

Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset

Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa

Heli Siltala, Tomomi Hisasue, Johanna Hietämäki, Juhani Saari,
Taina Laajasalo, Martta October, Hanna-Leena Laitinen, Jani Raitanen

VALTIONEUVOSTON SELVITYS- JA
TUTKIMUSTOIMINNAN JULKAISUSARJA 2022:52

tietokayttoon.fi

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:52

Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset

Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa

Heli Siltala, Tomomi Hisasue, Johanna Hietämäki, Juhani Saari,
Taina Laajasalo, Martta October, Hanna-Leena Laitinen, Jani Raitanen

Valtioneuvoston kanslia Helsinki 2022

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Julkaisumyynti

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston
verkkokirjakauppa**

Statsrådets
nätbokhandel

vnjulkaisumyynti.fi

Valtioneuvoston kanslia

This publication is copyrighted. You may download, display and print it for Your own personal use. Commercial use is prohibited.

ISBN pdf: 978-952-383-385-2

ISSN pdf: 2342-6799

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2022

Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:52

Julkaisija Valtioneuvoston kanslia

Tekijä/t Heli Siltala, Tomomi Hisasue, Johanna Hietämäki, Juhani Saari, Taina Laajasalo, Martta October, Hanna-Leena Laitinen, Jani Raitanen

Yhteisötekijä Terveystieteiden tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto, Tilastokeskus

Kieli suomi

Sivumäärä

122

Tiivistelmä

Tutkimushankkeessa selvitettiin lähisuhdeväkivallan vaikutuksia terveys-, sosiaali-, ja oikeuspalveluiden käyttöön sekä kustannuksiin.

Tutkimuksessa kerättiin tietoa perus- ja erikoissairaanhoidon, turvakotien, poliisin ja Kelan rekistereistä sekä Gender Based Violence -väestökyselystä. Rekisteritutkimuksessa tunnistettiin vuosina 2015–2020 yhteensä 33 000 lähisuhdeväkivallan uhrina ja heille muodostettiin viisi kertaa suurempi vertailuryhmä. Väestötutkimukseen vastasi 2021–2022 yli 7 700 henkilöä.

Lähisuhdeväkivallan aiheuttama terveydenhuoltopalveluiden lisäkustannus oli 1 024 €/hlö vuosittain verrattuna muuhun väestöön. Lisäkustannuksia kertyi 6 vuoden seurannan ajan.

Viiden vuoden aikana naisten kokeman fyysisen parisuhdeväkivallan aiheuttamat suorat terveydenhuollon lisäkustannukset ovat 150 miljoonaa euroa vuodessa (väestötutkimuksen perusteella 146 000 naista fyysisen parisuhdeväkivallan uhrina).

Väestötutkimuksen mukaan 16–74-vuotiaista suomalaisista parisuhdeväkivaltaa oli kokenut 44 % ja lapsuusajan lähisuhdeväkivaltaa 65 %. Naisista 48 % ja miehistä 39 % oli kokenut parisuhdeväkivaltaa. Parisuhdeväkivaltaa kokeneilla kustannukset olivat sosiaalipalveluissa 60–90 % ja oikeuspalveluissa (ml. poliisi) 70 % korkeammat verrattuna ei parisuhdeväkivaltaa kokeneisiin. Lapsuudessa koettu väkivalta näkyi puolestaan 50 % korkeampina sosiaali- ja oikeuspalveluiden kustannuksina aikuisuudessa.

Julkaisu on läpikäynyt ulkopuolisen tieteellisen arvioinnin.

Klausuuli

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa. (tietokayttoon.fi) Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

Asiasanat

tutkimus, tutkimustoiminta, lähisuhdeväkivalta, väkivalta, terveyspalvelut, sosiaalipalvelut, oikeudelliset palvelut, poliisi, kustannukset

ISBN PDF 978-952-383-385-2

ISSN PDF

2342-6799

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-385-2>

Användning av tjänster och kostnader till följd av våld i nära relationer Inom hälso-, social- och rättstjänster

Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2022:52

Utgivare Statsrådets kansli

Författare Heli Siltala, Tomomi Hisasue, Johanna Hietamäki, Juhani Saari, Taina Laajasalo, Martta October, Hanna-Leena Laitinen, Jani Raitanen

Utarbetad av Institutet för hälsa och välfärd, Jyväskylä universitet, Statistikcentralen

Språk finska

Sidantal

122

Referat

I forskningsprojektet utredes hur våld i nära relationer påverkar användningen av hälso-, social- och rättstjänster samt kostnaderna.

I undersökningen samlades uppgifter från register inom primärvården, den specialiserade sjukvården, skyddshem, polisen och Gender Based Violence befolkningsenkäten. I registerundersökningen identifierades sammanlagt 33 000 offer för våld i nära relationer under åren 2015–2020 och för dessa bildades en fem gånger större kontrollgrupp. Över 7 700 personer svarade på befolkningsundersökningen 2021–2022.

Tilläggskostnaden för hälso- och sjukvårdstjänster till följd av våld i nära relationer var 1 024 €/person per år jämfört med den övriga befolkningen. Under fem år uppgår de direkta tilläggskostnaderna för fysiskt våld i parrelationer som kvinnor upplever till 150 miljoner euro per år (146 000 kvinnor).

Enligt befolkningsundersökningen hade 44 % av finländarna i åldern 16–74 år upplevt våld i parrelationer och 65 % våld i nära relationer under barndomen. 48 % av kvinnorna och 39 % av männen hade upplevt våld i parrelationer. Kostnaderna för personer som upplevt våld i parrelationer var 60–90 % högre inom socialservicen och 70 % högre inom rättstjänsterna (inkl. polisen) jämfört med personer som inte hade upplevt våld i parrelationer. Våld som hade upplevts i barndomen syntes däremot som 50 % högre kostnader för social- och rättstjänster i vuxen ålder.

Publikationen har genomgått en extern vetenskaplig utvärdering.

Klausul Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan. (tietokayttoon.fi) De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt

Nyckelord forskning, forskningsverksamhet, våld i nära relationer, våld, hälsovårdstjänster, socialtjänster, juridiska tjänster, polisen, kostnader

ISBN PDF 978-952-383-385-2

ISSN PDF

2342-6799

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-385-2>

Domestic violence-related use of services and the resulting costs in health, social and legal services

Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 2022:52

Publisher	Prime Minister's Office		
Author(s)	Heli Siltala, Tomomi Hisasue, Johanna Hietämäki, Juhani Saari, Taina Laajasalo, Martta October, Hanna-Leena Laitinen, Jani Raitanen		
Group author	Finnish Institute for Health and Welfare, University of Jyväskylä, Statistics Finland		
Language	Finnish	Pages	122

Abstract

The research project examined the impacts of domestic violence on the use of health, social and legal services and the resulting costs.

In the study, data was collected from the registers of primary healthcare and specialist medical care, shelters, the police and the Kela, and from the Gender-Based Violence population survey. For the period 2015–2020, a total of 33,000 victims of domestic violence were identified in the registers and a control group was formed, which was five times larger. More than 7,700 people responded to the population survey.

The additional cost in healthcare services as a result of domestic violence was EUR 1,024 per person annually compared to the rest of the population. Over a period of five years, the direct additional healthcare costs caused by physical intimate partner violence (IPV) experienced by women totalled EUR 150 million per year (146,000 women).

According to the population survey, 44% of Finns aged 16–74 had experienced IPV, and 65% had experienced domestic violence in their childhood. IPV had been experienced by 48% of women and 39% of men. Among those who had experienced IPV, the costs in social services were 60–90% higher and in legal services (incl. the police), 70% higher than among those who had not experienced IPV. Domestic violence experienced in childhood was visible in adulthood as social and legal services costs that were 50% higher.

This publication has undergone an external scientific review.

Provision This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research. (tietokayttoon.fi) The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.

Keywords research, research activities, domestic violence, violence, health services, social services, legal services, police, costs

ISBN PDF	978-952-383-385-2	ISSN PDF	2342-6799
-----------------	-------------------	-----------------	-----------

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-385-2>

Sisältö

ESIPUHE	8
1 Johdanto	9
1.1 Tavoite.....	9
1.2 Lähisuhdeväkivalta yhteiskunnallisena ongelmana.....	9
1.3 Lähisuhdeväkivaltaan liittyvä palveluiden käyttö ja kustannukset	10
2 Käsitteet ja aikaisempi tutkimus	12
2.1 Lähisuhdeväkivallan määritelmä.....	12
2.2 Lähisuhdeväkivallan yleisyys Suomessa	13
2.3 Väkivallan haittavaikutukset	15
2.4 Aiempi tutkimustieto lähisuhdeväkivallan kustannuksista Suomessa	17
2.5 Aikaisempi tutkimus lähisuhdeväkivallan kustannuksista kansainvälisesti	18
2.6 Väkivallan kustannusten arvioinnin haasteet.....	19
3 Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalvelut lähisuhdeväkivaltaa kokeville	21
3.1 Sosiaali- ja terveyspalvelut lähisuhdeväkivallan uhreille.....	22
3.2 Oikeuspalvelut ja uhrien ohjaaminen tukipalveluihin	24
3.3 Palvelujen koordinaation nykytila ja siihen liittyvä ohjeistus.....	26
4 Tutkimuksen toteutus	28
4.1 Tutkimuksen tavoitteet.....	28
4.2 Aineistot: Rekisteritutkimus	29
4.2.1 Tutkimusjoukko 1 (terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekisterit).....	30
4.2.2 Tutkimusjoukko 2 (poliisin asiakasrekisteri).....	32
4.3 Aineistot: Väestötutkimus	33
4.4 Mittarit: Rekisteritutkimus	39
4.4.1 Väkivalta terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekistereissä (laaja määritelmä).....	39
4.4.2 Lähisuhdeväkivalta terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekistereissä (suppea määritelmä)	41
4.4.3 Väkivallan määritelmä poliisin rekisterissä	42
4.4.4 Vertailuryhmä	43
4.4.5 Terveyspalveluiden käyttö ja niiden kustannukset	43
4.5 Mittarit: Väestötutkimus	44
4.5.1 Lähisuhdeväkivalta.....	44
4.5.2 Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden käyttö	49
4.5.3 Palveluiden kustannukset.....	50
4.5.4 Palveluiden kysyntä.....	51
4.5.4.1 Terveyspalvelujen kustannusten mallintaminen	53
4.5.4.2 Sosiaalipalvelujen kustannusten mallintaminen	53
4.5.4.3 Oikeuspalvelujen kustannusten mallintaminen	54

4.6	Analyysimetodit: Rekisteritutkimus.....	54
4.7	Analyysimetodit: Väestötutkimus.....	55
4.7.1	Kuvailevat ja vertailevat tiedot.....	55
4.7.2	Kustannusten mallintaminen.....	55
4.8	Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset.....	57
5	Tulokset	60
5.1	Lähisuhdeväkivallan kustannukset – Rekisteritutkimus.....	60
5.1.1	Kuvailevat tiedot.....	60
5.1.2	Terveyspalveluiden käyttö ja -kustannukset.....	62
5.2	Lähisuhdeväkivallan kustannukset – Väestötutkimus.....	72
5.2.1	Kuvailevat tiedot.....	72
5.2.1.1	Naisten ja miesten kokema lähisuhdeväkivalta.....	72
5.2.1.2	Lasten kokema lähisuhdeväkivalta.....	74
5.2.2	Palveluiden käyttö.....	75
5.2.2.1	Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluiden käyttö viimeisen 12 kk aikana.....	75
5.2.2.2	Palveluiden kustannukset.....	76
5.2.2.3	Avun hakeminen ja tyytyväisyys palveluihin.....	78
5.2.3	Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat kustannukset (regressiomallinnus).....	79
6	Yhteenveto ja suositukset	83
6.1	Yhteenveto ja johtopäätökset.....	83
6.2	Suositukset.....	87
	Lähteet	100
	Liitteet	109
Liite 1.	Kuvio rekisteritutkimuksen otoksesta: Hilmo, AvoHilmo ja turvakodit.....	109
Liite 2.	Hilmo- ja AvoHilmo-rekisterit.....	110
Liite 3.	ICD-koodit rekisteritutkimuksessa.....	111
Liite 4.	Poliisirekisterin rikosnimikkeet.....	113
Liite 5.	Terveystuhoon kustannusten lähteet rekisteritutkimuksessa.....	114
Liite 6.	Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden kustannukset väestötutkimuksessa euroina yhtä palvelukäyntiä tai hoitovuorokautta kohden (vuoden 2020 rahan arvoon suhteutettuna).....	115
Liite 7.	Lyhyt kuvaus Cost-of-illness (COI) -analyysien lähestymistavoista.....	117
Liite 8.	Väkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset rekisteritutkimuksessa, Tutkimusjoukko 1, laaja määritelmä (terveydenhuolto, turvakodit).....	118
Liite 9.	Väkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset rekisteritutkimuksessa, Tutkimusjoukko 2 (poliisi).....	120
Liite 10.	Marginaalikeskiarvoista.....	122

ESIPUHE

Tutkimus lähisuhdeväkivallasta aiheutuvasta palvelujen käytöstä ja kustannuksista on rahoitettu valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnalla. Raportti on osa Euroopan neuvoston naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemisestä ja torjumisesta tehdyn sopimuksen (ns. Istanbulin sopimus) toimeenpanosuunnitelman toteuttamista Suomessa. Hankkeen tuloksia hyödynnetään Hallitusohjelman strategisen toimenpidekokonaisuuden ”Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos” toteuttamisessa siten, että hankkeella selvitetään sosiaali- ja terveystalouden resurssien suuntaamista sekä palveluiden kehittämistarpeiden arviointia ja suunnittelua.

Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset -tutkimushankkeeseen (LAKU) osallistuivat Johanna Hietämäki, Tomomi Hisasue, Taina Laajasalo, Martta October, Hanna-Leena Lahtinen, Taina Riski ja Visa Martikainen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta, Heli Siltala Jyväskylän yliopistosta, Juhani Saari, Henna Attila ja Marjut Pietiläinen Tilastokeskuksesta, Jani Raitanen Tampereen yliopistosta.

Tutkimushankkeen toteuttamisen nopealla aikataululla mahdollisti kaikkien hankkeeseen osallistuneiden saumaton yhteistyö. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvien kustannusten tutkiminen on kiinnostava ja haasteellinen tehtävä. Eri aineistot mahdollistivat kokonaiskuvan muodostamisen. Tuloksena on kattava, monipuolinen ja asiantunteva raportti, joka on tarkoitettu päätöksentekijöille, asiantuntijoille, tutkijoille ja kaikille aiheesta kiinnostuneille.

Tutkimushankkeen ohjausryhmän muodostivat neuvotteleva virkamies Pirjo Lillsunde (STM) ohjausryhmän puheenjohtaja, neuvottelevat virkamiehet Ilpo Airio (STM), Päivi Yli-Pietilä (STM) ja Minna Piispa (OM), erityisasiantuntija Minna Viuhko (STM), ja poliisitarkastaja Kimmo Halme (SM). Lämpimät kiitokset ohjausryhmälle erittäin hyvästä yhteistyöstä, keskusteluista ja raportin kommentoinnista.

Johanna Hietämäki, hankkeen johtaja
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Kesäkuu 2022

1 Johdanto

1.1 Tavoite

Tässä tutkimushankkeessa selvitetään lähisuhdeväkivallasta aiheutuvaa palveluiden käyttöä ja kustannuksia terveys-, sosiaali- ja oikeudellisten palveluiden osalta. Tarkastelu kohdistuu sekä naisten että miesten kokeman lähisuhdeväkivallan aiheuttamiin kustannuksiin. Lisäksi huomioidaan lapsuudessa koetun väkivallan kustannuksia.

Tutkimushankkeen taustalla on Euroopan neuvoston naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemisestä ja torjumisesta tehdyn sopimuksen (SopS 53/2015, ns. Istanbulin sopimus) kansallinen toimeenpano. Istanbulin sopimuksen täytäntöönpanemiseksi Suomi on sitoutunut kokoamaan tietoa ja tekemään tutkimusta muun muassa väkivallan esiintymisestä, syistä, seurauksista, kehityssuunnista ja toimien tehokkuudesta (Istanbulin sopimus, 11 artikla). Naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan torjunnan toimikunta (NAPE) on laatinut Istanbulin sopimuksen kansallisesta toimeenpanosta suunnitelmat vuosille 2018–2021 (STM, 2017) ja vuosille 2022–2025 (STM 2022). Vuosia 2018–2021 koskeneeseen toimeenpanosuunnitelmaan sisältyi toimenpide lähisuhdeväkivallan kustannuksia koskevan arvion toteuttamiseksi (VnTeas 2021), mihin tällä tutkimushankkeella pyritään vastaamaan.

Valtioneuvoston tutkimusrahoituksen hakuilmoituksessa tuotiin Istanbulin sopimuksen toimeenpanoon liittyvien tavoitteiden lisäksi esille, että lähisuhdeväkivallan aiheuttamista kustannuksista tarvitaan lisätietoa (VnTeas, 2021). Kustannustiedot auttaisivat arvioimaan erityisesti ennaltaehkäisevien palvelujen ja uhrien auttamiseen tarkoitettujen palvelujen kehittämistarpeita sekä näihin palveluihin tarvittavan rahoituksen suuruutta. Tarve tutkimustiedolle on merkittävä myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen kannalta.

1.2 Lähisuhdeväkivalta yhteiskunnallisena ongelmana

Lähisuhdeväkivalta on merkittävä yhteiskunnallinen ongelma, josta aiheutuu huomattavaa inhimillistä kärsimystä, vakavia fyysisiä sairauksia ja mielenterveysongelmia (Miller & McCaw, 2019; Stubbs ym., 2021). Yksittäisen ihmisen ja perheen kohdalla lähisuhdeväkivallan hintana on turvattomuutta, pelkoa, kärsimystä, unettomuutta, itsetunnon ja toimintakyvyn menetystä, vaikeuksia luottaa toisiin ihmisiin, mielenterveyden ongelmia, fyysisiä vammoja, sairauksia sekä kyvyttömyyttä tehdä töitä ja opiskella (Dheensa ym.,

2022; Hing ym., 2021; Krug ym., 2002). Lähisuhdeväkivalta vaikuttaa väkivallan kohteeksi suoraan joutuneen henkilön lisäksi väkivaltaa todistaviin läheisiin, kuten perheessä asuviin lapsiin. (ks. Luku 2.3.)

Väkivallan tiedetään haittaavan lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä monimuotoisesti ja pitkäkestoisesti, mikä näkyy muun muassa erilaisina psykiatrisina oireina, akateemisen suoriutumisen vaikeuksina, käytöshäiriöinä, rikollisuutena sekä ihmissuhdeongelmina (Kitzmann ym., 2003; Holt ym., 2008). Koska aikuisten välistä väkivaltaa ja lapsen kohdistuvaa väkivaltaa esiintyy varsin usein samoissa perheissä, lisää väkivaltakokemusten eri muotojen kasautuminen samoilta lapsille lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia haittavaikutuksia (Brown ym., 2021; Chan ym., 2021). Myös väkivallan ylisukupolvisen siirtymisen riski on kohonnut, mikä osaltaan lisää lähisuhdeväkivallan pitkäaikaiskustannuksia.

1.3 Lähisuhdeväkivaltaan liittyvä palveluiden käyttö ja kustannukset

Lähisuhdeväkivalta ja sen aikaansaamat haittavaikutukset aiheuttavat monien sosiaali-, terveys- ja oikeudellisten palveluiden käyttämistä (Ben-Porat, 2020; Dias ym., 2020; Kruse ym., 2011; Notko ym., 2022; Patterson ym., 2019; Ogbe ym., 2020; Rivara ym., 2007; Ulrich ym., 2003). Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvien haittojen vuoksi yksittäiset henkilöt ja perheet voivat tarvita monia eri tukipalveluja vuosien ajan. Lähisuhdeväkivaltaa kokevista vain pieni osa hakee apua väkivaltaan. Lisäksi lähisuhdeväkivalta tulee esille vain osalla heistä, jotka hakevat siihen apua. Suomalaisessa tutkimuksessa tulee esille, että parisuhdeväkivaltaa joskus kokeneista vajaa kolmasosa oli hakenut apua palveluista (Kääriäinen, 2006). Perheväkivaltaa kokeneista nuorista vain joka kymmenes (11 %) oli kertonut väkivallasta jollekin luotetulle aikuiselle (Ikonen ym., 2018). Lähisuhdeväkivaltaan apua hakenneista jopa 20–45 % on raportoinut olleensa tyytymätön saamaansa palveluun (Kääriäinen, 2006). Kouluterveyskyselyn mukaan perheväkivaltaa kokeneista nuorista puolestaan 24–26 % koki jääneensä ilman apua koulussa ja 22–25 % koulun ulkopuolisista palveluista (Ikonen ym. 2018). Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluissa työskentelevät ammattilaiset eivät useinkaan tiedä asiakkaidensa avun tarpeen taustalla olevasta lähisuhdeväkivallasta ja monet apua hakeneista ovat olleet tyytymättömiä tai kokeneet jääneensä ilma apua (Husso ym., 2021; Ikonen ym., 2018; Kääriäinen, 2006).

Toisaalta lähisuhdeväkivalta voi myös olla yhteydessä vähäisempään palveluiden käyttöön; esimerkiksi parisuhdeväkivaltaa kokeneiden raskaana olevien naisten on havaittu käyttävän vähemmän äitiyshuollon palveluita verrattuna naisiin, jotka eivät olleet kokeneet parisuhdeväkivaltaa (Musa ym., 2019). Myös muissa tutkimuksissa on havaittu, että

lähisuhdeväkivallan uhrit eivät välttämättä pysty käyttämään kaikkia tarvitsemiaan terveydenhuollon palveluita (Ferranti ym., 2018; McCloskey ym., 2007).

Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden järjestäminen vaatii Suomen valtiolta mittavia taloudellisia resursseja. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuu tavallista suurempaa palveluiden tarvetta verrattuna ei lähisuhdeväkivaltaa kokeneisiin. Tämä heijastuu myös näiden palveluiden yhteiskunnallisiin kustannuksiin. Aikaisemman tutkimuksen pohjalta tiedetään, että lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat kustannukset ovat merkittäviä sekä väkivaltaa kokevilla lapsilla että aikuisilla (ks. Luvut 2.4–2.5). Suomessa on aiemmin tutkittu lähisuhdeväkivallan kustannuksia käyttäen monia eri tietolähteitä (Piispa & Heiskanen, 2000) ja yhdessä kaupungissa kerättyjen tietojen pohjalta (Heiskanen & Piispa, 2002). Näistä tutkimuksista on kuitenkin yli 20 vuotta aikaa ja koko maan kattavaa aineistoa ei ole käytetty aikaisemmissa lähisuhdeväkivallan kustannuksia kartoittavissa tutkimuksissa.

Tämä tutkimus pyrkii kartoittamaan lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia mahdollisimman kattavasti keräämällä aineistoa sekä rekisteriaineistolla että väestöpohjaisella kyselyllä. Tällä tavoin tavoitteena on toisaalta hyödyntää laadukkaita rekisteriaineistoja koskien palveluiden käyttöä, mutta toisaalta päästä arvioimaan myös tunnistamatta jäävän lähisuhdeväkivallan kustannuksia.

2 Käsitteet ja aikaisempi tutkimus

2.1 Lähisuhdeväkivallan määritelmä

Tässä tutkimuksessa lähisuhdeväkivallalla tarkoitetaan THL:n (Bildjuchkin ym., 2020) ja Maailman terveysjärjestö WHO:n (2002) määritelmien mukaisesti vallan, kontrollin tai fyysisen voiman tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista siten, että tämä kohdistuu toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään ja että tämä johtaa tai voi johtaa fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen, perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen tai kuolemaan. Väkivallalle altistumisella puolestaan tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilö tai henkilöryhmä joutuu elämään väkivaltaisessa ympäristössä tai kokemaan lähisuhteissaan väkivallan pelkoa tai seurauksia.

Lähisuhdeväkivallassa tekijä kohdistaa väkivallan itselleen läheiseen henkilöön, kuten nykyiseen tai entiseen puolisoon, lapseen, seurustelukumppaniin, sisarukseen tai muuhun perheenjäseneseen. Lähisuhdeväkivalta voi olla fyysistä, henkistä (ml. vaino), seksuaalista, taloudellista, digitaalista, välineellistä, kemiallista ja laiminlyöntiä, sekä olla sidoksissa kulttuuriin, kuten uskontoon tai kunniaan liittyvää väkivaltaa (Bildjuchkin ym., 2020; Mullen ym., 2000). Lähisuhdeväkivallalle ei kuitenkaan ole olemassa yhtä yksiselitteistä määritelmää ja eri tutkimuksissa lähisuhdeväkivalta onkin määritelty eri tavoin. Tässä tutkimuksessa ensimmäinen osatutkimus kohdistuu terveydenhuollon, turvakotien ja poliisin palveluissa tunnistettuun ja asiakasrekistereihin kirjattuun lähisuhdeväkivaltaan, jolloin väkivalta voi sisältää monia eri muotoja. Toisessa osatutkimuksessa tutkitaan väestötutkimuksen kautta fyysisen lähisuhdeväkivallan ja uhkailun, seksuaalisen lähisuhdeväkivallan, henkisen lähisuhdeväkivallan sekä (ex-)kumppanin tekemän vainon esiintyvyyttä ja yhteyttä palveluiden käyttöön.

Aikuisten osalta sekä suomalaiset että kansainväliset tutkimukset ovat keskittyneet kartoittamaan fyysisen ja seksuaalisen parisuhdeväkivallan yleisyyttä ja vaikutuksia. Lasten osalta tutkimukset ovat puolestaan keskittyneet vanhempien tekemään fyysiseen väkivaltaan. Viime vuosikymmeninä kuitenkin myös erilaiset henkisen kaltoinkohtelun tai kontrolloinnin muodot ovat nousseet paremmin keskiöön. Lasten osalta olisi tärkeää muistaa, että myös vanhempien välisen väkivallan todistaminen on lapsille erittäin haitallista, vaikka väkivalta ei kohdistuisikaan suoraan lapseen itseensä (Kimball, 2016).

2.2 Lähisuhdeväkivallan yleisyys Suomessa

Vuosina 1997, 2005 ja 2010 toteutetut kansalliset väkivaltakokemuksia koskevat väestötutkimukset osoittavat, että lähisuhdeväkivalta on erittäin yleinen ongelma Suomessa (Heiskanen & Ruuskanen, 2010; Piispa, 2006). Väestötutkimukset osoittavat, että miehet ja naiset kokevat fyysistä väkivaltaa kokonaisuudessaan yhtä paljon. Miehet kuitenkin joutuvat naisia useammin tuntemattomien tekemän väkivallan ja uhkausten kohteeksi, kun taas naiset kokevat huomattavasti useammin seksuaalista väkivaltaa sekä lähisuhdeväkivaltaa. Parisuhdeväkivallan seuraukset ovat olleet vakavampia naisilla kuin miehillä ja naisten kokema parisuhdeväkivalta on ollut luonteeltaan pitkäkestoisempaa ja toistuvampaa. (Heiskanen & Ruuskanen, 2010). Lähisuhdeväkivaltaa koskeva sukupuoliero näkyy myös henkirikostilastoissa, sillä vuosina 2013–2018 henkirikosten naisuhreista 60 % mutta miesuhreista vain 8 % oli puolisonsa tai ex-puolisonsa surmaamia (Lehti, 2020).

Edellisen, EU-tasolla toteutetun väestökyselyn mukaan joka kolmas suomalainen nainen on kokenut fyysistä tai seksuaalista parisuhdeväkivaltaa elämänsä aikana (FRA, 2014). Luku on EU-maiden vertailussa kolmanneksi suurin, mutta tätä selittää pitkälti yksilöön ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät, kuten vastsaajan parisuhdeasema, siviilisääty, seksuaalinen suuntautuminen, kansalaisuus ja käsitys parisuhdeväkivallan yleisyydestä (Humbert ym., 2021). Puolet suomalaisista naisista on kokenut nykyisen tai entisen puolisonsa taholta henkistä väkivaltaa (FRA, 2014). Vainoa on kokenut puolestaan 24 % ja seksuaalista ahdistelua 42 % suomalaisista naisista. Suomalaisten miesten osalta tietoa henkisen väkivallan, vainon tai seksuaalisen ahdistelun yleisyyttä ei ole kartoitettu väestötasolla. Sen sijaan tiedetään, että sekä miehistä että naisista noin 16 % on kokenut väkivaltaa ainakin kerran nykyisessä parisuhteessaan ja entisen puolison tekemää väkivaltaa on kokenut puolestaan 42 % naisista ja 22 % miehistä (Heiskanen & Ruuskanen, 2010). Viimeisen vuoden aikana parisuhdeväkivallan uhriksi on joutunut 5–8 % suomalaisista naisista (FRA, 2014; Hisasue ym., 2020; Näsi & Koltola, 2021) ja 2–6 % miehistä (Heiskanen & Ruuskanen, 2010; Näsi & Koltola, 2021).

Suomalaisten lasten väkivaltakokemuksia on puolestaan kartoitettu kolmessa kansallisessa lapsiuhrikyselyssä vuosina 1988, 2008 ja 2013 (Ellonen ym., 2008; Fagerlund ym., 2014; Sariola, 1990) ja kouluterveyskyselyssä (Ikonen & Helakorpi, 2019). Nuorten väkivaltakokemuksia on tutkittu nuorisoriikollisuuskyselyssä (Kaakinen & Näsi, 2021).

Lapsiuhritutkimukset osoittavat, että vaikka lasten kohtaama lähisuhdeväkivalta on vähentynyt selvästi kuritusväkivallan kriminalisoinnin jälkeen, kokee merkittävä osa suomalaislapsista edelleen väkivaltaa perheessään. Vuonna 2013 9.-luokkalaista lapsista 45 % raportoi kokeneensa ainakin kerran vanhempien taholta henkistä väkivaltaa, 21 % lievää fyysistä väkivaltaa (esim. tukistamista, tönimistä, ravistelua tai piiskaamista) ja 3 % vakavaa fyysistä väkivaltaa (esim. nyrkillä tai esineellä lyömistä, potkimista tai aseella tehtyä

väkivaltaa) (Fagerlund ym., 2014). Vielä tätäkin useammin lapset raportoivat kokeneensa väkivaltaa sisarustensa taholta. Nuoremmat lapset raportoivat kokeneensa vähemmän väkivaltaa, mikä viittaa siihen, että monessa tapauksessa perheväkivalta alkaa lapsen vartuessa lähemmäs teini-ikää. Vanhempien välistä väkivaltaa lapset raportoivat puolestaan harvemmin kuin vanhempien sisaruksia kohtaan tekemää väkivaltaa.

Vuoden 2019 kouluterveyskyselyssä henkistä väkivaltaa vanhempien tai muiden huolta pitävien aikuisten taholta raportoitiin kokeneensa viimeisen vuoden aikana 17 % 4.–5. luokan tytöistä ja pojista, 37 % 8.–9.-luokkalaisista tytöistä ja 19 % 8.–9.-luokkalaisista pojista (Ikonen & Helakorpi 2019). Fyysistä väkivaltaa kertoi kokeneensa 3.–5.-luokkalaisista tytöistä 11 % ja pojista 15 %, sekä 8.–9.-luokkalaisista tytöistä 15 % ja pojista 9 %. Nuorisoriikollisuuskyselyn mukaan fyysistä väkivaltaa perheenjäsenen tahoilta oli puolestaan kokenut viimeisen vuoden aikana 20 % tytöistä ja 14 % pojista (Kaakinen & Näsi, 2021). Pojat (26 %) raportoivat puolestaan kokeneensa tyttöjä (13 %) enemmän muun kuin perheenjäsenen tekemää väkivaltaa.

Lapsiuhritutkimuksen mukaan lapsista ja nuorista 4,9 % oli havainnut äitiin kohdistuvaa parisuhdeväkivaltaa ja 3,5 % isään kohdistuvaa parisuhdeväkivaltaa vuonna 2013 (Hieta-mäki ym., 2021). Tytöt ja pojat erosivat toisistaan siten, että tytöt raportoivat havainneensa äitiin (7,0 %) ja isään (5,1 %) kohdistuvaa parisuhdeväkivaltaa enemmän kuin pojat (äitiin 2,7 %, isään 1,8 %). Kouluterveyskyselyssä (2019)¹ muiden perheenjäsenten välistä henkistä väkivaltaa arvioitiin nähneensä tai kuululleensa 16,4 % lapsista ja nuorista vuonna 2019. Muiden perheenjäsenten välistä fyysistä väkivaltaa vastasi nähneensä 10,1 % lapsista ja nuorista vuonna 2019 ja vielä suurempi osa (14,2 %) vastanneista vuonna 2021.

Lähisuhdeväkivallan yleisyyttä on arvioitu erilaisissa väestötutkimuksissa. Tutkimuksesta riippuen lähisuhdeväkivallasta on kysytty erilaisin tavoin ja kysymysten laajuudessa on vaihtelua. Tulokset eivät ole keskenään täysin vertailtavissa, mutta niiden kautta saadaan yleistä kuvaa lähisuhdeväkivallan esiintymisestä Suomessa. Väestökyselyiden tuloksiin vaikuttavat väistämättä aina myös vastaajien tulkinnat kysymyksistä ja väkivaltakokemuksia voi siksi jäädä tunnistamatta. Lisäksi vastaaja ratkaisee, mitä hän haluaa kertoa tutkimuksessa (esim. Piispa, 2004.) On kuitenkin selvää, että lähisuhdeväkivalta on erittäin yleinen ongelma Suomessa – etenkin naisten, mutta myös miesten kokemana. Myös suuri joukko lapsia on joko suoraan kokenut lähisuhdeväkivaltaa tai altistunut vanhempiensa väliselle väkivallalle. Väkivallan haitat eivät siis rajaudu vain tiettyihin ihmisryhmiin, vaan ne läpäisevät koko yhteiskunnan. Lähisuhdeväkivaltakokemusten määrän ja laadun tarkempi kartoittaminen väestötasolla olisi kuitenkin tarpeen, jotta väkivallan haittoja sekä kustannuksia voitaisiin arvioida ja toivon mukaan myös ehkäistä nykyistä tehokkaammin.

1 <https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk4/>

2.3 Väkivallan haittavaikutukset

Tutkimusten pohjalta tiedetään, että lähisuhdeväkivallalla on välittömiä ja pitkäkestoisia vaikutuksia fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, sosiaaliseen hyvinvointiin sekä taloudelliseen tilanteeseen (esim. Hing ym., 2021; Krug ym., 2002). Lähisuhdeväkivalta vaikuttaa ihmisen elämään kokonaisvaltaisesti koskien esimerkiksi turvattomuutta, työelämää, päihteiden käyttöä, sosiaalisia suhteita, fyysistä ja psyykkistä terveyttä, sekä voi johtaa kuolemaan (Hing ym., 2021; Hinkle, 2015; Meyer, 2014; Pain, 2012; Westwood ym., 2020).

Lähisuhdeväkivallan seuraukset uhrille sekä väkivallan tekijän mahdolliset toimet vaikeuttavat uhrin osallistumista työelämään (Dheensa ym., 2022; MacGregor ym., 2021; MacGregor ym., 2022; Wathen ym., 2018). Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa esimerkiksi hajamielisyyttä, väsymistä ja huonovointisuutta, mikä voi vaikuttaa työn tekemiseen. Fyysiset vammat voivat estää töihin menon ja väkivalta voi johtaa työn menettämiseen. Väkivallan tekijä voi suoraan häiritä työn tekemistä häiritsemällä ja vaikeuttamalla työssä käyntiä, esimerkiksi estämällä töihin lähtemistä, piilottamalla auton avaimet ja häiritsemällä työpäivää viestein ja vainoamalla. Lähisuhdeväkivallan kohteeksi joutumisen on myös havaittu lisänneen uhrin päihteiden käyttöä (Devries ym., 2014; Ogden ym., 2022). Toisaalta työ toimii myös voimavarana ja mahdollistaa taloudellista riippumattomuutta lähisuhdeväkivaltaa kokeville (MacGregor ym., 2022).

Lähisuhdeväkivallan uhrit kärsivät monista terveysongelmista, kuten fyysistä vammoista, kiputiloista, psykosomaattisista oireista, gynekologisista ongelmista sekä nukkumisvaikeuksista (Dillon ym., 2013; Ellsberg ym., 2008; FRA, 2014; García-Moreno ym., 2013; Heiskanen & Ruuskanen, 2010; Hisasue ym., 2020; Riedl ym., 2019). Lähisuhdeväkivallan kokemisen tiedetään altistavan myös astman, nivelreuman sekä sydän- ja verisuonisairauksien kaltaisille pitkäaikaissairauksille (Miller & McCaw, 2019; Wright ym., 2019). Mielen terveysongelmat, kuten ahdistus, masennus, itsetuhoisuus ja post-traumaattinen stressi, ovat niin ikään yleisiä lähisuhdeväkivallan haittavaikutuksia (Connolly ym., 2021; Dillon ym., 2013; Riedl ym., 2019). Nämä moninaiset terveysvaikutukset johtuvat todennäköisesti uhrien kokemasta kroonisesta stressistä (Miller & McCaw, 2019), joka aiheutuu lähisuhdeväkivallan aiheuttamasta pelon ilmapiiristä, jota väkivallan toistuvuus ja pitkäkestoisuus voivat lisätä entisestään (FRA, 2014; Krug ym., 2002; Leppäkoski ym., 2011).

Terveyshaittoja ei aiheudu vain fyysisestä väkivallasta, vaan henkisen lähisuhdeväkivallan kokemisen tiedetään olevan vähintään yhtä haitallista (Lagdon ym., 2014; Siltala, 2021). Vastaavasti vanhempien välisen väkivallan näkeminen vaikuttaa haitallisesti lasten kehitykseen ja hyvinvointiin (Kimball, 2016). Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvien terveyshaittojen on havaittu kestävän pitkään eivätkä ne lopu heti väkivallan päättymisen jälkeenkään (Dillon ym., 2014; Krug ym., 2002). Esimerkiksi lapsena koetun

lähisuhdeväkivallan tiedetään vaikuttavan haitallisesti uhrien terveyteen ja hyvinvointiin vielä aikuisiässäkin (Hillis ym., 2017).

Lähisuhdeväkivallalle altistuminen on yksi lapsiin kohdistuvan henkisen väkivallan muodoista, joka lisää monien vakavien seurausten riskiä lasten osalta (Artz ym., 2014; Lourenço ym., 2013, Ravi ym., 2018; Vu ym., 2016). Vaikutukset lapseen alkavat mahdollisesti jo sikiövaiheessa, raskauden aikana. Lähisuhdeväkivallalle altistuneiden äitien itse raportoidut stressitasot (Chambliss, 2008) ja kortisolipitoisuudet nousevat (Han & Stewart, 2014). Useat tutkimukset ovat todenneet äidin kokemuksen lähisuhdeväkivallan vaikuttavan varhaiseen vuorovaikutukseen; väkivallalle altistuminen on riskitekijä äidin ja lapsen välisen turvallisen kiintymyssuhteen kehittymiselle ja ylläpitämiselle (Sims ym., 1996; Zeanah ym., 1999).

Lähisuhdeväkivallan kokijat käyttävätkin runsaasti terveydenhuollon palveluita (Kruse ym., 2011; Rivara ym., 2007; Ulrich ym., 2003). Lisäksi lähisuhdeväkivallasta aiheutuu merkittävää kuormitusta myös sosiaali- ja oikeuspalveluille (Ben-Porat, 2020; EIGE, 2014; Piispa & Heiskanen, 2000; Waters ym., 2005). Kuitenkin vain joka kolmas suomalainen lähisuhdeväkivallan uhri raportoi hakeneensa apua joltakin palveluntarjoajalta, kuten poliisilta, terveydenhuollosta, oikeuspalveluista tai terapiapalveluista (Kääriäinen, 2006). Systemaattinen havainto niin Suomessa kuin ulkomailla onkin, että suurin osa palveluja käyttävistä lähisuhdeväkivallan uhreista jää tunnistamatta (Hinsliff-Smith & McGarry, 2017; Riedl ym., 2019; Siltala, 2021).

