

Päihdehoitoon hakeutuneiden rikollisuus

Rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus vankeus-
rangaistukseen tuomituista päihdehoidon asiakkaista

■ PITKÄNEN TUULI
KASKELA TEEMU
TYNI SASU
TOURUNEN JOUNI



RISE

RIKOSSEURAAMUSLAITOS

Päihdehoitoon hakeutuneiden rikollisuus

Rekisteri- ja hoitotietoihin
perustuva seurantatutkimus
vankeusrangaistukseen
tuomituista päihdehoidon
asiakkaista

■ PITKÄNEN TUULI
KASKELA TEEMU
TYNI SASU
TOURUNEN JOUNI

Julkaisusarjan kannen suunnittelu: Pokke Björkman,
Mainos- ja viestintätoimisto Better Business Office Oy
Julkaisun taitto ja paino: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print 2016

ISBN 978-951-53-3638-5 (nid.)
ISBN 978-951-53-3639-2 (PDF)
ISSN 1798-9213 (painettu)
ISSN 2342-4834 (verkkojulkaisu)

Kuvailulehti

Julkaisija

Rikosseuraamuslaitos

Julkaisun nimi

Päihdehoitoon hakeutuneiden rikollisuus:
Rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus
vankeusrangaistukseen tuomituista päihdehoidon asiakkaista

Tekijät

Tuuli Pitkänen
Teemu Kaskela
Sasu Tyni
Jouni Tourunen

Tiivistelmä

Rikollisuus on päihdehoidon asiakaskunnan keskuudessa yleistä, mutta tarkkaa tietoa vankeuteen tai sakkoihin johtaneen rikollisuuden yleisyydestä, luonteesta ja ajoituksesta ei ole ollut käytettävissä. Palvelujen kehittämisen kannalta on tärkeää tietää, haetaanko apua ennen rikollisen toiminnan alkamista, minkälaiset asiat lisäävät rikollisuuden riskiä ja väheneekö rikollinen toiminta päihdehoidon myötä.

Tutkimuksessa selvitettiin vuosien 1990 ja 2009 välillä päihdehoidossa olleiden laitospotilaiden (N=10 898) vankeuteen johtanutta rikollisuutta rekisteritietoja käyttäen. Erityisesti tarkasteltiin niiden päihdeongelmaisten potilaiden (n=3 409) elämäntilannetta, jotka olivat olleet vangittuina tai suorittaneet yhdyskuntapalvelua vuosien 1992–2010 välisenä aikana. Tutkimukseen kuuluneiden henkilöiden osuus oli vuosittain 6–9 % Suomen vankiloissa olleista vangeista.

Tutkimuksen kohteena olivat A-klinikkasäätiön yhden laitoshoitoyksikön ja kahden helsinkiläisen avohoitoyksikön potilaat vuosilta 1990–2009. Seurantatutkimuksessa oli käytettävissä hoitotietojen lisäksi tuomiolauselma- ja vankeustietoja, sairastavuus- ja kuolleisuustietoja sekä verotietoja. Tutkimus toteutettiin pääasiassa kvantitatiivisesti laajoja potilasryhmiä vertaillen, mutta analyysiä täydennettiin myös valikoitujen ryhmien laadullisella tarkastelulla. Tavoitteena oli selvittää, miten yleistä rikollisuus oli päihdehoidon potilaiden keskuudessa ja miten hyvin he olivat integroituneet yhteiskuntaan.

Rikollisuus oli yleistä päihdeongelmaisten potilaiden keskuudessa erityisesti nuorilla miehillä. Päihdeongelman takia hoidossa olleilla potilailla löytyi merkintä viimeaikaisista tuomioista tai sakoista (2006–2010) kolmelta viidestä (61 %) miehestä ja yli kolmannekselta (37 %) naisista. Vankitietojärjestelmässä oli vuosien 1992–2010 ajalta vähintään yksi merkintä 39 %:lla miehistä ja 15 %:lla naisista. Joka toisella näistä naisista ja kolmanneksella miehistä löytyi merkintä päihdehoidosta ennen ensimmäistä merkintää vankitietojärjestelmässä.

Päihdeongelman takia hoidossa olleiden naisten ja miesten väliset erot päihdeongelman, rikollisuuden ja taustan osalta olivat hyvin suuret. Sukupuolten väliset erot kuitenkin pienenivät kun tarkasteltiin ainoastaan niitä potilaita, joilla oli merkintä vankitietojärjestelmässä. Vankilassa olleista päihdeongelmaisista suuri osa oli käynyt vain peruskoulun ja oli työelämän ulkopuolella, monilla heistä oli terveydellisiä ja mielenterveyden ongelmia. Sukupuolen lisäksi rikollisuudessa esiintyi eroja, jotka olivat yhteydessä syntymävuoteen sekä pääpäähteeseen.

Tutkimustulosten perusteella erityisen merkittävää on se, että hoitoon oli monesti hakeuduttu ennen ensimmäisiä merkintöjä vankitietojärjestelmässä. Jatkossa on tärkeä selvittää, olisiko hoitojärjestelmää mahdollista kehittää vastaamaan paremmin näihin avunpyyntöihin. Päihdehoidossa olleiden rikollisuus osoittautui niin yleiseksi, että olisi tärkeä selvittää, onko nykyiseen päihdehoitoon yhdistettävissä lisää resursseja ja osaamista rikollisuuteen liittyvien kysymysten käsittelyyn sekä rikollisuuden ennaltaehkäisyyn. Puutteista ja rajoituksista huolimatta rekisteritutkimuksen avulla tuotettiin sellaista uutta, vertailuihin soveltuvaa tietoa, jota ei ole pystytty tuottamaan kysely- ja haastattelututkimuksen keinoin.

Avainsanat

rekisteritutkimus, päihdehoito, vangit, rikollisuus, alkoholi, huumeet, sukupuoli, seuranta

Sarjan nimi	ISSN	ISBN	
Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja	1798-9213 (painettu) 2342-4834 (verkkajulkaisu)	978-951-53-3638-5 (painettu) 978-951-53-3639-2 (verkkajulkaisu)	
Kokonaissivumäärä	Kieli	Kustantaja	Jakaja
172	suomi	Rikosseuraamuslaitos	Rikosseuraamuslaitos

Presentationsblad

Utgivare

Brottspåföljdsmyndigheten

Publikationens namn

Kriminalitet hos personer som sökt sig till missbrukarvård:
En uppföljande undersökning utifrån register- och vårduppgifter av patienter i missbrukarvården som dömts till fängelsestraff.

Författare

Tuuli Pitkänen
Teemu Kaskela
Sasu Tyni
Jouni Tourunen

Sammanfattning

Kriminalitet är ett vanligt fenomen hos klienter i missbrukarvården men det saknas exakta uppgifter om frekvensen, karaktären och tajmningen av den kriminalitet som lett till fängelse eller böter. Med tanke på utvecklandet av tjänster är det viktigt att veta om hjälp sökts innan den kriminella aktiviteten började, hurdana omständigheter ökade risken för brott och om den kriminella verksamheten reducerats i takt med missbrukarvården.

I undersökningen utreddes kriminalitet som ledde till fängelse hos patienter i anstalts- och öppen vård (N=10 898) mellan 1990 och 2009. Undersökningen grundade sig på registeruppgifter. Särskilt undersöktes levnadsmönstret hos de missbrukspatienter (n=3 409) som varit intagna eller utfört samhällstjänst under perioden från 1992 till 2010. Undersökningsobjektens andel av samtliga intagna i finländska fängelser uppgick årligen till 6–9 procent.

Undersökningsobjekten bestod av samtliga patienter på en vårdanstalt och två öppna vårdenheter vid A-klinikstiftelsen i Helsingfors under perioden 1990–2009. I uppföljningsundersökningen kunde vi vid sidan av vårduppgifter utnyttja anonymiserade uppgifter om domslut och fängelse, uppgifter om sjukfrekvens och mortalitet, och beskattningsuppgifter. Undersökningen genomfördes främst kvantitativt genom att stora patientgrupper jämfördes men analysen kompletterades också med en kvalitativ granskning av utvalda grupper. Syftet var att utreda hur frekvent kriminaliteten var bland patienter i missbrukarvården och hur väl de hade anpassat sig i samhället.

Kriminalitet var ett vanligt fenomen hos missbrukspatienter, särskilt bland unga män. Tre av fem män (61 %) och över en tredjedel av kvinnorna (37 %) som vårdats för missbruksproblem hade nyligen registrerats för domar eller böter (2006–2010). Enligt systemet för fånginformation hade 39 % av männen och 15 % av kvinnorna minst en gång registrerats under perioden 1992–2010. Hälften av dessa kvinnor och en tredjedel av männen hade registrerats för missbrukarvård före den första anteckningen i fånginformationssystemet.

Skillnaderna mellan män och kvinnor som vårdats för missbruksproblem var synnerligen stora med avseende på missbruk, kriminalitet och bakgrund. Könsskillnaderna blev dock mindre när enbart patienter med anteckning i fånginformationssystemet granskades. En stor del av de intagna missbrukarna hade bara slutfört grundskolan och var arbetslösa, många hade fysiska och psykiska problem. Vid sidan av kön uppvisade kriminaliteten skillnader som hänförde sig till födelseår och huvudsaklig drog.

Med tanke på forskningsresultaten är det särskilt anmärkningsvärt att vård ofta hade uppsökts före de första anteckningarna i fånginformationssystemet. I fortsättningen är det angeläget att utreda om vårdssystemet kunde utvecklas så att det bättre svarade mot dessa anhållanden om hjälp. Kriminaliteten hos personer som sökt sig till missbrukarvården visade sig vara så frekvent att det vore viktigt att utreda om den nuvarande missbrukarvården kunde tilldelas mera resurser och kompetens för behandling av kriminalitetsrelaterade frågor och förebyggande av brottslighet. Trots brister och begränsningar i approachen kunde vi genom registerundersökningen producera ny komparativ kunskap som inte kunnat framföras genom förfrågningar och intervjuundersökningar.

Nyckelord

register undersökning, missbrukarvården, fångar, kriminalitet, alkohol, droger, kön, uppföljande

Seriens namn	ISSN	ISBN	
Brottspåföljdsmyndighetens publikationer	1798-9213 (nid.)	978-951-53-3638-5 (nid.)	
	2342-4834 (PDF)	978-951-53-3639-2 (PDF)	
Total sidantal	Språk	Förläggare	Distibutör
172	finska	Brottspåföljds myndigheten	Brottspåföljds myndigheten

Description

Publisher

Criminal Sanctions Agency

Name of the publication

Criminality among substance abuse patients:
Follow-up study based on the registers and treatment records on substance abuse patients sentenced to prison.

Authors

Tuuli Pitkänen
Teemu Kaskela
Sasu Tyni
Jouni Tourunen

Abstract

Criminality is common among patients receiving substance abuse treatment however exact data on the subject has not been available. Information concerning the timing and the types of criminality is needed for improving the substance abuse services. The population in question is hard to reach and often reluctant to take part in surveys. Research based on treatment records and national registers can help to shed light on questions such as what are the past and future risk factors of the criminal activity of those in substance abuse treatment, does criminality decrease after substance abuse treatment, and is it common to seek help for substance abuse problems before the first prison sentence. The aim of this study was to gain more knowledge of the criminality and health issues of the patients who had been in substance abuse treatment between 1990 and 2009.

This study applied the data received from our larger *Register-based follow-up study on criminality, health and taxation of inpatients and outpatients entered into substance abuse treatment (RIPE)*. The data consisted of the treatment records of 10 898 patients in 1990–2009. There was also data available on incarcerations, hospitalizations and death reports regarding the same period of time. Additionally, information on recent criminality and taxation was used. The data was anonymized. According to the record of judicial decisions, the record of fines, and the criminal records, recent criminality was common among the patients. All in all, 61 % of the men and 37 % of the women had a record of recent criminality between 2006 and 2010.

The data included 3 409 patients, who had received substance abuse treatment and were registered in the prisoner data system of the Criminal Sanctions Agency between 1992 and 2010. Annually, they added up to 6–9 % of the Finnish prisoners. Imprisonment had been more common among male (39 %) than female (15 %) patients. At least half of these women and one third of the men had received substance abuse treatment before their first imprisonment.

The patients who had been sentenced to imprisonment or community service differed from the other patients in many aspects. Three fourths of the imprisoned patients had been treated for drug abuse, especially sedatives, stimulants, opioids and cannabinoids. Half of the other patients had been treated for only alcohol abuse. Generally, the imprisoned patients had more often been treated in a hospital because of health problems. Hepatitis C was common. The imprisoned male patients were more commonly diagnosed with mental health problems than the other male patients. In addition, the income was lower and the recent criminality was higher among the former prisoners than the other patients.

The female and male patients differed in many ways regarding their substance abuse and criminal behaviour. Heavy use and criminality were more common among the men than the women. However, there were a growing number of young female patients whose risky behaviour had led to serious consequences.

The offences of the patients, who had been imprisoned, concerned most commonly property, driving under intoxication and traffic behaviour in general. The male patients had committed offences mainly in their young adulthood. The offending among female patients appeared to spread over a longer age period.

A fourth of the formerly imprisoned male patients and 13 % of the female patients, who had received substance abuse treatment, had died. They had died on average at the age of 44. The most common causes of death were alcohol related diseases and different kinds of poisonings. Less than one percent of the male patients had died within the first month after their release from prison; however, more than 10 % had died within a three-year period. The other patients were in general older than the imprisoned patients and a greater proportion of male (30 %) and female patients (17 %) had died on average at the age of 50.

The number of imprisoned female patients ($n=524$) was small for quantitative analyses. Qualitative analyses of the groups of female patients were conducted based on the treatment records. The biggest group (40 %) included those female patients, who had received treatment before their first imprisonment. Their treatment had generally been short and many of them had quit the treatment. The proportion of female patients, who had been treated for alcohol abuse, was higher in this group than in the imprisonment first groups. The female patients, who had several prison sentences during their treatment, had multiple problems in their life.

A fifth of the female patients, who had been imprisoned, had no record of recent criminality in 2006–2010. They were generally older, more educated and living with a spouse as well as had better income than the other imprisoned female patients. Motherhood came up as a motivation for a change for a few female patients. Generally, mothers did not differ from the other imprisoned female patients. Three out of five female patients were mothers, and half of them had at least three children.

The situation of the patients (n=718) in opioid substitution treatment (OST) was examined separately. They had started OST between 1997 and 2009. The mean age at the time of beginning the treatment was 29 years. Three fourths (73 %) of them were men. In total, 5 % of the OST patients had died by the end of 2010. The OST patients (n=380), who had been imprisoned, were on average older and in general men. Additionally, recent criminal behaviour was more prevalent among the male (91 %) and female patients (69 %) who had been imprisoned; however, a large majority of the other patients (79 % of the men and 73 % of the women) had also been sentenced for criminal activity between 2006 and 2010. The patients who had been imprisoned were more likely to be diagnosed with several substance use disorders. Additionally, those male patients were diagnosed more often with hepatitis C than the other male patients. Although most of the OST patients had multiple physical and mental health issues, those problems were more common among the patients, who had been imprisoned.

It is important to know that most of the women and a large number of the men had started substance abuse treatment before their first imprisonment. Could it be possible to improve the service system to better notice and respond to young people who are at the risk of offending in the future? Substance abuse problems often develop at an early age. Helping the young adults is crucial in preventing future offending.

Offending was common among the patients in substance abuse treatment. That should be taken into account when planning the resources and the education of the staff. It is important to bring up issues concerning crime and its consequences during the substance abuse rehabilitation.

The information in the treatment records and registers has been gathered for practical purposes, which made the use of the data very challenging for the researchers. Even though this register-based study has many restrictions, a lot of new information was produced and the results are comparable with other studies that use the same registers.

Keywords

register-based study, treatment for substance abuse, imprisoned, criminality, alcohol, drugs, gender, follow-up

Serial name	ISSN	ISBN	
The publication series of the Criminal Sanctions Agency	1798-9213 (nid.) 2342-4834 (PDF)	978-951-53-3638-5 (nid.) 978-951-53-3639-2 (PDF)	
Number of pages	Language	Publisher	Distributor
172	Finnish	Criminal Sanctions Agency	Criminal Sanctions Agency

SISÄLLYS

I	JOHDANTO	1
II	PÄIhteiden KÄYTTÖ JA PÄIhteiden KÄYTÖN AIHEUTTAMAT HAITAT	4
2.1	Alkoholin ja huumeiden käyttö Suomessa vuosina 1990–2009	4
2.2	Päihdeiden käytön aiheuttamat haitat	7
2.3	Päihde-ehtoiset asiakkuudet	9
2.4	Päihdeet ja rikokset	14
2.5	Vankien päihdeongelmat ja päihdekuntoutus	22
III	REKISTERITUTKIMUSAINeISTO JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	27
3.1	Päihdehoitoa koskevat tiedot 1990–2009	27
3.2	Rikollisuutta, sairaalahoitoja, verotuloja ja kuolemaa koskevat rekisteritiedot.....	32
3.3	Tutkimusluvut ja eettiset näkökulmat.....	35
3.4	Tutkimuskysymykset	37
3.5	Tutkimusmenetelmät	41
IV	PÄIHDEHOIDOSSA OLLEIDEN POTILAIdeN ELÄMÄNTILANNE JA RIKOLLISUUS	42
4.1	Vankeuteen johtaneen rikollisuuden yleisyys	42
4.2	Poikkeavatko vankeudessa olleet muista päihdepotilaista	44
4.3	Viimeaikainen rikollisuus ja verotulot.....	51
4.4	Yhteenveto	54
V	VANKILASSA TAI YHDYSKUNTAPALVELUSSA OLLEET PÄIHDEPOTILAAT	56
5.1	Naisten ja miesten taustatiedot	56
5.2	Rikosseuraamusjaksot ja vankeuslajit.....	59
5.3	Rikollisuus ja ikä	62
5.4	Vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneet rikokset	66
5.5	Päihdehoidon ja rikosseuraamusjakson ajoittuminen	70
5.6	Yhteenveto	73
VI	VANKEUDESSA OLLEET ALKOHOLIONGELMAISET JA MUITA PÄIHTEITÄ KÄYTTÄNEET MIEHET	74
6.1	Käytetyt päihdeet ja ikä	75
6.2	Elämäntilanne.....	76
6.3	Päihdehoidon ja vankeuden ajoittuminen	79
6.4	Rikosseuraamusjaksojen lukumäärä.....	82

6.5	Vankeuteen johtanut rikollisuus.....	84
6.6	Viimeaikainen rikollisuus	87
6.7	Kuolleisuus.....	90
6.8	Yhteenveto	91
VII VANKEUDESSA OLLEET PÄIHDEONGELMAISET NAISET.....		93
7.1	Pieni osa päihdeongelmaisista naisista on ollut vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa	94
7.2	Vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtanut rikollisuus.....	97
7.3	Eri vuosikymmenillä syntyneiden naisten rikollisuus.....	101
7.4	Päihdehoidon ja vankeuden ajoittuminen	104
7.5	Ei rikoksia 2006–2010	113
7.6	Äitiys ja päihdehoito.....	117
7.7	Yhteenveto	121
VIII KORVAUSHOITOPOTILAIDEN VANKEUTEEN JOHTANUT RIKOLLISUUS.....		123
8.1	Puolet korvaushoitopotilaista on ollut rikosseuraamusasiakkaana.....	123
8.2	Bentsodiatsepiinit korvaushoitopotilaiden ongelmana.....	125
8.3	Omaisuus- ja huumausainerikokset yleisimpiä	128
8.4	Yhteenveto	130
IX MITÄ HOITO- JA REKISTERITIEDOT KERTOIVAT.....		131
9.1	Tarkastelun kohteena kaksi vuosikymmentä.....	131
9.2	Hoitotiedot ja rekisterit tiedonlähteinä.....	134
9.3	Vankeudessa olleet poikkesivat muista päihdehoidon potilaista.....	136
9.4	Vankeudessa olleiden naisten ja miesten erot ja yhtäläisyydet.....	139
9.5	Kahdella viidestä miehestä vankeusjaksoja.....	141
9.6	Yli puolet naisista päihdehoidossa ennen ensimmäistä vankeutta.....	142
9.7	Opioidiriippuvuuden voittaminen ei ole potilaan ainoa haaste	145
9.8	Yhteenveto	146
KIRJALLISUUS		148

LYHENTEET JA KÄSITTEET

VATI	Vankitietojärjestelmä, johon merkitään ehdotonta vankeusrangaistusta, tutkintavankeutta ja sakon muuntorangaistusta suorittavien henkilöiden tietoja. Järjestelmä sisältää tietoa myös yhdyskuntaseuraamusasiakkaista.
VATI-potilaat	Tutkimusaineistoon kuuluvat päihdehoidossa olleet potilaat, jotka olivat suorittaneet ehdotonta vankeutta tai yhdyskuntapalvelua (VATI) vuosina 1990–2010.
ALKO vain alkoholi	Potilaat, joille oli hoitotietoihin merkitty ongelmia aiheuttavaksi päihteeksi ainoastaan alkoholi. Tekstissä näistä potilaista käytetään myös ilmaisua <i>vain alkoholia käyttäneet potilaat</i> .
SEHU muut päihteet	Potilaat, joille oli hoitotietoihin merkitty ongelmia aiheuttavaksi päihteeksi huume, lääke tai useampia päihteitä. Tekstissä tästä ryhmästä käytetään yleensä nimitystä <i>muiden päihteiden käyttäjät</i> . Muiden päihteiden käyttäjiksi luetaan myös ne alkoholi-ongelmaiset, joille oli merkitty lisäksi muita päihteitä sekä opioidien lääkkeellisessä korvaushoidossa olleet potilaat, ellei toisin ole mainittu.
YKP	Yhdyskuntapalvelu on enintään kahdeksan kuukauden ehdotoman vankeusrangaistuksen sijasta tuomittava rangaistus. Sen sisältönä on vapaa-aikana suoritettava palkaton yleishyödyllinen työ. Yhdyskuntapalvelua voidaan tuomita myös vuotta pidemmän ehdollisen vankeuden ohessa.
Vankeusvanki	Henkilö, joka on otettu rangaistuslaitokseen suorittamaan tuomittua ehdotonta vankeusrangaistusta tai elinkautista vankeusrangaistusta, täytäntöön pantavaksi määrättyä ehdollista vankeusrangaistusta ja/tai jäännösrangaistusta menetettyään ehdonalaisen vapautensa.
Tutkintavanki	Rikosepäilyn vuoksi vangittu, rangaistuslaitoksessa oleva henkilö. Vangitsemisesta päättää tuomioistuin. Myös syytetty, joka odottaa vangittuna hovioikeuden ratkaisua käräjäoikeuden tuomioon, on tutkintavanki. Suurimmalla osalla tutkintavangeista tuomio johtaa vankilaan, mutta tuomio voi olla muutakin, mm. ehdollinen vankeusrangaistus. Poliisin suojissa vapautensa menettäneinä olevat eivät sisälly tähän tilastoon.

Sakkovanki	Sakon muuntorangaistusta suorittava vanki. Muuntorangaistus määrätään sakkoon tuomitulle, jolta sakkoa ei ole saatu perityksi. Pääsäännön mukaan kolmea maksamatta olevaa päivä-sakkoa vastaa yhden päivän vankeus. Muuntorangaistuksen pituus on vähintään neljä ja enintään 60 päivää. Rikesakkoa tai järjestysrikkomuksesta tuomittua sakkoa ei saa muuntaa.
Avopotilas	Tutkimuksen kohteena olleella avoklinikalla hoidossa ollut henkilö.
Laitospotilas	Järvenpään sosiaalisairaalassa laitoshoidossa ollut henkilö.
AL-potilas	Tutkimusaineistossa sekä avo- että laitospotilaana esiintynyt henkilö.
Korvaushoito	Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito, jota toteutetaan avo- tai laitoshoidossa.
Päärikos	Päärikosluokka muodostetaan henkilölle tuomion törkeimmän rikoksen perusteella. Jos henkilöllä on samalla rangaistuskaudella useita tuomioita, päärikosluokka muodostuu tuomiosta, josta on tuomittu pisin rangaistus. Raportin tulososassa tarkastellaan vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneita rikoksia erittelemättä päärikosta muista samanaikaisista rikoksista.

Taulukoissa käytetyt merkitsevyystasot:

***	Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä $p < 0,001$
**	Ero on tilastollisesti merkitsevä $0,001 < p < 0,01$
*	Ero on tilastollisesti melkein merkitsevä $0,01 < p < 0,05$

I JOHDANTO

Tuuli Pitkänen, Teemu Kaskela, Jouni Tourunen ja Sasu Tyni

Päihdehoidossa olleista potilaista sekä vangeista tarvitaan seurantatietoa palveluiden ja vankeinhoidon kehittämiseksi. Tätä asiakaskuntaa ei ole helppo tavoittaa ja motivoida täyttämään seurantalomakkeita tai osallistumaan haastatteluihin. Kattava seurantatutkimus toteutettiin käyttämällä rekistereihin kertyneitä tietoja.

Tutkimuksen kohteena olivat vuosien 1990 ja 2009 välillä A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalassa, Kettutien A-poliklinikalla ja Arabianrannan päihdekliniikalla päihdehoidossa olleet potilaat (N=10 898). Tutkimuksessa selvitettiin rekisteritietojen avulla rikollisuuden yleisyyttä ja laatua päihdepotilaiden keskuudessa. Erityisesti tarkasteltiin niiden päihdehoidossa olleiden potilaiden (n=3 409) elämäntilannetta, jotka olivat olleet vangittuina tai suorittaneet yhdyskuntapalvelua vuosien 1992–2010 välisenä aikana. Tavoitteena oli selvittää päihdehoidossa olleiden yhteiskuntaan integroitumista rikollisuus-, vero-, hoito- ja kuolleisuustietoja hyödyntäen.

Tutkimus ajoittuu kahdelle vuosikymmenelle. Raportin toisessa luvussa tavoitteena on luoda aiemman kirjallisuuden ja tilastotietojen avulla kehukset tulosten tulkinnalle, joten tarkastelu painottuu seurantatutkimuksen ajanjaksolle 1990–2010. Teemoina ovat päihteiden käytön yleisyys, päihde-ehdoiset asiakkuudet, päihteet ja rikollisuus sekä vankien päihdeongelmat ja päihdekuntoutus.

Kolmannessa luvussa esitellään tutkimusaineisto. Aineisto sisälsi kolmen päihdehoitoyksikön potilaat lähes kahdenkymmenen vuoden ajalta. Tutkimuksen kohteena olleet päihdehoitoyksiköt ja niiden asiakaskunnassa tapahtuneet muutokset on kuvattu pian ilmestyvässä Pitkäsen, Kaskelan ja Tourusen raportissa. Tiedot mahdollisesta kuolemasta, tulo- ja pääomaverotuksesta, sairaalapalveluiden käytöstä sekä rikollisuudesta haettiin eri rekistereistä. Tietojen saatavuuteen vaikuttivat monet säädökset. Rekisterien tietosisällöt, tutkittavien esiintyminen eri rekistereissä, rekisterien käyttöön liittyvät lupaprosessit ja eettiset kysymykset on kuvattu lyhyesti.

Kolmannen luvun loppuun on koottu tutkimuskysymykset. Ensin selvitetään rekisteritutkimuksen yleiset tavoitteet ja sen jälkeen osatavoitteet raportin lukujen mukaisessa järjestyksessä. Luvuissa 4–8 tarkastelu kohdistuu tiettyihin potilasryhmiin, joten kunkin luvun alussa on kerrattu lyhyesti keskeiset tutkimuskysymykset sekä selvitetty, mitä potilasryhmää kyseinen luku koskee. Taulukoissa ja tekstin luettavuuden helpottamiseksi on käytetty muutamia lyhenteitä, jotka on kuvattu kohdassa ”Lyhenteet ja käsitteet”.

Neljännessä luvussa tarkastellaan kaikkia tutkimusaineistoon kuuluneita päihdehoidossa olleita potilaita (N=10 898). Tavoitteena oli selvittää päihdehoidossa olleiden potilaiden vankeuteen johtaneen rikollisuuden yleisyyttä ja ajoittumista. Erityisesti selvitettiin, miten Rikosseuraamuslaitoksen vankitietojärjestelmään (VATI) merkinnän saaneet päihdehoitoon hakeutuneet potilaat poikkeavat muista potilaista. Kirjallisuuden perusteella oli tiedossa, että naiset ja miehet ovat erilaisia sekä päihteiden käyttöön että rikollisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Sukupuolten väliset erot olivat myös tutkimuspotilailla suuret, joten aineiston analyysissä oli jatkuvasti otettava sukupuoli huomioon.

Viidennessä luvussa syvennytään tarkastelemaan ainoastaan niitä päihdehoidossa olleita potilaita (n=3 409), jotka olivat olleet vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa. Ensinnäkin selvitettiin naisten ja miesten sekä eri aikoina syntyneiden välisiä eroja taustatietojen, kuolleisuuden sekä rikollisuuteen liittyvien kysymysten osalta. Erityisesti selvitettiin päihdehoidon ja rikosseuraamusjaksojen ajoittumista potilaiden elämänkaarella.

Kuudennessa luvussa keskitytään päihdehoidossa olleisiin miehiin (n=2 885), jotka olivat olleet vankilassa tai suorittaneet yhdyskuntapalvelun. Luvussa vertaillaan miehiä, joiden hoitotiedoissa oli merkintä ainoastaan alkoholiongelmasta niihin miehiin, jotka olivat käyttäneet huumeita, lääkkeitä tai useampia päihteitä. Tarkastelun kohteena ovat näiden miesten elämäntilanne sekä rikollisuuteen, kuolleisuuteen ja päihdehoitoon liittyvät tekijät.

Seitsemännessä luvussa keskitytään päihdehoidossa olleisiin naisiin (n=524), jotka olivat olleet vankilassa tai suorittaneet yhdyskuntapalvelun. Naisten elämäntilannetta, päihdehoitojen ja rikosseuraamusten ajoittumista sekä äitiyttä tarkasteltiin käyttäen hyväksi rekisteritietojen lisäksi laadullisia aineistoja. Vankeusrangaistukseen tuomittujen naisten määrä oli huomattavasti pienempi kuin miesten, joten analyysissä käytettiin naisten kohdalla erilaista kysymyksenasettelua kuin miehillä.

Kahdeksas luku käsittelee opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa olleiden potilaiden (n=718) elämäntilannetta sekä rikollisuuden yleisyyttä ja laatua. Korvaushoitopotilaita tarkasteltiin erillisenä ryhmänä, koska opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito on intensiivinen ja pitkäkestoinen hoitomuoto, jota on perusteltu rikollisuuden vähenemisellä.

Viimeisessä luvussa arvioidaan rekisteri- ja hoitotietojen käytettävyyttä seurantatutkimuksessa sekä tutkimustulosten merkitystä. Rekisteritutkimusaineiston kokoamisessa ja analysoitavaksi muokkaamisessa on suuri työ. Vasta tutkimuksen kuluessa saadaan tietoa aineiston käytettävyydestä. Suuresta aineistosta on valittava tarkastelun kohteeksi tiettyjä ryhmiä ja asioita. Tutkimusprosessia ja -tuloksia tarkastellaan suhteessa asetettuihin tavoitteisiin.

Haluamme kiittää kaikkia tätä rekisteritutkimustyötä tukeneita. Erityisesti kiitämme rahoittajia: Oikeusministeriön kriminaalipoliittista osastoa, Alli Paasikiven Säätiötä, Yrjö Jahnessonin säätiötä, Pohjoismaista kriminaalipoliittista yhdistystä (NSfK), Helsingin kaupunkia, A-klinikkasäätiötä ja Raha-automaattiyhdistystä. Kiitämme avusta tiedonlouhinnassa ATK-suunnittelija Tapio Moilasta sekä aineiston työstämisessä tutkimusassistentti Tarja Kujasta ja korkeakouluharjoittelijoita Arne Bäcklundia ja Jaakko Pakkaa. Kommenteista ja palautteesta kiitämme Henrik Linderborgia, Tuomas Laurilaa, Marja-Liisa Muiluvuorta, Peter Blomsteria ja Ilppo Alataloa Rikosseuraamuslaitoksesta. Asiantuntija-avusta kiitämme myös emeritus ylilääkäri Antti Holopaista.

II PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ JA PÄIHTEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT HAITAT

Jouni Tourunen, Tuuli Pitkänen, Teemu Kaskela ja Sasu Tyni

Päihdeongelmaisten keskuudessa rikollisuus on yleisempää kuin muiden samanikäisten kansalaisten keskuudessa yleensä. Tässä luvussa tarkastellaan aiempaan kirjallisuuteen ja tilastotietoihin perustuen päihdeongelmiin sekä rikollisuuteen liittyviä keskeisiä muutos- ja kehitystrendejä tutkimusaineistoa koskevalta noin kahden vuosikymmenen ajalta 1990–2009.

Kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena on kuvata yleisiä aikakauteen, sukupolviin ja sukupuoleen liittyviä trendejä seurantatutkimuksen tulosten tulkinnan pohjaksi. Yhteiskunnan ilmiöt ovat osaltaan vaikuttaneet myös tutkimusaineiston potilaisiin ja potilasryhmien välisiin eroihin.

2.1 Alkoholin ja huumeiden käyttö Suomessa vuosina 1990–2009

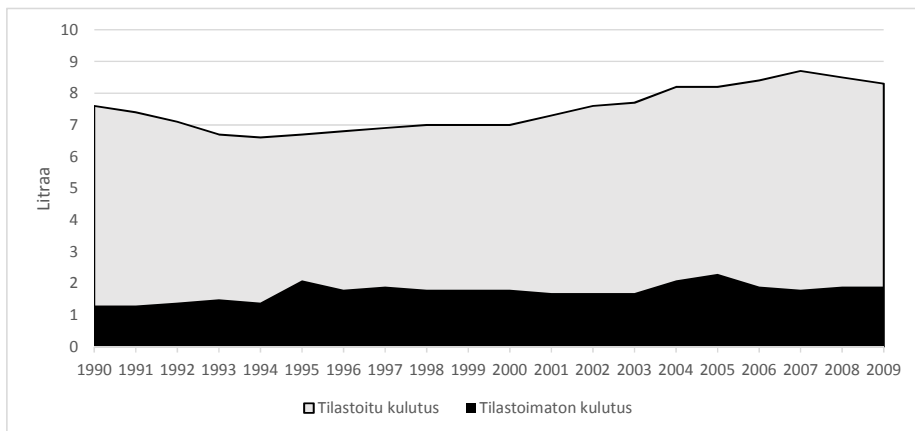
Alkoholin kulutuksen pääpiirteet

Alkoholin kokonaiskulutus kasvoi Suomessa kahden viime vuosikymmenen aikana 9 litrasta 10 litraan asukasta kohti (kuvio 2.1). Vuonna 2010 alkoholijuomien kokonaiskulutus (53,9 milj. litraa sataprosenttisena alkoholina) väheni hieman edelliseen vuoteen verrattuna ja alkoholia kulutettiin sataprosenttiseksi alkoholiksi muutettuna 10,0 litraa asukasta kohti. Vuonna 2008 aikuisväestöstä noin 90 % ilmoitti käyttävänsä alkoholia. Suurkuluttajien määrän, heidän juomansa alkoholin määrän ja alkoholin käyttöön liittyvien haittojen arvioidaan kasvaneen 2000-luvulla. Kokonaisuudessa haittojen kasvu näyttäisi kuitenkin pysähtyneen ja osin kääntyneen laskuun, sillä sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kirjattiin vuonna 2009 alkoholiin liittyviä hoitojaksoja vähemmän kuin aikaisemmin 2000-luvulla. Alkoholin käyttöön liittyvät sairaudet ja alkoholimyrkytykset ovat silti edelleen yleisimpiä työikäisten kuolinsyitä. (Mäkelä ym. 2009; Mäkelä ym. 2010; Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 16.)

Vuoden 2008 juomatapatutkimuksen mukaan noin 90 % 15–69-vuotiaista suomalaisista oli käyttänyt jotain alkoholijuomaa viimeisten 12 kuukauden aikana. Alkoholia käyttivät eniten 30–49-vuotiaat, joista 93 % oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Toisin kuin aiempina vuosikymmeninä, sukupuolten välillä ei enää juurikaan ole eroa alkoholia käyttävien osuudessa. Ainoastaan vanhimmissa ikäryhmässä raittiita naisia on enemmän kuin raittiita miehiä.

Naisten ja miesten päihteiden käyttötavoissa, erityisesti humalajuomisen ja päihdeongelmien yleisyydessä, on kuitenkin aiemmassa kirjallisuudessa todettu olevan paljon eroja (mm. Pitkänen 2006).

Alkoholin kulutus jakautuu väestössä epätasaisesti, sillä vuoden 2008 juomatapatutkimuksessa arvioitiin alkoholia eniten kuluttavan kymmenyksen juovan noin puolet kaikesta alkoholista. Suurkuluttajiksi määritellyjä miehiä (yli 24 alkoholianosta viikossa) oli 6 % alkoholinkäyttäjistä ja naisia (yli 16 annosta viikossa) 2 %. (Mäkelä ym. 2009; Mäkelä ym. 2010; Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 19.)



Kuvio 2.1 Alkoholin kulutus Suomessa 100-prosenttisena alkoholina asukasta kohden vuosina 1990–2009 (lähde Tilastokeskus 2012)

Huumeiden käytön kaksi aaltoa

Huumeiden käytön voimakasta lisääntymistä 1960-luvulla on kutsuttu Suomen ensimmäiseksi huumeaaloksi. Ilmiöön liittyi yhteiskunnallisia murroksia sekä yhteiskunnallista liikehdintää ja nuorisokulttuurin rakentumista kansainvälisten vaikutteiden pohjalta. Huumeiden käyttäjien lukumäärä kasvoi, sillä kannabiksen käyttö yleistyi erilaisissa nuorisoryhmissä. Ensimmäinen pääasiassa kannabiksen käyttöön keskittynyt huumeaalto laimeni 1970-luvulle tultaessa, mutta sen vaikutuksesta mm. huumausainekysymys määritettiin ensi kertaa sosiaalseksi ongelmaksi, salakuljetukseen perustuvat huumemarkkinat syntyivät ja huumausainelaki (1972) säädettiin huumausainekomitean (1969) mietinnön pohjalta. (Hakkarainen 1992, 58; Kainulainen 2009, 35–42.)

Huumausainetilanteen vakavoitumista 1990-luvulla on kutsuttu Suomen toiseksi huumeaalloksi. Taustalla vaikuttivat jälleen niin kansainväliset kuin kotimaiset yhteiskunnalliset tekijät sekä myös huumekaupan ja -tuotannon organisoituminen. Markkinoille ilmaantui monia uusia huumevalmisteita kuten ekstaasi, poltettava heroini ja opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossakin käytettävä buprenorfiini. Myös uudenlainen huumeiden viihdekäyttö sai jalansijaa. Toinen huumeaalto oli ensimmäisen tapaan vahvasti sukupolvi-ilmiö, sillä käyttäjiä olivat ennen kaikkea 1970–1980-luvuilla syntyneet ”märän sukupolven lapset”. Huumeiden käytön lisääntyminen näkyi mm. huumausainerikoksista epäiltyjen ja vankilaan tuomittujen, takavarikoitujen huumeiden, huumekuolemien ja hoitopalvelujen asiakasmäärien kasvuna. Vaikka huumeiden käytön kasvu on tasaantunut 2000-luvulle tultaessa, huumeiden aiheuttamat haitat ovat jääneet aikaisempaa korkeammalle tasolle. (Hakkarainen & Metso 2003; Kainulainen 2009; Partanen & Metso 1999; Salasuo 2004.)

Tutkimusten mukaan huumekeailut ja huumeiden käyttö ovat 2000-luvulla huomattavasti yleisempiä kuin 1990-luvulla. Huumeita kokeilleiden osuus kasvoi 1990-luvun loppuun asti, jonka jälkeen kasvu on selvästi tasoittunut. Huumekeailut lähtivät voimakkaammin liikkeelle miesten keskuudessa, kun taas naisilla kokeilut yleistyivät vasta vuosikymmenen puolenvälin jälkeen. Viime aikoina käyttäjämäärien on havaittu jälleen lisääntyneen. Ilmiötä selittää osittain 1990-luvulla ja sen jälkeen huumekeailunsa aloittaneen nuorisosukupolven osuuden kasvu huumekeailuja mittaavien väestökyselyjen otosjoukossa, samalla kun joukosta poistuvat vanhemmat ikäpolvet, joilta huumeiden käyttökemus puuttuu kokonaan. Kasvu painottuu väestötasolla selvästi kannabiksen käyttöön, sillä muiden huumeiden osalta ei ole tapahtunut merkittävää kasvua 2000-luvulla (Tanhua ym. 2011; Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 24). Viranomaisrekistereihin perustuvan arvion mukaan Suomessa oli vuonna 2005 noin 14 500–19 000 amfetamiinin tai opioidien ongelmakäyttäjää, pääasiassa miehiä, joista noin 5 000–8 000 pääkaupunkiseudulla (Partanen ym. 2007, 555–556).

Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan 17 % 15–69-vuotiaista suomalaisista oli kokeillut ainakin kerran elämässään jotain laitonta huumetta. Viimeisen vuoden aikana käyttäneitä oli 5 % ja kuukauden aikana käyttäneitä 1 % vastaajista. Huumeiden käytön kokeilut painottuvat 25–34-vuotiaiden ikäryhmään: reilu 40 % 25–34-vuotiaista miehistä ilmoitti käyttäneensä kannabista ainakin kerran elämässään. Myös muiden huumeiden osalta luvut ovat huomattavasti korkeammat 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa amfetamiineja ja ekstaasia oli joskus kokeillut noin 6 %, kokaiinia 4 %, opioideja 3 % ja lääkkeitä 10 %. (Hakkarainen ym. 2011b; Metso ym. 2012; Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 25.)

2.2 Päihteiden käytön aiheuttamat haitat

Päihteiden käytöstä aiheutuu yhteiskunnalle huomattavia taloudellisia ja sosiaalisia haittoja. Päihdeongelman myötä henkilön riski fyysiseen ja psyykkiseen sairastavuuteen sekä ennenaikaiseen kuolemaan kasvaa (esim. Mustonen & Simpura, 2006). Päihdeongelmien on myös usein todettu siirtyvän sukupolvelta seuraavalle (esim. Holmila ym. 2008). Alkoholin käyttö muodostaa toiseksi suurimman yksittäisen terveysriskin Euroopassa (World Health Organization, 2011).

Kustannukset

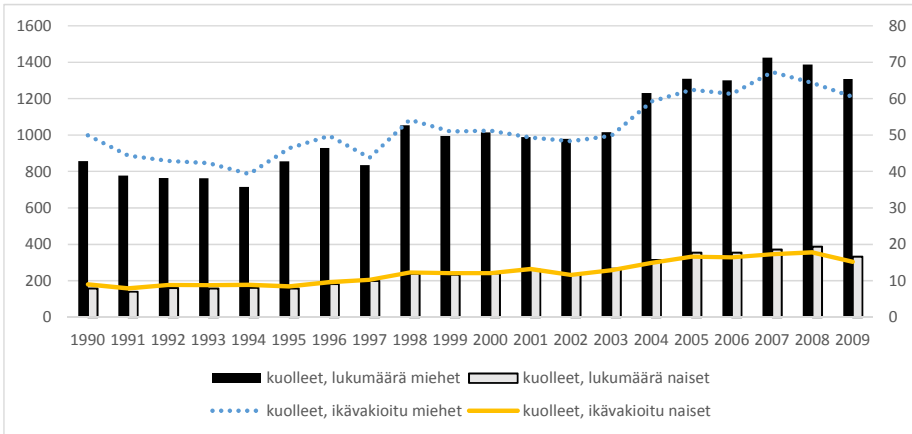
Päihderiippuvuuden suorat kustannukset sisältävät sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen käytön sekä oikeudelliset kustannukset. Epäsuorat kustannukset sisältävät mm. työkyvyttömyydestä johtuvat työpäivien ja ansionmenetykset. Taloudellisten kustannusten lisäksi päihteidenkäytön aiheuttamat sosiaaliset ja psykologiset seuraukset käyttäjälle ja hänen läheisilleen ovat mittavia.

Vuonna 2010 Suomen valtion alkoholista saamat verotulot arvonlisävero mukaan luettuna olivat noin 2,1 miljardia euroa, joka on lähes 5 % enemmän kuin edellisenä vuonna. Alkoholista saatujen verotulojen osuus oli 5 % valtion tuloista ilman rahoitustaloustoimia. Vuonna 2009 alkoholin käytön laskettiin aiheuttaneen 0,8–1,0 miljardin euron välittömät haittakustannukset ja 3,2–5,9 miljardin euron välilliset haittakustannukset. Vuoteen 2008 verrattuna välittömät haittakustannukset kasvoivat keskimäärin 1,5 prosenttia. Yli kolmannes välittömistä haittakustannuksista aiheutui järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta. Sosiaalihuollon osuus välittömistä haittakustannuksista oli hieman yli neljännes ja terveydenhuollon osuus reilu viidennes. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 17, 23–24.)

Huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheutti vuonna 2009 noin 0,2–0,3 miljardin euron välittömät haittakustannukset ja 0,5–1,2 miljardin euron välilliset haittakustannukset. Välittömistä kustannuksista reilu kolmannes aiheutui sosiaalitoimen haittakustannuksista ja neljännes yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta. Välillisistä kustannuksista selvästi suurin erä oli menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 29.)

Päihdekuolemat

Vuonna 2010 alkoholin käytön seurauksena kuoli 2 729 henkilöä, joista 1 966 alkoholisairauteen tai -myrkytykseen (kuvio 2.2) (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 111). Alkoholimyrkytysten määrä on vähentynyt 2000-luvulla: kun vuonna 2004 noin 600 henkeä kuoli alkoholimyrkytykseen, niin vuonna 2010 luku oli noin 400 (Vuori ym. 2012, 1736).



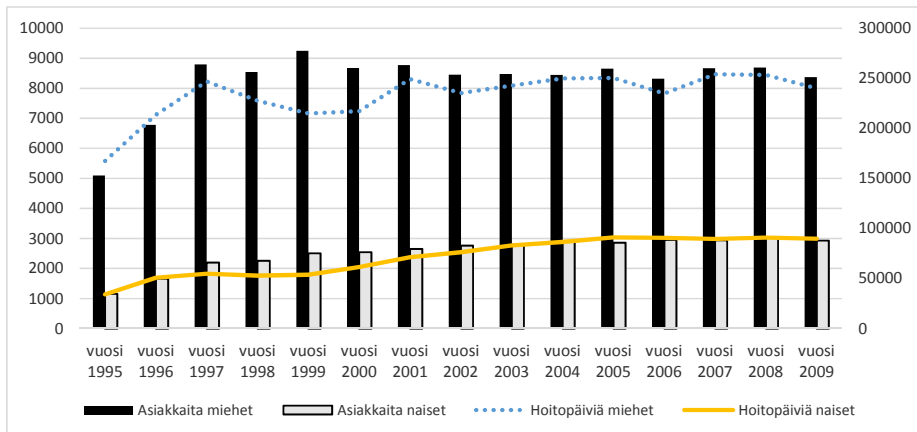
Kuvio 2.2 Alkoholiperäisiin tauteihin ja tapaturmisiin alkoholimyrkytyksiin kuolleiden lukumäärä (asteikko vasemmalla) ja ikävakiointi 100 000 henkeä kohden (asteikko oikealla) vuosina 1990–2009 (lähde Tilastokeskus 2012)

Kuolemantapauksiin liittyvissä oikeuslääketieteellisissä lääke- ja huumausainetutkimuksissa huumausaineiden löydökset lähes kaksinkertaistuivat vuodesta 1997 vuoteen 2000. Tämän jälkeen löydösten määrä tasaantui muutamaksi vuodeksi, pääasiassa siksi, että heroinin tarjonta tyrehtyi markkinoilla ja heroinkuolemien määrä väheni. 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä sekä oikeuslääketieteellisissä ruumiinavauksissa tehtyjen huumausainelöydösten määrä että kuolemansyytilaston mukaiset huumekuolemat ovat lisääntyneet. Vuoden 2007 huumeisiin liittyvien kuolemien (N=234) tarkemmassa tutkimuksessa huomio kiinnittyi opioidien ja eri päihteiden sekakäytön merkittävään rooliin. Buprenorfiinin lisäksi myös metadonia ja muita lääkkeitä käytettäviä opioideja löydetään entistä enemmän ruumiinavauksissa. Erityisesti alkoholin ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttöä esiintyy yhä useammin kuolemantapauksissa. (Salasuo ym. 2009, 47–48) Naisten osuus huumeisiin kuolleista on ollut noin 15 % (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011; Vuori ym. 2012).

2.3 Päihde-ehdoiset asiakkuudet

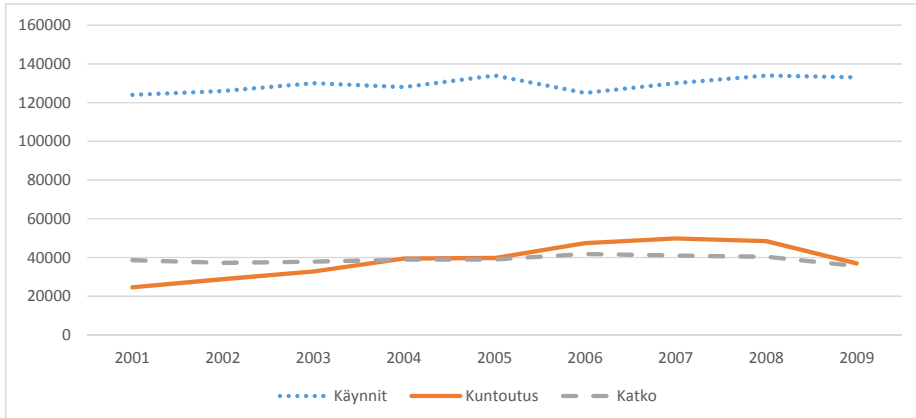
Päihdehuollon erityispalvelut

Päihdehuollon järjestämisvastuu kuuluu kunnille (Päihdehuoltolaki 3 §). Päihdehuollon kaikissa katkaisu- ja kuntoutusyksiköissä hoidossa olleiden asiakkaiden ja hoitopäivien määrät ovat 1990-luvun alun lamavuosien jälkeen kasvaneet ja pysyneet suhteellisen vakaina 2000-luvulla (kuvio 2.3). Naisten määrä ja naisten hoitovuorokaudet ovat kasvaneet suhteessa miehiä enemmän. Päihdehuollon erityispalveluiden käytön kasvu on viime vuosina pysähtynyt ja kääntynyt joidenkin palvelujen osalta laskuun. Päihdehuollon erityispalveluissa asioi vuonna 2010 kaiken kaikkiaan 73 311 asiakasta. A-klinikoiden ja nuorisosiemien asiakasmäärät vähenivät hieman edellisestä vuodesta, samoin kuin laitostuntoutuksen asiakasmäärä ja hoitovuorokaudet. Sen sijaan katkaisuhoidon asiakasmäärä ja hoitovuorokaudet lisääntyivät.



Kuvio 2.3 Päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutusyksiköissä (Kelan kuntoutusrahan oikeuttavat laitokset) laitoshoidossa olleiden asiakkaiden määrä (asteikko vasemmalla) ja hoitopäivien määrä (asteikko oikealla) vuosina 1995–2009 (lähde SOTKANet)

A-klinikasäätiön A-klinikoiden asiakaskäyntien määrä on pysynyt varsin tasaisena 2000-luvulla (kuvio 2.4). Sen sijaan kuntoutusyksiköiden ja katkaisuhoitoyksiköiden hoitovuorokausien määrät ovat kasvaneet, mutta kääntyneet laskuun vuosikymmenen lopulla. Vuonna 2009 A-klinikasäätiön A-klinikoilla asioi 13 301 asiakasta, joista 19 % oli uusia asiakkaita. Asiakkaille kertyi vuoden aikana lähes 133 000 asiointikertaa. Asiakkaista kolmannes oli naisia, alle 30-vuotiaita vajaa viidennes ja yli 60-vuotiaita 15 %. Puolet asiakaskäynneistä oli sairaanhoitajan toteuttamia ja neljä viidestä tapaamisesta oli yksilökäyntejä. (A-klinikasäätiön vuosikertomus 2009, 60–61.)



Kuvio 2.4 A-klinikkasäätiön A-klinikoiden asiakaskäynnit (1000), kuntoutusyksiköiden hoitovuorokaudet (100) ja katkaisuhuoltoasemien hoitovuorokaudet (100) 2001–2009 (lähde A-klinikkasäätiön vuosikertomukset)

Alkoholi on edelleen selvästi yleisin Suomessa käytetty päihde, mutta alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö sekä huumeiden käyttö ovat viime vuosikymmeninä yleistyneet. Päihdehuoltoon hakeutuneiden huumeasiakkaiden ongelmat eivät rajoitu vain yhteen päihteeseen, vaan useiden eri päihteiden käyttö on yleistä (Kuussaari & Ruuth 2008). Huumeasiakkaista 37 % mainitsi alkoholin kolmen ensimmäisen päihteen joukossa ja alkoholin käyttö on yleistä erityisesti kannabiksen tai lääkkeiden kanssa.

Vuonna 2010 päihdehuollon huumeasiakkaista 32 %:lla oli pääpäihteenä buprenorfiini ja 23 %:lla joku muu opioidi. Suomalaiselle päihdekulttuurille ominaista on myös se, että valtaosa amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjistä on käyttänyt ainetta pistämällä. Useiden eri päihteiden käyttö oli yleistä, sillä 62 % asiakkaista oli ilmoittanut ainakin kolme hoitoon hakeutumiseen liittyvää ongelmapäihdettä. Huumehoidon tietojärjestelmän mukaan vuonna 2010 huumehoitoon hakeutuneet olivat aikaisempaan tapaan nuoria aikuisia. Iältään hoitoon hakeutuneet miehet olivat keskimäärin 30-vuotiaita ja naiset keskimäärin 28-vuotiaita. Heidän koulutustasonsa oli matala ja työttömyys oli yleistä (60 %). Asiakkaista 9 % oli asunnottomia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 208; Tanhua ym. 2011, 82; Väänänen 2011.)

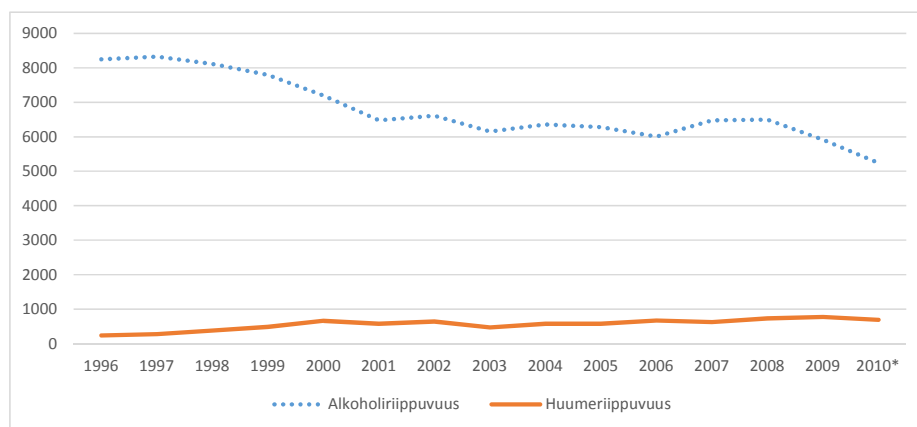
Vuoden 2007 päihdetapauskannan tulosten mukaan päihdehuollon palvelurakenteessa oli tapahtunut muutoksia edelliseen laskentaan verrattuna. Kun vuoden 2003 päihdelaskennassa päihdeasiakkaita tavattiin yleisimmin asumispalveluissa tai ensisuojuissa, oli vuoden 2007 laskennassa yleisin paikka A-klinikka tai vastaavan tyyppinen avohoitoyksikkö. Kotipalveluissa tavattiin

päihhteitä käyttäviä asiakkaita aikaisempaa useammin, mikä kertonee vanhusten päihdeongelmien lisääntymisestä. Päihdeasiointikäynneistä 62 % oli avohuoltokäynntejä ja 38 % laitos- ja asumispalvelukäynntejä. Päihdehuollon erityispalveluiden osuus asiointikäynneistä oli 46 %. Kolmannes kaikista päihde-ehdoisista käynneistä oli terveystalokäynntejä. (Nuorvala ym. 2008.)

Terveydenhuollon laitoshoido

Terveydenhuollon alaisessa laitoshoidossa oli vuonna 2010 14 043 asiakasta alkoholisairauksien ja 5149 asiakasta huumesairauksien vuoksi. Alkoholisairauksien vuoksi kertyi 187 550 ja huumesairauksien vuoksi 34 942 hoitovuorokautta. (Päihdetilastollinen vuosikirja 105, 106.) Alkoholisairauksien vuoksi vuodeosastoilla hoidetuista enemmistö oli miehiä (79 %). Alkoholisairauksien vuoksi hoidettiin eniten 45–64-vuotiaita (60 %). Alkoholisairauksien hoitajakset muodostavat noin neljä viidennestä kaikista sairaaloiden päihdehoitajaksoista. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 21.)

Huumesairaudesta vuoksi terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidetuista 61 % oli miehiä ja 39 % naisia. Valtaosa hoidetuista oli alle 35-vuotiaita. Huumehoitajaksojen osuus oli noin viidennes kaikista sairaaloiden päihdehoitajaksoista, mutta yli puolet hoitajaksoista, kun kyseessä olivat alle 35-vuotiaat. (Emt., 27.) Aikavälillä 1990–2009 alkoholiriippuvuuden perusteella toteutettujen sairaalahoitajaksojen määrä vähentyi 1990-luvun puolivälin huipun jälkeen, kun taas huumeriippuvuuden perusteella toteutettujen hoitajaksojen määrä sairaaloissa kasvoi vuosittain vaihteeseen saakka ja jälleen vuosina 2008–2009 (kuvio 2.5; Päihdetilastolliset vuosikirjat 2006 ja 2011).



