

# Seri-tukikeskusten asiakkaiden tausta, tukipalveluiden käyttö ja rikosprosessin eteneminen

Riina Korjamo

VALTIONEUVOSTON SELVITYS- JA  
TUTKIMUSTOIMINNAN JULKAISUSARJA 2023:1

[tietokayttoon.fi](https://tietokayttoon.fi)

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:1

# Seri-tukikeskusten asiakkaiden tausta, tukipalveluiden käyttö ja rikosprosessin eteneminen

Riina Korjamo

Valtioneuvoston kanslia Helsinki 2023

**Julkaisujen jakelu**

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston  
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-  
arkivet Valto

[julkaisut.valtioneuvosto.fi](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi)

**Julkaisumyynti**

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston  
verkkokirjakauppa**

Statsrådets  
nätbokhandel

[vnjulkaisumyynti.fi](http://vnjulkaisumyynti.fi)

Valtioneuvoston kanslia

CC BY-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-383-262-6

ISSN pdf: 2342-6799

Taitto Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2023

## Seri-tukikeskusten asiakkaiden tausta, tukipalveluiden käyttö ja rikosprosessin eteneminen

### Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:1

**Kustantaja** Valtioneuvoston kanslia

**Tekijä/t** Krogell Jenni, Rounioja Maria, Nuora Anna, Lappalainen Liisi, Asmundela Saara, Reenilä Yrjö, Bildjuschkin Katriina, Korjamo Riina

**Toimittaja/t** Korjamo Riina

**Yhteisötekijä** HUS Seri-tukikeskus, TYKS Seri-tukikeskus, TAYS Seri-tukikeskus, KYS Seri-tukikeskus, OYS Seri-tukikeskus, Åbo Akademi, poliisi, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

**Kieli** Suomi

**Sivumäärä** 82

**Tiivistelmä** Seri-tukikeskuksissa hoidetaan seksuaaliväkivaltaa kohdanneita riippumatta siitä, onko hän ilmoittanut asiasta poliisille. Tässä tutkimuksessa selvitettiin sekä rekisteri- että kyselytutkimuksen keinoin Seri-tukikeskuksen asiakkaiden taustatietoja, rikosprosessin etenemistä, rikosilmoituksen tekemiseen liittyviä seikkoja ja kokemuksia palveluista.

Hankeen väliraportissa raportoitiin jo aiemmin, että kyselyssä tukikeskuksen asiakkaat olivat tyytyväisiä tukikeskuksen palveluihin, mutta mm. parempaa jatkohoitoon pääsyä ja pidempää tuen kestoa toivottiin. Asiakkaat jättivät rikosilmoituksen usein tekemättä, koska tapahtuma haluttiin unohtaa, siitä koettiin häpeää tai oikeusprosessin pelättiin olevan liian raskas.

Tässä loppuraportissa täydennetään tukikeskuksen asiakkaiden rikosprosesseista saatua tietoa. Rekisteritutkimuksessa tukikeskuksen 688 asiakkaasta 74 % teki rikosilmoituksen. Mediaaniaika ilmoituksesta esitutkinnan päätökseen oli noin 5 kk, käräjäoikeuden tuomioon 1 v 9 kk ja hovioikeuden tuomioon 2 v 8 kk. Käräjäoikeuden tuomioita aineistossa oli 119 ja hovioikeuden tuomioita 37.

Psykososiaalisen tuen palvelut tulee saada tarjolle tasa-arvoisesti koko maahan sekä Seri-tukikeskuksiin että muihin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin, joissa hoidetaan seksuaaliväkivallan uhreja. Palveluiden tulee olla saatavilla riittävän pitkään huomioiden oikeusprosessien pitkä kesto.

**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, raiskaus, seksuaalirikokset, tukipalvelut, rikosprosessi

**ISBN PDF** 978-952-383-262-6

**ISSN PDF** 2342-6799

**Julkaisun osoite** <https://urn.fi/URN:978-952-383-262-6>

## Seri-stödcentrets klienter: bakgrund, användning av stödtjänster och rättsprocessens fortskridande

### Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2023:1

**Utgivare** Statsrådets kansli

**Författare** Krogell Jenni, Rounioja Maria, Nuora Anna, Lappalainen Liisi, Asmundela Saara, Reenilä Yrjö, Bildjuschkin Katriina, Korjamo Riina

**Redigerare** Korjamo Riina

**Utarbetad av** HUS Seri-stödcentret, ÅUCS Seri-stödcentret, TAYS Seri-stödcentret, KYS Seri-stödcentret, OYS Seri-stödcentret, Åbo Akademi, polisen, Institutet för hälsa och välfärd

**Språk** Finska

**Sidantal** 82

**Referat**

I Seri-stödcentren vårdas alla som utsatts för sexuellt våld, oavsett om de gjort en anmälan till polisen eller inte. I denna register- och enkätundersökning utreddes Seri-stödcentrets klienters bakgrund, rättsprocessens fortskridande, faktorer kopplade till brottsanmälandet samt erfarenheter av tjänsterna.

I projektets mellanrapport framkom det att stödcentrets klienter varit nöjda med stödcentrets tjänster, men att bättre tillgång till fortsatt vård och mer långvarig stödkontakt önskats. Klienterna lät ofta bli att göra en brottsanmälan på grund av viljan att glömma det som skett, upplevd skam eller rädsla för en tung rättsprocess.

I denna slutrapport kompletteras informationen om stödcentrets klienters rättsprocesser. I registerundersökningen gjorde 74% av centrets 688 klienter en brottsanmälan. Mediantiden från en gjord brottsanmälan till ett förundersökningsbeslut var ca 5 månader, till en tingsrättsdom 1 år och 9 månader och till en hovrättsdom 2 år och 8 månader. Materialet bestod av 119 tingsrätts- och 37 hovrättsdomar.

Tillgången till psykosociala tjänster bör göras jämlik och erbjudas landsomfattande i Seri-stödcentren samt inom andra social- och hälsovårdsenheter som vårdar sexualbrottsoffer. Tjänsterna behöver vara tillgängliga under en tillräckligt lång tid med tanke på de tidsdryga rättsprocesserna.

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

**Nyckelord** forskning, forkningsverksamhet, våldtäkt, sexualbrott, stödservice, straffprocess

**ISBN PDF** 978-952-383-262-6

**ISSN PDF** 2342-6799

**URN-adress** <https://urn.fi/URN:978-952-383-262-6>

## The background of the clients in Seri Support Centers, their use of support services and the progress of the criminal procedure

---

### Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 2023:1

<b>Publisher</b>	Prime Minister's Office		
<b>Author(s)</b>	Krogell Jenni, Rounioja Maria, Nuora Anna, Lappalainen Liisi, Asmundela Saara, Reenilä Yrjö, Bildjuschkin Katriina, Korjamo Riina		
<b>Editor(s)</b>	Korjamo Riina		
<b>Group Author</b>	HUS Seri Support Center; TYKS Seri Support Center, TAYS Seri Support Center, KYS Seri Support Center, OYS Seri Support Center; Åbo Akademi; Police; National Institute for Health and Welfare		
<b>Language</b>	Finnish	<b>Pages</b>	82

---

**Abstract** In Finland, the support services of rape victims are available in Seri Support Centers regardless of whether they choose to report an offence to the police or not. This study investigated the background information of the clientele of HUS Seri Support Center, the progress of the criminal procedure, the factors influencing reporting the offence to the police and experiences on the services.

As reported previously in the interim report of the study, clients of the Seri Support Center were satisfied with the services provided. However, the clients wished for better access to further treatment and longer duration of the support. Clients who did not report the offence did so to forget what happened, or due to fear of a lengthy and strenuous criminal procedure.

In this final report, added information on criminal process is presented. The register-based study showed that 74% of total of 688 clients reported the offence to the police. Median duration of pre-trial investigation was 5 months, and time from report to decision of District Court 1 year 9 months and time from report to Court of Appeal decision 2 years 8 months. Total of 119 and 37 decision were analyzed, respectively.

Psychosocial support services should be available equally in Finland and long enough because of long-lasting criminal processes.

**Provision** This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research (tietokaytoon.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, rape, sex crimes, support services, criminal procedure

---

**ISBN PDF** 978-952-383-262-6 **ISSN PDF** 2342-6799

---

**URN-address** <https://urn.fi/URN:978-952-383-262-6>

---

# Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>9</b>
1.1	Tutkimushankkeen tavoitteet.....	10
1.1.1	Päätavoite.....	10
1.1.2	Osatutkimukset.....	10
1.1.3	Tutkimusryhmä.....	10
1.1.4	Hankkeen ohjausryhmä.....	12
1.1.5	Raportin rakenne.....	12
<b>2</b>	<b>Taustaa ja kirjallisuutta</b> .....	<b>13</b>
2.1	Seri-tukikeskukset ja yhteenveto väliraportin tuloksista .....	13
2.2	Seksuaaliväkivallan seulonta ja tunnistaminen terveydenhuollossa .....	14
2.3	Seksuaaliväkivallan uhrien sairastavuus.....	17
2.3.1	Somaattinen sairastavuus .....	17
2.3.2	Psykiatrinen sairastavuus.....	18
2.3.3	Kuolleisuus .....	20
2.4	Seksuaaliväkivallan uhrien palveluiden käyttö .....	20
2.5	Hoidon vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus.....	22
2.5.1	Vaikuttavuuden mittaaminen .....	23
2.5.2	Kustannusvaikuttavuuden arviointi .....	25
2.5.3	Seksuaaliväkivallan uhrin hoidon laatuun vaikuttavat tekijät.....	26
2.6	Rikosprosessin kesto ja sen vaikutus toipumiseen .....	28
2.6.1	Rikosprosessin kesto.....	28
2.6.2	Rikosprosessin keston vaikutus toipumiseen .....	29
<b>3</b>	<b>Osatutkimus I: Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät ja palvelujen käyttö</b> .....	<b>31</b>
3.1	Aineisto ja menetelmät.....	32
3.2	Tutkimuskysymysten taustaa ja pohdintaa.....	33

<b>4</b>	<b>Osatutkimus II: HUS Seri-tukikeskuksen asiakkaiden seksuaalirikosprosessin eteneminen sekä tausta- ja tapahtumatietojen yhteys siihen .....</b>	<b>37</b>
4.1	Aineisto ja menetelmät.....	37
4.2	Tulokset.....	38
4.2.1	Poliisille ilmoittaminen ja esitutkinta .....	38
4.2.2	Rikosprosessin kesto.....	39
4.2.3	Todisteet ja todistajat käräjäoikeudessa.....	42
4.2.4	Syytteet ja tuomiot .....	43
4.3	Pohdinta.....	47
4.3.1	Rikosprosessi .....	47
4.3.2	Seksuaaliväkivallan tunnistaminen ja uhreille tarkoitetut tukipalvelut.....	50
<b>5</b>	<b>Osatutkimus III: Seksuaaliväkivallan uhrien tukipalveluiden käyttö ja kokemukset sekä rikosilmoituksen tekoon vaikuttavat tekijät .....</b>	<b>51</b>
5.1	Aineisto ja menetelmät.....	51
5.2	Tulokset.....	52
<b>6</b>	<b>Tutkimuskysymysten pohdinta .....</b>	<b>53</b>
6.1	Mitä sosiodemografisia tekijöitä on seksuaaliväkivallan uhrien taustalla? .....	53
6.2	Mitä seksuaaliväkivaltarikosten uhriksi joutumiseen johtavia yhteisiä tekijöitä voidaan tunnistaa? .....	54
6.3	Mitä keinoja on uhriksi joutumisen ennalta estämiseen? .....	55
6.4	Ovatko uhrien hoito- ja tukimuodot riittävät ja miten niitä voitaisiin kehittää?.....	56
6.5	Millaisia pitkän aikavälin kustannusvaikutuksia oikea-aikaisesti saadulla hoidolla ja tuella on?.....	56
<b>7</b>	<b>Suosituksat kehittämistoimenpiteiksi.....</b>	<b>59</b>
	<b>Liitteet.....</b>	<b>60</b>
	<b>Lähteet.....</b>	<b>73</b>



## LUKIJALLE

Tämä loppuraportti on osa Valtioneuvoston päätöksentekoa tukevaa selvitys- ja tutkimustoimintaa ja se on saanut rahoituksensa vuoden 2020 suunnitelmassa. Hankkeesta on julkaistu väliraportti 30.11.2021. Siinä esittelimme päätulokset HUS Seritukikeskuksen asiakkaiden rikosprosessiin liittyvästä rekisteritutkimuksesta ja heille tehdystä kyselytutkimuksesta. Tässä loppuraportissa täydennämme väliraportin tuloksia rikosprosessiaineiston tuloksilla.

Hankkeessa oli tarkoitus toteuttaa myös viiden yliopistosairaalan Seritukikeskusten asiakkaiden ja heille poimittujen verrokkien sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteriaineistoja vertaileva tutkimus. Emme valitettavasti ehtineet saada tätä rekisteriaineistoa analysoitavaksi hankekauden puitteissa. Olemme kuitenkin kiitollisia siitä, että saamme aineiston VN TEAS -hankerahoituksella tutkimusryhmän käyttöön. Kerättävä aineisto ei suinkaan ole menossa ”hukkaan”, vaikka tähän loppuraporttiin se ei ehtinyt analysoitavaksi.

Tutkimusryhmämme jatkaa kaikkien hankkeen osatutkimusten aineistojen tutkimista myös jatkossa. Hankkeessa kerätyistä aineistosta on tulossa väli- ja loppuraportin lisäksi kahden väitöskirjan osatyöt; psykologian maisteri Isabella Arponen on hyväksytty Åbo Akademin tohtoriohjelmaan ja terveystieteiden maisteri Jenni Krogell Itä-Suomen yliopiston tohtoriohjelmaan. Vaikka kaikki ei aina tutkimustyössä mene ennakkosuunnitelmien mukaan, niin paljon uutta tietoa suomalaisista seksuaaliväkivaltan uhreista on tämän hankkeen myötä saatu ja työ jatkuu.

Tutkimusryhmän puolesta Helsingissä 14.12.2022

Riina Korjamo, hankejohtaja

# 1 Johdanto

**Tämä on Valtioneuvoston päätöksentekoa tukevan selvitys- ja tutkimustoiminnan vuoden 2020 haussa rahoitetun tutkimushankkeen ”Seksuaalirikosten uhriksi joutumisen ennalta ehkäisyn keinot ja Seri-tukikeskusten asiakkaiden tausta, tukipalveluiden käyttö ja rikosprosessin eteneminen (Teema 4.10)” loppuraportti.**

Hankkeen tietotarvekuvauksessa nostettiin esiin seuraavia tutkimustehtäviä:

1. Seksuaalirikosten uhrien sosiodemografiset taustatekijät, palveluihin ohjautuminen, ennalta ehkäisyn keinot sekä tarpeen mukaisen jatkohoidon toteutuminen olemassa olevien tilastoaineistojen ja rekistereiden pohjalta.
2. Toisena tutkimustehtävänä hanketoimijalta edellytettiin kvalitatiivista osatutkimusta, jonka tavoitteena oli selvittää uhrien aiempaa elämän kulkua (erityisesti aiempia haavoittuvuustekijöitä) sekä mahdollisen palvelujärjestelmän tukea tai puutteita elämänkulun eri vaiheissa. Lisäksi toivottiin tunnistettavan ennalta ehkäisyn näkökulmasta mahdollisia voimaantumisen ja resilienssin kasvukohtia elämänkulussa.
3. Kolmantena tutkimustehtävänä hanketoimijan toivottiin arvioivan hoito- ja tukimuotojen riittävyyttä (millaista jatkohoitoa ja tukea potilaat olivat saaneet, miten ja missä se oli toteutettu, ja mikä on ollut järjestöjen ja julkisen terveydenhuollon rooli). Hanketoimijan tuli myös selvittää, mitä vaikutuksia on ollut, jos uhri ei ole päässyt (jatko)hoitoon ja miten hyvin ylipäätään terveydenhuollossa tunnistetaan seksuaalirikosten uhrit.

Tietotarvekuvauksessa esitettiin seuraavat tutkimuskysymykset, joihin hankkeelta toivottiin vastauksia:

- A. Mitä sosiodemografisia tekijöitä on seksuaaliväkivallan uhrien taustalla?
- B. Mitä seksuaaliväkivaltarikosten uhriksi joutumiseen johtavia yhteisiä tekijöitä voidaan tunnistaa?
- C. Mitä keinoja on uhriksi joutumisen ennalta estämiseen?
- D. Ovatko uhrien hoito- ja tukimuodot riittävät ja miten niitä voitaisiin kehittää?
- E. Millaisia pitkän aikavälin kustannusvaikutuksia oikea-aikaisesti saadulla hoidolla ja tuella on?

Hankkeessa toivottiin laadittavan suosituksia kehittämistoimenpiteiksi, jotta seksuaalirikoksia kyettäisiin ehkäisemään ennalta paremmin, suojaamaan tehokkaammin riskiryhmissä olevia, vähentämään uhrien haavoittuvuutta sekä kohdentamaan riittävät ja oikea-aikaiset hoito- ja tukitoimenpiteet oikein.

## 1.1 Tutkimushankkeen tavoitteet

### 1.1.1 Päätaavoite

Tämän tutkimushankkeen päätaavoitteena oli selvittää seksuaalirikosten uhrien sosiodemografisia taustatekijöitä, palveluihin ohjautumista sekä tarpeen mukaisen jatkohoidon toteutumista. Lisäksi selvitettiin asiakkaiden rikosilmoituksen tekemiseen liittyviä seikkoja ja rikosprosessin etenemistä.

Tavoitteena oli löytää ja raportoida vastauksia tietotarvekuvauksessa esitettyihin tutkimuskysymyksiin, eli tunnistaa tekijöitä, joihin vaikuttamalla seksuaaliväkivaltaa kyettäisiin ennaltaehkäisemään, suojaamaan riskiryhmissä olevia, vähentämään uhrien haavoittuvuutta sekä kohdentamaan riittävät ja oikea-aikaiset hoito- ja tukitoimenpiteet oikein.

### 1.1.2 Osatutkimukset

Hankkeen tavoitteiden saavuttamiseksi suunniteltiin kolme osatutkimusta:

- I. Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät (rekisteritutkimus)
- II. Tausta- ja tapahtumatietojen vaikutus rikosprosessin etenemiseen (rekisteritutkimus)
- III. Seksuaaliväkivallan uhrien tukipalveluiden käyttö ja kokemukset sekä tausta- ja tapahtumatietojen vaikutus rikosilmoituksen tekoon (kyselytutkimus)

Tässä loppuraportissa esitellään osatutkimuksen I aineiston muodostus ja tutkimuskysymykset sekä täydennetään osatutkimuksen II tuloksia. Osatutkimuksista I ja II muodostuu jatkossa TtM Jenni Krogellin väitöskirja ja osatutkimuksen III aineiston jatkoanalysoinneista PsM Isabella Arposen väitöskirja.

### 1.1.3 Tutkimusryhmä

Tutkimushanke toteutettiin konsortioyhteistyönä, jossa hankkeen vastaavana organisaationa toimi HUS Naistentaudit ja synnytykset, Seri-tukikeskus. Hankejohtajana toimi HUS Seri-tukikeskuksen vastuulääkäri Riina Korjamo. Muina tutkimusryhmän osapuolina olivat TYKS, TAYS, KYS ja OYS Seri-tukikeskukset, THL, Kätilöliitto, Poliisi sekä Åbo Akademi. Lisäksi syyttäjien edustaja oli mukana rikosprosessiaineiston keräämisessä ja tulokinnassa. Väli raportissa on aiemmin esitelty osatutkimuksissa II ja III mukana olleet tutkijat ja heidän työnjakonsa. Taulukossa 1 on esitetty osatutkimuksessa I mukana olleet tutkijat ja heidän työnjakonsa.

**Taulukko 1.** Hanketoimijat ja heidän työnjakonsa osatutkimuksessa I.

Hanketoimijat	Työnjako
<b>HUS Seri-tukikeskus</b>	
Riina Korjamo, LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, osastonlääkäri, HUS Seri-tukikeskuksen vastuulääkäri	Hankkeen johtaja, kokonaisvastuu ja koordinointi. Potilastiedon hallinta ja analysointi. Vastuu viestinnästä.
Liisi Lappalainen, Anna Nuora ja Maria Rounioja, tutkimuskätilöt	HUS Seri-tukikeskuksen potilas- ja tilastoaineiston hallinta, kirjallisuushakuja.
Jenni Krogell, TtM, kätilö, väitöskirjatutkija (Itä-Suomen yliopisto)	Aineiston analysointi, osa kirjallisuuskatsauksesta, raportin kirjoittaminen
<b>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos</b>	
Katriina Bildjuschkin, asiantuntija, KM, kätilö	Tutkimuksen suunnittelu, tulosten analysointi
Mika Gissler, tutkimusprofessori	Aineiston poiminta, tulosten analysointi
<b>TYKS Seri-tukikeskus</b>	
Rauni Klami, Katja Kero, Jenni Rautio	Aineiston poiminta
<b>TAYS Seri-tukikeskus</b>	
Kirsi Kuismanen, Sari Antikainen, Tanja Kotti	Aineiston poiminta
<b>KYS Seri-akuutti</b>	
Jonna Leppänen, Johanna Kejonen	Aineiston poiminta
<b>OYS Seri-tukikeskus</b>	
Sari Pelkonen, Elina Kaiponen	Aineiston poiminta

## 1.1.4 Hankkeen ohjausryhmä

Valtioneuvoston kanslian nimeämä ohjausryhmä on seurannut ja valvonut hankkeen etenemistä. Ohjausryhmän edustajat on esitelty hankkeen väliraportin taulukossa 2. Aivan hankkeen lopussa ohjausryhmän puheenjohtajana toiminut neuvotteleva virkamies Pirjo Lillsunde (STM) jäi pois ja hänen tilallaan viimeisissä ohjausryhmän kokouksissa puheenjohtajana toimi johtaja Tanja Auvinen (STM). Ohjausryhmä kokoon-tui hankkeen aikana yhteensä 13 kertaa.

## 1.1.5 Raportin rakenne

Raportin luvussa 2 esitellään keskeinen tutkimuskirjallisuus loppuraportin tutkimusky-symyksiin liittyen. Luvussa 3 esitellään aineiston muodostaminen ja tutkimusproto-kolla viiden Seri-tukikeskuksen asiakkaista ja verrokeista yhdistetylle rekisteriaineis-tolle. Luvussa 4 täydennetään rikosprosessia tutkineen rekisteritutkimuksen tuloksia. Luvussa 5 esitellään kyselytutkimukseen liittyvät jatkosuunnitelmat. Tutkimuskysy-mysten pohdinta on luvussa 6 ja hanketoimijoiden suositukset kehittämistoimenpi-teiksi luvussa 7.

## 2 Taustaa ja kirjallisuutta

Tutkimushankkeen 30.11.2021 julkaistuun [väliraporttiin](#) koottiin kirjallisuutta ja taustatietoja seksuaaliväkivallan esiintyvyydestä, uhrien haavoittuvuustekijöistä, seksuaaliväkivallan seurauksista, uhrien hoidosta ja tukipalveluista sekä seksuaaliväkivallan ennaltaehkäisykeinoista. Väliraportissa esiteltiin lisäksi seksuaalirikosprosessi.

Tässä loppuraportin kirjallisuuskatsauksessa kokonaiskuvaa täydennetään tarkastelemalla seksuaaliväkivallan seulontaan ja tunnistamiseen, uhrien sairastavuuteen, kuolleisuuteen ja palveluiden käyttöön sekä hoidon vaikuttavuuteen ja laatuun liittyviä asioita.

### 2.1 Seri-tukikeskukset ja yhteenveto väliraportin tuloksista

**Seri-tukikeskuksissa** tutkitaan ja hoidetaan yli 16-vuotiaat sukupuolesta riippumatta yhden kuukauden kuluessa seksuaaliväkivaltatapahtumasta (Korjamo 2020). Väkivaltatapahtumana tukikeskuksen asiakkailla on epäily vakavuudeltaan vähintään raiskaustasoisesta tapahtumasta eli karkeasti rajattuna vähintään intiimialueille tapahtuneesta koskemisesta. Hoidon edellytyksenä ei ole rikosilmoituksen tekeminen.

Seri-tukikeskuksesta asiakas saa oikeuslääketieteellisen ja lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon, seurannan sekä tukipalveluita väkivallasta toipumiseen. Asiakkaiden voinnin seuranta sekä seksi- ja veriteitse tarttuvien tautien laboratorioseuranta jatkuu noin kuuden kuukauden ajan väkivaltatapahtumasta.

HUS Seri-tukikeskuksessa työskentelee lääkäreitä, kättilöitä, psykologi, sosiaalityöntekijä ja sairaalapastori. Muissa Suomen Seri-tukikeskuksissa työskentelee myös mm. sairaanhoitajia ja kriisityöntekijöitä. Joulukuussa 2022 Suomessa on jo 20 Seri-tukikeskusta ja vuoden 2023 aikana verkosto täydentyy vielä neljällä keskuksella ([www.thl.fi/seri](http://www.thl.fi/seri)).

**Hankkeen väliraportissa** esiteltiin päätulokset HUS Seri-tukikeskuksen asiakkaiden taustatietoja ja rikosprosessin kulkua selvittävästä rekisteritutkimuksesta sekä tukikeskuksen asiakkaille tehdyn kyselyn tulokset. HUS Seri-tukikeskuksen 688 asiakkaista 70 % oli alle 30-vuotiaita ja 96 % naisia. Rikosprosessia selvittäneessä rekisteritutkimuksessa tukikeskuksen 688 asiakkaasta 74 % teki rikosilmoituksen. Tapauksista

36 % eteni syyteharkintaan ja 22 % tapauksista nostettiin syyte. Mediaaniaika rikosilmoituksesta syyteharkinnan päätökseen oli yli 13 kuukautta.

