. Terveyspalveluita on tarjottu vain niille, jotka valittavat jotakin sairautta. Turvapaikanhakijoiden omat aiemmat kokemukset terveyspalveluiden käytöstä ja olettamukset omista oikeuksistaan vaikuttavat siihen, lähdetäänkö vaivoihin hakemaan apua. Mitä enemmän sairaus tai vaiva aiheuttaa huolta, sitä todennäköisempää on, että apua haetaan, usein myös päivystysvastaanotolta. Niin sanotut maan hiljaiset eivät – tässäkään tapauksessa – taida saada ääntään kuuluville, vaikka heillä saattaisi tarpeita olla.

Turvapaikanhakija mielletään helposti itäisestä Afrikasta, Lähi-idästä tai Itä-Euroopasta tulleeeksi terveeksi nuoreksi mieheksi, joka on lähtenyt etsimään parempaa elämää. Tutkimus kuitenkin osoitti, että tulijoiden joukossa on kaiken ikäisiä, molempia sukupuolia edustavia henkilöitä, joilla esiintyy erilaisia sairauksia. Heillä oli runsaasti vatsasairauksia, neurologisia ja psykiatrisia sairauksia



sekä kidutus- ja pahoinpitelykokemuksia. Myös eräiden yleensä pieniksi erikoisaloiksi ajateltujen sairausryhmien osuus oli huomattava, näistä esimerkkinä iho- ja silmäsairaudet. Trooppisia sairauksia ei ollut paljon, ei edes lämpimiltä alueilta tulleilla. Käsite trooppinen sairaus ei ollut yleisesti ottaen selvä edes sellaisille henkilöille, jotka tulivat vaikkapa Afrikasta, Aasiasta tai Lähi-idästä. Henkilö ei ehkä tiedä sairautensa nimeä ja voi pitää oireitaan niin tavalliseen elämään kuuluvina, ettei nimitä tilannettaan edes sairaudeksi.

Tutkituista kenelläkään ei ollut HIV:tä, vaikka monen lähtömaassa se on yleinen. Tutkimuksessa vahvistui tieto monen aikaisemminkin yleiseksi todetun sairausryhmän yleisyydestä. Vatsasairauksia, päänsärkyjä ja silmäsairauksia ilmoitettiin spontaanisti huomattavasti vähemmän kuin mitä tuli esille systemaattisessa kyselyssä ja tutkimuksissa. Kaikki esille tulleet vaivat eivät olleet kuitenkaan vakavia, ja tutkitut itsekin saattoivat pitää niitä vähäpätöisinä. Usein näitä vaivoja oli hoidettu ilman reseptiä saatavilla lääkkeillä tai muilla itsehoitokeinoilla. Tutkitut saattoivat myös jättää spontaanisti kertomatta näistä vaivoista ehkä ajatellen, että ”niihin ei kuitenkaan suhtauduta vakavasti tai niitä ei tutkita”. Monissa sairausryhmissä löytyi siis piilevää hoidon tarvetta.

Turvapaikanhakijoiden terveydestä huolehtivan järjestelmän kannalta yksi suuri huolenaihe tulee olemaan se, että tilanne voi nopeastikin muuttua. Toisaalta voidaan arvioida turvapaikanhakijoita tulevan jatkuvasti niistä maista, joista turvapaikanhakuun on lähdetty jo vuosikymmenien ajan. Heidän tuloonsa on mahdollista valmistautua ja arvioida tulijoiden profiilia sekä sitä, minkälaista kuorimitusta he mahdollisesti järjestelmälle tulevat aiheuttamaan. Turvapaikanhakijoita voi kuitenkin tulla sellaisiltakin alueilta, joista heitä ei aiemmin ole tullut. Kaksikymmentä vuotta sitten ei kukaan olisi uskonut, että keskeltä Eurooppaa lähtee turvapaikanhakijoita ympärillä oleviin maihin ja kauemmaksikin. Heidän tarpeensa ovat erilaisia kuin ”perinteisten” pakolaisten. Turvapaikanhakijoista iso osa oli nuoria aikuisia, joiden terveydentila on yleensä hyvä. Yhä enemmän turvapaikanhakijoiksi on alkanut tulla myös ikääntyneitä ihmisiä, joilla saattaa olla paljon pitkäaikaissairauksia ja ikääntymiseen liittyviä terveysongelmia. Terveystieteidenhuoltojärjestelmän tulee varautua myös tähän.

Turvapaikanhakijoiden tutkiminen ja hoitaminen vaatii enemmän aikaa kuin perusväestön tutkiminen ja hoitaminen. Olisi hyvä, jos turvapaikanhakijoiden terveystieteidenhuolto huolehtisi siihen erikoistunut henkilökunta tietystä työpisteestä. Kulttuuritietämystä tarvitaan ja sitä voi ainakin osittain opiskella etukäteen. Tarvitaan varmasti myös kulttuurisensitiivisyyttä ja humanitäärisyyttä. Myös siihen tulisi valmistautua, että osa turvapaikanhakijoista tulee saamaan oleskeluluvan ja jää maahan. Siksi olisi tärkeää tehdä turvapaikanhakijoille terveydentilan perusselvitys jo varhaisessa vaiheessa. Se helpottaisi kotikuntasijoitusta ja kotoutumissuunnitelmien tekemistä. Kuntien terveystieteidenhuolto hyötyisi siitä, että tulijoista olisi riittävät ja monipuoliset terveystiedot.

Tästä tutkimuksesta voivat hyötyä muun muassa vastaanottokeskusten terveystieteidenhuoltoyksiköiden työntekijät, jotka saavat suosituslomakkeita käyttämällä kerättyksi tärkeimmät turvapaikanhakijan hoidossa tarvittavat tiedot. Myös vastaanottokeskusten muu henkilökunta ja turvapaikanhakijoille tarjottavista palve-

luista vastaavat päättäjät ja virkamiehet voivat hyötyä tuloksista suunnitellessaan palveluiden järjestämistä. Lääketieteen opiskelijoille sekä sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille tutkimus muistuttaa kokonaisvaltaisen työtteen soveltamisen tärkeydestä. Perusterveydenhuollossa työskentelevät, joilla on maahanmuuttajapotilaita, voivat verrata tutkimuksen antamia tietoja turvapaikanhakijoiden sairastavuudesta omiin kokemuksiinsa.

- Turvapaikanhakijoilla oli tyydyttämätöntä terveystalveluiden tarvetta.
- Turvapaikanhakijoilla esiintyi runsaasti vatsasairauksia, päänsärkyä ja psykiatrisia ongelmia ja heillä oli ollut paljon kidutus- ja pahoinpitelykokemuksia.
- Tulisi varautua siihen, että muuttuvassa maailmantilanteessa turvapaikanhakijoilla saattaa yhä useammin olla sellaisia sairauksia, joita ei ”perinteisillä” turvapaikanhakijoilla ole ollut. Erityisesti pitkäaikaissairauksien ja mielenterveyden häiriöiden sekä kidutettujen ja muutoin huonosti kohdeltujen asianmukainen hoito vaatii voimavarojen lisäämistä heidän terveydenhuoltoonsa.

### *Tutkimusasetelma ja menetelmät*

Turvapaikanhakuun lähtevillä on usein jo kotimaissaan ennakkokuvitelmiä siitä, mihin maihin ”kannattaa” hakeutua. Suomi voidaan kokea tuntemattomana ja kaukaisena. Suomeen päätyneistä osa ei hae turvapaikkaa rajalla ja tule sitä kautta sattumanvaraisesti sijoitetuksi johonkin vastaanottokeskuksista. Jotkut päätyivätkin omatoimisesti Tampereelle ja hakivat turvapaikkaa siellä oltuaan jo ehkä pitkänkin aikaa jossain muualla Suomessa. Vaikka tutkimuksen aineistona olevat 170 turvapaikanhakijaa eivät ole edustava näyte turvapaikanhakijoista yleensä tai edes Suomessa, kerätty aineisto on kuitenkin todennäköisesti suuntaa antava tarkasteltaessa turvapaikanhakijoilla olevia sairauksia. Kerätty aineisto edustanee kuitenkin riittävän hyvin tutkimusaikana Tampereelle tulleita turvapaikanhakijoita. Ei ole oletettavaa, että tutkimuksesta poisjääneet olisivat jotenkin valikoitunut joukko. Tutkimuksen loppuvaiheessa tapahtunut Itä-Euroopan maiden romanien runsas hakeutuminen turvapaikanhakuun Suomeen vaikutti taustatietona olleeseen tiedonkeräyiskohtaan ”Tutkittujen kotimaat”. Vaikutus olisi ollut vielä suurempi, jos tulleiden perheiden kaikki jäsenet olisivat ehtineet tutkimukseen mukaan ennen heidän siirtoaan toisiin keskuksiin.

Turvapaikanhakijoista oli niukasti aiempia tutkimuksia, joissa olisi selvitetty tutkittavien anamnestisten sairauksien lisäksi heidän senhetkistä terveydentilaansa käyttäen apuna lääkärintarkastuksia ja laboratoriotutkimuksia. Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää Tampereen vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikköön kirjoille otettujen turvapaikanhakijoiden terveydentilaa. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva tutkimus. Varsinaista teoreettista mallia, jota tutkimuksella olisi testattu, ei siis ollut. Valittu menettelytapa osoittautui palvelevan tutkimustehtävää hyvin. Havainnointi tapahtui osin vapaasti ja osin struktu-

roidusti. Monesti annettua vastausta täytyi pyytää täsmentämään ja lisäkysymyksillä tarkennettiin, mitä asianomainen tarkoitti. Joskus jouduttiin kliinisen kokemuksen perusteella tekemään tulkintoja siitä, mistä tutkitun kertomana on todennäköisesti ollut kysymys. Ei tutkittava itse eikä myöskään tulkki aina tiennyt tarkasti, mikä oli ollut vaivan tai sairauden nimi tai todellinen luonne. Lisäkysymysten myötä oli mahdollista kategorisoida annettu vastaus. Tietenkin kategorisoinnin oikeellisuus riippuu tutkittavasta, tulkista ja tutkijan kyvystä ymmärtää ja tulkita annettu vastaus oikein. Tutkittuja ei kuitenkaan tarkoituksellisesti ohjattu vastauksissaan mihinkään suuntaan, ainoastaan pyrittiin saamaan tarkka selvyys siitä, mitä asianomainen tarkoitti.

Esitietoja kysyttäessä oli tärkeää pysyä neutraalina ja olla johdattelematta tutkittuja. Samalla itse haastattelutilanne muodostui tavanomaista rauhallisemmaksi ja kiireettömämmäksi. Luotu haastattelu- ja tutkimusmenetelmä osoittautui hyväksi ja tuotti hyödyllistä tietoa tutkittavista. Anamnestisista sairauksista ja tutkittujen oireista saatiin enemmän tietoja systemaattisesti kyselemällä kuin pelkän spontaanin ilmoituksen perusteella. Tiedoista jäisi saamatta merkittävä osa, jos oletettaisiin, että tutkittava kertoo spontaanisti aikaisemmista sairauksistaan ja vastaanotolla paneuduttaisiin välittömästi hänen akuuttivaivaansa. Sama koskee kaikkia potilaan haastattelutilanteita. Nopearytmisessä vastaanottotyössä, jollainen on esimerkiksi päivystysvastaanotto, voi olla mahdotonta perehtyä potilaan anamneesiin kovin laajasti. Työssä, jossa potilaskunta on rajattu ja jossa omaan ajankäyttöön on mahdollisuus vaikuttaa, voisi hyödyntää systemaattisen kyselyn tuomaa parempaa tietämystä potilaan taustoista. Työtehtäviä, joissa näin voisi menetellä, ovat esimerkiksi työterveyshuolto, väestövastuulääkärijärjestelmä ja perhelääkäritoiminta. Jos aikaresurssit ovat vaatimattomat voisi potilaskuntaan tutustumisen toteuttaa siten, että käyttäisi pari tuntia päivässä potilaisiin, jotka haastateltaisiin ja tutkittaisiin tavanomaista huolellisemmin. Kannattaisi aloittaa niistä henkilöistä, joilla on useita pitkäaikaissairauksia. Tällöin tutustuisi vähitellen omaan potilaskuntaansa. Tarkempi tunteminen saattaisi jatkossa vähentää heidän käyntejään tai ainakin lyhentää yksittäisten käyntien kestoa. Sen myötä aikaa riittäisi paremmin toisille potilaille ja toisiin työtehtäviin. Tutkijan oma kokemus työskentelystä turvapaikanhakijoiden keskuudessa osoitti, että rajatussa potilaskunnassa tämä on mahdollista. Potilaiden myöhemmät käynnit olivat pääsääntöisesti yksinkertaisempia hoitaa. Potilaille näytti kasvavan luottamus järjestettyihin terveystalouteihin ja ulkopuolisissa yksiköissä käyntien määrä oli hyvin pieni. Tavattaessa päivystystilanteessa turvapaikanhakijaa, varsinkin ilman tulkkia, kannattaa varmistaa se, ettei kysymys ole hengenhädästä tai muusta kiireellisestä asiasta ja siirtää varsinaisen asiaan paneutuminen virka-aikaan siten, että hankitaan paikalle tulkki.

Koska tutkimuksen aikana kerättiin tietoa myös tutkittujen sairauskertomusta ja heidän mahdollista hoitoaan varten, esille tuli paljon sellaista tietoa, jota itse tutkimuksessa ei tarvittu. Tutkimukseen valikoitui terveyden kannalta keskeisiä asioita. Tässä mielessä tutkimuslomakkeisto toimi pääosin hyvin.

Tutkituilta saatujen vastausten luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava se, että tutkitut toivoivat saavansa oleskeluluvan. Tutkitut olisivat voineet tavoitella

suotuisampaa tulosta oman turvapaikkahakemuksensa käsittelyssä kuvaamalla terveysongelmiaan vaikeampina kuin ne oikeasti olivat. Kysymykseen olisivat voineet tulla simulointi tai aggravaatio. Edellistä ei voitu havaita. Jälkimmäinenkin tuli mieleen vain yhden tutkitun kohdalla. Hänen tarkoituksenaan oli ilmeisesti viivyttää karkotusta, mikä oli ilmiselvästi odotettavissa. Turvapaikanhakijoille käännäminen onkin pelkoa aiheuttava suuri uhka, ja he saattavat uskoa jonkin sairauden olemassaolon voivan viivyttää karkotusta.

Tutkitut saattaisivat kertoa sellaisistakin kidutuskokemuksista, joita heillä ei ollut ollut. Erityisesti silloin, kun asianomaisen perushaastattelu ei tapahtunut heti vastaanottokeskukseen saapumisen jälkeen, oli mahdollista, että tutkittu olisi saanut keskuksen muilta asukkailta vihjeen, että kannattaa kertoa kidutus- ja pahoinpitelykokemuksista. Kidutuskokemuksista kysyttäessä olikin tärkeää, että haastattelu tapahtui mahdollisimman pian. Muutaman kerran sattui niin, että tutkimusvastaanotolla kidutuskokemuksista spesifisesti kysyttäessä tutkittava vastasi kielteisesti, mutta myöhemmin psykiatrin vastaanotolla hän oli kertonut kidutuksesta tai pahoinpitelystä. Kysymys saattoi olla myös siitä, että ensimmäisessä kontaktissa ei haluttu kertoa kaikkea. Mahdollisesti asianomainen ei halunnut "avata haavoja", jos oli epäilyksiä siitä, ettei olekaan mahdollisuutta saada ongelmaansa hoitoa tai edes helpotusta. Osa tutkituista sanoi kidutusta tapahtuneen, mutta kieltäytyi keskustelemasta siitä enempää vastaanotolla. Tällöin saattoi olla kysymys juuri tällaisesta asiayhteydestä. Haastattelussa vältettiin johdattelua ja todennäköisesti tutkitut kertoivat pääosin todellisista tapahtumista.

Juuri tästä syystä ei haluttu käyttää strukturoituja kysymyslomakkeita, joissa olisi annettu vihjeitä siitä, mitä ehkä kannattaa tuoda esille. Tämä koskee sekä kidutus- ja pahoinpitelytaustaa että psykiatrista taustaa. Strukturoidulla trauma-kyselyllä tai depressiokyselyllä olisi toki saatu eksaktimpaa tietoa. Lomakkeiden käännäminen kymmenille kielille olisi kuitenkin ollut mahdotonta. Tulkeille olisi pitänyt antaa lisäkoulutusta kyselylomakkeiden käyttämisessä. Tunteisiin ja mielentiloihin liittyvät kysymykset ovat hyvin kulttuurisidonnaisia, joten vastaajat olisivat saattaneet ymmärtää valmiit kysymykset eri tavoin. Myöskään lääkärintarkastukseen varattu vastaanottoaika ei mahdollistanut kyselylomakkeen käyttöä. Trauma- tai depressiokysely ei myöskään sisälly turvapaikanhakijoiden normaaliin terveystarkastukseen. Lääkärintarkastus tutkituille tehtiin huolellisesti ja kiireettömästi ja siinä toimittiin samoin kuin yleensäkin lääkärintarkastuksissa toimitaan.

Aineiston käsittelyssä olisi voinut tehdä enemmän ristiintaulukointia esimerkiksi sairauksien ja tutkittavien taustatietojen välillä. Kidutus- ja pahoinpitelykokemuksien ja sairastavuuden suhteenhan arviointia on tehty. P-arvoja olisi myös voinut laskea ainakin tärkeimmistä muuttujista.

Tutkijan objektiivisuutta tarkasteltaessa on huomioitava, että tutkittavien kertomukset herättivät runsaasti tunteita tutkijassakin huolimatta pitkästä työkokemuksesta pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden parissa. Olikin huolellisesti varotava asettautumasta turvapaikanhakijoiden asianajajan tai edusmiehen rooliin. Tässä varmasti onnistuttiinkin yksittäisten tutkittujen kohdalla. Sen sijaan tämän tutkimuksen tekeminen ja julkaiseminen on sinänsä turvapaikanhakijoiden oike-

uksien puolustamista. Objekttiiviseen, tieteelliseen lopputulokseen ja kirjoittamistapaan pääseminen on vaatinut tutkijalta paljon provokatiivisen ja osoittelevan tekstin karsimista kirjoitusprosessin aikana.

- Tutkija oli vastaanottokeskuksessa asuvien ”omalääkäri”.
- Tutkituille tehtiin huolellinen esitietojen kysely, lääkärintarkastus sekä heistä otettiin laboratoriokokeita sekä keuhkojen röntgenkuva.
- Luotu haastattelu- ja tutkimusmenetelmä osoittautui hyväksi ja tuotti hyödyllistä tietoa tutkittavista.
- Kidutuskokemuksia koskeva tieto tulisi saada mahdollisimman pian turvapaikan hakemisen jälkeen.
- Kidutuskokemuksia koskeva kielteinen vastaus ei välttämättä sulje pois kidutuskokemusten olemassaoloa.

### *Eettiset näkökulmat*

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tarjoavan yksikön jäsenenä tutkijalla ja työryhmän muilla jäsenillä oli vaikutusta tutkittaviin ja heidän suhtautumiseensa saatavilla oleviin terveystieteisiin. Tutkimusasetelma sinänsä oli omiaan viestittämään tutkituille, että heistä ollaan aidosti kiinnostuneita. Tämä saattoi rohkaista heitä ottamaan yhteyttä yksikköön ehkä vähäisemmissäkin vairoissa kuin ehkä muutoin olisi tapahtunut. Toisaalta tieto siitä, että omaan terveystietokeskukseen pääsee suhteellisen helposti virka-aikana, todennäköisesti vähensi päivystysvastaanotoilla käyntejä.

Tutkimukseen osallistuneiden identiteetti on pystytty tutkimuksessa kätkeämään. Yksittäisiä tutkittuja ei voi tunnistaa. Myös asianomaisten intimitietoisuudesta on huolehdittu. Ulkopuolisten tietoon ei ole saatettu tutkittavien tietoja ja terveystietokeskuksen lisäksi vain tulkkauskeskukseen osallistuneet henkilöt ovat tietoisia tutkittavien asioista. Myös tulkeilla on vaitiolovelvollisuus.

Vapaaehtoinen terveystarkastus järjestettiin kaikille halukkaille. Kaikkia, jotka olivat tulleet vastaanottokeskuksen kirjoille aineiston keruun aikana, ei kuitenkaan saatu mukaan tutkimukseen. Kenenkään kohdalla kysymys ei ollut lääkärintarkastuksesta kieltäytymisestä. Osa kirjoille otetuista katosi pian eikä heitä tavoitettu etsimälläkään. Käytännöllisiä ja myös eettisiä ongelmia syntyi silloin, kun vastaanottokeskuksessa asuva turvapaikanhakija ei saanut varattuun lääkärintarkastukseen. Vastaanottokeskuksen henkilökunta ei muistuttanut vastaanottoajasta, koska turvapaikanhakijoiden haluttiin omaksuvan suomalaisen tavan mennä varatulle vastaanotolle. Tämän tavan oppimisen katsottiin olevan osa kotoutumista. Viime kädessä jokaisen terveys on hänen itsensä vastuulla. Voihan olla, että joku haluaa vieraassa maassa omaa yksilöllisyyttään ja identiteettiään suojataksaan pitää terveysasiansa omana tietonaan ja omalla vastuullaan.

Koska ulkomaalaistoimisto käytti pääasiassa Pirkanmaan tulkkeskuksen palveluita, vältettiin monia eettisiä ongelmia, joita olisi voinut seurata siitä, että tulkkeja olisi hankittu muualta. Käytetyt tulkit olivat pääosin koulutettuja ja ko-

keneita ja osasivat arvioida tilanteet, joissa heidän olisi syytä jäädä itsensä ja pyytää toista tulkkia. Jos asianomainen hankkisi itse tulkin, olisi mahdotonta taata tulkin ammattitaitoa ja joskus myös puolueettomuutta.

Joskus oli vaikea ratkaista, miten tulisi menetellä silloin, kun tutkittavilta löytyi sellaista – sinänsä ehkä vähäistä ja vaaratonta – jota kuitenkin normaalisti tutkittaisiin lisää. Voimassa olevien viranomais määräysten mukaanhan turvapaikanhakijoille kuuluu vain välttämätön ja kiireellinen hoito. Vastaava tilanne saattoi syntyä silloin, kun käytettävissä olevat henkilöresurssit eivät sallineet riittävästi asiaan paneutumista. Ongelma sinänsä oli ratkaista, minkä asian tekemättä jättäminen on vähiten haittaavaa tai vähiten vaarallista. Tunteita herättivät ristiriitatilanteet, jotka liittyivät juuri hoidon tarpeeseen ja hoidon toteuttamiseen. Työ turvapaikanhakijoiden parissa synnyttää kaikille työntekijöille tunnekuormitusta, koska keskusteluissa nousevat esille turvapaikanhakijoiden traumaattiset kokemukset. Työntekijöiden tulee osata suojata itseään liialliselta tunnerasitukselta. Vahvankin psyyken omaava ja työhönsä ammatillisesti suhtautuva tarvitsee alaan perehtyneen työnohjaajan.

Työntekijöiden tulisi silloin, kun on mahdollisuus kiirettömään keskusteluun vastaanotolla, kysyä rohkeasti turvapaikanhakijoilta heidän kokemuksiaan väkivallasta ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Tässä tutkimuksessa eivät kaikki tällaiset kokemukset tulleet esille. Jos näistä kokemuksista päästään keskustelemaan, tulee halukkaille tarjota mahdollisuutta päästä jatkohoitoon.

Tutkimus nosti esille seuraavanlaisia eettisiä kysymyksiä: Kenen vastuulla on tutkittavien terveys, sen arviointi ja seuranta? Vaikuttavatko kulttuuriset kysymykset hoidon piiriin pääsemiseen? Miten toimitaan silloin, kun on syntynyt ristiriitaa sen välille, mitä terveyspalveluja turvapaikanhakijoille tulisi antaa ja mitä heille voimassa olevien määräysten mukaan voidaan antaa?

Lisäksi mielenkiintoinen pohdinnan aihe on se, missä määrin turvapaikanhakijat ovat vajaavaltaisia valitsemaan terveyspalvelunsa. Heitä ei voine kuitenkaan rinnastaa vankeihin, joilla ei ole edes teoreettista mahdollisuutta valita muuta kuin tarjolla olevat terveyspalvelut. Vankien terveydenhuollossa yksityisyyden turvaaminen ja tasapuolisuuden, puolueettomuuden ja ammatillisuuden vaatimukset korostuvat. Yhtä lailla esimerkiksi psykiatrisissa sairaaloissa vastentahtoisesti olevat potilaat ja kehitysvammaiset henkilöt ovat ihmisryhmiä, joiden mielipiteen kuuleminen ja hoitoja koskevan valinnanvapauden toteuttaminen vaatii hoitohenkilökunnalta erityistä huolellisuutta ja asiaan paneutumista. Tässä mielessä turvapaikanhakijoita voidaan verrata edellä mainittuihin ihmisryhmiin. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollosta vastuussa olevien olisikin hyvä muistaa, että vaikka palveluiden tarjonnassa ei nähtäisi ongelmia, voivat palveluita käyttävät kokea olevansa vailla valinnan mahdollisuuksia ja jopa vallankäytön kohteena. Vähin, mitä voidaan tehdä, on mahdollistaa avoin keskusteluyhteys ja tarvittaessa tuoda esille ne kriteerit, joiden perusteella eri tutkimuksia ja hoitoja voi saada ja millä perusteella niitä ei voi saada. Olisi toivottavaa, että keskushallinto määrittäisi tällaiset yleispätevät ja kaikissa terveydenhuoltoyksiköissä noudatettavat kriteerit.

Vastaanottotyötä tehneet ovat törmänneet tilanteeseen, jossa lapset osaavat jo

paljon enemmän suomea tai jotain muuta vierasta kieltä kuin vanhempansa. Näin tapahtuu usein esimerkiksi Ruotsin kautta tulleilla, jotka ovat oleskelleet siellä pitkään. Lasten ja muiden sukulaisten käyttämisestä tulkkeina ovat aiemmin puhuneet monet tutkijat. Muun muassa Launiala ym. ovat korostaneet, ettei lapsia tulisi käyttää tulkkeina (Launiala ym. 2004). Tulkettava aines saattaa olla sellaista, ettei lapsi sitä ymmärrä tai se voi olla lapsen korville sopimatonta (esimerkiksi gynekologia, ihmisten väliset ristiriidat sekä pahoinpitelyihin ja kidutuksiin liittyvät asiat). Lapsi saattaa myös jatkaa tulkkaamista silloinkin, kun ei ole ymmärtänyt, koska ei halua ehkä myöntää osaamattomuuttaan. Tulkkaustehtävä saattaa asettaa lapsen aikuisen rooliin ja tämä kokee velvollisuudekseen yrittää parastaan. Myös perheen aikuiset kärsivät tilanteesta, koska he menettävät samalla sitä auktoriteettia, jota vanhemmilla kuuluisi normaalisti olla lapsiinsa nähden. Tämä voi johtaa lisävaikeuksiin lasten saadessa koulusta ja toveripiiristä uusia virikkeitä ja vaikutteita, jotka voivat olla jyrkässäkin ristiriidassa perheen perinteisen kulttuurin kanssa.

- Terveydenhuoltoyksikön osoittama kiinnostus turvapaikanhakijan terveyttä kohtaan luo turvallisuuden tunteen, mikä puolestaan on omiaan ohjaamaan turvapaikanhakijoita käyttämään oman yksikön palveluita.
- Turvapaikanhakijoilta tulisi kysyä heidän kokemuksiaan väkivallasta ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä, mutta varautua samalla myös vastaamaan mahdolliseen hoidon tarpeeseen.
- Turvapaikanhakijat ovat erityisryhmä, joiden hoidossa yksityisyyden turvaaminen ja tasapuolisuuden, puolueettomuuden ja ammatillisuuden vaatimukset korostuvat.
- Työskentely turvapaikanhakijoiden kanssa on vaativaa ja aiheuttaa tunnekuormitusta, minkä vuoksi asianmukainen työnohjaus olisi järjestettävä turvapaikanhakijoiden kanssa työskenteleville (erityisesti mielenterveys-työssä).
- Kiireettömän ja välttämättömän hoidon käsite on ristiriitainen ja voi aiheuttaa ristiriitaa ja moraalisia ongelmia terveydenhuoltoyksikön työntekijöille.
- Tutkimuksiin ja hoitoihin pääsyn kriteerit rajoituksineen tulisi määritellä keskushallintotasolla ja niistä tulisi voida keskustella avoimesti.
- Turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltoyksiköissä kannattaa käyttää koulutettuja asiointitulkkereita.
- Lasten käyttämistä tulkkeina tulee välttää.

### *Tutkimuslomakkeiston ja sen käytön arviointi*

Alkuperäinen tarkoitus oli, että turvapaikanhakijat olisi saatu tutkittua pian heidän tultuaan vastaanottokeskukseen, mutta tätä tavoitetta ei kaikkien kohdalla pystytty toteuttamaan. Sairauksien hoidon kannalta ei yleensä ollut haittaa siitä, että lääkärintarkastus toteutui vasta jonkin ajan kuluttua vastaanottokeskukseen

saapumisesta.