Kuvio 2.5 Sairaalahoitajakset, joissa alkoholiriippuvuus ja huume- tai lääke-riippuvuus päädiagnoosina vuosina 1996–2010 (lähde Päihdetilastolliset vuosikirjat 2006, 2011)

Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito

Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito on erityinen asetuksella säädelty hoitomuoto, jossa tavoitteena on ”joko kuntouttaminen ja päihteettömyys, tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen” (STM 33/2008). Hoidon peruserätyksenä on, että laittomasti kadulta hankittu opioidi (heroiini, Suomessa yleensä buprenorfiini) korvataan lääkärin annostelemalla, kontrolloidusti jaettavalla ja suun kautta otettavalla opioidilääkkeellä. Lääkkeenä käytetään yleensä metadonia tai buprenorfiinia tai buprenorfiini–naloksoni-yhdistelmävalmistetta. Pääsääntöisesti korvaushoitopotilas ottaa lääkkeen klinikalla päivittäin. Jos hoito etenee hyvin, potilas voi hakea korkeintaan viikon annoksen lääkettä mukaansa kotiin. Hoidon aikana potilas sitoutuu todistamaan päihteettömyytensä huumetestillä ja puhalluskokeella. Hoito voi jatkua intensiivisenä useita vuosia. Korvaushoito luetaan usein niin sanottuihin haittoja vähentäviin hoitoihin.

Korvaushoito on ollut Suomessa mahdollista vuodesta 1997 lähtien, joskin ennen tätäkin toteutettiin joitakin pienimuotoisia kokeiluja ja projekteja. Suomessa etenkin 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa hoitoon liittyi keskeisenä osana psykososiaalinen kuntoutus. Sitten painopiste on muuttunut vähemmän kontrolloiduksi haittojen vähentämiseen tähtääväksi hoidoksi. Vuonna 2010 korvaushoidossa oli noin 2 000 potilasta. Korvaushoitopaikat, samoin kuin ongelmat, ovat keskittyneet pitkälti pääkaupunkiseudulle (1 300–2 400 opioidien ongelmakäyttäjää), jossa arviolta yli 40 % kaikista korvaushoitopotilaista on saanut hoitoa. (Partanen ym. 2007.)

Korvaushoitoon liittyvät kysymykset koskevat myös vankeinhoitoa. Uusimman korvaushoitoa säätelevän asetuksen (33/2008) mukaan: ”Korvaushoito vähentää laittomien huumeiden käyttöä, rikollisuutta, oheissairauksia kuten hepatiitteja ja HIV-infektioita, parantaa elämänlaatua ja mahdollistaa psyykkisen ja fyysisen kuntoutumisen. Hoito on kallista, mutta kustannusvaikuttavaa vähentäessään muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ja vankeinhoidon kustannuksia.” Korvaushoitopotilaan lääkehoitoa on voitu jatkaa vankilassa, mutta hoidon aloittaminen vankilassa on ollut erittäin harvinaista. Korvaushoidossa usein tukena käytetty bentsodiatsepiinilääkitys on yleensä ajettu alas potilaan joutuessa vankilaan.

Korvaushoitoa on tutkittu kansainvälisesti paljon, mutta Suomessa korvaushoidon vaikutuksia on tutkittu verrattain vähän (Vorma ym. 2013, Vorma ym. 2009, Vorma ym. 2005, Simojoki 2013, Simojoki ym. 2008, Aalto ym. 2010, Alho ym. 2007, Tourunen ym. 2009). Suomalaisen tutkimusten ja selvitysten mukaan potilaat kiinnittyvät sekä buprenorfiini- että metadonihoitoon hyvin, opioidien ja muiden päihteiden käyttö useimmiten vähenee ja potilaiden sosiaalisen tilanteen paranemiselle pystytään luomaan edellytyksiä, mutta vain pieni osa potilaista

onnistuu vieroittautumaan korvaushoitolääkkeestä. Tutkimukset osoittavat myös potilaskunnan moniongelmaisuu- den, sosiaalisen huono-osaisuuden, rikollisuuden sekä päihteiden sekakäytön ja mielenterveysongelmien yleisyyden, mikä asettaa erityisiä vaatimuksia hoidon toteuttamiselle. (Aalto ym. 2011; Tourunen & Pitkänen 2010; Tourunen ym. 2009; Vormo ym. 2005 ja 2009.)

Tartuntataudit

Tartuntatautirekisteriin kirjatut huumeiden suonensisäisen käytön välittämät HIV-tartunnat sekä C-, B- ja A-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Terveysneuvontapisteiden toiminnalla ja huumeidenkäyttäjien A- ja B-hepatiittirokotuksilla on ollut suuri merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähenemisessä. Vuonna 2010 Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin 188 uutta HIV-tartuntaa (178 tapaus vuonna 2009). HIV-tartunnat ovat lisääntyneet lähes koko 2000-luvun erityisesti seksivälitteisten tartuntojen kautta, kun taas huumeiden suonensisäisen käytön välittämien tartuntojen määrä on sen sijaan pysynyt alhaisena. Pistoskäytöstä aiheutuvia tartuntoja ilmoitettiin vuonna 2010 vain kahdeksan tapaus, mikä on 4 % kaikista tartunnoista (7 % vuonna 2009).

Uusia C-hepatiittitartuntoja todettiin 1 132 vuonna 2010, 88 tapaus enemmän kuin vuonna 2009. Koska akuutteja tapauksia on vaikea erottaa vuosien takaisista, täytyy tapausmääriä kuitenkin tulkita varovaisesti. Yli puolet (596) tapauksista koski huumeiden suonensisäistä käyttöä vuonna 2010. C-hepatiitin esiintyvyys on huumeita suonensisäisesti käyttävien keskuudessa niin korkea (55 %), että esiintyvyyden saaminen matalammalle tasolle kestää parhaimmasakin tapauksessa vuosikymmenen, vaikka riskit saataisiin hallintaan. (Hulkko ym. 2011; Tanhua ym. 2011, 88–89.)

Viitosen (2013) väitöstyössä tutkittiin kattavasti 101 suomalaisen naisvangin terveydentilaa. Tutkimus oli osa kansallista vankien terveystutkimusta vuodelta 2006 ja vertailujoukkona oli 309 miesvankia. C-virusmaksatulehdus oli 44 %:lla miesvangeista ja 52 %:lla naisvangeista, 16–24-vuotiailla naisilla lähes kolmella neljästä. C-virusmaksatulehdus liittyy suomalaisten vankien keskuudessa yleiseen suonensisäisten huumeiden käyttöön. Tutkimuksen mukaan riskikäyttäytymisessä oli sukupuolten välillä eroja.

2.4 Päähteet ja rikokset

Poliisin tietoon tulleiden rikosten määrä nousi tasaisesti 1960-luvun puolivälistä aina 1990-luvun alkuun asti mm. kaupungistumisen ja taloudellisen vaurastumisen myötä lisääntyneiden rikoksenteomahdollisuuksien vuoksi. Merkittävä piirre tilastoidussa rikollisuudessa on ollut varkausrikosten miltei yhtäjaksoisen 1960-luvulla alkaneen kasvun pysähtyminen ja rikollisuuden kääntyminen laskuun. Myös vahingontekorikosten, ryöstörikosten ja henkirikosten määrä on vähentynyt. Sen sijaan kavallus- ja petosrikosten sekä pahoinpitelyrikosten määrä on kasvanut. Talous- ja huumausainerikosten ja ulkomaalaisten tekemien rikosten määrät kasvoivat erityisesti 1990-luvulla. Rattijuopumuksia tilastoitiin eniten 1990-luvun alkuvuosina, jonka jälkeen rikosluvut eivät ole palanneet aikaisemmalle tasolle. Vuonna 2010 poliisin ja muiden viranomaisten tietoon tulleista rikoksista (N=533 234) 28 % oli varkausrikoksia, 9 % vahingontekorikoksia, 6 % pahoinpitelyrikoksia, 4 % rattijuopumusrikoksia ja 25 % muita rikoslakiin perustuvia liikenne rikoksia. (Siren 2011, 12–13.)

Vuonna 2009 Suomessa tuomittiin yleisissä alioikeuksissa rangaistuksiin yhteensä 64 485 henkilöä: 58 % heistä tuomittiin sakkorangaistuksiin, 24 % ehdolliseen vankeustuomioon (keskipituus 3,5 kk), 10 % ehdottomaan vankeusrangaistukseen (keskipituus 10 kk) ja 5 % yhdyskuntapalveluun (57 % rattijuopumus). Yleisin seuraamusmuoto on kuitenkin rangaistusmääräys- ja rikesakot, joita määrättiin yhteensä 483 443 kappaletta (88 % kaikista seuraamuksista). (Lappi-Seppälä & Niemi 2011, 368.)

Väkivaltarikokset

Väestötutkimukset ovat osoittaneet alkoholin käytön ja erityisesti humalakulutuksen olevan yhteydessä väkivallan ja henkirikosten esiintymiseen. Väkivaltarikokset keskittyvät aikoihin, joina juomatapatutkimusten mukaan käytetään eniten alkoholia eli viikonlopun myöhäisiltoihin ja aamuyön tunteihin. Poliisin tietoon tulleet pahoinpitelyt ovat pitkään seuranneet alkoholin kokonaiskulutuksen kehitystä, mutta kuolemaan johtanut väkivalta ei ole vastaavasti kasvanut. (Karlsson & Österberg 2012, 95; Lehti & Kivivuori 2011, 35.)

Suuri osa henkirikoksista liittyy keski-ikäisten työelämän ulkopuolella olevien miesten keskinäisiin alkoholinkäyttötilanteisiin. Vuosina 2003–2010 kahdessa kolmasosassa aikuisten välisistä henkirikoksista kaikki osapuolet olivat rikoshetkellä humalassa ja 83 %:ssa tapauksista ainakin yksi osapuolista oli humalassa. Rikoksia, joissa kumpikin osapuoli oli täysin päihteetön, oli vain 10 %. Myös henkirikoksiin osallisina olleista naisista enemmistö oli humalassa, osuudet olivat kuitenkin alhaisempia kuin miehillä. Muita päihteitä esiintyy rikosten yhteydessä

yleensä yhdessä alkoholin kanssa käytettynä. Vuosina 2003–2009 miessyyl-
 lisistä 5 % oli rikoshetkellä huumeiden ja 21 % psykelääkkeiden tai alkoholin
 ja psykelääkkeiden vaikutuksen alaisena. Naissyylisistä jälkimmäinen osuus
 oli 19 %. (Lehti 2012, 12; Lehti & Kivivuori 2011, 36.)

Vuonna 2010 poliisi tilastoi Suomessa 35 713 väkivaltarikosta. 2000-luvulla
 poliisiin tietoon tullesiin henkirikoksiin syylliseksi epäillyistä noin 55–65 % ja
 pahoinpitelyrikoksiin syylliseksi epäillyistä noin 60–70 % oli ollut alkoholin
 vaikutuksen alaisena. Vuonna 2010 pahoinpitelyrikoksista vain 0,4 % tehtiin
 huumausaineiden ja 1 % sekakäytön vaikutuksen alaisena. Ryöstöjen, varka-
 uksien (sisältää myös törkeät varkaudet ja näpistykset) ja moottoriajoneuvojen
 käyttövarkauksien kohdalla huumeiden ja sekakäytön osuudet ovat hieman
 suurempia (taulukko 2.1). Tutkimusten mukaan alkoholin käyttö näyttäisi li-
 säävän aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä mm. arvostelukyvyn ja
 ongelmanratkaisutaitojen heikentymisen ja lisääntyvän impulsiivisuuden vuoksi.
 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 22, 28; Pahlen & Eriksson 2003.)

Taulukko 2.1 Päihteiden vaikutuksen alaisena tehtyjen rikosten osuudet
 vuonna 2010, prosenttitaulukko (lähde Päihdetilastollinen vuosikirja 2011)

Päihde	Pahoinpitelyt	Ryöstöt	Varkaudet	Moottoriajoneuvojen käyttövarkaus
Alkoholi	56	35	11	23
Huume	0,4	4	2	11
Sekakäyttö	1	5	1	4

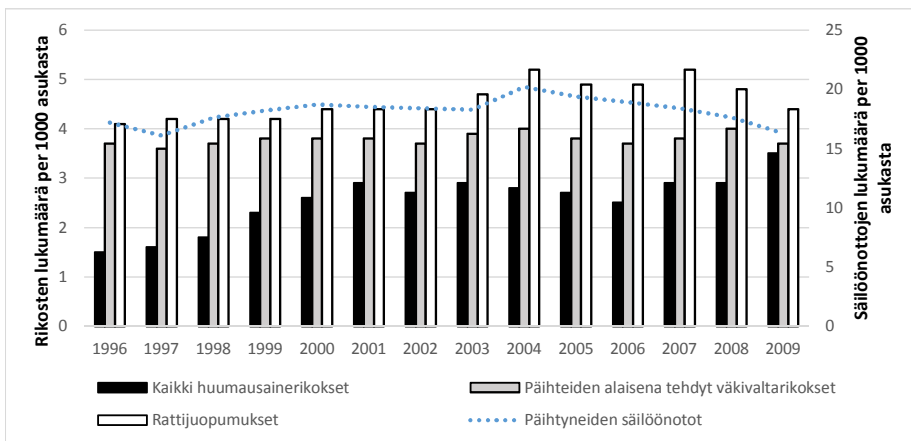
Omaisuusrikokset

Vuonna 2010 poliisiin tietoon tuli 148 213 varkausrikosta. Varkausrikokset
 muodostavat suuren osan poliisiin tietoon tulleesta rikollisuudesta. Jos liiken-
 nerikkomuksia ei oteta huomioon, niin kolmannes tilastoiduista rikoksista on
 varkausrikoksia tai moottoriajoneuvon käyttövarkauksia.

Tilastoidun varkausrikollisuuden kasvu pysähtyi 1990-luvulla ja rikosten määrä
 on kääntynyt selvään laskuun. Varkausrikoksista vajaa neljännes on tehty
 tunkeutumalla luvatta kohteeseen. Murtojen määrä on vähentynyt selvästi
 2000-luvun alusta. Poliisille ilmoitettujen myymälävarkauksien ja -näpistysten
 määrä kasvoi tasaisesti 1990- ja 2000-luvuilla, mutta viime vuosina kasvu on
 laantunut. Ne muodostavat kolmanneksen kaikista varkausrikoksista. Vuonna
 2010 poliisi tilastoi 11 150 moottoriajoneuvon anastusta, käyttövarkautta tai
 luvatonta käyttöä. Ajoneuvovarkauksien määrä on laskenut selvästi vuoden
 2004 jälkeen. (Aaltonen ym. 2014.)

Rattijuopumus- ja liikenneerikokset

Vuonna 2010 poliisin tietoon tuli 21 130 rattijuopumustapausta. Törkeiden rattijuopumustapausten osuus kaikista rattijuopumuksista oli hieman yli puolet. Vaikka naisten osuus on viime vuosina jonkin verran kasvanut, valtaosa rattijuopumukseen syylliseksi epäillyistä oli miehiä (88 %). Syyllisiksi epäillyistä 81 % oli ollut alkoholin vaikutuksen alaisena, noin 15 % jonkin muun päihteen kuin alkoholin vaikutuksen alaisena (huumaus- tai lääkeaine) ja noin 4 % oli ollut sekä alkoholin että jonkin muun päihteen vaikutuksen alaisena (ns. sekakäyttö). Vuonna 2010 yleisimmin löydetty aineet huumaus- ja lääkeainetutkimuksissa olivat bentsodiatsepiinit (70 % tapauksista), amfetamiinit (55 %) ja kannabis (42 %). Huumaantuneena ajaminen on tilastoitu erikseen vuodesta 2001 alkaen ja sekakäyttö vuodesta 2003 alkaen. Vuodesta 2003 lähtien alkoholitapausten osuus kaikista rattijuopumuksista on laskenut yhdeksän prosenttiyksikköä. Vuoden 2010 aikana tieliikenneonnettomuuksien alkoholitapauksissa kuoli 77 henkilöä ja loukkaantui 884 henkilöä, hieman vähemmän kuin edellisenä vuonna. Alkoholin vaikutuksen alaisten kuljettajien osuus loukkaantumiseen johtaneissa tieliikenneonnettomuuksissa oli 10 % ja kuolemaan johtaneissa tieliikenneonnettomuuksissa 25 %. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 22–23, 28.)



Kuvio 2.6 Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset ja rattijuopumukset, päihteen vaikutuksen alaisista väkivaltarikoksista epäillyt (asteikko vasemalla) ja päihtyneiden säilönnöt (asteikko oikealla) 1000 asukasta kohden vuosina 1996–2009 (lähde SOTKANet)

Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli

Huumeiden käyttö kriminalisoitiin Suomessa asetuksella vuonna 1966 ja lailla 1972. Suomessa kaikki huumeisiin liittyvä toiminta, myös huumeiden käyttö ja hallussapito, on säädetty rangaistavaksi. Rikosoikeudellisen kontrollin tarkoituksenmukaisuudesta on vallinnut kuitenkin erimielisyyttä ja poliisi, syyttäjät ja tuomarit ovat tehneet erilaisia tulkintaratkaisuja. Samalla kun huumeiden käyttö on säädetty rangaistavaksi, on korostettu myös toimenpiteistä luopumista koskevien säännösten tarpeellisuutta.

Heini Kainulainen (2009) on tarkastellut väitöskirjassaan erilaisia näkökulmia rangaistavuuteen kolmen lainsäädäntöhankkeen kautta. Vuoden 1972 huumausainelakia säädettyä kiisteltiin huumeiden käytön kriminalisoinnin tarpeellisuudesta ja huumeiden käyttö päätettiin säätää rangaistavaksi vasta useiden tiukkojen äänestysten jälkeen. Eduskunnan lakivaliokunta korosti kuitenkin myös toimenpiteistä luopumisen tärkeyttä. Vuonna 1972 lähes joka kolmas syytetty jätettiin tuomitsematta (nuoret, ensikertalaiset, vähäiseen rikokseen syllistyneet), mutta toimenpiteistä luopuminen ei kuitenkaan vakiintunut käytännöksi.

1990-luvulla huumausainerikoksia koskevia rangaistusäännöksiä muokattiin osana rikoslain kokonaisuudistusta. Erimielisyyttä aiheutti nyt rangaistusasteikon ankaruuden määrittäminen: lopulta huumausainerikoksissa ei haluttu soveltaa yleensä käytössä olutta kolmiportaista jaottelua rikoksen törkeysasteen mukaisesti. Tämänkin uudistuksen yhteydessä korostettiin toimenpiteistä luopumisen mahdollisuutta mm. hoitoon hakeutumisen ja vain huumeiden vähäisen käytön yhteydessä. Syyttämättä jättämisen merkitys kasvoikin 1990-luvun kuluessa. (Emt.)

Vuonna 2001 voimaan tulleen huumausaineen käyttörikosuudistuksen yhteydessä erimielisyyttä tuotti käyttäjille määrättävän sopivan seuraamuksen määrittäminen. Uudistuksen lähtökohtana oli uuden tunnusmerkistön säätäminen lieviä huumausainerikoksia varten, joista seuraisi sakkoja tai enintään kuusi kuukautta vankeutta. Käyttörikosuudistuksen jälkeen huumausainerikosten seuraamuskäytäntö onkin kiristynyt ja toimenpiteistä luopuminen vähentynyt, vaikka lakia säädettyä lopulta jälleen korostettiin vaihtoehtojen käyttämistä. Vuonna 2001 syyttämättä jättämistä sovellettiin 1400 tapauksessa, mutta vuosikymmenen loppupuolella enää alle 400 tapauksessa vuosittain (Kainulainen 2011, 387).

Huumausainerikokset

Tilastoitu huumausainerikollisuus, siihen liittyvä oheisrikollisuus ja huumerikoksesta päärikoksena tuomittujen vankien määrä lisääntyivät voimakkaasti 1990-luvulla. Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset lisääntyivät vuoden 1990 noin 3 000 rikoksesta noin 12 000 rikokseen vuonna 1999. Vuosituhannen vaihteen jälkeen kasvu taittui, kunnes viime vuosina tilastoidut huumausainerikokset ovat jälleen lisääntyneet (kuvio 2.6). Vuonna 2010 poliisin tietoon tuli 19 653 huumausainerikosta, joista 62 % oli huumausaineen käyttörikoksia ja 33 % huumausainerikoksia. Törkeiden huumausainerikosten osuus oli 6 %. Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy erityisesti kannabistuotteita, synteettistä huumausaineista amfetamiinia ja ekstaasia, buprenorfiinia sekä bentsodiatsepiinilääkevalmisteita. (Kainulainen 2003, 153–154; Kainulainen 2011, 396; Perälä 2011; Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 28.) Huumausainerikoksiin syyllistyy myös muita kuin huumeiden käyttäjiä, mutta käytännössä tämä on harvinaista.

Käräjäoikeuksissa annettiin vuonna 2009 yhteensä 7 648 syyksi luettavaa tuomiota huumausainerikoksista, hieman enemmän kuin kolmena edellisenä vuonna. Päärikosperusteisista tuomioista 10 % annettiin törkeästä huumausainerikoksesta ja 12 % huumausaineen käyttörikoksesta. Vuosina 2000–2009 keskimäärin 66 %:ssa tuomioista seurauksena on ollut sakkorangaistus, 19 %:ssa ehdoton vankeusrangaistus, 13 %:ssa ehdollinen vankeusrangaistus ja 2 %:ssa syytetty on jätetty tuomitsematta. Esimerkiksi vuonna 2009 keskimääräinen sakkorangaistus oli 37 päiväsakkoa, ehdottoman vankeusrangaistuksen pituus keskimäärin 4,4 kuukautta ja ehdollisen 4,1 kuukautta. Törkeästä huumausainerikoksesta tuomitun ehdottoman vankeusrangaistuksen pituus oli keskimäärin 3 vuotta 5 kuukautta, ehdollisen 1 vuosi 3 kuukautta. Käräjäoikeuskäsittelyn ulkopuolisessa rangaistuspäättämismenettelyssä huumausaineen käyttörikoksesta (päärikosperusteisesti) annettiin vuonna 2009 sakkoja noin 3 300 kertaa, ja määrä on vähentynyt vuosittain vuodesta 2005 lähtien. Syyttämättäjättämispäätös tehtiin 212 tapauksessa. (Kainulainen 2011, 386–387, 392–395.)

Huumausainerikoksiin syyllistyneiden rikosura

Juha Kääriäisen (1994, 274–281) mukaan rikoksia määrittää kaksi perustekijää: tekijän ikä (nuori/aikuinen) ja teon suunnitelmallisuuden aste (suunnitelmallinen/ei-suunnitelmallinen). Tämän perusteella muotoutuvat rikoskierteessä olevien vankien perustyyppit: nuoret seikkailijat, nuoret lainrikkojat, ammattimaiset rikolliset ja moniongelmaiset. Rikosura merkitsee rikollisen alamaailman läpikäymistä sekä yhteiskunnan vastaisen ja yhteiskunnan ulkopuolisen moraalisen uran syntymistä. Ensimmäisessä vaiheessa, nuorena seikkailijana, tärkeää on jännityksen, seikkailun ja miehisen kunnian tavoittelu. Toisessa vaiheessa, nuorena aikuisena, rikosten tekemisestä voi muodostua toimeentulon hankkimisen väline ja yhteiskunnasta vieraantumisen väylä. Kolmannessa vaiheessa alkaa tapahtua

sekä fyysistä että henkistä väsymistä rikollisen moraalisen uran sisältöön. Moninkertaisen rikoksenuusijan elämää hallitsee usein lyhytjännitteisyys, alkoholin tai muiden päihteiden käyttö, rajoittunut sosiaalinen elämä sekä heikot elinolosuhteet. Rikosurasta luopuminen tapahtuu usein väsymisen tai kyllästymisen kautta. Väsymiseen liittyy fyysisen suorituskyvyn vähenemistä sekä fyysistä ja psyykkistä sairastamista. Kyllästyminen taas merkitsee rikollisen moraalisen uran uudelleenarviointia ja vaihtoehtojen etsintää.

Kinnusen (2001) tutkimuksen mukaan huumausainerikoksesta tuomittujen rikosura alkaa varsin nuorena, sillä valtaosa on saanut ensimmäisen rikostuomionsa jo 15–16-vuotiaana. Huumausainerikoksesta tuomitut olivat syyllistyneet varsin runsaasti muihin rikoksiin, erityisesti varkausrikoksiin, kätöntärikoksiin ja ajoneuvojen luvattomiin käyttöihin. Rikosura käynnistyy yleisimmin varkausrikoksilla, usein jo ennen 15 vuoden ikää. Neljäsosalla huumausainerikos on ollut ensimmäinen rikos, mutta määrällisesti eniten niitä tehdään vasta hieman yli 20-vuotiaana. Huumausainerikoksista tuomittujen rikosura vaikuttaa jatkuvan korkealla tasolla pitempään kuin niillä rikostuomion saaneilla, joita ei ole tuomittu huumausainerikoksesta, mikä viittaa huumeiden käytön rikoksentekoa ylläpitävään vaikutukseen.

Kinnusen (2001) tutkimuksessa selvitettiin poikkileikkaustietona vuosina 1977–1996 huumausainerikostuomion saaneiden henkilöiden elämäntilanne vuonna 1995. Henkilöiden keski-ikä oli tällöin 30 vuotta, työttömiä oli 43 %, muita ammatissa toimimattomia 28 % ja työssä olevia noin viidennes. Huumausainerikoksiin syyllistyneet olivat matalammin koulutettuja ja sosiaalisesti syrjäytyneempiä kuin muista rikoksista tuomitut. Huumausainerikollisuuden ja muun rikollisuuden välinen yhteys on tutkimusaineiston perusteella ilmeinen, mutta ei yksiselitteinen. Huumausainerikokseen syyllistyneet ovat usein moniongelmaisia ja rikollisuus on eräs ilmentymä puutteellisesta elämänhallinnasta. Tutkimus vahvistaa myös käsitystä siitä, että huumausainerikoskontrolli kohdistuu voimakkaimmin huonossa sosioekonomisessa asemassa oleviin henkilöihin.

Kekki (2009) on tutkinut huumeiden käyttäjien oheisrikollisuutta, rikosuraa ja rikosten tekemisen merkityksiä kahden poliisin tutkinta-aineiston sekä huumeiden käyttäjien ja poliisien haastatteluiden avulla. Tutkimuksen mukaan huumerikoksista epäiltyjen rikollisuus on hyvin monialaista ja epäillyt edustavat monenlaisia väestöryhmiä. Poliisit eivät tavoita ainoastaan huono-osaisia huumeiden käyttäjiä, sillä oheisrikollisuuden kautta epäiltyjen joukossa on myös työssäkäyviä, keski-ikäisiä, yhteiskuntaan kiinnittyneitä miehiä ja naisia. Nuorempien rikollisuus keskittyi toiminnallisiin liikenne- ja omaisuusrikoksiin. Vanhemmat henkilöt olivat epäiltyinä erityisesti pahoinpitely- ja kätkemisrikoksista, mikä saattaa osoittaa päihdeongelman pahentumista sekä henkilön aseman ja aktiivisuuden laskua rikoskulttuurissa. Aineistossa yleisimmin esiintyvät aineet olivat laittomasti käytetyt lääkeaineet ja amfetamiini.

Kekin (2009) tutkimusaineiston perusteella rikoksia tehtiin oman hyödyn tavoittelun, rahan hankkimisen, huumausaineiden vaikutuksen tai huumeiden käyttöön ja hankkimiseen liittyvien välienselvittelyjen vuoksi. Rahan lisäksi myös erilaisilla tavaroilla tehdään kauppaa ja hankitaan huumeita. Rikokset näyttäytyivät toisaalta epätoivoisina ja häikäilemättöminä tekoina, joihin vaikuttivat syrjäytyminen, köyhyys ja vieroitusoireiden pelko. Toisaalta osa taparikollisista tavoitteli korkeaa elintasoja pitkäjänteisyyttä, sinnikkyyttä ja mielikuvitusta vaativien omaisuusrikosten kautta. Taloudellisten välttämättömyyksien lisäksi rikoksia luonnehtii yhteiskuntavastaisuus ja käytännön ongelmien ratkaisu rikosten avulla.

Viidenkymmenen runsaasti rikoksia tehneen henkilön rikosuran perusteella nuorten ensimmäinen huumerikos ajoittui 3–4 vuoden päähän ensirikoksesta, joka useimmiten oli ollut omaisuus- tai väkivaltarikos. Ensimmäinen huumerikos oli useimmiten hasiksen hallussapito ja merkinnät ns. kovemmista huumeista löytyivät yleensä muutaman vuoden päästä, jolloin suurin osa oli jäänyt kiinni huumeiden välittämisen ja huumaavien lääkeaineiden käytöstä. Rikollisuus oli usein luonteeltaan sosiaalista, kaveriporukassa ja samojen kumppaneiden kanssa tehtyä. Osalla tekojen suunnitelmallisuus väheni huumeiden käytön myötä ja rikoksia tehtiin sattumanvaraisesti huumaantuneena tai sopivan tilaisuuden tullessa. Osalle rikokset vaikuttivat olevan elämäntapa, tapa viettää aikaa ja hankkia rahaa. Haastattelujen mukaan rikosten tekemisen suurimmat motiivit alkuaikoina olivat jännityksen hakeminen ja kaveriporukan hyväksynnän saavuttaminen, mutta myöhemmin huumeiden käyttö alkoi määrittää rikosten tekemistä yhä enemmän. Aineiston perusteella rikollinen alakulttuuri johdattaa huumeiden käyttöön, joka lisää rikosten määrää ja muokkaa rikosten luonnetta. (Emt.)

Rikoksista epäiltyjen sosioekonominen tausta

Tilastokeskus on vuodesta 2013 alkaen julkaissut tietoja rikoksista epäiltyjen sosioekonomisesta taustasta (Tilastokeskus 2013). Päihdeongelmasta tai päihdehoidosta ei tilastokeskuksesta ole saatavissa tietoa. Vuonna 2012 syylliseksi epäiltyjen 15 vuotta täyttäneiden rekisteröityyn väestöön kuuluvien keskimääräinen tulo (valtionveronalainen tulo) oli noin 12 000 euroa, kun vastaava tulo koko väestössä oli noin 26 000 euroa. Syylliseksi epäillyistä alle 5 000 euron tulot oli 22 %:lla, koko väestön vastaavan osuuden ollessa 7 %. Vähintään 20 000 euron tulot oli 21 %:lla epäillyistä, koko väestöstä vastaava osuus oli 54 %. Rikoksia, joihin syylliseksi epäillyillä oli erityisen alhaiset valtionveronalaiset tulot, olivat etenkin ryöstöt ja huumausainerikokset. Ryöstörikoksiin epäillyistä kolmanneksen ja huumausainerikoksiin epäillyistä neljänneksen valtionveronalaiset tulot olivat alle 5 000 euroa. Korkeammalla tulotasolla sen sijaan syyllistyi rattijuopumuksiin, kavallus- ja verorikoksiin sekä kirjanpitorikoksiin. Syylliseksi epäillyistä naisten tulotasoa oli hieman alhaisempi kuin miesten. Naisia oli syyllisiksi epäillyistä 18 %.

Tilastokeskuksen (2013) mukaan syylliseksi epäillyistä 63 % oli suorittanut vain perusasteen koulutuksen ja 31 % keskiasteen koulutuksen, kun koko väestöllä vastaavat luvut olivat 32 ja 40 %. Pääasiallisen toiminnan mukaan tarkasteltuna syylliseksi epäillyt jakautuvat melko tasan työllisiin (27 %), työttömiin (22 %), opiskelijoihin (20 %) ja työvoiman ulkopuolella oleviin (23 %), mutta eläkeläisiä oli vain 9 %. Koko väestöstä suurimmat osuudet olivat työlliset (52 %), työttömät (6 %), opiskelijat (9 %), työvoiman ulkopuolella (4 %) ja eläkeläiset (29 %). Työlliset syyllistyivät erityisesti raiskausrikoksiin, velallisen epärehellisyteen ja verorikoksiin, työttömät huumausainerikoksiin ja väärennyksiin.

Sosiaalinen syrjäytyminen on merkittävä omaisuusrikollisuuteen vaikuttava taustatekijä. Aaltonen, Salmi ja Danielsson (2014) totesivat tilastokeskuksen tietojen perusteella, että sekä varkausrikokset että vahingonteot ovat huomattavasti yleisempiä ryhmissä, joiden sosioekonominen asema on joko matala tai tuntematon. Varkausrikosten määrä on lisäksi suuri työkyvyttömyyseläkkeellä olevien, opiskelijoiden ja pitkäaikaistyöttömien joukossa. Vahingonteoissa suhteelliset erot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat pienempiä kuin varkausrikoksissa, mutta silti huomattavia.

Vankien koulutustason on osoitettu olevan useissa tutkimuksissa muuta väestöä heikompi (Koski 2009; Kivivuori & Linderborg 2009). Esimerkiksi vangeille vuosina 1997–2004 tehtyjen työ- ja toimintakykyarviointien perusteella (N=10 697) vangeista ainoastaan 4 % oli suorittanut ylioppilastutkinnon. Ammattitutkinnon suorittaneita oli arviointien perusteella 34 %. Vastaavasti Rikosseuraamusasiakkaiden terveyttä, työkykyä ja hoidontarvetta selvittävän tutkimuksen mukaan miesvangeista (n=309) ylioppilaita oli 4 %, sakkovangeista (n=100) 3 % ja yhdyskuntapalveluasiakkaista (n=101) 11 %. Kaikista rikosseuraamusasiakkaista vailla ammattikoulutusta oli yli kolmasosa (37 %). (Joukamaa 2010.)

Suomalaisilla naisvangeilla on Viitasen (2013) mukaan vakavia alkoholi- ja huumeongelmia sekä yleisesti mielenterveyden häiriöitä, jotka heikentävät heidän työkykyään ja työllistymistään ja aiheuttavat hoidontarvetta. Vankien terveystutkimuksessa naisista 78 % oli työttömänä ja kuusi prosenttia työssä. Miehillä työssä olleiden osuus oli nelinkertainen naisiin verrattuna. Naisista 42 % ja miehistä 11 % oli työkyvyttömiä. Yleisin syy työkyvyn heikentymiseen olivat päihdesairaudet (yli 70 %:lla molemmista sukupuolista). Naisilla toiseksi yleisin syy olivat mielenterveyden häiriöt (39 %). Hoidon tarvetta oli yli 90%:lla vangeista ja suurimmalla osalla syynä olivat mielenterveyden häiriöt.

Nuorten korkea rikosalttius verrattuna vanhempiin ikäryhmiin on havaittu useissa suomalaisissakin tutkimuksissa (esim. Kivivuori 2008, 57–59). Aaltonen (2013) tarkasteli väitöskirjassaan sosioekonomisen aseman ja rikollisuuden välisiä yhteyksiä suomalaisilla nuorilla aikuisilla. Kaikki neljä sosioekonomisen aseman mitaria – koulutus, tulot, ammattiin perustuva sosiaaliluokka ja työttömyshistoria –

ovat yksilötasolla vahvassa yhteydessä sekä väkivalta- ja omaisuusrikoksiin että rattijuopumuksiin. Koulutusryhmittäiset erot olivat erityisen suuria. Yhteenvedossa Aaltonen totesi, että syrjäytymisen ja rikollisuuden ehkäiseminen vaatii sekä kasaantunutta huono-osaisuutta aiheuttavien yksilö- ja ympäristötekijöiden että niiden yhdysvaikutusten parempaa tuntemista.

2.5 Vankien päihdeongelmat ja päihdekuntoutus

Vankiluku ja huumausainerikoksista tuomittujen vankien osuus

Seitsemän vuoden vähenemisen jälkeen keskimääräinen vankiluku kasvoi vuosina 1999–2005 yli tuhannella, jonka jälkeen luku on uudelleen laskenut (kuvio 3.4). Vuonna 2010 Suomen vankiloissa suoritti vankeusrangaistusta keskimäärin 3 291 vankia. Suomen, kuten muidenkin Pohjoismaiden, vankiluvut ovat kansainvälisessä vertailussa alhaiset. Naisvankien osuus on kasvanut 1990-luvun alun neljästä prosentista 6–7 prosenttiin. Viimeisen 15 vuoden aikana elinkautisvankien määrä ja yli vuoden vankilassa viettävien osuus on selvästi noussut (Lappi-Seppälä & Niemi 2011, 359–360; Rikosseuraamuslaitos 2014, 30).

Vuoden 2009 aikana vapautuneita vankeusvankeja oli 4 556. Vangeista 16 % oli vankeudessa korkeintaan 1 kuukauden ajan, 21 % 1–2 kuukauden ajan, 27 % 2–6 kuukautta, 15 % 6–12 kuukautta ja 21 % yli vuoden. Vuonna 2009 vangeista 31 % oli ensikertalaisia ja 15 % toista kertaa vankilassa. Vähintään kahdeksatta kertaa vankilassa oli 18 % vangeista. Vangeista 33 % oli 30–39-vuotiaita, 14 % vähintään 50-vuotiaita ja 3 % korkeintaan 20-vuotiaita. (Rikosseuraamuslaitoksen vuosikertomus 2009, 34, 36.)

Huumausainerikoksista päärikoksena tuomittujen vankien määrä lähes viisinkertaistui 1980-luvun lopusta 1990-luvun loppuun tultaessa. Kun vuonna 1988 huumausainerikoksista tuomittuja oli vain 2 % vangeista, vuonna 1999 osuus oli jo 15 % (Tourunen 2000, 19). Huumausainerikoksista tuomittujen vuosittainen määrä on rikosseuraamusalan vuosikertomusten mukaan vaihdellut 375:stä 556:een vuosina 2000–2010. Vuonna 2009 14 % kaikista miesvangeista (n=2 734) ja 15 % kaikista naisvangeista (n=190) oli tuomittu päärikoksenaan huumausainerikos (laskenta 1.5.2009). Miehillä huumausainerikos oli neljänneksi ja naisilla kolmanneksi suurin päärikostyyppi. Sekä miehiä että naisia oli tuomittu eniten henkirikoksista ja muista väkivaltarikoksista. Huumausainerikos oli yleisin 30–39-vuotiailla vangeilla. (Rikosseuraamuslaitoksen vuosikertomus 2009, 36–37.)

Vankien päihdeongelmat

Päihteiden käyttö ja päihdeongelmat vaikuttavat keskeisesti vankeinhoidon toteuttamiseen, sillä useimmilla vangeilla on arvioitu olevan jonkin asteinen päihderiippuvuus. Myös vangit ovat tuoneet esiin päihteiden käytön yhtenä suurimmista esteistä rikoksettoman elämän saavuttamiselle (esim. Näkki 2006). Tutkimusten mukaan päihde- ja mielenterveysongelmat lisäävät uusintaväkivallan ja kuolleisuuden riskiä (esim. Tikkanen, 2009).

Obstbaum ym. (2011) ovat analysoineet päihdetapausten jakautumista sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä vuosina 1985–2006. Vuonna 1985 laitoksissa oli keskimäärin 5 103 ja vuonna 2006 noin 7 047 henkilöä. Laitospaikkojen määrän ensimmäinen huippu ajoittui vuoteen 1991, jonka jälkeen määrä väheni ennen kaikkea talouslaman aiheuttaman päihdehoidon laitostuntoutuksen vähenemisen vuoksi. Toinen huippu vuonna 2006 johtuu ennen kaikkea vankilan päihdetapausten lisääntymisestä 2000-luvun alussa. Tutkijoiden mielestä viranomaisten työnjako päihdehaittojen laitoshoidossa kontrolloinnissa on muuttunut pakkokeinoja korostavaan suuntaan ja vankiloiden merkitys päihdehaittojen käsittelyssä on lisääntynyt. Kehitykseen ovat vaikuttaneet mm. alkoholin kulutuksen ja huumeiden käytön kasvu, huumausainerikosten ja rattijuopumusten määrän lisääntyminen sekä päihdehuollon kuntouttavan laitoshoidon väheneminen.

Vankien terveyttä on tutkittu laajasti vankien terveystutkimuksissa vuosina 1985, 1992 ja 2006. Tulosten vertailua eri vuosien välillä vaikeuttavat mm. metodiset erot näiden tutkimusten välillä. Huolimatta metodisista eroista, tutkimusten perusteella voidaan sanoa vankien somaattisen sairastavuuden lisääntyneen hieman ja erityisesti hepatiitit ovat lisääntyneet runsaasti vankien keskuudessa (Joukamaa ym. 2010, 74–76).

Vankien terveystutkimusten osana on tutkittu myös päihdeongelmien esiintyvyyttä vankien keskuudessa. Tutkimusten perusteella vankien elämänaikainen alkoholi- ja huumeriippuvuus on lisääntynyt merkittävästi kahdenkymmenen vuoden aikana (taulukko 2.2).

Taulukko 2.2 Elämänaikaisten alkoholi- ja huumeriippuvaisten osuudet vankien keskuudessa vuosina 1985, 1992 ja 2006 vankien terveystutkimusten perusteella (prosenttitaulukko, lähteet Joukamaa 1991; Joukamaa ym. 2010; Lintonen ym. 2011; Vankeinhoitolaitoksen päihdestrategia 1999)

Vuosi	n	Alkoholiriippuvaiset	Huumeriippuvaiset
1985	1 099	43	6
1992	325	60	12
2006	610	68–70	62–64

Vuoden 2006 tutkimuksessa noin 70 %:lla sekä mies- että naisvangeista todettiin elämänaikainen alkoholi-riippuvuus (standardisoitu psykiatrinen SCID-I-haastattelu). Elämänaikainen huumeriippuvuus todettiin hieman yli 60 %:lla sekä mies- että naisvangeista (SCID-I). Päihderiippuvuus oli kymmenkertaista tavalliseen väestöön verrattuna. Alkoholi-riippuvuuden lisäksi amfetamiiniriippuvuus ja erilaisten päihteiden sekakäyttö oli yleistä. Yli puolet miesvangeista ja kaksi kolmasosaa naisvangeista raportoi huumeiden suonensisäisestä käytöstä. Lähes neljänneksellä (22 %) vangeista oli ollut joskus elämänsä aikana riippuvuus opioideihin, ja tutkimuksen aikaan opioidiriippuvuus todettiin neljällä prosentilla (Joukamaa ym. 2011). Suomalaisten vankien – erityisten naisten – päihteiden käyttö on yleisempää kuin kansainvälisissä raporteissa yleensä. Vankiryhmistä sakkovankien ja naisvankien terveysongelmat osoittautuivat suurimmiksi. (Lintonen ym. 2011; Joukamaa ym. 2010.) Viitosen (2013) mukaan naisvangeilla oli paljon terveysongelmia ja terveyspalveluiden runsas käyttö liittyi etenkin päihteiden käyttöön, mielenterveydenhäiriöihin, tartuntatauteihin ja tapaturmiin.

Vankien terveystutkimuksen (2006) mukaan myös vankien mielenterveysongelmat ovat yleisiä, sillä vain 6 %:lla tutkituista ei todettu yhtään elinikäistä psykiatrista diagnoosia. Tutkimushetkellä 85 %:lla naisvangeista ja 78 %:lla miesvangeista voitiin todeta jokin mielenterveyden häiriö. Jokin elämänaikainen persoonallisuushäiriö todettiin noin 70 %:lla mies- ja naisvangeista. Tutkimushetkellä skitsofreniaryhmän, mielialahäiriöryhmän ja ahdistuneisuushäiriöryhmän diagnoosit olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Iän suhteen todettiin ero vain elämänaikaisissa päihdehäiriöissä: niiden osuus oli kaikkein pienin vanhimmassa ikäryhmässä. (Joukamaa ym. 2010, 46–47.)

Kansanterveyslaitos suoritti kyselyn neljässä vankilassa syksyllä 1995. Kyselyn (N=354) mukaan 73 % vastaajista oli kokeillut ja 31 % käyttänyt säännöllisesti huumeita vankeuden aikana. 40 % säännöllisistä käyttäjistä (11 % kaikista vastaajista) kertoi käyttävänsä huumeita suonensisäisesti. Melkein kaikki vastaajat olivat käyttäneet kannabista, 60 % lääkkeitä, 57 % amfetamiinia ja 29 % opioideja. Kolmannes vastaajista arvioi, että heidän vankeuteen johtanut rikoksensa liittyi laittomien huumeiden kauppaan tai käytön rahoittamiseen. (Korte ym. 1996, 9–10.)

Lyhytaikaisvangeille (N=351) vuonna 2008 suunnatussa kyselyssä 62 % vastaajista oli käyttänyt ainakin yhtä huumetta ja 42 % käyttänyt huumeita suonensisäisesti. Yhdeksän kymmenestä vangista tunnisti päihteiden käytön vaikutuksen rikollisiin tekoihin. Yli puolet oli tehnyt rikoksia saadakseen päihteitä. Yli puolet oli ottanut alkoholia ja lähes puolet huumetta tai rauhoittavia aineita, jotta ei hermoilisi rikoksen aikana. Kaksi viidestä (42 %) vastaajasta arvioi olevansa alkoholikuntoutuksen tarpeessa, mutta vain 23 % heistä oli ollut kuntoutuksessa vankeuden aikana. Viidennes arvioi olevansa halukas huume kuntoutukseen ja heistä joka kolmas oli ollut kuntoutuksessa vankeutensa aikana. (Kivivuori & Linderborg 2009, 47–49, 51.)

Rikosseuraamuslaitoksen neljässä vankilassa joulukuussa 2010 tekemässä kyselyssä päihteiden käyttö näyttäytyy yllättävän vähäisessä roolissa. Kyselyyn vastanneista 252 vangista vain 10 kertoi jatkaneensa päihteiden käyttöä vankilaan joutumisen jälkeen. Yli puolet vastaajista (n=140) sen sijaan raportoi lopettaneensa päihteiden käytön vankilaan jouduttuaan. Yli kolmannes vastaajista (n=99) kertoi, ettei ollut käyttänyt päihteitä välittömästi ennen vankilaan joutumista. (Tanhua ym. 2011, 142.)

Vankitietojärjestelmään vuonna 2008 dokumentoitujen päihdetestien tulosten perusteella (N=10 634) alkoholi oli edelleen käytetyin päihde vankiloissa. Muita usein käytettyjä päihteitä olivat bentsodiatsepiinit, buprenorfiini, amfetamiini ja kannabis (Obstbaum, Ryyänen & Tyni 2009). Vuonna 2010 vankiloissa otettiin huume testejä virtsasta yhteensä 19 500 kertaa. Näistä 1 500 testiä lähetettiin laboratorioon varmistus- ja lisäseulontaan, missä varmistui 727 löydöstä. Yleisimmin löydetyt aineet olivat bentsodiatsepiinit, buprenorfiini ja amfetamiini. (Tanhua ym. 2011, 143.)

Itsensä päihdyttämiseen liittyviä kurinpitorangaistuksia määrätään vankiloissa vuosittain alle 500 kertaa. Vankilasta takavarikoidut huume määrät ovat viime vuosina olleet laskussa mm. tiukentuneen valvonnan, päihdeettömien osastojen lisääntymisen ja tehostuneen päihdetestauksen vuoksi. Vuonna 2010 takavarikoitujen kannabis-, amfetamiini- ja heroiinimäärä oli yhteensä vajaat 200 grammaa (vuosina 2003–2006 n. 600 g/vuosi). Erilaisia lääkkeitä (mm. buprenorfiini) takavarikoitiin kuitenkin yli 5 000 kpl. (Tanhua ym. 2011, 145–146.)

Vankiloiden päihdekuntoutus

Ensimmäiset päihdekuntoutusohjelmat käynnistyivät 1980-luvun lopulla Keravan nuorisovankilassa ja Hämeenlinnan vankisairaalassa. Vankien päihdehuolto-projektissa neljä päihdepalveluja tuottavaa järjestöä kehitti päihdekuntoutusohjelmia yhteistyössä vankiloiden kanssa vuosina 1996–1999. Vankeinhoidon ensimmäinen päihdestrategia laadittiin vuonna 1999, samoihin aikoihin kuin Suomen huumepolitiikka määrittyi Valtioneuvoston periaatepäätöksessä huumausainepolitiikasta (1999), jota edelsi huumausainepoliittisen toimikunnan mietintö (Huumausainestrategia 1997). Vankeinhoidon päihdestrategia päivitettiin vuonna 2004¹. Samoin kuin kansallinen ”kaksiraiteinen” huume-strategia (Tammi 2007), vankeinhoidon päihdestrategia korostaa sekä kontrollitoimien että hoidon ja kuntoutuksen merkitystä. Samaan aikaan kuin kuntoutusohjelmia on kehitetty, on lisätty myös erilaisten kontrollitoimien määrää (huumetestit, huume-koirat, henkilö- ja sellitarkastukset). (Tourunen ym. 2012.)

Kuntoutusohjelmien hyväksymismenettelyn (akkreditointi) asiantuntijaryhmä nimettiin vuonna 2002 ja ryhmämuotoisten ohjelmien ohjausryhmä vuonna 2009. Rikosseuraamusalan ohjelmatyön linjaukset julkaistiin vuonna 2007 ja uudistettiin 2010. (Knuuti & Vogt-Airaksinen 2010.)

Suomen vankiloissa oli vuonna 2010 käytössä 8 hyväksymismenettelyn läpi käynnyttä päihdeohjelmaa ja yksi hyvänä käytäntönä hyväksytty päihdekurssi. Vuonna 2010 päihdekuntoutusohjelmiin osallistui 440 vankia eli 35 % kaikista erilaisiin kuntoutusohjelmiin osallistuneista vangeista (N=1 264). Päihdeohjelmien ja niihin osallistuneiden vankien määrä nousi nopeasti vuosituhaten vaihteessa ja saavutti huippunsa vuonna 2002 (N=1 347). Vielä vuonna 2005 päihdeohjelmiin osallistui hieman yli tuhat vankia, mutta sen jälkeen määrä on huomattavasti laskenut. Kehitykseen ovat vaikuttaneet mm. muutokset tilastoinnissa (lyhyisiin informatiivisiin ohjelmiin osallistujat eivät ole enää mukana), ohjelmien hyväksymismenettelyn vaatavuus, vankeinhoidon organisatoriset muutokset, resurssien tiukentuminen valtion tuottavuusohjelman vaatimien säästöjen vuoksi sekä voimavarojen kohdentuminen uusien rangaistusmuotojen käyttöönottoon (valvottu koevapaus, valvontarangaistus). Päihdekuntoutus ei enää viime vuosina ole ollut kehittämisen ytimessä samalla tavalla kuin reilu kymmenen vuotta sitten. Päihdekuntoutusohjelmia toteutetaan myös erillään vankeinhoidon terveydenhuollon organisaatiosta, mikä vaikeuttaa haittoja vähentävien toimenpiteiden ja päihdekuntoutuksen yhteistyötä. (Tourunen ym. 2012.)

¹ Tämän jälkeen Rikosseuraamuslaitoksen päihdetyön linjaukset on uusittu vuonna 2010 vuosille 2012–2016.

III REKISTERITUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tuuli Pitkänen, Teemu Kaskela, Jouni Tourunen ja Sasu Tyni

Päihdehoidossa olleita potilaita (N=10 898) koskeva tutkimus perustuu laajempaan tutkimushankkeeseen *Rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus päihdehuollon avo- ja laitospotilaiden elämänculusta* (RIPE), jonka aineisto koostuu kaikkiaan 12 047 Järvenpään sosiaalisairaalassa sekä kahdella helsinkiläisellä poliklinikalla vuosina 1990–2009 asioineen potilaan anonymisoiduista tiedoista. Elämänculun ja yhteiskuntaan integroitumisen tarkastelua varten hoitotietoihin on yhdistetty muista rekistereistä tietoa rikollisuudesta, sairaalahoidojaksoista, verotuksesta sekä mahdollisesta kuolemasta. Tutkimukseen on saatu rekisterinpitäjien sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen luvat ja A-klinikkasäätiön tutkimuseettinen toimikunta on hyväksynyt hankkeen.

3.1 Päihdehoitoa koskevat tiedot 1990–2009

Tutkimusaineisto koostui 10 898 potilaasta, jotka olivat olleet päihdehoidossa vuosien 1990–2009 aikana. Heistä 48 % oli ollut laitoshoidossa Järvenpään sosiaalisairaalassa ja 61 % oli ollut avohoidossa jollakin tutkituista avoklinikoista; ainoastaan avohoidossa olleita potilaita oli 5 706, ainoastaan laitospotilaina olleita 4 292 ja sekä avo- että laitospotilaana olleita 900.

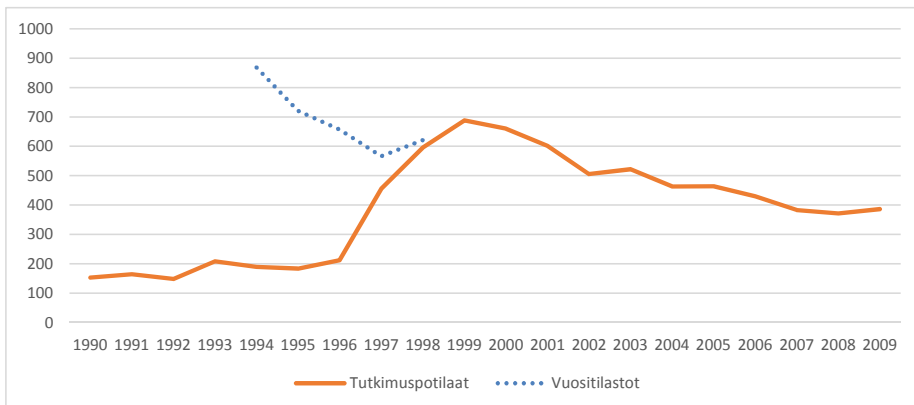
Laitoshoito

Tutkimusaineiston laitospotilaat olivat olleet hoidossa Järvenpään sosiaalisairaalassa. Järvenpään sosiaalisairaala on valtakunnallinen päihdesairaala, joka on yli 60 vuotta tuottanut hoito- ja kuntoutuspalveluja päihde- ja riippuvuusongelmallisille ja heidän läheisilleen. A-klinikkasäätiön yksikkönä sairaala on toiminut vuodesta 1994 lähtien. A-klinikkasäätiö on voittoa tavoittelematon yleishyödyllinen järjestö, joka on tällä hetkellä Suomen suurin päihdealan organisaatio.

Sosiaalisairaalan tarjontaan on kuulunut katkaisu- ja vieroitushoitoa, päihde- ja mielenterveysongelmaisten yhdistettyä kuntoutusta, perhekuntoutusta ja vuodesta 1998 alkaen opioidiriippuvaisten korvaushoitoa. Hoito on sisältänyt hoidon tarpeen ja lääkityksen arvioinnin, hoitosuunnitelman laatimisen yhdessä potilaan, läheisten ja kotikunnan työntekijöiden kanssa, laituskuntoutusjakson ja jatkohoidon suunnittelun, verkostokokouksia sekä tarvittaessa intervallijaksoja. Hoitotoiminta on perustunut Käypä hoito -suositukseen, kognitiiviseen viitekehykseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Sairaalan perustoiminnot

pysyivät tutkimuksen kohteena olleiden vuosien aikana melko samoina, mutta toimintatavat, toiminnalliset rakenteet ja potilasaines muuttuivat jonkin verran. Sairaalan paikkamäärä vaihteli 71–110 asiakaspaikan välillä ja henkilökunnan määrä 60–120 työntekijän välillä. Hoidossa oli joitakin itse maksavia asiakkaita, mutta pääasiallisesti hoitoon tulo edellytti potilaan kotikunnan sosiaali- tai terveystoimen lähetystä ja maksusitoumusta.

Tutkimusaineisto sisältää tietoja 5 192 potilaasta, jotka olivat vuosien 1990–2009 välillä olleet sosiaalisairaalassa laitoshoidossa päihdeongelman takia. Yhteensä 4 565 potilaan tiedot koottiin sähköisistä järjestelmistä Seniori 3/1997–12/2001 ja Mediatri 2002–2009. Aineistoon tuli lisäksi mukaan kaksi otosta koskien ajanjaksoa 1990–2/1997. Aineistoa täydennettiin paperiarkistosta lasten otoksen laajentamiseksi manuaalisesti niin, että se sisältää kaikki vuosina 1975–1991 syntyneet lapset, jotka ovat olleet vanhempiensa mukana hoidossa vuosina 1990–2009 sekä heidän vanhempansa. Tästä syystä aikuisia potilaita koskeva aineisto täydentyi 337 hoidossa olleella vanhemmalla. Lisäksi aineisto täydentyi 295 avopotilaan osalta, koska he olivat kansallisen Hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) tietojen perusteella olleet hoidossa sosiaalisairaalassa vuosina 1990–1997 ennen sairaalan sähköisen hoitorekisterin käyttöönottoa. Tutkimusaineisto ei siis kata kaikkia sosiaalisairaalassa hoidossa olleita potilaita vuosilta 1990–1997.



Kuvio 3.1 Tutkimukseen kuuluvien sosiaalisairaalan potilaiden määrä hoitovuosittain. Vuodet 1990–97 sisältävät kaksi otosta, mutta vuodet 1998–2009 sosiaalisairaalan kaikki laitospotilaat. Lisäksi vuosien 1994–1998 osalta sairaalan vuositulastojen mukaiset potilasmäärät (Ovaska 1999).