Yksi selitys lähisuhdeväkivallan alitunnistamiselle ovat lähisuhdeväkivallan kokemiseen liittyvät häpeän ja pelon tunteet, jotka vaikeuttavat väkivallasta kertomista oma-aloitteisesti (Catallo ym., 2012; Krug ym., 2002). Lisäksi on havaittu, että väkivallan kokijat joko vähättelevät tai eivät osaa tunnistaa kaikkia lähisuhdeväkivallan haittavaikutuksia (Catallo ym., 2012; Donnelly & Holt, 2020). Merkittävässä roolissa on kuitenkin myös lähisuhdeväkivallan kokijoita työssään kohtaavien ammattilaisten haluttomuus puuttua väkivaltaan (Husso ym., 2012). Palveluissa ja päätöksenteossa olisikin ensisijaista ymmärtää, miten moninaisia haittavaikutuksia lähisuhdeväkivallasta aiheutuu.

Lähisuhdeväkivallan kokijat tulisi tunnistaa ja huomioida nykyistä paremmin terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa. Tarve tälle on ilmeinen, sillä jopa 20–45 % apua hakeneista lähisuhdeväkivallan kokijoista on raportoinut olleensa tyytymätön saamaansa palveluun (Kääriäinen, 2006). Kouluterveyskyselyn mukaan perheväkivaltaa kokeneista nuorista puolestaan 24–26 % koki jääneensä ilman apua koulussa ja 22–25 % koulun ulkopuolisista palveluista (Ikonen ym. 2018).

2.4 Aiempi tutkimustieto lähisuhdeväkivallan kustannuksista Suomessa

Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia on kartoitettu Suomessa ensimmäisen keran vuonna 1998, jolloin niiden arvioitiin olevan n. 68 miljoonaa euroa vuosittain (vuoden 2020 rahassa) (Piispa & Heiskanen, 2000). Näistä kustannuksista 53 % sijoittui oikeuspalveluihin, 30 % sosiaalipalveluihin (turvakodit ja muut uhreille suunnatut palvelut mukaan lukien) ja 7 % terveydenhuoltoon. Tutkimus ei kuitenkaan kattanut kaikkia lähisuhdeväkivallan parissa työskenteleviä tahoja.

Arvion tarkentamiseksi lähisuhdeväkivallan kustannuksia kartoitettiin uudestaan Hämeenlinnassa marraskuussa 2001 (Heiskanen & Piispa, 2002). Tuolloin toteutetun tutkimuksen perusteella lähisuhdeväkivallan suorien vuosikustannusten laskettiin olevan Suomessa 115 miljoonaa euroa (vuoden 2020 rahassa) eli siis noin 21 euroa asukasta kohden. Hämeenlinnassa kartoitetuista kustannuksista 53 % kohdistui sosiaalipalveluihin, 27 % oikeuspalveluihin ja 20 % terveydenhuoltoon. Tutkimus perustui lähisuhdeväkivallan uhrien kanssa työskenteleviltä ammattilaisilta kerättyyn tutkimusaineistoon. Hämeenlinna vastaa kokonsa ja väestörakenteensa puolesta suomalaisten kuntien keskiarvoja ja jälkimmäistä kustannusarviota voidaan siis myös tästä näkökulmasta pitää luotettavana. Tutkimus perustui kuitenkin vain terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa tunnistettuihin lähisuhdeväkivaltatapauksiin. Tämän vuoksi myös tämä laskelma mitä todennäköisimmin aliarvioi lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kokonaiskustannuksia Suomessa.

Euroopan tasa-arvoinstituutti EIGE:n (2014) laskelmiin perustuen lähisuhdeväkivallan vuosikustannukset olisivatkin Suomessa jopa 1,4 miljardia euroa, eli 22 kertaa enemmän kuin Heiskasen ja Piispan (2002) arvio. Aiempaa suurempia kustannusarvioita on esitetty myös vastikään Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutetussa tutkimuksessa, joka kartoitti päi-vystyspolilla tunnistettujen lähisuhdeväkivallan uhrien terveyspalveluiden käyttöä potilastietojärjestelmästä saatuihin tietoihin perustuen (Siltala, 2021). Tässä aineistossa lähisuhdeväkivallan uhrien keskimääräiset terveystkustannukset olivat heidän tunnistamisensa jälkeen kaksinkertaiset Hämeenlinnassa vuonna 2001 tehty arvioon nähden. Lisäksi Keski-Suomessa toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että lähisuhdeväkivallan uhrien terveystkustannukset olivat jopa 80 % suuremmat kuin alueen väestön keskimäärin.

2.5 Aikaisempi tutkimus lähisuhdeväkivallan kustannuksista kansainvälisesti

Euroopan tasa-arvoinstituutti EIGE:n (2014) arvion mukaan lähisuhdeväkivallasta aiheutuu EU-maille yhteensä 129 miljardin euron kustannukset vuosittain (vuoden 2020 rahassa). Arvio pohjautuu Yhdistyneissä kuningaskunnissa toteutettuun esimerkkitutkimukseen, jonka perusteella lähisuhdeväkivallan vuosikustannukset vaihtelisivat EU-maissa Maltaan 106 miljoonasta eurosta Saksan 21 miljardiin euroon. Arviossa on huomioitu väkivallasta aiheutuvat suorat ja epäsuorat kustannukset väkivallan kokijoille sekä terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluille. Tutkimuksen mukaan lähisuhdeväkivallan kustannuksista 47 % muodostui väkivallan epäsuorista fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista, 19 % oikeuspalveluista, 12 % työpoissaoloista sekä vähentyneestä taloudellisesta tuottavuudesta, 8 % terveydenhuollon palveluista, 8 % sosiaalipalveluista, 5 % uhreille aiheutuvista suorista kustannuksista (esim. rikkoutunut omaisuus tai uuteen asuntoon muuttamiseen liittyvät kustannukset) ja 1 % väkivaltaan erikoistuneista palveluista.

Lähisuhdeväkivallan kustannusten on havaittu olevan miljardiluokkaa myös USA:ssa ja Kanadassa toteutetuissa tutkimuksissa (Brown ym., 2008; Waters ym., 2005), joskin tutkimusten tuloksissa on ollut merkittävää vaihtelua. Suhteessa bruttokansantuotteen lähisuhdeväkivallan kustannusten on havaittu olevan suurempia alhaisen tulotason maissa (Waters ym., 2005). Yleisesti ottaen lähisuhdeväkivallan kustannuksia on kartoitettu eniten terveydenhuollon kontekstissa. Lukuisten väkivaltaan liittyvien terveyshaittojen vuoksi lähisuhdeväkivallan kokijoiden onkin havaittu käyttävän terveydenhuollon palveluita 25–100 % enemmän kuin muun väestön (Kruse ym., 2011; Rivara ym., 2007; Ulrich ym., 2003).

Eri maissa tehdyissä itseraportointiaineistoon perustuvissa tutkimuksissa on arvioitu, että lapsiin ja naisiin kohdistuvan, ei-kuolemaan johtavan lähisuhdeväkivallan kustannukset ovat korkeammat kuin sotien, terrorismin ja henkirikosten yhteensä: jopa 85 prosenttia väkivallan aiheuttamista kustannuksista liittyy naisiin ja lapsiin kohdistuvaan väkivaltaan (Hoeffler, 2017). USA:ssa lähisuhdeväkivaltaa kokeneen naisen elämänaikaiset väkivalta-kokeusten aiheuttamat kustannukset olivat Petersonin ja kollegoiden (2018) tutkimuksessa yli 100 000 dollaria/uhri, valtaosa kuluista muodostui lääketieteellisistä kustannuksesta ja tuottavuuden menetyksistä. Lapsuudessaan väkivaltaa kokeneiden terveydenhoitokulut ovat niin ikään muita suuremmat aikuisuuteen saakka (Loxton ym., 2019; Bellis ym., 2019).

Lähisuhdeväkivallan kustannusvaikutuksia arvioitaessa olisi välttämätöntä huomioida myös sille altistuvien lasten elinkaaren aikana kertyvät lisäkustannukset verrattuna muuhun väestöön. Toistaiseksi lasten kautta ilmenevien kustannusten määrää arvioivia vertaisarvioituja tutkimuksia on julkaistu tietyvästi vain yksi: Holmes kollegoineen (2018) arvioi

lasten lähisuhdeväkivallalle altistumisen keskimääräisten aikuisiän ylimääräkustannusten olevan yli 50 000 USA:n dollaria uhria kohden (vuoden 2016 rahassa). Tarkasteluun sisällytettiin lisääntyneet terveydenhuoltokustannukset (11 000 dollaria), lisääntyneet rikollisuuteen liittyvät kustannukset (14 000 dollaria) sekä alhaisemman koulutustason aiheuttamat työn tuottavuuden menetykset (26 000 dollaria). Koska arviot kustannuksista toteutettiin USA:n palvelujärjestelmässä, on niiden yleistettävyyden Suomeen rajallinen, ja kotimaista tutkimustietoa tarvitaan.

2.6 Väkivallan kustannusten arvioinnin haasteet

Lähisuhdeväkivallan kustannusten arviointiin liittyy useita haasteita ja rajoituksia. Lähisuhdeväkivalta on ensinnäkin hyvin sensitiivinen tutkimusaihe ja väkivaltakokemusten aliraportointi vaikeuttaa merkittävästi väkivaltaan liittyvien kustannusten arviointia. Esimerkiksi suomalaisten naisten kokemasta fyysisestä ja seksuaalisesta väkivallasta vain 10 % tulee poliisin tietoon ja näistä tapauksista vain 48 % johtaa rikosilmoituksen kirjaimiseen ja tallentuu siten rikostilastoihin (Heiskanen & Ruuskanen, 2010). Nykyisen kumppanin tekemän väkivallan kohdalla jopa 80 % poliisin tietoon tulleista tapauksista ei johda rikosilmoitukseen (Heiskanen & Ruuskanen, 2010). Virallisten rikostilastojen kautta tulee siis tietoon vain pieni osa lähisuhdeväkivallasta Suomessa. Kunniaan liittyvän väkivallan tai pakkoavioliittojen tapaisten väkivallan muotojen yleisyydestä ei toistaiseksi ole saatavilla lainkaan luotettavia tilastotietoja.

Suomalaiset terveydenhuollon rekisteriaineistot ovat kansainvälisesti vertaillen laadukkaita ja niitä onkin hyödynnetty laajasti erilaisten terveystilastojen arvioimisessa. Suomalaisessa terveydenhuollossa käytössä oleva ICD-10-tautiluokitus sisältää useita väkivaltaan liittyviä koodeja, joita tulisi hyödyntää väkivaltatapausten kirjaamisessa. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa ja kirjaamisessa on huomattavia puutteita suomalaisessa terveydenhuollossa (Kivelä, 2020; Siltala, 2021). Tämän seurauksena myös terveydenhuollon rekisteriaineistoihin perustuvat tutkimukset aliarvioivat lähisuhdeväkivallan yleisyyttä terveydenhuollon asiakkuuden syynä ja antavat virheellisen kuvan väkivallan terveysvaikutusten ja -kustannusten laajuudesta. Sosiaalipalveluiden käyttöön liittyvät aineistot ovat vielä vaikeammin käytettävissä, sillä palveluita tarjoavat yksittäiset kunnat sekä kolmannen sektorin toimijat. Väkivaltatapauksia ei dokumentoida systemaattisesti ja asiakastietojen käyttö tutkimuksessa on erittäin vaikeaa johtuen siitä, että sosiaalipalveluja koskevia rekisteritietoja ei ole vielä saatavilla kansallisesti.

Myös lähisuhdeväkivallan kustannusten määrittely on haasteellista. Jotkin suoraan väkivaltaan liittyvät kustannukset, kuten poliisipartion tai ambulanssin hälytystehtävä, käynti päivystyksessä, turvakodissa vietetyt vuorokaudet, lastensuojelun palvelut tai oikeuskäsittely, ovat suhteellisen helposti tunnistettavissa ja hinnoiteltavissa. Monet lähisuhdeväkivallan

epäsuorista kustannuksista, kuten esimerkiksi pitkäaikaiset terveyshaitat, työpoissaolot, avioeroon ja huoltajuuksiin liittyvä kustannukset, taloudellinen ahdinko tai sosiaali-etuuksien tarve, ovat kuitenkin vaikeammin tunnistettavissa ja määriteltävissä. Kyselytutkimuksissa lähisuhdeväkivallan uhrien on havaittu käyttävän paljon erilaisia terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluita (esim. Kääriäinen, 2006). Tästä huolimatta palveluiden tarjoajat tai edes väkivallan kokijat itse eivät välttämättä tunnista käyntien olevan seurausta lähisuhdeväkivallasta tai väkivallan kokijat eivät vuosien jälkeen enää muista kaikki käyttämiään palveluita. Toisaalta lähisuhdeväkivallan vaikutukset eivät rajoitu vain suoraan väkivallan kokijaan, vaan myös esim. perheen lapset sekä väkivallan tekijä saattavat oireilla monilla tavoin ja käyttää erilaisia tukipalveluita ilman, että väkivalta tulee tunnistetuksi.

Tämä tutkimus pyrkii vastaamaan aiempien tutkimusten puutteisiin keräämällä aineistoa sekä rekisteriaineistolla että väestöpohjaisella kyselyllä. Tällä tavoin tavoitteena on toisaalta hyödyntää laadukkaita rekisteriaineistoja koskien palveluiden käyttöä, mutta toisaalta päästä arvioimaan myös tunnistamatta jäävän lähisuhdeväkivallan kustannuksia. Tutkimuksessa huomioidaan kattavasti lähisuhdeväkivallan eri muodot ja tekijät, mikä niin ikään tarkentaa ymmärrystä lähisuhdeväkivallan haitoista ja kustannuksista.

3 Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalvelut lähisuhdeväkivaltaa kokeville

Kun joku perheessä tai lähisuhteessa käyttää väkivaltaa, tarvitsevat kaikki sen jäsenet apua. Tarvittavat tukitoimet ovat moninaisia ja pitävät sisällään esimerkiksi terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen toimenpiteitä. Myös poliisin toimenpiteillä ja oikeuspalveluilla ja esimerkiksi oikeusprosessia koskevilla säännöksillä on merkitystä lähisuhdeväkivaltaa kokevan toipumiselle sekä tekijän vastuunotolle väkivallastaan. Onnistuakseen lähisuhdeväkivallan vastainen työ edellyttää alueellista koordinaatiota sekä laajaa yhteistyötä useiden hallinnonalojen kesken.

Lähisuhdeväkivaltaa kokeneille suunnattujen palveluiden järjestämistä ohjaavat niin kansallinen lainsäädäntö kuin kansainväliset ihmisoikeusveloitteet, keskeisimpänä Istanbulin sopimus (SopS, 53/2015) ja Lanzaroten sopimus (SopS, 88/2011). Myös EU-lainsäädäntö ohjaa lähisuhdeväkivaltaa kokevien palveluohjausta ja määrittelee uhreille tarjottavien palvelujen vähimmäisisältöä. Rikoksen uhrien oikeuksia, tukea ja suojelua koskevista vähimmäisvaatimuksista annetussa Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivissä 2012/29/EU (rikosuhridirektiivi) mainitaan nimenomaisesti naisiin kohdistuva sekä lähisuhteessa tapahtuva väkivalta (EPNDir, 2012/29/EU). Direktiivissä todetaan, että muun muassa toistuvan lähisuhteessa tapahtuvan väkivallan sekä sukupuoleen perustuvan väkivallan kohteeksi joutuneet henkilöt sekä heidän lapsensa tarvitsevat erityistukea ja oikeudellista suojelua.

Kansallinen lainsäädäntö sisältää tarkempia säädöksiä lähisuhdeväkivaltaa kokeville tarjottavista sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluista. Lisäksi väkivallan uhreille tarjottavien palvelujen kokonaisuuden kehittämistä ohjaavat erilaiset kansalliset toimeenpano- ja kehittämissuunnitelmat, kuten Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelma², Lanzaroten sopimuksen toimeenpanosuunnitelma³, Naisiin kohdistuvan väkivallan torjuntaohjelma⁴ sekä

2 Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2022–2025 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8659-6>

3 Lanzaroten sopimus : Kansallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2022–2025 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8675-6>

4 Naisiin kohdistuvan väkivallan torjuntaohjelma vuosille 2020–2023 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-835-6>

Väkivallaton lapsuus -toimenpidesuunnitelma⁵. Seuraavissa luvuissa avataan tarkemmin näiden suositusten sisältöjä sekä arvioidaan niiden toteutumista.

3.1 Sosiaali- ja terveystalvet lähisuhdeväkivallan uhreille

Kaikkissa sosiaali- ja terveystalvetuissa on huolehdittava siitä, että lähisuhdeväkivaltaa kokeneet tunnistetaan ja he saavat nopeasti avun ja hoidon väkivallan aiheuttamaan kriisiin. Lähisuhdeväkivaltaa kokevien talvetuista säädetään tarkemmin sosiaalihuoltolaissa (1301/2014 vp), lastensuojelulaissa (417/2007), vanhuspalvelulaissa (980/2012) sekä terveydenhuoltolaissa (872/2011). Psykososiaalisen tuen tarjoaminen lähisuhdeväkivaltaan liittyen kuuluu lainsäädännön perusteella sosiaali- ja terveydenhuollolle.

Sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaan kunnan ja vuoden 2023 alusta alkaen hyvinvointialueen on järjestettävä lähisuhde- ja perheväkivallasta sekä muusta väkivallasta ja kaltoinkohtelusta aiheutuvaan tuen tarpeeseen vastaavia talvetuita. Sosiaalihuoltolain 35 § sisältää säännökset yhteydenotosta sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi. Jos henkilön sosiaalihuollon tarpeen arvioidaan olevan ilmeinen, pykälässä mainittujen ammattilaisten on ohjattava henkilö hakemaan sosiaaliuolvetuja tai henkilön antaessa suostumuksensa otettava yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta tuen tarve arvioitaisiin. Tietyissä tilanteissa ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta salassapitosäännösten estämättä on tehtävä viipymättä. Pykälä koskee myös poliisia. Vastaavasti tilanteen arvioimisesta säädetään myös lastensuojelulaissa (417/2007, 26 §) ja vanhuspalvelulaissa (980/2012, 15 §).

Terveydenhuoltolaissa puolestaan säädetään, että lain tarkoituksena on edistää väestön sosiaalista turvallisuutta, terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä (2 §). Lain tavoitteena on myös edistää sosiaalista turvallisuutta alueellisesti (36 §). Näiden tavoitteiden saavuttamisen kannalta lähisuhdeväkivallan ehkäisy ja puuttuminen on olennaista. Lisäksi laki edellyttää tekemään yhteistyötä terveydenhuollon ja sosiaaliuolvetystyksen välillä, mikäli potilas ei kykene pitämään huolta omasta turvallisuudestaan tai lapsen etu sitä vaatii, sekä tekemään asiasta tarvittavat ilmoitukset (50a §).

Myös sosiaalihuoltolain 29 §:n mukaan sosiaaliuolvetystystä toteutettaessa on toimitettava yhteistyössä ensihoitotalvetun, terveydenhuollon uolvetystyksen, pelastustoimen,

5 Väkivallaton lapsuus : toimenpidesuunnitelma lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisystä 2020–2025 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4123-6>

poliisin, hätäkeskuksen ja tarpeen mukaan muiden toimijoiden kanssa. Lisäksi viranomaisilla on mahdollisuus koota paljon tukea tarvitsevan asiakkaan ympärille moniammatillisia verkostopalavereita, kuten MARAK- tai Barnahus-toimintamallissa palveluiden yhteensovittamiseksi tehdään (Korkman ym., 2018; Piispa & October, 2017; Robbins ym., 2014).

MARAK on moniammatillinen menetelmä vakavan parisuhdeväkivallan riskinarviointiin ja uhrin auttamiseen (Piispa & October, 2017; Robbins ym., 2014). MARAK kokoaa alueella toimivat viranomaiset ja järjestöt yhteen ja koordinoi uhrille annettavaa tukea. Valtakunnallisen Barnahus-toimintamallia kehittävän hankkeen tavoitteena on puolestaan taata lapsille moniammatillinen, lapsikeskeinen, viiveetön ja mutkaton väkivaltarikosten tutkintaprosessi sekä varmistaa lapselle ja tämän perheelle riittävä tuki ja hoito (Korkman ym., 2018).

Suomessa kliinisen oikeuslääketieteen tutkimusten suorittaminen kuuluu kuntien ja tulevaisuudessa hyvinvointialueiden vastuulle terveydenhuoltolain 31 §:n nojalla, ja väkivallan uhrien oikeuslääketieteellisiä tutkimuksia tehdään terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Väkivallan uhrin tutkitaan ja hoidetaan lääketieteellisen arvion mukaisesti ja kaikki pahoinpitelyyn viittaavat löydökset kirjataan tarkasti ja systemaattisesti varautuen mahdollista oikeuskäsittelyä varten tehtävän lausunnon laatimiseen.

Seri-tukikeskukset kokoavat eri puolilla Suomea palveluja seksuaaliväkivallan uhreille (Istanbulin sopimuksen mukaisesti). Seri-tukikeskus tarjoaa tukea kaikille seksuaaliväkivallasta kohdanneille yli 16-vuotiaille sukupuolesta riippumatta. Seri-tukikeskus tarjoaa oikeuslääketieteellisten näytteiden oton lisäksi traumatukea, psykologista neuvontaa sekä alkuvaiheen terapiaa.

Turvakodissa lähisuhdeväkivaltaa tai sen uhkaa kokenut saa suojan väkivallalta ja apua väkivallan loppumiseksi (Turvakotilaki, 1354/2014). Turvakodit tarjoavat akuuttiin tilanteeseen ammatillista tukea, neuvontaa ja ohjausta. Kriisiavun lisäksi turvakodista saa tukea ja tietoa myös käytännön asioiden järjestämiseen (Hietämäki ym., 2020). Turvakodeissa on henkilöstöä ympäri vuorokauden, ja sinne voi mennä oma-aloitteisesti tai jonkin tahon ohjaamana. Sinne voi mennä tarvittaessa myös nimettömänä. Turvakotijakson kesto on aina yksilöllinen ja turvakodissa oleminen on asiakkaalle maksutonta. Asukkaille tarkoitettujen palveluiden lisäksi turvakodit järjestävät lähisuhdeväkivallan tekijöille ja kokijoille myös avopalveluita. Turvakotipaikkojen määrä on noussut Suomessa merkittävästi vuoden 2015 jälkeen turvakotien rahoituksen siirryttyä valtion vastuulle. Turvakoteja ja asiakaspaikkoja tarvitaan kuitenkin edelleen lisää.

Parhailaan käynnissä olevan SOTE-uudistuksen keskeinen tavoite on lisätä sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistyötä ja palveluiden saavutettavuutta. Toistaiseksi on kuitenkin epäselvää, kuinka lähisuhdeväkivaltaa koskevien palveluiden koordinointi tullaan

järjestämään hyvinvointialueilla. Nykyisin väkivaltaan liittyviä tukipalveluita on saatavilla maantieteellisesti hyvin hajanaisesti eivätkä aiemmin mainittuja toimintamalleja, kuten MARAK-toimintaa ei ole saatavilla kaikilla hyvinvointialueilla. Tällä hetkellä lähisuhdeväkivaltaan liittyvistä tukipalveluista ainoastaan turvakodit sekä auttava puhelin Nollalinja ovat valtion suoraan rahoittamia. Muut lähisuhdeväkivallan kokijoille ja tekijöille suunnatut palvelut ovat pitkälti kolmannen sektorin toimijoiden järjestämiä, mikä rajoittaa merkittävästi palveluiden pitkäaikaista kehittämistä.

Palvelurakenteiden aukot uhkaavat kaikkien lähisuhdeväkivallasta kärsivien henkilöiden oikeutta avun saamiseen, minkä lisäksi erityisen haavoittuvassa asemassa ovat erilaiset vähemmistöryhmät, kuten esimerkiksi vammaiset tai ulkomaalaistaustaiset väkivallan uhrin.

3.2 Oikeuspalvelut ja uhrien ohjaaminen tukipalveluihin

Oikeuspalveluista saa kokonaiskuvan oikeuslaitoksen verkkosivuilta (oikeus.fi), joissa tarjotaan rikoksen uhreille tietoa ja johon on koottu kattavasti tietoa myös saatavilla olevista oikeusprosessiin liittyvistä tukipalveluista. Oikeuspalvelut esimerkiksi asianajo- tai lakiasiainoimistoissa ovat yleensä maksullisia.

Esitutkintalain (805/2011) 3 luvun 3 §:n mukaan esitutkintaviranomaisen on toimitettava esitutkinta, kun sille tehdyn ilmoituksen perusteella tai muuten on syytä epäillä, että rikos on tehty. Esitutkintalain 3 luvun 11 §:n mukaan esitutkinta on toimitettava ilman aiheutonta viivytystä. Syyttäjiä koskee syyttäjälaitoksesta annetun lain 9 §, jonka mukaan syyttäjän tehtävänä on huolehtia rikosoikeudellisen vastuun toteuttamisesta hänen käsiteltävänä olevassa muun ohella joutuisasti. Kansallisessa lainsäädännössä ei ainakaan toistaiseksi ole erityissäännöksiä rikoksesta tehdyn ilmoituksen kirjaamisesta, siirtämisestä tai käsittelemisestä lähisuhdeväkivaltaa koskevista asioista.

Kaikki lähisuhteissa tapahtuneet pahoinpitely- ja seksuaalirikokset ovat rikoslain 20 luvun 11 §:n mukaan virallisen syytteen alaisia rikoksia. Näissä rikoksissa esitutkinnan toimittamisen tai syytteen nostamisen edellytyksenä ei ole asianomistajan rangaistusvaatimus (esitutkintalain 3 luvun 4 §, oikeudenkäynnistä rikosasioissa annetun lain (689/1997) 1 luvun 2 ja 6 a §). Virallisen syytteen alaisia rikoksia koskevista asioista asianomistajan tahdolla ei myöskään ole merkitystä rikosprosessin jatkumisen kannalta.

Esitutkintalain 10 luvun 4 §:ssä säädetään uhrin ohjaamisesta tukipalveluun, jos esitutkintaviranomainen on arvioinut hänen olevan erityisen suojelun tarpeessa esitutkintalain 11 luvun 9 a §:n nojalla tai rikoksen luonne tai uhrin henkilökohtaiset olosuhteet sitä muuten edellyttävät. Muun muassa seksuaalirikokset ja henkeen ja terveyteen kohdistuvat

rikokset kuuluvat olennaisesti säännöksen soveltamisalaan (HE, 14/2013 vp, s. 36 ja HE, 66/2015 vp, s. 39).

Jos henkilö joutuu perheväkivallan tai seksuaalirikoksen uhriksi, tuomioistuin voi määrätä hänelle esitutkintaan ja oikeudenkäyntiin avustajan tai tukihenkilön. Jos uhrilla on oikeudenkäynnissä vaatimuksia, tuomioistuin määrää hänelle avustajan. Jollei uhri esitä vaatimuksia, hänelle voidaan määrätä tukihenkilö. Avustaja ja tukihenkilö määrätään uhrin tuloista riippumatta ja heidän palkkionsa ja kulunsa maksetaan valtion varoista.

Poliisihallitus on 5.6.2020 antanut ohjeen (POL-2020-28566) poliisin toiminnasta perhe- ja lähisuhdeväkivallan sekä naisiin kohdistuvan väkivallan tapauksissa. Ohjeessa todetaan, että asianomistajalle on annettava tietoa käytettävissä olevista auttavista tahoista ja tukipalveluista. Samalla tulee sopia mahdollisesta yhteystietojen välittämisestä näiden tukipalveluiden piiriin, jos asianomistaja antaa siihen suostumuksen. Rikoksen uhrin osalta poliisin tulee aina huolehtia aktiivisesti siitä, että tämä tulee tietoiseksi apua ja tukea tarjoavista tahoista, kuten Rikosuhripäivystyksestä (RIKU). Tarvittaessa poliisin tulee uhrin suostumuksella välittää yhteystiedot Rikosuhripäivystykselle tai muulle auttavalle taholle.

Raiskausrikoksissa poliisi ohjaa uhrin seksuaalirikosten tukikeskuksiin (Seri-tukikeskus). THL ja Keskusrikospoliisi ovat julkaisseet valtakunnallisen ohjeistuksen terveydenhuollon yksiköissä tehtäviä seksuaalirikostutkimuksia varten (SERI-tutkimus 2016). Poliisin ohjaus MARAK-työryhmiin tai muihin palveluihin kuin Rikosuhripäivystykseen on selvästi harvinaisempaa. Esimerkiksi vuonna 2019 Suomen MARAK-työryhmissä käsitellyistä yli 200 tapauksesta vain 15 tuli työryhmään poliisin ohjauksesta (Lähisuhdeväkivalta 2019).

Tällä hetkellä Suomen rikoslaki ei tunnista lähisuhdeväkivaltaa erillisenä rikostyyppinä. Lähisuhteessa tapahtuneiden väkivallantekojen käsittely esimerkiksi erillisinä pahoinpitelyinä ei kuitenkaan välttämättä tavoita lähisuhdeväkivallan vahingollista dynamiikkaa, johon kuuluu usein myös toistuva henkinen väkivalta, kontrolloiva käytös sekä pelon ilmapääri. Myös parisuhteessa tapahtuva seksuaalinen väkivalta jää todennäköisesti usein piiloon eikä useinkaan eikä useinkaan täytä nykyisen raiskauslainsäädännön kriteerejä fyysisen väkivallan käytöstä⁶. Riittämätön ymmärrys lähisuhdeväkivallan vahingollisuudesta heijastuu myös huoltajuuskiistoihin, joissa edes vakavaa ja toistuvaa väkivaltaa ei ole aina nähty esteeksi huoltajuuden tai tapaamisoikeuksien määräämiselle (Hautanen, 2010). Poliisin tietoon tulleiden lähisuhdeväkivaltatapausten määrä nousi huomattavasti vuonna 2011, kun lievistäkin pahoinpitelyistä tuli yleisen syytteen alaisia rikoksia (SVT, 2019). Sittemmin lähisuhdeväkivaltaan liittyvien rikosilmoitusten määrä on kuitenkin tasoittunut.

⁶ Seksuaalirikoslainsäädännön uudistus tulee voimaan 1.1.2023 ja silloin tunnusmerkistössä käytettävä suostumuksen puute ei ole riippuvainen fyysisistä vammoista.

3.3 Palvelujen koordinaation nykytila ja siihen liittyvä ohjeistus

Kuten edellä on kuvattu, velvoittavat sosiaali- terveys- ja oikeuspalveluita säätelevät lait palveluiden tarjoajia puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan sekä tekemään yhteistyötä väkivaltaan liittyvien tukipalveluiden järjestämisessä. Lähisuhdeväkivallan ehkäisemisessä ja palveluketjujen luomisessa koordinaatorakenteilla onkin keskeinen merkitys. Vahvoja rakenteita tarvitaan kunta-, alue- ja valtionhallinnon tasoilla selkiyttämään kunkin tahon vastuita sekä luomaan monialaista yhteistyötä, toimivia käytäntöjä ja palvelupolkuja lähisuhdeväkivallan eri osapuolille.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto suosittelivat vuonna 2008 asettamaan jokaiseen kuntaan tai yhteistoiminta-alueelle poikkihallinnollisen lähisuhde- ja perheväkivallan koordinaatioryhmän, jonka tehtävänä on vastata väkivallan ehkäisyn suunnittelusta, koordinoinnista ja seurannasta (STM, 2008). Tavoitteena oli, että ryhmän edustajat tulisivat eri hallinnonaloilta, järjestöistä ja seurakunnista, mutta ryhmä työskentelisi sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavan lautakunnan alaisuudessa.

Vuonna 2019 STM teetti selvityksen kartoittamaan, miten vuonna 2008 annetut suosittukset oli kunnissa toimeenpanttu. Selvityksen perusteella lähisuhdeväkivallan vastaisen työn kehitys kunnissa oli ollut vaihtelevaa (Nipuli, 2019). Osassa kunnista väkivaltatyötä oli kehitetty pitkäjänteisesti ja työ oli saatu ainakin osittain vietyä myös rakenteisiin. Selvitys osoitti, että lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaatio- tai yhteistyöryhmä puuttui vuoden 2019 alussa noin puolesta kyselyyn vastanneista kunnista tai kuntayhtymistä. Oma erillinen lähisuhdeväkivallan koordinaatio- tai yhteistyöryhmä oli 22 %:lla vastanneista kunnista ja 23 %:ssa ryhmä toimi jonkun toisen työryhmän sisällä kuten osana hyvinvoinnin edistämisen työryhmää tai osana ehkäisevää päihde- ja mielenterveystyöryhmää.

Selvityksen mukaan lähisuhdeväkivallan vastaiseen työhön liittyvät ohjeistukset ja työvälineet olivat selvästi useammin käytössä niissä kunnissa ja kuntayhtymissä, joissa oli asetettu monialainen koordinaatio- tai yhteistyöryhmä verrattuna niihin kuntiin tai kuntayhtymiin, joissa ryhmää ei ollut (Nipuli, 2019). Asiakkaille oli myös laadittu lähisuhdeväkivaltaan liittyviä palvelupolkuja useammin niillä alueilla, joissa toimi monialainen lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaatio- tai yhteistyöryhmä. Ryhmien väliset erot näkyivät myös ammattilaisille suunnatussa koulutuksessa. Kunnan tai kuntayhtymän henkilöstöä oli koulutettu puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan viimeisen viiden vuoden aikana 84 %:ssa niistä paikkakunnista, joissa koordinaatio- tai yhteistyöryhmä oli. Muiden alueiden kohdalla vain 38 % vastasi, että koulutusta oli järjestetty.

Voimassa olevaan hallitusohjelmaan perustuva Naisiin kohdistuvan väkivallan torjunta-ohjelma (2020–2023) pyrkii ennaltaehkäisemään väkivaltaa sekä parantamaan väkivallan

ehkäisyn rakenteita ja koordinaatiota. Ohjelma edellyttää ohjeiden laatimista kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaatorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi. Torjuntaohjelman edellyttämät ohjeet hyvinvointialueille ja kunnille julkaistiin kesäkuussa 2022⁷. Ohjeet pyrkivät yhdenmukaistamaan kuntien ja hyvinvointialueiden koordinaatorakenteita lähisuhdeväkivaltaan puuttumiseksi sekä tukemaan palveluketjujen luomista ja toimivien toimintamallien käyttöön-ottoa alueilla. Ohjeiden toimeenpanoa seurataan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta lähivuosina.

7 Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaatorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-878-1>

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen päätavoitteena on toteuttaa selvitys lähisuhdeväkivallan aiheuttamista kustannuksista terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluille pohjautuen lähisuhdeväkivaltakokeuksia kartoittavaan väestökyselyyn sekä terveydenhuollon asiakasrekisteritietoihin. Tutkimuksessa vertaillaan lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden henkilöiden ja vertailuryhmän kustannuksia toisiinsa. Tarkastelu kohdistuu sekä naisten että miesten kokeman lähisuhdeväkivallan aiheuttamiin kustannuksiin. Lasten kokeman ja lapsuudessa koetun lähisuhdeväkivallan kustannusten tarkastelua tehdään siltä osin kuin aineistot antavat siihen mahdollisuuden.

Tutkimus koostuu kahdesta osatutkimuksesta, joissa kerätyt tiedot täydentävät toisiaan ja vastaavat osittain eri tutkimuskysymyksiin. Molemmissa osatutkimuksissa lähisuhdeväkivallan kustannuksia arvioidaan kertomalla lähisuhdeväkivallasta johtuvien palvelukäyntien määrä näiden palveluiden yksikkökustannuksilla. Kummassakin osatutkimuksessa on kyse alhaalta ylöspäin suuntautuvasta menetelmästä, jossa tutkitaan ensin lähisuhdeväkivallan kohteeksi joutuvien määrä ja sen jälkeen lasketaan kokonaiskustannukset. Oheiseen taulukkoon 1 on tiivistetty pääpiirteittäin osatutkimusten aineistot sekä muuttujat, jotka kuvataan tarkemmin seuraavissa osioissa.

Ensimmäisessä osatutkimuksessa (*Rekisteritutkimus*) tutkitaan lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia terveydenhuollon kustannuksia pitkäjäsenasetelmalla hyödyntäen perus- ja erikoissairaanhoidon rekisteriaineistoja. Tutkimuksessa verrataan lähisuhdeväkivallan uhriksi tunnistettujen henkilöiden sekä vertailuryhmän terveyskustannuksia toisiinsa.

Toisessa osatutkimuksessa (*Väestötutkimus*) tutkitaan puolestaan lähisuhdeväkivallan yleisyyttä, väkivaltaan liittyvää sosiaali-, terveys-, ja oikeuspalveluiden käyttöä, palvelukäytön kustannuksia sekä lähisuhdeväkivallan kokijoiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin kansallisesti edustavan kyselytutkimusaineiston avulla. Tutkimuksessa verrataan lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden ja ei-kokeneiden vastaajien palvelukäyttöä toisiinsa.

Taulukko 1. Osatutkimusten aineistot ja muuttujat

	Aineistot		Muuttujat
Rekisteritutkimus	HILMO	Tutkimusjoukko 1	Lähisuhdeväkivalta, laaja määritelmä
	AvoHILMO		Lähisuhdeväkivalta, suppea määritelmä
	Turvakoti		Terveystieteiden tutkimuskeskukset
	Poliisi	Tutkimusjoukko 2	
Väestötutkimus	GBV-kysely		Koettu parisuhdeväkivalta Lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta Terveyspalveluiden käyttö Sosiaalipalveluiden käyttö Oikeuspalveluiden käyttö

4.2 Aineistot: Rekisteritutkimus

Ensimmäinen osatutkimus toteutettiin käyttämällä kaksiosaista rekisteripohjaista lähestymistapaa. Aineistonkeruun perusjoukkona olivat kaikki henkilöt, jotka asuivat Suomessa 1.1.2015–31.12.2020 välisenä aikana ja joilla oli suomalainen henkilötunnus.

Rekisteritutkimuksen **ensimmäisessä** vaiheessa lähisuhdeväkivallan uhrin tunnistettiin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, turvakotien ja poliisin kansallisista asiakasrekistereistä. Tutkimuksen aineistoksi valittiin näitä palveluja käyttäneet 19–54-vuotiaat henkilöt (N = 47 504)⁸. Rekisteritutkimuksen **toisessa** vaiheessa väkivallasta aiheutuvia suoria terveystieteiden tutkimuskeskukset estimoitiin vertaamalla väkivallan uhreiksi tunnistettujen henkilöiden palveluiden käyttöä vertailujoukkoon.

Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja turvakotien asiakasrekisterien pohjalta muodostettu aineisto on nimeltään tutkimusjoukko 1. Poliisin asiakasrekisterin pohjalta muodostettu aineisto on puolestaan tutkimusjoukko 2. Nämä kaksi tutkimusjoukkoa on analysoitu erikseen, koska poliisin asiakasrekisterin aineistoja ei ollut mahdollista yhdistää terveystieteiden tutkimuskeskusten rekisteritietoihin tämän tutkimuksen toteutusajan puitteissa. Kumpaankin tutkimusjoukkoon sisällytettiin väkivallan uhrin vain ensimmäisen tunnistamiskerran mukaan, vaikka kyseinen henkilö olisi kokenut väkivaltaa useamman kerran. Eli jos henkilö tunnistettiin vuosina 2015 ja 2017, on hän mukana vain vuoden 2015 luvuissa.

⁸ Terveystieteiden tutkimuskeskusten (HILMO, AvoHILMO), Turvakotien ja Poliisin asiakasrekistereistä tunnistetut väkivaltaa kokeneet henkilöt

4.2.1 Tutkimusjoukko 1 (terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekisterit)

Tutkimusjoukossa 1 väkivallan uhrin tunnistettiin kolmesta eri asiakastietojärjestelmästä: erikoissairaanhoidon HILMO-rekisteristä, perusterveydenhuollon AvoHILMO-rekisteristä sekä turvakotien asiakasrekisteristä (Liite 1). Tarkempi kuvaus näiden rekistereiden sisällöstä ja käyttötarkoituksesta on kuvattu liitteessä 2.