Kyselytutkimuksessa 235 (29 %) asiakasta vastasi kyselyyn. Jo ennen kyselyn lähettämistä havaittiin, että asiakkaista 1,4 prosenttia oli kuollut. Aiemmat väkivaltakokemukset ja mielenterveysongelmat olivat vastanneilla yleisiä. Seksuaaliväkivalta tapahtui neljäsosassa tapauksista vastaajan kotona ja puolessa tapauksista muussa yksityisessä sisätilassa. Tekijä oli yleisimmin joko saman vuorokauden aikana tavattu tai muutoin vastaajalle tuttu. Poliisille ilmoittamisen motiiveina oli mm. toive estää saman tapahtumista muille tai toive oikeuden saamisesta. Rikosilmoitus jätettiin usein tekemättä, koska tapahtuma haluttiin unohtaa, siitä koettiin häpeää tai oikeusprosessin pelättiin olevan liian raskas.

Seri-tukikeskuksen asiakkaat olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Psykologin, sosiaalityöntekijän tai sairaalapastorin tukipalveluita käytti 75 % vastaajista ja heistä 86 % koki saamansa tuen riittävänä. Kuitenkin mm. parempaa jatkohoitoon pääsyä, pidempää tuen kestoa ja lähipalveluita olisi kaivattu. Myös vertaistukea ja oikeudellisesta neuvontaa olisi kaivattu. Yleisin syy palveluiden käyttämättömyyteen oli toive asian unohtamisesta. Seri-tukikeskuksessa kohdattujen ammattilaisten ja asiaa tutkineen poliisin sukupuolella oli merkitystä osalle kyselyyn vastanneista. Yleisimmin samaa sukupuolta olevan ammattilaisen kohtaaminen oli myönteinen kokemus ja eri sukupuolta edustavan ammattilaisen kohtaaminen oli pääsääntöisesti neutraali kokemus, mutta kielteisiäkin kokemuksia nousi esiin erityisesti psykologin ja poliisin kohtaamisissa. Ammattilaisten kohtaamisissa tärkeimpinä asioina kyselyyn vastanneet pitivät kuitenkin sitä, että he tulivat kuulluksi, heitä uskottiin, heidät otettiin tosissaan ja vakavasti, eikä heitä epäilty, syyllistetty tai tuomittu.

## 2.2 Seksuaaliväkivallan seulonta ja tunnistaminen terveydenhuollossa

Seksuaaliväkivallan seulontaan ei ole Suomessa validoitua seula. Väkivaltakokemuksista voi kuitenkin kysyä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäviltä, ja väkivaltaa kohdanneet tulisi ohjata tarvittavien tukipalveluiden piiriin.

Suomessa neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa tehtäviin laajoihin terveystarkastuksiin kuuluu osana väkivaltakokemusten ja väkivallan riskin kartoittaminen. Apuna voidaan käyttää THL:n [Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomaketta](#). Lomakkeessa tiedustellaan sekä elämänaikaisia että nykyhetken lähisuhdeväkivallan koke-

muksia ja niiden vaikutusta nykyiseen terveyteen. Muutoin terveydenhuollossa väkivaltakokemusten ja väkivallan riskin seulonta on sattumanvaraista ja paljolti riippuvaista henkilökunnan omasta aktiivisuudesta ja osaamisesta.

Terveystieteiden tohtori Salla Kivelän väitöskirjassa [The Documentation of Family Violence in Healthcare and the Associations of Violence on Well-Being](#) selvitettiin perheväkivallan tunnistamista ja kirjaamista terveydenhuollossa (Kivelä 2020). Tämä aineisto oli kerätty yhden keskussairaalan päivystyspoliklinikalta ja painottui pahoinpitelyvammoja saaneisiin uhreihin, eikä aineistossa ollut kuin yksittäisiä seksuaaliväkivallan uhreja. Johtopäätöksenä todettiin, että lähisuhdeväkivalta kirjataan heikosti ja lähisuhdeväkivallan uhrin tarvitsevat monialaista hoitoa. Tunnistamalla paremmin väkivallan uhrin, heidät olisi mahdollista ohjata varmemmin tukipalvelujen piiriin (Siltala 2022).

Vaikka lähisuhdeväkivalta ei aina pidäkään sisällään seksuaaliväkivaltaa, on seksuaaliväkivalta silti yksi merkittävä lähisuhdeväkivallan muoto. Seksuaaliväkivalta jää myös lähisuhteissa usein piiloon. Siksi lähisuhdeväkivaltaa seulomalla saadaan esiin myös seksuaaliväkivaltaa kohdanneita tai ainakin erittäin suurella seksuaaliväkivallan riskissä olevia henkilöitä. Systemaattisella lähisuhdeväkivallan seulonnalla terveydenhuollossa arvioidaan tunnistettavan noin kolminkertainen määrä väkivaltaa kohdanneita verrattuna ilman systemaattista seulontaa tunnistettuihin väkivallan uhreihin (O’Doherty 2015).

Kansainvälisesti on olemassa sosiaali- ja terveydenhuoltoon suunnattuja kyselylomakkeita sekä seksuaaliväkivallan että lähisuhdeväkivallan seulomiseksi, joita ei kuitenkaan ole validoitu Suomeksi (Basile 2007). Esimerkiksi raskauden aikaiseen seulontaan jo 90-luvulla kehitetyssä **AAS** (Abuse assessment screen) -kyselyssä on viisi kysymystä, joilla kartoitetaan elämän- ja edeltävän vuoden aikaista sekä raskaudenaikeista väkivaltaa lähisuhteessa, edeltävän vuoden aikana tapahtunutta seksuaaliseen tekoon pakottamista ja pelkoa läheistä henkilöä kohtaan (McFarlane 1992). **HITS** (Hurt, insult, threaten, and scream) seulonnassa kysytään kuinka usein kumppani sattuttaa, solvaa, uhkailee tai huutaa kyselyyn vastaajalle (Sherin 1998). **PVS** (Partner violence screen) -seulan kolme kysymystä kartoittavat aiemman väkivallan kokemuksia, turvallisuuden tunnetta nykyisessä parisuhteessa ja sitä, aiheuttaako aiempi kumppani turvattomuuden tunnetta kyselyhetkellä (Feldhaus 1997). **WAST** (The woman abuse screening tool) -kysely koostuu kahdesta kysymyksestä. Ensimmäisessä pyydetään arvioimaan parisuhteen jännittyneisyysastetta (tension) kolmiportaisella ei ollenkaan – hieman – paljon -asteikolla. Toinen kysymys koskee riitojen ratkomisen helppoutta samalla tavalla kolmiportaisesti (Brown 2000).

ACOG, eli The American College of Obstetricians and Gynecologists, julkaisi vuonna 2012 [suosituksen](#) rutiininomaisesta lähisuhdeväkivallan seulonnasta erityisesti naisyntäntä ja synnytysten erikoisalalle. Suosituksen mukaan väkivaltaa tulisi seuloa



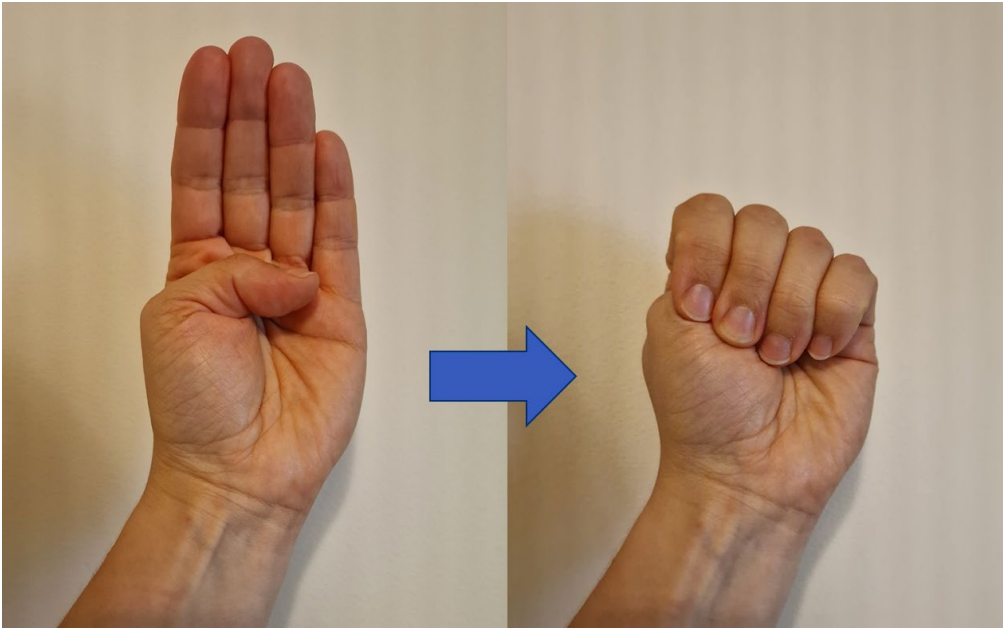
kaikilta naisilta heidän terveyteensä ja raskauden seurantaan liittyvien käyntien yhteydessä. Puheeksi ottaminen olisi hyvä ensin perustella sillä, että tätä kysytään kaikilta rutiininomaisesti, ja että näillä asioilla on merkitystä potilaan turvallisuuteen ja terveyteen. Kysymyksissä tulisi välttää stigmatisoivia ilmauksia, kuten hyväksikäyttö, raiskaus, pahoinpitely tai väkivalta. Niiden sijaan kannattaa esimerkiksi kysyä, onko henkilö kokenut kumppaninsa joskus uhkaavana tai pelottavana. Sen jälkeen voi jatkaa kysymyksillä satuttamisesta tai pakottamisesta tekoihin, joita henkilö ei olisi halunnut tehdä.

Suomessa erikoissairaanhoidossa Turun yliopistollisen sairaalan naistentautien yksikössä on kehitetty toimiva esimerkki lähisuuhdeväkivallan seulonnasta (Kero 2019). Terveystietoja kartoittavan esitietolomakkeen loppuun on lisätty kysymykset ”*Onko sinuun kohdistunut lähisuhteessasi fyysistä, henkistä ja/tai seksuaalista väkivaltaa tai oletko itse ollut väkivaltainen?*” ja ”*Vaikuttaako väkivalta edelleen terveyteesi, hyvinvointiisi tai elämäntilanteesi?*”. Seulontaprosessille on olemassa selkeä kaavio hoitoon ohjaamisen tueksi.

Koska lähisuhteeseen liittyvän väkivallan puheeksi ottaminen ei ole helppoa ja voi olla jopa vaarallista väkivaltaisen läheisen ollessa paikalla, on maailmalla kehitetty erilaisia hienovaraisempia puheeksi ottamisen muotoja. Esimerkiksi terveydenhuoltoon kehitetyn **Minnesota Tool** -kyselyn voi antaa täytettäväksi turvallisessa paikassa ja kysely palautetaan suljetussa kirjekuoressa hoitohenkilökunnalle. Mikäli potilas tunnistaa kyselyssä esitellyn väkivaltariskitilanteen, hän laittaa tietyn värisen tarran näkyviin kuoreen. Tällöin hoitohenkilökunta mahdollistaa kahdenkeskisen keskustelun ja avun tarpeen jatkoarvioinnin ilman läheisen paikallaoloa (Basile 2007).

Koronaviruspandemian aikana [Canadian Women's Foundation](#) lanseerasi helposti videopuhelussa välitettävän käsimerkin ”**Signal for Help**” (kuvio 1), jolla pystyy viestimään äänettömästi lähisuuhdeväkivallan uhasta ja avun tarpeesta. Merkin nähneen pitäisi pyrkiä selvittämään merkin antajalta turvallisesti avun tarvetta esimerkiksi soittamalla ja kysymällä puhelimitse tarkentavia kysymyksiä, joihin voi vastata turvallisesti kyllä tai ei.

**Kuvio 1.** Signal for Help -käsimerkki, jolla voi viestiä väkivallan uhasta ja avun tarpeesta äänettömästi esimerkiksi videopuhelun yhteydessä. Merkissä kämmen on kameraa kohti, peukalo asetetaan kämmentä vasten ja lopuksi muut sormet taitetaan peukalon päälle.



## 2.3 Seksuaaliväkivallan uhrien sairastavuus

### 2.3.1 Somaattinen sairastavuus

Seksuaaliväkivalta voi aiheuttaa uhrille erilaisia fyysisiä vammoja, kuten mustelmia, haavoja ja luunmurtumia. Akuuttien vammojen lisäksi väkivalta altistaa useille pitkäaikaisairauksille, ja uhrin kokevat terveydentilansa huonommaksi kuin väkivaltaa kokeemattomat (Hackenberg 2022).

Tanskalaistutkimuksessa selvitettiin seksuaaliväkivallan uhrien somaattista terveyttä ja terveydentilan muutosta viisi vuotta ennen ja jälkeen väkivaltatapahtuman. Lisäksi tuloksia verrattiin verrokkihenkilöihin, jotka eivät tiettävästi olleet kokeneet väkivaltaa. Useita somaattisia sairauksia esiintyi seksuaaliväkivallan vuoksi tukipalveluihin hakeutuneilla selvästi useammin kuin vertailuryhmässä. Sekä terveystalvaiden käyttö että sairastavuus olivat seksuaaliväkivallan uhreilla selvästi tavallisempaa koko seurantaajan ajan (Larsen ym. 2016).

Seksuaaliväkivallan ja somaattisen sairastavuuden yhteyttä selvittäneessä meta-analyysissä seksuaaliväkivallalla havaittiin yhteys toiminnallisiin suolistosairauksiin, epämääräiseen krooniseen kipuun sekä lantion alueen kiputiloihin (Paras ym. 2009). Lähisuhte- ja seksuaaliväkivallan uhriksi joutuneilla on todettu enemmän syöpätapauksia verrattuna muuhun väestöön. Väkivaltaa kohdanneilla havaittiin enemmän erityisesti kohdunkaulan syöpää. Syöpäseulontojen hyödyntämisessä ei havaittu eroja, mutta poikkeavia irtosolunäytetuloksia oli väkivaltaa kohdanneilla enemmän (Gonzales ym. 2018).

Young-Wolffin ym. (2018) tutkimuksessa selvitettiin, oliko seksuaaliväkivaltaa kohdanneiden ja verrokkihenkilöiden sairastavuudessa ja terveyspalveluiden käytössä eroa 12 kuukauden seuranta-aikana ennen ja jälkeen väkivallan tunnistamisen. Tutkimukseen sisällytettiin 1 350 naisen tiedot, joiden potilastiedoista löytyi seksuaaliväkivaltaan liittyvä diagnoosi. Verrokkiryhmään kuului 4 050 naista, joilla diagnosimerkintää ei ollut ja jotka oli kaltaistettu iän ja alueen perusteella. Seksuaaliväkivaltaa kohdanneilla todettiin seuranta-aikana selvästi todennäköisemmin stressiin liittyviä terveysongelmia, suolisto-ongelmia, kiputiloja ja sukuelinten alueen vaivoja. Lisäksi seksuaaliväkivaltaa kohdanneiden ryhmässä esiintyi enemmän ylipainoa ja tupakointia (Young-Wolff ym. 2018).

### 2.3.2 Psykiatrinen sairastavuus

Mielenterveyden häiriöt ovat tavallisia seksuaaliväkivallan uhreilla. Norjassa seksuaaliväkivallan uhreille tarkoitettussa tukikeskuksessa hoidetuista asiakkaista 40 %:lla oli joko menneisyydessä todettu tai akuutti mielenterveysongelma (Vik ym. 2019). Tanskassa seksuaaliväkivallan uhreille tarkoitettussa tukikeskuksessa hoidetuilla asiakkailla psykiatriset diagnoosit olivat tavallisempia verrokkiryhmään verrattuna sekä ennen että jälkeen seksuaaliväkivaltatapahtuman (Larsen ym. 2016).

Äskettäin julkaistussa tutkimuksessa Miles ym. (2022) havaitsivat mielenterveysongelmien lisäävän haavoittuvuutta seksuaaliväkivallan näkökulmasta. Seksuaaliväkivallan vuoksi oikeuslääketieteelliseen näytteenottoon saapuneista potilaista lähes joka toisella oli joko ollut aiemmin mielenterveysongelmia tai oli parhaillaan käytössä mielialalääkitys. Mielenterveysongelmat olivat yhteydessä muihin terveysongelmiin ja aikaisempiin seksuaaliväkivallan kokemuksiin. Lisäksi mielenterveystaustaa omaavilla uhreilla havaittiin todennäköisemmin vammoja oikeuslääketieteellisessä tutkimuksessa (Miles ym. 2022).

Seksuaaliväkivalta vaikuttaa vakavalla tavalla uhrin psyykkiseen terveyteen. Pelon, vihan ja häpeän tunteet sekä itseluottamuksen puute ovat tavallisia (FRA 2014). Vai-

kutukset voivat ilmetä sekä pian tapahtuneen jälkeen että pitkällä aikavälillä. Irlannissa toteutetun kyselytutkimuksen perusteella seksuaaliväkivaltaa elämänsä aikana kokeneilla oli vuosienkin kuluttua selvästi enemmän diagnosoituja mielenterveyden häiriöitä kuin niillä, jotka eivät olleet koskaan joutuneet seksuaalisen väkivallan uhriksi (Vallières ym. 2022). Norjalaistutkimuksessa väkivaltakokemuksesta oli kulunut aikaa keskimäärin 25 vuotta ja edelleen psyykinen oireilu oli selvästi yleisempää kuin verrokeilla (Schou-Bredal ym. 2022). Myös seksuaaliväkivaltaa kohdanneilla korkeakouluopiskelijoilla oli psyykkistä oireilua vielä vuosia tapahtuman jälkeen (Rothman ym. 2021).

Young-Wolffin ym. (2018) tutkimuksessa seksuaaliväkivallan kokemus oli yhteydessä suurempaan psyykkisten sairauksien esiintyvyyteen ja terveystalvveluiden käyttöön 12 kuukauden aikana väkivaltakokemuksen jälkeen. Seksuaaliväkivaltaa kohdanneilla psyykkiset sairaudet olivat lähes neljä kertaa yleisempiä ja päihteiden runsas käyttö jopa kahdeksan kertaa yleisempää kuin verrokkiryhmässä. Posttraumaattisen stressin yleisyys lisääntyi seuranta-aikana yli kaksinkertaiseksi väkivaltaa kohdanneiden ryhmässä (Young-Wolff ym. 2018).

Shortin ym. (2021) tutkimuksessa seurattiin seksuaaliväkivallan uhrien terveystalvveluiden käyttöä ja terveydentilaa kuuden viikon ajan väkivaltatapahtumasta. Kahdella uhrilla kolmesta esiintyi kuuden viikon seurannan aikana posttraumaattiseen stressiin viittaavia oireita. Yli puolet raportoi masennukseen ja kaksi kolmesta ahdistukseen liittyivistä oireista. Kaikkiaan 76 prosentilla esiintyi yhtä tai useampaa oireilutyyppiä. Uudesta tai pahentuneesta kivusta raportoi kaksi kolmasosaa seksuaaliväkivaltaa kohdanneista. Valtaosalla (89 %) oli myös somaattisia oireita (Short ym. 2021).

Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat, kuten haluttomuus, orgasmivaikeudet ja yhdyntäkivut ovat tavallisia seksuaaliväkivallan seurauksia. Posttraumaattinen stressihäiriö ja masennusoireet lisäävät seksuaalihäiriöiden riskiä (Högbeck & Möller 2021). Häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskin on myös havaittu kohonneen seksuaaliväkivaltaa kokeneilla (Stephens & Wilke 2016).

Seksuaaliväkivalta on yksi lähisuhdeväkivallan muodoista. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella tiedetään, että lähisuhdeväkivallan uhreilla on suurempi riski sairastua masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Toisaalta masennuksen oireet ovat yhteydessä väkivallan uhriksi joutumiseen. Posttraumaattinen stressi on joidenkin tutkimusten mukaan yleisempää lähisuhdeväkivallan uhreilla kuin muun traumaattisen tapahtuman kohdanneilla. Myös unettomuus ja muut unihäiriöt ovat tavallisia (Devries ym. 2013, Dillon ym. 2013, Lagdon ym. 2014).

### 2.3.3 Kuolleisuus

Tanskassa seksuaaliväkivallan uhrien tukipalveluissa asioineilla uhreilla kuolleisuus oli seurantajakson viimeisen viiden vuoden aikana korkeampaa (1,6 %), kuin henkilöillä, joilla ei tietojen perusteella ollut väkivaltakokemuksia (0,4 %) (Larsen ym. 2016). Lapsuusiässä koetulla seksuaaliväkivallalla on todettu olevan selvä yhteys itsemurhayritysten esiintyvyyteen (Ng ym. 2018). Myös lähisuhdeväkivallan on havaittu lisäävän itsemurha-ajatuksia ja itsemurhayritysten riskiä sekä kuolleisuutta (Devries ym. 2013, Dillon ym. 2013, Hackenberg 2022).

Seksuaaliväkivallan yhteydessä tehdyt henkirikokset ovat harvinaisia, mutta ruotsalaistutkimuksessa selvitettiin missä määrin Ruotsissa tapahtuneisiin henkirikoksiin liittynyt seksuaaliväkivaltaa. Vuosina 1990–2013 kaikista miesten naisiin kohdistamista henkirikoksista 1,6 % sisälsi seksuaaliväkivaltaa (Sturup ym. 2019). Suomessa parisuhdehenkirikoksissa surmattiin yhteensä 18 ihmistä vuonna 2019. Määrä on vähentynyt vuosina 2010–2019 runsaat 20 prosenttia. Parisuhdehenkirikoksissa ei välttämättä ole ollut kyse seksuaaliväkivallasta, mutta henkirikokseen päättyneistä parisuhteista 80 prosentissa oli jo aiemmin esiintynyt väkivaltaa ja seksuaaliväkivalta on yksi parisuhdeväkivallan muodoista (THL 2021).

## 2.4 Seksuaaliväkivallan uhrien palveluiden käyttö

Suomalaisia lähisuhdeväkivaltaan liittyviä tutkimuksia on viimeisten vuosien aikana julkaistu useita: mm. [Heli Siltalan](#) ja [Elisa Hackenbergin väitöskirjat](#) sekä raportti [Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvien palveluiden käyttö ja kustannukset -hankkeesta](#).

Psykologian tohtori Heli Siltalan vuonna 2021 julkaistussa väitöskirjassa *Family Violence as a Public Health Problem - Effects and Costs in Finnish Health Care* arvioitiin lähisuhdeväkivallan pitkäaikaisia terveysvaikutuksia ja kustannuksia (Siltala 2021). Tutkimusaineistona oli sekä terveydenhuoltohenkilöstölle tehty kysely että keskussairaalan päivystyspoliklinikalla hoidettujen väkivallan uhrien tietoja ennen ja jälkeen tunnistetun väkivaltatapahtuman. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneet käyttivät huomattavasti enemmän terveyspalveluita jo ennen tunnistettua väkivaltatilannetta verrattuna väkivaltaa kokemattomiin tai muun väkivallan uhreihin. Lisäksi väkivallan uhrien palveluja järjestettäessä on huomioitava, että myös henkilökunnalla on taustallaan omia väkivaltakokemuksia, jotka voivat heikentää heidän työkykyään ja hyvinvointiaan (Siltala 2019).

On arvioitu, että pieni osa, noin 10 prosenttia, terveydenhuollon asiakkaista aiheuttaa suuren osan eli 70–80 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista (Valtiontalouden tarkistusviraston tarkistuskertomus 11/2017). Käyntimääriä vertailtaessa esimerkiksi Turun perusterveydenhuollossa tehdyssä tutkimuksessa terveydenhuollon suurkuluttajia ( $\geq 10$  käyntiä/vuosi) oli vajaa 2 % asiakkaista ja he käyttivät noin 10 % perusterveydenhuollon käynneistä (Santalahti 2022). Paljon palveluja käyttävät asiakkaat edustavat tyypillisesti alempia sosioekonomisia ryhmiä. Suomalaisessa väestössä paljon terveystalv palveluja käyttävillä asiakkailla oli keskimääräistä enemmän sairauspoissaoloja työstä erityisesti mielenterveydellisistä syistä (Perhoniemi, Blomgren 2021). Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvien terveyshaittojen vuoksi väkivallan uhrin käyttävät terveydenhuollon palveluita jopa kaksinkertaisesti muuhun väestöön nähden. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen hyödyttäisi väkivaltaa kokeneita potilaita ja sen on todettu lisäksi vähentävän väkivaltaan liittyviä terveystalv kustannuksia (Siltala 2022).

Jo tunnistetuissakin lähisuhdeväkivaltatapauksissa tukipalveluihin ohjaaminen on vähäistä. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuneiden vammojen vuoksi päivystyksellisesti hoidetut potilaat olivat tyypillisesti joutuneet hyvin vakavan väkivallan uhriksi. Väkivaltaasta johtuvien vammojen vuoksi traumapäivystykseen hakeutuneiden potilaiden joukossa oli kaikenikäisiä nais- ja miespotilaita. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että tulevaa henkirikosta ennustavia riskitekijöitä ovat muun muassa aiempi pahoinpitely, entisen puolison tekemä tai erotilanteeseen liittyvä pahoinpitely, kuristaminen, aseiden käyttö pahoinpitelyssä, raskaana olevan pahoinpitely ja tappouhkaukset (Garcia ym. 2007). Hackenbergin ym. (2021) tutkimuksessa joka toisella lähisuhdeväkivallan uhrilla oli vähintään yksi sellainen tekijä, joka lisäsi riskiä joutua jatkossa hengenvaarallisen väkivallan uhriksi. Tavallisimmat riskitekijät tässä tutkimuksessa olivat ero väkivallan tekijästä ja kuristaminen tekotapana. Väkivallan vakavuus ei lisännyt tutkimuksen perusteella uhrien ohjaamista tukipalveluihin. Harvempi kuin joka viides ohjattiin oikeudellisen avun piiriin ja vain yksittäisiä potilaita ohjattiin turvakotiin tai psykiatrisen sairaanhoitajan luo. Tavallisesti jatkoseuranta liittyi tikkien poistoon tai murtuman jälkitarkastukseen (Hackenberg ym. 2021).