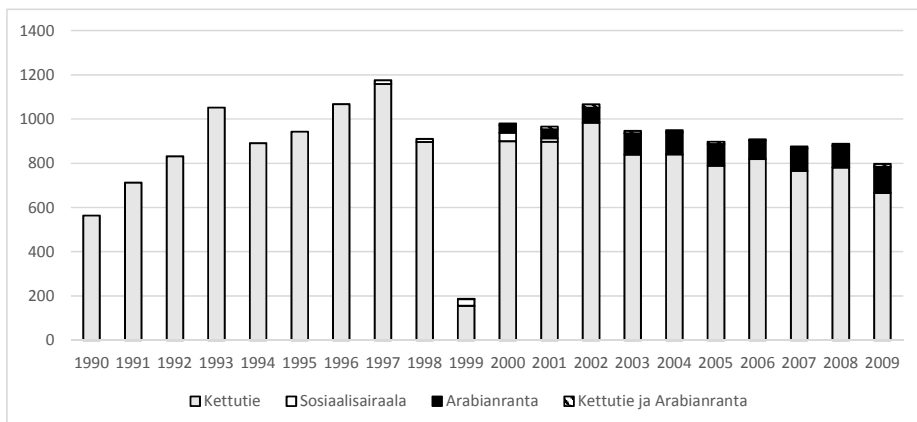
Järvenpään sosiaalisairaalassa potilaiden hoitotietojen kirjaamiseen oli käytetty vuosien varrella useita menetelmiä erilaisine ohjeineen. Sairaalan hoitoker-
tomuksista oli saatavissa numeerisessa muodossa potilaan hoitojaksoja ja päihteiden käyttöä koskevia tietoja sekä perustietojen (sukupuoli ja ikä) lisäksi

vaihtelevalla tarkkuudella taustatietoja kuten siviilisäätö, asuinkunta, koulutus, työ- ja asumistilanne. Lisäksi hoitokertomuksiin oli kirjautunut paljon henkilön elämäntilanteeseen, historiaan, kokemuksiin ja tavoitteisiin liittyvää tietoa, jota analysoitiin laadullisia menetelmiä käyttäen kuitenkin vain osittain ja vain osalta potilaista.

Järvenpään sosiaalisairaalassa laitoshoidossa olleilla tutkimusaineistoon kuuluvilla potilailla (n=5 192) oli vuosina 1990–2009 yhteensä 12 453 hoitajaksoa. Hoitajaksojen pituus vaihteli vajaasta vuorokaudesta 280 vuorokauteen, keskiarvo oli 24,1 vuorokautta. On tyypillistä että laitospotilaat käyvät useita kertoja erityisesti katkaisu- ja vieroitushoidossa, lisäksi monien potilaiden hoitosuunnitelmaan kuuluu yksi tai useampi jälki- eli intervallijakso perusjakson jälkeen. Puolet potilaista (52 %) oli ollut hoidettavana kerran, viidennes (19 %) kaksi kertaa ja toinen viidennes (21 %) 3–5 kertaa. Tutkittavista 4 % oli ollut sairaalassa vähintään kahdeksan kertaa.

Avohoito

Avohoitoa koskevaan tutkimusaineistoon sisältyivät kaikki asiakasrekisteriin kirjatut päihdehoitoon hakeutuneet potilaat (n=6 606) kahdesta A-klinikkasäätiön avohoitoyksiköstä Helsingistä vuosilta 1990–2009 sekä Järvenpään sosiaalisairaalassa vuosina 1997–2001 asioineet poliklinikka-asiakkaat. Tutkimuksen kohteena olleet avopotilaat olivat pääasiassa Kettutien A-poliklinikan asiakkaita (kuvio 3.2). 2000-luvulla Arabianrannan päihdeklinikan osuus oli noin 10 prosenttia hoidossa käyneistä potilaista. Tietojärjestelmämuutoksen vuoksi Kettutien A-poliklinikan käynnit on merkitty puutteellisesti vuonna 1999.



Kuvio 3.2 Avopotilaiden (n=6 606) potilastietojärjestelmään merkityt käynnit vuosina 1990–2009

A-klinikkasäätiön Kettutien A-poliklinikka aloitti toimintansa 2.5.1990. Vuosina 1990–2009 klinikka oli päihderiippuvuusongelmien tutkimiseen ja hoitoon erikoistunut terveydenhuollon avohoitoyksikkö. Poliklinikka on palvellut Helsingin sosiaaliviraston itäisen sosiaaliaseman Herttoniemen toimialueella asuvia pääasiassa yli 23-vuotiaita päihdeongelmaisia ja heidän läheisiään sekä rajoitetusti muita helsinkiläisiä. Klinikalla on käynyt vuosittain noin 700 potilasta. Poliklinikka on tarjonnut myös päihdekoulutusta ja koulutuspaikkoja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle.

Arabianrannan päihdekliniikka perustettiin 1.1.2006 yhdistämällä kaksi vuosituhannen alkupuolelta Helsingissä toiminutta A-klinikkasäätiön korvaushoitoyksikköä: Vieroitushoitopoliklinikka ja K-klinikka. Arabianrannan päihdekliniikalla on ollut noin 70 potilaspaikkaa. Vuosina 2000–2009 näillä opioidiriippuvuuksiin erikoistuneilla klinikoilla on toteutettu sosiaali- ja terveysministeriön asetusten mukaista lääkkeellistä korvaushoitoa, jota on tuettu kognitiivisesti suuntautuneella psykososiaalisella työotteella. Klinikalla on pyritty tukemaan potilaiden päihderiippuvuuden hallintaa ja yhteiskuntaan integroitumista. Keskeisiä tavoitteita ovat olleet huumeriippuvuuden hoito, päihteiden käytön ja siihen liittyvien terveysriskien ehkäiseminen ja vähentäminen, syrjäytymis- ja rikoskierteiden katkaiseminen tai lieventäminen, ihmissuhteiden ja sosiaalisten verkostojen elvyttäminen sekä ammatillisen kuntoutuksen edistäminen.

Hoitopaikoittain avohoidon potilaiden kokonaismäärät (kuvio 3.3) jakautuvat seuraavasti: Kettutien A-poliklinikka 6 172 potilasta (2.5.1990–14.9.2009), Arabianrannan päihdekliniikka 232 potilasta (2000–14.9.2009), Järvenpään sosiaalisairaalan poliklinikka 95 potilasta (20.1.1997–12.12.2001) ja sekä Arabianrannassa että Kettutiellä hoidossa olleet 107 potilasta. Kettutien ja Arabianrannan potilaista 900 oli ollut myös laitoshoidossa sosiaalisairaalassa.

Avo- ja laitospotilaana (AL) n=900; miehiä 66%, syntymävuosi (ka.) 1965	Avopotilaat n=5706; miehiä 72%, syntymävuosi (ka.) 1959
Kettutien a-poliklinikka n=723; miehiä 65 %, syntymävuosi (ka.) 1962	Kettutien a-poliklinikka n=5449; miehiä 72 %, syntymävuosi (ka.) 1959
Kettutie ja Arabianranta n=53; miehiä 59 %, syntymävuosi (ka.) 1974	Kettutie ja Arabianranta n=54; miehiä 83 %, syntymävuosi (ka.) 1974
Arabianranta n=124; miehiä 73 %, syntymävuosi (ka.) 1975	Arabianranta n=108; miehiä 81 %, syntymävuosi (ka.) 1974
	Sosiaalisairaalan avopotilaat n=95; miehiä 82 %, syntymävuosi (ka.) 1963

Kuvio 3.3 Avopotilaat (n=6 613) hoitopaikoittain: lukumäärä, miesten osuus prosentteina ja syntymävuoden keskiarvo.

Kettutien A-poliklinikalla potilaiden hoitotietojen kirjaamiseen käytettiin sähköistä tietojärjestelmää: Paradox 1990–1999 ja Hoitorekisteri 2000–2009. Vanhoja tietoja ei siirretty uuteen sähköiseen tietojärjestelmään. Vuonna 1999, järjestelmien vaihtumisen aikaan, tapahtumia oli poikkeuksellisen vähän, mikä viittaa siihen että joitakin tietoja puuttuu. Arabianrannan poliklinikalla kaikkien potilaiden perustiedot on tallennettu Hoitorekisteriin, mutta alkuvuosina (2000–2002) Hoitorekisteriin kirjattiin vain hyvin niukasti muuta tietoa. Ensimmäinen ja viimeinen tutkimuksen kohteena ollut vuosi oli vajaa, koska Kettutien klinikka avattiin vasta 2.5.1990 ja koska aineistot haettiin jo 14.9.2009. Lukuun ottamatta näitä kolmea poikkeuksellista vuotta, tutkimusaineiston avopotilaiden määrä (jokainen asiakas esiintyy kunakin vuonna vain yhteen kertaan) vaihteli vuosittain 700 ja 1200 asiakkaan välissä. Eniten eri potilaita oli käynyt vuonna 1997.

Poliklinikoiden hoitokertomuksista oli saatavissa numeerisessa muodossa joitakin potilaan perustietoja (kuten sukupuoli, ikä, siviilisäätty, koulutus, työ- ja asumistilanne) sekä päihteiden käyttöön ja hoitoon liittyviä tietoja (kuten hoitokirjaukset). Lisäksi hoitokertomuksiin oli kirjautunut paljon henkilön elämäntilanteeseen, -historiaan, kokemuksiin ja tavoitteisiin liittyvää tietoa, jota on analysoitu laadullisia menetelmiä käyttäen vain osittain ja vain osalta potilaista.

3.2 Rikollisuutta, sairaalahoitoja, verotuloja ja kuolemaa koskevat rekisteritiedot

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihdeongelmaisten elämäntulkua rekisteritietojen avulla. Hoitokertomustietojen lisäksi tutkimusaineisto sisälsi anonymisoituja tietoja potilaiden rikollisuudesta, sairastavuudesta, verotuksesta ja kuolleisuudesta. Taulukkoon 3.1 on merkitty, kuinka suurella osalla tutkittavista oli vähintään yksi merkintä kussakin rekisterissä. Taulukkoa tarkasteltaessa on syytä ottaa huomioon, että taulukko ei anna todellista kuvaa verotietojen ja viimeaikaisen rikollisuuden osalta, koska kuolleiden osuutta ei tässä taulukossa ole poistettu.

Taulukko 3.1 Päihdehoidossa olleiden henkilöiden esiintyminen eri rekistereissä, prosentittaulukko

	Laitos- potilaat n	4 292	Avo- ja laitospotilaat n	900	Avopotilaat n	5 706	Kaikki potilaat n	10 898
Kuollut 27.10.2010 menessä		21		24		26		24
Verotiedot 2004–2008		94		86		87		89
Sairaalahoitot HILMO 1990–2009*		97		98		91		94
Tuomiolauselmarekisteri 2004–2010		42		44		28		35
Sakkorekisteri 2006–2010		41		45		31		36
Rikosrekisteri 17.11.2010		27		30		18		23
Vankitietojärjestelmä (VATI) 1990–2010		30		48		30		31

* Luvuista on poistettu Järvenpään sosiaalisairaalan osuus.

Kuolintiedot

Tiedot kuolleista, kuolinpäivästä ja kuolinsyistä haettiin Tilastokeskuksesta. Muiden hoito- ja rekisteritietojen käytettävyyden kannalta oli erityisen tärkeää tietää, ketkä potilaista olivat kuolleet ja milloin. Tilastokeskukseen oli 27.10.2010 mennessä saapunut tieto 2 632 tutkimuksen kohteena olleen henkilön kuolemasta. Lähes joka neljäs päihdehoidossa olleista potilaista oli kuollut.

Pääasiallinen kuolinsyy ja korkeintaan neljä muuta kuolemaan vaikuttanutta syytä oli kirjattu rekisteriin ICD-10-koodeja käyttäen lukuun ottamatta vuosia 1990–1996, jolloin käytössä oli ICD-9-luokitus. Joissakin tapauksissa kuolinsyytieto puuttui, koska tieto ei ollut hakupäivään mennessä ehtinyt saapua Tilastokeskukseen.

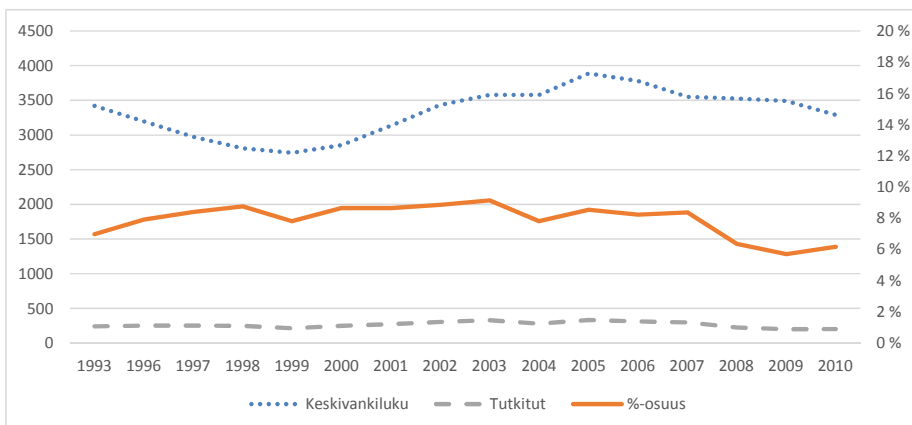
Sairaalapalveluiden käyttöön ja sairastavuuteen liittyvät tiedot (HILMO)

Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO) ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL; Laki terveydenhuollon valtakunnallisista rekistereistä 4 §; esim. HILMO 2006). Vuoteen 1993 asti oli käytössä tietosisällöltään suppeampi Poistoilmoitusrekisteri. Terveydenhuollon rekistereistä haettiin tiedot tutkittavien kaikista sairaalahoitajaksoista vuosilta 1990–2009. Rekistereistä pyydettiin mm. tiedot hoitajakson alkamispäivämäärästä, hoitajakson pituudesta sekä päädiagnooseista ja kahdesta sivudiagnoosista. Diagnoosit oli kirjattu vuosina 1990–1995 käyttäen ICD-9-luokitusta ja vuodesta 1996 alkaen käyttäen ICD-10-luokitusta. Yhteensä 95 % tutkituista potilaista oli asioinut suomalaisessa sairaalassa vuosina 1990–2009 ja luku oli miltei yhtä korkea (94 %) ilman sosiaalisairaalan hoitajaksoja.

Vankitietojärjestelmä (VATI)

Rikosseuraamuslaitoksen vankitietojärjestelmästä (VATI) haettiin tietoja siitä, kenellä tutkittavista oli vankeus- tai yhdyskuntapalvelujaksoja sekä lisäksi tietoja jaksojen ajoituksesta ja sisällöistä sekä vankeuteen johtaneista rikoksista. VATIsta saatiin järjestelmällisesti tiedot vankeus-, sakko-, nuoriso- ja tutkintavankeuksista sekä yhdyskuntapalveluista ja nuorisorangaistuksista ajalta 1.1.1992–1.1.2011. Tietojärjestelmä kattaa toistaiseksi kaikki rangaistus- ja tutkintavankeuskaudet vuodesta 1992 alkaen. Poistamissäännösten takia osa tiedoista poistetaan Rikosseuraamuslaitoksen uuden asiakastietojärjestelmän (Roti) käyttöönoton yhteydessä. Tietojärjestelmään on kirjattu myös osittain henkilöiden tietoja ennen vuotta 1992. Jaksoista 13 % ajoittui vuosille 1953–1989 ja 5 % vuosille 1990–1991. Vankeuksia koskevia käsitteitä ja lyhenteitä on määritelty sivulla 7.

Lähes kolmanneksella tutkituista päihdepotilaista oli merkintä vankitietojärjestelmässä 1992–2010. Tutkimusaineistoon kuuluneiden vankilassa olleiden potilaiden (sisältäen vankeusvangit, sakkovangit ja tutkintavangit) määrää verrattiin kaikissa Suomen vankiloissa olleiden vankien määrään (kuvio 3.4). Prosenttiosuus vaihteli 6 % ja 9 % välillä; vuosina 2008–2010 osuus oli aikaisempaa pienempi. Tutkimusaineiston vankien ikä oli 1.5.2009 keskimäärin 32 vuotta, joten he olivat hieman nuorempia kuin muut vangit (34 vuotta; $p = 0.030$).



Kuvio 3.4 Suomen vankiloissa olleiden vankien ja tutkimusaineistoon kuuluneiden vankien määrä vappuna vuosittain; vasemmalla asteikkona lukumäärä ja oikealla tutkimusaineistoon kuuluneiden prosenttiosuus kaikista vangeista

Oikeusrekisterikeskuksen alaiset tiedot

Viimeaikaisesta rikollisuudesta tietoja haettiin Oikeusrekisterikeskuksen alaisista tuomiolauselmajärjestelmän ja rangaistusmääräysrekisterin tiedoista sekä rikosrekisteritiedoista. Merkintä näissä rekistereissä vaati rikoksen tekemistä eli jo rekistereissä esiintyminen kuvaa rikollisuuden määrää. Näitä rekistereitä koskevat kuitenkin tiukat vanhenemissäännökset, joten näiden rekisterien sisältämää tietoa voidaan käyttää vain viimeaikaisen rikollisuuden tutkimiseen. Potilaista 16 %:lla oli merkintä sekä Rikosrekisterissä että Tuomiolauselma- ja Rangaistusmääräysrekisterissä. Yli puolella tutkituista potilaista (53 %) ei ollut merkintää yhdessäkään näistä rekistereistä.

- 1) Tuomiolauselmarekisteri sisältää tiedot rikoksista, joista käräjäoikeus on antanut tuomion. Käytettävä tutkimusaineisto sisältää tuomiotiedot ajalta 1.11.2004–16.11.2010. Kolmannes tutkimukseen kuuluvista potilaista löytyi tästä rekisteristä.
- 2) Rangaistusmääräysrekisteri sisältää tietoa syyttäjän ilman oikeuden päätöstä vahvistamista sakoista (vähäinen rike). Tutkimusaineisto sisältää tiedot ajanjaksolla 1.1.2006–19.11.2010 määrätystä sakoista. Tutkimuksen kohteena olleista henkilöistä reilu kolmannes löytyi tästä rekisteristä.
- 3) Rikosrekisteri on kansallinen keskusrekisteri, johon on kirjattu tiedot tuomioista, jotka ovat johtaneet ehdolliseen sekä ehdottomaan vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun. Tiedot poistetaan rekisteristä tietyin määräajoin rangaistuksen vakavuusasteen mukaan, lisäksi poistetaan kuolleiden henkilöiden tiedot. Tutkimusaineisto sisältää ainoastaan tiedon siitä, oliko henkilöllä

rikosrekisterissä rangaistusmääräys 17.11.2010. Vajaalla neljänneksellä (23 %) tutkimusaineiston päihdepotilaista oli tuona päivänä merkintä tässä rekisterissä.

Verotiedot

Verohallinnosta haettiin tiedot verotettavasta ansiotulosta sekä pääomatulon määrästä sekä verotuskunnasta. Tiedot oli mahdollista saada vain viideltä viimeiseltä vuodelta, jolta verotus oli vahvistettu. Tietojen avulla pyrittiin karkeasti erottelamaan työelämässä ja pääasiassa sosiaaliturvan piirissä olevat tutkimushenkilöt. Kotikuntatieto kertoi aineiston edustavuudesta sekä tutkittavien alueellisesta liikkuvuudesta.

Verottajalta puuttui tieto 11 % henkilöistä, mikä selittyi lähes kokonaan sillä, että henkilö oli kuollut tai hän oli ollut alaikäinen vuosina 2004–2008. Mainittakoon, että osalla kuolleista oli merkintöjä verottajan rekisterissä. Ulkomaille muuttaminen tai yhteiskunnasta syrjäytyminen saattoi olla syynä rekisteristä puuttumiseen muutamien henkilöiden (0,2 %) kohdalla.

3.3 Tutkimusluvut ja eettiset näkökulmat

Tutkimuksessa analysoidaan hyvin arkaluontoista tietoa. Tämän vuoksi eettiset näkökulmat on otettu tutkimusta suoritettaessa huolellisesti huomioon. Tutkimusluvut hoito- ja rekisteritietojen käyttöön haettiin rekisterinpitäjien, tietosuojavaltuutetun toimiston, sosiaali- ja terveysministeriön sekä A-klinikkasäätiön ohjeiden mukaisesti. Aineistoa käsittelevät ainoastaan vaitiolovelvollisuuteen sitoutuneet työntekijät.

Kettutien A-klinikka ja Järvenpään sosiaalisairaala sekä sen alainen Arabianrannan päihdekliniikka olivat tutkimuksessa käytettävien rekisterien osalta yksityisiä terveydenhuollon toimintayksiköitä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 13 §). Hyväksynyt tutkimuksen toteuttamiselle saatiin 13.8.2009 Järvenpään sosiaalisairaala ja 4.9.2009 Kettutien A-klinikalta. Tutkimus käsiteltiin A-klinikkasäätiön eettisessä toimikunnassa 16.12.2009 ja tutkimuslupa saatiin myös A-klinikkasäätiöltä 2.2.2010. Hoitotietojen käytön lupaprosessiin liittyen tutkijat tapasivat tietosuojavaltuutettu Reijo Aarnion 7.12.2009. Lupa hoitotietojen käyttöön sekä toisiin rekisteritietoihin yhdistämiseen haettiin 18.12.2009 sosiaali- ja terveysministeriöstä, koska tiedot koskettivat useamman sairaanhoidopiirin potilaita. Lupaviranomainen vaihtui hakemuksen käsittelyaikana, joten tutkimusluvan myönsi lopulta Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 12.10.2010. Tutkimusaineistoa koskeva rekisteriseloste on nähtävissä A-klinikkasäätiöllä.

Lupa tuomiolauselmajärjestelmän rikosasiainrekisterin ja rangaistusmääräysrekisterin tietoihin haettiin Oikeusrekisterikeskuksesta (Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta 24 § ja 28 §; Henkilötietolaki 14 §). Tutkimuslupa saatiin 20.10.2009, jonka jälkeen pidettiin kokous tietojen luovuttamisesta (10.12.2009). Kokouksen perusteella lupaa päädyttiin täydentämään siten, että se koskee myös rikosrekisteritietoja (Rikosrekisterilaki 9 §). Täydennyslupa rikosrekisteritietojen käyttämiseen myönnettiin 30.12.2009.

Vankitietojärjestelmän tietojen käyttöön haettiin lupaa Rikosseuraamusvirastosta, nykyisin Rikosseuraamuslaitos (Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta 24 § ja 28 §; Henkilötietolaki 14 §; Laki henkilötietojen käsittelystä rangaistusten täytäntöönpanossa 16 § 3 momentti). Tutkimuslupa myönnettiin 12.10.2009.

Lupaa tietoihin kuolleista, kuolinpäivästä ja kuolinsyistä haettiin Tilastokeskuksesta seuraaviin lakeihin perustuen: Laki kuolemansyyn selvittämisestä (15 § 3 mom.), Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (24 § ja 28 §), Tilastolaki (13 §). Lupa myönnettiin 8.1.2010.

Terveystietojärjestelmän hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO), aiemmin Sairaalan poistoilmoitusrekisteriä, ylläpitää Terveystietojärjestelmän ja hyvinvoinnin laitos (THL) (Laki terveydenhuollon valtakunnallisista rekistereistä 4 §). Lupa tietojen käyttöön haettiin sosiaali- ja terveysministeriöstä. Lupaviranomainen vaihtui hakemuksen käsittelyaikana, joten tutkimusluvan myönsi Terveystietojärjestelmän ja hyvinvoinnin laitos 12.10.2010.

Verotiedot haettiin Verohallinnosta erillisellä tietolupahakemuksella (Laki verotustietojen julkisuudesta ja salassapidosta 5 §, Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 16 §). Tietojen luovutuksesta oli päätetty asiantuntijapäätöksellä soveltaen erityisesti lakia verotustietojen julkisuudesta ja salassapidosta. Lupa myönnettiin 14.6.2010.

Selvyyden vuoksi mainittakoon, että vaikka tutkimuksessa käsiteltiin potilaiden terveystietoja, kyseessä on tieteellinen tutkimus, jossa käsitellään arkaluonteisia tietoja eikä lääketieteellinen tutkimus. Tutkittavien henkilökohtaisen suostumuksen hankkiminen ei ollut mahdollista tutkittavien määrän ja yhteystietojen puuttumisen vuoksi, joten lupa arkaluonteisten tietojen ja henkilötunnusten käyttöön perustui tieteellistä tutkimusta varten henkilötietolaissa säädetyille poikkeuksille (Henkilötietolaki 12 §, 13 § ja 14 §), sekä aiemmin mainituille erityislaeille kuolin-, potilas-, rikos- ja vankitietojen käytöstä.

Aineistojen analysointi tapahtuu nimettömästi. Tutkijoiden käytössä olevat tutkimustietokannat eivät sisällä henkilötietoja, vaan henkilöille on luotu satunnaiset tutkimusnumerot tietojen käsittelyä varten. Raportista ei voi tunnistaa ketään yksittäistä henkilöä.

3.4 Tutkimuskysymykset

Seurantatutkimuksessa selvitettiin, millaista tietoa päihdehoidon asiakkaiden integroitumisesta yhteiskuntaan saadaan hoito- ja rekisteritietojen avulla. Päihdehoidossa olleista potilaista sekä vangeista tarvitaan seurantatietoa palveluiden ja vankeinhoidon kehittämiseksi. Tätä asiakaskuntaa ei ole helppo tavoittaa ja motivoida täyttämään seurantalomakkeita tai osallistumaan haastatteluihin, joten seurantatutkimus toteutettiin käyttämällä rekistereihin kertyneitä tietoja.

Rekisteritutkimuksen tavoitteena oli päihdehoidossa olleita potilaita koskevan tiedon lisääminen. Tutkimus käsitti kolmen päihdehoitopaikan potilaat vuosilta 1990–2009. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rekisteritiedoista sekä rikollisuus-, vero- ja kuolleisuustiedoista haettiin tietoa potilaiden tilanteesta ja niissä tapahtuneista muutoksista. Rekisteritiedon perusteella pyrittiin arvioimaan tutkimusjoukon edustavuutta ja tekemään vertailuja väestöä koskeviin tietoihin. Arvioinnissa käytettiin apuna luvussa 2 esitettyä aiempaa tutkimus- ja tilastotietoa.

Seurantatutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli saada tietoa rikollisuuden yleisyydestä ja ajoittumisesta päihdehoidossa olleiden laitos- ja avopotilaiden keskuudessa. Palvelujen kehittämisen kannalta on tärkeää tietää, onko apua haettu ennen rikollisen toiminnan alkamista, millaiset asiat lisäävät rikollisen toiminnan riskiä ja vähentyykö rikollinen toiminta päihdehoidon myötä. Tämän raportin luvut 4–8 kohdistuvat tiettyihin potilasjoukkoihin. Tutkimuksen tavoitteet esitetään seuraavaksi lukukohtaisesti.

Neljännessä luvussa tutkimuksen kohteena ovat kaikki päihdehoidossa olleet potilaat (N=10 898). Tavoitteena oli selvittää, poikkesivatko vankilassa olleet tai yhdyskuntapalvelun suorittaneet potilaat muista päihdehoidossa olleista avo- ja laitospotilaista. Tutkimuskysymyksiä oli neljä.

- 1) Kuinka suuri osuus tutkituista päihdeongelman takia avo- tai laitoshoitoon hakeutuneista naisista ja miehistä löytyi vankitietojärjestelmästä (VATI) ja millaisia merkintöjä heillä oli? Tiedossa on ollut, että päihdehoidossa olevista monet ovat tehneet rikoksia, mutta tarkkaa tietoa rikollisuuden yleisyydestä ei ole ollut.
- 2) Mitä ovat päihdehoitoon hakeutuneiden naisten ja miesten väliset erot rikollisuudessa? Naisten ja miesten päihteiden käytössä ja rikollisessa käyttäytymisessä on aiemmassa kirjallisuudessa todettu olevan paljon eroja (mm. Pitkänen 2006). Selvitimme sukupuolten välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä myös siksi, että jatkoanalyysien kannalta oli tärkeää tietää, tuleeko naisten ja miesten tuloksia tarkastella erikseen.

- 3) Mihin ikävaiheeseen päihdehoidossa olleiden potilaiden rikollisuus ajoittuu? Aiemman tutkimuksen perusteella rikollisuus ajoittuu erityisesti nuoruuteen. Ei kuitenkaan ole olemassa tarkkaa tietoa siitä, onko päihdeongelmaisten rikollisuudessa erityispiirteitä vai noudattaako se yleisiä trendejä sekä naisten että miesten osalta.
- 4) Poikkesivatko vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet potilaat muista potilaista käytettyjen päihteiden, päihdehoitoon hakeutumisen, mielenterveysongelmien, tartuntatautiin, sairaalapalveluiden käytön, kuolleisuuden, viimeaikaisen tulotason tai rikollisuuden osalta? Rekisteritiedon avulla tavoitteena oli tarkastella vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden potilaiden ja muiden potilaiden välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä. Aiemman tutkimuksen perusteella oletimme, että potilasryhmien välillä oli eroja, jotka olivat yhteydessä myös syntymävuoteen sekä hoitoon hakeutumiseen. Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleista potilaista oli oletettavasti suurempi osa huumeiden käyttäjiä kuin muista päihdehoidossa olleista potilaista.

Viidennessä luvussa tutkimuksen kohteena ovat ainoastaan ne potilaat (n=3 409), jotka olivat olleet vankeudessa tai suorittaneet yhdyskuntapalvelua vuosien 1990–2010 välillä. Tavoitteena oli syventää ymmärrystä näiden potilaiden elämästä. Tutkimuskysymyksiä oli neljä.

- 1) Millaisia ovat ne päihdehoidossa olleet naiset ja miehet, jotka ovat olleet myös vankilassa tai suorittaneet yhdyskuntapalvelua? Tavoitteena oli selvittää ja kuvailla naisten ja miesten elämäntilannetta demografisten tekijöiden ja päihdehoidon osalta.
- 2) Millaisia ja kuinka monia vankeusjaksoja päihdehoidossa olleilla potilailla oli ja millaiset teot olivat johtaneet rangaistukseen? Päihteiden käytön ja rikollisuuden välillä tiedetään olevan yhteys, mutta tarkempaa tietoa päihdehoitoon hakeutuneiden naisten ja miesten vankeuteen johtaneesta rikollisuudesta Suomessa ei ole ollut. Tavoitteena oli selvittää vankeusjaksojen lajeja, uusimisen määrää sekä sitä, millaisia rikoksia päihdeongelmaiset olivat tehneet.
- 3) Millaisia muutoksia oli tapahtunut kahden vuosikymmenen aikana päihdeongelmaisten rikollisuudessa? Päihteiden käyttö on tänä ajanjaksona Suomessa muuttunut, joten erityisesti selvitettiin syntymävuoden ja pääpäihteen yhteyksiä vankeusrangaistuksiin ja rikostyyppisiin.

- 4) Missä vaiheessa päihdehoitoon hakeudutaan? Tavoitteena oli selvittää, missä järjestyksessä vankeus- ja hoitajaksot sijoittuivat päihdeongelmaisten elämässä. Erityisesti selvitettiin kuinka suuri osuus oli hakeutunut päihdehoitoon ennen ensimmäisiä vankeusjaksoja ja kuinka moni oli ollut hoidossa viimeisen vankeusjakson jälkeen.

Kuudennessa luvussa keskitytään päihdehoidossa olleisiin miehiin (n=2 885), jotka olivat olleet myös vankeudessa tai suorittaneet yhdyskuntapalvelua 1992–2010 välisenä aikana. Erityisesti vertailtiin miehiä, joilla oli hoitotiedoissa merkintä vain alkoholista niihin miehiin, jotka olivat käyttäneet muita päihteitä. Tarkastelun kohteena olivat näiden miesten elämäntilanne sekä päihteiden käyttöön, rikollisuuteen ja kuolleisuuteen liittyvät kysymykset.

- 1) Kuinka suuri osa eri-ikäisistä vankeudessa olleista miehistä oli hoidossa vain alkoholin ongelmakäytön takia ja kuinka suuri osa muiden päihteiden ongelmakäytön takia? Tiedossa on, että huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttö on vuosikymmenien aikana lisääntynyt. Tutkimuksessa selvitettiin, miten päihteiden käytössä tapahtunut muutos näkyy vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden miesten kohdalla.
- 2) Poikkeavatko vain alkoholia käyttäneet päihdeongelmaiset miehet muita päihteitä käyttäneistä miehistä taustansa osalta? Vain alkoholia käyttäneiden ja muiden päihteiden käyttäjien välisiä eroja tarkastellaan koulutuksen, työn, verotulojen, perhe tilanteen, asumispaikan sekä mielenterveysdiagnoosien osalta.
- 3) Onko päihdehoidon ja vankeuden ajoittumisen osalta eroja vain alkoholia ja muita päihteitä käyttäneiden välillä? Rikollisuus on yleistä nuorten miesten keskuudessa. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, mihin kohtaan päihdehoitoon hakeutuminen sijoittuu ja onko käytetyillä päihteillä yhteyttä ajoitukseen.
- 4) Millaista on alkoholiongelmaisten ja muiden päihteiden ongelmakäyttäjien rikollisuus? Tutkimuksessa tarkastellaan rikosseuraamusjaksojen määrää, rikoksen tekoikää, vankeuslajia, rikostyyppejä ja viimeaikaista rikollisuutta, sillä ongelmia aiheuttaneiden päihteiden oletettiin olevan yhteydessä näihin tekijöihin.
- 5) Onko muiden päihteiden ongelmakäyttäjillä suurempi riski kuolla pian vankeudesta vapautumisen jälkeen kuin alkoholin käyttäjillä? Tutkimuksessa tarkasteltiin päihdeongelmaisten miesten kuolleisuutta ja kuolinsyitä sekä riskiä kuolla kolmen vuoden sisällä viimeisen vankeusrangaistuksen päättymisestä.

Seitsemännessä luvussa keskityttiin päihdehoidossa olleisiin naisiin (n=524), jotka ovat olleet myös vankeudessa tai suorittaneet yhdyskuntapalvelun. Naisten elämäntilanteita, päihdehoitojen ja rikosseuraamusten ajoittumista sekä äitiyttä tarkastellaan käyttäen hyväksi rekisteritietojen lisäksi laadullisia aineistoja. Ensisijaisena tavoitteena on syventää käsitystä näiden naisten elämänvaiheista.

- 1) Millaisia ovat vankeudessa olleiden päihdeongelmia kokeneiden naisten elämäntilanteet rekisteritietojen valossa? Naisille arveltiin kasautuneen monenlaisia ongelmia. Erityisesti tarkasteltiin, miten vankeudessa olleet poikkesivat muista päihdeongelmaisista naisista.
- 2) Millaisia ovat eri-ikäisten päihdeongelmaisten naisten vankeusjaksot ja rikolliset teot? Naisten rikollisuus on vähäisempää kuin miesten rikollisuus, joten naisten rikollisuuden tarkastelu jää helposti miesten varjoon. Naisiin kohdistuvat odotukset ja asenteet muuttuivat viime vuosituhaten loppupuolella paljon ja naisten päihteen käyttö lisääntyi ja monimuotoistui. Eri vuosikymmenillä syntyneiden naisten välillä oletettiin olevan eroja.
- 3) Onko päihdehoidon ja vankeusjaksojen ajoittumisen järjestyksellä merkitystä? Päihdehoidon järjestämisen kannalta voi olla merkitystä sillä, hakeudutaanko hoitoon ennen rikollisen toiminnan alkamista vai vankeudesta vapauduttua. Tilastollisen tarkastelun lisäksi laadullisen aineiston avulla pyrittiin selvittämään, millaista merkitystä tapahtumien järjestyksellä on.
- 4) Millaiset tekijät ovat yhteydessä siihen, että rikollisuus ei jatku? Osalla naisista oli käytettävissä hoitoyhteenvetoja laitoshoidojaksoista. Hoitoyhteenvetoista pyrittiin selvittämään, ilmeneekö hoidon aikana asioita, jotka viittaisivat rikollisuuden vähenemiseen tulevaisuudessa.
- 5) Miten äitiys heijastuu naisten päihdehoitoon? Äitiys motivoi monia päihdehoitoon, mutta näin ei ole kaikkien kohdalla. Tavoitteena oli selvittää, kuinka monilla naisilla oli lapsia ja oliko äitiys yhteydessä siihen, keskeytyikö hoito vai päättyikö se suunnitellusti.

Kahdeksannessa luvussa tarkastellaan 718:aa opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa ollutta potilasta. Korvaushoito on tiivis ja pitkäaikainen hoitomuoto, jossa huume korvataan vastaavalla lääkärin annostelemalla lääkkeellä. Korvaushoidon oletetaan vähentävän päihteiden käytön aiheuttamia haittoja kuten rikollisuutta. Tutkimuskysymyksiä oli kaksi.

- 1) Kuinka yleistä on korvaushoitopotilaiden hoitoa edeltävä rikollisuus sekä hoidon aikainen rikollisuus? Haittojen vähenemistä koskevan oletuksen mukaisesti rikollisuus on suurta ennen hoidon alkua ja vähenee hoidon myötä.
- 2) Millainen on korvauspotilaiden terveydentila hoidon aikana ja kuinka suuri on kuolleisuuden riski? Huumeiden suonensisäinen käyttö lisää huomattavasti terveysriskejä sekä riskiä kuolla, mutta haittojen vähentämistä koskevan oletuksen mukaisesti korvaushoidon pitäisi vähentää riskejä. Vankeudessa olleiden tilanne oletettiin huonommaksi kuin muiden korvaushoitopotilaiden.

3.5 Tutkimusmenetelmät

Hoitotiedoista ja rekisteritiedoista on koottu SPSS-tietokannat, jotka eivät sisällä tutkittavien henkilötietoja. Analyyseissä on käytetty pääasiassa tilastollisia perusmenetelmiä. Ristiintaulukoinnissa merkitsevyydestinä on käytetty Pearsonin χ^2 -testiä ja Fischerin tarkkaa testiä. Lisäksi yksittäisiä prosentiosuuksien välisiä eroja testattiin käyttämällä 2-suuntaista z-testiä. Keskiarvojen testaamiseen on käytetty t- ja F-testejä. Riskisuhteiden tarkastelemisessa on käytetty regressioanalyyseistä Cox-analyysiä. Taulukoissa on raportoitu erojen tilastollinen merkitsevyytaso *-merkintöjä käyttäen: * $0,01 < p < 0,05$; ** $0,001 < p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Tekstissä kerrotut ryhmien väliset erot ovat tilastollisesti merkitseviä vähintään merkitsevyytastolla $p < 0,05$, lukuun ottamatta naisia koskevia kuvailuja luvussa 6.

Määrällisten menetelmien rinnalla on naisia koskevissa analyyseissä käytetty laadullista aineistoa. Laadullinen aineisto koostui sosiaalisairaalan hoitoyhteenvetoista. Sekä määrällisiä että laadullisia aineistoja on analysoitu nimettöminä.

IV PÄIHDEHOIDOSSA OLLEIDEN POTILAIDEN ELÄMÄNTILANNE JA RIKOLLISUUS

Tuuli Pitkänen ja Teemu Kaskela

Tutkimusaineisto koostui vuosina 1990–2009 päihdeongelman takia avohoidossa tai laitoshoidossa olleista potilaista (N=10 898). Tarkastelun kohteena olivat erityisesti henkilön taustatiedot, tiedot päihdehoidon laadusta ja ajoituksesta, merkinnät vankitietojärjestelmässä sekä viimeaikaista rikollisuutta kuvaavissa rekistereissä.

Tutkimme kuinka moni päihdehoitoon hakeutuneista avo- ja laitospotilaista oli ollut vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa vuosien 1992–2009 välillä ja siksi merkitty vankitietojärjestelmään (VATI). Toinen tutkimuskysymys koski naisten ja miesten välisiä eroja rikollisuuden osalta. Kolmanneksi selvitimme, mihin ikävaiheeseen päihdehoidossa olleiden potilaiden vankeuteen johtanut rikollisuus sijoittui. Erityisesti luvun tarkoitus on selvittää, miten potilaat jotka olivat olleet vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa (VATI-potilaat) poikkesivat muista päihdehoitoon hakeutuneista potilaista. Tutkimuskysymykset on esitetty tarkemmin luvussa 3.4.

4.1 Vankeuteen johtaneen rikollisuuden yleisyys

Lähes kolmannes (31 %) päihdepotilaista (N=10 898) oli ollut vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa vuosina 1990–2010. Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden (VATI) potilaiden osuus oli miehistä 39 % ja naisista 15 %. Avo- ja laitospotilaiden välillä ei ollut miesten osalta eroja, mutta naisten kohdalla VATI-merkintä löytyi useammin laitoshoidossa (21 %) kuin avohoidossa (12 %). Poikkeuksellisen usein VATI-merkintä löytyi aineistossa sekä avo- että laitoshoidossa olleilla miehillä (56 %) ja naisilla (31 %).

Naisten osuus sekä päihdehoitoon hakeutuneista että vankitietojärjestelmään kirjatuista oli pienempi kuin miesten osuus. Päihdehoitoon hakeutuneista potilaista oli kolmannes (33 %) naisia. Aineiston VATI-potilaista naisten osuus oli 15 % mutta muista potilaista 42 %.

Naisten ja miesten osuudet vankilajeittain

Vankitietojärjestelmään (VATI) tulee merkintä henkilölle, joka on tuomittu yhdyskuntapalveluun tai joka on ollut vankilassa vankeusvankina, tutkintavankina tai sakkovankina maksamattomien sakkojen takia. Ainoastaan tutkintavankeudessa oli ollut 0,7 % potilaista (47 miestä ja 27 naista), osalla heistä asian käsittely oli vuoden 2010 lopussa kesken.

Miehistä reilu neljäsosa oli ollut vankeusvankina ja joka viidennellä miehellä oli merkintä vähintään kahdesta vankeuslajista (taulukko 4.1). Naisten osuus oli miehiä pienempi kaikissa vankeuslajeissa. Naisten joukossa oli eniten sakkovankeja.

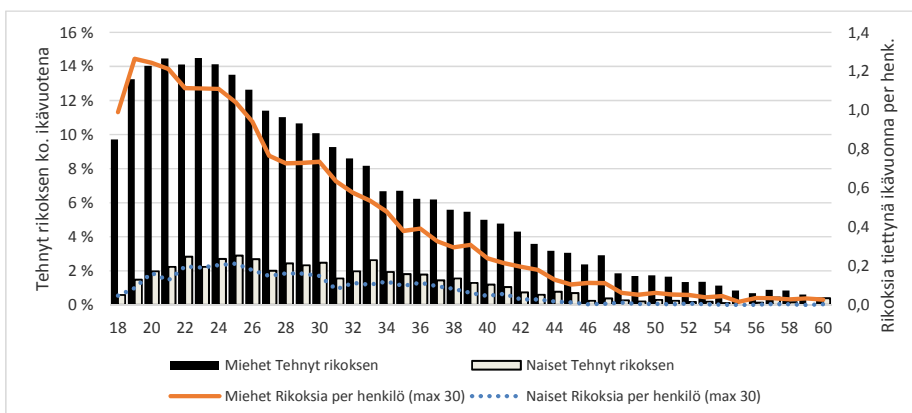
Taulukko 4.1 Prosenttiosuus päihdehoidossa olleista naisista ja miehistä vankilajeittain

	Miehet n 7337	Naiset 3561	Sig. ¹
Yhdyskuntapalvelu	14	5	***
Vankeusvanki	26	7	***
Sakkovanki	23	9	***
Tutkintavanki	11	3	***
Useita eri vankeuslajeja	23	6	***
Vähintään yksi VATI-merkintä	39	15	***

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Rikoksenteokoikä

Tutkimusaineistosta laskettiin, kuinka suuri osuus kussakin iässä elossa olleista päihdehoidon mies- ja naispotilaista oli tehnyt vankeuteen johtaneen rikoksen tai rikoksia (kuvio 4.1). Kuvio perustuu rikoksen teko-aikaan, joka oli saatavissa pääosin muista vankitietojärjestelmään merkityistä jaksoista paitsi tutkinta- ja sakkovankeuksista. Prosenttiosuus on laskettu sukupuolittain tutkimusaineiston samanikäisistä henkilöistä kunkin ikävuoden (18–60) osalta.



Kuvio 4.1 Vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneita rikoksia tehneiden päihdehoidossa olleiden potilaiden osuus sekä rikosten määrän keskiarvo ikävuosittain ja sukupuolittain. Henkilöiden määrä (n) vaihtelee ikävuosittain; määrä sisältää kaikki kunakin vuonna (1990–2010) elossa olleet 18–60-vuotiaat tutkimusaineiston potilaat.

Päihdehoitoon hakeutuneiden potilaiden vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtanut rikollisuus oli yleisempää nuoruusiässä kuin vanhempana. Naiset olivat tehneet harvemmin ja vähemmän rikoksia kuin miehet. Sekä rikoksia tehneiden osuus että rikosten määrä vähenivät iän myötä miehillä nopeasti. Naisilla rikosten tekeminen jakaantui tasaisemmin eri ikäryhmiin.

4.2 Poikkeavatko vankeudessa olleet muista päihdepotilaista

Potilaiden (N=10 898) keskimääräinen syntymävuosi oli 1962, vaihdellen vuodesta 1909 vuoteen 1992. Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa (VATI) olleet potilaat olivat keskimäärin yli kuusi vuotta nuorempia kuin muut päihdehoidossa olleet potilaat (taulukko 4.2). Ikäero johtui osittain aineiston saatavuuteen liittyvistä tekijöistä. Tiedot vankeuteen johtaneista rikoksista olivat systemaattisesti vain vuosilta 1992–2010. Vanhimmat tutkimusaineiston potilaat olivat vuonna 1990 jo 80-vuotiaita, joten heidän osaltaan tiedot vankeuksiin johtaneista rikoksista olivat erityisesti vajaita, sillä vankeusjaksot ajoittuvat usein nuoruuteen. Vuoden 1974 jälkeen syntyneet täyttivät 18 vuotta vuonna 1992, joten 1974 ja myöhemmin syntyneiltä oli saatavissa kaikki VATI-merkinnät.

Taulukko 4.2 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden (VATI) ja muiden potilaiden perustietojen vertailu sukupuolittain, prosenttitaulukko

	Miehet			Naiset			
	n	VATI	Muut	Sig. ¹	VATI	Muut	Sig.
		2 885	4 452		524	3 037	
Syntymävuoden keskiarvo	1966	1959	***	1969	1962	***	
Kuollut 2010 (%)	24	30	***	13	17	*	
Ikä kuollessa (n=2 604; keskiarvo)	45	51	***	41	49	***	
Eteläsuomalaisia (%)	90	91	*	87	91	**	
Helsinkiläisiä (%)	61	57	***	56	48	***	
Ensimmäinen tiedossa oleva päihdehoito (vuosi)	1999	1999		1999	2000	*	
Mielenterveysdiagnosi laitoksessa (ei sisällä päihdediagnooseja; %)	50	40	***	59	54	*	
Vain sosiaalisairaalassa (%)	36	36		52	46	*	
Avohoidossa sekä sosiaalisairaalassa, AL (%)	12	6	***	18	7	***	
Vain avohoidossa (%)	53	58	***	30	47	***	
Korvaushoitopotilas (%)	11	5	***	14	4	***	
Päihdetieto on (%)	82	64	***	90	68	***	
Sairaalahoidossa, ei sisällä sosiaalisairaala (%)	96	90	***	100	96	***	
Sairaalakojen määrä (n=10374; keskiarvo)	13	11	***	16	13	***	

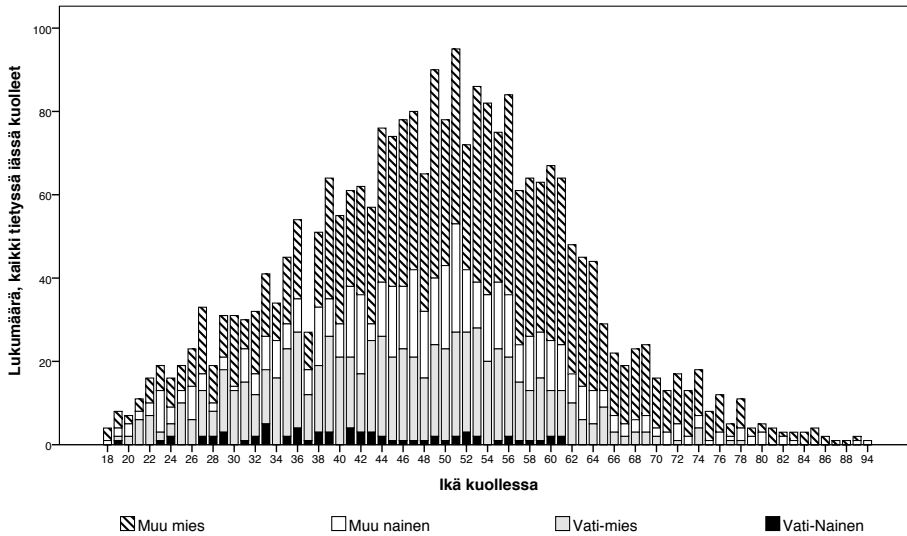
¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa (VATI) olleiden potilaiden ja muiden potilaiden välillä oli eroja taustatiedoissa sekä naisten että miesten kohdalla. Päihdeongelmaisia naisia ja miehiä on syytä tarkastella erikseen, sillä sukupuolten välillä on paljon eroja. Naisten ja miesten vertailuissa on oltava varovainen, sillä mahdolliset erot saattavat johtua jostain kolmannesta asiasta.

Kuolleisuus

VATI-potilaiden kuolleisuus oli matalampaa, mutta he olivat kuollessaan keskimäärin nuorempia kuin tutkimusaineiston muut potilaat (taulukko 4.2). Näin oli sekä naisten että miesten kohdalla, mutta naiset olivat olleet kuollessaan hieman miehiä nuorempia (kuvio 4.2).

Potilaiden joukossa oli vähän henkilöitä, jotka olivat kuolleet lähellä oman kohorttinsa keskimääräistä elinikää. Jo vuonna 1945 syntyneiden ikäluokalla keskimääräinen elinikä on miehillä yli 70 vuotta ja naisilla yli 80 vuotta (Myrskylä 2010).



Kuvio 4.2 Kuolleiden vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa (VATI) olleiden potilaiden (n=765) ja muiden potilaiden (n=1 839) ikä kuollessa, naiset ja miehet erikseen

Päihdehoito

Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet (VATI) naiset olivat olleet useammin laitospotilaana sosiaalisairaalassa (70 %) kuin muut naiset (53 %; taulukko 4.2). Sekä avo- että laitospotilaina (AL) oli ollut suurempi osuus VATI-miehiä ja -naisia kuin muita potilaita. AL-potilaat olivat yleensä olleet sosiaalisairaalassa päihdeongelman kriisihoidossa tai opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon aloituksessa.

Potilailla oli ollut keskimäärin 2,5 laitoshoidojaksoa. VATI-potilaiden hoitajakso oli keskeytynyt useammin kuin muilla potilailla (taulukko 4.3). Tulos oli sama riippumatta siitä, tarkasteltiin kaikkiä hoitajaksoja tai ainoastaan viimeisintä hoitajaksoa. Sukupuolten välillä ei ollut eroja sen enempää VATI-potilaiden kuin muiden potilaiden joukossa.

Taulukko 4.3 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden (VATI) ja muiden potilaiden laitoshoidojaksojen keskeytyminen ja jaksojen määrän keskiarvo sukupuolittain vuosina 1998–2009, prosenttitaulukko

	Miehet			Sig. ¹	Naiset			Sig.
	n	VATI	Muu		Yht.	VATI	Muu	
Tieto onko keskeytyneitä jaksoja	1 134	1 532	2 666		290	1 270	1 560	
Viimeisin jakso keskeytyi	43	26	33	***	42	25	28	***
Vähintään yksi jakso keskeytyi	55	34	43	***	57	33	37	***
Jaksojen määrä (ka.)	2,41	2,69	2,57	**	2,47	2,42	2,43	

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Käytetyt päihteet

Päihteiden ongelmakäyttöä tarkasteltiin kahdella tavalla: oliko potilaalla ollut tietävästi ongelmia kyseisen päihteen kanssa ja johtuivatko ongelmat ainoastaan kyseisestä päihteestä. Rekistereihin kirjatut ne aineet, joita potilas oli varmasti käyttänyt. Lisäksi suuri osa jotain huumetta tai lääkettä käyttäneistä potilaista oli todennäköisesti käyttänyt lisäksi alkoholia tai muita päihteitä, joita ei hoitotietoihin ollut merkitty.

Käytettyjen päihteiden tarkastelu perustuu Terveystieteiden tutkimuskeskukseen (HILMO) merkittyihin kolmeen diagnoosiin, joita täydennettiin mahdollisuuksien mukaan hoitotietojärjestelmien tiedoilla. Laitoshoidossa diagnoosi on asetettava jokaiselle hoitajaksoille. Yli puolelle (56 %) avopotilaista ei ollut merkitty tietoa käytetyistä päihteistä yhteenkään rekisteriin, vaikka hoitotietojärjestelmään oli ohjeistettu kirjaamaan pääpäihde. Avopotilaita, joilta päihdetieto puuttui (n=3 139) oli 29 % kaikista potilaista.

Päihdetieto puuttui useammin VATI-miehiltä kuin naisilta (taulukko 4.2). Kaikkiaan päihdetieto puuttui VATI-potilailta harvemmin kuin muilta, mikä oli yhteydessä siihen, että VATI -potilaista oli useampi ollut laitoshoidossa tai opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa missä edellytetään opioidiriippuvuusdiagnoosia.

Tutkittavat, joilta löytyi tieto käytetyistä päihteistä (n=7 755), jaettiin päihdeongelman osalta kahteen ryhmään: vain alkoholia käyttäneet potilaat, joilla ei ollut viitteitä muiden aineiden ongelmakäytöstä (43 %), ja potilaat, joilla oli lääkeaineiden väärinkäyttöä, huumeiden ongelmakäyttöä tai useiden aineiden käyttöä (48 %). Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa olleet

potilaat (9 %) sisältyivät muita päihteitä käyttäneisiin potilaisiin, ellei toisin mainita. Alkoholi oli merkitty ongelmia aiheuttavaksi päihteeksi kolmelle neljästä (74 %) päihdepotilaasta. Vain alkoholia käyttäneitä potilaita oli 43 %, joten lähes kolmannekselle potilaista oli kirjattu ongelmia sekä alkoholin että huumeiden ja/tai lääkkeiden kanssa.

Neljänneksellä VATI-potilaista oli merkintä vain alkoholin käytöstä, kun muiden päihdepotilaiden joukossa vain alkoholia käyttäneiden potilaiden osuus oli yli puolet (taulukko 4.4). On kuitenkin syytä ottaa huomioon, että ainoastaan alkoholia käyttäneet potilaat olivat keskimäärin 10 vuotta vanhempia kuin muut päihdepotilaat, joten osalta vain alkoholia käyttäneistä potilaista saattoi puuttua tietoa nuoruusiän rikollisuudesta. Vain alkoholia käyttäneiden osuus oli miehillä suurempi kuin naisilla sekä VATI-potilaiden että muiden potilaiden keskuudessa.

Taulukko 4.4 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden (VATI) sekä muiden potilaiden hoitotietoihin merkityt päihteet sukupuolittain, prosenttitaulukko.

	Miehet			Naiset			
	n	VATI 2 364	Muut 2 840	Sig. ¹	VATI 473	Muut 2 054	Sig.
Vain alkoholi		28	55	***	21	49	***
Muut päihteet		72	45	***	79	51	***
Lääkeriippuvuus		0	1	***	1	2	
Alkoholi ja lääke		4	10	***	5	14	***
Huumeet		6	2	***	8	4	***
Huumeet sekä alkoholi ja/tai lääkkeet		63	32	***	65	31	***

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Potilaita, joille oli merkitty päihdeongelman syyksi ainoastaan lääkeriippuvuus tai huumeiden käyttö, oli vähän (taulukko 4.4). Huumeiden käyttö sekä pelkästään että yhdistettynä alkoholiin tai lääkkeisiin oli yleisempää VATI-potilailla kun taas alkoholin ja lääkkeiden käyttö sekä erikseen että yhdessä oli yleisempää muilla päihdepotilailla.

Tarkasteltaessa päihteitä vaikuttavan aineen mukaan, käsiteltiin avo- ja laitospotilaita erikseen, koska laitospotilaita koskeva tieto perustui diagnoseihin, mutta avotietoja oli kirjattu vapaamuotoisemmin (taulukko 4.5). Erityisesti sedatiivien, stimulanttien ja opioidien käyttö oli sekä naisten että miesten osalta yleisempää laitos- kuin avopotilaina olleilla ja VATI-potilailla yleisempää kuin muilla päihdepotilailla. Myös kannabiksen ongelmakäyttöä oli kirjattu useammin VATI-potilaille kuin muille potilaille.