Tutkimuslomake 1 oli tutkimuksen kannalta toimiva. Tutkittavan keskeiset taustatiedot tulivat joustavasti ja nopeasti kirjatuiksi. Hyödyttömiksi jäivät kysymykset työssäoloajasta ja se, milloin asianomainen oli ollut viimeksi työelämässä. Tulkkauksen onnistumista olisi myös ollut hyvin vaikea arvioida numeerisesti, kuten oli aluksi suunniteltu. Käytännössä tulkkauksen onnistumisen arviointi kehittyy kokemuksen myötä ja paranee, jos työskentelee paljon samojen tulkkien kanssa.

Kohta "Tutkimuksia ja hoitoja ennen Tamperetta" jäi puutteellisesti käytetyksi.

Tutkimuslomake 2, jossa kartoitettiin tutkittujen anamnestisia sairauksia, oli hyödyllinen. Tietojen merkitseminen pelkästään rastittamalla ei riittänyt, vaan tietoja kirjattiin myös sanallisina.

Tutkimuslomake 3 oli jokseenkin hyödytön. Sillä oli suunniteltu kerättäväksi tietoja, jotka pääosin kirjattiin tutkimusvastaanotolla sanallisina kommentteina jo lomakkeeseen 2. Tekemällä lomakkeesta 2 hiukan väljemmän ja sijoittamalla lomakkeen 3 kysymykset siihen, ei olisi tarvittu lainkaan erillistä lomaketta 3.

Tutkimuslomake 4 oli suunniteltu varsin laajan oireistokyselyn suorittamiseksi siten, että kirjaus olisi mahdollisimman paljon tapahtunut rastittamalla vaihtoehtoja. Käytännössä vain osaa siitä hyödynnettiin, mutta samalla siihen kirjattiin paljon sanallisia kommentteja. Lomaketta 4 rakennettaessa ajateltiin, että tutkittavat ilmaisisivat spontaanisti enemmän erilaisia oireita, minkä vuoksi se oli muotoiltu siten, että siinä oli eri osiot infektio-oireille, hengitystieoireille, sydänoireille, vatsaoireille, virtsaoireille, neurologisille oireille, silmäoireille, korvaoireille ja muille oireille. Näistä vain vatsaoireita päädyttiin kyselemään aktiivisesti. Sen sijaan pian kävi selväksi, että muiden ryhmien osioiden käyttäminen oli tarpeen vain silloin, kun tutkittavalla oli juuri niitä oireita.

Tutkimuslomakkeessa 5 psykiatrisen anamneesin ja elintapojen kirjaaminen onnistui hyvin rastittamalla. Niiden kohdalla, joilla oli paljon mielenterveysongelmia, jouduttiin kuitenkin turvautumaan sanallisiin kirjauksiin. Kidutusosio toimi hyvin. Kommentteja tuli lähes jokaisen kidutetun tai pahoinpidellyn kohdalla.

Tutkimuslomake 6 toimi myös hyvin. Tilaa sanallisille kommentteille olisi voinut olla enemmän, mutta ongelmia kirjaamisessa sinänsä ei syntynyt.

Tutkimuslomake 7 oli alun perin suunniteltu laajennettua lääkärintarkastusta varten. Tarkastus, joka olisi tehty kyseistä lomaketta käyttäen, olisi ollut liian kunnianhimoinen ja laaja. Sitä käytettiin täydennyslomakkeena tarvittaessa. Lomakkeen olisi voinut korvata kommentteina edelliseen lomakkeeseen, jos siinä olisi ollut riittävästi tilaa.

Tutkimuslomakkeen 8 koontiosa laboratorio- ja röntgentutkimuksista oli erittäin hyödyllinen ja tarpeellinen. Diagnooseja pystyi harvoin suoraan määrittelemään heti ensitutkimuksessa. Lomaketta saattoi täydentää seurannan aikana.

Terveystarkastukset laboratoriokokeineen olivat vapaaehtoisia ja ellei tutkittava kannustuksesta huolimatta mennyt kokeisiin, ei häntä siihen velvoitettu. Osalla tutkittavista oli otettu näytteitä jo niissä vastaanottokeskuksissa, joissa he



olivat olleet ennen Tampereelle tuloa. Tällöin sieltä saadut koevastaukset kirjattiin lomakkeisiin asiapapereista.

Tutkimuslomakkeen 9 tärkein käyttöaihe oli lääkitysten kirjaaminen. Rokotusten selvittäminen tutkimusvastaanoton yhteydessä oli jokseenkin mahdotonta. Harvoilla oli varmaa tietoa rokotuksistaan, sillä rokotuskortteja oli ani harvoilla. Rokotustodistukset eivät välttämättä ole sellaisia dokumentteja, joita huomataan ottaa mukaan lähettäessä turvapaikanhakuun. Niitä ei mahdollisesti ole ollut alun perinkään tai niitä ei ollut säilytetty, vaikka sellainen olisi annettukin. Katsottiinkin, että muistinvarainen tieto on liian epäluotettava. Tästä syystä lopulta lakattiin kokonaan kysymästä, oliko tutkituilla mukanaan rokotustodistuksia. Tehostusrokotuksien tarpeen arvioimiseksi terveydenhoitajat saattoivat selvittää esimerkiksi internetistä WHO:n sivuilta, mitä rokotuksia kunkin maan ohjelmaan kuului. Tietoa voitiin hyödyntää vain aivan pienten lasten rokotuksia arvioitaessa.

Diabeteksen ja verenpaineen osalta lomake oli aivan liian kunnianhimoinen ja siltä osin melko turha. Osoittautui, että oli turhaa kysyä, milloin silmänpohjat oli tarkastettu tai glykolisoidun hemoglobiinin määrittäminen tehty, kun edes verenpainetta ei ollut pitkään aikaan mitattu. Lomakkeen 9 olisi voinut korvata kokonaan yhdistämällä kysymykset muihin lomakkeisiin.

Pohdittaessa käytettyjen lomakkeiden validiteettia, voidaan todeta, että lomakkeella 1 saatiin täsmällistä tietoa, jos oletetaan, että tutkitut puhuivat totta. Lomakkeiden 2–5 tuottaman tiedon validiteetti riippui useammastakin asiasta. Ensiksikin se riippui siitä, oliko tulkki ymmärtänyt esitetyt kysymykset oikein ja vastaavasti oliko tutkittava ymmärtänyt ne samoin kuin tutkija. Toiseksi se riippui siitä, ymmärsikö tutkija tutkitun antaman vastauksen tulkkausprosessin myötä sellaisena kuin asianomainen oli tarkoittanut. Kolmanneksi se riippui siitä, miten uskottavana tutkija mitäkin vastausta piti ja kirjasiko hän sen sellaisenaan vai tekikö hän vielä lisätarkennuksia. Tutkimuksen aikana pyrittiin siihen, että ellei täyttä varmuutta ymmärtämisestä puolin ja toisin ollut, tehtiin lisätarkennuksia. Myös tulkkeja rohkaistiin tekemään tarkennuksia, mikäli he eivät olleet varmoja omasta suoriutumisestaan. Erityisesti lomakkeen 5 kidutusosiossa pyrittiin välttämään johdattelua vastausten luotettavuuden varmistamiseksi. Lomakkeiden 6 ja 7 käytössä ei pitäisi olla validiteettiongelmia. Niihin kerätyt tiedot kirjattiin täsmälleen samalla menetelmällä kuin normaalissa lääkärintarkastuksessa tehdyt löydökset kirjataan sairauskertomukseen. Sama koskee laboratoriotulosten tallentamista lomakkeella 8. Ne kopioitiin sairauskertomusjärjestelmän tuottamista laboratoriotuloksista. Lääkitystiedot lomakkeella 9 perustuivat myös tutkittavien ilmoituksiin. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta käytetty lääkitys voitiin todentaa täysin varmasti.

- Tutkimuslomakkeet toimivat pääsääntöisesti hyvin. Osan lomakkeista olisi voinut yhdistää.
- Tutkimuksen aikana syntyneet kokemukset haastattelusta ja perustarkastuksesta on yhdistetty kaksisivuiseksi suosituslomakkeeksi (liite 6.)

## *Palveluiden tarjonta ja niiden käyttö*

Tampereen vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön vastaanotoilla oli enemmän käyntejä kuin aiemmin muissa vastaanottokeskuksissa. Vastaanottokeskuksissa Rauhassa, Malmilla ja Turussa käyntien määrä vaihteli 0,17–0,42 kertaan kuukaudessa tutkittua kohti (Kyrönseppä ym. 1993). Tässä tutkimuksessa vastaava luku oli 0,60 kaikkien Tampereen yksikössä käyntien osalta, jos mukaan ei lasketa lainkaan terveystarkastuskäyntejä. Jos mukaan lasketaan käynnit muissa terveyskeskuksen yksiköissä, mielenterveystoimistossa ja hammaslääkärissä, tulee vertailuluvuksi 0,86 käyntiä potilasta kohti kuukaudessa. Jos vastaanottokäynneiksi lasketaan Tampereen yksikössä myös terveystarkastuskäynnit, tulee kokonaisvertailuluvuksi 1,28. Aiemmat tiedot ovat tosin selvästi varhaisemmalta ajalta, jolloin hoitokulttuurikin on ollut toisenlainen. Varmasti myös se vaikutti asiaan, että Tampereen yksikössä toimi tutkimuksen ajan kokopäiväinen lääkäri.

Verrattaessa tähän tutkimukseen liittyvää kyselyä (kesällä 2003) Suomen vastaanottokeskusten toiminnasta vuonna 2005 tehtyyn selvitykseen (Lukkaroinen 2005) voidaan todeta, että pääsy terveydenhoitajien vastaanotoille on nopeutunut. Vastaanottokeskuksille vuonna 2003 tehdyn kyselyn tulosten mukaan odotusaika oli lyhimmillään kaksi päivää ja pisimmillään jopa kahdesta viikosta kuukauteen. Vuonna 2005 tehdyn selvityksen mukaan vastaanotolle pääsi usein jo seuraavana päivänä ja lähes aina viimeistään kolmen päivän kuluessa (Lukkaroinen 2005).

Potilaan tilanteen vakavuuden arviointi edellyttää usein lääkärin työpanosta. Hoitajien vastaanotoilla käyneistä potilaista ohjautui tässä tutkimuksessa jopa kolmannes lääkärin vastaanotolle. Jos lääkärin saatavuus vastaanottokeskuksessa olisi vain satunnaista tai vain muutama tunti viikossa, jäisi terveydenhoitajille liian suuri vastuu. Toisaalta voi todeta, että tässä tutkimuksessa suurin osa terveydenhoitajien potilaskäynneistä oli ajanvarauskäyntejä ja lääkärin kokopotilaskunnasta oli terveydenhoitajien akuuttivastaanotoilta ohjautuneita vain kahdeksan prosenttia. Tässä näkyy se seikka, että kun potilaisiin on jo tutustuttu, terveydenhoitaja voi toimia varsin itsenäisestikin. Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön terveydenhoitajat selvisivätkin hyvin potilaiden seulonnasta ja asianmukaisesta ohjaamisesta lääkärin vastaanotolle silloin, kun sitä tarvittiin.

Jokaiselle turvapaikanhakijalle tulisi silti tehdä huolellinen perustarkastus riittävän laajoine esitietokyselyineen ja fyysisine tarkastuksineen. Niin menetel-  
len löydetään hoitamattomia tai puutteellisesti hoidettuja sairauksia ja ne saadaan ajoissa hoitoon. Todennäköisesti sen myötä tarve myöhempisiin käynteihin vähenee, erityisesti lääkärinvastaanotoilla ja päivystyksessä. Suunnittelemattomien käyntien suhteellisen vähäinen määrä vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön ulkopuolisissa yksiköissä kertoo siitä, että yksikössä pystyttiin virka-aikana hoitamaan lähes kaikki turvapaikanhakijoiden tarpeet ja toisaalta siitä, että asianomaiset ilmeisesti luottivat siihen, että omasta yksiköstä saa palveluita tarvittaessa. Samalla turvapaikanhakijoita ohjataan käyttämään terveyspalveluita suunnitellusti ja käyttämään samaa terveydenhuoltoyksikköä.

On helppo arvioida, että vastaanotolle saapumattomuudesta johtuva menetetty työaika ja usein turha tulkin paikalle tulo ovat taloudellisestikin huomattavia menetyksiä ja ovat osaltaan johtamassa jonojen pitkittymiseen. Eihän käyttämättömälle ajalle saada aina uutta potilasta ja jos saadaankin, niin paikalla odottava tulkki ei aina ole samankielinen kuin uusi potilas olisi. Sama henkilö on voinut jäädä pois useammaltakin vastaanotolta (siis lääkäriltä, hoitajalta ja muista asiointipaikoista), mikä voi aiheuttaa henkilökunnassa turhautumista.

Yksikön ulkopuolisia mielenterveystoimistokäyntejä olisi varmasti ollut enemmänkin, ellei vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksiköllä olisi ollut kykyä, halua ja mielenkiintoa hoitaa mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita. Vaikeimmin mielenterveysongelmaiset ohjattiin suoraan terveydenhoitajien vastaanotoilta erikoissairaanhoidon. Osaa hoidettiin alkuun vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä, mutta ohjattiin myöhemmin erikoissairaanhoidon. Useita lievemmistä häiriöistä kärsiviä ja erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tulleita hoidettiin vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä. Erityisesti terveydenhoitajien joustavuus ajanvarauksissa ja henkilökohtainen paneutuminen hoidettavien tilanteeseen mahdollisti seurantakäyntien toteutumisen riittävän usein.

Turvapaikanhakijat saapuivat useammin ajallaan ulkopuoliselle vastaanotolle kuin vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön vastaanotolle. Turvapaikanhakijat todennäköisesti mieltävät, että muuhun toimintayksikköön tilattu aika on tärkeä eikä uutta aikaa ehkä niin helposti saa, jos varatulle käynnille jättää menemättä. Ne, joilla oli jo oleskelulupa ja jotka olivat asuneet Tampereella, nousivat yleensäkin varattuja aikojaan paremmin. Heidän elämänsä olikin ehkä jo turvampaa, kun enää ei tarvinnut jännittää turvapaikkapäätöstä. Kotoutuminen oli voinut alkaa.

- Kaikille turvapaikanhakijoille tulisi tehdä huolellinen lääkärintutkimus esitietokyselyineen ja fyysisine tarkastuksineen, jotta löydetäisiin hoitamattomia tai puutteellisesti hoidettuja sairauksia ja ne saataisiin hoitoon. Todennäköisesti sen myötä tarve lääkäri- ja päivystyskäynteihin vähenee.
- Hoitajien vastaanotoilla käyneistä tutkituista ohjautui jopa kolmannes lääkärin vastaanotolle. Potilaan tilanteen vakavuuden arviointi edellyttääkin usein lääkärin työpanosta.
- Tuttujen potilaiden kanssa terveydenhoitaja voi toimia varsin itsenäisesti. Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön terveydenhoitajat selvisivätkin hyvin potilaiden seulonnasta ja asianmukaisesta ohjaamisesta lääkärin vastaanotolle.
- Terveydenhoitajien joustavuus ja henkilökohtainen kiinnostus työtään ja potilaitaan kohtaan yhdessä joustavan lääkärikonsultaation kanssa mahdollistavat hyvin toimivat terveydenhuoltopalvelut.

## *Vertailu aiempiin selvityksiin*

Potilailla oli runsaasti somaattisia oireita ja vaivoja, joista voi helposti syntyä pitkiä sairastamiskierteitä. Turvapaikanhakijoiden tämäntyyppisistä vaivoista on aiemmin arvioitu osan olevan psykosomaattisia (Salmi 2002, Siikamäki 2004). On vaikea sanoa, paljonko tämän tutkimuksen potilaiden somaattisista vaivoista oli psykosomaattisia. Monen vaivan tarkempi tutkiminen jäi tekemättä. Tutkittujen turvapaikanhakijastatus ei mahdollistanut niin laajaa tutkimista, että joko johonkin somaattiseen diagnoosiin olisi päästy tai että olisi voitu todeta kysymyksessä olevan psykosomaattisen oireen. Ennen kuin oiretta voi sanoa psykosomaattiseksi, pitää adekvaatisti sulkea pois somaattiset sairaudet. Seuraavassa vertaillaan somaattisten vaivojen ja oireiden selvittämistä tarkemmin.

Tämän tutkimuksen perusteella ei voi sanoa helikobakteeria niin yleiseksi kuin aiempien tutkimusten mukaan on päätelty (Harris ja Telfer 2001, Sariola 2001, Harris ja Zwar 2005). Vatsavaivoista kärsiviltä löytyi muutamia helikobakteereita. Toisaalta helikobakteeritutkimuksen otossa oltiin melko pidättyväisiä. Jos koe olisi otettu kaikilta mahavaivoja valittaneilta, olisi löydösten osuus todennäköisesti ollut suurempi.

Pitkäaikaissairaudet mainitaan turvapaikanhakijoiden ongelmina useissa tutkimuksissa (Harris ja Zwar 2005, Burnett ja Peel 2001, Gerritsen ym. 2006, Harris ja Telfer 2001). Tässä tutkimuksessa löytyi myös laaja kirjo pitkäaikaissairauksia. Monet niistä olivat jo potilaiden tiedossa, mutta hoidot saattoivat olla keskeytyneet. Ravitsemushäiriöitä ei löytynyt, ellei sellaiseksi lasketa yhtä graavia obesiteettia. Infektiot, anemia, kehitysvammaisuus, traumojen jälkitilat ja muut toiminnanvajavuudet ovat yleisiä aikaisempien tietojen mukaan (Siikamäki 2004). Tässä tutkimuksessa anemioita oli vähän. Muita veren poikkeavuuksia ei todettu. Tutkimusaikana turvapaikanhakijoita tuli sellaisilta alueilta, joilla tiedetään olevan veren poikkeavuuksia, kuten talassemiaa. Yhdelläkään tutkituista ei kuitenkaan sellaista löytynyt. Akuutteja infektioita ei ollut paljonkaan, ei edes tulotarkastuksessa. Vakavia traumojen jälkitiloja oli muutama. Aineistossa oli yksi kehitysvammainen. Hänen ongelmiinsa ei ehditty paneutua, koska hänet käännytettiin.

Aikaisempien tutkimusten mukaan hammasongelmat ovat hyvin yleisiä (Kyrönseppä 1993, Siikamäki 2004, Harris ja Zwar 2005). Myös tässä tutkimuksessa turvapaikanhakijoiden hampaat todettiin huonoiksi: yli puolella oli jotain poikkeavaa hampaistossaan. Aiempien arvioiden mukaan erittäin yleisiä ovat erilaiset kivut ja kolotukset, selkävaivat ja päänsärky, mutta myös unettomuus ja ahdistus. Niiden taustalla on arveltu olevan usein traumaperäinen stressireaktio, depressio ja jopa kidutus. Epämääräisiä kipuja (vatsavaivojen tai päänsärlyn lisäksi) oli tässä tutkimuksessa jonkin verran.

Ylähengitysteiden oireet olivat tavallisin syy potilaiden käyntiin lääkärin vastaanotolla Malmin vastaanottokeskuksessa (Kyrönseppä ym. 1993). Tämän tutkimuksen perustarkastuksessa ylähengitystulehduksia ei löytynyt. Osa oli tosin käynyt vaivoistaan vastaanotolla muualla jo ennen tutkimusvastaanotolle pääsyä. Seurannassakaan ylähengitystietulehdukset eivät olleet yleisin käynnin aihe.

Aiempien tutkimusten mukaan B-hepatiitin kantajuus on yleistä, ja krooninen B-hepatiitti-infektio on merkittävä sairaus turvapaikanhakijoilla (Harris ja Telfer 2001, Harris ja Zwar 2005, Siikamäki 2004, Ackerman 1997). Tässä tutkimuksessa B-hepatiitti-infektio paljastui viideltä turvapaikanhakijalta. Asianomaiset eivät olleet tietoisia tästä infektiostaan maahan tullessaan. Suolistoparasiitit ja suolistoinfektiot ovat aikaisempien tutkimusten mukaan yleisiä (Ackerman 1997, Hobbs ym. 2002, Harris ja Zwar 2005). Tässäkin tutkimuksessa parasiittejä löytyi paljon, erityisesti apatogeenisiä, mutta myös hoitoa vaativia kohtalaisen paljon. Aikaisemmissa tutkimuksissa tuberkuloosi on ollut yleinen ja hoitoa tarvitseviakin on ollut paljon (Harris ja Telfer 2001, Hobbs ym. 2002, Kyrönseppä ym. 1993). Tässä tutkimuksessa löytyi yksi tuberkuloottinen infektio (pleuriitti). Tutkittava oli esiintynyt aiemmin toisella nimellä ja syntymäajalla turvapaikanhakijana ja myöhemmin vaihtanut identiteettiään ja hakenut uudelleen turvapaikkaa. Tämä seikka on saattanut pitkittää hänen sairautensa löytymistä ja edistää sairauden etenemistä.

Päänsärky oli aiemmissa tutkimuksissa yleinen valituksen aihe. Se oli vastaanotolle hakeutumisen syynä niin yleinen, että se on joskus luokiteltu aivan omaksi ryhmäkseen. Tässäkin tutkimuksessa päänsärky oli neurologisista valituksista yleisin.

Tämä tutkimus vahvisti aiempaa tutkimustietoa, jonka mukaan turvapaikanhakijanaisilla on piilevää tarvetta gynekologisten vaivojen hoitoon ja perhesuunnittelupalveluiden saamiseksi.

Aiemmissa tutkimuksissa on arvioitu, että turvapaikanhakijoiden terveysongelmista jopa puolet olisi mielenterveyteen liittyviä. On esitetty jonkinlaisia psyykkisiä oireita olevan jopa 80 prosentilla turvapaikanhakijoista. Depressiota on arvioitu olevan 50–87 prosentilla (McCull ja Johnson 2006, Gerritsen ym. 2006, Keller ja Rosenfeldt ym. 2003) ja posttraumaattista stressihäiriötä 28–41 prosentilla (McCull ja Johnson 2006, Gerritsen ym. 2006). Lisäksi yleisimpinä on esitetty unihäiriöt (Sariola 2001) ja ahdistuneisuus. Myös psykoositasen häiriötä on esitetty olevan jopa 53 prosentilla (McCull ja Johnson 2006).

Psykiatriset oireet ja sairaudet kuormittivat runsaasti Tampereella vastaanotokeskuksen terveydenhuoltoyksikköä ja erityisyksiköitä. Tässä tutkimuksessa jotakin mielenterveyteen liittyvää problematiikkaa tuli esille haastattelussa 28 prosentilla aikuisista. Helposti tutkimustilanteessa havaittavia psykiatrisia löydöksiä oli 25 prosentilla aikuisista. Tähän ei ole laskettu niitä, jotka kävivät maahanmuuttajien erityisyksikössä psykiatrisessa hoidossa. Heitä oli 29 (22 prosenttia aikuisista), mikä nostaa mielenterveysongelmista kärsivien määrän lähes puoleen kaikista tutkituista. Haastattelussa esille tulleista vaivoista masennusta oli neljännes ja tutkimuksessa kaksi kolmannesta. Kaikki psyykinen problematiikka ei tullut esille tunnin mittaisessa yleisessä terveystarkastuksessa ja haastattelussa. Seurannassa mielenterveysongelmia paljastuikin jonkin verran lisää. Lisäksi on huomioitava se, että mielenterveysongelmista kärsivät turvapaikanhakijat tarvitsivat usein lukuisia hoitokäyntejä ja siten kuormittavuus oli suurempaa kuin muissa sairausryhmissä.

Tähän tutkimukseen osallistuneilla oli kohtalaisen paljon osastohoitojaksoja

erikoissairaanhoidossa. Eniten oli sairaalajaksoja psykiatrisessa hoidossa. Hoitojaksot jäivät kuitenkin monesti lyhyiksi, vaikka tarvetta pitempään hoitojaksoon olisi ollutkin. Syynä tähän oli se, että kommunikointi psykiatrisessa yksikössä tuotti ongelmia. Moni turvapaikanhakijoista ei puhunut englantia tai muita sellaisia kieliä, mitä hoitoyksikössä osattiin. Tulkkeja ei ollut mahdollista saada paikalle joka päivä, saati useita kertoja päivässä, vaikka tarvetta olisi ollutkin. Potilas saattoi siis syystäkin kokea olevansa turvaton ja täysin eristettynä muusta maailmasta ollessaan psykiatrisessa sairaalahoidossa. Vastaanottokeskuksessa elämä voi tuntua paremmalta ja turvallisemmalta, vaikka siellä ei olisi riittävää hoitoa tarjolla. Siellä tapaa kuitenkin perheenjäseniään tai ainakin maanmiehiään ja samaa kieltä puhuvia eikä ole eristettynä sosiaalisesta elämästä. Nämä ovat tärkeitä kulttuurisia arvoja, erityisesti Afrikasta ja itäisistä kulttuureista tuleville. Kiitosta psykiatriselle sairaanhoitoyksikölle tulee antaa siitä, että ulkomaalaiset hoidettiin yleensä tietyllä osastolla, missä henkilökunnalle kertyi kokemusta heidän kanssaan työskentelystä ja jossa heidän kanssaan työskentelystä oltiin kiinnostuneita.

Psykiatrisesta sairaalahoidosta takaisin vastaanottokeskukseen nopeasti tulleiden potilaiden hoitaminen oli merkittävä haaste vastaanottokeskuksen terveydenhuoltohenkilöstölle. Haaste oli myös saada aikaan hyvä yhteistyö psykiatrisen yksikön, vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön ja Tampereen kaupungin mielenterveyskeskuksen maahanmuuttajien erityisyksikön välille. Tätä yhteistyötä kannattaa kehittää edelleen, sillä tulevaisuudessa turvapaikanhakijoiden tarve saada erikoistunutta psykiatrista avohoitoa ja laitoshoidoa saattaa kasvaa. On mahdollista, että Suomeenkin tulee monenlaisia elämänvaiheita kokeneita traumatisoituneita turvapaikanhakijoita.

Tässä tutkimuksessa saatiin seuraavanlaisia aiempia tutkimuksia vahvistavia tuloksia:

- Turvapaikanhakijoilta löytyi pitkäaikaissairauksia, joiden hoito ei aina ollut toteutunut asianmukaisesti.
- Turvapaikanhakijoilta löytyi runsaasti oireita, jotka voisi tulkita psykosomaattisiksi. Sairauden tulkitseminen psykosomaattiseksi tai sen pois-sulkeminen on kuitenkin useimmiten mahdotonta ilman riittäviä tutkimuksia, joihin turvapaikanhakijan juridinen asema ei aina oikeuta.
- Turvapaikanhakijoiden hampasongelmat olivat yleisiä.
- Päänsärky oli yleinen valituksenaihe. Sen asianmukainen tutkiminen ei kuitenkaan läheskään aina kuulu turvapaikanhakijan perusoikeuksien piiriin.
- Turvapaikanhakijoilla esiintyy runsaasti mielenterveysongelmia. Tässä tutkimuksessa kolmasosalla todettiin mielenterveysongelmia.

## *Terveystarkastusten tuottamien tulosten tarkastelua ja suosituksia*

Seuraavassa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia anamnestisten tietojen ja tutkimuksessa esille tulleiden löydösten valossa. Jotakin poikkeavaa statuksessa löytyi 82 prosentilla tutkituista. Suurella osalla löydökset olivat kuitenkin vähäisiä eivätkä tarkoita välttämättä minkäänlaista kuormittavuutta terveydenhuollolle myöhemmin.

Anamnestisesti sydämeen liittyviä oireita oli jonkin verran. Sen sijaan sydänlöydöksiä oli kaikkiaan vähän. Sydänsairaudet eivät siis olleet tutkituille merkittävä ongelma, ei myöskään korkea verenpaine. Keuhkosairauksiin ja -oireisiin liittyvät tiedot kannattaa kirjata huolellisesti, koska ne ovat tärkeitä jatkosuunnittelussa, jos tarvitaan esimerkiksi thoraxläheteitä. Tutkituilla oli löydöksiä keuhkoissa kuitenkin vähän siihen nähden, että tupakoitsijoita oli runsaasti, aikuisista turvapaikanhakijoista 46 prosenttia. Ainakin osaselitys sydän-, verenpaine- ja keuhko-ongelmien vähäisyyteen lienee se, että ikääntyviä oli tutkimusaineistossa vähän: vain 12 prosenttia oli yli 40-vuotiaita.

B-hepatiitin vasta-aineita löytyi muutamilta, jotka eivät olleet asiasta itse tietoisia. B-hepatiittia kannattaa seuloa kaikilta turvapaikanhakijoilta, koska heidän läheisiään voidaan suojata rokotuksen avulla.

Vatsasairauksien vuoksi oli monille turvapaikanhakijoille tehty tutkimuksia jo ennen Tampereen vastaanottokeskukseen tuloa. Tutkituilla oli ollut vakaviakin vatsasairauksia, kuten koliitteja, divertikuliitti ja suolen puhkeamisen jälkeinen vatsakalvontulehdus. Tutkimuksessa tuli esille runsaasti löydöksiä, mutta ne olivat pääosin niin epämääräisiä tai lieviä, etteivät jatkotutkimukset olleet indisoituja. Mikäli näiden vatsavaivoja valittaneiden oleskelu Suomessa on pitkäaikaista, tulevat jatkotutkimukset ainakin osalle heistä ajankohtaisiksi.