HILMO- ja AvoHILMO-rekistereistä tutkimukseen poimittiin ne potilaat, joille oli kirjattu väkivaltakokemuksia kuvaavia ICD-10 diagnoosiluokkia. Tunnistamisessa käytetyt lähisuhdeväkivaltaa koskevat diagnoosiluokitukset on kuvattu tarkemmin luvussa 4.4.1. Koska lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen ja kirjaamiseen terveydenhuollossa liittyy useita puutteita, täydennettiin rekisteritutkimuksen aineistoa lisäksi turvakotien sähköisen asiakastietojärjestelmän avulla. Turvakotien asiakkaista tutkimukseen poimittiin ne henkilöt, joiden henkilötunnus oli kirjattu asiakastietojärjestelmään. Nämä kolme aineistoa yhdistettiin toisiinsa käyttäen tutkittavien henkilötunnuksia. Väkivallan uhreja tarkastellaan kahden määritelmän kautta.

Laaja määritelmä väkivallan uhreista tarkoittaa kaikkia väkivallan uhreja väkivallan tekijästä riippumatta (ml. lähisuhdeväkivalta). Suppea väkivallan määritelmä tarkoittaa lähisuhdeväkivaltaa. Tällä tarkoitetaan pääosin parisuhdeväkivaltaa eli tapauksia, jossa väkivallan tekijäksi on määritelty puoliso tai kumppani. Poikkeuksen muodostaa turvakotiaineisto, jossa väkivallan tekijänä on puoliso, kumppani tai muu läheinen henkilö.

Laajan ja suppean väkivallan määritelmän käyttämiselle oli kolme syytä. Ensinnäkin, laajan väkivallan määritelmä sisältää todennäköisesti myös lähisuhdeväkivaltaa kokevia tapauksia. Toiseksi, lähisuhdeväkivallan uhreja oli pieni määrä, jolloin haluttiin mahdollisuus verrata terveydenhuollon kustannuksia laajan ja suppean väkivallan määritelmän välillä. Kolmanneksi, väkivallan laajaan määritelmään sisältyneitä tapauksia ei haluttu sisällyttää vertailuryhmään. Vertailuryhmästä pyrittiin jättämään pois väkivallan uhrin.

Vuosien 2015 ja 2020 välisenä aikana yhteensä 26 431 väkivallan uhria (laaja määritelmä) tunnistettiin terveydenhuollon ja turvakotien rekistereistä. Väkivallan uhrin sisältävät kaikki kyseisen palvelun asiakasrekistereistä tunnistetut väkivallan uhrin (ml. lähisuhdeväkivallan uhrin). Kaikkiaan 4 921:tä (18,2 %) otoksen henkilöä seurattiin enintään 6 vuoden ajan sen jälkeen, kun heidät tunnistettiin ensimmäisen kerran uhreiksi, 4 334:ää (16,4 %) seurattiin enintään 5 vuotta, 4 265:tä (16,1 %) seurattiin enintään 4 vuotta, 4 498:aa (17,0 %) seurattiin enintään 3 vuotta, 4 249:ää (16,1 %) seurattiin enintään 2 vuotta ja 4 164:ää (15,8 %) seurattiin enintään vuoden ajan.

Vuosien 2015 ja 2020 välisenä aikana yhteensä 11 823 lähisuhdeväkivallan uhria (suppea määritelmä) tunnistettiin rekistereistä. Lähisuhdeväkivallan uhrin sisältävät

erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon asiakasrekistereistä kaikki parisuhdeväkivallan uhreiksi tunnistetut ja turvakotien asiakasrekistereistä parisuhdeväkivaltaa ja muuta lähisuhdeväkivaltaa kokevat. Kaikkiaan 1 881:tä (15,9 %) otoksen henkilöä seurattiin enintään 6 vuoden ajan sen jälkeen, kun heidät tunnistettiin ensimmäisen kerran uhreiksi, 1 702:ta (15,1 %) seurattiin enintään 5 vuotta, 1 859:ää (15,7 %) seurattiin enintään 4 vuotta, 2 098:aa (17,8 %) seurattiin enintään 3 vuotta, 2 051:tä (17,3 %) seurattiin enintään 2 vuotta ja 2 152:ta (18,2 %) seurattiin enintään vuoden ajan.

Tutkimusjoukkoon 1 sisällytettyjen tutkittavien määrät ovat nähtävissä oheisessa taulukossa (Taulukko 2). Erikoissairaanhoidossa on hoidettu vuosina 2015–2020 yhteensä 5 963 väkivaltaa kokenutta naista. Heistä 2 794 oli kokenut lähisuhdeväkivaltaa (parisuhdeväkivaltaa). Turvakotien asiakkaiden osalta oli sama määrä väkivallan uhreja (laaja määritelmä) kuin suppeassa väkivallan määritelmässä. Heistä lähes kaikki olivat kokeneet parisuhdeväkivaltaa.

Taulukko 2. Rekisteritutkimukseen sisällytettyjen väkivallan ja lähisuhdeväkivallan uhrien määrät vuosilta 2015–2020 (tutkimusjoukko 1)

	Väkivallan uhrit ¹		Lähisuhdeväkivallan uhrit ²	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Erikoissairaanhoido				
2015	1 108	1 093	216	516
2016	935	1 033	164	508
2017	847	911	146	456
2018	964	992	185	493
2019	978	1 049	151	450
2020	856	885	105	371
Yhteensä	5 688	5 963	967	2 794
Perusterveydenhuolto				
2015	902	1 017	63	123
2016	716	821	49	98
2017	733	828	43	104
2018	690	810	37	110
2019	454	611	59	119
2020	490	732	99	236
Yhteensä	3 985	4 819	350	790

	Väkivallan uhrit ¹		Lähisuhdeväkivallan uhrit ²	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Turvakodit				
2015	54	966	54	966
2016	58	973	58	973
2017	77	1 113	77	1 113
2018	99	1 288	99	1 288
2019	123	1 236	123	1 236
2020	130	1 313	130	1 313
Yhteensä	541	6 899	541	6 889

¹ Väkivallan uhrit sisältävät kaikki kyseisen palvelun asiakasrekistereistä tunnistetut väkivallan uhrit (ml. lähisuhdeväkivallan uhrit).

² Lähisuhdeväkivallan uhrit sisältävät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon asiakasrekistereistä kaikki parisuhdeväkivallan uhreiksi tunnistetut. Turvakotien asiakasrekistereistä sisältää parisuhdeväkivaltaa ja muuta lähisuhdeväkivaltaa kokevat.

4.2.2 Tutkimusjoukko 2 (poliisin asiakasrekisteri)

Tutkimusjoukossa 2 perhe- ja lähisuhdeväkivalta-aineisto on muodostettu rekisteritietojen pohjalta poliisille ilmoitetuista rikoksista. Poliisin Patja-järjestelmän rikosilmoitusaineistosta poimituille uhreille ja epäillyille yhdistettiin Tilastokeskuksen aineistoista kotipaikkatietoja, tieto perheasemasta sekä lapsista, vanhemmista, aviopuolisosta ja rekisteröidystä puolisosta. Perheaseman ja asuintietojen perusteella on päätelty asuvatko uhri ja epäilty avoliitossa. (Tilastokeskus⁹)

⁹ https://tilastokeskus.fi/til/rpk/2018/15/rpk_2018_15_2019-06-06_tie_001_fi.html

Taulukko 3. Rekisteritutkimukseen sisällytettyjen väkivallan ja lähisuhdeväkivallan uhrien määrät vuosilta 2015–2020 (tutkimusjoukko 2)

	Lähisuhdeväkivallan uhrin	
	Miehet	Naiset
Poliisin perhe- ja lähisuhdeväkivalta-aineisto		
2015	833	3 377
2016	828	2 980
2017	705	2 600
2018	757	2 537
2019	790	2 497
2020	795	2 374
Yhteensä	4 708	16 365

Vuosien 2015 ja 2021 välisenä aikana yhteensä 21 073 lähisuhdeväkivallan uhria tunnistettiin poliisin asiakasrekisteristä (Taulukko 3). Kaikkiaan 4 921:tä (18,6 %) tästä otoksesta seurattiin enintään 6 vuoden ajan sen jälkeen, kun heidät tunnistettiin ensimmäisen kerran uhreiksi vuonna 2015, 4 334:ää (16,4 %) seurattiin enintään 5 vuotta, 4 265:tä (16,4 %) seurattiin enintään 4 vuotta, 4 498:aa (17,0 %) seurattiin enintään 3 vuotta, 4 249:ää (16,1 %) seurattiin enintään 2 vuotta ja 4 163:a (15,8 %) seurattiin enintään vuoden ajan. Taulukossa 3 on esitetty rekisterien avulla tunnistettujen väkivaltauhrien vuotuinen määrä vuosina 2015–2020.

4.3 Aineistot: Väestötutkimus

Tilastokeskus toteutti Euroopan unionin tilastotoimisto Eurostatin koordinoiman Gender Based Violence (GBV) -tutkimuksen Suomessa vuodenvaihteessa 2021–2022 verkko- ja postilomakekyselynä.

Tutkimuksen ensisijaisen kohdejoukon muodostivat Suomessa asuvat 18–74-vuotiaat naiset, joita poimittiin tutkimuksen otokseen yhteensä 15 000. Lisäksi tutkimukseen poimitiin kansallisia tarkasteluja varten lisäositteina 5 000 iältään 18–74-vuotiasta miestä sekä 5 000 iältään 16–17-vuotiasta nuorta naista. Otokseen poimitut henkilöt edustavat ikäistään väestöä Suomessa.

Tutkimuksen vastaajat kutsuttiin mukaan kotiin toimitetulla kirjeellä ja esitteellä. Heidä muistutettiin vastaamisesta ja motivoitiin osallistumaan kirjemuistutusten lisäksi myös

sähköpostitse sekä puhelimitse. Puhelinhaastattelijat pyrkivät keruujakson aikana motivoimaan vielä vastaamattomia osallistumaan verkkotiedonkeruun siten, että puhelinmotivoinnit pyrittiin kohdentamaan tiedonkeruussa aliedustetuille ryhmille.

Tutkimukseen vastasi helmikuun 2022 loppuun mennessä yhteensä 7 768 henkilöä, joista 81 % oli naisia ja 19 % miehiä. Osallistujien ikä vaihteli 16–74 vuoden välillä keski-ikä ollessa 42 vuotta. Alaikäisiä oli noin viidesosa kaikista vastaajista. Valtaosa vastanneista oli Suomen kansalaisia: Suomessa asuvia muiden maiden kansalaisia oli vastaajista alle 4 %. Vastanneista lähes puolet oli suorittanut vähintään toisen asteen tutkinnon ja 41 % korkeakoulututkinnon. Lähes kaksi kolmasosaa vastanneista oli joko työelämässä tai opiskeli. Taulukossa 4 on esitetty kyselyn vastausaste taustamuuttujien mukaan eriteltynä.

Taulukko 4. Vastausaste ja otos ikäryhmän, äidinkielen, lasten lukumäärän, koulutuksen ja ammattitiedon mukaan

	Vastausaste, miehet	Vastausaste, naiset	Otos, miehet	Otos, naiset
Kaikki	28,7 %	31,5 %	4 999	19 989
Ikäryhmä				
16–17		32,4 %	-	5 000
18–24	18,7 %	29,0 %	535	1 522
25–34	24,8 %	29,5 %	933	2 635
35–44	25,4 %	27,1 %	927	2 628
45–54	26,0 %	30,0 %	828	2 494
yli 55	36,7 %	35,7 %	1 776	5 710
Äidinkieli				
Suomi	28,8 %	32,3 %	4 361	17 584
Ruotsi	35,5 %	36,0 %	251	975
Muu	22,5 %	18,6 %	387	1 430
Biologisten lasten lukumäärä				
Ei lapsia	30,5 %	33,7 %	3 637	15 797
1	26,4 %	27,6 %	557	1 732
2	22,3 %	25,5 %	539	1 653
3	21,5 %	23,3 %	181	559
4 tai enemmän	20,3 %	15,9 %	79	232

	Vastausaste, miehet	Vastausaste, naiset	Otos, miehet	Otos, naiset
Koulutusaste				
Ei perusasteen jälkeistä / tuntematon	16,9 %	22,0 %	1 220	7 964
Lukio tai ammatillinen toinen aste	25,5 %	26,8 %	2 331	6 001
Erikoisammattitutkinto	20,0 %	35,3 %	50	139
Opistotutkinto	41,8 %	42,5 %	311	1 749
Alempi korkeakoulututkinto	40,6 %	36,9 %	566	2 263
Ylempi korkeakoulututkinto	49,3 %	46,0 %	471	1 733
Tutkijakoulutus	60,0 %	49,3 %	50	140
Ammattiryhmä				
Ei ammattitietoa	26,3 %	28,7 %	2 044	10 986
0 Sotilaat	28,6 %	33,3 %	14	3
1 Johtajat	34,1 %	42,0 %	167	207
2 Erityisasiantuntijat	47,1 %	42,6 %	590	1 892
3 Asiantuntijat	36,2 %	38,0 %	456	2 018
4 Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	25,8 %	41,5 %	93	739
5 Palvelu- ja myyntityöntekijät	26,0 %	24,7 %	350	2 699
6 Maanviljelijät, metsätyöntekijät ym.	31,7 %	36,5 %	101	137
7 Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät	19,8 %	23,4 %	565	171
8 Prosessi- ja kuljetustyöntekijät	19,6 %	30,7 %	404	270
9 Muut työntekijät	26,3 %	21,8 %	175	705
X Tuntematon	20,0 %	29,6 %	40	162

Taulukossa 5 on esitetty vastaajien demografiset tiedot. Kyselyn otos ei sisältänyt alle 18-vuotiaita miehiä, mikä vaikutti ikäjakauman lisäksi tilastollisesti merkitsevästi myös vastaajien koulutus- ja työllisyysjakaumaan. Kyselyyn vastanneiden naisten osuus oli siten merkitsevästi miehiä suurempi opiskelijoiden sekä korkeintaan toisen asteen koulutuksen suorittaneiden joukossa. Vastaavasti miehiä oli naisiin verrattuna merkitsevästi enemmän sekä työelämässä, työttömänä että eläkkeellä. Miesten osuus oli merkitsevästi suurempi yli 26-vuotiaiden ikäluokissa sekä vähintään ylemmän korkeakoulututututkinnon suorittaneiden joukossa. Naiset arvioivat taloudellisen tilanteensa merkitsevästi miehiä

huonommaksi ja raportoivat miehiä useammin olevansa riippuvaisia puolisosstaan. Toisaalta miehet arvioivat sosiaaliset tukiverkkonsa merkitsevästi naisia huonommiksi. Koe-tussa terveydentilassa tai äidinkielessä ei ollut merkitseviä eroja naisten ja miesten välillä.

Tiedonkeruun otanta-asetelma ja vastauskato on oikaistu kaksivaiheisella painotuksella, jossa otoksen poimintaan liittyvä asetelmapaino korotettiin ositekohtaisesti vastauska-don oikaisevalla painotuksella Laaksosen & Hämäläisen (2018) ehdottamalla kaksivaihei-sella menetelmällä. Vastauskatopaino laskettiin vastanneiden aineistolle malliperusteis-esti siten, että painotuksessa hyödynnettiin otantakehikossa mukana olleita muuttujia (ikä, koulutus, lasten lukumäärä, ammattiasema, alue, kuntatyyppi, siviilisääty). Katomallin avulla estimoitu paino kalibroitiin seuraavassa vaiheessa vastaamaan väestön koulutus-, ikä- ja pääasiallisen toiminnan rakennetta miehille ja naisille erikseen.

Vastanneista 81 % oli joskus elämänsä aikana ollut parisuhteessa. Kyselyhetkellä parisuh-teessa oli 64 % vastanneista. Parisuhteessa olevista vastanneista 62 % oli naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa ja 22 % avoliitossa. Suurimmalla osalla vastanneista nykyi-nen suhde oli kestänyt yli kymmenen vuotta ja lähes joka viidennellä oli samassa kotita-loudessa asuvia omia tai puolison lapsia. Miehistä merkitsevästi suurempi osa oli vastaus-hetkellä parisuhteessa. Vastaavasti naisista merkitsevästi useampi ei ollut koskaan eläes-sään ollut parisuhteessa. Toisaalta merkitsevästi suuremmalla osalla naisista oli kuitenkin samassa kotitaloudessa asuvia lapsia.

Parisuhdeväkivaltakokemuksia kartoitettiin kyselyssä vain niiltä vastaajilta, jotka olivat vas-taamisen aikaan parisuhteessa tai joilla oli joskus aiemmin ollut parisuhde. Kuvailevia tie-toja lähisuhdeväkivaltakokemusten yleisyydestä sekä terveys-, sosiaali- ja oikeuspalvelui-den käytöstä raportoitiin sukupuolittain sekä erikseen alaikäisille vastaajille. Palveluiden tarvetta mallinnettiin regressioanalyysin keinoin ainoastaan kyselyyn vastanneiden nais-ten joukossa, sillä lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden miesten määrä aineistossa oli niin pieni.

Taulukko 5. Kyselytutkimuksen vastaajien taustatiedot

	Kaikki	Naiset	Miehet	Merkitsevä sukupuoliero
Ikä				$p < ,001$
16–17 v.	20,7 %	25,4 %	0 %	
18–25 v.	8,4 %	8,3 %	8,7 %	
26–35 v.	12,8 %	12,0 %	16,3 %	
36–45 v.	12,3 %	11,4 %	16,1 %	
46–55 v.	12,8 %	12,0 %	15,9 %	
56–65 v.	17,8 %	16,7 %	22,3 %	
66 v. tai vanhempi	15,3 %	14,0 %	20,7 %	
Äidinkieli				-
Suomi tai ruotsi	94,5 %	94,6 %	94,0 %	
Muu	5,5 %	5,4 %	6,0 %	
Koulutustaso				$p = ,001$
Ei perusasteen jälkeistä	0,1 %	0,1 %	0,1 %	
Keskiaste	54,9 %	56,0 %	50,2 %	
Alempi korkea-aste	4,4 %	4,2 %	4,9 %	
Ylempi korkea-aste tai tutkija	40,6 %	39,7 %	44,7 %	
Työtilanne				$p < ,001$
Töissä	47,3 %	44,6 %	58,6 %	
Työtön	3,9 %	3,7 %	4,9 %	
Eläkkeellä tai työkyvytön	20,8 %	19,2 %	27,9 %	
Opiskelija	27,0 %	31,4 %	8,1 %	
Muu (mm. armeija tai hoitovapaa)	0,9 %	1,0 %	0,5 %	
Taloudellinen ja sosiaalinen tilanne				
Pystyisi kattamaan yllättäviä menoja omista tuloista	80,3 %	78,0 %	89,9 %	$p < ,001$
Riippuvainen puolisoista taloudellisesti tai muulla tavalla	17,4 %	18,7 %	12,7 %	$p < ,001$
Mahdollisuus asua väliaikaisesti muualla kuin kotona	95,1 %	95,9 %	91,8 %	$p < ,001$

	Kaikki	Naiset	Miehet	Merkitsevä sukupuoliero
Mahdollisuus keskustella henkilökohtaisista asioista kodin ulkopuolella	86,9 %	88,6 %	79,8 %	$p < ,001$
Koettu terveydentila				-
Erittäin hyvä	22,9 %	23,1 %	21,9 %	
Hyvä	50,6 %	50,8 %	49,6 %	
Kohtalainen	22,2 %	21,8 %	23,8 %	
Huono	4,0 %	3,9 %	4,4 %	
Erittäin huono	0,4 %	0,5 %	0,3 %	
Parisuhdetilanne				$p < ,001$
Avio- tai avoliitossa	53,9 %	50,4 %	69,30 %	
Seurustelukumppani	10,3 %	11,1 %	6,9 %	
Ei parisuhteessa	35,8 %	38,6 %	23,9 %	
Nykyisen suhteen kesto				$p < ,001$
Alle 1 vuosi	6,5 %	7,5 %	2,9 %	
1–5 vuotta	18,1 %	19,3 %	13,6 %	
6–10 vuotta	12,1 %	12,1 %	12,0 %	
11–20 vuotta	18,8 %	18,4 %	20,0 %	
21 vuotta tai yli	44,6 %	42,6 %	51,4 %	
Aiempi parisuhde				$p < ,001$
Ei koskaan parisuhteessa	19,0 %	21,2 %	9,5 %	
Eronnut	9,2 %	9,3 %	9,1 %	
Leski	2,3 %	2,6 %	11,7 %	
Entinen seurustelu- tai avokumppani	69,5 %	67,1 %	80,3 %	
Kotona asuvat lapset				$p = ,049$
Ei lapsia	80,4 %	66,1 %	77,9 %	
0–6-vuotiaita lapsia	8,3 %	8,3 %	9,1 %	
7–15-vuotiaita lapsia	8,4 %	6,5 %	10,0 %	
16-vuotiaita tai vanhempia lapsia	2,9 %	2,4 %	3,0 %	

Tilastollisesti merkitsevät sukupuolierot solufrekvensseissä (mukautettu jäännös ≥ 2.0 tai ≤ -2.0) merkitty lihavoinnilla.

4.4 Mittarit: Rekisteritutkimus

Rekisteritutkimuksessa riippumattomia muuttujia olivat vastaajien väkivaltakokemukset ICD-10 tautiluokituksen koodeilla mitattuna. Riippuvana muuttujana oli puolestaan terveydenhuollon kustannukset vuosina 2015–2020. Koska kaikissa rekistereihin sisällytetyissä diagnoosikoodeissa ei ole eroteltu väkivallan tekijää, on aineistosta analysoitu väkivallan uhrien terveystalveluiden käyttöä käyttäen kahta eri määritelmää väkivallan uhreista. Laajalla määritelmä väkivallan uhreista tarkoittaa kaikkia väkivallan uhreja väkivallan tekijästä riippumatta. Suppea määritelmä lähisuhdeväkivallasta tarkoittaa parisuhdeväkivaltaa eli tapauksia, jossa väkivallan tekijäksi on määritelty puoliso tai kumppani (ja turvakotiaineistossa lisäksi muu läheinen henkilö). Seuraavissa osioissa on kuvattu tarkemmin rekisteritutkimuksessa käytetyt muuttujat.

4.4.1 Väkiualta terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekistereissä (laaja määritelmä)

Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että lähisuhdeväkivallan tekijäkoodien merkitseminen potilastietoihin on puutteellista ja tapausten määrät siten aliraportoituja terveydenhuollon potilasjärjestelmissä (Kivelä, 2020; Siltala, 2021). Rekisteritutkimuksissa on siis korkea riski sille, että kaikkia lähisuhdeväkivaltatapauksia ei tavoiteta mukaan tutkimukseen. Tämän vuoksi määrittelimme tässä tutkimuksessa väkivallan ensin laajasti, jotta pystyisimme alkuvaiheessa löytämään potilasrekistereistä mahdollisimman suuren osa lähisuhdeväkivallan uhreista. Sen jälkeen väkiualta määritellään suppeammin lähisuhdeväkivallaksi, jolloin määritelmä sisältää asiakasrekistereissä lähisuhdeväkivaltaa kokeviksi tunnistetut tapaukset. Tässä tapauksessa pääosin parisuhdeväkivaltaa kokevat.

Taulukko 6. Väkiualtan laajan määritelmän ICD-10 koodit terveydenhuollon rekistereissä ja turvakotirekisteri

ICD-10 / Turvakodit	ICD-10 päädiagnoosi
T74	Pahoinpitelyoireyhtymät
Z63.0	Aviopuolisoiden tai kumppaneiden suhteeseen liittyvät ongelmat
S00-99 + X85—Y09 + lisäkoodi (xxx.0)	Ulkoinen syy (murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely ja toimintatapa) (X85-Y09) JA Parisuhdeväkivaltaa indikoiva lisäkoodi: puoliso tai kumppani (xxx.0)
Turvakotien asiakkaat	

Oheisessa taulukossa 6 on lueteltu väkivallan laajan määritelmän taustalla olevat ICD-10 koodit. Lisäksi väkivallan laaja määritelmä sisältää turvakotien asiakasrekistereistä saadut tiedot, joita käytetään samalla tavalla väkivallan laajassa ja suppeassa määritelmässä. Tarkemmat ICD-10 luokitusta koskevat tiedot esitetään liitteessä 3. Väkivallan laaja määritelmä ICD-10 luokituksen pohjalta sisältää pahoinpitelyoireyhtymät, aviopuolisoiden ja kumppanien suhteeseen liittyvät ongelmat sekä vammat, myrkytykset ja eräiden muiden ulkoisten tekijöiden aiheuttamat vauriot, joissa väkivallan tekijäksi on koodattu puoliso tai kumppani.

Sisällytimme väkivallan laajaan määritelmään kaikki terveydenhuollon asiakasrekistereissä olevat pahoinpitelyoireyhtymä T74-diagnoosikoodit ilman tarkempia tekijäkoodeja (Taulukko 6). Tässä T74-diagnoosikoodien pääkategoriassa neljäs merkki tarkoittaa tiettyä pahoinpitelyn muotoa taulukossa 7 esitetyn kuvauksen mukaisesti (esim. T74.0 Hylkääminen ja suojattomaksi jättäminen).

Taulukko 7. ICD-10-luokituksen pääkoodi T74 (pahoinpitelyoireyhtymät)

Koodi	Kuvaus
T74.0	Hylkääminen ja suojattomaksi jättäminen
T74.1	Fyysinen pahoinpitely
T74.2	Seksuaalinen hyväksikäyttö
T74.3	Henkinen pahoinpitely
T74.8	Muu pahoinpitelyoireyhtymä
T74.9	Määrittämätön pahoinpitelyoireyhtymä

Päädiagnoosi Z63.0 "parisuhteen ongelmat" on määritelty seuraavasti: parisuhteen osapuolten välinen epäsopu, joka johtaa vakavaan tai pitkäaikaiseen itsehillinnän menetykseen, vihamielisyyden tai arvosteleavuuden yleistymiseen tai jatkuvaan vakavaan keskinäiseen väkivaltaan. (THL, 2011). Tämä luokitus, kuvaa väkivallan monien muotojen kohteeksi joutumista, joka on merkityksellinen käytettäväksi lähisuhdeväkivallan uhrien tunnistamiseksi (Olive, 2018).

Erilaisia vammoja kuvaavat ICD-10-diagnoosit S00-S99 sisältävät vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset (kuten pään vammat, kaulan vammat, rintakehän vammat jne.). Vamman syyksi on osoitettu muu kuin itse aiheutettu väkivalta. Lisäksi on mahdollista käyttää vammamekanismin tekijäkoodia, jossa viides merkkitaso 0 tarkoittaa puolison tai kumppanin tekemää väkivaltaa.

Turvakotien asiakastiedoista poimittiin kaikki lähisuhdeväkivaltaa kokevat henkilöt, joiden henkilötunnus oli tallennettu asiakastietojärjestelmään. Asiakastietoihin kirjataan myös tarkempaa tietoa väkivallasta esimerkiksi väkivallan muoto ja tekijä. Tämän tiedon saaminen ei kuitenkaan ollut mahdollista tämän tutkimuksen puitteissa, vaan se olisi edellyttänyt monelta toimijalta käsin tehtyä tietojen poimintaa. Turvakotitilastoista kuitenkin tiedetään, että asiakkaat ovat pääosin kokeneet parisuhdeväkivaltaa ja pieni osa on kokenut jotain muuta lähisuhdeväkivaltaa (Turvakotipalvelut 2020). Tämän vuoksi kaikki turvakotien asiakkaat sisällytettiin lähisuhdeväkivallan suppeaan määritelmään.

4.4.2 Lähisuhdeväkivalta terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekistereissä (suppea määritelmä)

Väkivallan suppea määritelmä tarkoittaa parisuhdeväkivaltaa kokevia terveydenhuollon asiakasrekistereissä ja lähisuhdeväkivaltaa kokevia turvakotien asiakasrekistereissä. Turvakotien aikuisista asiakkaista suurin osa on kokenut parisuhdeväkivaltaa ja pieni osa jonkun muun läheisen tekemää väkivaltaa (Turvakotipalvelut 2020).

Oheisessa taulukossa 8 on esitetty väkivallan suppeassa määritelmässä käytetyt ICD-10 koodit. Lisäksi suppea määritelmä sisältää turvakotien asiakkaat. Väkivaltaa kokeneet sisältävät ne terveydenhuollon asiakasrekistereissä olevat tapaukset, joissa väkivallan tekijä on puoliso tai kumppani.

Taulukko 8. Väkivallan suppean määritelmän ICD-10 koodit terveydenhuollon rekistereissä ja turvakotirekistereissä

ICD-10 / Turvakodit

	Pahoinpitelyoireyhtymä (T74) JA
T74 + X85—Y09 + lisäkoodi (xxx.0)	Ulkoinen syy (murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely ja toimintatapa) (X85-Y09) JA Parisuhdeväkivaltaa indikoiva lisäkoodi: puoliso tai kumppani (xxx.0)
Z63.0	Aviopuolisoiden tai kumppaneiden suhteeseen liittyvät ongelmat
	Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten tekijöiden aiheuttamat vauriot JA
S00-99 + X85—Y09 + lisäkoodi (xxx.0)	Ulkoinen syy (murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely ja toimintatapa) (X85-Y09) JA Parisuhdeväkivaltaa indikoiva lisäkoodi: puoliso tai kumppani (xxx.0)
Turvakotien asiakkaat	

Parisuhdeväkivaltaa kokeneet tunnistettiin terveydenhuollon rekistereissä käytettävien lisäkoodien avulla. Terveydenhuollon asiakasrekistereissä pahoinpitelyoireyhtymää kuvaavan diagnoosiluokan T74:n asettamisen yhteydessä potilastietoihin tulisi kirjata lisätietona pahoinpitelyn ulkoisen syyn koodi (X85-Y09) ja siihen sisältyen väkivallan tekijää indikoiva koodi. Lisäksi pääluokat S00-99 (vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset), jotka kuvaavat muita kuin itseaiheutettuja vammoja sisältävät mahdollisuuden käyttää väkivallan tekijää indikoivaa lisäkoodia. Tarkat tiedot koodeista on esitetty liitteessä 3.

Lisäkoodit X85-Y09 sisältävät tiedon ns. vammamekanismista, mutta ne mahdollistavat myös tekijäsuhteen tunnistamisen pahoinpitelytapauksissa. Jos lisäkoodin viides merkkitaso on 0, tarkoittaa se puolison tai kumppanin tekemää väkivaltaa (esimerkiksi X85.0 = Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely lääkeaineilla, lääkkeillä tai biologisilla aineilla; suorittajana puoliso tai partneri). Tarkemmat tiedot lisäkoodeista ovat nähtävissä liitteessä 3.

4.4.3 Väkivallan määritelmä poliisin rekisterissä

Tilastokeskuksen perhe- ja lähisuhdeväkivalta-aineisto perustuu poliisin Patja-järjestelmään¹⁰. Poliisin rekisterien pohjalta lähisuhdeväkivallan uhriksi on määritelty parisuhdeväkivallan uhrit. Näissä tapauksissa väkivalta tapahtui 1) avio- tai avopuolisoiden välillä, tai 2) entisten avio- tai avopuolisoiden välillä. Entisellä avopuolisolla tarkoitetaan puolisoa, jonka kanssa uhri on asunut avoliitossa viiden edellisen vuoden aikana, muttei tilastovuonna. Tilasto sisältää myös ne tapaukset, joissa uhrilla ja epäillyllä on yhteinen lapsi.

Tilastoon on poimittu kaikki tilastovuonna ilmoitetut rikokset. Perhe- ja lähisuhdeväkivaltaan liittyvinä rikoksina huomioidaan rikoslain 20 luvun seksuaalirikoksien ja 21 luvun henkeen ja terveyteen kohdistuvien rikoksien lisäksi vapaudenriisto (RL 25:1–2§), laiton uhkaus (25:7§), vainoaminen (25:7a§), pakottaminen (25:8§) ja ihmiskauppa (25:3§). Lisäksi huomioidaan ryöstö (31:1§) ja kiristysrikokset (31:3§) (Rikoslaki 39/1889). Huomioitujen rikosten on lueteltu liitteessä 4.

10 https://tilastokeskus.fi/til/rpk/2020/15/rpk_2020_15_2021-06-01_laa_001_fi.html

4.4.4 Vertailuryhmä

Väkivallasta aiheutuvien kustannusten estimoimista varten tunnistetuille väkivallan uhreille muodostettiin vertailuryhmät. Ensimmäinen vertailuryhmä määriteltiin väkivallan suppean määritelmän perusteella (vain lähisuhdeväkivalta) ja toinen vertailuryhmä määriteltiin laajemman uhrimääritelmän perusteella (lähisuhdeväkivalta + muu väkivalta).

Kumpaakin tutkimusjoukkoa verrattiin iältään ja sukupuoleltaan vastaavaan vertailuryhmään, jotka olivat viisi kertaa suurempia kuin väkivaltauhrien ryhmät. Näitä vertailukäytännön henkilöitä ei ollut tunnistettu lähisuhdeväkivaltauhreiksi kyseisistä aineistoista vuosien 2015 ja 2020 välisenä aikana. Molemmat vertailupopulaatiot valittiin Digi- ja väestötietoviraston (DVV) kautta.

4.4.5 Terveyspalveluiden käyttö ja niiden kustannukset

Rekisteritutkimuksessa lähisuhdeväkivallan kustannuksiin sisällytettiin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä psyykenlääkkeiden käytöstä aiheutuneet kustannukset. Kustannusten lähteitä koskevat tiedot on kuvattu liitteessä 5.

Perusterveydenhuollon palveluihin sisältyivät terveyskeskukset, koulu- ja opiskelija-terveydenhuolto, neuvolat, mielenterveyspalvelut, fysioterapia, suun terveydenhuolto, päihdepalvelut sekä kotihoito. Näiden palveluiden kustannustiedot pohjautuivat THL:n vuoden 2017 yksikkökustannuksiin (Mäklin & Kokko, 2021). Jos tietyn käyntityypin kustannusta ei oltu määritelty edellä mainituissa yksikkökustannuksissa, käytettiin tutkimuksessa vastaavanlaisen toisen käyntityypin kustannusta.

Erikoissairaanhoidon käyntien kustannukset määriteltiin DRG-luokittelujärjestelmän hinnoittelun avulla. Psykiatrian käynneille ei ole määritelty DRG-kustannuspainoja, joten niiden kohdalla käytettiin THL:n yksikkökustannuksia. DRG pohjautuu potilaskohtaiseen kustannuslaskelmaan. "Järjestelmä perustuu ajatukseen kohdistaa sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset aiheuttamisperiaatteella hoitoa saaneeseen potilaaseen. Potilaaseen kohdistetaan kaikki hänen hoitamisestaan aiheutuneet kustannukset, kuten lääkäri- ja hoitajatyö, lääkkeet, tutkimukset ja toimenpiteet sekä yleiskustannukset kuten kiinteistö- ja hallintokustannukset." (FCG Konsultointi Oy, 2021)

NordDRG on potilasluokitusjärjestelmä, jota hallinnoi ja ylläpitää Nordic Casemix Center. Suomessa NordDRG on laajasti käytössä yliopistollisissa sairaaloissa, mutta osa sairaaloista ei käytä järjestelmää kaikkiin käynteihin.

Tätä tutkimusta varten THL ajoi kaikki HILMO-aineiston havainnot (vuodeosasto- ja poliklinikkakäynnit) NordDRG-ryhmittelijän läpi tuottaakseen DRGF-muuttujan ja estimoi hoidon kustannukset yhdistäen lasketut DRG-painot ja kerätyn kustannusaineiston. Kaikki havainnot tarkoittavat sairaalahoitoa, laitoshoidon (yöpymiset) ja avohoidon käyntejä. Tämä nimettiin tässä tutkimuksessa DRGF-kustannustiedoksi.

Psyykenlääkkeiden käyttömäärät ja kustannukset perustuivat KELA:n lääkekorvaustietoihin.

4.5 Mittarit: Väestötutkimus

Väestötutkimuksessa riippumattomia muuttujia olivat vastaajien lähisuhdeväkivallan kokemukset aikuisuudessa ja lapsuudessa. Riippuvia muuttujia olivat puolestaan sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden käyttö sekä palveluiden käytöstä aiheutuvat kustannukset. Seuraavissa osioissa on kuvattu tarkemmin väestötutkimuksessa käytetyt muuttujat.

4.5.1 Lähisuhdeväkivalta

Väestötutkimuksessa lähisuhdeväkivalta määriteltiin pari- ja perhesuhteissa tapahtuvaksi väkivallaksi, joka voi Istanbulin sopimuksen määritelmän mukaisesti olla fyysistä, seksuaalista tai henkistä väkivaltaa tai vainoa.

Ilmenneen väkivallan osalta GVB tiedonkeruun tavoittelema analyysiyksikkö pohjaa nk. *väkivaltaepisodin* määrittelyyn, joka kuvaa saman tekijän määrättyllä ajanjaksolla harjoittamaa kerta- tai toistuvaa väkivaltaa. Kullakin väkivaltaepisodilla on määrätyn tekijän lisäksi eroteltavissa koetun väkivallan intensiteetti, väkivaltaepisodin kesto, tarkemat koetun väkivallan muodot sekä seuraukset. Kumppaniväkivallan lisäksi tiedonkeruu pyrkii erikseen tunnistamaan työpaikalla ja lapsuudessa sekä muualla koetun väkivallan ja sen seuraukset. Näistä kokemuksista tähän tutkimukseen on otettu mukaan lapsuudessa koettu väkivalta. Väkivaltaepisodien ajallisessa määrittelyssä keskitytään erottamaan akuutti 12 kk aikavälillä tapahtunut väkivalta keskipitkästä 1–5 vuoden aikana ilmenneestä väkivallasta sekä tätä aikaisemmin koetusta.

Väkivaltaepisodien määrittely pohjautui Eurostatin rajaamiin viiteaikoihin, joiden mukaisesti vastaajien lähisuhdeväkivaltakokemukset jaoteltiin kuluneen vuoden, kuluneen viiden vuoden sekä yli viiden vuoden takaisiin tapahtumiin. Väkivaltaepisodit määriteltiin erikseen fyysiselle ja seksuaaliselle väkivallalle (uhkailujen kanssa ja ilman) sekä henkiselle väkivallalle. Näiden episodien yleisyys väestötutkimukseen vastanneiden naisten keskuudessa on esitetty taulukossa 9.

Viimeisimmästä väkivaltaepisodista kysytään lisäksi tarkentavina kysymyksinä väkivallan suorat terveydelliset seuraukset (oireet, ruhjeet, poissaolo töistä) sekä palveluiden piiriin hakeutuminen seuraavilla kysymysmuotoiluilla (jos kumppaniväkivaltaa on ilmennyt):

Puhuitko tästä tapauksesta jollekin sosiaali- tai terveyspalveluissa (esimerkiksi lääkärille, sairaanhoitajalle tai sosiaalityöntekijälle)?

Soititko auttavaan puhelimeen, kriisipuhelimeen tai otit muuten yhteyttä johonkin uhrien tukijärjestöön?

Otitko tapahtuneen seurauksena yhteyttä johonkin tukea tarjoavaan organisaatioon tai järjestöön? Otitko yhteyttä sosiaalipalveluihin?

Otitko yhteyttä ensi- tai turvakotiin?

Otitko yhteyttä rikosuhripäivystykseen tai muuhun rikoksen uhreja auttavaan palveluun?

Otitko yhteyttä kirkkoon tai muuhun uskonnolliseen järjestöön?

Otitko yhteyttä oikeusneuvontaa tarjoavaan palveluun?

Ilmoititko tapahtuneesta poliisille?