Taulukot 4.5 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden (VATI) ja muiden avo- ja laitospotilaiden hoitotietoihin kirjatut päihheet sukupuolittain, prosenttitaulukko

	Laitoshoidossa				Vain avohoidossa				
		VATI	Muut	Yht.		VATI	Muut	Yht.	
Miehet	n	1 355	1 868	3 223	Sig.¹	1 000	972	1 972	Sig.
Alkoholi		62	81	73	***	64	87	75	***
Sedatiivit		57	38	46	***	24	14	19	***
Opioidit		52	23	35	***	32	11	22	***
Stimulantit		47	17	29	***	26	8	17	***
Kannabis		35	17	24	***	21	10	15	***
Hallusinogeenit		4	2	2,9	***	2	1	0,6	*
Liuottimet		1	0,4	0,8	*	1	0,1	0,2	*
Naiset	n	366	1 596	1 962		107	458	565	
Alkoholi		59	78	74	***	46	78	72	***
Sedatiivit		51	38	40	***	36	16	20	***
Opioidit		45	20	25	***	50	16	22	***
Stimulantit		53	18	25	***	39	13	18	***
Kannabis		28	12	15	***	22	12	14	*
Hallusinogeenit		2	0,6	0,8	*	0	1,1	0,9	
Liuottimet		0,5	0,3	0,4		0,9	0,2	0,4	

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Tartuntataudit

Veren kautta tarttuvat taudit leviävät erityisesti huumeita suonensisäisesti käyttävien välillä. Tautien esiintyvyyttä aineistossamme tutkittiin käyttäen kaikkia sairaaloissa annettuja diagnooseja vuosien 1990 ja 2009 välisenä aikana. Yhdeksän kymmenestä HIV- tai C-hepatiittitartunnan saaneesta oli päihdehoidossa huumeiden käytön takia. HIV oli päihdepotilaiden keskuudessa harvinainen, sitä esiintyi vajaalla prosentilla tutkituista (taulukko 4.6). C-hepatiitin esiintyvyys on korkeampi, ja naisilla suurempi (14 %) kuin miehillä (11 % p < 0,001).

Molemmat tartuntataudit olivat huomattavasti yleisempiä VATI-potilaiden kuin muiden potilaiden keskuudessa (taulukko 4.6). Erot eivät selittyneet sillä, että VATI-potilaiden joukossa oli enemmän huumeiden käyttäjiä, vaan myös huumeiden käyttäjien joukosta vankitietojärjestelmään merkityillä potilailla oli useammin tartuntatauti kuin muilla huumeiden käyttäjillä.

Taulukko 4.6 Tartuntatautiin yleisyys vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleilla (VATI) ja muilla potilailla sukupuolittain. Ensin prosenttiosuus kaikista potilaista ja toiseksi prosenttiosuus potilaista, joilla oli diagnosoitu huumeongelma.

	Miehet			Naiset		
	VATI	Muut	Sig. ¹	VATI	Muut	Sig.
	n	2 885	4 452	524	3 037	
HIV (%)	2	0,2	***	4	0,4	***
C-hepatiitti (%)	22	5	***	41	9	***
Vain huumeita käyttäneet n	1 616	964		322	714	
HIV (%)	3	0,4	***	5	1	***
C-hepatiitti (%)	36	19	***	55	34	***

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Mielenterveysongelmat

Naispotilaista 55 %:lle ja miehistä 44 %:lle oli merkitty sairaalajaksolla muu kuin päihteiden käyttöön liittyvä mielenterveysdiagnoosi vuosien 1990 ja 2009 välillä. VATI-miehillä oli diagnosoitu mielenterveysongelma useammin kuin muilla miespotilailla, mutta VATI-naisilla oli hieman harvemmin mielenterveysdiagnoosi kuin muilla naisilla (taulukko 4.7).

Diagnoosiryhmittäin tarkasteltuna VATI-potilaiden mielenterveyden oirehdinta poikkesi jonkin verran muiden potilaiden oireista. VATI-miehillä ja -naisilla oli muita potilaita enemmän persoonallisuus- ja sopeutumishäiriöitä sekä skitsofreniaa. Muiden potilaiden joukossa taas oli VATI-potilaita enemmän depressiopotilaita sekä naisten osalta myös muita mielialan vaihteluihin liittyviä diagnooseja. Neuroottiset häiriöt sisältävät mm. ahdistuneisuuden sekä somatoformiset ja dissosiaatiohäiriöt, näiden osalta ei ollut eroa VATI-potilaiden ja muiden potilaiden välillä.

Taulukko 4.7 Vankeudessa ja yhdyskuntapalvelussa olleille (VATI) ja muille potilaille laitoshoidossa asetetut mielenterveysdiagnoosit sukupuolittain, prosenttitaulukko

Häiriöryhmä (ICD9 koodi) ²	n	Miehet			Sig. ¹	Naiset			Sig.
		VATI 2 885	Muu 4 452	Yht. 7 337		VATI 524	Muu 3 037	Yht. 3 561	
Depressio (296.2 296.3 300.4 ja 311)		6	8	7	***	9	15	14	***
Muut mielialahäiriöt (296) pl. depressio		23	26	25	*	30	37	36	***
Neuroottiset häiriöt (300)		12	11	11		18	19	18	
Persoonallisuushäiriöt (301)		26	11	17	***	33	21	23	***
Sopeutumishäiriö (ulkoinen syy, 309)		11	5	8	***	13	7	8	***
Skitsofrenia tai harha- luuloisuushäiriö (295 297)		7	5	6	***	9	6	6	**
Jokin mielenterveys- diagnoosi (ICD9)		50	40	44	***	54	59	55	*

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

²ICD10 diagnoosit on Terveydenhuollon HILMO –rekisterissä saatavissa myös ICD9 muodossa

4.3 Viimeaikainen rikollisuus ja verotulot

Rekisteritiedoista selvitettiin vankitietojärjestelmään merkittyjen ja muiden potilaiden tilannetta vuoden 2004 jälkeen. Verotiedot oli mahdollista saada vuosilta 2004–2008. Rikollisuuden kohdalla tietoa oli saatavissa vuoden 2004 jälkeen myös vähäisemmän kuin vankeuteen johtaneen rikollisuuden osalta.

Verotetut tulot

Verotietojen avulla pyrittiin karkeasti erottelemaan toisaalta työelämässä ja toisaalta pääasiassa sosiaaliturvan piirissä olevat tutkimushenkilöt. Erottelussa käytettiin Kelan määrittämää työssäoloehto, joka vuonna 2008 täyttyi, kun verotettava tulo oli vähintään 11 764 euroa. Tietoja verotettavasta ansiotulosta sekä pääomatulon määrästä yhdistettiin siten, että vuosilta 2004–2008 valittiin vuosi, jolloin tulot olivat korkeimmat.

Kaikkiaan 9 660 potilaasta (89 %) löytyi tietoja verotetusta ansiotulosta tai pääomatulon määrästä vuosilta 2004–2008. Puuttuvien tietojen määrää selitti pääosin se, että 1 259 potilasta (12 %) oli kuollut ennen vuotta 2004, tosin 43:lla oli verotettua tuloa vielä kuoleman jälkeen. Kaksi potilasta oli vielä alaikäisiä vuonna 2008. Henkilöitä, jotka olivat kadonneet verottajan rekisteristä, oli 0,2 % (taulukko 4.8).

VATI-potilaiden tulojen määrä oli matalampi kuin muiden päihdepotilaiden ja naispotilaiden tulot olivat pienempiä kuin miespotilaiden. VATI-miehistä 75 %:lla ja -naisista 84 %:lla verotettavat tulot olivat vuosien 2004–2008 ajan työssäoloehdon alapuolella; muista päihdeongelmallisista luku oli miehillä 43 % ja naisilla 48 %.

Taulukko 4.8 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden (VATI) ja muiden potilaiden suurimmat verotetut tulot vuosilta 2004–2008 sukupuolittain, prosenttitaulukko

	Miehet			Naiset		
	VATI n	Muut 4 452	Sig. ¹	VATI 524	Muut 3 037	Sig.
Verotiedot puuttuivat (kuollut tai alaikäinen)	12	14	*	4	8	**
Verotiedot puuttuivat, syystä ei tietoa	0,2	0,2		0,4	0,2	
Tiedot on	n 2 535	3 826		500	2 799	
Ei tuloja	7	2	***	7	1	***
1–11 763 euroa	68	42	***	77	47	***
11764–22 527 euroa	15	25	***	13	30	***
Yli 22 527 euroa	11	32	***	4	22	***

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Rangaistusmääräykset ja tuomiot

Viimeaikaista rikollisuutta tarkasteltiin käyttäen vankirekisteritietojen lisäksi rikosrekisterin, tuomiolauselmarekisterin ja rangaistusmääräysrekisterin merkintöjä. Rikosrekisteri on kansallinen keskusrekisteri, johon on kirjattu tiedot tuomioista, jotka ovat johtaneet vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun. Tämä rekisteri eroaa kuitenkin vankitietojärjestelmästä sekä vanhenemissäännösten osalta että mm. sikäli, että rekisteriin on merkitty myös ehdolliset vankeudet ja tiedossa olleet ulkomaiset vankeustuomiot. Tiedot poistetaan rikosrekisteristä tuomion vakuusasteen mukaan tietyin määräajoin, lisäksi kuolleiden henkilöiden tiedot poistetaan. Tutkimusaineisto sisältää ainoastaan tiedon siitä, oliko henkilöllä

rikosrekisterissä rangaistusmääräys 17.11.2010. Päihdehoidossa olleista miehistä 37 %:lla ja naisista 16 %:lla oli merkintä rikosrekisterissä. Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleilla potilailla oli odotetusti muita potilaita useammin merkintä rikosrekisterissä (taulukko 4.9).

Taulukko 4.9 Viimeaikaisen rikollisuuden yleisyys vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleilla (VATI) ja muilla potilailla. Prosenttiosuudet laskettu elossa olleista.

	Miehet			Naiset		
	VATI	Muu	Sig. ¹	VATI	Muu	Sig.
	n	2 885	4 452	524	3 037	
Rikosrekisterimerkintä 17.11.2010	72	13	***	63	8	***
Tuomiolauselmarekisterissä 1.11.2004–16.11.2010	77	33	***	73	21	***
Rangaistusmääräysrekisterissä 1.1.2006–19.11.2010	74	37	***	69	25	***
Tehnyt rikoksen tai ollut ehdottomassa vankeudessa 1.1.2006 jälkeen	83	44	***	80	29	***

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Tuomiolauselma- ja rangaistusmääräysrekisteriä koskevien vanhenemissään-
nosten takia näiden rekisterien sisältämää tietoa voitiin kaikkien rikoksien osalta
käyttää vertailukelpoisesti vain viimeaikaisen rikollisuuden tutkimiseen. Tuomio-
lauselmarekisteritiedoista vertailuun soveltui ajanjakso 1.11.2004–16.11.2010 ja
rangaistusmääräysrekisteritiedot ajanjakso 1.1.2006–19.11.2010. Tuomiolauselma-
rekisterimerkintä oli osalla VATI-potilaista samasta rikoksesta kuin VATI-merkintä.

Päihdepotilaiden viimeaikainen rikollisuus oli yleistä. Rangaistusmääräysrekis-
terissä oli merkintä yli puolella (53 %) miehistä ja lähes kolmanneksella (31 %) naisista. Tuomiolauselmarekisterissä merkintöjä oli lähes yhtä monella, 52 %:lla miehistä ja 29 %:lla naisista.

VATI-potilaista yli kahdella kolmesta oli merkintöjä sekä rangaistusmääräys- että
tuomiolauselmarekisterissä. Naisilla oli merkintöjä viimeaikaisesta rikollisuudesta
selvästi miehiä vähemmän, joskin VATI-potilaiden kohdalla miesten ja naisten
väliset erot olivat huomattavasti vähäisempiä kuin muilla potilailla (taulukko 4.9).
Huomion arvoista oli se, että myös muista kuin VATI-potilaista oli merkitty näihin
rekistereihin reilu neljännes naisista ja lähes puolet miehistä.

Rekisterikohtaisen tarkastelun lisäksi selvitettiin, oliko henkilö tehnyt rikoksen tai kärsinyt vankeusrangaistusta vuoden 2006 alun jälkeen yhdistämällä tietoa vankitietojärjestelmästä, tuomiolauselma- ja rangaistusmääräysrekisteristä. Joka toiselta (52 %) päihdepotilaalta, joka oli elossa vuoden 2005 jälkeen, löytyi merkintä; miehillä useammin (61 %) kuin naisilla (37 %). VATI-potilailla merkintä löytyi useammin kuin muilla potilailla (taulukko 4.9).

Vajaalla viidenneksellä aineiston elossa olleista VATI-potilaista ei löytynyt merkintää rikollisuutta koskevista rekisteristä vuoden 2005 jälkeen. Erityisesti VATI-potilaiden osalta viimeaikaisten rikollisuusmerkintöjen puuttumista voidaan pitää myönteisenä ilmiönä rekisteritutkimuksen näkökulmasta. Muiden potilaiden kohdalla merkintöjä ei ollut reilulla kahdella kolmanneksella naisista ja yli puolella miehistä.

4.4 Yhteenveto

Päihdehoitoon hakeutuneista potilaista (N=10 898) kolmannes oli naisia ja näillä naisilla oli harvemmin merkintä vankitietorekisterissä (15 %) kuin päihdehoitoon hakeutuneilla miehillä (39 %). Päihdehoitoon hakeutuneiden potilaiden vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtanut rikollisuus oli yleisempää nuoruusiässä kuin vanhempana. Naiset olivat tehneet harvemmin ja vähemmän rikoksia kuin miehet ja naisilla rikosten tekeminen jakaantui tasaisemmin eri ikäryhmiin.

Potilaat, jotka olivat olleet vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa (VATI), poikkesivat muista päihdehoitoon hakeutuneista potilaista monin tavoin. VATI-potilaista oli muita potilaita suurempi osa ollut potilaana laitoksessa. VATI-potilaiden hoitojaksot olivat keskeytyneet useammin kuin muilla potilailla. Neljänneksellä VATI-potilaista ja yli puolella muista potilaista oli ongelmia ainoastaan alkoholin kanssa. On syytä ottaa huomioon, että VATI-potilaat olivat keskimäärin kuutisen vuotta nuorempia kuin muut potilaat ja että vain alkoholin takia hoidossa olleet potilaat olivat puolestaan kymmenisen vuotta vanhempia kuin muut päihdepotilaat.

Huumeista erityisesti sedatiivien, stimulanttien, opioidien ja kannabiksen käyttö oli sekä naisten että miesten osalta yleisempää VATI-potilailla kuin muilla päihdepotilailla. Huumausaineongelmaisilla potilailla oli useammin veren kautta välittyvä tartuntatauti kuin muilla potilailla. VATI-potilailla oli useammin tartuntatauti kuin muilla potilailla, myös huumausaineongelmaisten joukossa.

Päihdehoidossa olleilla potilailla oli runsaasti myös muita laitoshoidojaksoja sairaaloissa. Lähes kaikki olivat olleet sairaalahoidossa vuosien 1990–2009 aikana ja suurin osa monia kertoja. VATI-potilailla oli keskimäärin enemmän laitoshoidojaksoja kuin muilla potilailla.

VATI-miehillä oli laitoshoidossa diagnosoitu mielenterveysongelma useammin kuin muilla miespotilailla, mutta VATI-naisilla oli hieman harvemmin mielenterveysdiagnoosi kuin muilla naisilla. Diagnoosiryhmittäin tarkasteltuna VATI-potilaiden mielenterveyden oirehdinta poikkesi jonkin verran muiden potilaiden oireista. VATI-miehillä ja -naisilla oli muita potilaita enemmän persoonallisuus- ja sopeutumishäiriöitä sekä skitsofreniaa. Muiden potilaiden joukossa oli taas VATI-potilaita enemmän depressiopotilaita sekä naisten osalta myös muita mielialan vaihteluihin liittyviä diagnooseja.

Verottajalta löytyi tietoja lähes kaikista tutkituista potilaista vuosina 2004–2008. Kolmen neljästä VATI-miehestä ja useamman kuin neljän viidestä VATI-naisesta korkeimmat verotettavat tulot olivat vuosien 2004–2008 ajan työssäoloehdon (vähintään 11 764 euroa) alapuolella, mutta muista päihdeongelmallisista useammalla kuin joka toisella työssäoloehto oli täytynyt ainakin jonakin vuotena.

Joka toiselta päihdehoidossa olleista potilaista löytyi merkintä rikollisuutta koskevista rekistereistä vuoden 2005 jälkeen. Myös muista kuin VATI-potilaista oli merkitty näihin rekistereihin reilu neljännes naisista ja lähes puolet miehistä. Naisilla oli merkintöjä viimeaikaisesta rikollisuudesta selvästi miehiä vähemmän, joskin VATI-potilaiden kohdalla miesten ja naisten väliset erot olivat huomattavasti vähäisempiä kuin muilla potilailla. Vajaalla viidenneksellä elossa olleista VATI-potilaista ei löytynyt merkintää.

V VANKILASSA TAI YHDYSKUNTA- PALVELUSSA OLLEET PÄIHDEPOTILAAT

Tuuli Pitkänen ja Teemu Kaskela

Tässä luvussa tarkastellaan ainoastaan niitä päihdehoitoon vuosina 1990–2009 hakeutuneita potilaita (n=3 409), jotka olivat olleet vankeudessa tai suorittaneet yhdyskuntapalvelua vuosien 1992–2010 välillä. Tavoitteena oli syventää ymmärrystä näiden potilaiden elämästä. Tutkimme hoito- ja rekisteritietojen avulla näiden henkilöiden rikollisuutta, päihdeongelmaa ja taustatietoja. Keskeinen tutkimuskysymys oli päihdehoidon ja rikollisen toiminnan ajoittuminen, erityisesti tarkasteltiin oliko päihdehoidosta merkintöjä ennen ensimmäistä vankeusjaksoa. Luvussa 3.4 tarkemmin esitetyt tutkimuskysymykset ovat

- Minkälaisia ovat päihdehoidossa olleet naiset ja miehet, jotka ovat olleet vankilassa tai suorittaneet yhdyskuntapalvelua?
- Minkälaisia ja miten monta vankeusjaksoa päihdehoidossa olleilla potilailla oli ja minkälaiset teot olivat johtaneet rangaistukseen?
- Minkälaisia muutoksia oli tapahtunut kahden vuosikymmenen aikana päihdeongelmaisten rikollisuudessa?
- Missä vaiheessa päihdehoitoon hakeudutaan?

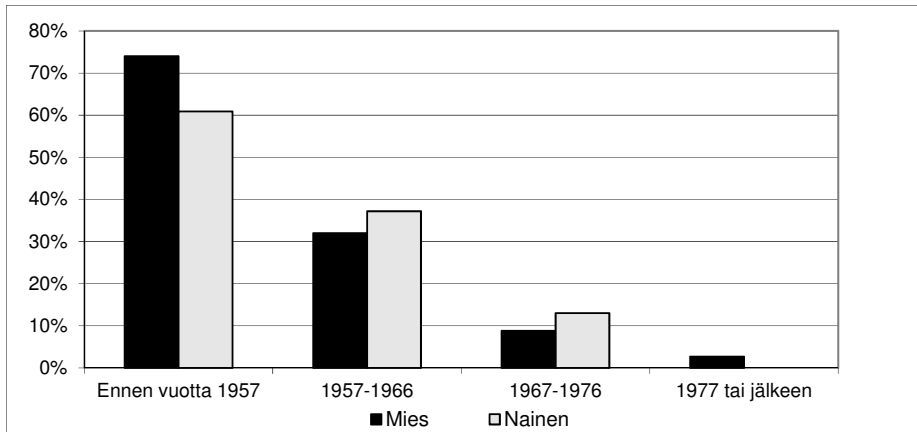
Tutkimusaineistoon kuuluneista päihdehoitoon hakeutuneista potilasta, jolle oli kirjattu merkintä vankitietojärjestelmään (VATI) vuoden 2010 loppuun mennessä, oli miehiä 85 %. Naisia ja miehiä tarkastellaan pääasiassa erikseen, koska sukupuolten välillä oli eroja päihteiden käytössä, rikollisuudessa sekä taustaan liittyvissä asioissa.

5.1 Naisten ja miesten taustatiedot

Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa oli ollut naisista 15 % ja miehistä 39 %. Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleet (VATI) naiset olivat keskimäärin hieman nuorempia kuin miehet (taulukko 4.2).

Naiset olivat miehiä harvemmin olleet päihdehoidossa ainoastaan alkoholin käytön takia. Vain alkoholin takia hoidossa olleiden osuus oli kaksi kolmannesta ennen vuotta 1967 syntyneistä, mutta myöhemmin syntyneistä suurin osa oli hoidossa muiden tai useiden päihteiden käytön takia (kuvio 5.1). Vuosien

1977–1992 välillä syntyneistä 129 naisesta yksikään ei ollut päihdehoidossa vain alkoholinkäytön takia ja 664 miehestäkin vain viisitoista.



Kuvio 5.1 Alkoholinkäytön takia päihdehoidossa olleiden potilaiden osuus ikäryhmittäin ja sukupuolittain; vankilassa tai yhdyskuntapalveluksessa olleet miehet (n = 2 366) ja naiset (n = 472), joille päihdetieto oli kirjattu.

Naisista oli miehiä useampi ollut päihdeongelman takia laitoshoidossa (taulukko 4.2). Naisilla oli sairaalajaksoilla vuosien 1990 ja 2009 välisenä aikana diagnosoitu useammin mielialan vaihteluihin liittyviä ongelmia ja ahdistuneisuutta sekä persoonallisuushäiriöitä kuin miehillä (taulukko 4.6). Sopeutumishäiriöiden sekä skitsofrenia tai harhaluuloisuushäiriöiden osalta sukupuolten välillä ei ollut eroa. Naisista oli seuranta-aikana kuollut pienempi osuus kuin miehistä, mutta naiset olivat kuolleet keskimäärin nuorempina (taulukko 4.2).

Kolmanneksella miehistä ja viidennekseltä naisista löytyi rekistereistä merkintä asunnottomuudesta (taulukko 5.1). Koulutuksesta, työtilanteesta, siviilisäädystä ja ammattiasemasta poimittiin eri rekistereistä saatavissa olleet merkinnät, joista valittiin viimeisin tieto. Puuttuvan tiedon osuus oli valitettavan suuri (15–48 %, taulukko 5.2), joten taulukon 5.1 tietoihin on suhtauduttava varauksellisesti.

Naiset elivät miehiä useammin avo- tai avioliitossa tai olivat jääneet leskeksi, mutta eronneiden osuuksissa ei ollut sukupuolten välillä eroa. Suurin osa vankitietojärjestelmään merkityistä päihdepotilaista oli perusasteen koulutuksen varassa. Naisilta oli miehiä useammin jäänyt peruskoulu kesken. Toisaalta hie-man suuremmalla osalla naisia kuin miehiä oli korkea-asteen tutkinto ja naisten joukossa oli miehiä enemmän opiskelijoita.

Naisista oli miehiä suurempi osuus ammattiasemaltaan toimihenkilöitä. Miehistä oli puolestaan enemmän ammattitaitoisia työntekijöitä ja eläkeläisiä. Miesten korkeampi ikä selittää eroja eläkkeellä olevien osuudessa. Niistä, joille oli laitettu

merkintä työtilanteesta, joka kymmenes kävi jonkinlaisissa töissä. On kuitenkin mahdollista, että hoidon kannalta merkittävä tieto töissä käymisestä oli merkitty lähes kaikilta, jotka kävivät töissä ja jätetty puuttumaan silloin kun työtä ei ollut. Kun luokka "tieto puuttuu" yhdistettiin luokkaan "ei työtä", töissä olleiden naisten osuus oli 5 % ja miesten 8 %.

Taulukko 5.1 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten ja miesten koulutus, siviilisääty, asuminen ja työtilanne (viimeisin tieto muissa paitsi asunnottomuudessa); prosenttiosuus niistä, joille tieto oli merkitty.

Elämäntilanne		Miehet	Naiset	Yhteensä	Sig. ¹
		n	2 885	524	
Jossain vaiheessa rekisterimerkintä asunnottomuudesta	%	30	17	28	***
Siviilisääty (viimeisin tieto)	n	2 493	418	2 911	
Naimaton	%	58	42	56	***
Avo-/Avioliitossa		15	29	17	***
Eronnut		26	26	26	
Leski		1	3	2	**
Koulutus (viimeisin tieto)	n	1 889	322	2 211	
Ei peruskoulun päästötodistusta	%	5	10	6	***
Perusaste		71	66	71	*
Toinen aste		22	20	22	
Korkea-aste		2	3	2	*
Työtilanne (viimeisin tieto)	n	2 180	368	2 548	
Työssä	%	10	7	10	
Työtön		62	60	62	
Kotiäiti tai -isä		0	5	1	***
Työvoiman ulkopuolella		28	27	28	
Ammattiasema (viimeisin tieto)	n	1 584	236	1 820	
Toimihenkilöt	%	5	11	6	***
Eläkeläinen		11	5	10	***
Yrittäjä		2	2	2	
Ammattitaidottomat työntekijät		34	38	34	
Ammattitaitoiset työntekijät		35	23	33	***
Opiskelija		3	6	3	**
Muu		11	14	11	

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

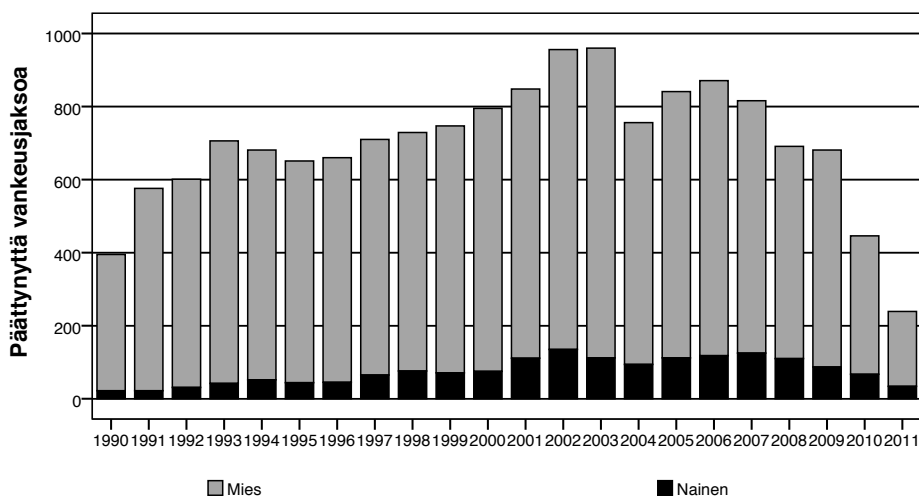
Taulukko 5.2 Puuttuvien tietojen osuus demografisista tiedoista sukupuolit-
tain, prosenttitaulukko.

Puuttuva tietosisältö	n	Mies	Nainen	Yhteensä	Sig. ¹
		2 885	524	3 409	
Koulutus		35	39	35	*
Työtilanne		24	30	25	***
Siviilisääty		14	20	15	***
Ammattiasema		45	55	47	***

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

5.2 Rikosseuraamusjaksot ja vankeuslajit

Suoritettuja rikosseuraamusjaksoja oli kaikkiaan 17 654, joista miesten jaksojen osuus oli 90 % (kuvio 5.2). Rikosseuraamusasiakkaana oli ollut 524 naista, joista miltei kolmanneksella (31 %) oli ollut yksi rikosseuraamusjakso. Naisilla jaksoja oli keskimäärin 3,7 ja enimmillään 20. Miehillä (n=2 885) jaksojen määrä vaihteli yhdestä 41:een, keskiarvo oli 5,8. Miehistä vajaalla viidenneksellä (18 %) oli ollut vain yksi rikosseuraamusjakso.



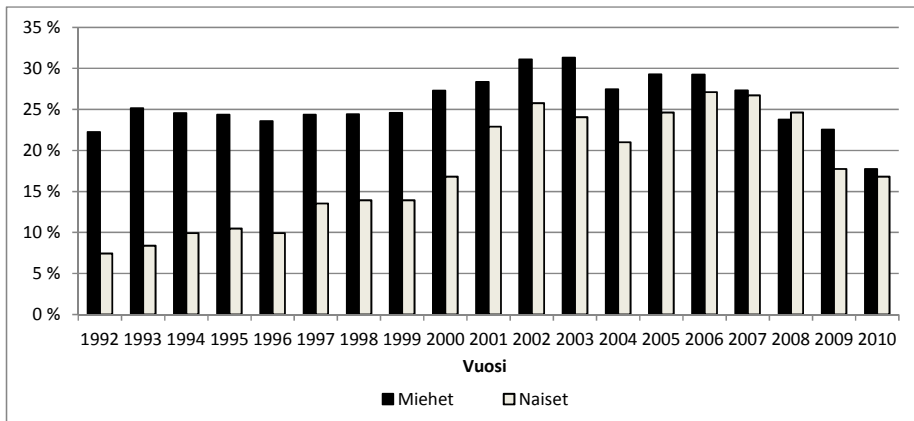
Kuvio 5.2 Päättyneiden vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksojen (n=15 202) määrä vuosina 1990–2010 naisilla (n=524) ja miehillä (n=2 885). Viimeinen pylväs (2011) osoittaa vuodenvaihteen tilanteen.

Vankitietojärjestelmään on koottu systemaattisesti tiedot kaikista ehdottomista vankeuksista, yhdyskuntapalveluista, nuorisorangeistuksista ja tutkintavankeuksista vuodesta 1992 alkaen.

Osa henkilöiden aiemmista vankeusjaksoista on merkitty tietojärjestelmään, mitä kuvaavat vajaat vuodet 1990 ja 1991 (kuvio 5.2). Lisäksi 2 402 miesten ja 50 naisten aiempaa jaksoa sijoittui vuosille 1953–1989.

Tutkimusaineistoon kuuluneiden naisten vankeudet ajoittuivat useamman 2000-luvun puoliväliin (kuvio 5.2), mutta miesten vankeudet jakoutuivat tasaisesti 1990-luvulla ja laskivat hieman 2000-luvulla. Vankeusjaksojen kokonaismäärän väheneminen näkyi myös tutkimuspotilaiden osuudessa kaikista Suomen vankeista (kuvio 3.4). Laskuun vaikutti osaltaan päihdehoidossa olleiden potilaiden määrän väheneminen (kuviot 3.1 ja 3.2).

Naisten vankeusjaksojen suhteellinen määrä poikkesi merkitsevästi miesten jaksojen määrästä ennen vuotta 2004, mutta sen jälkeen naisten jaksojen osuus kasvoi tässä aineistossa huomattavasti (kuvio 5.3). Vankirekisteriin päätyy harvemmin naisia kuin miehiä, mutta vankirekisteriin kerran päätyneiden kohdalla naisten ja miesten erot vähenivät. Viimeaikaisessa rikollisuudessa sukupuolten väliset erot olivat vain vähäisiä sekä tuomiolauselma- että sakkorekisterin osalta (taulukko 4.9). Useampi kuin neljä viidestä naisesta ja miehestä oli vuoden 2006 alun jälkeen tehnyt rikoksia tai ollut vankilassa.



Kuvio 5.3 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten (n=524) ja miesten (n=2 885) vankeusjaksojen ajoittuminen; niiden prosentiosuus jotka olivat olleet rangaistusjaksolla vähintään yhtenä päivänä kyseisen vuoden aikana.

Vankitietojärjestelmään merkityistä potilaista kaksi kolmannesta miehistä ja vajaa puolet naisista oli ollut vähintään kerran vankeusvankina (taulukko 5.3). Miehistä melkein puolet oli ollut vankeusvankina useita kertoja. Vankeusvankina olleista naisista puolet oli ollut vankeusvankina vain yhden kerran. Sakkovankeuden osalta sukupuolten välillä ei ollut eroa.

Taulukko 5.3 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten ja miesten rangaistuskertojen määrä vankilajeittain, prosenttitaulukko

	Kertojen määrä	Miehet 2 885	Kertojen määrä	Naiset 524	Sig. ¹
Vankeusvanki	0	34	0	56	
(sis. nuorisovangit)	1	19	1	23	
	2-26	47	2-14	22	***
Sakkovangit	0	43	0	42	
	1	25	1	29	
	2-19	32	2-11	29	
Tutkintavankeus	0	72	0	77	
	1	17	1	19	
	2-10	11	2-9	5	***
Yhdyskuntapalvelu	0	64	0	69	
(sis. nuorisorangaistus)	1	21	1	21	
	2-8	16	2-5	10	**

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Miehet olivat naisia useammin rikosseuraamusasiakkaana useassa eri vankilajissa (taulukko 5.4). Naiset olivat olleet pelkästään sakkovankina ja vain tutkintavankeudessa useammin kuin miehet. Miehistä oli naisia suurempi osuus ollut joskus tutkintavankeudessa. Suurin osa tutkintavankeuksista muuttuu myöhemmin vankeusvankeudeksi, jolloin samasta vankeusjaksosta on tullut merkintä sekä tutkintavankeudessa että vankeusvankeudessa. Vastaavasti keskeytynyt yhdyskuntapalvelu, joka muuntuu vankeusvankeudeksi, näkyy tutkimusaineistossa kahtena eri jaksena. Yli puolet sekä naisista että miehistä oli ollut joskus sakkovankina.

Taulukko 5.4 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten ja miesten vankilajit, prosenttitaulukko

		Miehet	Naiset	Yhteensä	Sig. ¹
n		2 885	524	3 409	
Sakkovankina	vain	22	34	24	***
	joskus	58	58	58	
Vankeusvankina	vain	12	11	12	
	joskus	66	45	63	***
Yhdyskuntapalvelussa	vain	8	12	8	**
	joskus	37	31	36	*
Tutkintavankeudessa	vain	2	5	2	***
	joskus	29	23	28	**
Useita vankeustyypppejä		57	38	54	***

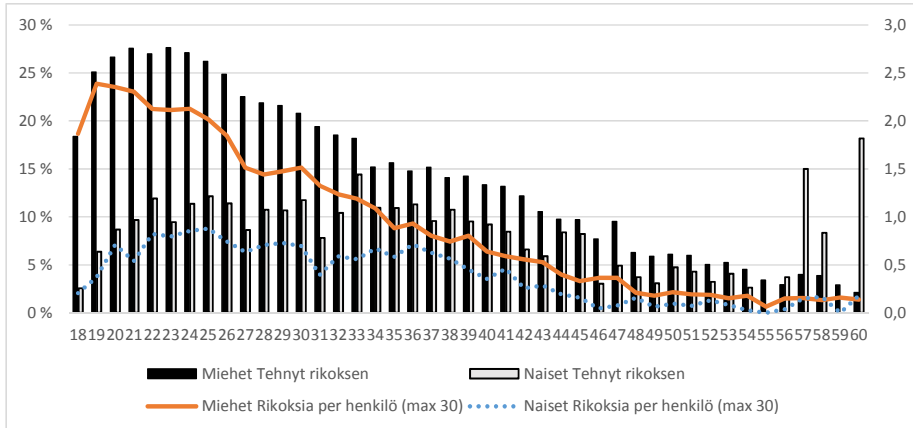
¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Vankeuteen johtaneen rikollisuuden lisäksi tarkasteltiin myös muita tuomioita ja rangaistusmääräyksiä vuosilta 2006–2010 (taulukko 4.9). Toisin kuin rikollisuutta koskevien asioiden kohdalla yleensä, kyseisinä vuosina rikosrekistereihin merkinnän saaneiden naisten osuuden (80 %) ja miesten osuuden (83 %) välinen ero oli todella pieni.

5.3 Rikollisuus ja ikä

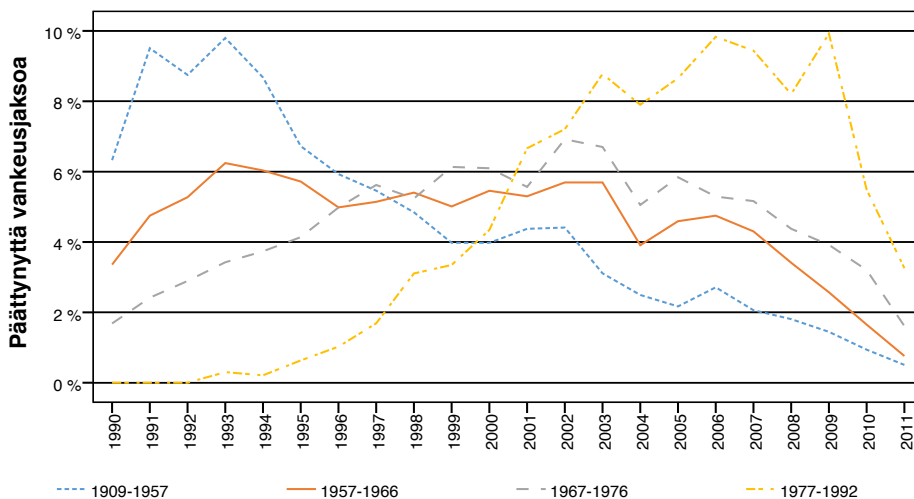
Vankitietorekisterimerkintään johtaneen rikoksen tekemisen ikää tarkasteltiin niiden vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksojen osalta, joille rikosentekopäivä oli merkitty vankitietojärjestelmään vuosina 1990–2009. Vankeuteen johtaneiden rikosten määrä ja rikoksia tehneiden osuus olivat suurimmillaan 19 ja 26 ikävuoden välillä, jonka jälkeen rikollisuus väheni miehillä suhteellisen tasaisesti (kuvio 5.4). Naistenkin kohdalla rikollisuus väheni iän myötä, muttei läheskään yhtä selvästi kuin miehillä.

Myös kuviossa 4.1 tarkasteltiin vankeuteen johtaneiden rikosten tehneiden osuutta suhteessa kaikkiin päihdehoidossa olleiden potilaisiin, mutta kuvio 5.4 sisältää vain ne potilaat, joilla oli vähintään yksi merkintä vankitietojärjestelmässä. Kuvio 5.4 havainnollista erityisesti sitä, että naisten rikollisuus alkaa hitaammin ja jatkuu tasaisempana kuin miesten. Ikävuosina 45–60 sukupuolten suhteellisissa osuuksissa ei ollut enää juurikaan eroa. Suuret vuosittaiset vaihtelut ja korkeat luvut tiettyinä vuosina naisten osuudessa 57–60-vuotiaiden ikäluokissa selittyvät tämän ikäisten naisten vähäisellä määrällä tutkimusaineistossa.



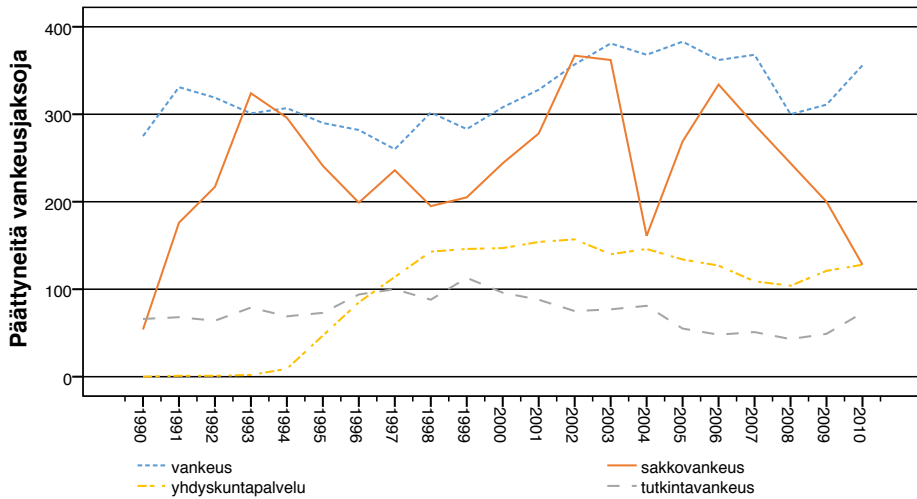
Kuvio 5.4 Niiden osuus, jotka olivat tehneet vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneen rikoksen tietynä ikävuotena ja keskimääräinen rikosmäärä (max. 30 rikosta vuodessa) sukupuolittain; 18–60-vuotiaat vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet potilaat vuosina 1990–2009.

Tarkastelujaksolla tapahtui päihdehoidon asiakaskunnassa muutoksia ja tarkastelujakso ajoittui eri-ikäisillä eri kohtaan elämänkaarella. Eri vuosikymmenillä syntyneiden välisiä eroja tarkasteltiin rikosseuraamusjaksojen päättymisen osalta. Ennen vuotta 1957 syntyneiden potilaiden rikosseuraamusjaksot sijoittuivat 1990-luvun alkupuolelle, kun taas 1977 jälkeen syntyneiden jaksojen suhteellinen osuus nousi lähestyttäessä 2000-luvun puoliväliä (kuvio 5.5). Keskimmaisten ryhmien kohdalla määrät pysyivät yllättävän samantasoisina. Kaikissa ikäryhmissä päättäneiden vankeuksia määrä väheni vuonna 2010.



Kuvio 5.5 Rikosseuraamusjakson loppumisvuosi ikäluokittain suhteellina osuuksina ikäluokan kaikista jaksoista vuosina 1990–2010. Vuosi 2011 kertoo rikosseuraamusasiakkaana vuoden 2010 lopussa olleiden osuuden.

Päättynneiden jaksojen määrässä oli vankilajeittain varsin suurtakin vuosittaista vaihtelua (kuvio 5.6). Se johtui osin muutoksista rangaistuskäytännöissä. Esimerkiksi yhdyskuntapalvelu käynnistettiin Suomessa kokeiluluonteisesti 1.1.1991, ja se vakiintui pysyväksi osaksi seuraamusjärjestelmää 1.1.1997. Yhdyskuntapalvelun käyttöönoton jälkeen vankien päivittäinen määrä väheni noin 400–500 vangilla. Vankilukua on alentanut myös ns. vankeuspaketti, joka sisälsi muun muassa vankeuslakiin, tutkintavankeuslakiin ja rikoslain ehdonalaiseen vapautumiseen liittyviä uudistuksia sekä useat sakon muuntorangaistukseen kohdistuneet muutokset (Mohell & Pajuoja 2006; Tyni 2015). Sakon muuntorangaistusta suorittaneiden vankien määrän lasku vuonna 2004 johtui ulosoton uuden tietojärjestelmän (Uljas) käyttöönottoon liittyvistä ongelmista.

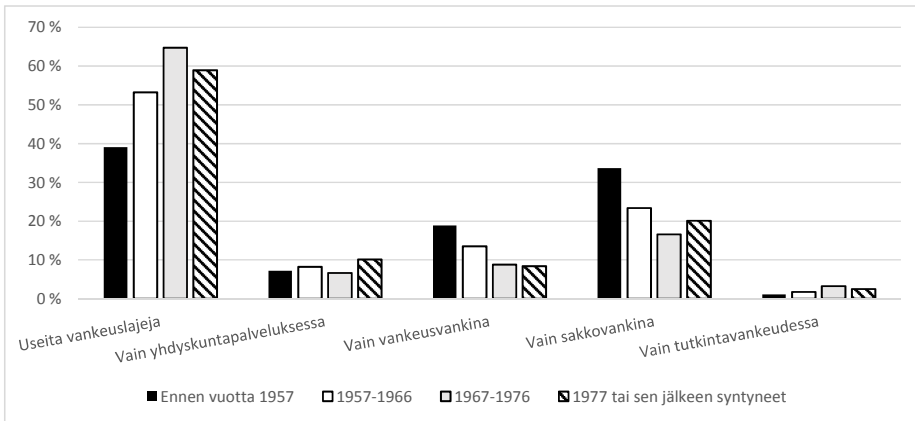


Kuvio 5.6 Vankeusjaksojen (n=15 202) loppumisvuosi vankeuslajeittain vuosina 1990–2010.

Ikä oli yhteydessä myös vankeuslajiin. Sakkovankeusjaksoja suorittaneet potilaat olivat rikosseuraamusjakson lopussa muita vanhempia. He olivat keskimäärin 35-vuotiaita, kun vankeusvankeus- ja yhdyskuntapalvelujakson päättyessä potilaat olivat keskimäärin 30-vuotiaita. Tutkintavankeusjakson lopussa potilaat olivat keskimäärin 26-vuotiaita.

Vuosina 1909–1956 syntyneet olivat olleet harvemmin vankeusvankina kuin vuosina 1967–1976 syntyneet. Sen sijaan vuosina 1909–1956 syntyneet olivat olleet useammin vain vankeusvankina verrattuna vuosina 1967–1992 syntyneisiin ja useammin vain sakkovankina verrattuna vuosina 1957–1992 syntyneisiin. Muiden vankilajien ohella sakkovankeudet jakautuivat tasaisesti eri ikäryhmien välillä.

Vuoden 1966 jälkeen syntyneillä oli vanhempia potilaita useammin merkintä monessa vankeuslajissa (kuvio 5.7). Vain yhdyskuntapalvelussa ja vain tutkintavankeudessa olleiden määrä ei poikennut eri ikäryhmissä. Myös yhdyskuntapalvelussa olivat olleet useimmin vuosina 1967–1992 syntyneet, mutta harvimmin 1909–1957 syntyneet päihdeongelmaiset. Tutkintavankeuksia oli kirjattu 1909–1957 syntyneille vähemmän kuin muille ryhmille; eniten tutkintavankeudessa olivat olleet vuoden 1966 jälkeen syntyneet ikäluokat. Ikäryhmien välisessä tarkastelussa on otettava huomioon, että tiedot olivat saatavissa kattavasti vasta vuodesta 1990 alkaen.



Kuvio 5.7 Vankilajien prosentiosuuksien jakautuminen ikäluokittain.

5.4 Vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneet rikokset

Vankeuteen johtaneet rikokset oli kirjattu vankitietojärjestelmään, jos rangaistuksena oli yhdyskuntapalvelu tai ehdoton vankeus; sakko- ja tutkintavangeille tietoa rikoksista ei ole kirjattu. Yhteensä 2 282 potilaalla eli kahdella kolmanneksella (67 %) oli merkitty tieto vankeuteen johtaneista rikoksista. Miehistä tieto rikoksista oli 1994:llä (69 %) ja naisista 288 henkilöllä (55 %). Tarkastelimme kaikkia tuomioon johtaneita rikoksia erittelemättä päärिकosta muista samanlaisista rikoksista.

Miehille oli kirjattu keskimäärin enemmän rikoksia henkilöä kohti (26,1 rikosta) kuin naisille (12,1 rikosta). Yli puolet kaikista rekisteristä löytyneistä rikoksista oli omaisuusrikoksia. Rikosten määrän vertaaminen eri rikostyyppien osalta ei kuitenkaan ollut mielekästä, sillä samassa tuomiossa omaisuusrikoksia saattoi olla useita, koska jokainen teko käsitellään erikseen, mutta esimerkiksi huumausainerikoksissa puoli vuotta jatkuneet teot oli merkitty yhdeksi rikokseksi. Toimivampi tapa tarkastella rikollisuutta oli selvittää, moniko potilas oli tehnyt ainakin yhden tietyn tyyppisen rikoksen.

Rikoksia tarkasteltiin ryhmiteltynä kahdeksaan eri pääluokkaan: omaisuus-, huume-, ampuma-ase-, henki- ja väkivaltarikokset, rattijuopumukset, muut liikenerikokset sekä rikokset oikeudenkäyntiä, viranomaisia ja järjestystä vastaan. Lisäksi tarkasteltiin pääluokkien kolmea yleisintä rikostyyppiä.

Lähes kolme neljännestä miehistä ja kaksi kolmannekselta naisista oli syyllistynyt omaisuusrikokseen (taulukko 5.5). Seuraavaksi yleisimpiä olivat rattijuopumuk-

set (56 %) ja muut liikenne rikokset (57 %) sekä huumausainerikokset (48 %) ja väkivaltarikokset (41 %). Merkintä henkirikoksesta oli aineistossa 38 henkilöllä (39 rikosta). Kaikki rikostyytit olivat yleisempiä mies- kuin naispotilaiden keskuudessa, mutta huumausainerikoksia tehneiden kohdalla ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ja vain huumausainerikoksia tehneiden naisten osuus oli suurempi kuin miesten.

Taulukko 5.5 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten ja miesten osuus, jotka olivat tehneet vähintään yhden kyseiseen luokkaan kuuluvan rikoksen, pääluokka ja sen kolme yleisintä rikostyyppiä, prosentti-taulukko

	Yhteensä n=2 282	Miehet n=1 994	Naiset n=288	Sig. ¹
Omaisuusrikokset (vähintään yksi)	73	74	64	***
Vain omaisuusrikos (ei muita rikostyyppiä)	9	8	12	*
101 Varkaus 28:1	58	59	48	***
114 Luvaton käyttö, lievä luvaton käyttö 28:7, 9	31	33	15	***
103 Näpistys 28:3	27	28	19	**
Liikenne rikokset	57	59	40	***
Vain liikenne rikos	2	2	0	*
Kulkuneuvon kuljettaminen oikeudetta 23:10	48	51	31	***
Liikenneturvallisuuden vaarantaminen, liikennepako tieliikenteessä 23:1, 11	32	34	19	***
Liikenne rikkomus, tieliikenteen sosiaalilainsäädännön rikkominen TLL 103§, 105a§	20	21	14	**
Rattijuopumukset	56	58	44	***
Vain rattijuopumus	5	5	8	*
Törkeä rattijuopumus 23:4	42	44	31	***
Rattijuopumus 23:3	29	31	19	***
Kulkuneuvon luovuttaminen juopuneelle 23:8	2	2	3	
Huumausainerikokset	48	48	44	
Vain huumausainerikos	3	2	5	**
451 Huumausainerikos 50:1	39	40	30	**
458 Huumausaineen käyttörikos 50:2a	26	26	24	
452 Törkeä huumausainerikos 50:2	10	9	14	**

Taulukko jatkuu...

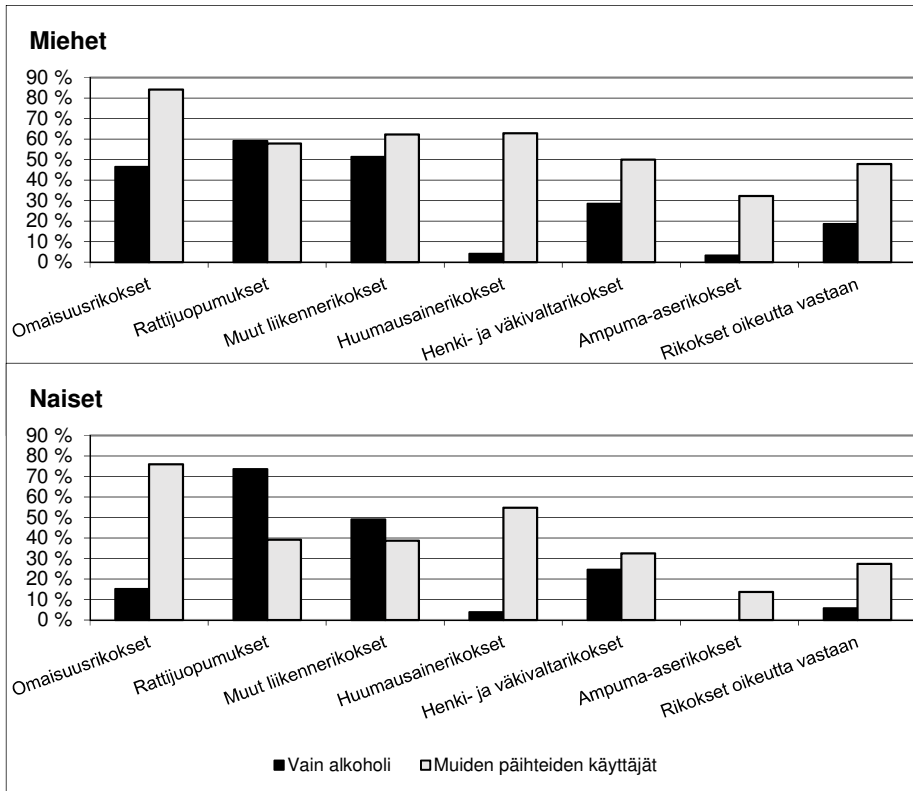
Taulukko jatkuu...

	Yhteensä n=2 282	Miehet n=1 994	Naiset n=288	Sig. ¹
Henki- ja väkivaltarikokset	41	43	30	***
Vain henki- tai väkivaltarikos	3	2	8	***
211 Pahoinpitely 21:5	34	36	21	***
212 Törkeä pahoinpitely 21:6	14	14	8	**
213 Lievä pahoinpitely 21:7	4	4	3	
Ampuma-aserikokset	23	25	11	***
Vain ampuma-aserikos	0	0	0	
Rikokset oikeudenkäyntiä, viranomaisia ja järjestystä vastaan	38	40	23	***
Vain luokkaan kuuluva rikos	0	0,2	0	
Järjestyslaki	16	18	5	***
Poissaolo oikeudesta ROL 8:4§; 8:5§1; 8:8§2; OK 17:36§1	11	12	5	***
Virkamiehen (väkivaltainen) vastustaminen 16:1-2	10	11	3	***
Muut rikokset , jokin yllä olevaan seitsemään luokkaan kuulumaton rikos	26	28	15	***

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Useimmat potilaat olivat syyllistyneet useisiin erityyppisiin rikoksiin. Kolmannes naisista ja viidennes miehistä oli tehnyt vain yhden tyyppisiä rikoksia. Vajaa kymmenen prosenttia potilaista oli tehnyt vain omaisuusrikoksia. Rattijuopumuksesta tuomituista 9 %:lla ei ollut muita rikostyyppisiä tuomioissaan. Naisista 8 % oli tuomittu vain väkivaltarikoksista, kun taas miehistä vain väkivaltarikoksista tuomittujen määrä oli ainoastaan 2 %. Vain yhdestä rikostyyppistä tuomittujen määrä oli muissa tarkastelun rikostyypeissä vielä yllä mainittuja pienempi.

Vain alkoholin takia hoidossa olleilla naisilla ja miehillä oli selvästi vähemmän rikoksia kuin muiden päihteiden käyttäjillä. Vain alkoholia käyttäneistä päihdeongelmallisista miehistä oli syyllistynyt rattijuopumukseen yhtä suuri osuus kuin muista miehistä (kuvio 5.8), mutta muissa rikostyypeissä vain alkoholi-ongelman vuoksi hoidettujen osuus oli pienempi kuin muiden miesten osuus. Vain alkoholi-ongelmallisista naisista muita naisia suurempi osuus oli syyllistynyt rattijuopumukseen, mutta muiden päihteiden käyttäjien osuus oli suurempi omaisuus-, huumausaine- ja ampuma-aserikoksissa sekä rikoksissa oikeudenkäyttöä, viranomaisia ja oikeudenkäyttöä vastaan.



Kuvio 5.8 Vankeuteen johtaneiden rikosten pääluokat vain alkoholia sekä muita päihteitä käyttäneiden miesten (n=1 994) ja naisten (n=288) osalta.

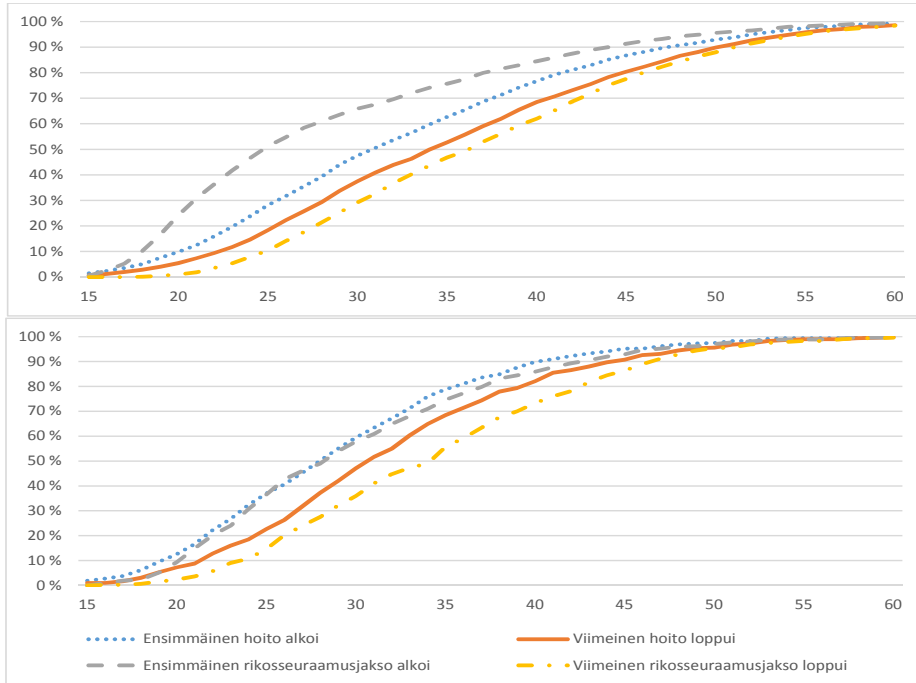
5.5 Päihdehoidon ja rikosseuraamusjakson ajoittuminen

Sukupuolten välillä oli suuria eroja päihdehoidon ja vankeuden ajoittumisessa (taulukko 5.6). Miehille oli kirjattu ensimmäinen ja viimeinen päihdehoito keskimäärin kolme vuotta vanhempana kuin naisille. Miehet olivat saaneet naisia nuorempana ensimmäisen merkinnän vankitietojärjestelmään ja vapautuneet viimeisen kerran vanhempana kuin naiset. Miehillä ensimmäinen vankeus oli alkanut keskimäärin useita vuosia nuorempana kuin päihdehoito (kuvio 5.9), mutta naisilla päihdehoidon alkamisen ja ensimmäisen vankeuden keski-ikä sijoittuivat lähelle toisiaan.

Taulukko 5.6 Ensimmäinen ja viimeinen merkintä vankitietojärjestelmässä sekä tutkimukseen kuuluneessa päihdehoitopaikassa, keski-ikä sukupuolittain ja t-testin merkitsevyystaso

Ikä, jolloin	n	Mies 2 885	Nainen 524	Sig. ¹
ensimmäinen päihdehoitotieto		32,9	29,5	***
viimeinen päihdehoitotieto		35,7	32,3	***
ensimmäinen VATI-merkintä		28,7	30,3	***
viimeinen VATI-merkintä		37,6	34,9	***

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001



Kuvio 5.9 Ikä, jolloin ensimmäinen ja viimeinen tiedossa oleva merkintä vankitietojärjestelmässä sekä tutkituilla päihdekliniikoilla, kumulatiivinen prosenttiosuus, miehet (n=2 885) ja naiset (n=524) erikseen.