Yhdysvaltalais tutkimuksessa seurattiin noin 700 seksuaaliväkivallan uhrin terveystalv palveluiden käyttöä sekä psyykkisiä ja fyysisiä oireita kuuden viikon ajan ensikäynnin jälkeen. Oikeuslääketieteellisen tutkimuksen yhteydessä 76 prosentilla oli havaittu fyysisiä vammoja. Kuuden viikon seurannan aikana uhreilla esiintyi psyykkistä oireilua ja kipua. Valtaosalla oli erilaisia somaattisia oireita. Vajaa 40 % uhreista sai mielenterveystalv palveluiden apua ensimmäisinä viikkoina väkivallan uhriksi joutumisesta (Short ym. 2021). Australialais tutkimuksessa tehtiin samanlaisia havaintoja. Lähisuhdeväkivallan uhreilla psyykinen terveys ja elämänlaatu olivat heikompia. He käyttivät terveystalv palveluja enemmän, mutta väkivallan uhreille tarkoitettuja tukipalveluita käytettiin vain vähän (Hegarty ym. 2013). Hoellen ym. (2015) tutkimuksessa tarkasteltiin rekisteriaineiston perusteella lähisuhdeväkivallan uhrin terveystalv palveluiden käyttöä 1,5

vuoden ajan ennen väkivaltatapahtumaa ja 1,5 vuotta sen jälkeen. Noin puolet käynneistä toteutui ennen tapahtuma-ajankohtaa ja puolet sen jälkeen. Valtaosa oli päivystyskäyntejä infektion, trauman sekä obstetrisen tai gynekologisen syyn vuoksi. Uhrit hakeutuivat päivystyspoliklinikalle 40 % todennäköisemmin väkivaltatapahtuman jälkeen kuin ennen sitä. Käyntimäärissä oli suurta hajontaa uhrien välillä. Lisääntynyt terveyspalveluiden käyttö voi olla yhteydessä väkivallan uhriksi joutumiseen ja tämä olisi tärkeää tiedostaa terveyspalveluissa (Hoelle ym. 2015).

Miehet, nuoret, muualla kuin pääkaupunkiseudulla asuvat sekä heikossa yhteiskunnallisessa asemassa olevat ottavat harvoin yhteyttä tukipalveluihin. Tukipalveluihin yhteyttä ottavissa naisissa on enemmän korkeasti koulutettuja kuin väkivallan naisuhreissa keskimäärin. Korkea koulutus on yhteydessä useiden eri tukipalvelujen käyttöön. Asiakaskunnan rakenne heijastanee useita tekijöitä, kuten seksuaalisen ja parisuhdeväkivallan traumatisoivaa luonnetta, nuorten ja miesten korkeaa avunhakemiskynnystä, koulutuksen vaikutusta avunhakemiseen sekä sitä, että palvelutarjonta on laajinta naisille profiloituissa tukimuodoissa (Honkatukia 2011).

## 2.5 Hoidon vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta ja turvallista sekä perustua näyttöön ([Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8§](#)). Sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikuttavuudella tarkoitetaan palvelun tai muun toimenpiteen aiheuttamaa muutosta asiakkaan hyvinvoinnissa tai terveydentilassa. Palvelun voidaan sanoa olevan vaikuttavaa, kun se tuottaa palvelulle asetettujen tavoitteiden mukaisia vaikutuksia. Hoidon vaikuttavuutta voidaan tarkastella kahdella tasolla: yksittäisen potilaan ja väestön tasoilla. Hoidon kustannusvaikuttavuutta, eli hoidon tuottaman terveyshyödyn suhdetta hoidon aiheuttamiin kustannuksiin täytyy sen sijaan pohtia, jotta julkisin varoin tarjotuilla hoidoilla saavutetaan riittävästi hyötyä suhteessa hoidon kustannuksiin (Kekomäki 2020, Miettinen ym. 2020).

Laatua terveydenhuollossa voidaan määritellä esimerkiksi Yhdysvaltain kansallisen lääketieteellisen akatemian (NAM) mukaisesti kuudessa eri ulottuvuudessa: vaikuttavuus (*effectiveness*, potilaskohtainen terveyshyöty), tehokkuus (*efficiency*, vaikuttava hoito tuhlailematta resursseja), turvallisuus (*safety*), oikea-aikaisuus (*timeliness*, hoito toteutetaan, kun hyöty on maksimissaan ja jonotusaika minimoidaan), potilaskeskeisyys (*patient-centeredness*, potilas toiminnan keskipisteessä) ja tasa-arvo (*equity*) (Kekomäki 2020).

## 2.5.1 Vaikuttavuuden mittaaminen

Hoidon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointia varten tarvitaan mittareita. Yksi käytetyimmistä viitekehysistä palvelujärjestelmän arviointiin on Institute of Healthcare Improvementin (IHI) Triple Aim -malli. Siinä järjestelmän mittaamisen keskeiset elementit ovat 1) väestön terveys, 2) potilaan kokemus ja 3) palveluiden kustannukset. Muutos yhdessä tekijässä voi vaikuttaa muihin tekijöihin positiivisesti tai negatiivisesti (Torkki ym. 2017).

Palvelun tai hoidon vaikuttavuuden väestötasoisia ja/tai objektiivisia mittareita ovat esimerkiksi kuolleisuus, sairastavuus, työkyvyttömyyseläkkeiden määrä, laatupainotetut elinvuodet (QALY eli quality adjusted life year), menetetyt toimintakykyiset elinvuodet (DALY eli disability adjusted life year) sekä terveyteen liittyvä elämänlaatu QoL (quality of life, 15-D-mittari, HRQoL) (Kekomäki 2020, Miettinen 2020). Laatupainotettujen elinvuosien (QALY) määrällä tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen aiheuttamaa lisäystä elinvuosien määrässä ja elämänlaadussa. Menetettyjä toimintakykyisiä elinvuosia (DALY) voidaan mitata laskemalla ennen aikaisista kuolemista johtuvat menetetyt elinvuodet ja lisäämällä lukuun niiden vuosien määrä, joina potilaat keskimäärin kärsivät terveysongelmastaan (Miettinen ym. 2020). Kustannusvaikuttavuus voidaan laskea näiden vaikuttavuusmittareiden tuloksista laskemalla saavutetun hyödyn kustannus (Kekomäki 2020).

Asiakkaan tai potilaan kokemaa vaikuttavuutta voidaan arvioida tiedustelemalla hänen arviota toimintakyvystään tai elämänlaadustaan sekä tyytyväisyyttä palveluun (PREM-mittarit eli Patient Reported Experience Measures). Itseraportoituihin mittareihin voidaan yhdistää myös ammattilaisten tekemiä arvioita asiakkaan tilanteesta (ClinRo eli Clinician-reported Outcomes). Käytännössä itseraportointiin pohjautuvia tulostittareita käytetään vaikuttavuustutkimuksissa vähemmän kuin rekisteritietoihin perustuvia mittareita (Miettinen ym. 2020, Torkki ym. 2017). Itseraportointimittareita käytetään tyypillisimmin valikoiduissa asiakasryhmissä.

Asiakaslähtöisyys mahdollistaa asiakkaan osallistumisen terveyttään ja hyvinvointiaan koskeviin päätöksiin. Sen korostaminen vie palveluja ihmiskeskeisempään suuntaan. Asiakaslähtöisessä terveydenhuollossa ei voida painottaa ainoastaan tuotannollista tai taloudellista näkökulmaa. Kun palvelu rakentuu asiakkaan tarpeen ympärille, terveydenhuolto tuottaa asiakkaalle arvoa, eli terveyttä, ja se näkyy asiakkaan pärjäämisensä omassa arjessaan (Koivunen 2017).

Asiakaslähtöisyys tai potilaskeskeisyys on tärkeä osa terveydenhuollon laatua. Asiakaskokemus on tapa toteuttaa asiakaslähtöisyyttä käytännössä. Se on asiakaspolun eri kosketuspisteissä (suorat ja epäsuorat vuorovaikutustilanteet, kuten kohtaamiset



henkilökunnan kanssa, aulat ja nettisivut) rakentuva, subjektiivisesti määrittyvä kognitiivinen (tietoinen, tiedostettu), emotionaalinen (tunnepitoinen), sosiaalinen (ihmisten kanssakäymisessä rakentuva) ja sensorinen kokemus (moniaistillinen: sisustus, henkilökunnan vaatteet, keholliset kokemukset ym.). Asiakaskokemuksen eri ulottuvuudet painottuvat eri tavoin toimialasta riippuen. Sairaalassa kognitiivinen ulottuvuus (potilas saa tarvitsemaansa hoitoa) on lähtökohtana, mutta kokonaisvaltaiseen kokemukseen vaikuttaa merkittävästi myös sosiaaliset ulottuvuudet eli se, miten hänet kohdataan (Saarijärvi & Puustinen 2020).

E erityisen hyvät asiakaskokemukset jättävät emotionaalisen jäljen. Asiakaskokemuksessa syntyneet tunteet jäävät muistoihin vahvasti niin hyvässä kuin pahassa. Tyypillistä erityisen hyville asiakaskokemuksille on se, että asiakasodotukset ylitetään asiakaspolun aikana vähintään yhdessä kosketuspisteessä. Pienet mutta asiakkaalle merkitykselliset kosketuspisteet voivat voimistaa palvelun laadun ja asiakastyytyvyyden suhdetta. Sen sijaan asiakaskokemuksessa syntyneet negatiiviset tunteet, kuten pettymys, stressi tai nolostuminen johtavat erityisen huonoon kokemukseen (Saarijärvi & Puustinen 2020).

Tutkimuksissa on osoitettu, että potilastyytyvyisyys on yhteydessä parempaan hoitoon sitoutumiseen, parempiin hoitotuloksiin ja vähäisempään terveystalouden käyttöön. Hyvä potilaskokemus on yhteydessä muihin hoidon laatua kuvaaviin tekijöihin. (Doyle ym. 2013, Price ym. 2014). Institute of Medicine (IOM) on määritellyt 2000-luvun alussa terveydenhuollon laadun ulottuvuuksiksi potilaskeskeisyyden, potilasturvallisuuden, oikea-aikaisuuden, vaikuttavuuden, tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden (IOM 2001).

Potilaskokemus rakentuu ajassa ja siihen vaikuttavat kaikki suorat ja epäsuorat vuorovaikutustilanteet potilaspolun aikana. Potilaskokemus muodostuu kognitiivisesta, emotionalisesta, sosiaalisesta ja sensorisesta ulottuvuudesta. Kognitiiviseen ulottuvuuteen liittyy hoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen ja emotionaaliseen ulottuvuuteen tapahtumiin liittyvät tunteet. Esimerkiksi hoitohenkilökunnan rauhallinen ja selkeä kommunikointi voi lisätä luottamusta. Potilaskokemuksen sensorinen ulottuvuus muodostuu aisteihin liittyvistä tekijöistä, kuten rauhallisesta ympäristöstä. Potilaskokemuksen kehittäminen on keino vaikuttavampaan terveyden tuottamiseen (Mikkola & Saarijärvi 2022).

Väkivaltaa kohdanneiden kohdalla traumainformoitu hoito voi parantaa asiakkaiden kokemusta ja sitoutumista hoitoon sekä vähentää hoitohenkilökunnan kuormittumista. Siinä huomioidaan traumaattisten kokemusten, kuten väkivallan, yleisyys ja laajat vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin. Oleellista on moniammatillinen yhteistyö ja asiak-

kaan ohjaaminen oikeiden palvelujen piiriin. Traumainformoitu hoito voi ehkäistä uudelleen traumatisoitumista, joka voi seurata traumaattiseen kokemukseen liittyvien yksityiskohtien käsittelystä uudelleen ja uudelleen eri palveluissa (Hackenberg 2022).

## 2.5.2 Kustannusvaikuttavuuden arviointi

Hoidon kustannukset voidaan jakaa kolmeen ryhmään: Suorat kustannukset (terveyspalvelujärjestelmässä syntyvät kustannukset), epäsuorat kustannukset (esim. matkakustannukset, läheisten tekemä työ, kustannukset puuttuvasta työpanoksesta sairauden aiheuttaman poissaolon myötä) ja rahassa arvottomat kustannukset (esim. huoli ja epävarmuus). Kustannukset myös jakautuvat ajallisesti lyhyen ja pitkän aikavälin kustannuksiin. Koska seksuaaliväkivallan aiheuttamat haitat ovat niin moniulotteisia, puhdasta hoidon kustannusvaikuttavuusanalyysiä on mahdotonta tehdä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoimassa LAKU-hankkeessa selvitettiin lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia Suomessa väestökyselyn ja asiakasrekistereiden avulla. Terveyspalveluiden lisäksi yhteiskunnallisia kustannuksia aiheutuu muun muassa sosiaalipalveluiden, poliisin ja oikeusjärjestelmän kautta (THL 2022). Tutkimuksessa huomioitiin fyysinen, henkinen ja seksuaalinen väkivalta sekä vaino. Lähisuhdeväkivallasta johtuva terveydenhuoltopalveluiden lisäkustannus oli vuosittain hieman yli 1 000 euroa henkilöä kohti koko kuuden vuoden seurannan ajan. Väestötutkimuksen perusteella naisten kokeman fyysisen parisuhdeväkivallan aiheuttamat suorat lisäkustannukset terveydenhuollossa ovat jopa 150 miljoonaa euroa vuodessa (Siltala ym. 2022).

Myös tanskalaisen rekisteritutkimuksen mukaan naisiin kohdistuva väkivalta oli yhteydessä korkeampiin terveydenhuollon kustannuksiin verrattuna muuhun väestöön. Kustannukset ovat korkeampia niiden uhrien joukossa, joilla väkivaltakokemuksia on useampia kuin yksi. Väkivallasta johtuvat kustannukset olivat kaiken kaikkiaan noin 1800 euroa henkilöä kohden vuodessa. Väkivallasta johtuvien sairaalakäyntien suoria kustannuksia kertyi lähes 1,3 miljoonaa euroa vuodessa (Kruse ym. 2011). Toisaalta väkivalta voi olla yhteydessä myös vähäisepään terveyspalveluiden käyttöön. Esimerkiksi parisuhdeväkivaltaa kohdanneiden raskaana olevien naisten on havaittu käyttävän vähemmän äitiyshuollon palveluita verrattuna muuhun väestöön (Musa 2019).

Kustannusten arviointi on haastavaa. Osa suorista kustannuksista on helposti tunnistettavissa, mutta epäsuoria kustannuksia, kuten työpoissaoloja ja pitkäaikaisia terveyshaittoja, on vaikeampi määritellä. Vaikka suomalaiset terveydenhuollon rekisteriaineistot ovat laadukkaita, väkivaltatapausten kirjaamisessa on huomattavia puutteita ja vain pieni osa väkivallan uhreista tunnistetaan sosiaali- ja terveyspalveluissa (Kruse ym. 2011, Siltala ym. 2022). Salla Kivelän (2020) väitöstutkimuksessa perheväkivallan

kirjaaminen ja ICD-10 tautiluokituksen sisältämien diagnoosikoodien käyttö terveydenhuollossa osoittautui puutteelliseksi eivätkä käytetyt tautiluokituskoodit olleet aina yhteneväisiä potilaskirjausten kanssa. Tutkimuksen mukaan ainoastaan 3 prosenttia käynneistä oli kirjattu oikean lisäkoodin avulla (Kivelä 2020).

LAKU-hankkeessa havaittiin, että suurimmat lisäkustannukset aiheutuivat akuutista lähisuhdeväkivallasta. Myös lapsuudessa koettu väkivalta näkyi aikuisiässä suurempina kustannuksina. Alle kymmenesosa vakaviin vammoihin johtaneista väkivaltatapauksista kirjataan terveydenhuollon tai poliisin rekistereihin ja sosiaalipalveluiden rekistereistä ei ole lainkaan saatavilla tietoa lähisuhdeväkivallasta (Siltala ym. 2022).

### 2.5.3 Seksuaaliväkivallan uhrin hoidon laatuun vaikuttavat tekijät

Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden maisteriopiskelija, HUS Seri-tukikeskuksen kättilö Maria Rounioja teki kandidaattityönään keväällä 2022 kirjallisuuskatsauksen seksuaaliväkivallan hoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä. Alla on yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta.

Tilastoituja seksuaalirikoksen uhrien ensikäyntejä oli vuonna 2021 HUS Seri-tukikeskuksessa 536 (Seri-tukikeskuksen tilastointi). Kun Seri-tukikeskus avattiin v. 2017 asiakasmäärä nousi hyvin nopeaa tahtia ja tällaiselle matalan kynnyksen tukikeskuskelle oli selkeästi ollut tarvetta. Uhrin kokonaisvaltainen hoito yhdessä paikassa kuormittaa paitsi vähemmän itse uhria myös terveydenhuoltoa. Ennen tukikeskusta uhri sai oikeuslääketieteellisen näytteenoton vain tekemällä rikosilmoituksen, ja sukupuoli-tautitartuntojen seulomisen ja psykkinen avun omalta terveysasemaltaan. Useimmiten hoito oli vaikea järjestää ja vastaanottoajat saattoivat olla vasta pidemmän ajan päässä.

Seksuaaliväkivallan hoidon laatuun vaikuttavat tekijät voi jakaa kahteen osa-alueeseen; mitattavat psykofyysiset tekijät ja uhrien kokemukset. Traumaattinen tapahtuma voi vaikuttaa suuresti uhrin henkiseen hyvinvointiin (mm. masennus-, ahdistuneisuus-, stressioireet, lisääntynyt itsemurhariski), mutta myös fyysisiä tekijöitä on ilmoitettu (kipu, somaattiset oireet), kuten jo edellä tässä raportissa on todettu.

Kenties yksi yllättävä löydös oli kipu, jota koettiin erittäin kovanakin oikeuslääketieteellisten tutkimusten yhteydessä ja sen jälkeen jopa kuuden viikon ajan (McLean ym. 2012, Short ym. 2020). Yli puolet tutkituista koki edelleen kovaa kipua viikko tapahtuman jälkeen. Yleisimmin kipua tuntui sukupuolielinten alueella, päässä, selässä sekä alavatsalla. Usein kipua koettiin useammassa paikassa yhtä aikaa. Mitä kovempaa kipua koettiin, sitä voimakkaampia olivat akuutin stressioireyhtymän oireet (painajaiset,

unettomuus, ärtyneisyys, hätkähtelevyys) (McLean ym. 2012). Uhreista melkein 80 % koki joko somaattisia tai psyykkisiä, mutta useimmiten molempia oireita tapahtuman jälkeen (Short ym. 2020). Ferree ym. (2012) tutkivat jälkiehkäisyn vaikutusta tapahtuman jälkeisiin stressioireisiin. Tämän tutkimuksen mukaan tehokkaamman jälkiehkäisyn ottaminen voi lievittää stressioireiden syntymistä myöhemmässä vaiheessa.

On hyvin ymmärrettävää, että seksuaaliväkivaltatapahtuma väistämättä aiheuttaa jonkin verran psyykkisiä oireita kaikille, mutta toisille enemmän ja toisille vähemmän. Katsauksessa hieman yllättävää oli se, kuinka uhrit eivät välttämättä kaivanneet psykologin tai psykiatrin kanssa keskustelua, vaan säännöllinen keskustelu hoitajan kanssa auttoi jo uhria toipumaan traumaattisesta tapahtumasta. Hoitaja on se, joka ottaa uhrin vastaan palveluiden piiriin ja voi tuntua uhreista jo tutulta ja turvalliselta, sellaiselta kenelle on helppo jutella (Arend ym. 2013). Seksuaalirikoksen uhreilla on suurentunut riski itsemurhaan ja tarkka seuranta tapahtuman jälkeen ja selkeä suunnitelma jatkotuen piiriin on erittäin tärkeää. Lisäksi tukikeskuksilla tulee olla selkeä suunnitelma siihen, jos uhri tarvitsee akuuttia psyykkistä tukea saman tien (Cochran 2019).

Tiedossa on, että palaaminen tukikeskukseen ensikäynnin jälkeen voi aiheuttaa uhrille ahdistusta jopa niin paljon, ettei uhri koskaan enää tule seurantakäynnille. On myös tutkittu, että jos ensikäynnillä aloitetaan HIV-estolääkitys, lääkityksen ottaminen voi aiheuttaa uhrille voimakasta fyysistä pahoinvointia, koska se muistuttaa traumaattisesta tapahtumasta. Pahoinvoinnin ja ahdistuksen vuoksi uhri ei välttämättä jatka HIV-estolääkityksen ottamista (Arend ym. 2013)

Jonkin verran kirjallisuuskatsauksessa tuli esille ristiriitaista tietoa siitä, kuinka paljon psyykinen tuki (psykologin, kriisityöntekijän tai psykiatrin antama) vaikutti potilaan hyvinvointiin. Short ym. (2020) tutkimuksessa todettiin, ettei tällaisella ammattilaisen antamalla keskustelutuella ollut juuri merkitystä, kun arvioitiin uhrin vointia kuuden viikon jälkeen tapahtumasta. Kuitenkin useammassa tutkimuksessa kuvattiin sitä, kuinka tärkeää uhrille on saada keskusteluapua toipuakseen traumaattisesta tapahtumasta ja, että tuki jatkuu tarpeeksi pitkään (Arend ym. 2013, Cochran 2019, DuMont ym 2014, Henninger ym 2020).

Uhrit kokevat tärkeäksi sen, että heillä on tukikeskuksen kaltainen suojainen paikka, missä odottaa hoitoon pääsyä tapahtuman jälkeen. Yleispäivystyksissä odottaessaan uhrit usein kokivat muiden huomaavan häpeän, nöyryytyksen, surun ja vihan tunteet mitä he itse kokivat (Dumont ym 2014). Jos terveydenhuollon ammattilainen ei osannut ottaa uhreja vastaan ihmisarvoisesti ja kunnioittavasti, saattoi tällä olla pitkälle johtavia seuraamuksia uhrin toipumiselle. Uhrit eivät uskaltaneet tai halunneet tällöin ottaa vastaan apua ja näin jäivät yksin ongelmiansa kanssa. Esimerkiksi lähisuhdeväki-

vallan uhrin kokivat, ettei heitä otettu tosissaan, ellei heillä ollut fyysisiä vammoja kehossaan todisteena väkivallasta (Pratt-Eriksson ym. 2014). Uhreille oli tärkeää tietää saavansa apua ja hoitoa ilman rikosilmoituksen tekoa. Rikosilmoituksen tekeminen voikin olla joillekin uhreille haastavaa, eritoten jos tekijä on tuttu tai läheinen (Cook Heffron ym. 2014).

Seksuaalista väkivaltaa kohdannut uhri on hyvin herkässä tilassa hakiessaan apua. Jotta potilas tuntisi olonsa turvallisiksi, oleellimmat tekijät olivat hoitohenkilökunnan kunnioittava kohtelu, uhrin uskominen ja kulttuurinen sensitiivisyys (Henninger ym. 2020).

Kirjallisuuskatsauksessa löytyi jonkin verran mittareita ja hoidon laatuun käytettäviä kokemuksia, mutta niiden perusteella ei voida tehdä näyttöön perustuvia linjauksia kustannustehokkuudesta. Tutkimusten tulokset kuitenkin tukevat sitä, että Seri-tukikeskusten antama hoito tukee uhrien selviämistä traumaattisesta tapahtumasta.

## 2.6 Rikosprosessin kesto ja sen vaikutus toipumiseen

### 2.6.1 Rikosprosessin kesto

Vain pieni osa seksuaaliväkivallasta ilmoitetaan poliisille. Ilmoitettujen tapausten määrä on kuitenkin kasvanut vuosittain. Toimivat tukipalvelut ovat yhteydessä uhrien halukkuuteen ilmoittaa väkivallasta viranomaisille (Amnesty International 2019, Ekström 2015). Yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan rikosprosessit etenivät paremmin, kun seksuaaliväkivallan uhreille tarkoitettu tukipalvelu käynnistettiin (Campbell ym. 2012). Seksuaaliväkivallan uhrin ovat kuvanneet rikosprosessia stressaavaksi, pelottavaksi ja uhrin syyllistäväksi. Sillä, millaiseksi uhri kokee ensimmäisen kontaktin viranomaisen kanssa, voi olla iso vaikutus siihen, sitoutuuko uhri jatkamaan rikosprosessia. Ratkaisun odottaminen hidastaa psyykkistä toipumista väkivaltatapahtuman jälkeen. Uhrin on tärkeää saada riittävästi tietoa ja tukea kaikissa rikosprosessin vaiheissa (Amnesty International 2019, Direktiivi 2012/29/EU, Oikeusministeriö 2018).

Poliisille ilmoitetuista seksuaalirikoksista vain osa etenee käräjäoikeuteen ja tapauksia karsiutuu rikosprosessin kaikissa vaiheissa (Kainulainen 2017). Tavallisimpia rikosprosessin päättymisen syitä ovat riittämätön näyttö, rikoksen osapuolen menehtyminen ja tilanne, jossa epäiltyä tekijää ei voida tunnistaa. Rikosprosessin päättymiseen vaikuttaa myös uhrin päätös olla jatkamatta prosessia. Siksi on tärkeää pyrkiä vähen-

tämään rikosprosessin aiheuttamaa kuormitusta. Rikosprosessin toimijoille onkin taatava riittävät resurssit, jotta esitutkinta, syyteharkinta ja oikeudenkäynti on mahdollista toteuttaa ilman aiheetonta viivytystä ja uhrisensitiivisesti (Alaattinoğlu ym. 2020).

Oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin edellytyksiin kuuluu, että jokaisella on oikeus saada asiansa käsitellyksi tuomioistuimessa kohtuullisessa ajassa ([Perustuslaki 21 §](#), Euroopan neuvoston yleissopimus 49 art.). Esitutkintalain mukaan esitutkinta on toimitettava ilman aiheetonta viivytystä ([ETL 3:11 §](#)).

