

**Terveyssosiaalityöntekijöiden väkivaltatyö  
lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden ikääntyneiden  
kanssa vuodeosastoilla**

Sosiaalityön  
pro gradu -tutkielma

Laatija:  
Petra Favorin

18.5.2024  
Turku

Pro gradu -tutkielma

**Oppiaine:** Sosiaalityö

**Tekijä(t):** Petra Favorin

**Otsikko:** Terveysosiaalityöntekijöiden väkivaltatyö lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden ikääntyneiden kanssa vuodeosastoilla

**Ohjaaja(t):** Tuula Kaitsaari

**Sivumäärä:** 70s, 4 liites.

**Päivämäärä:** 18.5.2024

Tutkin terveystieteiden tekemää väkivaltatyötä ikääntyneiden kanssa vuodeosastoilla. Ikääntyneet kokevat lähisuhdeväkivaltaa muun väestön tavoin. Ikääntyneiden kokemaan lähisuhdeväkivaltaan on mahdollista puuttua terveydenhuollossa, ja sosiaalityöntekijöillä on siihen velvollisuus. Erikoissairaanhoidossa ei kuitenkaan ole vakiintuneita käytänteitä potilaiden lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen, ja varsinkin ikääntyneiden kohdalla sitä on vaikea tunnistaa. Olen täten kiinnostunut terveystieteiden tekemästä väkivaltatyön suhteesta ja siitä, miten lähisuhdeväkivaltatapaukset tulevat ilmi.

Olen tehnyt tutkimuksen laadullisin ottein ja kerännyt aineiston avoimella kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen laitoin jakoon sosiaaliseen mediaan. Kyselylomakkeeseen vastasi 17 sosiaalityöntekijää, joilla on kokemusta väkivaltatyöstä vuodeosastolla ikääntyneiden kanssa. Analysoin aineiston aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka avulla luokittelin aineiston selvään ja ymmärrettävään muotoon.

Tuloksista nousi esiin, kuinka laajaa asiantuntijuutta sosiaalityöntekijät käyttävät väkivaltatyössään ikääntyneiden kanssa. Sosiaalityöntekijät käyttävät laajasti tietoisuuttaan väkivallasta ilmiönä, ymmärtävät väkivallan kokemuksen tuomat haasteet, sekä tarjoavat vaihtelevia tukimuotoja samalla kun pitävät vuorovaikutuksen merkityksen keskiössä. Ikääntyneiden toimintakyky ja oletukset väkivallasta vaikuttavat väkivaltatyön etenemiseen. Tämän lisäksi palvelujärjestelmä ei sovellu täysin ikääntyneiden palvelutarpeisiin. Vuodeosasto ympäristönä edistää lähisuhdeväkivallan tunnistamista ja väkivaltatyön monitoimijuutta, sekä mahdollistaa turvallisen ja luottamuksellisen työn potilaan kanssa. Sosiaalityöntekijöiden kokonaisarviot väkivaltatyön onnistumisesta vaihtelevat sen mukaan, miten potilaat ottavat apua vastaan ja miten sosiaalityöntekijät suhtautuvat haasteisiin.

Tietoisuus väkivallasta läpäisee väkivaltatyön jokaisen tason. Väkivaltatietoiset sosiaalityöntekijät pystyvät oikealla tavalla auttamaan potilaita, mutta potilaiden vähäinen väkivaltatietoisuus haastaa työtä. Ikääntyneiden kokeman lähisuhdeväkivallan tietoisuuden lisääminen auttaisi potilaita ottamaan apua vastaan, sekä palvelujärjestelmää kehittämään vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Sosiaalityöntekijöiden väkivaltatietoisuutta on ylläpidettävä ja kehitettävä, jotta potilaat saisivat laadukasta ja yhdenvertaista palvelua.

**Avainsanat:** ikääntyneet, lähisuhdeväkivalta, väkivaltatyö, terveystieteiden tekemä

## **Sisällysluettelo**

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Ikääntyneiden kokema lähisuhdeväkivalta</b>	<b>8</b>
2.1	Ikääntyneet suomalaisessa yhteiskunnassa	8
2.2	Lähisuhdeväkivalta ilmiönä	14
2.3	Ikääntyneiden lähisuhdeväkivalta	20
<b>3</b>	<b>Terveyssosiaalityö ja väkivaltatyö</b>	<b>27</b>
3.1	Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen terveydenhuollossa	27
3.2	Terveyssosiaalityöntekijöiden merkitys terveydenhuollossa	29
<b>4</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>33</b>
4.1	Tutkimustehtävä ja -kysymykset	33
4.2	Aineiston keruu ja kuvaus	34
4.3	Aineiston analyysinä aineistolähtöinen sisällönanalyysi	36
4.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	39
<b>5</b>	<b>Sosiaalityöntekijöiden väkivaltatietoisuus</b>	<b>42</b>
5.1	Väkivallan moninaisuuden tunnistaminen	42
5.2	Vuorovaikutustaidot	43
5.3	Erilaiset tukimuodot	46
5.4	Auttamisen haasteet	49
<b>6</b>	<b>Ikäryhmän ominaispiirteet</b>	<b>52</b>
6.1	Muistisairaudet ja toimintakyky	52
6.2	Ikääntyneiden perspektiivit väkivaltaan	54
6.3	Palvelujärjestelmän sopimattomuus	56
<b>7</b>	<b>Väkivaltatyön konteksti</b>	<b>59</b>
7.1	Fyysinen ympäristö	59
7.2	Työympäristö monitoimijuuden mahdollistajana	62
7.3	Yhteistyö vuodeosaston ulkopuolella	65

<b>8 Yhteenveto ja pohdinta</b>	<b>68</b>
<b>Lähteet</b>	<b>75</b>
<b>Liitteet</b>	<b>93</b>
<b>Liite 1. Kyselylomake</b>	<b>93</b>

# 1 Johdanto

Suomessa on ikääntyneitä yli 1.3 miljoonaa, ja kasvavan luvun vuoksi ikääntyneet väestöryhmänä puhuttavat paljon (Eläketurvakeskus 2023). Yhteiskunnassa puhutaan huoltosuhteesta, eläkkeiden riittämisestä, ikääntyneiden palveluista, sekä hoitajapulasta (esim. Schleutker 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2020). Puhe keskittyy usein siihen, mitä ongelmia kasvava väestöryhmä tuo yhteiskuntaan. Sen sijaan vähemmän huomiota kiinnitetään ikääntyneiden sisäiseen maailmaan ja sisäisiin ongelmiin: ihmissuhteisiin, mielen hyvinvointiin ja elämän mielekkyyteen. Erityisesti ikääntyneiden lähisuhdeväkivaltaan on havahduttu myöhään, eikä siihen edelleenkään kiinnitetä tarpeeksi huomiota (Perttu ym. 2020).

World Health Organizationin (WHO) mukaan ikääntyneiden kaltoinkohtelu tarkoittaa luottamuksellisessa suhteessa toistuvaa tai yksittäistä tekoa, taikka tekemättä jättämistä, joka on haitaksi tai tuskaksi ikääntyneelle (WHO 2002, 2). Mikäli kaltoinkohtelua esiintyy läheisessä ihmissuhteessa, se on lähisuhdeväkivaltaa. Lähisuhdeväkivalta pitää sisällään parisuhde- ja perheväkivallan käsitteet. (Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) 2022a.) Ikääntyneet voivat kohdata kaltoinkohtelua myös hoidollisissa instituutioissa tai yhteiskunnallisissa ilmiöissä (Connolly ym. 2014, 3; Luoma ym. 2018, 1797). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ikääntyneiden lähisuhteissa esiintyvää kaltoinkohtelua eli toisin sanoen lähisuhdeväkivaltaa. Ikääntyneiden kokema lähisuhdeväkivalta on monipuolista ja läpäisee fyysisen, henkisen ja seksuaalisen ulottuvuuden muiden väkivallan muotojen lisäksi (Bildjuschkin ym. 2020, 9–10; Lacher ym. 2016, 2). Väkivallan muodot sekoittuvat yleensä toisiinsa, ja yksi väkivaltainen teko voi aiheuttaa monenlaista haittaa yksilölle (Krug ym. 2002, 89–102).

Ikääntyneiden kokemasta lähisuhdeväkivallan esiintyvyydestä ei ole tarkkoja lukuja. Ikääntyneiden kokema lähisuhdeväkivalta on usein piilorikollisuutta, minkä takia sen yleisyyttä ei tiedetä tarkasti. Arviot esiintyvyydestä Suomessa vaihtelee 3.4 %:sta-30 %:iin. (Luoma ym. 2018, 1797.) Suomessa ilmiöstä ei ole tehty systemaattista tutkimusta, minkä takia luvut eri tutkimuksissa heittelevät (Perttu ym. 2020, 220–222). Ikääntyneet tuovat harvoin kokemaansa väkivaltaa ilmi, joten yhteiskunnallisesti on kehitettävä toimia, jotta ikääntyneiden kokemaan lähisuhdeväkivaltaan olisi mahdollista puuttua (O'Brien ym. 2016, 16–17).

Ikääntyneiden kokemaan lähisuhdeväkivaltaan on mahdollisuus puuttua terveydenhuollossa; mitä iäkkäämpi ihminen on, sitä todennäköisemmin hän tarvitsee terveydenhuoltoa ja sairaalahoitoa. Esimerkiksi lähes puolet yli 85-vuotiaista tarvitsee sairaalahoitoa vuosittain (Wuorela & Viikari 2019, 1759). Tutkimuksissa on myös todettu, että väkivallalle altistuminen lisää terveydenhuollon käyttöä ja sairaalahoidon tarvetta (esim. Campbell 2002; Dong & Simon 2013; Krug ym. 2002, 102; Potter ym. 2021; Siltala 2022, 1016). Tämän lisäksi on tärkeää huomata, että joissain tapauksissa sairaala saattaa olla ikääntyneen ainoa sosiaalinen kontakti kodin ulkopuolella (Elman ym. 2023, 2). Näin ollen on painotettava sairaanhoidon ammattilaisten kykyä tunnistaa ikääntyneiden lähisuhdeväkivaltaa ja mahdollisuutta puuttua siihen.

Tästä huolimatta terveydenhuollon ja sairaanhoidon ammattilaisilla on vaikeuksia tunnistaa lähisuhdeväkivallan merkkejä potilaissaan (Kivelä ym. 2016, 105; Notko, ym. 2011, 1604; Virkki ym. 2011, 281). Myös terveystieteiden ammattilaiset kokevat riittämättömyyttä väkivaltatyön valmiuksissaan ja osaamisessaan, vaikka sosiaalityöntekijät työskentelevät paljon väkivalta-aiheiden parissa. Kaikista terveydenhuollon ammattilaisista terveystieteiden ammattilaiset ovat kuitenkin parhaiten koulutettuja puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan. Terveystieteiden ammattilaiset ovat tärkeä osa terveydenhuollon ja sairaanhoidon palveluita, sillä sosiaaliset ongelmat tulevat usein esiin terveydellisten ongelmien kautta. (Cowan ym. 2020, 357; Elman, ym. 2023, 2.)

Kansainväliset sopimukset velvoittavat Suomen puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan (Eurooppa-neuvosto 2011). Väkivallalle altistuminen on ihmisen terveydelle haitallista ja pahimmillaan johtaa ennen aikaiseen kuolemaan (Olofsson ym. 2012). Esimerkiksi lähisuhdeväkivaltaa kokevien ikääntyvien kuolleisuusaste on kolme kertaa korkeampi kuin niiden, jotka eivät koe lähisuhdeväkivaltaa (Storey 2020, 2). Lähisuhdeväkivalta vie myös kansantalouden varoja. Arviot suorista kustannuksista ovat jopa 150 miljoonaa vuodessa ja epäsuorista 110 miljoonaa. Kuluja lähisuhdeväkivallasta aiheutuu muun muassa terveydenhuollon käyttämisenä, sairaalakuluina, oikeudenkäyntikuluina ja sairaslomina. (Kaitue ym. 2007, 29; Siltala ym. 2022.) Vaikka Suomi on lainsäädännön ja kansainvälisten sopimusten tasolla sitoutunut ehkäisemään väkivaltaa ja puuttumaan varhaisessa vaiheessa väkivaltailmiöihin, on palvelujärjestelmässä silti puutteita toimenpiteiden suhteen (Ronkainen 2008, 394–395). Siitä huolimatta, että tutkimustulokset puoltavat systemaattista lähisuhdeväkivallan kartoitusta, eivät käytännöt ole rantautuneet erikoissairaanhoidon (Kero ym. 2019, 1883).

Kuten olen edellä todennut, ikääntyneiden kokema lähisuhdeväkivalta on alitutkittu aihe Suomessa, sillä siitä ei ole täsmällisiä esiintyvyyksilukuja. Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ja ikääntyneiden auttaminen – eli väkivaltatyö – on myös puutteellista. Terveysthuollon ja sosiaalihuollon ammattilaisilla on vastuu puuttua havaitsemaansa lähisuhdeväkivaltaan (ks. Luku 3.1), mutta liian moni ikääntynyt jää avun ulkopuolelle. Tämän takia on tarpeellista tutkia, miten väkivaltatyötä sairaanhoidossa toteutetaan, jotta sitä voitaisiin kehittää. Suomessa ei ole tutkittu terveysthuollon ammattilaisien omia näkemyksiä ikääntyneiden väkivaltatyöstä. Täten olen valinnut näkökulmaksi terveysthuollon ammattilaisien väkivaltatyön vuodeosastoilla, sillä heillä on iso merkitys ikääntyneiden lähisuhdeväkivallan kokijoiden auttamisessa. Olen kiinnostunut tietämään, miten väkivaltainterventio vuodeosastolla etenee alusta loppuun terveysthuollon ammattilaisen näkökulmasta.

Tutkimuksen aiheeni on yhteiskunnallisesti ajankohtainen, sillä lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ja sen ehkäisy on tehtävä, johon Suomi on sitoutunut (ks. Suomen perustuslaki 731/1999). Lähisuhdeväkivallan riski ei lakkaa, kun ihminen astuu eläkeikään. Mitä enemmän aikuisia ikääntyy, sitä enemmän lähisuhdeväkivaltaakin tulee esiintymään ikääntyneiden väestöryhmässä (Perttu ym. 2020, 220). Ammattilaisten omia näkemyksiä kuuntelemalla on mahdollista saada tarkka ja selvä kuva vuodeosastojen väkivaltatyön tilasta ja ongelmista, ja täten jatkaa väkivaltatyön kehittämistä. Ikääntyneet ansaitsevat ihmisarvoisen elämän elinvuosiensa loppuun saakka, ja perusteellisella väkivaltatyöllä sitä voidaan lähteä aluksi turvaamaan.

Tutkimusraportti etenee seuraavanlaisesti: ensimmäiseksi avaan ikääntymisen käsitettä ja kontekstia suomalaisessa yhteiskunnassa, sekä määrittelen lähisuhdeväkivallan käsitettä yleisesti ja ikääntyneiden kokemana. Tämän jälkeen avaan tutkimuskirjallisuuden perusteella lähisuhdeväkivallan tunnistamista terveysthuollossa, sekä terveysthuollon ammattilaisien merkitystä väkivaltatyön osapuolina. Teorialukujen jälkeen siirryn tutkimusasetelma lukuun, jossa avaan tutkimuksen tarkoituksen, tutkimuskysymykset, aineiston keruun ja analyysimenetelmän, sekä pohdin tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä kysymyksiä. Sen jälkeen avaan tutkimuksessani nousseita tuloksia kolmen tulosluvun avulla. Viimeiseksi pohdin tuloksia ja niiden merkityksiä yhteiskunnalle ja jatkotutkimukselle.

## 2 Ikääntyneiden kokema lähisuhdeväkivalta

### 2.1 Ikääntyneet suomalaisessa yhteiskunnassa

Ikääntyneistä puhutaan monella eri nimellä: ikääntynyt, vanhus, eläkeläinen, ikäihminen, seniori. Sanat eivät kuitenkaan ole sanoja, vaan kantavat mukanaan merkityksiä, asenteita ja lokeroita. Tutkimusten perusteella ikääntyneet haluavat itse määrittää, millä nimellä heitä kutsutaan; monet suosivat käsitteitä seniori tai eläkeläinen ja välttelevät vanhus-käsitettä (Eläkeliitto 2021, 2; Jyrkämä 2008, 285; Saarenheimo ym. 2014, 34-36). Käsitteen käytön valintaan ei vaikuta heidän kronologinen ikänsä, vaan kokemus fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä. Sen lisäksi joitain käsitteitä vältellään niihin liittyvien yhteiskunnallisten mielikuvien vuoksi. Esimerkiksi joidenkin mielestä vanhus-sanasta on muodostunut mielikuva heikosti pärjäävästä ja ajasta jälkeenjääneestä ihmisestä, minkä takia moni ei samaistu tähän käsitteeseen. (Saarenheimo ym. 2014, 34–36, 65–66.) Käsitteiden herättämät mielikuvat ovat riippuvaisia yhteiskunnasta ja ajanjaksosta, sekä ovat koko ajan jatkuvassa muutoksessa (Jyrkämä 2008, 279). Tässä tutkimuksessa käytän ikääntynyt-käsitettä, sillä se on valikoitunut ja vakiintunut tutkimuskirjallisuuteen neutraalimpana vaihtoehtona.

Ikääntymisen käsitettä voi määritellä monella tapaa. Suomessa perinteisesti ikääntyneet ihmiset ovat yli 65-vuotiaita. Tämä määritelmä perustuu keskimääräiseen eläkeikään ja Vanhuspalvelulain (980/2012, 3 §) määritelmään ikääntyneestä väestöstä, jonka mukaan eläkeiän saavuttaneet mielletään kuuluvan ikääntyneeseen väestöön. Toisaalta saman lain mukaan (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 3 §) iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan

”henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta”.

Tämän määritelmän mukaan ikääntyneillä on toimintakyky heikentynyt. Ikääntyneille ei ole siis yhtä määritelmää, edes samassa laissa. On muistettava, että ikääntymiseen vaikuttaa monta eri osaa, ja jokainen kokee ikääntymisen eri tavalla.

Ryhmitämme ikääntyneet usein yhdeksi ryhmäksi, vaikka elinajanodote kasvaa länsimaissa, ja vanhuus voi ulottua usealle vuosikymmenelle. Tämän takia on kehitetty käsitteet kolmas, neljäs ja viides ikä. Kolmannella iällä tarkoitetaan aktiivista vanhuutta eläkevuosien alkuvaiheessa, jolloin ikääntyneellä on autonomiaa ja toimintakykyä. Käsite yrittää edistää



positiivista mielikuvaa ikääntymisen ajanjaksosta. (Karisto 2004.) Neljännellä iällä tarkoitetaan elämänvaihetta, kun ihminen ei pysty itsestään huolehtimaan samalla tavalla kuin ennen ja on enemmän riippuvainen muiden avusta ja hoivasta (Pirhonen ym. 2019, 106). Jotkut erottelevat neljännestä iästä vielä erikseen viidennen iän, jolloin ihminen on täysin riippuvainen muiden avusta eikä pysty kotona itsenäisesti asumaan (Rajaniemi 2007, 20). Vanhuuden ajanjakson osiin pilkkomisella on pyritty kuvaamaan vanhenemisen kehitystä todenmukaisemmin. Toisaalta samalla on riskinä, että ikävaiheiden välille muodostuu liian isoja kuiluja, ja kolmas ikä vie hehkun ja positiivisuuden pois neljännestä ja viidennestä iästä (Jyrkämä 2008, 310; Karisto 2004, 102).

Ikääntymistä voidaan määritellä myös erittelemällä se kronologiseen, biologiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ikääntymiseen. Hahmotamme iän usein kronologisesti, eli sen mukaan kuinka monta vuotta on elänyt. Vaikka kronologinen ikä on vain numero, se määrittää asemaamme yhteiskunnassa ja luo mielikuvia ihmisestä. Lisäksi kronologisen iän oletetaan vastaavan samaa biologisen ja psyykkisen iän vaihetta. (Rantamaa 2008, 52–57.) Esimerkiksi 90-vuotiaalle on normaalia kärsiä liikkumisen vaikeuksista ja muistin ongelmista. Monet ikääntyneet kuitenkin sanovat, että tuntevat itsensä eri ikäiseksi, kuin heidän kronologinen ikänsä on. Samaa sanotaan myös biologisesta iästä, eli ruumis tuntuu vanhemmalta kuin mieli – tai toisin päin. (Vaarama 2022, 35.)

Sosiaalisen ikääntymisen teoriassa tarkastellaan, miten yksilön suhde yhteiskuntaan muuttuu, ja miten yhteiskunta puolestaan vaikuttaa yksilön elämään. Ikääntyvän väestön kasvu vaikuttaa yhteiskunnallisella tasolla siihen, mitä taloudellisia valintoja politiikassa tehdään, ja miten palvelujärjestelmää ylläpidetään vastaamaan väestörakenteen muutoksia. Samalla poliittiset valinnat ja toimet vaikuttavat suoraan ikääntyneiden toimeentuloon, hyvinvointiin ja yhteiskunnalliseen asemaan. (Jyrkämä 2008, 276–307.) Yksinkertaisuudessaan valtion määrittelemä eläkeiän nostaminen asettaa uudet raamit myös sosiaaliselle vanhenemiselle. Sillä samalla kun eläkkeelle päästään myöhemmin, samalla vanhuuden ikäkauden ajatellaan alkavan myöhemmin. (Rantamaa 2008, 60.)

Sosiaaliseen vanhenemiseen kuuluu myös muutokset yksilön sosiaalisissa verkostoissa, osallisuudessa, asenteissa ja käyttäytymisessä (Jyrkämä 2008, 278). Biologinen vanheneminen vaikuttaa moneen sosiaalisen vanhenemisen puoliin. Esimerkiksi liikkumisen hankaloituminen voi rajata sosiaalisten kontaktien määrää, jos ikääntynyt ei fyysisesti pääse

näkemään läheisiä ihmisiä. Tämä ulottuvuus ei kuitenkaan ole irrallaan yhteiskunnallisesta kontekstista. Sosiaalisia kontakteja voidaan ylläpitää, jos on olemassa tarpeeksi laadukkaita taksipalveluita, ja ikääntyneillä tarpeeksi tuloja käyttää näitä palveluita. Yhteiskunnan digitalisaatio vaikuttaa myös ikääntyneiden sosiaalisen maailman muokkautumiseen. Siitä voi tulla hyvin rajallinen, jos kaikki tieto, jopa kaikki puhelinnumerot ovat internetissä.

Nykyään ikääntyneet pyrkivät tekemään itsensä näkyviksi yhteiskunnassa olemalla aktiivisia poliittisesti ja äänestämällä. Tämän suhteen on kuitenkin vielä työtä tehtävänä, sillä huomattava osa ikääntyneistä kokee, etteivät tule kuulluksi suomalaisessa yhteiskunnassa (Vaarama 2022; 54). Ennen ikääntyneitä ei pidetty kiinnostavina tutkimuskohteina, sillä heidän miellettiin irtautuneen yhteiskunnasta (Marin 2008, 45). Tähän on onneksi tullut muutos, kun ikääntyneiden merkitys yhteiskunnalle on tullut selvemmäksi. Siitä huolimatta moni ikääntynyt kokee ikäsyrjintää ja kokee yhteiskunnassa vallitsevan kielteinen vanhuskäsitys (Eläkeliitto 2021, 7, 36; Vaarama 2022, 42, 69). Eniten syrjintää ikääntyneet kokevat poliitikoilta ja sosiaalipalveluista – kuten kotihoidosta ja asumispalveluista (Vaarama 2022, 70).

Vanhuuspolitiikkaan vaikuttaa ikäkäsitykset, ja ikääntyneitä tarkastellaan usein vain iän puolesta ja täten niputetaan yhdeksi joukoksi (Lumme-Sandt ym. 2020). Tätä ideologiaa voi tutkia viime aikojen poliittisissa päätöksissä ja siinä, kuinka paljon valinnanvapautta ja osallisuutta ikääntyneille todellisuudessa jää. Vanhuuspolitiikassa on tämän vuosisadan puolella painotettu ikääntyneiden kotona asumisen turvaamista, jonka takia palvelurakennetta on kehitetty turvaamaan sitä. Normaalit palveluasumis- ja vanhainkotipaikat ovat vähentyneet, ja tehostettuun palveluasumiseen pääsee yhä harvempi tiukentuneiden kriteereiden ja paikkatilanteen takia. Yli 75-vuotiaista jopa 90 prosenttia asuu kotona. Kotona asuvista ikääntyneistä noin 10 prosenttia on kotihoidon asiakkaina, ja noin viidellä prosentilla on virallinen omaishoitaja. (Kortelainen ym. 2020, 40–42.) Noin puolet ikääntyneiden virallisista omaishoitajista on yli 65-vuotiaita eli oletettavasti puolisoita (Purhonen ym. 2011, 16; THL 2022b). Loput ovat muita perheenjäseniä, kuten lapsia tai lapsenlapsia. Moni kuitenkin toimii niin sanottuna epävirallisena omaishoitajana ja auttaa ikääntynyttä arjessa ilman omaishoidon tukea. (Purhonen ym. 2011, 14–17.)

Omaishoito on taloudellisesti sekä palvelujärjestelmällisesti merkittävä voimavara. Omaishoitajat tekevät merkittävää ja raskasta työtä; sama työ kotihoidon tekemänä tai

palveluasumisessa maksaisi yhteiskunnalle huomattavasti enemmän ja siihen tarvittaisiin enemmän työvoimaa (Mäkelä & Purhonen 2011, 22). Tutkijat ovat arvioineet, että vuosittain Suomi saa 2,8 miljardin säästöt hyödyntämällä omaishoitajia (Kehusmaa 2014, 80). Halu ryhtyä viralliseksi tai epäviralliseksi omaishoitajaksi riippuu emotionaalisista, kulttuurillisista ja historiallisista syistä (Saarenheimo 2006a, 24). Esimerkiksi vuoteen 1970 saakka aikuisilla lapsilla oli lakiin perustuva velvollisuus pitää huolta eläkeläisistä vanhemmistaan, ja 1977 vuoteen asti puolisoilla oli huolehtimisvelvollisuus toisistaan. Virallinen omaishoidon käsite ja sen tuki otettiin käyttöön vuonna 1993. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011, 40–41.) Ikääntyneille omaishoidon virallisuus voi olla vieras ilmiö, ja toisen hoitaminen saattaa olla elämäntehtävä. Omaishoidon tuen hakemiseen liittyy myös byrokratiaa; siinä arvioidaan esimerkiksi hoidettavan toimintakyky ja hoitajan voimavarat (Ikonen 2015, 87).