Virtsaelinsairauksia tutkituilla oli ollut kohtalaisen paljon. Osa oli ollut lieviä, esimerkiksi tavallisia rakkotulehduksia, mutta oli myös munuaistulehduksia, virtsakiviä ja verivirtsaisuutta. Mikäli nämä uusiutuvat, vaativat ne välitöntä hoitoa, vaikka oleskelu Suomessa olisi lyhytaikaistakin.

Erityisesti naistentaudeissa näkyi selvästi piilevää hoidon ja palveluiden tarvetta. Gynekologilla oli käyty ehkä hyvinkin kauan sitten tai ei ehkä milloinkaan. Monissa maissa naistentautien hoitoon pääsy voi olla vaikeaa ja usein gynekologille mentäessä potilaan aviomiehen pitää olla mukana. Tutkimuksen aikana tuli ilmi, että kaikki naiset eivät halunneet puhua miespuoliselle lääkäriille gynekologisista asioistaan. Gynekologisten sairauksien hoidon lisäksi apua haettiin ehkäisy-, raskaus- ja lapsettomuusasioihin. Gynekologisia tutkimuksia tarvitsevat lähetettiin yksityiselle lääkäriasemalle siksi, että tarvittiin erityisosaamista, mutta myös siksi, että tutkimusta tekemään saatiin naislääkäri. Rungas palveluiden tarve selittyy sillä, että kolme neljäsosaa naispuolisista turvapaikanhakijoista oli fertiili-ikäisiä ja palvelut kotimaissa olivat saattaneet olla puutteellisia. Raskauden ajan seuranta ja lastenneuvolapalvelut hoidettiin neuvoloissa samoin kuin muillakin tamperelaisilla.

Tutkittujen hammasstatus oli huono. Tarkastuksessa näkyi pitkäaikainen hammashoidon puute, eivät niinkään akuutit tarpeet. Tutkittujen taustoista voi

löytyä monenlaisia syitä hampaitten kunnon heikkouteen: palvelujen puutteet kotimaissa tai pitkänkin turvapaikkaprosessin aikana, hammashygienian puutteet sekä pidätys- tai kidutuskokemukset. Myös sillä seikalla voi olla vaikutusta, että monissa kehittyvissä maissa on virvoitusjuomien ja makeisten käyttö lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana. Myös teehen lisätään usein huomattava määrä sokeria.

Iholöydöksiä oli kohtalaisen runsaasti, erityisesti jalkaterissä. Tutkitut itse eivät juuri spontaanisti ilmoittaneet iho-ongelmistaan, vaikka niitä tutkimuksessa löytyikin. Monen varpaanväleissä oli sienitauti. Terveystarkastuksessa kannattaa siis tutkia varpaat. Tarkastuksen yhteydessä kannattaa panostaa ihonhoitoon liittyvän terveystarkastuksen antamiseen.

Neurologisia löydöksiä oli vähän. Epämääräistä päänsärkyä valittaneita oli paljon, mutta päänsäryt eivät useinkaan edellyttäneet laajan neurologisen tutkimuksen tekemistä. Osa päänsäryistä liittyi niska-hartiajäännitykseen, osa saattoi johtua elämäntilanteesta.

Tutkituilla ei tullut esille kovinkaan paljon suomalaisia somaattisia kansansairauksia. Muitakaan pitkäaikaissairauksia ei ollut paljon. Suomalaisten ei tarvitse myöskään pelätä maahanmuuttajien tuovan mukanaan runsaasti trooppisia sairauksia tai sukupuolitauteja. Niitä löydettiin tässä tutkimuksessa vain vähän.

Mielenterveyden ongelmista tutkituilla oli eniten depressiota, unettomuutta ja ahdistuneisuutta. Kidutus-, pahoinpitely- ja vangitsemiskokemukset nousivat haastatteluissa esille ja olivat osaltaan lisäämässä hoidollisten keskustelujen tarvetta. Jos näistä kokemuksista lähdetään turvapaikanhakijoiden kanssa keskustelemaan, tulisi olla resursseja tarjota tarvittaessa tämän alueen ongelmien hoitamiseen erikoistuneita palveluja. Mielenterveyden ongelmien esilletulo yleensäkin vastaanottotilanteessa vaatii aikaa ja luottamuksellisen ilmapiirin. Nopean diagnoosin tekeminen ei läheskään aina ole mahdollista. Apua tulee silti tarjota masennuksen vaikutelmankin perusteella jo inhimillisistä syistä. Suuri osa mielenterveyden häiriöistä hoidettiin vastaanottokeskuksen ulkopuolella erityisyksiköissä. Paljon mielenterveysongelmista kärsiviä kävi myös vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön lääkärin vastaanotolla ja tukikeskusteluissa terveydenhoitajien luona. Resursseja mielenterveyden ongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen tulee jatkossa varata riittävästi.

Turvapaikanhakijoille tehdyt laboratoriotutkimukset olivat suurimmaksi osaksi hyödyllisiä. Ulostenäytteet parasiittien löytämiseksi kannattaa ottaa kaikilta, sillä otetuista näytteistä löytyi paljon parasiitteja, myös sellaisia, joita voidaan ja tulee hoitaa. Pieni verenkuvasta tulee sisällyttää kaikkiin laboratoriolähetteisiin, sillä vaikka tässä tutkimuksessa ei tullut esimerkiksi anemioita paljonkaan esille, tiedetään tietyiltä alueilta (esimerkiksi Aasiasta ja Afrikasta) tulevilla olevan usein veren poikkeavuuksia. Virtsakokeet eivät myöskään tässä tutkimuksessa tuottaneet paljon poikkeavia tuloksia, mutta virtsakoe on hyödyllinen ottaa siksi, että löydetään vähäinkin hematuria. Ulkomaalaisella hematurian taustalla voi olla jokin meillä harvinainen syy. Kilpirauhasarvoissa löytyi poikkeavuuksia odotettua enemmän. Kilpirauhasarvoissa kannattaa ottaa kaikilta, sillä itse kilpirauhasarvojen löytämisen lisäksi koetulos on hyödyllinen monen psyykkisen



ongelman erotusdiagnostiikassa. HIV-testi ja hepatiittitestit ovat tarpeellisia. Myös kuppatesti kannattaa ottaa kaikilta, sillä pitkälle edennyt kuppatauti voi simuloida monen eri sairauden oireita. CRP kannattaa ottaa vain potilaista, joilla on tulehdustautiin viittaavia oireita ja ainoastaan asianmukaisen kliinisen tutkimisen yhteydessä.

Tarkasteltaessa taulukoita 53 ja 54 sivulla 173 voidaan vetää johtopäätös, että niitäkin, jotka eivät ilmoita mitään merkittävää sairautta, kannattaa tutkia. Vertailua aiemmin tehtyihin suomalaisiin tutkimuksiin harkittiin. Vertaamista esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimukseen ei kuitenkaan tehty, koska siinä olevat tulokset koskevat yli 30-vuotiasta suomalaista perusväestöä (Aromaa ym. 2002). Tässä turvapaikanhakijoita käsittelevässä tutkimuksessa tutkituista vain 18 naista ja 42 miestä oli yli 30-vuotiaita ja yli 55-vuotiaita ei ollut lainkaan.

Naisilla esiintyi selvästi enemmän sairauksia ja vaivoja anamnestisessä selvitäksessä, mutta tutkimuksessa miehillä oli selvästi enemmän löydöksiä. Kun tutkittava on päässyt lääkärin vastaanotolle ja häneltä kysytään monipuolisesti hänen vaivojaan, voi olla, että naisilla hoitamatta jääneet sairaudet ja vaivat tulevat esille paremmin. Monissa niissä maissa, joista tutkitut olivat tulleet, on naisten lääkäriin pääsy vaikeampaa kuin miesten. Toisaalta se, että miehillä oli enemmän tutkimuslöydöksiä, voi viitata siihen, että naisten oireiden taustalla ei ehkä kuitenkaan ollut sellaista pitkäaikaissairautta, joka olisi tullut esille tutkimuslöydöksenä. Toinen selitys voi olla se, että Suomessakin miehillä yleinen oireiden ja sairauksien vähättely olisikin universaalina. Vaivoista ei puhuta, vaikka niitä olisikin.

- Tutkituilla ei tullut esille kovinkaan paljon suomalaisilla yleisiä somaattisia kansansairauksia. Muitakaan pitkäaikaissairauksia ei löytynyt paljoa.
- Suomalaisten ei tarvitse pelätä maahanmuuttajien tuovan mukanaan runsaasti trooppisia sairauksia.
- Tutkituilla oli ollut runsaasti vatsasairauksia ja heillä oli edelleenkin paljon oireita. Jos oireet eivät olleet akuutteja ja vaikeita, niiden tarkempi tutkiminen ei kuulunut turvapaikanhakijan oikeuksiin.
- Piilevää hoidon ja palveluiden tarvetta näkyi erityisesti naistentaudeissa
- Tutkittujen hammasstatus oli huono ja tarkastuksessa näkyikin pitkäaikainen hammashoidon puute.
- Iholöydöksiä oli runsaasti, erityisesti jaloissa.
- Mielenterveyden ongelmista tutkituilla oli eniten depressiota, unettomuutta ja ahdistuneisuutta. Kidutus-, pahoinpitely- ja vangitsemiskokemukset nousivat haastatteluissa esille ja olivat osaltaan lisäämässä hoitollisten keskustelujen tarvetta.
- Tehdyt laboratoriotutkimukset olivat suurimmaksi osaksi hyödyllisiä.
- Jotakin poikkeavaa statuksessa löytyi neljällä viidesosalla tutkituista. Suurella osalla löydökset olivat kuitenkin vähäisiä, eivätkä tarkoita välttämättä minkäänlaista kuormittavuutta terveydenhuollolle myöhemmin. Niitäkin, jotka eivät ilmoita mitään merkittävää sairautta, kannattaa tutkia, sillä tässä tutkimuksessa myös heillä oli runsaasti löydöksiä.

## *Seurannassa saatujen tietojen tarkastelua*

Puolen vuoden seurannan aikana runsas kolmannes oli karkotettu, oleskeluluvan oli saanut kahdeksasosa ja kokonaan oli hävinnyt 15 prosenttia tutkituista. Runsas neljäsosa joutui jännittämään kohtaloaan edelleenkin. Seuranta-ajan päättyessä edelleen kirjoilla olevien ja toisaalta poistuneiden henkilöiden määrä kertoo turvapaikanhakijoiden suuresta vaihtuvuudesta. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollossa potilaskunnan vaihtuvuus onkin työn luonteeseen kuuluvaa.

Tutkitut hakeutuivat seuranta-aikana edelleen varsin paljon vastaanotoille, vaikka heidät oli aiemmin tarkastettu huolellisesti. Käyntien määrä ulkopuolisissa yksiköissä päivystysaikana oli varsin vähäistä. Ehkä tietoisuus oman yksikön palveluista edesauttoi siinä, että akuuteissakin tilanteissa odotettiin vastaanotolle pääsyä virka-aikana.

Seurannassa osoittautui, että tarvetta erikoissairaanhoidon oli olemassa. Seuranta-aikana vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön tehtäväksi muodostui monen potilaan tutkimusten ja hoitojen koordinoiminen. Ne, joilta löytyi jotakin vakavaa, kävivät muualla tutkimuksissa ja hoidossa, ja yksikkö huolehti tarpeellisista kontakteista ja jatkohoidoista ja osin myös asioiden selittämisestä potilaille. Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön vastaanotoilla potilaiden huolenaiheet olivat samantyyppisiä kuin missä tahansa terveystieteessä.

- Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollossa potilaskunnan vaihtuvuus kuuluu työn luonteeseen.
- Tutkitut hakeutuivat seuranta-aikanakin varsin paljon vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön vastaanotoille, vaikka heidät oli aiemmin tarkastettu huolellisesti. Sen sijaan käynnit yksikön ulkopuolella olivat hyvin vähäisiä.
- Vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön vastaanotoilla potilaiden huolenaiheet olivat samantyyppisiä kuin missä tahansa terveystieteessä.

## *Kidutus- ja pahoinpitelykokemukset*

Kidutusta ja muuta väkivaltaa kokeneiden osuus turvapaikanhakijoista oli sekä kirjallisuuslähteiden että tämän tutkimuksen tulosten valossa suuri. Heille tarvittavien erityispalveluiden määrä ylitti moninkertaisesti käytettävissä olevat resurssit.

Aikaisemmissa tutkimuksissa kidutuksen arvioitu yleisyys vaihteli. Järven mukaan vaihtelua on ollut viidestä prosentista vähintään kolmasosaan (Järvi 2003). Joissain maissa tai alueilla oli rajattuna ajanjaksona jopa 80 prosenttia sieltä tulleista turvapaikanhakijoista kokenut kidutusta tai muuten traumatisoitunut (Silove ym. 1997). Tässä tutkimuksessa oli aikuisista turvapaikanhakijoista 57 prosenttia kokenut kidutusta ja ”siviilipahoinpitelyitä” oli kokenut 12 prosenttia. Yhteensä siis 69 prosentilla oli ollut kertomansa mukaan pahoinpitelytaustaa.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempia tutkimuksia. Tässä tutkimuksessa nousi esiin kidutuskokemuksia jopa enemmän kuin mitä aiemmin on arvioitu olevan.

Kidutusta ja pahoinpitelyitä raportoineilla henkilöillä oli kuitenkin varsin vähän fyysisiä tutkimuslöydöksiä. Suunnitelmallisessa kidutuksessa pyritäänkin kivun ja tuskan aiheuttamiseen niin, ettei siitä jäisi merkittäviä jälkiä todisteeksi. Useat henkilöt kertoivatkin kiduttajiensa olleen ovelia: he olivat tarkoituksella pyrkinneet siihen, ettei jälkiä todisteiksi jäisi. Tärkeimmät fyysiset löydökset olivatkin polttamisesta syntyneitä arpia, lyömisestä tai ampumisesta syntyneitä jälkitiloja, murtumien jälkitiloja tai hammasvaurioita. Psykkiset vammat ovat usein jäljellä vielä pitkään kidutuskokemusten jälkeenkin. Niiden havaitseminen ja osoittaminen vain on monimutkaisempaa. Yhteyden osoittaminen kidutuksen ja psyykkisten oireiden välillä voi olla juridisesti vaikeaa. Jos taustaa ei ole pystytty luotettavasti selvittämään, asianomainen ei ole ehkä saanut turvapaikkaa tai oleskelulupaa. Usein kidutus on ollut systemaattista terroria, jolla on tarkoitus vaikuttaa kokonaisuun ihmisryhmiin. Erityisen tehokasta se on silloin, kun käytetään menetelmiä, joilla kulttuurille tärkeitä tai pyhiä arvoja häpäistään samalla, kun yksilöä pahoinpidellään. Tällaisia ovat esimerkiksi raiskaukset, alastomuus, rasismi ja uskontoon liittyvä halventaminen. Myös traumatisoituneen kidutetun palauttaminen omaan yhteisöön lisää pelkoa ja ahdistusta ja saattaa olla tehokkaampaa yhteisön moraalin lamauttamisessa kuin tappaminen.

Kidutus- ja pahoinpitelykokemuksilla oli yhteyttä monisairastavuuteen. Erittäin erityisesti psyykkiset oireet olivat yleisiä henkilöillä, joilla oli kidutus- ja pahoinpitelytaustaa. Kidutus- ja pahoinpitelykokemusten suora kysyminen osoittautui hyväksi käytännöksi. Jos kokemuksista kysytään, tulee varmistaa, että on mahdollisuus tarjota hoitoa.

- Kidutusta tai muuta väkivaltaa oli kokenut suuri osa turvapaikanhakijoista: Aikuisista turvapaikanhakijoista 57 prosenttia oli kokenut kidutusta ja 12 prosenttia ”siviilipahoinpitelyitä”. Yhteensä siis 69 prosenttia tutkituista oli kokenut jonkinasteista pahoinpitelyä. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempia tutkimuksia.
- Kidutus- ja pahoinpitelykokemuksilla oli yhteyttä monisairastavuuteen.
- Kidutuksesta ja pahoinpitelyistä raportoineilla henkilöillä oli kuitenkin varsin vähän fyysisiä tutkimuslöydöksiä. Psykkisiä vammoja voi olla jäljellä vielä pitkään kidutuskokemusten jälkeenkin, mutta niiden havaitseminen on vaikeampaa. Yhteyden osoittaminen kidutuksen ja psyykkisten oireiden välillä voi olla juridisesti vaikeaa.
- Kidutus voi olla systemaattista ja tahallista toimintaa, jolla on tarkoitus vaikuttaa yksilöiden lisäksi kokonaisuun ihmisryhmiin. Erityisen voimakasta se on silloin, kun kulttuurille tärkeitä tai pyhiä arvoja häpäistään samalla kun yksilöä pahoinpidellään. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi raiskaukset, alastomuus, rasismi ja uskontoon liittyvä halventaminen.

## *Turvapaikanhakijan elämäntilanne ja turvapaikkaratkaisut*

Turvapaikanhakija ei yleensä aluksi osaa paikallista kieltä eikä ehkä muutakaan sellaista kieltä, jolla voisi kommunikoida. Tämä seikka rajoittaa häntä monilla elämän alueilla. Uusi kulttuuri voi tuntua vaikealta ymmärtää. Uuden kotimaan väestö ajattelee helposti, että tulijan on hylättävä entisen kotimaansa mukana sen kulttuuri ja tavat sekä viivyttämättä omaksuttava vallitseva kulttuuri. Monet turvapaikanhakijat ovat olleet entisissä kotimaissaan työssäkäyviä, jopa pitkälle koulutettuja ja normaalia perhe-elämää viettäneitä ihmisiä. Pakenemisen myötä he ovat yleensä menettäneet lähes kaiken. Tilalle on tullut epävarmuus tulevaisuudesta, pelko turvapaikkapäätöksen laadusta ja avustusten varassa eläminen. Edessä voi olla lähtö karkotettuna kotimaahan tai muualle turvapaikanhakuun. Taakse jätetyn kulttuurin rippeet, joita tulija perheineen ylläpitää, saattavat olla ainoa seikka, joka estää asianomaisia luhistumasta. Niiden säilyttäminen saattaa merkittävästi edesauttaa elämänkriisistä selviytymisessä. Tällöin vaatimukset oman kulttuurin hylkäämisestä ovat epäinhimillisiä ja ajattelemattomia.

Turvapaikanhakija on voinut olla turvapaikanhaussa jo aiemmin toisessa maassa, missä on ehkä jo aloitettu terveydentilaan liittyvät tutkimukset. Hän ei välttämättä tuo tätä esille, vaan odottaa, että samat tutkimukset tehdään uudelleen. Hänellä saattaa olla halu saada vielä lisätutkimuksia tilanteen vakavuuden osoittamiseksi sitten, kun hänen turvapaikka-asiansa tulee uudelleen käsiteltäväksi uudessa maassa. Tällöin tutkimukset hoidollisista syistä eivät olisi indisoi-tuja. Turvapaikanhakija voi katsoa olevan oman etunsa mukaista kertoa joskus liian vähän ja joskus liikaa. Häntä ei tämän vuoksi kuitenkaan pitäisi leimata epärehelliseksi tai järjestelmän hyväksikäyttäjäksi.

Tutkimuksen aikana sattui joskus niin, että perhe tai yksittäinen turvapaikanhakija käännyttiin, vaikka terveydenhuoltoyksikön työntekijöillä oli sellainen tuntuma, että heidän olisi pitänyt saada ainakin väliaikainen oleskelulupa. Toki terveydenhoitotyössä samaistutaan helposti potilaiden tilanteisiin, ehkä joskus liikaakin. Myöskään terveydenhuoltoyksiköllä ei voi olla käytössään kaikkea sitä tietoa, mitä on turvapaikkaratkaisun tekevillä viranomaisilla. Turvapaikanhakijat eivät välttämättä kerro terveydenhuoltohenkilökunnalle sellaisia seikkoja, joiden he arvelevat heikentävän mahdollisuuksiaan turvapaikan saantiin. Päinvastoin he mielellään korostavat asioita, joiden arvelevat auttavan myönteisen päätöksensä saamista. Tämä voi näkyä joskus aggravaationa. Turvapaikanhakijoilla voi olla sellainen (väärä) käsitys, että sairaus tai sairastaminen parantaisi heidän mahdollisuuksiaan saada myönteinen oleskelulupapäätös. Näinhän on vain hyvin poikkeuksellisissa tapauksissa. Myönteiseen päätökseen voivat olla vaikuttamassa hengenvaaralliset sairaudet tai sellaiset sairaudet, joiden hoitamatta jättäminen pahentaisi merkittävästi asianomaisen terveydentilaa ja joille ei voida katsoa olevan asianmukaista hoitoa saatavilla turvapaikanhakijan kotimaassa. Esimerkkeinä näistä voisi mainita Aidsin, pahanlaatuiset kasvaimet tai vaikean sepelvaltimotaudin, jos asianomainen on alueelta, missä terveydenhuoltojärjestelmä on luhistunut tai sitä ei ole ollutkaan. Joissakin tapauksissa käännytystä voidaan lykätä antamalla väliaikainen oleskelulupa silloin, kun sairaus edellyttää välitön-

tä hoitoa eikä potilas ole matkustuskunnossa. Esimerkkinä tällaisesta voi olla akuutti psykoosi. Edellyttääkin huolellista henkilön asioihin perehtymistä, jotta ne, joiden sairaus tulisi ottaa huomioon oleskelulupa-asiasta päätettäessä, saavat asiasta asianmukaisen lausunnon. Asiasta lausuntoa kirjoitettaessa tulee olla myös kokemusta erilaisten sairauksien hoidoista ja käsitys hoitomahdollisuuksista. Tällöin tarvitaan tietoa terveydenhuoltojärjestelmien tasosta kehittyvissä maissa yleensä ja jos mahdollista, myös turvapaikanhakijan kotimaan oloista.

- Turvapaikanhakija on ymmällään uudessa ympäristössä, missä hänen odotetaan hylkäävän entisen kulttuurinsa tapoja.
- Turvapaikanhakija voi mieltää sairauden ja sen vuoksi tehtävien lisätutkimusten parantavan hänen mahdollisuuksiaan saada turvapaikka, minkä vuoksi hän saattaa vaatia yhä lisää tutkimuksia.
- Terveydenhuoltoyksikössä ei voi olla kaikkea tietoa turvapaikanhakijan kokonaistilanteesta. Turvapaikkapäätöksiä tekevillä ei myöskään voi olla tietoa hakijoiden kaikista asiaan mahdollisista vaikuttavista terveysseikoista. Päätäjillä ja terveydenhuollon ammattilaisilla tulisikin olla foorumi, jossa voidaan käydä dialogia ja varmistaa kaikkien huomioon otettavien asioiden esilletulo.
- Terveydentila voi harvoissa tilanteissa olla merkittävä tekijä päätettäessä turvapaikanhakijan asiasta. Ne, joiden kohdalla terveydentila voi vaikuttaa turvapaikkapäätökseen, tulisi pystyä seulomaan ja heille tulisi laatia asianmukaiset lausunnot.

### *Terveydenhuollon rooli*

Turvapaikanhakijan näkökulmasta on olemassa kaksi intressiä. Ensiksi on se, että hän haluaisi saada turvapaikan tai ainakin oleskeluluvan, ettei hänen tarvitsisi palata lähtömaansa uhkaavaan tilanteeseen. Toiseksi hänen intressinään on saada terveydenhuoltopalveluita silloin, kun hän niitä tarvitsee. Palveluita järjestävää tahoja ohjaavat viranomais määräykset. Turvapaikanhakijalla saattaa olla erilainen näkemys siitä, minkälaisia palveluita hänelle tulisi tarjota. Mitä enemmän tulijalla on piilevää tai tiedossa olevaa, mutta tyydyttämätöntä tarvetta saada terveyspalveluita, sitä vaikeampaa on sopeutua palveluiden laatua tai määrää rajoittaviin ohjeisiin.

Turvapaikanhakijoiden ja terveydenhuoltojärjestelmän intressien ei tarvitse olla ristiriidassa toistensa kanssa. Kun edistetään turvapaikanhakijoiden terveydentilaa tai ehkäistään sen huononemista, säästetään myöhemmin sairaanhoitokustannuksissa ja minimoidaan ympäristölle aiheutuvat terveysriskit. Myös asiakastyytyväisyys paranee. Turvapaikanhakijat kokevat turvallisuudentunnetta sen vuoksi, että vakavat sairaudet on poissuljettu ja että kaikkien tarpeisiin suhtaudutaan tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti. Kustannusten minimoimisessa oleellista olisi se, että sairaustapauksissa hoitoon hakeutuminen tapahtuisi vastuussa olevan yksikön koordinoimana eikä potilaslähtöisesti.

Kun vastaanottokeskukseen tulee tieto jonkun turvapaikanhakijan pikaisesta käännyttämisestä, tulisi vastaanottokeskuksen työntekijän välittömästi kysyä terveydenhuoltoyksiköstä, onko turvapaikanhakijalla mikään tärkeä terveydenhuoltoasia kesken. On suuri vahinko, jos henkilö käännytetään, vaikka hänen terveystasiansa tulisi hoitaa mitä pikimmin. On henkilökunnalle turhauttavaa ja turvapaikanhakijaa kohtaan väärin, jos keskeytetään jo aloitettu välttämätön hoito ja päästetään asianomainen menemään silloin, kun olisi ollut välttämätöntä terveydellisistä syistä lykätä käännytystä. Terveysthuoltoyksikön työntekijät eivät ole asianajajia, mutta heitä tulisi kuulla silloin, jos potilasturvallisuus on uhattuna.

Myös terveydenhuollon dokumentit tulisi siirtää samalla kun turvapaikanhakija siirtyy vastaanottokeskuksesta toiseen. Kun turvapaikanhakijaa suunnitellaan siirrettäväksi muualle, vastaanottokeskuksen tulisikin ilmoittaa asiasta välittömästi terveydenhuoltoyksikköön. Näin terveydenhuollon dokumentit menisivät yhtä aikaa turvapaikanhakijan kanssa ja olisivat uudessa sijoituspaikassa heti käytettävissä. Terveysthuoltoyksikön siirto joutuisasti tulisi varmistaa myös turvapaikanhakijan saatua oleskeluluvan ja mahdollisesti muuttaessa toiselle paikkakunnalle.

Turvapaikanhakijoille tulisi tehdä riittävän laaja terveystarkastus jo ensimmäisessä sijoituskohteessa (myös transit-keskuksissa), jolloin heidät voitaisiin sijoittaa sellaisiin jatkopaikkoihin, joissa voidaan hoitaa heidän mahdollisia sairauksiaan. Tämä koskee erityisesti tulijoita, joilla on vaikeita psyykkisiä ongelmia tai muita pitkäaikaissairauksia. Pulmana voi olla se, että joillakin turvapaikanhakijoilla on terveysthuoltoongelmia, jotka kaipaavat selvittämistä, mutta henkilön juridinen status ei oikeuta asian viemistä eteenpäin ennen kuin turvapaikkahakemukseen on saatu päätös. Lääkäri voi kokea vaikeana ammatillisena ja eettisenä ristiriitana sen, että potilas ongelmineen voi joutua odottamaan hoitoa vuosia.

Verrattaessa turvapaikanhakijoiden palvelujärjestelmiä eri maissa voidaan todeta, että Suomen järjestelmä oli tutkimusaikana siinä mielessä järjestäytynein, että perushoitovastuu oli sen vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksiköllä, jossa asianomainen oli kirjoilla. Se mahdollisti myös – ainakin teoriassa – terveydenhoidon seuraamisen ja koordinoimisen. Yhdistyneiden kuningaskuntien ja Ruotsin järjestelmät olivat periaatteessa eniten kotouttavia, koska turvapaikanhakija tottui käyttämään normaaleja yhteiskunnan palveluita. Toisaalta palvelun koordinointi ja seuranta ovat vaikeampia järjestelmissä, joissa palvelun tuottajina toimii useita eri tahoja kuten useita kuntia tai saman kunnan useita eri palveluyksiköitä. Yhdistyneissä kuningaskunnissa terveysthuoltoja tarjoaville yksiköille myönnettiin taloudellista tukea silloin, kun ne hoitivat turvapaikanhakijoita. On hyvä, että näiden potilaiden erityistarpeista johtuva kuormittavuus korvataan tällä tavalla palveluntuottajalle.

- Turvapaikanhakijan, viranomaisten tai terveydenhuollon välillä ei välttämättä ole eturistiriitaa.
- Terveydenhuollon ja vastaanottokeskuksen yhteistyö on välttämätöntä.
- Terveystiedon siirtyminen joustavasti ja joutuisasti tulee varmistaa.