Rikosprosessit ovat kuitenkin pitkäkestoisia. Poliisin toimittaman käsittelyn kesto vaihtelee paljon rikostyyppistä riippuen. Vuonna 2021 raiskausrikosten käsittely kesti keskimäärin 312 päivää eli 10,4 kuukautta ja käsittelyn keston mediaani oli 226 päivää eli 7,5 kuukautta. Käsittelyn kesto on laskettu alkaneeksi asian tallentamisesta ja päättyneeksi asian kuittauspäivänä poliisin PATJA-tietojärjestelmässä. Raiskausten selvitysprosentti vuonna 2021 oli 62,9 %. Edellisestä vuodesta selvitysprosentti laski 20 prosenttiyksikköä (Suomen virallinen tilasto 2022). Selvitysprosentin lasku kertoo enemmän esitutkinnan pidentymisestä kuin selvittämisprosentin laskusta, koska yhä harvempi rikosepäily siirtyy syyteharkintaan vuoden sisällä rikosilmoituksen kirjaamisesta (Fagerlund & Toivonen 2021). Tilastojen perusteella onkin vaikeaa saada kattavaa kuvaa rikosprosessien etenemisestä. Rikosprosessit ovat pitkiä ja yksittäisen asian käsittely tilastoituu sen vuoksi usein eri vuosille. Alkuperäinen rikosnimike voi myös muuttua prosessin aikana. Lisäksi poliisin, syyttäjän ja tuomioistuimen raportointikäytännöt voivat vaikuttaa siihen, miten väkivaltatapaus tilastoidaan (Alaattinoğlu ym. 2020, Amnesty International 2019).

Rikosprosessia voidaan arvioida sen perusteella, miten tehokkaasti se käsittelee raiskaustapauksia. Vain pieni osa poliisille ilmoitetuista raiskauksista johtaa tuomioon ja tapauksia karsiutuu kaikissa prosessin vaiheissa (Kainulainen 2017). Poliisin esitutkinta on erityisen kriittinen vaihe rikosprosessin etenemisen kannalta (Hohl & Stanko 2015, Kainulainen 2017). Pitkät käsittelyajat on tunnistettu yhdeksi ongelmaksi suomalaisessa rikosprosessissa. Lapsiin kohdistuneissa seksuaalirikoksissa rikosprosessit ovat erityisen pitkiä (Fagerlund & Toivonen 2021).

## 2.6.2 Rikosprosessin keston vaikutus toipumiseen

Oikeusprosessi vaikuttaa ihmisen elämään taloudellisesti, sosiaalisesti ja psyykkisesti. Käynnissä oleva rikosprosessi koetaan usein kuormittavaksi tilanteeksi. Monelle aiheutuu reaktiivisia häiriöitä tai sopeutumishäiriöitä, eli sellaisia psyykkisiä oireita, joiden taustalla vaikuttaa keskeisesti ajankohtainen elämäntapahtuma. Reaktiivisia oireita voivat olla muun muassa masennus, ahdistuneisuus, unettomuus ja voimakkaat tunnereaktiot. Rikosprosessin pitkä kesto, epävarmuus lopputuloksesta ja kokemus

siitä, ettei tule kuulluksi ja kohdatuksi voivat aiheuttaa psyykkistä oireilua. Prosessin pitkäkestoisuus voi aiheuttaa uhrille kokonaisvaltaista väsymystä, syyllisyyden tunteita, itsetunnon heikkenemistä ja kyynistymistä. Uhrin psyykinen tila ja tilanteen aiheuttama stressi voivat vaikuttaa uhrin kertomukseen oikeudessa ja siten myös päätöksentekoon oikeudenkäynnissä (Häkkinen-Nyholm 2017).

Viranomaisten toiminnalla ja uhrin kohtelulla rikosprosessin aikana on vaikutusta uhrin toipumisprosessille. Rikosprosessin pitkä kesto ei ole tavoiteltavaa oikeudellisesti eikä sen vuoksi, että se voi hidastaa uhrin selviytymistä. Uhrin tyytyväisyys rikosprosessiin vaikuttaa luottamukseen rikosoikeudellista järjestelmää kohtaan. Oikeudenmukainen rikosprosessi voi lisätä halukkuutta ilmoittaa mahdollinen uusi rikos poliisille (Kainulainen & Saarikkomäki 2014). Rikosasioissa poliisi on usein ensimmäinen, ja joissain tapauksissa ainoa oikeusviranomainen, jonka uhri kohtaa rikosprosessin aikana, ja edustaa näin ollen uhrille koko järjestelmän luotettavuutta (Honkatukia 2011).

Rikoksen uhrin haavoittuvuus ja sen vaikutus rikosprosessiin tunnustetaan vielä suhteellisen huonosti. Uhrin oletetaan kykenevän huolehtimaan oikeuksistaan, joita lainsäädäntö hänelle mahdollistaa. Väkivaltakokemus itsessäänkin voi vaikuttaa uhrin toimintakykyyn ja lisäksi taustalla vaikuttavat aikaisemmat kokemukset ja terveydentila. On tärkeää tunnistaa ne uhrin, jotka tarvitsevat erityistä tukea ja apua rikosprosessin läpikäymiseksi. Uhrin oikeudellinen asema vaikuttaa hänen kykyynsä toimia aktiivisesti rikosprosessissa. On tärkeää, että uhri tulee kuulluksi ja ymmärretyksi, saa riittävästi tietoa prosessin aikana ja on osallisena prosessin kaikissa vaiheissa. (Kainulainen ym. 2021).

Seksuaaliväkivallan uhrin syyllistävät helposti itseään ja sen vuoksi asian saaminen päätökseen on tärkeää. Tekijän tuomitseminen voi vähentää uhrin kokemaa syyllisyyden tunnetta. Pitkän rikosprosessin päättymisen tuo huojennusta siitä, että asia on loppuun käsitelty. Syytteen hylkääminen voi olla uhrille vaikea asia ja sitä olisi tärkeää käsitellä uhrin kanssa oikeudenkäynnin jälkeen (Honkatukia 2011).

### 3 Osatutkimus I: Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät ja palvelujen käyttö

Tutkimushankkeen osana oli tarkoitus toteuttaa rekisteritutkimus, jonka päätavoitteena oli selvittää yliopistosairaaloiden Seri-tukikeskuksissa hoidettujen raiskauksen uhrien somaattista terveyttä ja haavoittuvuustekijöiden esiintyvyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterien valossa ennen tukikeskusasiakkuuteen johtanutta seksuaaliväkivaltatapahtumaa verrattuna verrokkiaineistoon. Tarkoituksena oli myös selvittää tapahtuman jälkeistä terveystietojen käyttöä ja kuolleisuutta. Suomalaisissa Seri-tukikeskuksissa 1.6.2017–31.8.2020 välisenä aikana asioineiden tausta- ja tapahtumatiedot oli tarkoitus yhdistää THL:n terveyden- ja sosiaalihuollon hoitoilmoitustietoihin- ja Tilastokeskuksen kuolemansyytietoihin.

Valitettavasti rekisteriaineistoa ei ehditty saada analysoitavaksi ennen hankekauden loppumista. Tässä raportissa kuitenkin kuvataan tutkimussuunnitelma, tutkimusluvut sekä tutkittavaksi saatava aineisto sekä pohditaan tutkimuskysymyksiä. Terveystieteiden maisteri Jenni Krogell on hyväksytty Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tohtoriorjelmassa. Hänen väitöskirjansa ensimmäinen osatyö muodostuu tämän hankkeen rikosprosessiaineistosta (osatutkimus II) ja kolme muuta osajulkaisua on suunniteltu toteutettavaksi tästä aineistosta. Alla taulukossa 2 on kuvattu Jenni Krogellin osatöiden suunnitellut tutkimuskysymykset. Tarkoituksena on julkaista tutkimuksen tulokset artikkeleina vertaisarvioituissa kansainvälisissä tieteellisissä julkaisuissa ja yhteenveto väitöskirjana Itä-Suomen yliopistossa vuonna 2027.

**Taulukko 2.** Jenni Krogellin väitöskirjan osatyösuunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon aineistoa yhdistävästä rekisteritutkimuksesta.

Osatyö	Tutkimuskysymykset
II.	Millainen Seri-tukikeskuksissa tutkittujen uhrien terveys on verrattuna verokkiryhmään ja millaisia haavoittuvuustekijöitä heillä ilmenee?
III.	Millainen yhteys seksuaaliväkivaltatapahtumalla on uhrien sosiaali- ja terveystietojen käyttöön verrattuna verokkiryhmään?
IV.	Miten voidaan arvioida Seri-tukikeskuksissa tarjotun hoidon vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta?



## 3.1 Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto muodostui viiden yliopistosairaalan (HUS, TYKS, TAYS, KYS, OYS) Seri-tukikeskuksissa 1.6.2017–31.8.2020 tutkituista henkilöistä (noin 1 600 henkilöä) ja heidän satunnaisotannalla poimituista verrokeistaan, eli yhteensä noin 3 200 henkilöstä. Seri-tukikeskuksissa tutkittujen noin 1 600 henkilön henkilö-, tausta- ja tapahtumatiedot kerätiin Seri-tukikeskusten sairauskertomus- ja tilastojärjestelmistä. Nämä Seri-tukikeskusten aineistot toimitettiin kustakin tukikeskuksesta Excel-muodossa Findatan tietoturvalliseen etäkäyttöympäristöön. Seri-tukikeskusten asiakkaille Digi- ja väestötietovirasto (DVV) poimi ikä-, sukupuoli ja asuinkuntavastaavat satunnaiset verrokkit. Tutkimus- ja verrokkihenkilöistä pyydettiin poiminnat Terveystietokeskuksen hoitoilmoitusrekisteristä (Terveyshilmo) ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) hoitojakso- ja diagnoositiedot, sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteristä (Sosiaalihilmo) sosiaalihuollon hoitojaksot ja asiakaslaskentatiedot, sekä Tilastokeskuksesta kuolemansyyt. Poiminnan muuttujaluettelot ovat tämän raportin liitteinä. Kaikki poimittavat tiedot pyydettiin 1.1.2012 alkaen poiminta-aikaan asti, jolloin kaikille tutkittaville tuli vähintään 5 vuotta seuranta-aikaa ennen ensimmäistä Seri-tukikeskuskontaktia.

Findatassa sovitun työnjaon mukaisesti THL yhdisti ja pseudonymisoi aineistot. Aineistot on tarkoitettu luovuttavaa tutkimusryhmän käyttöön ja analysoitavaksi Findatan tietoturvalliseen Kapseli-etäkäyttöympäristöön. Aineistoja on tarkoitettu analysoida etäkäyttöympäristössä Excel- ja IBM SPSS Statistics ja/tai SAS-ohjelmistojen uusimmilla versioilla. Tutkimuksen tulokset analysoidaan sekä kvantitatiivisesti että tarvittaessa kvalitatiivisesti teemoittain käyttäen asianmukaisia tilastollisia menetelmiä.

Tutkimukselle saatiin Findatan tietolupapäätös 22.6.2022 (THL/394/14.02.00/2021) ja HUS Naistentautien ja synnytysten toimialan tutkimuslupa 8.7.2022 (HUS/117/2022). Tutkimus on rekisteritutkimusta eikä tutkittaviin oteta yhteyttä, joten eettisen toimikunnan lausuntoa tälle tutkimukselle ei tarvita.

Aineiston muodostaminen on esitetty raportin lopussa liitteenä 1 ja poimitut muuttujat rekistereittäin liitteissä 2–7.

## 3.2 Tutkimuskysymysten taustaa ja pohdintaa

**Seri-tukikeskuksissa tutkittujen uhrien terveys ja haavoittuvuustekijät.** Hankkeen väliraportissa kuvailtiin HUS Seri-tukikeskuksessa asioineiden tausta- ja haavoittuvuustekijöitä sekä tukikeskuksen tilastoimien taustatietojen että asiakkaiden kyselyssä raportoimien tekijöiden valossa. Tässä rekisteriosiossa voimme vertailla näitä taustatietoja viiden yliopistosairaalan tukikeskusten asiakkaiden välillä. Saamme myös vertailukelpoista tietoa seksuaaliväkivaltapahtumaan liittyvistä tiedoista. Valtakunnallisen Seri-tukikeskusverkoston valmistuessa mahdolliset erot esimerkiksi apua hakeneiden profiileissa paikkakuntien välillä voivat paljastaa erilaisia käytäntöjä esimerkiksi rikosilmoituksen tekemiseen liittyen. Voimme myös tutkia, ovatko tukikeskuksen asiakkaat hakeneet apua jo ennen rikosilmoituksen tekemistä. Avun hakemisen kynnyks on korkealla mm. lähisuhdeväkivallan uhreilla ja miehillä. Tarkastelemme, näkyykö tässä eroja tukikeskuspaiikkakuntien välillä. Seri-tukikeskuksissa ei ole tilastoitu asiakkaiden etnistä taustaa. Vähemmistöryhmään kuulumisen on yksi tunnetuista haavoittuvuustekijöistä. Tässä rekisteritutkimuksessa saamme DVV:ltä yhtenä muuttujana sekä asiakkaiden että verrokkien äidinkielen, ja tämän tiedon pohjalta voidaan hieman arvioida myös etnisen taustan vaikutusta seksuaaliväkivallan uhriksi joutumiselle.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat tavallisia seksuaaliväkivallan uhreilla. Mielenkiintoista onkin verrata tukikeskuksen asiakkaiden ja verrokkien hoitoilmoitusrekistereihin kirjattuja diagnooseja diagnoosiryhmittäin ennen seksuaaliväkivaltapahtumaa. Erityisen mielenkiinnon kohteena diagnoosiryhmistä tulee olemaan Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden -ryhmä (ICD-10 -koodit F10–F98), joka pitää sisällään myös päihteiden käyttöön liittyviä diagnooseja. Toinen mielenkiintoinen diagnoosiryhmä on Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset (S00–T98), jossa on luokiteltu kaikki vammat ja mm. päihteiden käyttöön liittyvät myrkytystilat. Vammoja kirjatessa täytyy terveydenhuollossa lisätä koodistoon vamman ulkoinen syy (koodit V10–Y89), esimerkiksi pahoinpitely. Tiedämme, että päivystystilanteessa terveydenhuollossa tunnistetaan huonosti väkivallan uhrit (Kivelä 2020), mutta jo pelkiä käynti- ja diagnoosimääriä vertaamalla voidaan tehdä jotain arvioita aiempien väkivaltakokemusten yleisyydestä tukikeskuksen asiakkailla ja verrokeilla. Kyselytutkimuksemme perusteella noin puolella tukikeskuksen asiakkaista on aiempi seksuaaliväkivaltakokemus. Diagnoosiluokituksessa on oma koodinsa *Z04.4 Väitetyn raiskauksen tai viettelyn jälkeinen tarkastus ja tarkkailu* koodiryhmässä Tekijöitä jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveystalvelujen tuottajiin (Z00–Z99). Mielenkiintoista onkin nähdä, nouseeko tämä koodi esiin hoitoilmoitusrekistereistä jo ennen Seri-tukikeskusasiakkuuden alkua.

Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteriin kerätään hoidon päättymisilmoitukset sosiaalihuollon laitoshoidosta ja ympärivuorokautisesta sekä ei-ympärivuorokautisesta asumispalvelusta, laitosten toiminnasta ja niiden asiakkaista. Tästä rekisteristä voimme saada vertailutietoa mm. mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen tai päihdehuollon katkaisuhoidon esiintyvyydestä seksuaaliväkivallan uhreilla verrattuna verrokkeihin. Tällaista rekisteritietoa ei tietääksemme ole aiemmin yhdistetty seksuaaliväkivallan uhrien tutkimuksissa.

### **Seksuaaliväkivaltatapahtuman yhteys sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön.**

Tässä tutkimuksessa saamme tietoa siitä, mitä Seri-tukikeskuksen palveluita seksuaaliväkivallan uhrin käyttivät ja erosiko käyttö eri tukikeskusten välillä. On luonnollista, että tukikeskusten palvelujen tarjonta on hieman erilaista riippuen paikkakunnasta ja johtuen jo pelkästään tukikeskusten asiakasmäärien eroista. Tavoitteena kuitenkin on, että psykososiaalisen tuen palvelut olisivat tasa-arvoisesti saatavilla riippumatta siitä, missä asiakas asuu. Tietoa tukikeskusten palveluiden käytöstä voidaan käyttää suoraan tukikeskusten kehittämistyössä.

Hoitoilmoitusrekistereistä saadaan tietoa Seri-tukikeskusten asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytöstä seksuaaliväkivaltatapahtuman jälkeen. Onkin mielenkiintoista selvittää erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyntimääriä ja käyntien syitä esimerkiksi diagnoosiryhmittäin, paitsi ennen tukikeskusasiakkuutta, myös sen jälkeen. Esimerkiksi tanskalaistutkimuksessa (Larsen ym. 2016) seksuaaliväkivallan vuoksi apua hakeneilla oli selvästi enemmän terveydenhuollon käyntejä sekä ennen että jälkeen seksuaaliväkivaltatapahtuman. Käyntimäärät myös pysyivät selvästi suurempina vielä viisi vuotta väkivaltatapahtuman jälkeen. Toisaalta Siltalan (2020) suomalaisaineistossa tehdyssä tutkimuksessa seksuaaliväkivallan uhreilla oli ennen seksuaaliväkivallan tunnistamista ja heti tunnistamisen jälkeen terveydenhuollon käyntejä enemmän kuin vertailuväestöllä, mutta kahden vuoden seurannassa käyntimäärät palautuivat verrokkien tasolle. Onkin erittäin mielenkiintoista nähdä, kuinka käyntimäärät tässä rekisteriaineistossa näyttäytyvät seuranta-aikana.

Kyselytutkimuksessamme havaittiin jo ennen kuin osallistumispyyntöä tutkimukseen päästiin lähettämään, että 1,4 % Seri-tukikeskuksen asiakkaista oli kuollut. Tämä oli erittäin suuri osuus kaikista kävijöistä ottaen huomioon, että Seri-tukikeskuksen asiakkaat ovat pääsääntöisesti nuoria aikuisia ja seuranta-aikakin oli verrattaen lyhyt, mediaani oli noin kaksi vuotta (vaihteluväli noin 1–4 vuotta). Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2020 kuolemanvaara ikävuosittain 16–30-vuotiailla naisilla vaihteli 0,007–0,057 % välillä ja miehillä 0,023–0,103 % välillä (Suomen virallinen tilasto: Kuolleet, 2021). Tukikeskuksen asiakkaiden kuolleisuus oli siis erittäin huomattava. Rekisteritutkimuksessa saamme tiedot myös kuolemansyistä. Oletuksemme mukaan tukikes-

kuksen asiakkaiden kuolemansyissä on yliedustettuna itsemurhat ja tapaturmat verrattuna tautikuolemiin. Melko tuoreessa suomalaiselvityksessä itsemurhaan kuolleista 66 % oli käyttänyt terveydenhuollon palveluita edellisen kuukauden aikana ja jopa 21 % oli ollut vastaanotolla itsemurhapäivänään (Partonen ym. 2020). Rekisteritutkimuksessa pystymme arvioimaan myös tukikeskusasiakkaiden kuolemaa edeltävää palveluiden käyttöä ja sitä, voisiko sieltä löytyä palvelujärjestelmän kohtia kuolemien ennalta ehkäisemiseksi.

### **Seri-tukikeskuksissa tarjotun hoidon vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus.**

Seri-tukikeskus nykyisessä toimintamuodossaan on Suomessa vielä uusi palvelu. Toimintamalli vaikuttaa ainakin sekä asiakkailta että yhteistyöviranomaisilta saadun palautteen perusteella erittäin toimivalta. Osaamisen keskittäminen Seri-tukikeskuksiin on käytännön tasolla sujuvoittanut alkuvaiheen oikeuslääketieteellisten tutkimusten suorittamista ja näytteenoton laatua sekä yhtenäistänyt lääkärinlausuntojen tasoa. Henkilökunnan osaaminen ja ymmärrys traumainformoidusta hoidosta näkyy asiakaspalautteissa myönteisesti.

Heti toiminnan alusta alkaen tukikeskuksissa on mm. tilastoitu kävijöiden tausta- ja tapahtumatietoja, jotka ovat olleet merkittäviä tukikeskusten toiminnan kehittämisessä ja ovat tämänkin tutkimushankkeen perustana. Rekisteritutkimuksesta saamme kansallisesti tietoa tukikeskusasiakkaiden palveluiden käytöstä. Palveluiden käytön perusteella voimme jatkossa tehdä arvioita tukikeskuksen hoidon vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Alkuvaiheessa seksuaaliväkivaltatapahtuman jälkeen Seri-tukikeskuksen asiakkailta tulee olemaan enemmän hoitoilmoitusrekisterissä näkyviä palvelukontakteja tukikeskusten tarkoituksella tiiviin alkuseurannan myötä. Tukikeskusten tiiviillä ja aktiivisella alkuseurannalla on tarkoitus vakauttaa ja luoda turvaa vakivaltaa kohdanneen arkeen. Tarkoituksena on myös tukea varhaista toipumista, jotta ehkäistäisiin pitkäaikaisempien vaikeuksien syntymistä. Yksi tärkeimmistä ennaltaehkäistävästä pitkäaikaisista ongelmista on post-traumaattisen stressihäiriön syntyminen (Traumaperäinen stressihäiriö Käypä Hoito -suositus, 2014). Rekisteritutkimuksessa seuranta-aikaa tutkituille tulee vähintään kaksi vuotta tukikeskusasiakkuuden alkamisesta, joten tuloksista voidaan saada jonkinlaista osviittaa myös pitkäaikaisvaikutuksista asiakkaiden terveyteen.

Jo nyt on ilmiselvää, että Seri-tukikeskuksen asiakkailta on erilaisia ja monimuotoisia palvelutarpeita riippuen asiakkaan tapahtumanaikaisesta elämäntilanteesta ja resilienssistä eli toipumiskyvystä. Rekisteritutkimuksessa on tarkoitus analysoida tietoja sekä sosiaali- että terveydenhuollon rekistereistä, jolloin on mahdollista tunnistaa asiakkaiden eniten käyttämät palvelut. Jatkossa onkin tärkeää huolehtia erityisesti näiden palveluiden suhteen sujuvista hoitoketjuista Seri-tukikeskusten ja muiden toimijoiden välillä.

Seksuaaliväkivallan aiheuttamien välillisten kustannusten arviointi on vaikeaa, kuten jo edellä kirjallisuuskatsauksessa kuvattiin. Seksuaaliväkivallan suoria kustannuksia (terveyspalvelujärjestelmässä syntyvät kustannukset) voidaan arvioida rekisteritutkimuksen perusteella muun muassa käyntimääriä ja käyntityyppejä ja niiden hintaa arvioimalla. Epäsuoria kustannuksia, esimerkiksi matkakustannuksia voidaan laskea käyntimääriä ja asuinkuntien sijainteja arvioimalla. Epäsuoria kustannuksia puuttuvasta työpanoksesta sairauslomien vuoksi saadaan arvioitua karkeasti rekisteritutkimuksessa saatavan avohoidon hoitoilmoitusrekisteriaineiston perusteella, sillä aineistossa on poimittuna muuttujana myös sairausloman alku- ja lopputiedot. Nämä kustannusarviot tulevat olemaan erittäin karkeita, mutta niiden perusteella voidaan ainakin kustannusten suuruusluokkaa arvioida.

Rahassa arvottomattomien kustannusten arviointi perustuu eettisiin ja poliittisiin arvovalintoihin. Seksuaaliväkivalta on pääasiassa sukupuolittunutta naisiin kohdistuvaa väkivaltaa. Lisäksi seksuaaliväkivallan uhrit ovat usein nuoria, joilla on edessään vuosikymmenten mittainen tulevaisuus. Seksuaaliväkivallan uhriksi joutumisella voi olla kauaskantoiset vaikutukset muun muassa nuoren koulutukseen, työelämään kiinnittymiseen ja parisuhteen muodostukseen liittyvissä asioissa, jos siitä ei pääse toipumaan optimaalisella tavalla. Alkuvaiheen tehokkaalla psykososiaalisella hoidolla seksuaaliväkivallan jälkeen voitaneen vähentää pitkäaikaisia ongelmia muun muassa näillä elämän osa-alueilla. Onkin arvovalintakysymys, kuinka paljon kustannuksia tällaisten inhimillisten ongelmien ennaltaehkäisyyn yhteiskunta käyttää.

## 4 Osatutkimus II: HUS Seri-tukikeskuksen asiakkaiden seksuaalirikosprosessin eteneminen sekä tausta- ja tapahtumatietojen yhteys siihen

Seksuaalirikosprosessin etenemistä sekä tausta- ja tapahtumatietojen yhteyttä prosessiin tutkittiin rekisteritutkimuksena. Sen päätavoitteena oli selvittää:

- a) Miten rikosprosessit etenevät ilmoituksen tekemisen jälkeen?
- b) Miten Seri-tukikeskuksen tilastoimat asiakkaiden taustatiedot ovat yhteydessä siihen, tekeekö seksuaaliväkivallan uhri rikosilmoituksen tapahtuneen jälkeen?
- c) Ovatko rikosilmoituksen tehneiden asiakkaiden taustatiedot yhteydessä rikosprosessin etenemiseen?

### 4.1 Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto muodostui HUS Seri-tukikeskuksessa tutkituista yli 16-vuotiaista ensikäyntiasiakkaista, jotka olivat hakeutuneet tukikeskukseen 1.6.2017–31.5.2019 välisenä aikana (N=688). Asiakkaiden tausta- ja tapahtumatiedot kerättiin Seri-tukikeskuksen tilastoista ja potilastietojärjestelmistä. Tiedot rikosprosesseista kerättiin poliisi-asiaintietojärjestelmästä, eli Patjasta, sekä syyttäjälaitoksen Sakari-järjestelmästä ja tuomioistuinten järjestelmästä. Rikosprosessi oli tutkimushetkellä vielä kesken osassa tapauksista.

Rikosprosessin etenemiseen liittyvät tiedot sisällytettiin tutkimusaineistoon niiden ensikäyntiasiakkaiden osalta, joiden tiedot löytyivät poliisi-asiaintietojärjestelmästä (n=501). Rikosprosessin tiedot haettiin asiakkaiden henkilötunnuksilla tietojärjestelmästä 15.4.2021. Lisäksi järjestelmästä tehtiin tarkastuspoiminnat 24.5.2021 ja 27.5.2021. Tallennetuista tiedoista haettiin ilmoituksen tyyppi, diaarinumero, tutkittava rikosnimike, rikosilmoituksen viive tapahtumasta sekä esitutinnan aikataulu ja ratkaisu. Esitutinnan ratkaisusta kirjattiin päätös, päätöksen tekijä ja päätöksen peruste.