Puolisot ryhtyvät usein luonnollisesti ja huomaamattaan omaishoitajiksi, ja vain harva hakee omaishoidon tukea (Saarenheimo 2006a, 23). Ikääntyneet omaishoitajat ovat raportoineet kuormittuneisuutta, eikä aina virallisen omaishoidon tuen piirissä oleminen tuo tarpeeksi tukea perheen tilanteeseen (Latomäki ym. 2020; Malmi 2011, 104–107; Van Aerschot ym. 2021). Erityisen rankkaa omaishoitajille on, jos hoidettavalla on muistisairaus (Saarenheimo 2006b, 106–109). Omaishoitosuhte on merkityksellinen, sillä se poikkeaa tavallisesta hoitosuhteesta. Puolison toimiminen omaishoitajana muuttaa usein parisuhteen laatua ja saattaa aiheuttaa jännitteitä osapuolien välille. Parisuhde tai perhesuhde muuttuu helposti pelkäksi hoitosuhteeksi, ja toisaalta tunneside toiseen saattaa aiheuttaa epämurkavuuden tunteita tietyissä hoitotoimenpiteissä. Ikääntynyt omaishoidettava kokee myös monia erilaisia tunteita, kun hänestä tulee hoidettava. Ikääntyneelle on nimittäin erilaista antautua täysin hoidettavaksi omalle puolisolleen tai lapselleen kuin hoitohenkilöstölle. Ikääntynyt hoidettava saattaa helposti pitää itseään taakkana ja toimettomana. Tällöin on tärkeää, että ikääntyneen elämässä ja ihmissuhteissa on muunlaista sisältöä hoitotoimenpiteiden lisäksi. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 61.)

Siitä huolimatta, että omaishoito on taloudellisesti kannattava vaihtoehto, Saarenheimo ja Pietilä (2006, 135–136) kysyvät, voiko taloudellista etua ja tehokkuutta ajava palvelujärjestelmä vastata ikääntyneiden toiveisiin ja tarpeisiin palveluiden inhimillisyydestä, joustavuudesta ja yksilöllisyydestä. Omaishoito on loppujen lopuksi valinta vain etuoikeutetuille, eli sellaisille, keillä on lähipiirissään ihmisiä tai sukulaisia, jotka voivat ryhtyä omaishoitajiksi. Omaishoidon ollessa poissuljettu vaihtoehto, kotona asuvalle

ikäntyneelle jää vaihtoehdoksi kotihoito. Kotihoito tarjoaa kotikäyntejä, joiden aikana hoitajat avustavat muun muassa hoidollisissa toimenpiteissä, ruokailussa, pesemisessä ja lääkeshoidossa. Kotihoidon käyntejä kertyy tuen tarpeen mukaan enintään muutamia päivässä. Kotihoito ei ehdi esimerkiksi avustamaan jokaisessa seisomaan nousussa, vessakäynnissä tai laskujen maksamisessa. Kotihoito voi järjestää asiakkaalleen myös ateriapalvelun, siivouspalvelun, turvarannekepalvelun, kuljetuspalvelun ja pesupalvelun. Kaikki palvelut ovat maksullisia – kotihoidon kotikäynnit mukaan lukien. (Ikonen 2015.) Kotihoidon ja omaishoidon lisäksi ikäntyneille on tarjolla yhteisöllistä asumista sekä ympärivuorokautista palveluasumista, joihin tosin on tiukat kriteerit päästä (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 21 §).

Ikäntyneiden sosiaalipalveluista kotihoito ja omaishoito turvaavat siis hoivan kotona ja palveluasumispalvelut auttavat niitä, jotka eivät pärjää omassa kodissaan. Terveystuolto huolehtii terveyden ylläpitämisestä ja sairaanhoidosta. Yksi hyvinvoinnin osapuoli on kuitenkin jäänyt vähemmälle huomiolle: sosiaalinen hyvinvointi. 2000-luvun puolella on alettu kiinnittämään huomiota ikäntyneiden oikeuksien puolustamiseen ja sosiaalisen hyvinvoinnin turvaamiseen. Tätä varten palvelujärjestelmään on alkanut vakiintumaan gerontologinen sosiaalityö. Kyseinen sosiaalityön alue pyrkii auttamaan ikäntyneitä toimeentuloon, yksinäisyyteen, pärjäämiseen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvissä ongelmissa. (Tenkanen 2007, 183.) Sosiaalityön palveluita ikäntyneiden kriisitilanteisiin ei kuitenkaan ole, ja akuuteista sosiaalisista ongelmista - kuten väkivallasta tai asunnottomuudesta – kärsivät ikäntyneet päätyvät usein terveydenhuoltoon (Jämsen ym. 2021, 545).

Gerontologinen sosiaalityö on olemassa syystä, sillä ikäntyneillä on paljon huolia pärjäämisestään. Niemelän (2007, 173–174) mukaan ikäntyneet ovat huolissaan turvallisuudestaan väkivalta- ja omaisuusrikoksien suhteen sekä selviytymisestään eläkeiässä. Palvelujärjestelmän muuttuminen herättää ikäntyneissä huolia erityisesti digitalisaation ja palveluiden saavutettavuuden suhteen, sillä moni ikäntynyt ei koe saavansa tarvitseviaan palveluita (Eläkeliitto 2021; Vaarama 2022, 58). Muista riippuvaiseksi joutuminen mietityttää ikäntyneitä liittyen siihen, kuka heistä loppujen lopuksi pitää huolta. Ikäntyneet ovat myös huolissaan kansainvälisistä riskeistä sekä yksinkertaisesti yksin asumisesta ja yksinäisyydestä. (Niemelä 2007, 173–174.) Yksin asumisen ja yksinäisyyden pelko ovat perusteltuja huolia ikäntyneillä, sillä noin puolet yli 65-vuotiaista asuu yksin (Kortelainen ym. 2020, 30). Huomattava osa yksin asuvista ikäntyneistä on naisia, ja heillä on usein niukemmat

olosuhteet, sillä naisten keskieläke on jopa 500 euroa pienempi kuin miesten (Eläketurvakeskus 2024; Kortelainen ym. 2020, 30–32).

Yksi ikääntyneiden huolenaiheista on muistisairaudet, sillä ne vaikuttavat toimintakykyyn ja palvelutarpeisiin (Niemelä 2007, 175). Suomessa muistisairautta sairastaa noin 150 000 ihmistä ja luvun odotetaan kasvavan sitä mukaa, kun väestö ikääntyy (THL 2024).

Muistisairaudet luokitellaan vakavuuden mukaan, ja jokainen tarvitsee omanlaista tukeaan niihin. Esimerkiksi suurin osa lievää dementiaa sairastavista pärjää kotonaan tuetuilla palveluilla, kun taas keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavista yli puolet asuu muualla kuin kotonaan. Muistisairaus vaikuttaa laajasti ikääntyneen elämän jokaiseen osa-alueeseen: osallisuuteen, sosiaalisiin suhteisiin, fyysiseen terveyteen ja mielenterveyteen.

Muistisairauden edetessä ikääntynyt ei yleensä pysty enää ottamaan kantaa elämänsä asioihin, jolloin on muiden vastuulla huolehtia hänen oikeuksistaan. (Heimonen 2007, 75–80).

Kuten voimme huomata, ikääntyminen etenee omalla painollaan, mutta yhteiskunta ja poliittiset päätökset määrittävät ikääntyneiden arkea ja vaikutusmahdollisuuksia. Erityisesti silloin kun mitä vanhempi ja rajoittuneempi toimintakyky on, sitä vähemmän on luotu mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämään. Kaikkien ikääntyneiden tilanne ei kuitenkaan ole näin lohduton, sillä niin kuin olen todennut, ikääntyneiden väestöryhmä on heterogeeninen, ja jokainen kokee ikääntymisen omalla tavallaan. Tutkimusten mukaan suurin osa ikääntyneistä on tyytyväisiä elämäänsä (Eläkeliitto 2021, 6; Sarvimäki 2007, 50; Tilvis 2006; Vaarama 2022, 32). Suurin osa ikääntyneistä pitää vähintään viikoittain yhteyttä sukulaisiinsa tai ystäviinsä, sekä täyttää päivänsä mieleisellä tekemisellä (Eläkeliitto 2021). Ikääntymiseen mahtuu siis positiivisia kuin negatiivisiakin asioita, niin kuin elämään ylipäättään. Joka tapauksessa ikä ja sen monipuolinen määrittely ja tarkastelu ei ole ainoa asia, mikä määrittää ikääntyntä ja hänen identiteettiään. Ikääntyneiden elämät ovat moniulotteisia kokonaisuuksia, joihin vaikuttaa koettu sukupuoli, etnisyys, kulttuurillinen ja uskonnollinen kasvatus, terveydentila, asuinpaikka ja seksuaalinen suuntautuminen (Lumme-Sandt ym. 2020, 360).

## 2.2 Lähisuhdeväkivalta ilmiönä

Väkivalta on jokaiselle välillisesti tai suoraan tuttu ilmiö. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (Bildjuschkin ym. 2020, 5) mukaan väkivalta on:

”vallan, kontrollin tai fyysisen voiman tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista siten, että tämä kohdistuu toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään ja että tämä johtaa tai voi johtaa fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen, perustarpeiden tyydyttämättä jättämiseen tai kuolemaan.”

Väkivaltaa voidaan luokitella yhteiskunnalliseen, itseen kohdistuvaan tai ihmisten väliseen väkivaltaan. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ihmisten välistä väkivaltaa, jonka yksi muodoista on lähisuhdeväkivalta. Lähisuhdeväkivallalla tarkoitetaan väkivaltaa, joka esiintyy läheisessä suhteessa olevien tai olleiden välillä. Kyseessä voi olla siis perheenjäsenten välinen väkivalta, jota myös nimitetään perheväkivallaksi, tai parisuhteessa tai sen jälkeen esiintyvää, jolloin sitä kutsutaan parisuhdeväkivallaksi. Lähisuhdeväkivallan termi on kuitenkin vakiintunut kattotermiksi kuvaamaan kaikkia perheissä, parisuhteissa, kaverisuhteissa ja muissa läheisissä suhteissa ilmenevää väkivaltaa. (Bildjuschkin ym. 2020, 5–7; Krug ym. 2002, 6–7.)

Lähisuhdeväkivalta on maailmanlaajuinen ilmiö. Kansainvälisesti on arvioitu, että noin 30 prosenttia naisista kokee lähisuhdeväkivaltaa elämänsä aikana (Sardinha ym. 2022).

Lähisuhdeväkivallan esiintymisluvut vaihtelevat maittain ja Suomi on tilastoissa valitettavan korkealla. Tilastokeskuksen (2023, 16) mukaan, jopa puolet suomalaisista naisista on kokenut jossain parisuhteessaan henkistä väkivaltaa. Miehistä puolestaan 41 prosenttia on kokenut henkistä parisuhdeväkivaltaa. Fyysisen väkivallan luvut ovat pienemmät, mutta silti kolmasosa naisista ja kuudesosa miehistä ovat sitä kokeneet parisuhteissaan. (Tilastokeskus 2023, 16.)

Lähisuhdeväkivallan ilmenemismuotojen tarkasteleminen on tärkeää, jotta väkivallan kokijat olisivat tietoisia siitä, milloin he altistuvat väkivallalle (Piispa 2008, 107). Lähisuhdeväkivalta erotellaan tavallisesti henkiseen, fyysiseen, seksuaaliseen ja taloudelliseen väkivaltaan.

Lähisuhdeväkivallan muodot kuitenkin usein kietoutuvat toisiinsa ja esiintyvät samanaikaisesti. (Krug ym. 2002, 89; Notko 2011, 109; Piispa 2022, 39; Tilastokeskus 2023, 27.) Potterin ym. (2021) mukaan on yleisempää, että lähisuhdeväkivallan muotoja esiintyy samanaikaisesti useita. Esimerkiksi neljännes suomalaisista naisista on kokenut fyysistä sekä henkistä väkivaltaa parisuhteessaan (Tilastokeskus 2023, 16). Erityisesti henkistä väkivaltaa

väkivallan tekijät käyttävät lähes aina muiden väkivallan muotojen kanssa (Notko 2011, 109). Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan psyykkisen kärsimyksen aiheuttamista toiselle (Bildjuschkin ym. 2020, 9; WHO 2002, 3). Sen muodot ovat kuitenkin vaikeasti tunnistettavia, minkä takia henkistä väkivaltaa kutsutaan näkymättömäksi väkivallaksi (Kaitue ym. 2007, 15). Lähisuhdeväkivalta alkaa usein henkisellä väkivallalla; se on yksi väkivallan muodoista, joka on jatkuvaa (Kaitue ym. 2007, 15; Notko 2011, 103; Tilastokeskus 2023, 22).

Voidaan sanoa, että henkistä väkivaltaa esiintyy aina fyysisen väkivallan kanssa, sillä fyysisen väkivallan kokeminen aiheuttaa myös psyykkistä kärsimystä. Fyysinen väkivalta on toisen ruumiillisen koskemattomuuden tahallista loukkaamista (Bildjuschkin ym. 2020, 9; Perttu 1999, 13). Toisin kuin henkistä väkivaltaa, yhteiskunnassamme fyysistä väkivaltaa pidetään lähes aina rikoksena ja vakavimpana väkivallan muotona (Notko 2011, 12, 24). Fyysiseen väkivaltaan voidaan laskea myös seksuaalinen väkivalta, jonka jotkut erottelevat omaksi kategoriakseen. Seksuaalisessa väkivallassa väkivallan tekijä loukkaa toisen itsemääräämisoikeutta tai seksuaalista koskemattomuutta (Bildjuschkin ym. 2020, 9; Tilastokeskus 2023, 13). Neljäntenä lähisuhdeväkivallan pääkategoriana pidetään taloudellista väkivaltaa. Sillä tarkoitetaan toisen taloudellisten varojen kontrolloimista tai käyttämistä (Bildjuschkin ym. 2020, 9; Krug ym. 2002, 127).

Edellä mainittujen lisäksi, lähisuhdeväkivallan muodoista on mahdollista erotella myös muita muotoja, jotka toisaalta kietoutuvat edellä mainittuihin muotoihin. Lähisuhdeväkivaltaa on myös hengellinen väkivalta ja kunniaan liittyvä väkivalta, joissa uskonnolla tai kulttuurilla perustellaan väkivallan käyttöä. Tämän lisäksi hoidon ja huolenpidon laiminlyönti on väkivaltaa, joka esiintyy lähisuhteissa, joissa toinen on riippuvainen hoidosta. (Bildjuschkin ym. 2020, 9–10; Kaitue ym. 2007, 16.) Hoidollisissa suhteissa – sekä muissa lähisuhteissa – voi esiintyä kemiallista väkivaltaa, joka on esimerkiksi toisen vahingoittamista lääkkeillä (Bildjuschkin ym. 2020, 9). Nykypäivänä yhdeksi lähisuhdeväkivallan muodoksi erotellaan digitaalinen väkivalta. Se voi olla toisen teknologian käytön kontrolloimista, rajoittamista tai seuraamista (Løkkeberg ym. 2023). Digitaalista väkivaltaa voi esiintyä myös vainoamisen yhteydessä, mikä on yksi henkisen väkivallan muodoista. Vainoamisella väkivallan tekijä aiheuttaa toiselle tahallisesti pelkoa ja ahdistusta seuraamalla tai tarkkailemalla hänen arkeaan. (Bildjuschkin ym. 2020, 9; Nikupeteri & Laitinen 2017, 20–21).

Eron jälkeinen vaino on yksi lähisuhdeväkivallan tyypeistä, ja sitä on kokenut noin 10 prosenttia Euroopassa ja Yhdysvalloissa (Nikupeteri & Laitinen 2017, 28). Erotilanne parisuhteessa voi laukaista väkivaltaisen käyttäytymisen. Eron jälkeisen vainon lisäksi lähisuhdeväkivaltatilanteista voi erotella muitakin tyyppejä. Lähisuhdeväkivallan yleisin tyyppi on tilanneväkivalta, jossa väkivaltainen teko on tilannekohtainen esimerkiksi riidassa. Tilanneväkivalta voi esiintyä vain kerran tai toistua saman tyyppisessä tilanteessa. Harvinaisin, mutta haitallisin lähisuhdeväkivallan tyyppi on väkivaltaterrori, jossa väkivallan tekijä kontrolloi toisen elämää systemaattisesti ja kokonaisvaltaisesti. Lähisuhdeväkivalta voi olla myös molemminpuolista, joko tahallisesti tai puolustamisyrityksessä. (Krug ym. 2002, 93; Piispa 2008, 107–122; Siukola 2014, 16.)

Väkivallan tekijän kohdistama väkivalta vahingoittaa sekä psyykkistä että fyysistä terveyttä. Minkään tietyn väkivallan muodon ei ole todettu olevan vahingoittavampi kuin toisen. Sen sijaan mitä enemmän väkivallan muotoja väkivallan tekijä käyttää, sitä vakavampi vaikutus niillä on väkivallan kokijan terveyteen. (Potter ym. 2021.) Lähisuhdeväkivallan fyysiset seuraukset voivat olla moninaisia ja vaikeasti havaittavia. Näkyvien ja akuuttien vammojen lisäksi väkivallan kokijat voivat kärsiä kroonisista kivuista. Oikeastaan näkyvät vammat eivät ole yleisempiä väkivallan seurauksia, vaan epämääräiset oireet ja sairaudet ovat tavallisempia. Psykkisiä seurauksia ovat esimerkiksi erilaiset mielenterveyden häiriöt, unihäiriöt, itsetuhoisuus ja psykosomaattiset häiriöt. Tämän lisäksi väkivallalle altistumisen sosiaalisia seurauksia ovat muun muassa sosiaalisten kontaktien vähentyminen, päihteiden käyttö ja väkivaltainen käyttäytyminen. (Husso 2003, 221; Krug ym. 2002, 102; Siukola 2014, 12.)

Lähisuhdeväkivalta ja sen seuraukset jäävät usein piiloon muilta. Lähisuhdeväkivalta nimittäin usein jää kodin sisälle, eikä siitä raportoida viranomaisille. Tilastokeskuksen tutkimusraportin mukaan alle kymmenesosa parisuhdeväkivaltaa kokeneista ilmoitti siitä viranomaisille. Herkemmin siitä ilmoitettiin, jos väkivalta oli toistuvaa. (Tilastokeskus 2023, 16, 40.) Syitä lähisuhdeväkivallan piilottelemiseen on monia. Lähisuhdeväkivalta - erityisesti väkivaltaterrori - toimii usein syklisesti, jolloin väkivallan tekijä manipuloi väkivallan kokijaa. Syklisyydellä tarkoitetaan sitä, että lähisuhteessa väkivallan tekoa edeltää jännityksen kasvaminen. Kun jännitys purkautuu, väkivallan tekijä käyttää väkivaltaa. Tämän jälkeen väkivallan tekijä pyytää anteeksi ja seuraa katumuksen ja rakkauden aika. Hieman tämän jälkeen jännitys alkaa kasvamaan ja väkivalta toistuu. Syklin keskellä esiintyvä katumuksen ja rakkauden aika luo toivoa väkivallan kokijalle siitä, että asiat muuttuvat ja väkivalta ei enää



toistu. (Kyllönen-Saarnio & Nurmi 2005, 28; Liimatainen & Rantaeskola 2022, 107; THL 2019, 13–14.) Väkivaltaiset teot kuitenkin toistuvat sitä suuremmalla todennäköisyydellä, mitä vakavammasta väkivallasta on kyse (Hackenberg ym. 2019, 2259). Väkivallan toistumisella on muitakin seurauksia; se saattaa esimerkiksi normalisoida väkivaltaa sen kokijalle, jolloin väkivallasta tulee tavallinen osa arkea (Husso 2003, 72).

Väkivallan syklisyyden lisäksi lähisuhteissa tapahtuvista väkivaltarikoksista jätetään ilmoittamatta monista syistä. Lidman (2015, 67–68) ja Quinn ja Tomita (1997, 5) ovat todenneet häpeän, heikon luoton oikeusjärjestelmään, väkivallan tekijän suojelemisen tai pelon ilmoittamisen seurauksista vaikuttavan ilmoittamisen todennäköisyyteen. Heron ja Eisma (2021) ovat myös todenneet väkivallan kokijoiden jäävän parisuhteeseen yhteisten lasten vuoksi. Erityisesti jos väkivallan tekijä asuu samassa kodissa, on omasta kodista luopuminen iso kynnyks (Husso 2003, 243). Joissain tapauksissa väkivallan kokija saattaa olla myös riippuvainen väkivallan tekijästä taloudellisesti tai hoidollisesti (Quinn & Tomita 1997, 5). Väkivaltataapaukset jäävät ilmoittamatta siitakin syystä, jos väkivallan kokija ei yksinkertaisesti ole tietoinen, että on jäänyt rikoksen uhriksi (Lidman 2015, 67).

Suomessa väkivallan kokijalta edellytetään vahvaa toimijuutta. Palvelujärjestelmä on muodostunut sen ajatuksen ympärille, että väkivallan kokija ottaa itse yhteyttä ja pyytää apua, sekä tuen avulla pystyy irrottautumaan väkivaltaisesta suhteesta. (Ronkainen 2006, 535.) Lähisuhdeväkivallan palvelut ovat sijoittuneet lähinnä kolmannelle sektorille. Erityyppisiä kriisipuhelimia on saatavilla Nollalinjalta, MIELI ry:ltä ja turvakodeilta. Näiden lisäksi väkivallan kokija voi mennä väliaikaisesti asumaan valtion rahoittamaan turvakotiin. Erilaisia palveluita on erikseen olemassa maahanmuuttajille, ikääntyneille, alaikäisille, miehille ja naisille sekä seksuaaliväkivallan uhreille. (Luoma ym. 2018, 1800; STM 2023a.) Väkivallan tekijälle on palveluita, mutta huomattavasti vähemmän; enemmän painotetaan väkivallan kokijan vastuuta väkivallan kierteen pysäyttämiseksi (Krogell & Niklander 2023, 4).

Sosiaalipalveluissa ja kolmannen sektorin palveluissa lähisuhdeväkivaltaan tarjotaan ratkaisuna usein eroa tai välien katkaisemista väkivallan tekijään (Piispa 2008). Suomessa ei ole pitkäaikaisia palveluita, jotka tukisivat väkivaltatilanteen molempia osapuolia (Lindholm 2008, 156). Piispan (2008, 123) tutkimuksen mukaan naiset olivat vuosia yrittäneet hakea apua parisuhdeväkivaltaan, kunnes suhde lopulta päättyi eroon. Lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn ei vielä panosteta sen vaatimalla tasolla, ja palvelujärjestelmän kehittäminen on

jäänyt pirstaleiseksi. Palveluiden pirstaleisuutta voi selittää sillä, että lähisuhdeväkivaltaa ei nähdä kansanterveydellisenä ongelmana, sillä lähisuhdeväkivalta jää usein piiloon eikä sen vakavuus ja seuraukset tule esiin. Kansainvälisesti lähisuhdeväkivallan ehkäisyn mahdollisuuksiin uskotaan heikosti. Tutkimusnäytön perusteella lähisuhdeväkivaltaa on kuitenkin mahdollisuus ehkäistä, kun sitä lähestytään moniulotteisesti. (Krug ym. 2002, 16–19.)

Väkivallan kokijan toimijuuden painottamista voidaan myös tarkastella Suomen oikeusjärjestelmää silmällä pitäen ja sitä, miten rikosprosessi etenee lähisuhdeväkivaltarikoksissa. Suomessa lähisuhdeväkivalta ei ole oma rikosnimike, vaan väkivaltatuomion saa teon perusteella (THL 2019, 24). Lidman (2015, 67) on kritisoinut, että Suomen oikeusjärjestelmä ei ota tarpeeksi hyvin huomioon lähisuhdeväkivallan toistuvuutta, rakenteellisuutta tai sukupuolittuneisuutta. Erityisesti parisuhdeväkivallan suhteen oikeusjärjestelmä saattaa tulkita suhteeseen jäämisen väkivallan hyväksymisenä (Matikkala 2006, 417).

Rikosprosessin yhteydessä poliisi ja syyttävä voivat tarjota sovittelua lähisuhdeväkivaltarikoksiin, jossa osapuolet sovittelijan avustuksella keskustelevat tilanteesta ja haitoista, ja tulevat yhteisymmärrykseen korvausten suhteen (THL 2019, 11). Sovittelusta ei tule tuomiota väkivallan tekijälle. Tästä on seurannut sovittelun kritisoiminen sen näennäisestä yrityksestä pyrkiä saamaan väkivallan kokija ja tekijä tasa-arvoiseen neuvotteluun, jossa tekijä ei kuitenkaan saa hänelle kuuluvaa rangaistusta. Vuoden 2023 Orpon hallitus on hallitusohjelmaan kirjannut, että sovittelusta luovutaan. (STM 2023b.) Huomionarvoista on myös se, ettei pelkkä rangaistus takaa väkivallan loppumista, vaan tekijän on sisäisesti ymmärrettävä tekonsa seuraukset ja muutettava toimintatapojaan (Lindholm 2008, 156). Tässä tulee esiin palvelujärjestelmän pirstaleisuus, jos väkivaltaan ei puututa monialaisesti vaan vain rikoslain näkökulmasta. Kaiken tämän lisäksi harva väkivallan kokija jaksaa hakea oikeustoimia lähisuhdeväkivaltaan, sillä kokijalta edellytetään paljon vahvuutta ja toimijuutta asian suhteen. Kun lähisuhdeväkivallasta on päässyt irrottautumaan, väkivallan pelko tai uhka saattaa silti olla läsnä, minkä lisäksi kokemuksista toipuminen vie aikansa. (Ronkainen 2006, 538–545.)

Lähisuhdeväkivallan syitä on pyritty vuosikausia ymmärtämään. Väkivallan tekijöiden käyttäytymiselle on usein monitahoisia syitä, eikä yksi teoria selitä yhden ihmisryhmän tai

edes yhden ihmisen väkivaltaista käyttäytymistä. Teorioita on yhteiskuntalähtöisiä sekä yksilölähtöisiä. Yhteiskunnalliset teorit selittävät miesten naisiin kohdistamaa väkivaltaa rakenteellisilla patriarkaalisuuteen ja seksismiin liittyvillä tekijöillä. Osa yhteiskunnallisista teorioista puolestaan tarkastelee elinympäristö- ja kulttuuritekijöitä. Näissä otetaan huomioon muun muassa väkivallan tekijän kulttuuriset arvot, sosiaaliset suhteet, taloudellinen tilanne ja työtilanne. Yksilölliset väkivaltateoriat pyrkivät tarkastelemaan muun muassa geenejä ja aivojen toimintahäiriöitä. Teorioissa tarkastellaan myös ihmisen psyykettä ja lapsuuden väkivaltakokemuksia sekä niiden vaikutusta persoonallisuuden muodostumiseen. (Lawson 2012; Notko 2011, 91–92.) Sosiaalisen kontrollin teoriassa sekä resurssiteorioissa näkyy erityisesti lähisuhdeväkivallan vallan käytön näkökulma. Sosiaalisen kontrollin teorian mukaan väkivallan tekijä käyttää väkivaltaa, kun sen hyödyt ylittävät riskit, ja resurssiteorian mukaan väkivallan tekijä on väkivaltainen hankkiessaan resursseja – eli toisin sanoen valtaa. (Lawson 2012.) Koska teorioita on monia, eikä yksikään selitä kokonaan väkivaltaista käyttäytymistä, Krug ym. (2002, 12) kehottavat käyttämään niin sanottua ekologista mallia, joka ottaa huomioon yksilöllisen, sosiaalisen, kulttuurisen, yhteiskunnallisen ja ympäristön tasot.