### *Terveydenhuoltotyön voimavarat*

Turvapaikanhakijoiden kanssa työskentelevän lääkärin tulee varautua siihen, että huolellisen haastattelun ja perustutkimuksen tekemiseen menee tunti potilasta kohti ja tavalliseen sairauden vuoksi tapahtuvaan vastaanottokäyntiin useimmiten puoli tuntia. Viidentoista minuutin vastaanottoajalla voi hoitaa lyhyitä akuuttiasioita. Jos lääkärin työaika vastaanottokeskuksessa on vain muutamia tunteja viikossa, joutuu tehtäviä väkisinkin jyrkästi priorisoimaan. Tällöin ei ole mitään mahdollisuutta perehtyä potilaiden asioihin tarkemmin. Vastaanottokeskuksissa, joissa asukkaita on yli sata, tulisikin olla ainakin puolipäivätoiminen, mieluummin kokopäivätoiminen lääkäri. Lääkärin tehtäviin kuuluu toki muutakin kuin vain niiden potilaiden tutkiminen, jotka ovat ilmoittautuneet lääkärin vastaanotolle tai jotka terveydenhoitaja on sinne ohjannut.

Terveydenhoitajien tehtäviin voi hyvin kuulua terveystarkastusrutiinien lisäksi avosairaanhoidon vastaanottotehtäviä. Työpaikkakoulutuksen ja lääkärin antaman riittävän taustatuen turvin terveydenhoitajat voivat itsenäisesti seuloa ja hoitaa sellaisia asioita, joista potilaat itse hakeutuisivat lääkärin vastaanotolle. Kun resursseja on varattu riittävästi, terveydenhoitaja voi keskittyä myös terveyskasvatukseen ja henkilökohtaiseen neuvontaan, mikä lisää potilaiden tietämystä omasta terveydestään. Neuvonnan avulla voidaan myös tukea potilaita ottamaan vastuuta omasta terveydestään, ja sen myötä hoitoon hakeutumisen tarve vähenee.

Vaikeaa ja vaativaa työtä vastaanottokeskuksissa tekeviltä terveydenhoitajilta edellytetään monipuolista osaamista, kulttuurisensitiivisyyttä, kielitaitoa ja empatiaa. Nämä vaatimukset korostuvat erityisesti silloin, jos hoitaja työskentelee ilman mahdollisuutta lääkärin säännölliseen konsultoimiseen. Jos lääkäri käy vastaanottokeskuksessa muutaman tunnin viikossa ja jos vieraileva lääkäri vielä usein vaihtuu, siirtyvät lääkärille normaalisti kuuluvat tehtävät ja vastuu helposti yksikön hoitajille.

Tampereen vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön tärkeimpinä vahvuuksina voidaan pitää henkilökunnan innostusta ja kiinnostusta työskentelyyn ulkomaalaisten kanssa sekä pitkää kokemusta ulkomaalaisten hoidosta. Henkilökunnalla oli myös tietoa turvapaikanhakijoiden lähtömaiden olosuhteista. Henkilökunnan monipuolinen kielitaito niin sanottujen suurten kansainvälisten kielten osalta (englanti, ranska, espanja, italia, saksa, venäjä, ruotsi) mahdollisti potilaiden tarpeisiin vastaamisen akuuteissa asioissa ilman tulkkiakin silloin, kun turvapaikanhakija osasi edes auttavasti jotakin edellä mainituista kielistä. Yksikön läheisyys maahanmuuttajille mielenterveyspalveluita järjestävään yksikköön ja vastaanottokeskukseen sekä Pirkanmaan tulkikeskukseen mahdollisti kiinteän

yhteistyön. Heikkoutena yksikön toiminnassa oli yksikön alttius joutua ongelmiin henkilökunnan tilapäisten ja erityisesti pitkien poissaolojen aikana. Erityisesti lääkärin puuttuminen vaikeutti suunnitelmallista työskentelyä. Työssä tarvittaisiin laajaa työkokemusta ja osaamista terveydenhuollon eri osa-alueilta. Myös terveydenhoitajilla olisi hyvä olla erityistietämystä ja työkokemusta erilaisista terveydenhuoltoalan tehtävistä. Näin työntekijöiden osaamisalat ja erilaisen työkokemuksen mukanaan tuomat vahvuudet täydentäisivät toisiaan.

Myös sitä voi arvioida kriittisesti, tehtiinkö vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikössä oikeita asioita ja oikeaan aikaan. Tutkimus haluttiin toteuttaa suunnitellulla järjestelyllä. Siksi esimerkiksi tutkittujen haastattelu tuli tehdyksi osittain kahteen kertaan, kun terveydenhoitajat haastattelivat heidät ensin ja sen jälkeen lääkäri teki haastattelun käyttäen laajempaa kysymyslomakkeistoa. Yleensä riitti yksi lääkärinvastaanotokäynti elleivät tutkimustulokset tai asianomaisen vaivat muuta edellyttäneet. Jotkut tutkitut kävivät terveydenhoitajien vastaanotoilla useita kertoja. Yksi syy tähän oli se, että vastaanottoihin tuli häiriöitä muiden potilaiden äkillisten tarpeiden vuoksi. Jos olisi mahdollista organisoida työt siten, että terveydenhoitajakin voisi keskeytyksettä hoitaa potilaansa, selvittäisiin vähemmällä käynneillä ja aikaa säästyisi muihin tehtäviin. Kun terveydenhoitaja käyttää riittävästi aikaa haastatteluun ja tietojen huolelliseen kirjaamiseen, voi lääkäri paneutua keskeisiin tietoihin ja potilaan tutkimiseen.

Virtanen ja Lohi ovat pohtineet lääkärin asemaa yleislääkärinä pienessä terveyskeskuksessa (2005). Heidän mukaansa työtä vaikeuttavia seikkoja ovat muun muassa se, että kaikesta pitää tietää olennainen ja että moniongelmaiset potilaat ovat raskaita, ellei lääkäri saa lisäkoulutusta heidän kohtaamiseensa. Työ on yksinäistä ja siinä on suuri vastuu. Potilasongelmien kirjo on laaja. Työn arvostus vaihtelee, ja työ on joskus liiankin haasteellista. Virkavapauksiin on vaikea saada sijaisia. Hyvinä puolina voidaan todeta, että työnkuva on monipuolinen ja työssä on mahdollisuus hyödyntää erityisosaamista. Työ on itsenäistä, ja pitkäaikaiset potilassuhteet antavat tyydytystä. Työn haasteellisuus ja asiakaskunnan monipuolisuus voidaan nähdä myös myönteisinä seikkoina. (Virtanen ja Lohi 2005.)

Lääkärin asema turvapaikanhakijoiden terveydenhuollossa on samantyyppinen kuin yleislääkärin asema pienessä terveyskeskuksessa. Edellä lueteltujen seikkojen lisäksi turvapaikanhakijoiden kanssa työskentelevän lääkärin on tunnettava potilaidensa kulttuurisia taustoja ja lähtömaiden olosuhteita. Olisikin hyvä, jos tehtäviä hoitamassa olisi kokeneita, avarakatseisia klinikoita. Tehtävät eivät selvästikään ole sopivia juuri valmistuneelle lääkärille tai lääketieteen opiskelijalle.



- Turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltotyötä tekevän yksikön työnjakoa tulee tarkastella kriittisesti ja innovatiivisesti. Terveydenhoitajien tehtäviin voi hyvin kuulua terveystarkastusrutiinien lisäksi muitakin avosairaanhoidon tehtäviä kuten potilasvastaanottoa. Työpaikkakoulutuksen ja lääkärin antaman riittävän taustatuen turvin terveydenhoitajat voivat itsenäisesti seuloa vastaanotolle hakeutuvia ja myös hoitaa sellaisia asioita, joiden vuoksi potilaat itse hakeutuisivat lääkärin vastaanotolle. Potilasneuvonnan avulla voidaan myös tukea potilaita ottamaan vastuuta omasta terveydestään, ja sen myötä hoitoon hakeutumisen tarve vähenee.
- Turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltotyötä tekevä yksikkö tarvitsee oman lääkärin, joka on kiinnostunut työskentelemään vieraista kulttuureista kotoisin olevien kanssa.
- Turvapaikanhakijoiden kanssa työtä tekeviltä edellytetään monipuolista osaamista, kulttuurisensitiivisyyttä, kielitaitoa ja empatiaa.
- Henkilökunnan poissaolo työstä aiheuttaa helposti ongelmia pienissä työyksiköissä.
- Lääkärin työ turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksessa on samantyyppistä kuin terveyskeskuslääkärin työ yksikössä, jossa on selvittävä pääosin yksin. Se tuo mukanaan runsaasti vastuuta ja vaikeuksia, mutta antaa myös tyydytystä.
- Koulutuksiin ja työnohjaukseen osallistumalla voidaan parantaa lääkärin ja terveydenhoitajien tärkeimmän työkalun – oman itsensä – kunnossa pysymistä.

### *Tulevia näkymiä*

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin käyntien määriä erikoissairaanhoidon yksiköissä, mutta mielenterveystoimistossa käyneiden osalta ei voitu selvittää siellä hoidettujen henkilöiden mielenterveyshäiriöiden laatua. Koska mielenterveyteen liittyvät häiriöt vaativat joka tapauksessa paljon hoitoresursseja, olisi hyödyllistä selvittää tarkemmin, millaisia turvapaikanhakijoiden mielenterveyshäiriöitä erikoissairaanhoidon yksiköissä hoidettiin. Mielenterveyteen liittyy monia kulttuurisia kysymyksiä ja tabuja. Hoitoyksiköiden olisi hyvä pystyä valmistautumaan eri kulttuureista tulevien hoitamiseen. Myös kidutusta, pahoinpitelyitä ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoidon tarve tulisi arvioida heti saapumisen jälkeen ja jos asiaa aletaan vastaanotella tutkia, edellyttää se tarpeellisten resurssien varaamista myös tutkittavien hoidon toteuttamiseksi.

Lasten tilanne ei tullut tässä tutkimuksessa laajasti arvioiduksi, koska lapsia tuli aineistonkeruun aikana Tampereen vastaanottokeskukseen niin vähän. Turvapaikanhakijoiden mukana tai yksin tulevat lapset ovat kuitenkin tärkeä ryhmä terveyspalveluita suunniteltaessa. Olisi tarpeellista kartoittaa lisää näiden lasten terveydentilaa ja palveluiden tarvetta.

Turvapaikanhakijoita kannattaisi haastatella ja pyrkiä selvittämään, millaiset terveydenhuoltopalvelut heidän lähtömaissaan oli. Voisi kysyä haastateltavien

omaa käsitystä lähtömaan perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta ja apteekkeista sekä yksityisen ihmisen mahdollisuuksista käyttää palveluita. Vaikka palveluita olisikin, niiden käytön esteenä voivat olla korkeat kustannukset, pitkät välimatkat tai se, ettei terveystalouden käyttäminen ole kulttuurisesti hyväksyttävää. Tällainen haastatteluihin perustuva selvitys antaisi arvokasta tietoa siitä, millaiset todelliset mahdollisuudet turvapaikanhakijalla olisi saada lähtömaassaan hoitoa sairauksiinsa. Jos tietyltä alueelta tulevat turvapaikanhakijat säännöllisesti ja yhteneväisesti vahvistavat palveluiden puuttumisen tai huonon laadun, tulisi asia ottaa huomioon oleskelulupapäätöksiä tehtäessä. Myös alueella toimivia kirkon ja kansainvälisten avustajajärjestöjen työntekijöitä voisi haastatella paikallisten terveydenhuolto-olojen arvioimiseksi. Vuoden 2007 lopulla tuli esille useita tapauksia, joissa kirkot tarjosivat turvapaikkaa henkilöille, jotka olivat saaneet karkotuspäätöksen. Asian johdosta syntynyt keskustelu on erittäin tärkeää. Dialogi turvapaikka-asioista päättävien viranomaisten ja turvapaikanhakijoiden lähtömaiden olosuhteista tietävien tahojen kanssa on tervetullutta.

Kun Suomeen sijoitettavia kiintiöpakolaisia valitaan, olisi hyvä, että valintaryhmässä olisi mukana terveysasioihin hyvin perehtynyt jäsen. Hän voisi etukäteen arvioida, minkä laatuista erityistarpeita valituilla on ja huolehtia siitä, että vastaanottavat tahot saavat niistä tiedon etukäteen ja voisivat myös etukäteen varautua kiintiöpakolaisten vaatimiin mahdollisiin erityistarpeisiin.

Mielenkiintoista olisi selvittää, mitä on tapahtunut niille turvapaikanhakijoille, joiden turvapaikkapäätös ei ollut heille mieluisa. Nykyisin monet ohjataan odottamaan päätöstä siihen maahan, jossa he ovat aiemmin oleskelleet turvapaikanhakijoina. Voisi selvittää, miten heidän turvapaikka-asiansaan lopullisesti kävi. Samaten voisi selvittää, ovatko he saaneet asianmukaisen hoidon niihin sairauksiin, joita heillä havaittiin turvapaikanhakuprosessin aikana Suomessa.

Haastavaa ja varmasti myös dramaattista olisi selvittää, mitä kuuluu niille turvapaikanhakijoille, jotka käännytettiin ja jotka Suomen viranomaiset saattoivat lähtömaahansa. Käännyttetyt tulisi etsiä ja haastatella heitä. Kaikista ei varmaankaan löytyisi tietoja. On epäiltävissä, etteivät viranomaiset sellaisissa tapauksissa olisi kovin yhteistyöhaluisia. Niiltä, jotka tavoitettaisiin, tulisi selvittää, ovatko heillä Suomessa turvapaikanhakuprosessin aikana havaitut sairaudet asianmukaisessa hoidossa. Riittävän ison aineiston pohjalta voisi saada käsityksen siitä, kuinka hyvin turvapaikanhakijoiden tilanteen kokonaisarviointi on onnistunut. Jos osoittautuisi, että henkilöitä on kadonnut tai että heidän sairautensa ovat jääneet hoitamatta tai mahdollisesti pahentuneet, tulisi harkita uudelleen kriteereitä, joilla turvapaikanhakijoiden tilannetta arvioidaan. Lienee parempi, että suojelua tai turvapaikan saa joku sellainenkin, joka ei aivan täytä kriteereitä kuin että yksikin sellainen, joka ehdottomasti tarvitsisi suojelua, jää sitä vaille ja hänen elämänsä tai terveytensä vaarantuu.

Joskus kuulee sanottavan, että osa turvapaikanhakijoista on niin sanottuja elintasopakolaisia. Siksi on tarpeellista, että turvapaikanhakijoiden asioita hoitavilla on humaani perusasenne. Kriisit ja julmuudet tuskin loppuvat maailmasta. Toki turvapaikanhakijoiksi varmaan lähtee ja tulee vastakin lähtemään myös parempaa elintasoja hakevia ihmisiä. (Aiemmin puhuttiin siirtolaisuudesta.) Siksi

onkin tärkeää, että jokaisen turvapaikanhakijan hakemus selvitetään perusteellisesti ja puolueettomasti. Turvapaikanhakijoita ei pidä ryhmänä leimata sen vuoksi, että jotkut turvapaikanhakijat yrittävät hyödyntää järjestelmää. Useimmiten turvapaikanhakijat ovat kuitenkin vähävaraisia, koska he ovat saattaneet käyttää kaiken omaisuutensa maksaakseen matkansa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan monilla turvapaikanhakijoilla oli kidutus- tai väkivaltakokemuksia ja terveysongelmia, ja niiden tarkempi tutkiminen ja hoitaminen on tulevaisuuden haaste.

- Turvapaikanhakijoiden mielenterveyden häiriöiden tarkempi selvittäminen on tarpeellista.
- Kidutusta, pahoinpitelyitä ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoidon tarpeen arviointi tulisi organisoida.
- Turvapaikanhakijoina olevien pienten lasten terveydentilan arviointi on tärkeää.
- Turvapaikka-asioista vastaavien viranomaisten ja turvapaikanhakijoiden lähtömaissa toimivien järjestöjen ja organisaatioiden välillä tulisi olla keskustelufoorumi, jossa arvioitaisiin lähtömaiden olosuhteita.
- Kiintiöpakolaisten valintaprosessissa tulisi olla mukana terveydenhuollon asiantuntemusta.
- Käännyttyjen turvapaikanhakijoiden myöhempiä vaiheita ja heidän terveydenhuoltonsa toteutumista käännytyksen jälkeen olisi selvitettävä, jotta voidaan arvioida käännytysten oikeudenmukaista toteutumista.

## 12 Suositukset

Sen lisäksi, mitä edellä olevassa pohdintaosassa on esitetty kunkin osa-alueen kohdalla kehystettynä, haluan esittää seuraavanlaiset suositukset turvapaikanhakijoiden terveydenhoidossa mukana oleville tahoille:

### *Haastattelu ja terveystarkastus*

Jo ensikontaktissa tulisi hyödyntää mahdollisuutta käyttää tulkkia niin, että saadaan kerättyä mahdollisimman paljon relevanttia tietoa. Tietojen keräämiseen voi käyttää kaksisivuista suosituslomaketta (liite 6), joka on ajateltu sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien käyttöön. Se on tehty tämän tutkimuksen kokemusten pohjalta yksinkertaiseksi ja nopeaksi käyttää. Se voi olla ainoana muistiinpanona tai muistiinpanolomakkeena. Tiedot siitä voi siirtää sairauskertomukseen menettämättä paljonkaan informaatiota, vaikka aikaa tietojen kirjaamiseen ei olisi aivan välittömästi vastanoton jälkeen.

Turvapaikanhakijoille tulisi tehdä riittävän laaja terveystarkastus jo ensimmäisessä sijoituskohteessa (myös transit-keskuksissa), jolloin asianomaiset voitaisiin sijoittaa sellaisiin jatkopaikkoihin, joissa on parhaat edellytykset heidän terveysongelmiensa hoitamiseen. Tämä koskee erityisesti tulijoita, joilla on vaikeita psyykkisiä tai muita ongelmia.

Jos turvapaikanhakijalla on jo tullessaan sairaus, joka mahdollisesti aiheuttaa nyt tai myöhemmin huomattavia kustannuksia, tulisi se kirjata jo tulovaiheessa (erityisesti myös status). Kun tällainen henkilö mahdollisesti saa oleskeluluvan, tulee kuntasijoitusvaiheessa ajankohtaiseksi lääkärinlausunnon laatiminen, jotta sijoituskunta saisi lain 512/1999 perusteella valtiolta korvausta niin sanotuista erityiskustannuksista. Kustannuksia voidaan korvata kymmenenkin vuoden ajalta, joten asialla on tulevalle sijoituskunnalle suuri taloudellinen merkitys. Ellei tulovaiheessa ole tehty mitään merkintöjä sairauskertomukseen, voi olla vaikea todeta myöhemmin kuntasijoitusvaiheessa, että kyseinen vaiva oli jo maahan tullessa.

### *Laboratoriotutkimukset*

Laboratoriokokeiden osalta tulee noudattaa aiemmin Kansanterveyslaitoksen sekä Sosiaali- ja terveysministeriön antamia suosituksia. Lisäksi esitetään seuraavat ehdotukset:

1. Kaikilta turvapaikkaa hakevilta tulisi rutiininomaisesti ottaa TSH-määritys ja sen vastauksen perusteella harkinnan mukaan muita lisäselvityksiä.
2. Eosinofiiliarvoon ei pidä luottaa todisteena siitä, että matala arvo tarkoittaisi sitä, ettei henkilöllä voisi olla parasiittejä.
3. Mahdolliset hoidot tulisi aloittaa heti poikkeavien laboratoriovastauksen tultua, vaikkei lääkärin vastaanottoa olisikaan vielä ollut. Muutoin voi käydä niin, että turvapaikanhakija karkotetaan tai siirretään toiseen keskuksen ennen vastaanottoa ja tarpeellinen hoito jää saamatta.
4. Ulostoiden tutkiminen on perusteltua, koska hoidettavia patogeenejä löytyy sellaisiltakin, joilla ei ole oireita.
5. HbSAg-koetta kannattaa ottaa. On olemassa profylaktisia toimenpiteitä, joilla positiivisen tuloksen saaneen läheisiä voidaan suojata.
6. CRP-arvo tulisi tutkia vain perustellusti kliinisen kokonaisarvion yhteydessä.

### *Lääkäripalveluiden järjestäminen*

Hoitohenkilökunta joutuu jokaisen potilaan kohdalla harkitsemaan tarkasti, miten vakavia tämän esille tuomat ongelmat ovat, ja pitäisikö ryhtyä toimiin vai riittääkö seuranta. Kullakin yksiköllä tulisi olla oma lääkäri, joka olisi alaan perehtynyt ja kiinnostunut työskentelystä turvapaikanhakijoiden kanssa. Mikäli tehtävä ei ole kokoaikainen, tulisi lääkäriellä olla mahdollisuus olla joustavasti keskuksen terveydenhoitajien käytettävissä konsultaatioita varten osana tiimin yhteistoimintaa. Tarvitaan naispuolisia lääkäreitä ja tulkkeja, jotta gynekologisten (joskus piilevien) tarpeiden tutkimisesta ja hoitamisesta voidaan huolehtia asianmukaisesti. Tarvittaessa tulee voida käyttää ostopalveluita, ellei omissa yksikössä ole naislääkäriä.

### *Voimavarojen kohdentaminen*

Tulisi varautua siihen, että tulevaisuudessa turvapaikanhakijoilla saattaa olla – lähtömaasta ja olosuhteista riippuen – aiempaa enemmän mielenterveyden häiriöitä. Niiden hoitaminen terveydenhuollon perustasolla (terveyskeskuksissa tai vastaanottokeskuksissa) ei ole riittävää. Ainoastaan Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston yhteydessä toimii psykiatrinen työryhmä. Kidutettujen kuntoutuskeskukset Helsingissä ja Oulussa voivat tyydyttää vain osan hoidon tarpeesta. Tarvitaan siis lisää mielenterveysalan erityispalveluita turvapaikanhakijoille. Myös vastaanottokeskuksiin tarvitaan terveydenhuollollista lisäpanostusta: Mielenterveyden häiriöistä kärsivien auttaminen perustasolla edellyttää terapeutin, suunnitelmallisen ja tavoitteellisen työtavan osaamista. Työntekijöille tar-

vitaan asianmukainen työnohjaus ja säännöllinen psykiatrin konsultaatiomahdollisuus. Tämä on erityisen tärkeää kohdattaessa traumatisoituneita turvapaikanhakijoita. Tulee myös ottaa huomioon, että vastaanottokeskusten terveydenhuoltohenkilökunnan työaika kuluu paljon erityispalveluiden järjestämisen seurantaan sekä yhteistyön ylläpitämiseen avohoidon toimipisteisiin ja psykiatrisiin sairaalaoastoihin (hoitoneuvottelut). Mielenterveyden häiriöiden lisäksi olisi varauduttava myös somaattisten pitkäaikaissairauksien hoitamiseen, koska tulevaisuudessa turvapaikanhakijoina saattaa olla entistä enemmän myös ikääntyneitä ihmisiä.

#### **Haastattelu ja terveystarkastus:**

- Ensikontaktissa kannattaa hyödyntää tulkkia monipuolisesti.
- Terveystarkastus turvapaikanhakijoille tulisi suorittaa jo ensimmäisessä sijoituspaikassa.
- Sellaiset pitkäaikaissairaudet, jotka turvapaikanhakijoilla on jo maahan tullessaan ja joista sijoituskunta voi saada korvauksia valtiolta, kannattaa kirjata huolellisesti jo alkututkimuksessa.

#### **Laboratoriotutkimukset:**

- TSH, HbSAg ja ulostetutkimukset tulisi ottaa kaikilta.
- Eosinofiiliarvoon ei pidä luottaa yksistään ja CRP-arvo tulee arvioida kliinisen tilanteen arvion yhteydessä.
- Mahdolliset hoidot laboratoriotutkimusten perusteella olisi aloitettava heti vastausten valmistuttua, jottei käy niin, että turvapaikanhakija on ehditty käännyttää ennen hänen pääsyään lääkärin vastaanotolle.

#### **Lääkäripalvelut:**

- Turvapaikanhakijoita hoitavilla yksiköillä tulisi olla ”omalääkäri”.
- Tulisi järjestää joustavat konsultaatiot terveydenhoitajien ja lääkärin välillä.
- Tarvitaan naispuolisia lääkäreitä (ja tulkkeja).

#### **Voimavarojen kohdentaminen:**

- Tulisi varautua mielenterveyden ongelmien lisääntymiseen.
- Erityisyksiköt tarvitsevat lisäresursseja.
- Vastaanottokeskusten henkilökunnan lisäkoulutus, työnohjaus ja psykiatrin konsultaatiomahdollisuus tulisi järjestää.
- Tulisi varautua pitkäaikaissairauksien ja ikääntymiseen liittyvien sairauksien lisääntymiseen.

## *Erityispätevyys?*

Suomessa oli ulkomaalaisia vuoden 2006 lopussa yli 120 000. Osa heistä on kotoutunut hyvin, mutta on paljon myös niitä, joiden kotoutuminen on vasta alussa. Tulevaisuudessa maahanmuutto tulee lisääntymään.

Kun lääkärin potilaaksi tulee maahanmuuttajia, ovat haasteet samantyyppisiä, olipa potilas sitten turvapaikanhakija, perheen yhdistämisen kautta tullut, kiintiöpakolainen, niin sanottu Inkerin paluumuuttaja tai työperäinen maahanmuuttaja. Työskentely vieraasta kulttuurista tulevan kanssa asettaa omia vaatimuksiaan: vieraan kulttuurin, siihen liittyvien tapojen ja uskomusten ymmärtäminen, lähtömaan terveysolojen ja mahdollisten perinteisten hoitotapojen tunteminen. Lisäksi vaaditaan ennakkoluulottomuutta, tasa-arvoista suhtautumista, halua uuden oppimiseen, puolueettomuutta ja kielitaitoa. Tiedon lisäksi painottuvat eettinen ja kulttuurinen osaaminen.

Olisiko aika laatia kouluttautumishjelma ja pätevyysvaatimukset maahanmuuttajien terveydenhuollon erityispätevyuden saamiseksi lääkärin uudeksi lisäkouluttautumismahdollisuudeksi?

## 13 Epilogi

Motivaation työntekoon turvapaikanhakijoiden parissa tulee nousta siitä, että uskoo primaaristi kaikkien turvapaikanhakijoiden olevan ”oikealla asialla”, vaikka heistä kuuleekin käytettävän erilaisia nimityksiä ja kerrottavan erilaisia tarinoita. Toki joukkoon mahtuu henkilöitä, jotka käyttävät hyväkseen järjestelmää, mutta se ei saa olla syy sulkea portteja niiltäkin, jotka suojelua todella tarvitsevat. Osiossa ”Kidutukset, pahoinpitelykokemukset sekä pidätykset” on riittävästi esimerkkejä heistä, joilla oli hyvä syy olettaa, että on lähdettävä ennen kuin joutuu kokemaan jotakin vielä pahempaa.

Tutkimusasetelmani oli aluksi hyvin pragmaattinen: halusin hyödyntää sen, mitä olin muutenkin tekemässä. Aineiston keruu oli sinällään vain pieni kirjauksitekkninen lisä. Vasta aineiston käsittelyyn ryhtyessäni sain uudenlaisen otteen tutkimukseeni. Mitä pitemmälle pääsin, sitä tärkeämmäksi näin aiheeni. Motivaatio oli kääntynyt itsestä tutkittaviini. Näin yhä tärkeämpänä sen, että on tuotava esille se, että toimintaan varatut voimavarat ovat niukat ja ettei turvapaikanhakijoiden terveydenhuollossa ole ehkä tehty kaikkea mitä pitäisi. Haluan samalla käynnistää julkisen keskustelun turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon järjestelyistä ja heidän asemastaan yleensäkin. Psykiatrikollegat ovat viime aikoina tuoneet esille mielenterveyspalveluiden riittämättömyyttä turvapaikanhakijoiden hoidossa. Monien taustalla on kidutusta ja muuta väkivaltaa. Heidän kuntoutumisensa terveiksi, elämästään nauttiviksi ja yhteiskuntaan oman panoksensa antaviksi jäseniksi vaatii voimavaroja, mikä tarkoittaa usein pitkäaikaista terapia-työskentelyä. Muut terveysongelmat eivät ole ehkä yhtä dramaattisia ja invalideoivia, mutta vaativat yhtä lailla huomiota. On kiusallista, stressaavaa ja kohtuutonta, jos joutuu odottamaan hoitoa niin sanottuun ei-kiireelliseen sairauteen useita vuosiakin sen vuoksi, etteivät voimassa olevat säännökset mahdollista tutkimusten ja hoidon aloittamista. Terveyspalveluiden tulisi olla tarjolla jo humanitaarisistakin syistä, ettei turvapaikanhakijoiden tarvitsisi anoa tai suorastaan kerjätä heille kuuluvia palveluita. Hehän ovat useimmiten jo kotimaissaan ja joskus matkan varrellakin joutuneet kokemaan nöyryytystä ja ihmisarvon riistoa.