Syyteharkintaan edenneistä tapauksista tiedot haettiin 5.9.2021 syyttäjälaitoksen Sakari-järjestelmästä. Tiedoista kirjattiin syyteharkinnan päätös perusteluineen ja tuomioistuin, johon haastehakemus oli toimitettu. Sakari-järjestelmästä kerättiin lisäksi tieto tuomioistuinkäsittelyn aikataulusta, käräjäoikeuden päätöksestä ja tuomiosta valittamisesta. Käräjäoikeuksista ja hovioikeudesta pyydettiin tiedot tuomioista. Tuomioistuintiedot saatiin 30.11.2021. Käräjäoikeuksien pöytäkirjoista kirjattiin tiedot rikosnimikkeistä, korvausvaatimuksista, pöytäkirjaan kirjatusta todisteista ja todistajista, tuomioistuimen ratkaisusta, tuomitulle määrätystä rangaistuksesta ja asianomistajan tai vastaajan tyytymättömyydestä tuomioon. Hovioikeuden pöytäkirjoista kirjattiin tiedot hovioikeuden ratkaisusta ja muutoksista käräjäoikeuden tuomioon.

Tutkimusaineistoa analysoitiin käyttäen asianmukaisia tilastollisia menetelmiä. Rikosilmoitusten ja syyteharkintaan edenneiden tapausten osalta tilastolliset analyysit ja tulokset on kuvattu Jenni Krogellin opinnäytetyössä ja päätulokset on kuvattu tutkimushankkeen väliraportissa (Korjamo ym. 2021, Krogell 2021).

Tutkimukselle myönnettiin tutkimusluvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (3.12.2020, HUS/483/2020 ja 2.5.2022, HUS/117/2022), Poliisihallitukselta (22.1.2021, POL-2020-75170 ja jatkolupa 20.7.2022) sekä Valtakunnansyyttäjältä (20.11.2020, Dnro 152/01/20 ja 28.9.2022, SY/1233/2022). Kyseessä on rekisteritutkimus, joten eettistä ennakoarviointia ei edellytetty (TENK 2021).

## 4.2 Tulokset

HUS Seri-tukikeskuksen ensikäyntiasiakkaat (n=688) olivat iältään 16–76-vuotiaita. Puolet asiakkaista oli alle 25-vuotiaita ja valtaosa (96 %) oli naisia. Aikaisempi päihde- tai mielenterveystausta olivat potilasasiakirjojen perusteella tavallisia Seri-tukikeskuksen asiakkailla. Lähes puolet (47 %) asiakkaista tuli ensikäynnilleen poliisin ohjajana, jolloin rikosilmoitus oli tehty jo ennen tukikeskukseen saapumista. Väkivallan tekijä oli uhrille jollain tasolla tuttu yli 70 prosentissa tapauksista. HUS Seri-tukikeskuksessa hoidettujen ensikäyntiasiakkaiden tausta- ja tapahtumatiedot on kuvattu tarkemmin hankkeen väliraportissa ja Jenni Krogellin pro gradu -tutkielmassa (Korjamo ym. 2021, Krogell 2021).

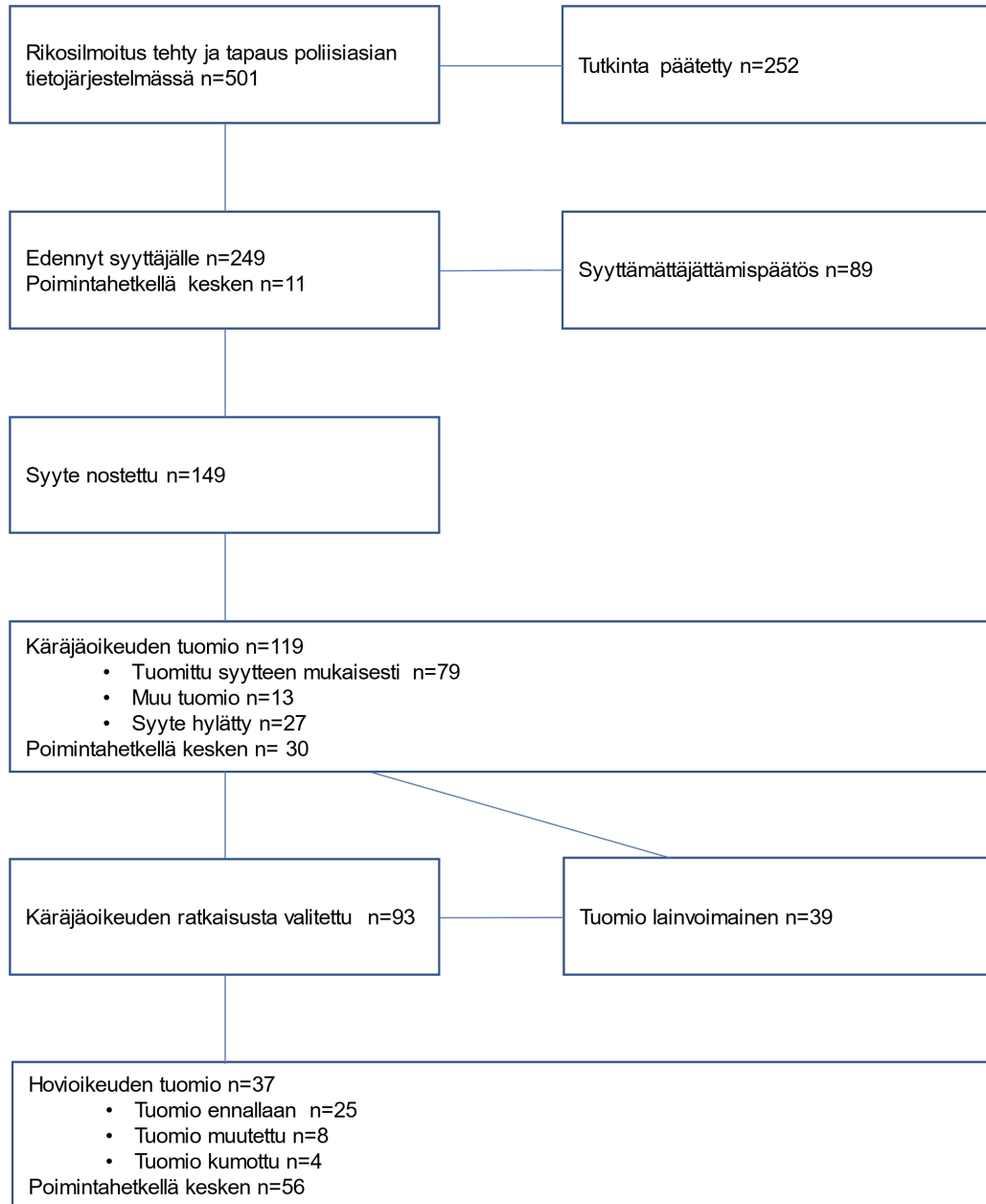
### 4.2.1 Poliisille ilmoittaminen ja esitutkinta

Hieman alle puolet asiakkaista (47 %) oli ilmoittanut kohtaamastaan väkivallasta poliisille ennen Seri-tukikeskukseen saapumista. Ensikäynnin yhteydessä 241 asiakasta (35 %) ei halunnut tehdä rikosilmoitusta. Patja-järjestelmästä 15.4.2021 haetun tiedon





**Kuvio 2.** Seri-tukikeskuksen ensikäyntiasiakkaiden rikosprosessin eteneminen



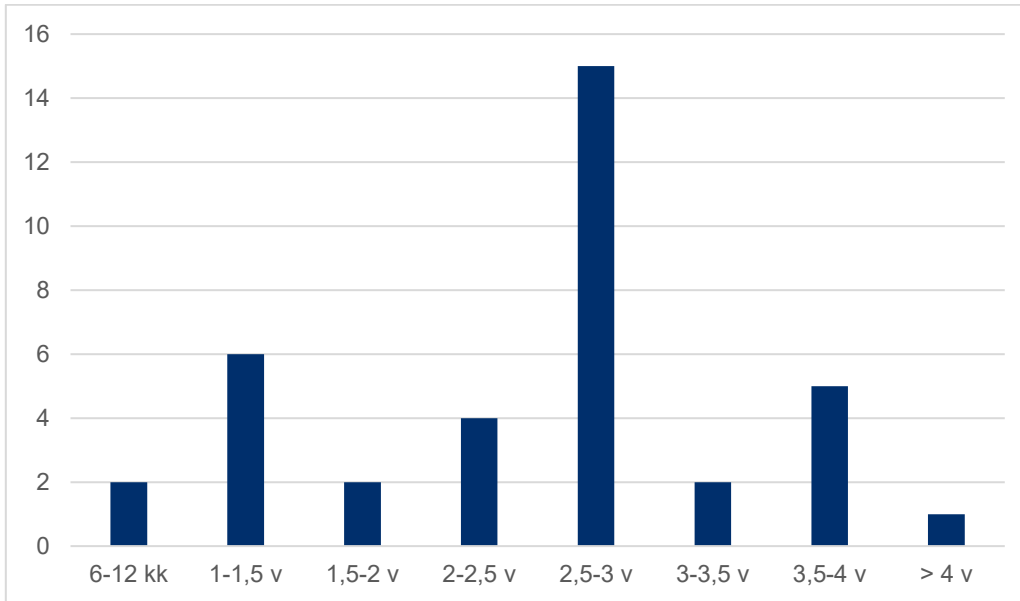
**Taulukko 3.** Seri-tukikeskuksen asiakkaiden rikosprosessin kesto (päiviä)

Aikaviive päivinä	mediaani	vaihteluväli	IQR*
Tapahtumasta rikosilmoitukseen (n=500)	0	0–788	0–3
Rikosilmoituksesta esitutkinnan päätökseen (n=481)	159	1–1177	78–303
Rikosilmoituksesta syyteharkinnan päätökseen (n=238)	412	2–534	58–254
Rikosilmoituksesta käräjäoikeuden tuomioon (n=119)	642	65–1503	398–844
Rikosilmoituksesta hovioikeuden tuomioon (n=37)	987	303–1548	640–1062
Esitutkinnan päätöksestä syyteharkinnan päätökseen (n=238)	152	2–534	58–254
Syyteharkinnan päätöksestä käräjäoikeuden istuntoon (n=113)	118	6–793	121–272
Käräjäoikeuden istunnosta tuomioon (n=111)	15	0–101	14–23
Käräjäoikeuden tuomiosta hovioikeuden käsittelyyn (n=34)	333	160–796	259–465
Hovioikeuden käsittelystä tuomioon (n=33)	60	19–140	42–91

\*IQR = Interquartile range eli kvartiiliväli

Esitutkinnan mediaanikesto, eli viive rikosilmoituksesta esitutkinnan päätökseen, oli hieman yli viisi kuukautta. Pisimmillään esitutkinta kesti jopa yli kolme vuotta. Syyteharkinnan mediaanikesto, eli esitutkinnan päättymisestä syyteharkinnan päätökseen kulunut aika, oli noin viisi kuukautta. Tutkimushetkellä esitutkinta oli kesken 20 tapauksessa ja syyteharkinta 11 tapauksessa.

Syytteen nostamisesta käräjäoikeuden istuntoon kului noin neljä kuukautta (mediaani). Pisimmillään käräjäoikeuden istunto toteutui noin kahden vuoden kuluttua syytteen nostamisesta. Mediaanikesto rikosilmoituksesta hovioikeuden tuomioon oli yli kaksi ja puoli vuotta. Pisimmillään viive rikosilmoituksesta hovioikeuden tuomioon oli yli neljä vuotta (kuvio 3).

**Kuvio 3.** Rikosilmoituksesta hovioikeuden tuomioon kulunut aika.

### 4.2.3 Todisteet ja todistajat käräjäoikeudessa

Käräjäoikeuden ratkaisujen perusteluna käytettiin ammattilaisten lausuntoja, kuvia havaituista vammoista ja oikeuslääketieteellisten näytteiden tuloksia (taulukko 4). Kaikkiaan 109 käräjäoikeuden ratkaisuun (92 %) oli kirjattu, että Seri-tukikeskuksen lääkärin lausuntoa käytettiin oikeuskäsittelyssä todisteena. Lisäksi Seri-tukikeskuksen psykologin lausuntoa hyödynnettiin kirjausten perusteella yhdeksässä ratkaisussa ja muun terveydenhuollon ammattilaisen lausuntoa 43 ratkaisussa. Seitsemässä ratkaisussa ei ollut lainkaan mainintaa asiantuntijalausunnoista.

Käräjäoikeuden pöytäkirjojen perusteella vammavalokuvia oli hyödynnetty todisteena 56 käsittelyssä (47 %). Seri-tukikeskuksen psykologi toimi todistajana neljässä ja tukikeskuksen lääkäri kahdessa oikeudenkäynnissä. Oikeuskemialliset näytteet oli tutkittu kolmessa tapauksessa. DNA- ja/tai kuitunäytteet mainittiin todisteena 52 käräjäoikeuden ratkaisussa (44 %). Näytteen löydös oli ollut positiivinen joko asianomistajan tai vastaajan näytteessä 73 %:ssa niistä tapauksista, joissa näytteitä oli hyödynnetty todisteena.

**Taulukko 4.** Käräjäoikeuden ratkaisun perustana käytettyjä todisteita ja todistajia

	n (%)
DNA / kuitunäytteet	52 (43,7 %)
Vammavalokuvat	56 (47,1 %)
Oikeuskemialliset näytteet	3 (2,5 %)
Seri-tukikeskuksen lääkärin lausunto	109 (91,6 %)
Seri-tukikeskuksen psykologin lausunto	9 (7,6 %)
Muun ammattilaisen lausunto	43 (36,1 %)
Seri-tukikeskuksen lääkäri todistajana	2 (1,7 %)
Seri-tukikeskuksen psykologi todistajana	4 (3,4 %)

## 4.2.4 Syytteet ja tuomiot

### Käräjäoikeuden tuomiot

Tiedot tuomioistuimista saatiin 30.11.2021. Siihen mennessä käräjäoikeudessa oli ehditty käsitellä 119 syytettä. Käräjäoikeuden käsittelyissä yleisimmät päärikosnimikkeet olivat raiskaus 76 tapauksessa (64 %) ja törkeä raiskaus 19 tapauksessa (16 %). Päärikosnimikkeet on kuvattu taulukossa 5. Käräjäoikeuden ratkaisussa vastaaja tuomittiin syylliseksi kaikkiaan 92 tapauksessa (77 %). Valtaosassa niistä ratkaisuista, joissa vastaaja todettiin syylliseksi, tuomio annettiin syytteen mukaisesti (n=79, 86 % tuomituista). Syyte hylättiin 27 tapauksessa (23 %). Käräjäoikeuden ratkaisusta ilmaistiin tyytymättömyyttä joko asianomistajan tai vastaajan toimesta neljässä tapauksessa viidestä. Käräjäoikeuden käsittelyssä annetut tuomiot ja tieto tyytymättömyydestä on kuvattu taulukossa 6.

**Taulukko 5.** Käräjäoikeudessa käsiteltyjen tapausten päärikosnimikkeet (n=119)

Päärikosnimike	n (%)
Raiskaus	76 (64,0 %)
Törkeä raiskaus	19 (16,0 %)
Pakottaminen seksuaaliseen tekoon	5 (4,2 %)
Raiskauksen yritys	4 (3,5 %)
Pahoinpitely	2 (1,7 %)
Raiskaus nuorena henkilönä	2 (1,7 %)
Törkeä pahoinpitely	2 (1,7 %)
Törkeä vapaudenriisto	1 (0,8 %)
Kaksi raiskausta nuorena henkilönä	1 (0,8 %)
Seksuaalinen ahdistelu	1 (0,8 %)
Seksuaalinen hyväksikäyttö	1 (0,8 %)
Sukupuoliseellisyttä loukkaavan kuvan levittäminen	1 (0,8 %)
Törkeä raiskaus nuorena henkilönä	1 (0,8 %)
Useita raiskauksia	1 (0,8 %)
Vainoaminen	1 (0,8 %)
Vapaudenriisto	1 (0,8 %)

**Taulukko 6.** Käräjäoikeuden käsittelyssä annetut tuomiot ja tieto tyytymättömyydestä

Käräjäoikeuden tuomio		Ilmaistu	Ei ilmaistu
		tyytymättömyyttä	tyytymättömyyttä
Tuomittu syytteen mukaisesti	79 (66,4 %)	67 (84,8 %)	12 (15,2 %)
Muu tuomio	13 (10,9 %)	9 (69,2 %)	4 (30,8 %)
Syytteet hylätty	27 (22,7 %)	17 (63,0 %)	10 (37,0 %)
<b>Tuomioita yhteensä</b>	<b>119 (100 %)</b>	<b>93 (78,2 %)</b>	<b>26 (21,8 %)</b>

Tyypillisesti tuomarikokoonpanoon kuului käräjäoikeuden käsittelyssä yksi tuomari ja kaksi lautamiestä (n=104, 87 %). Viidessä käsittelyssä asiaa oli ratkaisemassa kolme tuomaria (4 %). Tuomarikokoonpano oli ratkaisun suhteen yksimielinen 107 tapauksessa (90 %). Kuudessa ratkaisussa yhdellä lautamiehellä oli eriävä mielipide. Tieto tuomarikokoonpanon yksimielisyydestä puuttui kuudessa tapauksessa. Joka kolmas ratkaisu oli käräjäoikeuden käsittelyn jälkeen lainvoimainen (n=39, 33 %).

## Käräjäoikeudessa määrättyt rangaistukset

Syyliseksi tuomituista lähes kaikille (n=88, 96 %) määrättiin käräjäoikeudessa joko ehdollinen tai ehdoton vankeusrangaistus. Vankeusrangaistukset vaihtelivat 1,5 kuukauden ja 54 kuukauden eli 4,5 vuoden välillä. Vankeusrangaistuksen saaneista 70 % tuomittiin ehdottomaan vankeuteen. Yli 19 kuukauden vankeusrangaistukset määrättiin yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta ehdottomina (taulukko 7). Yksittäinen pitkä vankeusrangaistus määrättiin ehdollisena vastaajan perhetilanteen vuoksi ja se kasvatti ehdollisten vankeusrangaistusten vaihteluväliä. Muut ehdolliset vankeusrangaistukset olivat pituudeltaan enintään 26 kuukautta. Osalle ehdolliseen vankeusrangaistukseen tuomituista määrättiin lisäksi yhdyskuntapalvelua. Osa tuomioista sisälsi myös muita syytekohtia kuin seksuaalirikossyytteen ja osassa joko asianomistajia tai vastaajia oli useampi kuin yksi.

**Taulukko 7.** Käräjäoikeuden käsittelyssä määrättyt vankeusrangaistukset kuukausina

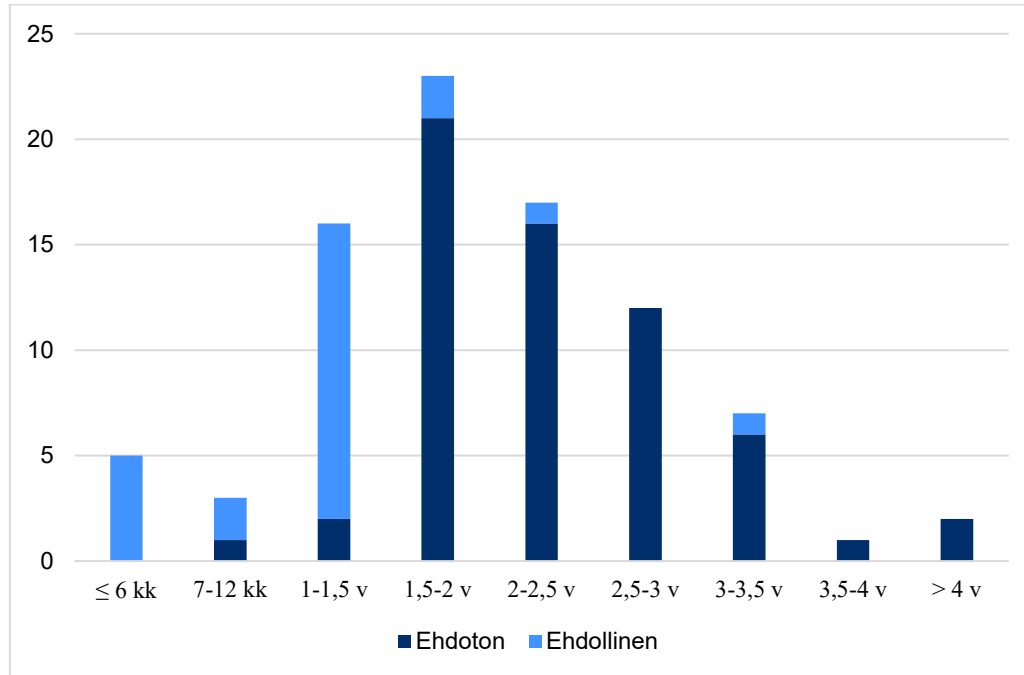
	mediaani	vaihteluväli	IQR*
Vankeusrangaistus (n=88)	24,0	1,5–54,0	18,0–30,8
Ehdoton vankeusrangaistus (n=61)	26,0	9,0–54,0	23,0–35,0
Ehdollinen vankeusrangaistus (n=25)	15,0	1,5–38,0	12,0–18,0

Tieto vankeusrangaistuksen tyypistä puuttuu n=2.

\*IQR = Interquartile range eli kvartiiliväli

Kuviossa 4 on kuvattu vankeusrangaistusten keston jakauma sekä ehdottomien ja ehdollisten vankeusrangaistusten osuus kaikista vankeusrangaistuksista. Keskimääräinen vankeusrangaistuksen kesto oli noin kaksi vuotta (mediaani).

**Kuvio 4.** Käräjäoikeudessa määrättyjen vankeusrangaistusten kesto ja rangaistuksen muoto.



Asianomistajien korvausvaatimukset vaihtelivat 0–167 000 euron välillä. Korvausvaatimusten mediaani oli 7 900 euroa. Kivun, säryn ja tilapäisen haitan korvauksia määrättiin käräjäoikeuden tuomioissa 69 tapauksessa (75 % tuomituista) ja ne vaihtelivat 100–7 500 euron välillä. Kärsimyskorvauksia määrättiin valtaosassa niistä tapauksista, joissa vastaaja oli tuomittu (n=85, 92 %) ja niissä vaihtelua oli 500–13 000 euron välillä. Lisäksi käräjäoikeus määräsi osan vastaajista maksamaan muita korvauksia esimerkiksi vahingonkorvauksena Kelalle sekä korvauksena esinevahingoista, matkakuluista, terapiakuluista ja pysyvästä haitasta. Käräjäoikeuden käsittelyssä määrätty korvaukset on kuvattu taulukossa 8.

**Taulukko 8.** Käräjäoikeuden käsittelyssä määrätty korvaukset (euroa)

Korvaustyyppi	mediaani	vaihteluväli	IQR*
Kipu, särky ja tilapäinen haitta (n=69)	2 000	100–7 500	500–3 000
Kärsimyskorvaus (n=85)	4 000	500–13 000	3 000–6 000
Muu korvaus (n=39)	360	44–13 820	160–1 090

\*IQR = Interquartile range eli kvartiiliväli

## Hovioikeuden tuomiot

Aineiston poiminta-aikaan mennessä hovioikeudessa oli käsitelty 39 tapausta. Yksi hovioikeuden käsittely koski ainoastaan asianajajan korvauksia ja yksi valitus jätettiin hovioikeudessa tutkimatta vastaajan tyydyttyä kärjäoikeuden tuomioon. Tutkimustuloksissa on huomioitu loput 37 hovioikeuden käsittelyä (taulukko 9). Kärjäoikeuden tuomiosta oli valittanut seitsemässä tapauksessa asianomistaja ja/tai syyttäjä. Muissa hovioikeuteen edenneissä rikosprosesseissa valittajana oli vastaaja. Kärjäoikeuden antama tuomio säilyi ennallaan 25 tapauksessa (68 % hovioikeuteen edenneistä tapauksista) ja tuomio kumottiin neljässä tapauksessa. Kahdeksassa hovioikeuden käsittelyssä tuomiota muutettiin.

Kahdessa käsittelyssä vankeusrangaistuksen pituutta korotettiin ja kahdessa alennettiin. Neljässä hovioikeuden käsittelyssä vastaajalle määrättyä korvaussummaa korotettiin ja kahdessa alennettiin. Yksi tapauksista palautettiin takaisin kärjäoikeuden käsiteltäväksi. Asiakkaan tausta- ja tapahtumatiedoilla ei ollut tilastollista yhteyttä kärjä- ja hovioikeuden tuomioihin.

**Taulukko 9.** Hovioikeuden ratkaisut (n=37)

	n (%)
Kärjäoikeuden tuomio ennallaan	25 (67,6 %)
Kärjäoikeuden tuomio kumottu	4 (10,8 %)
Kärjäoikeuden tuomio muutettu	8 (21,6 %)

## 4.3 Pohdinta

### 4.3.1 Rikosprosessi

**Rikosprosessin kesto.** Seri-tukikeskuksen asiakkaiden rikosprosessit olivat pitkäkestoisia. Aikaviive rikosilmoituksesta kärjäoikeuden tuomioon oli noin vuosi ja yhdeksän kuukautta (mediaani) ja rikosilmoituksesta hovioikeuden tuomioon yli 2,5 vuotta (mediaani). Pisimmillään rikosprosessit kestivät useita vuosia. Osa rikosprosesseista oli kesken vielä tutkimushetkellä. Kainulaisen ja Saarikkomäen (2014) tutkimuksen mukaan rikosprosessin kesto vaikuttaa siihen, miten tyytyväisiä rikosten uhrin ovat prosessiin. Tyytymättömät olivat kyselytutkimuksen perusteella vähemmän halukkaita



ilmoittamaan poliisille uudesta rikoksesta verrattuna niihin uhreihin, jotka pitivät prosessin kestoa sopivana. Oikeusturvakyselyn perusteella kaikkein tyytymättöimpiä olivat ne uhrit, joiden kohdalla syyte oli hylätty (Kainulainen & Saarikkomäki 2014). Seri-tukikeskuksen asiakkaiden kohdalla syyte hylättiin käräjäoikeudessa 23 %:ssa tapauksista. Hovioikeuteen edenneistä 37 tuomiosta kumottiin neljä.