Jotta lähisuhdeväkivallan esiintyvyyttä ja syitä erityisesti Suomessa on mahdollista ymmärtää, on tarkasteltava historiaa. Esimerkiksi 1900-luvun alkuun asti miehillä oli valta-asema yhteiskunnassa ja naiset nähtiin holhottavina ja toisen asteen kansalaisina. Täten sukupuolittuneet rakenteet yhteiskunnassa välillisesti ruokkivat väkivaltakulttuuria ja erityisesti miesten naisiin kohdistamaa väkivaltaa. Sen lisäksi miesten väkivaltaa on pidetty osana maskuliinisuutta ja siihen sopivaa käytöstä. (Lidman 2015, 31–95; Quinn & Tomita 1997, 4). Merkittävin muutos naisten asemaan oli vuoden 1929 avioliittolaki, joka vapautti aviovaimon miehensä holhouksesta ja julisti tasa-arvoiset oikeudet avioliiton molemmille osapuolille (STM 2024).

Avioliittolain muuttumisen lisäksi on nähtävissä muita virstanpylväitä tasa-arvon kehityksessä ja väkivaltakulttuurin muuttumisessa. 1970-luvulla Suomeen rantautui Yhdysvalloista feminismin toinen aalto, jonka myötä alettiin kiinnittää huomiota naisiin kohdistuvaan väkivaltaan (Lidman 2015, 47). Tämän seurauksena perheväkivallasta alettiin puhua 1970- ja 80-luvuilla, mutta toisaalta se edelleen miellettiin perheen sisäiseksi ongelmaksi. Perhekeskeisyyttä pidettiin tärkeämpänä kuin väkivallatonta elämää, ja naisia kehoitettiin pysymään perheessä lasten takia. (Nyqvist 2004, 102–103.) Perheväkivallan yksityisyys

voidaan nähdä myös lainsäädännön myöhäisessä kehityksessä. Esimerkiksi vaimon ja lapsen kotikuritus kiellettiin Suomessa 106 vuotta Ruotsin jälkeen, vuonna 1970. Tämän lisäksi raiskaus avioliitossa tuli rangaistavaksi 30 vuotta Ruotsia myöhemmin, vuonna 1994. (Husso 2003, 17; Kaitue ym. 2007, 42.) Tasa-arvoa paransi myös 1995 muutettu laki, jolloin pahoinpitely yksityisellä paikalla tuli virallisen syytteen alaiseksi, eli väkivallan kokijan ei tarvinnut itse nostaa syytettä. Näiden lisäksi lähestymiskielto otettiin käyttöön vuonna 1999. (Pikarinen & Halmesmäki 2003, 390.)

Lakien kehityksestä voidaan toisin sanoen päätellä, että lähisuhdeväkivallan ilmenemismuodot ovat sukupuolittuneet. Väkivallan sukupuolittuneisuus on maailmanlaajuinen ilmiö (Eurooppa-neuvosto 2011). Tämä tarkoittaa sitä, että naiset ja miehet kokevat pääosin erityyppistä väkivaltaa. Toisin sanoen naiset kokevat lähisuhdeväkivaltaa ja seksuaalista väkivaltaa kotonaan enemmän, kun taas miehet kohtaavat enemmän väkivaltaa tuntemattomilta (Krug ym. 2002, 89; Tilastokeskus 2023, 9, 18). Tämä näkyy siinä, että väkivaltarikosten suhteen miehille turvallisin paikka on heidän oma kotinsa, kun taas naisille se on vaarallisin (Husso 2003, 16).

Kuten luvun alussa lähisuhdeväkivallan esiintymisluvuissa huomattiin, Suomessakin naiset kokevat miehiä enemmän lähisuhdeväkivaltaa. Naisiin kohdistuu paljon väkivaltaa vain heidän sukupuolensa takia (Bildjuschkin ym. 2020, 7; THL 2019, 12). Miesten naisiin kohdistama väkivalta on historiasta juurtanut ilmiö, ja yksi systemaattisimmista ja yleisimmistä ihmisoikeusrikoksista (Eurooppa-neuvosto 2023). Tähän puuttuakseen Suomi on ratifioinut vuonna 2015 Istanbulin sopimuksen, joka velvoittaa Suomen ehkäisemään ja torjumaan naisiin kohdistuvaa perheväkivaltaa (STM 2022, 7). Muutkin väestölliset vähemmistöryhmät kokevat lähisuhdeväkivaltaa, mutta tietoisuus tästä on vasta aluillaan. Tähän mennessä huomiota on alettu kiinnittämään vammaisten ja toimintarajoitteisten sekä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen kokemaan lähisuhdeväkivaltaan, joka on yleisempää kuin muun väestön (Jokela ym. 2020, 4; Luoma ym. 2022, 104).

### **2.3 Ikääntyneiden lähisuhdeväkivalta**

Jokainen ihminen riippumatta iästään voi kohdata väkivaltaa. Ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta puhutaan monella käsitteellä. Käsitteitä kaltoinkohtelu, väkivalta ja lähisuhdeväkivalta käytetään usein synonyymeina (THL 2022c). Bildjuschkinin ym. (2020, 5) mukaan kaltoinkohtelusta puhutaan silloin, kun väkivallan kohteena on heikommassa

asemassa oleva henkilö. Kaltoinkohtelu-käsitettä käytetään usein lapsiin, ikääntyneisiin tai vammaisiin kohdistuvaa väkivaltaa kuvailtaessa. Ikääntyneiden mielletään usein olevan riippuvaisia muista, samalla tavalla kuin lapsi on vanhemmistaan. Vaikka ikääntyneiden joukossa on kognitiivisesti rajoittuneita ja muiden hoivasta riippuvaisia ihmisiä, on ikääntyneessä väestössä myös toimintakykyisiä ihmisiä, jotka eivät välttämättä ole heikommassa asemassa väkivallan tekijään. Esimerkiksi 75-vuotias muistisairas voi olla väkivaltainen 65-vuotiasta puolisoaan kohtaan, tai aikuinen kehitysvammainen voi olla väkivaltainen iäkstä vanhempaansa kohtaan. Tällöin voidaan argumentoida, kumpi todella on heikommassa asemassa toiseen nähden. Olen siis päättänyt käyttämään lähisuhdeväkivallan käsitettä, jolla on neutraalimpi konnotaatio ja rinnastaa ikääntyneet muuhun aikuisväestöön eikä lapsiin. Valintaani tukee lisäksi se, että olen rajannut tutkimukseni ulkopuolelle instituutioissa ja yhteiskunnassa esiintyvät ikääntyneisiin kohdistuvat väkivallan muodot.

Ikääntyneiden kokemasta lähisuhdeväkivallasta ei ole valtakunnallisia tai universaaleja esiintyvyyyslukuja, sillä aihetta ei ole systemaattisesti tutkittu (WHO 2002, 4).

Kansainvälisesti on arvioitu, että joka kuudes ikääntynyt nainen kokee lähisuhdeväkivaltaa (Yon ym. 2019). Suomessa on tutkittu, että yli 60-vuotiaista aikuisista alle neljä prosenttia on joutunut väkivallan kohteeksi, kun taas toisen tutkimuksen mukaan neljäsosa yli 60-vuotiaista naisista on kokenut lähisuhdeväkivaltaa (Luoma ym. 2011, 58; Luoma ym. 2018, 1798).

Nämä luvut perustuvat tutkimusten vastaajien itse ilmoittamiin tapauksiin, joten on tärkeää myös tarkastella muiden havaintoja. Suomessa ensihoitajista jopa 56 % on kohdannut paljon tai erittäin paljon ikäihmisten kaltoinkohtelutapauksia ensihoitotehtävien yhteydessä (Salminen-Tuomaala ym. 2022, 49). Tämä kertoo siitä, kuinka piiloon ikääntyneiden kokema lähisuhdeväkivalta edelleen jää.

Ikääntyneiden kokemassa lähisuhdeväkivallassa väkivallan tekijä on usein puoliso tai aikuinen lapsi (Lacher ym. 2016, 5). Ikääntyneiden kokema lähisuhdeväkivalta on yleensä ollut pitkäaikaista; erityisesti parisuhdeväkivalta on kestänyt monella pitkään (Haukka & Routasalo 1995, 11–12; Kaitue ym. 2007, 17). Ikääntyneet kokevat tutkimusten mukaan eniten henkistä ja taloudellista väkivaltaa, josta jälkimmäistä käyttävät eniten ikääntyneen lapset (Adams ym. 2014, 271; Kaitue ym. 2007, 16–17; Lacher ym. 2016, 5; O'Brien ym. 2016, 12; Tamutien ym. 2013, 220). Ikääntyneet kokevat muitakin lähisuhdeväkivallan muotoja, jotka eivät ole helposti havaittavissa. Esimerkiksi hoitoon ja huolenpitoon liittyvät väkivallan muodot voivat helposti normalisoitua arjessa ja jäädä piiloon (Kaitue ym. 2007,

16). Tällaista lähisuhdeväkivaltaa on esimerkiksi lääkityksen väärinkäyttö sekä ravinnotta jättäminen.

Lähisuhdeväkivallalla on ymmärrettävästi seurauksia ikääntyneen fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle, kuin kenen tahansa terveydelle iästä riippumatta niin kuin luvussa 2.2 kerroin. Ikääntyneen kohdalla jotkut seuraukset ovat kuitenkin yleisempiä. Ikääntyneet käyttävät huomattavasti enemmän terveydenhuollon ja sairaanhoidon palveluita lähisuhdeväkivallan takia. He eivät kuitenkaan ilmoita vammojaan tai oireitaan väkivallasta johtuvina.

Lähisuhdeväkivaltaa kokevien ikääntyneiden kuoleman riski on myös korkeampi. (Luoma ym. 2018, 1798–1799; Yunus ym. 2017)

Ikääntyneiden kokemaa lähisuhdeväkivaltaa voidaan pyrkiä ymmärtämään yleisten selitysteorioiden avulla (luku 2.2), mutta heidän kokemaa lähisuhdeväkivaltaa varten on kehitetty muitakin teorioita. Osa teorioista keskittyy sellaisiin tilanteisiin, joissa ikääntynyt on riippuvainen väkivallan tekijästä, joka käyttää riippuvaisuutta hyödykseen (Quinn & Tomita 1997, 87–89). Hoitajan stressi -teoria (caregiver stress theory) puolestaan tarkastelee, kuinka kuormittunut omaishoitaja saattaa sortua käyttämään väkivaltaa, mikäli omaishoidon vastuu kuormittaa liikaa (O'Brien ym. 2016, 19–20; Roberto & Teaster 2017). Kolmas teoria ottaa huomioon ylisukupolvisuuden ja selittää aikuisten lasten väkivallan käyttöä sillä, että heidän ikääntyneet vanhempansa aikoinaan käyttivät väkivaltaa tai käyttivät edelleen. Jotkut teoriat puolestaan keskittyvät siihen, että yhteiskunnassa vallitseva kielteinen käsitys vanhenemisesta tekee väkivallan käyttämisestä hyväksyttävämpää ikääntyneitä kohtaan. (Jackson 2018, 14–17; Quinn & Tomita 1997, 103–124.)

Ikääntyneiden lähisuhdeväkivaltaa on myös teoretisoitu etsimällä riskitekijöitä tutkimusten avulla. Sekä väkivallan tekijän että väkivallan kokijan erityyppiset ominaisuudet on listattu riskitekijöiksi, vaikka on hyvä muistaa, että mikään riskitekijä ei oikeuta väkivallan käyttöä. Nämä riskitekijät ovat vain tutkimusten perusteella todettu olevan enemmän läsnä väkivaltatapauksissa. Erityisesti päihteiden ja alkoholin käyttö sekä mielenterveyden haasteet suhteen molemmilta osapuolilta lisäävät väkivallan käytön riskiä. Lisäksi fyysisen terveyden ongelmat ja yleisesti haasteet jaksamisessa ovat riskitekijöitä. Näiden lisäksi eriasteinen riippuvuus toisesta henkilöstä tai väkivaltainen historia ovat riskitekijöitä. (Lacher ym. 2016, 5; STM 2007, 42; Storey 2020, 4; THL 2022c).

Lähisuhdeväkivallan esiintyvyyttä ikääntyneiden parissa voidaan hahmottaa kääntämällä katse menneisyyteen. Ikääntyneiden kokemaan kaltoinkohteluun ja lähisuhdeväkivaltaan havahduttiin Yhdysvalloissa 1970-luvulla, ja sen jälkeen muu maailma seurasi perässä (WHO 2002, 2). Suomessa asiasta alettiin puhua 1980-luvulla, joskin hieman vähätellen ja epäillen (Perttu 1998, 9). Ensimmäinen tutkimus ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta käynnistettiin vuonna 1985, kun Ensi- ja turvakotien liitto aloitti Vanhus perheväkivallan kohteena-hankkeen (Haukka & Routasalo 1995, 1). Hieman myöhemmin perustettiin Turvallisen vanhuuden puolesta – Suvanto ry vuonna 1990 lisäämään tietoisuutta ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta ja ryhtymään toimiin sen ehkäisemiseksi (Serpola 2006, 8).

Väkivaltakulttuurin, -asenteiden ja -lainsäädännön kehityksen tarkasteleminen on tärkeää, kun puhutaan ikääntyneistä, sillä he ovat eläneet suurimman osan elämästään, kun maailma on ollut erilainen. Väkivalta on saattanut olla joillekin lapsuudesta asti arkipäiväinen ja normaali asia, ja tämä käsitys on saattanut juurtua syvälle asenteisiin. Ennen aikaan kodin sisällä tapahtuvia asioita pidettiin yksityisinä ja viranomaisiin sotkeutumista vältettiin (Tiilikallio & Säles 2018, 46). Toisaalta tämä asenne on edelleen osittain valloillaan yhteiskunnassa, ja kodin sisällä tapahtuvat asiat jätetään helposti jakamatta muille (Husso 2003, 68). Erityisesti seksuaalisen väkivallan tunnistaminen voi olla ikääntyneille vaikeaa, sillä vielä 40 vuotta sitten raiskausta ei pidetty väkivaltaisena tekona (Lidman 2015, 145).

Asenteet vaikuttavat sekä lähisuhdeväkivallan esiintyvyyteen että siitä ilmoittamiseen ja puhumiseen. Ikääntyneet raportoivat niukasti heihin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta, ja jopa puolet lähisuhdeväkivallan kokijoista ei kerro siitä kenellekään (Luoma ym. 2018, 1798). Syitä tähän on monia, joista yleisemmät liittyvät häpeään ja syyllisyyden kokemuksiin. Monet ikääntyneet kokevat olevansa kiitollisuudenvelassa tai riippuvaisia väkivaltaa käyttävästä läheisestään, jolloin väkivaltaa siedetään kauemmin. (Luoma ym. 2018, 1798; Perttu 1998, 9, 25; Tiilikallio & Säles 2018, 41.) Eurooppalaisen tutkimuksen perusteella puolison lähisuhdeväkivaltaa salataan kauemmin kuin jonkun toisen läheisen. Toisaalta fyysisestä väkivallasta raportoidaan herkemmin kuin muista väkivallan muodoista. (Tamutiené ym. 2013, 223.)

Ei kuitenkaan pidä sortua luulemaan, että kaikki ikääntyneet ovat sokeita väkivallalle tai sietävät sitä loputtomasti. Perttu (1998, 26) totesi tutkimuksessaan, että hänen

haastattelemansa kognitiivisesti toimintakykyiset ikääntyneet olivat erittäin tietoisia siitä, mikä on hyväksyttävää käytöstä ja mikä ei, sekä puhuivat avoimesti väkivalta-aiheesta.

Ikääntyneitä tuleekin lähestyä aiheen suhteen reippaasti ja avoimesti. Ikääntymisen käsitteen laajuus ja vanhuuden aikavaiheen pidentyminen on pidettävä mielessä. Ikääntyneet eivät kadota oppimiansa elämänviisauksiaan ja kokemuksiaan heti eläkkeelle astuessaan.

Piiloon jäävien lähisuhdeväkivaltatapauksen suhteen ammattilaisten ja viranomaisten merkitys on tärkeä. Kun ikääntyneet eivät usein itse kerro kokemastaan lähisuhdeväkivallastaan, on ammattilaisten tehtävänä olla tarkkoja kohdatessaan ikääntyneitä. Nimittäin iso osa ikääntyneiden lähisuhdeväkivaltatapauksista tulee ensimmäisenä tietoon ammatillisille (Quinn & Tomita 1997). Kuten yleisesti lähisuhdeväkivaltatapauksissa, fyysisiä vammoja ei aina jää näkyviin, joten myös ikääntyneiden kanssa on etsittävä muita merkkejä mahdollisesta lähisuhdeväkivallasta. Muutokset ikääntyneen käyttäytymisessä kuten mielialassa tai ruokahalussa voivat kieliä jostain syvemmästä ongelmasta kuten lähisuhdeväkivallasta (Luoma ym. 2018, 1799). Lähisuhdeväkivaltaan voi viitata myös se, jos ikääntynyt tulee hoitamaan pitkäaikaisia vammojaan (Luoma ym. 2018, 1799; Quinn & Tomita 1997, 83).

Ikääntyneiden kohdalla on kiinnitettävä huomiota jokaisen väkivaltatyön vaiheen osaan. Väkivallan tunnistamisen lisäksi on panostettava itse tukityöskentelyyn, sillä ne ikääntyneet ketkä hakevat apua toivovat laadukasta palvelua. Apua hakevat ikääntyneet ovat usein venyneet äärimmilleen ja kestäneet lähisuhdeväkivaltaa vuosikausia (Tiilikallio & Säles 2018, 59). Aina avun hakeminen ei kuitenkaan auta väkivallan kokijaa. Tamutienén ym. (2013, 223) tutkimuksen mukaan vain puolet apua hakeneista ikääntyneistä naisista koki saaneensa apua. Osa ikääntyneistä kokee, että heitä ei uskota, tai heidän väkivallan kokemuksistaan johtuva oireilu laitetaan jonkun sairauden piikkiin (Tiilikallio & Säles 2018, 59). Erityisesti ikääntyneet miehet tai seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuuluvat kokevat, että heidän avuntarvettansa vähätellään tai ei uskota (Cook-Daniels 2017).

Ikääntyneiden auttaminen lähisuhdeväkivaltatapauksissa on eettisesti ja palvelujärjestelmällisesti paikoittain haastavaa. Jotkut ehdottavat ikääntyneelle vaihtoehdoksi muuttoa pois kodista esimerkiksi palvelutaloon, sillä tutkimusten mukaan ikääntyneet kokevat keskimäärin vähemmän väkivaltaa palvelutaloissa kuin kotonaan (Jackson 2018, 96; Lacher ym. 2016, 4–5). Tämän ei kuitenkaan pitäisi olla ensimmäinen vaihtoehto, vaan muitakin keinoja on oltava. Muutto omasta kodista pois ei ole ikääntyneelle yhtä helppoa kuin



esimerkiksi nuorelle aikuiselle. Osa ikääntyneistä saattaa piilotella kokemaansa väkivaltaa kauemmin, jos ainoa apukeino tilanteeseen on muutto palvelutaloon (Jackson 2018, 66). Monet ikääntyneet haluavat asua mahdollisimman kauan kodissaan ja yhteiskunnan tehtävänä on turvata heille turvallinen asuminen ja hoito omissa kodeissaan. Kyvyttömyys turvata turvallista kotiasumista ja muutto palvelutaloon saattaa aiheuttaa liian varhaista laitostumista ikääntyneelle, mikä saattaa aiheuttaa yhtä huonoja seurauksia kuin lähisuhdeväkivallan kokeminen. (Haukka & Routasalo 1995, 1.)

Jokaisen ikääntyneen kanssa on tapauskohtaisesti tehtävä arvioita tilanteesta, ja auttamisjärjestelmän pitäisi pystyä tarjoamaan tarpeeksi vaihtoehtoja, jotta ikääntyneen elämänlaatu voitaisiin turvata. Ikääntyneet voivat käyttää samoja palveluita, mitä muulle aikuisväestölle on laadittu. Näiden palveluiden tosiallinen hyödyntäminen kuitenkin vaihtelee. Esimerkiksi turvakodit on suunniteltu aikuisille, jotka pystyvät liikkumaan itsenäisesti ja pitämään huolta itsestään (Perttu 1999, 26). Ainoa ikääntyneille suunnattu lähisuhdeväkivallan palvelu on kolmannen sektorin Suvanto ry, joka antaa apua ja tukea ikääntyneiden kaltoinkohteluun (Luoma ym. 2018, 1800). Joitain ikääntyneitä on kuitenkin vaikea motivoida osallistumaan interventioon; yleisimmät syyt liittyen häpeään ja pelkoihin. Siitä huolimatta ikääntyneet ovat sitä mieltä, että ympäristön täytyy reagoida väkivaltaan. (Perttu 1998, 9, 23.) Tällöin on tärkeää, että väkivaltainterventioon otetaan laajasti mukaan ikääntyneen lähiverkosto, jotta muutos saataisiin aikaan.

Vaikeimmat eettiset kysymykset ikääntyneiden lähisuhdeväkivallan suhteen liittyvät tapauksiin, joissa pitää tehdä oikeusharkintaa. Ikääntyneellä on itsemääräämisoikeus sekä oikeus turvalliseen elinympäristöön (Suomen perustuslaki 731/1999, 7 §), mutta entä jos hänellä on muistisairaus eikä hän tiedosta olevansa väkivallan kohteena? Mitä jos tämän lisäksi ikääntyneen omainen, esimerkiksi väkivallan tekijä, toivoo ikääntyneen asuvan kotona? Kenellä on oikeus tehdä päätöksiä siitä, missä ikääntynyt saa asua? Eettistä pohdintaa elämänlaadun suhteen on tehtävä myös silloin, kun ikääntyneen ainoa läheinen on väkivaltainen (Perttu 1999, 47). Samalla kun ikääntyneellä on oikeus turvalliseen elinympäristöön, on hänellä myös oikeus perheeseen ja sosiaalisiin kontakteihin. Ammattilaisten on muistettava se, että toisen oikeuskelpoisen ihmisen puolesta päätöksiä ei voi tehdä (Aaltonen ym. 2021, 8).

Ikääntyneiden lähisuhdeväkivaltatapausten tunnistamiseksi ja ehkäisemiseksi on otettava muitakin keinoja käyttöön kuin vain ammattilaisiin turvautuminen. Hoitajan stressi – teorian perusteella on panostettava omaishoitajien stressin lievittämiseen ja tarvittavien palveluiden tarjoamiseen ja laatuun (Perttu 1999, 44). Erilaiset kriisipuhelimet ovat hyödyllisiä, sillä niihin on helppo soittaa ja pyytää neuvoja tilanteeseen (Pillemer ym. 2016.) Toisaalta on otettava huomioon se, että suurin osa tiedosta on nykypäivänä internetissä. Tutkimusten perusteella mitä vanhempi ikääntynyt on, sitä pienemmällä todennäköisyydellä hän käyttää tietokonetta tai mobiililaitteita (THL 2013, 32). Ikääntynyttä auttavan tiedon pitäisi siis olla saavutettavissa, jotta siitä olisi hyötyä. Sukulaiset ja muut läheiset voivat myös tunnistaa lähisuhdeväkivallan. Toisaalta mikäli ikääntyneellä ei ole läheisverkostoa, ei kukaan ole tukemassa asian kanssa. Tällöin on tärkeää, että yhteiskunnassa on mahdollisuuksia verkostoitua erilaisissa vertaisryhmissä ja tapahtumissa.

### 3 Terveyssozialityö ja väkivaltatyö

#### 3.1 Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen terveydenhuollossa

Sosiaalityöllä ja sosiaaliviranomaisilla on velvollisuus edistää kansalaisten hyvinvointia ja turvallisuutta. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014, 1 §) määrittää sosiaalihuollon tehtäväksi turvata riittävät hyvinvointia edistävät sosiaalipalvelut kaikille sekä ylläpitää sosiaalista turvallisuutta. Tämän lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön eettisiin velvoitteisiin kuuluu terveyden ylläpitäminen ja sen edistäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15 §). Näiden lisäksi Istanbulin sopimus velvoittaa viranomaisia arvioimaan väkivallan riskiä sellaisten asiakkaiden kohdalla, jotka ovat kohdanneet väkivaltaa. Täten sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus puuttua asiakkaiden ja potilaiden kokemaan lähisuhdeväkivaltaan. Mahdollistaakseen tämän, kuntien ja hyvinvointialueiden vastuulla on järjestää rakenteet lähisuhdeväkivallan ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi ja viranomaisten kouluttamiseksi. (October & Laitinen 2022, 3–4, 13–15.)

Suomen lakien lisäksi terveydenhuollon rooli on kansainvälisesti todettu merkittäväksi lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa (Campbell 2002, 1335; Krug ym. 2002, 106). Moni väkivallan kokija käyttää terveydenhuollon palveluita elämänsä aikana, joten terveydenhuollon ammattilaisilla on tällöin mahdollisuus tunnistaa lähisuhdeväkivalta. Siitä huolimatta lähisuhdeväkivallan tunnistaminen on kansainvälisesti sekä Suomessa kehittynyt eriarvoisesti. Suomen kunnat eroavat lähisuhdeväkivallan systemaattisessa kartoituksessa, eivätkä hyvät käytännöt ole ehtineet kaikkiin organisaatorakenteisiin (STM 2019, 25–27). Tämä havainnollistuu tutkimuksissa, joissa on tunnistettu terveydenhuollon ammattihenkilöiden puutteet lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa ja potilaiden tukemisessa sekä ohjaamisessa sopiviin palveluihin (Leppäkoski ym. 2010; Piispa ym. 2006; Virkki ym. 2011).

Suomessa lähisuhdeväkivallan systemaattinen kartoitus on vakiintunut neuvoloihin ja kouluterveydenhuoltoon, mutta ei esimerkiksi erikoissairaanhoidon (Kero ym. 2019, 1883). Sekä kansainvälisesti että Suomessa on kuitenkin todettu, että lähisuhdeväkivallan kartoittaminen on tuottanut positiivisia tuloksia väkivallan kokijoiden tilanteisiin (Notko ym. 2011, 1600; McCloskey ym. 2006). Toisaalta tutkimuksissa on nostettu esiin, että itse kartoitus ei ole tarpeeksi, vaan sitä pitää seurata vakiintuneet palvelupolut (Pikarinen & Halmesmäki 2003, 392; Trabold 2007). Esimerkiksi Suomessa vuodesta 2010 lähtien

käytössä ollut MARAK-toimintamallin on todettu vähentävän lähisuhdeväkivallan uusiutumista. Lähisuhdeväkivallan tunnistamisen lisäksi, MARAK-toimintamallissa työskennellään moniammatillisesti väkivallan kokijan kanssa ja luodaan hänelle turvasuunnitelma. (Piispa & Lappinen 2014.)