Väkivaltaepisodien lisäksi palveluiden tarvetta mallinnettiin myös **lähisuhdeväkivallan seurauksien** avulla, joiksi määriteltiin vastaajien raportoima psyykkinen oireilu väkivaltaan liittyen, väkivallasta aiheutunut ruhje, mustelma tai muu vamma sekä avun hakeminen terveydenhuollosta lähisuhdeväkivaltaan liittyen. Näiden seurausten yleisyys väestötutkimukseen vastanneiden naisten joukossa on nähtävissä taulukossa 10. Suorien fyysisten vammojen aiheutumisesta sekä lääketieteellisen hoidon tarvetta kysyttiin seuraavilla muotoiluilla:

Aiheutuiko edellä mainituista tapahtumista sinulle jotakin seuraavista: [ruhjeet, mustelmat, murtumat, viiltohaavat, palovammat, päänseudun vammat]?

Saitko lääketieteellistä hoitoa tapahtuneen vuoksi?

Väkivaltaepisodin psyykkisiä seurauksia puolestaan mitattiin seuraavalla kysymyksellä:

Kärsitkö joistakin psyykkisistä oireista tapahtuneen seurauksena, esimerkiksi masennuksesta, paniikkikohtauksista, keskittymisvaikeuksista, nukkumis- tai syömisvaikeuksista?

Taulukko 9. Väkivaltaepisodien yleisyys yhden ja viiden vuoden tarkastelujaksoilla 16–74-vuotiaiden naisten keskuudessa iän, äidinkielen, lasten määrän, sosioekonomisen statuksen ja koulutuksen mukaan

	Fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa (ml. uhkailu)		Fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa (pl. uhkailu)		Henkistä väkivaltaa		N
	1 v	5 v	1 v	5 v	1 v	5 v	
Kaikki	2,5 %	9,2 %	2,2 %	7,3 %	14,2 %	41,4 %	6 196
Ikä							
16–19 v.	4,3 %	12,5 %	4,0 %	9,9 %	6,2 %	20,3 %	1 698
20–29 v.	5,6 %	18,3 %	5,0 %	14,5 %	12,6 %	36,1 %	716
30–39 v.	3,0 %	11,1 %	2,2 %	8,7 %	12,5 %	44,0 %	699
40–49 v.	2,7 %	11,7 %	2,3 %	9,3 %	16,0 %	50,5 %	699
50–59 v.	1,7 %	5,9 %	1,4 %	4,9 %	16,8 %	49,1 %	878
60–69 v.	0,7 %	2,7 %	0,7 %	2,5 %	14,1 %	37,8 %	1 097
70–74 v.	0,5 %	3,0 %	0,5 %	1,7 %	16,4 %	32,6 %	409
Äidinkieli							
Muu äidinkieli	2,3 %	5,9 %	2,1 %	5,7 %	11,4 %	27,5 %	316
Suomi tai ruotsi	2,6 %	9,5 %	2,2 %	7,5 %	14,4 %	42,6 %	5 880
Lasten määrä							
Ei lapsia	2,4 %	8,3 %	2,0 %	6,6 %	13,4 %	38,8 %	5 149
1 lapsi	2,6 %	10,3 %	2,2 %	7,6 %	13,1 %	47,6 %	471
2 lasta	2,7 %	10,6 %	2,7 %	10,4 %	17,1 %	50,0 %	410
3 lasta tai enemmän	4,4 %	16,9 %	3,2 %	10,6 %	22,5 %	46,3 %	166
Työtilanne							
Työllinen	2,5 %	9,6 %	2,0 %	7,3 %	15,1 %	45,6 %	2 763
Työtön tai työkyvytön	5,1 %	16,1 %	4,7 %	14,5 %	13,2 %	40,9 %	376
Eläkeläinen	0,8 %	3,4 %	0,8 %	2,7 %	14,7 %	35,7 %	1 107
Opiskelija/ varusmies	3,8 %	12,8 %	3,1 %	9,8 %	8,6 %	30,7 %	1 950
Koulutus							
Ei perusasteen jälkeistä	2,1 %	7,2 %	1,9 %	5,9 %	9,7 %	31,7 %	1 689
Keskiaste	3,3 %	11,8 %	2,9 %	9,6 %	12,1 %	41,4 %	1 508
Alempi korkea-aste	3,1 %	8,9 %	2,8 %	6,6 %	15,0 %	45,8 %	534
Ylempi korkea-aste tai tutkija	1,8 %	7,5 %	1,4 %	5,9 %	16,9 %	42,2 %	2 465

Taulukko 10. Väkivaltaepisodien seurausten yleisyys yhden ja viiden vuoden tarkastelujaksolla 16–74-vuotiaiden naisten keskuudessa iän, äidinkielen, lasten määrän, sosioekonomisen statuksen ja koulutuksen mukaan

	Psyykkistä oireilua liittyen väkivaltaan		Ruhje, mustelma tai vamma		Yhteydessä terveydenhoitoon väkivaltaan liittyen	
	Koskaan	5 v	1 v	5 v	1 v	5 v
Kaikki	12,0 %	5,0 %	1,1 %	3,2 %	0,5 %	1,7 %
Ikä						
16–19 v.	7,5 %	7,5 %	1,2 %	1,9 %	0,2 %	1,3 %
20–29 v.	14,2 %	11,6 %	3,0 %	7,1 %	1,1 %	3,4 %
30–39 v.	14,7 %	5,4 %	0,8 %	3,4 %	0,3 %	1,9 %
40–49 v.	16,0 %	5,8 %	1,2 %	4,1 %	1,1 %	2,3 %
50–59 v.	12,8 %	3,3 %	0,9 %	2,5 %	0,4 %	1,4 %
60–69 v.	8,2 %	1,3 %	0,3 %	0,9 %	0 %	0,5 %
70–74 v.	4,7 %	0,6 %	0,5 %	1,0 %	0,3 %	0,8 %
Äidinkieli						
Muu äidinkieli	11,3 %	4,3 %	1,6 %	2,2 %	1,5 %	1,8 %
Suomi tai ruotsi	12,1 %	5,1 %	1,1 %	3,3 %	0,4 %	1,7 %
Lasten määrä						
Ei lapsia	11,1 %	4,7 %	1,1 %	2,7 %	0,4 %	1,3 %
1 lapsi	14,9 %	5,2 %	1,0 %	3,7 %	0,8 %	2,4 %
2 lasta	13,9 %	6,1 %	1,1 %	4,7 %	1,1 %	3,3 %
3 lasta tai enemmän	15,3 %	6,7 %	2,3 %	5,7 %	0,4 %	3,4 %
Työtilanne						
Työllinen	12,4 %	4,6 %	0,9 %	3,3 %	0,3 %	1,5 %
Työtön tai työkyvytön	18,7 %	10,6 %	2,8 %	6,0 %	1,8 %	4,2 %
Eläkeläinen	8,4 %	1,8 %	0,8 %	1,5 %	0,4 %	1,0 %
Opiskelija/ varusmies	10,4 %	8,3 %	1,3 %	3,2 %	0,4 %	2,0 %
Koulutus						
Ei perusasteen jälkeistä	11,1 %	5,1 %	0,8 %	2,9 %	0,1 %	0,5 %
Keskiaste	14,5 %	6,6 %	1,8 %	4,0 %	0,7 %	2,1 %
Alempi korkea-aste	14,9 %	4,3 %	1,7 %	3,7 %	1,2 %	1,9 %
Ylempi korkea-aste tai tutkija	9,0 %	3,8 %	0,5 %	2,4 %	0,2 %	1,6 %

Parisuhdekumppanin määritelmä sisältää kaikki nykyiset ja entiset avio- tai avopuolisot sekä seurustelukumppanit riippumatta esimerkiksi iästä, kumppanin sukupuolesta tai suhteen kestosta. Vastaajat saivat itse määrittää, olivatko he koskaan olleet parisuhteessa ja (ex-)kumppanien tekemää väkivaltaa tiedusteltiin vain niiltä vastaajilta, jotka ilmoittivat olleensa parisuhteessa vastaushetkellä tai joskus aiemmin.

Lapsuusajan väkivaltakokemuksia tiedusteltiin kaikilta vastaajilta. Vastaajilta kysyttiin, olivatko he lapsuudessaan kokeneet vanhempien tekemää fyysistä tai henkistä väkivaltaa tai todistaneet vanhempiensa välistä fyysistä tai henkistä väkivaltaa. Vanhemmaksi määriteltiin kyselyssä vastaajan kasvattamisesta vastannut henkilö. Biologisen äidin tai isän lisäksi määritelmän saattoi täyttää myös isä- tai äitipuoli, muu huoltaja tai esimerkiksi iso- vanhemmat, jos heillä oli merkittävä vastuu vastaajan kasvatuksesta. Lisäksi vastaajilta kysyttiin, olivatko he kokeneet lapsuudessaan vanhemman, sisaruksen, muun sukulaisen tai muun läheisen henkilön tekemää seksuaalista väkivaltaa.

Fyysiseksi väkivallaksi määriteltiin kaikki vastaajaan kohdistuvat tahalliset teot, jotka aiheuttivat tälle fyysistä haittaa ja pelkoa, mukaan lukien lyöminen, läimäyttäminen, potkiminen, tukistaminen, kuristaminen, esineellä heittäminen sekä terä- tai tuliaseen käyttö. Laajasti määritettynä fyysiseksi väkivallaksi laskettiin myös fyysisellä väkivallalla tai aseella uhkaaminen.

Seksuaaliseksi väkivallaksi määriteltiin kaikki vastaajaan kohdistuvat haitalliset ja ei-suostumukselliset seksuaaliset teot, mukaan lukien raiskaus, raiskauksen yritys, intiimi- alueiden koskettelu sekä uhkaaminen tai painostaminen seksuaalisiin tekoihin. Seksuaaliset teot voivat olla yhdyntää, suuseksiä, koskettelua tai alastomana poseeraamista.

Henkiseksi väkivallaksi määriteltiin kaikki vastaajaan kohdistuvat tahalliset, ei-fyysiset teot, jotka aiheuttivat tälle psyykkistä haittaa, mukaan lukien vähättely, nöyryyttäminen ja haukkuminen. Henkiseen väkivaltaan sisältyy myös kaikki haitallisen kontrollin muodot, esimerkiksi vastaajan sosiaalisten suhteiden rajoittaminen tai taloudellinen väkivalta.

Vainoamisen määritelmä täyttyi, jos yksi tai useampi henkilö oli toistuvasti sekä pelkoa, huolta tai ahdinkoa aiheuttaen lähettänyt vastaajalle ei-toivottuja viestejä tai lahjoja, soittanut uhkaavia tai hiljaisia puheluita, ottanut ei-toivotusti yhteyttä, vakoillut tai seurannut vastaajaa henkilökohtaisesti, vahingoittanut hänen omaisuuttaan tai eläimiään, sanonut hänelle uhkaavia tai kiusallisia kommentteja julkisesti tai julkaissut vastaajan henkilökohtaisia tietoja.

4.5.2 Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden käyttö

Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden käyttöä viimeisten 12 kk aikana kartoitettiin väestötutkimuksessa oheisilla kysymyksillä (muotoilut eivät alkuperäisiä). Lisäksi vastaajilta tiedusteltiin saatujen palveluiden riittävyyttä koettuihin tarpeisiin nähden. Terveyspalveluiden osalta tiedusteltiin vain vastaajien omaa palveluiden käyttöä, kun taas sosiaali- ja oikeuspalveluissa huomioitiin myös kotitaloudessa asuvien alaikäisten lasten käyttämät palvelut.

Vastausvaihtoehtoina olleet palvelut ovat nähtävillä liitteessä 6. Laitoshoidon osalta kysyttiin hoitovuorokausien lukumäärää, muiden palveluiden osalta palvelupaikassa käyntien tai työntekijän tapaamisten lukumäärää.

- 1) Kuinka monta kertaa sinä tai kotitalouteesi mahdollisesti kuuluvat alaikäiset lapset olette viimeisten 12 kuukauden aikana yhteensä käyttäneet seuraavia **sosiaalipalveluja**? Arvio riittää. Jos ette ole käyttäneet palvelua viimeisten 12 kuukauden aikana, merkitse 0.
- 2) Kuinka monta kertaa sinä tai kotitalouteesi mahdollisesti kuuluvat alaikäiset lapset olette viimeisten 12 kuukauden aikana yhteensä käyttäneet seuraavia **oikeuspalveluita** tai olleet asianosaisina niitä koskevissa prosesseissa? Arvio riittää. Jos ette ole olleet asianosaisina viimeisten 12 kuukauden aikana, merkitse 0.
- 3) Kuinka monta kertaa sinä olet viimeisten 12 kuukauden aikana käyttänyt seuraavia **terveydenhuollon palveluja**? Arvio riittää. Jos et ole käyttänyt palvelua viimeisten 12 kuukauden aikana, merkitse 0.

Koska GBV-tiedonkeruu on väestötutkimus, johon tutkittavat on poimittu mukaan melko suoraviivaisella implisiittisesti ositetulla otannalla, ja jonka kohdeperusjoukkona ovat kaikki Suomessa asuvat 16–74-vuotiaat (pääositteessa naiset), vastaa jokainen keskimääräinen tutkimukseen osallistunut (N=6 167) keskimäärin noin 330 kohdeperusjoukkoon kuuluvan kokemusta. Tällöin on selvää, että väestötasolla harvinaisempien lähisuhdeväkivaltaan liittyvän palvelukäytön estimointi on hyvin haastavaa. Esimerkiksi vuoden 2021 ennakkotietoihin perustuen turvakotipalveluja käyttäneitä aikuisia oli 2 773 (Turvakotipalvelut, 2020). GBV-tutkimuksen otoskoko huomioiden tämä tarkoittaisi, että turvakotien asiakkaista vain noin 6–10 henkilöä päätyisi mukaan tutkimukseen. Lopullisessa tutkimusotoksessa heitä on neljä, mikä ei tilastollisen päättelyn näkökulmasta riitä luotettavaan palvelujen käytön estimointiin.

Yleisesti voidaan siis sanoa, että tämän mittaluokan väestötutkimuksella voidaan puhua mielekkään tarkoista estimaateista vain sellaisia ilmiöitä koskien, joiden esiintyvyyttä väestötasolla tarkoittaisi vähintään kymmenien tai satojen tuhansien havaintomääriä, koska vain tällaisista ilmiöistä voidaan saada estimoinnin kannalta riittävästi havaintoja.

Mutta koska GBV on toistaiseksi ainoa väestötasolla tilastollisesti edustava tutkimus, joka pyrkii kattamaan lähisuhdeväkivallan välittömiä ja välillisiä vaikutuksia näin kokonaisvaltaisesti, tullaan tämän osion tuloksia esittämään myös sellaisten ilmiöiden kohdalla, joissa havaintomäärät jäävät joihinkin kymmeneen. Toisin sanoen haluamme tämän raportin puitteissa pystyä sanomaan havaintomääriltään pienemmistä palveluista ja lähisuhdeväkivallan seurauksista jotakin, vaikka niihin liittyvä tilastollinen epävarmuus on suurta. Tämän epävarmuuden tuomme kuitenkin tulostaulukoissa avoimesti esille raportoimalla estimaatteihin liittyvät tilastolliset luottamusvälit ja keskivirheet. Tämä on tärkeä asia tiedostaa myös sellaiselle tulosten tulkitsijalle, joka tulevaisuudessa haluaa kenties verrata tuloksia johonkin lähitulevaisuudessa toteutettavan uuden tutkimuksen aineistoon.

GBV-aineiston havaintomäärä ei toisin sanoen riitä kuin lähisuhdeväkivallan yleisimpien palvelutarvevaikutusten estimointiin. Tämä tarkoittaa sitä, että aineistolla kyetään havaitsemaan vain sellainen palvelutarve, joka liittyy väestötasolla yleisimmin käytettyihin terveys-, sosiaali- ja oikeusapupalveluihin ja jonka tilastollinen yhteys lähisuhdeväkivallan välittömiin seurauksiin (terveydelliset seuraukset tai vastaajien kokema sosiaalipalvelujen tarve) on voimakas.

Ennen palvelukäytön mittareiden analyysiä niille tehtiin aineistossa sisäinen loogisuustarkistus, jotta huolimattomasti tai tarkoituksella virheellisesti annetut vastaukset eivät sotkisi palvelukäytön mallintamista. Epäuskottavan suuret palvelukäyttömäärät tunnistettiin vertaamalla annettuja vastauksia lomakkeen alkupäässä oleviin terveydentilaa koskeviin indikaattoreihin, ja sosiaalipalveluiden osalta esimerkiksi lastensuojelu- ja neuvola-palveluiden käyttöä verrattiin kotona asuvien lasten ikäjakaumaan.

Loogisuustarkistusten jälkeen palvelukysynnän tarkastelu rajattiin sellaisiin palvelutyyppeihin, joista aineistossa on havaintoja vähintään kahdella prosentilla vastaajista, koska tätä harvinaisempien palvelujen käytön estimoinnissa ei olisi lainkaan mieltä. Sisällöllisin perustein ulkopuolelle rajattiin lisäksi hammashoito, opiskelija- ja varusmiesterveydenhuolto, joihin liittyvää palvelutarvetta ei mallinnuksella kannata yrittää estimoida.

4.5.3 Palveluiden kustannukset

Väestötutkimuksen vastaajien palvelukäytön kustannusten arvoimiseksi kaikille liitteessä 6 luetelluille sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluille määritettiin keskiarvoinen yksikkökustannus. Yksikkökustannukset olivat joko THL:n määrittämiä (Mäklin & Kokko, 2021) tai palvelun tuottajan itse laskemia arvioita. Koska etenkin sosiaalipalveluiden kustannukset vaihtelevat huomattavasti kunnittain (Heino ym., 2016), määritettiin tutkimuksessa myös kustannushaarukka (min-max) niille palveluille, joille oli saatavilla useita kustannusarvioita.

Kaikki yksikkökustannukset on ilmoitettu vertailtavuuden vuoksi vuoden 2020 rahan arvoon suhteutettuna.

Terveydenhuollon kustannustiedot perustuivat kokonaisuudessaan THL:n julkaisemiin vuoden 2017 terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannuksiin (Mäklin & Kokko, 2021).

Sosiaalipalveluista THL:n kokoamat tiedot yksikkökustannuksista oli saatavilla lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijän tapaamiselle, päihdehoitovuorokaudelle, avopäihdehoidon työntekijän tapaamiselle sekä aikuis- ja perhesosiaalityöntekijän tapaamiselle. Auttavien netti- ja puhelinpalveluiden yksikkökustannus määräytyi puolestaan Nollalinjan palvelukustannusten perusteella (vuoden 2021 budjetti jaettuna vuoden aikana toteutuneiden puheluiden ja chat-keskusteluiden määrällä). Kaikkien muiden sosiaalipalveluiden yksikkökustannukset pohjautuivat THL:n julkaisemaan HuosTa-hankkeen loppuraporttiin (Heino ym., 2016).

Oikeuspalveluiden kustannuksista asianajajan tapaamisen yksikkökustannus perustui Asianajajaliiton ilmoittamaan keskimääräiseen tuntihintaan vuodelta 2017, kotihälytysten ja rikosilmoitusten yksikkökustannukset Poliisihallituksen vuoden 2020 tietoihin, sovittelutapaamisen kustannus THL:n julkaisemaan Rikos- ja riita-asioiden sovittelu 2020 -raporttiin (Elonheimo & Kuoppala, 2021) ja oikeuskäsittelyiden kustannukset puolestaan tuomioistuimien toiminnallisen tuloksellisuuden tunnuslukuihin vuodelta 2020.

4.5.4 Palveluiden kysyntä

Väestötutkimuksen sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden kuluneen vuoden käyttöä kuvaava mittaristo kuvaa näiden kaikkien palvelujen kokonaiskysyntää, josta vain pieni osa liittyy jollain tavalla lähisuhdeväkivaltaan. Palvelukäytön retrospektiiviseen arviointiin liittyy merkittäviä menetelmällisiä haasteita, sillä kuluneen 12 kk aikainen palvelukäyttö voi kyselytutkimuksen puitteissa perustua vain vastaajien omaan arvioon, johon voi liittyä erilaisia virhelähteitä. Terveyskeskuskäyntien määrää ja ajoittumista voi olla vaikea muistaa, jos niitä on käyttänyt 10 kk sitten verrattuna tilanteeseen, jossa terveyspalveluja on käyttänyt kuluneen kuukauden aikana. Arviot voivat siten olla vastaajakohtaisesti summittaisia tai ylimalkaisia, jos esimerkiksi oman kunnan terveyspalvelut on ulkoistettu yksityiselle toimijalle (raportoidako oma käynti silloin yksityisen vai julkisen puolen käyntinä?).

Kaiken kaikkiaan terveys- ja sosiaalipalvelujen kokonaiskäytön estimaattiin liittyy useita virhelähteitä, sillä myös tiedonkeruun vastauskato voi olla luonteeltaan sellaista, että se joko yli- (iäkkäät palveluja enemmän käyttävät vastaavat yleensä paremmin) tai aliesti- moisi (terveet ja hyväosaiset voivat vastata paremmin kuin huono-osaiset, jotka käyttävät julkisen puolen palveluja enemmän) palvelukäyttöä. Näihin tekijöihin paikantuvan

mittausvirheen kokonaisvaikutus näkyy siinä, kun estimoitua palvelukäyttöä verrataan rekisteriperusteisiin tilastoihin. Tästä syystä itseraportoituja terveyspalveluiden käytön mittareita kalibroidaan siten, että aineistosta estimoitu palvelukäyttö vastaisi mahdollisimman tarkasti tarkinta mahdollista rekisteriperusteista tietoa. Ilman kalibroitua olisi nimittäin enemmän kuin todennäköistä, että myös lähisuhdeväkivaltaan liittyvä palvelukäyttö estimoituisi samalla tavalla harhaisesti.

Aineisto estimoit edellä kuvatuin rajoituksin kunkin palvelutyyppin kokonaiskäyttöä 16–74-vuotiaiden naisten perusjoukossa kuluneen 12 kk aikana. Yksittäisistä palvelutyypeistä eniten käyttäjiä vuoden aikana oli terveyskeskuksissa sekä yksityisessä ja työterveydessä. Terveyskeskuskäynneissä täytyy huomata, että suuri osa voi olla vuonna 2021 koronarokotteen ottajia (ne jotka ovat käyneet kerran tai kaksi).

Terveyspalveluiden käyttöä voidaan kuvata joko itse raportoitujen käyntien käyttäjäkohtaisen määrän kautta (kuten terveyskeskuskäynnit), tai tarkastelemalla terveyspalveluiden kokonaiskäyttöä summaamalla yksittäisten palvelutyyppien laskennalliset kerta-kustannukset yhdeksi kustannusmuuttujaksi. Tämä jälkimmäinen lähestymistapa on puhtaasti mallinnuksen näkökulmasta tehokkaampi, sillä summamuuttujan jakauma on mallinnuksen kannalta helpompi kuin yksittäisiä käyntikertoja kuvaava palvelukohtainen muuttuja. Samalla on kuitenkin niin, että esimerkiksi laskemalla kaikkien terveyspalveluiden käyntikertojen yksittäiskustannukset yhteen suurimman painoarvon saivat sellaiset kalliit erikoissairaanhoidon palvelut, joilla ei ole välttämättä mitään tekemistä lähisuhdeväkivallan kanssa.

Tästä syystä palvelutarpeen euromääräiset kokonaiskustannukset mallinnetaan kahdessa osassa terveyspalveluiden osalta:

- 1) Muodostetaan ensin kullekin yksittäiselle palvelulle paras mahdollinen negatiivinen binomiregressiomalli, joka estimoit lähisuhdeväkivallan palvelukysyntävaikutusta keskeiset taustamuuttujat kontrolloiden.
- 2) Muodostetaan tämän jälkeen palvelujen kokonaiskustannuksia kuvaava summamuuttuja vain niistä palveluista, joiden palvelukohtaista kysyntää pysyttiin selittämään lähisuhdeväkivallan indikaattori-muuttujilla.

Toisen vaiheen mallit muodostetaan terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluille erikseen, koska palvelutarpeen aikajänne on erilainen. Terveyspalveluiden kysynnässä on ensi kädessä kyse akuutista palvelutarpeesta, kun taas sosiaali- ja oikeuspalveluiden tarpeen aikajänne on selvästi pidempi. Jälkimmäisissä malleissa tullaan siksi käyttämään pidempää viiden vuoden viitejaksolla havaittua lähisuhdeväkivaltaa selittäjänä, kun taas terveyspalveluiden käyttöä mallinnetaan 12 kk viitejaksoa kuvaavilla indikaattoreilla. Malleissa palveluiden kysyntää selittävät muuttujat on esitelty taulukossa 11.

Taulukko 11. Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluiden kysyntää selittävien mallien riippumattomien muuttujien operationalisointi

Muuttuja	Muuttujan viitejakso	Tulkinta
Fyysinen väkivalta 1v	12 kk	Vastaaja kokenut fyysistä väkivaltaa parisuhteessa kuluneen 12 kk aikana
Fyysinen väkivalta 5v	5 vuotta	Vastaaja kokenut fyysistä väkivaltaa parisuhteessa viimeisen 5 vuoden aikana
Psyykinen väkivalta 5v	5 vuotta	Vastaaja kokenut psyykkistä väkivaltaa parisuhteessa viimeisen 5 vuoden aikana
Pitkäaikainen terveyshaitta väkivallasta	Elinikä	Vastaajalla pitkäaikainen terveyshaitta, joka johtuu aikaisemmasta väkivallasta
Muu väkivalta	5 vuotta	Vastaaja hakeutunut terveystalouteen parisuhteen ulkoisen väkivallan vuoksi
Vakava ruhje 5v	5 vuotta	Läheisväkivallasta seurannut vakavampi ruhje, murtuma tai päävamma
Puhunut terveydenhoidon kanssa 1v	12 kk	Vastaaja ollut yhteydessä johonkin terveystalouteen vuoden sisällä liittyen läheisväkivallastaan
Puhunut sosiaalipalveluiden kanssa 1v	12 kk	Vastaaja ollut yhteydessä johonkin sosiaalipalveluun vuoden sisällä liittyen läheisväkivallastaan
Poliisi tai rikosilmoitus 1v	12 kk	Vastaaja tehnyt rikosilmoituksen tai puhunut poliisille vuoden sisällä tapahtuneeseen väkivallastaan liittyen
Mielenterveyden ongelma 5v	5 vuotta	Psyykkistä oireilua kuluneen viiden vuoden aikana tapahtuneeseen fyysiseen väkivallastaan liittyen

4.5.4.1 Terveystaloutien kustannusten mallintaminen

Terveystaloutien mallissa vakioidaan koetun terveydentilan muuttujat, joita puolestaan ei vakioida sosiaali- ja oikeuspalveluiden kokonaiskustannusmalleissa. Pitkäkestoista läheisväkivallasta liittyvän psyykkisen oireilun vaikutusta palvelutarpeeseen selitetään koetulla psyykkisellä oireilulla, joka liittyy lähimenneisyyden väkivaltaepisodiin. Akuuttia terveystalouteen hakeutumisen kustannusta selitetään puolestaan 12 kk viiteajalla tapahtuneen väkivallan myötä ilmoitetulla palveluiden piiriin hakeutumisella.

4.5.4.2 Sosiaalipalveluiden kustannusten mallintaminen

Sosiaalipalveluiden kustannuksiin liittyvä kustannusmuuttuja johdetaan sisältölähtöisesti, joskin avun hakemisen yhteyttä tarkasteltiin myös palvelukohtaisesti. Sisällöllistä

tulkittavuutta painottaen sosiaalipalveluiden kustannusmuuttuja päätettiin johtaa siten, että siihen laskettiin mukaan ensisijaisesti lastensuojeluun sekä huoltajuuskiistoihin liittyvät sosiaalipalvelut sekä erilaiset auttavan puhelimen ja muuta kriisityötä koskevat palvelut ml. turvakotipalvelut. Koska sosiaalipalvelumenoista suuri osa liittyy lastensuojeluun tai lasten tapaamisiin, estimoidaan sosiaalipalveluiden kokonaiskustannukset mallilla, jossa on mukana interaktiotermin perheellisille (onko vastaajalla lapsia vai ei). Sosiaalipalveluiden marginaalikustannusestimaatti raportoidaan siksi perheellisille ja ei-perheellisille erikseen.

4.5.4.3 Oikeuspalvelujen kustannusten mallintaminen

Myös oikeuspalveluihin liittyviä kustannuksia mallinnetaan suoraan teorialähtöisesti muodostetun kokonaiskustannusindikaattorin avulla. Kokonaiskustannuksia selittävän indikaattorin rajaaminen on tosin sosiaalipalveluita haastavampaa, koska oikeuspalveluita yksiselitteisesti hakeneiden väkivaltaa kokeneiden havaintomäärät ovat edellistä pienempiä. Koska väkivaltaan liittyviä poliisille tehtyjä ilmoituksia on aineistossa vähän, yhdistetään näitä koskevat havainnot samaan muuttujaan yhdessä oikeudellista apua hakeneiden ryhmään. Tällä tavalla malliin saadaan yksi selkeätulkintainen selittäjä kuvaamaan yleisellä tasolla sitä tutkittavien ryhmää, joka on tavalla tai toisella ollut kuluneen viiden vuoden aikana yhteydessä oikeuspalveluihin menneeseen väkivaltaepisodiin liittyen.

4.6 Analyysimetodit: Rekisteritutkimus

Kaikkien terveydenhuoltokäyntien kustannusestimaatit ja kaikki mielenterveyshoitoon liittyvät lääkekustannukset yhdistettiin vuotuisiksi kokonaiskustannuksiksi. Tämä tehtiin jokaiselle vuodelle vuosina 2015–2020 käyttäen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tietoja sekä mielenterveyteen liittyvien lääkekustannusten ostoja koskevia tietoja (Kelan korvaustietokannasta).

Kustannusten laskemisessa on käytetty cost-of-illness (COI) -lähestymistapaa, jonka avulla pyritään tunnistamaan ja estimoimaan tietyn sairauden tai ongelman aiheuttamat kustannukset sekä arvioimaan sairauden yhteiskunnalle aiheuttamia taloudellisia kustannuksia. Lisätietoa lähestymistavasta on liitteessä 7.

Sovelsimme sekä deskriptiivistä että ekonometristä lähestymistapaa. Ensin tunnistimme sekä lähisuhdeväkivallan uhrit että muut väkivallan uhriksi joutuneet, minkä jälkeen lasimme terveydenhuollon kustannukset yksilötason rekisteritietojen perusteella. Kustannusten keskiarvoerojen lähestymistavassa verrataan kahden populaation keskimääriä kustannuksia, jotta voidaan arvioida sairaudesta tai tilasta johtuvien kustannusten eroa. Ensin arvioimme lähisuhdeväkivallan uhrien terveydenhuoltokustannukset, jotka

määriteltiin uhrien keskimääräisinä terveydenhuoltokustannuksina. Niitä verrattiin muiden kuin lähisuhdeväkivallan uhrien keskimääräisiin terveydenhuoltokustannuksiin.

Toiseksi johdimme kohdennettavissa olevat kustannukset monimuuttuja-analyysin avulla, ja selittävinä muuttujina käytimme ikää ja sukupuolta. Sovelsimme yleistettyä lineaarista mallia (GLM), joka mahdollistaa ei-normaalisti jakautuneiden terveydenhuoltokustannusten mallintamisen suoraan, jolloin kustannusestimaatteja ei tarvitse muuntaa (Manning & Mullahy, 2001). GLM-mallissa oletimme kustannusten noudattavan gamma-jakaumaa ja linkkifunktiona käytimme logaritmista linkkifunktiota.

Kustannusarviot muunnettiin vuoden 2020 hinnoiksi ja käytettiin sopivinta terveydenhuoltoalan inflaatioindeksiä. Kaikki analyysit tehtiin Stata-tilasto-ohjelmalla (versio 17).

4.7 Analyysimetodit: Väestötutkimus

4.7.1 Kuvailevat ja vertailevat tiedot

Väestötutkimuksen vastaajien välisiä eroja taustamuuttujien, lähisuhdeväkivaltakokemusten sekä kategoristen palveluiden käytön osalta analysoitiin ristiintaulukoimalla ja khiin neliö -testillä. Ristiintaulukoinnissa soluerot määriteltiin merkitseviksi, jos solun mukautettu standardoitu jäännös oli $\geq 2,0$ tai $\leq -2,0$. Eroja sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden keskimääräisissä kustannuksissa analysoitiin Rao-Scott -korjatulla khiin neliö -testillä. Analyysissä aineisto painotettiin taustamuuttujien suhteen, jotta tulokset olisivat yleistettävissä koko väestöön.

4.7.2 Kustannusten mallintaminen

Väestötutkimuksesta saatujen tietojen perusteella mallinnettiin lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia 16–74-vuotiaiden naisten joukossa. Miehillä kustannusmallinnusta ei voitu tehdä, koska lähisuhdeväkivaltaa kokeneita miehiä oli aineistossa niin vähän.

Siinä missä lähisuhdeväkivallan ja palvelutarpeen yleisyyden mittaaminen kyselytutkimuksella on haasteellista, on väkivaltakokemusten ja sote-palveluiden tarpeen välisen syy-seuraussuhteen arviointi erityisen haastavaa. Palvelutarvetta ei voida arvioida suoraan vertaamalla väkivaltaa kokeneiden palvelukäyttöä muihin, koska oletettavasti sekä terveyspalveluiden käyttö että lähisuhdeväkivallan kokemus ja intensiteetti ovat molemmat vahvasti yhteydessä tutkittavien ikään ja sosioekonomiseen asemaan (Häkkinen & Alha, 2006).

Tästä syystä kiinnitämme erityistä huomiota näiden terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöä selittävien tekijöiden kontrollointiin palvelukustannuksia mallinnettaessa, jotta lähisuhdeväkivallan kanssa korreloivat terveyspalvelujen käyttöä ennustavat tekijät eivät soti estimaatteja. Sosioekonomisen aseman (työssäkäynti ja koulutus) lisäksi aineistosta on johdettavissa kolme tärkeää kontrollimuuttujaa, jotka kuvaavat tutkittavan terveydentilaa: yleinen koettu terveydentila, pitkäkestoisen terveysongelman kokeminen sekä toimintakykyyn vaikuttavan terveystilan omaaminen ja vakavuuden aste. Myös muuhun kuin lähisuhteisiin liittyvään väkivaltaan liittyvät terveystilanteet pystytään aineiston puitteissa vakioimaan, sillä GBV -tutkimus käsittää myös muuhun väkivaltaan liittyviä seurauksia. Lähisuhdeväkivallan terveyspalvelutarvetta kuvaava estimaatti on sitä tarkempi, mitä enemmän tähän liittymätöntä terveyspalveluiden käyttöä kyetään aineistosta vakioimaan pois.

Aineiston painotuksen sekä kattavan palvelukäyttöä koskevan aineiston loogisuustarkistuksen jälkeen edellä mainittujen virhelähteiden yhteisvaikutusta voidaan arvioida vertaamalla aineiston estimoitua palvelukäyttöä 16–74-vuotiaiden naisten väestötasolla THL:n tilastoimiin asiakaskäyntien määriin. Koska virhelähteiden myötä terveyspalveluiden A-X kysyntä yli/estimoituu sellaisenaan, lasketaan aineistolle tätä vinoumaa korjaamaan kullekin palvelumuodolle korjauskerroin, jotta terveyspalveluiden kokonaiskysyntä vastaa rekisteritietolähteisiin perustuvaa tietoa. Analyysistrategiamme huomioi siis lähisuhdeväkivallan kokemisen ja palvelukysynnän välisen syy-yhteyden valikoitumisen havaittujen tekijöiden mukaan (selection-on-observables).

Kustannusten mallintamista hankaloittaa myös palvelukäytön epätasainen jakautuminen, jota on kuvattu taulukossa 12. Tyypillisesti palvelukäyttöä kuvaavaa aineistoa analysoidaan OLS-regressiolla, mutta palvelukäytön jakauman muoto ei täytä tämän menetelmän taustaoletuksia. Suurin osa terveyspalveluiden havaituista frekvensseistä on nolliä, sillä suurin osa vastaajista ei ole kuluneen vuoden aikana käyttänyt erikoistuneempia terveydenhuollon palveluita kertaakaan. Ongelma on yleinen terveystieteellisen tutkimuksen piirissä, jossa ollaan yleensä kiinnostuneita terveydentilaan liittyvistä diskreeteistä tapahtumista (esim. Hutchinson & Holtman 2005; Diehr ym. 1999), jotka ovat väestöperusjoukossa hyvin vinoutuneesti ja ei-normaalisti jakautuneita. Tämänkaltaisen jakauman yhteydessä normaalin OLS-regression oletukset eivät täyty, kun muuttujan hajonta on merkittävästi suurempi kuin sen keskiarvo. Tämän vuoksi lähisuhdeväkivaltaan liittyvää palveluiden käyttöä estimoitiin käyttämällä negatiivista binomiregressiota. Kyseessä on Poisson-regression yleistys, jossa muuttujan varianssia koskevat oletukset ovat löyhempiä.

Suurin osa kyselytutkimukseen vastanneista ei ollut käyttänyt palveluita ja hyvin pieni osa oli käyttänyt niitä erittäin paljon. Tämän seurauksena kunkin palvelun käyttökustannusten moodi on 0, ja keskihajonta moninkertainen verrattuna keskiarvoon. Suuren hajonnan vuoksi sekä terveys- että sosiaalipalveluiden kokonaiskustannusten jakaumaa muokataan

mallintamista varten siten, että jakauman suurimmista arvoista 1 % jätetään kustannusmallin ulkopuolelle. Vastaavasti oikeuspalveluiden kokonaiskustannusten kattoarvoksi määriteltiin 2 500 euroa, koska alle prosentti havainnoista olisi venyttänyt kokonaiskustannusten jakauman hännän 6 500 euroon.

Taulukko 12. Lähisuhdeväkivaltaan liittyvien terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluiden kokonaiskustannusten keskitunnusluvut kyselyaineistossa

	Keskiarvo	(Keskiahajonta)	Vaihteluväli
Terveyspalvelut	43,0 €	(332,22)	0–1 990 €
Sosiaalipalvelut	12,33 €	(62,36)	0–680 €
Oikeuspalvelut	53,11 €	(280,66)	0–2 500 €

4.8 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tällä tutkimuksella on useita vahvuuksia. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia ei ensinnäkään ole aiemmin Suomessa mallinnettu koko maan tasolla. Näiltä osin tutkimus tarjoaa siis täysin uutta tietoa. Kyselyaineistossa on huomioitu kattavasti terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluiden käyttö ja näistä aiheutuvat kustannukset. Pitkittäinen rekisteriaineisto puolestaan mahdollistaa lähisuhdeväkivallan terveystalouden arvioinnin jopa kuuden vuoden ajalta. Osatutkimusten suuret otoskoot ja vertailuryhmät mahdollistavat tutkimusten tulosten yleistyksen koko väestön tasolle.

Tutkimus tarjoaa myös ajankohtaista tietoa lähisuhdeväkivallan yleisyydestä Suomessa, jota on kartoitettu viimeksi väestötasoisesti vuosina 2014, 2010 ja 2005. Tutkimus kartoittaa väkivaltakokemuksia sekä naisten, miesten että 16–17-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa. Aineistosta saadaan tietoa myös vastaajien lasten altistumisesta väkivallalle. Tutkimuksessa huomioidaan aiempia kansallisia tutkimuksia kattavammin lähisuhdeväkivallan eri muodot, mukaan lukien henkinen, fyysinen ja seksuaalinen väkivalta, taloudellinen ja sosiaalinen kontrolli sekä vaino.

Kuten luvussa 2 on todettu, on lähisuhdeväkivallan kustannusvaikutusten arvioinnissa useita haasteita liittyen muun muassa lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen, kustannusten määrittelyyn sekä käytettyihin metodeihin. Tässä tutkimuksessa hyödynnetään sekä rekisteri- että kyselytutkimustietoa, jotka täydentävät tietolähteinä toisiaan ja vähentävät kustannusten arviointiin liittyviä virhelähteitä. Molemmissa osatutkimuksissa väkivallan kustannusten arviointi perustuu empiirisesti todetun palvelukäytön laskemiseen ja käyntien kertomiseen niiden hinnalla. Aiempien tutkimusten perusteella tällainen alhaalta ylöspäin

toteutettu arviointitapa tavoittaa paremmin lähisuhdeväkivallan todellista palvelukuormaa (ks. Heiskanen & Piispa, 2002).