Kolmelta viidestä naisesta (60 %) ja kolmannekselta miehistä (36 %) löytyi merkintä päihdehoidosta ennen ensimmäistä VATI-merkintää. Kahdella kolmesta (66 %) potilaasta viimeisin vankeusjakso päättyi viimeisimmän tiedossa olleen päihdehoidon jälkeen, jollakin jopa 20 vuotta myöhemmin. Miehillä oli hieman useammin (44 %) viimeinen hoitomerkinä vankeusjakson jälkeen kuin naisilla (40 %).

Rangaistusseuraamusjaksojen sekä päihdehoidon ajoittumisen tarkempaa tarkastelua varten tutkittavat jaettiin seitsemään ryhmään (taulukko 5.7). Korvaushoitopotilaiden kohdalla ajoittumista ei tarkasteltu, koska tutkituille klinikoille lähetettiin päihdepotilaita korvaushoidon aloitukseen, joten tiedettiin, että aiempia päihdehoitoja oli, mutta niiden ajankohdasta ei ollut saatavissa tarkkaa tietoa. Lyhenteissä päihdehoidon aloitus ja päättyminen on merkitty H:lla ja vankitietojärjestelmän merkintää koskevat tiedot V:llä: esimerkiksi HVVH tarkoittaa, että vankeusjakso on ollut hoidon keskellä. Kolmessa ensimmäisessä ryhmässä hoitomerkinä edelsi vankitietomerkinä ja kolmessa seuraavassa vankitietojärjestelmämerkintä oli ensimmäisenä.

Taulukko 5.7 Päihdehoidon aloituksen ja päättymisen (H) sekä ensimmäisen ja viimeisen vankitietomerkinnän (V) ajoittumisen mukaan muodostetut ryhmät, naisten ja miesten prosenttiosuudet ja sukupuolten välisten erojen merkitsevyystaso

Selite	Lyhenne	Naiset	Miehet	Sig. ¹
		n=524	n=2 885	
Hoito–Vankeus	HVHV	7	6	
Hoito–Vankeus–Hoito	HHVV	40	21	***
Hoito–Vankeus–Hoito–Vankeus	HVVH	7	6	
Vankeus–Hoito–Vankeus	VHHV	16	33	***
Vankeus–Hoito	VHVH	2	6	***
Vankeus–Hoito–Vankeus–Hoito	VVHH	14	17	
Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoitoelite	KH	14	11	*

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Useammalla kuin joka toisella naisella hoitomerkintä edelsi vankitietomerkintää, suurin ryhmä oli HHVV eli hoito kokonaisuudessaan ennen rikosseuraamusjaksoja. Suurimmalla osalla miehistä vankitietomerkintä löytyi ennen hoitomerkintää. Miehillä suurin ryhmä oli VHHV eli hoitotiedot ajoittuivat vankeusjaksojen väliin.

Päihdehoidon ensimmäisestä merkinnästä viimeiseen kului sekä naisilla että miehillä keskimäärin 2,8 vuotta. Puolella miehistä aika ensimmäisestä viimeiseen hoitomerkintään kesti enintään 9 kuukautta ja naisilla 6 kuukautta. Suuri osa ryhmiin VVHH, HHVV ja VHHV kuuluneista oli ollut hoidossa vain lyhyen aikaa. Näihin ryhmiin kuului asiakkaita, joilla oli vain yksi laitoshoitajakso tai lyhyt avohoitokontakti. Ryhmillä HVHV, HVVH ja VHVH aika hoidon alusta loppuun oli pitkä.

5.6 Yhteenveto

Selvä enemmistö vankitietojärjestelmään kirjatuihin päihdehoidon asiakkaista oli miehiä. Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten rikollisuus poikkesi miesten rikollisuudesta. Sukupuolten väliset erot sekä päihdeongelman että rikollisuuden ja taustatietojen kohdalla olivat merkittäviä, mikä oli otettava huomioon kaikissa tarkasteluissa.

Miehet olivat olleet vankilassa pidempään kuin naiset ja heillä oli useampia vankeusjaksoja. Tarkasteltaessa rikosten kokonaismäärää, miehet olivat myös tehneet enemmän rikoksia kuin naiset. Viimeaikaisessa rikollisuudessa naisten ja miesten erot olivat kuitenkin pieniä, toisin kuin aineiston muiden päihdepo-tilaiden kohdalla.

Naiset olivat usein moniongelmaisempia ja he olivat olleet laitoshoidossa useammin kuin miehet. Naisilla oli miehiä useammin huumeiden käyttöä tai lääkkeiden väärinkäyttöä sekä diagnosoituja mieliala-, persoonallisuus- ja ahdistuneisuushäiriöitä. Naiset olivat miehiä nuorempia, mikä osaltaan selitti sitä, että naisia oli kuollut miehiä pienempi osuus ja että he olivat kuolleet miehiä nuorempina.

Päihdeongelmaisten keskuudessa yleisimmät vankeusrangaistukseen johtaneet rikokset olivat omaisuusrikoksia, rattijuopumuksia sekä muita liikenne-rikoksia. Omaisuusrikoksia, jotka olivat johtaneet rikosseuraamukseen, oli tehnyt lähes kolme neljästä miehestä ja kaksi kolmesta naisesta.

Vain alkoholia käyttäneet potilaat olivat tehneet vähemmän rikoksia kuin muiden päihteiden käyttäjät. Ero oli suuri erityisesti omaisuusrikosten ja huumausainerikosten kohdalla. Miehillä rikollisuus painottui aikaan ennen 26 ikävuotta, jonka jälkeen rikosten määrä ja vuosittain rikoksia tehneiden osuus vähenivät selvästi. Naisten rikollisuus sijoittui tasaisemmin eri ikävuosille.

Vankeusvankina olleista potilaista kaksi kolmannesta oli uusiutunut vankeusvankeutensa. Tosin uusiminen on yleistä myös muiden vankien keskuudessa. Sakkovankina oli ollut yli puolet sekä naisista että miehistä, lähes kolmannes useamman kerran. Yli puolella miehistä oli jaksoja useammassa eri vankilajissa.

Enemmistö miehistä oli ollut vankilassa ennen ensimmäistä tiedettyä päihdehoitoa. Sen sijaan naisilla päihdehoito edelsi useammin ensimmäistä rikosseuraamusjaksoa. Miesten ensimmäiset rikosseuraamukset ajoittuivat keskimäärin nuoremmalle iälle kuin naisten. Suurimmalla osalla naisista ja miehistä viimeinen rikosseuraamusjakso oli vasta viimeisen tiedetyn päihdehoitajakson jälkeen. Tulokinnassa tulee kuitenkin muistaa, että aineisto sisälsi kaikki rikosseuraamusjaksot vuosina 1990–2009, mutta päihdehoitajakset vain muutamilta klinikoilta.

VI VANKEUDESSA OLLEET ALKOHOLI- ONGELMAISET JA MUITA PÄIHTEITÄ KÄYTTÄNEET MIEHET

Teemu Kaskela ja Tuuli Pitkänen

Tutkimuksen kohteena olivat vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet miehet (n=2 885), jotka olivat olleet päihdehoidossa vuosien 1990 ja 2009 välisenä aikana. Näiden miesten osuus oli 39 % kaikista tutkituista päihdehoitoon hakeutuneista miehistä. Erityisesti tarkasteltiin niitä miehiä (n=2 364) joiden käyttämä pääpäihde oli merkitty rekisteritietoihin. Alkoholiongelman (ALKO) ja muiden päihteiden (SEHU) käytön takia hoidossa olleiden miesten välisiä eroja tarkasteltiin taustatietojen ja päihdehoidon lisäksi rikollisuuden ja kuolleisuuden osalta. Syntymävuoden yhteyttä ryhmien välisiin eroihin arvioitiin.

Lyhyesti tutkimuskysymykset, jotka on esitetty tarkemmin luvussa 3.4:

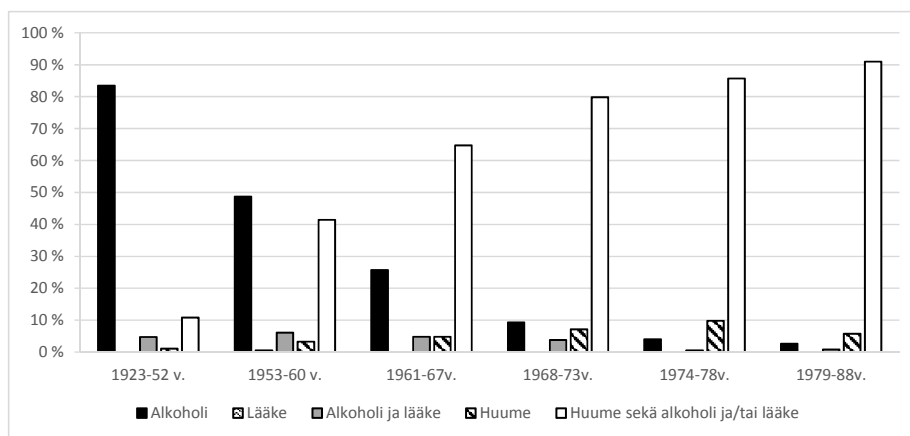
- Kuinka suuri osa eri-ikäisistä vankeudessa olleista miehistä on hoidossa alkoholin käytön takia ja kuinka suuri osa muiden päihteiden käytön takia?
- Miten vain alkoholia käyttäneet miehet poikkeavat muista päihteiden käyttäjistä taustansa osalta?
- Onko päihdehoidon ja vankeuden ajoittumisen osalta eroja vain alkoholia käyttäneiden ja muiden päihteiden käyttäjien välillä?
- Minkälaista on vain alkoholia käyttäneiden ja muiden päihteiden käyttäjien rikollisuus?
- Onko muiden päihteiden käyttäjillä suurempi riski kuolla pian vankeudesta vapautumisen jälkeen kuin alkoholin käyttäjillä?

6.1 Käytetyt päihteet ja ikä

Päihdehoidossa sekä vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleista miehistä 82 %:lle (n=2 364) löytyi hoitotiedoista merkintä vähintään yhdestä päihteestä, sillä avohoidossa päihde oli usein jäänyt kirjaamatta. Niistä, joille päihde oli merkitty, lähes kaikilla (95 %) oli merkintä alkoholin ongelmakäytöstä, mutta vain joka neljännellä miehellä (28 %) alkoholi oli ainoa kirjattu päihde (taulukko 4.4).

Suurin osa miehistä luokiteltiin muiden päihteiden käyttäjiksi (SEHU). SEHU-miehillä päihteiden käyttö oli usein luonteeltaan sekakäyttöä: vain noin 10 %:lla SEHU-miehistä oli kirjattu ongelmia vain yhden päihderyhmän kanssa. Yleisimpiä ongelmapäihteitä alkoholin (48 %) lisäksi olivat sedatiiviset lääkkeet, kuten bentsodiatsepiinit ja muut sedatiivit (35 %), buprenorfiini, heroini ja muut opioidit (35 %) sekä amfetamiini ja muut stimulantit (31 %). Korvaushoitopotilaille oli merkitty harvemmin alkoholi-ongelma kuin muille miehille.

ALKO-miesten osuus oli yhteydessä syntymävuoteen; ennen vuotta 1952 syntyneistä lähes kaikilla oli kirjattu olevan ongelmia vain alkoholin kanssa, kun taas vuosina 1968–1988 syntyneistä vain 6 %:lla (kuvio 6.1). ALKO-miehet olivat syntyneet keskimäärin vuonna 1955 ja SEHU-miehet vuonna 1971.



Kuvio 6.1 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleille miespotilaille (n=2355) kirjatut päihteet ikäluokittain.

6.2 Elämäntilanne

Puolet miehistä oli tutkimusaineistossa ainoastaan avohoidon potilaina, loput olivat olleet hoidettavina Järvenpään sosiaalisairaalassa (taulukko 4.2). Rekisteritietojen perusteella suurella osalla miehistä oli ollut elämänsä aikana monenlaisia ongelmia. Esimerkiksi sairaalahoitajaksoja oli ollut lähes kaikilla ja kahdenkymmenen vuoden keskiarvo oli 13 hoitajaksoa (taulukko 4.2).

Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleet miehet poikkesivat muista päihdehoidossa olleista miehistä iän ja käytettyjen päihteiden lisäksi monin tavoin (luku 4). Myös miesten ja naisten välillä oli suuria eroja (luku 5). Rekisteritiedot antavat suuntaa keskiarvoista, mutta tietojen kattavuudessa oli asiakohtaisesti suuria eroja. Demografisia tietoja tarkasteltaessa on otettava huomioon, että tietoja puuttui paljon (taulukko 5.2).

Asunnottomuus

Miehistä lähes kolmannes oli ollut joskus asunnottomana päihdehoidon aikana (taulukko 5.1). Luku kertoo minimitason, sillä demografisia tietoja puuttui monilta ja todennäköisesti osa oli ollut asunnottomana hetkenä, jolloin hoitokontakti on puuttunut. Ikä oli voimakkaasti yhteydessä siihen, löytyikö merkintä asunnottomuudesta: ennen vuotta 1953 syntyneistä 37 %:lla oli merkintä asunnottomuudesta, kun vuoden 1967 jälkeen syntyneistä osuus oli 27 %.

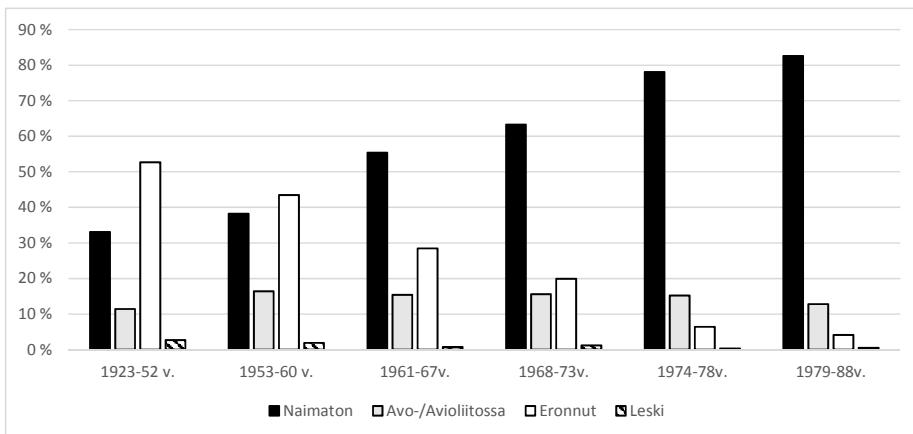
ALKO- ja SEHU-miehistä oli yhtä suuri osuus ollut asunnottomana (30 %). Myöskään muut kuin päihdeongelmaan liittyvät mielenterveysongelmat eivät vaikuttaneet olevan yhteydessä asunnottomuuteen. Korvaushoitopotilaat ja potilaat, joiden päihdehoito ajoittui ennen rikosseuraamusjaksoja, poikkesivat muista ryhmistä, sillä heillä oli harvemmin merkintä asunnottomuudesta kuin muilla miehillä.

Kotikunta

Asuinkuntana tarkasteltiin vuoden 2008 verotuskuntaa. Puuttuvan tiedon osalta tietoja täydennettiin muista rekistereistä viimeisintä tietoa priorisoiden. Etelä-Suomen alueella asui miehistä suurin osa (88 %), mikä oli yhteydessä siihen, että aineiston avoklinikat sijaitsivat Helsingissä. ALKO- ja SEHU-miesten välillä ei ollut eroa eteläsuomalaisuuden osalta, mutta vain alkoholia käyttäneet asuivat useammin Uudellamaalla (82 %), erityisesti Helsingissä (64 %), kuin muita päihteitä käyttäneet (Uusimaa 71 %, Helsinki 42 %).

Siviilisäät

Suurin osa miehistä oli naimattomia (58 %) ja neljäsosa oli eronnut. Tarkasteltaessa siviilisäätä ikäluokittain todettiin, että naimattomien osuus pieneni vanhemmilla miehillä eronneiden osuuden kasvaessa (kuvio 6.2). Avo- tai avioliitossa elävien osuus pysyi suhteellisen tasaisena (13–17 %) kaikissa ikäluokissa. Suurin osa aineiston miehistä eli yksin, joko aiemman parisuhteen jälkeen tai ennen parisuhdetta. ALKO-miehet olivat muiden päihteiden käyttäjiä useammin eronneita ja harvemmin naimattomia.



Kuvio 6.2 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden miespotilaiden (n=2355) siviilisäät ikäluokittain.

Koulutus, työ ja verotulot

Vajaa neljännes miehistä oli suorittanut peruskoulun jälkeisen tutkinnon (taulukko 6.3). Viisi prosenttia ei ollut käynyt peruskoulua loppuun. Vähintään toisen asteen koulutuksen suorittamisessa ei ollut eroja ALKO-miesten ja muiden päihdeongelmaisten välillä. ALKO-miehistä oli kuitenkin useampia korkeakoulun käyneitä.

Miehistä harva kävi töissä käytössä olleiden rekisteritietojen perustella (taulukko 6.1). Avopotilaat olivat laitospotilaita useammin työssä käyviä. Nuorimasta ikäluokasta (1978–1987 syntyneet) oli muita useampi työvoiman ulkopuolella. ALKO-miehet olivat muita päihteiden käyttäjiä useammin työelämässä.

Joka neljännen miehen verotulot olivat vuosien 2004–2008 välillä vähintään kerran ylittäneet Kelan työssäoloehdon mukaisen minimitulorajan 11 763 euroa (taulukko 4.8). ALKO-miehistä rajan oli ylittänyt 29 % ja muiden huumeiden käyttäjistä 20 %.

Taulukko 6.1. Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden vain alkoholia käyttäneiden (ALKO) sekä muita päihteitä käyttäneiden (SEHU) miespotilaiden viimeisin koulutus- ja työtilannetieto, prosenttiosuus

		ALKO	SEHU	Yhteensä	Sig. ¹
		664	1 700	2 354	
Koulutus	n	348	1 178	1 526	
Ei peruskoulun päästötodistusta		2	6	5	**
Perusaste		74	72	73	
Keskiaste		20	21	21	
Korkea-aste		4	1	2	***
Työtilanne	n	395	1 421	1 816	
Työssä		13	7	8	***
Työtön		57	63	61	*
Työvoiman ulkopuolella		30	31	31	

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Mielenterveysongelmat

Joka toisella miehellä oli diagnosoitu päihdeongelman lisäksi mielenterveysongelma sairaalajaksolla vuosien 1990 ja 2009 välisenä aikana (taulukko 4.7). ALKO-miehille oli päihdeongelman lisäksi diagnosoitu muu mielenterveysongelma harvemmin kuin SEHU-miehille (taulukko 6.2). ALKO-miehistä pienemmällä osuudella oli todettu ahdistuneisuuteen, persoonallisuus- ja sopeutumishäiriöihin sekä skitsofreniaan liittyviä diagnooseja kuin SEHU-miehillä. ALKO-miehillä oli useammin todettu dementia, mutta tämä ero hävisi kun tarkasteltiin vain laitospotilaita, joille diagnooseja oli saatavissa järjestelmällisesti.

Taulukko 6.2 Laitosjaksolla diagnosoitujen mielenterveysongelmien esiintyvyys vain alkoholia käyttäneillä (ALKO) ja muita päihteitä käyttäneillä (SEHU) vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleilla miespotilailla (n=2 364), prosenttitaulukko

Häiriöryhmä (ICD9 koodi) ²	n	ALKO	SEHU	Sig. ¹
		664	1 700	
Mielialan vaihteluihin liittyvät (296) pl. depressio		25	28	
Depressio (296.2 296.3 300.4 ja 311)		7	7	
Neuroottiset häiriöt (300)		9	16	***
Persoonallisuushäiriöt (301)		14	37	***
Sopeutumishäiriö (ulkoisen syyn aiheuttama, 309)		5	16	***
Skitsofrenia tai harhaluuloisuushäiriö (295 297)		3	11	***
Dementia (290, 2941)		2	0	**
Jokin mielenterveysdiagnoosi (ICD9 tai ICD10)		44	62	***

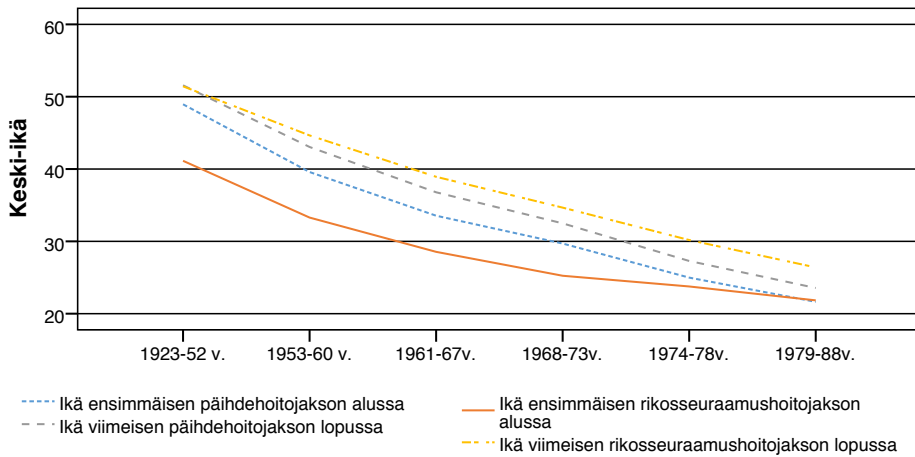
¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

²ICD10 diagnoosit on Terveystieteiden tutkimuskeskuksen HILMO -rekisterissä saatavissa myös ICD9 muodossa

6.3 Päihdehoidon ja vankeuden ajoittuminen

Miesten ensimmäinen tiedossa oleva vankeus löytyi rekisteristä keskimäärin neljä vuotta ennen ensimmäistä hoitomerkitä (taulukko 5.6). Suurella osalla miehistä ensimmäinen rikosseuraamusmerkintä oli tullut 18 ja 20 ikävuoden välillä. Kolmanneksella miehistä ensimmäinen hoitomerkitä oli ennen VATI-merkintää (taulukko 5.7).

Hoidon sekä rangaistusseuraamusjaksojen ajoittumisen keski-ikä laski eri vuosikymmenillä syntyneillä suhteellisen tasaisesti, suurimmat poikkeamat olivat nuorimmassa ja vanhimmassa ikäluokassa (kuvio 6.3). Rekisteriaineiston rajoitukset aikavälin sekä hoitotiedon kattavuuden osalta on otettava huomioon tuloksia tarkastellessa.



Kuvio 6.3 Miesten (n=2 885) päihdehoidon ja rikosseuraamuksen keskimääräinen alkamis- ja päättymisikä ikäluokittain

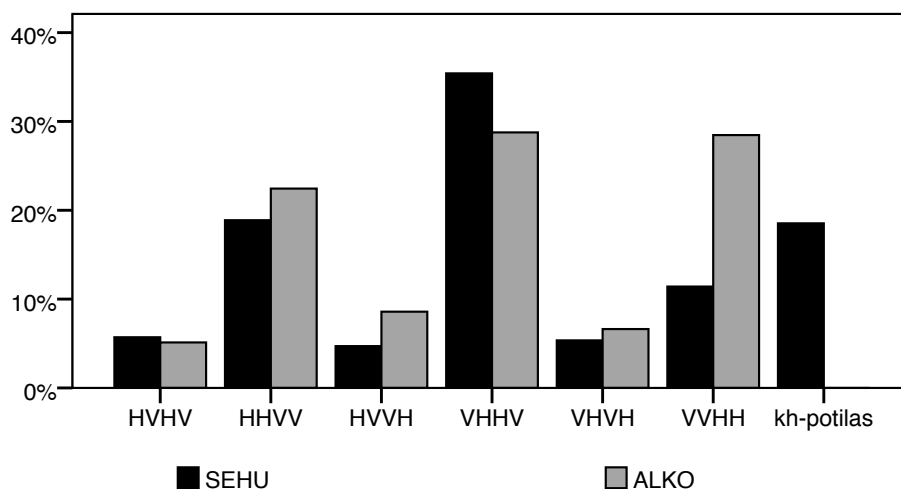
Ensimmäisen ja viimeisen rikosseuraamusmerkinnän (V) ja päihdehoidon (H) ajoittumisen mukaan tehdyt ryhmät olivat seuraavat (miesten lukumäärä, prosenttiosuus ja syntymävuoden keskiarvo):

- HVHV viimeinen hoito ajoittui rikosseuraamusjaksojen väliin. (165 miestä, 6 %, ka. 1968)
- HHVV päihdehoito oli tapahtunut ennen rikosseuraamuksia. (609 miestä, 21 %, ka. 1968)
- HVVH ensimmäinen päihdehoito oli alkanut ennen rikosseuraamuksia ja viimeinen hoitojakso sijoittui rikosseuraamusten jälkeen. (175 miestä, 6 %, ka. 1962)
- VHHV ensimmäinen rikosseuraamus edelsi päihdehoitoja, mutta viimeinen rikosseuraamus tapahtui kaikkien päihdehoitojaksojen jälkeen. (951 miestä, 33 %, ka. 1965)
- VHVH rikosseuraamus oli ensimmäisenä, jonka jälkeen päihdehoito, jota seurasi rikosseuraamus. Viimeisenä päihdehoitojakso. (173 miestä, 6 %, ka. 1960)
- VVHH kaikki rikosseuraamukset olivat ennen päihdehoitoja. (497 miestä, 17 %, ka. 1959)
- KH opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa olleet potilaat. (315 miestä, 11 %, ka. 1974)

Miesten keskimääräinen syntymävuosi vaihteli ryhmittäin. HVHV- ja HHVV-ryhmissä, joissa hoitotieto edelsi rikosseuraamusmerkintää ja rikosseuraamusmerkintä oli viimeisenä, miesten keskimääräinen syntymävuosi oli korkeampi kuin muilla ryhmillä. Ryhmissä HVVH, VHVH ja VVHH, joissa hoitotieto oli viimeisenä, keskimääräinen syntymävuosi oli matalin, mikä oli todennäköisesti yhteydessä siihen että rikollisuus vähenee iän myötä. Ryhmän VHHV keskimääräinen syntymävuosi vastasi kaikkien miesten keskiarvoa.

Korvaushoitopotilaiden keski-ikä oli muita ryhmiä matalampi. Vuoden 2009 lopussa alle neljäsosa korvaushoitopotilaista oli täyttänyt 40 vuotta, kun taas kaikissa muissa ryhmissä neljäsosa oli vähintään 50-vuotiaita. Tämä heijastui sekä hoitojen että vankeuksien aloitus- ja lopetushetkeen, sillä korvaushoitopotilaiden ensimmäiset ja myös viimeiset tiedetyt hoito- ja vankeusjaksot olivat tapahtuneet muita nuorempina. Korvaushoitopotilaiden kohdalla ajoittumista ei tässä syvemmin tarkasteltu, koska ensimmäisestä päihdehoitoon hakeutumisen ajankohdasta ei ollut saatavissa riittävän tarkkaa tietoa.

ALKO - ja SEHU-miesten välillä oli eroja (kuvio 6.4). ALKO -miesten osuus oli suuri (22–29 %) kolmessa ryhmässä HHVV, VHHV ja VVHH. ALKO-miehet poikkesivat SEHU-miehistä eniten VVHH-ryhmän kohdalla, jossa rikosseuraamusjaksomerkinnot ajoittuivat ennen hoitoa. SEHU-miesten osalta suurin oli VHHV-ryhmä, missä hoidot ajoittuivat rikosseuraamusjaksojen väliin.



Kuvio 6.4 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden vain alkoholia sekä muita päihteitä käyttäneiden miespotilaiden jakautuminen vankeuden (V) ja hoidon (H) ajoittumisen perusteella muodostettuihin ryhmiin sekä korvaushoitopotilaisiin

6.4 Rikosseuraamusjaksojen lukumäärä

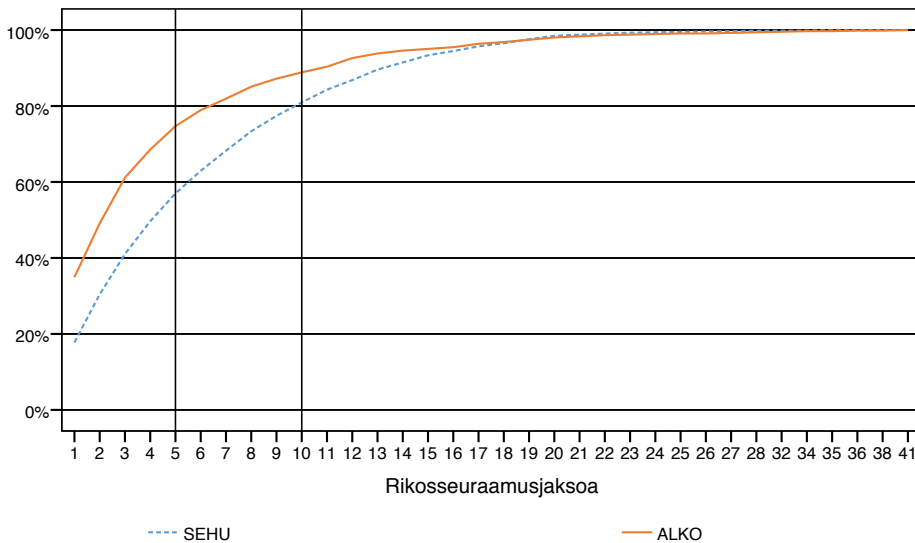
Jonka neljännellä (24 %) miehellä oli merkintä ainoastaan yhdestä vankeus- tai yhdyskuntapalvelujaksosta. Miehillä, joilla oli vähintään 10 rikosseuraamusjaksoa, oli kaikkia muita useammin merkintä asunnottomuudesta ja persoonallisuushäiriödiagnoosi (taulukko 6.3). Miehillä, joilla oli useita rikosseuraamusjaksoja, oli myös harvemmin toisen asteen koulutusta. Heillä esiintyi muita useammin myös C-hepatiittia, sekä muuhun kuin päihdeongelmaan liittyviä mielenterveysongelmia. Sen sijaan mielialan vaihteluihin liittyvien ongelmien esiintyvyys oli harvinaisempaa miehillä, joilla oli useampia rikosseuraamusjaksoja.

Taulukko 6.3 Päihdehoidossa sekä vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden miesten tilanne vankeusjaksojen lukumäärän mukaan, prosenttilukko

	Vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksojen määrä				Sig. ¹
	1 jakso	2–4	5–9	10–	
n	702	938	698	547	
Syntymävuoden keskiarvo	1963	1966	1968	1964	***
Ollut merkintä asunnottomuudesta	21	27	31	46	***
Opioidien ongelmakäyttöä	26	37	43	38	***
Onko tiedossa oleva II asteen koulutus	32	27	15	18	***
C-hepatiitti	11	20	27	33	***
Mielenterveysdiagnoosi, ei sisällä päihteitä	46	49	52	56	**
Mielialan vaihteluihin liittyvä, ei depressio	27	24	20	20	**
Depressio	8	6	5	5	
Neuroottiset häiriöt	11	12	12	12	
Persoonallisuushäiriöt	17	21	31	39	***
Sopeutumishäiriö (ulkoinen syy)	7	11	11	16	***
Skitsofrenia tai harhaluuloisuushäiriö	7	7	6	9	

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

ALKO-miehillä oli vähemmän rikosseuraamusjaksoja kuin SEHU-miehillä. Noin 40 %:lla rikosseuraamusasiakkaana olleista ALKO-miehistä ja hieman alle 20 %:lla SEHU-miehistä oli vain yksi rikosseuraamusjakso (kuvio 6.5). ALKO-miehistä 10 % ja SEHU-miehistä 20 % oli ollut erilaisissa rikosseuraamuksissa vähintään 10 kertaa. Toisin sanoen molempiin ryhmiin kuului suuri määrä henkilöitä, joilla rikosseuraamusjaksot olivat jääneet yhteen ja henkilöitä, joiden rikoskierre oli jatkunut pitkään. Yleisesti ottaen SEHU-miehillä rikosseuraamusjaksujen uusiutuminen oli kuitenkin suurempaa.



Kuvio 6.5 Rikosseuraamusjaksujen lukumäärä vain alkoholia (ALKO) ja muita päihteitä (SEHU) käyttäneillä vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleilla miespotilailla (n=2 364), kumulatiivinen prosenttiosuus.

SEHU-miehistä kahdella kolmasosalla oli rikosseuraamuksia erilaisissa vankilajeissa (taulukko 6.4). ALKO-miehistä kolmannes oli ollut vain sakkovankina. 40 % SEHU-miehistä oli ollut yhdyskuntapalvelussa, mutta vain 6 %:lla ei ollut muita rikosseuraamuksia yhdyskuntapalvelun lisäksi.

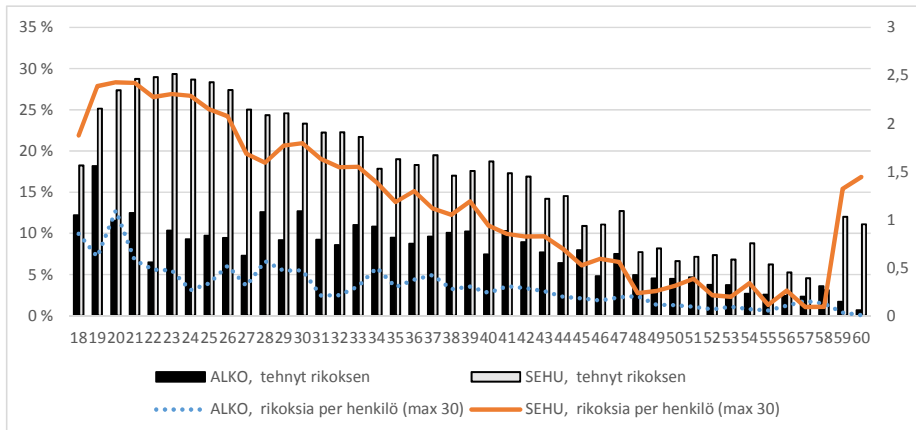
Taulukko 6.4 Vain alkoholia (ALKO) ja muita päihteitä (SEHU) käyttäneiden vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden miespotilaiden (n=2364) vankeuslajit, prosenttiosuus.

		ALKO	SEHU	Sig. ¹
		n	664	1 700
Sakkovankina	Ainakin kerran	61	59	
	Ainoastaan sakkovankina	35	16	***
Vankeusvankina	Ainakin kerran	54	73	***
	Ainoastaan vankeusvankina	17	9	***
Yhdyskunta- palvelussa	Ainakin kerran	27	41	***
	Ainoastaan yhdyskuntapalvelussa	9	6	*
Tutkintavankeudessa	Ainakin kerran	10	38	***
	Ainoastaan tutkintavankeudessa	1	2	
Useita vankeustyyppejä		39	67	***

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

6.5 Vankeuteen johtanut rikollisuus

Miesten rikollisuus oli suurinta nuorena aikuisuudessa. Kahdenkymmenen ja kolmenkymmenen vuoden ikäisistä SEHU-miehistä joka vuosi neljännes oli tehnyt rikosseuraamukseen johtaneen rikokseen (kuvio 6.6). Kolmestakymmenestä ikävuodesta eteenpäin rikoksia tehneiden SEHU-miesten määrä laski hieman ja etenkin rikoksien lukumäärä laski tasaisesti. ALKO-miehet olivat tehneet rikoksia vähemmän kuin SEHU-miehet. ALKO-miesten rikollisuus jakaantui tasaisemmin eri ikävuosille, joskin rikollisuus väheni vanhetessa myös heillä.



Kuvio 6.6 Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden miesten ikä–rikoskurvit vain alkoholia (ALKO) ja muita päihteitä (SEHU) käyttäneiden miespoitilaiden (n=2 364) osalta, rikosten lukumäärä ikävuosittain (maksimissaan 30 rikosta per henkilö per ikävuosi) ja rikoksia tehneiden osuus tiettyinä ikävuotena. Prosenttiosuudet laskettu ikävuosittain tarkastelujakson 1990–2009 aikana tämän ikäisistä elossa olleista miehistä.

SEHU-miesten rikollisuuden suuri vuosittainen vaihtelu vanhemmissa ikäluokissa selittyi otoksen koon pienentymisellä, sillä suurin osa tutkituista miehistä oli alle 50-vuotiaita tai kuollut nuorena. ALKO-miehillä samankaltainen tilastollinen ongelma esiintyi alle kolmenkymmenen ikävuoden kohdalla, koska he olivat vanhempia. Järjestelmällistä rekisteritietoa rikollisuudesta ei ollut ennen vuotta 1992, jolloin ennen 1960-lukua syntyneet olivat jo yli 30-vuotiaita. Tarkasteltava 20 vuoden jakso sijoittui eri henkilöillä eri elämänvaiheeseen.

SEHU-miehet olivat tehneet keskimäärin 37 rikosseuraamuksiin johtanutta rikosta, mikä oli huomattavasti enemmän kuin ALKO-miesten keskimääräiset neljä rikosta. SEHU-miehet olivat lisäksi syyllistyneet useammin erityyppisiin rikoksiin (taulukko 6.5). SEHU-miesten yleisin rikostyyppi oli omaisuusrikokset (84 %), joita ALKO-miehistä oli tehnyt alle puolet. ALKO-miesten yleisin rikostyyppi oli rattijuopumus. Rattijuopumuksien yleisyydessä ei ollut SEHU-miesten ja ALKO-miesten välillä eroa. Erityisesti ampuma-aserikokset ja huumausainerikokset olivat rikostyyppiä, joita ei esiintynyt juuri lainkaan ALKO-miehillä, vaikka näihin luokkiin kuuluvat rikokset olivat suhteellisen yleisiä SEHU-miehillä.

Taulukko 6.5 Vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneet rikostyytit vain alkoholia (ALKO) ja muita päihteitä (SEHU) käyttäneillä tuomion saaneilla miespotilailla, prosenttitaulukko

Rikostyyppi	n	SEHU	ALKO	Yhteensä	Sig. ¹
		1 325	345	1 670	
Jokin omaisuusrikos		84	46	76	***
Vain omaisuusrikos		6	14	8	***
Jokin liikennerikos		62	51	60	***
Vain liikennerikos		0	6	1	***
Jokin rattijuopumus		58	59	58	
Vain rattijuopumus		1	15	4	***
Jokin huumausainerikos		63	4	51	***
Vain huumausainerikos		2	0	2	***
Jokin henki- tai väkivaltarikos		50	28	46	***
Vain henki- tai väkivaltarikos		2	4	2	**
Jokin ampuma-aserikos		32	3	26	***
Vain ampuma-aserikos		0	0	0	
Jokin rikos oikeudenkäyntiä, viranomaisia tai järjestystä vastaan		48	19	42	***
Vain rikos oikeudenkäyntiä, viranomaisia tai järjestystä vastaan		0	1	0	
Jokin yllä olevaan seitsemään luokkaan kuulumaton rikos		34	10	29	***
Useihin rikostyyppisiin syyllystynyt		89	60	73	***
Vain yhteen rikostyyppiin syyllystynyt		11	40	17	***

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

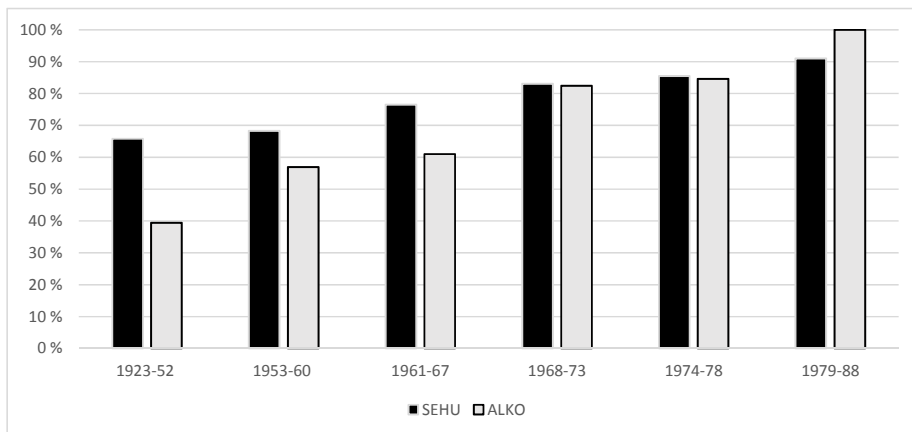
Yksittäisistä rikosnimikkeistä varkaus oli yleisin omaisuusrikos sekä ALKO-miehillä (32 %) että SEHU-miehillä (70 %). ALKO-miehillä toiseksi yleisimpiä rikosnimikkeitä olivat petokset (11 %) ja kolmanneksi vahingonteot (9 %). SEHU-miehillä varkauksien jälkeen yleisimpiä nimikkeitä olivat sen sijaan ajoneuvojen luvaton käyttäminen (41 %) ja näpistykset (37 %). ALKO-miehistä suuri osuus (58 %) oli joskus tuomittu törkeästä rattijuopumuksesta verrattuna SEHU-miehiin (39 %), kun taas SEHU-miehistä oli tuomittu useampi (38 %) rattijuopumuksesta kuin ALKO-miehistä (8 %) ja SEHU-miehillä rattijuopumustuomiot liittyivät useammin tuomioon, jossa oli muitakin rikoksia.

6.6 Viimeaikainen rikollisuus

Viimeaikaisesta rikollisuudesta oli saatavissa tarkempaa tietoa myös muista kuin vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneista rikoksista. Päihdehoidossa vuosina 1990–2009 olleiden vankitietojärjestelmään merkittyjen potilaiden viimeaikaisen rikollisuuden laatua ja määrää tarkasteltiin käyttäen sakko- ja tuomiolauselmarekisteritietoja.

Sakkorekisteri

Kaksi kolmasosaa vuonna 2009 elossa olleista miehistä oli syyllistynyt viimeisten neljän vuoden aikana (1.1.2006–19.11.2010) syyttäjän vahvistamiin sakkotuomioihin johtaneisiin rikoksiin, niin sanottuihin ”pikkurikoksiin”. ALKO-miehet olivat syyllistyneet harvemmin (56 %) sakkoihin johtaneisiin rikoksiin kuin SEHU-miehet (82 %). Viimeaikaiseen pikkurikollisuuteen syyllistyneitä oli vähemmän vanhemmissa ikäluokissa. Ero ALKO- ja SEHU-miesten välillä johtuikin osittain ryhmien ikäerosta, sillä ikäryhmittäisessä tarkkailussa vuoden 1968 jälkeen syntyneiden rikollisuudessa ei ole eroa alkoholiongelmaisten ja muiden päihdeongelmaisten välillä (kuvio 6.7). Ennen vuotta 1968 syntyneet ALKO-miehet olivat tehneet SEHU-miehiä vähemmän rikoksia.



Kuvio 6.7 Sakkorekisterissä 1.1.2006–19.11.2010 esiintyneet vain alkoholia (ALKO) ja muita päihteitä (SEHU) käyttäneet vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet miespotilaat (n=1 932) iän mukaan jaoteltuna. Prosenttiosuus elossa olleista.

Sakkorekisterissä yleisin nimike, johon miehet olivat syyllistyneet, oli näpistys. Siihen oli syyllistynyt 29 % ALKO- ja 59 % SEHU-miehistä (taulukko 6.6). Lisäksi järjestyslain rikkominen ja erilaiset liikenne rikokset olivat suhteellisen yleisiä rikosnimikkeitä molemmissa ryhmissä. Rikostyyppien yleisyysjärjestys oli samansuuntainen, mutta SEHU-miehistä oli huomattavasti suurempi osuus syyllistynyt näihin rikostyyppeihin kuin ALKO-miehistä.

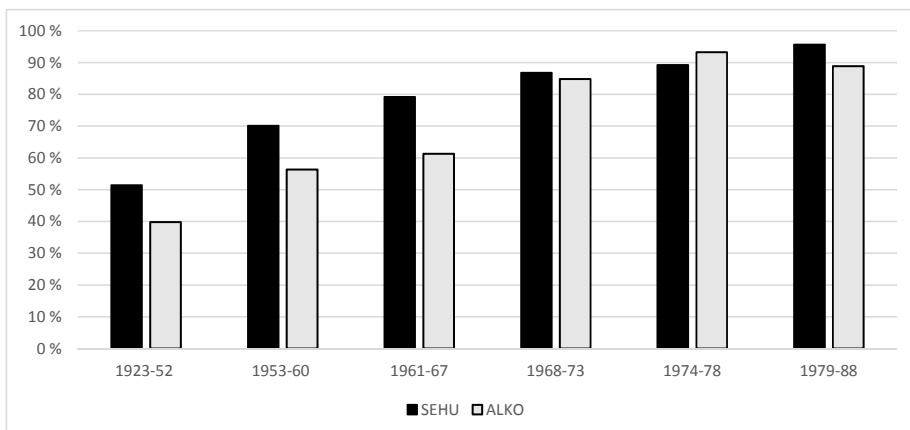
Taulukko 6.6 Syyttäjän vahvistamaan sakkoon johtaneet rikostyyppit, joita oli tehnyt vähintään 10 % vain alkoholia (ALKO) ja muita päihteitä (SEHU) käyttäneistä vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleista miespotilaista 2006–2010, prosenttitaulukko

	n	ALKO 1 527	SEHU 405	Sig. ¹
Näpistys 28:3		29	59	***
Huumausaineen käyttörikos 50:2a		3	37	***
Järjestyslaki		13	35	***
Muut liikenne rikokset (TLA ja TLL)		12	32	***
Kulkuneuvon kuljettaminen oikeudetta 23:10		6	25	***
Muut rikokset oikeudenkäyttöä, viranomaisia ja yleistä järjestystä vastaan 15:5-11; 16:4, 6-17; 17		10	17	***
Liikenneturvallisuuden vaarantaminen, liikennepako tieliikenteessä 23:1, 11		6	16	***
Vahingonteko, lievä vahingonteko 35:1, 3		6	14	***
Liikenne rikkomus, tieliikenteen sosiaalilainsäädännön rikkominen TLL 103§, 105a§		5	13	***

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Tuomioistuimissa käsitellyt rikokset (tuomiolauselmarekisteri)

Yli 60 % 1.11.2004 elossa olleista miehistä (n=2 338) oli tuomittu käräjäoikeudessa jostain rikoksesta 1.11.2004–16.11.2010 välisenä aikana. Vuoden 1968 jälkeen syntyneistä miehistä yli 80 % oli tuomittu (kuviot 6.8), mikä selittyi osin sillä, että heidän rikosseuraamuksiin johtaneet rikoksensa sijoittuvat kyseiselle ajanjaksolle. Vuosien 1953 ja 1967 välillä syntyneet ALKO-miehet olivat syyllistyneet rikoksiin harvemmin kuin SEHU-miehet, mutta nuoremmassa ikäluokassa ei tuomiolauselmarekisterissä esiintymisessä ollut eroa SEHU- ja ALKO-miesten välillä.



Kuvio 6.8 Tuomiolauselmarekisterissä 1.11.2004–16.10.2010 esiintyneet vain alkoholia (ALKO) ja muita päihteitä (SEHU) käyttäneet vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet miespotilaat (n=1 933) iän mukaan jaoteltuna. Prosenttiosuus elossa olleista.

Sekä sakkorangaistukset että tuomiot

Neljä viidestä vuonna 2006 elossa olleista miehistä (n=2 448) oli tehnyt joko syyttäjän antamaan sakkoon tai tuomioistuimen tuomioon johtaneen rikoksen 1.1.2006 ja 19.11.2010 välisenä aikana. ALKO-miehistä oli viimeaikaiseen rikollisuuteen syyllistynyt suuri, mutta huomattavasti pienempi osuus (70 %) kuin SEHU-miehistä (89 %).

Rikostyypeittäin yleisimpiä rikoksia olivat omaisuusrikokset, joita oli tehnyt kaksi kolmesta. Muita yleisiä rikosluokkia olivat rikokset viranomaisia ja oikeudenkäyttöä vastaan (49 %), liikenne-rikokset (46 %), huumausainerikokset (43 %) ja rattijuopumukset (41 %).

Sakkovankina olleista miehistä oli muita miehiä suurempi osuus syyllistynyt vuoden 2006 jälkeen omaisuusrikoksiin, huumausainerikoksiin ja rikoksiin oikeudenkäyttöä, viranomaisia ja oikeudenkäyttöä vastaan (taulukko 6.7). Sen sijaan sakkovankina olleet olivat syyllistyneet muita miehiä harvemmin liikenne-rikoksiin ja rattijuopumuksiin.

Taulukko 6.7 Viimeaikainen rikollisuus (1.1.2006–19.11.2010) rikostyypeittäin ainakin kerran sakkovankeudessa olleilla miehillä verrattuna muihin vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleisiin miehiin, prosenttiluokko

	Sakkovankina vähintään kerran n	Vain muita vankeuslajeja 1 056	Yhteensä 2 448	Sig. ¹
Omaisuusrikokset	73	58	66	***
Liikennerikokset	40	54	46	***
Rattijuopumukset	35	48	41	***
Huumausainerikokset	46	39	43	***
Henki- ja väkivaltarikokset	35	32	34	
Ampuma-aserikokset	14	16	14	
Rikokset oikeutta vastaan	54	42	49	***
Muut rikokset	48	51	49	

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

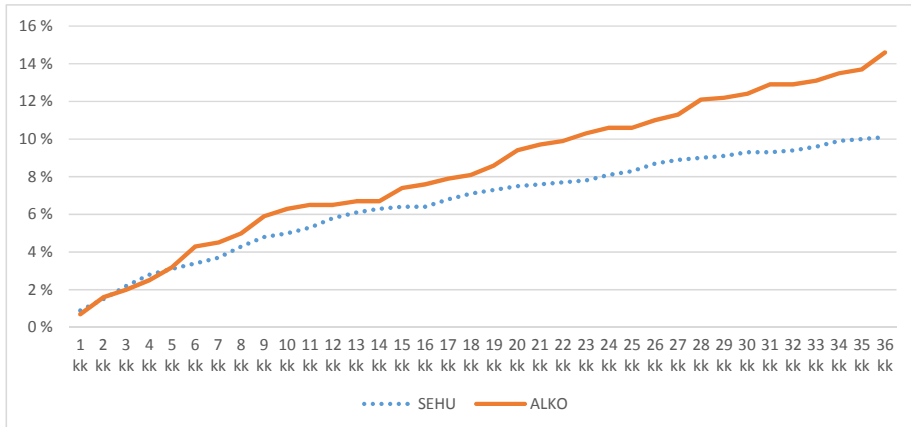
6.7 Kuolleisuus

Yhteensä 2 885 miehestä 474 oli kuollut 27.10.2010 mennessä. SEHU-miehistä oli kuollut 16 % keskimäärin 42-vuotiaana. Keski-ikältään vanhemmista ALKO-miehistä oli kuollut 44 % keskimäärin 54-vuotiaana.

ALKO-miesten yleisimmät kuolinsyyt olivat alkoholiperäiset taudit ja tapaturmaiset alkoholimyrkytykset (32 % kuolleista), iskeemiset sydäntaudit (13 %) ja muut myrkytyskuolemat. SEHU-miesten yleisimpiä kuolinsyitä olivat muut myrkytyskuolemat (24 %), itsemurhat (16 %) sekä alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys. Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA 2013) määrittämisen mukaan 25 % SEHU-miesten ja 3 % ALKO-miesten kuolemista oli määriteltävissä huumeperäisiksi kuolemiksi.

Tutkimme, oliko miehillä ollut kohonnut riski kuolla pian vankeudesta vapautumisen jälkeen. Tarkasteluun otettiin vain ne miehet, joilla oli ainakin yksi yli vuorokauden kestänyt vankeusrangaistus (n=2 068). Kuukauden sisällä oli kuollut alle prosentti ja puolen vuoden kuluessa noin 4 % vapautuneista. Tilastopiikkiä välittömästi vapautumisen jälkeen ei ilmennyt. ALKO- ja SEHU-miesten kuolleisuudessa viimeisen vankeusrangaistuksen jälkeen ei ollut suurta eroa ensimmäisen vuoden aikana. ALKO-miesten kuolleisuus oli kuitenkin suurempi kolmen vuoden tarkkailujaksolla. Ero selittyy hieman sillä, että ALKO-miehet olivat keskimäärin huomattavasti vanhempia (45,6-vuotiaita) viimeisen rikos-

seuraamusjakson lopussa verrattuna SEHU-miehiin (34,7-vuotiaita; $p < 0,001$). Muuhun väestöön verrattuna tutkitut miehet olivat kuolleet nuorina.



Kuvio 6.9 Vain alkoholia käyttäneiden (ALKO) miesten ($n=1\ 512$) ja muita päihteitä käyttäneiden (SEHU) miesten ($n=556$) kuolleisuus kolmen vuoden sisällä viimeisen vankeusrangaistuksen päättymisen jälkeen, kumulatiivinen prosenttiosuus

6.8 Yhteenveto

Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa sekä päihdehoidon asiakkaana olleista miehistä vajaalla neljänneksellä löytyi maininta vain alkoholin käytöstä. Muita päihteitä käyttäneet olivat lähes kaikki eri päihteiden sekakäyttäjät: yleisimpiä päihteitä olivat alkoholi (48 %), rauhoittavat lääkkeet (35 %), opioidit (35 %) ja piristeet (31 %). 1990-luvulla tapahtunut huumeongelman kasvu näkyi aineistossa. Vanhemmilla päihdehoidossa olleilla rikosseuraamusasiakkailta ongelmapäihteenä oli lähes aina alkoholi ja nuorimmilla taas huume- tai monipäihdeongelma.

Alkoholin takia hoidossa olleet miehet olivat syntyneet keskimäärin vuonna 1955, viisitoista vuotta aikaisemmin kuin muiden päihteiden käyttäjät. Vain alkoholia käyttäneistä miehistä oli muiden päihteiden käyttäjiä useampi eronnut, kouluttautunut ja töissä ja he olivat olleet harvemmin päihdeongelman takia hoidossa sosiaalisairaalassa.

Puolella miehistä oli diagnosoitu jokin mielenterveysongelma. Alkoholin käyttäjille oli diagnosoitu vähemmän mielenterveysongelmia kuin muiden päihteiden ongelmakäyttäjille. Skitsofrenia, sopeutumishäiriöt ja persoonallisuushäiriöt olivat erityisesti huume- ja sekakäyttäjien ongelmia.

Suurimmalla osalla miehistä ensimmäinen vankeus tai yhdyskuntapalvelus edelsi päihdehoitoa. Ensimmäinen rikosseuraamus ajoittui yleensä jo 18–20 ikävuoden välille. Alkoholiongelmallisilla oli vähemmän rikosseuraamusjaksoja ja uusintarikollisuus oli harvinaisempaa kuin muita päihteitä käyttäneillä. Huume- ja sekakäyttäjillä rikosseuraamuksiin johtaneen rikollisuus ajoittuminen erityisesti 20–30 ikävuoden väliin, minkä jälkeen rikoksia tehneiden osuus ja rikosten määrä laskivat. Yleisin rikostyyppi olivat omaisuusrikokset. Vain alkoholia käyttäneistä miehistä 40 %:lla ja muita päihteitä käyttäneistä 20 %:lla oli vain yksi rikosseuraamusjakso; kolmannes vain alkoholia käyttäneistä miehistä oli ollut sakkovankeudessa yhden kerran.

Päihdehoidossa olleiden rikosseuraamusasiakkaiden joukosta oli erotettavissa moninkertaisten uusijoiden joukko. Vain alkoholia käyttäneistä miehistä 10 % ja muita päihteitä käyttäneistä 20 % oli ollut erilaisissa rikosseuraamuksissa vähintään kymmenen kertaa. Rikosuran pidetessä erilaiset ongelmat kasautuivat: miehillä, joilla oli vähintään 10 rikosseuraamusta, esiintyi muita useammin mm. asunnottomuutta, matalaa koulutustaustaa, mielenterveysongelmia ja somaattisia sairauksia, mutta harvemmin depressio-diagnoseja.

Viidennes päihdehoidossa olleista rikosseuraamusmiehistä oli kuollut 27.10.2009 mennessä. Yleisin kuolinsyy oli alkoholi-ongelmallisilla alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys (32 %), muiden päihteiden käyttäjillä muut myrkytyskuolemat (24 %). Useampi kuin joka kymmenes päihdehoidon asiakas oli kuollut kolmen vuoden sisällä viimeisen vankeusrangaistuksen päättymisestä ja vain alkoholia käyttäneistä miehistä oli kuollut useampi kuin muiden päihteiden käyttäjistä.

VII VANKEUDESSA OLLEET PÄIHDE- ONGELMAISET NAISET

Tuuli Pitkänen ja Teemu Kaskela

Vankeuteen johtaneita rikoksia tehneitä päihdeongelmaisia naisia on suomalaisessa yhteiskunnassa vähän. Tutkimusaineistoon sisältyi 524 naista, jotka olivat olleet päihdeongelman takia avo- tai laitoshoidossa ja joilla oli merkintä vankitietojärjestelmässä vuosina 1990–2010. Naisille oli merkitty yhteensä 1 691 rikosseuraamusjaksoa.

Koko tutkimusaineiston nais- ja miespotilaat poikkesivat toisistaan sekä päihdeidenkäytön että rikollisen toiminnan laadun ja määrän osalta (luku 4). Myös vankitietojärjestelmään merkinnän saaneet naiset ja miehet poikkesivat toisistaan (luku 5). Vankina tai yhdyskuntapalvelussa olleita miehiä oli huomattavasti enemmän kuin naisia, joten naisilla tilastollinen tarkastelu ja jakaminen vain alkoholia käyttäneisiin ja muita huumeita käyttäneisiin ei ollut mahdollista samalla tavalla kuin miehillä (luku 6). Naisten kohdalla keskityttiin selvittämään, millaisia olivat vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet päihdehoitoon hakeutuneet naiset. Naisten kohdalla käytettiin myös laadullista aineistoa kuvattaessa naisten elämäntilannetta.