Kartoituslomakkeiden olemassaolo ei kuitenkaan takaa lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista. Esimerkiksi väkivallasta puhuminen ei ole aina turvallista, mikäli väkivallan tekijä on läsnä. Konkreettisten apukeinojen oikea-aikaisuus pitää aina arvioida, jotta väkivallan kokija pysyisi turvassa eikä altistuisi enempää väkivallalle sen takia, että hakee apua. (Kero ym. 2019, 1883; Pikarinen & Halmesmäki 2003, 392.) Lähisuhdeväkivallasta puhumiseen vaikuttaa tutkimusten perusteella myös ammattilaisten asenteet ja palvelurakenteiden epäselvyydet. Osalle ammattilaisista on ollut epäselvää, kuuluuko heidän työhönsä lähisuhdeväkivallan kartoitus ja pitääkö se priorisoida lyhyellä vastaanottoajalla. Aiheen puheeksi ottamiseen vaikuttaa myös epävarmuus omista kyvyistään auttaa potilasta. (Jackson 2018, 67; Waalen ym. 2000.) Suomessa lähisuhdeväkivallan kokijoille ei ole vakiintunutta palvelupolkua, vaan terveydenhuollon ammattilainen sekä väkivallan kokija hämmentyvät usein palvelujärjestelmän pirstaleisuuden kanssa. Kuten Ojuri (2004, 157) sanoo väitöskirjassaan: ”Vastuu väkivaltaa kokeneen auttamisesta kuuluu ikään kuin kaikille ja samalla ei kenellekään”.

Ammattilaisten asenteet määrittelevät lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista terveydenhuollon vastaanotolla. Jotkut ammattilaiset kokevat aiheen epämiellyttävänä tai pelkäävät loukkaavansa potilastaan puhumalla aiheesta. Ammattilaisten on myös todettu minimoimansa omaa vastuutaan ja painottamalla väkivallan kokijan vastuuta selvittää tilanteestaan. (Khurana ym. 2020; Virkki ym. 2011, 289–290.) Kapeakatseiset käsitykset lähisuhdeväkivallasta vaikuttavat työntekoon. Lindholmin (2008) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaiset usein käsittävät väkivallan vain fyysiseksi ja miehen tekemäksi. Ammattilaisten asenteet sekä palvelujärjestelmän pirstaleisuus vaikuttaa suoraan siihen, milloin ja miten väkivallan kokijat saavat apua. Monet naiset ovat kokeneet välinpitämättömyyttä, ongelman kieltämistä ja jopa syyllistämistä terveydenhuollon ammattilaisilta. Moni potilas on myös raportoinut sitä, ettei heitä ole ohjattu mihinkään jatkopalveluihin. (Ojuri 2004, 158–163; Piispa ym. 2006; 107–116).

Tutkimusten perusteella on todettu, ettei väkivallan kokija eikä hänen läheiset ilmoita lähisuhdeväkivallasta yhtä herkästi kuin pitäisi. Tämän takia terveydenhuollon ammattilaisilla on tärkeä rooli puuttua havaitsemaansa väkivaltaan, sillä he eivät voi luottaa siihen, että joku muu puuttuisi. (Jackson 2018, 67.) Niillä lähisuhdeväkivaltaa kokeneilla, jotka ovat hakeneet vammoihinsa apua terveydenhuollosta, on nimittäin huomattavan suuri riski kokea uudelleen lähisuhdeväkivaltaa (Siltala 2022, 1017). Osa lähisuhdeväkivallan kokijoista saattaa kuitenkin kieltäytyä avusta, sillä tilanteeseen liittyy erinäisiä pelkoja ja häpeän ja syyllisyyden tunteita (Kero ym. 2019, 1883; Niemi-Kiesiläinen 2006, 445). Joka tapauksessa asiakkaat suhtautuvat lähisuhdeväkivallan kartoitukseen suopeammin kuin terveydenhuollon henkilöstö (Brusila 2008, 54; Pikarinen & Halmesmäki 2003, 392). Ammattilaisten herkkyyys ja ammattitaito lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamiseksi on tärkeää, sekä erilaisten tukivaihtoehtojen tarjoaminen. Chang ym. (2005a) tutkimuksen mukaan naiset hyötyvät sellaisista interventioista, joissa heillä on vapaus valita erilaisten turvallisten ja yksityisyyttä suojelevien vaihtoehtojen välillä.

Ammattilaisten asenteet ja käytäntöjen epäselvyydet kannustavat kehittämään väkivaltatyön käytänteitä ja palvelujärjestelmää. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumista kehitetään paljon erityisesti valtiotasolla. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ovat julkaisseet monia ohjeita ja kehotuksia sekä ammattilaisille että hyvinvointialueille ja organisaatioille (esim. October & Laitinen 2022; Siukola 2014). Vain osa näistä on vakiintunut eri organisaatioiden käytäntöihin, sillä kaikkien käytäntöjen soveltamista ei laki edellytä (STM 2019, 54–62). Näin ollen Hackenberg ym. (2019) kehottavat ottamaan mallia seksuaalisen väkivallan uhrien SERI-keskuksista, joissa yhdistyy terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja psykiatrian apu, sekä sieltä saa tukea ja neuvoja rikosprosessiin sekä kolmannen järjestön palveluihin.

### **3.2 Terveyssozialityöntekijöiden merkitys terveydenhuollossa**

Lähisuhdeväkivaltaan oikeanlainen ja -aikainen puuttuminen edellyttää monitoimijaista työtettä. Monitoimijuudella tarkoitetaan sitä, että työskentelyyn otetaan mukaan eri ammattihenkilöstöä eri palvelusektoreilta, sekä työskennellään tiiviisti asiakkaan ja hänen lähipiirinsä kanssa. Terveyssozialityöntekijä on terveydenhuollossa olennainen ammattilainen lähisuhdeväkivaltatapauksissa. Terveyssozialityöntekijänä saa toimia kaikki sosiaalityön oppiaineessa korkeakoulutetut henkilöt, jotka ovat Valviralta vahvistaneet

ammattinimikkeensä. Vaihtoehtoisesti terveystieteissä työskentelee myös sijaispäteviä sosiaalityöntekijöitä, sekä joskus sosionomin koulutuksen saaneita sosiaaliohjaajia.

(Keskikylä 2020, 4; Yliruka ym. 2019, 1.)

Terveystieteiden työntekijät työskentelevät terveydenhuollon kentällä sairaaloissa, poliklinikoilla ja terveyskeskuksissa. Vaikka terveystieteiden työ on sosiaalityön marginaalinen erityisalue, työskentelee terveydenhuollossa noin 1000 sosiaalityöntekijää (Yliruka ym. 2019, 1.) Terveystieteiden työntekijän työnkuva on laaja; siihen kuuluu asiantuntijatyö, toimeentulon turvaaminen, sosiaalinen arvio sekä sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen (Korpela 2014, 121). Terveystieteiden työntekijällä on mahdollisuus puuttua yksilön sellaisiin sosiaalisiin ongelmiin, joihin ei muuten haettaisi erikseen apua. Terveystieteiden työntekijän työ vähentää asiakkaiden terveystieteiden sekä sosiaalipalveluiden käyttöä, kun tuki ja apu kohdennetaan oikea-aikaisesti (Leinonen ym. 2023).

Sosiaalinen ympäristö ja verkostot vaikuttavat yksilön kuntoutumiseen ja paranemiseen.

Kannustava ja turvallinen ympäristö edistää fyysistä sekä psyykkistä kuntoutumista.

(Frankenhausen 2014, 67; Leppälahti 2014, 47.) Terveystieteiden työntekijä pyrkii luomaan asiakkaalle puitteet mahdollisimman sujuvaan kuntoutumiseen työskentelemällä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa, sekä antamalla asiakkaalle voimavaroja vaikuttaa omaan elämäänsä (Yliruka ym. 2019). Erityisesti sosiaalityöntekijän antama palveluohjaus on asiakkaalle tärkeä voimavara, sillä heikentyneessä terveydentilassa ei välttämättä kykene lähteä selvittämään pirstaleisen palvelujärjestelmän toimintaa.

Terveydenhuollossa potilas ei yleensä tapaa sosiaalityöntekijää kuin pyynnöstä tai tarpeesta, jolloin avuntarpeen tunnistaminen jää usein muun terveydenhuollon ammattihenkilön vastuulle. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014, 35 §) velvoittaa terveydenhuollon henkilöstön ottamaan yhteyttä sosiaalipalveluihin tai ohjaamaan asiakkaan sinne, mikäli hänen sosiaalihuoltonsa tarve on ilmeinen ja asiakas tähän suostuu. Jos suostumusta ei saada, mutta asiakas ei pysty huolehtimaan turvallisuudestaan, terveydestään tai huolenpidostaan, voidaan sosiaalipalveluihin ottaa yhteys salassapitosäännösten estämättä (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 35 §). Sama säännös koskee myös ikääntyneitä (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 25 §).

Terveystieteiden työntekijä työskentelee kiinteänä osana moniammatillista tiimiä.

Moniammatillisuuden toteutuminen riippuu kuitenkin yksiköstä ja siitä, ymmärretäänkö siellä

sosiaalityön antamat mahdollisuudet. Esimerkiksi joissain yksiköissä on raportoitu, että sosiaalityö nähdään vain lääkärin tai hoitajan apulaisena (Frankenhaeuser 2014, 69). Tietämättömyys terveystieteistä aiheuttaa sen, että muut ammattiryhmät määrittelevät, milloin sosiaalityötä tarvitaan ja milloin ei (Korpela 2014, 134). Parhaimmillaan erikoissairaanhoidossa sosiaalityöntekijät ovat läsnä ja osallistuvat hoitoneuvotteluihin ja osaston kokouksiin sekä ovat tietoisia potilaiden tilanteista.

Ideaalitilanteessa terveydenhuollon ammattilainen tunnistaa asiakkaan avun tarpeen ja ohjaa hänet välittömästi terveystieteiden ammattilaiselle. Tällöin terveydenhuollon ammattilaisen ei tarvitse käyttää työaikaansa asiakkaan sosiaalisen tilanteen kartoitukseen ja sosiaalipalveluiden järjestämiseen. Tämän lisäksi asiakkaan ei itse tarvitse lähteä ottamaan yhteyttä uuteen tahoon, vaan asia etenee terveydenhuollon yksikössä. Siellä asiakkaalla on mahdollisuus työskennellä terveystieteiden ammattilaisen kanssa ja käydä läpi tilannetta.

Terveystieteiden ammattilainen hoitaa asiaa niin kauan, kunnes asiakas ei enää käy kyseisessä terveydenhuollon yksikössä.

Sosiaalityöllä on tärkeä rooli väkivaltatyössä. Sosiaalityön rooli on todettu tärkeäksi pitkäaikaisen ja tarkoituksenmukaisen väkivaltatyön aikaansaamiseksi, sillä sosiaalityöntekijöillä on resursseja koota verkostoja ja ohjata asiakkaat oikeisiin palveluihin (Serpola 2006, 45). Väkivallan kierteen lopettamiseksi ja muutoksen aikaan saamiseksi tarvitaan suunnitelmallista ja pitkäkestoista työskentelyä, sillä lähisuhdeväkivalta ei ratkea yhdellä tapaamisella viranomaisien kanssa. Työskentelyn käynnistäminen jo terveydenhuollon yksikössä on tärkeää, sillä usein työskentelyyn tarvitaan terveydenhuollon ammattihenkilöstöä, jotka voivat antaa tarvittavia lausuntoja sekä kuntoutusta (Notko ym. 2022). Vaikka sosiaalityö ottaa usein vastuun väkivaltatapauksista, ei sosiaalityö pysty niitä yksin ratkaisemaan (Tenkanen 2007, 191).

Sosiaalityöntekijät ovat tottuneita työskentelemään väkivalta-aiheiden parissa.

Sosiaalihuollon toimialalla työskentelevistä kolmasosa on raportoinut käsittelevänsä lähisuhdeväkivaltatapauksia päivittäin tai viikoittain (Niklander ym. 2019, 62). Itse asiassa sosiaalityöntekijöillä on erityinen asema viranomaisena ilmoittaa rikosepäilyksistä poliisille. Vaikka sosiaaliviranomaisilla ei ole lakiin perustuvaa ilmoitusvelvollisuutta aikuiseen asiakkaaseen kohdistuvan rikosepäilyksen kohdalla, on sosiaaliviranomaisella oikeus ilmoittaa rikosepäily, mikäli se on erittäin tärkeää yksityisen tai yleisen edun takia. Tällaisia tilanteita

voi olla avo- tai aviopuoliso- tai iäkkääseen vanhempaan kohdistuva väkivalta. (Kaitue ym. 2007, 63; Niemi-Kiesiläinen 2006, 450–451.) Väkivallan ehkäisy ja siihen puuttuminen nähdään sosiaalihuollon eettisenä tehtävänä, mutta lähisuhdeväkivallan opintosisältö on ollut vähäistä ja vaihtelevaa suomalaisissa yliopistoissa (Piippo 2022, 147). Jopa 85 % sosiaalihuollon henkilöstöstä toivoo lisäkoulutusta lähisuhdeväkivallan suhteen (Niklander ym. 2019, 63).



## 4 Tutkimusasetelma

### 4.1 Tutkimustehtävä ja -kysymykset

Tarkoitukseni on tutkia terveystieteiden tekemää väkivaltatyötä lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden ikääntyneiden kanssa vuodeosastoilla. Kiinnostukseni aiheeseen lähti terveystieteiden työkokemukseni perusteella, mutta syveni tutustuessani tutkimuskirjallisuuteen. Kansainvälisten tutkimusten perusteella ikääntyneiden kokemaan lähisuhdeväkivaltaan on vaikea puuttua, mikä tekee sosiaalityöntekijän merkitys terveydenhuollossa on tärkeä (Collins ym. 2020; Elman ym. 2023). Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa ajankohtaista tietoa terveystieteiden kokemuksista väkivaltatyöstä, sillä Suomessa ei ole ajankohtaista perustietoa aiheesta. Tutkimuksen tavoitteena on sosiaalityöntekijöiden kokemusten avulla nostaa esiin väkivaltatyön tilaa Suomessa sekä mahdollisia kehityskohteita.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan ihmisten kokemusmaailmaa, tunteita ja ajatuksia. Sen tavoitteena on tuottaa hyödynnettävää ja ymmärrystä lisäävää tietoa tietystä ilmiöstä, jolloin se sopii parhaiten tutkimusmenetelmäkseen. (Juuti & Puusa 2020.) Laadullisen tutkimuksen tieteenfilosofinen keskipiste pohjautuu ilmiöiden ymmärtämiseen, johon pyrin tutkimuskysymyksilläni (Kylmä & Juvakka 2012).

Tutkimuksellani on seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Miten lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden ikääntyneiden potilaiden avuntarve tulee ilmi?
2. Millaista väkivaltatyö on vuodeosastoympäristössä?
3. Millaisia kokemuksia terveystieteiden tekijöillä on lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden ikääntyneiden auttamisesta?

Tutkimuskysymysten avulla pystyn hahmottamaan vuodeosastojen väkivaltatyötä alusta loppuun asti. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä sen prosessimaisuus, joka kuvastaa sosiaalisten ilmiöiden jatkuvaa muuttumista (Eskola & Suoranta 2008, 16). Täten tutkimuskysymykset ovat hioutuneet tutkielman edetessä. Perimmäiset ajatukset tutkimuskysymyksistä ovat kuitenkin pysyneet samana koko prosessin ajan.

## 4.2 Aineiston keruu ja kuvaus

Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu menetelmä on valittava siten, että tutkimuskysymyksiin on mahdollista vastata (Flick 2018). Päädyin keräämään aineiston avoimella kyselylomakkeella Webropol-alustalla. Avoimen kyselylomakkeen tarkoituksena oli kysyä kysymyksiä, joihin vastaajat pystyivät omin sanoin vastaamaan. Kyselyn valitsemiseen vaikutti moni asia. Koin tärkeäksi kerätä aineiston sellaisella tavalla, jolla tutkittavat saivat itse kertoa työstään. Olen itsekin työskennellyt terveystieteiden erikoissairaanhoidossa, ja koska lähisuhdeväkivaltatapaukset eivät kuitenkaan ole jokapäiväisiä, en kokenut havainnoinnin tai etnografian olevan tarpeen mukaista tutkimuksessani. Tämän lisäksi kirjoituskutsu on hyödyllinen silloin, kun aiheesta ei löydy tutkimusaineistoa tai muuta hyödynnettävää aineistoa tekstimuodossa (Pöysä 2021). Halusin myös tavoittaa tutkittavia mahdollisimman laajasti maantieteellisesti ja saada kattavaa tietoa ilmiöstä.

Webropol-kyselyn avulla oli mahdollista tavoittaa monta vastaajaa. Kyselyn hyötyinä oli se, että vastaajat saivat täyttää kyselyn rauhassa valitsemallaan hetkellä. Väkiältä aiheena on tunteita herättävä, joten vastaajat saivat edetä kyselyn kanssa omaa tahtia ja ottaa taukoja. Toisaalta kyselyn heikkoutena oli se, että kysymykset saatettiin ymmärtää väärin eikä tarkentavia kysymyksiä ollut mahdollista kysyä. Heikkoutena oli myös se, että en pystynyt kontrolloimaan vastausmäärää. Vastausmäärään saattoi vaikuttaa se, että sosiaalityöntekijät olivat kiireisiä, tutkimuskutsu ei välttämättä tavoittanut kaikkia, ja aihe saattoi olla joillekin liian vaikea. En ole kuitenkaan huolissani vastausmäärästä. Laadullinen tutkimus ei edellytä suuria vastausmääriä, vaan aineiston ja analyysin laatu on tärkeintä (Eskola & Suoranta 2008, 61–62).

Webropol-kyselyyn toivoin vastauksia sosiaalityöntekijöiltä, joilla oli omakohtaista kokemusta ikääntyneiden parissa tehdystä väkivaltatyöstä vuodeosastoympäristössä. Jokainen vastaaja oli vastannut kyselyyn anonymisti. Kyselyssä keräsin seuraavat tunnistetiedot: ikähaarukka, koulutustausta, sosiaalialan työkokemus, ja työskenteleekö parhaillaan terveystieteiden erikoissairaanhoidossa vai onko ennen työskennellyt. Ikähaarukan lisäksi sosiaalialan työkokemuksen kysyin asteikolla esim. 1–5-vuotta, jolloin vastaajien anonymiteetti säilyi eikä heidän henkilöllisyytensä ollut pääteltävissä tunnistetiedoista. Valitsemani tunnistetiedot antoivat lisäarvoa tutkimukselleni, kun tiesin suurin piirtein keitä siihen on vastannut, sekä

pystyin tekemään analyysiä sen mukaan, miten vastaukset erosivat tunnistetietojen pohjalta. Tunnistetietojen avulla pystyin myös varmistumaan siitä, että olin saanut vastauksia niiltä työntekijöiltä, keiltä halusinkin.

Kyselyn alussa oli pieni alustus siitä, mitä lähisuhdeväkivallalla tarkoitetaan, ja mitä eri väkivallan muotoja on olemassa. Näiden tarkoituksena oli herätellä vastaajien ajatuksia ja muistuttaa, kuinka monta erilaista väkivallan muotoa on olemassa. Kyselyn alussa oli avattu myös lyhyesti käsitteet: terveystyöntekijä, ikääntynyt ja väkivaltatyö. Vastaajia pyydettiin muistelemaan kaikkia sellaisia tilanteita, joissa he ovat pyrkineet auttamaan väkivallan kokijaa, vaikka väkivallan kokija ei ole apua pyytänyt tai tunnustanut avun tarvettaan. Varsinaisia kysymyksiä kyselyssä oli yhdeksän (ks. LIITE 1).

Rajasin tutkimusjoukkoni tarkasti monestakin syystä. Rajasin vastaajat sosiaalityöntekijöihin, jotta voin tarkastella sosiaalityöntekijöiden koulutusta ja laillisia velvoitteita tutkimuksen viitekehityksessä. Pohdin rajausta sosiaalityöntekijöihin myös moniammatillisuuden näkökulmasta. Lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta terveydenhuollossa on tehty monta tutkimusta moniammatillisuuden näkökulmasta, mutta sosiaalityöntekijöiden kokemuksia ei ole erikseen tarkasteltu (esim. Leppäkoski ym. 2010; Virkki ym. 2011). Aikaisempien tutkimusten perusteella moniammatillisuus on tärkeä ja olennainen osa vuodeosastojen väkivaltatyötä (emt.), joten huomioin moniammatillisuuden näkökulman laatiessani kyselyä.

Vastaajat oli rajattu nimenomaan vuodeosastoilla työskenteleviin sosiaalityöntekijöihin, sillä sosiaalityö on erilaista vuodeosastoympäristössä kuin esimerkiksi poliklinikoilla. Väkivallan kokijoilla on keskimääräistä pidemmät vuodeosastojaksot kuin muilla potilailla (Ulrich ym. 2003). Niinpä vuodeosastoympäristössä on enemmän aikaa toteuttaa väkivaltatyötä potilaiden kanssa. Sosiaalityöntekijöillä on myös mahdollisuus tavata potilas ilman väkivallan tekijän läsnäoloa vuodeosastoilla, mikä saattaa olla muissa konteksteissa harvinaista.

Keräsin aineiston tammikuussa 2024, kun laitoin sen kahdeksi viikoksi jakoon Facebookin Sosiaalityöntekijöiden Uraverkosto ja Terveystyöntekijöiden ammattilaiset ryhmiin.

Tutkimuspyyntöön vastasi yhteensä 18 ihmistä. Näistä 18 vastauksesta olen poistanut yhden ihmisen vastaukset, sillä taustakysymyksiin hän oli vastannut, ettei ole koskaan työskennellyt terveystyöntekijänä. On mahdollista, että hän on esimerkiksi työskennellyt sosiaaliohjaajana tai muun tittelin alla vuodeosastolla. Haluan kuitenkin tarkastella erityisesti sosiaalityöntekijän koulutuksen saaneita ja terveystyöntekijänä työskennellyitä, joten

päätin poistaa hänen vastauksensa. Analyysi on siis tehty 17 vastauksen pohjalta. Heistä yli puolet, eli kymmenen vastaajaa on syntynyt vuosina 1990–2003. Loput vastaajista jakautuivat ikänsä puolesta tasaisesti vuosille 1960–1989. Sijaispäteviä sosiaalityöntekijöitä tai sosiaalityön opiskelijoita oli vastaajista kaksi, ja loput olivat valmistuneita sosiaalityöntekijöitä. Yhdellä näistä oli myös sosionomin koulutus. Työkokemus sosiaalialalta jakautui ikäjakaumaa mukailleen, eli yli puolella oli kokemusta sosiaalialan töistä alle 5 vuotta, lopuilla vaihtelevasti enemmän. 17 vastaajasta 11 työskenteli vastaamishetkellä terveystieteiden sosiaalityöntekijänä, kun taas kuusi vastaajaa ilmoitti työskennelleensä ennen.

### **4.3 Aineiston analyysinä aineistolähtöinen sisällönanalyysi**

Laadullisen tutkimuksen analyysin tarkoituksena on tuottaa selvää ja yhtenäistä informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2018). Laadullisessa tutkimuksessa käytetään monia eri analyysimenetelmiä, joista yksi yleisimmistä on sisällönanalyysi. Se sopii kaikkien tekstimuotoisten aineistojen analysoimiseen. (Elo ym. 2022, 216.) Sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata ja tiivistää aineisto, mikä on mahdollista tehdä monella eri tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2018). Yleisimmin siitä erotellaan teorialähtöinen, teoriaohjaava sekä aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Näitä voi myös kuvailla deduktiiviseksi, abduktiiviseksi ja induktiiviseksi sisällönanalyysiksi. (Graneheim ym. 2017.) Nimensä mukaisesti kahdessa ensimmäisessä sovelletaan olemassa olevaa teoriaa enemmän tai vähemmän, kun taas aineistolähtöisessä pyritään etenemään täysin aineiston ehdoilla (Eskola & Suoranta 2008, 19). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä edetään yksityisestä yleiseen ja pyritään aineiston avulla muodostamaan teoreettinen kuvaus ilmiöstä (Graneheim ym. 2017).

Olen valinnut analyysimenetelmäksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Aineistolähtöistä analyysiä on perusteltua käyttää silloin, kun perustietoa ilmiöstä ei ole saatavilla (Eskola & Suoranta 2008, 19). Suomessa aiheesta ei ole tehty vastaavaa tutkimusta, joten aineistolähtöisen sisällönanalyysin käyttäminen tutkimuksessani on perusteltua.

Aineistolähtöisyys ohjaa minua rakentamaan analyysiä aineistosta lähtien, ilman että mikään ulkopuolinen teoria ohjaa analyysiani (Eskola & Suoranta 2008, 19). Teoria on kuitenkin olennainen osa jokaista laadullista tutkimusta (Juuti & Puusa 2020) ja teoreettinen viitekehyseni kehystää tutkimustani. Haluan kuitenkin keskittyä vastausten kokemukselliseen sisältöön. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on nimittäin tarkoitus ymmärtää vastaajien näkökulmaa (Tuomi & Sarajärvi 2018).

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin haasteena on se, että todellista aineistolähtöisyyttä ja objektiivisuutta ei ole olemassa. Kuten Eskola ja Suoranta (2008, 156) sanovat, tutkijan aikaisempi tieto aiheesta, ennakkoluulot sekä tutkimuksen tarkoitus väistämättä vaikuttavat aineiston tulkintaan. Toinen tutkija saattaisi tehdä aineistolähtöisen analyysin samasta aineistosta täysin eri tavalla. Aineistolähtöisyyteen liittyy toinenkin haaste: aineiston kuvaileminen liian pintapuolisesti, sillä teoria ei ole syventämässä analyysiä (Graneheim ym. 2017). Olen pyrkinyt tiedostamaan aineistolähtöisyyden haastavuuden ja kiinnittämään siihen huomiota analyysissä.

Sisällönanalyysin lopputulosta varten aineistosta muodostetaan kategorioita tai luokkia, joiden avulla saadaan tiivistetty kuva tutkittavasta ilmiöstä (Elo ym. 2022). Tähän päädytään monivaiheisella prosessilla. Elo ym. (2022, 219) tiivistävät prosessin kolmeen vaiheeseen: valmisteluvaihe, analyysivaihe ja raportointivaihe. Valmisteluvaiheeseen kuuluu aineistoon tutustuminen ja perehtyminen. Aineistoa lukemalla on kiinnitettävä huomiota olennaisiin asioihin tutkimuskysymysten kannalta (Braun & Clarke 2012, 61). Aloitin valmisteluvaiheen tulostamalla aineistoni ja tutustumalla taustakysymysten vastauksiin. Tämän jälkeen luin aineistoni kaksi kertaa läpi, minkä aikana huomasin toistuvia teemoja aineistossa.

Analyysivaiheen tekee jokainen tutkija omalla tavallaan; sillä tavalla millä voi parhaiten vastata tutkimuskysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2018). Olen soveltanut tutkimuksessani Braunin ja Clarken (2012) ohjeita sisällönanalyysistä. He puhuvat temaattisesta analyysistä, jota jotkut pitävät joko sisällönanalyysin synonyyminä tai yhtenä tapana tehdä sisällönanalyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2018; Vuori 2021).