# 14 Kiitokset

Kiitokset tämän tutkimusprojektin läpiviemisestä kuuluvat monelle taholle. Ohjaajani professori Kari Mattila ansaitsee erityiskiitokset rohkaisevasta suhtautumisestaan tutkimusaiheeseeni ja siitä, että sain aina halutessani neuvoja ja ajatusten tuulettamisapua. Ohjausryhmääni kuuluneet professorit Marja Jylhä ja Per Ashorn antoivat arvokasta apua kirjoitusvaiheessa johdattaen minua pitäytymään tieteellisessä näkökulmassa. Myös tiedekunnan asettamat esilukijat antoivat runsaasti muokkausehdotuksia työhöni ennen sen lähettämistä esitarkastukseen. Heille kaikille ja myös lääketieteen laitoksen henkilökunnalle suurkiitokset.

Työni esitarkastajat professorit Raimo Isoaho ja André Sourander sekä dosentti Mikko Nenonen antoivat korvaamattomia vihjeitä työni laadun parantamiseksi, mistä olen heille kiitollinen. Myös heidän innostuneisuutensa työtäni ja sen aihetta kohtaan rohkaisi ja kannusti minua etsimään lisätietoa ja pyrkimään tulosteni lisäanalysointiin.

Ilman Tampereen kaupungin suosiollista myötävaikutusta en olisi tullut työskennelleeksi kaupungin turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksessa ja ryhtynyt tehtävääni. Esimiesteni myönteinen ja kannustava suhtautuminen rohkaisi minua paneutumaan näinkin laajaan tehtävään. Vastaanottokeskuksen henkilökunta, koko ulkomaalaistoimiston henkilökunta tulkkeineen ja sosiaalitoimen henkilökuntineen ja erityisesti ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikön henkilökunta ansaitsevat erityiskiitoksen.

Vaimolleni ja lapsilleni olen kiitollinen myötäelämisestä, tuesta ja ymmärtämyksestä, joita olen saanut kokea tutkimustyöni kaikissa vaiheissa. Vaimolleni ja tyttärelleni Pialle lausun kiitokset väitöskirjani kieliasun tarkastamisesta ja tyttärelleni Annalle käsikirjoitukseni lukemisesta sen arvioimiseksi, miten yleislääkäri sen näkee. Äidilleni Elli Piriselle lausun kiitokset tiivistelmän englannin kielen tarkastamisesta. Isälleni Sakari Piriselle, veljelleni Jounille ja muille sukulaisille ja tuttaville, jotka ovat olleet tietoisia vireillä olleesta tutkimustyöstäni ja jotka ovat rohkaisseet minua tutkijan tielläni, lausun lämpimät kiitokseni.

Kaikkein nöyrimmän kiitokseni osoitan tutkimukseni kohteille, pakolaisille ja turvapaikanhakijoille. Olenhan saanut heiltä niin paljon. He ovat olleet minulle jaksamisen moottori ja oman työskentelyni motivaatio monessa elämänvaiheessani jo ennen kuin ryhdyin tämän tutkimuksen tekemiseen. Heiltä olen saanut eväitä jaksakseni välillä raskaassakin humanitaarisessa työssä.

Viimeiseksi, vaan ei vähäisimpänä, lausun kiitokseni Suomen Punaiselle Ristille, joka on monet kerrat uskonut hoitaakseni vaativia tehtäviä ja mahdollistanut nuoruudenhaaveeni työskennellä hätää kärsivien ja heikommassa asemassa olevien hyväksi.

# 15 Lähteet

- Ackerman LK (1997): Health problems of refugees. *J Am Board Fam Pract* 10:337–48.
- Aikuisten lihavuus (2007): Käypä hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä <[www.kaypahoito.fi/](http://www.kaypahoito.fi/)>. (luettu 21.2.2007).
- Aromaa A ja Koskinen S (toim.) (2002): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.  
<[www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/tiivistelma.html](http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/tiivistelma.html)>. (luettu 12.9.2007).
- Asetus maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 22.4.1999/511.
- Barn i flyktingmottagandet  
<[www.migrationsverket.se/infomaterial/asyl/allmant/barninflykt\\_sv.pdf](http://www.migrationsverket.se/infomaterial/asyl/allmant/barninflykt_sv.pdf)>. (luettu 15.12.2005).
- Bean T (2006): Assessing the psychological distress and mental health care needs of unaccompanied refugee minors in the Netherlands. Väitöskirja Leiden University. Leiden.
- Burnett A (2002): Globalization, migration and health. *Med Confl Surviv* 18:34–43.
- Burnett A and Fasil Y: Meeting the health needs of refugee and asylum seekers in the UK, NHS <[www.harweb.com/](http://www.harweb.com/)>. (luettu 25.03.2004).
- Burnett A and Peel M (2001): Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ* 322:544–547.
- Condition for asylum seekers. The ministry of refugee, immigration and integration affairs.  
<[www.inm.dk/imagesUpload/dokument/Aliens%20\(Consolidation\)%20Act%20685.pdf](http://www.inm.dk/imagesUpload/dokument/Aliens%20(Consolidation)%20Act%20685.pdf)>. (luettu 15.12.2005).
- Ekblad S och Shahnavaaz S (2004): Trauma, postmigrationsstress och suicidala tankar hos asylsökandena. *Suicidologi* 9: 19–22.
- Euroopan neuvoston direktiivi 2003/9/EY (27.1.2003) turvapaikanhakijoiden vastaanottoa jäsenvaltioissa koskevista vähimmäisvaatimuksista.
- Eytan A, Bischoff A, Rustemi I, Durieux S, Loutan L, Gilbert M and Bovier BA (2002): Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. *Aust N Z J Psychiatry* 36:499–503.
- Faktablad om mottagandet av asylsökande i Sverige.  
<[www.migrationsverket.se/infomaterial/asyl/allmant/mottagandet\\_sv.pdf](http://www.migrationsverket.se/infomaterial/asyl/allmant/mottagandet_sv.pdf)>. (luettu 15.12.2005).
- Forsius A (1992): Konrad Relander (myöh. Reijo Waara) ja hänen väitöskirjansa vuodelta 1892. *Suomen Lääkäril* 47:1381.
- Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, van Willigen LH, Hovens JE and van der Ploeg HM (2006): Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:18–26.

- Ginsburg BE och Bäärnhielm S (2007): Psykiatrisk vård för vuxna asylsökandet s. 45, 51. EO Grafiska. Stockholm.
- Guled AY (1992): Mitä suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tietää somalipakolaisista. Suomen Lääkäril 47:1900.
- Halla T (2005): Kidutetuksi joutunut ei aina saa turvapaikkaa. Aamulehti 28.11.2005.
- Halla T (2007): Psykkisesti sairastunut maahanmuuttaja. Duodecim 123:469–75.
- Harris MF and Telfer BL (2001): The health needs of asylum seekers living in the community. Med J Aust 175:589–92.
- Harris M and Zwar N (2005): Refugee health. Aust Fam Physician 34:825–9.
- Health examination for asylum seekers, refugees and others.  
<[www.legevakten.oslo.kommune.no/getfile.php/Legevakten%20\(LVA\)/Internett%20\(LVA\)/Internasjonalt/AFMengelsk.pdf](http://www.legevakten.oslo.kommune.no/getfile.php/Legevakten%20(LVA)/Internett%20(LVA)/Internasjonalt/AFMengelsk.pdf)>. (luettu 15.12.2005).
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523
- Hiltunen A-K (2005): Sisällissodat ajavat ihmisiä pakolaisiksi. Aamulehti 20.6.2005.
- Hobbs M, Moor C, Wansbrough and Calder L (2002): The health status of asylum seekers screened by Auckland public health in 1999 and 2000. N Z Med J 115:152.
- Honkasalo M-L (2000): Lääketieteen naapurissa 4: Kulttuuri, terveys ja sairaus. Suomen Lääkäril 55: 1391–5.
- Huttunen M (2007): Lääkäri, potilas ja potilaan uskonto. Duodecim 123: 434–6.
- Ichikawa M, Nakahara S and Wakai S (2006): Effect of post-migration detention on mental health among Afghan asylum seekers in Japan. Aust N Z J Psychiatry, 40:341–6.
- Iversen VC and Morken G (2003): Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 38:515–9.
- Järvi U (2003): ”Psykiatri Asko Rauta: Kidutuksen uhrien hoitaminen on vaativaa, mutta palkitsevaa työtä”. Suomen Lääkäril 58:4444–5.
- Keller AS, Ford D, Sachs E, Rosenfeld B, Trinh-Shevrin C, Meserve C, Leviss JA, Singer E, Smith H, Wilkinson J, Kim G, Alden K and Rockline B (2003 a): The impact of detention on the health of asylum seekers. J Ambul Care Manage 26:383–5.
- Keller AS, Rosenfeld B, Trinh-Shevrin C, Meserve C, Sachs E, Leviss JA, Singer E, Smith H, Wilkinson J, Kim G, Alden K and Ford D (2003 b): Mental health of detained asylum seekers. Lancet 362:1721–3.
- Kennedy J, Seymour DJ and Hummel BJ (1999): A Comprehensive refugee health screening program. Public Health Rep 114 : 469–77.
- Koehn PH (2006): Health care outcomes in ethnoculturally discordant medical encounters: The role of physician transnational competence in consultations with asylum seekers. J Immigr Minor Health 2:137–47.
- Koehn PH and Sainola-Rodriguez K (2005): Clinician/patient connections in ethnoculturally nonconcordant encounters with political-asylum seekers: A comparison of physicians and nurses. J. Transcult Nurs 16:298–311.
- Korpi-Salmela K ja Nyrhinen M (2003): Maahanmuuttajat ja kaupungin palvelut. Selvitys maahanmuuttajien suhtautumisesta kaupungin palveluihin 2003. Tampereen kaupunki, Kaupunginkanslia, Kansainvälisten asioiden yksikkö.
- Kurki M (2005): Pakolainen = terroristi? Aamulehti 24.6.2005.
- Kuusela M (2005): Venäjä ja noin 119 muuta maata. Aamulehti 12.10.2005.
- Kvist. M (2007): Translation of the COOP–WONCA charts in Finnish, 2007.  
<[www.globalfamilydoctor.com/publications/coop-woncacharts/languages/finnish.pdf](http://www.globalfamilydoctor.com/publications/coop-woncacharts/languages/finnish.pdf)>. (luettu 11.9.2007)
- Kyrönseppä H (1992): Pakolaisten terveydenhuolto. Suomen Lääkäril 47:13.

- Kyrönseppä H, Forsman A, Lehtonen K ja Salovaara K (1993): Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveydelliset ongelmat. *Suomen Lääkäril* 48: 572.
- Kähkönen E (2007): Maahanmuuttajan ravitsemuksessa usein ongelmia. *Suomen Lääkäril* 62:1223.
- La Ruche G and Brunet B (2005): Residence permits for foreigners for health care in France: survey on the advice of the public health medical officers. *Rev Epidemiol Santé Publique* 6:635–44.
- Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, Schreuders BA and De Jong JT (2004): Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 192:843–51.
- Laine R ja Tervo-Lindgren T (1994): Kartoitus turvapaikanhakijoiden mielenterveys-työstä vastaanottokeskuksissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Pakolaistoimisto.
- Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta (9.4.1999/493) siihen tehtyine muutoksineen (laki 15.2.2002/118, laki 30.12.2002/1292 ja laki 9.7.2004/649).
- Launiala A, Mwova M ja Pishegar Z (2004): Maahanmuuttajien ja henkilökunnan kokemuksia kohtaamisesta Tampereen terveydenhuoltojärjestelmässä. Maahanmuuttajien sosiaali- ja terveysasioiden yhdistys.
- Lausunto tutkimussuunnitelmasta (Tampereen kaupungin ulkomaalaispalveluiden terveydenhuoltoyksikköön tulevien uusien potilaiden terveydentila tulovaiheessa ja sen kehittyminen). Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunta. Pöytäkirja 26.5.2003. Pykälä numero 54. Diarionumero SOTE:4306/403/2003.
- Lears LO and Abbot JS (2005): The most vulnerable among us. *Health Prog* 86:22-5.
- Liippo K (2005): Eiköhän unohdeta koko juttu. *Suomen Lääkäril* 60:147.
- Lukkaroinen R (2005): Muutos on pysyvä olotila, turvapaikanhakijoiden vastaanottona järjestettävät palvelut ja niiden kustannukset. *Julkaisu* 292. Työministeriö s.68–72.
- Lähdeniemi M (2004): Turvapaikanhakijoita voidaan hajasijoittaa. *Aamulehti* 6.12.2004.
- McCull H and Johnson S (2006): Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams: A descriptive investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:789–95.
- Moreno A and Grodin MA (2002): Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord*, 40:213–23.
- Mäkelä P (2004): Kärsvä ihmiskunta ja lääkärit. *Suomen Lääkäril* 59:1829–31.
- Mölsä M ja Tiilikainen M (2007): Potilaana somali. *Duodecim* 123: 451–7.
- Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige 2004.  
<[www.migrationsverket.se/pdf/aserend/samsyn/pdf](http://www.migrationsverket.se/pdf/aserend/samsyn/pdf)>. (luettu 15.6.2005).
- Nohynek H, Jahkola M, Ruutu P ja Eskola J (1993a): Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. *Suomen Lääkäril* 48:2349.
- Nohynek H, Kyrönseppä H ja Eskola J (1993b): Maahanmuuttajien rokotukset. *Suomen Lääkäril* 48: 35.
- Norredam M, Mygind A and Krasnik A (2005): Access to health care for asylum seekers in the European union – a comparative study of country policies. *Eur J Public Health* 16:286–90.
- Nousiainen A (2004): Hirveä hinku Eurooppaan. *Helsingin Sanomat* 28.3.2004.
- Pakaslahti A (2007): Lääkäri ja hänelle vieraat kulttuurit. *Duodecim* 123:431–3.
- Pakolaisneuvonta ry (2006) Ulkomaalaisviraston turvapaikkapäätökset 2003, 2004 ja 2005. <[www.pakolaisneuvonta.fi](http://www.pakolaisneuvonta.fi)> (poimittu 10.11.2005, mutta vuoden 2005 tiedot on otettu samasta lähteestä 7.2.2006).

- Peel MR (1996): Effects on asylum seekers of ill treatment in Zaire. *BMJ* 312:293–4.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2004): Laboratoriokeskus. Ohjekirja klinisen kemian, klinisen genetiikan, klinisen mikrobiologian ja patologian kokeiden otosta 2004.
- Procter NG (2005): Providing emergency mental health care to asylum seekers at a time when claims for permanent protection have been rejected. *Int J Ment Health Nurs* 14:2–6.
- Pross C (1998): Third class medicine: Health care for refugees in Germany. *Health Hum Rights* 3(2):40–53.
- Rajalahti I, Katila M-L, Kirstilä P, Ruohonen R, Ruutu P, Rönnemaa I, Salo E, Soini H, Tala-Heikkilä M, Vasankari T ja Liippo K (2005): Riskiryhmiin kohdistuva tuberkuloosin torjunta, asiantuntijaryhmän suositus. *Suomen Lääkäril* 60:1415–21.
- Rauta A (2005): Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saataavuudesta. Helsinki 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä.
- Reception standards for asylum seekers in the European Union.  
<[www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/home/opendoc.pdf?tbl=RSDLEGAL&id=3ae6b3440](http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/home/opendoc.pdf?tbl=RSDLEGAL&id=3ae6b3440)>. (luettu 15.12.2005).
- Relander K (1892/1992): Terveystieteellisiä tutkimuksia Haapajärven piirilääkäripöytäkirjasta s. 107-110, 137, 171, 144-146. Näköispainos K. Relanderin väitöskirjasta (1892) saatesanoineen. Kustannus OY Duodecim. Vammalan kirjapaino. Vammala.
- Riikonen L (2005): ”Kuran ja kuoleman keskelle sinne sinisten vuorten alle.” Sairaanhoidajan ammattitaito poikkeusoloissa ja vieraassa kulttuurissa. Joensuun yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja No 109, Joensuun yliopistopaino, Joensuu.
- Routio P. Toteava tutkimus, [www2.uiah.fi/projects/metodi](http://www2.uiah.fi/projects/metodi) (luettu 4.2.2007).
- Ruuskanen H (2007): Kidutetun kipu. *Duodecim* 123:486–92.
- Sainola-Roderiquez K ja Koehn PH (2006): Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43:47–59.
- Salmi A-M (2002): Kokemuksia turvapaikanhakijoiden terveydenhuollosta. *Suomen Lääkäril* 57:3501–3.
- Salmi A-M (2004): Piikki vai sukapula? *Suomen Lääkäril* 59:1550.
- Salonen J (2007): Asioimistulkkauksella yhdenvertaisuutta. *Duodecim* 123:493–4.
- Sariola S (1998): Sukulainen on hyvä tuki mutta huono tulkki ulkomaalaiselle. *Suomen Lääkäril* 53:1284.
- Sariola S (2001): Toimituksellinen terveydenhuoltoa koskeva kirjoitus: Psykkiset syyt selittävät monien pakolaisten oireita. *Suomen Lääkäril* 56:2874–6.
- Sariola S (2003): Mielenterveyspalveluita maahanmuuttajille, onko niitä? *Suomen Lääkäril* 58:1751.
- Sariola S (2005): ”Per Ashorn: Köyhien maiden terveydenhuoltoa kannattaisi tukea myös itsekkäistä syistä”. *Suomen Lääkäril* 60:5082–4.
- Siikamäki H (1994): Suoliston parasiittitautien hoito. *Suomen Lääkäril* 49:1349–55.
- Siikamäki H (2004): Maahanmuuttajat ja perusterveydenhuolto. Teoksessa Kunnamo I ym.(toim.): Lääkärin Käsikirja (sivut 1431–5). Kustannus Oy Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Siikamäki H, Kyrönseppä H ja Jokiranta S (2002): Suoliston parasiitti-infektiot. *Duodecim* 118:1235.
- Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V and Steel Z (1997): Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 170:351–7.
- Silove D, Steel Z ja Watters C (2000): Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA* 284:604–11.

- Sinnerbrink I, Silove D, Field A, Steel Z and Manicavasagar V (1997): Compounding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers. *J Psychol* 131:463–70.
- Sinnebrink I, Silove DM, Manicavasagar VL, Steel Z and Field A (1996): Asylum seekers: General health status and problems with access to health care. *Med J Aust* 165:634–7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2000): Lausunto 9.8.2000 työministeriön toimeenpano-osastolle koskien turvapaikanhakijoiden terveystalveluiden järjestämistä.
- Sourander A (1998): Behaviour problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse and Neglect* 22:719-727.
- Sourander A (2003): Refugee families during asylum seeking. *Nord J Psychiatry* 57:203–7.
- Sourander A (2007): Turvapaikkaa hakevien pakolaislasten ja -nuorten mielenterveys. *Suomen lääkäri* 123:479-485.
- Steel Z, Momartin S, Bateman C, Hafshejani A, Silove DM, Everson N, Roy K, Dudley M, Newman L, Blick B and Mares S (2004): Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Austr N Z J Public Health* 6:527–36.
- Steel Z and Silove DM (2001): The mental health implications of detaining asylum seekers. *Med J Aust* 175:596–9.
- Suomen Lääkäriliiton hallituksen päätöksiä 28.5.1999. *Suomen Lääkäri* 54:2325.
- Suomen Tietotoimisto (2005a): Turvapaikkahakemusten käsittely nopeutui selvästi. *Aamulehti* 23.2.2005.
- Suomen Tietotoimisto (2005b): Viime vuonna vain 29 henkilöä sai turvapaikan. *Aamulehti* 22.2.2005.
- Suomen Tietotoimisto (2006): UNHCR: Pakolaisia leimataan terroristeiksi ja rikollisiksi. *Aamulehti* 20.4.2006.
- The Sphere Project (2004): Humanitarian charter and minimum standards in disaster responses, pages 249-308. Published by the Sphere Project, Distributed by Oxfam Publishing.
- Tutkimuslupa-anomus: Tampereen kaupungin ulkomaalaispalveluiden terveydenhuoltoyksikköön tulevien uusien potilaiden terveydentila tulovaiheessa ja sen kehittyminen. Päätös. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, suunnittelun vastuualue, Suunnittelija Koivisto. Pykälä numero 35. Diarionumero SOTE:/4306/403/2003.
- Työministeriö (2006): Turvapaikanhakijat kansallisuuksittain 2003–2005. <[www.uvi.fi/netcomm/content.asp?article=1945](http://www.uvi.fi/netcomm/content.asp?article=1945)>. (luettu 16.2.2007).
- Ulkomaalaisasetus 18.12.1994/142.
- Ulkomaalaislaki 22.12.1991/378.
- Ulkomaalaisvirasto (2006): Turvapaikanhakijat – yksintulleet alaikäiset. <[www.uvi.fi](http://www.uvi.fi)> (luettu 18.11.2007)
- UNHCR (1951): Convention and protocol relating to the status of refugees. <[www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf](http://www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf)>. (luettu 28.10.2007)
- UNHCR (1990): Convention of the rights of the child. <[www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm)>.
- UNHCR (2002): Statistical Yearbook 2002. Statistical yearbook 2002, Chapter 3: Asylum and refugee status determination. <[www.unhcr.ch](http://www.unhcr.ch)>. (luettu 25.4.2006).
- Unicef (1989): Lapsen oikeuksien julistus, <[www.unicef.fi/lapsen\\_oikeuksien\\_julistus](http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_julistus)>
- United Nations (1948): The universal declaration of human rights. <[www.un.org/Overview/rights.html](http://www.un.org/Overview/rights.html)>. (luettu 28.10.2007).

- Vainikainen T (2002): Monikulttuurista terveysmosaiikkia, kulttuurien kohtaamisessa auttaa kysyminen ja ymmärtäminen. *Suomen Lääkäril* 57:4114–6.
- Valtioneuvoston asetus pakolaisista ja eräistä muista maahanmuuttajista sekä turvapaikanhakijoiden vastaanoton järjestämisestä aiheutuvien kustannusten korvaamisesta annetun valtioneuvoston päätöksen muuttamisesta 15.7.2004/664, jolla muutetaan valtioneuvoston päätöksen 512/1999 pykälät 1, 8 ja 13.
- Valtioneuvoston päätös pakolaisista ja eräistä muista maahanmuuttajista sekä turvapaikanhakijoiden vastaanoton järjestämisestä aiheutuvien kustannusten korvaamisesta 21.4.1999/512.
- van del Heuevel WJ (1998): Health status of refugees from former Yugoslavia: Descriptive study of the refugees in the Netherlands. *Croat Med J* 3:356–60.
- van Willigen LH, Hondius AJ and van der Ploeg HM (1995): Health problems of refugees in The Netherlands. *Trop Geogr Med* 47:118–24.
- Virtanen A ja Lohi J (2005): Yleislääkäri terveyskeskuksessa Teoksessa Yleislääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Karisto Oy, Hämeenlinna 2005.
- Vuori H ja Barnaard K (2006a): Perusterveydenhuollon haasteet Euroopassa. *Suomen Lääkäril* 61:5089-93.
- Vuori H ja Barnaard K (2006b): Euroopan perusterveydenhuollon kehitys Alma-Atan julistuksen jälkeen. *Suomen Lääkäril* 61:5363–5.
- Weilandt C, Rommel A, Eckert J and Gall Azmat R (2006): Health monitoring of the Swiss migrant population. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheits forschung Gesundheitsschutz* 49:866–72.
- World Health Organization (1978): International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978; Declaration of Alma-Ata. <[www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)>. (luettu 15.1.2007).
- World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. <[www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/)>. (luettu 11.9.2007).
- World Medical Organization (1996): Declaration of Helsinki 1996. *BMJ* 313:1448–9
- Äärimaa M (2003): Pakolaisten hoito-ohjeet ovat selkeät. *Suomen Lääkäril* 58:4558.

# 16 Liitteet

- Liite 1: Tutkimuslomakkeet 1–9
- Liite 2: Tautien koodaus ja vaikeusasteet
- Liite 3: Tutkimuslomakkeitten täyttämismenettely
- Liite 4: Kidutettujen ja pahoinpideltyjen kokemuksia
- Liite 5: Liitetaulukko 58
- Liite 6: Suosituslomakkeet 1–2



## **LIITE 1: Tutkimuslomakkeet**

**TUTKIMUKSEN HAASTATELULOMAKE**

lomake 1

Koodnumero: \_\_\_\_\_

**1. PERUSTIEDOT****1.a. Haastattelutiedot**

Haastattelu-aika: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ klo \_\_\_\_

**ALLERGIAT JA MUUT KRIITTISET TIEDOT**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

**1. b. Maahantulotiedot**

Maahantuloaika: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 200\_\_ Tampereelle tuloaika: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 200\_\_

Maahantuloaika: \_\_\_\_\_

Tutkimuksia tai annettu hoitoja ennen Tamperetta  kyllä, missä, mitä \_\_\_\_\_**1.c. Kielitiedot**

Äidinkieli \_\_\_\_\_ Haastattelukieli: \_\_\_\_\_

Tulkki: \_\_\_\_\_  Ei tarvittu Kielellinen onnistuminen 1 2 3 4 5**1.d. Potilaan henkilötiedot** Turvapaikanhakija Kiintiöpakolainen Perheen yhdistämistapaus Paluumuuttaja

Mukana seurasivat:

 Mies Nainen Yksin Perheen kanssa Puoliso  Lapsia \_\_\_\_ kpl Muita sukulaisia \_\_\_\_ kpl**Nykyinen asuminen:**

( ) Pohjolankatu ( ) Peltolampi

( ) Yksityismajoitus \_\_\_\_\_

Kotimaasta lähtenyt: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Matkareitti: \_\_\_\_\_

Siviilisäätö:

 Naimaton Avioliitto Avoliitto Leski Eronnut Muu

Potilaan ikä: \_\_\_\_ vuotta

Lapsia \_\_\_\_ kpl, joiden iät: \_\_\_\_\_

**1.e. ammatti- ja koulutustiedot**

Ammatti: \_\_\_\_\_ Työelämässä kotimaassa

Viimeksi työssä: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Työala tuolloin: \_\_\_\_\_

Koulutus:

 Ei koulutusta Ylioppilas Korkeakoulututkinto \_\_\_\_\_ Peruskoulua \_\_\_\_ vuotta Ammattikoulu \_\_\_\_\_ alalla

# TUTKIMUKSEN HAASTATTELULOMAKE

lomake2

## 2. TERVEYSTIEDOT

Koodinnumero: \_\_\_\_\_

### 2.1. Aikaisemmat sairaudet

I = Itse spontaanisti, K = Ollut aikaisemmin tai on nyt, E = Ei, O = Oireita, LS = Lisäselvitys

I	K	E	Sairaus	Missä todettu	Milloin	O	LS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Sydän- ja verisuonisairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Verenpaine	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Keuhkosairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Kilpirauhassairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Diabetes	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Muut endokrinologiset	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Maksasairaudet/hepatiitit	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 HIV	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Ruoansulatuselinten sairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Munuais/virtsasairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Naistentaudit	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Sukupuolitaudit	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Neurologiset sairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 Psykiatriset sairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Silmäsairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Korva-, nenä- ja kurkkusairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 Ihosairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 Tuki- ja liikuntaelimestön sair.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 Trooppiset sairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 Tapaturmat	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 Leikkaukset	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 Muut sairaudet	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# TUTKIMUKSEN HAASTATTELULOMAKE

lomake3

## 2. TERVEYSTIEDOT

Koodinnumero: \_\_\_\_\_

### 2.2. Lisäselvitykset

#### 2.2.1. Tapaturmat

Tapaturma	Missä	Milloin	Jäikö jälkivaivoja, mitä
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

#### 2.2.2. Leikkaukset

Leikkaus	Missä	Milloin	Onko vielä vaivoja, mitä
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

#### 2.2.3 Muut sairaudet:

I	H	O	Sairaus	Missä todettu	Milloin	Lisätietoja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

I = Itse ilmoitti, H = Hoidettu, O = Oireita

#### 2.2.4. Muut lisätiedot anamneesiin:

<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____

**TUTKIMUKSEN HAASTATTELULOMAKE**

lomake4

**2. TERVEYSTIEDOT**

Koodinnumero: \_\_\_\_\_

**2.3. Oireet tällä hetkellä**

I = Itse ilmoiti, H = Haastattelussa esille tullut

**2.3.1 Infektio-oireet**

- |                          |                          |             |
|--------------------------|--------------------------|-------------|
| I                        | H                        |             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kuume       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kurkkukipu  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Korvakipu   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusvaivat |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yskä        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nuha        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tukkoisuus  |

**2.3.2. Hengitystieoireet**

- |                          |                          |                |
|--------------------------|--------------------------|----------------|
| I                        | H                        |                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hengenahdistus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vinkuminen     |

**2.3.3 Sydänoireet**

- |                          |                          |              |
|--------------------------|--------------------------|--------------|
| I                        | H                        |              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rintakipu    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Säteilykipu  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rytmihäiriöt |

**2.3.4 Vatsaoireet:**

- |                          |                          |                |
|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pahoinvointi   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oksetus        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ripuli         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ummetus        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vatsakipu      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pidätysongelma |

**2.3.5. Virtsaoireet**

- |                          |                          |                  |
|--------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kirvely          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tihentynyt tarve |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haju             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Karkailu         |