**Todistelu tuomioistuimessa.** Sukupuoliyhteys on raiskauksen keskeinen tunnusmerkistökäsitteitä ja parhaat edellytykset sen näyttämiseksi toteen ovat olemassa silloin, kun uhri on hakeutunut lääkäriin mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen ja hänelle on tehty oikeuslääketieteellinen tutkimus (Ylikulju 2017). Seri-tukikeskuksen asiakkaista noin puolet (52 %) saapui tukikeskukseen vuorokauden sisällä tapahtuneesta. Lisäksi rikosilmoitus tehtiin sitä todennäköisemmin mitä nopeammin uhri hakeutui tukipalveluihin.

Käräjäoikeuden lausuntojen perusteella 92 prosentissa käsitellyistä todistusaineistona hyödynnettiin Seri-tukikeskuksesta pyydettyä lääkärinlausuntoa. Tukikeskuksen psykologin ja/tai muun terveydenhuollon ammattilaisen lausunto mainittiin todistusaineistona 44 prosentissa käräjäoikeuden ratkaisuista. Seitsemässä ratkaisussa lääkärin, psykologin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen lausuntoa ei mainittu lainkaan. Alaattinoğlu ym. (2020) tarkastelivat tutkimuksessaan raiskausrikosten etenemistä rikosprosessissa. Tutkimusta varten kerättiin kattava otos vuonna 2018 tehdyistä päätöksistä rikosprosessin eri vaiheissa. Lääkärinlausunnon käyttäminen todisteluna vaikutti päätösten perusteella lisääntyvän mitä pidemmälle rikosprosessissa edettiin ja esimerkiksi käräjäoikeusaineistossa lääkärinlausunto löytyi 72 prosentissa päätöksistä (Alaattinoğlu ym. 2020). Seri-tukikeskuksen asiakkaiden kohdalla lääkärinlausuntoja hyödynnettiin siis aineiston perusteella selvästi useammin. Vaikka lääkärinlausunnon perusteella ei välttämättä voida todistaa raiskauksen tapahtumista, sillä voi olla merkitystä näyttönä. Sen vuoksi on huomionarvoista, että Seri-tukikeskuksen lääkärinlausunnot ovat olleet keskeinen osa todistelua oikeusistuimissa. Myös DNA-todistelua esitettiin Seri-tukikeskuksen asiakkaiden kohdalla käräjäoikeuden ratkaisuissa selvästi enemmän (44 %), kuin Alaattinoğlun ym. (2020) tarkastelemissa päätöksissä (28 %). DNA-todistelun hyödyntäminen on tarpeellista erityisesti silloin, kun vastaaja kiistää sukupuoliyhteyden (Alaattinoğlu ym. 2020).

**Syytteet ja tuomiot.** Seri-tukikeskuksen asiakkaista 74 % ilmoitti väkivallasta poliisille. Syyteharkintaan eteni 49 % ja syyte nostettiin 29 %:ssa tapauksista. Seri-tukikeskuksen asiakkaat ilmoittivat väkivallasta selvästi useammin kuin väestössä keskimäärin. Syyttämättäjäätämispäätös tehtiin kolmasosassa syyteharkintaan edenneistä tapauksista, kun hylkäysprosentti koko väestössä oli vuosina 2009–2018 keskimäärin 25. Luku on huomattavasti korkeampi kuin rikoslakirikoksissa keskimäärin ja trendi on ollut nouseva pitkällä aikavälillä (Alaattinoğlu ym. 2020).

Tutkimushetkeen mennessä käräjäoikeudessa oli käsitelty 119 syytettyä. Vastaaja tuomittiin rikoksesta 77 %:ssa käräjäoikeuden ratkaisuihin. Poliisille ilmoitetuista tapauksista viidesosa (18 %) päättyi syyksi lukevaan tuomioon käräjäoikeudessa. Koko väestössä syyksi lukevien tuomioiden suhteellinen määrä poliisin tietoon tulleista rikoksista oli noin 16 % vuosina 2011–2017 (Alaattinoğlu ym. 2020). Raiskaus ja törkeä raiskaus olivat käräjäoikeudessa yleisimmät rikosnimikkeet. Tuomiosta ilmaistiin tyytymättömyyttä 78 %:ssa käräjäoikeuden ratkaisuihin joko vastaajan ja/tai asianomistajan toimesta. Hovioikeudessa oli tutkimushetkellä käsitelty 37 käräjäoikeuden tuomiota. Tuomioista 25 säilyi ennallaan ja neljä kumottiin.

**Rangaistukset.** Käräjäoikeudessa tuomituista 96 prosentille vastaajista määrättiin vankeusrangaistus. Vankeusrangaistuksen mediaanikesto oli 24 kuukautta ja vaihteluväli 1,5 kuukauden ja 4,5 vuoden välillä. Rikoslain mukaan raiskauksesta määrättävä tuomio on kestoaltaan 1–6 vuotta ja törkeästä raiskauksesta 2–10 vuotta vankeutta. Lähtökohtaisesti yli kahden vuoden tuomiota ei voida tuomita ehdollisena. Koska samassa käräjäoikeuden tuomiossa saattoi olla mukana useita rikoksia ja/tai useita asianomistajia, ja rangaistuksen suuruuteen saattoi vaikuttaa myös vastaajan aiemmat tuomiot, Seri-tukikeskuksen asiakkaiden tapausten tuomiot ovat varsin hyvin linjassa rikoslain periaatteiden mukaisesti.

**Korvaukset.** Tuomituista 75 % määrättiin korvaamaan asianomistajalle korvauksia kivusta, särystä ja tilapäisestä haitasta (mediaani 2 000 €) ja 92 % kärsimyksestä (mediaani 4 000 €). Korvausten määrää ohjaa [Henkilövahinkoasiain neuvottelukunnan \(HEVA\) suositus](#), jonka uusimmin painos on julkaistu vuonna 2020. Rikoksen uhri voi vaatia rikoksesta tuomitulta kolmenlaisia haittakorvauksia: tilapäisestä haitasta, pysyvistä haitasta ja kärsimyksestä. Lisäksi korvauksia voi vaatia tapahtuneesta johtuvista kuluista.

Seri-tukikeskuksen asiakkailla todetaan harvoin merkittäviä fyysisiä vammoja (Korjamo 2021), mutta usein pinnallisia lieviä vammoja, kuten mustelmia ja nirhaumia, jotka paranevat pysyviä jälkiä jättämättä. HEVA:n suosituksessa esimerkiksi tällaisesta alle kahdessa viikossa paranevasta tilapäisen haitan aiheuttavasta mustelmasta korvaussuositus on 200 € ja pinnallisesta nirhaumasta 400 €. Kivusta, johon ei liity kudosaauriota, voi saada kivun voimakkuudesta riippuen korvausta 200–1 500 € välillä. Akuutin stressireaktion (diagnoosikoodi F43.0) aiheuttamasta tilapäisestä mielenterveyden haitasta ohjeellinen korvaussumma on 300–1 000 € ja traumaperäisestä stressihäiriöstä (diagnoosikoodi F43.1) 1 500–8 000 €. Pysyvän haitan korvausten määrä riippuu vamman aiheuttamasta toiminnallisesta haitasta.

Loukkauksen aiheuttaman kärsimyskorvauksen määristä HEVA:n suosituksessa on varsin tarkat määritelmät esim. raiskauksessa käytetyn väkivallan tai sen uhan käyttämisestä. Korvausten skaala ulottuu väkivallan yrityksestä tai vähäisestä uhkauksesta

saatavaan 1 000 eurosta vakavasta ja nöyryyttävästä väkivallasta saatavaan 16 000 euroon asti. Tiedottoman tilan hyväksikäytöstä saatava korvaussumma voi vaihdella 2 000–7 000 € välillä. Korvaussummat ovat kuitenkin ohjeellisia, eivätkä sido tuomioistuimia. Tutkimusaineistossa kärsimyskorvausten määrä oli välillä 500–13 000 €. Korvausten määrä vaihtelee, koska teot ovat erilaisia, mutta korvausten määrä vaikuttaisi olevan linjassa HEVA:n suositusten kanssa.

### 4.3.2 Seksuaaliväkivallan tunnistaminen ja uhreille tarkoitetut tukipalvelut

Vain pieni osa väkivallasta tunnistetaan terveydenhuollossa. Suuri osa väkivallan uhreista ei ilmoita kohtaamastaan väkivallasta viranomaisille ja toisaalta väkivallan kokemuksista ei kysytä riittävän systemaattisesti sosiaali- ja terveystalvueluissa. Väkiuallan ennaltaehkäisyn ja hoidon onnistumisen kannalta monialainen yhteistyö on keskeistä. Ammattilaisten riittävä osaaminen on tärkeää varmistaa, jotta väkivalta tunnistetaan ja uhrin pääsevät heille suunnattujen tukipalveluiden piiriin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (October & Laitinen 2022).

Seri-tukikeskuksessa asiakkaita kannustetaan ja ohjataan rikosilmoituksen tekoon ja tukikeskuksessa asioineet uhrin ilmoittivat kohtaamastaan väkivallasta poliisille selvästi useammin kuin seksuaaliväkivallan uhrin yleensä. Tukikeskuksessa oikeuslääketieteellinen tutkimus tehdään laadukkaasti ja asiakkaiden rikosprosessissa oli aiempaan tutkimustietoon verrattuna hyödynnetty kattavammin esimerkiksi Seri-tukikeskuksen lääkärintlausuntoja ja DNA-näytteitä. Niillä on keskeinen merkitys raiskauksen tunnusmerkistön toteennäyttämisenä. Rikosprosessin etenemisen kannalta onkin tärkeää, että uhreille tarkoitetuista palveluista on riittävä tieto niin ammattilaisten kuin asiakkaiden keskuudessa.

Tutkimuksen tulokset vahvistivat tietoa siitä, että seksuaalirikosprosessit ovat erittäin pitkäkestoisia. Seri-tukikeskuksessa seuranta jatkuu puoli vuotta ensikäynnin jälkeen. On tärkeää, että väkivallan uhreille on tukea tarjolla myös rikosprosessin myöhemmissä vaiheissa. Rikosprosessin tehostamiseksi on varmistettava riittävät resurssit oikeuspalveluissa.

## 5 Osatutkimus III: Seksuaaliväkivallan uhrien tukipalveluiden käyttö ja kokemukset sekä rikosilmoituksen tekoon vaikuttavat tekijät

Kyselytutkimuksessa oli tavoitteena kartoittaa Seri-tukikeskuksen asiakkaiden tausta- ja haavoittuvuustekijöitä sekä selvittää rikosilmoituksen tekemiseen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi tutkittiin seksuaaliväkivallan uhrien tukipalveluiden käyttöä ja kokemuksia. Kysely lähetettiin HUS Seri-tukikeskuksen yli 16-vuotiaille asiakkaille, joiden ensikäynnistä oli kulunut vähintään puoli vuotta.

Kyselytutkimuksen toteutus ja tulokset on kuvattu yksityiskohtaisemmin tutkimushankkeen [väliraportissa](#) ja rikosilmoituksen tekemiseen yhteydessä olevien tekijöiden osalta psykologian maisteri Isabella Arposen [pro gradu -työssä](#) (Korjamo ym. 2021, Arponen 2021). Isabella Arponen jatkaa tämän kyselytutkimuksen aineiston analysointia väitöskirjatutkimuksessaan. Tulokset julkaistaan artikkeleina kansainvälisissä vertaisarvioituissa julkaisusarjoissa ja yhteenveto niistä esitetään Åbo Akademiassa julkaistavassa väitöskirjassa. Alla on tiivistelmä tutkimuksesta.

### 5.1 Aineisto ja menetelmät

Tutkimusta varten saatiin tutkimusluvut HUSin eettiseltä toimikunnalta ja Naistentautien toimialalta. Tutkittavat olivat käyneet HUS Seri-tukikeskuksessa ensikäynnillä 1.6.2017–29.2.2020 välisenä aikana. Kyselytutkimus toteutettiin verkkokyselynä Survey Analytics -sovelluksen avulla. Halutessaan tutkittavan oli mahdollista vastata kyselyyn puhelimitse. Vastaaminen oli mahdollista joko suomeksi, ruotsiksi tai englanniksi. Tutkittavat saivat tekstiviestillä kutsun osallistua tutkimukseen ja linkin kyselylomakkeelle. Ennen vastaamistaan tutkittavat lukivat tutkimustiedotteen ja antoivat suostumuksensa osallistua tutkimukseen.

Kyselyn vastaukset yhdistettiin Seri-tukikeskuksen asiakkaista hoidon yhteydessä tilastointia varten kerättyihin tausta- ja tapahtumatietoihin. Asiakkaiden henkilötunnukset poistettiin aineistosta ennen tulosten analysointia. Tulokset analysoitiin kvalitatiivisesti teemoittain ja kvantitatiivisesti hyödyntäen tilastollisia menetelmiä.

## 5.2 Tulokset

Kyselyyn vastasi 235 (29 %) tutkimuskutsun saanutta ensikäyntiasiakasta. Vastaajien mediaani-ikä oli 24 vuotta ja vastanneista valtaosa (96 %) oli naisia. Monilla vastaajilla oli taustalla kokemuksia, joita on pidetty väkivallalle altistavina haavoittuvuustekijöinä. Joka toinen vastaaja oli kohdannut aiemmin seksuaaliväkivaltaa (50 %) ja yhtä moni vastaaja (50 %) fyysistä väkivaltaa. Päihteiden käyttö lapsuudenkodissa ja mielenterveyden häiriö lapsuudenperheen jäsenellä olivat tavallisia vastausten perusteella. Kyselyyn vastanneista kahdella kolmesta (67 %) oli tai oli ollut terveydenhuollon ammattilaisen toteama mielenterveyden häiriö.

Vastausten mukaan seksuaaliväkivalta tapahtui yleisimmin viikonloppuna (63 %) yöaikaan (67 %). Kyselyyn vastaajista 75 % oli ollut tapahtumahetkellä alkoholin ja 15 % muiden päihteiden vaikutuksen alaisena. Lähes puolessa tapauksista tekijä oli uhrille jollain tavalla tuttu.

Seksuaaliväkivaltatapahtumassa käytettiin usein (43 %) fyysistä väkivaltaa tai sillä uhattiin kolmasosassa (35 %) tapauksista. Puolet vastaajista (54 %) oli saanut fyysisiä vammoja. Yli puolet (57 %) vastaajista oli kieltänyt tekijää tai pyytänyt lopettamaan. Lähes yhtä tavallista (52 %) oli lamaantuminen tai jähmettyminen tilanteessa. Neljässä tapauksessa viidestä (81 %) tekijä tunkeutui emättimeen, peräaukkoon tai suuhun ja usein tunkeutuminen tapahtui useampaan kuin yhteen aukkoon. Kyselytutkimukseen vastanneista kaksi kolmesta oli tehnyt rikosilmoituksen. Tässä kyselytutkimuksessa ainoastaan matalampi koulutustaso näytti olevan yhteydessä rikosilmoituksen tekemiseen.

Vastaajat olivat saaneet tiedon Seri-tukikeskuksen tarjoamasta palvelusta poliisilta, terveysasemalta, yleispäivystyksestä ja kolmannen sektorin palveluista. Lähes kaikki vastaajat (95 %) kokivat päässeensä tutkimuksiin riittävän nopeasti. Tukikeskuksen ilmapiiri koettiin kiireettömäksi ja turvalliseksi (93 %). Pääsääntöisesti Seri-tukikeskuksen palveluita pidettiin riittävänä, hyvänä tai erinomaisena (86 %). Osa vastaajista olisi kuitenkin kaivannut laajempia tukipalveluita, kuten keskustelua psykologin kanssa, oikeudellista neuvontaa ja vertaistukea jo ensivaiheessa. Vastausten perusteella asiakkaat halusivat kehittää erityisesti jatkohoitoon pääsyä, tuen kestoa ja tukipalveluiden sijaintia. Kyselyyn vastanneet pitivät kohtaamisissa tärkeimpinä asioina sitä, että he tulivat kuulluiksi, heitä uskottiin eikä heitä syyllistetty.

## 6 Tutkimuskysymysten pohdinta

### 6.1 Mitä sosiodemografisia tekijöitä on seksuaaliväkivallan uhrien taustalla?

Sekä kyselytutkimuksen että rekisteritutkimuksen perusteella jo hankkeen väliraportissa todettiin, että seksuaaliväkivallan uhrit ovat tyypillisesti nuoria naisia ja aikaisemmat mielenterveyden ongelmat ja runsas päihteiden käyttö olivat tavallisia. Aiemmat väkivaltakokemukset olivat myös yleisiä.

Hankkeessa kesken jääneessä osatutkimuksessa oli tarkoitus verrata Seri-tukikeskusten asiakkaita verrokkeihin sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekistereistä saatavan aineiston perusteella mm. seuraavin tutkimuskysymyksiin:

- Millaisia tausta- ja tapahtumatietoja Seri-tukikeskuksissa asioineiden seksuaaliväkivallan uhreilla on?
- Mitä Seri-tukikeskuksen palveluita seksuaaliväkivallan uhrit käyttivät ja erosiko käyttö eri tukikeskusten välillä?
- Minkä tyyppisiä terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita seksuaaliväkivallan uhrit käyttivät ennen ja jälkeen seksuaaliväkivaltatapahtuman?
- Minkä verran seksuaaliväkivallan uhreilla oli terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöä ennen ja jälkeen väkivaltatapahtuman ja erosiko palveluiden käyttömäärät verrokkihenkilöihin verrattuna?
- Millainen kuolleisuus oli tukikeskuksen asiakkailta verrokkeihin verrattuna?

Helsingin Seri-tukikeskus avattiin 05/2017. Muiden yliopistosairaaloiden keskuskeskukset avattiin Turkuun 05/2019, Tampereelle 06/2019, Kuopioon 10/2019 ja Ouluun 02/2020. Helsingin keskus on asiakasmäärältään suurin, ensikäyntejä vuonna 2021 oli 534. Turun ja Tampereen keskuskeskukset ovat keskenään samaa kokoluokkaa (ensikäyntejä 157 ja 144) ja Oulun ja Kuopion asiakasmäärät ovat verrattain pieniä (88 ja 65 ensikäyntiä). Rekisteritutkimuksen aineisto tulee siis koostumaan pääasiassa Helsingin tukikeskuksen asiakkaista, mutta jonkinlaista osviittaa mahdollisista alueellisista eroista voitaneen nähdä verrattaessa eri tukikeskusten asiakkaiden tausta- ja tapahtumatietoja. Lisäksi tukikeskusten tarjoamat psykososiaalisen tuen muodot eroavat jonkin verran toisistaan, joten palveluiden käyttömäärissä ja tavoissa lienee havaittavissa joitakin eroja tukikeskuspaikkakuntien välillä.

Odotuksena rekisteritutkimuksessa on, että seksuaaliväkivallan uhrit ovat käyttäneet sekä terveyden- että sosiaalihuollon palveluita enemmän kuin verrokkihenkilöt sekä

ennen että jälkeen Seri-tukikeskuksessa asioimistaan. Terveystieteiden tutkimusrekistereistä saataneen tutkittujen sairastavuudesta kuvaa diagnoosiryhmittäin. Oletuksena on, että tukikeskusten asiakkaila on enemmän ainakin mielenterveyden häiriöitä kuin verrokeilla. Mielenkiintoista on myös nähdä, onko tukikeskusasiakkaila enemmän esim. tapaturmia verrokkeihin nähden.

Kuolemansyytilastot vuodelta 2021 valmistuvat vuoden 2022 lopussa. Jo kyselytutkimuksemme perusteella voimme arvioida, että Seri-tukikeskuksen asiakkaiden kuolleisuus (1,4 %) on selvästi suurempi kuin verrokkihenkilöiden. Kliininen ennakkotuntuma tutkimusryhmällä on, että kuolemansyynä tukikeskuksen asiakkaila on usein myrkytys, tapaturma tai itsemurha, mutta aineiston valmistuttua tähänkin saadaan tarkemmin vastauksia.

## 6.2 Mitä seksuaaliväkivaltarikosten uhriksi joutumiseen johtavia yhteisiä tekijöitä voidaan tunnistaa?

Seksuaalirikoksen uhriksi joutumiselle altistaa useat tunnetut haavoittuvuustekijät, joita on pohdittu jo hankkeen väliraportissa. Näitä haavoittuvuustekijöitä ovat esimerkiksi jo edellä mainittu nuori ikä, sairaus tai vamma, päihtymystila tai muu avuton tila. Usein samalla henkilöllä on useampia haavoittuvuustekijöitä. Seksuaaliväkivallalle altistavien riskitekijöiden sijaan voidaankin puhua myös suojatekijöiden puutteesta.

Vaikka seksuaaliväkivaltaa kohtaavat kaiken ikäiset, HUS Seri-tukikeskuksen asiakkaista 70 % oli alle 30-vuotiaita painottuen nuorempiin ikäryhmiin. Vajaa 10 % asiakkaista oli tapahtuma-aikaan alaikäisiä. Kyselytutkimukseen vastanneista lähes 70 %:lla oli tai oli aiemmin ollut mielenterveydenhäiriö. Rekisteritutkimuksessa havaittiin, että 60 %:lla Seri-tukikeskuksen ensikäyntiasiakkaista oli potilastiedoissaan merkintä mielenterveyden häiriöstä. Se on suuri osuus muuhun väestöön verrattuna. Myös runsas päihteiden käyttö oli seksuaaliväkivallan uhreilla tavallista, vaikka aineistossa oli puuttuvia tietoja asiakkaiden päihdetaustan osalta. Tapahtuma-aikaan päihtyneenä oli rekisteritutkimuksen tulosten mukaan 72 % asiakkaista.

Useilla kyselytutkimuksen vastaajilla oli aikaisempia seksuaaliväkivallan ja muiden väkivallan muotojen kokemuksia. Osa asiakkaista oli hakeutunut Seri-tukikeskukseen useamman kerran eri väkivaltatapahtumiin liittyen. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että seksuaalivähemmistöjen edustajat ovat alttiimpia joutua seksuaaliväkivallan uhriksi (mm. Eisenberg ym. 2021). Kyselytutkimukseen vastanneista noin joka viides määritteli seksuaalisen suuntautumisen homo- tai biseksuaaliksi ja vajaa

10% ei halunnut kertoa suuntautumistaan tai määritteli sen muuksi kuin joksikin kyselyn vaihtoehtoista.

Tutkimustulokset vahvistavat aikaisempaa tietoa siitä, että erityiset haavoittuvuustekijät altistavat väkivallan kohtaamiselle. Kesken olevassa rekisteritutkimuksessa on tarkoitus kartoittaa useamman Seri-tukikeskuksen asiakkaiden taustatietoja. On mielenkiintoista tarkastella, löytyykö tausta- ja tapahtumatietojen suhteen eroja esimerkiksi maantieteellisen sijainnin perusteella ja näkykö mielenterveyshäiriöiden ohella mm. päihdehäiriöt seksuaaliväkivallan uhriksi päätyneen merkittävänä riskitekijänä.

## 6.3 Mitä keinoja on uhriksi joutumisen ennalta estämiseen?

Seksuaaliväkivallan ehkäisyn keinoja on pohdittu jo hankkeen väliraportissa. Terveiden edistämällä ja seksuaalikasvatuksella kaikissa elämänvaiheissa voidaan vähentää haavoittuvuustekijöiden esiintymistä ja lisätä seksuaalisen itsemääräämisoikeuden taitoja. Varhainen puuttuminen erityisesti nuorten riskikäyttäytymiseen todennäköisesti ehkäisisi ennalta haavoittuvuustekijöiden kasaantumista. Väkivallan uhrien mahdollisimman varhainen tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa, väkivallan uhan alla olevien ohjaaminen tukipalveluihin ja tukipalveluiden hyvä ja helppo saataavuus edesauttaa jo kertaalleen uhriksi joutuneiden uudelleen uhriksi joutumisen kierteen katkaisussa.

Seksuaalirikoslainsäädäntö uudistuu Suomessa suostumusperusteiseksi 1.1.2023 (Rikoslaki 8.7.2022/723). Suomen Seksuaalirikoslainsäädäntö oli vanhentunutta ja mm. Istanbulin sopimus velvoitti Suomen muuttamaan lainsäädäntöään suostumusperusteiseksi. Me too -liikkeen ja Suostumus 2018 -kansalaisaloitteen myötä seksuaalisen kanssakäymisen vapaaehtoisuus nousi melko laajaan julkiseen keskusteluun, ja lain uudistustyö on myös saanut julkisuutta. Nyt uuden lain tullessa voimaan, toivotaan sopia, että lain vapaaehtoisuuteen perustuva henki toteutuu tulevaisuuden oikeusprosesseissa.

Seksuaalikasvatuksen rooli on suuri erityisesti uusien sukupolvien kasvamisessa vapaaehtoisen seksuaalisen kanssakäymisen kulttuuriin. Esimerkiksi Amnesty International Suomi on tehnyt vastikään opetusmateriaalia nuorten seksuaalikasvatuksen tueksi otsikolla ”Puhutaan suostumuksesta!”. Materiaali on kohdennettu erityisesti kouluille, mutta myös muille nuorten kanssa työskenteleville.



## 6.4 Ovatko uhrien hoito- ja tukimuodot riittävät ja miten niitä voitaisiin kehittää?

Seri-tukikeskuksia on Suomessa tämän loppuraportin kirjoitushetkellä, eli joulukuussa 2022, jo 20 kappaletta ([www.thl.fi/seri](http://www.thl.fi/seri)). Tavoitteena on, että vuoden 2023 loppuun mennessä valtakunnallisesti kattava noin 24 Seri-tukikeskuksen verkosto olisi valmis.