Riippumatta siitä, miten analyysivaiheen sisällönanalyysissä tekee, koodaus on analyysin perusta (Braun & Clarke 2012, 61; Vuori 2021). Koodaus on yksi analyysin työvälineistä, jota käyttämällä muokataan aineisto ymmärrettävämpään muotoon analyysia varten. Koodauksen tarkoituksena on yksinkertaistaa aineistoa antamalla tietyille sanoille tai lauseille koodi, ja ryhmittelemällä samat lauseet saman koodin alle. (Juhila 2021.) Koodien sopivat nimet ja koodien laajuuden päättää tutkija itse (Braun & Clarke 2012, 61–62; Eskola & Suoranta 2008, 156; Tuomi & Sarajärvi 2018). Koodien nimet vaihtelevat usein tulkinnallisten ja kuvailevien nimien välillä (Braun & Clarke 2012, 61). Itse nimesin koodini kuvailemaan tekstikappaleita, enkä tässä vaiheessa tehnyt enempää tulkintoja. Kuten Juhila (2021) mainitsee, koodaaminen tehdään perinteisesti värikyniä käyttämällä. Itse omaksuin tämän tavan myös, ja alleviivasin

aineistostani kaikki saman koodin alle kuuluvat ilmaukset samalla sävyllä. Toisin sanoen etsin aineistosta samanlaisia ilmaisuja ja ryhmittelin ne saman koodin alle. Alla on esimerkki siitä, mitkä kaksi ilmaisua aineistosta päätyivät saman koodin alle.

Taulukko 1. Esimerkki aineisto-otteiden koodauksesta.

Alkuperäinen aineisto-ote	Koodi
<i>Aina muutoksen tekeminen tilanteeseen ei onnistu, koska potilas ei siihen halua tai uskalla lähteä.</i>	Potilaan haluttomuus työn haasteena
<i>Suurimman osan ajasta koen, etten voi auttaa niin paljon kuin haluaisin. Syynä usein uhrin haluttomuus muuttaa tilannetta, joka ei kuitenkaan täytä rikoksen tunnusmerkkejä.</i>	

Braun ja Clarke (2012, 62) sanovat, että kaikkea aineistossa ei tarvitse koodata, mikäli se ei sovi tutkimuskysymykseen. Onnistuin kuitenkin koodaamaan lähes koko aineistoni tutkimuskysymyksiini vastaten, mikä kertoo tutkimuskysymykseni, aineistoni ja analyysitapani yhteensopivuudesta. Seuraavaksi etenin analyysivaiheen seuraavaan vaiheeseen; koodien luokitteluun ja teemoitteluun. Tässä vaiheessa tutkija aktiivisesti analysoi ja tulkitsee aineistoa tutkiessaan mitkä koodit sopisivat saman luokan alle. (Braun & Clarke 2012, 63.) Tarkoituksena on edetä yksityisestä yleiseen ja muodostaa koodeista alaluokkia, joista muodostetaan yläluokkia, joista edelleen muodostetaan teemoja tai teema (Elo ym. 2022, 220). Luokittelussa on tärkeä pitää mielessä tutkimusongelma, sillä aineistosta ja koodeista on mahdollista muodostaa monenlaisia luokitteluja (Juhila 2021).

Luokittelun ja teemoittelun koin vaikeaksi vaiheeksi, sillä moni koodi sopi moneen eri luokkaan. Tämä toisaalta on yleistä sisällönanalysissä (Braun & Clarke 2012, 65). Pysin kuitenkin yhdistämään samantyyppiset koodit samaan alaluokkaan ja tekemällä selvät rajat alaluokkien välille (ks. Braun & Clarke 2012, 63). Tätä vaihetta helpotti se, kun loin alaluokille yläluokat ja pidin tutkimuskysymykseni mielessä. Tässä vaiheessa analyysiä muokkasinkin luokitteluani moneen kertaan ja yhdistelin ja erottelin ala- ja yläluokkiani, mitä Braun ja Clarke (2012, 65) kutsuu luokkien arvioimisen vaiheeksi. Kun olin tyytyväinen luokitteluuni loin pääluokille vielä kuvailevat teemat, joiden nimet olivat abstraktimmalla tasolla kuin muiden luokkien (ks. Graneheim 2017). Luokkien nimeäminen on tärkeä osa analyysiprosessia, sillä niiden on tarkoitus konkreettisesti ja tiivistäen kuvata aineistoa (Braun & Clarke 2012, 66; Elo ym. 2022, 220). Alla olevassa taulukossa näkyy analyysivaiheeni

perusteella muodostetut luokat ja teemat. Havainnollistaakseni koodien muovautumista alaluokkiin, taulukon 1 koodi on päätyntä auttamisen haasteet alaluokkaan.

Taulukko 2. Analyysin perusteella syntyneet luokat.

Teema	Pääluokka	Alaluokka
Sosiaalityöntekijöiden asiantuntijuus	Sosiaalityöntekijöiden väkivaltatietoisuus	Väkivallan moninaisuuden tunnistaminen
		Vuorovaikutustaidot
		Erilaiset tukimuodot
		Auttamisen haasteet
	Ikäryhmän ominaispiirteet	Muistisairaudet ja toimintakyky
		Ikääntyneiden perspektiivit väkivaltaan
Palvelujärjestelmän sopimattomuus		
Yhdessä luotu asiantuntijuus	Väkivaltatyön konteksti	Fyysinen ympäristö
		Työympäristö monitoimisuuden mahdollistajana
		Yhteistyö vuodeosaston ulkopuolella

Analyysivaiheen jälkeen seuraa raportointivaihe (Braun & Clarke 2012, 69; Elo ym. 2022, 223). Analyysin tulokset raportoidaan syntyneiden luokkien perusteella, pyrkien luomaan koherentti ja ymmärrettävä raportti, joka samalla vastaa tutkimuskysymyksiin (Braun & Clarke 2012, 69). Aineisto-otteiden käyttö on suositeltavaa, sillä se havainnollistaa tutkijan tulkintoja (Elo ym. 2022, 223). Olen käyttänyt analyysissäni kattavasti aineisto-otteita, antamalla jokaiselle vastaajalle oman numeron (S1...S17), jotta lukija voi seurata kuinka eri vastaajat ovat vastanneet. Aineisto-otteista olen korjannut vain luettavuuteen vaikuttavat kirjoitusvirheet.

#### 4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi on tutkijan omien päätöksiensä arviointia. Tämä johtuu laadullisen tutkimuksen luonteesta, sillä tutkimuksessa ei tuoteta toistettavia numeroita, vaan tulkintoja ja päätelmiä aineistosta – jotka ovat minun eli tutkijan itseni tekemiä. (Eskola & Suoranta 2008, 210–211.) Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida

monesta eri näkökulmasta. Juutti ja Puusa (2020) arvioivat laadullista tutkimusta kolmen käsitteen avulla: uskottavuuden, luotettavuuden ja eettisyyden. Uskottavuudella he tarkoittavat sitä, että tutkimuksen kulku ja tulokset on raportoitu asianmukaisesti ja todenmukaisesti (emt.). Uskottavuuteen liittyy myös aineiston keruun ja tutkittavien totuudenmukainen kuvaus sekä tutkimuksen pysyvyys ja neutraalisuus (Tuomi & Sarajärvi 2018). Tutkimuksessa olen kertonut jokaisesta päätöksenteon vaiheesta neutraalisti, ilmaisten subjektiivisuuteni vaikutuksen esimerkiksi aiheen valintaan. Luotettavuus Juutin ja Puusan (2020) mukaan liittyy asianmukaisiin perusteluihin tutkimuksen valintoihin liittyen. Aikaisemmissa luvuissa olen perustellut aiheen valinnan, aineiston keruun tavan sekä analyysimenetelmän valinnan. Kolmatta luotettavuutta lisäävää tekijää – eettisyyttä – pohdin tämän luvun lopussa.

Tutkimuksen objektiivisuutta vahvistaa oman subjektiivisuuden pohdinta ja tiedostaminen (Juuti & Puusa 2020). Minun on tiedostettava asenteeni ja oletukseni aihettani kohtaan, sekä tiedostamattomat hypoteesini, jotka saattavat ohjata aineiston keruuta tai analyysia. Esimerkiksi tutkielman aiheen olen valinnut osittain työkokemukseni perusteella. Työkokemukseni terveyssoseaalityöstä voi auttaa ymmärtämään tutkimusaihettani paremmin, mutta voi myös vahingossa ohjata analyysiani liian subjektiivisesti, jos en ole tietoinen tästä riskistä.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että tiedostan mistä näkökulmasta tutkimustani teen. Metodologisten menetelmien valintaan on vaikuttanut ontologiset ja epistemologiaan liittyvät käsitykseni. (Juuti & Puusa 2020.) Tutkimusta ohjaa kokemusnäkökulma – toiselta nimeltään tulkinnallinen näkökulma (Jokinen 2021; Juuti & Puusa 2020). Kokemusnäkökulman ontologinen käsitys perustuu siihen, että todellisuus on moninainen ja jokainen kokee sen subjektiivisesti (Jokinen 2021). Tutkimuskohdetta tulkitaan historiallisesta, kulttuurillisesta, sosiaalisesta ja symbolisesta kontekstista käsin (Juuti & Puusa 2020). Kokemusnäkökulmaan on mahdollista yhdistää fenomenologinen perinne, joka näkyy tässäkin tutkimuksessa. Fenomenologiassa keskitytään ihmisten kokemuksiin ja niihin annettuihin merkityksiin. Kokemuksia ja merkityksiä tulkitaan suhteessa sosiaaliseen maailmaan, johon ihminen vaikuttaa sekä on vaikutuksen kohteena. Fenomenologiassa tutkijan rooli on tulkita ja tuoda muiden ääntä kuuluviin. (Juuti & Puusa 2020). Fenomenologinen perinne ja kokemusnäkökulma sopii tutkimukseeni, sillä soseaalityöntekijät saattavat jäsentää työtään eri tavalla, kuin muut ammattilaiset muissa aikaisemmissa



tutkimuksissa. Sosiaalityöntekijät saattavat antaa myös erilaisia merkityksiä ikääntyneille, mitkä ovat syntyneet subjektiivisen kokemuksen perusteella ja täten voivat erota muiden kokemuksista.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan vastuulla on eettisyyden pohdinta (Eskola & Suoranta 2008, 52). Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan tieteen etiikalla on neljä perusnormia: epäpersoonallisuus, tiedon julkisuus, puolueettomuus ja kritiikki. Tässä tutkimuksessa kaikki väitteet on perusteltu asianmukaisin lähtein, ja työ on julkinen ja avoin kritiikille. Noudatan tutkimuksessa hyvän tieteellisen käytännön periaatteita ja olen tutustunut Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeisiin (TENK 2023). Ohjeiden mukaan hyvän tieteellisen käytännön kulmakiviä ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus sekä vastuunkanto (TENK 2023, 12). Luotettavuutta olen pohtinut tässä luvussa, sekä pohdin sitä vielä viimeisessä luvussa. Rehellisyyttä vahvistaa yksityiskohtainen selostukseni tutkimuksen vaiheista ja selvä raportointi. Arvostukseen liittyy kunnioittava puhe tieteen osapuolia kohtaan, mikä näkyy käsitevalintojeni pohdinnassa. Olen esimerkiksi miettinyt, miten puhun ikääntyneistä, sekä valinnut neutraalimman käsitteen puhua väkivallan kokijoista, enkä väkivallan uhreista (ks. Browne 1991, 151). Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on myös kiinnittää huomiota tutkittavien hyvinvointiin, minkä takia tutkimukseni on ollut vapaaehtoinen tutkittaville ja sen on voinut keskeyttää milloin tahansa. Olen myös huolehtinut aineiston asianmukaisesta säilytyksestä ja tuhoamisesta. (TENK 2023, 13–14.) Tutkittaville on selitetty tutkimuksen ja aineiston keruun tarkoitus sekä heidän antamiensa tietojen käyttö. Heidän anonymiteettinsa on suojattu, eikä minulla ole heistä mitään henkilötietoja, joista heidät tunnistaisi.

## 5 Sosiaalityöntekijöiden väkivaltatietoisuus

Tässä luvussa käsittelen, miten sosiaalityöntekijät käyttivät tietoaan väkivallasta ilmiönä ja kokemuksena. Luvussa tulee esiin sosiaalityöntekijöiden asiantuntijuus ja ymmärrys väkivallan kokijoita kohtaan, sekä eri työmenetelmät heidän tukemistaan varten. Luvussa käsitellään myös, mitä haasteita sosiaalityöntekijät kohtasivat ja kuinka väkivaltatietoisuus auttoi heitä selviytymään haasteista.

### 5.1 Väkivallan moninaisuuden tunnistaminen

Sosiaalityöntekijät pyrkivät työssään tunnistamaan ikääntyneiden kokeman lähisuhdeväkivallan vuodeosastoilla. Aineistosta tuli esiin, kuinka tietoisia sosiaalityöntekijät olivat eri väkivallan muodoista ja siitä, kuinka helposti ne tulivat esille vuodeosastoympäristössä. Terveysosiaalityöntekijät tunnistivat kahdeksaa eri väkivallan muotoa ikääntyneiden lähisuhteissa. Henkistä, fyysistä sekä taloudellista väkivaltaa sosiaalityöntekijät tunnistivat huomattavasti eniten. Hoidollisesta ja seksuaalisesta väkivallasta puhui osa, kun taas hengellisestä ja digitaalisesta väkivallasta sekä vainosta puhui vain harva.

Henkinen ja hoidollinen väkivalta yleisimpiä. Tämä näyttäytyy yleensä toisen kontrolloimisena, laiminlyöntinä sekä hoitojen kieltämisenä. Myös fyysistä ja taloudellista väkivaltaa ilmenee. -S8

Väkivallan muotojen tunnistamista helpotti, kun sosiaalityöntekijät tiesivät, miten ikääntyneiden lähisuhdeväkivalta saattoi tulla ilmi. Edellisen sosiaalityöntekijän tavoin toinenkin sosiaalityöntekijä kertoi, kuinka lähisuhdeväkivalta saattoi tulla esiin hoidon laiminlyömisestä. Sosiaalityöntekijät kuvailivat myös, kuinka väkivallan tekijä saattoi olla omaishoitaja. Väkivallan tunnistaminen omaishoitajasuhteissa oli kokemustiedon ja asiantuntijuuden ansiota, sillä aiheesta on niukasti tutkimustietoa, eikä siitä julkisesti puhuta. Irlannissa tehty tutkimus on yksi Euroopan ainoista aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, ja siinä jopa yli kolmasosa omaishoitajista oli myöntänyt kaltoinkohdelleen ikääntynttä omaishoidettavaansa (Lafferty ym. 2016). Suomessa aiheesta tutkimuksia ei ole tehty. Yksi sosiaalityöntekijä tiedosti, kuinka vaikeaa fyysisenkin väkivallan tunnistaminen oli omaishoitajasuhteissa, joissa väkivallan syy oli hoitajan uupumus. Tällöin väkivalta ei yleensä ollut vakavaa, vaan enemmänkin maltin menettämistä silloin tällöin. Näissä tilanteissa ei esiintynyt helposti tunnistettavaa kokonaisvaltaista kontrollointia ja laiminlyömistä.

Osa sosiaalityöntekijöistä oli toisaalta työskennellyt potilaiden kanssa, jotka kokivat lähisuhdeväkivaltaterroria – eli kokonaisvaltaista ja jatkuvaa väkivaltaa (Siukola 2014, 16). Sosiaalityöntekijöiden vastauksissa korostui tietämys väkivallan monimuotoisuudesta ja herkkyys suhtautua jokaiseen tilanteeseen omanlaisenaan. Sosiaalityöntekijät havaitsivat myös, että väkivallan muotoja saattaa esiintyä samanaikaisesti limittyen toisiinsa.

Jos minulle herää huoli taloudellisen hyväksikäytön mahdollisuudesta, otan huomioon myös sen, että tilanteeseen voi liittyä myös muita väkivallan muotoja.  
-S3

Sosiaalityöntekijät olivat tietoisia siitä, mitkä väkivallan muodot olivat vaikeasti tunnistettavissa. Fyysisestä väkivallasta puhuttiin kaikista helpoiten tunnistettavissa olevana, sillä siitä yleensä jäi selviä merkkejä. Muiden väkivallan muotojen tunnistamista varten sosiaalityöntekijät kertoivat joutuvansa tekemään enemmän työtä ja selvittämään asioita. Fyysisestä väkivallasta heille usein kertoi lääkäri löytämiensä havaintojen perusteella, mutta muista väkivallan muodoista kertoi usein joku muu. Sosiaalityöntekijät kertoivat tunnistavansa taloudellista väkivaltaa, kun puhuivat ikääntyneiden kanssa raha-asioista. Taloudellisen väkivallan selvittäminen oli heille kuitenkin vaikeaa, sillä sitä oli vaikea kenenkään todistaa, ja asianomaisten kertomukset saattoivat erota toisistaan. Sosiaalityöntekijät antoivat esimerkkejä taloudellisen väkivallan ilmenemisestä testamenttiriitoina, rahojen käytön kontrolloimisena tai rahojen varastamisena. Sosiaalityöntekijät kertoivat myös olevansa tietoisia siitä, kuinka vaikeaa seksuaalisen väkivallan ilmeneminen oli osastolla. Aiheesta puhuminen oli vaikeaa sosiaalityöntekijöille, mutta he havaitsivat aiheen olleen vaikea potilaillekin.

## **5.2 Vuorovaikutustaidot**

Väkivaltatyöskentelyssä oli tärkeää, että lähisuhdeväkivalta tunnistettiin. Paras tapa tunnistamiseen oli keskustella potilaan kanssa. Tässä kohtaa sosiaalityöntekijöiden vuorovaikutustaidot tulivat esille, sillä väkivallasta keskusteleminen ei ollut suoraviivaista. Vuorovaikutustaidoilla tarkoitan kykyä kohdata, keskustella sekä kuunnella tilanteen edellyttämällä tavalla. Oikeanlaisilla vuorovaikutustaidoilla sosiaalityöntekijät loivat luottamuksellisen suhteen potilaaseen, jotta väkivaltatyö jatkuisi otollisena.

Ensimmäiseksi sosiaalityöntekijöille oli tärkeää, että potilaalla oli tilaa ja aikaa kertoa asioistaan. Potilaan mielipiteen kuunteleminen ja sen kunnioittaminen oli työn keskiössä.

Sosiaalityöntekijät olivat tietoisia siitä, että väkivallasta keskusteleminen oli potilaille usein vaikeaa ja siitä kertoakseen heidän oli kerättävä rohkeutta ja luottamusta.

Ajan antaminen, että potilas uskaltaa avautua asioistaan, kokemastaan. -S16

Sosiaalityöntekijät eivät kiirehtineet väkivaltatyön suhteen, vaan pitivät potilaan ja hänen toiveensa työn keskiössä. Jokainen tilanne vaati aina oman harkintansa siitä, miten ja milloin aiheesta oli hyvä keskustella. Esimerkiksi jotkut sosiaalityöntekijät kertoivat käyvänsä keskustelun parityöskentelynä, niin että mukana oli joku toinen ammattilainen.

Sosiaalityöntekijät lähtivät keskustelemaan väkivallasta potilaan kanssa painottamalla aluksi luottamuksen luomista ja tutustumista. Sosiaalisen tilanteen kartoitus kuului sosiaalityöntekijän työhön (ks. Ahonen 2020, 35) ja myös lähisuhdeväkivaltaepäilyiden suhteen se tehtiin ensin. Sosiaalityöntekijät kysyivät usein arkisia kysymyksiä liittyen arkeen, toimintakykyyn, raha-asioihin sekä sosiaalisiin suhteisiin. Näiden avulla potilas sai itse kertoa elämästään niin kuin haluaa, eikä häntä painostettu avautumaan vaikeasta aiheesta.

Jo sosiaalisen tilanteen kartoituksen aikana, sosiaalityöntekijät pitivät korvansa auki tunnistaakseen lähisuhdeväkivaltaa potilaan kertomuksessa. Tässä korostui sosiaalityöntekijöiden tietoisuus ja asiantuntijuus siitä, että kovin moni ei kertonut väkivallasta suoraan vaan hieman kierrellen. Tällöin sosiaalityöntekijöiltä vaadittiin taitoa lukea vihjeitä ja kehonkieltä, sekä tehdä tarkentavia kysymyksiä, jotka eivät kuitenkaan pelästyttäneet potilasta. Sosiaalityöntekijät mainitsivat, että usein potilaiden kertomukset lähipiiristään ja arjestaan saattoivat kuulostaa huolestuttavilta, vaikka potilas ei suoraan puhunut väkivallasta.

Tärkeää on siis ammattilaisena kiinnittää huomiota siihen, että potilas ei välttämättä itsekään osaa sanoittaa omaa tilannettaan, ja "vihjeet" väkivallasta tulevat rivien välistä. -S1

Joskus voi olla epäsuoria viitteitä, kuten potilas kertoo ”haasteista parisuhteessa” tai välttelee kotiin menoa. -S4

Sosiaalityöntekijän kuuntelutaidot korostuivat lähisuhdeväkivaltaa kartoittaessa. Kun sosiaalityöntekijällä heräsi epäily lähisuhdeväkivallasta, oli hänellä syytä kysellä aiheesta enemmän. Aineistosta erottui kaksi pääasiallista tapaa käydä keskustelua potilaan kanssa. Osa sosiaalityöntekijöistä lähestyi aihetta erityisen hienovaraisesti, kun taas jotkut erittäin suoraan.

Molemmista tavoista heijastui kuitenkin sosiaalityöntekijöiden asiantuntijuus ja kyky havainnoida tilanteita, ja sen perusteella muokata omia vuorovaikutustaitojaan.

Suoraan kysyvät sosiaalityöntekijät puhuivat väkivallasta avoimesti ja sen oikeilla nimillä, sekä esittivät paljon tarkentavia kysymyksiä. He eivät kuitenkaan unohtaneet luottamuksen merkitystä ja tunnelman luomista. He kuitenkin kokivat, että suoraan kysymällä he saivat myös luotua luottamusta potilaisiin. Asiantuntijuuden ja luottamuksen osoittaminen antoi potilaille rohkeutta avautua kokemastaan.

Kokemukseni on, että on tärkeää olla kysymyksissä suora ja esittää ne selkeästi ja rehellisesti. Sen sijaan tunnelman luominen tässä on tärkeää, ei välttämättä heti töräytä kysymystä vaan johdattelee aiheeseen ja luo turvallisen tunnelman asioissa, tärkeää on myös, että kertoo, miksi näitä kysyy, se kuuluu sosiaalityöntekijän työhön selvittää tällaisia ja se vaikuttaa myös hoitotyöhön, osamme tukea potilasta tällöin parhaalla mahdollisella tavalla. -S15

Edellä sosiaalityöntekijä loi luottamusta potilaaseen kertomalla työstään ja siitä, miksi hän kartoitti lähisuhdeväkivaltaa. Hän painotti aiheessa potilaan etua. Aiheesta puhuminen saattoi pelästyttää joitain potilaita, joten sosiaalityöntekijän motiivien avaaminen heti alussa toi turvallisuutta tilanteeseen. Tämä on tullut esiin esimerkiksi Chang ym. (2005b) tutkimuksessa, jossa naiset toivoivat, että terveydenhuollon henkilöstö avaa motiivejaan kysyessään lähisuhdeväkivallasta.

Toisella tavalla aihetta lähestyvät sosiaalityöntekijät painottivat hienovaraisuutta. Hienovaraisuudella sosiaalityöntekijät asettuivat ikään kuin potilaan kanssa samalle tasolle keskustelun suhteen, sekä vihjeiden avulla yrittivät saada potilasta kertomaan enemmän. Sosiaalityöntekijät saattoivat kysyä potilaalta, kokiko hän olonsa turvalliseksi kotonaan tai oliko kotona riitoja. Tämän tyyppisissä kysymyksissä korostui sosiaalityöntekijän asiantuntijuus siitä, millaista väkivaltaa ikäänntyneet kodeissaan kokivat ja miten se saattoi tulla ilmi. Hienovaraisuus oli toisaalta myös yksi tapa rakentaa luottamusta ja luoda tunnelmaa siihen suuntaan, että vaikeistakin asioista oli mahdollista keskustella, vaikka se pelottikin. Seuraava aineisto-ote on esimerkki hienovaraisesta lähestymistavasta:

Harkitsen tarkkaan, kuinka otan aiheen puheeksi uhrin kanssa ja teen sen usein toisen ammattilaisen kanssa yhdessä. Pyrin kysymään erilaista väkivaltaa kartoittavia kysymyksiä, esimerkiksi kysymyksiä liittyen rahan käyttöön, riitoihin tai erimielisyyksiin, vapauteen valita ja vaikuttaa asioihin, sekä siihen, onko joku osallisista väsynyt tilanteeseen. -S8

Kuten voimme huomata, sosiaalityöntekijät käyttivät laajasti vuorovaikutustaitojaan. He kiinnittivät tarkasti huomiota potilaan kerrontaan, sekä valitsivat sanansa ja kysymyksensä harkiten. Vaikka nykypäivänä tutkimusten valossa painotetaan suoraan kysymistä (esim. Hegarty ym. 2020), osa saattaa silti tuntea olonsa turvallisemmaksi hienovaraisemmalla lähestymistavalla (Stöckl ym. 2013). Sosiaalityöntekijöille tärkeintä vuorovaikutuksessa oli luottamuksen luominen ja potilaan edun ajaminen.

Potilaan edun ajaminen tuli esiin myös muissa vuorovaikutustilanteissa, joissa oli enemmän ihmisiä läsnä. Vuodeosastoympäristössä vuorovaikutus oli muuttuvaa ja hierarkiat vaikuttivat sen toteutumiseen. Vuodeosaston jokainen ammattilainen käytti persoonansa sekä ammatti-identiteettiään vuorovaikutuksessaan. Sosiaalityöntekijät pyrkivät aina ajamaan potilaan kokonaisvaltaista etua ja puuttumaan epäkohtiin. Seuraavassa esimerkissä sosiaalityöntekijä tiedosti, kuinka lääkärin ammattimainen kysymys ei lähisuhdeväkivaltatilanteessa ollut parhain mahdollinen:

Potilas saattaa kuuliaisesti vastata lääkärille "kyllä", kun häneltä kysytään sopiiko mennä kotiin perjantaina. Jos kysymyksen kääntääkin siten, että "kokisitko, että olisit paremmin turvassa jossain muualla kuin omassa kodissasi?", saattaa potilas tähänkin vastata kyllä. Yritän siis kiinnittää huomioni siihen, miten asioista kysytään. -S11

Esimerkissä lääkäri ei tehnyt mitään väärin kysyessään, oliko potilas valmis menemään kotiin, eikä potilaskaan tehnyt mitään väärää. Tässä kuitenkin sosiaalityöntekijällä oli ainutlaatuista asiantuntijuutta käytössään, kun hän oli tietoinen potilaan kotitilanteesta sekä vuodeosaston hierarkian vaikutuksesta potilaaseen. Sosiaalityöntekijä oli tarkka kuunnellessaan mitä tapahtuu, sekä harkiten kysyi uudenlaisen kysymyksen.