**2.3.6. Neurologiset**

- |                          |                          |              |
|--------------------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Päänsärky    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Huimaus      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vapina       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Näköoireet   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kuulo-oireet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Puutumiset   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hermosäryt   |

**2.3.7. Silmäoireet**

- |                          |                          |                     |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Silmävuoto (kirkas) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Silmien räppäys     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Silmien punoitus    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Silmäkipu           |

**2.3.8. Korvaoireet**

- |                          |                          |                  |
|--------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vuoto korvasta   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kuulo huonont.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Korvien soiminen |

**2.3.9. Muut oireet**

- |                          |                          |                                    |                          |                          |             |                          |                          |                |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Iho-oireet                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hikoilu     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuumorit       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kutina                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Turvotukset | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tajuntahäiriöt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kipu, missä _____                  |                          |                          |             |                          |                          |                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haavoja, joiden hoito kesken _____ |                          |                          |             |                          |                          |                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vaivoja, joiden hoito kesken _____ |                          |                          |             |                          |                          |                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muut oireet _____                  |                          |                          |             |                          |                          |                |

# TUTKIMUKSEN HAASTATTELULOMAKE

lomake5

## 2. TERVEYSTIEDOT

Koodinnumero: \_\_\_\_\_

### 2.4. Psykiatrinen anamneesi

N = Normali, E = Ei normaali (oma ilmoitus)

Nukkuminen	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Nukahtamisvaik.	<input type="checkbox"/> Liian aikaisin herääminen
		<input type="checkbox"/> Heräily kesken	<input type="checkbox"/> Painajaisunet Unta ____ t
Ruokahalu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Painonmuutos _____ kg, _____ (ajassa)	
Mieliala	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Masennusta	<input type="checkbox"/> Kiinnostuksen puute
		<input type="checkbox"/> Keskitt.kyky al.	<input type="checkbox"/> Suisidaalisuus <input type="checkbox"/> Ajatukset
			<input type="checkbox"/> Tällä hetkellä <input type="checkbox"/> Yritykset
<input type="checkbox"/> Lukeminen	<input type="checkbox"/> Harrastuksia _____		
<input type="checkbox"/> TV:n katselu	<input type="checkbox"/> Radion kuuntelu	<input type="checkbox"/> Liikunta/urheilu	<input type="checkbox"/> Musiikki
<input type="checkbox"/> Levottomuus	<input type="checkbox"/> Ahdistuneisuus	<input type="checkbox"/> Aggressiivisuus	
<input type="checkbox"/> Sekavuus	<input type="checkbox"/> Muistihäiriöt	Harhat: <input type="checkbox"/> Näkö-	<input type="checkbox"/> Kuulo-
<input type="checkbox"/> Alkoholinkäyttö _____	<input type="checkbox"/> Tupakointi _____/pv		
<input type="checkbox"/> Kahvi ____ Kpp/pv	<input type="checkbox"/> Mausteiset ruoat	<input type="checkbox"/> Muut päihteet _____	
<input type="checkbox"/> Tee ____ Kpp/pv	<input type="checkbox"/> Ruokaintoleranssia: _____		
<input type="checkbox"/> Kaakao ____ Kpp/pv	<input type="checkbox"/> Muuta: _____		

### 2.4.1 Kidutuskokemukset

<input type="checkbox"/> Falanga	<input type="checkbox"/> Palestiinalaisriiputus	<input type="checkbox"/> Muu riiputus
<input type="checkbox"/> Sähköiskut	<input type="checkbox"/> Lyöminen	<input type="checkbox"/> Seisottaminen _____
<input type="checkbox"/> Alastomuus	<input type="checkbox"/> Muu nöyryytys	<input type="checkbox"/> Sukup.elimiin kohdistuva
<input type="checkbox"/> Nälkä	<input type="checkbox"/> Jano	<input type="checkbox"/> Polttamiset
<input type="checkbox"/> Veden tiputus päälle	<input type="checkbox"/> muu, _____	

Kommentit: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



# TUTKIMUKSEN HAASTATTELULOMAKE

lomake6

## 3. STATUS

Koodinnumero: \_\_\_\_\_

### 3.1. Yleisstatus

Pituus \_\_\_\_\_ cm Paino \_\_\_\_\_ kg Pulssi \_\_\_\_\_ /min  
RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ l dx RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ l sin

Yleistila

Hyvä  Ei hyvä \_\_\_\_\_  
  Hengenahdistus Muuta: \_\_\_\_\_

### 3.2. Iho

Ihottumat \_\_\_\_\_  
  Hiukset \_\_\_\_\_  
  Päänahka \_\_\_\_\_  
  Kädet \_\_\_\_\_  
  Jalat, v-väl \_\_\_\_\_  
  Arvet \_\_\_\_\_  
  Mustelmat \_\_\_\_\_  
  Taipeet \_\_\_\_\_  
  Luo/tuum \_\_\_\_\_

### 3.3. Silmät

Pupillat   Värik.  
  Sidek.   Perikorneaalinen verestys \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
  Corneat   Nystagmus   Valoreaktio  
  Flurescein \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 3.4. Korvat

Korvani   Korvakäyt.   Weber  
  Tragus   Tärykalvot   Rinne

### 3.5. Nenä

Nenä \_\_\_\_\_  
  Sinukset \_\_\_\_\_

### 3.6. Suuontelo

Kieli   Nielurisat   Takanielu  
  Suun lk   Kitakaaret   Eritteet

### 3.7. Odontologia

Ikenet \_\_\_\_\_  
  Hampaat \_\_\_\_\_

### 3.8. Rauhaset

Thyreoi   Leukakulmat   Subclavic.  
  Kaula   Supraclavic.   Muut

Lisätiedot:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3.9. Keuhkot

Vinkuna   Hankausääni \_\_\_\_\_  
  Rahina   Painumus \_\_\_\_\_  
  Perkus.   Muuta \_\_\_\_\_

### 3.10. Sydän

Rytmih. \_\_\_\_\_  
  Sivuuääni \_\_\_\_\_  
  Muuta \_\_\_\_\_

### 3.11. Abdomen

Insp. \_\_\_\_\_   Palpaatio \_\_\_\_\_  
  Äänet \_\_\_\_\_   Defanssi   Maksa \_\_\_\_\_  
  Perkus. \_\_\_\_\_   Pömpötys   Perna \_\_\_\_\_

### 3.12 Psygyke

Rauhall   Jännittynyt   Ahditunut   Harhoja   Depres  
  Asiall   Levoton   Aggressiiv.   Muisti

# TUTKIMUKSEN HAASTATTELULOMAKE

lomake7

## 3. STATUS, lisälomake

Koodinnumero: \_\_\_\_\_

### 3.13 Verisuonet

- Carotis \_\_\_ / \_\_\_  
  Radialis \_\_\_ / \_\_\_  
  Femoralis \_\_\_ / \_\_\_  
  ADP \_\_\_ / \_\_\_  
  ATP \_\_\_ / \_\_\_  
  Vatsa-aortta  
  Carotis ausk \_\_\_ / \_\_\_  
  Suonikohjut \_\_\_ / \_\_\_  
  Peräpukamat

### 3.14 Selkä, niska, hartiat lantio

- Ryhti  
  Taivutus eteen  
  Taivutus vasen  
  Taivutus oikea  
  Taivutus taakse  
  Olisteesia  
  Palp. arkuudet  
  SI-nivelet  
  Pakarat
- Niska-hartialihkaset  
  Takaraivon insertiot  
  Kaularangan liikkeet  
  Olkavarsien liikkeet  
  Lonkkien rotatiot  
  Lasèque \_\_\_ / \_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 3.15. Muut TULES-asiat

- Kyynerpäät  
  Ranteet  
  Sormet
- Polvet  
  Nilkat  
  Varpaat
- Jalkaterät  
  Muut: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 3.16 Neurologia

- Silmien liikkeet  
  Kaksoiskuvat  
  Nystagmus  
  Silmien kiinnipuristus  
  Otsan rypistys  
  Kielen deviaatio  
  Huulten nuoleminen  
  Irvistys  
  Vihellys  
  Hartioiden nosto  
  Pään kääntö  
  Ihotunto  
  Vibraatiotunto  
  Biceps \_\_\_ / \_\_\_  
  Triceps \_\_\_ / \_\_\_  
  Patella \_\_\_ / \_\_\_  
  Achilles \_\_\_ / \_\_\_
- Maku  
  Haju  
  Visus \_\_\_ / \_\_\_  
  Kuulo (m) \_\_\_ / \_\_\_  
  Käsien puristusvoima  
  Sormien saksiliike  
  Opponens  
  Ranteiden dorsifl.  
  Olkav. abd  
  Olkav add.  
  Kyynerv. flexio  
  Kyynerv. extensio  
  Tajunnan taso
- Lonkkien abd.  
  Lonkkien add.  
  Polvien flexio  
  Polvien extensio  
  Varpailla seisonta  
  Kantapäällä seisonta  
  Romberg  
  R. Silmät kiinni  
  Sormi-nenänpääkoe  
  Polvi-kantapääkoe  
  Kävely silmä auki  
  Kävely silmät kiinni  
  Babinski \_\_\_ / \_\_\_
- Kommentit: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



# TUTKIMUSHENKILÖN TUTKIMUSTULOKSET JA JATKOTOIMENPITEET

Lomake8

Koodinnumero: \_\_\_\_\_

## 1. TUTKIMUSTULOKSET:

Hb \_\_\_\_\_ MCV \_\_\_\_\_ B-eos \_\_\_\_\_ PLV \_\_\_\_\_  
 Hkr \_\_\_\_\_ MCH \_\_\_\_\_ ALAT \_\_\_\_\_ F-para1 \_\_\_\_\_  
 Eryt \_\_\_\_\_ MCHC \_\_\_\_\_ HCV \_\_\_\_\_ F-para2 \_\_\_\_\_  
 Leuk \_\_\_\_\_ CRP \_\_\_\_\_ HbSAg \_\_\_\_\_ F-para3 \_\_\_\_\_  
 Trom \_\_\_\_\_ TSH \_\_\_\_\_ HIV \_\_\_\_\_ Kard \_\_\_\_\_

Thorax-rtg: \_\_\_\_\_  Vain PA  
 EKG: \_\_\_\_\_  Normaali

Krea \_\_\_\_\_ fB-Gluk \_\_\_\_\_ Kol \_\_\_\_\_  
 Na \_\_\_\_\_ GHb-A1 \_\_\_\_\_ Trigly \_\_\_\_\_  
 K \_\_\_\_\_ HDL-ko \_\_\_\_\_

## 2. Diagnoosit

2.1 Anamneesista tulevat:	ICD-10	2.2. Tutkimuksesta tulevat	ICD-10
1. _____	_____	1. _____	_____
2. _____	_____	2. _____	_____
3. _____	_____	3. _____	_____
4. _____	_____	4. _____	_____
5. _____	_____	5. _____	_____
6. _____	_____	6. _____	_____

## 3. Välittömät toimenpiteet:

- 1. Lähetä laboratorioon (muut kuin rutiinit)
- 2. Lähetä rtg-tutkimukseen (muu kuin thx-PA)
- 3. Lähetä erikoislääkärille, mikä ala \_\_\_\_\_
- 4. Lähetä MTT:oon
- 5. Lähetä fysioterapiaan
- 6. Lähetä hammaslääkäriin
- 7. Muu, mikä \_\_\_\_\_
- 8. Muu, mikä \_\_\_\_\_

# TUTKIMUKSEN HAASTATTELULOMAKE

Koodinnumero: \_\_\_\_\_

lomake9

## 2.5. Lääkkeet

K = Käytössä edelleen, E = Ei ole käytössä, vaikka pitäisi olla

K E Lääke Vaik. aine Annostus Käyttötarkoitus Mistä määrätty

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

## 2.6. Rokotukset

E K E = Ei rokotuskorttia, K = On rokotuskortti

**Kortti**  Kaikki rokotukset annettu ja ajallaan

BCG \_\_\_\_\_  Tetanus I \_\_\_\_\_  Meningitis \_\_\_\_\_

Polio I \_\_\_\_\_  Tetanus II \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Polio II \_\_\_\_\_  Tetanus III \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Polio III \_\_\_\_\_  Tetanus IV \_\_\_\_\_ Kommentit: \_\_\_\_\_

PDT I \_\_\_\_\_  Rubella \_\_\_\_\_

PDT II \_\_\_\_\_  Parotitis \_\_\_\_\_

PDT III \_\_\_\_\_  Rubeola \_\_\_\_\_

## 2.7. Diabetes, verenpaine

<input type="checkbox"/> Lääkärintarkastus viimeksi _____	<input type="checkbox"/> Rasva-arvot otettu koskaan
<input type="checkbox"/> Erikoislääkärillä käynti viimeksi _____	<input type="checkbox"/> Kol
<input type="checkbox"/> Silmälääkärillä käynti, viimeksi _____	<input type="checkbox"/> HDL-kol
<input type="checkbox"/> Refleksit katsottu, viimeksi _____	<input type="checkbox"/> LDL-kol
<input type="checkbox"/> Valtimot tarkastettu viimeksi _____	<input type="checkbox"/> Trigly
<input type="checkbox"/> Ihotunto tarkastettu viimeksi _____	<input type="checkbox"/> Verenpainekortti on käytössä
<input type="checkbox"/> Labortaoriossa käynti, viimeksi _____	<input type="checkbox"/> Viimeinen mittaus alle 6 kk sitten
<input type="checkbox"/> fB-Gluk (tai vastaava), viimeksi _____	<input type="checkbox"/> WHO-luokka tiedossa: _____
<input type="checkbox"/> GHb-A1C, viimeksi _____	<input type="checkbox"/> Onko saanut terveystieteiden koulutusta
<input type="checkbox"/> EKG viimeksi _____	
<input type="checkbox"/> Thx-rtg viimeksi _____	

## **LIITE 2: Tautien koodaus ja vaikeusasteet**

**Sydänsairaudet:**

0 Ei

1 Ollut joskus oireita, ei tutkittu, ei tietoa vakavuudesta

2 Diagnoosi kevyt (lievä rytmihäiriö, sepelvaltimovika, joka kurissa, ollut joskus sivuääni)

3 Diagnoosi raskas (infarkti, kardiitti, vakava rytmihäiriö, läppävika)

**Verenpaine:**

0 Ei

1 Todettu, ei lääkettä, RR vaihdellut, ei lääkettä, RR ajoittain alhainen, verenpainetta raskauden aikana, ei lääkitystä

2 Todettu, jatkuva lääkitys (tai pitäisi olla)

**Keuhkosairaudet:**

0 Ei

1 Ollut joskus oireita, ei tutkittu, ei tietoa vakavuudesta

2 Diagnoosi kevyt (bronkiitti jne.)

3 Diagnoosi raskas (tubi, astma, jossa jatkuva lääkitys, muu ahtauttava keuhkosairaus, jossa jatkuva lääkitys, pneumonia, pleuriitti)

**Kilpirauhassairaudet:**

0 Ei

1 Joku epäily, mutta ei diagnoosia,

2 Selvä diagnoosi riippumatta lääkityksestä

**Diabetes:**

0 Ei

1 Sanottu, että verensokeri olisi koholla, ei toimenpiteitä (myös raskauden aikainen)

2 Peroraalinen lääkitys

3 Insuliinilääkitys

**Muut endokrinologiset sairaudet:**

0 Ei

1 Joku maininta

**Maksasairaudet:**

0 Ei

1 Hepatiitti, ei tietoa laadusta. Epäilee itse sairastaneensa hepatiitin

2 A-hepatiitti tai syntymän jälkeinen keltaisuus

3 B-hepatiitti, C-hepatiitti tai muu maksasairaus

**Mahasairaudet:**

0 Ei

1 Oireita, ei ole tutkittu, napatyrä

2 Lievä diagnoosi (katarri, krooninen ripuli, ummetus, pahoinvointi, oksetus, sappivaiva, giardia tai muita ”matoja”)

3 Vakavampi diagnoosi (haava, esofagiitti, gastroduodeniitti sappikivi, koliitti, divertikuliitti jne.)

**Munuais/virtsasairaudet:**

0 Ei

1 Oireita ollut, ei diagnosoitu

2 Lievä diagnoosi (cystitis, muu lievä virtsatietulehdus, prostatitis)

3 Vakavampi diagnoosi (pyelonefritis, anatomiset muutokset, verivirtsaisuus, tuumori, munuaistapaturma, virtsakivi, pidätyskyvyttömyys)

**Naistentaudit:**

0 Ei

1 Lievät diagnoosit (kolpiitti, myomat ilman hoitoa, erosio portionis, lievät vuotohäiriöt tai -kivut)

2 Vaikeammat diagnoosit (s-o-itis, endometriitti, kohdunulkoinen raskaus, vakavat vuotohäiriöt)

**Sukupuolitaudit:**

0 Ei

1 Ollut mitä tahansa sukupuolitautia

**Neurologiset sairaudet:**

0 Ei

1 Lievemmat (päänsärky, ei tutkittu eikä diagnoosia, migreeni, huimaus, commotio)

2 Vakavammat (halvaukset, vuodot, MS-tauti, Parkinsonin tauti, epilepsia, dementia, infektiot, trigeminusneuralgia)

3 Muu (kehitysvamma)

**Psykiatriset sairaudet:**

0 Ei

1 Lievät (unihäiriöt, hermostuneisuus, ahdistuneisuus, lievä masennus, päihteet)

2 Vakavammat (psykoosit, vakavat masennukset)

**Silmäsairaudet:**

0 Ei

1 Lievät (silmän sidekalvon tulehdus, viruksen häiriöt, allergiaoireet, metallinsiru silmässä, karsastus)

2 Vakavammat (iriitti, keratiitti, silmävammat, harmaakaihi, viherkaihi)

**KNK-sairaudet:**

0 Ei

1 Korva/kurkkuvaivat joita ei ole tutkittu, epistaxis, huonokuuloisuus

- 2 Diagnosoidut lievät (otitis, tonsilliitti, sinuiitti, vuotava korva)
- 3 Vakavat KNK-sairaudet (korvaan lyöty – kuulo huononi)

**Ihosairaudet:**

- 0 Ei
- 1 Lievät (ekseemat, kutiseva iho, allergiset ihottumat)
- 2 Psoriasis

**TULES-sairaudet:**

- 0 Ei
- 1 Vaivoja, ei diagnoosia,
- 2 Iskias, olisteesi, kulumaviat

**Trooppiset sairaudet:**

- 0 Ei
- 1 Malaria
- 2 Lavantauti

**Tapaturmat:**

- 0 Ei
- 1 Lievät, ei sairaalahoitoa
- 2 Kipsatut
- 3 Leikkaushoitoa tai muuta sairaalahoitoa vaatineet

**Toimenpiteet:**

- 0 Ei
- 1 "Helpot" (umpilisäkkeen poisto, tyrä, suonikohjuleikkaus, sappileikkaus, keisarileikkaus)
- 2. "Vaikeat" (vatsakalvontulehdus, neurologiset jne.).

**Muut sairaudet:**

- 0 Ei mainintoja
- 1 Mainintoja on

**Lääkehoito:**

- 0 Ei lääkehoitoa
- 1 Vain tarvittavia lääkkeitä vaivoihin
- 2 Säännölliset "lievät"
- 3 Säännölliset "välttämättömät"

**Rokotukset:**

- 0 Ei ole rokotettu
- 1 Rokotettu, ei muista mitä, ei todistuksia
- 2 Todistukset on
- 3 Ei tietoa, ei itse tiedä tai muista

### **LIITE 3: Tutkimuslomakkeiden täyttämismenettely**

## **Lomake 1. Taustatietoja tutkituista:**

**Allergiat:** Kaikilta tutkituilta kysyttiin mahdollisesta allergiasta, erityisesti lääkeallergiasta, mutta myös muut merkittävät allergiat (ruoka-aineet, siitepölyt) kirjattiin.

**Haastattelu-aika:** Aika kirjattiin tutkittavalle tehdyn perustarkastuksen ajankohdan mukaan. Tähän kirjattua aikaa käytettiin myöhemmin vastaanotolle pääsyn viiveen laskemiseen.

**Maahantulo-aika:** Aika kirjattiin sen mukaan kuin vastaanottokeskuksen asiakirjoissa oli merkitty kohtaan ”Suomeen pvm”.

**Tampereelle tulo-aika:** Tuloajaksi kirjattiin se päivä, joka oli merkitty vastaanottokeskuksen asiakirjoissa päiväksi, jolloin henkilö oli merkitty kirjoille otetuksi Tampereen vastaanottokeskuksen.

**Kielitiedot:** Tutkittavan vastaanottoa varten oli hankittu hänen ilmoittamansa kielen mukainen tulkki, paitsi silloin, jos hän puhui riittävän hyvää ranskaa tai englantia. Äidinkieleksi kirjattiin kieli, jonka tutkittava ilmoitti kysyttäessä sitä tulkin välityksellä. Itse tulkkaus ei aina tapahtunut tutkitun äidinkielellä. Usein keskustelussa käytetty kieli oli jokin tutkitun osaama muu kieli. Se onkin merkitty kohtaan haastattelukieli.

**Henkilötiedot:** Sukupuoli kirjattiin, koska sitä ei välttämättä pysty koodauslomakkeesta olevasta nimestä päättelemään ja tutkimuslomakkeisiin nimiä ei tullut. Kirjattiin, oliko tutkittu tullut yksin vai perheen kanssa. Jos mukana oli perhettä, kirjattiin perheen tiedot. Asuminen tutkimushetkellä kirjattiin joko vastaanottokeskuksen Pohjolankadun tai Peltolammin yksikköön. Jos kyseessä oli yksityismajoittuja, kirjattiin sijoituskunta, millä voi olla välimatkakysymyksenä vaikutusta palveluiden hakemiseen. Asianomaisen siviilisääty kirjattiin ja mahdollisten lasten lukumäärä, pyrkien huomioimaan sekä mukana olevat että kotimaahan (tai muualle) jääneet lapset. Tutkitun ikä kirjattiin vuosina (pikkulapsilla kuukausina) sinä päivänä, kun he olivat tutkimuskäynnillä.

**Kotimaasta lähtö-aika:** Aika kirjattiin, mutta se jäi monen tutkitun kohdalla hyvinkin summittaiseksi arvioksi. Tutkittu ei ehkä muistanut asiaa tai ei halunnut kertoa tarkkaan. Hän saattoi pelätä tiedon siirtyvän terveydenhuollosta muualle ja vaikuttavan jopa turvapaikkaprosessiin.

**Matkareitti:** Reitti on pyritty kuvaamaan lomakkeeseen lyhyesti tutkitun ilmoituksen mukaan, vaikka kaikki eivät tarkasti sitä tienneet.

**Ammatti:** Tutkitun ammatti kirjattiin hänen ilmoituksensa mukaan. Monet henkilöt eivät olleet olleet vuosikausiin työelämässä, joten yleensä kirjattiin viimeinen ammatti tai sitten merkittävä ammatti tutkitun elämän varrella, vaikkei se olisi viimeinen. Esimerkiksi jos asianomainen oli maanviljelijä, mutta oli ollut lyhyen aikaa esimerkiksi pizzariassa töissä, hänet kirjattiin maanviljelijäksi. Varsin pian luovuttiin rutiininomaisesti täyttämästä kysymyksiä ”Koska ollut viimeksi työssä” ja ”Työala tuolloin”. Monella oli aikaa vuosikausia siitä, kun hän oli ollut edes kotimaassaan eikä hän välttämättä ollut kotimaasta lähdettyään ollut enää työelämässä.

**Koulutustiedot:** Koulutus merkittiin korkeimman koulutuksen mukaan. ”Ei



koulutusta” merkittiin vain, jos asianomainen ilmoitti, ettei ollut käynyt lainkaan edes peruskoulua. Peruskoulun osalta kysyttiin, kuinka monta täyttä vuotta hän oli sitä käynyt. Peruskoulun pituus oli eri maissa 8–9 vuotta. Jos asianomainen oli käynyt niin kauan peruskoulua, katsottiin peruskoulu käydyksi. Asianomainen merkittiin ylioppilaaksi silloinkin, jos hän sanoi käyneensä lukion loppuun, vaikkei hän olisi erikseen maininnut ylioppilastutkintoa. Ammattikoulusta kysyttiin koulutusala ja kuinka monta vuotta koulutus oli kestänyt. Korkeakoulututkinto-kohtaan merkittiin myös erikseen, jos oli suoritettu yliopisto-opintoja, vaikka tutkinto olisi jäänyt vajaaksi. Myös opintojen ala merkittiin.

## **Lomake 2. Anamnestiset sairaudet:**

Osa anamnestisia sairauksia ja elämäntapoja koskevia kysymyksiä ei kysytty ollenkaan nuorilta ja lapsilta (esimerkiksi HIV, sukupuolitaudit, tupakointi, alkoholin käyttö). Samaten hyvin pieniltä lapsilta ei kysytty koko kysymyslomaketta kursorisesti, jos he olivat niin pieniä, että ei ollut todennäköistä, että heillä olisi ollut vielä mitään merkittäviä sairauksia. Tällöin luotettiin vanhempien ilmoitukseen ”Lapsi ei ole sairastanut koskaan mitään”. Näiden lasten kohdalla kirjattiin vain ne sairaudet, joita vanhemmat ilmoittivat.

Tässä lomakkeessa kirjaus tapahtui siten, että ensiksi kysyttiin: ”Onko Teillä ollut koskaan mitään sairauksia elämäne aikana”. Sitten tutkitun annettiin kertoa spontaanisti kaikki mitä hän halusi esille tuoda. Näin ilmoitetut sairaudet merkittiin kohtaan I (= itse spontaanisti ilmoitti). Sen jälkeen kysyttiin yksityiskohtaisesti vielä läpi koko listan kohdat 1–22. Näin ilmenneet sairaudet puolestaan merkittiin kohtaan K (= Ollut aikaisemmin tai on nyt). Tällä kyselykierroksella merkittiin kohtaan E silloin kun tutkittu sanoi, ettei kyseisiä sairauksia ollut koskaan ollut. Tyhjää tilaa kohdassa ”Missä todettu” käytettiin tehtäessä tarkennuksia ilmoitetuista sairauksista. Joskus jouduttiin laittamaan lisäselvityksiä, joihin käytettiin lomaketta 3. Yleensä lisäselvityksen sai sopimaan asianomaisen kohdan viereen.

Kohtia O ja LS ei käytetty ollenkaan alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen siksi, että oireita tiedustellaan erikseen lomakkeessa 4 ja lisäselvityksiä varten muodostunut järjestelmä toimi muutenkin.

Kysymykset eri sairauksien osalta asetettiin seuraavin sananmuodoin:

- Onko ollut koskaan sydänsairauksia (tarkoituksellisesti jätettiin kysymättä verisuonisairauksista, koska sen arveltiin sekoittavan tutkittua ja kokemuksen mukaan tulkeillakin oli vaikeuksia siltä osin)?
- Onko verenpaine ollut normaali silloin, kun se on mitattu (kaikilta tutkituilta ei ollut oman kertomansa mukaan verenpainetta mitattu koskaan aikaisemmin lukuun ottamatta edeltävää terveydenhoitajan vastaanottoa)?
- Onko ollut koskaan keuhkosairauksia (joskus saatettiin mainita esimerkiksi astma, keuhkokuume ja tuberkuloosi)?
- Onko ollut koskaan kilpirauhassairauksia (tutkijan näyttäessä samalla kädellään omaa kilpirauhastaan)? Kilpirauhanen ei tuntunut olevan

tutkituille tuttu käsite ja myös osalle tulkeista kyseinen elin tuntui olevan vieras siitä huolimatta, että edeltävässä tulkkien koulutusjakosssa asiasta oli puhuttu (tosin kaikki tulkit eivät siihen osallistuneet). Tutkijan hämmästykseksi eräällä afrikkalaiskielellä kilpirauhanen oli jotain sellaista kuin ”kilpra”, joten tulkin on täytynyt ymmärtää käsite latinankieliseksi ja hän on yrittänyt tehdä siitä omankielisen version. Erityisesti on huomioitava, että monet tutkituista alkoivat puhua nielu/kitarisoistaan tai imurauhastensa turpoamisesta kysyessä kilpirauhasesta.