Tavoitteena oli syventää käsitystä naisten elämän muotoutumisesta viiden tutkimuskysymyksen kautta. Tutkimuskysymykset on kuvattu tarkemmin luvussa 3.4.

- Minkälainen on vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden päihdeongelmia kokeneiden naisten elämäntilanne rekisteritietojen valossa?
- Minkälaisia ovat eri-ikäisten päihdeongelmaisten naisten vankeusjaksot ja rikolliset teot?
- Onko päihdehoidon ja vankeusjaksojen järjestyksellä merkitystä?
- Minkälaiset asiat ovat yhteydessä siihen, että rikollisuus ei jatku?
- Miten äitiys heijastuu naisten päihdehoidon onnistumiseen?

Vankien terveystutkimuksen perusteella naisvangeilla oli paljon terveysongelmia ja terveyspalveluiden runsas käyttö liittyi etenkin päihdeiden käyttöön, mielen-terveyden häiriöihin, tartuntatauteihin ja tapaturmiin (Viitanen 2013).

7.1 Pieni osa päihdeongelmallisista naisista on ollut vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa

Naisia, joilla oli merkintä vankitietojärjestelmässä, oli 15 % tutkimusaineiston kaikista päihdehoidossa olleista naisista (n=3 565). Suurin osa (86 %) vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleista (VATI) naisista (n=524) asui Etelä-Suomessa, missä tutkimukseen kuuluneet päihdehoitopaikat sijaitsivat. Lisäksi naisia asui Länsi-Suomessa (7 %), Itä-Suomessa (4 %) ja Pohjois-Suomessa (3 %).

VATI-naisista oli tutkimuksen aikana kuollut 68 (13 %). Naiset olivat kuollessaan 20–62-vuotiaita, keskimäärin 41-vuotiaita. Vain alkoholia käyttäneistä oli kuollut 28 naista (29 %) keskimäärin 48-vuotiaana, muiden päihteiden käyttäjistä oli kuollut 32 naista (9 %) keskimäärin 36-vuotiaana. Alkoholisairauksiin tai myrkytykseen oli kuollut 15 ja muihin myrkytyksiin toiset 15. Muihin sairauksiin oli kuollut 16, joista syöpään viisi ja aivoverisuonisairauksiin kolme. Tapaturmiin oli kuollut 9, itsemurhia oli 8 ja henkirikoksen uhrina oli kuollut kolme naista. Kuolinsyytieto puuttui kahdelta naiselta. Kymmenessä tapauksessa alkoholi oli merkitty pääasiallisen kuolemansyyn rinnalle myötävaikuttavaksi asiaksi.

Muihin päihdehoidossa olleisiin naisiin verrattuna VATI-naiset olivat keskimäärin nuorempia (taulukko 4.2). VATI-naiset olivat hakeutuneet hoitoon nuorempina, heistä oli ollut suurempi osuus sosiaalisairaalassa kuin muista naisista (taulukko 4.2) ja heidän laitoshoitajakonsa olivat keskeytyneet useammin kuin muilla naisilla (taulukko 4.3). Vähintään yksi hoitajakso oli keskeytynyt yli puolella ja viimeisin hoitajakso 42 %:lla VATI-naisista. Avohoidossa VATI-naisten kohdalla oli käytetty tukena laitoshaksoa useammin kuin muilla naisilla.

Viidennes VATI-naisista oli hoidossa ainoastaan alkoholiongelman takia, mutta opioidien kanssa oli ollut ongelmia peräti 42 %:lla naisista. VATI-naiset olivat muita päihdehoidossa olleita naisia useammin opioidien, sedatiivien, stimulanttien tai kannabiksen käyttäjiä (taulukko 4.5) ja korvaushoitopotilaita (taulukko 4.2) sekä harvemmin ainoastaan alkoholin käyttäjiä (taulukko 4.4).

Kolmanneksella VATI-naisista oli persoonallisuushäiriö tai mielialanvaihteluihin liittyvä häiriö. VATI-naisilta löytyi muu kuin päihteiden käyttöön liittyvä mielen-terveysdiagnoosi hieman harvemmin (54 %) kuin muilta päihdeongelmallisilta naisilta (59 %). VATI-naisilla oli diagnosoitu vähemmän mielialaan ja masennukseen liittyviä häiriöitä, mutta enemmän persoonallisuus-, sopeutumis- ja harhaluuloisuushäiriöitä kuin muilla naispotilailla (taulukko 4.7).

Asunnottomuutta tarkasteltiin yhdistämällä kaikista käytössä olevista rekistereistä saatava tieto. Tarkasteluajanjaksolla yhdeksälläkymmenellä VATI-naisella (17 %) oli merkintä asunnottomuudesta, mikä oli huomattavasti suurempi osuus kuin muiden päihdeongelmaisten naisten kohdalla (5 %; $p < 0,001$). Viimeisimmän tiedon mukaan oli asunnottomana ollut 64 VATI-naista, mikä oli neljäsosa niistä joilta asumistieto oli saatavissa. Puuttuvien tietojen määrä oli suuri, mutta VATI- ja muiden naisten välillä ei ollut eroa puuttuvien tietojen osuuksien suuruudessa lukuun ottamatta siviilisäätystä (taulukko 5.2).

Joka kymmenenneltä VATI-naiselta oli peruskoulu jäänyt kesken ja peruskoulun varassa oli kaksi kolmannesta (taulukko 7.1). Töissä käyvien osuus oli 7 %. Muihin päihdehoidossa olleisiin naisiin verrattuna VATI-naiset olivat useammin naimattomia. Heillä oli vähemmän koulutusta ja heistä kävi töissä pienempi osuus kuin muista päihdehoidossa olleista naisista. VATI-naisista oli suurempi osuus ammattitaidottomia työntekijöitä ja pienempi osuus toimihenkilöitä ja ammattitaitoisia työntekijöitä verrattuna muihin päihdehoidossa olleisiin naisiin. Muut päihdehoidossa olleet naiset olivat keskimäärin hieman vanhempia, joten heistä oli myös useampi eläkkeellä.

Taulukko 7.1 Viimeisin tiedossa ollut vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa (VATI) olleiden ja muiden päihdehoidossa olleiden naisten elämäntilanne, prosenttiosuus niistä joilta tieto oli saatavissa

		VATI	Muut naiset	Sig. ¹
Siviilisääty	n	418	2 090	
Naimaton		42	36	*
Avo- tai avioliitossa		29	34	*
Eronnut		26	26	
Leski		3	4	
Asuntotilanne	n	254	1 464	
Asunto on		65	89	***
Laitoksessa		10	5	*
Asunnoton		25	7	***
Koulutus	n	322	1 758	
Ei peruskoulun päästötodistusta		10	4	***
Peruskoulu		66	51	***
Keskiaste		20	39	***
Korkea-aste		3	7	*
Työtilanne	n	368	2 165	
Työtön		60	38	***
Töissä		7	26	***
Työvoiman ulkopuolella		33	37	**
Sosiaaliluokka		236	1 285	
Toimihenkilö		11	22	***
Ammattitaitoinen työntekijä		23	31	**
Ammattitaidoton työntekijä		38	19	***
Yrittäjä		2	1	
Opiskelija		6	6	
Eläkeläinen		5	14	***
Muu		14	7	***

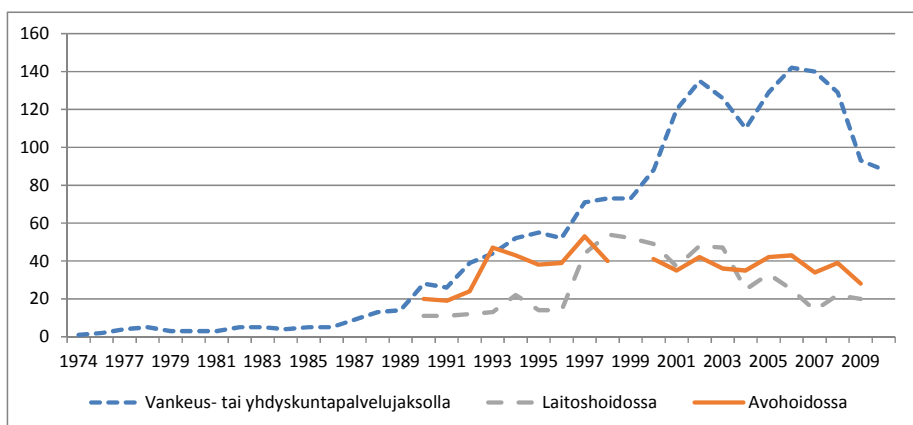
¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Vuosina 2004–2008 VATI-naisten korkeimpien verotettujen vuositulojen keskiarvo oli 8 192 euroa, verotettavaa tuloa ei ollut 7 %:lla ja vain joka kymmenennen tulot olivat ylittäneet 15 000 euroa. VATI-naisten tulot olivat pienemmät kuin muilla päihdehoidossa olleilla naisilla: kolmella neljästä VATI-naisesta vuositulot jäivät alle 11 764 euron, mutta muista naispotilaista 43 %:lla (taulukko 4.8).

Päihdehoidossa olleista naisista 36 %:lla oli tuomioita vuosien 2006 ja 2010 välisenä aikana. VATI-naisista osuus oli 80 % (taulukko 4.9) eikä heidän kohdallaan ollut eroja laitos- ja avopotilaiden välillä. Muista laitoshoidossa olleista naisista tuomioita oli 37 %:lla, mutta avohoidon asiakkaista vain 19 %:lla ($p < 0,001$).

7.2 Vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtanut rikollisuus

Naisilla oli vankitietojärjestelmään merkittynä yhteensä 1 691 vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksoa, jotka ajoittuvat vuosille 1974–2010 (kuvio 7.1). Vuosille 1974–1991 ajoittuvat jaksot olivat sellaisten naisten aiempia jaksoja, joilla oli vankitietomerkintä myös vuosien 1992–2010 välillä. Jaksoista suurin osa oli toteutunut vuoden 2000 puolella, keskiarvo jaksojen sekä alkamis- että päättymisvuodelle oli 2002. Vankeus- tai yhdyskuntapalvelujaksolla oli vuosina 2002, 2006 ja 2007 yli neljännes tutkimukseen kuuluneista elossa olleista VATI-naisista (kuvio 5.3). Sakkovankeuksien osuus oli suuri, joten sakkovankeudessa tapahtuneet yleiset muutokset näkyivät myös tässä tutkimusaineistossa.



Kuvio 7.1 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten (n=524) määrä vuosittain vankeus- tai yhdyskuntapalvelujaksolla sekä laitos- ja avohoidossa. Avohoitoklinikoiden osalta aineisto sisältää järjestelmälliset tiedot 1990 alkaen (lukuun ottamatta vuotta 1999), vankeusjaksojen osalta 1992 alkaen ja laitoshoidon osalta 3/1997 alkaen.

Tutkituilla avohoitoklinikoilla oli vuodesta 1993 alkaen melko tasaisesti potilaana neljäkymmentä VATI-naista joka vuosi (kuvio 7.1). Laitoshoidossa oli ollut 70 % VATI-naisista. Laitoshoidosta koskevasta aineistosta vuodet 1990–1996 sisältävät vain otoksen äideistä; järjestelmällisesti oli saatavissa tiedot vuodesta 1997 alkaen. VATI-naisten määrä oli suuri toisen huumeaallon aikaan, jolloin sosiaalisen sairautensa profiloitui nopeasti myös huumeongelmien hoitoon ja 2002–2003 korvaushoidon aloituksiin. Laitoshoidossa olleiden VATI-naisten määrä oli suurimmillaan 1997–1999. Määrä laski 2000-luvun loppupuolella, kun huumehoidosta suuri osa oli siirtynyt kuntien omiin palvelujärjestelmiin.

Vain yksi merkintä vankitietojärjestelmässä löytyi 212 naiselta (40,9 %). Vain yhden tyyppisessä vankeudessa oli ollut lähes kaksi kolmesta naisesta (taulukko 5.4). Joka neljäs nainen oli ollut tutkintavankeudessa ja suurin osa heistä ainoastaan kerran. Tutkintavankeusjaksoja oli kaikkiaan 174 ja niiden syytä ei kirjata vankitietojärjestelmään. 27 naista (5 %) oli ollut ainoastaan tutkintavankeudessa tutkittuna ajanjaksona.

Vankitietojärjestelmään merkinnän saaneista naisista yli puolet (58 %) oli ollut vankilassa maksamattomien sakkojen takia. Sakkovankeusjaksoja oli kaikkiaan 708, mikä oli 43 % kaikista naisten vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksoista. Joka toisella sakkovankina olleesta oli useita sakkovankeusjaksoja (taulukko 5.3). Kolmannes naisista eli 178 naista oli ollut ainoastaan sakkovankeudessa.

Vankeusvankeudessa oli ollut vähän vajaa puolet naisista. Elinkautisvankeja ei ollut. Vankeusvankeusjaksoja, joihin sisältyivät myös nuorisovankeudet, oli yhteensä 578. Ainoastaan vankeusvankina oli ollut 59 naista (11 %).

Lähes kolmannes naisista oli suorittanut yhdyskuntapalvelua tai nuorisorangais- tusta. Heistä kolmanneksella oli ollut useita jaksoja. Yhdyskuntapalvelujaksoja oli yhteensä 231, joista 12 oli vielä tarkastelujakson päättyessä kesken ja 47 jaksoa keskeytynyt. 60 naista ei ollut koskaan ollut vankilassa vaan oli suorittanut onnistuneesti yhdyskuntapalvelun.

Laitoshoidossa olleet naiset olivat useammin olleet yhdyskuntapalvelussa, kun taas avohoidossa ja avo- sekä laitoshoidossa olleet naiset olivat useammin olleet sakkovankeudessa (taulukko 7.2). Hoitomuotojen välillä ei ollut eroa vankeusvankina olleiden osuudessa.

Taulukko 7.2 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten osuudet eri vankilajeissa päihdehoidon mukaan, prosenttitaulukko

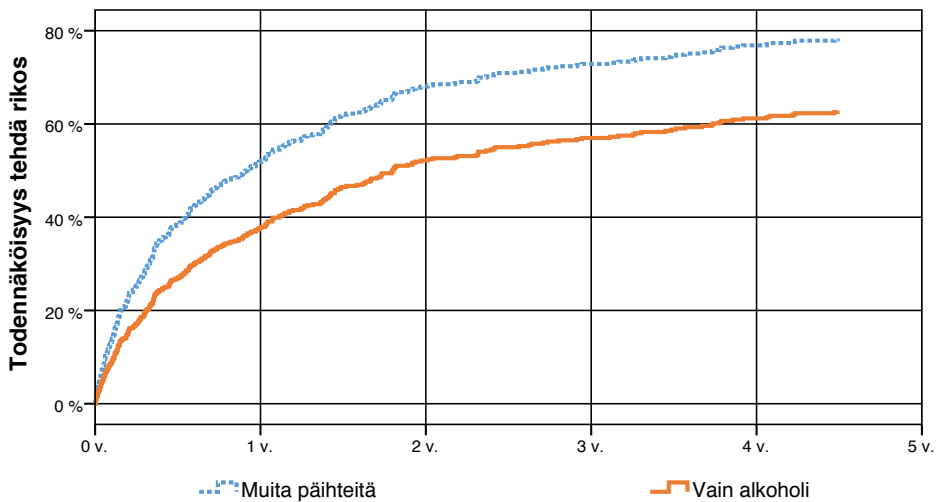
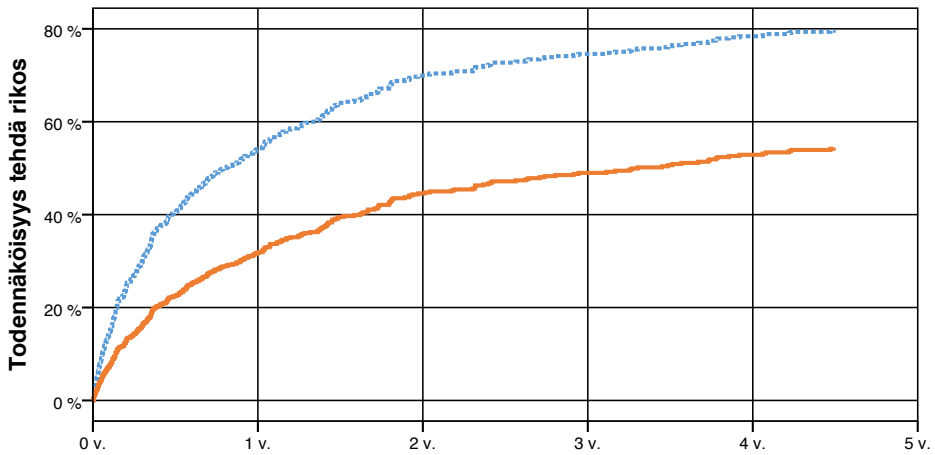
Vähintään yksi	n	Laitos 270	Avo ja laitos 96	Avo 158	Sig. ¹
vankeusvankeus		48	37	44	
yhdyskuntapalvelus		42	18	20	***
sakkovankeus		50	70	65	***

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Vankeusvankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneista rikoksista omaisuusrikokset olivat yleisimpiä. Omaisuusrikoksista oli tuomittu 185 naista, mikä oli lähes kaksi kolmasosaa (64 %) niistä naisista, joilta oli tietoa vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneista rikoksista (taulukko 5.5). Seuraavaksi yleisimpiä olivat rattijuopumus (128 naista), huumausainerikokset (127), liikenne-rikokset (114), väkivaltarikokset (82), rikokset oikeuden käyttöä ja viranomaisia ja yleistä järjestystä vastaan (66) ja ampuma-aserikokset (33). Lisäksi neljä naista oli tehnyt henkirikoksen.

Viimeaikaista rikollisuutta tarkasteltiin myös vähäisempien kuin vankeuteen johtaneiden rikosten osalta. Vuosina 2006–2010 rangaistusmääräysrekisterissä oli merkintä 66 %:lla ja sakkorekisterissä 62 %:lla VATI-naisista. Vertailimme alkoholiongelmaisten ja muiden päihdeongelmaisten välisiä eroja viimeaikaisessa rikollisuudessa. Muutakin kuin alkoholia käyttäneiden naisten riski tehdä rikos tarkkailujaksolla oli kaksinkertainen verrattuna vain alkoholia käyttäneisiin naisiin [Exp(B) = 2,04 p < 0,001; kuvio 7.2a].

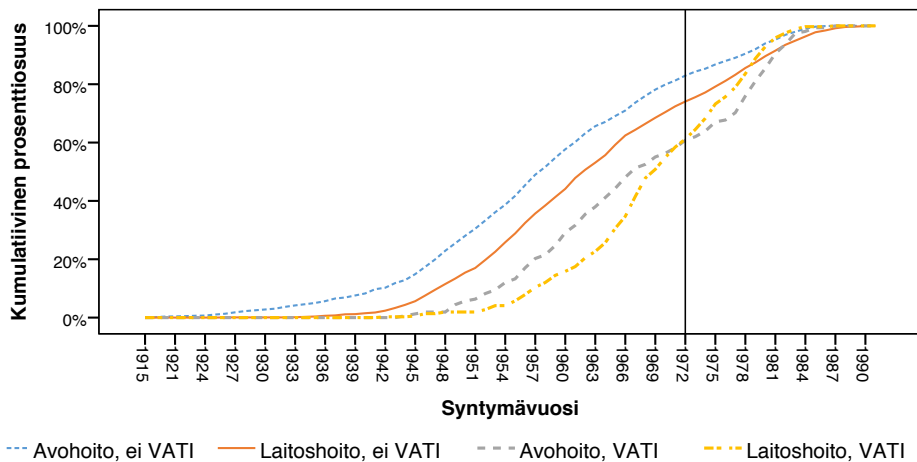
Vain alkoholia käyttäneet naiset olivat muita päihteitä käyttäneitä vanhempia, joten tarkasteluun lisättiin muuttujaksi syntymävuosi. Syntymävuodella oli merkittävä yhteys viimeaikaiseen rikollisuuteen; tarkasteltaessa ainoastaan syntymävuoden yhteyttä rikollisuuteen, vuotta nuoremman henkilön riski tehdä rikos oli 3,6 % suurempi kuin häntä vuoden vanhemmalla. Muita päihteitä käyttäneiden naisten riski tehdä rikoksia pieneni puolitoistakertaiseksi vain alkoholia käyttäneisiin naisiin verrattuna [Exp(B) = 1,55 p = 0,010], kun syntymävuoden vaikutus otettiin mukaan [Exp(B) = 1,030 p < 0,001; kuvio 7.2b].



Kuviot 7.2a ja 7.2b Rangaistus määräys- ja tuomio lauselmarekisteriin kirjattujen rikosten esiintyminen vuoden 2006 jälkeen vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleilla naisilla päihdeongelman mukaan. Kuviossa b syntymävuoden vaikutus on vakioitu.

7.3 Eri vuosikymmenillä syntyneiden naisten rikollisuus

Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet (VATI) naiset olivat syntyneet vuosien 1942 ja 1987 välillä, keskimäärin toukokuussa 1969. Ennen vuotta 1972 syntyneiden VATI-naisten osalta laitospotilaat olivat keskimäärin nuorempia kuin avopotilaat, mutta vuoden 1972 jälkeen syntyneiden osalta laitospotilaat olivat vanhempia kuin avopotilaat (kuvio 7.3). Muut päihdehoidossa olleet naiset olivat VATI-naisia vanhempia ja heidän kohdallaan ei näkynyt muutosta avo- ja laitospotilaiden välillä.



Kuvio 7.3 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa (VATI) olleiden naisten (n=524) sekä muiden päihdehoidossa olleiden naisten (n=3 037) syntymävuoden mukaan kumuloituva prosenttiosuus avo- ja laitoshoitossa

Eri vuosikymmenillä syntyneiden VATI-naisten välisiä eroja tarkasteltiin luokittelamalla naiset neljään ryhmään. Ainoastaan 14 oli syntynyt 1940-luvulla ja heistä oli kuollut jo seitsemän, joten 1940- ja 1950-luvulla syntyneet naiset yhdistettiin ryhmäksi 1942–1959 syntyneet. Eri vuosikymmenillä syntyneet olivat tutkimuksen kohteena olleella tarkastelujaksolla elämänkaaren eri vaiheissa (taulukko 7.3).

Ennen vuotta 1960 syntyneistä naisista yli puolella ongelmapäihteenä oli ainoastaan alkoholi. Myöhemmin syntyneillä oli yleensä huumeisiin ja useampiin päihteesiin liittyviä ongelmia ja heistä oli suurempi osuus korvaushoitopotilaita. C-hepatiitti oli yleisin 1970-luvulla syntyneillä. Aiemmin syntyneillä naisilla verotettujen tulojen keskiarvo oli korkeampi kuin myöhemmin syntyneillä. Eri vuosikymmenillä syntyneiden välillä ei ollut eroja esimerkiksi siinä, oliko heillä diagnosoitu mielenterveysongelma tai siinä, löytyikö rekistereistä merkintä asunnottomuudesta.

Taulukko 7.3 Eri vuosikymmenillä syntyneiden vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten elämäntilanne rekisteritietojen perusteella 1990–2009

		1942-59	1960-luku	1970-luku	1980-87	Yhteensä	Sig. ¹
	n	92	181	180	71	524	
	%	18	35	34	14	100	
Syntymävuosi	ka	1/55	8/65	6/75	2/82	5/69	***
Kuollut 27.10.2010 mennessä	%	29	14	7	4	13	***
Ikä kuollessa	ka	52	38	32	24	41	***
C-hepatiittidiagnoosi	%	18	34	51	39	38	***
Vain alkoholia (ALKO)	%	55	26	8	0	19	***
Korvaushoitopotilas	%	4	8	19	27	14	***
Opioidien ongelmakäyttöä	%	15	29	54	78	42	***
Sedatiivien ongelmakäyttöä	%	24	37	51	59	43	***
Stimulanttien ongelmakäyttöä	%	14	39	61	59	45	***
Kannabiksen ongelmakäyttöä	%	7	22	32	32	24	***
Alkoholin ongelmakäyttöä	%	71	62	41	21	51	***
Ensimmäinen tiedetty päihdehoito	ka	6/97	1/98	2/01	10/03	2/99	***
Viimeinen tiedetty päihdehoito	ka	11/99	11/99	1/03	4/05	9/01	***
Avo- ja laitoshoidossa (AL)	%	21	23	17	7	18	*
Vain laitoshoidossa	%	37	51	60	51	52	**
Vain avohoidossa	%	42	27	23	42	30	***
Suurimmat tulot 2004–08	ka	10 347	9 057	7 476	5 234	8 192	***
On lapsia rekisteritietojen perusteella	%	29	61	78	51	60	***
Lasten määrä	ka	1,0	1,7	1,7	1,5	1,6	**

Taulukko jatkuu...

Taulukko jatkuu...

		1942-59	1960-luku	1970-luku	1980-87	Yhteensä	Sig. ¹
	n	92	181	180	71	524	
	%	18	35	34	14	100	
Sakkovankina	%	50	54	63	66	58	
Yhdyskuntapalvelussa	%	28	34	31	28	31	
Vankeusvankina	%	41	49	46	37	48	
Tutkintavankina	%	4	22	32	27	23	***
Useita vankeuslajeja	%	21	39	46	38	38	
Vankeuteen johtaneet rikokset:							
Omaisuusrikos	%	20	31	44	44	35	***
Rattijuoppous	%	29	28	24	10	24	*
Huumausainerikos	%	8	17	37	31	24	***
Liikennerikos	%	20	24	33	14	22	
Väkivaltarikos	%	7	12	22	21	16	**
Ampuma-aserikos	%	0	4	10	11	6	**
Rikosrekisterimerkintä 17.11.2010	%	49	59	70	65	63	*
Tuomiolauselma- rekisterissä 1.11.2004–16.11.2010	%	54	67	79	90	73	***
Rangaistusmääräys- rekisterissä 1.1.2006–19.11.2010	%	53	61	76	87	69	***
Tehnyt rikoksen tai ollut ehdottomassa vankeudessa vuoden 2005 jälkeen, kuolleet joilla ei merkintöjä kontrolloitu	%	69	79	81	90	80	*
Ensimmäinen VATI 2005 jälkeen	%	9	13	27	42	21	***

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

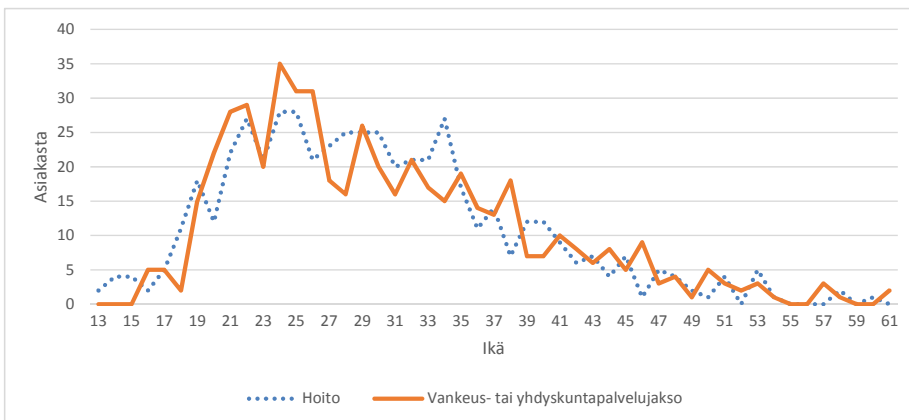
Ennen vuotta 1960 syntyneille oli merkitty harvemmin useita vankilajeja. He olivat olleet muita useammin vain vankeusvankeina (21 %) ja vain yhdyskuntapalvelussa (21 %). Myöhemmin syntyneet olivat useammin olleet tutkintavankeudessa. Sakkovankeuksien osalta ei ollut eroa eri vuosikymmenillä syntyneiden välillä.

Omaisuusrikokset olivat vankeuteen johtaneina rikoksina yleisin rikostyyppi kaiken ikäisten naisten keskuudessa. Omaisuusrikoksista varkaudet olivat yleisimpiä: ryöstöjä olivat tehneet eniten 1970–80-luvuilla syntyneet (13–15 %). Kahdessa vanhemmassa ikäryhmässä yleisiä olivat rattijuopumukset ja liikenne-rikokset. Kahdessa nuoremmassa ikäryhmässä huumausaine- ja liikenne-rikoksia sekä väkivalta- ja ampuma-aserikoksia tehneitä oli enemmän. Rikostyyppit olivat yhteydessä käytettyihin pähteisiin.

Naisten vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneessa rikollisuudessa ei tapahtunut ajan myötä yhtä huomattavaa vähenemistä kuin miehillä (kuvio 5.4). Vuoden 2005 jälkeen vanhemmat ikäluokat olivat syyllistyneet hieman harvemmin rikoksiin kuin nuoremmat (taulukko 7.3). Ero ei ollut suuri, kun otetaan huomioon miten suuri osuus kullakin vuosikymmenellä syntyneistä oli ollut ensimmäisen kerran vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa vuoden 2005 jälkeen.

7.4 Päihdehoidon ja vankeuden ajoittuminen

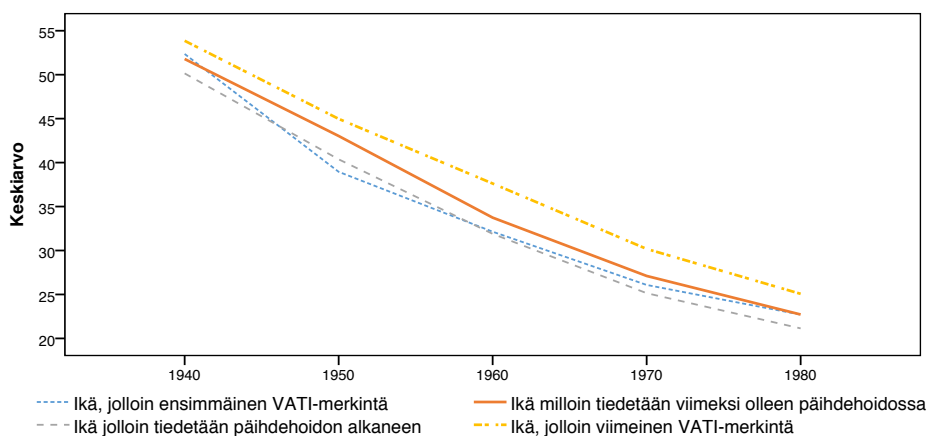
Tiedossa olleiden päihdehoito- ja rikosseuraamusjaksojen aikaan nuorimmat naiset olivat alaikäisiä ja vanhimmat kuusikymppisiä. Sekä päihdehoidon että rikosseuraamusjaksojen osalta ikäjakaumat olivat hyvin samanlaisia (kuvio 7.4). Yli puolella (54 %) naisista hoito oli alkanut ja päättynyt 31 ikävuoteen mennessä. Suurimmalla osalla (58 %) myös ensimmäinen VATI-merkintä oli ennen tätä ikää (kuvio 5.8). Keski-ikä ensimmäisen päihdehoidon aikaan oli 29,5 vuotta ja ensimmäisen rikosseuraamusmerkinnän aikaan 30,3 vuotta (taulukko 5.6). Keskiarvojen osalta erot olivat pieniä, mutta yksilöiden välillä oli suuria eroja: ensimmäisen VATI-merkintä oli yhdellä 26 vuotta ennen hoitomerkitä ja toisella lähes 16 vuotta hoitomerkitöjen jälkeen.



Kuvio 7.4 Ikä ensimmäisen päihdehoito- ja vankitietorekisterimerkinnän aikaan, naisten lukumäärä ikävuosittain (n=524)

Avo- ja laitoshoidossa olleet naiset eivät poikenneet toisistaan sen suhteen, minkä ikäisiä he olivat olleet ensimmäisen ja viimeisen päihdehoito- ja rikosseuraamusmerkinnän aikana. Vaikka avo- ja laitospotilaiden välillä oli eroja siinä minä vuonna asiat olivat tapahtuneet, olivat erot vastaavat myös syntymävuoden kohdalla.

Viimeisin VATI-merkintä oli keskimäärin muutamia vuosia myöhemmin kuin ensimmäinen. Kuviosta 7.5 näkyy, että eri vuosikymmenillä syntyneillä päihdehoito ja ensimmäinen VATI-merkintä ajoittuivat samoihin aikoihin, mutta viimeinen VATI-merkintä keskimäärin myöhemmin kuin päihdehoidon päätyminen. Vanhemmilla ikäryhmillä tiedot päihdehoidoista sekä vankitietomerkinnoistä sijoittuvat korkeampaan ikään kuin nuoremmilla. Ikäryhmien välinen ero selittyy todennäköisesti sillä, että vanhimpien ihmisten ensimmäiset jaksot eivät sisälly tutkitulle ajanjaksolle.



Kuvio 7.5 Keskimääräinen ikä ensimmäisen hoito- ja vankeus- tai yhdyskuntapalvelujakson alkaessa ja viimeisen päättyessä ikäluokittain (n=524)

Suurimmalla osalla naisista (n=317; 61 %) ensimmäinen merkintä hoidosta oli ennen ensimmäistä rikosseuraamusmerkintää, keskimäärin 4,8 vuotta ennen päihdehoidon alkua. Lopuilla naisilla ensimmäinen VATI-merkintä oli keskimäärin 5,3 vuotta ennen hoitomerkinettä.

Nuorimmista ikäryhmistä oli kattavimmat tiedot ja heillä hoitomerkinettä oli useammin ennen ensimmäistä vankeus- tai yhdyskuntapalvelusmerkintää. On todennäköistä, että myös vanhemmissa ikäryhmissä monilla ensimmäinen hoito on ollut ennen VATI-merkintää. Hoitotietojen osalta käytettävissä oli vain muutaman hoitopaikan tiedot, mutta VATI-merkinnät oli saatavissa pitemmältä ajalta ja kattavammin.

Viimeinen VATI-jakso päättyi kahdella kolmesta naisesta viimeisen hoidon päätyttyä, keskimäärin 5,5 vuotta hoidon jälkeen. Kolmanneksella naisista ei ollut VATI-merkintöjä viimeisen hoidon jälkeen ja heidän kohdallaan viimeisestä VATI-merkinnästä oli hoidon päättyessä keskimäärin 3,8 vuotta. Se, että hoitomerkinä oli viimeisenä, oli yleisempi niillä naisilla (n=109), joilla oli VATI-merkintöjä ennen ensimmäistä hoitomerkinä kuin niillä, joilla hoitomerkinä oli ensimmäisenä (n=59).

Hoito- ja rikosseuraamusjaksojen ajoittumisen tarkastelua varten potilaat on jaettu kuuteen ryhmään (taulukko 7.4). Suurin ryhmä (40 %) olivat ne naiset, joilla kaikki hoitomerkinä olivat ennen ensimmäisiä VATI-merkintöjä. Naiset, joilla hoitotieto oli viimeisenä (HVVH, VVHH ja VHVH) olivat vanhempia kuin ne, joilla VATI-merkinnän päättymisen oli viimeisenä (HHVV HVHV VHHV).

Korvaushoitopotilaat on eroteltu omaksi ryhmäkseen, koska heidän kohdallaan tiedettiin, että hoidon ajoitusta koskevassa tiedossa ennen korvaushoidon aloitusta oli puutteita, joten ajoituksen vertailu ei onnistunut samoin kuin muilla. Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet korvaushoitopotilaat olivat nuorempia kuin muut rikosseuraamusasiakkaina olleet naispotilaat.

Taulukko 7.4 Päihdehoidon (H) ja vankeus- tai yhdyskuntapalvelujakson (V) ajoittumisen mukainen luokittelu, naisten lukumäärä ja osuudet, syntymävuoden keskiarvo ja niiden naisten lukumäärä ja osuus elossa olleista, joilla ei ollut tuomioita tai rangaistusmääräyksiä vuosina 2006–2010.

Hoito- ja rikosseuraamusjaksojen järjestys		HV-ryhmä		Syntymä-	Ei rikoksia	
		n	%	vuosi ka.	n	2006–10 %
HHVV	Hoito–Vankeus	208	40	1969	42	22
HVVH	Hoito–Vankeus–Hoito	39	7	1965	9	26
HVHV	Hoito–Vankeus–Hoito–Vankeus	34	6	1968	3	9
VHHV	Vankeus–Hoito–Vankeus	86	16	1969	11	14
VVHH	Vankeus–Hoito	75	14	1966	19	33
VHVH	Vankeus–Hoito–Vankeus–Hoito	11	2	1963	0	0
KH	Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito	71	14	1974	12	17

Rikoksenteleopäivästä vankeus- tai yhdyskuntapalvelujakson alkuun voi kulua paljon aikaa. Kolmessa ryhmässä, joissa hoitomerkitä ajoittui ennen VATI-jaksoa (HHVV, HVVH ja HVHV) tarkasteltiin, kuinka monella hoitoon hakeutuminen sijoittui rikoksen teon ja tuomion täytäntöönpanon väliin. Rikoksenteleopäivä oli käytettävissä 141:llä näistä naisista ja vajaa viidenneksellä (17,7 %) ensimmäinen hoitomerkitä sijoittui rikollisen teon ja tuomion täytäntöönpanon väliin.

Päihdehoidon ja rangaistusseuraamusten ajoittumisen mukaisesti muodostettuja ryhmiä tarkasteltiin hoito- ja rekisteritiedoista saatujen keskiarvo- ja jakaumatietojen avulla. Jokaisesta ryhmästä tehtiin tyyppikuvaus keskiarvojen ja jakaumien perusteella konkretisoimaan asioita, jotka koskettivat suurta osaa kyseisen ryhmän naisista. Vuoden 2002 jälkeen sosiaalisairaalassa hoidossa olleiden naisten (n=165) hoitoyhteenvedot muodostivat laadullisen aineiston, jonka avulla pyrittiin syventämään tyyppikuvauksia.

Päihdehoito ennen vankeus- tai yhdyskuntapalvelujaksoja (HHVV)

HHVV-ryhmä oli kaikkein suurin, 208 naista. Ryhmä on merkittävä myös sen takia, että nämä naiset olivat olleet päihdehoidon piirissä ennen rikosseuraamusjaksoja.

Päihdehoitomerkitöjen keskiarvo sijoittui aloitusvuodelle 1998 ja lopetusvuodelle 1999, jolloin HHVV-naiset olivat keskimäärin 29-vuotiaita. Hoitojaksoja heillä oli yhdestä viiteen. Joka kymmenes (n=21) oli käynyt hoidossa vain yhtenä päivänä. Keskiarvo ensimmäisen ja viimeisen hoitomerkitän välillä oli 547 päivää. Ainoastaan laitoshoidossa oli käynyt 58 %, avo- sekä laitoshoidossa 12 % ja vain avohoidossa vajaa kolmannes. Jonkun laitoshoitajakson oli keskeyttänyt 54 % ja viimeisen jakson oli keskeyttänyt joka toinen.

Alkoholinkäyttäjiä oli tässä ryhmässä paljon: vain alkoholia käyttäneitä naisia oli joka neljäs ja alkoholia sekä sedatiiveja käyttäneitä oli toinen neljännes. Verattuna muihin ryhmiin HHVV-naisilla esiintyi muita harvemmin laitoshoidossa diagnosoituja mielenterveysongelmia (56 %) ja C-hepatiittia (33 %).

Vankeus- ja yhdyskuntapalvelumerkinnät ajoittuivat keskimääräisesti vuosille 2003–2005, ikävuosille 33–35. Puolella naisista oli sakkovankeuksia ja kolmanneksella vankeusvankeuksia ja yhdyskuntapalvelujaksoja. Tutkintavankeudessa oli ollut 15 % ja neljä prosenttia oli ollut ainoastaan tutkintavankeudessa. Sakkovankeuksia oli keskimäärin yksi, vaihdellen nolasta kuuteen. Ainoastaan sakkovankina oli ollut 41 % ja ainoastaan yhdyskuntapalvelussa 15 %. Joka neljännellä oli omaisuusrikoksia ja rattijuopumuksista ja joka viidennellä huumausaine- tai liikenne rikoksia. Tuomiolauselmarekisterissä oli merkintä 79 %:lla ja rangaistusmääräysrekisterissä 65 %:lla naisista. Vuoden 2006 jälkeen rikoksista oli merkintä kolmella neljästä elossa olleista naisista. Seuranta-aikana naisista oli kuollut 27 (13 %). Kuollessaan he olivat olleet keskimäärin 40-vuotiaita.

Jakaumatietojen avulla esitettiin ryhmän monimuotoisuus sekä muutamia tärkeitä näkökohtia, kuten lyhyeksi jääneiden hoitojen määrä sekä laitoshoitokson keskeyttäneiden osuus. Hoitoyhteenvetojen perusteella luotu tyyppikuvaus *Henna* valottaa yleisellä tasolla niitä ongelmia ja asioita, jotka koskettivat suurta osaa tämän ryhmän naisista.

Henna oli syntynyt vuonna 1969. Päihdehoidon laitosjaksolle hän hakeutui 28-vuotiaana. Hän tuli reilun vuoden päästä intervallijaksolle, joka kuitenkin keskeytyi. Ongelmia tuottaneita päihteitä olivat alkoholi, amfetamiini ja bentsodiatsepiinit. Hänellä oli päihdehoitojaksojen lisäksi 16 merkintää sairaalahoidoista vuosina 1990–2009, joista kaksi oli synnytyksiä. Hänellä oli diagnosoitu persoonallisuushäiriö sekä mielialaan liittyviä ongelmia.

Päihdehoidon aikaan hän oli naimaton ja asui vuokra-asunnossa Etelä-Suomessa. Hän oli käynyt peruskoulun, mutta hänellä ei ole ammatillista koulutusta. Hän oli työtön. Vuosina 2004–08 hänen korkein verotettava tulonsa oli ollut 8 690 euroa.

Henna oli aloittanut päihteiden käytön 13-vuotiaana. Alkoholin rinnalle olivat pian tulleet muut aineet, joilla hän oli yrittänyt hallita tunteitaan. Ensimmäinen mielenterveysongelmiin liittyvä hoito oli ollut ennen kahdenkymmenen ikää. Hennan on vaikea kiinnittyä päihdehoitoon ja hoitoyhteistyötä yritettiin tehdä runsaasti myös muiden hoitopaikkojen kanssa. Hoitojaksot olivat alkaneet ja päättyneet ennen ensimmäistä tuomiota.

Ensimmäinen rikosseuraamusjakso Hennalla alkoi 33-vuotiaana ja kolmas jakso päättyi 36-vuotiaana. Hän oli ollut yhdyskuntapalvelussa, vankeusvankina ja sakkovankina. Vankeuteen johtaneet rikostyytit olivat olleet varkaus, rattijuopumus, huumausainerikos ja liikenne rikos. Vuoden 2006 jälkeen hänellä oli varkauksien takia merkintöjä sekä tuomiolauselma- että rangaistusmääräysrekisterissä.

Rikosseuraamusjaksot ensimmäisen ja viimeisen hoitomerkin­ nän välissä (HVVH)

Naisia, joilla rikosseuraamusjaksot sijoittuivat hoitomerkitöjen väliin, oli 39. Ensimmäisen ja viimeisen päihdehoitomerkin­nän välillä oli keskimäärin kahdeksan vuotta, kaikilla vähintään vuosi. Lähes puolet heistä oli ollut sekä avo­
että laitoshoidossa. Suurin osa naisista oli useiden aineiden sekakäyttäjiä ja mielenterveysdiagnosi löytyi kolmelta neljästä. Seitsemän (18 %) oli kuollut, keskimäärin 38-vuotiaana.

Sakkovankeudessa oli ollut kolme neljästä ja viidennes oli ollut vankeusvankina. Useita vankeuden lajeja oli 15 %:lla. Vain joka neljänneltä löytyi tieto vankeu­
teen johtaneista teoista. Niistä yleisimpiä olivat rattijuopumukset, liikenne- ja omaisuusrikokset. Joka neljännellä elossa olleella ei ollut rikoksia vuosien 2006–2010 välillä.

Hilla oli vuonna 1965 syntynyt eteläsuomalainen. Hän oli tullut avohoitoon 30-vuotiaana ja viimeinen merkintä päihdehoidosta löytyi 37-vuotiaana. Sosiaalisairaalassa hän oli ollut yhden jakson. Hilla oli ollut 35-vuotiaana kerran sakkovankeudessa, kun petoksesta johtuneet sakot olivat jääneet maksamatta. Muutamia sakkoja hänellä oli myös 2000-luvun lopussa.

*Hilla eli parisuhteessa. Hänellä oli keskiasteen koulutus. Hän oli ammatti­
taitoinen työntekijä, mutta viime aikoina hän ei ollut ollut työelämässä. Vuosina 2004–08 korkein verotettava tulo oli 8 140 euroa. Hillalla oli asunto, mutta hän oli ollut aiemmin asunnottomana. Hänellä oli diagnosoitu mie­
lialahäiriö. Hän käytti alkoholia sekä amfetamiinia ja bentsodiatsepiineja.*

Päihdehoito alkanut ennen vankeutta ja vankeusmerkintä viimeisenä (HVHV)

Pieni naisten ryhmä, joka oli hakenut apua päihdeongelmaan ennen rikosseu­
raamusjaksoja, koostui 34 naisesta. Ensimmäisen ja viimeisen hoitomerkin­
nän välillä oli keskimäärin kuusi vuotta ja viimeinen hoitomerkintä ajoittui rikosseu­
raamusjaksojen väliin. Näillä naisilla oli keskimäärin 22 sairaalahoitojaksoa, mikä oli kuusi enemmän kuin VATI-naisilla yleensä. C-hepatiitti oli joka toisella. Kolme naista oli kuollut (9 %).

Puolet naisista oli ollut vankeusvankina, kolme neljästä sakkovankina ja suurin osa useammin kuin kerran. Yli puolella oli useampi vankeuslaji. Lähes puolelle naisista ei ollut merkitty vankeuteen johtanutta tekoa. Lopuilla oli useita erilaisia tekoja. Joka toinen oli syyllistynyt omaisuusrikoksiin, mutta myös rattijuopumuk­
set sekä huumausaine- ja liikenne­rikokset olivat yleisiä. Ampuma-aserikoksista oli tuomittu neljä.

Hanna oli nelikymppinen asunnoton helsinkiläinen. Hän oli suorittanut peruskoulun, muuta koulutusta ei ollut, eikä ammattitaitoa. Hanna oli ollut työttömänä jo pitkään. Suurimmat verotettavat tulot vuosina 2004–08 olivat 6 340 euroa. Hannan puoliso oli kuollut. Hannalla oli kaksi lasta, joista toinen oli täysi-ikäinen ja nuorempi asui sijaisperheessä. Hannalla oli C-hepatiitti.

Hanna oli aloittanut useiden päihteiden käytön varhaisnuoruudessa, jolloin hänellä todettiin myös sopeutumishäiriö. Hanna haki apua psyykkisiin oireisiin varhaisaikuisuudessa. Päihdehoitoon hän hakeutui ensimmäisen kerran 27-vuotiaana, sen jälkeen on ollut useita epäonnistuneita hoitajaksoja eri hoitopaikoissa. Viimeinen hoitomerkitä oli 32-vuotiaana, jolloin hän oli hakeutunut vieroitukseen. Hanna käytti runsaasti alkoholia sekä opioideja ja bentsodiatsepiineja, välillä kannabista. Hoito keskeytyi, kun hän jäi kiinni virtsanäytteiden manipuloinnista.

Ensimmäinen merkintä vankitietojärjestelmään tuli Hannalle 29-vuotiaana. Kaikkiaan Hannalla oli kuusi rikosseuraamusjaksoa, joista viimeisin päättyi 37-vuotiaana. Hanna oli ollut vankeus- sekä sakkovankina. Yhdyskuntapalvelua oli kokeiltu huonolla menestyksellä. Hanna oli syyllistynyt varkauksiin, petokseen, liikenneriikkomuksiin ja rattijuopumukseen. Hanna oli myös lähiaikoina tuomittu sakkoihin varkaudesta, huumausainerikoksesta ja rikoksesta yleistä järjestystä vastaan.

Hoito rikosseuraamusjaksojen välissä (VHHV)

Niistä, joilla rikosseuraamus oli ennen päihdehoitoa, suurin ryhmä (n=86) oli se, missä hoito sijoittui rikosseuraamusjaksojen väliin. Hoidot olivat lyhyitä; 12 %:lla naisista oli käynti vain yhtenä päivänä ja keskimääräinen aikaväli ensimmäisestä viimeiseen käyntiin oli 1,2 vuotta. Moni oli tullut hoitoon lähetettynä eikä omaa motivaatiota ollut. Kaksi kolmesta oli ollut laitoshoidossa ja useampi kuin kaksi viidestä hoidosta keskeytyi.

Kolme neljästä naisesta oli ollut vankeusvankina ja yhtä suurella osuudella oli useita eri vankeustyyppisiä. Sakkovankeuksia oli kahdella kolmesta ja kaksi viidestä oli ollut tutkintavankeudesta. Suurimmalla osalla oli useita vankeusjaksoja. Näistä naisista vain viidennekselle ei ollut kirjattu tietoa vankeuteen johtaneesta teosta. Lähes kaksi kolmesta oli tuomittu omaisuusrikoksista, mutta yleisiä olivat myös huumausainerikokset, rattijuopumukset sekä liikenne- ja väkivaltarikokset. Ampuma-aserikoksista oli tuomittu 11 naista. Yhdellätoista naisella ei ollut tuomioita 2006–2010. Seitsemän naista oli kuollut, keskimäärin 47-vuotiaana.

Valeria on nelikymppinen nainen Pohjois-Suomesta. Ensimmäinen tutkintavankeusmerkintä oli 25-vuotiaana ja viimeisin vankeusjakso päättyi 37-vuotiaana. Yhteensä hänellä oli seitsemän rikosseuraamusjaksoa. Hän oli ollut yhdyskuntapalvelussa ja vankeusvankina varkauksista, petoksista, huumausainerikoksista sekä rattijuopumuksen takia. Viime vuosina hän oli saanut sakot varkaudesta sekä viranomaisen vastustamisesta.

Valeria oli naimaton. Verotettava tulo oli parhaimmillaankin alle 7 000 euroa vuosien 2004–08 välillä. Hänellä oli perusasteen koulutus. Hän oli työtön ja asui asuntolassa. Hänellä oli todettu epävakaa persoonallisuus.

Ensimmäisen lapsen Valeria sai 21-vuotiaana. Molemmat lapset oli otettu huostaan. Valerian oma lapsuus oli ollut vaikea ja hän oli ollut osan aikaa lastenkodissa.

Päihdehoitoon hänet ohjattiin vankilaviranomaisten toimesta 31-vuotiaana. Ongelmia aiheuttivat lähinnä amfetamiini sekä rauhoittavat lääkkeet ja alkoholi. Hoito jäi lyhyeksi, sillä hän keskeytti päihdehoidon. Hän ei sitoutunut hoitoon, ei osallistunut osaston toimintaan tai jos osallistui, niin hyvin sabotoivasti. Hän ei ollut motivoitunut hoitoon, koska ei kokenut että hänellä olisi päihdeongelma.

Rikosseuraamusjaksot ennen päihdehoitoa (VVHH)

Rikosseuraamusjaksot olivat alkaneet ja päättyneet ennen päihdehoitoa 75 naisella. Naiset olivat syntyneet keskimäärin vuonna 1966. Laitoshoidossa oli ollut heistä kaksi kolmesta. Vain alkoholia oli käyttänyt joka kolmas. Aikaväli ensimmäisestä viimeiseen hoitoon oli keskimäärin reilu vuosi. Puolella naisista oli mielenterveysdiagnosi. Joka neljäs oli kuollut.

Vajaa puolet oli ollut vankeusvankina tai sakkovankina, vain joka neljännellä oli useampia vankeuslajeja. Joka neljäs oli tuomittu omaisuusrikoksista, seuraavaksi yleisimpiä olivat rattijuopumukset ja liikennesrikokset.

Venla asui Etelä-Suomessa. Ensimmäinen kerran hän oli vankilassa 29-vuotiaana omaisuusrikosten takia. Sen jälkeen hän oli kahdesti sakkovankeudessa, viimeisin jakso päättyi 32-vuotiaana. Päihdehoitoon hän hakeutui 34-vuotiaana sen jälkeen, kun oli eronnut pitkästä parisuhteesta. Venlalla oli perusasteen koulutus ja hän oli ollut ammattitaitoisena työntekijänä työelämässä toistakymmentä vuotta, mutta nyt hakenut eläkettä. Hänellä oli asunto. Vuosien 2004–08 verotulot olivat korkeimmillaan yli 10 000 euroa.

Venla oli aloittanut päihteiden käytön alkoholilla 12-vuotiaana ja hasiksella 14-vuotiaana. Hänellä oli ensimmäinen psykiatrinen hoito 16-vuotiaana. Lapsena hän oli ollut lastenkodissa. Hän oli kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä. Kolme kertaa hän oli yrittänyt itsemurhaa.

Venla käytti alkoholia ja amfetamiinia. Lisäksi hän kärsi masennuksesta ja ahdistuneisuudesta. Hoito onnistui hoitokertomuksen mukaan melko hyvin, vaikka välissä oli retkahtaminen ja katkaisuhoidoita. Viimeinen avohoitomerkintä löytyi 36-vuotiaana. Venla kuoli 45-vuotiaana myrkytykseen.

Ensimmäinen vankeus ennen hoitoa ja viimeisenä hoitomerkinä (VHVH)

Nämä 11 naista poikkesivat muista erityisesti siinä, että heidän keskimääräinen syntymävuotensa oli varhaisempi (1963). Kaikki olivat olleet avohoidossa ja kolme heistä oli lisäksi ollut laitospotilaana. Keskiarvotyyppejä ei voida kuvata, koska hoitoyhteenvetoja oli käytettävissä vain yhdeltä.

Rikosseuraamusjaksot sijoittuivat keskimääräisesti varsin pitkälle aikavälille, aikaan jolloin naiset olivat keskimäärin 28–38-vuotiaita. Päihdehoitojen aikaväli sijoittui keskimääräisesti hieman hoitoja myöhempään, 33–39 vuoden ikään. Aikaväli ensimmäisestä hoitomerkinästä viimeiseen vaihteli 544 päivästä 6 461 päivään, keskiarvo oli liki 3 000 päivää. Tämä muodostui useista päihdehoitajaksoista, sillä hoitajaksoja heille oli merkitty kahdesta kymmeneen. Mainittakoon, että kukaan kolmesta laitosjaksoilla käyneestä ei ollut keskeyttänyt jaksoa.

Yhdeksän naista oli ollut sakkovankina ja kaikilla heillä oli useita jaksoja, enimillään 11 sakkovankeutta. Viisi oli ollut ainoastaan sakkovankina, joten heiltä puuttui tieto rikostyypeistä. Kuudella oli merkintöjä useista vankeuslajeista, neljä oli ollut vankeusvankina, neljä tutkintavankina ja kaksi yhdyskuntapalvelussa. Neljällä oli omaisuusrikoksia ja kahdella liikenne rikoksia, lisäksi löytyi yksi rattijuopumus ja väkivaltarikos. Naisista oli kuollut kolme, keskimäärin 33 vuoden iässä. Kaksi oli kuollut ennen vuotta 2006, joten heillä ei voinut olla viimeaikaisia tuomiolauselma- tai sakkorekisterimerkintöjä. Kaikilta muilta (n=9) löytyi vuoden 2006 jälkeen merkintöjä viimeaikaisesta rikollisuudesta.

Neljällä naisella oli merkintä ainoastaan alkoholin ongelmakäytöstä ja neljällä sekakäytöstä, johon sisältyi mm. amfetamiinin, kannabiksen ja alkoholin käyttöä. Kahdeksalla oli laitoshoidossa asetettu mielenterveysdiagnosi. Yhdeksän naisen koulutus oli peruskoulun varassa. Viimeisen tiedon mukaan viisi naista oli eronnut ja neljä oli naimattomia; viidellä oli oma asunto ja neljä oli asunnottomana. Viimeisen hoitotiedon perusteella kukaan ei ollut työelämässä, mutta kahdella naisella parhaat verotulot vuosina 2004–2008 olivat niin korkeat, että he todennäköisesti olivat olleet töissä.

Opioidien lääkkeellisessä korvaushoidossa olleet naiset (KH)

Korvaushoitopotilaita oli 71. He olivat nuorempia kuin muut VATI-naiset ja syntyneet keskimäärin vuonna 1974. Heistä 85 % oli eteläsuomalaisia. Ainoastaan avohoidossa oli ollut 14 %. Ensimmäisestä viimeiseen tutkimusaineistossa näkyvään hoitomerkitään oli keskimäärin viisi vuotta. Korvaushoidot olivat hyvin intensiivisiä sisältäen lähes päivittäisiä käyntejä klinikalla, ja korvaushoito saattaa jatkua läpi elämän. Mielenterveysdiagnoosi oli 59 %:lla ja C-hepatiitti joka toisella. Kaksi naista oli kuollut, keskimäärin 37-vuotiaina.

Lähes puolella naisista oli kokemuksia useista vankilajeista. Sakkovankeus oli yleisin (52 %), sitten vankeusvankeus (47 %), tutkintavankeus (32 %) ja yhdyskuntapalvelu (30 %). Joka neljäs oli ollut useita kertoja vankeusvankina. Yleisimmät rikostyypit olivat omaisuus-, huumausaine- ja liikenne rikokset (luku 8). Vuosina 2006–2010 tuomioita ei ollut 17 %:lla korvaushoitopotilaista.

Kirsi oli 35-vuotias. Hän oli ensimmäistä kertaa vankeudessa 26-vuotiaana ja ensimmäinen päihdehoito oli pian sen perään. Hänellä oli yhteensä neljä vankeusjaksoa, joista viimeisin oli päättynyt 30-vuotiaana. Hän oli ollut vankeusvankina ja sakkovankina omaisuus- ja huumausainerikosten takia. Korvaushoito oli aloitettu 28-vuotiaana ja jatkui edelleen.