### 5.3 Erilaiset tukimuodot

Lähisuhdeväkivallan tunnistamisen jälkeen sosiaalityöntekijät pyrkivät tarjoamaan tukea potilaille. Potilaat tarvitsivat omanlaista tukea ja sosiaalityöntekijöillä oli mahdollisuus tarjota erityyppisiä tukimuotoja. Väkivallan kokijan auttamiseen ei ollut suoraviivaisia sääntöjä, vaan sosiaalityöntekijät joutuivat käyttämään asiantuntijuuttaan ja harkintakykyään yrittäessään auttaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Aineistossa painottui kaksi erilaista auttamisen muotoa: psykososiaalinen tuki ja konkreettinen tuki. Sosiaalityöntekijöiden tavoitteet tuen tarjoamisessa erosivat myös siitä, mihin potilaat olivat valmiita. Toisaalta hajontaa oli myös siinä, minkälaisen tuen koettiin olevan tarpeeksi. Seuraavaksi havainnollistan tätä kertomalla,

miten psykososiaalisen tuen antamisesta kerrottiin, ja millaisen merkityksen konkreettinen tuki sai.

Monelle sosiaalityöntekijälle oli tärkeää, että potilaat kokivat olonsa nähdyiksi ja tuetuiksi. Sosiaalityöntekijät ymmärsivät mikä merkitys yksinkertaisilla teoilla oli. Moni sosiaalityöntekijöistä arvioi, että kuulluksi tulemisen kokemus oli yksi tärkeimmistä apukeinoista potilaalle. Se oli vankka pohja luottamuksen syntymiselle.

Lähes kaikki kuitenkin korostavat sitä, kuinka paljon auttaa pelkkä puhuminen ja se että joku kuuntelee. -S10

Kuulluksi tulemisen kokemus auttoi potilasta usein siinä hetkessä, mutta lisäksi sosiaalityöntekijät olivat tietoisia siitä, kuinka kauaskantoisia seurauksia yhdellä positiivisella vuorovaikutustilanteella saattoi olla. Sosiaalityöntekijöiden tavoitteena oli, että psykososiaalisen tuen avulla potilaat saisivat enemmän rohkeutta ja uskoa puhua asiasta tulevaisuudessa sekä ottaa muutos vastaan. Tässä työmenetelmässä tuli selvästi esiin sosiaalityöntekijöiden väkivaltatietoisuus. He ymmärsivät väkivallasta puhumisen sekä lähisuhdeväkivallasta irrottautumisen vaikeuden. Moni sosiaalityöntekijä ei asettanut korkeita tavoitteita väkivaltatyöskentelylleen, vaan arvostivat pienien tavoitteiden tärkeyttä.

Ehkä kokemus siitä, että joku kysyy, kuuntelee ja puolustaa ikääntynyttä potilasta lähisuhdeväkivaltatilanteessa, voi tuntua merkitykselliseltä ja asettaa "oivalluksen siemenet" potilaaseen muhimaan, vaikka itse tilanne ei muuttuisi mihinkään? -S12

Kyseisessä aineisto-otteessa ilmeni kuitenkin hieman epävarmuutta sen suhteen, että oliko oivalluksen siemenistä loppujen lopuksi mihinkään. Samanlaista epävarmuutta ilmeni muissakin vastauksissa. Toisaalta jotkut sosiaalityöntekijät olivat varmoja ja tietoisia psykososiaalisen tuen merkityksestä, kuten S10:n aineisto-otteessa kuvattiin.

Sosiaalityöntekijöiden epävarmuutta saattoi selittää se, jos ei ollut urallaan kauaa tehnyt väkivaltatyötä, eikä tällöin nähnyt oivalluksen siemenien alkavan kasvamaan. Silloin usko omaan tekemiseen ja siementen asettamiseen saattoi olla vähissä. Aineistossani yli puolet sosiaalityöntekijöistä oli alle 35-vuotiaita, mikä saattoi selittää epävarmuutta oman psykososiaalisen tuen merkityksessä.

Psykososiaalisen tuen minimoimista ja konkreettisen tuen painottamista esiintyi aineistossa jonkin verran. Osa sosiaalityöntekijöistä koki onnistuneensa väkivaltatyössä paremmin, mitä enemmän konkreettista muutosta potilaan elämään he saivat aikaan. He siis mittasivat

potilaan auttamisen onnistumista sen mukaan, kuinka hyvin väkivalta saatiin loppumaan. Tätä havainnollistaa seuraava aineisto-ote:

Monella väkivaltaisesta suhteesta lähteminen tyssää siihen, että ei konkreettisesti osata etsiä asuntoa ja hakea tukia. Mitä enemmän ihan konkreettista apua on voinut tarjota, ja asiakas on sen halunnut vastaanottaa, niin sillä on ollut suurin vaikutus. -S14

Tässä sosiaalityöntekijä näki työnsä vaikutuksensa sen kautta, kuinka paljon konkreettista apua potilas oli häneltä vastaanottanut. Palveluiden ja avun tarjoaminen oli sosiaalityöntekijän työn keskiössä, ja hänelle oli palkitsevaa nähdä, kuinka selvä vaikutus omalla työllä oli toisen elämään. Tällaisia tapauksia ei aina päässyt kokemaan, joten niille helposti annettiin suuri merkitys. Vaarana kuitenkin oli, että konkreettisen avun tarjoamista alettiin arvostamaan liikaa, vaikka avun pitkäkantoisuutta oli vaikea tietää. Sosiaalityöntekijät eivät kuitenkaan unohtaneet psykososiaalisen tuen merkitystä ja painottivat sitä konkreettisen tuen rinnalla. Vaikka sosiaalityöntekijöillä saattoi olla intohimoisia tavoitteita työskentelylleen, he muistivat myös pienien tekojen merkityksen.

Turvamaan ikäihmisen ihmisarvoisen arjen. Toisaalta herättämään ajatuksen, että muutokseen on mahdollisuus. -S7

Väkivallan loppuminen olisi tietysti hienointa. Sekin usein riittää, että asiakas saa tietoa siitä, ettei häntä kohdella oikein ja muutosta on mahdollista lähteä hakemaan. -S17

Toisaalta monet sosiaalityöntekijät toivoivat, että muutos elämässä tapahtuisi edes myöhemmin, vaikka se ei tapahtunut siinä hetkessä. Sosiaalityöntekijät eivät siis yrittäneet pakottaa potilasta muuttamaan elämänsä, jos hän ei tähän ollut valmis. Aineistosta kuitenkin erottui sosiaalityöntekijöiden ja potilaiden omien tavoitteiden ristiriitaisuus.

Sosiaalityöntekijät ymmärrettävästi halusivat pelastaa potilaan väkivaltaisesta lähisuhteesta, kun taas potilaat pelkäsivät muutoksen toimeenpanemista. Sosiaalityöntekijät kuvailivat, kuinka monet potilaat eivät ottaneet heidän apuaan ja ehdotuksiaan vastaan liittyen rikosilmoitukseen tai kotoa pois muuttamiseen.

Sosiaalityöntekijöiltä löytyi kuitenkin toivoa sen suhteen, että heidän tuestaan ja tarjoamistaan tukivaihtoehtoistaan oli hyötyä. Monet potilaat eivät ottaneet konkreettista apua vastaan, mutta sosiaalityöntekijöille oli silti tärkeää kertoa erilaisista palveluista ja tukimuodoista. Sosiaalityöntekijät hyödynsivät ammatillista tietoaan palvelujärjestelmästä ja laeista, ja tiedostivat, että erityisesti ikääntyneillä potilailla ei tällaista tietoa välttämättä ollut. Varsinkin



kun työympäristönä oli vuodeosasto, jolloin ikääntyneellä ei välttämättä ollut voimia lähteä yksin hakemaan tietoa tilanteeseensa. Sosiaalityöntekijöille oli tärkeää tarjota potilaille ratkaisuja ja tietoja tilanteeseen, jotta he saattoivat hyödyntää ratkaisuja ja tukitoimia kotonaan. Monella oli toivoa sen suhteen, että vuodeosastolla annettua tietoa olisi potilaan mahdollista hyödyntää kotona.

Uskon, että tietoisuuden jakaminen lähisuhdeväkivallasta ja siitä puhuminen voivat auttaa ikääntyneitä. Potilas voi löytää apua paikoista, minne ohjaamme heitä olemaan yhteydessä tilanteessa. -S1

Tiedon jakaminen väkivallasta ilmiönä on todistettu vaikuttavan väkivallan kokijoiden näkemykseen omasta tilanteestaan. Chang ym. (2010) tutkimuksessa tiedon jakaminen olemassa olevista apukeinoista ja vaihtoehdoista oli yksi asia, joka lopulta sai naiset hakemaan apua. Huomionarvoista on myös Luoma ym. (2022, 73) tutkimustulos, jossa väkivallan kokijat jättivät kertomatta kokemuksistaan, koska eivät uskoneet tilanteensa muuttuvan. Tämän takia sosiaalityöntekijöiden oli tärkeä kertoa olemassa olevista tukimuodoista ja niiden hyödyistä.

#### **5.4 Auttamisen haasteet**

Tässä luvussa tarkennan sitä, mitä jo edellisessä luvussa kerroin. Siinä avasin hieman, minkälaisia tavoitteita sosiaalityöntekijät antoivat työskentelylleen ja minkälaisia tukikeinoja he arvostivat. Aineistossa esiintyi kuitenkin paljon puhetta siitä, kuinka vaikeaa oli saada aikaan todellista muutosta sekä pohdintaa siitä, miksi näin oli. Olen siis koonnut sen omaksi luokakseen, jotta voin syvemmin avata sosiaalityöntekijöiden pohdintaa aiheesta.

Sosiaalityöntekijöiden väkivaltatietoisuus tuli näkyviin, kun he pohtivat lähisuhdeväkivaltatilanteiden luonnetta ja ylisukupolvisuutta. Osa sosiaalityöntekijöistä ei asettanut korkeita tavoitteita työskentelylleen, sillä he tiesivät, etteivät asiat ratkenneet niin helposti. Aineistosta nousi esiin heidän asiantuntijuutensa lähisuhdeväkivallan syklisyyden ja monimuotoisuuden suhteen.

Tärkeää on myös ymmärtää, että tilanteet ovat harvoin mustavalkoisia. Sama henkilö voi olla väkivallan uhri tai tekijä. Motiivit voivat olla syvällä perhesuhteissa ja historiassa. Taustalla voi olla asioita, joihin olisi tarvittu ammattiapua jo vuosikymmeniä sitten. -S1

Sosiaalityöntekijä ei pitänyt lähisuhdeväkivaltaan puuttumista helppona juuri sen takia, että tilanteet saattoivat olla monimutkaisia. Monet sosiaalityöntekijöistä tekivät selväksi, kuinka eivät uskoneet yhden vuodeosastojakson saaneen aikaan paljon muutosta.

Sosiaalityöntekijöille oli selvää, että monimutkaisiin tilanteisiin ei ollut olemassa helppoja ja nopeita ratkaisuja.

Aineistossa esiintyi paljon pohdintaa siitä, kuinka vaikeaa työskentelyn tavoitteisiin oli päästä ja potilasta auttaa. Sosiaalityöntekijät kuvailivat suureksi ongelmaksi sitä, kuinka potilaat eivät yksinkertaisesti halunneet ottaa apua vastaan tai edes kertoa tilanteestaan. Monella oli kokemuksia siitä, kuinka he yrittivät auttaa potilasta, mutta avusta kieltäydyttiin suoraan. Sosiaalityöntekijöiltä kuitenkin riitti ymmärrystä asian suhteen. Potilaita ei syytetty heidän haluttomuudestaan ottaa apua vastaan, vaan sosiaalityöntekijät ymmärsivät lähisuhdeväkivallan luonteen ja vaikeuden irrottautua siitä.

Ainoana esteenä ollut oikeastaan se riippuvuussuhde. Uhri ei koe voivansa lähteä nykyhetkestä itse, eikä pakottaakaan siihen voida. -S16

Kyseisen sosiaalityöntekijän tavoin moni muukin oli kokenut, että isot elämänmuutokset kuten muutto tai ihmisestä irrottautuminen olivat vaikeita potilaille, eivätkä he usein siihen olleet valmiita osastojakson aikana. Tästä huolimatta sosiaalityöntekijöille oli tärkeää jakaa tietoa ja resursseja potilaille, jotta he pystyisivät väkivaltaisesta suhteesta irrottautumaan, kun olivat siihen valmiita. Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä tiedosti asemansa ja tosiasialliset mahdollisuutensa auttaa potilaita tilanteissa, joissa haasteita esiintyi:

Harvemmin omalla toiminnalla kykenee lopettamaan väkivaltaa, ehkä ennemminkin herättämään ajatuksia. Pääasiallisena haasteena on se, että uhri kiistää väkivallan täysin eikä koe tarvitsevansa apua tai tukea. -S5

Kyseinen sosiaalityöntekijä ei kuitenkaan vaikuttanut luovuttaneen väkivaltatyön suhteen, vaan tiedosti, että jo ajatusten herättely oli tärkeää ja työn arvoista. Yksi väkivaltatyön haasteista oli työskentelyn yksipuolisuus. Tällä tarkoitan sitä, että väkivaltatyötä tehtiin vain väkivallan kokijan kanssa, eikä tekijän kanssa. Ne sosiaalityöntekijät, jotka ymmärsivät väkivaltatyön yksipuolisuuden ongelmallisuuden, olivat tietoisia siitä, että parhain muutos saatiin aikaan kokonaisvaltaisella työskentelyllä. Tämä näkemys on yhteiskunnassa vielä harvinainen, eikä vakiintuneita palveluita väkivallan tekijöille ole valtakunnallisesti järjestetty (Krogell & Niklander 2023, 4). Kuitenkin ne, jotka pääsivät työskentelemään väkivallan

tekijän kanssa, kokivat sen riittämättömäksi, sillä terveyssozialityössä väkivaltatyö ei ollut pitkäjänteistä ja systemaattista.

Pääsääntöisesti varsin rajallisesti, koska työskentely keskittyy väkivallan kokijaan, joka ei välttämättä edes koe olevansa väkivallan uhri. -S12

Lisäksi haasteita väkivaltatyössä aiheutti se, että työskentelyssä ei aina päästy tarpeeksi syvälle tai totuuden äärelle. Sosiaalityöntekijät tiedostivat sen, että potilas itse päätti mitä kertoi ja mitä jätti kertomatta. Muiden – esimerkiksi ammattilaisten tai omaisten – haastattelut saattoivat erota toisistaan huomattavasti, mikä vaikeutti tilanteen todellista hahmottamista. Mikäli potilas ei itse ollut valmis vastaanottamaan apua tai edes kertomaan tilanteesta, olivat auttamisen välineet heikot. Tämä kuvastaa sitä, kuinka yhteiskunnassamme väkivaltatyö ja väkivallan estäminen painottuu väkivallan kokijan harteille, eikä väkivallan tekijän.

Aineistossa esiintyi hajontaa sen suhteen, kokivatko sosiaalityöntekijät pystyneensä auttamaan ikääntyneitä lähisuhdeväkivallan kokijoita. Olin kysynyt sosiaalityöntekijöiltä asiasta suoraan ja he olivat vapaasti omin sanoin vastanneet tähän kysymykseen. Kokemukset jakautuivat positiivisista negatiivisiin tasaisesti. Noin puolet koki pystyneensä joskus tai lähes aina auttamaan potilasta, kun taas puolet koki, että ovat harvoin auttaneet. Vastausten hajontaan vaikutti selvästi se, minkä sosiaalityöntekijät kokivat tarpeelliseksi auttamiseksi. Ne sosiaalityöntekijät, jotka eivät kokeneet pystyneensä auttamaan, perustelivat vastauksiaan konkreettisen tuen epäonnistumisella. Positiivisen kokemuksen saaneet sosiaalityöntekijät puolestaan painottivat kokonaisvaltaisen tuen tärkeyttä kuuntelemisesta ja tiedon jakamisesta lähtien. Vastaajien taustamuuttujat jakautuivat tasaisesti vastausten mukaan, eli tietynlaiset kokemukset auttamisesta eivät painottuneet mihinkään tiettyyn ikäryhmään tai työkokemukseen.

## 6 Ikäryhmän ominaispiirteet

Sosiaalityöntekijät pohtivat paljon, kuinka ikääntyneiden ominaisuudet vaikuttivat väkivaltatyöhön. Korkean iän mukana tuli toimintakyvyn laskua, eri aikakauden käsityksiä sekä kulttuurieroja. Sosiaalityöntekijät havaitsivat näitä työssään ja pohtivat niiden merkitystä ja niiden kanssa työskentelyä. Vastauksissa esiintyi samaa asiantuntijuutta kuin edellisissä luvuissa, mutta näissä luokissa painottui ikääntyneiden ominaisuudet ja niiden huomioiminen.

### 6.1 Muistisairaudet ja toimintakyky

Sosiaalityöntekijöillä oli paljon kokemuksia muistisairaiden ikääntyneiden kanssa työskentelystä. He ymmärsivät millaisia haasteita muistisairaus toi työskentelylle, ja miten näissä tilanteissa ikääntynyttä pystyi parhaiten auttamaan. Monella oli myös tietoa sen suhteen, miten itse muistisairaus vaikutti lähisuhdeväkivallan esiintyvyyteen ja kokemukseen. Muistisairauksien kerrottiin vaikuttavan sekä väkivallan tekijään ja kokijaan, minkä lisäksi väkivallan kerrottiin esiintyvän usein molemminpuolisesti, kun suhteen molemmat osapuolet olivat muistisairaita. Tällaisissa tilanteissa, kun väkivallan tekijä oli muistisairas, sosiaalityöntekijät kuvailivat aggressiivisuuden olevan muistisairaudesta johtuvaa turhautumista. Samalla he huomasivat, että itse muistisairaus altisti potilaan väkivallalle ja hyväksikäytölle. Sosiaalityöntekijöiden havaintojen mukaan muistisairaudet vaikuttivat myös väkivallasta kertomiseen. Monet kuvasivat sitä, kuinka muistisairaat potilaat eivät välttämättä muistaneet heidän kokemaansa väkivaltaa.

Mahdollinen muistisairaus asettaa omanlaisiaan haasteita. Potilas ei välttämättä osaa itse ilmaista itseään tai edes muista väkivaltaa. -S4

Sosiaalityöntekijät kokivat, että muistisairaudet saattoivat vääristää muistoja tai aiheuttaa erilaisia harhoja. Muistisairaiden sanoja ei siis aina pystynyt ottamaan todesta, vaan sosiaalityöntekijöiden piti käyttää harkintaansa siitä, ketä uskoa. Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä pohti, millaisia eettisiä haasteita tällaiset tilanteet aiheuttivat:

(--) monesti esimerkiksi muistisairaus saattaa vaikeuttaa luotettavaa kerrontaa kotioloista. On vaikea eettinen valinta, uskoakko täysin muistisairasta iäkästä, joka epäilee esimerkiksi lastansa varastamisesta, vai tervettä lasta, joka väittää ettei näin ole tapahtunut. -S11

Sosiaalityöntekijä pohti, miten päästä totuuden jäljille, kun kertomukset poikkesivat toisistaan. Olisi eettisesti väärin jättää muistisairas tietoisesti väkivaltaiseen suhteeseen

yrittämättä auttaa. Toisaalta olisi väärin syyttää toista ilman todisteita. Taloudellinen väkivalta oli yksi vaikeasti todistettavista asioista, sillä muistisairas saattoi esimerkiksi antaa toiselle rahaa ja myöhemmin unohtaa tapahtuneen. Kaksi sosiaalityöntekijää toi esiin, että valitettavasti taloudellinen väkivalta oli erittäin yleistä muistisairaiden kohdalla, kun taas kolmas sosiaalityöntekijä totesi varastamisharjojen olevan yleisiä (vrt. Chandaria 2011, 16).

Sosiaalityöntekijät kuvailivat keinoja, miten muistisairaahan potilaan kanssa he havainnoivat lähisuhdeväkivaltaa. Vaikka konkreettisten todisteiden hankkiminen olikin vaikeaa, pystyivät sosiaalityöntekijät asiantuntijuuttaan käyttämällä havainnoimaan potilasta.

Muistisairaalla potilaalla ei aina ole keinoja tai sanoja tuoda esiin lähisuhdeväkivaltaa, jolloin sosiaalityöntekijän täytyy olla herkillä. Potilas voi tuoda esim. esiin melko epämääräistäkin pelkoa, joka liittyy kotona olemiseen tai tiettyyn henkilöön lähipiirissä. -S3

Myös havainnointi, miten potilas reagoi mahdolliseen väkivallan tekijään osastolla, on tärkeää, sillä tässäkin muistisairas saattaa vaikka vetäytyä, tulla puhumattomaksi tai alkaa täristä. Kun ei pysty itse kertomaan omasta tilanteestaan, täytyy ammattilaisten olla erityisen tarkkana kuuntelemaan myös muuta kuin sanallista kerrontaa. -S11

Sosiaalityöntekijöiden vastauksissa korostui heidän asiantuntijuutensa muistisairauksia kohtaan. Tietämätön voisi luulla, että puhumattomuus tai täriseminen voisi johtua jostain fyysisestä ongelmasta, mutta kyseiset sosiaalityöntekijät olivat tietoisia muistisairauden vaikutuksesta potilaiden psykofyysiseen kokonaisuuteen.

Muistisairauksien lisäksi sosiaalityöntekijät kertoivat, miten yleinen toimintakyvyn lasku vaikutti väkivaltatyöhön ikääntyneiden kanssa. He kuvasivat erityisesti tilanteita, joissa potilaiden oli vaikea ottaa apua vastaan toimintakyvyn laskun takia. Tilanteet liittyivät erityisesti muutoshalukkuuteen, sillä lähisuhdeväkivallasta irrottautuminen edellytti elämänmuutoksia. Sosiaalityöntekijöiden mukaan monet ikääntyneistä eivät olleet valmiita isoihin elämänmuutoksiin korkean iän ja toimintakyvyn laskun takia.

Olen huomannut, että iäkkään potilaan kanssa väkivallasta keskustellessa nousee esille se, että tilanteesta/suhteesta lähtemistä estää myös oma toimintakyky. -S2

Muistisairaudet ja heikko toimintakyky vaikutti laajasti ikääntyneiden kanssa tehtävään väkivaltatyöhön. Vaikutukset ulottuivat lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta avun vastaanottamiseen saakka. Sosiaalityöntekijät olivat kuitenkin asiantuntevia sekä

ymmärtäväisiä syiden suhteen ja löysivät keinoja, miten ikääntyneet saivat silti parhaimman mahdollisemman tuen ja avun.

## 6.2 Ikääntyneiden perspektiivit väkivaltaan

Sosiaalityöntekijöille oli työssään tullut tutuksi, kuinka väkivaltatietoisuus vaihteli eri ikäryhmissä. Mitä vanhemmasta väestöryhmästä oli kyse, sitä enemmän tietoisuus väkivallasta ilmiönä vaihteli. Sosiaalityöntekijät huomasivat, että fyysisen väkivallan ikääntyneet tunnistivat helpoiten, mutta sitäkin ei aina pidetty vakavana.

Useimmiten ikääntyneet eivät itse tunnista väkivallaksi kuin fyysisen väkivallan ja sitäkin vähätellään ("joskus vaan harvoin kun suututaan niin saatetaan heitellä tavaroita mutta ei me niinku arjessa yhtään/ei se koskaan kyllä lyö mua"). -S13

Otteen sosiaalityöntekijä itse mielsi tavaroiden heittäminen väkivaltaiseksi teoksi ja koki ikääntyneen vähätelleen tällaista väkivaltaa. Toinen sosiaalityöntekijä oli myös huomannut, että väkivallan muotoja parisuhteessa vähäteltiin ja normalisoitiin:

Monissa naisissa elää vielä sellainen ajatus, että ei se nyt haittaa jos vähän tekee asiaa X, kun muuten on kuitenkin ihan hyvä mies eikä ryyppää. Termien käytössä on oltava aika tarkkana ja perusteltava sitä, miksi puhun esim. vähättelevästä tiuskimisesta väkivaltana, kun potilaan mielestä "se vaan on tommonen". -S17

Kyseisessä aineisto-otteesta tuli esille, kuinka puutteellista tietoa väkivallasta joillakin ikääntyneillä oli. Jotkut ikääntyneet saattoivat ajatella henkisen tai taloudellisen väkivallan kuuluvan parisuhteeseen, sillä eivät mieltäneet sitä väkivallaksi, vaan normaaliksi parisuhteeksi. Näihin ajatuksiin saattoi vaikuttaa väkivallan kulttuurin kehitys sekä myöhäiset muutokset lainsäädännössä (ks. Luku 2.3). Toisen alistaminen ja kontrollointi saattoi parisuhteen alussa olla yhteiskunnallisesti hyväksyttyä, jolloin siihen oli totuttu. Monet sosiaalityöntekijät kuvailivat kokemuksia sen suhteen, kuinka ikääntyneet usein kokivat sosiaalityöntekijöiden reaktiot väkivaltaan liioiteltuina. Ikääntyneiden mielestä pois muutto tai ero olivat liian suuria reaktioita tilanteeseen, eivätkä he kokeneet tarvetta muutokselle. Yhden ihmisen yritykset jakaa tietoisuutta väkivallasta eivät yleensä riittäneet kääntämään monien vuosikymmenien ajattelutapoja uuteen suuntaan.

Aineistossa tuli usein esiin se, kuinka väkivaltatyö ikääntyneiden parissa oli erilaista sen takia, että heidän väkivaltaiset suhteensa olivat kestäneet useita vuosikymmeniä.

Sosiaalityöntekijöille oli erilaista ehdottaa 25-vuotiaalle eroa väkivaltaisesta suhteesta kuin

80-vuotiaalle. Vuosikymmeniä kestäneestä suhteesta ei ollut helppo lähteä pois.

Sosiaalityöntekijät pohtivat, kuinka suhteisiin liittyi usein taloudellista turvaa, sosiaalista yhdessä kuuluvuuden tunnetta sekä molemminpuolista huolenpitoa. Kaikki hyvät muistot ja kokemukset jyräsivät huonojen muistojen ja kokemusten yli. Samalla tässä tuli näkyviin lähisuhdeväkivallan syklisyys, jossa anteeksipyyntö ja rakkauden aika näennäisesti korjasivat aiemmat tapahtumat (Kyllönen-Saarnio & Nurmi 2005, 28). Kun elämä oli näyttänyt samalta viimeiset 50 vuotta, oli sitä erittäin vaikeaa lähteä radikaalisti muuttamaan. Pois muutto tai ero saattoi tarkoittaa yksinäisyyttä tai suvusta eristäytymistä.

Esiin nousee tuska siitä, että kumppanin kanssa on vietetty yhdessä vuosikymmeniä. Pois lähteminen yhteisestä kodista tai avioero ei ole vaihtoehto. Ulospääsy mahdottomasta tilanteesta näyttäytyy usein toivottomana. -S10

Pitkä parisuhde oli yksi syy jäädä väkivaltaiseen suhteeseen, mutta sosiaalityöntekijät huomasivat muitakin syitä. Edellisessä luvussa puhuin muistisairauksien vaikutuksesta väkivaltatyöhön. Puhjennut muistisairaus vaikeutti parisuhteesta irrottautumista, kun takana oli pitkä hyvä liitto.