Väkivaltaan liittyvien palveluiden hintojen määrittelyyn liittyy kuitenkin useita epävarmuustekijöitä, sillä etenkin sosiaali- ja oikeuspalveluiden osalta tarkkoja yksikkökustannuksia ei ole saatavilla samassa laajuudessa kuin terveydenhuollossa. Tutkimuksessa pyrittiin systemaattisesti välttämään lähisuhdeväkivallan kustannusten yliarviointia ja sen vuoksi palveluiden hinnat on määritetty useissa tapauksissa alakanttiin. Esimerkiksi kodin ulkopuolisen sijoituksen keskikustannus on johdettu kaikkien erilaisten sijoitustyyppien keskihinnasta, joista perhesijoitus on halvin ja laitossijoitus kallein. Laitossijoittaminen on kuitenkin huomattavasti perhesijoitusta yleisempää, minkä vuoksi sijoitusvuorokaudelle annettu keskikustannus aliarvioi kodin ulkopuolisen sijoittamisen kustannuksia. Kustannusten määrään liittyvien epävarmuuksien vuoksi tutkimuksen tuloksissa onkin esitetty keskiarvoisten kustannusten lisäksi myös kustannusten luottamusvälit.

Lisäksi on tärkeä huomata, että tämän tutkimuksen kohteena olivat vain väkivallasta aiheutuvat suorat kustannukset sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluille. Tutkimus ei siis tavoita väkivallan epäsuoria kustannuksia, kuten esimerkiksi sairauslomapäivien määrää, työkyvyttömyyttä tai tuottavuuden menetyksiä. Myös näiltä osin tutkimuksessa esitetyt kustannusarviot ovat siis todennäköisemmin ala- kuin yläkanttiin arvioituja.

Koska lähisuhdeväkivallan kustannusvaikutuksiin liittyy useita sekoittavia tekijöitä, kiinnitettiin kyselytutkimuksessa erityistä huomiota terveyspalveluiden käyttöä selittävien tekijöiden vakiointiin (ikä, koulutus, sosioekonominen asema, lasten lukumäärä ja alue). Myös palvelukysynnän väestötason estimointiin liittyviä virhelähteitä pyrittiin oikaisemaan kalibroimalla kyselyaineiston tuottamien asiakaskäyntien määrä vastaamaan valtakunnallisesti tilastoitua terveyspalveluiden käyttöä. Tilastollisista painotuksista ja kalibroinneista huolimatta on silti luultavaa, että kyselytutkimuksen vastaukseen jää harhaa, joka paikantuu keskeisiin tulosuuttujiin (esimerkiksi sairaat tai paljon palveluja käyttävät henkilöt voivat olla painotuksen jälkeenkin yli- tai aliedustettuina) tai selittäjiin (edustavuus väkivallan uhriksi joutumisen suhteen). Mittausvirhettä muodostuu myös siitä, että terveyspalvelujen käytön itseraportointi voidaan kokea haastavaksi tai kysymyksiin yksinkertaisesti kieltäytytään vastaamasta.

Vastaavasti rekisteritutkimuksen merkittävin ongelma liittyy lähisuhdeväkivallan alitunnistamiseen, jonka vuoksi tutkimuksessa käytetyt tiedot eivät todennäköisesti ole kattavia. On todennäköistä, että lähisuhdeväkivallan uhreja on ilmoitettu asiakasrekistereihin liian vähän tai heidät on koodattu väärin. Lisäksi rekisteritutkimuksen merkittävänä puutteena on, että siinä ei voitu kattavasti huomioida sosioekonomisen aseman ja liitännäissairauksien vaikutusta lähisuhdeväkivallan kustannuksiin. Näiden tekijöiden huomioiminen olisi parantanut tutkimuksen tuloksia, mutta niiden sisällyttäminen mukaan ei ollut mahdollista käytännön rajoitteiden vuoksi.

Kaikkia tutkimuksen tietolähteitä ei valitettavasti ollut mahdollista yhdistää tämän hankkeen aikana, mikä johtui pääasiassa siitä, että lupien saamiseen ja tietojen yhdistämiseen kului paljon aikaa. Nykyinen lainsäädäntö (552/2019) ja muut tietosuojarajoitukset merkitsevät sitä, että joidenkin tietojen käyttö tai yhdistäminen ei ole lainkaan sallittua. Joissakin tapauksissa pääsy ja linkittäminen ei ollut mahdollista, koska siitä aiheutui lisäkustannuksia viivästysten, korkeiden maksujen tai molempien vuoksi. Nämä rajoitteet olisi hyvä huomioida uusien tutkimushankkeiden aikataulussa ja budjetissa sekä yleisemmin asiakastietojen käyttöä koskevassa lainsäädännössä.

Vaikka tutkimuksella pyrittiin saamaan väestötason tietoa sekä naisten että miesten lähisuhdeväkivaltakokemuksista, jäi lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden miesten osuus aineistossa niin pieneksi, ettei lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia pystytty arvioimaan luotettavasti. Tämä rajoittaa tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä. Myös useiden terveys-, sosiaali-, ja oikeuspalveluiden käyttömäärät jäivät aineistossa niin pieniksi, että kustannusten arviointiin liittyy näiden osalta paljon epävarmuuksia.

Nämä ongelmat tulisikin huomioida jatkotutkimusten suunnittelussa. Entistä suuremmat otoskoot mahdollistaisivat kattavamman tiedon saamisen lähisuhdeväkivallan esiintyvyydestä miesten ja erilaisten vähemmistöryhmien joukossa sekä väkivaltaan liittyvien kustannusten tarkemman arvioinnin. Kaikkien asiaankuuluvien rekisterien yhdistämistä toisiinsa olisi harkittava osana tulevia tutkimuksia siinä määrin kuin se on mahdollista nykyisen lainsäädännön puitteissa. Rekisteritietojen yhdistäminen esimerkiksi tutkittavien lapsiin mahdollistaisi tarkemman tiedon saamisen lähisuhdeväkivallan vaikutuksista. Lisätutkimuksia tarvitaan etenkin sosiaali- ja oikeuspalveluiden kustannusten osalta sekä menetetyt tuottavuuteen ja muiden väkivallan epäsuorien kustannusten osalta. Mielenkiintoista olisi myös tutkia tarkemmin lähisuhdeväkivallan yhteyttä eniten palveluita käyttävän väestön palvelukäyttöön ja -kustannuksiin. Nyt eniten palveluita käyttänyt 1 % otoksesta jätettiin pois analyysiteknisistä syistä, mikä on voinut osaltaan aliarvioida lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia.

5 Tulokset

5.1 Lähisuhdeväkivallan kustannukset – Rekisteritutkimus

5.1.1 Kuvailevat tiedot

Tässä luvussa tarkastellaan lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia terveydenhuollon kustannuksia rekisteriaineistojen pohjalta. Lähisuhdeväkivallan uhrien taustatiedot rekistereittäin on esitetty oheisissa taulukoissa 13–14. Taulukoista nähdään, että väkivallan uhreja tunnistettiin terveydenhuollon rekistereistä (HILMO, AvoHILMO) selvästi enemmän, kun käytettiin laajaa määritelmää väkivallan uhreista verrattuna suppeaan määritelmään. Laajaa väkivallan määritelmää käyttäen havaitaan, että naisia ja miehiä oli terveydenhuollon asiakasrekisterissä lähes yhtä paljon (Taulukko 13). Suppeaa lähisuhdeväkivallan määritelmää käyttäen havaitaan, että väkivallan uhreissa on selvästi enemmän naisia (69–74 %) kuin miehiä (26–31 %) (Taulukko 14). Suppea määritelmä tarkoittaa terveydenhuollon rekistereiden osalta parisuhdeväkivaltaa varmuudella kokeneita henkilöitä. Lisäksi havaittiin, että terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekistereissä lähisuhdeväkivallan uhrin olivat pääasiassa eri henkilöitä. Terveydenhuollon ja turvakotien aineistoissa esiintyviä samoja henkilöitä oli 6,6 %.

Lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden tutkimusjoukkoa tarkastellessa havaitaan, että laajan väkivaltamääritelmän mukaisessa ryhmässä terveydenhuollon asiakasrekistereissä oli enemmän nuorimpaan tarkasteltuun ikäryhmään kuuluvia verrattuna suppeampaan lähisuhdeväkivallan määritelmään (Taulukot 13–14).

Sukupuolen osalta on havaittavissa, että asiakasrekistereissä oli selvästi enemmän lähisuhdeväkivaltaa kokeneita naisia kuin miehiä vuosina 2015–2020 (Taulukko 14). Lähisuhdeväkivaltaa kokeneista naisia oli 74 % erikoissairaanhoidon, 69 % avoterveydenhuollon, 93 % turvakotien ja 78 % poliisin asiakasrekistereissä.

Taulukko 13. Väkivallan uhrien jakaumat iän ja sukupuolen mukaan (2015–2020), tutkimusjoukko 1 (laaja määritelmä)

	Sairaalahoito- ja avohoitokäynnit (HILMO) ¹ N= 11 651	Perusterveydenhoito (AvoHILMO) ¹ N=8 804	Turvakodit N=7 430
Ikäryhmä			
19–29	43,0	39,8	32,5
30–39	27,9	30,6	38,4
40–54	29,1	29,6	29,1
Sukupuoli			
Miehet	48,8	45,3	7,3
Naiset	51,2	54,7	92,7

¹ Väkivallan uhrin: huomioitu ICD-10 tautiluokituksen koodit T74 ja Z63.0 sekä koko pääluokka S ja ulkoisen syyn koodit X85-Y09, jos lisäkoodi (xxx.0) oli 0 (väkivallan tekijä on ollut puoliso tai partneri)

Taulukko 14. Lähisuhdeväkivallan uhrin iän ja sukupuolen mukaan (2015–2020), tutkimusjoukko 1 ja 2 (suppea määritelmä)

	Tutkimusjoukko 1		Tutkimusjoukko 2	
	Sairaalahoito- ja avohoitokäynnit (HILMO) ¹ N=3 761	Perusterveydenhoito (AvoHILMO) ¹ N=1 140	Turvakodit N=7 430	Perhe- ja lähisuhdeväkivalta- aineisto (PATJA) N=21 073
Ikäryhmä				
19–29	30,8	27,5	32,5	32,3
30–39	31,1	35,5	38,4	34,1
40–54	38,1	37,0	29,1	33,6
Sukupuoli				
Miehet	25,7	30,7	7,3	22,3
Naiset	74,3	69,3	92,7	77,7

¹ Lähisuhdeväkivallan uhrin: ICD-10 koodi päädiagnoosi T74:n ja S-luvun ulkoisen syyn koodit X85-Y09), joissa kolmen merkin (X85-Y09) viides merkkitaso on 0, joka tarkoittaa, että väkivallan tekijä on ollut puoliso tai partneri

5.1.2 Terveyspalveluiden käyttö ja -kustannukset

Seuraavaksi tarkastellaan terveyspalveluiden käyttöä ja kustannuksia tutkimusjoukossa 1 eli terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekistereiden pohjalta. Väkivallan ja lähisuhdeväkivallan uhrien ja vertailuryhmän terveydenhuollon kustannukset kuuden ensimmäisen vuoden aikana tunnistamisen jälkeen vuosina 2015–2020 on esitetty taulukoissa 15 ja 16. Seuraavaksi kustannuksia esitellään tarkemmin käyttäen esimerkkinä lähisuhdeväkivallan kustannuksia vuonna 2015.

Taulukoista nähdään, että väkivallan ja/tai lähisuhdeväkivallan uhrien keskimääräiset kustannukset ovat korkeammat kuin molempien vertailuryhmien. Palveluiden käytön jakauma oli voimakkaasti vino siten, että pieni määrä tutkittavia käytti huomattavan määrän palveluita. Tämän vuoksi tulokset on esitetty erikseen sekä koko otokselle että 99 % fraktiilille, josta on poistettu palveluita eniten käyttänyt 1 % otoksesta. Näitä 99 % fraktiilin tuloksia voidaan pitää luotettavimpana tuloksena.

Terveydenhuollon ja turvakotien rekistereistä tunnistettiin yhteensä 4921 väkivallan uhria vuonna 2015 käyttäen väkivallan laajaa määritelmää. Laajassa määritelmässä väkivallan tekijänä on voinut olla tuttu tai tuntematon (Taulukko 15). Heitä oli yhteensä 4680 henkilöä, kun otoksesta on poistettu 1 % eniten palvelua käyttäneet henkilöt. Terveydenhuollon kustannukset olivat keskimäärin 14 627 € /väkivallan uhri kuuden vuoden aikana ja 5 254 € /vertailuryhmän henkilö kuuden vuoden aikana. Väkivallan uhrien terveydenhuollon kustannukset olivat siis laajaa määritelmää käyttäen keskimäärin 9 373 € suuremmat kuin vertailuryhmässä.

Lähisuhdeväkivallan uhreja tunnistettiin vuonna 2015 terveydenhuollon ja turvakotien rekistereistä yhteensä 1 881 käyttäen väkivallan suppeaa määritelmää (Taulukko 16). Heitä oli yhteensä 1 539 henkilöä, kun otoksesta on poistettu 1 % eniten palvelua käyttäneet henkilöt. Terveydenhuollon kustannukset olivat keskimäärin 10 241 € /lähisuhdeväkivallan uhri kuuden vuoden aikana ja 4 550 € /vertailuryhmän henkilö kuuden vuoden aikana. Lähisuhdeväkivallan uhrien terveydenhuollon kustannukset olivat siis suppeaa määritelmää käyttäen keskimäärin 5 692 € suuremmat kuin vertailuryhmässä. Kustannukset /henkilö olivat siis suunnilleen samat tarkasteltaessa väkivallan uhreja (laaja määritelmä, Taulukko 15) ja lähisuhdeväkivallan uhreja (suppea määritelmä, Taulukko 16).

Taulukko 15. Väkivallan uhrien ja vertailuryhmän terveydenhuollon estimoidut kustannukset 6 ensimmäisen vuoden aikana tunnistamisen jälkeen vuosina 2015–2020, tutkimusjoukko 1 (terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekisterit, väkivallan laaja määritelmä)

Keskimääräiset terveydenhuollon kustannukset

Vuosi, jona tunnistettiin¹	Kesto	Uhrit €	Vertailuryhmä €	Lisäkustannukset €	Uhrit N
2015 koko	Enintään 6 vuotta	34 405	10 805	23 600	4 921
99 % fraktiili		14 627	5 254	9 373	4 680
2016 koko	Enintään 5 vuotta	27 342	8 889	18 454	4 334
99 % fraktiili		11 940	4 396	7 544	4 092
2017 koko	Enintään 4 vuotta	21 026	7 206	13 819	4 265
99 % fraktiili		10 098	3 538	6 560	4 029
2018 koko	Enintään 3 vuotta	16 007	5 701	10 306	4 498
99 % fraktiili		7 445	2 690	4 755	4 243
2019 koko	Enintään 2 vuotta	9 284	2 978	6 307	4 249
99 % fraktiili		5 433	1 804	3 629	4 024
2020 koko	Enintään 1 vuosi	4 233	1 354	2 879	4 164
99 % fraktiili		2 625	912	1 713	3 943

¹ Sana "koko" tarkoittaa kaikkia väkivallan uhreja

Taulukko 16. Lähisuhdeväkivallan uhrien ja vertailuryhmän terveydenhuollon estimoidut kustannukset 6 ensimmäisen vuoden aikana tunnistamisen jälkeen vuosina 2015–2020, tutkimusjoukko 1 (terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekisterit, lähisuhdeväkivallan suppea määritelmä)

Keskimääräiset terveydenhuollon kustannukset

Vuosi, jona tunnistettiin¹	Kesto	Uhrit €	Vertailuryhmä €	Lisäkustannukset €	Uhrit N
2015 koko	Enintään 6 vuotta	26 755	4 689	22 066	1 881
99 % fraktiili		10 241	4 550	5 692	1 539
2016 koko	Enintään 5 vuotta	32 420	3 894	28 526	1 782
99 % fraktiili		8 343	3 767	4 576	1 464
2017 koko	Enintään 4 vuotta	20 726	3 121	17 606	1 859
99 % fraktiili		7 050	3 029	4 021	1 498
2018 koko	Enintään 3 vuotta	19 233	2 349	16 884	2 098
99 % fraktiili		5 265	2 280	2 984	1 721
2019 koko	Enintään 2 vuotta	9 212	1 609	7 604	2 051
99 % fraktiili		3 711	1 551	2 160	1 699
2020 koko	Enintään 1 vuosi	4 160	860	3 299	2 152
99 % fraktiili		2 102	808	1 295	1 913

¹ Taulukossa on mukana jokainen henkilö vain kerran koko ajanjakson aikana. Sana "koko" tarkoittaa kaikkia väkivallan uhreja.

Poliisin rekisteriaineistosta lähisuhdeväkivallan uhreja tunnistettiin vuonna 2015 yhteensä 4 210 (Taulukko 17). Heitä oli yhteensä 4 089 henkilöä, kun otoksesta on poistettu 1 % eniten terveydenhuollon palveluja käyttäneet henkilöt. Terveydenhuollon kustannukset olivat keskimäärin 13 521 € /lähisuhdeväkivallan uhri poliisin asiakasrekisterissä kuuden vuoden aikana ja 6 656 € /vertailuryhmän henkilö kuuden vuoden aikana. Lähisuhdeväkivallan uhrien terveydenhuollon kustannukset olivat siis keskimäärin 6 865 € suuremmat kuin vertailuryhmässä.

Taulukko 17. Lähisuhdeväkivallan uhrien ja vertailuryhmän terveydenhuollon estimoidut kustannukset 6 ensimmäisen vuoden aikana tunnistamisen jälkeen vuosina 2015–2020, tutkimusjoukko 2 (poliisi)

Keskimääräiset terveydenhuollon kustannukset

Vuosi, jona tunnistettiin¹	Kesto	Uhrin €	Vertailuryhmä €	Lisäkustannukset €	Uhrin N
2015 koko	Enintään 6 vuotta	24 314	11 724	12 590	4 210
99 % fraktiili		13 521	6 656	6 865	4 089
2016 koko	Enintään 5 vuotta	15 853	9 438	6 415	3 808
99 % fraktiili		10 758	5 551	5 207	3 710
2017 koko	Enintään 4 vuotta	13 945	7 591	6 353	3 305
99 % fraktiili		8 768	4 461	4 307	3 210
2018 koko	Enintään 3 vuotta	11 451	5 884	5 567	3 294
99 % fraktiili		6 589	3 375	3 214	3 198
2019 koko	Enintään 2 vuotta	6 346	3 561	2 785	3 287
99 % fraktiili		4 427	2 261	2 165	3 186
2020 koko	Enintään 1 vuosi	3 075	1 542	1 534	3 169
99 % fraktiili		2 174	1 129	1 044	3 073

¹ Taulukossa on mukana jokainen henkilö vain kerran koko ajanjakson aikana. Sana "koko" tarkoittaa kaikkia väkivallan uhreja.

Taulukossa 18 esitetään tutkimusjoukkoon 1 kuuluvien lähisuhdeväkivallan uhrien vuotuisten terveydenhuollon kustannusten keskiarvo ja mediaani enintään kuuden vuoden ajalta sen jälkeen, kun henkilö on tunnistettu väkivallan uhriksi rekistereistä (vuosina 2015–2020). Taulukossa 18 on mukana jokainen henkilö vain kerran koko ajanjakson aikana. Keskimääräiset vuotuiset terveydenhuoltokustannukset uhria kohti olivat 5 983 euroa ensimmäisenä vuonna tunnistamisen jälkeen ja laskivat 4 101 euroon, 4 386 euroon, 4 642 euroon, 4 249 euroon ja 3 395 euroon / vuosi seuraavina kuutena vuonna tunnistamisen jälkeen. Korkeimmat keskimääräiset terveydenhuoltokustannukset olivat joko ensimmäisenä tai toisena vuonna väkivallan tunnistamisesta. Liitteissä on nähtävissä vastaavat tulokset myös kustannuksista koskien tutkimusjoukkoa 1 laajaa määritelmää (Liite 8) sekä tutkimusjoukkoa 2 (Liite 9).

Taulukko 18. Tutkimusjoukkoon 1 kuuluvien lähiväkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset (keskiarvo ja mediaani) enintään kuuden vuoden ajan sen jälkeen, kun henkilö on tunnistettu väkivallan uhriksi rekistereistä (vuosina 2015–2020). Taulukossa on mukana jokainen henkilö **vain kerran** koko ajanjakson aikana. (terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekisterit, lähisuhdeväkivallan suppea määritelmä)

	N		Vuosi 0 €	Vuosi 1 €	Vuosi 2 €	Vuosi 3 €	Vuosi 4 €	Vuosi 5 €	Vuosi 6 €
2015 uhrit	1 881	keskiarvo		5 983	4 101	4 386	4 642	4 249	3 395
		mediaani		1 720	1 201	1 052	994	1 020	1 009
2016 uhrit	1 782	keskiarvo	7 632	5 822	5 733	13803	3 587	3 474	
		mediaani	933	1 585	1 172	1 077	921	994	
2017 uhrit	1 859	keskiarvo	4 843	6 922	5 733	4 721	3 801		
		mediaani	1 022	1 690	1 268	1 112	1 077		
2018 uhrit	2 098	keskiarvo	4 066	8 665	6 298	4 270			
		mediaani	961	1 608	1 195	1 063			
2019 uhrit	2 051	keskiarvo	4 547	5 174	4 038				
		mediaani	1 067	1 634	1 299				
2020 uhrit	2 152	keskiarvo	3 320	4 160					
		mediaani	917	1 621					

Oheinen taulukko 19 sisältää myös toistuvat lähisuhdeväkivaltaa koskevat tapaukset kuuden vuoden ajalta. Tulokset olivat samankaltaisia kuin edellä olevassa taulukossa (tapaukset mukana vain kerran), mutta keskimääräiset kustannukset olivat hieman korkeammat kuin taulukossa 18 (tapaukset mukana vain kerran). Taulukosta 19 on nähtävissä, että lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat kustannukset olivat korkeammat ensimmäisenä vuotena, kun lähisuhdeväkivaltaa kokenut uhri oli tunnistettu terveydenhuollon palvelussa tai turvakodissa. Esimerkiksi vuonna 2015 kustannukset olivat keskimäärin 5 983 euroa/henkilö (tai mediaanikustannukset 1 720 euroa/henkilö) ja seuraavana vuotena kustannukset olivat alhaisemmat (keskimäärin 4 101 euroa/henkilö, mediaani 1 201 euroa/henkilö). Aineistossa on yhteensä 1 932 uhria, jotka käyttivät terveydenhuollon palveluja vähintään kahtena eri vuotena. Tutkimusjoukkoon 1 (Liite 8) ja tutkimusjoukkoon 2 (Liite 9) kuuluvien väkivallan uhrien terveydenhuoltokustannukset olivat samankaltaiset.

Taulukko 19. Tutkimusjoukkoon 1 (terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekisterit, suppea määritelmä) kuuluvien lähiväkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset (keskiarvo ja mediaani) enintään kuuden vuoden ajan sen jälkeen, kun henkilö on tunnistettu väkivallan uhriksi rekistereistä (vuosina 2015–2020). Taulukossa henkilö voi olla **useampana vuotena** ajanjakson aikana. 1 (terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekisterit, lähisuuhdeväkivallan suppea määritelmä)

	N		Vuosi 0 €	Vuosi 1 €	Vuosi 2 €	Vuosi 3 €	Vuosi 4 €	Vuosi 5 €	Vuosi 6 €
2015 uhrin	1 881	keskiarvo		5 983	4 101	4 386	4 642	4 249	3 395
		mediaani		1 720	1 201	1 052	994	1 020	1 009
2016 uhrin	2 080	keskiarvo	8 356	6 549	6 181	12 972	4 046	3 806	
		mediaani	1 123	1 763	1 283	1 141	988	1 065	
2017 uhrin	2 269	keskiarvo	5 545	7 159	5 779	4 415	3 906		
		mediaani	1 318	1 818	1 348	1 179	1 131		
2018 uhrin	2 631	keskiarvo	5 065	10 243	6 353	4 520			
		mediaani	1 248	1 867	1 377	1 233			
2019 uhrin	2 683	keskiarvo	4 992	5 399	4 316				
		mediaani	1 348	1 893	1 473				
2020 uhrin	2 783	keskiarvo	4 195	4 615					
		mediaani	1 218	1 847					

Taulukossa 20 esitetään lähisuuhdeväkivallan aiheuttamat terveydenhuollon kustannukset sekä vakioimattomina että sukupuolen ja iän mukaan vakioituina. Tässä raportissa vakioinnilla keskitytään siihen, miten sukupuoli ja ikäryhmä olivat yhteydessä kohdennettaviin kustannuksiin. Kaiken kaikkiaan väkivallasta aiheutuvien vakioimattomien kustannusten arvioitiin olleen keskimäärin 22 066 euroa/henkilö kuuden vuoden seurannassa, kaikki havainnot mukaan luettuina. Toiseksi tarkastellaan karsittua perusjoukkoa (99 %), jossa jätetään pois kustannushavaintojen ylin prosentti (nämä voivat koskea poikkeuksellisia havaintoja erittäin suurista kustannuksista). Tällöin lähisuuhdeväkivallasta aiheutuviksi kustannuksiksi saatiin keskimäärin 5 692 euroa/henkilö kuuden vuoden seurannan aikana.

Tuloksesta nähdään, että eniten palvelua käyttävä yksi prosentti vaikutti keskimääräisiin kustannuksiin merkittävästi. Kun malliin otettiin mukaan ikä ja sukupuoli, havaittiin naisten kustannukset selvästi korkeammiksi kuin miesten. Esimerkiksi vuonna 2015 naisten käyttämien terveydenhuollon palvelujen kustannukset olivat keskimäärin 2 599 euroa/henkilö korkeammat kuin miesten (99 % fraktiili). Iän suhteen ei ollut johdonmukaisia

tuloksia, mutta joinain vuosina oli havaittavissa, että nuorimmalla ikäryhmällä (19–29 v) oli korkeammat kustannukset kuin vanhemmilla ikäryhmillä. Vaikka palvelujen käyttö lisääntyy iän myötä, niin kustannukset voivat silti olla keskimäärin alhaisemmat verrattuna nuorempiin ikäluokkiin. Näin ollen muut tekijät kuin ikä saattavat olla yhteydessä kustannuksiin.

Taulukko 20. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat terveydenhuollon kustannukset, jotka voidaan kohdistaa väkivallan **uhriksi tunnistamisen jälkeen** (tunnistamista koskeva vuosi ja sen jälkeiset vuodet vuoteen 2020 asti)

Tutkimusjoukko 1 Lähisuhdeväkivallan uhrit ¹		N	Lisäkustannukset € (95 % LV)	N	99 % fraktiili Lisäkustannukset € (95 % LV)
Tunnistamisvuosi					
2015 Enintään 6 v		1 881		1 539	
Vakioimaton					
Ryhmä	Uhrit	22 066	(20 331, 23 800)	5 692	(5 084, 6 299)
Vakioitu					
Ryhmä ²	Uhrit	25 286	(23 095, 27 477)	6 284	(4 680, 6 020)
Sukupuoli ³	Naiset	2 874	(2 737, 3 011)	2 599	(2 475, 2 644)
Ikä ⁴	30–39	322	(149, 495)	242	(129, 356)
	40–54	-281	(-454, -109)	-260	(-347, -147)
2016 Enintään 5 v		1 782		1 464	
Vakioimaton					
Ryhmä	Uhrit	28 526	(25 104, 32 038)	4 576	(4 052, 5 100)
Vakioitu					
Ryhmä	Uhrit	28 612	(25 317, 31 906)	4 927	(4 639, 5 486)
Sukupuoli	Naiset	2 584	(2 425, 2 743)	2 100	(2 029, 2 173)
Ikä	30–39	125	(-80, 330))	54	(-42, 151)
	40–54	-335	(-541, -129)	-282	(-380, -184)
2017 Enintään 4 v		1 859		1 498	
Vakioimaton					
Ryhmä	Uhrit	17 606	(16 248, 18 964)	4 021	(3 562, 4 480)
Vakioitu					
Ryhmä	Uhrit	17 709	(16 319, 19 099)	4 200	(3 719, 4 680)

Tutkimusjoukko 1 Lähisuhdeväkivallan uhrit ¹		N	Lisäkustannukset		N	99 % fraktiili Lisäkustannukset	
			€ (95 % LV)			€ (95 % LV)	
Tunnistamisvuosi							
Sukupuoli	Naiset	1 995	(1 914, 2 077)		1 704	(1 644, 1 765)	
Ikä	30–49	-67	(-173, 39)		-65	(-147, 16)	
	40–54	-253	(-362, -144)		-271	(-355, -189)	
2018 Enintään 3 v		2 098			1 721		
Vakioimaton							
Ryhmä	Uhrit	16 884	(15 318, 18 450)		2 984	(2 646, 3 223)	
Vakioitu							
Ryhmä	Uhrit	17 791	(16 178, 19 404)		3 185	(2 827, 3 544)	
Sukupuoli	Naiset	1 571	(1 484, 1 658)		1 268	(1 219, 1 317)	
Ikä	30–39	-108	(-217, 1)		-106	(-171, -41)	
	40–54	-195	(-308, -82)		-205	(-272, -138)	
2019 Enintään 2 v		2 051			1 699		
Vakioimaton							
Ryhmä	Uhrit	7 604	(6 970, 8 237)		2 160	(1 898, 2 422)	
Vakioitu							
Ryhmä	Uhrit	8 298	(7 591, 9 004)		2 314	(2 036, 2 593)	
Sukupuoli		972	(924, 1 020)		849	(812, 885)	
Ikä	30–39	-118	(-179, -57)		-123	(-171, -74)	
	40–54	-169	(-232, -105)		-173	(-223, -123)	
2020 1 vuosi		2 152			1 913		
Vakioimaton							
Ryhmä	Uhrit	3 299	(2 892, 3 616)		1 295	(1 134, 1 455)	
Vakioitu							
Ryhmä	Uhrit	3 480	(3 144, 3 817)		1 336	(1 264, 1 409)	
Sukupuoli	Naiset	510	(482, 537)		526	(499, 553)	
Ikä	30–39	-59	(-94, -23)		-84	(-118, -50)	
	40–54	-66	(-103, -29)		-88	(-123, -52)	

¹ Lähisuhdeväkivallan uhrien suppea määritelmä (terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekisterit)

² referenssiryhmä = vertailuryhmä

³ referenssiryhmä = miehet

⁴ referenssiryhmä = 19–29-vuotiaat

Taulukossa 21 esitetään lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat terveydenhuollon kustannukset ensimmäisen vuoden aikana tunnistamisen jälkeen koskien kaikkia aineiston sisältämiä vuosia. Siinä tarkastellaan aiemmin esitettyyn taulukkoon 18 liittyviä tuloksia keskityen ensimmäisenä vuotena aiheutuneisiin kustannuksiin vakioiden ikä ja sukupuoli. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuneet terveydenhuollon kustannukset olivat vuonna 2015 keskimäärin 507 euroa/henkilö suuremmat naisilla kuin miehillä (99 % fraktiili). Eri vuosien välillä ero oli suunnilleen saman kaltainen. Ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Taulukko 21. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat terveydenhuollon kustannukset ensimmäisen vuoden aikana, jolloin tunnistettu lähisuhdeväkivallan uhriksi

Tutkimusjoukko 1 Lähisuhdeväkivallan uhrit ¹		N	Lisäkustannukset € (95 % LV)	N	99 % fraktiili Lisäkustannukset € (95 % LV)
Tunnistamisvuosi					
2015	Vuosi 1	1 881		1 539	
Vakioimaton					
Ryhmä ²			5 187 (4 526, 5 848)		1 031 (966, 1 095)
Vakioitu					
Ryhmä			5 350 (4 680, 6 020)		1 104 (1 035, 1 174)
Sukupuoli ³	naiset		542 (507, 578)		507 (481, 533)
Ikä ⁴	30–39		236 (190, 282)		176 (142, 211)
	40–54		43 (0, 87)		15 (-18, 48)
2016	Vuosi 1	1 782		1 464	
Vakioimaton					
Ryhmä			5 049 (4 436, 5 661)		1 406 (1 209, 1 602)
Vakioitu					
Ryhmä			5 656 (4 943, 6 370)		1 518 (1 306, 1 730)
Sukupuoli	Naiset		513 (478, 548)		410 (389, 431)
Ikä	30–39		117 (72, 161)		91 (62, 120)
	40–54		-21 (-64, 23)		-31 (-58, -3)
2017	Vuosi 1	1 859		1 498	
Vakioimaton					

Tutkimusjoukko 1 Lähisuhdeväkivallan uhrit ¹		N	Lisäkustannukset € (95 % LV)	N	99 % fraktiili Lisäkustannukset € (95 % LV)
Tunnistamisvuosi					
Ryhmä			6 150 (5 453, 6 846)		1 431 (1 234, 1 628)
Vakioitu					
Ryhmä			6 158 (5 446, 6 870)		1 520 (1 310, 1 730)
Sukupuoli	Naiset		539 (506, 572)		423 (402, 444)
Ikä	30–49		61 (18, 104)		47 (18, 76)
	40–54		-37 (-80, 6)		-49 (-77, -21)
2018	Vuosi 1	2 098		1 721	
Vakioimaton					
Ryhmä			7 925 (6 747, 9 102)		1 306 (1 132, 1 481)
Vakioitu					
Ryhmä			8 509 (7 311, 9 707)		1 395 (1 209, 1 581)
Sukupuoli	Naiset		562 (511, 613)		392 (371, 413)
Ikä	30–39		22 (-38, 83)		10 (-18, 38)
	40–54		-18 (-82, -44)		-42 (-71, -14)
2019	Vuosi 1	2 051		1 699	
Vakioimaton					
Ryhmä			4 426 (3 964, 4 887)		1 317 (1 137, 1 497)
Vakioitu					
Ryhmä			4 873 (4 354, 5 391)		1 835 (1 590, 2 079)
Sukupuoli	Naiset		471 (441, 502)		435 (412, 459)
Ikä	30–39		-55 (-94, -17)		15 (-16, 47)
	40–54		-102 (-142, -64)		-38 (-70, -6)
2020	Vuosi 1	2 152		1 913	
Vakioimaton					
			3 299 (2 892, 3 616)		1 295 (1 134, 1 455)
Vakioitu					
Ryhmä			3 480 (3 144, 3 817)		1 336 (1 264, 1 409)

Tutkimusjoukko 1 Lähisuhdeväkivallan uhrit ¹		Lisäkustannukset € (95 % LV)		99 % fraktiili Lisäkustannukset € (95 % LV)	
	N		N		
Tunnistamisvuosi					
Sukupuoli	Naiset	510	(482, 537)	526	(499, 553)
Ikä	30–39	-59	(-94, -23)	-84	(-118, -50)
	40–54	-66	(-103, -29)	-88	(-123, -52)

¹ Lähisuhdeväkivallan uhrien suppea määritelmä (terveydenhuollon ja turvakotien asiakasrekisterit)

² referenssiryhmä = vertailuryhmä

³ referenssiryhmä = miehet

⁴ referenssiryhmä = 19–29-vuotiaat

5.2 Lähisuhdeväkivallan kustannukset – Väestötutkimus

5.2.1 Kuvailevat tiedot

5.2.1.1 Naisten ja miesten kokema lähisuhdeväkivalta

Väestötutkimuksen perusteella lasketut lähisuhdeväkivallan esiintymisluvut koko väestön tasolle arvoituna on esitetty taulukossa 22. Tutkimuksen perusteella suomalaisista 74,9 % on kokenut ainakin kerran elämässään lähisuhdeväkivaltaa. Lapsuudessaan itseen kohdistuvaa tai vanhempien välistä lähisuhdeväkivaltaa raportoi puolestaan kokeneensa 64,6 %.

Entisen tai nykyisen kumppanin tekemää parisuhdeväkivaltaa tai -vainoa on puolestaan kokenut elämänsä aikana 43,6 %. Viimeisen vuoden aikana parisuhdeväkivaltaa tai -vainoa on kokenut 4,4 % suomalaisista. Nykyisen kumppanin tekemää henkistä, fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa oli kokenut noin joka viides vastaaja ja entisen kumppanin tekemää väkivaltaa yli neljännes vastaajista. Nykyisen kumppanin tekemä henkinen väkivalta oli huomattavasti yleisempää kuin fyysinen tai seksuaalinen väkivalta, mutta edellisen kumppanin osalta myös fyysisen ja seksuaalisen väkivallan kokemukset olivat yleisiä.

Parisuhdeväkivalta on luonnollisesti vielä yleisempää, jos pois jätetään ne vastaajat, jotka eivät ole koskaan olleet parisuhteessa. Joskus elämänsä aikana parisuhteessa olleista aikuisista vastaajista (n=5 706) 51,1 % oli kokenut parisuhdeväkivaltaa ainakin kerran ja 9,2 % viimeisen vuoden aikana. Nykyisen kumppanin tekemää henkistä, fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa oli kokenut 25,1 % parisuhteessa olleista vastaaja ja entisen kumppanin tekemää väkivaltaa 52,9 %.

Naisten ja miesten lähisuhdeväkivaltakokemuksia on kuvattu tarkemmin taulukossa 22. Naisten ja miesten välillä ei ollut merkitsevää eroa nykyisen kumppanin tekemän väkivallan kokonaismäärässä, nykyisen kumppanin tekemässä henkisessä väkivallassa, viimeisen vuoden aikana koetun parisuhdeväkivallan tai -vainon kokonaismäärässä eikä vanhempien tekemän väkivallan määrässä. Kaikkia muita lähisuhdeväkivallan muotoja naiset olivat kokeneet merkitsevästi enemmän kuin miehet.

Taulukko 22. Naisten ja miesten lähisuhdeväkivaltakokemuksia

	Kaikki	Naiset	Miehet	Merkitsevä sukupuoliero
Nykyinen kumppani				
Henkinen väkivalta	18,7	18,1	19,4	-
Fyysinen väkivalta tai uhkaus	5,9	6,9	4,8	p < ,050
Seksuaalinen väkivalta	0,7	1,2	0,2	p < ,001
Yhteensä	19,9	19,0	20,8	-
Entinen kumppani				
Henkinen väkivalta	25,4	15,3	10,2	p < ,001
Fyysinen väkivalta tai uhkaus	17,9	23,8	11,9	p < ,001
Seksuaalinen väkivalta	5,2	8,7	1,7	p < ,001
Yhteensä	27,2	32,8	21,7	p < ,001
Nykyisen tai entisen kumppanin tekemä vaino	5,0	7,4	2,6	p < ,001
Parisuhdeväkivalta yhteensä (ml. vaino)	43,6	48,0	39,3	p < ,001
Parisuhdeväkivalta (ml. vaino) 12 kk aikana	4,4	5,0	3,9	-
Lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta				
Vanhempien tekemä henkinen tai fyysinen väkivalta	46,8	48,5	45,1	-
Vanhempien välinen henkinen tai fyysinen väkivalta	54,1	57,4	50,8	p < ,001
Perheenjäsenen tai sukulaisen tekemä seksuaalinen väkivalta	1,2	2,3	0,1	p < ,001
Yhteensä	64,6	67,0	62,4	p < ,050
Kaikki lähisuhdeväkivalta yhteensä	74,9	77,5	72,2	p < ,001

5.2.1.2 Lasten kokema lähisuhdeväkivalta

Aineistosta on saatavilla tietoa sekä lapsiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta että lasten altistumisesta huoltajansa kokemalle parisuhdeväkivallalle.