Kyselytutkimuksemme mukaan Seri-tukikeskuksen asiakkaat kokivat saaneensa ensikäynnillä tarvitsemansa palvelut riittävän nopeasti (95 %) ja kattavasti (93 %). Asiakkaat kuitenkin olisivat kaivanneet lisää muun muassa oikeudellista neuvontaa, jota Seri-tukikeskukset eivät pysty tarjoamaan. Sen sijaan tutkimustulosten perusteella HUSin Seri-tukikeskuksessa on jo lisätty psykologin vastaanottojen määrää sekä aloitettu vertaistukiryhmät. Kansallisesti kuitenkin haasteena on järjestää tasavertaisesti erityisesti psykososiaalisen tuen palvelut kaikkiin tukikeskuksiin. Keskeisinä psykososiaalisen tuen hyötyinä kyselyn perusteella oli mm. asiakkaiden parantunut ymmärrys psyykkisistä traumareaktioistaan ja vähentyneet itsesyytökset. Jatkohoitoon pääsy, tuen pidempi kesto ja tukipalveluiden sijainti lähellä itseä nousivat keskeisimmiksi toiveiksi psykososiaalisen tuen palveluita käyttäneiltä.

Seri-tukikeskusten asiakkailleen tarjoama seuranta-aika on 6–12 kuukautta, mikä on usein liian lyhyt aika seksuaalirikosprosessien vuosien keston nähden. Rekisteritutkimuksessa jo pelkästään poliisin esitutkinnan mediaanikesto oli yli viisi kuukautta ja mediaaniaika rikosilmoituksesta käräjäoikeuden tuomioon oli vuosi ja 9 kuukautta. On selvää, että Seri-tukikeskuksen tarjoama alkuvaiheen tuki ei riitä koko rikosprosessin ajaksi. Jatkotuen järjestäminen koko rikosprosessin ajaksi onkin haaste.

## 6.5 Millaisia pitkän aikavälin kustannusvaikutuksia oikea-aikaisesti saadulla hoidolla ja tuella on?

Kyselytutkimuksessa Seri-tukikeskuksen asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kokivat saaneensa tarvittaessa yhteyden tukikeskukseen riittävän nopeasti ja toisaalta olivat tyytyväisiä siihen, että tukikeskuksesta päin oltiin heihin aktiivisesti yhteydessä. Psykososiaalisen tuen palveluista asiakkaat kokivat hyötyä mm. omien reaktioiden ymmärtämisessä, itsesyytösten vähentämisessä ja arjen askareisiin palaamisessa. Nämä kaikki ovat toipumisen tavoitteita, joita tukikeskuksen vakauttavalla psykososiaalisella hoidolla ja annetulla psykoedukaatiolla nimenomaan tavoitellaan. Kyselytutkimuksen vastaajien ensikäynnistä oli aikaa keskimäärin kaksi vuotta

(vaihteluväli noin 1–4 vuotta), joten ainakin yksilötasolla Seri-tukikeskuksen tarjoama tukimalli vaikuttaisi toimivalta ja oikea-aikaiselta ainakin alkuvaiheen hoidon osalta.

Rekisteritutkimuksessa on tarkoitus selvittää suomalaisissa tukikeskuksissa tutkittujen uhrien terveyttä ja haavoittuvuustekijöiden esiintyvyyttä ennen seksuaaliväkivaltatapahtumaa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää seksuaaliväkivaltatapahduman jälkeistä terveyspalveluiden käyttöä ja kuolleisuutta. Rekisteritutkimuksen avulla Seri-tukikeskusten hoidon vaikuttavuutta voidaankin arvioida hieman pidemmällä aikavälillä. Oletuksena kuitenkin on, että Seri-tukikeskusten tarjoama varhainen tuki luonnollisesti nostaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia lyhyellä aikavälillä alkuvaiheessa tarjotun tiiviin tuen vuoksi. Nähtäväksi kuitenkin jää, väheneekö tuen tarve pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna.

Vuonna 2022 päättyneessä Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat kustannukset Suomessa (LAKU) -hankkeessa osoitettiin lähisuhdeväkivallan aiheuttavan merkittäviä kustannuksia terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluiden lisääntyneen käytön myötä. Tulosten perusteella laadittujen suositusten mukaan väkivaltaan tulee puuttua tehokkaammin ja vähentää siten inhimillistä kärsimystä ja yhteiskunnallisia kustannuksia. Ensivaiheen auttaminen ja palveluihin ohjaaminen on tärkeää sisällyttää osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon perustyötä. Väkivallan systemaattinen kirjaaminen ja tilastointi on tärkeää toisaalta asiakastyön tueksi ja väkivallan yleisyyden esiintuomiseksi, mutta niitä tulee hyödyntää myös tiedolla johtamisessa, palveluiden järjestämisessä ja kehittämisessä (Siltala ym. 2022). Seri-tukikeskuksissa tilastoitujen tietojen avulla saadaan tietoa asiakkaiden tausta- ja tapahtumatiedoista sekä palveluiden käytöstä. Kuten Istanbulin sopimuksen velvoittaa, on tärkeää mahdollistaa aiheen tutkimus jatkossakin tilannekuvan ylläpitämiseksi ja seksuaaliväkivallan uhrien palvelujen kehittämiseksi.

Rikosprosessia selvittäneessä tutkimuksessa Seri-tukikeskuksessa otettuja oikeuslääketieteellisiä näytteitä ja lääkärinlausuntoja oli hyödynnetty kattavasti käräjä- ja hovioikeuden ratkaisuihin. Luotettavassa prosessissa otetut oikeuslääketieteelliset näytteet varmistavat sekä uhrien (asianomistajien) että epäiltyjen tekijöiden (vastaajien) oikeusturvaa. Tutkimuksen aikana ainoastaan kahdessa tapauksessa lääkäri oli todistamassa henkilökohtaisesti käräjäoikeudessa. Kattavat ja huolella tehdyt lääkärinlausunnot huolellisesti tehdyistä ja dokumentoiduista oikeuslääketieteellisistä tutkimuksista riittävät oikeudenkäynnissä kirjallisina todisteina, eikä lääkäreitä tarvitse kutsua henkilökohtaisesti oikeudenkäyntiin. Tämä käytäntö on sekä terveydenhuollon että oikeusjärjestelmän kannalta hyödyllistä ja kustannusvaikuttavaa.

Rikosprosessia selvittävän tutkimusjakson jälkeen lausuntopyynnöt HUS Seri-tukikeskuksen psykologille ovat lisääntyneet merkittävästi. Psykologi on ollut myös todistamassa aineiston keruun jälkeen useita kertoja. Lausunto- ja todistamispyynnöissä on

ollut pääsääntöisesti kyse asiakkaan psyykkisen oireilun kuvailemisesta seksuaaliväkivaltatahtuman jälkeen, oireilun syy-yhteyden määrittämisestä suhteessa väkivaltatahtumaan ja psyykkisen haitan asteen arvioinnista. Lääkäreille on lainsäädännössä annettu erillisoikeus korvata oikeudessa suullinen todistaminen kirjallisella lausunnolla, kunhan se on vahvistettu sanoilla ”minkä kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan” ([Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä, 4 Luku, 23 §](#)). Psykologeilla tai muilla terveydenhuollon ammattilaisilla tällaista oikeutta todistaa kirjallisella lausunnolla ei lähtökohtaisesti ole, jos he todistavat yksittäisen hoitamansa asiakkaan asiassa.

Seksuaaliväkivallasta aiheutuneesta haitasta saatava korvaus voi olla väkivallan uhrielle merkittäväkin taloudellinen asia. Rikosvahingon korvausten suuruutta ohjaa Henkilövahinkoasiain neuvottelukunnan suositukset, mutta suositus ei sido tuomioistuinta. Jatkossa psykiatrien ja/tai psykologien laatima strukturoitu lausuntomalli psyykkisen haitan arvioinnista voisi yhtenäistää sekä psyykkisen haitan arviointia että tasapuolistaa tuomioistuimen määräämien vahingonkorvausten määrää. Apuna tässä voisi olla myös hoitaneen psykiatrin tai psykologin lausuntoon liitettävä asiantuntijoiden laatima yleislausunto seksuaaliväkivallan aiheuttamista tyypillisistä psyykkisistä haitoista haittojen arvioinnista.

Julkisin varoin toteutettavan hoidon pitää olla vaikuttavaa ja mahdollisuuksien mukaan myös kustannusvaikuttavaa. Koska seksuaaliväkivallan aiheuttamaa kustannusvaikutavuutta on kuitenkin erittäin vaikea arvioida sen moniulotteisten vaikutusten vuoksi, hoidon vaikuttavuuden arvioissa, resurssien kohdentamisessa ja aiheeseen liittyvässä päätöksenteossa tulee ottaa huomioon myös inhimillinen ja eettisesti kestävä näkökulma.

## 7 Suositukset kehittämistoimenpiteiksi

Seuraavaksi esitetään hankkeen tulosten pohjalta suosituksia kehittämistoimenpiteiksi, jotta seksuaalirikoksia kyettäisiin ehkäisemään ennalta paremmin, suojaamaan tehokkaammin riskiryhmissä olevia, vähentämään uhrien haavoittuvuutta sekä kohdentamaan riittävät ja oikea-aikaiset hoito- ja tukitoimenpiteet oikein.

### Suosituksukset ennaltaehkäisyyn ja riskiryhmien suojaamiseen

- Seksuaalikasvatusta tulee olla tarjolla systemaattisesti, kattavasti ja ikätasoisesti kaikille aloittaen varhaislapsuudesta pitkälle aikuisuuteen asti. Erityisesti huomiota on kiinnitettävä haavoittuvassa asemassa olevien seksuaalikasvatukseen.
- Seksuaaliväkivallan seulontaa sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee lisätä ja väkivaltaa kohdanneille tulee olla tarjolla toimivat matalan kynnyksen tukipalvelut.

### Suosituksukset seksuaaliväkivaltaa kohdanneiden hoitoon

- Seri-tukikeskusverkosto tulee laajentaa kattamaan alueellisesti ja tasa-arvoisesti koko Suomi.
- Psykososiaalisen tuen palvelut tulee saada tarjolle tasa-arvoisesti koko maahan Seri-tukikeskuksiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin, joissa hoidetaan seksuaaliväkivallan uhreja. Myös vertaistuen mahdollisuuksia tulee kehittää. Palveluiden tulee olla saatavilla riittävän pitkään huomioiden oikeusprosessien pitkä kesto.
- Oikeudellisen neuvonnan palveluita tulee lisätä Seri-tukikeskuksen asiakkaille. Tieto rikosprosessin kulusta ja mahdollisuudesta maksuttomaan oikeusapuun jo rikosprosessin alkumetreiltä pitää olla tasavertaisesti saatavilla kaikille.
- Ammattilaisia sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa, poliisissa että tuomioistuimissa tulee kouluttaa kohtaamaan seksuaaliväkivallan uhreja traumainformoidusti.
- Perustetaan valtakunnallinen Seri-tukikeskusrekisteri, johon kerätään hoidon laadun arvioimiseksi ja seuraamiseksi tarpeelliset tiedot. Rekisteri mahdollistaisi jatkossa paitsi tukikeskusten palveluiden laadun seurannan, niin myös hoidon vaikuttavuuden tutkimisen pitkällä aikavälillä.
- Seksuaaliväkivaltaa kohdanneita koskevaan tutkimukseen on oltava resursseja jatkossakin.

## Liitteet

**Liite 1. Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät ja palvelujen käyttö -osatutkimukseen Seri-tukikeskusten ja sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereitä yhdistävän rekisteritutkimuksen aineiston muodostamisen vaiheet Findatassa.**

Vaiheet	Aineiston muodostamisen vaiheet
I vaihe	1. Findata lähettää aineistopyynnöt sairaanhoitopiireille.
	2. Sairaanhoitopiirit poimivat kohdejoukon henkilötunnukset ja aineiston, ja toimittavat tiedot Findataan.
	3. Findata poistaa datasta niiden tutkittavien henkilötunnukset ja tiedot, jotka ovat kieltäneet tietojensa käytön toisilain mukaisissa tutkimustarkoituksissa (tehneet ilmoituksen Findataan).
II vaihe	4. Findata toimittaa kohdejoukon henkilötunnukset DVV:lle verrokkipoimintaa varten.
	5. DVV toimittaa verrokkien henkilötunnukset ja pyydetty verrokkien muuttajat Findataan.
	6. Findata poistaa niiden verrokkien henkilötunnukset, jotka ovat kieltäneet tietojensa käytön toisilain mukaisissa tutkimustarkoituksissa (tehneet ilmoituksen Findataan).
III vaihe	7. Findata lähettää aineistopyynnöt ja toimittaa kohdejoukon ja verrokkien henkilötunnukset <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilastokeskukselle (kuolemansyyt, vuosien 2012–2020 aineisto) ja</li> <li>- THL:ään (Terveyshilmo ja Avohilmo, mahdollisesti Sosiaalihilmo) aineistopoimintaa varten. Huom! Sosiaalihilmon tiedot poimitaan kaikki yhdellä kertaa sitten, kun vuoden 2021 tiedot ovat valmistuneet. Jos Sosiaalihilmon vuoden 2021 tiedot eivät ole vielä tässä vaiheessa valmistuneet, poimitaan ainoastaan Terveyshilmo ja Avohilmo.</li> </ul>
	8. Findata toimittaa sairaanhoitopiireistä poimitun aineiston THL:ään.
	9. Tilastokeskus toimittaa aineiston THL:ään.

Vaiheet	Aineiston muodostamisen vaiheet
	10. THL pseudonymisoi aineiston <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sairaanhoidopiirien aineisto</li> <li>- DVV:n aineisto</li> <li>- TK:n kuolemansyyt 2012–2020</li> <li>- Terveyshilmo</li> <li>- Avohilmo</li> <li>- (mahdollisesti Sosiaalihilmo)</li> </ul>
	11. THL toimittaa pseudonymisoidun aineiston Findataan.
	12. Findata siirtää pseudonymisoidun aineiston luvansaajan käyttöön Findatan Kapseliin.
IV vaihe	13. Findata lähettää aineistopyynnön THL:ään. THL poimii kohdejoukolle ja verkkeille (Huom, samat henkilöt kuin edellisessä poiminnassa!) aineiston Sosiaalihilmon rekisteristä syksyllä 2022 heti sen julkaisemisen jälkeen.
	14. THL pseudonymisoi aineiston
	15. THL toimittaa pseudonymisoidun aineiston Findataan.
	16. Findata siirtää pseudonymisoidun aineiston luvansaajan käyttöön Findatan Kapseliin.
V vaihe	17. Findata lähettää aineistopyynnön Tilastokeskukselle 9.12.2022 jälkeen, kun kuolemansyytilasto vuodelta 2021 on valmistunut (kuolemansyyt, vuoden 2021 aineisto).
	18. Tilastokeskus toimittaa aineiston THL:ään.
	19. THL pseudonymisoi aineiston
	20. THL toimittaa pseudonymisoidun aineiston Findataan.
	21. Findata siirtää pseudonymisoidun aineiston luvansaajan käyttöön Findatan Kapseliin.

**Liite 2. Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät ja palvelujen käyttö -osatutkimukseen HUS, TYKS, TAYS, KYS ja OYS Seri-tukikeskuksista poimitut muuttajat ja niiden määritelmät. Yli 16-vuotiaiden asiakkaiden ensikäynti oli 1.6.2017–31.8.2020 ja heidän seurantatietonsa 31.8.2021 asti (ad 1 vuosi ensikäynnistä).**

Poimitut muuttajat	Määritelmä
Hetu	Tutkittavan henkilötunnus
Syntymäaika	Tutkittavan syntymäaika (dd.mm.yyyy)
Tukikeskuspaikkakunta	1=HUS, 2=TYKS, 3=TAYS, 4=KYS, 5=OYS
Kotikunta	Tutkittavan kotikunta tutkimushetkellä
Sukupuoli	Sukupuoli (n/m/trans/inter/muu)
Päivämäärä	Ensikäynnin pvm (dd.mm.yyyy). Jos ensikäynti muualla, pvm jolloin ensimmäinen kontakti tukikeskukseen.
Viikonpäivä	Ensikäynnin viikonpäivä (ma/ti/ke/to/pe/la/su)
Klo	Ensikäynnille tuloaika tunnin tarkkuudella (0-23)
Milloin_tapahtui	Aika vuorokausina tapahtumasta tukikeskukseen hakeutumiseen (0=alle 24h tapahtumasta, 1= 24-47h, 2=48-72h, tapahtumasta jne.)
Poliisi_ohjannut_tukikeskukseen	Poliisi ohjannut tukikeskukseen eli rikosilmoitus on tehty ennen tukikeskukseen tuloa. 1=kyllä, 0=ei, 2=ei tietoa
Rikosilmoitus_tehty_ensikäynnillä	Rikosilmoitus tehty ensikäynnin yhteydessä (Poliisi pyydetään rikosilmoituksen tekoa varten tukikeskukseen tai sovitaan poliisin kanssa, milloin tutkittava menee poliisilaitokselle). 1=kyllä, 0=ei, 2=ei tietoa
Oikeuslääketieteelliset_näytteet	Oikeuslääketieteelliset näytteet otettu ensikäynnillä P=Poliisin pyynnöstä=rikosilmoitus tehty aiemmin tai tehdään tukikeskuksessa, V=Varalle=rikosilmoitusta ei ole tehty ensikäynnin aikana, M=muualla=näytteet otettu toisella paikkakunnalla, E=Ei=oikeuslääketieteellisiä näytteitä ei otettu ollenkaan
Oikeuskemialliset_näytteet_ensikäynnillä	Oikeuskemialliset näytteet ensikäynnillä. K=kyllä=oikeuskemiallinen veri- ja/tai virtsanäyte otettu poliisille tai varalle, E=Ei oikeuskemiallisia näytteitä
Alkoholi	Puhallutuksen tulos oikeuslääketieteellisen tutkimuksen yhteydessä (promilleina) / Ei puhallutettu

Poimitut muuttajat	Määritelmä
Vammoja	Oikeuslääketieteellisessä tutkimuksessa todetut vammat. 0=Ei vammoja, 1=Pää ja kaula, 2=Vartalo, 3=Raajat, 4=Genitaalit, 9=Ei tutkimusta. Mikäli vammoja ei kohdissa, erota pilkulla (esim: 1,3,4)
HIV_lääkitys	HIV-estolääkitys aloitettu tukikeskuksesta. K=kyllä, E=ei
Hepatiittirokote	B-hepatiittirokotesarja aloitettu tukikeskuksessa. K=saanut b-hepatiittirokotuksen/-set, E=ei rokotusta
Päihtynyt_tapahtumahetkellä	Päihtymys tapahtumahetkellä tutkittavan kertoman tai muun tiedon mukaan. 0=Ei, 1=Kyllä, 2=Ei tietoa
Päihdetausta	0=Ei, 1=Kyllä, 2=Ei tietoa. 1=Tekstissä maininta aiemmasta ongelmallisesta päihteiden käytöstä / päihteiden vuoksi yhteydenottoja terveydenhuoltoon tai muihin viranomaisiin / tekstissä kuvattu alkoholin käyttö vastaa AUDIT-kyselyssä > 8 pistettä (=riskikäytön raja)
Mielenterveystausta	0=Ei, 1=Kyllä, 2=Ei tietoa. 1= Diagnosoitu mielenterveyden häiriö/ tekstissä maininta aiemmasta/nykyisestä mielialalääkityksestä/hoitokontaktista psykiatriseen hoitoon
Psykiatrinen_hoitokontakti	0=Ei, 1=Kyllä, 2=Ei tietoa. 1= Ensikäyntihetkellä olemassa oleva psykiatrinen hoitokontakti (johonkin muualle kuin Seritukikeskukseen)
Epäilty_tekijä	Tekijätieto ensikäynnillä: 1=puoliso, seurustelu/asuinkumppani, lähisukulainen (=1. asteen sukulainen), 2=Uhrille entuudestaan tuttu henkilö (esim. kaveri, muu sukulainen, työ/harrastuskaveri), 3=Uhri tavannut tekijän ensimmäisen kerran edeltävän 24h aikana., 0= tekijä entuudestaan täysin tuntematon, 9=ei tietoa eli ei esim. muistikuvia mahdollisesta tekijästä
Klamydia_ensikäynnillä	Klamydiatesti positiivinen ensikäynnillä. 0=Ei, 1=Kyllä, 2=Ei otettu
Klamydia_1kk_kontrollissa	Klamydiatesti positiivinen 1kk kontrollissa. 0=Ei, 1=Kyllä, 2=Ei otettu
Aiempi_seksuaaliväkivaltakokemus	Aiempi seksuaaliväkivaltakokemus. 0=Ei, 1=Kyllä yli 16-vuotiaana tai vanhempana, 2=Kokemus lapsuudessa (<16v), 9=Ei tietoa



Poimitut muuttujat	Määritelmä
<b>6 kk seurantatiedot</b>	
Klö_käynnit_määrä_ad_6kk	Kättilökäyntien kokonaismäärä (lukumäärä) 6kk seuranta-aikana, esim. jatkohoidon suunnittelu kasvotusten hoitopuhelun sijaan, rokotuskäynnit, hoitokäynti klamydian vuoksi
Klö_soitot_määrä_ad_6kk	Kättilön yhteydenotot (lukumäärä) 6kk seuranta-aikana. Sisältää yhteydenotot (puhelut ja tekstiviestit) asiakkaalle sekä asiakkaan puolesta puhelut esim toiselle ammattihenkilölle.
Psykologi_käynnit_ad_6kk	Seri-tukikeskuksen psykologikäyntien lukumäärä 6kk seurannan aikana
Psykologi_Läheisten_tapaamisia_ad_6kk	Psykologi tavannut läheisiä, käyntien lukumäärä
Kriisityöntekijä_käynnit_ad_6kk	Käyntien lukumäärä muun Seri-tukikeskuksen kriisityöntekijän luona kuin psykologin, esim. kriisityöntekijän tai psyk sairaanhoitajan tapaamiset 6kk aikana tapahtumasta
Sos_käynnit_ad_6kk	Sosiaalityöntekijän käynnit (lukumäärä). Asiakas tai asiakkaan omainen on käynyt tukikeskuksessa/sosiaalityöntekijä käynyt muualla tapaamassa asiakasta. HUOM! HUSissa Sos-käynnit (ad 6kk) 1.1.2018-29.2.2020 käynnit+soitot tilastoitu yhteen.
Sos_soitot_ad_6kk	Sosiaalityöntekijän puhelut/tekstiviestit (lukumäärä) asiakkaalle tai asiakkaan omaiselle sekä asiakkaan puolesta puhelut esim toiselle ammattihenkilölle. HUOM! HUSissa Sos-käynnit (ad 6kk) 1.1.2018-29.2.2020 käynnit+soitot tilastoitu yhteen. merkitty x, kun tieto ei saatavilla.
Sos_avun_tarve_ad_6kk. HUS Sos avun tarve 0=ei tarvetta / 1=päihde / 2=asuminen / 3=raha-asiat / 4=muut	Sosiaalityön laatu eli millaista apua sosiaalityöntekijältä on tarvinnut. 0=Ei sosiaalityön tarvetta / Vapaa teksti minkälaisissa asioissa autettu. esim. päihde/asuminen/raha-asiat.
LASUilmoitus_ad_6kk	Lastensuojeluilmoitus tehty tukikeskuksesta. 0=Ei, 1=Kyllä=lastensuojeluilmoitus tehty asiakkaasta / asiakkaan lapsista
Psykiatrin_konsultatio_ad_6kk	Psykiatrin konsultaatio tukikeskuksesta (ad 6kk). 0=Ei, 1=Lääkäri tehnyt lähetteen psykiatrilta jatkohoitoon (esim. M1, konsultaatiopsykiatrian pkl tai muu psykiatri)
Ohjattu_jatkotukeen	Ohjattu jatkotuen piiriin, minne (vapaa teksti, esim. Tyttöjen talo, tukinainen, oma terapiakontakti jne.)

Labseuranta_toteutunut_ad_6kk	Laboratorio-seuranta toteutunut ad 6kk protokollan mukaan. Ei=0, 1= Kyllä, asiakas on käynyt protokollan mukaisissa seurantalabroissa (muutamien päivien - parin viikon heitto sallitaan, kunhan on käynyt kaikki labrakerrat).
Muu_infektio_kuin_klamydia_ad_6kk	Muu seksi-tai veriteitse tarttuva tauti kuin klamydia (ensi- tai 1kk käynnillä) todettu 6kk seurannan aikana. 0= Ei / Vapaa teksti mikä infektio todettu, onko ollut tiedossa aiemmin
<b>1 v seurantatiedot</b>	
Soitto_pvm_1v	Varalle otetuista näytteistä soitetun 1v-puhelun päivämäärä (dd.mm.yyyy)
Näytteen_säilytyksen_jatko_1v	Oikeuslääketieteellisten näytteiden säilytyksen jatkaminen 1v kuluttua ensikäynnistä. K=jatketaan säilytystä ad 20v / E=näytteet hävitetään / R=rikosilmoitus tehty 1v kuluessa
Muu_tuki_1v	Onko hakenut muualta kuin Seri-tukikeskuksesta tukea 1v aikana: 0= ei / 1=kyllä / 2=Ei tietoa
<b>Lääkärinlausunnot</b>	
Lausuntotiedon_pvm	Lausuntotiedon poimintapäivämäärä (dd.mm.yyyy)
Lausuntopyyntö	Lausuntopyyntö tullut lääkärille 1=kyllä, 0= Ei
Lausuntopyynnön_pvm	Lausuntopyynnön päivämäärä (dd.mm.yyyy)
Muuta_huomioitavaa	Muuta erityistä huomioitavaa tukikeskuksen palvelujen tarpeesta tai käytöstä, esim: Ensikäynti muualla / Monesko ensikäynti Seri-tukikeskuksessa, jos useita käyntejä / Tiedossa oleva EXITUS tms.