Tähän liittyy se erityinen piirre, että jos vaikka puoliso muuttuu muistisairauden takia väkivaltaiseksi, pariskunta on voinut olla yhdessä jo monta kymmentä vuotta, jolloin sairauden takia muuttuneeseen luonteeseen on toki vaikea suhtautua; taustalla on voinut olla pitkä ja hyvä liitto, jossa muutoksen aiheuttaa sairaus, johon itse on vaikea vaikuttaa. -S4

Sekä sosiaalityöntekijä että ikääntynyt ymmärsivät, että väkivaltaisuus johtui muistisairaudesta. Tällöin ikääntyneestä tuntuisi varmasti julmalta lähteä suhteesta pelkän muistisairauden takia, vaikka hän itse kärsisi suhteeseen jäädessään. Tällaisessa tapauksessa oli sosiaalityöntekijän vaikea auttaa ikääntynyttä potilasta, sillä apukeinoja ei ollut paljon tarjolla. Sosiaalityöntekijät kokivat, että muistisairaana ollessa tarpeeksi huonossa kunnossa hän voisi muuttaa ympärivuorokautiseen palveluasumiseen, mutta avopalveluita ei pariskunnalle ollut tarjolla – ainakaan sellaisia, jotka estäisivät väkivallan esiintyvyyttä.

Muistisairauksien lisäksi ikääntyneillä riitti ymmärrystä läheisiään kohtaan.

Sosiaalityöntekijät huomasivat, että korkeammalla iällä ikääntyneet alkoivat olemaan enemmän suojelevaisia muita kohtaan, sekä joutuivat helposti kiitollisuudenvelkaan. Tähän saattoi vaikuttaa se, että yhteiskunnassa yleisesti vallitsee käsitys siitä, kuinka ikääntyneet ovat taakaksi eivätkä ole yhteiskunnallisesti hyödyllisiä (Vaarama 2022, 127). Ikääntyneiden kasvavasta yksinäisyydestä puhutaan myös paljon (Karisto & Tiilikainen 2017, 527). Näiden

takia ikääntyneet saattoivat olla kiitollisia siitä, että heidän elämässään oli läheisiä, jotka auttoivat. Jos kyseiset ihmiset olivat väkivaltaisia tai hyväksikäyttivät ikääntynyttä, tätä siedettiin, sillä muuten saattoi menettää arvokkaita sosiaalisia kontakteja tai arjen apua.

Lisäksi moni voi olla hyvinkin riippuvainen lähiomaisensa tarjoamasta avusta, jolloin heistä voi tuntua pieneltä vaivalta sietää esimerkiksi haukkumista tai varastamista, kun kuitenkin lähiomainen hakee heille ruokaa ja kuskaa lääkäriin. - S11

Kyseistä käytöstä sosiaalityöntekijät huomasivat liittyvän erityisesti ikääntyneiden lapsiin. Omia lapsia haluttiin suojella eikä heidän elämäänsä haluttu vaikeuttaa. Nykypäivänä ei ole itsestään selvää, että omat lapset auttavat ja ovat läsnä elämässä. Ikääntyneet saattoivat toivoa, että lapsi oli mieluummin mukana elämässä sekä väkivaltainen, kuin että häntä ei olisi ollenkaan ja väkivalta loppuisi (ks. Smith 2020).

Niitäkin ikääntyneitä sosiaalityöntekijät kohtasivat, jotka toivoivat väkivallan loppuvan ja halusivat irrottautua väkivaltaisesta suhteesta. Esteeksi oli kuitenkin usein muodostunut häpeä. Monet ikääntyneet saattoivat pitää aihetta vielä tabuna, sillä nuoruudessa lähisuhdeväkivallasta ei saanut puhua muille. Sama ilmiö on todettu muissakin tutkimuksissa (esim. Adib ym. 2019; Dong ym. 2014).

Ikääntyneet lähes poikkeuksetta kiistävät lähisuhdeväkivallan, lienee osaltaan sukupolvikysymyksen. Väkivallasta koetaan ehkä vielä suurempaa häpeää kuin nuoremmissa ikäluokissa. -S9

Sosiaalityöntekijät kokivat, että joistakin aiheista keskusteleminen ikääntyneen kanssa oli erittäin vaikeaa, sillä he eivät häpeän takia uskaltaneet kertoa asioista. Erityisesti seksuaalisen väkivallan suhteen esiintyi paljon häpeää. Sosiaalityöntekijät eivät aina päässeet alkukartoitusta pidemmälle, sillä lähisuhdeväkivalta jäi epäselväksi eikä siitä voinut varmistua.

### **6.3 Palvelujärjestelmän sopimattomuus**

Sosiaalityöntekijät pohtivat vastauksissaan yhteiskunnallisia syitä sille, mikä vaikutti ikääntyneiden kanssa tehtävään väkivaltatyöhön. Pohdinnoissa mainittiin myös edellisissä luokissa käsiteltyjä asioita, mutta painopiste oli yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän vastuussa. Sosiaalityöntekijät pohtivat myös, kuinka vähän tosiallista tukea yhteiskunnassa oli



ikäntyneille lähisuhdeväkivaltaa kokeville. Tämä vaikutti sosiaalityöntekijöiden mahdollisuuksiin tarjota apua sekä ikääntyneen mahdollisuuksia ottaa apua vastaan.

Muistisairasta, toimintakyvyltään heikkoa ihmistä ei voi neuvoa lähtemään kotoa turvakotiin, jos tilanne äityy uhkaavaksi, sillä hänen toimintakykynsä ei välttämättä tähän riitä. -S4

Moni sosiaalityöntekijä pohti eri apukeinojen esteellisyyttä tai hankaluutta. Erityisesti turvatalojen hyödyntämistä pohdittiin. Vaikka turvakodit on rakennettu esteettömiksi ja vastaanottivat ikääntyneitä (Ewalds ym. 2019, 16), sosiaalityöntekijät kokivat, että ne eivät palvelleet ikääntyneitä, jotka tarvitsevat tukea arkisissa toimissaan tai liikkumisessaan. Ilmiö näkyy myös siinä, että vuosina 2020–2022 turvakodeissa ei käynyt yksikään yli 85-vuotias (Nipuli & Mielikäinen 2023, 3). Sosiaalityöntekijät pohtivat myös rikosilmoitusten ja digiasioinnin esteellisyyttä. Rikosilmoitukset tehdään joko internetissä tai paikan päällä poliisiasemalla (Poliisi.fi 2024). Molemmat olivat vaativia tehtäviä ikääntyneelle, joka kärsi väkivallasta ja yritti saada muutosta elämäänsä. Monella ei ollut tarvittavia digitaitoja tai toimintakykyä rikosilmoituksen tekemiseen. Yksi sosiaalityöntekijä huomautti, että erityisesti muistisairaana kohdalla rikosprosessi oli lähes mahdoton, sillä muistisairaana kertomaan ei ollut mahdollista luottaa.

Vaikka palvelujärjestelmässä oli olemassa joitain keinoja auttaa ikääntyneitä, sosiaalityöntekijät kritisoivat näiden keinojen tosiallista toteutumista. Aineistossa muutama sosiaalityöntekijä pohti, että kunpa ikääntynyt vain pääsisi ympärivuorokautiseen palveluasumiseen muuttamaan pois väkivallan tekijän luota. Toisaalta yksi sosiaalityöntekijä kertoi seuraavaa:

Oikeastaan konkreettisin väkivaltatyön keino on se, että potilas muuttaa pois väkivallantekijän luota, mutta olen kyllä perästäpäin kuullut, että SAS-paikoissakin henkilökunta voi olla aika voimaton estämään väkivaltaisen omaisen saapumisen hoitokotiin asukkaana luo tai sen, että omainen hakee muistisairaana potilaan pois hoitokodista eikä tuo takaisin. -S12

Otteen sosiaalityöntekijä viittasi SAS-paikalla ympärivuorokautisen palveluasumiseen. Hänen kokemusperäinen tietonsa pitää paikkansa, sillä hoitokodin henkilökunnalla ei ole keinoja estää omaisen vierailuja. Suomen perustuslain (731/1999, 7§) mukaan kenenkään henkilökohtaista vapautta ei saa riistää ilman laillisia perusteita – mitä tässä tapauksessa ei ole (vrt. EOAK/3847/2020). Sama sosiaalityöntekijä pohti myös seuraavaa:

Pahimpia ovat omaishoitotilanteet, joissa ammattilaiset tunnistavat omaishoitajan harjoittaman väkivallan ja purkavat omaishoitajuuden mutta potilas haluaa edelleen jäädä asumaan omaisensa kanssa. Olen pohtinut, mikä konkreettinen hyöty tällöin omaishoidon tuen irtisanomisella on; tilanne kotona potilaan ja väkivaltaisen läheisen välillä jatkuu ennallaan, mutta nyt he ovat ilman mitään ulkopuolista ammattilaiskontaktia. -S12

Omaishoitosopimuksissa asiakkailta on aina oma omaishoidon ohjaaja, joka käy vähintään kerran vuodessa päivittämässä asiakassuunnitelman ja seuraa, miten omaishoitaja ja omaishoidettava voi (STM 2006, 35). Ilman omaishoitosopimusta, kukaan ei ollut seuraamassa tilannetta. Omaishoitajuuden tilalle voitiin myöntää kotihoito, mutta väkivaltainen omainen saattoi estää tai kontrolloida heidän käyntejään. Vaikka lähisuhdeväkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja estämiseen oli mahdollista käyttää yleisiä keinoja – kuten omaishoitajuuden purkamista tai ympärivuorokautista palveluasumista – niitä ei kuitenkaan ollut luotu lähisuhdeväkivallan estämistä varten, eivätkä näin aina toimineet. Ainoa konkreettinen turvapaikka lähisuhdeväkivallan kokijoille oli turvakoti – joka ei kuitenkaan aina soveltunut ikääntyneelle.

Lisäksi sosiaalityöntekijät pohtivat, miten yksinäisyyden pelko saattoi estää ikääntyneitä irrottautumaan väkivaltaisesta suhteesta. Olen ryhmitellyt sen tähän luokkaan, sillä perimmäisenä syynä oli kuitenkin yhteiskunnan kykenemättömyys ehkäistä yksinäisyyttä ja tarjota sosiaalista tukea. Samaan luokkaan sijoittui ikääntyneiden pelko siitä, että jäi ilman apua. Sosiaalityöntekijät totesivat, että riippuvaisuus muista saattoi estää väkivallasta irrottautumisen. Joissakin tapauksissa perimmäisenä syynä oli palvelujärjestelmän sopimattomuus ikääntyneiden tarpeita kohtaan.

Osa vanhuksista asuu syrjäseuduilla ja heidän läheisverkostonsa on ajan saatossa pienentynyt, jolloin he voivat jäädä hyvinkin yksin arjessaan. -S8

Syrjäseudulla ainoa läheinen ja auttava ihminen saattoi olla väkivaltainen naapuri. Pienellä paikkakunnalla ei välttämättä ollut järjestötoimintaa ikääntyneille, sekä välimatkat olivat pitkiä, ettei sosiaalista kanssakäymistä senkään puolesta tullut. Sosiaalityöntekijöiden teksteistä erottui vahvasti palvelujärjestelmän lohдутon tilanne ikääntyneiden suhteen.

## 7 Väkivaltatyön konteksti

Sosiaalityöntekijöiden vastauksista löytyi kuvausta siitä, millaista väkivaltatyö oli erityisesti vuodeosastolla. Se erosi poliklinikoilla tai avopalveluissa tehdystä työstä, sillä vuodeosastolla potilas ei voinut yhtä helposti lähteä pois. Vuodeosastolla korostui myös moniammatillisuus, sillä potilaan kanssa tehtiin yhteistyötä monen ammattiryhmän kanssa. Väkivaltatyön kontekstissa painottui, kuinka iso merkitys yhdessä luodulla asiantuntijuudella oli.

Seuraavissa alaluokissa käsittelen, miten vuodeosasto ympäristönä vaikutti työn tekoon sekä potilaan auttamiseen tai sen haasteisiin.

### 7.1 Fyysinen ympäristö

Työpaikan fyysisyys oli merkittävä tekijä siinä, miten terveystsosiaalityöntekijät työtään tekivät. Työpaikka, sosiaalityön työtehtävät sekä organisaation toimintatavat määrittivät työnkulkua. Kysyin terveystsosiaalityöntekijöiltä suoraan, mitä mahdollisuuksia tai esteitä vuodeosastoympäristössä työskenteleminen toi tullessaan. Tutkimusjoukon rajautuessa vuodeosastolla työskenteleviin terveystsosiaalityöntekijöihin, oli tärkeää tarkastella heidän väkivaltatyötään vuodeosaston kontekstissa. Sosiaalityöntekijät kertoivat laajasti, miten potilaan vuodeosastojakso saattoi helpottaa väkivaltatyötä, mutta samalla vaikeuttaa sitä.

Vuodeosasto tarjoaa loistavan mahdollisuuden edes pieneen interventioon, kun potilas on osastolla ja fyysisesti siis kotoaan/hoitopaikastaan poissa. Hänen kanssaan pääsee keskustelemaan myös kahden kesken. Esteenä on se, jos potilas voi huonosti, eikä hän oikeastaan ole siinä kunnossa sairauden vuoksi, että asiaan voitaisiin perehtyä kunnolla. -S1

Lähes kaikki terveystsosiaalityöntekijät yllä olevan tavoin painottivat, kuinka tärkeää oli, että potilas oli turvassa vuodeosastolla pois väkivallan tekijän luota. Potilas myös harvoin itse valitsi, tuliko sairaalaan vai ei. Tällöin hänen väkivaltataustansa liittyvä häpeä ja syyllisyys eivät estäneet hänen tulemistansa avun piiriin – vaikka hän ei usein tietänytkään tullessaan sosiaalityön avun piiriin. Kuitenkin muissa sosiaalipalveluissa vaikein osuus oli ensi askel, ja vuodeosastolla ensi askel avun ja sosiaalityön piiriin oli jo otettu. Toki asian piti vielä tulla ilmi.

Sosiaalityöntekijät kuitenkin kokivat, että vuodeosastolle tullessaan potilaat olivat usein halukkaita jakamaan elämän kriisejä jonkun kanssa. Terveysthuollon kentällä sosiaalityöntekijät kokivat, että he olivat neutraaleja osapuolia, jotka kokonaisvaltaisesti

tukivat potilasta. Toisin kuin hoitajilla ja lääkäreillä, sosiaalityöntekijöillä oli useammin aikaa istua alas potilaan kanssa keskustelemaan.

Potilaat kertovat pahoinpitelystä helpommin vieraalle ihmiselle neutraalilla maaperällä. Erikoissairaanhoidon tullessa potilas on usein sairaalaan tullessa niin heikossa kunnossa että kriisin myötä potilaat haluavat selvittää mieltä painavat asiansa. -S9

Otteen sosiaalityöntekijä ajatteli potilaan heikon kunnan olevan väkivaltatyötä edistävä tekijä, kun taas sitä edellisen otteen sosiaalityöntekijä näki heikon kunnan esteenä perehtyä asiaan kunnolla. Moni muukin sosiaalityöntekijä kuvaili, kuinka potilaan heikko toimintakyky saattoi vaikeuttaa väkivaltatyötä. Monet myös miettivät, kuinka rankoista aiheista kannatti potilasta vaivata, kun hän oli terveydellisen kriisin keskellä. Jotkut sosiaalityöntekijöistä – kuten S9 – oli kuitenkin kokenut, kuinka terveydellinen kriisi sai potilaan kaipaamaan tukea elämän sosiaalisiinkin kriiseihin.

Sosiaalityöntekijöiden piti kuitenkin kasvattaa luottamusta potilaisiin, sillä harva potilas kertoi asioistaan ensimmäisellä tapaamisella. Monet terveystieteiden sosiaalityöntekijät kuvasivatkin, kuinka vuodeosastolla oli helppo kasvattaa luottamusta potilaaseen. Erityisesti pidempien osastojaksojen aikana potilasta saattoi käydä tapaamassa päivittäin ja jutella kaikenlaisista aiheista.

Vuodeosasto tarjoaa luottamussuhteen luomiselle aikaa, jolloin vasta ajan kanssa saattaa paljastua väkivaltakokemuksia. Usein kerrontaa alkaa tulla vasta, kun potilas havaitsee, että työntekijä on oikeasti kiinnostunut, antaa aikaa ja mahdollisesti jo kokenut jonkun sosiaalisen asian hoitamisessa avun. -S16

Sosiaalityöntekijän otteesta voi havaita taas sen, mistä muutkin sosiaalityöntekijät puhuivat ajan käytön ja luottamuksen luomisen suhteen. Toisaalta osa sosiaalityöntekijöistä totesi, että he eivät aina päässeet havainnoimaan samoja asioita kuin hoitajat ja saattoivat jäädä jostain tiedosta paitsi. Potilaan sairaalajakson pituus vaikutti kuitenkin siihen, kuinka paljon aikaa sosiaalityöntekijällä oli luottamuksen luomiseen. Kaikki sosiaalityöntekijät eivät olleet samaa mieltä sen suhteen, että vuodeosastojakson aikana oli hyvin aikaa työskennellä potilaan kanssa. Seuraavan otteen sosiaalityöntekijä kertoi työskentelevänsä akuuttisairaalassa neljän eri vuodeosaston sosiaalityöntekijänä ja kommentoi mahdollisuuksiaan luoda luottamusta potilaisiin:

Huonoa oli se, että asiakkaat olivat osastolla monesti vain lyhyen ajan, jolloin asiaan ei välttämättä ehtinyt paneutua riittävästi. Toisten kohdalla olisi tarvinnut enemmän aikaa luottamuksen rakentamiseen. -S14

Väkivaltatyötä ei osastolla aina päästy edes aloittamaan. Osa sosiaalityöntekijöistä kertoi, etteivät aina tavanneet kaikkia potilaita tai tienneet heistä mitään. Joidenkin kanssa he ehtivät vain jakaa tietoa lähisuhdeväkivallasta ja tukikeinoista, ennen kuin potilas lähti sairaalasta. Vuodeosaston rytmi sekä moniammatillisuuden toimiminen vaikutti siihen, miten väkivaltatyötä tehtiin. Yksi sosiaalityöntekijöistä kertoi, miten hyvä yhteistyö lääkärin kanssa antoi sosiaalityöntekijälle enemmän aikaa hoitaa potilaan asioita ja varmistaa hänelle turvallisen kodin, ennen kuin potilas kotiutettiin. Toinen sosiaalityöntekijä taas kertoi, että välillä potilaat kotiutettiin, ja hänellä jäi asioiden hoitaminen kesken.

Sosiaalityöntekijöiden piti myös kiinnittää huomiota siihen, milloin potilaalle oli hyvä mennä puhumaan. Vaikka potilaat olivat vuodeosastolla ikään kuin koko ajan saavutettavissa, todellisuudessa vuodeosastolla oli lähes koko ajan jotain meneillään. Oli lääkärintoimia, tapaamisia, hoitajien toimenpiteitä, kuntoutusta sekä omaisten vierailuja. Sen lisäksi suurin osa huoneista oli kahden tai neljän hengen potilashuoneita, mikä monelle sosiaalityöntekijälle koitui ongelmaksi.

Toisinaan haasteita muodostuu siinä, onko potilaan kanssa mahdollista päästä juttelemaan kahdestaan jonnekin eri tilaan, pois potilashuoneesta. Aina se ei ole mahdollista, minkä koen todella haasteellisena kun kyse on arkaluonteisesta ja kivuliaasta aiheesta. -S10

Sosiaalityöntekijät käyttivät vertailukohteita pohtiessaan vuodeosastoympäristöä. He painottivat vuodeosaston etua siinä, että siellä potilas oli turvassa ja aina tavoitettavissa – toisin kuin avopalveluissa tai poliklinikalla. Toisaalta he myös vertasivat vuodeosastoa kotiolosuhteisiin. Monet totesivat, että kotiolosuhteissa potilaan ja hänen läheistensä havainnointi oli kaikista paras vaihtoehto, sillä vuodeosastolla moni asia saattoi jäädä piiloon.

Osastot ovat kuitenkin rajattuja paikkoja, joten niissä väkivaltaisen läheisen toiminta voi olla varovaisempaa ja siten vaikeampi havaita. -S6

Oli myös mahdollista, että väkivaltainen läheinen ei käynyt vierailmassa vuodeosastolla ollenkaan. Sosiaalityöntekijät myös pohtivat, että tietyt väkivallan muodot jäivät vuodeosastolla piiloon muita helpommin. Näitä olivat digitaalinen, hengellinen sekä seksuaalinen väkivalta.

Sosiaalityöntekijät eivät puhuneet organisaatioon liittyvistä ohjeista lukuun ottamatta yhtä:

Esteeksi tai haasteeksi olen kokenut myös sen, että omassa organisaatiossa tai tiimissä ei ole linjattu missä tilanteissa lähisuhdeväkivallasta tehdään sosiaalityöntekijän toimesta rikosilmoitus. Olen yrittänyt käydä asiasta keskustelua mutta esimerkiksi esimieheltä en ole saanut juuri minkäänlaista kannanottoa. Pitäydytään mieluummin siinä että huoli-ilmoitus riittää. -S5

Vastaus on huomionarvoinen, sillä ilmiö on tullut esiin myös aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Hegarty ym. 2020; Nietola 2022; Olsson ym. 2024). Vaikka muut sosiaalityöntekijät eivät asiasta maininneet, heidän organisaationsa ohjeet olivat kuitenkin vaikuttaneet siihen, miten he väkivaltatyötä tekivät. Ylemmän otteen sosiaalityöntekijä olisi halunnut tehdä väkivaltatyötä enemmän, ja toivoi selvää toimintaohjetta väkivaltatapauksiin.

Sosiaalityöntekijän työhön liittyi monia ympäristötekijöitä, joihin he eivät välttämättä voineet vaikuttaa – kuten organisaation ohjeet, vuodeosaston rytmi, fyysiset tilat, osastojakson kesto sekä potilaan kunto. Sosiaalityöntekijät kuitenkin löysivät ympäristöstään asioita, jotka helpottivat ja edistivät väkivaltatyön tekoa – kuten mahdollisuus luoda luottamussuhde potilaaseen sekä potilaan turvassa olo.

## 7.2 Työympäristö monitoimijuuden mahdollistajana

Vuodeosasto ympäristönä tarjosi monia mahdollisuuksia sosiaalityöntekijöille työskennellä monitoimijaisesti. Monitoimijuudella tarkoitan laaja-alaista yhteistyötä sekä moniammatillisesti, että muiden asianosaisten kuten omaisten ja potilaan kanssa. Toisin kuin sosiaalipalveluissa, joissa samassa tilassa työskenteli usein vain yhden tai kahden ammattiryhmän edustajia, vuodeosastolla oli monen ammattiryhmän edustajia. Sosiaalityöntekijät olivat tiukasti osa moniammatillista työtä vuodeosastolla. Sosiaalityöntekijöiden vastauksissa korostui, kuinka tärkeää väkivaltatyössä oli moniammatillisuus. Lähes kaikki sosiaalityöntekijät mainitsivat, että saivat tietoja lähisuhdeväkivaltaepäilystä vuodeosaston työntekijältä.

Yleensä saan tietää lähisuhdeväkivaltaepäilystä vuodeosastolla työskentelevältä hoitajalta, jolle potilas on kertonut asiasta tai asia on tullut muuta kautta hoitajan tietoon. -S2

Sosiaalityöntekijät mainitsivat hoitajien merkityksen usein. Hoitajat olivat päivittäin tekemisissä potilaiden kanssa ja oppivat tuntemaan heidät hoitajakson aikana. Potilaan luottamus saattoi siis syntyä automaattisesti läheiseen hoitajaan, kuin sosiaalityöntekijään,

jota potilas ei välttämättä tavannut kertaakaan. Hoitajien jatkuva läsnäolo osastolla oli hyödyksi havainnoinnin puolesta, niin kuin seuraava sosiaalityöntekijä kertoi:

Joskus omaisen käytös osastolla on herättänyt yleensä hoitajien huomion, potilaaseen kohdistuva tiuskiminen ja vähättely, kovakourainen "avustaminen" yms. -S17

Joskus tieto saattoi tulla myös lääkäriltä tai muulta vuodeosaston henkilöstöltä kuten terapeuteilta. Haluan kuitenkin painottaa sitä, että tieto oli kulkenut sosiaalityöntekijöille asti. Sosiaalityöntekijät olivat tottuneita siihen, että tieto potilaan lähisuhdeväkivallasta tuli usein toiselta työntekijältä. Tämä kertoo siitä, että sosiaalityöntekijän tehtävä vuodeosastolla tiedettiin ja hänen puoleensa käännyttiin oikeissa asioissa (vrt. Niemelä 1987). Lisäksi sosiaalityöntekijät kuvailivat, kuinka potilaiden tilanteita pohdittiin yhdessä moniammatillisesti. Joskus he puhuivat potilaan lähisuhdeväkivaltatapauksesta ensin moniammatillisesti ennen kuin ottivat asian puheeksi potilaan kanssa, kun taas osa sosiaalityöntekijöistä kertoi jututtavansa ensimmäiseksi potilasta ennen kuin kertoivat asiasta moniammatilliselle tiimille. Riippumatta toimintatavoista, vuodeosaston moniammatillisuus nähtiin tärkeänä osana työtä.

Moniammatillinen ympäristö ja yhteistyö asian työstämiseksi yhdessä muiden ammattilaisten kanssa ja sopien, on aina etu. -S7

Sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä välittyi luotto moniammatilliseen tiimiin. Lääkäreiden oletettiin tunnistavan lähisuhdeväkivallan fyysiset merkit ja kertovan niistä sosiaalityöntekijöille, ja hoitajiin luotettiin heidän kyvyissensä havainnoida potilasta ja muodostaa luottamussuhde häneen.

Muiden ammattilaisten lisäksi yhteistyö omaisten kanssa oli sosiaalityöntekijöille tärkeää. Vuodeosasto mahdollisti helpomman yhteyden omaisiin, sillä he saattoivat käydä tapaamassa potilasta. Sen lisäksi heidän yhteystietojansa oli usein potilastietojärjestelmässä, jolloin heihin oli helpompi olla yhteydessä. Sosiaalityöntekijät kertoivat, kuinka omaiset saattoivat olla joskus se osapuoli, joka toi potilaan lähisuhdeväkivallan esille. Parhaimmassa tapauksessa omaiset olivat tärkeitä tiedonantajia sekä innokkaita auttamaan. Sosiaalityöntekijät kuitenkin erosivat siinä, kuinka aktiivisesti omaisia otettiin mukaan työskentelyyn. Osa otti omaaloitteisesti yhteyttä, kun taas toiset antoivat omaisten tulla halutessaan heidän luokseen.