Alle 18-vuotiaiden vastaajien otokseen ei kuulunut poikia, joten sukupuolittaisia eroja alaikäisten kokemasta lähisuhdeväkivallasta ei analysoitu. Väestötutkimuksen perusteella suomalaisista 16–17-vuotiaista tytöistä 68 % on kokenut ainakin kerran elämässään lähisuhdeväkivaltaa. Tarkemmat tiedot alaikäisten tyttöjen lähisuhdeväkivaltakokemuksista on esitetty taulukossa 23. Vanhempien tekemää sekä vanhempien välistä fyysistä tai henkistä väkivaltaa on kokenut noin puolet 16–17-vuotiaista tytöistä. Perheenjäsenen tai sukulaisen tekemää seksuaalista väkivaltaa on kokenut puolestaan 1,5 %. Ainakin joskus parisuhteessa olleista tytöistä 45,4 % on kokenut kumppaninsa tekemää väkivaltaa. Henkinen väkivalta on yleisin nuorten kokema parisuhdeväkivallan muoto, mutta useampi kuin joka kymmenes parisuhteessa ollut tyttö on kokenut myös kumppaninsa tekemää fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa.

Kaikista väestötutkimuksen täysi-ikäisistä vastaajista (n=6 037) yhteensä 23,6 %:lla oli kotitaloudessaan asuvia omia tai puolison lapsia. Parisuhdeväkivaltaa kuluneen viiden vuoden aikana kokeneista vastaajista puolestaan 29,6 %:lla oli kotitaloudessa asuvia lapsia, mikä oli merkitsevästi suurempi osuus kuin ei-parisuhdeväkivaltaa kokeneilla (23,2 %, p < ,001). Lapsiperheistä 76,2 %:lla oli kotona asuvia alle kouluikäisiä lapsia, 63,1 %:lla 7–15-vuotiaita lapsia ja 18,2 %:lla yli 15-vuotiaita lapsia.

Taulukko 23. 16–17-vuotiaiden tyttöjen kokema lähisuhdeväkivalta

	Kaikki (N = 1 618)	Parisuhteessa olleet (N = 586)
Perheväkivalta		
Vanhempien tekemä henkinen tai fyysinen väkivalta	47,5 %	-
Vanhempien välinen henkinen tai fyysinen väkivalta	53,1 %	-
Perheenjäsenen tai muun sukulaisen tekemä seksuaalinen väkivalta	1,5 %	-
Nykyisen tai entisen kumppanin tekemä väkivalta		
Henkinen väkivalta	-	41,0 %
Fyysinen väkivalta tai uhkaus	-	16,9 %
Seksuaalinen väkivalta	-	12,8 %
Vaino	-	5,3 %
Parisuhdeväkivalta yhteensä	-	45,4 %
Kaikki lähisuhdeväkivalta yhteensä	68,0 %	

5.2.2 Palveluiden käyttö

5.2.2.1 Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluiden käyttö viimeisen 12 kk aikana

Taulukossa 24 on kuvattu vastaajien terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluiden käyttöä kokonaisuudessaan viimeisen 12 kk aikana. Parisuhdeväkivallan osalta mukana ovat kaikki kyselyyn vastanneet, lapsuusajan väkivallan osalta vain täysi-ikäiset vastaajat. Kuten taulukosta 24 nähdään, olivat lähisuhdeväkivaltaa kokeneet vastaajat käyttäneet merkittävästi useammin kaikkia palveluita. Sosiaalipalveluita viimeisen vuoden aikana käyttäneiden osuus oli lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden joukossa 40–200 % suurempi verrattuna ei-väkivaltaa kokeneisiin vastaajiin. Oikeuspalveluita (ml. poliisi) käyttäneiden osuus oli puolestaan väkivaltaa kokeneiden joukossa 60–360 % suurempi verrattuna ei-väkivaltaa kokeneisiin vastaajiin. Vastaavasti terveysterveysten osalta ei-väkivaltaa kokeneissa oli 40–200 % enemmän vastaajia, jotka eivät olleet käyttäneet terveysterveysten lainkaan viimeisen vuoden aikana. Palveluiden käyttö oli yleisintä viimeisen vuoden aikana parisuhdeväkivaltaa kokeneiden joukossa – he olivat käyttäneet terveys- ja sosiaalipalveluja kaksi kertaa useammin ja oikeuspalveluja 3,6 kertaa useammin kuin ei-väkivaltaa kokeneet vastaajat.

Taulukko 24. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden ja ei-kokeneiden vastaajien palveluiden käyttö viimeisen 12 kk aikana

	Käyttänyt terveyspalveluita	Käyttänyt sosiaalipalveluita	Käyttänyt oikeuspalveluita
Parisuhdeväkivaltaa 12 kk aikana			
Kyllä	96,2 %	21,2 %	17,7 %
Ei	90,7 %	10,3 %	4,9 %
<i>p</i>	,002	,030	< ,001
Parisuhdeväkivaltaa elämän aikana			
Kyllä	94,3 %	16,3 %	7,2 %
Ei	89,4 %	8,0 %	4,4 %
<i>p</i>	< ,001	< ,001	< ,001
Lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta*			
Kyllä	93,0 %	13,6 %	8,2 %
Ei	90,4 %	9,9 %	4,6 %
<i>p</i>	,027	,025	< ,001

* Vain täysi-ikäiset vastaajat

Aineisto on painotettu taustatekijöiden mukaan ja merkitsevyyserot testattu ensimmäisen asteen Rao-Scott -korjatulla khiin neliö -testillä

5.2.2.2 Palveluiden kustannukset

Kaikkien vastaajien raportoimasta palveluiden käytöstä aiheutuneet kustannukset olivat viimeisen 12 kk ajalta n. 10,4 miljoonaa euroa terveydenhuollolle, 960 000 euroa sosiaalipalveluille ja 510 000 euroa oikeuspalveluille. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden vastaajien osuus palveluiden yhteiskustannuksista oli 85,4 %, mikä oli korkeampi kuin heidän osuutensa kaikkien vastaajien määrästä (75,7 %).

Taulukoissa 25–27 on vertailtu eri lähisuhdeväkivallan muotoja kokeneiden vastaajien palveluiden käytön keskimääräisiä kustannuksia niihin vastaajiin, jotka eivät olleet kokeneet väkivaltaa. Taulukoista nähdään, että terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluille aiheutuvat kustannukset olivat merkitsevästi korkeampia lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden keskuudessa verrattuna ei-väkivaltaa kokeneisiin. Suurin kustannusvaikutus kohdistui kuluneen vuoden aikana käytettyihin sosiaali- ja oikeuspalveluihin. Sosiaalipalveluiden keskimääräiset kustannukset olivat parisuhdeväkivaltaa kokeneilla 60–90 % korkeammat kuin ei-väkivaltaa kokeneilla. Viimeisen vuoden aikana parisuhdeväkivaltaa kokeneilla oikeuspalveluiden kustannukset olivat puolestaan lähes nelinkertaiset verrattuna ei-väkivaltaa kokeneisiin. Myös lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta näkyi 50 % korkeampina sosiaali- ja oikeuspalveluiden kustannuksina aikuisten vastaajien joukossa.

Taulukko 25. Terveydenhuollon keskiarvoiset kustannukset edeltävän 12 kk ajalta

	Kustannus ka	Keskiahajonta	Mediaani	<i>p</i>
Parisuhdeväkivaltaa elämän aikana				< ,001
Kyllä	875 €	(19 500)	555 €	
Ei	660 €	(14 830)	355 €	
Parisuhdeväkivaltaa 12 kk aikana				< ,001
Kyllä	935 €	(18 770)	620 €	
Ei	725 €	(16 100)	380 €	
Lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta*				< ,001
Kyllä	810 €	(15 700)	480 €	
Ei	710€	(18 575)	375 €	

* Vain täysi-ikäiset vastaajat

Aineisto on painotettu taustatekijöiden mukaan ja merkitsevyyserot testattu ensimmäisen asteen Rao-Scott -korjatulla khiin neliö -testillä

Taulukko 26. Sosiaalipalveluiden keskiarvoiset kustannukset edeltävän 12 kk ajalta

	Kustannus ka	Keskihajonta	Mediaani**	p
Parisuhdeväkivaltaa elämän aikana				< ,001
Kyllä	36 €	(2 210)	-	
Ei	19 €	(1 360)	-	
Parisuhdeväkivaltaa 12 kk aikana				< ,001
Kyllä	39 €	(1 920)	-	
Ei	24 €	(1 600)	-	
Lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta*				< ,001
Kyllä	48 €	(1 995)	-	
Ei	31 €	(1 530)	-	

* Vain täysi-ikäiset vastaajat

** Keskimäinen vastaaja ei ollut käyttänyt palveluita

Aineisto on painotettu taustatekijöiden mukaan ja merkitsevyyserot testattu ensimmäisen asteen Rao-Scott -korjatulla khiin neliö -testillä

Taulukko 27. Oikeuspalveluiden keskiarvoiset kustannukset edeltävän 12 kk ajalta

	Kustannus ka	Keskihajonta	Mediaani**	p
Parisuhdeväkivaltaa elämän aikana				< ,001
Kyllä	47 €	(4 545)	-	
Ei	28 €	(3 035)	-	
Parisuhdeväkivaltaa 12 kk aikana				< ,001
Kyllä	125 €	(6 510)	-	
Ei	32 €	(3 350)	-	
Lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta*				< ,001
Kyllä	48 €	(4 480)	-	
Ei	31 €	(3 240)	-	

* Vain täysi-ikäiset vastaajat

** Keskimäinen vastaaja ei ollut käyttänyt palveluita

Aineisto on painotettu taustatekijöiden mukaan ja merkitsevyyserot testattu ensimmäisen asteen Rao-Scott -korjatulla khiin neliö -testillä

5.2.2.3 Avun hakeminen ja tyytyväisyys palveluihin

Lähisuhdeväkivallan kokijat käyttävät siis runsaasti sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluita. Osiossa 2.3 esiteltujen aiempien tutkimusten pohjalta merkittävä osa lähisuhdeväkivaltaa jättää kuitenkin tunnistamatta näissä palveluissa. Avun hakemisen kartoittamiseksi lähisuhdeväkivaltaa kokeneilta vastaajilta tiedusteltiin, olivatko he koskaan kertoneet kokemastaan väkivallasta terveydenhuollossa tai väkivallan uhrien auttamiseen erikoistuneissa palveluissa työskentelevälle ammattilaiselle tai poliisille. Apua hakeneiden vastaajien osuus väestötasolla on esitetty taulukossa 28. Väkivaltaa kokeneet henkilöt ovat hakenneet apua useimmin viimeisen vuoden sisällä tapahtuneeseen väkivaltaan ja harvemmin lapsuudessa koettuun väkivaltaan.

Palveluja käyttäneiltä vastaajilta tiedusteltiin myös tyytyväisyyttä saamiinsa sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluihin. Nämä tiedot on esitetty taulukossa 29. Tuloksista nähdään, että elämänsä aikana lähisuhdeväkivaltaa kokeneet ovat merkittävästi tyytymättömpiä saamiinsa terveys-, sosiaali- ja/tai oikeuspalveluihin kuin ei-väkivaltaa kokeneet suomalaiset. Kaikkein tyytymättöimpiä ovat kuluneen vuoden aikana parisuhdeväkivaltaa kokeneet: heistä vain noin puolet on tyytyväisiä käyttämiinsä palveluihin, kun taas ei-väkivaltaa kokeneista tyytyväisiä on lähes 80 %. Lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta oli merkittävästi yhteydessä suurempaan tyytymättömyyteen terveyspalveluihin, mutta ei sosiaali- tai oikeuspalveluihin.

Taulukko 28. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden vastaajien avun hakeminen sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluista

	Parisuhdeväkivaltaa elämän aikana	Parisuhdeväkivaltaa 12 kk aikana	Lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta*
Kertonut väkivallasta	21,5 %	25,5 %	5,3 %

* Vain täysi-ikäiset vastaajat

Aineisto on painotettu taustatekijöiden mukaan ja merkitsevyyserot testattu ensimmäisen asteen Rao-Scott-korjatulla khiin neliö -testillä

Taulukko 29. Vastaajien tyytyväisyys saamiinsa palveluihin

	Tyytyväinen terveyspalveluihin	Tyytyväinen sosiaalipalveluihin	Tyytyväinen oikeuspalveluihin
Parisuhdeväkivaltaa elämän aikana			
Kyllä	73,5 %	70,3 %	68,5 %
Ei	81,2 %	84,0 %	84,1 %
<i>p</i>	< ,001	< ,001	< ,050
Parisuhdeväkivaltaa 12 kk aikana			
Kyllä	54,1 %	46,8 %	52,2 %
Ei	79,2 %	79,6 %	79,2 %
<i>p</i>	< ,010	< ,050	,258
Lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta*			
Kyllä	72,6 %	73,5 %	69,1 %
Ei	80,1 %	79,6 %	80,6 %
<i>p</i>	< ,001	,400	,055

* Vain täysi-ikäiset vastaajat

Aineisto on painotettu taustatekijöiden mukaan ja merkitsevyyserot testattu ensimmäisen asteen Rao-Scott -korjatulla khiin neliö -testillä

5.2.3 Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat kustannukset (regressiomallinnus)

Seuraavaksi tarkastelemme niiden palveluiden käyttöä, joille oli mahdollista muodostaa tulkittavat efektit regressiomallien avulla. Yksittäisistä palvelumuodoista mielekkäästi tulkittavat efektit oli löydettävissä terveyskeskus-, psykoterapia- ja päivystyskäynneille. Muiden terveyspalvelujen osalta tämä tarkoittaa sitä, että lähisuhdeväkivaltaan mahdollisesti liittyvistä palveluista (esimerkiksi erikoissairaanhoido) ei havaintojen pienen määrän tai satunnaisvirheen suuruuden vuoksi voida tämän kyselyaineiston puitteissa sanoa mitään. Sen sijaan näiden kolmen tunnistetun palvelutyyppin suhteen syntyviä kustannuksia kannattaa tarkastella nk. kokonaiskustannusmallilla, sillä yksittäin niitä koskevat estimaatit ovat vielä liian epätarkkoja lähisuhdeväkivallasta aiheutuvien kustannusten estimointiin.

Taulukossa 30 on esitetty niiden terveyspalveluiden käyttöä ennustavat palvelukohtaiset regressiomallit, jotka saavat mielekkäästi tulkittavan vähintään suuntaa-antavasti tilastollisesti merkitsevän tuloksen lähisuhdeväkivallan seurauksille. Terveyskeskuskäyntejä mallinnettiin siis väkivallan seurauksena terveyspalveluihin hakeutumisen sekä pitkäkestoisen

terveyshaitan avulla. Psykoterapiakäyntejä mallinnettiin puolestaan väkivaltaan liittyvän pitkäkestoisen terveyshaitan sekä psyykkisen oireilun avulla ja päivystyskäyntejä puolestaan mustelmaa vakavamman ruhjeen avulla. Kussakin mallissa on vakioitu vastaajan ikä, koulutus, sosioekonominen asema, lasten lukumäärä, kuntatyyppi sekä terveydentila ja muuhun väkivaltaan liittyvä terveystyypin käyttö. Toisin kuin terveyspalveluja, ei sosiaali- ja oikeuspalveluiden käyttöä pystytty estimoimaan palvelutyypikohtaisesti, koska niissä havaintojen määrä yksittäisissä palveluissa ei ollut riittävä.

Taulukko 30. Terveyspalveluiden käyttöä ennustavat palvelukohtaiset mallit (negatiivinen binomiregressio), parametriestimaatti (keskivirhe)

	Terveyskeskus- käynnit		Psykoterapia- käynnit		Päivystyskäynnit	
Parametrit						
Hakeutunut terveyspalveluihin 12 kk sisällä lähisuhdeväkivallasta	0,513*	(0,239)	-	-	-	-
Pitkäkestoinen lähisuhdeväkivaltaan liittyvä terveyshaitta	0,493	(0,154)	1,121	(0,599)	-	-
Psyykkinen oireilu 5 vuoden aikana	-	-	0,521*	(0,295)	-	-
Mustelmaa vakavampi ruhje 12 kk aikana	-	-	-	-	0,255	(0,213)
Log likelihood	4 236		-723,8		-3 302	
AIC	16 386		5 546		8 126	

Taulukossa 31 on esitetty edellä kuvatuilla määrittelyillä estimoitu väkivalta- ja seksuaaliväkivaltakokemusten yleisyys Suomessa asuvien 16–74-vuotiaiden naisten perusjoukossa. Tulokset on korotettu väestötasolle asetelmaperusteisesti siten, että aineiston yksittäisen vastaajan tiedot on korotettu otanta-asetelman ja vastauskadon oikaisevalla painokertoimella. Aineiston perusteella fyysistä lähisuhdeväkivaltaa (josta laskettu pois pelkkää uhkailua kokeneet) on vuoden aikana kokenut noin 42 000 naista, kun taas viiden vuoden aikana tapahtuneesta väkivaltaepisodista psyykkisiä oireita kokee yli 79 000 naista. Henkistä väkivaltaa ilmoittaa kokeneensa 842 000 naista, ja väkivallan vakavampia seurauksia (mustelmaa vakavampi vamma) 33 000.

Taulukko 31. Väkivaltakokemusten yleisyys, väkivallan terveydelliset seuraukset sekä palveluihin hakeutuminen 12 kk ja 5 vuoden viiteajoilla kyselyssä sekä väestötasolle (Suomessa asuvat 16–74-vuotiaat naiset) korotettuna

	Viimeisen 12 kk aikana			Viimeisen 5 vuoden aikana		
	%	Keskivirhe	N korot.	%	Keskivirhe	N korot.
Kokenut väkivaltaa						
Psykkistä väkivaltaa	14,7	0,6	295 805	41,7	0,8	841 628
Fyysistä väkivaltaa ml. uhkailu	2,4	0,3	49 101	9,1	0,5	183 756
Fyysistä väkivaltaa pl. uhkailu	2,1	0,2	42 160	7,2	0,5	146 227
Väkivallan seuraukset						
Mikä tahansa ruhje	53,1	6,0	22 382	43,6	3,2	64 067
Vakavampi ruhje*	18,4	4,7	9 029	18,2	2,3	33 399
Psykkinen oireilu	57,3	5,8	24 162	54,4	3,2	79 524
Avun hakeminen väkivaltaan						
Hakeutunut terveystalouteen	20,3	5,3	8 558	22,6	2,7	33 015
Puhunut sosiaali- tai terveystalouteen	22,1	5,4	9 316	21,9	2,7	31 988
Puhunut sosiaalitalouteen**	5,7	4,1	2 414	6,1	1,7	8 942
Puhunut kolmannelle sektorille	8,7	4,3	3 689	10,7	2,4	15 653
Hakenut oikeustaloutta	5,7	4,1	2 414	4,3	1,5	6 310
Tehnyt rikosilmoituksen	9,3	3,6	3 929	9,4	1,9	13 709
<i>N (väkivaltaa pl. uhkailu kokeneet)</i>	127			406		
<i>Asetelmakerroin (väkivallan kokemus)</i>	1,839			1,859		

* Vakavampi ruhje tarkoittaa murtumaa, palo- tai viiltahaavaa tai päänseudun vammaa

** Suoraan sosiaalitalouteen yhteyttä ottaneet

Taulukossa 32 on esitetty lähisuhdeväkivallan seurauksiin liittyvien palvelukäytön indikaattorien ennustaman kokonaispalvelutarpeen marginaaliefektit. Terveystalouden käyttöä estimoidaan 12 kk akuuttiin hoitoon hakeutumisen sekä 5 vuoden psykisen oireilun viiteajaksolla, kun taas sosiaali- ja oikeustalouden käyttöä estimoidaan vain 5 vuoden viiteajaksolla väkivaltaepisodista ilmenneellä palvelukäytöllä. Vastemuuttujan jakauman muoto sekä pienet havaintomäärät näkyvät tuloksissa hyvin suurena tilastollisena epävarmuutena, jota kuvastavat marginaaliefektien suuntaa-antavat keskivirheet taulukon ensimmäisessä sarakkeessa. Marginaaliefektien käyttö on avattu tarkemmin liitteessä 10.

Taulukko 32. Lähisuhdeväkivallan suoran palvelukäytön kustannusten marginaaliefektit (negatiivinen binomiregressio), indikaattorin korotettu perusjoukko [90 % luottamusväli] ja näiden tulo (kokonaiskustannuksen estimaatti)

	Marginaaliefekti, euroa (keskivirhe)	Korotettu perusjoukko, tuhatta hlö [luottamusväli]	Kokonaiskustannus väestötasolla, tuhatta euroa
Terveyskeskus tai päivystys väkivallan takia	148** (190)	9,8 [6,2-13,5]	1 450
Terapiapalvelut väkivallan takia	110** (99)	97 [87,7-107,0]	10 670
Sosiaalipalvelut*, uhrilla lapsia	220** (230)	13,9 (9,8-18,1)	3 058
Sosiaalipalvelut*, uhrilla ei lapsia	20 (18)	19,3 [15,2-23,4]	-
Yhteydenotto oikeuspalveluihin väkivallan vuoksi	204** (425)	22,8 [17,7-27,8]	4 650
Yhteensä			19 800

* Lastensuojelun avohuollon työntekijän tapaaminen, lastenvalvojan tapaaminen, lapsen valvottu tapaaminen, turvakotivuorokausi, yhteydenotto auttavaan puhelin- tai nettipalveluun

** Marginaalikeskiarvon tilastollisesti merkitsevä ero vertailuluokkaan
Estimaatit perustuvat negatiivisella binomiregressiolla estimoituihin palveluiden käytön kokonaiskustannuksiin. Malleissa vakioitu vastaajan ikä, koulutus, lasten lukumäärä, sosioekonominen asema ja terveydentila (vain terveyspalvelujen malli). Sosiaalipalveluiden mallissa mukana interaktiotermi, joka huomioi kotitaloudessa olevat lapset kustannusten ehdollistavana tekijänä.

6 Yhteenveto ja suositukset

6.1 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että 16–74-vuotiaista suomalaisista 75 % on kokenut henkistä, fyysistä tai seksuaalista lähisuhdeväkivaltaa ainakin kerran elämässään. Parisuhdeväkivaltaa on kokenut 44 % ja lapsuusajan lähisuhdeväkivaltaa 65 %. Viimeisen vuoden aikana parisuhdeväkivaltaa on kokenut 4 % koko väestöstä ja noin joka kymmenes ainakin joskus parisuhteessa olleista. Joskus elämänsä aikana parisuhteessa olleista aikuisista vastaajista 51 % oli kokenut suhteessaan väkivaltaa ainakin kerran ja 9 % viimeisen vuoden aikana. Nämä esiintymisluvut ovat hieman suurempia kuin aiemmissa väestöpohjaisissa tutkimuksissa mitatut luvut, mikä johtunee ainakin osittain siitä, että tämä tutkimus huomioi fyysisen, henkisen ja seksuaalisen väkivallan sekä vainon.

Naiset ovat kokeneet merkitsevästi miehiä useammin elämän aikaista parisuhdeväkivaltaa (naiset 48 %, miehet 39 %), entisen kumppanin tekemää väkivaltaa (naiset 33 %, miehet 22 %) sekä lapsuusajan lähisuhdeväkivaltaa (naiset 67 %, miehet 62 %). Nykyisessä parisuhteessaan naiset ovat kokeneet miehiä useammin fyysistä (naiset 7 %, miehet 5 %) ja seksuaalista (naiset 1 %, miehet 0,2 %) parisuhdeväkivaltaa. Miehiin verrattuna naiset ovat kokeneet useammin myös nykyisen tai entisen kumppanin tekemää vainoa (naiset 7 %, miehet 3 %). Nämä sukupuolieroja koskevat havainnot ovat samansuuntaisia kuin aiemmissa suomalaisissa väestötutkimuksissa (Heiskanen & Ruuskanen, 2010). Vastaava sukupuoliero tuli esille tutkimuksessa käytettyjen asiakasrekistereiden osalta. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneista naisia oli 74 % erikoissairaanhoidon, 69 % avoterveydenhuollon, 93 % turvakotien ja 78 % poliisin asiakasrekistereissä.

Tutkimus osoitti, että parisuhdeväkivaltaa kuluneen viiden vuoden aikana kokeneista vastaajista 30 %:lla oli kotitaloudessa asuvia lapsia. Tämä on huomattava luku ottaen huomioon väkivallalle altistumisen haitallisuuden lapsuudessa (Vu ym., 2016). Lisäksi tutkimus osoittaa, että lähisuhdeväkivaltakokemukset ovat yleisiä 16–17-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa (otokseen ei kuulunut alaikäisiä poikia). Tytöistä 68 % on kokenut lähisuhdeväkivaltaa vähintään kerran elämässään. Yleisimmin he olivat todistaneet vanhempien välistä henkistä tai fyysistä väkivaltaa (53 %) sekä kokeneet vanhempien tekemää väkivaltaa (48 %). Myös 16–17-vuotiaiden tyttöjen kokema parisuhdeväkivalta on huomattavan yleistä: tytöistä 36 % on ollut parisuhteessa ja heistä 45 % on kokenut väkivaltaa kumppaninsa taholta. Tämän ikäryhmän tyttöjen palvelujen saantiin olisikin kiinnitettävä erityistä huomiota, sillä nuoruusiän parisuhteissa koettu väkivalta lisää riskiä aikuisiän parisuhteiden uhrikokemuksiin ja väkivallan tekoihin (Cui ym., 2013).

Tutkimuksessa havaitut esiintymisluvut oli 16–74-vuotiaiden naisten osalta mahdollista korottaa väestötasolle. Tuloksena on, että vuosittain fyysistä parisuhdeväkivaltaa kokee tässä ikäryhmässä 42 000 naista ja henkistä väkivaltaa puolestaan 230 000 naista. Viiden vuoden sisällä fyysistä väkivaltaa on kokenut 146 000 ja henkistä väkivaltaa 841 000 naista. Vuoden aikana 9 000 naista ja viiden vuoden aikana 33 400 on puolestaan saanut väkivaltaista mustelmaa vakavampia fyysisiä vammoja. Lähes vastaava määrä (8 600 ja 33 000) naisia hakeutuu väkivallan vuoksi terveystalvelujen piiriin. Psykkisistä oireista kärsii vuoden aikana tapahtuneen väkivallan vuoksi 24 000 naista ja viiden vuoden aikana tapahtuneen väkivallan vuoksi 80 000 naista.

Kuitenkin terveydenhuollon rekistereihin väkivaltadiagnooseja oli merkitty vuosittain vain noin 800 henkilölle, mikä on vain 9 % kaikista vakavia vammoja kärsineistä naisista. Lisäksi rekisteritutkimuksessa havaittiin, että vain 6 % turvakotien asiakkaista oli tunnistettu väkivallan uhreiksi terveydenhuollossa kuuden vuoden aikana. Myös psyykkisistä oireista parisuhdeväkivallan seurauksena kärsivien määrä on moninkertainen terveystalvelujen piiriin hakeutuneisiin naisiin verrattuna. Tämä viittaa siihen, että psyykkisistä oireista kärsineet lähisuhdeväkivallan kokijat ovat joko jääneet ilman ammattiapua tai heidän oireiluaan ei ole yhdistetty väkivaltaan. Nämä löydökset vastaavat aiempia tutkimuksia, joiden mukaan lähisuhdeväkivalta on huomattavan alitunnistettua suomalaisissa terveystalveluissa (Kivelä, 2020; Siltala, 2021). Rikosilmoituksen tehneiden osuus oli puolestaan 9 % kaikista fyysistä väkivaltaa kokeneista ja 44 % vakavampia vammoja saaneista. Aikaisemmissa tutkimuksissa on arvioitu, että vakavimmista parisuhdeväkivaltatapauksista 10–20 % tulee poliisin tietoon (FRA, 2014; Kääriänen, 2006).

Rekisteritutkimus osoitti, että lähisuhdeväkivallan uhriksi tunnistettujen henkilöiden terveydenhuoltokustannukset ovat yli kaksinkertaiset vertailuryhmään nähden ainakin kuuden vuoden ajan. Kustannukset olivat suurimmat tunnistamisvuonna ja laskivat sen jälkeen. Tutkimuksen perusteella vain murto-osa kaikista lähisuhdeväkivaltaa kokeneista henkilöistä kirjautuu terveydenhuollon tai poliisin rekistereihin. Väestötutkimuksesta oli sen sijaan saatavissa tieto viiden vuoden sisällä väkivaltaa kokeneiden naisten määrästä, joten näitä tietoja hyödynnettiin väkivallan terveystalvelusten arvioinnissa.

Kun kustannuslaskelmista jätettiin pois eniten palveluja käyttänyt 1 % tutkittavista, saatiin lähisuhdeväkivallan aiheuttamiksi vuosittaisiksi lisäkustannuksiksi per henkilö keskimäärin 949 euroa terveydenhuollon rekistereistä ja 1 099 euroa poliisin rekistereistä. Vaikka rekisteriaineistot saattoivat sisältää osittain samoja henkilöitä, voidaan tulosten yhteenvetämiseksi olettaa, että keskimääräinen lisäkustannus terveydenhuollolle per lähisuhdeväkivaltaa kokenut henkilö on 1 024 euroa vuosittain. Jos siis rekistereistä laskettu keskimääräinen lisäkustannus (1 024 euroa) kerrotaan väestötutkimuksen perusteella viiden vuoden aikana fyysistä lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten määrällä (146 000), saadaan naisten kokeman lähisuhdeväkivallan suoraksi lisäkustannukseksi 150 miljoonaa

euroa vuodessa. Toisaalta myös henkisen väkivallan tiedetään aiheuttavan merkittäviä terveyshaittoja (Lagdon ym., 2014; Siltala, 2021). Jos henkisen lähisuhdeväkivallan oletetaan aiheuttavan vastaavaa kustannusnousua, olisivat vuosittaiset lisäkustannukset julkiselle terveydenhuollolle 861 miljoonaa euroa.

Kustannus rajautuu viiden vuoden aikana tapahtuneeseen väkivaltaan, koska tälle aikavälille oli laskettavissa tarkka kustannusarvio rekisteritutkimuksen perusteella. Väestötutkimuksen tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että myös elämänaikainen parisuhdeväkivalta sekä lapsuudessa tapahtunut lähisuhdeväkivalta näkyvät lisääntyneenä terveystalouden käyttönä. Todellisuudessa lähisuhdeväkivallan terveystalouden kustannukset eivät siis rajoitu vain viiden vuoden ajalle. Laskelma ei myöskään sisällä laisinkaan miesten tai alle 16-vuotiaiden kohtaaman lähisuhdeväkivallan kustannuksia, sillä niitä ei voitu tämän tutkimuksen aineistolla arvioida. Lisäksi arvio sisältää vain julkiselle terveydenhuollolle aiheutuvat suorat hoitokustannukset. Tämäkin aliarvioi lähisuhdeväkivallan kustannuksia, sillä huomattava joukko suomalaisia käyttää julkisten palveluiden sijaan tai ohella työterveyshuoltoa tai muita yksityisiä terveystalouksia. Myös väkivallan epäsuorat kustannukset, kuten esimerkiksi sairauslomien tai työkyvyttömyyden, jäivät tämän selvityksen ulkopuolelle. Aiempien selvitysten perusteella nämä epäsuorat kustannukset muodostavat kuitenkin yli puolet lähisuhdeväkivallan kokonaiskustannuksista (EIGE, 2014).

Lähisuhdeväkivallan kustannukset eivät myöskään rajoitu vain terveydenhuoltoon, vaan tutkimus osoittaa, että lähisuhdeväkivaltaa kokeneet henkilöt käyttävät selvästi runsaammin myös sosiaali- ja oikeuspalveluita kuin ei-väkivaltaa kokeneet. Sosiaalipalveluiden keskimääräiset kustannukset olivat viimeisen vuoden tai elämänsä aikana parisuhdeväkivaltaa kokeneilla 60–90 % korkeammat kuin ei-väkivaltaa kokeneilla. Oikeuspalveluiden (ml. poliisi) kustannukset olivat puolestaan elämänsä aikana parisuhdeväkivaltaa kokeneilla 70 % suuremmat ja viimeisen vuoden aikana parisuhdeväkivaltaa kokeneilla lähes nelinkertaiset verrattuna ei-väkivaltaa kokeneisiin. Myös lapsuudessa koettu lähisuhdeväkivalta näkyi 50 % korkeampina sosiaali- ja oikeuspalveluiden kustannuksina. Korkeammasta palveluiden käytöstä huolimatta etenkin kuluneen vuoden aikana parisuhdeväkivaltaa kokeneet ovat huomattavan tyytymättömiä saamiinsa terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluihin: vain joka toinen palveluja käyttäneistä parisuhdeväkivallan kokijoista oli tyytyväisiä palveluihin. Myös tämä löydös korostaa tarvetta kehittää lähisuhdeväkivallan kokijoiden kohtaamista terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa.

Suositukset pohjautuvat kolmeen päätulokseen:

- 1) Lähisuhdeväkivaltaa kokeneet käyttävät terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluja moninkertaisesti verrattuna muuhun väestöön. Suurimmat lisäkustannukset aiheutuvat akuutista lähisuhdeväkivallasta, mutta myös aikuisten lapsuudessa kokema väkivalta näkyi suurempina kustannuksina. Palveluiden käyttöön ja avun tarpeeseen vaikuttavat sekä väkivallan välittömät että pitkäaikaiset seuraukset.
- 2) Lähes puolet kaikista suomalaisista on kokenut parisuhdeväkivaltaa ainakin kerran elämässään ja 4 % viimeisen vuoden aikana. Lapsuudessaan lähisuhdeväkivaltaa on puolestaan kokenut 65 % aikuisista suomalaisista.
- 3) Tutkimuksessa tuli selkeästi esille asiakastietojärjestelmiin tehtävien kirjausten puutteet. Vain alle kymmenesosa vakaviin vammoihin johtaneista lähisuhdeväkivaltatapauksista kirjataan terveydenhuollon tai poliisin rekistereihin. Sosiaalipalveluiden rekistereistä tietoa lähisuhdeväkivallasta ei puolestaan ole tällä hetkellä lainkaan saatavilla.

6.2 Suositukset

Suositukset lähisuhdeväkivaltatyön järjestämisestä Suomessa.

Väkivaltatyöllä tarkoitetaan väkivallan eri osapuolten auttamista sekä psykososiaalisen tuen ja oikeudellisen avun järjestämistä väkivallan kokijoille.

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa lähisuhdeväkivallan suorista terveystaloudsista sekä sosiaali- ja oikeuspalveluihin kohdistuvista kustannuksista. Lähisuhdeväkivallan uhrit näyttäisivät käyttävän terveys- ja sosiaalipalveluita kaksinkertaisesti ja oikeuspalveluita jopa nelinkertaisesti muuhun väestöön nähden. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneet ovat myös tyytymättömämpiä saamiinsa palveluihin. Lähisuhdeväkivallan suoriin terveystaloudsisiin on mahdollista vaikuttaa, sillä väkivallan tunnistaminen näyttää kääntävän terveystaloudsukset laskuun.

Tutkimuksen tulokset rohkaisevat puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan nykyistä tehokkaammin ja siten vähentämään väkivallasta aiheutuvaa inhimillistä kärsimystä sekä yhteiskunnallisia kustannuksia.

- 1) Lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisy ja puuttumisen järjestäminen kunnissa ja hyvinvointialueilla on varmistettava ottamalla käyttöön toimiviksi todettuja työtapoja ja palvelukokonaisuuksia. Lisäksi tulisi toteuttaa 2. suosituksen sisältämät ehdotukset lailla säädettävästä moniammatillisesta yhteistyöstä ja koordinaation järjestämisestä.
 - A) Lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisy, puheeksi ottaminen ja kartoittaminen sekä riskiarviointi, turvasuunnitelmien tekeminen, ensivaiheen auttaminen ja palveluihin ohjaaminen tulee sisällyttää osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon perustyötä. Lisäksi nämä tulee huomioida kirjaamiskäytännöissä.
 - B) Väkivallan uhreille, tekijöille ja väkivallalle altistuneille lapsille on oltava tarjolla tehokkaita hoito- ja palvelukokonaisuuksia, kuten:
 - Seri-tukikeskus seksuaaliväkivallan uhrien tukemiseksi
 - MARAK-työryhmä (moniammatillinen riskinarviointikokous) vakavan parisuhdeväkivallan uhrien auttamiseksi
 - Barnahus-työlle, jossa pyritään ehkäisemään lapsiin kohdistuvan väkivallan kaikkia muotoja ja kehittämään lapsiuhrien palvelupolkuja

- 2) Lailla tulee säätää lähisuhdeväkivaltatyön rakenteiden ja palveluiden järjestämisestä kunnissa ja hyvinvointialueilla. Lailla säädetään:
 - A) Kuntien ja hyvinvointialueiden tehtävistä omissa organisaatioissaan sekä poikkihallinnollisesti tehtävästä moniammatillisesta yhteistyöstä lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisemiseksi ja toimivien palveluketjujen järjestämiseksi.
 - B) Kunnissa ja hyvinvointialueilla nimetään väkivaltatyön koordinaattori ja väkivaltatyötä koordinoiva moniammatillinen työryhmä.
- 3) Väkivaltatyön opetusta ja tietoutta lähisuhdeväkivaltailmiöstä tulee sisällyttää kaikkien sosiaali-, terveydenhuollon- ja oikeudellisten alojen peruskoulutuksiin (lapsuudessa ja aikuisuudessa koettu väkivalta).
- 4) Asiakastietojärjestelmiin (sosiaali, terveys ja poliisi) tulee sisällyttää ja toteuttaa lähisuhdeväkivallan systemaattinen kirjaaminen ja tilastointi asiakastyön tueksi sekä lähisuhdeväkivallan yleisyyden esiintuomiseksi
 - A) Asiakastietojärjestelmien tulee sisältää tiedot väkivallan muodoista ja tekijästä.
 - B) Kirjaamiseen tulee järjestää ohjeistusta ja koulutusta johtajille ja henkilöstölle.
 - C) Kirjaamisohjeissa ja -käytännöissä asiakkaan turvallisuus on varmistettava.
- 5) Lähisuhdeväkivaltakokemuksiin ja avun saamiseen keskittyvä väestötutkimus on toteutettava säännöllisesti.
Lähisuhdeväkivaltailmiötä koskevia tietoja tulee käyttää tiedolla johtamisessa, palveluiden järjestämisessä ja kehittämisessä.

Seuraavaksi tarkastellaan suositusten sisältöjä ja perusteluja tarkemmin. Perusteluina ovat yhteenveto- ja johtopäätösluvun kolme päätulosta (luku 6.1). Lisäksi perusteluissa mainitaan myös muita asiaan liittyviä johtopäätöksiä, joita on käsitelty raportin osioissa 1–3.

1. Lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisyn ja puuttumisen järjestäminen kunnissa ja hyvinvointialueilla on varmistettava ottamalla käyttöön toimiviksi todettuja palvelukokonaisuuksia.

Lisäksi tulisi toteuttaa 2. suosituksen sisältämät ehdotukset lailla säädettävästä moniammatillisesta yhteistyöstä ja koordinaation järjestämisestä.

1 A) Lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisy, puheeksi ottaminen ja kartoittaminen sekä riskiarviointi, turvasuunnitelmien tekeminen, ensivaiheen auttaminen ja palveluihin ohjaaminen tulee sisällyttää osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon perustyötä. Lisäksi nämä tulee huomioida kirjaamiskäytännöissä.

Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluissa tehtävää asiakastyötä tulee ohjeistaa nykyistä kattavammin ja ammattilaisia kouluttaa traumatietoisesta asiakaskohtaamisesta, väkivallan puheeksi ottamisesta, väkivallan riskinarvioimisesta sekä palvelujen yhteensovittamisesta. Palveluohjauksessa ja asiakassuunnitelmissa tulee näkyä, miten väkivalta on otettu puheeksi, onko sitä kartoitettu ja minne asiakas on mahdollisesti ohjattu. Myös turvasuunnitelma ja riskinarvioinnin johtopäätökset on oltava tarkoin kirjattuna ja asiakkaan turvasuunnitelma tulee päivittää aina, kun siihen on tarvetta. Lähisuhdeväkivaltatyön alueellisesta järjestämisestä ja koordinoimisesta vastaavat henkilöt edistävät käytäntöjen viemistä asiakastyöhön. Esimerkiksi THL:llä on jo malleja toiminnan järjestämiseen ja lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen¹¹.