Kirsi asui parisuhteessa ja puoliso oli myös korvaushoidossa. Peruskoulu oli suoritettu, sen jälkeen Kirsi oli ollut pääasiassa työttömänä. Pariskunnalla oli oma vuokra-asunto. Kirsillä oli diagnosoitu persoonallisuushäiriö. Opioidiongelman lisäksi hän kamppaili amfetamiinin, bentsodiatsepiinien ja kannabiksen käytön kanssa. Vuonna 2008 hän oli saanut sakot varkaudesta. Korkeimmat verotettu tulot vuosina 2004–2008 olivat 6 500 euroa.

Kirsin kaksi lasta oli otettu huostaan. Hän halusi pitää kolmannen lapsen ja meni laitokselle vanhemmuuden arviointiin. Korvaushoito sujui hyvin ja Kirsi kävi laitoksessa myös intervallijaksolla. Perheen tukiverkosto oli hyvä. Lapsen hoitaminen motivoi Kirsiä. Puolisolla oli useita retkahduksia ja tämä oli haastavaa Kirsille.

7.5 Ei rikoksia 2006–2010

Viidenneksellä vuonna 2006 elossa olleella VATI-naisella (n=477) ei ollut tuomioita vuosina 2006–2010 (taulukko 7.3). Vanhemmilla ikäluokilla oli hieman vähemmän merkintöjä rikoksista vuoden 2005 jälkeen.

Koulutus, parisuhde, verotettujen tulojen määrä ja pääpäähde olivat yhteydessä siihen, että tuomioita ei ollut vuosien 2006 ja 2010 välillä (taulukko 7.5). Sen sijaan sillä, oliko ollut avo- vai laitoshoidossa tai taustekijöillä kuten ammatti- asemalla, asunnottomuudella, uusmaalaisuudella ja diagnosoiduilla mielen- terveysongelmilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä naisten kohdalla. Vankeus- ja sakkovankina oleminen oli yhteydessä suurempaan rikollisuuteen vuosina 2006–2010, mutta tutkintavankeuden ja yhdyskuntapalvelun koh- dalla tätä yhteyttä ei esiintynyt. Vankeuteen johtaneista rikoksista omaisuus-, huume-, väkivalta- ja aserikokset sekä oikeudenkäyntiin liittyvät rikokset olivat yhteydessä siihen, että oli rikoksia vuosina 2006–2010, mutta liikenne rikokset ja rattijuopumukset eivät.

Taulukko 7.5 Niiden vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten prosenttiosuus, joilla on tuomioita vuosina 2006–2010 taustatietokohtaisesti. Kokonaismäärä (n) vaihtelee puuttuvien tietojen ja kuolleisuuden takia.

	n	Ei rikoksia	On rikoksia	Sig. ¹
Verotulot yli työssäoloehdon	472	31	14	***
Töissä hoidon aikaan	338	7	8	*
Toisen asteen koulutus on	296	33	22	*
Ei peruskoulun päättötodistusta	296	4	12	*
Vain alkoholiongelma	431	25	16	*
Avio- tai avoliitossa	385	44	27	**
Eronnut	385	15	26	*
Vankeusvankina	474	32	49	**
Sakkovankina	474	48	61	*
Useita vankilajeja	474	26	44	***
Omaisuusrikoksia	474	20	41	**
Huume- ja väkivalta- rikoksia	474	15	29	**
Henki- ja väkivaltarikoksia	474	6	20	***
Aserikoksia	474	9	9	**
Oikeudenkäyntiin liittyviä rikoksia	474	6	15	*

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Laitoshoidon yhteenvedojen avulla tutkittiin löytyisikö hoidon aikana asioita, jotka viittaisivat rikoksettomuuteen vuosina 2006–2010. Niistä 96 naisesta, joilla ei ollut viimeaikaisia rikoksia, yhdeksältä korvaushoitopotilaalta ja yhdeksältä muulta naiselta oli käytettävissä sähköinen hoitoyhteenvedo. Vain nämä kahdeksantoista naista olivat olleet sosiaalisairaalassa hoidossa vuoden 2001 lopussa toteutetun tietojärjestelmä uudistuksen jälkeen.

Kahdella neljästäkymmenestä kahdesta naisesta, joilla rikosseuraamusjaksot olivat olleet päihdehoidon jälkeen (HHVV), oli käytettävissä hoitoyhteenvedo. Molemmilla naisilla hoito ajoittui rikollisen teon ja rangaistuksen toimeenpanon väliseen aikaan. Molemmilla oli yksi kuukauden hoitajakso, joka oli keskeytynyt. Toinen heistä oli työssä käyvä, 1950-luvulla syntynyt vain alkoholia käyttänyt nainen, joka oli tuomittu kerran törkeästä rattijuoppoudesta. Toinen oli nuori amfetamiiniriippuvainen pienen lapsen äiti, joka oli tuomittu huumausainerikoksista yhdyskuntapalveluun. Hoitoyhteenvedoon oli kirjoitettu, että raskausaikana hän ei ollut käyttänyt päihteitä ja että hoidon aikana hän oli pohtinut tuomion mukanaan tuomaa elämänmuutosta lähinnä lapsen kannalta hyvin realistisesti, ja oli katuvainen tekemiensä rikosten suhteen.

Kolmella yhdeksästä naisesta, joiden vankeusjakso sijoittui hoidon väliin (HVVH), oli käytettävissä hoitoyhteenvedo. Heistä kaksi oli alkoholiriippuvaisia, masennuksesta kärsineitä naisia, joilla oli takana useita hoitajaksoja. Toinen kävi töissä ja toinen oli ollut pitkään yrittäjänä. Toinen oli kerran tuomittu rattijuopumuksesta ja hän oli suorittanut yhdyskuntapalvelun. Päihdehoito oli päättynyt sovitusti. Toisella oli ollut asunnottomuusjaksoja ja sakkovankeus. Hoitotiedoissa luki, että potilas osallistui hoito-ohjelmiin aktiivisesti ja hänen alavireisyydestään huolimatta hoidossa oli edetty. Kolmas nainen oli 30-vuotias kahden pienen lapsen äiti, joka oli käyttänyt mm. opioideja ja amfetamiineja. Hän oli ollut perheosastolla usealla laitosjaksolla. Hoitokertomuksen mukaan hän työsti omaa tilannettaan ja alkoi hoidon aikana vähitellen hahmottaa ongelmaansa ja ongelman laajuutta perheen näkökulmasta. Hoidon jälkeen hänellä oli vain yksi sakkovankeus.

Kolmella yhdeksästätoista VVHH-naisesta, jolla ei ollut tuomioita vuosina 2006–2010, oli käytettävissä hoitoyhteenvedo. Kaikki olivat olleet tutkintavankeudessa ennen päihdehoitoa ja yksi heistä oli ollut myös sakkovankeudessa. Yksi oli alkoholi- ja lääkeongelmainen, masentunut kolmekymppinen nainen, jolla oli useita katkaisuhoitajaksoja. Hoitoyhteenvedossa mainittiin, että hoitoaikana potilas on onnistunut hienosti vieroituksessa. Kahdella oli skitsofrenia ja amfetamiinia kanssa ongelmia. Heidän hoitonsa päättyessä tilanne oli edelleen epävakaa.

Yhdellä yhdestätoista VHHV-naisesta oli käytettävissä hoitoyhteenvedo, jossa todetaan potilaalla olevan pitkäaikainen ja monimuotoinen huume-, sairastamis- ja sosiaalinen anamneesi. Yhteenvedon perusteella ei olisi voinut ennakoida sitä, ettei myöhempiä rikoksia ole. Hoitajakso päättyi, kun potilaalta löytyi käytetty ruisku ja säilöttyä virtsaa seulatestejä varten. Kolmella HVHV-naisella ei ollut rikoksia eikä tuomioita vuosina 2006–10, mutta yhtään hoitoyhteenvedo ei ollut käytettävissä. Kaikilla VHVH-naisilla oli viimeaikaisia tuomioita.

Yhdeksällä kahdestatoista opioidien lääkkeellisessä korvaushoidossa (KH) olleista naisesta löytyi hoitoyhteenvedo. Kaksi oli ollut kerran tutkintavankina ja kolme kerran sakkovankeudessa. Neljällä oli useita sakkovankeuksia. Yhdellä oli toistakymmentä rikosta vaihdellen huumausaine- ja liikenne rikoksista petoksiin ja toisella oli yksi petos reilu kymmenen vuotta ennen hoitoa. Seitsemällä heistä ei ollut kirjattu vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtanutta rikollista tekoa.

Neljällä KH-naisella yhdeksästä oli hoitokertomuksessa maininta onnistumisesta kuten sitoutunut korvaushoitoon ja jakso sujui hyvin. Kahta potilasta motivoi äitiys ja he pitivät hyvää huolta lapsistaan. Toinen heistä kertoi tehneensä täydellisen käännöksen päihteiden käyttäjästä äidiksi. Toisen hoitoyhteenvedon lopussa luki mm. että muutosta parempaan tapahtui ennen kaikkea potilaan tavassa ajatella ja suhtautua asioihin. Kaksi useamman lapsen äitiä sai monipuolista apua perheen kriisitilanteisiin.

Kahdella KH-naisella tuli selvästi ilmi, että pitkät hoito- ja tukijaksot olivat olleet hyödyllisiä ja potilaat olivat toimineet suunnitelmien mukaan. Yhden henkilön kohdalla tilanne oli hankala, mutta hoitokertomuksessa hänen kerrottiin toivovan tilanteen saamisesta vakaaksi korvaushoidon avulla. Kolmen henkilön hoitoyhteenvedoissa ei ollut mainintoja, jotka olisivat kiinnittäneet huomiota.

7.6 Äitiys ja päihdehoito

Äitiyteen liittyvät kysymykset nousivat esille naisten hoitoyhteenvedoissa sekä rikoksettomuuteen liittyvissä kuvauksissa. Äitiyden merkitystä päihdehoidon kannalta tutkittiin hoitoyhteenvedojen avulla.

Kolme viidestä VATI-naisesta oli äitejä (taulukko 7.6). Rekisteriaineiston perusteella 314 äidillä oli yhteensä 559 lasta (Pitkänen & Kaskela 2012). Puolella äideistä oli 3–6 lasta, kolmanneksella (29 %) oli yksi lapsi ja viidenneksellä (20 %) kaksi lasta.

Taulukko 7.6 Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden naisten äitiyttä ja lapsia koskevien tietojen lähteet avo- ja laitospotilaiden osalta

	Laitos	Avo- ja laitos	Avo	Sig. ¹
n	270	96	158	
Synnytys merkitty HILMOon 1990–2009	72 %	65 %	37 %	***
Lapsia mukana perhehoidossa tai mainittu hoitoyhteenvedossa	45 %	31 %	0 %	***
Lasten lukumäärä (keskiarvo)	1,9	1,7	1,5	*
Elektroninen hoitoyhteenvedo käytettävissä	n	124	41	0 = 165
Äidit, joilta hoitoyhteenvedo oli käytettävissä	n	87	28	0 = 115

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Äidit olivat keskimäärin viisi vuotta nuorempia kuin muut naiset (1971 ja 1966). Äideillä oli muita naisia useammin vankitieto- kuin hoitomerkinä viimeisenä (taulukko 7.7); näissä ryhmissä naiset olivat myös nuorempia (taulukko 7.4). Ikäeroon olivat todennäköisesti yhteydessä myös muut tilastollisesti merkitsevät erot: äitien vähäisempi kuolleisuus (9 % ja 20 %), suurempi osuus rekistereissä jotka koskivat viimeaikaista rikollisuutta (tuomiolauselmarekisterissä 77 % ja 67 % ja rikosrekisterissä 68 % ja 54 %) sekä suurempi osuus yhdyskuntapalvelussa (35 % ja 24 %). Äitien hieman suurempi osuus korvaushoitopotilaiden joukossa (16 % ja 11 %), saattoi olla yhteydessä siihen, että raskaana olevat pääsivät jossain vaiheessa muita nopeammin korvaushoidon aloitukseen. Äitien ja muiden naisten välillä ei ollut eroa opioidiriippuvaisten määrässä (42 %). Mielenterveysdiagnoosi oli asetettu noin puolelle (54 %) sekä äideistä että muista naisista.

Taulukko 7.7 Äitien (n=314) prosenttiosuus hoidon ja vankeus tai yhdyskunta-palvelujaksojen ajoittumisen perusteella muodostetuista ryhmistä

Hoidon ja vankeuden ajoittuminen		n	Äitien prosenttiosuus
HHVV	Hoito–Vankeus	208	64
HVVH	Hoito–Vankeus–Hoito	39	46
HVHV	Hoito–Vankeus–Hoito–Vankeus	34	65
VHHV	Vankeus–Hoito–Vankeus	86	62
VVHH	Vankeus–Hoito	75	49
VHVH	Vankeus–Hoito–Vankeus–Hoito	11	18
KH	Opioidien lääkkeellinen korvaushoito	71	70

Tarkastelun syventämiseksi tutkittiin 68 äidin laitoshoidon yhteenvetoja. Näitä hoitoyhteenvetoja oli saatavissa niiltä 115 äidiltä, jotka olivat olleet laitoshoidossa vuosina 2002–09. Analyysin ulkopuolelle jätettiin kuitenkin 47 korvaushoitopöytäkirjaa, koska korvaushoidosta on tässä raportissa oma luku.

Hoitoyhteenvetojen perusteella kuudeltatoista äidiltä oli vastikään otettu huostaan lapsi tai lapsia ja yhdentoista äidin vanhemmuutta arvioitiin hoidon aikana (taulukko 7.8). Kahdessa tapauksessa kaikki lapset asuivat isiensä luona ja yhdeksän äidin lapsista ainakin yksi asui isänsä luona. Monilla äideillä oli lapsia useiden puolisoitten kanssa. Yhdeksässä perheessä ainakin joku lapsista asui muiden sukulaisten kuin omien vanhempiensa luona. Kolmella äidillä oli ainoastaan täysikäisiä lapsia ja seitsemällä sekä alaikäisiä että täysikäisiä lapsia.

Hoitokertomukset jaettiin kahteen ryhmään riippuen siitä oliko viimeisin laitoshoitajakso keskeytynyt (n=33) vai päättyikö se suunnitellusti (n=35). Nuorimman lapsen tilanteella ei ollut selvää yhteyttä hoidon jatkumiseen tai keskeytymiseen, mutta kaikissa neljässä perheessä, jossa lapsi oli ollut isän kanssa, hoitajakso oli päättynyt suunnitellusti (taulukko 7.8).

Taulukko 7.8 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet äidit jaoteltuna nuorimman lapsen tilanteen mukaan ja niiden äitien lukumäärä, joilta laitoshoitojakso keskeytyi

Nuorin lapsi hoidon alkaen	n	hoito keskeytyi
Lapsi huostaanotettu	16	9
Vanhemmuuden arvio	11	6
Raskaus	9	5
Lapsi ja äiti perheosastolla	7	3
Vastasyntynyt	6	2
Lapsi asuu sukulaisten luona	5	3
Synnytys, mutta lapsesta ei mainintaa	4	2
Aikuiset lapset	3	2
Lapsi isän kanssa kotona	2	0
Lapsen olin paikkaa ei ollut kirjattu	2	0
Lapsi asui isän kanssa	2	0
Synnytys päihdehoitojen jälkeen	1	1
Yhteensä	68	33

Seuraavat lyhyet kuvaukset valottavat äidin tilannetta hoidon keskeytymisen aikoihin. Yhteenvedot perustuvat todellisiin hoitokertomuksiin, mutta niitä on muokattu niin, ettei ketään yksilöä voi niistä tunnistaa.

Nelikymppinen äiti tuli laitoshoitoon puolitoistavuotiaan tyttärensä kanssa. Hänen murrosikäinen tyttärensä asui sukulaisten luona ja kaksi muuta lasta olivat jo aikuisia. Hän oli jäänyt kiinni rattijuoppoudesta useita kertoja ja viimeisellä kerralla hänen nuorin tyttärensä oli otettu huostaan. Äiti ei ymmärtänyt mikä oli ongelma. Hän keskeytti hoidon ensimmäisen viikon jälkeen.

Kolme lasta odotti lastenkodissa pääsyä parikymppisen äitinsä luokse perhehoitoon. Äidillä ei ollut asuntoa ja hän tuli hoitoon suoraan vankilasta. Hänellä ei löytynyt hoitomotiivatiota, joten hän lähti laitoshoidosta. Hän palasi pari vuotta myöhemmin, mutta huijasi henkilökuntaa lääkkeiden käytön osalta ja hoitojakso jouduttiin keskeyttämään.

Äidillä oli viisi lasta. Vanhin oli teini-ikäinen ja asui isänsä kanssa. Äidillä ei ollut tietoa, missä muut lapset asuivat, hän oli kadottanut yhteyden jo useita vuosia sitten. Hän keskeytti hoidon ja lähti poikaystävänsä matkaan.

Äidillä oli kolme lasta, joilla kaikilla oli eri isä ja kaikilla isillä oli päihdeongelma. Kaksi vanhinta lasta asui isiensä luona. Taaperoikäinen odotti sijoitettuna pääsyä takaisin äidin luo. Äiti oli ollut päihteiden käytön takia laitoshoidossa kuusi kertaa, mutta hän ei kokenut hoidon tarvetta. Hänelle ei annettu lasta takaisin, koska minkäänlaisia merkkejä muutoksesta ei havaittu. Hän keskeytti hoidon.

Raskaana olevalle naiselle oli sovittu aika aborttiin, mutta hän oli unohtanut mennä. Kolme lasta asui sukulaisten luona. Viikonloppuloman aikana hän alkoi taas käyttää huumeita eikä palannut laitoshoitoon.

Hoidon keskeytymisen taustalla olivat usein pitkään jatkuneet ja moninaiset ongelmat. Kuvaukset havainnollistivat oman motivaation merkitystä hoitojakson suunnitelmallisen läpikäymisen kannalta. Lasten tilanne oli muotoutunut vuosien varrella.

Seuraavat kuvaukset havainnollistavat suunnitelmallisesti päättyneitä hoitojaksoja.

*Parikymppinen äiti tuli hoitoon uuden puolisonsa kanssa. Äidin puoli-
vuotias vauva liittyi heidän seuraansa myöhemmin. Uusi puoliso ei tiedostanut riippuvuuttaan ja keskeytti hoidon. Äiti käytti huumeita yhdellä kotilomalla, mutta palasi hoitoon. Äidin annettiin pitää lapsi, mutta hänen edellytettiin kantavan vastuun lapsestaan itse puolison ongelmien takia. Hoidon loppuvaiheessa hän huomasi olevansa raskaana.*

Äiti oli etsinyt apua kuuden vuoden ajan. Teini-ikäinen poika asui äidin kanssa, mutta tytär oli laitoshoidossa. Äiti piti säännöllistä yhteyttä tyttärensä. Hänellä oli uusi puoliso hoidossa mukana ja puolisollla oli myös lapsi.

Kolmekymppiset vanhemmat tulivat vauvan kanssa laitoshoitoon lastensuojelun lähettämänä. He kävivät kolmen vuoden aikana kolmella jaksolla. Hoito sujui hyvin. Perheen ympärille rakentui hyvä verkosto. Lapsesta huolehtiminen motivoi äitiä. Isällä oli paljon ongelmia päihteiden kanssa, mikä oli äidille vaikeaa.

Murrosikäinen tytär oli muuttanut asumaan isänsä kanssa äidin alkoholiongelman takia. Äiti oli hyvin huolissaan tyttärestään ja toivoi että tämä löytäisi jonkun, joka auttaisi häntä. Hän haaveili pääsevänsä takaisin lasten luokse, mutta tiesi realiteetit. Hänellä ei ollut asuntoa, mutta sen sijaan paljon terveyteen ja päihteisiin liittyviä ongelmia. Hän oli keskeyttänyt hoidon monta kertaa, mutta viimeinen hoitojakso päättyi suunnitellusti naisten asuntolaan.

7.7 Yhteenveto

Päihdehoidossa olleita naisia, jotka olivat olleet vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa oli 524. He olivat muita päihdeongelmaisista naisia nuorempia, he olivat useammin olleet laitoshoidossa ja heidän hoitonsa oli keskeytynyt usein. Suurin osa naisista oli käyttänyt muutakin kuin alkoholia, yleisimpiä olivat opioidit, stimulantit ja sedatiivit. Mielenterveysongelmat olivat yleisiä, erityisesti persoonallisuus-, sopeutumis- ja harhaluuloisuushäiriöt, mutta harvemmin mielialahäiriöt. Asunnottomuus oli yleistä, koulutus vähäistä, harva kävi töissä ja tulot olivat pienet.

Naisilla oli kaikkiaan 1 691 vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksoa, vain yksi merkintä löytyi kahdella viidestä. Sakkovankeusjaksoja oli 42 % kaikista vankeusjaksoista ja yli puolet (58 %) naisista oli ollut ainakin kerran sakkovankeudessa. Vankeusvankeudessa oli ollut myös lähes puolet (44 %) naisista, yhdyskuntapalvelussa vajaa kolmannes. Omaisuusrikokset olivat yleisimpiä, niiden lisäksi yleisiä olivat rattijuopumukset, huumausaine- ja liikenne rikokset. Viimeaikaisen rikollisuuden riski oli kaksinkertainen niillä, jotka käyttivät muutakin kuin alkoholia verrattuna vain alkoholia käyttäneisiin naisiin.

Eri vuosikymmenillä syntyneiden naisten välillä oli eroja. Vanhimmat naiset olivat useammin käyttäneet ainoastaan alkoholia. Rikollisuutta koskevat erot olivat melko pieniä, eniten poikkesivat muista ääri ryhmät: ennen vuotta 1960 syntyneet ja vuoden 1980 jälkeen syntyneet. Vanhimmat oli tuomittu nuorempia harvemmin omaisuus-, huumausaine- ja väkivaltarikoksista. Viimeaikaista rikollisuutta esiintyi neljällä viidestä, nuorilla se oli hieman yleisempää kuin vanhemmilla.

Naisilla ensimmäinen päihdehoitomerkinä löytyi keskimäärin vuotta aikaisemmin kuin ensimmäinen merkintä vankeudesta tai yhdyskuntapalvelusta. Kahdella viidestä kaikki hoitomerkinä olivat ennen vankeusmerkintöjä. Vajaalla neljänneksellä oli hoitomerkinä viimeisenä.

Rekisteritietoja ja hoitoyhteenvetoja tarkasteltaessa hoito- ja vankeusjaksojen järjestyksen perusteella muodostettujen ryhmien välillä oli eroja. Hoidossa ennen vankeuksia olleet naiset (HHVV) olivat usein alkoholi ongelmaisia, heillä oli lyhyitä hoitoja ja hoidot olivat monilta keskeytyneet. Naiset, joilla oli vankeuksia hoidon välissä (HVHH), olivat usein monipäihdeongelmaisista ja monilla heistä oli mielenterveysongelmia. Suurin osa heistä oli ollut sakkovankina tai kerran vankilassa rattijuopumuksen tai omaisuusrikoksen takia. Vankeudessa ennen hoitoa olleista (VVHH) naisista joka neljäs oli kuollut ja joka kolmannella elossa olleista ei ollut viimeaikaista rikoksia. Hoidossa vankeuksien välissä olleiden (VHHV) naisten hoidot olivat usein lyhyitä ja he tulivat hoitoon lähetettyinä ilman omaa motivaatiota. Hoitojen ja vankeuksien kulkeminen rinnakkain (VHVH, HVHV) viestitti pitkäaikaisesta elämäntavasta ja lähes kaikilla näistä naisista

oli myös viimeaikaisia rikoksia. Korvaushoitopotilaiden yleisimmät rikostyyppit olivat omaisuus-, huume- ja liikenne rikokset.

Viidenneksellä vuonna 2006 elossa olleista naisista ei ollut tuomioita tai rangaistusmääräyksiä vuosien 2006–2010 välillä. Tuomioiden puuttuminen oli yhteydessä syntymävuoteen, koulutukseen, verotettujen tulojen määrään, parisuhteessa asumiseen ja käytettyihin päihteisiin sekä vankilajiin ja rikostyyppiin. Kahdeksantoista naisen hoitoyhteenvedoista kävi ilmi, että useat näistä naisista olivat olleet joko tutkinta- tai sakkovankeudessa tai tuomittuna yksittäisestä rattijuopumuksesta. Muutama kävi töissä ja osaa naisista motivoi äitiys. Pitkistä tukihoidoista oli hyviä kokemuksia. Muutaman naisen kohdalla hoitoyhteenvedo ei antanut viitettä siitä, miksi pitkä rikoskierre oli katkennut.

Äitiys nousi esille joidenkin potilaiden kohdalla motivoivana asiana, joten äitejä verrattiin muihin naisiin. Naisista kolme viidestä oli äitejä ja heistä kahdella kolmesta oli useampia kuin yksi lapsi. Äidit olivat viitisen vuotta nuorempia kuin muut naiset. Hoitoyhteenvedojen perusteella nuorimman lapsen tilanteella ei ollut yhteyttä siihen, päättyikö äidin päihdehoito suunnitellusti.

VIII KORVAUSHOITOPOTILAIDEN VANKEUTEEN JOHTANUT RIKOLLISUUS

Teemu Kaskela ja Tuuli Pitkänen

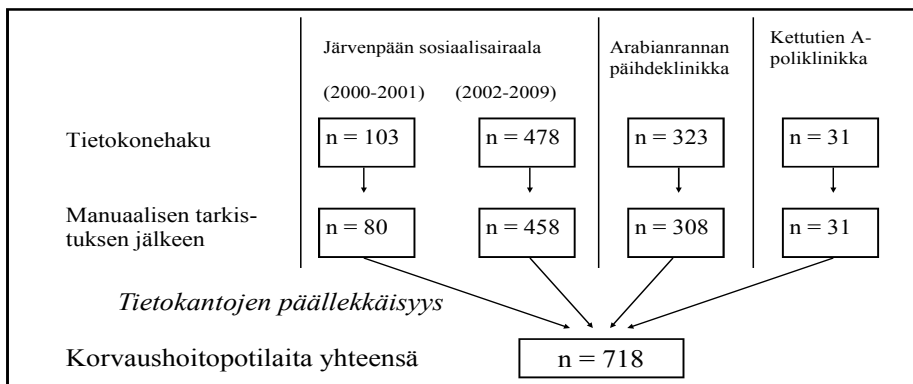
Tässä luvussa tarkastellaan kaikkia tutkimusaineistoon kuuluneita opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa olleita potilaita, joilta oli saatavissa riittävät hoitoa koskevat perustiedot (n=718). Korvaushoitopotilaiden tilannetta tarkasteltiin yhtenä kokonaisuutena, koska hoito on tiiviimpää kuin muut hoitomuodot. Tärkeä näkökulma oli myös se, että korvaushoidon oletetaan vähentävän vankeinhoidon kustannuksia.

Tavoitteena oli selvittää muiden päihdeongelmien ja terveysongelmien esiintyvyyttä korvaushoitopotilailla, sekä verrata vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun tuomituttuja (VATI) potilaita muihin korvaushoitopotilaisiin. Tutkimuskysymykset (luku 3.4) olivat:

- Kuinka yleistä on korvaushoitopotilaiden hoitoa edeltävä rikollisuus sekä hoidon aikainen rikollisuus?
- Minkälainen on korvauspotilaiden terveydentila hoidon aikana ja kuinka suuri on kuolleisuuden riski?

8.1 Puolet korvaushoitopotilaista on ollut rikos-seuraamusasiakkaana

Yhteensä 718 korvaushoitopotilasta täytti kolme kriteeriä: diagnosoitu opioidiriippuvuus (ICD10: F11.2), korvaushoidon aloitusajankohta pystytty jäljittämään kuukauden tarkkuudella ja mikäli korvaushoito oli aloitettu laitoshoidossa tiedettiin sen jatkuneen myös avohoidossa (Kaskela & Pitkänen 2011). Korvaushoitopotilaita haettiin ensin tietokannoista, jonka jälkeen potilaat ja hoidon alkamisajankohta tarkistettiin manuaalisesti (kuvio 8.1).



Kuvio 8.1 Korvaushoitopotilaiden (n=718) haku tietokannoista.

Vankeusvankina, sakko- tai tutkintavankina tai yhdyskuntapalvelussa oli vuosien 1990–2009 välillä ollut 380 korvaushoitopotilasta, miehistä lähes kaksi kolmesta ja naisista kolmannes (taulukko 8.1). Miehillä oli naisia useammin erityyppisiä vankeusrangaistuksia. Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleista (VATI) potilaista kaksi kolmasosaa oli saanut ensimmäisen merkinnän vankitietojärjestelmään ennen korvaushoidon aloitusta.

Taulukko 8.1 Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa (VATI) olleiden korvaushoitopotilaiden osuus yhteensä sekä vankeustyypeittäin, prosenttilauskko

	n	Mies 521	Nainen 197	Yhteensä 718	Sig. ¹
Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa (VATI)		61	33	53	***
Sakkovankina		32	18	28	***
Vankeusvankina		42	15	35	***
Yhdyskuntapalvelussa		29	8	23	***
Tutkintavankeudessa		22	10	18	***
Sakkovankina	ainoastaan	10	9	10	
Vankeusvankina	ainoastaan	5	3	5	
Yhdyskuntapalvelussa	ainoastaan	5	4	5	
Tutkintavankeudessa	ainoastaan	1	4	2	*
Useita vankeustyyppisiä		39	13	32	***

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

8.2 Bentsodiatsepiinit korvaushoitopotilaiden ongelmana

Potilaat olivat aloittaneet ensimmäisen korvaushoitonsa vuosien 1997 ja 2009 välisenä aikana. Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet (VATI) potilaat olivat aloittaneet hoitonsa muita vanhempina ja olivat syntyneet keskimäärin muita potilaita aikaisemmin (taulukko 8.2). Aloittamisen ja syntymävuoden ero korostui erityisesti naisilla.

Suurin osa korvaushoitopotilaista oli kotoisin Etelä-Suomen läänistä, missä kaikki tutkimukseen kuuluneet klinikat sijaitsivat. Lähes kaikki korvaushoitopotilaat olivat olleet sairaalahoidossa ainakin kerran vuosien 1996 ja 2009 välillä. Korvaushoidon aloitus ei selitä tätä täysin, koska korvaushoito on ollut vuodesta 2002 alkaen mahdollista aloittaa ilman sairaalajaksoa. Sukupuolten välillä ei ollut suuria eroja, joskin naiset olivat miehiä useammin olleet sairaalahoidossa muualla kuin sosiaalisairaalassa (96 % ja 99 %, $p = 0,007$). Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet miehet olivat naisia useammin Etelä-Suomesta.

Taulukko 8.2 Korvaushoitopotilaiden taustatiedot vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleilla (VATI) potilailla ja muilla potilailla (n=718), prosentti- ja keskiarvotaulukko

	n	VATI 380	Muut 338	Sig. ¹
Miehiä		83	61	***
Ikä hoidon alussa (ka.)		29,4	27,6	***
Hoidon aloitusvuosi (ka.)		2004	2004	
Syntymävuosi (ka.)		1975	1977	***
Kuollut		6	4	
Etelä-Suomen läänissä		86	88	
Helsingistä		32	39	
Hoidossa sosiaalisairaalassa 1990–2009		81	75	
Hoidossa muussa sairaalassa 1996–2009		97	97	
Hoidettu jossain sairaalassa 1996–2009		98	99	

¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Seitsemän naista ja 28 miestä oli kuollut lokakuuhun 2010 mennessä. Yleisin kuolinsyy oli myrkytys (12 kpl). Yhdeksän myrkytystä oli luokiteltu huumeperäiseksi kuolemiksi (EMCDDA), lisäksi yksi potilas oli kuollut alkoholimyrkytykseen ja kaksi muihin lääkemyrkytyksiin. Muita kuolinsyitä olivat itsemurhat (5 kpl), syöpä (4 kpl), henkirikokset (3 kpl), onnettomuudet (2 kpl) ja muut taudit (2 kpl). Kuuden potilaan kuolinsyy ei ollut saapunut Tilastokeskukseen aineiston hankkimisen aikaan. Keski-ikä kuolinhetkellä oli 32,5 vuotta.

C-hepatiitti oli todettu useammin korvaushoidossa olleilla naisilla (56 %) kuin miehillä (42 %). VATI-miehillä esiintyi C-hepatiittia selvästi useammin kuin muilla miehillä (48 % ja 31 %; $p < 0.001$); naisten kohdalla eroa ei ryhmien välillä ollut. Yhdeksällä korvaushoitopotilaalla oli HIV-tartunta.

VATI-potilailla oli diagnosoitu muita korvaushoitopotilaita useammin persoonallisuushäiriö ja sopeutumishäiriö (taulukko 8.3). Sukupuolittain tarkasteltaessa persoonallisuushäiriöiden osalta ero oli merkitsevä vain naisilla, mutta miehillä tulokset olivat samansuuntaisia.

Taulukko 8.3 Laitoshoidossa diagnosoidut mielenterveysongelmat vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleilla (VATI) ja muilla korvaushoitopotilailla (n=718), prosenttitaulukko

Häiriöryhmä (ICD9 koodi) ²	n	VATI 338	Muut 380	Yhteensä 718	Sig. ¹
Jokin mielenterveysdiagnoosi pl. päihteet		56	49	53	
Mielialan vaihteluihin liittyvät (296) pl. depressio		24	27	25	
Depressio (296.2 296.3 300.4 ja 311)		4	5	5	
Neuroottiset häiriöt (300)		16	12	14	
Persoonallisuushäiriöt (301)		28	21	25	*
Sopeutumishäiriö (ulkoisen syyn aiheuttama, 309)		13	8	10	*
Skitsofrenia tai harhaluuloisuushäiriö (295 297)		5	5	5	

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

²ICD10 diagnoosit on Terveystieteiden tutkimuskeskuksen HILMO –rekisterissä saatavissa myös ICD9 muodossa

Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleilla (VATI) korvaushoitopotilailla päihdeongelman kirjo vaikutti laajemmalla, heille oli merkitty ongelmaksi muodostuneita päihteitä keskimäärin suurempi määrä kuin muille (taulukko 8.4). VATI-miehillä oli useammin merkintä sedatiivien (esim. bentsodiatsepiinit) ja stimulanttien (esim. amfetamiini) ongelmakäytöstä kuin muilla korvaushoidossa olleilla miehillä. Naisilla tulokset olivat samansuuntaisia, mutta ainoa tilastollisesti merkitsevä ero oli alkoholin käytön kohdalla. Naisten ja miesten välillä ei ollut eroja käytettyjen päihteiden osalta.

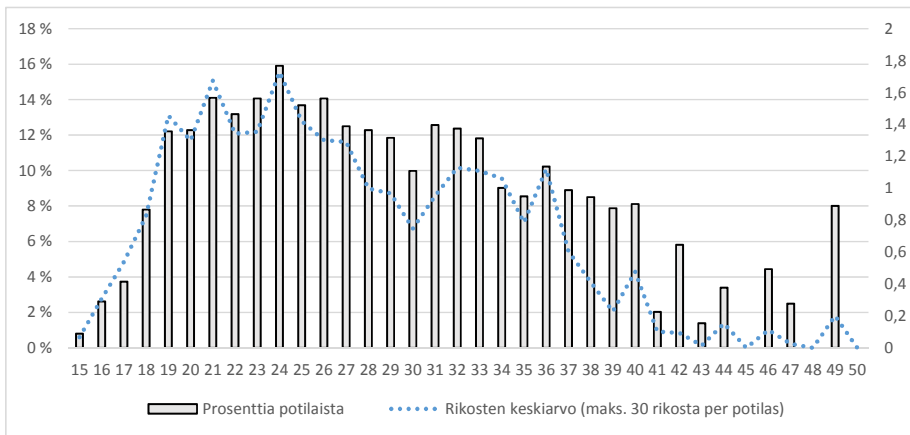
Taulukko 8.4 Muiden päihteiden kuin opioidien ongelmakäyttö, vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet (VATI) verrattuna muihin korvaushoitopotilaisiin, prosenttitaulukko

	n	Miehet			Naiset		
		VATI 315	Muut 206	Sig. ¹	VATI 25	Muut 68	Sig. ¹
Alkoholi		23	19		28	14	*
Kannabis		44	40		37	37	
Sedatiivit		82	72	**	85	73	
Muut stimulantit		51	38	**	62	49	
Hallusinogeenit		2	4		3	1	
Liutainaineet		0,6	0		0	0	
Ongelmapäihteitä yhteensä (ka.)		3,5	3,0	***	3,6	3,1	**

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

8.3 Omaisuus- ja huumausainerikokset yleisimpiä

Korvaushoitopotilailla vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtanut rikollisuus oli yleisintä 24 vuoden iässä (kuvio 8.2). Kaikista aineiston korvaushoitopotilaista 16 % oli syyllistynyt rikosseuraamukseen johtaneeseen rikokseen 24 vuoden iässä. Rikollisuus väheni hitaasti 40 ikävuotta kohti. Aineistossa oli vähän 40–50-vuotiaita, joten vuosittaisessa tarkastelussa yksittäisten vuosien välillä on suuria eroja 40 ikävuoden jälkeen.



Kuvio 8.2 Osuus korvaushoitopotilaista (n=718), joilla oli tietyssä iässä vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneita rikoksia ja keskimääräinen rikosmäärä (maks. 30 rikosta vuodessa) vuosina 1990–2009.

Omaisuusrikokset olivat yleisin rikostyyppi. Niihin oli syyllistynyt 88 % vankeusvankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleista miehistä. Huumausainerikoksiin oli syyllistynyt 78 % vankeusvankina tai yhdyskuntapalvelussa olleista miehistä ja 57 % miehistä oli syyllistynyt liikenne rikoksiin. Korvaushoidossa olleet naiset olivat tehneet miehiä vähemmän erityyppisiä rikoksia, mutta myös naisten yleisimmät rikokset olivat omaisuus- (75 %), huumausaine- (66 %) ja liikenne rikokset (38 %).

Oikeusrekisterikeskuksen rekisterien pohjalta voi todeta, että suurin osa korvaushoitopotilaista oli tehnyt rikoksia vuosien 2006 ja 2010 välisenä aikana. Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa ennen vuotta 2006 olleista korvaushoitopotilaista peräti 91 % miehistä oli syyllistynyt johonkin rikokseen vuoden 2006 jälkeenkin (taulukko 8.5). Niistä, joilla ei ollut ennen vuotta 2006 vankeusmerkintöjä, miehistä 79 % ja naisista 69 % oli tehnyt rikoksen tai joutunut vankilaan 1.1.2006 jälkeen. Toisin kuin miehillä, naisilla ei ollut eroja vankeudessa olleiden ja muiden korvaushoitopotilaiden välillä viimeaikaisessa rikollisuudessa.

Taulukko 8.5 Ennen vuotta 2006 vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden (VATI) viimeaikainen rikollisuus verrattuna muihin korvaushoitopotilaisiin sukupuolittain (n=718)

	Miehet			Naiset		
	n	VATI	Muut	Sig.	VATI	Muut
	278	243		44	153	
Tuomiolauselmarekisterissä 1.11.2004–16.11.2010	89	71	***	64	62	
Rangaistusmääräys- rekisterissä 1.1.2006–19.11.2010	85	70	***	68	65	
Tehnyt rikoksen tai ollut ehdottomassa vankeudessa 1.1.2006 jälkeen (kuolleet joilla ei merkintöjä poistettu)	91	79	***	73	69	

¹Tilastollinen merkitsevyystaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Sakkoihin vuoden 2006 jälkeen johtaneista rikoksista tyypillisimpiä olivat näpistyksiset (53 % kaikista korvaushoitopotilaista) ja huumausaineen käyttörikokset (39 % miehistä ja 26 % naisista). Kun tarkastellaan sekä sakko- että tuomiolauselmarekisterin rikoksia, yleisimpiä rikoksia olivat omaisuusrikokset (miehistä 72 % ja naisista 63 %) ja huumausainerikokset (miehistä 66 % ja naisista 47 %). Miehillä kolmanneksi yleisimpiä olivat liikennerikokset (50 %) ja naisilla muut rikokset – luokka, johon kuuluivat esimerkiksi poissaolo oikeudesta.

8.4 Yhteenveto

Yli puolet korvaushoitopotilaista oli ollut vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa. Heistä kaksi kolmesta oli saanut ensimmäisen tuomionsa ennen korvaushoidon alkamista. Suurella osalla korvaushoitopotilaista oli opioidien lisäksi ongelmia useampien päihteiden kanssa ja vankilassa olleilla päihteitä oli keskimäärin useampia kuin muilla. Yleisimmät ongelmapäihteet opioidien lisäksi olivat piristeet, erityisesti amfetamiini, ja sedatiivit, joista yleisimpänä bentsodiatsepiinit.

Vajaalla puolella korvaushoitopotilaista oli diagnosoitu C-hepatiitti. Päihdeongelman lisäksi yli puolelle potilaista oli asetettu jokin muukin mielenterveysdiagnoosi. Persoonallisuus- ja sopeutumishäiriöt olivat yleisempiä vankilassa olleilla potilailla kuin muilla. Yleisin kuolinsyy oli myrkytykset ja kuolleiden keski-ikä oli vain 32 vuotta.

Neljällä viidestä korvaushoitopotilaasta esiintyi sakko- tai vankeustuomioita tai vankeusjaksoja vuosien 2006 ja 2010 välisenä aikana. Rikollisuus oli miehillä selvästi yleisempää kuin naisilla. Ennen vuotta 2006 vankeudessa olleiden miesten rikollisuus jatkui 2006–2010 ja oli yleisempää kuin muilla miehillä, mutta yleistä se oli myös muilla. Naisten kohdalla aiempi vankeustausta ei ollut selkeästi yhteydessä viimeaikaiseen rikollisuuteen. Omaisuus- ja huumausainerikokset olivat yleisimpiä rikostyyppejä sekä vankeuteen ja yhdyskuntapalveluun että sakkoihin ja muihin tuomioihin johtaneessa rikollisuudessa.

IX MITÄ HOITO- JA REKISTERITIEDOT KERTOIVAT

Tuuli Pitkänen, Teemu Kaskela, Jouni Tourunen ja Sasu Tyni

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa erityisesti niiden päihdehoidossa olleiden henkilöiden elämänculusta, jotka olivat olleet vankilassa tai suorittaneet yhdyskuntapalvelun. Tutkimuksessa oli käytettävissä tietoja 10 898:n päihdeongelmiin hoitoa hakeneen henkilön vankeusrangaistuksista ja yhdyskuntapalvelujaksoista, sairastavuudesta ennen ja jälkeen hoidon, viimeaikaisesta rikollisuudesta ja verotuksesta sekä kuolleisuudesta.

Kaksi viidestä päihdehoidossa olleesta miehestä ja 15 % naisista oli jossain elämänvaiheessa ollut vankilassa tai suorittanut yhdyskuntapalvelua. Viimeaikaisia tuomioita tai sakkoja oli lisäksi lähes puolella niistä miehistä ja kolmanneksella naisista, jotka olivat olleet päihdehoidossa, mutta joilla ei ollut merkintää rikosseuraamusasiakkuudesta. Päihdepotilaiden rikollisuuden yleisyys herättää pohtimaan sitä, miten palvelujen kehittämisessä voitaisiin paremmin ottaa huomioon päihdeongelmaisten rikollisuuteen liittyvät kysymykset.

9.1 Tarkastelun kohteena kaksi vuosikymmentä

Rekisteritutkimuksen tavoitteena oli tiedon lisääminen erityisesti päihdehoidossa olleiden potilaiden rikollisuudesta ja yhteiskuntaan integroitumisesta. Tutkimus käsitti kolmen päihdehoitopaikan kaikki päihdehoidossa olleet potilaat vuosilta 1990–2009. Terveystuollon hoitoilmoitustiedoista sekä rikollisuus-, vero- ja kuolleisuustiedoista haettiin tietoa potilaiden tilanteesta ja niissä tapahtuneista muutoksista.

Tutkimuksen kohteena oli kaksi vuosikymmentä. Tämä ajanjakso sijoittui eri vaiheisiin tutkimusaineistoon kuuluneiden potilaiden elämänkaarella. Vuonna 1990 vanhin potilas oli 81-vuotias, mutta nuorimmat eivät olleet vielä syntyneet. Vanhempien tutkittavien joukossa oli sellaisia, joilla oli ollut päihdehoitoja tai vankeuksia jo ennen tutkimuksen alkamisajankohtaa. Vuonna 1972 tai sen jälkeen syntyneiden osalta aikuisiän tiedot ovat aineistossa melko lailla kattavasti. Eri vuosikymmenillä syntyneiden elin- ja toimintaympäristöt olivat erilaisia.

Päihdeiden käytössä ja päihdehoidossa tapahtui vuosien 1990–2009 aikana suuria muutoksia, jotka vaikuttivat myös tutkimuksen kohteena olleiden päihdehoitoyksikköjen asiakaskuntaan (luku 2). Aiemmin hoitoon hakeutui pääasiassa

alkoholiongelmaisia potilaita, mutta 2000-luvulla kaksoisdiagnoosi- ja korvaushoitopotilaiden sekä muiden huumeongelmaisten potilaiden osuudet kasvoivat. Muutokseen vaikuttivat huumeiden käytön lisääntymisen ohella muun muassa se, että kunnat olivat enenevässä määrin siirtyneet hoitamaan alkoholiongelmia omissa yksiköissään.

Tutkitulla ajanjaksolla alkoholinkulutus kasvoi Suomessa yhdeksästä kymmeneen litraan asukasta kohti. Vaikka mietojen juomien osuus kulutuksesta on kasvanut, humalahakuisuus on säilynyt, suurkuluttajien määrä on kasvanut ja alkoholinkäytön tuottamat haitat lisääntyneet. 1990-luvun toinen huumeaalto toi markkinoille uusia huumeita, lisäsi käyttäjien määrää ja käytön aiheuttamia haittoja sekä synnytti myös uusia hoitomuotoja kuten suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonnan ja opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon. Päihdehuollon erityispalvelujen asiakasmäärät kasvoivat 1990-luvun lopulla, mutta ovat sen jälkeen pysyneet varsin tasaisina. Monissa kunnissa laitostuntoutukseen pääsy on vaikeutunut ja kuntoutusjaksot ovat lyhentyneet. Naisten osuus päihteiden ongelmakäyttäjien joukossa on kasvanut tasaisesti.

Alkoholi on pysynyt päihdehoidon asiakkaiden pääasiallisena päihteenä, vaikka päihteiden erilainen sekakäyttö on yleistynyt. Alkoholi on pysynyt myös yleisimpänä rikoksiin liittyvänä päihteenä, erityisesti väkivalta- ja henkirikosten sekä rattijuopumusten yhteydessä. Huumerikollisuus ja huumausainerikoksista vankilaan tuomittujen määrät lisääntyivät 1990-luvulla, mutta eivät enää 2000-luvun kuluessa, vaikka huumausainerikosten seuraamusikäytännön on todettu tiukentuneen 2000-luvulla. Keskivankiluku puolestaan ensin vähentyi 1990-luvulla, sitten kasvoi vuosina 1999–2005, jonka jälkeen se taas kääntyi laskuun tavoitteellisten kriminaalipoliittisten toimenpiteiden vuoksi. Myös tutkimusaineistossa esiintyi huomattavaa vaihtelua vankien määrän kohdalla vuosittain.

Tutkimukseen kuuluneiden päihdehoidon potilaiden vankeusjaksojen määrä kasvoi hieman 1990-luvun alusta 2000-luvun puoliväliin ja väheni sen jälkeen voimakkaasti (kuvio 5.2). Tämä väheneminen näkyi myös tutkimuspotilaiden osuudessa kaikista Suomen vangeista (kuvio 3.4). Suomessa vankiluku saavutti pohjoismaisen tason 1990-luvun alussa, jolloin vankiloissa oli päivittäin keskimäärin noin 3 400 vankia. Vankiluvun lasku jatkui voimakkaasti aina 1990-luvun loppuun asti. Matalimmillaan keskivankiluku oli vuonna 1999, jolloin vankien päivittäinen keskimäärä oli noin 2 700. Tätä seurasi kuitenkin pian uusi suhteellisesti merkittävä nousu. Vankiluvun viimeisin huippu oli vuonna 2005, jolloin vankeja oli keskimäärin lähes 3 900. Vuonna 2014 vankien päivittäinen keskimäärä oli noin 3 100 eli vuosituhannen vaihteen tasolla. Vankien pääririkoksissa tapahtui myös osittaisia muutoksia 1990-luvun alun jälkeen: tutkimuksen ajankohtana väkivaltarikokset yleistyivät ja omaisuusrikokset vähenivät. (Tyni 2015, 25–27; Blomster & Muiluuvuori 2012, 142–144.)

Valtakunnallisesti vankimäärä vaihtelee vuosittain myös muista kuin rikollisuuden määrään liittyvistä syistä. Vankilukua on esimerkiksi alentanut etenkin yhdyskuntapalvelun käyttöönotto sekä niin sanottu vankeuspaketti, joka sisälsi muun muassa vankeuslakiin, tutkintavankeuslakiin ja rikoslain ehdonalaiseen vapautumiseen liittyviä uudistuksia. (Mohell & Pajuoja 2006; Tyni 2015.)

Vastaavasti sakkovankeuden käytännöt ovat muuttuneet useasti 1990-luvun ja 2000-luvun aikana. Tutkimusaineistossa 1990-luvun lopulla tapahtunut sakkovankien määrän nousu näkyy myös valtakunnallisessa kehityksessä, sillä vuonna 1999 päiväsakon minimisumma kaksinkertaistettiin. Vuoden 2006 alusta sakkojen muuntosuhde muuttui: yksi vankeusvuorokausi vastaa kolmea päiväsakkoa entisen kahden sijaan. Vuonna 2008 voimaan tuli laki, jossa poliisin antamat sakot rajattiin vankeudeksi muunnon ulkopuolelle (RL luku 2a 4 §). Tutkimuksessa syntymäaika oli yhteydessä vankeuslajiin osittain näiden rangaistuskäytäntöjen muutosten takia.

Vankilassa olleiden päihdehoidon potilaiden kohdalla vain alkoholia käyttäneiden osuus väheni tutkitulla ajanjaksolla huomattavasti muiden huumeiden käyttäjien sekä sekakäyttäjien osuuden lisääntyessä. Myös vankien terveystutkimusten mukaan vankien huumeongelmat olivat suuresti lisääntyneet 2000-luvulle tultaessa. Vankeinhoidon rooli on kasvanut päihdeongelmien laitospuolisessa kontrollissa suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluihin. 1990-luvun puolivälistä lähtien vankiloissa on toteutettu erityisiä päihdekuntoutusohjelmia, mutta niiden määrä ja niihin osallistuvien vankien määrä ovat vähentyneet vuoden 2002 jälkeen (Tourunen ym. 2012).

Rekisteritutkimuksen avulla saatiin paljon uutta tietoa päihdehoidon asiakaskunnasta kahden vuosikymmenen ajalta. Tutkimustulosten vertaileminen ja suhteuttaminen väestöä koskeviin lukuihin on haastavaa, sillä aineisto sisältää pitkän ajanjakson ja tutkittujen ikähaitari on suuri. Puutteista ja rajoituksista huolimatta rekisteritutkimuksen avulla on pystytty tuottamaan uutta, tuleviin vertailuihin soveltuvaa tietoa.

9.2 Hoitotiedot ja rekisterit tiedonlähteinä

Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli selvittää, millaista tietoa päihdehoidon asiakkaiden integroitumisesta yhteiskuntaan oli mahdollista saada hoito- ja rekisteritietojen avulla. Rekisterien avulla saatiin tietoa kattavasti asiakaskunnasta, mutta rekisterien sisältämä tieto oli melko rajoitettua ja vaati paljon työstämistä.

Hoito- ja rekisteritietojen etu on se, että tietoa kertyy tietyistä asioista säännöllisesti muun työn ohessa (Pitkänen 2009). Tiedot kirjataan tiettyjä yhtenäisiä käytäntöjä noudattaen ja ainakin osa tiedosta kirjataan numeroina tai koodeina. Kirjaamisen luotettavuus herättää kuitenkin kysymyksiä, sillä virheitä voi aiheutua mm. kirjaajasta, tilanteesta tai ohjeistuksesta johtuen (O'Donnell 2014). Rekisterimerkintöjen käytön suuri ongelma on se, että tietoa on saatavissa enemmän ongelmista kuin onnistumisista. Toinen ongelma tutkijoiden kannalta on tietojen hinta. Osa yhteiskunnan varoilla kerätyistä ja ylläpidetyistä tiedoista on pienelle tutkimusryhmälle liian kalliita.

Tutkimusaineisto oli otos, joka koostui Suomen ainoan päihdehoitoon erikoistuneen sairaalan ja kahden helsinkiläisen avohoitoklinikan 10 898 potilaasta vuosina 1990–2009. Aineistoon sisältyneistä potilaista 4 297:lla oli hoitotietomerkintä ainoastaan sosiaalisairaalassa, 5 713:lla ainoastaan avohoidossa ja 900:lla sekä avo- että laitoshoidossa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen perusteella tutkimukseen kuuluneet sosiaalisairaan hoitajaksot edustivat kolmasosaa Suomessa sairaalahoidossa vuosina 1996–2009 huumeongelmapäätaloudella olleista potilaista, mutta alkoholi-ongelmien osalta vain viittä prosenttia (Pitkänen ym. käsikirjoitus). Sosiaalihuollon alaisista päihdehoitolaitoksista tietoa ei ollut käytettävissä. Aineiston edustavuutta avohoitopaikkojen osalta on vaikea arvioida, koska vertailutietoa ei ole saatavissa.

Päihdehoidon asiakastietojärjestelmissä tapahtui huomattavia muutoksia vuosien 1990 ja 2009 välillä. Tiedon kirjaamisen määrä lisääntyi paljon. Yhtenäisesti kirjattujen tietojen osuus oli kuitenkin vähäistä. Hoitotietoja pystyttiin käyttämään lähinnä hoitoon hakeutumisen, hoitomuodon ja hoidon ajoittumisen osalta.

Hoitotietojärjestelmiin kirjataan paljon kuvailevaa tietoa. Tällaisen tiedon käytettävyys laajassa tutkimuksessa on erittäin vaativaa ja aikaa vievää. Kirjaamistavat ja -ohjeet ovat vaihdelleet eri aikoina ja eri paikoissa. Lääkäreiden hoitajaksosta tekemät hoitoyhteenvedot vuosina 2002–2009 toimivat hyvinä kuvailevan tiedon lähteinä, jotka kertoivat tutkittujen naisten taustasta sekä tilanteesta hoidosta lähtiessä. Hoitoyhteenvedojen tietosisällöt vaihtelivat kuitenkin hyvin paljon, joten ilman kvantitatiivisen tiedon tukea hoitoyhteenvedojen käytettävyys olisi vertailevassa tutkimuksessa ollut vähäinen. Miesten määrä oli tutkimuksessa niin suuri, että hoitoyhteenvedoja olisi voitu käyttää olleilla resursseilla hyödyntää ainoastaan tiukasti rajattujen ryhmien tarkasteluissa.

Tutkimuspotilaista oli tarkastelujakson aikana kuollut joka neljäs, keskimäärin 49 vuoden iässä. Kuolintiedot ovat rekisteritutkimuksessa tärkeitä, koska kuolleet poistetaan monista rekistereistä, eikä heille kerry uusia merkintöjä. Päihdehoidossa olleiden kuoleman ajankohtaa ja kuolinsyitä selvitetään tarkemmin erillisessä raportissa (emt.).

Terveydenhuollon hoitoilmoitus (HILMO) -tietojen mukaan 95 % tämän aineiston päihdehoidossa olleista potilaista oli asioinut suomalaisessa sairaalassa vuosina 1990–2009. Tutkituista henkilöistä lähes sama määrä oli ollut sairaalahoidossa silloin, kun sosiaalisairaalan jaksoja tai synnytyksiä ei otettu huomioon. Päihdeongelman takia hoidossa olleiden henkilöiden sairaalapalvelujen käyttö oli suurta, keskimäärin 12 sairaalajaksoa/potilas. Vankilassa olleet päihdepotilaat olivat käyttäneet palveluja hieman enemmän kuin muut, mutta ero oli pieni suhteutettuna siihen, miten paljon sairaalapalveluja päihdepotilaat olivat kaiken kaikkiaan käyttäneet. Sairastavuudesta ja kuolleisuudesta muodostuu laaja aineisto, johon on tärkeä paneutua tulevaisuudessa erikseen. Tässä tutkimuksessa HILMO-tietoja käytettiin erityisesti päihde- ja mielenterveysdiagnoosien sekä tartuntatautien ja synnytysten osalta. Lisäksi HILMO-tietojen avulla saatiin tietoa tutkimusaineiston kattavuudesta laitospajaksojen osalta.

Verotiedot kertoivat siitä, oliko henkilöllä ollut verotettavaa tuloa viiden vuoden aikana, miten tulot olivat kehittyneet ja oliko henkilö ylipäänsä verottajan tiedossa. Vain hyvin pieni osuus (0,2 %) päihdepotilaista oli kadonnut verottajan rekisteristä, eivätkä vankina olleet poikenneet muista tässä suhteessa. Verotulojen perusteella töissä käymistä on hankala arvioida. Kelan määrittelemän työsäoloehdon mukaisen minimitulorajan (11 764 euroa vuodessa) ylitti vähintään yhtenä vuotena (2004–2008) joka neljäs (24 %) vankina tai yhdyskuntapalvelussa olleista, mutta muista päihdehoidossa olleista potilaista yli puolet (55 %). Verotettuja tuloja tarkasteltaessa jäivät pimeät tulot tarkastelun ulkopuolelle.