- Onko ollut koskaan sokeritautia, diabetesta? Sanaa sokeritauti haluttiin käyttää, koska tulkit selkeästi näyttivät ymmärtävän sen, mutta samalla haluttiin myös tuoda esille diabetes-termiä koulutusmielessä.
- Onko ollut koskaan mitään muita hormonisairauksia? Sanaa ”endokrinologisia” ei haluttu käyttää, koska tulkki tai tutkittu ei sitä olisi ehkä ymmärtänyt. Käytettiin termiä aineenvaihduntasairaus tai hormonaalinen sairaus. Sitä selvennettiin tarvittaessa viittaamalla siihen, että haetaan samantyyppisiä sairauksia kuin diabeteskin, mutta eri elimissä. Tätä asiaa on vaikea selittää asiasta mitään tietämättömälle, varsinkin silloin, jos myös tulkin tietämys tai asian ymmärrys tässä asiassa on häilyväistä.
- Onko ollut koskaan maksasairauksia, esimerkiksi hepatiittia? Haluttiin tuoda hepatiitit tässä esimerkkeinä, koska niitä juuri erityisesti haettiin.
- Onko ollut koskaan HIV:tä/Aidsia? Tämän sairauden tuntuivat ymmärtävän ja tuntevan sekä tulkit että tutkitut, jotka usein vastasivatkin tyyliin: ”Ei luojan kiitos”.
- Onko ollut mahasairauksia (tutkijan samalla näyttäessä omaa vatsaansa)? Ei haluttu kysyä käyttäen ilmaisua ruoansulatuselinten sairaudet, koska se olisi voinut aiheuttaa sekaannusta sekä ongelman asian ymmärtämisessä tulkille ja/tai tutkitulle.
- Onko ollut vikaa munuaisissa tai virtsassa?
- Onko ollut jotakin gynekologista, naisten sairauksia? Tähän vastaaminen riippui tietysti siitä, oliko mahdollinen aviomies mukana, oliko tulkki mies- vai naispuolinen ja siitä, miten tutkittu suhtautui siihen, että paikalla on mieslääkäri. Joitakin kertoja kävi niin, että tutkijan kysyessä asiaa vastaus oli negatiivinen, vaikka aiemmin tutkittu oli naispuoliselle terveydenhoitajalle kertonut gynekologisista vaivoistaan.
- Onko ollut sukupuolitauteja? Kysymys esitettiin ilman sen isompia selittelyjä ja vastaukseen vaikuttivat varmastikin samat asiat kuin gynekologisissa asioissa, mutta ehkä vielä enemmän. Varsinkin, jos puoliso oli mukana, ei asiaa ehkä kerrottu, vaikka sellaista olisi ollutkin.
- Onko ollut neurologisia sairauksia, esimerkiksi päänsärkyä, halvauksia, epilepsiaa? Haluttiin käyttää muutamaa esimerkkiä, koska moni

tutkituista näytti mieltävän neurologian ja psykiatrian samaksi.

- Onko ollut psykiatrisia sairauksia? Saatettiin myös tarkentaa käyttämällä termiä ”psykologisia” sairauksia.
- Onko ollut silmäsairauksia? Tähän ei liittynyt erityisiä ongelmia.
- Onko ollut korva-, nenä- tai kurkkusairauksia? Tähän oli saattanut tulla viite jo kilpirauhasesta kysyttäessä, koska moni mielsi itse tai tulkin väärinymmärryksen vuoksi, että jo silloin puhuttiin kurkkuasioista.
- Onko ollut ihosairauksia? Erityisiä ongelmia ei ilmennyt tämänkään kysymyksen kanssa.
- Onko ollut mitään selässä, luissa, nivelissä tai lihaksissa? Tällä yritettiin kartoittaa tuki- ja liikuntaelinten sairauksia. Käsite tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olisi ollut liian vaikea kysymyksen muotoiluna.
- Onko ollut trooppisia sairauksia, kuten esimerkiksi malariaa? Jos tutkittu oli ihmeissään, koska hän oli kotoisin maasta, jossa trooppisia sairauksia ei ole, saatettiin joutua selittämään, miksi myös tämä kysymys esitetään kaikille.
- Onko sattunut mitään tapaturmia? Tutkitut eivät aina näyttäneet tietävän, mitä he laskisivat tapaturmiksi. Asianomaista saatettiin auttaa, kysymällä onko hänen kohdallaan sattunut esimerkiksi liikenneonnettomuuksia, putoamisia jne.
- Onko koskaan leikattu? Tässä tutkittu sai kertoa leikkauksistaan. Joskus niitä oli jo tullut ilmi haastattelussa edellä, jolloin kysyttiin, onko ollut muita leikkauksia kuin mistä jo edellä mainittiin.

Tässä vaiheessa kysyttiin yleensä lomakkeessa 9 olevat kaksi kysymystä:

- Onko mitään vakituisia lääkityksiä käytössä? Tällä haluttiin tietoa siitä, mitä lääkityksiä tutkitulla on ollut maahan tultaessa. Koska osa tutkituista oli ollut jo kauankin Suomessa, täytyi hyväksyä ajatus, että lääkitys arvioitiin Tampereen vastaanottokeskukseen tullessa. Sairauskertomukseen laitettiin sitten selitys siitä, missä vaiheessa lääkitys oli annettu.
- Onko koskaan rokotettu? Tämä kysymys oli vähiten informatiivinen, koska vastaus oli useimmiten myönteinen. Sen sijaan tarkennukseen ei osattu yleensä vastata ja rokotuskortteja tai -todistuksia oli vain hyvin harvoilla.

### **Lomake 3. Lisätietoja sairauksista:**

Tätä lomaketta tarvittiin harvoin, koska edellä olevaan lomakkeeseen saatiin kirjattua reunahuomautuksina useimmiten kaikki tarpeellinen. Joissakin tapauksissa leikkauksia ja tapaturmia täytyi selvittää tarkemmin.

### **Lomake 4. Oireet ja vaivat:**

Tällä lomakkeella kyseltiin tutkimusajankohdan oireita ja vaivoja. Aina ensimmäiseksi tiedusteltiin ”Onko teillä mitään vaivoja tai sairauden oireita juuri nyt?”

Joitakin vaivoja tai oireita oli tullut esille jo kyseltäessä aikaisemmista sairauksista ja niihin palattiin sitten uudelleen tässä kohtaa. Kirjaamisessa tehtiin merkintä kohtaan I (vasempaan laatikkoon) silloin, jos tutkittu spontaanisti ilmoitti jonkun oireen tai vaivan ja oikeanpuoleiseen laatikkoon jos vaiva oli sellainen, jota oli nimenomaisesti tiedusteltu. Mikäli nimenomaisesti tehtyyn tiedusteluun tuli kielteinen vastaus, kirjattiin viereen ”Ei”. Tiettyjä keskeisiä vaivoja kyseltiin kaikilta: kuume, pahoinvointi, oksetus, ripuli, ummetus. Usein jouduttiin kirjaamaan lisätietoja, jotta tiedot voitiin siirtää sairauskertomustekstiksi.

”Muut oireet” -kohtaan kirjattiin muita sanallisesti ilmoitettuja vaivoja.

### **Lomake 5. Psykkinen hyvinvointi, elämäntavat ja väkivaltatausta:**

Tälle lomakkeelle merkittiin senhetkinen tutkitun kokema psykkinen tilanne, elämäntapoihin liittyviä taustatietoja, kidutus- ja pahoinpitelykokemukset sekä pidätystiedot. Anamneesin kannalta tämä lomake oli tärkeä. Se laadittiin siten, että tärkeimmät tiedot voisi täyttää merkitsemällä rastin kuhunkin oireruutuun, jolloin aikaa riittäisi paremmin tarvittaessa asioiden tarkentamiseen.

Kohdissa ”Nukkuminen”, ”Ruokahalu” ja ”Mieliala” tehtiin merkintä kohtaan N silloin, kun tutkittu ilmoitti kyseisen kohdan olevan normaali. Mikäli se ei sitä ollut, merkittiin kohtaan E ja käytettiin harkinnan mukaan lisämerkintöjä niitä tarvittaessa sanallisesti täydentäen. Näin saatiin riittävällä tarkkuudella tehtyä sairauskertomusmerkinnät ja myös luokiteltua tietoa tutkimuksen tarpeisiin.

Myös tutkitun sosiaalisesta elämästä ja selviytymisestä sekä psykkinisestä toimintakyvystä haluttiin saada käsitys. Kysymykset ”Luetteko mitään: kirjoja, lehtiä, sanomalehtiä?”, ”Katsotteko TV:tä?” tai ”Kuunteletteko radiota?” kartoittivat tutkitun kiinnostusta asioihin ja myös hänen yleistä suoriutumiskykyään, samoin kuin kysymys ”Onko teillä mitään harrastuksia, esimerkiksi liikuntaharrastuksia?” Selvästi psykiatriset muut oireet merkittiin vain, jos niitä ilmoitettiin spontaanisti.

Tutkitun elämäntapoja selvitteleviin kysymyksiin kuului ”Tupakoitteko?”. Mikäli vastaus oli myönteinen, kysyttiin myös kuinka monta savuketta päivässä oli keskimääräinen kulutus. Useimpien kohdalla ei saatu tarkkaa arviota, mutta mikäli saatiin, kirjaus tapahtui tarkkana savukelukuna. Tavallisesti kuitenkin tutkitun oma arvio oli puoli askia, koko aski tai enemmän. Alkoholinkäyttöä kysyttiin kaikilta, riippumatta siitä, oliko henkilö muslimi tai ei. Tutkitun uskontoa ei voinut aina tietää, koska se ei kuulunut kysymyspatteriin, vaikkakin saattoi aavistaa asianomaisen lähtökulttuurista mahdollisen uskonnollisen suuntautumisen. Alaikäisille ei kysymyksiä tupakoinnista ja alkoholista esitetty ollenkaan. Joka tapauksessa on epätodennäköistä, että he käyttivät alkoholia tai tupakoivat. Heidän vanhempiensa ollessa mukana haastattelussa eivät nuoret olisi ehkä antaneet myönteistä vastausta. Muiden päihteiden osalta ei kysytty rutiinisti. Muutaman tutkitun kohdalla oli selvä epäily muiden päihteiden käytöstä, jolloin asiaa myös kysyttiin suoraan. Kahvin ja teen juonti pyrittiin selvittämään kaikilta tutkittavilta. ”Käytättekö mielellänne hyvin voimakkaita mausteita ruoassa/ruoanlaitossa?” oli kysymyspatterissa siksi, että varsin monilla on mahavaivo-

ja, eivätkä tutkitut tunnu osaavan yhdistää mahavaivoja siihen, mitä on syöty.

Kidutuskokemuksista kysyttiin toisaalta sen arvioimiseksi, onko tarvetta hoitoihin ja toisaalta pyrittiin myös kartoittamaan mahdollista tarvetta lääkärinlauseen asianajajalle. Mikäli kysymykseen ”Onko teillä sellaisia kokemuksia, että olette joutuneet kidutuksen tai pahoinpitelyn kohteeksi?” vastattiin kielteisesti, ei asiaa pohdittu enempää. Mikäli vastaus oli myönteinen, asianomaista pyydettiin kertomaan omin sanoin asiasta enemmän. Osa tutkituista ilmoitti, että he eivät halua puhua asiasta enempää. Tarkoituksellisesti ei kysytty mitään tiettyä pahoinpitelymuotoa tai kidutustapaa, vaan tutkitun annettiin kertoa omin sanoin. Tähän yhteyteen kirjattiin sanallisesti myös, mikäli tutkittu oli ollut pidätettynä tai vankilassa ja kuinka kauan tai kuinka monta kertaa. Joskus tutkituille jouduttiin selittämään, että näitä arkaluontoisia kysymyksiä esitetään siksi, että mahdollisesti voitaisiin tarjota hoitoa sellaisille, jotka sitä tarvitsevat.

### **Lomake 6. Status:**

Statuslöydösten kirjaamisessa käytetty lomake on muotoiltu siten, että fyysistä tutkimusta tehtäessä voisi mahdollisimman pitkälle merkitä löydökset suoraan paperille ja tehdä vain vähän sanallisia lisähuomautuksia. Tutkitun pituuden ja painon oli lähes kaikissa tapauksissa ottanut terveydenhoitaja etukäteen.

Tässä lomakkeessa kunkin kohteen edessä on kaksi lokeroa. Näistä merkittiin vasemmanpuoleiseen silloin, kun kyseinen parametri oli tutkijan arvion mukaan normaali. Mikäli se ei ollut normaali, merkittiin oikeanpuoleiseen ja sen viereen lyhyt sanallinen selitys asiasta. Mikäli tilaa tarvittiin lisää, lomakkeen toiselle puolelle saattoi jatkaa selitystä.

Kunkin tutkitun kohdalla arvioitiin seuraavia seikkoja:

- Yleistila ja mahdollinen hengenahdistus arvioitiin.
- Iho-kohdasta täytettiin kaikilta vain jalkojen osuus, erityisesti arvioitiin varpaiden välit. Mikäli muita näkyviä ihottumia oli, ne merkittiin sekä tutkimuslomakkeeseen että sairauskertomukseen. Arvet merkittiin yleensä vain, jos kyse oli pahoinpitelyarvista.
- Silmistä arvioitiin kaikilta pupillit (koko, symmetria), muita parametreja sen sijaan vain, mikäli oli silmäongelmia. Samassa yhteydessä kaikilta arvioitiin myös silmien liikkeet ja kysyttiin kaksoiskuvista, mitkä on kirjattu lomakkeeseen 7 kohtaan neurologia.
- Korvanlehdet, korvakäytävät, tragukset (mahdollinen painoarkuus) ja tärykalvot tarkastettiin. Poikkeavat löydökset on merkitty kohtaan epänormaali ja lisäksi selvitetty sanallisesti.
- Sinusten osalta koputeltiin kaikilta otsaa, poskipäitä ja nenänvartta. Jos nenänselkä oli reilusti vinossa, se kirjattiin ja tietenkin myös mahdolliset tapaturmien jälkitilat.
- Suuontelo arvioitiin kaikilta, kiinnittäen huomiota takanieluun, kitarisoihin ja limakalvoihin. Samalla arvioitiin ikenet ja hampaat. Hampaiden arviointia ei tietenkään tehty odontologin tarkkuudella, vaan arviointikriteereitä olivat hammaskivi, selvät reiät ja

- asentovirheet sekä puuttuvat hampaat.
- Leukakulmat ja kaula palpoitiin etsien rauhasia ja samalla tarkastettiin kilpirauhanen.
  - Takaraivon lihasinsertiot ja niska-hartiaseudun lihakset palpoitiin mahdollisten aristusten suhteen. Nämä on rekisteröity lomakkeeseen 7.
  - Keuhkojen auskultaatio suoritettiin huomioiden kulttuurilliset seikat. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta naispuolisiltakin tutkituilta keuhkot päästiin auskultoimaan ainakin selkäpuolelta, puseroa ja/tai takkia nostamalla. Miespuolisten tutkittujen kanssa ei ollut ongelmia. Mahdolliset rahinat ja vinkunat kirjattiin ja tutkittuja pyydettiin myös yskäisemään.
  - Sydämen auskultaatiota koskee sama kuin edellä on mainittu. Miespuolisten tutkittujen kohdalla ei ongelmia ollut. Monen musliminaisen auskultaatiossa täytyi tyytyä siihen, että tutkittu raotti aivan vähän kaula-aukkoaan, johon stetoskoopin saattoi sujauttaa. Joidenkin kohdalla meneteltiin jopa niin, että tutkittu itse piteli stetoskooppia. Tutkimusmenetelmä ei tietenkään ole paras mahdollinen, mutta silläkin voi pois sulkea vakavan rytmihäiriön ja selvästi kuuluvan sivuäänen.
  - Naispuolisia henkilöitä tutkittaessa, kun paikalla oli miestulkki, täytyi joskus sydämen ja keuhkojen sekä abdomenin tutkimisen ajaksi tulkkia pyytää poistumaan tilapäisesti. Tulkkia pyydettiin etukäteen selvittämään tutkitulle, mitä hänen poissa ollessaan on tarkoitus tehdä. Tutkimuksen päätyttyä tulkki pyydettiin takaisin tutkimustilanteeseen ja jatkettiin vastaanottoa. Mainittakoon, että yksi miespuolinen tutkittu halusi naispuolisen tulkin poistuvan ennen kuin riisui paitansa.
  - Abdomenin tutkimus sujui hyvin myös naispuolisten tutkittujen osalta. Melko helposti tutkitun sai nostamaan sen verran paitaa ylöspäin, että saattoi auskultoida ainakin ylävatsalta. Myös perkussio ilman havaitsemiseksi ja kylkikaaren/maksan reunan fiksoimiseksi onnistui yleensä hyvin. Epigastriumilta palpaatio onnistui yleensä hyvin, samoin navan alue sekä nouseva ja laskeva colon, mutta alamahaa ei tarpeettomasti pyydetty paljastamaan. Joidenkin naispuolisten tutkittujen kohdalla täytyi tyytyä palpaatioon vaatteiden läpi, mikä sekin paljasti usein gastriittityyppisen aristelun ylävatsalla ja aristukset alavatsalla (jolloin asianomaisen oma epäilyskin oli jo gynekologinen ja pyyntö päästä gynekologin vastaanotolle oli jo esitetty terveydenhoitajalle).
  - Psyhykestä kirjattiin yleensä tutkitun olevan rauhallinen ja asiallinen, mikäli mitään erityistä ei haastattelun ja tutkimukseen aikana tullut esille. Tällöin sairauskertomukseen kirjattiin vielä erillinen arvio, että tutkitussa ei havaita ahdistusta tai masennuksen merkkejä, mitä ei ole erikseen tutkimukseen kirjattu, paitsi, jos noiden parametrien osalta oli poikkeavia löydöksiä.

Mikäli naispuolinen tutkittu kieltäytyi sydämen, keuhkojen tai abdomenin

tutkimuksesta, häntä ei painostettu. Jos tutkittu olisi valittanut vaivaa kyseisen elimen alueella, olisi hänelle selvitetty, että hoitoakaan ei voi antaa, jos häntä ei saa tutkia asianmukaisesti. Vaihtoehtona oli sitten naislääkärin vastaanoton tilaaminen, jota ei tarvinnut tutkittujen kohdalla tehdä kertaakaan sydän- tai keuhkoauskultaation vuoksi. Myöhemmin seurantavaiheessa yhden naispotilaan niskakipujen tutkiminen ei onnistunut, koska hän ei antanut tutkia itseään, jolloin hänelle järjestettiin naislääkäri. Jos valitettiin gynekologisia vaivoja, naislääkäri tilattiin automaattisesti.

### **Lomake 7. Statuksen lisämerkinnät:**

Tälle lomakkeelle kirjattiin vain hyvin vähän rutiinisti. Kaikista tutkituista pyrittiin kuitenkin täyttämään kohdat: niska-hartialihakset, takaraivon insertiot, lonkien rotaatiot, Lasèque, nilkat sekä patella- ja achillesrefleksit. Kuten aiemmin on mainittu, silmien liikkeet ja kaksoiskuvat tuli myös rekisteröityä tällä lomakkeella. Mikäli löydös oli normaali, se merkittiin vasempaan sarakkeeseen ja jos oli jotain poikkeavaa merkintä tehtiin oikeanpuoleiseen sarakkeeseen.

Niska-hartialihasten palpaatioarkuus ja mahdollinen tensio sekä takaraivon insertioiden palpaatioaristus huomioitiin. Nilkoista tarkastettiin mahdollinen turvotus. Silmien liikkeet tarkastettiin tutkitun seurattessa tutkijan sormen liikkeitä. Kaksoiskuvat arvioitiin kysymällä näkeekö tutkittu sormen yhtenä, kun sitä liikutettiin eri suuntiin näkökentässä. Refleksit koputettiin sekä patellan että achillesksen osalta. Useimmiten jouduttiin patellarefleksi koputtelemaan housut jalassa tai nostamatta hametta nilkkojen yläpuolelle, koska ei katsottu voitavan vaatia tutkittuja riisumaan enempää vain tämän tarkoituksen vuoksi. Tulos tietenkään ei ole aivan tarkka, mutta suuntaa-antava ja käy vertailutiedoksi silloin, jos asianomainen tulisi myöhemmin sellaisen vaivan takia, jossa tutkimus tulisi uusiksi. Mainittakoon vielä, että monilla tutkituilla oli vaikeuksia rentoutua refleksejä tutkittaessa.

### **Lomake 8. Laboratoriolöydökset, diagnoosit ja toimenpiteet:**

**Tutkimuslöydökset:** Lomake täytettiin osin vastaanoton jälkeen ja viimeistään sitten, kun kaikki laboratoriovastaukset ja keuhkokuvatulos olivat käytettävissä. Mikäli jokin koe oli ottamatta eikä tutkitun oireisto tai muu selvitystarve sitä välttämättä vaatinut, ei tutkittua lähetetty uudelleen laboratorioon vain tutkimuksen täydentämistä varten. Hepatiittikokeisiin ja HIV-tutkimukseen sekä ulosteen parasiittinäytteisiin tutkittuja kuitenkin kannustettiin menemään vielä uudelleen, koska näillä saattoi olla merkitystä potilaan oman tai ympäristön terveyden kannalta.

**Diagnoosit:** Tutkituilla oli tiedossaan useita diagnooseja, koska monilla oli taustalla viipyminen yhdessä tai useammassa muussa maassa turvapaikanhakijana. Yleensä heillä ei kuitenkaan ollut mitään dokumentaatiota niistä mukanaan. Tällöin diagnoosit on asetettu sen mukaan kuin tutkija on heidän kertomuksestaan ymmärtänyt. Osa anamnestisista diagnooseista on oirediagnooseja eli ne eivät

sinänsä todista kyseisen diagnoosin olemassaoloa, mutta ovat tieto siitä, minkälaista vaivaa tutkitulla on ollut. Tutkimuksesta tulleet diagnoosit ovat joko tutkijan tekemään kliiniseen tutkimukseen perustuvia tai seuranta-aikana varmistuneita diagnooseja. Psykiatrian puolelta käytettävissä on ainoastaan yksikössämme hoidettujen psyykkisten häiriöiden diagnoosit ja sairaalahoitojaksojen diagnoosit. Laskutuksen seurannasta näkyy, kuinka paljon palveluita kukin on käyttänyt psykiatrisessa erityisyksikössä, mutta diagnooseja tai sairauskertomuksia sieltä ei ole ollut käytettävissä.

**Välittömät toimenpiteet:** Lähetä laboratorioon kirjattiin, kun sitä edellytti lisätutkimustarve (ei pelkkä rutiinitutkimus), samoin kuin muu röntgentutkimus kuin rutiini thoraxkuvaus. Jos ensitutkimuksen perusteella tuli tarve erikoislääkärille, se kirjattiin tähän (myös erikoisala). Mielenterveystoimistolle oli erillinen kohta sen vuoksi, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarve oli merkittävästi suurempi kuin muilla erikoisaloilla.

### **Lomake 9. Lääkitykset, rokotukset ja muut erityistutkimukset:**

**Lääkkeet:** Lääkkeistä osa oli kauppanimeltään samoja kuin Pharmaca Fennicassa. Silloin, kun kauppanimeltään tuntematon lääke oli ollut käytössä, pystyttiin lääkepakkauksen merkintöjen perusteella yleensä varmentamaan vaikuttavat aineet ja luokittelemaan lääke. Erittäin harvoin kävi niin, että käytetty lääke jäi epäselväksi. Toisessa maassa turvapaikanhakijana olleilla oli usein mukanaan lääkkeitä, vaikkakaan ei selvitystä hoidoista tai niistä sairauksista, joihin ne oli määrätty.

**Rokotukset:** Tutkittavalta kysyttiin, onko hän saanut koskaan rokotuksia ja onko hänellä niistä minkäänlaisia todistuksia mukanaan. Useimmat ilmoittivat saaneensa rokotuksia. Paras mahdollinen selvitys siitä, mitä rokotuksia oli annettu, oli esimerkiksi: ”Kaikki mitä meidän maassamme yleensä siihen aikaan annettiin”.

**Diabetes ja verenpaine:** Tarkoitus oli selvittää, millaisessa hoidossa diabetesta tai verenpainetauti sairastavat olivat aiemmin olleet. Saadut tiedot jäivät hyvin vähäisiksi.



## **LIITE 4: Kidutettujen ja pahoinpideltyjen kokemuksia**

## Kuvauksia kidutettujen ja pahoinpideltyjen kokemuksista

### Seuraavat 28 kuuluvat ryhmään a: pääasiassa fyysistä väkivaltaa:

- 23-vuotias mies (Aasia) oli ollut vangittuna kolme kertaa. Häntä oli lyöty päähän kiväärinperällä ja sen seurauksena hänelle oli tullut murtuma poskiluun kaareen. Häntä oli myös potkittu.
- 28-vuotias mies (Aasia) oli ollut pidätettynä 7–10 päivää. Noin 4–5 ihmistä (joiden hän arveli olevan siviilejä) potkivat ja löivät häntä pampulla ja kaatoivat kylmää ja kuumaa vettä hänen päällensä. Häntä riiputettiin (palestiinalaisriiputus), silmät sidottuina. Vain yksi arpi oikeassa sääressä on jäänyt näkyväksi vammaksi. Hänet on sijoitettu ”viranomaisryhmään”, vaikka hän itse arveli tekijöitä siviileiksi, mutta hän oli kuitenkin ollut pidätettynä pitkän aikaa.
- 40-vuotias mies (Aasia) kertoi että ”talebanin aikana” (hän tarkoittaa aikaa, jolloin niin sanotut talebanit olivat maan johdossa) hän oli vankilassa 10 päivää, ”koska hän oli lääkäri”. Häntä oli ruoskittu, mutta häneen ei ollut kohdistettu muuta väkivaltaa.
- 26-vuotias mies (Aasia) oli ollut kaksi vuotta vankilassa. Pahoinpitelijöitään hän ei osannut nimetä. Häntä oli lyöty päähän lapiolla ja myös käsiin (mistä oli seurauksena käsimurtuma) sekä hänelle oli annettu sähköiskuja.
- 32-vuotias mies (Aasia), joka oli edustanut puoluettaan, oli ollut isänsä kanssa pidätettynä kerran. Häntä oli lyöty hockeymailalla ja jollain muullakin esineellä käsiin ja hänen päätänsä oli isketty seinään, missä yhteydessä hän oli ollut tajuttomana.
- 44-vuotiasta miestä (Aasia) oli riiputettu jaloista pää alaspäin (yhdestä jalasta) ja lyöty (sillä seurauksella että päähän tuli haava). Pahoinpitely kesti yhdeksän päivää ja hän oli sen jälkeen sairaalassa kaksi päivää. Tila, jossa pahoinpitely tapahtui, ei ollut hänen käsityksensä mukaan vankila, vaan jokin muu tila, jota hän ei osaa tarkemmin määrittellä. Hän kertoi, että hänet oli ”viety” (vangittu) yli 100 kertaa kaiken kaikkiaan. Pahoinpitelyistä on jäänyt arpia.
- 31-vuotiasta miestä (Aasia) oli lyöty joka puolelle ja hakattu armeijassa. Pahoinpitelyt alkoivat hänen kohdallaan jo ennen armeijaan menoa, ”koska hän on kurdi”. Häntä oli aiemminkin hakattu jo useita kertoja.
- 18-vuotiasta miestä (Aasia) oli lyöty päähän ja leukaan, mihin tuli hänen kertomansa mukaan murtuma (josta ei otettu röntgenkuvaa eikä hän saanut siihen hoitoa). Pidätys kesti yhden päivän viime vuonna ja sen tekivät poliisit. Seurauksena olivat lisäksi haavat päässä ja leuassa. Hänen kertomansa mukaan haavoista tuli paljon verta.
- 41-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että hänellä on kidutuskokemuksia ”liikaakin”. Hän mainitsee jalkapohjien pamputtamisen ja lyömisen.

Hän kommentoikin tilannettaan, että "onko missään paikkaa, mihin ei ole lyöty". Vankilassa hän oli ollut 10 vuotta.

- 26-vuotias mies (Afrikka) kertoi, että häntä oli lyöty. Hänelle oli tullut murtuma kämmeneen ja sormeen. Vankilassa hän oli ollut useaan otteeseen, mutta jokaisella vankilassaolokerralla häntä ei ollut lyöty.
- 24-vuotias mies (Afrikka) joutui vankilaan, kun kaksi heimoa tappeli sodan aikana. Siellä häntä oli lyöty ja potkittu.
- 20-vuotiasta miestä (Aasia) oli pamputettu jalkapohjiin ja lyöty sekä heitetty pippuria silmiin, jonka jälkeen hänellä oli silmävaivoja. Hän oli pidätettynä pari päivää.
- 45-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) oli ollut vankilassa vuoden ja kahdeksan kuukautta. Häntä oli lyöty pampulla päähän (mistä hänelle jäi päänsärky) sekä jalkapohjiin ja kantapäihin. Lisäksi hänelle oli annettu sähköiskuja.
- 39-vuotias mies (Aasia) oli ollut vankilassa kaksi vuotta ja kahdeksan kuukautta. Häntä lyötiin koko vankilassa olon ajan useasti ja tällöin häntä oli pidetty kädet ja jalat sidottuina.
- 23-vuotiasta miestä (Aasia) oli hakattu kepillä poliisiasemalla useita kertoja.
- 20-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että miliisi vei hänet kerran, "koska hän oli tsetseeni". Häntä lyötiin pari kertaa ja hän kaatui ja sai solisluun murtuman.
- 27-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että sotilaat olivat pahoinpidelleet häntä kahdesti. Häntä oli lyöty nyrkeillä, pampulla ja aseenerällä sekä potkittu. Hän sai nenämurtuman ja menetti hampaita ja arvionsa mukaan mahdollisesti sai myös munuaisvaurion.
- 48-vuotias mies (Eurooppa) ei muista kaikkea. Hän kertoo poliisien lyöneen ja myös eräässä toisessa tilanteessa kroaattinaapurin lyöneen häntä päähän.
- 34-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että naapurimaan poliisi oli lyönyt, kun hänellä ei ollut papereita ja oman maan poliisi puolestaan ilman syytä (potilaan kertoman mukaan). Hän oli ollut pidätettynä yli vuoden.
- 32-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että häntä oli pahoinpidelty niin, että hän oli viisi päivää tajuton. Häneltä meni hampaita ja hänelle tuli nenämurtuma.
- 37-vuotias mies (Afrikka) kertoi, että poliisit pitivät häntä 7–8 kuukautta pidätettynä. Häntä oli lyöty pampulla päähän ja hänen näkönsä oli hänen oman kertomansa mukaan sen jälkeen heikentynyt.
- 26-vuotiasta miestä (Afrikka) oli simputettu armeijassa, mikä täyttäisi myös henkisen pahoinpitelyn kriteerit.
- 38-vuotiasta miestä (Aasia) oli hakattu kiinniottopaikalla. Hän ei siis ollut pidätettynä edes poliisilaitoksella. Pysyviä jälkiä hänelle ei ole jäänyt.