Tarve väkivaltatyötä koskevien ohjeistusten ja ammattilaisten koulutuksen kehittämiseksi on selkeä, koska nykyisellään sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden ammattilaiset eivät useinkaan koe väkivaltatyön kuuluvan omaan toimenkuvaansa (Husso ym., 2012). Tämä sekä aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että lähisuhdeväkivallan kokijat käyttävät huomattavissa määrin perustason palveluita. Lähisuhdeväkivaltatyötä ei siis voida jättää vain väkivaltaan erikoistuneiden palveluiden varaan. Lähisuhdeväkivallan mahdollisimman varhainen tunnistaminen perustasolla voisi myös merkittävästi laskea väkivallasta aiheutuva haittoja ja kustannuksia (Siltala, 2021).

Myös Suomessa lain tasolla voimassa oleva Istanbulin sopimus velvoittaa kaikkia soveltuvia viranomaisia tekemään väkivallan riskinarviointia sekä arvioimaan uhrin kuoleman

11 <https://thl.fi/fi/web/vakivalta>

vaaraa ja sekä tarjoamaan uhrille turvallisuutta lisääviä toimenpiteitä yhteensovitettuihin toimin (SopS 53/2015, Art. 51 ja 18). Ammattilaisten peruskoulutuksiin ei kuitenkaan vielä toistaiseksi sisälly riittävän kattavasti esimerkiksi väkivallan riskinarviointiin liittyvää osaamista. Viranomaiset eivät myöskään riittävästi tunne itseään velvoittavia ihmisoikeussopimuksiin perustuvia säädöksiä.

Siksi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä oikeudenhoidon ammattilaisille on laadittava riittävät ohjeistukset lähisuhdeväkivaltaa koskevasta seulonta- ja riskinarviointi- sekä riskin hallintamenettelystä. Tällainen ohjeistus on käytössä laajasti neuvolatyön oppaissa (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013). Keväällä 2022 julkaistiin myös päivitetty hoitosuositus lapsiin kohdistuvan väkivallan riskiolojen arvioimiseen (Honus, 2022). Riskinarvioinnista on tarjolla perustietoa THL:n verkkokouluissa, mutta vaativaa asiakastyötä tekeville ammattilaisilla tulisi olla tarjolla vielä laajempia koulutuskokonaisuuksia.

1 B) Väkivallan uhreille, tekijöille ja väkivallalle altistuneille lapsille on oltava tarjolla tehokkaita hoito- ja palvelukokonaisuuksia.

Kuten edellä on todettu, tulee kaikilla sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluissa työskentelevillä ammattilaisilla olla perusvalmiudet lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen ja kohtaamiseen omassa työssään. Lähisuhdeväkivallan moninaisten ja pitkäaikaisten seurausten hoitamiseen tarvitaan kuitenkin myös erikoistuneita palvelukokonaisuuksia, joiden piiriin lähisuhdeväkivallan osapuolet voidaan ohjata kunnissa tai hyvinvointialueilla. Palveluiden järjestämiseen ja lähisuhdeväkivaltaan puuttumiseen velvoittavat Istanbulin sopimus (SopS, 53/2015), sosiaalihuoltolaki (1301/2014), lastensuojelulaki (4147/2007), vanhuspalvelulaki (980/2012) sekä terveydenhuoltolaki (1326/2010).

Lähisuhdeväkivaltaan liittyviä palveluita tulee olla saatavilla koko maassa, niiden tulee olla riittävällä tavalla resurssoituja ja palveluissa työskentelevillä henkilöillä tulee olla vahva osaaminen lähisuhdeväkivallan osapuolten kanssa työskentelyyn. Palveluita tulee olla saatavilla aikuisille ja lapsille, lähisuhdeväkivallan kokijoille ja tekijöille sekä kaikille sukupuolille. Lähisuhdeväkivallan hoitopalveluissa tulee huomioida myös erilaiset ihmisryhmät, kuten esimerkiksi vanhuksat, vammaiset ja ulkomaalaistaustaiset henkilöt.

Palveluiden kattavuuden varmistamiseksi ja väkivaltatyön koordinoimiseksi tuoksi suosittelemme, että jokaiselle hyvinvointialueelle perustetaan moniammatillinen väkivaltatyön osaamiskeskus. Keskus voi toteutua fyysisenä palvelupisteenä tai yhteistyöverkostona jo olemassaolevien palveluntuottajien kesken. Lisäksi suosittelemme tehostamaan jo olemassaolevien valtakunnallisten palvelujärjestelmien, kuten MARAK-työryhmien sekä Seri-tukikeskusten, toimintaa ja saatavuutta. **Seuraavaksi annamme tarkempia suosituksia näiden palveluiden järjestämiseksi.**

MARAK-työryhmä (moniammatillinen riskinarviointikokous) on vakavan parisuhdeväkivallan riskinarvioinnin ja uhrin auttamisen moniammatillinen menetelmä. MARAK kokoaa alueella toimivat uhrin auttamiseksi työskentelevät viranomaiset ja järjestöt yhteen ja koordinoi uhrille annettavaa tukea. MARAK koostuu systemaattisesta väkivallan riskinarvioinnista. Jos riski on kohonnut, moniammatillinen työryhmä auttaa uhria. Työryhmässä laaditaan moniammatillinen suunnitelma, jonka tarkoitus on parantaa uhrin turvallisuutta¹². MARAK-työryhmiä on Suomessa kymmenillä eri paikkakunnilla, mutta työryhmien saatavuutta on tehostettava siten, että ne ovat saatavilla kaikilla alueilla. Vuonna 2019 Suomen MARAK-työryhmissä käsiteltiin noin 200 lähisuhdeväkivaltatapaus. Tämä on varsin pieni määrä ottaen huomioon tässä tutkimuksessa todetun lähisuhdeväkivallan yleisyyden ja etenkin poliisin tekemien palveluohjausten määrä oli matala. MARAK-työryhmien resurssointia, palvelun kattavuutta sekä palveluun ohjautumista tuleekin tehostaa alueellisilla ja valtakunnallisilla ohjeistuksilla.

Seri-tukikeskuksia perustetaan seksuaaliväkivallan uhreille hyvinvointialueille siten, että palvelua on saatavilla riittävästi. Taustalla on Istanbulin sopimuksen 25 artikla seksuaalisen väkivallan uhrien tukemisesta (SopS, 53/2015). Seri-tukikeskuksia on perustettu vuodesta 2017 ja suunnitelman mukaan jokaisella hyvinvointialueella on Seri-tukikeskus vuoden 2023 loppuun mennessä. Seri-tukikeskuksista tulee olla saatavilla sekä oikeuslääketieteellistä että psykososiaalista tukea seksuaaliväkivallan uhreille. Keskusten tulee olla helposti saavutettavissa ja palvella seksuaaliväkivallan uhreja kattavilla aukioloajoilla, sillä merkittävä osa seksuaaliväkivallasta tapahtuu yöaikaan ja viikonloppuisin.

Barnahus-työ. Käynnissä oleva Barnahus-hanke pyrkii ehkäisemään lapsiin kohdistuvan väkivallan kaikkia muotoja sekä kehittämään lapsiuhrien palvelupolkuja. THL tuotti osana Barnahus-työtä laajan selvityksen väkivallan lapsiuhrien palvelupoluista, ja näissä havaittiin olevan merkittäviä puutteita (Laajasalo, 2020). Kansallisella tasolla hanke tarjoaa ammattilaisille koulutusta lasten ja nuorten vaikuttaviin traumahoitoihin. Lisäksi alueellisesti rakennetaan palveluita muun muassa perhekeskuksiin ja seri-tukikeskuksiin, vaativan erityistason konsultaatio- ja koulutustuella. Hanke vahvistaa osaltaan väkivaltaosaamista kunnissa ja hyvinvointialueilla, ja työlle on lähivuosina varmistettava pysyvä kansallinen koordinaattorakenne.

12 MARAK <https://thl.fi/fi/web/vakivalta/tyon-tueksi/marak-moniammatillinen-riskinarviointi>

2. Lailla tulee säätää lähisuhdeväkivaltatyön rakenteiden ja palveluiden järjestämisestä kunnissa ja hyvinvointialueilla.

Lailla säädetään:

2 A) Kuntien ja hyvinvointialueiden tehtävistä omissa organisaatioissaan ja poikkihallinnollisesti tehtävästä moniammatillisesta yhteistyöstä lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisemiseksi ja toimivien palveluketjujen järjestämiseksi.

Moniammatillisen yhteistyön on havaittu olevan perusedellytys tehokkaalle lähisuhdeväkivaltatyölle, minkä vuoksi kuntien ja alueiden peruspalvelut tulee velvoittaa yhteistyöhön lähisuhdeväkivalta-asioissa. Väkivaltatyöhön liittyvästä yhteistyöstä on jo aiemmin annettu suositukset esimerkiksi vuonna 2008 (STM, 2008) ja vuonna 2019 (Nipuli, 2019). Toisaalta vuonna 2019 todettiin, että suosituksista huolimatta väkivaltatyön yhteinen koordinaatio puuttui vielä joka toisesta kunnasta eikä suositusten edellyttämiä toimintasuunnitelmia lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisemiseksi ja kitkemiseksi ole tehty läheskään kaikkialla (Nipuli, 2019). Puutteet väkivaltatyön koordinoinnissa ja esilletuomisessa näkyvät huolestuttavalla tavalla myös siinä, ettei edes kuntien toimihenkilöillä välttämättä ole tietoa alueellaan tehtävästä väkivaltatyöstä (Mäkeläinen ym., 2012). Lailla olisikin tärkeä varmistaa moniammatillisen väkivaltatyön tekeminen kunnissa ja hyvinvointialueilla. Tähän liittyen on käytetty esimerkiksi nimitystä rakennelaki (Nipuli, 2019).

Laissa hyvinvointialueiden tehtäväksi säädettäisiin palvelupolkujen luominen lähisuhdeväkivaltaa kokeville eri toimijoiden välisenä yhteistyönä (esim. sairaala, terveyskeskus, neuvola, sosiaalitoimi, koulu, mielenterveys- ja päihdepalvelut, työterveyshuolto, poliisi). Jo nyt sosiaalihuoltolaissa (33a§) sanotaan, että sosiaalipalvelut voidaan koota muiden palveluiden yhteyteen, jos se on tarpeen erityisosaamisen ja siten asiakasturvallisuuden ja palvelujen laadun varmistamiseksi. Laissa mainitaan erikseen tällaisina erityispalveluina väkivalta- ja seksuaalirikosten uhrien palvelut. Palveluiden järjestämisestä tulee kuitenkin säätää nykyistä velvoittavammin. Myös esimerkiksi mielenterveyslaissa säädetään mielenterveyspalvelujen yhteensovittamisesta (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 5§) ja Päihdehuoltolaissa yhteistoiminnasta (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41, 9§).

2 B) Kunnissa ja hyvinvointialueilla nimetään väkivaltatyön koordinaattori ja väkivaltatyötä koordinoiva moniammatillinen työryhmä.

Laissa tulee säätää, että alueen palveluissa ja toimipisteissä tulee olla väkivaltatyön asiantuntijaksi nimetty henkilö eli väkivaltatyön koordinaattori ja väkivaltatyötä koordinoiva moniammatillinen työryhmä (esim. neuvola, sosiaalitoimi, koulut, mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, poliisi, työterveyshuolto). Väkivaltatyön koordinaattorilla tulee olla väkivaltatyön asiantuntemusta ja hän toimii osana laajaa alueellista lähisuhdeväkivaltatyön

verkostoa. Erillisen koordinaattorin tehtävä tarvitaan vastaamaan lähisuhdeväkivaltatyön puutteisiin alueilla ja palvelujärjestelmissä.

Nykyisellään lähisuhdeväkivalta on erittäin alitunnistettu ongelma muun muassa terveyspalveluissa (Kivelä, 2020; Siltala, 2021), eivätkä suositukset lähisuhdeväkivallan ehkäisemiseksi tehtävästä alueellisesta yhteistyöstä toteudu (Nipuli, 2019). Ongelmat lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa ja kirjaamisessa asiakasrekistereihin näkyivät myös tässä tutkimuksessa. Suomessa on toteutettu lukuisia kehittämissuunnitelmia lähisuhdeväkivallan tunnistamisen ja puuttumisen tehostamiseksi, mutta niiden juurruttaminen pysyvään käyttöön on osoittautunut hyvin haastavaksi (Husso ym., 2021). Tämä on erittäin valitettavaa niin lähisuhdeväkivaltaa kokevien asiakkaiden kuin kehittämissuunnitelmiin käytettyjen resurssien näkökulmasta.

Lähisuhdeväkivaltatyön alueellinen kehittäminen ja suositeltujen toimintamallien juurruttaminen vaativat pitkäjänteistä työtä, erityisosaamista sekä resursseja. Tällainen kehittämistyö olisi alueellisen väkivaltakoordinaattorin keskeisimpiä tehtäviä. Tarve kehittämistyölle ja normiohjaukselle on erityisen ajankohtainen vuonna 2022 julkaistavien uusien väkivaltatyön järjestämistä koskevien ohjeiden toimeenpanemiseksi sekä väkivaltaa koskevien palvelujärjestelmien luomiseksi hyvinvointialueille.

3. Väkivaltatyön opetusta ja tietoutta lähisuhdeväkivaltailmiöstä tulee sisällyttää kaikkien sosiaali-, terveydenhuollon- ja oikeudellisten alojen peruskoulutuksiin.

Suomella on Istanbulin sopimuksen (SopS 53/2015, artikla 15) mukainen velvoite ammattihenkilöstön koulutukseen koskien lähisuhdeväkivaltaa ja sukupuolistunutta väkivaltaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten, poliisin ja juristien koulutukseen tulee siten sisältyä perustiedot lähisuhdeväkivallasta ilmiönä ja sen vaikutuksista, väkivallasta kysymisen merkityksestä ja käytännöistä, auttamisesta, palveluihin ohjaamisesta ja ajantasaisesta lainsäädännöstä sekä Suomea sitovista kansainvälisistä ihmisoikeusvelvoitteista. Lisäksi koulutuksen tulee sisältää tiedot kansallisista väkivaltatyön ohjeistuksista ja suosituksista. Koulutus tukee sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden ammattilaisia edellisessä kohdassa esiteltyjen suositusten toimeenpanossa.

Tarve koulutuksen lisäämiselle on ilmeinen, sillä sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluissa työskentelevät ammattilaiset ovat raportoineet useita haasteita lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden asiakkaiden kohtaamisessa sekä moniammatillisen yhteistyön tekemisessä (Notko ym., 2022; Husso ym., 2012). Puutteet ammattilaisten väkivaltaosaamisessa heijastuvat mitä todennäköisimmin suoraan myös lähisuhdeväkivallan uhrien raportoimaan tyytymättömyyteen saamansa avun suhteen (Kääriäinen, 2005). Näihin epäkohtiin tulee tarttua, jotta lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluissa tehostuisi ja lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia haittoja sekä kustannuksia saataisiin vähennettyä.

Lähisuhdeväkivaltaan liittyvä opetusta tulisikin sisällyttää systemaattisesti sosiaali-, terveys- ja oikeudellisten alojen koulutuksiin. Tarve lähisuhdeväkivaltaa koskevalle tiedolle on suuri myös muun muassa opettajien keskuudessa. Esimerkiksi Ruotsissa on korkeakouluasetus (Högskoleförordning, 1993:100), jossa säädetään erikseen naisiin kohdistuvaa väkivaltaa ja lähisuhdeväkivaltaa koskevasta opetuksesta eri ammattiryhmille. Suomessa lähisuhdeväkivaltaa käsitellään tällä hetkellä sosiaali-, terveys- ja oikeusalojen koulutuksissa suppeasti tai ei lainkaan. Hajanaiset tarjolla olevat kurssit ovat usein vapaaehtoisia lisäopintoja, eivätkä ne siten tavoita riittävän laajasti keskeisten alojen ammattilaisia. Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden erityistarpeet huomioivaa koulutusta lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen ja kohtaamiseen olisikin tarjottava pakollisena osana kunkin ammattiryhmän perusopintoja.

Peruskoulutuksen lisäksi niin kuntien kuin hyvinvointialueiden tulee tarjota ilmiötietoutta ja lisäkoulutusta lähisuhdeväkivallasta jo työelämässä olevalle henkilöstölle ja johdolle. Hyvinvointialueita koskee henkilöstön koulutusvelvollisuus, jonka mukaan hyvinvointialueen tulee seurata sekä omansa että sille palveluita tuottavien yksityisten palveluntarjoajien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammatillista kehittymistä ja huolehtia siitä, että henkilöstö osallistuu riittävästi oman alansa täydennyskoulutuksiin. Henkilöstön täydennyskoulutuksessa on otettava huomioon henkilöstöön kuuluvien peruskoulutuksen pituus, työn vaatavuus ja tehtävien sisältö (Järjestämislaki 612/2021, 59 §). Kunnissa ja oppilaitoksissa työskenteleville tulee tarjota lisäkoulutusta ja ohjeita väkivallan tunnistamisesta ja siitä, miten toimitaan kun väkivaltaa havaitaan.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos suosittelee, että henkilöstön perehdytyksen ja ammatillisen lisäkoulutuksen tukena käytetään valmiita ja maksuttomia THL:n verkkokouluja¹³. Niiden lisäksi alueellisesti ja kunnittain tulisi järjestää lisäkoulutusta esimerkiksi väkivaltailmiöstä, väkivallan ennaltaehkäisystä, asiakkaan traumatietoisesta kohtaamisesta, väkivaltatyössä käytettävistä tutkimustietoon perustuvista menetelmistä sekä palveluohjauksesta.

Lapsiin liittyvän väkivallan osalta Väkivallaton lapsuus -toimenpidesuunnitelma 2020–2025 (Korpilahti ym., 2019) sisältää lukuisia toimenpiteitä, joiden tavoitteena on varmistaa eri alojen ammattilaisten osaaminen erityisesti lapsia koskevan väkivallan osalta (muun muassa lapsen oikeuksia koskeva koulutus ja tiedotus, erotilanteisiin liittyvä koulutus, lapsiin kohdistuvien rikosten tutkinnan erityiskoulutus). Laajaa, tutkimustietoon perustuvaa käsikirjatyyppistä toimenpidesuunnitelmaa voi myös itsessään hyödyntää koulutusmateriaalina.

13 Kts. <https://thl.fi/fi/web/vakivalta/tyon-tueksi/vakivalta-aiheiset-verkkokoulut>

4. Asiakastietojärjestelmien tulee sisältää lähisuhdeväkivallan kirjaaminen ja tilastointi siten, että se tukee asiakastyötä ja väkivalta tulee esiin ilmiönä.

4 A) Asiakastietojärjestelmien tulee sisältää tiedot väkivallan muodoista ja tekijästä.

Tällä hetkellä käytössä olevien asiakastietojärjestelmien välillä on merkittäviä eroja sen suhteen, sisältävätkö ne tiedot väkivallan muodosta ja tekijästä (tekijä luokiteltuna esim. kumppaniksi).

- **Terveystietojärjestelmien** potilastietojärjestelmä sisältää ICD-10 luokituksen väkivallan muodoista ja tekijästä. Näiden tietojen kirjaamisessa on kuitenkin suurta vaihtelua ja tämä tutkimus osoittaa, että väkivallan tekijä -luokitusta käytetään hyvin vähän. Terveystietojärjestelmästä on saatavilla väkivallan lisäksi tiedot palveluiden käytöstä ja kustannuksista.
- **Sosiaalipalveluiden** asiakastietojärjestelmästä puolestaan ei ole vielä saatavilla valtakunnallisesti tietoa lähisuhdeväkivallasta. Asiakastietojärjestelmissä tulee huolehtia siitä, että ne sisältäisivät tulevaisuudessa tiedot väkivallan muodoista, tekijöistä ja palveluohjauksesta. Tiedot tulee tallentaa sellaisessa rakenteisessa muodossa, mikä mahdollistaa tietojen käyttämisen tutkimuksessa (koodit eli valmiit luokitukset).

Sosiaalihuollon palveluohjauksessa tulee kiinnittää huomiota siihen, että väkivalta tulee näkyviin asiakastietoihin. Sosiaalihuollon asiakkuudessa olevien asiakassuunnitelmissa tulee näkyä millaista apua ja tukea väkivallan osapuolille on suunniteltu ja tarjottu.

- **Poliisiasiain** tietojärjestelmä sisältää tiedot lähisuhdeväkivallasta ja näitä koskevat luokitukset on uudistettu hiljattain. Poliisien koulutuksessa on kiinnitetty erityistä huomiota lähisuhdeväkivaltaa koskevien tietojen tallentamiseen asiakastietojärjestelmään.

4 B) Kirjaamiseen tulee järjestää ohjeistusta ja koulutusta johtajille ja henkilöstölle.

Lähisuhdeväkivallan kirjaamisesta ja tilastoinnista tulee ohjeistaa ja järjestää koulutuksia sekä alueellisesti että valtakunnallisesti, jotta väkivaltaa koskevat tiedot osataan kirjata oikein ja asiakasturvallisuus huomioiden. Ammattilaisille tulee antaa tietoa kirjaamisen ja rekisterien merkityksestä väkivaltatyön arvioinnin, seurannan ja kehittämisen näkökulmasta.

Nykyisellään lähisuhdeväkivallan alikirjaaminen heikentää merkittävästi esimerkiksi terveyspalveluiden käyttöä koskevien tilastojen käytettävyyttä. Kirjaamattomuudesta seuraa, että

lähisuhdeväkivallan yleisyys, haitat ja kustannukset eivät tule näkyviin palvelujärjestelmissä, mikä vähentää motivaatiota ja mahdollisuuksia lähisuhdeväkivallan kitkemiseen.

4 C) Kirjaamisohjeissa ja -käytännöissä asiakkaan turvallisuus on varmistettava.

Lähisuhdeväkivallan nykyistä kattavampi kirjaaminen olisi tärkeää, mutta kirjaamisessa tulee aina huomioida väkivallan kokijan turvallisuus. Lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa kirjattavat tiedot ovat tiukasti salassapidettäviä. Toisaalta väkivaltaa koskevien tietojen näkyminen asiakkaan kanssa työskenteleville ammattilaisille olisi tärkeää, jotta lähisuhdeväkivallan kokija saisi tarvitsemansa avun ja hänen tilannettaan voitaisiin seurata. Lisäksi tiedonvälitystä tarvitaan esimerkiksi terveydenhuollon, lastensuojelun ja poliisin välillä, jotta lähisuhdeväkivaltatapauksiin voitaisiin puuttua tehokkaasti ja kokonaisvaltaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskirjausten lähtökohtana on, että täysi-ikäiset henkilöt pääsevät katsomaan omia ja huollettavien lapsiensa tietoja sähköisistä järjestelmistä. Kuitenkin väkivallantekijällä saattaa olla uhrin kirjautumistunnukset tiedossaan tai hän saattaa uhkaamalla tai muutoin kiristämällä saada ne tietoonsa, jolloin lähisuhdeväkivaltaa koskevien tietojen näkyminen järjestelmässä voi aiheuttaa vakavan turvallisuusriskin. Tietojen paljastuminen väkivallan tekijälle voi asettaa uhrin jopa hengenvaaraan sekä tarjota väkivallan tekijälle uusia mahdollisuuksia väkivallan toteuttamiseen ja esimerkiksi vainoamiseen. Erityistä varovaisuutta on noudatettava yhteishuollossa olevien lasten asiakastietojen näkyvyydessä, saatavuudessa sekä mahdollisessa luovuttamisessa huoltajille (ks. Julkisuuslaki).

Lisäksi lähisuhdeväkivallan kirjaamisessa ammattilaisten on noudatettava erityisen tarkoin turvallisuusohjeita tietojen luovuttamiseen liittyen. Riskinä on, että väkivallan tekijä pääsee käsiksi uhrin tai mahdollisen uhrin asiakastietoihin, mikä voi lisätä väkivaltaa tai sen uhkaa.

Mikäli työntekijälle herää huoli lähisuhdeväkivallasta, tulee asia ottaa puheeksi vain yksityisessä ja rauhallisessa tilassa. Esimerkiksi terveyskeskuksessa asiakkaan mukana oleva saattaja saattaa olla väkivallan tekijä.

Asiakkaiden turvallisuuden takaamiseksi ammattilaisen tulee aina ottaa puheeksi ja **keskustella lähisuhdeväkivallan uhrin kanssa kahden kesken siitä, piilotetaanko väkivaltaa koskevien tietojen näkyminen asianomaisen henkilön asiakastiedoista**. On tärkeää huomioida tiedonsaantioikeuksien vaikutus yksilöllisissä asiakastilanteissa ja tuoda esiin mahdolliset tietojen saamiseen liittyvät riskit ja niiltä suojautuminen.

Asiakkaan kannalta on olennaista, että väkivallan vuoksi palveluihin ohjaamisen kirjaaminen mahdollistaisi asiaan palaamisen seuraavalla asiointikerralla, mikä helpottaa myös työntekijää ottamaan puheeksi ja tarjoamaan oikea-aikaista ja riittävää tukea ja hoitoa. Systemaattinen kirjaaminen ja tilastointi mahdollistaa ilmiön ajantasaisen seurannan ja tutkimisen. Valtakunnallisten tietojen puuttuminen merkitsee ilmiön näkymättömyyttä ja tästä syystä tietojärjestelmissä ja niiden käyttämisessä väkivalta tulee huomioida erikseen.

5. Lähisuhdeväkivaltakokemuksiin ja avun saamiseen keskittyvä väestötutkimus on toteutettava säännöllisesti.

Lähisuhdeväkivaltailmiötä koskevia tietoja tulee käyttää tiedolla johtamisessa, palveluiden järjestämisessä ja kehittämisessä.

Lähisuhdeväkivaltaan paneutuva väestötutkimus tulee toteuttaa säännöllisesti ja osoittaa sille resurssit. Tutkimuksen toteutusväli voi olla esimerkiksi 5–8 vuotta. Säännöllisesti toteutettava väestötutkimus mahdollistaa lähisuhdeväkivaltaan liittyvien trendien seurannan ja tekee ilmiötä näkyväksi kansallisella tasolla. Tutkimus antaa olennaista tietoa myös palveluiden kehittämiseksi mahdollistamalla muun muassa tiedon keräämisen lähisuhdeväkivallan ehkäisemiseen ja puuttumiseen tähtäävien toimenpiteiden vaikuttavuudesta. Tässä tutkimuksessa aineistona käytetty GBV-väestötutkimus muodostaisi hyvän pohjan säännölliselle aikuisille suunnatulle tiedonkeruulle. Lisäksi väestötutkimuksessa tulee huomioida myös väkivallan tekijöitä koskevat kysymykset.

Aikuisia koskevan väkivallan lisäksi on varmistettava toistuva, laadukas ja eettinen tiedonkeruu myös suoraan lapsilta tietoa keräämällä. Neljäs lapsiuhritutkimus toteutetaan vuonna 2022. Kouluterveyskysely mahdollistaa lapsiin kohdistuvan väkivallan esiintyvyyden karkeamman tason seurannan ja tulosten tarkastelun suhteessa lapsen terveyteen ja hyvinvointiin joka toinen vuosi. Nämä tutkimukset ja kyselyt tarjoavat toisiaan täydentävää tietoa. Tiedonkeruiden jatkuvuus ja kattavuus on turvattava.

Koska lähisuhdeväkivalta on pääasiassa piilorikollisuutta, ovat väestötutkimukset välttämättömiä kattavan tiedon saamiseksi lähisuhdeväkivallan esiintyvyydestä ja haitoista. Asiakasrekistereistä saatava tieto on puutteellista, koska suuri osa lähisuhdeväkivallan uhreista ei hae apua ja lisäksi myös kirjaamiskäytännöissä on suuria aukkoja. Suomessa lähisuhdeväkivaltaan ja avun saamiseen keskittyviä väestötutkimuksia on toistaiseksi toteutettu vain satunnaisesti ja eri projektien yhteydessä. Tutkimusten epäsäännöllisyys sekä erot niiden metodeissa ja määritelmässä rajoittavat lähisuhdeväkivaltakokemusten yleisyyden ja vaikutusten arviointia väestötasolla.

Nykyiset säännöllisesti Suomessa toteutettavat väestötutkimukset (esimerkiksi FinSote ja Rikosuhritutkimus) kartoittavat lähisuhdeväkivaltaa vain muutaman väkivallan muodon

osalta ja viimeisen vuoden ajalta. Kyseiset väestötutkimukset eivät sisällä tarkempaa eri väkivallan muotojen ja tekijöiden tarkastelua, eikä väkivallan kestoa, väkivaltakokemuksia eri elämänvaiheissa, väkivallan seurauksia ja avun saamista lähisuhdeväkivaltaan. Tässäkin tutkimuksessa havaittu lähisuhdeväkivaltakokemusten yleisyys ja moninaisuus korostavat lähisuhdeväkivallan eri muotojen kartoittamisen tärkeyttä. Lähisuhdeväkivaltailmiön kannalta olennainen katvealue on lähisuhdeväkivallan tekijät. Lähisuhdeväkivallan tekemistä ei ole toistaiseksi kartoitettu Suomessa väestötasolla laisinkaan, vaan tutkimukset ovat keskittyneet ainoastaan väkivallan kokijoihin. Väkivallan tekijöitä koskeva tieto olisi tärkeää heille suunnattujen palveluiden kehittämiseksi.

Väkivaltailmiötä koskevaa tietoa tulee käyttää tiedolla johtamiseen ja palvelujen arviointiin, kehittämiseen ja suunnitteluun.

Asiakastietojärjestelmistä ja väestötutkimuksista saatavaa tietoa tulee systemaattisesti kerätä sekä käyttää lähisuhdeväkivallan eri osapuolien palveluiden järjestämiseen ja kehittämiseen kunnissa sekä hyvinvointialueilla.

Hyvinvointikertomukset ovat tärkeä väkivaltaa koskevan tiedon hyödyntämisen paikka. Hyvinvointikertomuksiin sisällytettävää tietoa väkivallasta on tarpeellista kehittää ja sisällyttää nykyistä enemmän. Tällä hetkellä hyvinvointikertomuksen minimitietosisältö käsittää vain yhden lapsiin kohdistuvan väkivallan indikaattorin, mutta ei indikaattoria aikuisiin kohdistuvasta väkivallasta¹⁴. Kuntien ja hyvinvointialueiden olisi hyvä tehdä yhteistyötä väkivaltailmiön alueellisen tilannekuvan muodostamiseksi, tuottaa tietoa johdolle strategisen ja taloudellisen suunnitelmallisen ja tietoon pohjautuvan päätöksenteon tueksi.

Asiakastietojen kirjaamisen ja tietojen saavutettavuuden lisääminen mahdollistaa tietojen laajan käytön tulevaisuudessa kunnissa, hyvinvointialueilla ja tutkimuksessa (suositus 4 kirjaamisesta asiakastietojärjestelmiin). On olennaista kerätä systemaattisesti tietoa väkivallan ilmenemismuodoista, vaikutuksista ja palveluiden asiakasmääristä niin alueellisesti kuin valtakunnallisesti.

Lähisuhdeväkivaltaa koskevien säännöllisten väestötutkimusten sekä asiakasjärjestelmiin tapahtuvien tietojen kirjaamisen tehostumisen myötä voitaisiin tutkia lähisuhdeväkivallan esiintyvyyden kehittymistä, seurata väkivaltatyön kehittämisen vaikutuksia sekä tutkia tarkemmin lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia.

¹⁴ Hyvinvointikertomusten minimitietosisältö: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/tieto-ja-toimintamallit/hyvinvointikertomusten-minimitietosisalto>

Tulevaisuudessa on tärkeä kehittää entisestään lähisuhdeväkivallasta aiheutuvien kustannusten tutkimusta. Tällä hetkellä merkittävä ongelma on, että sosiaalipalveluista ei ole saatavilla vastaavaa rekisteritietoa kuin terveyspalveluista. Tämä saattaa kuitenkin muuttua tulevaisuudessa sosiaalipalveluiden asiakastietojen siirtyessä Kanta-järjestelmään. Tämä mahdollistaisi kattavamman tiedon saamisen myös sosiaalipalveluille aiheutuvista lisäkustannuksista. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia ei kuitenkaan voida tutkia pelkästään rekisteritutkimusten avulla, koska vain vähemmistö lähisuhdeväkivallan kokijoista hakee apua tai tulee tunnistetuksi palveluissa. Rekisteritutkimusten lisäksi tarvitaankin väestötutkimuksia, joiden avulla saadaan kattavampaa tietoa lähisuhdeväkivallan esiintyvyydestä eri väestöryhmissä. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvien kustannusten tutkimisessa on tärkeä käyttää erilaisia tutkimusaineistoja mahdollisimman kattavan kokonaisuuden saamiseksi. Esimerkiksi miesten, lasten tai erilaisten vähemmistöryhmien, kuten seksuaali- ja sukupuoli-vähemmistöjen tai ulkomaalaistaustaisten henkilöiden kokemasta lähisuhdeväkivallasta on nykyisellään saatavilla vain rajoitetusti tietoa.

LÄHTEET

- Artz, S., Jackson, M. A., Rossiter, K. R., Nijdam-Jones, A., Géczy, I., & Porteous, S. (2014). A comprehensive review of the literature on the impact of exposure to intimate partner violence for children and youth. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 5(4), 493–587. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs54201413274>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 4(10), e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Ben-Porat, A. (2020). Patterns of Service Utilization Among Women Who Are Victims of Domestic Violence: The Contribution of Cultural Background, Characteristics of Violence, and Psychological Distress. *Journal of interpersonal violence*, 35(17–18), 3167–3187. <https://doi.org/10.1177/0886260517707308>
- Bildjuschkin, K., Ewalds, H., Hietamäki, J., Kettunen, H., Koivula, T., Mäkelä, J., Nipuli, S., October, M., Peltonen, J., & Siukola, R. (2020). Väkiäskäsitteiden sanasto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitost. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-211-6>
- Brown, D. S., Finkelstein, E. A., & Mercy, J. A. (2008). Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(12), 1747–1766. <https://doi.org/10.1177/0886260508314338>
- Catallo, C., Jack, S. M., Ciliska, D., & MacMillan, H. L. (2012). Identifying the turning point: Using the transtheoretical model of change to map intimate partner violence disclosure in emergency department settings. *ISRN Nursing* (2012), 239468. <https://doi.org/10.5402/2012/239468>
- Chan, K. L., Chen, Q., & Chen, M. (2021). Prevalence and Correlates of the Co-Occurrence of Family Violence: A Meta-Analysis on Family Polyvictimization. *Trauma, violence & abuse*, 22(2), 289–305. <https://doi.org/10.1177/1524838019841601>
- Chambliss L. R. (2008). Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 51(2), 385–397. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e31816f29ce>
- Connolly, E.J., Hayes, B.E., Boisvert, D.L., & Cooke, E.M. (2021). Intimate Partner Victimization and Depressive Symptoms: Approaching Causal Inference Using a Longitudinal Twin Design. *Journal of Quantitative Criminology*, 1–19. <https://doi.org/10.1007/s10940-021-09509-6>
- Corso, P. (2009). Economic analysis and the prevention of intimate partner violence. Teoksessa C. Mitchell, D. Anglin (toim.) *Intimate Partner Violence: A Health-based Perspective*. Oxford University Press, 53–60.
- Cui, M., Ueno, K., Gordon, M., & Fincham, F. D. (2013). The Continuation of Intimate Partner Violence from Adolescence to Young Adulthood. *Journal of marriage and the family*, 75(2), 300–313. <https://doi.org/10.1111/jomf.12016>
- Dheensa, S., McLindon, E., Spencer, C., Pereira, S., Shrestha, S., Emsley, E., & Gregory, A. (2022). Healthcare Professionals' Own Experiences of Domestic Violence and Abuse: A Meta-Analysis of Prevalence and

- Systematic Review of Risk Markers and Consequences. *Trauma, violence & abuse*, 15248380211061771. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/15248380211061771>
- Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C., & Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379–391. <https://doi.org/10.1111/add.12393>
- Dias, N. G., Ribeiro, A. I., Henriques, A., Soares, J., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Sundin, Ö., Toth, O., Barros, H., & Fraga, S. (2020). Intimate Partner Violence and Use of Primary and Emergency Care: The Role of Informal Social Support. *Health & social work*, 45(2), 91–100. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlaa007>
- Diehr, P., Yanez, D., Ash, A., Hornbrook, M., & Lin, D. Y. (1999). Methods for analyzing health care utilization and costs. *Annual review of public health*, 20(1), 125–144. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.20.1.125>
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 313909. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Donnelly, E., & Holt, S. (2020). On the margins: The challenges of identifying domestic violence in mental health services. Findings of a qualitative Irish study. *Journal of Family Violence*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00205-w>
- EIGE (2014) Estimating the costs of gender-based violence in the European Union: Report. The European Institute for Gender Equality. EU. <https://eige.europa.eu/publications/estimating-costs-gender-based-violence-european-union-report>
- Ellonen N., Kääriäinen J., Salmi V., Sariola H., (Eds.). (2008). *Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset: tutkimus peruskoulun 6. ja 9. luokan oppilaiden kokemasta väkivallasta*. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja, Poliisiammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201501291732>
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165–1172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)
- Elonheimo, H., & Kuoppala, T. (2021). *Rikos- ja riita-asioiden sovittelu 2020*. Tilastoraportti 26/2021. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021081943643>
- EPNDir 2012/29/EU. Direktiivi 2012/29/EU rikoksen uhrien oikeuksia, tukea ja suojelua koskevista vähimmäisvaatimuksista. <http://data.europa.eu/eli/dir/2012/29/oj>
- Fagerlund, M., Peltola, M., Kääriäinen, J., Ellonen, N., & Sariola, H. (2014). *Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset 2013: Lapsiuhritutkimuksen tuloksia [Violence against children and youth in 2013: Results from the Finnish Child Victim Survey]*. Police University College publication series 110. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-815-270-8>
- FCG Konsultointi Oy, (2021). *NordDRG-opas 2019*. Kansallinen DRG-keskus – FCG Konsultointi Oy. <https://www.fcg.fi/sites/default/files/2020-03/NordDRG-opas%202019.pdf>
- Ferranti, D., Lorenzo, D., Munoz-Rojas, D., & Gonzalez-Guarda, R. M. (2018). Health education needs of intimate partner violence survivors: Perspectives from female survivors and social service providers. *Public Health Nursing*, 35(2), 118–125. <https://doi.org/10.1111/phn.12374>
- FRA. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey. Main results*. Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>

- García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789241564625>
- Han, A., & Stewart, D. E. (2014). Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 124(1), 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.06.037>
- Hautanen, T. (2010). *Väkivalta ja huoltoriidat, 1544* [Väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Acta Universitatis Tamperensis.
- HE 14/2013. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi esitutkintalain ja pakkokeinolain muuttamisesta sekä eräiksi niihin liittyviksi laeiksi. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130014>
- HE 66/2015. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi esitutkintalain muuttamisesta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2015/20150066>
- Heino, T., Hyry, S., Ikäheimo, S., Kuronen, M., & Rajala, R. (2016) Lasten kodin ulkopuolelle sijoittamisen syyt, taustat, palvelut ja kustannukset : HuosTa-hankkeen (2014–2015) päätulokset. Raportti 3. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-644-5>
- Heiskanen, M., & Ruuskanen, E. (2010). *Tuhansien iskujen maa: Miesten kokemaa väkivalta Suomessa*. Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan Kriminaalipolitiikan Instituutti (HEUNI). <https://heuni.fi/-/report-series-66>
- Heiskanen, M., & Piispa, M. (2002). *Väkivallan kustannukset kunnassa*. Selvityksiä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236159>
- Hietamäki, J., Huttunen, M., & Husso, M. (2021). Gender Differences in Witnessing and the Prevalence of Intimate Partner Violence from the Perspective of Children in Finland. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4724. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094724>
- Hietamäki, J., Kaipainen, S., Koivula, T., Nipuli, S., & Peltonen, J. (2020). *Arvio turvakotien perhepaikkojen riittävyydestä määrästä ja kustannuksista*. Työpäpaperi 44/2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-604-6>
- Hillis, S. D., Mercy, J. A., & Saul, J. R. (2017). The enduring impact of violence against children. *Psychology, health & medicine*, 22(4), 393–405. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1153679>
- Hing, N., O'Mullan, C., Mainey, L., Nuske, E., Breen, H., & Taylor, A. (2021). Impacts of Male Intimate Partner Violence on Women: A Life Course Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8303. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168303>
- Hinkle, J. C. (2015). Emotional fear of crime vs. perceived safety and risk: Implications for measuring “fear” and testing the broken windows thesis. *American Journal of Criminal Justice: AJCJ*, 40(1), 147–168. <http://dx.doi.org/10.1007/s12103-014-9243-9>
- Hinsliff-Smith, K., & McGarry, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *Journal of clinical nursing*, 26(23–24), 4013–4027. <https://doi.org/10.1111/jocn.13849>
- Hisasue, T., Kruse, M., Raitanen, J., Paavilainen, E., & Rissanen, P. (2020). Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: A population-based study in Finland. *BMC Women's Health*, 20, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00950-6>