Verotietoja ei tässä tutkimuksessa hyödynnetty vuositasolla. Verotusta koskevaa aineistoa oli paljon, mutta lyhyeltä ajanjaksolta. Verotietojen tarkempaa hyödyntämistä on hidastanut lisäksi se, että vuodet 2004–2008 sijoittuvat tutkituilla eri vaiheeseen sekä iän, hoidon että vankeusrangaistuksen suhteen.

Rikollisuutta koskevista rekisteritiedoista saatiin sellaista tietoa päihdehoidossa olleiden potilaiden rikollisuuden yleisyydestä, jota olisi ollut muulla tavalla mahdotonta kerätä. Rikollisuuden on tiedetty olevan yleistä, mutta silti luvut yllättivät. Vankitietojärjestelmän mukaan 31 % tutkituista päihdehoidon asiakkaista oli ollut vankeus-, sakko-, nuoriso- tai tutkintavankina tai suorittanut yhdyskuntapalvelua vuosina 1992–2010. Lisäksi oikeusrekisterikeskuksen tietojen mukaan 45 % elossa olleista tutkittavista oli määrätty oikeudessa sakkoihin 1.1.2006–19.11.2010 välisenä aikana, 44 % oli tuomittu oikeudessa jostakin rikoksesta 1.11.2004–16.11.2010 välisenä aikana ja 30 %:lla oli vankeuteen tai

yhdyskuntapalveluun johtanut rangaistumääräys rikosrekisterissä 17.11.2010. Tutkimukseen kuuluneiden henkilöiden osuus Suomen vankiloissa olleista vankeista oli vuosittain lähes 10 % (kuvio 3.4).

Vankitietojärjestelmä oli tutkimuksen kannalta käyttökelpoinen, koska se kattoi lähes saman aikavälin kuin saatavissa olleet hoitotiedot. Vankitietojärjestelmän tiedoista hyödynnettiin erityisesti jaksojen ajoittumista sekä vankeuslajeja koskevia tietoja sekä mahdollisuuksien mukaan rikollista tekoa koskevia tietoja. Aineiston käsittely oli kuitenkin mutkikasta johtuen mm. kuolleisuudesta, rikollisen teon ja vankeusjaksoja koskevan tiedon yhdistämisen ongelmista sekä siitä, että vankeusjaksot ajoittuivat eripituisina monen kymmenen vuoden ajalle. Oikeusrekisterikeskuksen alaisten rekisterien käyttöön liittyi rajoituksia erityisesti poistamissäädösten takia. Jakamalla aineistoa pienempiin ryhmiin, saatiin hyödyllistä tietoa sekä vankeusrangaistuksista että viimeaikaisesta rikollisuudesta ja rikoksettomuudesta sekä tuomioiden puuttumisesta.

Rekistereistä on saatavissa laajoista joukoista paljon hyödyllistä tietoa palvelujen kehittämisen tueksi. Rekisterien käyttöä voi suositella toisille tutkijoille, mutta muutamaan asiaan on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Rekisteritietoa käsiteltäessä on erittäin tärkeää ottaa huomioon eettiset kysymykset. Aineistoissa ei yhdistämisen jälkeen tarvita henkilön tunnistetietoja, joten tarpeettomat tiedot on syytä poistaa. Myös anonymisoituja aineistoja tulee käsitellä henkilöiden yksilönsuojaa kunnioittaen. Lisäksi rekisteritietoja käsiteltäessä on varattava todella paljon aikaa ja resursseja lupaprosesseihin sekä aineiston työstämiseen käytettävään muotoon. Tieto on sirpaleista ja tulkintaa tehtäessä on tärkeää tuntee hyvin ne toiminnot, joissa rekisteritieto on kertynyt.

9.3 Vankeudessa olleet poikkesivat muista päihdehoidon potilaista

Seurantatutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli saada tietoa päihdehoidossa olleiden laitospotilaiden rikollisuuden yleisyydestä, laadusta ja ajoittumisesta. Avo- ja laitoshoidossa olleista miehistä kahdella viidestä oli merkintä vankitietojärjestelmässä. Naisilla merkintöjä oli vähemmän, laitospotilaista joka viidennellä (21 %) ja avopotilaista joka kymmenennellä (12 %). Luvut olivat huomattavasti suuremmat kuin väestön keskuudessa yleensä. Esimerkiksi kaikista vuonna 1975 syntyneistä rikosoikeudellisen vastuun ikärajan (15 vuotta) ylittäneistä pojista (N=64 085) ainoastaan 2,5 % oli merkintä vankitietojärjestelmässä vuoteen 2015 mennessä.

Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleista miesten osuus oli tutkimusjoukossa 85 %. Suomen vankiloissa naisten osuus vangeista on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana kuudesta prosentista kahdeksaan prosenttiin (Rikosseuraamuslaitos 2015). Päihdehoidossa olleiden naisten keskuudessa vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtanut rikollisuus on hieman yleisempää kuin naisten keskuudessa yleensä.

Päihdehoitoon hakeutuneiden potilaiden vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtanutta rikollisuutta esiintyi enemmän nuoruusiässä kuin vanhempana. Nuoruusikään painottuva rikollisuuden ikäkurvi erottui selvästi päihdeongelmallisilla miehillä, mikä on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Tyni 2015; Aaltonen 2013; Kivivuori 2013, 56–59). Naisilla rikosten tekeminen jakautui tasaisemmin eri ikäryhmiin. Alaikäisenä päihdehoitoon hakeutuneilla myöhemmän rikollisuuden riski oli hyvin suuri (Hakala 2014).

Naiset olivat tehneet harvemmin ja vähemmän rikoksia kuin miehet. Sukupuolten väliset erot ovat niin suuret, että naisia ja miehiä on tutkimusta tehtäessä tärkeää tarkastella erikseen. Naisten pienemmän vankeuteen johtaneen rikollisuuden takia aiempaa naisia koskevaa tutkimustietoa on olemassa vähemmän kuin miehiä koskevaa tutkimusta.

Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet potilaat olivat monessa suhteessa erilaisia kuin muut päihdehoitoon hakeutuneet avo- ja laitospotilaat. He olivat iältään nuorempia, hakeutuneet hoitoon nuorempina ja osa heistä oli myös kuollut nuorempina kuin muut potilaat. Heillä oli keskimäärin enemmän hoitojaksoja sairaalassa kuin muilla potilailla. Tutkimusaineiston perusteella vankeusrangaistuksiin tuomituille päihdeongelmallisille oli kasaantunut monia ongelmia. Potilasryhmien taustatietojen vertailua vaikeutti kuitenkin erilainen ikäjakauma sekä se, että perustilannetta kuten koulutus, työ- ja perhetilanne oli kirjattu hoito- ja rekisteritietoihin niukasti. Puuttuvan tiedon määrä oli suuri.

Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden potilaiden päihdeongelmien hoito on vaativaa. He olivat olleet muita päihdeasiakkaita useammin laitoshoidossa ja heidän hoitojaksonsa olivat keskeytyneet useammin. Heille oli kirjattu myös enemmän huumeiden ja lääkkeiden käyttöä sekä useammin tartuntatauteja sekä persoonallisuus- tai sopeutumishäiriö tai skitsofrenia kuin muille päihdeasiakkaille. Aiemman kirjallisuuskatsauksen mukaan päihdeongelmat ja sen rinnalla persoonallisuus- ja mielenterveyshäiriöt syventävät toimintakyvyn vajetta ja kokemusta heikosta elämänlaadusta (Levola, Aalto ym. 2014; Levola, Holopainen ym. 2014).

Yhteiskuntaan integroitumista tarkasteltiin verotietojen ja viimeaikaisen rikollisuuden osalta. Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleiden verotettavat tulot olivat matalampia kuin muiden päihdeasiakkaiden ja heidän tulonsa jäivät huomattavan usein alle Kelan määrittelemän työssäoloehdon mukaisen minimin. Sosioekonomista taustaa koskevat tulokset ovat samansuuntaisia kuin havainnot rikoksista epäiltyjen tilanteesta (Tilastokeskus 2013; Aaltonen 2014). Päihdehoidossa ja vankilassa olleiden potilaiden tilanne osoittautui vielä huomattavasti heikommaksi kuin rikoksista epäillyillä mm. tulojen, koulutuksen ja työllisyystilanteen osalta. Myös rikosseuraamusasiakkaiden koulutus- ja työllisyystason on osoitettu olevan muuta väestöä heikompi (Koski 2009; Kivivuori & Linderborg 2009).

Joka toiselta päihdepotilaalta löytyi merkintä rikollisuutta koskevista rekistereistä vuoden 2005 jälkeen. Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa aiemmin olleilla potilailla oli selvästi suurempi todennäköisyys syyllistyä rikoksiin kuin muilla päihdepotilailla, vaikka myös muista potilaista oli merkitty näihin rekistereihin reilu neljännes naisista ja lähes puolet miehistä. Naisilla oli merkintöjä viimeaikaisesta rikollisuudesta selvästi miehiä vähemmän, vaikka kuitenkin rikosseuraamusasiakkaana olleilla potilailla miesten ja naisten väliset erot olivat huomattavasti vähäisempiä kuin muilla potilailla. Vajaalla viidenneksellä vankeudessa olleista tai yhdyskuntapalvelua suorittaneista naisista ja miehistä ei ollut merkintää rikollisuudesta 2006–2010.

Päihdeongelmaisten rikollisuuden ja vankien päihdeongelmien yleisyys ovat olleet pitkään yleisesti tiedossa. Ongelmien laajuudesta ei kuitenkaan ole ollut tarkkaa tietoa. Rekisteritutkimus tuotti uutta tietoa siitä, kuinka yleistä vankeuteen johtanut rikollisuus oli päihdehoitoon hakeutuneiden avo- ja laitospotilaiden keskuudessa.

Päihteiden käytön ja rikollisuuden yhteyksiä käsitteleviä ohjelmia on kehitetty ja käytetään vankiloissa. Niitä voisi nykyistä paremmin hyödyntää myös päihdehoidossa. Taloudellisista ja aikapaineista huolimatta rikollisuutta koskevia kysymyksiä olisi tärkeä voida käydä läpi päihdetyössä. Vankeuteen johtaneen rikollisuuden yleisyys tulisi ottaa huomioon päihdehoitoa ja ennaltaehkäisevää työtä arvioitaessa ja kehitettäessä.

9.4 Vankeudessa olleiden naisten ja miesten erot ja yhtäläisyydet

Tutkituista päihdehoidossa olleista miehistä 39 % ja naisista 15 % oli ollut vankilassa tai suorittanut yhdyskuntapalvelua vuosien 1990–2010 välillä. Tutkimuksessa pyrittiin syventämään ymmärrystä näiden potilaiden elämänculusta.

Naisten ja miesten väliset erot päihdeongelman ja rikollisuuden suhteen ovat yleensä suuret, mutta tässä tutkittujen ryhmässä erot olivat pienemmät kuin yleensä. Vaikuttaa todennäköiseltä, että nainen jolla on päihdeongelmien lisäksi vankeusjaksoja, saattaa syrjäytyä yhteiskunnan naisista ja lähentyä samassa tilanteessa olevia miehiä. Muutamista yhtäläisyyksistä huolimatta naisia ja miehiä on silti syytä tarkastella erikseen esimerkiksi siksi, että taustatekijöiden välillä oli suuria eroja ja rikollisuus ajoittui heillä eri ikävaiheisiin.

Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleista päihdeongelmallisista suurin osa oli naimattomia, perusasteen koulutuksen varassa ja työssä käyminen oli vähäistä. Mielenterveysongelmat ja tartuntataudit olivat yleisiä ja he olivat käyttäneet paljon sairaalapalveluita. Naiset olivat usein moniongelmaisempia ja he olivat olleet laitoshoidossa useammin kuin miehet. Naisilla oli miehiä useammin huume- tai lääkeongelmia sekä diagnosoituja mieliala-, persoonallisuus- ja ahdistuneisuushäiriöitä. Naiset olivat kuolleet nuorempina, joskin harvemmin kuin miehet. Tulokset vastaavat Viitasen (2013) näkemystä naisvankien moniongelmaisuudesta.

Miesten osuus rikosseuraamusjaksoista oli 90 %. Vuosien varrella naisten osuus suureni, mutta väheni vuonna 2010. Ainoastaan kolmanneksella naisista ja viidenneksellä miehistä oli vain yksi rikosseuraamusjakso. Vankeuteen johtaneita rikoksia olivat tehneet useimmin nuoret, alle 25-vuotiaat miehet. Rikosseuraamusasiakkaana olleet naiset olivat keskimäärin nuorempia kuin miehet, mutta naisilla rikoksen tekoikä jakaantui tasaisemmin lähes 40-vuotiaaksi saakka.

Päihdepotilaiden yleisimmät vankeusrangaistukseen johtaneet rikokset olivat omaisuusrikoksia, joihin oli syyllistynyt kolme neljästä vankeusrangaistukseen tuomitusta. Aiemman tutkimuksen perusteella sosiaalinen syrjäytyminen on merkittävä omaisuusrikollisuuteen vaikuttava taustatekijä (mm. Aaltonen ym. 2013).

Kaikkien vankien yleisin päärikos on väkivaltarikos (Rikosseuraamuslaitos 2014), johon rekisteriaineistossa oli syyllistynyt kaksi viidestä vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleista potilaista. Huumeongelmaiset olivat tehneet useammin rangaistuksiin johtaneita rikoksia kuin vain alkoholia ongelmallisesti käyttäneet. Vain alkoholia käyttäneet olivat syyllistyneet erityisesti rattijuopumuksiin ja muihin liikenne rikoksiin, muiden päihteiden käyttäjillä yleisimmät rikostyyppit olivat omaisuus-, huumeausaine- ja liikenne rikokset.

Rangaistuskäytännöissä tapahtuneet muutokset näkyvät vankilajeja koskevissa tarkasteluissa, erityisesti yhdyskuntapalvelun ja sakkovankeuksien osalta. Sakkovankina oli ollut jossain vaiheessa 58 % sekä päihdehoidossa olleista miehistä että naisista. Yhdyskuntapalvelun kohdalla sukupuolten ja ikäryhmien väliset erot olivat vähäisiä. Vankeusvankeudessa oli ollut kaksi kolmesta miehestä ja vajaa puolet naisista.

Päihdehoidot sekä vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksot ajoittuivat naisten ja miesten elämänkaarella eri tavoin. Miesten rikollisuus on yleisintä nuoruudessa, joten suurimmalla osalla miehistä myös ensimmäinen vankeusjakso sijoittui ennen ensimmäistä tiedettyä päihdehoitoa. Naisilla päihdehoito edelsi useammin ensimmäistä rikosseuraamusjaksoa ja rikokset sijoittuivat miehiä vanhemmalle iälle.

Päihdehoidon ja vankeusjaksojen ajoittumisen tulkintaa vaikeuttaa aineiston rajallisuus. Aineisto sisälsi kaikki vankeusjaksot vuosina 1992–2009, mutta tämä ajanjakso sijoittui potilaiden elämänkaareissa eri kohtiin. Päihdehoitotiedot oli mahdollista saada vain tietyistä hoitoyksiköistä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (HILMO) antoivat täydentävää tietoa, mutta osa päihdehoidoista toteutetaan sosiaalihuollon puolella, mistä tietoja on vaikea saada tutkimuskäyttöön. Tutkimuksen ajalta ei avohoidoista koottu AvoHILMON tapaista yhtenäistä tietoa.

Enemmistöllä naisista ja miehistä viimeinen rikosseuraamusjakso oli vasta viimeisen tiedetyn päihdehoitojakson jälkeen, mikä viittaa siihen, että hoito ei olisi vähentänyt rikollisuutta. Asia on kuitenkin monimutkainen, eikä suoria johtopäätöksiä ole syytä tehdä. Hoitotietoa ei ollut saatavissa kattavasti. Toisella tavalla tarkasteltuna myönteisiä merkkejä oli nähtävissä erityisesti yksilön näkökulmasta: vankeudessa olleista päihdepotilaista viidenneksellä ei ollut minkäänlaista merkintää rikollisuudesta vuoden 2005 jälkeen. Tulevaisuudessa olisi tärkeää paneutua tutkimaan tarkemmin päihdehoidon vaikutusta rikoksettomuuteen. Vaikuttavuuden tutkimiseen olisi mahdollisuuksien mukaan käytettävä rangaistuksen ajoittumisen sijaan rikoksentekopäivää.

Tulokset kertovat karua kieltä päihdehoitoon hakeutuneiden potilaiden moniongelmaisuuden ja rikollisuuden yleisyydestä. Merkille pantavaa on se, että erityisesti naiset ovat hakeneet apua ennen ensimmäisiä vankeuksia. Puutteista ja rajoituksista huolimatta tulokset haastavat miettimään, mitä konkreettisia toimia olisi mahdollista tehdä. Olisiko mahdollista vastata nykyistä paremmin näihin avunhuutoihin?

9.5 Kahdella viidestä miehestä vankeusjaksoja

Tutkitut vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa sekä päihdehoidossa olleet miehet olivat hyvin heterogeeninen joukko. Verrattuna muihin päihdehoidossa olleisiin nämä miehet olivat nuorempia, harvemmin vain alkoholiongelman takia päihdehoidossa ja heillä oli todettu useammin myös muu mielenterveysdiagnoosi. Erityisesti persoonallisuus- ja sopeutumishäiriöitä ja skitsofreniaa esiintyi enemmän kuin muilla päihdeongelmaisilla miehillä. Sen sijaan depressiota heillä esiintyi harvemmin kuin muilla miehillä.

Vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa olleille miehille oli kasautunut ongelmia. Suurin osa heistä asui yksin ja joka neljäs oli eronnut. Kolmannes miehistä oli ollut hoitokontaktin aikana asunnottomana, mutta todennäköisesti asunnottomana oli joskus elämässään ollut vielä suurempi osuus miehistä. Miesten koulutustausta oli heikko, vain neljännes heistä oli suorittanut jonkin peruskoulun jälkeisen tutkinnon. Kolmannes miehistä oli luokiteltu ammattitaitoisiksi työntekijöiksi, mutta vain joka kymmenes oli työssä. Joka neljännes verotetut tulot olivat ylittäneet Kelan työssäoloehdon rajan (11 763 euroa), kun muista päihdehoidossa olleista miehistä rajan oli ylittänyt yli puolet.

1990-luvulla tapahtunut huumeongelman kasvu näkyi tutkimusaineistossa. Huumeiden käyttö ja sekakäyttö oli yleisempää nuorten miesten keskuudessa. Vanhemmista miehistä suurin osa oli käyttänyt vain alkoholia. Vain alkoholia käyttäneet poikkesivat muista päihteiden käyttäjistä taustatietojen osalta. Erot olivat osittain yhteydessä syntymävuoteen, mutta myös päihteellä on merkitystä. Alkoholiongelma muotoutuu usein hitaasti, joten alkoholin käyttäjien joukossa oli useita, joilla oli koulutusta. Monilla heistä oli myös joskus ollut perhe ja työ, jotka he olivat menettäneet. Huumeiden käyttäjät olivat nuorempia ja monet heistä eivät olleet hankkineet koulutusta tai hakeutuneet työelämään. Yhteiskuntaan integroitumisen näkökulmasta nämä potilasryhmät olivat erilaisia.

Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleista miehistä joka toisella oli laitoshoidossa asetettu mielenterveysdiagnoosi. Tämä osuus on todella suuri ja lisääntyi tutkimuksen aikana. Mielenterveysongelmat olivat yleisempiä muiden päihteiden käyttäjillä kuin vain alkoholia käyttäneillä. Ainoastaan mielialaongelmien kohdalla ryhmien välillä ei ollut eroa.

Miehillä rikollisuus on yleistä nuoruudessa ja tutkimuksen päihdehoitopaikkoihin oli pääasiassa hakeuduttu vasta ensimmäisten vankeusjaksojen jälkeen. Joka kolmannella vain alkoholia käyttäneellä miehellä vankeusjaksot olivat sekä alkaneet että päättyneet ennen päihdehoitoa. Muiden päihteiden käyttäjillä hoito- ja vankeusjaksot kulkivat useilla rinnakkain, mikä antoi vaikutelman elämäntavasta. Tämän perusteella on todennäköistä, että huumeiden käyttäjien ja moniongelmaisten määrä vankeusjaksoilla ja päihdehoidossa lisääntyy tulevaisuudessa.

Vain alkoholia käyttäneiden ja muiden päihteiden käyttäjien rikollisuudessa ja rangaistuksissa oli eroja. Alkoholiongelmaisilla oli vähemmän rikosseuraamusjaksoja ja uusintarikollisuus oli harvinaisempaa kuin muita päihteitä käyttäneillä. Kahdella viidestä vain alkoholia käyttäneistä ja joka viidennellä muita päihteitä käyttäneistä rikosseuraamusmiehistä oli vain yksi rikosseuraamusjakso. Moninkertaisten uusijoiden joukossa oli joka kymmenes vain alkoholia käyttäneistä ja joka viides muiden päihteiden käyttäjistä. Rikosuran pidetessä erilaiset ongelmat kasautuvat.

Vain alkoholia käyttäneiden miesten rikollisuus jakaantui eri ikävaiheisiin. Muiden päihteiden käyttäjillä rikollisuus ajoittui pääasiassa nuoreen aikuisuuteen. Kuitenkin suurin osa näistä miehistä oli seuranta-aikana vielä nuoria, joten tutkimusaineisto ei sisältänyt tietoa mahdollisesta myöhemmästä rikollisuudesta.

Vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleista miehistä oli kuollut joka neljäs, keskimäärin 45-vuotiaana. Muut päihdehoidossa olleet miehet olivat hieman vanhempia ja heistä oli kuollut seuranta-aikana lähes kolmannes keskimäärin 50-vuotiaana. Ennenaikaisesti kuolleiden määrä on päihdeongelmaisten keskuudessa suuri. Myönteistä on se, että pian vankeusrangaistuksen päättymisen jälkeen ei ilmennyt kohonnutta riskiä kuolla: toisin sanoen aineistossa ei esiintynyt kansainvälisesti tunnistettua ilmiötä vankilasta vapautuvien yliannostuskuolemista (esim. Kinner ym. 2011). Useampi kuin joka kymmenes oli kuitenkin kuollut kolmen vuoden sisällä viimeisen vankeusjakson päättymisestä ja vain alkoholia käyttäneet useammin kuin muiden päihteiden käyttäjät. Vapautuneiden vankien kuolleisuusriski on Suomessa yleensäkin suuri. Esimerkiksi kaikista vuonna 2004 vapautuneista vankeusvangeista (n=4 210) peräti 10 % kuoli viiden vuoden seurantavuoden aikana (Tyni 2015).

9.6 Yli puolet naisista päihdehoidossa ennen ensimmäistä vankeutta

Naisilla sekä päihdeongelmat että rikollisuus ovat harvinaisempia kuin miehillä (mm. Pitkänen 2006; Steffensmeier & Allan 1996). Naisten määrä jää monissa tutkimuksissa niin pieneksi, että heidät jätetään pois analyyseistä tai sitten naisia ja miehiä analysoidaan yhdessä niin, että sukupuoli otetaan mukaan vain selittävänä tekijänä. Tässä tutkimusaineistossa vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleita naisia oli sen verran paljon, että oli mahdollista keskittyä tutkimaan vain sellaisia naisia (n=524), jotka olivat olleet avo- tai laitoshoidossa päihdeongelman takia ja joilla oli vankitietojärjestelmässä rikosseuraamusjaksoja koskevia merkintöjä. Tavoitteena oli syventää käsitystä näiden naisten elämän muotoutumisesta käyttämällä hoito- ja rekisteritietojen määrällisiä ja laadullisia aineistoja.

Tutkimusaineistoon kuuluneista vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksoista naisten jaksoja oli joka kymmenes. Naisilla oli kaiken kaikkiaan 1 691 vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksoa. Ainoastaan kahdella viidestä naisesta oli ollut vain yksi jakso. Yli puolet naisista oli ollut sakkovankeudessa ja vankeusvankeudessakin lähes puolet, mutta yhdyskuntapalvelussa vajaa kolmannes.

Vankeudessa olleet tai yhdyskuntapalvelua suorittaneet naiset olivat pieni ja poikkeuksellinen ryhmä päihdepotilaana olleiden naisten joukossa. Erityisesti kiinnitti huomiota se, että nämä naiset olivat muita päihdeongelmaisia naisia nuorempia ja heillä oli useammin huumeiden käyttöä ja päihteiden sekakäyttöä. Suurin osa oli ollut laitoshoidossa, mutta jaksot olivat useilla keskeytyneet. Mielenterveysongelmat olivat yleisiä. Erityisesti esiintyi persoonallisuus-, sopeutumis- ja harhaluuloisuushäiriötä, mutta harvemmin mielialahäiriöitä. Koulutusta ja työkokemusta heillä oli vähän. Tulokset vastaavat Viitasen (2013) tuloksia naisvankien monista ongelmista. Vaikuttaa siltä, että monille näistä naisista oli kasautunut paljon ongelmia, joiden ratkaisemiseen nykymuotoisten hoitojen on vaikea tarjota tukea.

Suurin osa näistä naisista oli hakeutunut päihdehoitoon ennen ensimmäistä vankeutta tai yhdyskuntapalvelua. Vaikka joka kymmenes oli käynyt päihdehoitopaikassa vain yhtenä päivänä, on kyse ollut tärkeästä hätähuudosta. Monilla oli myös kontakteja muihin hoitotahoihin, erityisesti lastensuojeluun tai mielenterveyshoitoon. Olisi syytä etsiä keinoja, joilla näihin avunpyyntöihin voitaisiin vastata nykyistä paremmin. Päihdehoitoon hakeutuneiden palvelun ja avun tarpeet ovat usein laaja-alaiset, joten myös yhteistyömuotojen uusiutuva kehittäminen eri toimijoiden välillä on tarpeellista (Perälä ym. 2014; Pitkänen ym. 2014).

Päihdehoitoon hakeutuneiden naisten päihteiden käyttö muuttui tutkittuna ajanjaksona niin, että vain alkoholia käyttäneiden osuus väheni. Nuorten, monia päihteitä käyttäneiden naisten osuus on kasvanut erityisesti laitoshoidossa. Eri vuosikymmenillä naisiin on kohdistunut erilaisia odotuksia ja naisten suhtautuminen päihteiden käyttöön on muuttunut koko yhteiskunnassa aiempaa suopeammaksi. Eri vuosikymmenillä syntyneiden naisten välillä oli eroja. Vanhimmat naiset olivat käyttäneet useammin ainoastaan alkoholia. Rikollisuutta koskevat erot olivat melko pieniä, eniten poikkesivat toisistaan ennen vuotta 1960 syntyneet ja vuoden 1980 jälkeen syntyneet. Ennen vuotta 1970 syntyneet oli tuomittu useammin rattijuopumuksista ja harvemmin omaisuus-, huumausaine- ja väkivaltarikoksista kuin nuoremmat.

Lähes kolmannes vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleista vain alkoholia käyttäneistä naisista ja joka kymmenes muiden päihteiden käyttäjistä oli kuollut. Osuus oli suuri verrattuna muihin tämän ikäisiin suomalaisiin naisiin. Nämä kuolleet olivat pääasiallisesti myrkytyksiä, itsemurhia tai tapaturmia. Vain alkoholia käyttäneet olivat vanhempia ja myös kuolleet vanhempina kuin muiden päihteiden käyttäjät.

Vuosille 2006–2010 jatkunutta rikollisuutta esiintyi neljällä viidestä. Nuorilla se oli hieman yleisempää kuin vanhemmilla. Tuomioiden puuttuminen oli yhteydessä myös koulutukseen ja korkeampaan verotettujen tulojen määrään, parisuhteeseen sekä vankilajiin ja rikostyyppiin. Viimeaikaisen rikollisuuden riski oli kaksinkertainen niillä, jotka käyttivät muutakin kuin alkoholia verrattuna vain alkoholia käyttäneisiin naisiin. Rikollisuus näytti vähenevän iän myötä erityisesti niillä alkoholi-ongelmaisilla naisilla, joiden taustalla oli parisuhde sekä koulutus- ja työuraa. Nuorempien huumeita käyttäneiden naisten kohdalla tilanne voi tulevaisuudessa olla toinen.

Rekisteritietojen ja hoitoyhteenvetojen perusteella ongelmien kasautuminen, useat vankeudet ja huumeiden käyttö lisäävät riskiä siihen, että rikollisuus jatkuu. Parisuhde, työtilanne, koulutus sekä äitiys voivat tukea yksilöä rikoksettomaan elämään. Hoitoyhteenvetojen perusteella omalla asenteella on paljon merkitystä, mutta positiivisia muutoksia voi tapahtua, vaikka ne eivät vielä hoidon aikana olisi ennustettavissa.

Hoito- ja vankeusjaksojen järjestyksen perusteella muodostettujen ryhmien välillä oli eroja. Kahdella viidestä kaikki hoitomerkinnot olivat ennen vankeusmerkintöjä. Näillä naisilla hoidot olivat usein lyhyitä ja monilta ne olivat keskeytyneet. Vajaalla neljänneksellä oli hoitomerkinnot viimeisenä ja on todennäköistä, että osalla näistä naisista päihdehoito on tukenut rikollisuuden vähentymistä.

Rekisteritietojen perusteella muodostettuja ryhmiä tarkasteltiin myös hoitoyhteenvetoja käyttäen. Tyyppikuvausten avulla pyrittiin syventämään rekistereistä saatua tietoa ja tuomaan tulkintaan yksilöllistä ulottuvuutta. tarinat auttavat ymmärtämään syvällisemmin tutkittua ilmiötä (mm. Hartley ym. 2014).

Hoidon kannalta haastava ryhmä on naiset, jotka lähetetään päihdehoitoon vankeus- tai yhdyskuntapalvelusjakson jälkeen. Osa näistä naisista ei kokenut olevansa hoidon tarpeessa, joten hoidot jäivät lyhyiksi ja rikollinen toiminta jatkui. Toinen haastava ryhmä koostui naisista, joilla oli pitkäaikainen päihdeongelma ja joilla myös rikollisuus jatkui pitkään. Hoitojen ja vankeuksien kulkeminen rinnakkain kertoi pitkäaikaisesta elämäntavasta ja lähes kaikilla näistä naisista oli myös viimeaikaisia rikoksia. Hoitokertomuksista kävi ilmi, että rekistereihin kirjattujen tietojen lisäksi monet naiset olivat kokeneet vaikeita asioita lapsuudesta saakka.

Suuri osa naisista oli äitejä ja heillä oli useita lapsia. Perherakenteet poikkesivat usein perinteisestä, mikä on todettu myös haastattelututkimuksessa (Perälä ym. 2014; Pitkänen ym. 2014). Monissa perheissä oli eri isien lapsia ja lapset olivat kokeneet lyhyempiä tai pitempiä huostaanottoja. Äitien hoitajaksojen päättymistä koskevat kuvaukset toivat esille todellisuuden monimuotoisuuden.

Äitiys motivoi joidenkin naispotilaiden kuntoutumista. Perheiden kokonaistilanne oli kehittynyt pitkällä aikavälillä ja esimerkiksi nuorimman lapsen tilanteella ei kuitenkaan ollut yleisesti yhteyttä siihen, päättyikö äidin päihdehoito suunnitellusti tai jatkuiko äidin rikollinen toiminta. Yksilötasolla motivoivilla tekijöillä sekä tukiverkostolla voi kuitenkin olla paljon merkitystä. Yksilön hoidossa on tärkeä ottaa huomioon ennen kaikkea hänen kokonaistilanteensa ja henkilökohtaiset tavoitteensa.

9.7 Opioidiriippuvuuden voittaminen ei ole potilaan ainoa haaste

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa potilaalle annetaan lääkettä, jotta hänen ei tarvitsisi hankkia laittomia huumeita. Korvaushoito on herättänyt paljon keskustelua, mutta vähitellen hoitomuoto on vakiintunut Suomessa. Monille korvaushoitoon hakeutuneista potilaista on kasautunut monenlaisia vaikeuksia. Korvaushoidon oletetaan vähentävän huumeidenkäytön aiheuttamia haittoja kuten rikollisuutta, sairastavuutta ja ennenaikaista kuolleisuutta.

Rikollisuus oli yleistä korvaushoitopotilaiden keskuudessa. Korvaushoitopotilaista oli ollut vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa kaksi kolmesta miehestä ja kolmannes naisista, joista ensimmäisen tuomion ennen korvaushoidon alkamista oli saanut kaksi kolmesta potilaasta. Suurimmalla osalla korvaushoitopotilaista esiintyi jonkinlaista rikollisuutta myös hoidon aikana. Miehillä rikollisuus oli selvästi yleisempää kuin naisilla. Omaisuus- ja huumausainerikokset olivat yleisimpiä rikostyyppejä.

Suurin osa tutkituista ei ollut vielä aloittanut korvaushoidossa ensimmäisen vankeusrangaistuksensa aikana. Tulevaisuudessa korvaushoidon aloittaminen vankilassa voisi olla yksi keino vähentää uusintarikollisuutta. Tämä vaatii kuitenkin koordinaatiota ja yhteistyötä kunnallisen terveydenhoidon kanssa, jotta potilaiden hoito voi jatkua rikosseuraamusjakson jälkeen.

Suurella osalla korvaushoitopotilaista oli opioidien lisäksi ongelmia useiden muiden päihteiden kanssa. Ongelmallisia päihteitä löytyi rekistereistä keskimäärin yli kolme potilasta kohti. Yleisimmät ongelmapäihteet opioidien lisäksi olivat piristeet, erityisesti amfetamiini ja sedatiivit, joista yleisimmin bentsodiat-

sepiinit. Rikosseuraamusasiakkaana olleilla miehillä oli ongelmia keskimäärin useamman päihteen kanssa kuin muilla miespuolisilla korvaushoitopotilailla ja heillä oli useammin todettu C-hepatiitti. Positiivista tässä aineistossa oli korvaushoitopotilaiden asunnottomuuden väheneminen.

Persoonallisuus- ja sopeutumishäiriöt olivat yleisempiä rikosseuraamusasiakkailla kuin muilla potilailla. Korvaushoitopotilaista yli puolella oli diagnosoitu mielen-terveysongelma. Myös aiemmin toteutetussa haastattelututkimuksessa (Levola, Holopainen & Pitkänen 2012) todettiin, että korvaushoitopotilaiden psyykinen oireilu oli hyvin yleistä, vakavia itsetuhoajatuksia oli ollut lähes puolella ja itsemurhayrityksiä joka neljännellä. Tutkittavien oli vaikeaa erotella päihde-ehdoista oirehdintaa itsenäisiin psyykkisiin sairauksiin liittyvästä oireilusta, mikä korostaa järjestelmällisen psykiatrisen diagnostiikan tarpeellisuutta. Järjestelmällinen ja asianmukainen psykiatristen oheissairauksien seulonta ja diagnostiikka on tärkeää opioidiriippuvaisille, jotta yksilön oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon mahdollistuisi (Levola, Pitkänen ym. 2012).

Korvaushoitopotilaista oli kuollut joka kahdeskymmenes. Kuolleiden keski-ikä oli varsin matala ja yleisin kuolinsyy oli myrkytys. Opioidien väärinkäyttäjien keskuudessa kuolleisuusriski on yleensä suuri. On hyvin todennäköistä, että korvaushoito on ollut yhteydessä siihen, että kuolleiden määrä ei ollut tässä tutkimuksessa tätä suurempi.

Rekisteritiedon rinnalle on tärkeää saada lisää laadullisia kuvauksia. Vankilassa olleita korvaushoitopotilaita koskeva kuvaus antoi naisten elämäntilanteesta hieman valoisamman kuvan. Rekisterit kertovat ongelmista ja kasautumisesta, mutta yksilön todellisuuteen liittyvät myös voimavarat.

9.8 Yhteenveto

Päihdehoidon asiakkailla, jotka olivat olleet vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa, oli monenlaisia ongelmia. Kahdenkymmenen vuoden seuranta-aikana vaikutti siltä, että asiakaskunnan ongelmat ennemmin syvenivät kuin vähenivät. Tähän vaikutti keskeisesti huumeiden käytön yleistymisen alkoholin käytön rinnalla.

Naisten ja miesten välillä on rikollisuudessa ja päihdeiden käytössä yleensä suuria eroja. Vankeudessa olleiden naisten ja miesten väliset erot olivat pienemmät kuin muiden päihdehoidossa olleiden naisten ja miesten erot. Vaikuttaa siltä, että yhteiskunnassa vallitsevien asenteiden takia naisten kynnyksen poikkeavaan käyttäytymiseen on korkea ja kynnyksen ylittämisen jälkeen paluu takaisin on vaikeaa. Naiset olivat usein hakeutuneet päihdehoitoon ennen ensimmäisiä vankeus- ja yhdyskuntapalvelujaksoja. Näihin avunpyyntöihin olisi tulevaisuudessa syytä tarttua entistä herkemmin.

Miesten vankeuteen johtanut rikollisuus kuten muukin rikollisuus painottuu perinteisesti nuoruusikäen ja vähenee iän myötä. Naisten rikollisuus jakautui tasaisemmin eri ikävaiheisiin ja enenevässä määrin 2000-luvulle. Päihteiden käytössä tapahtuneiden muutosten sekä naisten päihteiden käytön lisääntymisen takia rikollinen toiminta voi kuitenkin näyttäytyä tulevaisuudessa toisenlaisena. Lisäksi tuomiot heijastavat vain rajallisesti rikollisuuden kehitystä varsinkin pitkän ajan vertailussa, koska muun muassa oikeuskäytäntöjen muutokset, alueelliset erot ja yhteiskunnalliset muutokset vaikuttavat tuomioihin. Aina ei ole kyse vain yksilön käyttäytymisestä.

Tämän raportin tuloksia tulkitessa on muistettava, että vankeudessa tai yhdyskuntapalvelussa olleet poikkesivat muista päihdehoidon potilaista sukupuolen, iän, pääpäihteen ja hoitotyypin mukaan. Aineisto ei ole kattava. Päihdehoitoa koskeva tieto oli vajaata ja tietoa kerättiin vain kolmesta päihdehoitopaikasta. Sosiaalisairaalamakso oli yleensä avohoidon keskellä, joten hoito oli alkanut jo aiemmin ja suurella osalla myös jatkui sairaalamakson jälkeen. Myöskään avohoitopotilaiden osalta ei ollut varmuutta siitä, etteikö hoito olisi alkanut tai jatkunut jossain toisessa yksikössä.

Olisi tärkeää verrata päihdehoidossa olleita potilaita tarkemmin muuhun väestöön. Tulosten vertailu eri aineistojen kesken on valitettavan hankalaa, sillä samoilla kriteereillä tehtyjä tutkimuksia on vaikeaa löytää. Esimerkiksi ikä-rikoskäyrien vertailtavuutta vaikeuttaa se, että vankeuteen johtaneista rikoksista muodostettu käyrä ajoittuu myöhemmäksi kuin käyrä, jossa on otettu huomioon myös sakot ja ehdolliset tuomiot. Tutkimusaineiston ikä-rikoskäyriä ei voi yleistää muuhun väestöön, sillä päihdeongelmaisten rikollisuus poikkeaa muun väestön rikollisuudesta.

Potilastietojärjestelmien kehittyessä hoitoa koskevaa tietoa tulee kertymään entistä paremmin. Tieto saattaa soveltua myös tutkimuskäyttöön, mikäli kirjaamisen järjestelmällisyyteen, laatuun ja käytettyjen menetelmien valintaan panostetaan. Mahdollisuuksia on paljon, esimerkiksi potilaan toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten seuraaminen hoidon aikana tuottaisi kehittämistyöhön olennaista lisätietoa, mikäli arviointia suoritettaisiin järjestelmällisesti hyviä menetelmiä käyttäen (Pitkänen ym. 2014). Myös hoitotyötä koskeva tutkimus hyötyisi vertailukelpoisten menetelmien kuten Paradise24-kysymyssarjan seurantakäytöstä.

Rekisteritietojen avulla saadaan tietoa yleisistä trendeistä ja riskeistä. Päihdehoidon asiakkaiden elämä on usein vielä monimuotoisempaa ja yksilöllisempää kuin muulla väestöllä. Päihdehoidossa keskeistä on tukea yksilöä ja yksilöllisiä voimavaroja. Hoidossa ei tavoitella täydellistä elämänmuutosta, vaan yhä useammin tavoitteena on elämänlaadun parantaminen ja haittojen vähentäminen. Jokainen rikos vähemmän on merkityksellinen.

KIRJALLISUUS

Aalto, Mauri & Visapää, Jukka-Pekka & Halme, Jukka & Fabritius, Carola & Saaspuro, Mikko (2011): Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 65 (4), 238–243.

Aaltonen, Mikko (2013): Socioeconomic differences in crime and victimization. A register-based study. *Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia* 263.

Aaltonen, Mikko & Salmi, Venla & Danielsson, Petri (2014): Omaisuusrikokset. Teoksessa; *Rikollisuustilanne 2013. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia* 266, 111–142.

Alho, Hannu & Sinclair, David & Vuori, Erkki & Holopainen, Antti (2007): Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug & Alcohol Dependence* 88 (1), 75–78.

A-klinikkasäätiön vuosikertomukset 2001–2009. A-klinikkasäätiö. Helsinki.

Blonigen, Daniel (2009): Explaining the relationship between age and crime: Contributions from the developmental literature on personality. *Clinical Psychology Review* 30 (1), 89–100.

Blomster, Peter & Muiluvuori, Marja-Liisa (2011): Rikosseuraamusasiakkaiden määrä ja rakenne 1975–2010. Teoksessa Lavikkala, Raino & Linderborg, Henrik: *Rikosseuraamustyön kehittämisen kysymyksiä. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus. Acta Poenologica* 2/2011, 141–152.

EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013): Drug-related deaths and mortality (DRD). Saatavilla osoitteessa <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

Hakala, Sari (2014): Päihdenuoresta aikuiseksi: rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus alaikäisten päihteidenkäyttäjien elämäkulusta. *Psykologian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, Käyttäytymistieteellinen tiedekunta* 2014. Saatavilla osoitteessa www.a-klinikka.fi/tietopuu/tutkimustoiminta/2372

Hakkarainen, Pekka (1992): Suomalainen huumeekysymys. Huumausaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Helsinki: *Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja* n:o 42.

Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2003): Huumeiden käytön uusi sukupolvi. Yhteiskuntapolitiikka 68 (3), 244–256.

Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena & Salasuo, Mikko (2011): Hampuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeekyselyn tuloksia. Yhteiskuntapolitiikka 76 (4), 397–411.

Hartley, S & McArthur, M & Coenen, M & Cabello, M & Covelli, V & Roszczynska-Michta, J & Pitkänen, T & Bickenbach, J & Cieza, A (2014): Narratives Reflecting the Lived Experiences of People with Brain Disorders: Common Psychosocial Difficulties and Determinants. Plos One 9 (5): e96890, May 2014. Saatavilla osoitteessa <http://www.plosone.org/article/fetchObjectp.actionuri=info3Adoi2F10.13712Fjournal.pone0096890&representation=PDF>

Holmila, Marja & Bardy, Marjatta & Kouvonen, Petra (2008): Lapsuus päihdeperheessä ja kielteisen sosiaalisen perimän voittaminen. Yhteiskuntapolitiikka 73 (4), 421–432.

Hulkko, T. & Lyytikäinen, O. & Jaakkola, S. & Kuusi, M. & Puumala, J. & Ruutu, P. (eds) (2011): Infectious diseases in Finland 2010. Report/National Institute for Health and Welfare (THL) 39/2011.

Joukamaa, Matti (1991): Suomalaisten vankien terveys. Kansanterveystieteen julkaisuja M 107/91. Turku.

Joukamaa, Matti & työryhmä (2010): Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidon tarve. Perustulosraportti. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010.

Kainulainen, Heini (2003): Päihde- ja dopingrikokset. Teoksessa; Rikollisuustilanne 2002. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 209, 151–165.

Kainulainen, Heini (2009): Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 245.

Kainulainen, Heini (2011): Seuraamuskäytäntö huumausainerikoksissa. Teoksessa; Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 258, 385–397.

Karlsson, Thomas & Österberg, Esa (2012): Alkoholi ja väkivaltarikollisuus. Teoksessa; Heinonen, Jarmo (toim.): Kuin kala verkossa. Ihminen ja alkoholi. Tallinna: Prometheus kustannus Oy, 88–98.

Kaskela, Teemu & Pitkänen, Tuuli (2011): Differences between imprisoned and other patients in opioid substitution treatment (OST). Conference report of the 53rd Research Seminar of The Scandinavian Research Council for Criminology. Saatavilla osoitteessa <http://nsfk.org/Page/tapid/63/ctl/ArticleView/mid/383/articleId/433/NSfKS-53-Research-Seminar-Report.aspx>

Kekki, Tuula (2009): Taparikollisuus, huumeet ja rikoskierre. Poliisiammatti-korkeakoulun raportteja 80:2009.

Kinner, SA & Preen D & Kariminia A & Butler T & Andrews J & Stoové M & Law, M (2011): Counting the cost: Estimating of the number of deaths among recently released prisoners in Australia. *Medical Journal of Australia* 195 (2), 64–68.

Kinnunen, Aarne (2001): Huumausainerikoksiin syyllistyneiden rikosura ja sosioekonominen asema. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 182.

Kivivuori, Janne (2013): Rikollisuuden syyt. Toinen, uudistettu laitos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Nemo.

Kivivuori, Janne & Linderborg, Henrik (2009): Lyhytaikaisvanki. Tutkimus lyhytaikaisvankien elinoloista, elämänkulusta ja rikollisuudesta. *Rikosseuraamusviraston julkaisuja* 2/2009.

Knuuti, Ulla & Vogt-Airaksinen, Tiina (2010): Ohjelmatyö rikosseuraamusalalla. Helsinki: Rikosseuraamuslaitos.

Korte, Taimi & Pykäläinen, Jaana & Lillsunde, Pirjo & Seppälä, Timo (1996): Huumeita ja rauhoittavia lääkkeitä käytetään runsaasti vankiloissa. *Kansanterveys* 10/1996, 9–10.

Koski, L. (2009): Finland. Teoksessa; Eikeland, Ole-Johan & Manger, Telje & Asbjørnsen, Arve (eds): Education in Nordic Prisons. Prisoner's Educational Backgrounds, Preferences and Motivation. *TemaNord* 2009:508. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 67–97.

Kuussaari, Kristiina & Ruuth, Paula (2008): Päihdehuollon huumeasiakkaat 2007. Helsinki: Stakes. Saatavilla osoitteessa http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt21_08.pdf

Kääriäinen, Juha (1994): Seikkailijasta pummiksi. Tutkimus rikosurasta ja sosiaalisesta kontrollista. Helsinki: Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisuja 1/1994.

Lappi-Seppälä, Tapio & Niemi, Hannu (2011): Kontrolliviranomaisten toiminta. Teoksessa; Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 258, 285–370.

Lehti, Martti (2012): Henkirikoskatsaus 2011. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, verkkokatsauksia 23/2012.

Lehti, Martti & Kivivuori, Janne (2011): Henkirikokset. Teoksessa; Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 258, 15–52.

Levola, Jonna & Aalto, Mauri & Holopainen, Antti & Cieza, Alarcos & Pitkänen, Tuuli (2014): Health-related quality of life in alcohol dependence: A systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nordic Journal of Psychiatry* 68 (6), 369–384.

Levola, Jonna & Holopainen, Antti & Kaskela, Teemu & Sabariego, Carla & Tourunen, Jouni & Cieza, Alarcos & Pitkänen, Tuuli (2014): Psychosocial difficulties in alcohol dependence: a systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation* 36 (15), 1227–1239.

Levola, Jonna & Pitkänen, Tuuli & Tourunen, Jouni & Holmberg, Nils & Holopainen, Antti (2012): Opioidiriippuvaisen persoonallisuushäiriö – katsaus diagnostiikan ja hoidon haasteisiin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49 (4), 342–349.

Levola, Jonna & Holopainen, Antti & Pitkänen, Tuuli (2012). Korvaushoitopotilaiden psykiatrinen sairastavuus ja koettu psyykinen terveys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49 (4), 350–356.

Lintonen, Tomi & Vartiainen, Heikki & Aarnio, Jorma & Hakamäki, Sirpa & Viitanen, Päivi & Wuolijoki, Terhi & Joukamaa, Matti (2011): Drug use among prisoners: by any definition, it's a big problem. *Substance Use & Misuse* 46 (4), 440–51.

Metso, Leena & Winter, Torsten & Hakkarainen, Pekka (2012): Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) raportti 17/2012.

Mohell, Ulla & Pajuoja, Jussi (2006): Vankeuspaketti. Vankeinhoidon kokonaisuudistus käytännössä. Tallinna: Tietosanoma.

Mustonen, Heli & Simpura, Jussi (2006): Alcohol use. Teoksessa; Koskinen, Seppo & Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Teperi, Juha (eds): Health in Finland. National Public Health Institute (KTL), National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) & Ministry of Social Affairs and Health, 42–44.

Myrskylä, Mikko (2010): Elämme toistakymmentä vuotta elinajanodotetta pidempään. Tilastokeskuksen Tieto & Trendit-lehti 1/2010 Saatavilla osoitteessa http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-02-18_001.html?s=0

Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Huhtanen, Petri (2009): Suomalaisten alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (3), 268–289.

Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (2010): Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveystieteiden tutkimuslaitos (THL). Helsinki: Yliopistopaino.

Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena (2008): Päihdeasiakkaat entistä vanhempia: Yhä useampi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslaitos (THL). Helsinki: Yliopistopaino.

Näkki, Pirjo (2006): Vankien velkaantuminen ja yhteiskuntaan integroituminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:38. Helsinki: Yliopistopaino.

Obstbaum, Yaira & Lintonen, Tomi & Aarnio, Jorma & von Gruenewaldt, Virpi & Vartiainen, Heikki & Mattila, Aino & Hakamäki, Sirpa & Viitanen, Päivi & Wuolijoki, Terhi & Joukamaa, Matti (2011): Päihdehoidon laitosten muotoisen kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä 1985–2006. Yhteiskuntapolitiikka 76 (1), 30–44.

Obstbaum, Yaira & Tyni, Sasu & Ryytänen, Hanna (2009): Use of intoxicants and hard drugs among Finnish prisoners - what can be said based on prison registers? Paper to NVCs seminar Hard drug use in the Nordic countries - what does it look like? Thematic meeting March 19-20.2009 in Helsinki.

O'Donnell, A (2014): A mixed-methods investigation of the extent to which routinely collected information can help evaluate the implementation of screening and brief alcohol interventions in primary health care. Doctoral thesis, Institute of Health and Society, Faculty of Medical Sciences Newcastle University, February 2014. Saatavilla osoitteessa <https://theses.ncl.ac.uk/dspace/bitstream/10443/2463/1/ODonnell,%20A.J.%2014.pdf>

Von der Pahlen, Bettina & Eriksson, Peter (2003): Alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen. *Duodecim* 119 (24), 2488–2493.

Partanen, Juha & Metso, Leena (1999): Suomen toinen huumeaalto. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (2), 143–149.

Partanen, Päivi & Hakkarainen, Pekka & Hankilanoja, Arto & Kuussaari, Kristiina & Rönkä, Sanna & Salminen, Mika & Seppälä, Timo & Virtanen, Ari (2007): Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 553–561.

Perälä, Jussi (2011): "Miksi lehmät pitää tappaa?" Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus* 56.

Perälä, Marja-Leena & Kanste, Outi & Halme, Nina & Pitkänen, Tuuli & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi & Nykänen, Sirpa (2014): Vanhempi päihdepalveluissa – tuki, osallisuus ja yhteistoiminta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti* 21/2014.

Pitkänen, Tuuli (2006): Alcohol drinking behavior and it's developmental antecedents. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 293. University of Jyväskylä.

Pitkänen, Tuuli (2009): Hoito- ja rekisteritietojen käyttö päihdetutkimuksessa. Teoksessa; Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.): *Irti päihdeongelmista: Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä*. Porvoo: Edita, 172–194.

Pitkänen, Tuuli & Kaskela, Teemu (2012): Mothers in the margin. Paper presented at the 54. Research seminar by Scandinavian Research Council on Criminology (Nordisk Samarbeidsråd for Kriminologi, NSfK), Selfoss, Iceland 6–9.5.2012. Conference report of the 54th Research Seminar of The Scandinavian Research Council for Criminology, pp. 217–228. Saatavilla osoitteessa <http://nsfk.org/Portals/0/Archive/NSfKs%2054.%20forskerseminar.pdf>

Pitkänen, Tuuli & Kaskela, Teemu & Halme, Nina & Perälä, Marja-Leena (2014): Päihdehoidossa olevien vanhempien huolet ja tuen tarpeet sekä kokemukset palveluista. Teoksessa; Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.): *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 274–285.

Pitkänen, Tuuli & Kaskela, Teemu & Tourunen, Jouni & Levola, Jonna & Holopainen, Antti (2014): Toimintakykyä kartoittava Paradise24fin-lomake: Tausta ja käyttöohjeet. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 61. Saatavilla osoitteesta <http://a-klinikka.fi/julkaisut/4/2173>

Pitkänen Tuuli & Kaskela Teemu & Tourunen Jouni: Päihdehoidon asiakaskunta ja kuolleisuus – rekisteritutkimus vuosilta 1990–2010. Julkaisematon käsikirjoitus.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2006: Alkoholi ja huumeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2007.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. Alkoholi ja huumeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2012.

Rikosseuraamuslaitos (2014): Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2013. Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja -sarja.

Rikosseuraamuslaitos (2015): Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2014. Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja -sarja.

Rikosseuraamusalan vuosikertomus 2009. Helsinki: Rikosseuraamuslaitos.

Salasuo, Mikko (2004): Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. Helsinki: Stakes, tutkimuksia 149.

Salasuo, Mikko & Vuori, Erkki & Piispa, Mikko & Hakkarainen, Pekka (2009): Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista. THL:n raportti 43/2009; Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 99; Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos.

Simojoki, Kaarlo & Vormaa, Helena & Alho, Hannu (2008): A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone).

Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2008, 3:16.

Simojoki, Kaarlo (2013). Improving maintenance treatment of opiate addiction: Clinical aspects. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Saatavilla osoitteessa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-8666-3>

Siren, Reino (2011): Rikollisuuden rakenne ja kehitys. Teoksessa; Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 258, 9–14.

Steffensmeier, D & Allan, E (1996): Gender and Crime: Toward a Gendered Theory of Female Offending. *Annual Review of Sociology* 22: 459–487.

Sotkanet – Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla osoitteessa <http://www.sotkanet.fi/>.

Tammi, Tuukka (2007): Medicalising Prohibition. Harm Reduction in Finnish and International Drug Policy. National Research and Development Center for Welfare and Health. Research Report 161. Vaajakoski.

Tanhua, Hannele & Virtanen, Ari & Knuuti, Ulla & Leppo, Anna & Kotovirta, Eлина (2011): Huumetilanne Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 62/2011.

Tikkanen, Roope (2009): Predictors of violent reconvictions and mortality among impulsive alcoholic violent offenders: A prospective study. Academic dissertation. Department of Psychiatry, University of Helsinki. Helsinki. Saatavilla osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22764/predicto.pdf?sequence=1>

Tourunen, Jouni (2000): Epäilyksen polttopisteessä. Tutkimus päihdekuntoutusosastosta vankilassa. Helsinki. *Stakes, Tutkimuksia* 112.

Tourunen, Jouni & Pitkänen, Tuuli & Harju-Koskelin, Outi & Häkkinen, Anitta & Holopainen, Antti (2009): Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (4), 421–428.

Tourunen, Jouni & Pitkänen, Tuuli (2010). Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa; Laine, Terhi & Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.): Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveystalalla. Tammi, 147–168.

Tourunen, Jouni & Weckroth, Antti & Kaskela, Teemu (2012): Prison-based drug treatment in Finland: History, shifts in policy making and current situation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs (NAD)* 29 (6), 575–588.

Tyni, Sasu (2015): Vankeinhoidon vaikuttavuus. Onko kuntoutukselle tilastollisia perusteita? *Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja* 1/2015.

Vankeinhoitolaitoksen päihdestrategia 1999. I osa. Toimintaohje vuosille 1999–2001. Oikeusministeriön vankeinhoito-osaston ohje 27.1.1999. Helsinki.

Viitanen, Päivi (2013): The Health, Work Ability and Healthcare Needs of Finnish Female Prisoners. Doctoral Dissertation. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

World Health Organization. (2011): Global Status Report on Alcohol and Health 2011. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organisation, Geneva.

Vorma, Helena & Sokero, Petteri & Turtiainen, Saija & Katila Heikki (2005): Opioidikorvaushoito tehoaa. Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000-2002. Suomen Lääkärilehti 60 (9), 1013–1016.

Vorma, Helena & Sokero, Petteri & Turtiainen, Saija & Katila, Heikki (2009): Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. Suomen Lääkärilehti 64 (20), 1853–1857.

Vorma, H & Sokero, P & Aaltonen, M & Turtiainen, S & Hughes, LA & Savolainen, J (2013): Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: Evidence from a community study. Addictive Behaviors 38 (7), 2313–2316.

Vuori, Erkki & Ojanperä, Ilkka & Launiainen, Terhi & Nokua, Jari & Ojansivu, Riitta-Leena (2012): Myrkytyskuolemien määrä on kääntynyt laskuun. Suomen Lääkärilehti 67 (22), 1735–1741.

Väänänen, Tuula (2011): Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 24/2011.



Tilaukset:

RIKOSSEURAAMUSLAITOS / Viestintä

Puh. 029 56 88500

Fax 029 56 65440

viestinta.rise@om.fi

ISBN 978-951-53-3638-5 (nid.)

ISBN 978-951-53-3639-2 (PDF)

ISSN 1798-9213 (painettu)

ISSN 2342-4834 (verkkojulkaisu)