- 36-vuotiaasta miestä (Afrikka) oli lyöty nenään ja poskeen siten, että häneltä meni hampaita. Hän sai sittemmin yläproteesin.
- 32-vuotias mies (Aasia) oli ollut linja-autossa, johon oli hyökätty ja hänet oli pidätetty väittäen hänen kuljettaneen jotakin kiellettyä. Poliisit pidättivät hänet neljäksi päiväksi ja häntä pahoinpideltiin silmät sidottuina, lyötiin päähän ja vartalolle ja eri puolille muuallekin.
- 16-vuotiaan nuoren miehen (entisen Neuvostoliiton alue) olivat sotilaita pidättäneet ja pahoinpidelleet kädet sidottuina. Häntä oli lyöty muun muassa aseiden perällä. Hänen etuhampaansa halkesi ja hänelle jäi tapauksesta voimakas vihantunne sotilaita kohtaan.
- 37-vuotias mies (Aasia) kertoi, että häntä oli potkittu ja lyöty paljon nyrkillä joka paikkaan ”siksi, että hän kuuluu hazara-heimoon ja on shiiamuslimi”. Hän oli ollut pidätettynäkin sen vuoksi useita kertoja (tutkijan huomautus: hazarat ovat kyseisessä maassa hyvin halveksittu ja syrjitty heimo).
- 26-vuotias nainen (entisen Neuvostoliiton alue) ei myöskään halunnut kertoa tarkasti. Hän kertoi kuitenkin olleensa kaksi kertaa venäläisten sotilaiden käsissä ja että häntä oli hakattu. Se oli yritetty tehdä niin, ettei häneen jäisi näkyviä vammoja. Hän ei halunnut päästä psykiatrilta (”haluan unohtaa itse”).

#### **Seuraavat 16 kuuluvat ryhmään b: pääasiassa psyykkistä väkivaltaa:**

- 22-vuotias mies (Eurooppa) on sodassa ”nähtynyt kauheuksia” ja ollut kuolemanvaarassa ja kertomansa mukaan melkein tullut ammutuksi.
- 22-vuotias nainen (Eurooppa) raportoi ”sanallisesta kidutuksesta”.
- 50-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että ”romanit ovat toisen luokan kansalaisia” ja että hän on saanut osakseen sanallista inhimillistä nöyryytystä.
- 26-vuotias mies (Aasia) sanoi tulleen henkisesti pahoinpidellyksi ”mudjahedinien” taholta ja että hän pelkäsi raketteja. (Mainittakoon sivutietona, että sodan kovimpien taisteluiden aikana esimerkiksi Kabuliiin tuli 1800 rakettia vuorokaudessa. Vertailun vuoksi sanottakoon, että tutkijan oma kokemus kahdeksasta raketista vuorokaudessa oli jo riittävän järkyttävää).
- 30-vuotias mies (Aasia) oli ollut pidätettynä puoli tuntia ja kuullut mitä kaikkea hänen perheenjäsenilleen oli tehty.
- 43-vuotias mies (Eurooppa) koki pakenemistilanteen hyvin stressaavaksi.
- 26-vuotias mies (Eurooppa) ei ollut kokenut henkilökohtaisesti mitään pahoinpitelyä, mutta oli nähnyt sodassa paljon teloituksia ja verilöylyjä sekä ruumiita.
- 20-vuotias nainen (Aasia) koki epävarmuutta, pelkoa ja vainoamista. Lisäksi hän näki enonsa tyttären tappamisen. Silti hän ei osannut sanoa, onko hänellä kidutuskokemuksia eli hän ei oikein ymmärtänyt

*termiä sellaisenaan, vaikkakin ymmärsi kaiken sen kauheuden, minkä kohteeksi hän oli joutunut.*

- *48-vuotias nainen (Aasia) riisuttiin alasti ja häntä pilkattiin.*
- *28-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) ei saanut työstään palkkaa vuoteen, ja hän stressaantui siitä.*
- *49-vuotias nainen (entisen Neuvostoliiton alue) oli nähnyt ihmisiä tapettavan (ja se on jatkuvasti hänen silmiensä edessä), hänelle itselleen ei ollut tehty mitään.*
- *28-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että häntä itseään ei ollut kidutettu, mutta hänen veljeään oli ja hänellä on ollut siitä paha mieli.*
- *28-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että hän ”on nähnyt paljon asioita” (mutta ei halunnut yhtään valottaa, mitä ne olisivat olleet).*
- *30-vuotias mies (Afrikka) ei ole kuullut äidistään mitään, kuinka tämä voi tai onko hengissäkään, minkä takia epä tietoisuus stressaa häntä.*
- *38-vuotias nainen (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että sotilaat tunkeutuivat hänen kotiinsa, mutta varsinaisesti hänelle itselleen ei tehty mitään. Hänen poikaansa ja miestään oli pahoinpidelty.*
- *25-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että ”sodasta tulee mieleen kuvia koko ajan”.*

#### **Seuraavat 27 kuuluvat ryhmään c: sekä fyysistä että psyykkistä väkivaltaa:**

- *48-vuotias nainen (Eurooppa) kertoi, että häntä on ”hirveästi pahoinpidelty” vuosina 1998–2000, mistä seurasi hermostressi. Häntä oli lyöty ja hänen päälleen oli heitetty kylmää vettä. Hänen vatsansa päällä oli hypitty, mistä seurasi pysyviä kohtukipuja. Hänelle oli tehty myös seksuaalista väkivaltaa. Häneltä oli vaadittu rahaa. ”Hermostressi on jäänyt hänelle pysyvästi”. Kertomansa mukaan hän kävi Tanskassa psykiatrilla.*
- *50-vuotias mies (Aasia), oli ollut pidätettynä ainakin vuosina 1982–1984, 1992–1994, 1998 ja 2003. Hänelle oli annettu sähköiskuja, riiputettu käsistä, häntä oli poltettu, lyöty päähän ja nöyryytetty alastomuudella. Hänen päälleen kaadettiin vettä, jos hän pyörtyi. Lisäksi häneltä oli murskattu sormia.*
- *27-vuotias mies (Aasia) oli ollut pidätettynä ainakin vuosina 1996, 1997 ja 1998. Pidätysten tekijät olivat sotilaita. Hänet heitettiin kertomansa mukaan kolmen metrin korkeudelta alas ja aluksi hänen oletettiin kuolleen. Hänen silmänsä oli sidottu ja häntä oli hakattu ja hänelle oli annettu sähköiskuja. Jälkiä häneen ei silti jäänyt. Hän ei halunnut päästä psykiatrin vastaanotolle, vaikka sitä hänelle tarjottiin.*
- *23-vuotiasta miestä (Aasia) oli lyöty muun muassa kasvoihin ja potkittu ja hänelle oli kiroiltu. Pysyviä jälkiä ei ollut jäänyt. Tekijöiksi hän nimesi ”gendarmit”, millä hän ilmeisesti tarkoitti puolisoita.*

- 27-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) oli laitettu talvella kolmimetriseen kuoppaan, missä oli puoli metriä vettä. Hän oli siellä kaikkiaan kaksi viikkoa. Tämä tapahtui vuonna 1999 ”toisen tšetšeenisodan aikana”. Häntä oli lyöty ja hänen nenänsä oli murrettu kuulusteluissa, joita tehtiin joka päivä. Kuulustelun jälkeen hänet heitettiin aina takaisin kuoppaan. Hänelle on jäänyt jäljet nenämurtumasta sekä kylki- ja selkäkipuja.
- 28-vuotias mies (Afrikka) kertoi, että hänen isäänsä etsittiin. Hänet itsensä otettiin vankilaan ja siellä häntä poltettiin (muun muassa vatsoa) ja annettiin hänen äitinsä nähdä, mitä hänelle tehtiin. Lopulta äiti tästä ahdistuneena paljasti isän olinpaikan ja sittemmin isä surmattiin.
- 29-vuotias mies (Aasia) oli vankilassa kuusi kuukautta. Siellä häntä lyötiin koko vartalolle eri välineillä, myös aseella. Lisäksi häntä uhkailtiin.
- 25-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että häntä oli lyöty käsiin ja jalkapohjiin ja pidetty nälässä. Armeijassa ollessaan hän oli pidätettynä neljä päivää, jolloin häntä vain kuulusteltiin, mutta hän ei saanut syötävää tai juotavaa. Hän arveli, että hänen psyykkiset vaivansa johtuvat näistä asioista.
- 48-vuotias mies (Eurooppa) oli ollut vankilassa 10 päivää, koska hän ei halunnut osallistua sotaan. Siellä häntä lyötiin koko vartaloon, mutta eniten päähän. Hänelle kiroiltiin.
- 37-vuotias mies (Aasia) oli ollut pidätettynä neljä kuukautta. Häntä lyötiin jalkapohjiin ja muuallekin päivittäin joka ilta. Hän kuuli huudot naapuriselleistä. Hänelle jäi siitä henkisiä vammoja.
- 28-vuotias mies (Eurooppa) oli ollut kaksi erillistä päivää pidätettynä poliisilaitoksella, missä häntä oli kidutettu ja lyöty selkään, jalkoihin ja vartaloon. Hänelle oli sanottu, ettei hän saa mennä lääkäriin aiheutettujen vammojen takia. Selkä jäi vaivaamaan häntä myöhemminkin.
- 16-vuotias nuori mies (Aasia) oli ollut pidätettynä lyhyen aikaa. Tällöin poliisi löi häntä ranteeseen ja ”suullisesti pahoinpiteli”. Häntä kiellettiin menemästä lääkäriin aiheutettujen vammojen takia.
- 21-vuotias mies (Aasia) oli ollut ainakin kahdesti pidätettynä. Tällöin häntä oli pidetty silmät sidottuina. Häntä oli lyöty jalkapohjiin ja päähän (josta hänelle jäi päänsärky). Häntä oli pidetty kolme päivää nälässä ilman ruokaa.
- 31-vuotias mies (Afrikka) oli ollut vankilassa kotimaassaan. Siellä häntä oli lyöty. Häntä oli seisotettu auringonpaahteessa. Häntä lyötiin selkään ja hänen päänsä painettiin veteen. Yhä hän ajattelee sitä ja murehtii myös veljeään, joka on hänen tietämänsä mukaan edelleen siellä.
- 25-vuotias mies (Aasia) oli ollut pidätettynä kolme kuukautta jolloin häntä oli kidutettu kolmesti. Jalkapohjia oli piesty sähköjohdolla ja

- häntä oli lyöty kaapelilla muuallekin. Henkistä kidutusta tapahtui muun muassa uhkauksilla tappamisesta.*
- *20-vuotias mies (Aasia) kertoi pidätyksiä olleen noin kymmenen kertaa, kukin näistä 1–8 päivää kerrallaan. Pidättäjiksi hän arveli poliiseja, vaikka nämä olivatkin siviilivaatteissa. Häntä oli lyöty ja potkittu ja hänen jalkapohjiaan oli hakattu 2–3 tuntia. Hänet oli viety kellariin kätet ja jalat sekä silmät sidottuina. Hänelle ei jäänyt muita pysyviä vammoja kuin kipeä korva.*
  - *36-vuotias nainen (Eurooppa) kertoi, että hänet irtisanottiin työstään vuonna 1997 ”siksi, että hän on serbi”. Hän oli pidätettynä poliisilaitoksella 3–4 tuntia eikä hänelle annettu edes vettä, vaikka hän sanoi pidättäjilleen olevansa diabeetikko ja tarvitsevansa insuliinia.*
  - *52-vuotias mies (Aasia) oli vankilassa vuodesta 1982 vuoteen 1990 (tästä hän sanoo olevan olemassa Punaisen Ristin Kansainvälisen Komitean antama todistus). Häntä kidutettiin tuolloin useita kertoja. Häntä pidettiin maan alla, jossa viemärit haisivat, ja hän sai siitä silmiinsä kirvelyä. Hänet laitettiin seisomaan lumeen ja jäähän polvi-aan myöten. Häntä ruoskittiin ja riiputettiin käsistä. Häntä lyötiin kasvoihin ja häneltä meni hampaita (niin, että niitä perustarkastuksessa ei ollut jäljellä enää kuin muutama).*
  - *23-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että häntä oli lyöty päähän ja vartaloon 2–3 kertaa. Häntä oli pidetty nälässä kolme päivää. Häntä oli pidetty ikkunattomassa kopissa. Hänen päähänsä on jäänyt arpi aseella lyömisestä.*
  - *31-vuotiaasta miestä (Aasia) pidettiin vankilassa 10–15 päivää. Häntä yritettiin saada selville, missä hänen veljensä oli. Hänen isänsä oli ollut kenraali, joka sitten surmattiin ja lisäksi tämän perheelle aiottiin kostaa. Häntä lyötiin päähän, jalkaan ja käteen sekä muuallekin kehoon. Seurauksena olivat murtumat jalassa ja oikean käden toisessa kämmenluussa.*
  - *39-vuotias mies (Afrikka) oli vankilassa kahdeksan kuukautta ja kertoi olleensa siellä aliravittuna.*
  - *23-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että ”hänen etnisestä ryhmästään ei pidetä hänen kotimaassaan”. Hänen kertomansa mukaan 4–5 ihmistä hyökkäsi hänen päälleen ja löi häntä 3–4 kertaa. Häntä kiellettiin puhumasta omaa kieltään.*
  - *23-vuotias mies (Aasia) kertoi tapelleensa koulussa. Poliisi tuli sinne, pidätti hänet ja löi häntä. Myöhemmin toisen pidätyksen yhteydessä häntä oli lyöty ja uhkailtu ja psyykkisesti painostettu.*
  - *52-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että häntä oli pidetty ahtaassa tilassa ja hänen kätensä oli sidottu taakse. Lisäksi häntä oli lyöty tappelussa 3–4 kertaa kiväärinperällä.*
  - *25-vuotias mies (Aasia) ei kertonut mielellään kokemuksistaan. Opiskellessaan lääketiedettä hän oli puuttunut opiskeluvälineiden puutteellisuuteen ja puhunut siitä opettajille. Häntä oli uhkailtu tyyliin*

*”jos et hyväksy olemassa olevia olosuhteita, saat mennä”. Häntä oli lyötykin.*

- *25-vuotias nainen (Aasia) oli joutunut sekä viranomaisten että siviilipahoinpitelyn uhriksi. Avioliiton alkuaikoina hänen appiukkonsa hakkasi häntä. Poliisit olivat ahdistelleet häntä etsiessään hänen miestään. He olivat kopeloineet hänen rintojaan, vetäneet häntä hiuksista ja lyöneet häntä.*
- *20-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) ei halunnut kertoa tarkemmin. Kuitenkin hän kuvasi vankilan ahtautta, kuumuutta ja sitä seikkaa, että siellä oli paljon tuberkuloosia sairastavia potilaita, mikä hänen mielestään oli terveysriski. Hän oli ollut kaksi vuotta vankilassa. Ajasta oli jäänyt paljon ikäviä muistoja, mutta ei pysyviä vammoja. Hän kertoi, että häntä roikutettiin käsiraudoissa, hakattiin ja ruoskittiin.*

### **Seuraavat 11 kuuluvat ryhmään d: pääasiassa fyysistä väkivaltaa:**

- *22-vuotiasta miestä (Afrikka) olivat pahoinpidelleet toiseen heimoon kuuluvat. Häntä oli lyöty neljänä eri vuonna jalkoihin ja hänellä oli ollut haavoja päässä ja vatsalla.*
- *43-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että kauan sitten ”paikallinen mafia eli vallanpitäjät” otti hänet kiinni ja pahoinpiteli, tällöin hänen hampaansa rikottiin.*
- *34-vuotias mies (Aasia) kertoi, että häntä lyötiin selkään. Kysymyksessä oli erimielisyys maanomistajuudesta.*
- *14-vuotias poika (Aasia) kertoi tapelleensa koulussa.*
- *19-vuotias mies (Afrikka) kertoi, että varkaat löivät hänen molempiin sääriinsä kiväärinperällä.*
- *32-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että ammattikoulussa häntä lyötiin pistoolinperällä ohimoon naisasioiden vuoksi.*
- *22-vuotias mies (Aasia) kertoi, että ”koko hänen kotimaansa on iso vankila”. Häntä oli lyöty kerran nyrkillä ja kerran kalashnikovin perällä. Rosvot olivat lyöneet häntä saadakseen rahaa. Häneltä murtui siinä nenärusto.*
- *8-vuotias poika (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että hän meni yksin ulos ja muut lapset löivät häntä kivellä päähän.*
- *28-vuotias mies (Aasia) kertoi, että 2,5 vuotta sitten joku löi häntä marketissa veitsellä.*
- *30-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) kertoi, että maanmiehet hakkasivat hänet, kun hän ei halunnut mennä sotaan. Häntä hakattiin joka puolelle. Häneltä murtui käsi joka oli sitten kipsissäkin, hän sai aivotärähdyksen, mustelmia ja ruhjeita.*
- *34-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että tuntematon mies löi häntä nyrkkiraudalla.*



### **Seuraava tapaus kuuluu ryhmään e: pääasiassa psyykkistä väkivaltaa:**

- 9-vuotias poika (Eurooppa) kertoi, että häntä syrjittiin kansalaisuutensa vuoksi, häntä ei huolitettu kaverien seuraan.

### **Seuraavat seitsemän tapausta kuuluvat ryhmään f: sekä fyysistä että psyykkistä väkivaltaa:**

- 22-vuotias nainen (Afrikka) kertoi, että hänet oli kotimaassaan raiskattu ja että hän oli sen vuoksi kuukauden sairaalassa.
- 46-vuotias nainen (Eurooppa) oli raiskattu kaksi vuotta sitten.
- 43-vuotias mies (Aasia) kertoi, että hänen vaimonsa entisen miehen perheenjäsenet ovat uhanneet tappaa hänet. Häntä on lyöty ja potkittu.
- 33-vuotias nainen (Aasia) kertoi, että hänen entisen miehensä perhe uhkailee häntä ja että häntä oli lyöty polveen.
- 24-vuotias mies (Afrikka) kertoi, että toiseen heimoon kuuluvat henkilöt olivat uhkailleet häntä kidutuksella ja hyökänneet hänen päällensä ja lyöneet.
- 25-vuotias mies (Eurooppa) kertoi, että ”tavalliset pojat” olivat lyöneet häntä koko vartalolle ja kävelleet hänen päällään ”koska minä olen romani”. Siitä lähtien hänellä on ollut vatsavaivoja.
- 39-vuotias mies (Aasia) kertoi, että 5–6 vuoden aikana ”mafia” oli lyönyt häntä päähän ja nenään ja potkinut selkään ja että hänen kimppuunsa oli päästetty koira.

### **Seuraavat seitsemän tapausta kuuluvat ryhmään g, jotka eivät halunneet puhua kokemuksistaan, osa heistä kuitenkin kertoi aivan vähän:**

- 53-vuotias mies (Eurooppa) ei halunnut kertoa ja sanoi, että hän ”on unohtanut”. Vuosina 1997–1998 hän oli ollut kolme kuukautta vankilassa, jolloin hänelle ”tehtiin kaikenlaista”.
- 32-vuotias mies (Eurooppa) ei halunnut puhua eikä halunnut päästä psykiatrille.
- 21-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) ei halunnut kertoa muuta kuin että häntä on kidutettu ja pahoinpidelty.
- 35-vuotias mies (Afrikka) ei halunnut kertoa, mutta sanoi olleensa vankilassa useita kertoja.
- 30-vuotias nainen (Eurooppa) ei halunnut kertoa ollenkaan.
- 30-vuotias mies (Eurooppa) ei halunnut kertoa ollenkaan.
- 32-vuotias mies (entisen Neuvostoliiton alue) ei halunnut kertoa mitään muuta kuin sen, että se mitä hänelle oli tehty, oli tapahtunut kauan sitten.

**Ryhmään ”muut” kuuluu kaksi henkeä, jotka ovat olleet vankilassa (ryhmä H), mutta heillä ei ole taustassaan pahoinpitelyitä:**

- 32-vuotias algerialainen mies (Afrikka) oli ollut vankilassa.
- 20-vuotias mies (Aasia) oli ollut vankilassa.

**Se, mitä taulukossa 32 tarkoitetaan muilla kidutustavoilla, kuvataan tässä tarkemmin:**

- *simputus*
- *pippurin heittäminen silmiin*
- *vatsan päällä hyppely ja seksuaalinen väkivalta*
- *korkealta (kolme metriä) heittäminen*
- *pitäminen syvässä kuopassa vedessä kovalla pakkasella*
- *kiroilu (kaksi tapausta)*
- *naapurisellien huutojen kuuntelu*
- *”suullinen pahoinpitely”*
- *seisotus auringon paahteessa*
- *kellarissa pitäminen*
- *seisottaminen lumessa ja jäässä*
- *pitäminen ikkunattomassa kopissa*
- *pitäminen ahtaassa tilassa*
- *psykkinen painostus*
- *kävely päällä*
- *koira laskettu kimppuun*
- *ahtaus, kuumuus, tuberkuloosiriski*
- *”tehtiin kaikenlaista”*
- *kiellettiin puhumasta omaa kieltään*
- *kiellettiin menemästä lääkäriin pahoinpitelyn jälkeen*
- *kieltäydettiin antamasta potilaalle tämän säännöllistä lääkettä*
- *uhkailut*
- *hiuksista vetäminen*
- *ahdistelu ja rintojen kopelointi*

**Henkistä väkivaltaa kokeneen ryhmän kokemukset:**

- *nähty kauheuksia, ollut kuolemanvaarassa*
- *”sanallinen kidutus”*
- *inhimillinen nöyryytys rotunsa vuoksi*
- *henkinen pahoinpitely, pelkäsi raketteja*
- *kuuli mitä muulle perheelle oli tehty*
- *pakenemistilanne oli stressaava*
- *nähty teloituksia ja verilöylyjä*
- *näki enon tyttären tappamisen, kokenut vainoa ja pelännyt*
- *riisuttiin alasti ja pilkattiin*
- *ei saanut työstään palkkaa vuoteen*

- *nähty ihmisiä tapettavan*
- *veljen kidutuksesta paha mieli*
- *”nähty paljon asioita”*
- *epätietoisuus äidin kohtalosta*
- *sotilaat tunkeutuivat kotiin ja pahoinpitelivät pojan ja aviomiehen*
- *sodasta tulee mieleen kuvia koko ajan*

## Liite 5: Liitetaulukko 58

**Taulukko 58.** *Vastausten sijoittuminen eri vaikeusasteisiin tutkittujen spontaanin ilmoituksen perusteella ja aktiivisen kyselyn menetelmällä (vaikeusaste 0 = ei kyseisiä sairauksia), kysymyksiin vastanneiden määrä. Kunkin sairauden vaikeusasteen määrittely on liitteessä 2.*

Sairausryhmä	Spontaani ilmoitus					Systemaattinen kysely				
	Vaikeusaste				Yht.	Vaikeusaste				Yht.
0	1	2	3	0		1	2	3		
Neurologia	143	14	6		163	78	75	8	1	162
Vatsasairaudet	157	4	2	1	164	102	42	17	3	164
Tapaturmat	146	8	4	6	164	104	36	12	11	163
KNK-sairaudet	157	2	4	1	163	112	20	20	10	162
Virtsaelinsairaudet	157	2	1	4	164	117	13	16	18	164
Maksasairaudet	157		1	6	164	144	2	2	16	164
Sydänsairaudet	162	3		1	166	148	16	3	2	169
Keuhkosairaudet	154		4	7	165	147	1	6	13	167
Diabetes	160	2	1	1	164	160	2	1	1	164
Gynekologiset sairaudet	31		1		32	20	6	5		31
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	153	6	4		163	99	47	16		162
Silmäsairaudet	160	2	1		163	110	43	9		162
Psykiatriset sairaudet	151	8	1		160	117	39	2		158
Leikkaukset	142	16	7		165	125	33	10		168
Ihosairaudet	155	5	3		163	128	32	3		163
Verenpaine	157	2			159	138	19	2		159
Trooppiset sairaudet	156	6	1		163	144	17	1		162
Kilpirauhassairaudet	163		1		164	159	2	3		164
Sukupuolitaudit	132	2			134	127	5			132
HIV	134				134	134				134
Muut sairaudet	147	17			164	134	29			163
Endokrinologiset sairaudet	161				161	159	2			161

## **LIITE 6: Suosituslomakkeet**

<b>PERUSTIEDOT</b>			<b>ALLERGIAT JA MUUT KRIITTISET TIEDOT</b>		
<b>Haastattelutiedot</b> <b>Nimi:</b> _____ <b>Syntymäaika:</b> ____ / ____ ____ <b>Haastattelu-aika:</b> ____ / ____ klo ____			1. _____ 2. _____ 3. _____ Muuta huomioitavaa: _____		
<b>Saapumistiedot</b>					
<b>Maahantuloaika:</b> ____ / ____ 200__ <b>Maahantulopaikka:</b> _____ <b>Tutkimuksia tai annettu hoitoja Suomessa aiemmin</b> kyllä, missä, mitä _____			<b>Nyk. yksikköön tuloaika:</b> ____ / ____ 200__		
<b>Äidinkieli</b> _____ <b>Haastattelukieli:</b> _____ <b>Mitä muita osaa:</b> _____					
<b>Tausta- ja asumistiedot</b>					
<input type="checkbox"/> Turvapaikanhakija <input type="checkbox"/> Kiintiöpakolainen <input type="checkbox"/> Perheen yhdistämistapaus <input type="checkbox"/> Paluumuuttaja <input type="checkbox"/> Mukana seurasivat:		<input type="checkbox"/> Mies <input type="checkbox"/> Nainen <input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Perheen kanssa <input type="checkbox"/> Puoliso		<b>Nykyinen asuminen:</b> <input type="checkbox"/> ( ) Vastaanottokeskus <input type="checkbox"/> ( ) Yksityismajoitus _____ <input type="checkbox"/> Lapsia ____ kpl <input type="checkbox"/> Muita sukulaisia ____ kpl	
<b>Kotimaasta lähtenyt:</b> ____ / ____ ____ <b>Matkareitti (myös muut turvapaikanhakumaat):</b> _____					
<b>Siviilisääty:</b>					
<input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avioliitto <input type="checkbox"/> Avoliitto		<input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Muu		<b>Potilaan ikä:</b> ____ vuotta ____ kk <b>Kotimaa:</b> _____	
<b>Lapsia mukana</b> ____ kpl, joiden iät: _____ <b>Lapsia muualla:</b> ____ kpl					
<b>Ammatti- ja koulutustiedot</b>					
<b>Ammatti:</b> _____ <b>Toinen ammatti:</b> _____			<input type="checkbox"/> Ei koulutusta <input type="checkbox"/> Ylioppilas <input type="checkbox"/> Korkeakoulututkinto _____ alalla		
<input type="checkbox"/> Peruskoulua ____ vuotta <input type="checkbox"/> Ammattikoulu _____ alalla, ____ vuotta			<input type="checkbox"/> _____ alalla		
<b>Lääkitystiedot</b>			<b>Rokotukset</b>		
Lääke	Annostus	Mihin vaivaan		Kortti	
_____	_____	_____		On	Ei
_____	_____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			

Aikaisemmat sairaudet			
Ei	On	Sairaus	Tarkennus tai selitys
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sydän- ja verisuonisairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verenpaine	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keuhkosairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kilpirauhassairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maksasairaudet/hepatiitit	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruoansulatuselinten sairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Munuais/virtsasairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Naistentaudit	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sukupuolitaudit	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologiset sairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykiatriset sairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Silmäsairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korva-, nenä- ja kurkkusairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ihosairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuki- ja liikuntaelimestön sair.	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trooppiset sairaudet	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tapaturmat	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leikkaukset	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muut sairaudet	_____

Oireet tällä hetkellä _____ _____ _____ _____	Kidutus/pahoinpitykokemukset _____ _____ _____
Muuta _____ _____ _____	Alkoholin käyttö ( ) ei ( ) kyllä Määrä: _____ Tupakointi ( ) ei ( ) _____ /päivä
Status Pituus: _____ cm    Pulssi: _____ /min Paino: _____ kg    RR: _____ / _____ dx RR: _____ / _____ sin	Muut huomiot ja potilaan toiveet _____ _____
Muut statushuomiot _____ _____ _____	Haastatteli: _____ Ajanvaraus lääkäriin ( ) kyllä