- Hoeffler A. (2017). What are the costs of violence? *Politics, Philosophy & Economics*, 16(4), 422–445. <https://doi.org/10.1177/1470594X17714270>
- Holmes, M. R., Richter, F. G. C., Votruba, M. E., Berg, K. A., & Bender, A. E. (2018). Economic burden of child exposure to intimate partner violence in the United States. *Journal of Family Violence*, 33(4), 239–249. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-9954-7>
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8), 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- Hotus (2022). *Hotus-hoitosuositus: Perheessä tapahtuvan lapsen kaltoinkohtelun riskiolojen tunnistaminen*. Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/hotus-hoitosuositus-perheessa-tapahtuvan-lapsen-kaltoinkohtelun-riskiolojen-tunnistaminen/?preview=true>
- Humbert, A. L., Strid, S., Hearn, J., & Balkmar, D. (2021). Undoing the ‘Nordic Paradox’: Factors affecting rates of disclosed violence against women across the EU. *PloS one*, 16(5), e0249693. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249693>
- Husso, M., Notko, M., Virkki, T., Holma, J., Laitila, A., & Siltala, H. (2021). Domestic violence interventions in social and health care settings: Challenges of temporary projects and short-term solutions. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23–24), 11461–11482. <https://doi.org/10.1177/0886260519898438>
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health & Social Care in the Community*, 20(4), 347–355. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x>
- Hutchinson, M. K., & Holtman, M. C. (2005). Analysis of count data using poisson regression. *Research in Nursing & Health*, 28(5), 408–418. <https://doi.org/10.1002/nur.20093>
- Häkkinen, U., & Alha, P. (2006). Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot: Terveys 2000 -tutkimus. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006*. Kansanterveyslaitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193554>
- Högskoleförordning 1993:100. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattnings-samling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100
- Ikonen, R., & Helakorpi, S. (2019). Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091528281>
- Ikonen, R., Hietamäki, J., October, M., Seppänen, J., & Halme, N. (2018). Nuorten perheessä kokema väkivalta ja siihen saatu tuki ammattilaisilta. Teoksessa Mika Gissler, Marjatta Kekkonen & Päivi Känkänen (toim.) *Nuoret palveluiden pauloissa*. Nuorten elinolot -vuosikirja 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 58–67. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-200-0>
- Kaakinen, M., & Näsi, M. (2021). *Nuorten rikoskäyttäytyminen ja uhrin kokemukset 2020*. Helsingin yliopisto, Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-0684-1>
- Kimball, E. (2016). Edleson revisited: Reviewing children’s witnessing of domestic violence 15 years later. *Journal of Family Violence*, 31(5), 625–637. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9786-7>
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(2), 339–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.339>

- Kivelä, S. (2020). *The Documentation of Family Violence in Healthcare and the Associations of Violence on Well-Being* (Julkaisunro 197) [Väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Tampere University Dissertations.
- Klemetti, R., & Hakulinen-Viitanen, T. (2013). Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>
- Korkman, J., Pakkanen, T., & Laajasalo, T. (2018). Child forensic interviewing in Finland. Teoksessa S. Johansson, K. Stefansen, E. Bakketeig & E. Kaidal (toim.) *Collaborating against child abuse: Exploring the Nordic Barnahus Model*. Palgrave MacMillan, 145–164. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-58388-4>
- Korpilahti, U., Kettunen, H., Nuotio, E., Jokela, S., Nummi, V., & Lillsunde, P. (toim.) (2019). Väkivallaton lapsuus : toimenpidesuunnitelma lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisystä 2020–2025. Julkaisuja 27. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4123-6>
- Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi A. B., & Lozano R. (toim.). (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>
- Kruse, M., Sørensen, J., Brønnum-Hansen, H., & Helweg-Larsen, K. (2011). The health care costs of violence against women. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(17), 3494–3508. <https://doi.org/10.1177/0886260511403754>
- Kääriäinen, J. (2006). Väkivalta ja apuun turvautuminen. Teoksessa M. Piispa, M. Heiskanen, J. Kääriäinen, R. Sirén. *Naisiin kohdistunut väkivalta 2005*. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225. Euroopan Kriminaalipoliittikan Instituutti (HEUNI) Publication Series No. 51. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 103–121. <http://hdl.handle.net/10138/152455>
- Laajasalo, T. (toim.) (2020). Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki? – Tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ehkäisevä kuntoutus. Raportti 17. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-587-2>
- Laaksonen, S., & Hämäläinen, A. (2018). Joint Response Propensity and Calibration Method. *STATISTICS*, 45. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=664200>
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24794. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>
- Lehti, M. (2020). *Henkirikoskatsaus 2020*. Kriminaalipoliittikan instituutti (Krimo), Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-0674-2>
- Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19(1), 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2010.02.006>
- Lourenço, L., Baptista, M., Senra, L., Almeida, A., Basilio, C., & de Castro Bhone, F. (2013). Consequences of Exposure to Domestic Violence for Children: A Systematic Review of the Literature. *Paidéia*, 23(55), 263–271. <https://doi.org/10.1590/1982-43272355201314>
- Loxton, D., Townsend, N., Dolja-Gore, X., Forder, P., & Coles, J. (2019). Adverse Childhood Experiences and Healthcare Costs in Adult Life. *Journal of child sexual abuse*, 28(5), 511–525. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1523814>
- Lähisuhdeväkivalta (2019). Lähisuhdeväkivalta 2019. Viranomaisten tietoon tulleen lähisuhdeväkivallan määrä kasvussa. Tilastoraportti 3/2021. THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202103046568>

- MacGregor, J., Naeemzadah, N., Oliver, C. L., Javan, T., MacQuarrie, B. J., & Wathen, C. N. (2022). Women's Experiences of the Intersections of Work and Intimate Partner Violence: A Review of Qualitative Research. *Trauma, violence & abuse*, 23(1), 224–240. <https://doi.org/10.1177/1524838020933861>
- MacGregor, J., Oliver, C. L., MacQuarrie, B. J., & Wathen, C. N. (2021). Intimate Partner Violence and Work: A Scoping Review of Published Research. *Trauma, violence & abuse*, 22(4), 717–727. <https://doi.org/10.1177/1524838019881746>
- Manning, W. G., & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform?. *Journal of health economics*, 20(4), 461–494. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(01\)00086-8](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(01)00086-8)
- McCloskey, L. A., Williams, C. M., Lichter, E., Gerber, M., Ganz, M. L., & Sege, R. (2007). Abused women disclose partner interference with health care: An unrecognized form of battering. *Journal of General Internal Medicine*, 22(8), 1067. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0199-z>
- Meyer, S. (2014). Victims' experiences of short-and long-term safety and wellbeing: Findings from an examination of an integrated response to domestic violence. Trends & issues in crime and criminal justice 478. Australian Institute of Criminology. <https://www.aic.gov.au/publications/tandi/tandi478>
- Miller, E., & McCaw, B. (2019). Intimate partner violence. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 850–857. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1807166>
- Mullen, P. E., Pathé, M., & Purcell, R. (2000). *Stalkers and their victims*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139106863>
- Musa, A., Chojenta, C., Geleto, A., & Loxton, D. (2019). The associations between intimate partner violence and maternal health care service utilization: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0735-0>
- Mäkeläinen, T., Husso, M., Mäntysaari, M., Notko, M., & Virkki, T. (2012). *Tukitoimenpiteet lähisuhdeväkivaltaa kokeneille naisille*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot, 2012:12. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkari.fi/handle/10024/112431>
- Mäklin, S., & Kokko, P. (2021). *Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017*. Työpaperi 21/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-493-6>
- Nipuli, S. (2019). *Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja ehkäisyn prosessit : Lähisuhdeväkivaltatyön hyvät käytännöt rakenteisiin*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:55. STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4121-2>
- Notko, M., Husso, M., Piippo, S., Fagerlund, M., & Houtsonen, J. (2022). Intervening in domestic violence: interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police. *Journal of Interprofessional Care*, 36(1), 15–23. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1876645>
- Näsi, M., & Koltola, I. (2021). *Suomalaiset väkivallan ja omaisuusrikosten kohteina 2020 – Kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksia*. Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti. <https://researchportal.helsinki.fi/publications/suomalaiset-v%C3%A4kivallan-ja-omaisuusrikosten-kohteina-2020-kansalli>
- Ogbe, E., Harmon, S., Van den Bergh, R., & Degomme, O. (2020). A systematic review of intimate partner violence interventions focused on improving social support and/ mental health outcomes of survivors. *PLoS one*, 15(6), e0235177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235177>
- Ogden, S. N., Dichter, M. E., & Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addictive behaviors*, 127, 107214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214>

- Olive, P. (2018). Intimate partner violence and clinical coding: Issues with the use of the international classification of disease (ICD-10) in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 23(4), 212–221. <https://doi.org/10.1177/1355819618781413> <https://doi.org/10.1177/1355819618781413>
- Pain, R. (2012). *Everyday terrorism: How fear works in domestic abuse*. Centre for Social Justice and Community Action, Durham University and Scottish Women's Aid. <http://womensaid.scot/wp-content/uploads/2017/07/EverydayTerrorismReport.pdf>
- Patterson, G. T., & Swan, P. G. (2019). Police social work and social service collaboration strategies one hundred years after Vollmer: A systematic review. *Policing*, 42(5), 863–886. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-06-2019-0097>
- Peterson, C., Kearns, M. C., McIntosh, W. L., Estefan, L. F., Nicolaidis, C., McCollister, K. E., Gordon, A., & Florence, C. (2018). Lifetime Economic Burden of Intimate Partner Violence Among U.S. Adults. *American journal of preventive medicine*, 55(4), 433–444. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.049>
- Piispa, M. (2006). Parisuhdeväkivalta. Teoksessa M. Piispa, M. Heiskanen, J. Kääriäinen, R. Sirén. *Naisiin kohdistunut väkivalta 2005*. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225. Euroopan Kriminaalipolitiikan Instituutti (HEUNI) Publication Series No. 51. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 103–121. <http://hdl.handle.net/10138/152455>
- Piispa, M. (2004). *Väkivalta ja parisuhde: Nuorten naisten kokeman parisuhdeväkivallan määrittely survey-tutkimuksessa*. Tutkimuksia 241. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-10-2347-3>
- Piispa, M., & Heiskanen, M. (2000). *Väkivallan hinta*. Naisiin kohdistuvan väkivallan kustannukset Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön tasa-arvojulkaisuja 6/2000. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Piispa, M., & October, M. (2017). Vaikuttava työkalu toistuvaan parisuhdeväkivaltaan puuttumiseen. *Yhteiskuntapolitiikka* 82(3), 304–312. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201706277480>
- POL-2020-28566. Poliisin toiminta perhe- ja lähisuhdeväkivallan sekä naisiin kohdistuvan väkivallan tapauksissa. Poliisi. <https://dev.hel.fi/paatokset/media/att/04/041572bc5262a824406d68e75bf78aead52f38b4.pdf>
- Ravi, K. E., & Casolaro, T. E. (2018). Children's exposure to intimate partner violence: A qualitative interpretive meta-synthesis. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 35(3), 283–295. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0525-1>
- Riedl, D., Exenberger, S., Daniels, J. K., Böttcher, B., Beck, T., Dejaco, D., & Lampe, A. (2019). Domestic violence victims in a hospital setting: Prevalence, health impact and patients' preferences – results from a cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1654063. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654063>
- Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Bonomi, A. E., Reid, R. J., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2007). Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *American journal of preventive medicine*, 32(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.10.001>
- Robbins, R., McLaughlin, H., Banks, C., Bellamy, C., & Thackray, D. (2014). Domestic violence and multi-agency risk assessment conferences (MARACs): a scoping review *The Journal of Adult Protection*, 16(6), 389–398. <https://doi.org/10.1108/JAP-03-2014-0012>
- Sariola, H. (1990). *Lasten väkivalta- ja seksuaalikokemukset*. Lastensuojelun keskusliitto.
- Siltala, H. (2021). *Family violence as a public health problem: Effects and costs in Finnish health care*. Väitöskirja. JYU dissertations 421. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8808-1>

Sims, B. E., Hans, S. L., & Cox, S. M. (1996). Raising children in high risk environments: mothers' experience of stress and distress related to attachment security. *Infant Behavior and Development* 19 (Supplement 1), 743. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(96\)90797-3](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(96)90797-3)

SopS (53/2015). *Valtioneuvoston asetus naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemisestä ja torjumisesta tehdyn Euroopan neuvoston yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta annetun lain voimaantulosta*. Istanbulin sopimus. <https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2015/20150053>

SopS (88/2011). *Tasavallan presidentin asetus lasten suojelemisesta seksuaalista riistoa ja seksuaalista hyväksikäyttöä vastaan tehdyn Euroopan neuvoston yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta annetun lain voimaantulosta*. Lanzaroten sopimus. <https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2011/20110088>

STM (2008). Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveys-toimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226067>

STM (2017). *Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelma 2018–2021*. Julkaisuja 16. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3970-7>

STM (2022). *Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2022–2025*. Julkaisuja 7. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8659-6>

Stubbs, A., & Szoeki, C. (2021). The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women. A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. Epub 2021. <https://doi.org/10.1177/1524838020985541>

SVT, Suomen virallinen tilasto (2019). Rikos- ja pakkokeinotilasto. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/rpk/2019/15/rpk_2019_15_2020-06-02_tie_001_fi.html

Tarricone R. (2006). Cost-of-illness analysis. What room in health economics?. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 77(1), 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.07.016>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011). *Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet*. 3.painos. THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>

Turvakotipalvelut (2020). *Turvakotipalvelut 2020*. Tilastoraportti 17/2021. Suomen virallinen tilasto, Turvakotipalvelut. THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021060132533>

Ulrich, Y. C., Cain, K. C., Sugg, N. K., Rivara, F. P., Rubanowice, D. M., & Thompson, R. S. (2003). Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *American journal of preventive medicine*, 24(1), 9–15. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00577-9](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00577-9)

VnTeas (2021). *Teemakuvaukset. 7.7 Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat kustannukset Suomessa*. Helsinki: Valtioneuvosto. <https://tietokayttoon.fi/documents/1927382/65886515/Teemakuvaukset.pdf>

Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical psychology review*, 46, 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003>

Waters, H. R., Hyder, A. A., Rajkotia, Y., Basu, S., & Butchart, A. (2005). The costs of interpersonal violence--an international review. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 73(3), 303–315. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.11.022>

Wathen, C. N., MacGregor, J., Tanaka, M., & MacQuarrie, B. J. (2018). The impact of intimate partner violence on the health and work of gender and sexual minorities in Canada. *International journal of public health*, 63(8), 945–955. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1127-1>

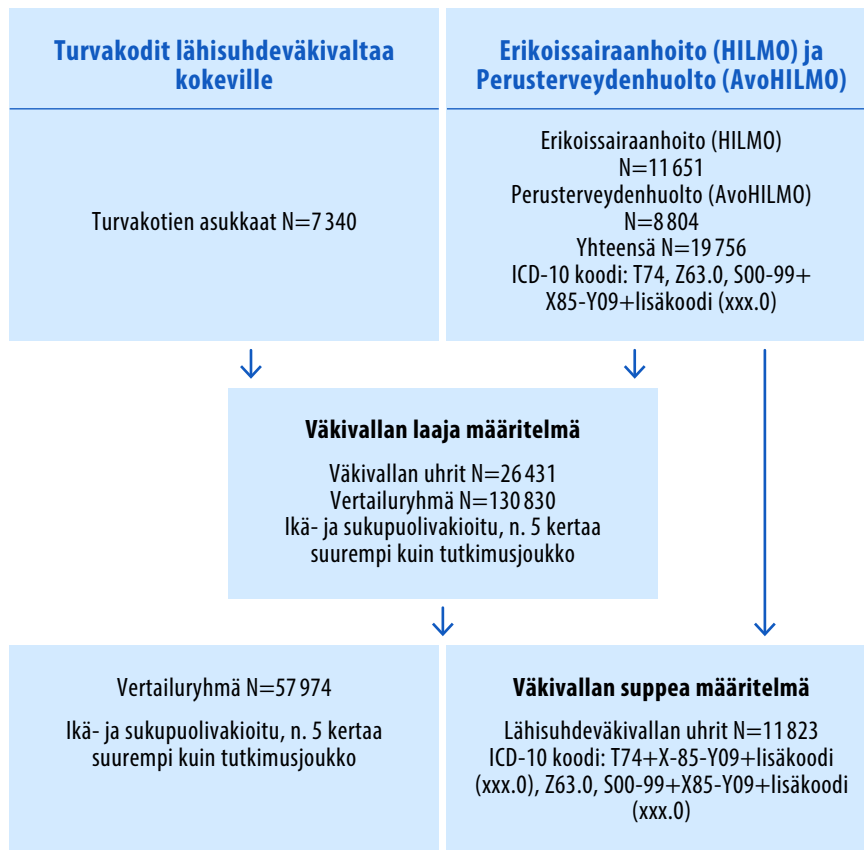
Westwood, T., Seymour, K., & Wendt, S. (2020). Women's perceptions of safety after domestic violence: Exploring experiences of a safety contact program. *Journal of Women and Social Work*., 35(2), 260–273. <https://doi.org/10.1177/0886109919873904>

Wright, E. N., Hanlon, A., Lozano, A., & Teitelman, A. M. (2019). The impact of intimate partner violence, depressive symptoms, alcohol dependence, and perceived stress on 30-year cardiovascular disease risk among young adult women: A multiple mediation analysis. *Preventive medicine*, 121, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.01.016>

Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D., & Heller, S. S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 77–86. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199921\)20:1<77::AID-IMHJ6>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199921)20:1<77::AID-IMHJ6>3.0.CO;2-S)

Liitteet

Liite 1. Kuvio rekisteritutkimuksen otoksesta: Hilmo, AvoHilmo ja turvakodit



Liite 2. Hilmo- ja AvoHilmo-rekisterit

Hoitoilmoitusrekisteri (HILMO, aiemmin Poistoilmoitusrekisteri) perustettiin vuonna 1969. Nykyään se sisältää kaiken julkisen sektorin vuodeostastohoidon, erikoissairaanhoidon avohoidon ja päiväkirurgian. HILMOon on vuodesta 1994 lähtien kirjattu jokainen vuodeostaston käynti WHO:n kansainvälisen tautiluokituksen 10. version (ICD-10) mukaisesti.

Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisterin (AvoHILMO) pitäisi sisältää tiedot kaikista Suomessa vuodesta 2011 lähtien toteutetuista perusterveydenhuollon palveluista. Todellisuudessa kuitenkin tiedetään, että kaikkia käyntejä ei ole kirjattu AvoHILMOon ja että ICD-10- ja ICPC2-luokituksen käyttö terveydenhuollon palveluissa ei ole kattavaa tai täydellistä.

Väkivallan uhrin tunnistettiin lähteistä 1 (HILMO) ja 2 (AvoHILMO). Tunnistaminen perustui ICD-10 tautiluokituksen päädiagnooseihin tai toissijaisiin diagnooseihin (T74, Z63.0) ja/tai ulkoisen synn diagnooseihin (X85-Y09), joita käytetään Suomessa.

Liite 3. ICD-koodit rekisteritutkimuksessa

Väkivallan uhrien tunnistamiseen käytetyt ICD-koodit

T74	<p>1. Väkivallan uhrin</p> <p>Pahoinpitelyoireyhtymät</p> <p>T74.0 Hylkääminen ja suojattomaksi jättäminen</p> <p>T74.1 Fyysinen pahoinpitely</p> <p>T74.2 Seksuaalinen hyväksikäyttö</p> <p>T74.3 Henkinen pahoinpitely</p> <p>T74.8 Muu pahoinpitelyoireyhtymä</p> <p>T74.9 Määrittämätön pahoinpitelyoireyhtymä</p>
Päädiagnoosi T74:n ulkoisen syyn koodit X85-Y09	<p>2. Lähisuhdeväkivallan uhrin</p> <p>Ulkoinen syy (X85-Y09)</p> <p>Murhien, tappojen ja pahoinpitelyn osalta (X85-Y09), joissa kolmen merkin (X85-Y09) viides merkkitaso on 0, joka tarkoittaa, että väkivallan tekijä on ollut puoliso tai partneri</p> <p>X85.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely lääkaineilla, lääkkeillä tai biologisilla aineilla; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>X90.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely kemiallisen aineen avulla; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>X91.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely hirttamällä, kuristamalla tai tukehduttamalla; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>X92.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely upottamalla tai hukuttamalla; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>X95.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely aseella ampumalla; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>X99.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely terävän esineen avulla; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>Y00.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely tylpän esineen avulla; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>Y04.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely ilman aseita; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>Y05.0 Lihassoiman käyttöön perustuva sukupuolinen väkivalta; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>Y06 Hylkääminen ja heitteillejättö</p> <p>*Y07 Muu pahoinpitelyoireyhtymä</p> <p>Y08.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely muilla määritetyillä tavoilla; suorittajana puoliso tai partneri</p> <p>Y09 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely määrittämättömillä tavoilla</p>

Väkivallan uhrien tunnistamiseen käytetyt ICD-koodit

Z63.0	Aviopuolisoiden tai kumppaneiden suhteeseen liittyvät ongelmat
S-luvun ulkoisen syyn koodit	ICD-10-diagnoosit S10-S99 ja T00-T01, osoittavat vamman syyksi muun kuin itse aiheutetun väkivallan.
X85-Y09	X85-Y09 Murhien, tappojen ja pahoinpitelyn osalta (X85-Y09), joissa kolmen merkin (X85-Y09) viides merkkitaso on 0, joka tarkoittaa, että väkivallan tekijä on ollut puoliso tai partneri

* ICD-10:n alkuperäisestä yhdysvaltalaisesta versiosta koodia Y07 käytetään osoittamaan pahoinpitelyjen tekijän suhdetta (WHO, 2016). Suomalaisessa versiossa Y07 ei nimeä tekijää, mutta kolmimerkkisten pahoinpitelykoodien (X85-Y09) neljäs ja viides merkkitaso ilmaisevat tekijän suhteen. Tässä tutkimuksessa jätämme Y07:n pois.

Liite 4. Poliisirekisterin rikosnimikkeet

Rikosnimikkeet

Raiskaus, törkeä raiskaus, Rikoslain luku (RL) 20:1–2

Muut seksuaalirikokset RL 20:4–5, 5a, 8–9

Tapon, murhan tai surman yritys RL 21:1–3, 34a:1

Pahoinpitely RL 21:5

Törkeä pahoinpitely RL 21:6

Lievä pahoinpitely RL 21:7

Ryöstörikokset RL 31:1–2

Kiristys, törkeä kiristys RL 31:3,4

Vapaudenriisto RL 25:1–2

Muut rikokset RL 17.22, 21.6, 21.8–9, 25.3-3a-1, 25:4:1–2, 25:8

Liite 5. Terveysthuollon kustannusten lähteet rekisteritutkimuksessa

Terveysthuollon palvelut ja Kelan lääkekustannukset	Lähde	Yksikkökustannuksen lähde
Perusterveydenhoito (AvoHILMO)		
Avosairaanhoito	THL	Kunkin käynnin kustannukset arvioitiin yleensä kolmen eri tiedon avulla: 1) palvelutyypin, 2) ammattiryhmä ja 3) toimintayksikkö.
Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto		
Äitiys- ja lastenneuvola		Jos tietoa palvelutyypistä ei ollut saatavilla, käytimme vastaavan palvelutyypin yksikkökustannusta. Jos tietoa ammatista ei löytynyt yksikkökustannusten taulukosta, käytimme vastaavan ammattiryhmän yksikkökustannusta käyttäen Tilastokeskuksen ammattiryhmäluokittelua.
Mielenterveystyö		
Fysioterapia		
Sairaalahoito- ja avohoitokäynnit (HILMO)		
Erikoissairaanhoito	THL	*DRGF
Psykiatrian käynnit		DRG-ryhmien kustannusarvioita ei ole saatavilla psykiatristen eli ei-somaattisten käyntien osalta. Käytimme näissä tapauksissa DRG-ryhmien kustannusarvioiden sijaan yksikkökustannuksia.
KELA		
ATC-luokka	KELA	Kelan lääkekorvaukset
N Hermostoon vaikuttavat lääkkeet		
N02 Analgeetit		
N03 Epilepsialääkkeet		
N05 Psykoosi- ja neuroosilääkkeet sekä unilääkkeet		
N06 Masennuslääkkeet ja keskushermostoa stimuloivat lääkeaineet		

* Tätä tutkimusta varten THL ajoi kaikki HILMO-aineiston havainnot (vuodeosasto- ja poliklinikkakäynnit) NordDRG-ryhmittelijän läpi tuottaakseen DRGF-muuttujan ja estimoi hoidon kustannukset yhdistäen lasketut DRG-painot ja kerätyn kustannusaineiston. Kaikki havainnot tarkoittavat sairaalahoitoa, laitoshoidon (yöpymiset) ja avohoidon käyntejä. Tämä nimettiin tässä tutkimuksessa DRGF-kustannustiedoksi.

Liite 6. Sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluiden kustannukset väestötutkimuksessa euroina yhtä palvelukäyntiä tai hoitovuorokautta kohden (vuoden 2020 rahan arvoon suhteutettuna)

	Kustannus keskiarvo	Kustannus minimi	Kustannus maksimi
Sosiaalipalvelut			
Perheneuvolakäynti	152,74	113,36	192,12
Lastensuojelun sijaishuoltovuorokausi (sijaisperhe, perhekoti tai laitos)	183,99	103,02	327,42
Lastensuojelun avohuollon työntekijän tapaaminen (muu kuin sijaishuolto)	104,55	56,10	153,00
Lastensuojelun tukihenkilö- tai tukiperhetapaaminen	73,14	54,42	100,48
Perhetyön tai kotipalvelun työntekijän käynti	56,16	42,34	66,50
Lastenvalvojan tapaaminen	100,70	79,65	121,75
Lasten valvotut tai tuetut tapaamiset	78,05	75,92	80,18
Päihdehoitovuorokausi (laitos- tai katkaisuhuolto)	358,53	280,50	436,56
Päihdehoitopalvelujen avohoidon työntekijän tapaaminen	146,54	102,00	177,48
Aikuis- tai perhesosiaalityön työntekijän tapaaminen	104,55	56,10	153,00
Turvakotivuorokausi	218,34	160,50	276,17
Perhekuntoutusvuorokausi	327,32	-	-
Vertaistukiryhmäkäynti	61,69	61,56	61,84
Yhteydenotto auttavaan puhelin- tai nettipalveluun (esim. Kriisipuhelin, Sekasin-chat, Rikosuhripäivystys, Nollalinja, Naisten linja, Lyömätön linja, Avoin linja)	85,22	-	-
Muut lapsiin ja nuoriin kohdistuvat sosiaalipalvelut	78,44	73,58	90,74
Muut aikuisiin kohdistuvat sosiaalipalvelut	104,55	56,10	153,00
Terveyspalvelut			
Neuvolakäynti	71,15	44,88	105,06
Psykiatriakäynti (yksilö-, pari-, perhe- tai ryhmäterapia)	194,48	145,86	464,10
Varusmiesten terveydenhuollon käynti (ei hammashoito)	79,05	43,86	111,18
Opiskeluterveydenhuollon käynti (ei hammashoito)	79,05	43,86	111,18

	Kustannus keskiarvo	Kustannus minimi	Kustannus maksimi
Terveyskeskuskäynti (ei hammashoito)	61,97	35,70	84,66
Käynti yksityisessä terveydenhuollossa (ei työterveyshuolto eikä hammashoito)	300,36	-	-
Työterveyshuoltokäynti (ei hammashoito)	63,24	40,80	65,28
Hammashoitokäynti	64,26	54,06	-
Käynti erikoissairaanhoidossa (esim. keskussairaalassa, yliopistollisessa sairaalassa, ml. psykiatrian poliklinikalla tai mielenterveyskeskuksessa)	313,37	299,20	327,55
Päivystyskäynti	315,41	284,94	347,29
Kotisairaanhoidokäynti	35,70	-	-
Hoitovuorokausi sairaalassa (ei terveyskeskuksessa)	788,66	325,35	987,35
Hoitovuorokausi terveyskeskuksessa	314,16	263,16	366,18
Oikeuspalvelut			
Tapaaminen asianajajan kanssa	204,00	-	-
Kotihälytys talouteesi (itse tehty tai jonkun muun tekemä)	449,90	-	-
Rikosilmoitus poliisille (itse tehty tai jonkun muun tekemä) tai poliisin käynnistämä esitutkinta	1 273,1	-	-
Sovittelutapaaminen	158,00	-	-
Käsittely käräjäoikeudessa (koko asian käsittely) ¹	264,75	-	-
Käsittely hovioikeudessa (koko asian käsittely)	4 848,57	-	-
Käsittely korkeimmassa oikeudessa (koko asian käsittely)	4 509,07	-	-

¹ Käräjäoikeuden suullinen käsittely 1 657 €.

Liite 7. Lyhyt kuvaus Cost-of-illness (COI) -analyysien lähestymistavoista

COI-analyysit ovat yleisin väkivallan tutkimuksessa käytetty taloudellinen analyysimenetelmä (Corso, 2009). COI-tutkimuksilla pyritään tunnistamaan ja estimoimaan tietyn sairauden tai ongelmien aiheuttamat kustannukset ja arvioimaan tietyn sairauden yhteiskunnalle aiheuttama taloudellisen raskaus (Tarricone, 2006).

COI-analyysit voidaan tehdä esimerkiksi joko prevalenssiin tai esiintyvyyteen perustuvalla lähestymistavalla. Prevalenssiin perustuvissa arvioissa arvioidaan sairauden kokonaiskustannukset tietyssä vuodessa, eivätkä ne riipu siitä, milloin väkivallalle altistuminen tapahtui. Toisaalta ilmaantuvuuteen perustuvissa analyyseissä pyritään arvioimaan kaikkien tietyn ajanjakson aikana sattuneiden uusien väkivaltatapauksien kustannukset. Tässä tutkimuksessa sovellettiin ilmaantuvuuteen perustuvaa lähestymistapaa suorien terveydenhuoltokustannusten arvioimiseksi enintään kuuden vuoden ajalta ensimmäisestä väkivaltatapauksesta vuosina 2015–2020. Ilmaantuvuuteen perustuvia lähestymistapoja voidaan pitää sopivina, kun tutkimuksen tavoitteena on tuottaa ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä koskevaa tietoa. Arvioimme kustannukset käyttämällä alhaalta ylöspäin suuntautuvaa lähestymistapaa eli ns. ”bottom-up”-menetelmällä.

Analyysi on tehty terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta. Otimme mukaan vain suorat terveydenhuoltokustannukset, emme ns. epäsuoria kustannuksia, kuten sairauden tai ongelman hoidon aiheuttamasta työkyvyn alenemisesta.

Liite 8. Väkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset rekisteritutkimuksessa, Tutkimusjoukko 1, laaja määritelmä (terveydenhuolto, turvakodit)

Liitetaulukko 8A. Tutkimusjoukkoon 1 kuuluvien väkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset (keskiarvo ja mediaani) enintään kuuden vuoden aikana sen jälkeen, kun henkilö on tunnistettu väkivallan uhriksi rekistereistä (vuosina 2015–2020). Taulukossa on mukana jokainen henkilö **vain kerran** koko ajanjakson aikana (laaja väkivallan määritelmä).

Sairalahoito- ja avohoitokäynnit (HILMO), Perusterveydenhoito (AvoHILMO) ja Turvakodit lähisuhdeväkivaltaa kokeville

	N		Vuosi 0 €	Vuosi 1 €	Vuosi 2 €	Vuosi 3 €	Vuosi 4 €	Vuosi 5 €	Vuosi 6 €
2015 uhrit	4 921	keskiarvo		7 920	5 940	5 709	5 730	5 761	3 973
		mediaani		1 389	974	870	870	887	858
2016 uhrit	4 334	keskiarvo	6 383	6 808	4 903	8 264	3 813	3 553	
		mediaani	817	1 342	964	943	846	877	
2017 uhrit	4 265	keskiarvo	5 384	6 918	5 849	4 374	3 885		
		mediaani	820	1 384	1 037	919	924		
2018 uhrit	4 498	keskiarvo	3 992	6 721	5 147	4 139			
		mediaani	805	1 412	987	1 045			
2019 uhrit	4 249	keskiarvo	4 997	5 270	4 015				
		mediaani	918	1 515	1 191				
2020 uhrit	4 164	keskiarvo	3 265	4 233					
		mediaani	869	1 588					

Liitetaulukko 8B. Tutkimusjoukkoon 1 kuuluvien väkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset (keskiarvo ja mediaani) enintään kuuden vuoden aikana sen jälkeen, kun henkilö on tunnistettu väkivallan uhriksi rekistereistä (vuosina 2015–2020). Taulukossa henkilö voi olla useampana vuotena ajanjakson aikana (laaja väkivallan määritelmä).

Sairaalahoito- ja avohoitokäynnit (HILMO), Perusterveydenhoito (AvoHILMO), ja Turvakodit lähisuhteiväkivaltaa kokeville

	N		Vuosi 0 €	Vuosi 1 €	Vuosi 2 €	Vuosi 3 €	Vuosi 4 €	Vuosi 5 €	Vuosi 6 €
2015 uhrit	4 921	keskiarvo		7 920	5 940	5 709	5 730	5 761	3 973
		mediaani		1 389	974	870	870	887	858
2016 uhrit	4 790	keskiarvo	6 935	7 329	5 146	8 116	4 104	3 726	
		mediaani	927	1 429	1 041	1 003	907	920	
2017 uhrit	4 986	Keskiarvo	5 640	7 068	5 872	4 546	3 995		
		mediaani	957	1 493	1 103	981	1 001		
2018 uhrit	5 272	keskiarvo	4 549	7 697	5 393	4 440			
		mediaani	999	1 567	1 116	1 109			
2019 uhrit	5 163	keskiarvo	5 238	5 447	4 301				
		mediaani	1 141	1 692	1 368				
2020 uhrit	5 127	keskiarvo	4 018	4 719					
		mediaani	1 098	1 802					

Liite 9. Väkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset rekisteritutkimuksessa, Tutkimusjoukko 2 (poliisi)

Liitetaulukko 9A. Tutkimusjoukkoon 2 kuuluvien lähisuhdeväkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset (keskiarvo ja mediaani) enintään kuuden vuoden ajan sen jälkeen, kun henkilö on tunnistettu väkivallan uhriksi rekistereistä (vuosina 2015–2020). Taulukossa on mukana jokainen henkilö **vain kerran** koko ajanjakson aikana.

Perhe- ja lähisuhdeväkivalta-aineisto (perustuu poliisin Patja-järjestelmään)

	N		Vuosi 0 €	Vuosi 1 €	Vuosi 2 €	Vuosi 3 €	Vuosi 4 €	Vuosi 5 €	Vuosi 6 €
2015 uhrit	4 210	keskiarvo		6 103	4 938	3 403	3 422	3 494	2 954
		mediaani		953	789	767	758	782	790
2016 uhrit	3 808	keskiarvo	3 396	3 517	3 665	3 075	2 900	2 696	
		mediaani	770	922	818	792	745	798	
2017 uhrit	3 305	keskiarvo	3 272	3 175	4 582	3 188	3 000		
		mediaani	782	920	831	749	832		
2018 uhrit	3 294	keskiarvo	3 451	5 078	3 425	2 949			
		mediaani	762	970	866	855			
2019 uhrit	3 287	keskiarvo	3 628	3 444	2 902				
		mediaani	826	1 022	914				
2020 uhrit	3 169	keskiarvo	2 737	3 075					
		mediaani	768	1 031					

Liitetaulukko 9B. Tutkimusjoukkoon 2 kuuluvien lähisuhdeväkivallan uhrien vuotuiset terveydenhuollon kustannukset (keskiarvo ja mediaani) enintään kuuden vuoden ajan sen jälkeen, kun henkilö on tunnistettu väkivallan uhriksi rekistereistä (vuosina 2015–2020). Taulukossa henkilö voi olla useampana vuotena ajanjakson aikana

Perhe- ja lähisuhdeväkivalta-aineisto (perustuu poliisin Patja-järjestelmään)

	N		Vuosi 0 €	Vuosi 1 €	Vuosi 2 €	Vuosi 3 €	Vuosi 4 €	Vuosi 5 €	Vuosi 6 €
2015 uhrit	4 210	keskiarvo		6 103	4 938	3 403	3 422	3 494	2 954
		mediaani		953	789	767	758	782	790
2016 uhrit	4 290	keskiarvo	4 713	4 118	3 641	3 259	3 081	2 808	
		mediaani	832	973	871	860	810	832	
2017 uhrit	4 010	keskiarvo	4 127	3 193	4 408	3 142	2 986		
		mediaani	846	985	916	820	875		
2018 uhrit	4 120	keskiarvo	3 422	5 109	3 513	3 184			
		mediaani	854	1 059	940	915			
2019 uhrit	4 277	keskiarvo	3 870	3 696	3 212				
		mediaani	958	1 170	1 024				
2020 uhrit	4 190	keskiarvo	3 148	3 299					
		mediaani	892	1 153					

Liite 10. Marginaalikeskiarvoista

Lähisuhdeväkivallan aiheuttamia suoria terveys-, oikeus- ja sosiaalipalvelujen tarpeeseen vaikuttavia kustannuksia mallinnettiin negatiivisella binomiregressiolla. Jos kyseessä olisi lineaarinen regressiomalli, lähisuhdeväkivallan suoran palvelukustannusvaikutuksen voisi lukea suoraan tätä kuvaavien mallin selittäjien parametriestimaateista, mutta vastemuuttujan jakauman muoto ja käytetty malli ei tätä mahdollista (estimaatit kuvaavat kustannusten logaritmia).

Kustannusvaikutusten tulkinta edellyttää siten lähisuhdeväkivallan selittäjien itsenäistä vaikutusta kuvaavien nk. marginaalikeskiarvojen estimoinnista mallin avulla (tämä tehdään käyttämällä estimoinnissa käytetyn `proc genmod` -proseduurin `LSmeans` -lausetta). Marginaalikeskiarvot kuvaavat tässä tapauksessa kunkin yksittäisen lähisuhdeväkivallan selittäjän itsenäistä, muista mallin muuttujista (vakioitavat kovariaatit) riippumatonta vaikutusta, josta saadaan johdettua väestötason kustannusestimaatti korottamalla se painotettuun perusjoukkoon (se joukko, joka on kyseistä lähisuhdeväkivallan muotoa kokenut väestötasolla). Marginaaliefektien tulkintaan sisältyy viime kädessä aina mallissa kontrolloimattomien (non-observables) tekijöiden piilevä vaikutus, joka ilmetessään saattaa paisuttaa estimaattia. Tämä on yleinen ongelma tilastolliselle päättelylle, jota pyritään tekemään väestötason poikkileikkausaineistoille, jossa ei ole satunnaistettua koeasetelmaa. Tämä ongelma on tässä raportissa pyritty minimoimaan sillä, että varsinainen estimointi rajataan tulkinnaltaan ilmeisiin kausaaliselittäjiin (vastaaja ilmoittaa hakeutuneensa palveluihin lähisuhdeväkivaltaan liittyen).

tietokayttoon.fi

ISBN PDF 978-952-383-385-2
ISSN PDF 2342-6799