**Liite 3. Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät ja palvelujen käyttö -osatutkimukseenväestötietojärjestelmästä Digi- ja väestötietovirastosta (DVV) poimittujen verrokkien kaltaistuskriteerit ja heistä poimitut muuttajat. Indeksipäivä oli ensimmäisen Seri-tukikeskuskäynnin käyntipäivämäärä.**

### Kaltaistuskriteerit

Ikä
Sukupuoli
Sama indeksipäivän kotikunta
Äidinkieli mikä tahansa kieli
Kullakin tutkittavalla yksilöllinen verrokki
Toinen tutkittava ei voi olla verrokki
Verrokki voi olla tutkittavan kaksoissisar tai -veli
Myös kuolleille kohdehenkilöille poimittiin verrokki
Verrokkihenkilö voi olla kuollut poimintahetkellä

### Poimitut muuttajat

Tutkimushenkilön henkilötunnus
Verrokkihenkilön numero
Verrokkihenkilön henkilötunnus
Kuolinpäivä
Syntymäpäivä
Sukupuoli
Äidinkieli
Indeksipäivä
Indeksipäivän kotikunta (kuntanumero ja kunnan nimi)
Poimintapäivän kotikunta (kuntanumero ja kunnan nimi)

**Liite 4. Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät ja palvelujen käyttö -osatutkimukseen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekisteristä (Terveyshilmo) poimitut muuttajat aikaväliltä 1.1.2012–31.12.2021.**

**Poimitut muuttajat**

Palveluntuottaja PALTU
Palveluntuottajan palveluyksikkö PALTUTAR
Seurantatietueen päivitys SEURANTATIETUE_PAIVITETTY
Palveluala PALA
Erikoisala EA
Hoidon kiireellisyys KIIREELLISYYS
Yhteystapa YHTEYSTAPA
Käynnin vastaanottaja VASTOTT
Käynnin kävijäryhmä KAVIJARY
Käynnin toteuttajan ammatti AMMATTITK
Asiakkaan henkilötunnus KRYPT
Väestövastuualue VVAL
Ulkomailla asuvan kotimaan koodi ULASU
Saapumispäivä ja -kellonaika TUPVA
Saapumistapa SATAP
Hoitoon tulon syy TUSYY<n>
Päädiagnoosi PDGO, PDGE
Sivudiagnoosit SDG<n>O, SDG<n>E
Ulkoinen syy ULKSYY<n>
Tapaturmatyyppi TAPTYYP<n>
Pitkäaikaisdiagnoosi PITKADIAG<n>O, PITKADIAG<n>E
Haittavaikutus HHAITTA
Haittavaikutuksen syy HAITYYP
Haittavaikutuksen seuraus HAIDIAG<n>O, HAIDIAG<n>E
Haittavaikutuksesta aiheutunut toimenpide HAITMP<n>

## Poimitut muuttajat

Haittavaikutus (elinryhmä) HAITMPZS
Toimenpide TOIMP<n>
Toimenpiteen aloitusaika TOIMPALKUPVM<n>
Toimenpiteen lopetusaika TOIMPLOPPUPVM<n>
Tehohoidon aloitusaika TEHOALKUPVM
Tehohoidon lopetusaika TEHOLOPPUPVM
Tehohoidon toimenpidekoodi TEHOTYYPPI<N>
Lähtöpäivä ja -kellonaika LPVM
Jatkohoito JATKOH
Pitkäaikaishoito PITK
Psykiatrian erikoisalan potilas PSYKP
Tulotapa psykiatriselle osastolle TUTAP
Tahdosta riippumattoman hoidon kesto TRKESTO
Hoitokerta psykiatrian sairaansijalla HOIKER
Suunnitellusti toistuva hoitajakso SUUNNITHOITO
Hoitojakson syynä on itsemurhayritys ITSHOITO
Itsemurhayritys psykiatrian laitoshoidossa ITSPSYK
Lääkehoito psykiatrian osastohoidossa LAAKPSYK
Toteutettu lääkehoito psykiatrian osastohoidossa TOTLAAKPSYK<N>
Pakkotoimet psykiatrian osastohoidossa PAKPSYK
Toteutetut pakkotoimet psykiatrian osastohoidossa TOTPAKPSYK<N>
Kunnan maksuosuus hoitajaksosta KUNTMK
Maksuperuste MAPER
Toisen shp:n maksuosuus TOISAIRMK
Asiakkaan maksuosuus ASMK
Muun maksajan maksuosuus MUUMMK
Hoitojakson tai käynnin kokonaiskustannus KOKKUST

**Liite 5. Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät ja palvelujen käyttö –osatutkimukseen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) poimitut muuttajat aikaväliltä 1.1.2012–31.12.2021.**

**Poimitut muuttajat**

Henkilötunnus ASIAKAS_HENKILOTUNNUS
Palveluntuottaja PALVELUNTUOTTAJA
Palveluyksikkö PALVELUNTUOTTAJA_YKSIKKO
Seurantatietueen päivitysaika SEURANTATIETUE_PAIVITETTY
Käynti ajankohdan aloitus KAYNTI_ALKOI
Käynti ajankohdan lopetus KAYNTI_LOPPUI
Ammattiluokka AJANVARAUS_AMMATTIOIKEUS
Ammatti AJANVARAUS_AMMATTI
Palvelumuoto AJANVARAUS_PALVELUMUOTO
Yhteystapa AJANVARAUS_YHTEYSTAPA
Hoidon kiireellisyys KAYNTI_KIIREELLISYYS
Käynnin luonne KAYNTI_LUONNE
Erikoisala KAYNTI_ERIKOISALA
Käyntisyys ICD10 ICD10
Ulkoinen syy ICD10 ULKOINEN_SYYY
Tapaturmatyyppi ICD10 TAPATURMATYYPPI
Käyntisyys ICPC2 ICPC2
Pitkäaikaisdiagnoosi ICD10
Toimenpide TOIMENPIDE
Suun th toimenpide TOIMENPIDE
Jatkohoito TOIMENPIDE
Työkyvyttömyys alkoi TYOKYVYTTOMYYS_ALKOI
Työkyvyttömyys loppui TYOKYVYTTOMYYS_LOPPUI

**Liite 6. Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät ja palvelujen käyttö –osatutkimukseen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteristä (Sosiaalihilmo) poimitut muuttajat aikaväliltä 1.1.2012–31.12.2021.**

**Poimitut muuttajat**

Vuosi VUOSI
Ilmoituslaji ILAJI
Palveluntuottajan tunnus PALTU
Palveluntuottajan tarkennin PALTUTAR
Kryptattu henkilötunnus KRYPTHT
Palveluala PALA
Vakituinen asumismuoto VAKASUM
Hoitoontulopvm TUPVA
Hoitoontulon pääsyy TUSYY1
Hoitoontulon 2.syy TUSYY2
Hoitoontulon 3.syy TUSYY3
Hoidon tarve tullessa HOITOITU
Päädiagnoosi ICD-10 (oired.) PDGO
Päädiagnoosi ICD-10 (syöd.) PDGE
1. sivudiagnoosin oireyhtymä SDG10
1. sivudiagnoosi ICD-10 (syöd.) SDG1E
Päädiagnoosi ICD-9 PDG
Sivudiagnoosi ICD-9 SDG1
Hoidon tarve lähtiessä/laskentahetkellä HOITOI
Pitkäaikaishoito PITK
Lomapäivien lkm LOMAPVM
Lähtöpvm LPVM
Jatkohoito JATKOH
Tarkoituksenmukainen hoitopaikka TARHP

Hoitopäivät jakson alusta HOITOPV

Kalenterivuoden hoitopäivät KVHP

Tyyppi TYYPPI

2. sivudiagnoosin oireyhtymä SDG2O

2. sivudiagnoosi ICD-10 (syyd.) SDG2E

**Liite 7. Seri-tukikeskuksissa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatekijät ja palvelujen käyttö –osatutkimukseen Tilastokeskuksesta poimittavat muuttajat aikaväliltä 1.1.2012–31.12.2021.**

**Poimittavat muuttajat**

Kuolleen henkilötunnus

Sukupuoli

Ikä kuolinhetkellä

Kuolinpäivä

Kuolemansyyn selvittämisen peruste

Kuolinmaa

Kuolinpaikka

Tilaston peruskuolemansyy

Tilaston peruskuolemansyyn aikasarjaluokitus (54-luokkaa)

Tapaturman tai väkivallan ulkoinen syy tilaston peruskuolemansyynä (122-luokkaa)

Tapaturman tapahtumapaikka (tapaturmatyyppi)

Tilaston peruskuolemansyyn 1. rinnakkaiskoodi

Tilaston peruskuolemansyyn 2. rinnakkaiskoodi

Tilaston peruskuolemansyyn 3. rinnakkaiskoodi

Välitön kuolemansyy

1. välivaiheen syy

2. välivaiheen syy

1. myötävaikuttava syy (lapsen 1. muu syy)

2. myötävaikuttava syy (lapsen 2. muu syy)



## Poimittavat muuttajat

3. myötävaikuttava syy (lapsen kuolemaan vaikuttanut äidin tärkein syy)
4. myötävaikuttava syy (lapsen kuolemaan vaikuttanut äidin 1. muu syy)
5. myötävaikuttava syy (lapsen kuolemaan vaikuttanut äidin 2. muu syy)
6. myötävaikuttava syy
Kuolemansyy tapahtumatiedoista ( lapsen 3. muu syy)
Asuinkunta kuolinhetkellä
Kuolemanluokka
Tilaston peruskuolemansyyn 4.rinnakkaiskoodi
Tilaston peruskuolemansyyn 5. rinnakkaiskoodi
Välittömän kuolemansyyn 1. rinnakkaiskoodi
1. välivaiheen syyn 1. rinnakkaiskoodi
2. välivaiheen syyn 1. rinnakkaiskoodi
1. myötävaikuttavan syyn 1. rinnakkaiskoodi
1. myötävaikuttavan syyn 2. rinnakkaiskoodi
1. myötävaikuttavan syyn 3. rinnakkaiskoodi
1. myötävaikuttavan syyn 4. rinnakkaiskoodi
1. myötävaikuttavan syyn 5. rinnakkaiskoodi
2. myötävaikuttavan syyn 1. rinnakkaiskoodi
3. myötävaikuttavan syyn 1. rinnakkaiskoodi
4. myötävaikuttavan syyn 1. rinnakkaiskoodi
5. myötävaikuttavan syyn 1. rinnakkaiskoodi
Alkoholisyys (laaja määritelmä)
Huumeluokitus (EMCDDA)
Kuolinkunta
Kuolleeksijulistamispäivämäärä

## Lähteet

Alaattinoğlu D, Kainulainen H & Niemi J. Raiskausrikosten eteneminen rikosprosessissa. Turun yliopisto. Oikeustieteellisen tiedekunnan tutkimusraportteja ja katsauksia 1/2020.

Amnesty International. Time for change – Justice for rape survivors in the Nordic countries. 2019. <https://www.amnesty.org/en/documents/eur01/0089/2019/en/>

Arend E, Maw A, De Swardt C, Denny L.A, Roland M. South African Sexual Assault Survivors' Experiences of Post-Exposure Prophylaxis and Individualized Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2013, Vol. 24(2):154-165.

Arponen I. Factors related to rape victims' decision to file police reports. Pro gradu. Åbo Akademi. Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi. 2021. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021063040699>

Basile KC, Hertz MF, Back SE. Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2007.

Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract* 2000;49:896–903.

Campbell R, Patterson D & Bybee D. Prosecution of adult sexual assault cases: a longitudinal analysis of the impact of sexual assault nurse examiner program. *Violence Against Women*. 2012, Vol. 18(2), 223–244.

Cochran C.B. An Evidence-Based Approach to Suicide Risk Assessment After Sexual Assault. *Journal of Forensic Nursing*. 2019, Vol. 15(2), 84-92.

Cook Heffron L, Busch-Armendariz N.B, Vohra S.S, Johnson R.J, Camp V. Giving Sexual Assault Survivors Time to Decide: An Exploration of the Use and Effects of the Nonreport Option. *American Journal of Nursing*. 2014, Vol. 114(3). 26-35.

Devries K, Mak J, Bacchus L, Child J, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts C. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine*, 2013, 10(5), e1001439, doi:10.1371/journal.pmed.1001439.

Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *International Journal of Family Medicine*. 2013, Article ID 313909, <https://doi.org/10.1155/2013/313909>

Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 2013, e001570. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/1/e001570.full.pdf>

DuMont J, Macdonald S, White M, Turner L, White D, Kaplan S, Smith T. Client satisfaction with nursing-led sexual assault and domestic violence services in Ontario. *Journal of Forensic Nursing*. 2014, Vol. 10(3), 122-134.

Eisenberg M, Lust K, Mathiason M, Porta C. Sexual assault, sexual orientation, and reporting among college students. *Journal of Interpersonal Violence* 2021, 36(1–2), 62–82. <https://doi.org/10.1177/0886260517726414>

Ekström V. Violence against women – social services support during legal proceedings. *European Journal of Social Work*. 2015, Vol. 18(5), 661–674.

Euroopan neuvoston yleissopimus naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemisestä ja torjumisesta. 2011. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462532>

Fagerlund M & Toivonen V-M. Rikosprosessin kesto lapsiin kohdistuvissa seksuaalirikoksissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:3.

Feldhaus KM, Kozoil-McLain J, Amsbury HL ym. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997;277:1357–61.

Ferree N.K, Wheeler M, Cahill L. The influence of emergency contraception on post-traumatic stress symptoms following sexual assault. *Journal of Forensic Nursing*, 2012, Vol. 8(3), 122-130.

FRA 2014. Violence against women: an EU-wide survey. European Union Agency for Fundamental Rights.

Garcia L, Soria C, Hurwitz E. Homicides and intimate partner violence. A literature review. *Trauma, Violence & Abuse* 2007, 8(4), 370–383. DOI: 10.1177/1524838007307294.

Gonzales J, Jetelina K, Olague S, Wondrack J. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. *Preventive Medicine*. 2018, 114, 168–179. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.07.008>

Hackenberg EAM, Sallinen V, Handolin L, Koljonen V. Victims of Severe Intimate Partner Violence Are Left Without Advocacy Intervention in Primary Care Emergency Rooms: A Prospective Observational Study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021, 36(15-16), 7832-7854. DOI: 10.1177/0886260519837649.

Hackenberg E. Trauma-informed care for injuries after intimate partner violence. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, 2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-8198-5>

Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, ym. Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: Findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *Journal of Interpersonal Violence* 2013, 28(2), 273-294.

Henkilövahinkoasiain neuvottelukunnan suositukset 2020. 5. painos. ISBN 978-952-259-891-2 (nid.), ISBN 978-952-259-899-8 (PDF). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-899-8>.

Henninger A.I, Iwasaki M, Carlucci M.E, Lating J.M. Reporting Sexual Assault: Survivors' Satisfaction With Sexual Assault Response Personnel. *Violence Against Women*. 2020, Vol. 26(11), 1362-1382.

Hoelle R, Elie M, Weeks E, ym. Evaluation of healthcare use trends of high-risk female intimate partner violence victims. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2015, 16(1),107–113. DOI: 10.5811/westjem.2014.12.22866

Hohl K. & Stanko E. Complaints of rape and the criminal justice system: Fresh evidence on the attrition problem in England and Wales. *European Journal of Criminology*. 2015, Vol.12(3), 324–341.

Honkatukia P. Uhrit rikosprosessissa – haavoittuvuus, palvelut ja kohtelu. 2011. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 252.

Häkkinen-Nyholm H. Oikeusprosessiin liittyvä stressi ja reaktiiviset häiriöt. *Duodecim*, 2017, 133(24), 2351–2356.

Högbeck, I. & Möller, A. 2021. Female sexual function six months after sexual assault: post-traumatic stress disorder strongest risk factor for impaired function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1958964>

Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century. 2001, Institute of Medicine and Committee on Quality of Health Care in America.

Intimate partner violence. Committee Opinion No. 518. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012; 119:412–7. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2012/02/intimate-partner-violence>

Kainulainen H, Saarikkomäki E. Rikosprosessi väkivaltarikosten uhrien näkökulmasta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 126, 2014.

Kainulainen H, Honkatukia P, Niemi J. The invisible victim in criminal policy. *Bergen Journal of Criminal Law and Criminal Justice*. 2021, Vol. 9(2), 8–21.

Kekomäki M. Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin. Kustannus oy Duodecim, 2020. ISBN 978-952-360-010-2 (kirja)

Kero K, Nyqvist L, Rautio J, Puuronen A. Lähisuhdeväkivallan seulontaa tulee vahvistaa. *Lääkärilehti* 35/2019 vsk 74, s. 1881-1885

Kivelä S. The Documentation of Family Violence in Healthcare and the Associations of Violence on Well-Being. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1407-1>

Koivunen K. Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. *ePooki* 6/2017. <http://www.oamk.fi/epooki/2017/asiakas-ja-ihmislahtoisuus-sosiaali-ja-terveydenhuollossa/>

Korjamo R (toim.), Krogell J, Nuora A, Lappalainen L, Rounioja M, Hakkarainen P, Arponen I, Korkman J, Antfolk J, Asmundela S, Reenilä Y, Bildjuschkin K. Seri-tukikeskusten asiakkaiden tausta, tukipalveluiden käyttö ja rikosprosessin eteneminen. Väli-raportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:69.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163614/VNTEAS\\_2021\\_69.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163614/VNTEAS_2021_69.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Krogell J. Seri-tukikeskuksessa hoidettujen seksuaaliväkivallan uhrien taustatietojen yhteys rikosprosessin etenemiseen. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. 2021. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/26334/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20211487.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/26334/urn_nbn_fi_uef-20211487.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kruse M, Sørensen J, Brønnum-Hansen H, Helweg-Larsen K. The health care costs of violence against women. *Journal of Interpersonal Violence*. 2011, vol 26(17), 3494-3508. DOI: 10.1177/0886260511403754

Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 2014, 5: 24794. DOI: 10.3402/ejpt.v5.24794

Larsen ML, Hilden M, Skovlund CW, Lidegaard Ø. Somatic health of 2500 women examined at a sexual assault center over 10 years. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 Aug;95(8):872-8. doi: 10.1111/aogs.12903. Epub 2016 May 3. PMID: 27143091.

McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992 Jun 17;267(23):3176-8. doi: 10.1001/jama.267.23.3176. PMID: 15937391. doi: 10.1001/jama.267.23.3176. PMID: 1593739.

McLean S.A, Soward A.C, Ballina L.E, Rossi C, Rotolo S, Wheeler R, Foley K.A, Batts J, Casto T, Collette R, Holbrook D, Goodman E, Rauch S.A.M, Liberzon I. Acute severe pain is a common consequence of sexual assault. *Journal of Pain*. 2012, Vol. 13(8), 736-741.

Miettinen J, Selander K, Linnosmaa I. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa Hujala A, Taskinen H. Uudistuva sosiaali- ja terveysala, 2020.

Mikkola T, Saarijärvi H. Hyvä potilaskokemus on osa laatua. *Suomen lääkäri-lehti*, 2022, 77, e32739. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hyva-potilaskokemus-on-osa-laatuua/?public=f85c5d6aeb8618807e3c5c0d6b5f9193>

Miles L, Valentine J, Mabey L, Downing N. Mental Illness as a Vulnerability for Sexual Assault: A Retrospective Study of 7,455 Sexual Assault Forensic Medical Examinations. *Journal of Forensic Nursing*, 2022, 18 (3), 131-138. doi: 10.1097/JFN.0000000000000361.

Musa A, Chojenta C, Geleto, A, Loxton D. The associations between intimate partner violence and maternal health care service utilization: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*. 2019, 19(36). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0735-0>

Ng Q, Yong B, Ho C, Lim D, Yeo W-S. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2018, 99, 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.001>

October M, Laitinen H-L. Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi. Ohjaus 10/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-878-1>

O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD007007. DOI:10.1002/14651858.CD007007.pub3. Accessed 21 October 2022.

Oikeusministeriö. Uhri rikosprosessissa – ehdotus hyvistä menettelytavoista uhrien tarpeiden huomioon ottamiseksi. Mietintöjä ja lausuntoja 44/2018.

Paras M, Murad M, Chen L, Goranson E, Sattler A, Colbenson K, Elamin M, Seime R, Prokop L, Zirakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2009, 302(5), 550–561. DOI:10.1001/jama.2009.1091

Partonen T, Grainger M, Kiviruusu O, Suvisaari J. Viimeinen terveydenhuollon käynti ennen itsemurhaa vuosina 2016–2018. *Duodecim* 2022;138(4):345-352. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16711>

Perhoniemi R, Blomgren J. Frequent attenders of three outpatient health care schemes in Finland: characteristics and association with long-term sickness absences, 2016–2018. *BMC Public Health*, 2021, 21:870, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10866-x>

Rothman K, Salivar E, Roddy M, Hatch G, Doss B. Sexual assault among women in college: immediate and long-term associations with mental health, psychosocial functioning, and romantic relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 2021, 36(19-20), 9600–9622.

Pratt-Eriksson D, Bergbom I, Lyckhage E. Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2014, Vol 9(1).

Saarijärvi H, Puustinen P. *Strategiana asiakaskokemus – Miksi, mitä, miten?* 2020, Docendo Oy, Jyväskylä.

Santalahti A. *Perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen suurkanäyttö – näkökulmia suurkanäytön vähentämiseen*, Väitöskirja. Turun yliopisto, 2022. ISBN 978-951-29-8906-5 (Sähköinen), ISSN 2343-3213 (Sähköinen). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8906-5>

Schou-Bredal I, Bonsaksen T, Ekeberg Ø, Skogstad L, Grimholt T, Lerdal A, Heir T. Sexual assault and the association with health, quality of life, and self-efficacy in the general Norwegian population. *Journal of Interpersonal Violence*. 2022, 27(3-4), 1878–1901. DOI: 10.1177/0886260520926307

Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med* 1998;30:508–12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9669164/>

Short, N. (ym.) Health care utilization by women sexual assault survivors after emergency care: Results of a multisite prospective study. *Depression and Anxiety*, 2021, vol.38 (1), 67–78. DOI: 10.1002/da.23102

Siltala H, Holma J, Hallman M. Family violence and mental health in a sample of Finnish health care professionals: the mediating role of perceived sleep quality. *Scand J Caring Sci*; 2019; 33; 231– 243. doi.org/10.1111/scs.12629

Siltala H. *Family Violence as a Public Health Problem - Effects and Costs in Finnish Health Care*. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto, 2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8808-1>



Siltala, H. 2022. Lähisuhdeväkivallan tehokkaampi tunnistaminen vähentäisi väkival-  
lasta aiheutuvia terveyshaittoja ja -kustannuksia. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duo-*  
*decim*, 2022, 138 (11), 1115–9.

Siltala, H., Hisasue, T., Hietämäki, J., Saari, J., Laajasalo, T., October, M., Laitinen,  
H-M. & Raitanen, J. (2022) Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kus-  
tannukset: Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutki-  
mustoiminnan julkaisusarja 2022:52. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-385-2>

Stephens S, Wilke D. Sexual violence, weight perception, and eating disorder indica-  
tors in college females. *Journal of American College Health*, 2016, 64 (1), 38–47.  
DOI: 10.1080/07448481.2015.1074237.

Sturup J, Rodre S, Karlberg D, von Vogelsang E, Rying M, Caman S. Male-on-female  
sexual homicides in Sweden, 1990 to 2013: a population-based controlled study of in-  
cidents, victims, and offenders. *International Journal of Offender Therapy and Com-*  
*parative Criminology*, 2019, 63 (9), 1557–1574. DOI: 10.1177/0306624X18786609

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-2529. Helsinki:  
Tilastokeskus [viitattu: 29.10.2021]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/kuol/tau.html>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Rikos- ja pakkokeinotilasto [verkkojulkaisu]. Vii-  
teajankohta: 31.12.2021. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 16.9.2022]. Saantitapa:  
<https://stat.fi/julkaisu/cl3eaq0vx2rpz0bulqa1g4qrh>

TENK. Eettinen ennakoarviointi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2021.

THL 2021. Lähisuhdeväkivalta 2019. Viranomaisten tietoon tulleen lähisuhdeväkival-  
lan määrä kasvussa. Tilastoraportti 3/2021.

THL 2022. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuvat kustannukset Suomessa (LAKU).  
<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lahisuhdevakivallasta-aiheutuvat-kustannukset-suomessa-laku->

Torkki P, Leskelä R-L, Linna M, Torvinen A, Klemola K, Sinivuori K, Larsio A, Hör-  
hammer I. Ehdotus sosiaali- ja terveystalouden uudeksi kansalliseksi mittaristikoksi.  
Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-383-5>

Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014 [päivitetty 17.12.2014]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Vallières F, Gilmore B, Nolan A, Maguire P, Bondjers K, McBride O, Murphy J, Shevlin M, Karatzias T, Hyland P. Sexual violence and its associated psychosocial effects in Ireland. *Journal of Interpersonal Violence*, 2022, 37(11-12), NP9066–NP9088. DOI: 10.1177/0886260520978193.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017. <http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-382-1>

Vik B, Nöttestad J, Schei B, Rasmussen K, Hagemann T. Psychosocial vulnerability among patients contacting a Norwegian Sexual Assault Center. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019, 34 (10), 2138–2157. DOI: 10.1177/0886260516659657

Ylikulju M. Raiskauksen toteennäyttäminen oikeudenkäynnissä. Teoksessa Niemi J, Kainulainen H. & Honkatukia P. Sukupuolistunut väkivalta. Oikeudellinen ja sosiaalinen ongelma. Vastapaino 2017.

Young-Wolff KC, Sarovar V, Klebaner D, Chi F, McCaw B. Changes in Psychiatric and Medical Conditions and Health Care Utilization Following a Diagnosis of Sexual Assault: A Retrospective Cohort Study. *Med Care*. 2018 Aug;56(8):649-657. doi: 10.1097/MLR.0000000000000930. PMID: 29781924; PMCID: PMC6041188.

## **Oikeuslähteet:**

Esitutkintalaki (ETL) 805/2011

Perustuslaki (PL) 731/1999

Direktiivi 2012/29/EU

tietokayttoon.fi

---

ISBN PDF 978-952-383-262-6  
ISSN PDF 2342-6799