Olen myös yhteyksissä lähiomaisiin, vaikka heistä joku olisikin epäilty väkivallan tekijä. Haluan kuulla heidän näkemyksensä ikääntyneen kotona selviytymisestä, jotta voin verrata sitä potilaan omaan kertomaan ja toisaalta hoitohenkilökunnan havaintoihin. (--) En tee kuitenkaan jatkon suunnitelmia tai toimenpiteitä yhteistyössä tekijöiden kanssa, vaan kuuntelen ainoastaan potilasta hänen toiveistaan jatkon suhteen. -S11

Kyseinen sosiaalityöntekijä oli aktiivinen väkivaltatyössään ja pyrki selvittämään tilanteen perusteellisesti. Optimaalisessa tilanteessa väkivaltatyötä tehtiin kaikkien osapuolten kesken, ja väkivallan tekijän teot saatiin loppumaan. Tähän ei kuitenkaan sairaalassa ollut aikaa ja yksi sosiaalityöntekijöistä totesikin, että ei väkivallan tekijät kuunnelleet yhden terveystieteiden sosiaalityöntekijän puhetta siitä, kuinka väkivalta oli väärin. Osa sosiaalityöntekijöistä ei puhunut aiheesta omaisille ollenkaan:

En puhu potilaan omaisille aiheesta, potilaan turvallisuuden vuoksi. Jos omainen oma-aloitteisesti kertoo, kuuntelen. -S3

Sosiaalityöntekijät hyödynsivät eri tavoin omaisia tiedonjakajina sekä työskentelyn edetessä. Joissain tapauksissa omainen saattoi olla erittäin keskeisessä roolissa työskentelyssä ja osallistua moniammatillisiin kokouksiin. Sosiaalityöntekijät kuitenkin painottivat, että yhteistyön laatu riippui aina tilanteesta. Väkivaltatyötä kuitenkin harvoin tehtiin yksin, vaikka sosiaalityöntekijällä oli usein tilanteen tietopääoma.

Terveydenhuollon henkilöstön ja omaisten lisäksi vuodeosasto mahdollisti monitoimisen väkivaltatyön potilastietojärjestelmän avulla. Terveystieteiden sosiaalityöntekijöillä oli pääsy samaan potilastietojärjestelmään, jossa oli kaikki potilaan terveydenhuollon kirjaukset (ks. Ahonen 2020, 11). Nämä olivat sosiaalityöntekijöille tärkeä työväline tiedon saamisen kannalta. Potilastietojärjestelmästä näkyi usein kaikki potilaan vanhat kirjaukset, joista saattoi saada arvokasta tietoa.

Usein lähisuhdeväkivaltaepäilyksistä on jonkinlaista mainintaa jo potilaan papereissa. Hänestä saattaa esim. olla vanhoja sosiaalityön kirjauksia, joissa aiheesta on puhuttu, tai lääkäreiden teksteissä on voitu tuoda esiin huolta tilanteesta. -S3

Potilaiden kanssa oli saatettu puhua väkivallasta ennenkin ja tällöin kirjaamisen mahdollistamana muut ammattilaiset tiesivät siitä myös. Sosiaalityöntekijät painottivatkin kirjaamisen tärkeyttä; sillä tavoin tieto saatiin ainakin tallennettua muille, jos muuta ei saatu tehtyä. Kaikki vuodeosastolla työskentelevät eivät aina välittäneet tietoa sosiaalityöntekijälle, vaan se näkyi vain kirjattuna. Tiettyjen ammattiryhmien aikaisemmat kirjaukset olivat



sosiaalityöntekijöille tärkeitä. Suurin osa sosiaalityöntekijöistä kertoi saaneensa vihjeitä lähisuhdeväkivallasta ensihoidon teksteistä, jotka perustuivat siihen, kun potilas oli haettu ambulanssilla sairaalaan. Ensihoito näki paljon potilaiden koteja ja pystyi nopealla vilkaisulla päättelemään, oliko kaikki hyvin (ks. Salminen-Tuomaala ym. 2022). Osa sosiaalityöntekijöistä kertoi myös kotihoidon kirjauksien antaneen tärkeää tietoa kotiolosuhteista. Sosiaalityöntekijät hyödynsivät laajasti vuodeosaston tarjoamia mahdollisuuksia tehdä väkivaltatyötä: muita ammattilaisia, omaisia sekä kirjauksia. Asiantuntijuutta potilaan tapauksesta rakennettiin yhdessä.

### **7.3 Yhteistyö vuodeosaston ulkopuolella**

Sosiaalityöntekijät tekivät tilanteen mukaan laajaa yhteistyötä monien eri tahojen kanssa. Muiden asiantuntijuus oli arvokasta potilaan kokonaistilanteelle. Sosiaalityöntekijöiden vastauksissa yhteistyötahoina mainittiin sosiaalipalvelut, poliisi, kotihoito, omaishoidon ohjaajat, edunvalvojat, palo- ja terveystarkastajat, MARAK-työryhmä, lastensuojelu sekä turvakoti ja järjestöt. Sosiaalipalvelut oli kaikista usein mainittu vuodeosaston ulkopuolella oleva yhteistyötaho. Sosiaalipalveluista puhuttiin vastauksissa useilla eri nimillä: asumispalvelut, gerontologinen sosiaalityö, kunnan sosiaalitoimi, ikäihmisten palvelut, ikääntyneiden asiakasohjaus ja vanhussosiaalityö. Kunnasta sekä hyvinvointialueesta riippui, mitä palveluita potilaille oli tarjolla. Puhun gerontologisesta sosiaalityöstä, kun tarkoitan sosiaalityön antamia palveluita ikääntyneille.

Gerontologinen sosiaalityö nousi sosiaalityöntekijöiden vastauksissa tärkeäksi yhteistyötahoksi. Erityisesti mainittiin huoli-ilmoitusten tärkeys. Huoli-ilmoituksella tarkoitetaan Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014, 35 §) perustuvaa käytäntöä, joka velvoittaa viranomaisia tekemään sosiaalitoimeen ilmoituksen henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen. Huoli-ilmoitukset yli 65-vuotiaista menevät gerontologisen sosiaalityön käsiteltäväksi – tai sen sosiaalitoimen mikä kunnalla on käytössään. Ilmoituksen saavuttua gerontologinen sosiaalityö ottaa yhteyttä ilmoituksen kohteeseen ja tarjoaa apuaan. (Ring & Hammar 2022). Sosiaalityöntekijät hyödynsivät huoli-ilmoituksia ja yhteistyötä gerontologisen sosiaalityön kanssa monessa väkivaltatyön vaiheessa. Osassa tapauksissa tieto lähisuhdeväkivallasta tuli huoli-ilmoituksen seurauksena, jonka esimerkiksi ensihoito oli tehnyt.

Jos potilaasta on esim. tullut huoli-ilmoitus tai hänellä on asiakkuus esim. kotihoitoon tai sosiaalihuoltoon, yhteistyö näiden tahojen kanssa on myös usein tärkeää taustatietojen saamiseksi. -S4

Huoli-ilmoitustapauksissa sosiaalityöntekijät kertoivat saavansa tiedon gerontologisesta sosiaalityöstä, joka otti yhteyttä terveysosiaalityöntekijään. Näissä tapauksissa gerontologisen sosiaalityön kanssa tehtiin usein yhteistyötä alusta loppuun asti.

Väkivaltatapauksissa tärkeä yhteistyökumppani on myös gerontologinen sosiaalityö, johon ohjaan potilaat saattaen vaihtaen sairaalahoidon jälkeen ja potilaan luvalla teen huoli-ilmoituksen ja/tai soitan sinne ja kerron havainnoistani osastojaksolla ja tehdyistä asioista. Yllättävän monella potilaalla on jo entuudestaan asiakassuhde gerontologisessa sosiaalityössä, silloinkin välitän kyllä osastojaksolla esiin tulleet havainnot sinne ja tiedustelen mitä asioita siellä on potilaan kanssa meneillään. -S13

Kuten sosiaalityöntekijän vastauksesta tuli ilmi, osastojakson jälkeen potilaat vähintään ohjattiin gerontologiseen sosiaalityöhön. Monet sosiaalityöntekijät mainitsivat, kuinka tekivät huoli-ilmoituksen potilaasta, jos häntä ei muilla tavoilla pystytty auttamaan.

Sairaalan ulkopuolelle yhteistyö tapahtuu huoli-ilmoitusten kautta, mikäli pt. ei anna suostumusta olla asiasta yhteydessä -S5

Vastauksista korostui luotto huoli-ilmoituksiin, mutta samalla vaihtoehtojen puutteellisuus. Sosiaalityöntekijät kertoivat, kuinka ilmoituksen tekemällä pystyi varmistamaan, että potilas sai apua tulevaisuudessa. Huoli-ilmoituksia pidettiin tärkeänä työvälineenä ja väkivaltatyön jatkumisen turvaamisena. Sosiaalityöntekijät kokivat tärkeänä, että pystyivät ohjaamaan potilaan eteenpäin. Vaikka työn tosillisesta jatkumisesta heillä ei ollut tietoa, heillä oli silti luotto työn jatkumiseen.

Sosiaalityöntekijöiden väkivaltatyön toteutumiselle oli elintärkeää monialainen yhteistyö muiden kanssa. Sosiaalityön palvelualue on laaja, minkä takia sosiaalityö on jaettu moneen eri palvelusektoriin, sillä yksi palvelusektori vaatii paljon asiantuntijuutta (ks. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Muiden asiantuntijuuden avulla sosiaalityöntekijät pystyivät kokoamaan oikeanlaiset palvelut potilasta varten. Sosiaalityöntekijät kertoivat useista kokemuksista, joissa olivat käytännön palveluiden avulla saaneet autettua potilasta.

Olen ollut katkaisemassa kierrettä ja puuttumassa tilanteeseen, johon ei pelkkä hoidollinen ja terapeutin apu olisi riittänyt, on tarvittu käytännön toimia ja yhteistyötä eri viranomaisten kanssa. -S15

Graaveimmat tilanteet, esim omaishoitajuuden purku ja muun asumisen etsintä ollut kunnan sosiaalityön ja lääkäreiden kanssa tehdyn hienon yhteistyön tulosta. - S16

Vastauksissa korostui yhteistyö monen eri tahon kanssa. Sosiaalityöntekijöillä oli työnsä puolesta laajat tiedolliset resurssit, ja he olivat usein tietäväisiä sen suhteen, mihin tahoon olla yhteydessä. Sosiaalityöntekijät toimivat usein yhdistävänä linkkinä potilaan, vuodeosaston ammattilaisten sekä viranomaisten ja sosiaalipalveluiden välillä. Ilman terveystieteiden sosiaalityöntekijää apu ei olisi tullut oikea-aikaisesti perille, sillä potilaalla ei usein osastolla ollessaan ollut resursseja ottaa yhteyttä moneen paikkaan ja tehdä isoja elämänmuutoksia. Sen lisäksi vuodeosaston työntekijöillä ei usein ollut tietoa tai resursseja väkivaltatyöhön liittyen (Leinonen ym. 2023).

## 8 Yhteenveto ja pohdinta

Tutkielmassa olen tarkastellut, miten terveystieteiden ammattilaiset tekevät väkivaltatyötä ikääntyneiden kanssa vuodeosastoilla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten ikääntyneiden potilaiden avuntarve tulee ilmi, millaista väkivaltatyötä on vuodeosastolla sekä millaisia kokemuksia sosiaalityöntekijöillä on potilaiden auttamisesta. Tutkimus on tehty laadullisin ottein, ja aineisto on kerätty avoimella kyselylomakkeella. Aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä hyödyntäen teoreettista viitekehystä, joka liittyi väkivaltaan ilmiönä sekä terveystieteiden ammattilaisiin. Tutkimuksen tulokset ovat syntyneet sen pohjalta, mitä sosiaalityöntekijät ovat kyselyyn vastanneet. Tutkijapositionani ja harkintaani käyttäen olen lajitellut aineiston ymmärrettävään muotoon ja analysoinut aineiston erilaisia merkityksiä. Aineistosta syntyi kolme tuloslukua, jotka kattavat kaikki teemat, mistä terveystieteiden ammattilaiset kirjoittivat.

Seuraavaksi käsittelemme lyhyesti ja tiivistäen tutkimuksessa nousseita tuloksia. Sosiaalityöntekijän väkivaltatyötä määrittää hänen ja potilaan ominaisuudet – sekä ulkopuoliset tekijät kuten organisaatio ja palvelujärjestelmä. Näiden tekijöiden yhteensopivuus määrittää sitä, kuinka lähisuhdeväkivaltaa tunnistetaan, kuinka väkivaltatyötä tehdään ja miten sosiaalityöntekijät arvioivat kokemuksensa väkivaltatyöstä. Tutkimus vahvistaa näkemystä siitä, kuinka laajaa asiantuntijuutta terveystieteiden ammattilaiset käyttävät työssään (ks. Korpela 2014). Tutkimuksessa nousi myös esiin, kuinka tärkeää on lisätä tietoisuutta ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta.

Sosiaalityöntekijöiden ominaisuudet ja asiantuntijuus oli merkittävä väkivaltatyöhön vaikuttava tekijä. Sosiaalityöntekijöiden väkivaltatietoisuus tuli näkyville erityisesti väkivallan tunnistamisessa. He olivat tietoisia väkivallan moninaisuudesta sekä eri ilmenemismuodoista. Sosiaalityöntekijöiden teksteistä erottui tietynlainen asiakasprofiili – niin kuin Nietola (2022, 68) nimittää. Sosiaalityöntekijät kuvailivat ikääntyneen väkivallan kokijan kärsivän usein joko hoidollisen, henkisen ja fyysisen väkivallan yhdistelmästä tai taloudellisesta väkivallasta. Väkivallan tekijä oli joko puoliso tai aikuinen lapsi. Asiakasprofiilille oli ominaista, että ikääntynyt piilotteli kokemuksiaan ja hänen oli vaikea ottaa apua vastaan. Tämä asiakasprofiili on linjassa sen kanssa, mitä muissakin tutkimuksissa on todettu (ks. Luku 2.3). Suomalaiselle väkivaltatyölle on ominaista, että väkivallasta

puhutaan sukupuolineutraalisti eikä väkivallan sukupuolittuneisuuden ilmiö tule esille (Piippo 2021a). Tämä näkyi myös tutkimuksessani.

Asiakasprofiilin luominen auttoi sosiaalityöntekijöitä tunnistamaan lähisuhdeväkivaltaa kokevia ikääntyneitä, kun he etsivät tiettyjä merkkejä potilaissa ja heidän tilanteissaan. Asiakasprofiilin luominen oli lähes välttämätöntä sosiaalityöntekijöille, sillä vuodeosastoilla ei ollut käytössä lähisuhdeväkivallan systemaattista kartoitusta. Tällöin oli terveydenhuollon henkilöstön omien valintojen vastuulla kartoittaa lähisuhdeväkivaltaa. Terveydenhuollon henkilöstö sekä työorganisaatio kuitenkin tukivat lähisuhdeväkivallan tunnistamista. Sosiaalityöntekijöillä oli valtuuksia tehdä väkivaltatyötä ja vuodeosaston moniammatillinen työryhmä tuki tätä. Terveydenhuollon henkilöstö oli väkivaltatietoisia ja tunnistivat lähisuhdeväkivaltatilanteita sekä välittivät informaatiota sosiaalityöntekijöille. Sosiaalityöntekijöiden kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä värityivät positiivisina (vrt. Rautio 2014).

Systemaattisen kartoituksen puuttuminen voi kuitenkin heikentää potilaiden yhdenvertaista kohtelua, jos potilaan avun saanti riippuu henkilökunnan ajan ja resurssien riittämisestä (Nietola 2022, 82; Siukola 2014, 43). Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen edellytti usein potilaaseen tutustumista sekä hänen sosiaalisten asioidensa läpikäymistä. Ketään terveydenhuollon henkilöstöä ei vuodeosastolla valtuuteta tekemään näitä asioita, kun taas esimerkiksi perheneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa lähisuhdeväkivallan kartoittaminen on pakollista (Kero ym. 2019, 1883). Lähisuhdeväkivallan systemaattinen kartoitus tuo esiin enemmän lähisuhdeväkivaltaa kokeneita, kuin ennen kartoituksen käyttöönottoa (Notko ym. 2011; O'Doherty ym. 2015). Tästä huolimatta valtiollisella tasolla ei ajeta lähisuhdeväkivallan kartoittamisen käyttöönottoa erikoissairaanhoidossa, sillä Istanbulin sopimus ei tätä edellytä (Eurooppa-neuvosto 2011, 11). Se puolestaan edellyttää riittävää väkivaltatyön osaamista perusterveydenhuollossa, vaikka tämäkään ei Suomessa täysin toteudu (STM 2022, 24).

Sillä välin, kun sosiaalityöntekijät ja terveydenhuollon henkilöstö ovat tietoisia ikääntyneiden kokemasta lähisuhdeväkivallasta ilmiönä, aiheesta ei kuitenkaan yhteiskunnassa puhuta tarpeeksi, mikä tuli esiin sosiaalityöntekijöiden väkivaltatyössä. Ensinnäkin se, että erikoissairaanhoidossa ei kartoiteta lähisuhdeväkivaltaa, johtuu todennäköisesti siitä, että sille ei nähdä tarvetta. Ikääntyneitä ei nähdä ryhmänä, joka tarvitsisi apua lähisuhdeväkivaltaan.

Sama korostuu palvelujärjestelmässä. Sosiaalityöntekijät olivat todenneet, kuinka moni väkivaltaa ehkäisevä ja estävä palvelu ei sovi ikääntyneille. Suomessa on luotu lähisuhdeväkivallan palveluketjut kahdelle asiakasryhmälle: lapsille ja aikuisille (October & Laitinen 2022). Tutkimusta ei ole tehty siitä, miten ikääntyneet pystyvät hyödyntämään aikuisille luotuja lähisuhdeväkivaltapalveluita.

Yhteiskunnallinen tietoisuus ilmiöstä vaikuttaa yksilöiden tietoisuuteen. Tutkimuksessa tuli esiin potilaiden vähäinen väkivaltatietoisuus, jonka syyksi laitettiin ikä. Ikääntyneiden väkivaltatietoisuuteen voi vaikuttaa moni asia – muun muassa se, että aiheesta ei yhteiskunnassa puhuta, eikä tällöin moni tiedä sen olevan oikea ja vakava asia (ks. Du Mont ym. 2005). Ikääntyneiden näkemyksiä lähisuhdeväkivallasta ei ole Suomessa tutkittu Pertun (1998) tutkimusta lukuun ottamatta. Kansainvälisesti on tullut risteäviä tuloksia siitä, kuinka väkivaltatietoisia ikääntyneet ovat (esim. DeLiema ym. 2015; Ludvigsson ym. 2022; WHO 2002, 9). Mielenkiintoisin tulos on Adayn ym. (2017) tutkimus, jossa ikääntyneiden väkivaltatietoisuus oli samaa tasoa kuin nuorempien ikäluokkien, mutta ikääntyneiden oli vaikeampi hakea apua ja puhua asiasta. Ikääntyneiden väkivaltatietoisuus voi näyttäytyä erilaiselta, kun he puhuvat yleisesti heille kaukaisesta ilmiöstä kuin silloin, kun asia on henkilökohtainen. Lisäksi lähisuhdeväkivallan yksi seurauksista voi johtaa siihen, ettei yksilö tiedosta tilanteensa vakavuutta (Veldhuis 2024). Joka tapauksessa ikääntyneiden väestöryhmän vaihteleva väkivaltatietoisuus kertoo siitä, kuinka monimuotoinen ikäryhmä on.

Sosiaalityöntekijät tekevät moniulotteista väkivaltatyötä potilaiden kanssa vuodeosastolla. He lähestyvät potilaita psykologisen kehyksen kautta, joka auttoi heitä ymmärtämään potilaiden tilannetta syvemmin (Virkki 2011, 283). Sosiaalityöntekijöiden väkivaltatyötä kuvasi empatiakyky sekä sinnikkyys, mitä väkivaltaa kokevat sosiaalityöntekijöiltä odottavatkin (Ojuri 2004, 165). Muissa tutkimuksissa terveydenhuollon henkilöstön empatiakyky on vaihdellut vähäisestä (Piippo ym. 2021b; Tarzia ym. 2021) runsaaseen (Niklander ym. 2019; Ramsay ym. 2012). Nyt saatujen tulosten perusteella empaattisen mutta sinnikkään lähestymistavan ansiosta sosiaalityöntekijät loivat luottamuksellisen suhteen potilaisiin. Sosiaalityöntekijöiden työmenetelmät olivat osittain linjassa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen väkivaltatyön ohjeiden kanssa (Siukola 2014, 43–45). Kaikki eivät kysyneet väkivallasta suoraan, mutta kaikki puhuivat väkivallasta oikeilla termeillä ja antoivat tietoa eri tutkimuodoista. Vaikka lähisuhdeväkivaltaa ei systemaattisesti kartoiteta, tulisi yhtenäisten työmenetelmien ja ohjeiden vakiintua erikoissairaanhoidon.

Väkivaltatyöhön vaikutti myös useita tekijöitä, jotka eivät olleet sosiaalityöntekijöiden kontrolloitavissa. Vuodeosastoympäristö teki väkivaltatyöstä erityisen. Potilas oli vuodeosastolla turvassa ja hänen kanssaan oli mahdollista tehdä pitkäjänteistä työtä – sillä hän oli aina tavoitettavissa. Tämä toteutui kuitenkin vain silloin, kun potilas oli toisaalta tarpeeksi kauan osastolla ja toisaalta tarpeeksi hyvässä kunnossa. Sairaalassa tehtyjen lyhyiden väkivaltainterventioiden hyötyä onkin kritisoitu, sillä lyhyet interventiot eivät riitä niin ison ongelman kuten lähisuhdeväkivallan ratkaisuun (Husso ym. 2021). Sosiaalityöntekijät pyrkivät kuitenkin varmistamaan työn jatkumisen ja turvautuivat useasti huoli-ilmoituksiin sekä gerontologiseen sosiaalityöhön. On kuitenkin huomautettava, että kunnittain esiintyy paljon vaihtelua siinä, minkälaisiin toimenpiteisiin huoli-ilmoitus johtaa, ja kuinka aktiivisesti ilmoituksen kohteeseen otetaan yhteyttä, mikäli hän kieltäytyy avusta (THL 2022d, 14–15).

Sosiaalityöntekijöiden väkivaltatyötä kehysti heidän asiantuntijuutensa aiheesta. He käyttivät kahta eri asiantuntijuuden muotoa: vuorovaikutteista asiantuntijuutta sekä vertikaalista asiantuntijuutta. Vuorovaikutteisella asiantuntijuudella he kokosivat tietoa tilanteesta yhdessä muiden kanssa, sillä usein potilas itse tai omaiset olivat kaikista asiantuntevimpia tilanteesta (Pohjola ym. 2015, 175). Vuorovaikutteiseen asiantuntijuuteen he turvautuivat myös silloin, kun muiden ammattilaisten tuki oli välttämätöntä. Väkivaltatyössä asiantuntijuutta luotiin yhdessä ja kaikkien panosta arvostettiin. Sosiaalityöntekijöillä oli kuitenkin isoin tietopääoma väkivaltatyön laajemmassa kehyksessä, sillä heillä oli tietoa palvelujärjestelmästä sekä väkivallan ilmiöstä yhteiskunnallisesti. Tällöin he harjoittivat vertikaalista asiantuntijuutta johtaessaan työn etenemistä (Juhila 2006, 84–85).

Sosiaalityöntekijät käyttivät myös asiantuntijuuttaan pohtiessaan eettisiä velvollisuuksiaan. Sosiaalityöntekijät pyrkivät työssään täyttämään ammattieettisensä velvollisuutensa – eli edistämään sosiaalista toimintakykyä, yhdenvertaisuutta sekä osallisuutta, sekä lisäämään hyvinvointia ja ehkäisemään syrjäytymistä (Laki sosiaalihuollon henkilöstöstä 817/2015, 4 §). Työssä korostui erityisesti osallisuuden edistäminen, sillä potilaat olivat aina väkivaltatyön keskiössä ja heidän toiveitaan kunnioitettiin. Eettisiä vaikeuksia tuli silloin, kun potilas ei itse kyennyt ottamaan kantaa tilanteeseensa tai hän teki itselleen vahingollisia päätöksiä. Tällöin sosiaalityöntekijät kamppailivat itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja turvallisuuden suojelemisen välillä. Sosiaalityöntekijät usein kuitenkin kallistuivat itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen (ks. Anetzberger ym. 1997).

Sosiaalityöntekijät erosivat tavoissaan arvioida väkivaltatyönsä tuloksia. Sosiaalityöntekijät, jotka painottivat pienien tekojen merkitystä – kuten kuuntelemista ja tiedon jakamista – kokivat auttaneensa potilaita enemmän kuin ne, jotka painottivat konkreettisia muutoksia potilaan elämässä. Kumpikaan tapa ei ole väärä, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa pidetään molempia lähestymistapoja tärkeänä, mutta jokaiselle henkilökohtaisesti räätälöity tuki on tärkein (esim. Chang ym. 2005a; Ojuri 2004, 170; Trabold ym. 2020). Sosiaalityöntekijät erosivat kuitenkin jonkin verran tavoissaan tehdä väkivaltatyötä, minkä takia väkivaltatyön kouluttamiseen ja yhtenäisten ohjeiden noudattamiseen pitäisi panostaa, jotta potilaat saisivat yhdenvertaista apua.

Tällä hetkellä väkivaltatyön onnistuminen riippuu siitä, antaako organisaatio ja palvelujärjestelmä tarpeeksi tukea työhön, onko potilas valmis ottamaan apua vastaan, sekä millaista asiantuntijuutta terveystieteiden sosiaalityöntekijä on kokemustensa perusteella kehittänyt. Väkivaltatyöhön vaikuttavia satunnaisia muuttujia on vähennettävä, jotta jokainen potilas saisi yhdenvertaista palvelua vuodeosastolla sekä laajemmin palvelujärjestelmässä. Varsinkin kun ikääntyneiden väestöryhmä tulee tulevaisuudessa kasvamaan, joten väistämättömästi väestöryhmän keskuudessa esiintyvä lähisuhdeväkivalta tulee myös lisääntymään. Tietoisuus ilmiöstä ja tuen pariin aikaisin pääseminen ovat parhaimpia välineitä ehkäistä lähisuhdeväkivaltaa (Sivarajasingam ym. 2022). Terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden rooli väkivaltatyön tekijöinä on elintärkeä, sillä heidän avullansa potilailla on mahdollisuus saada oikea-aikaista ja -laatuista apua. Terveystieteiden sosiaalityön tehtävä olisi turvattava maanlaajuisesti, ja työnantajan olisi tarjottava tarvittavat koulutukset, jotta sosiaalityöntekijät voisivat täyttää ammattieettiset velvollisuutensa sekä väkivallan riskinarviointivelvollisuutensa (ks. October & Laitinen 2022, 13).

Tutkimuksen tuloksiin on vaikuttanut tutkimusjoukko, aineistonkeruutapa sekä analyysimenetelmä. Huomattavaa on se, että tutkimusjoukko on pieni ja yli puolet tutkittavista oli alle 35-vuotiaita. Tällöin he saattavat kokea vaikeammaksi ymmärtää ikääntyneiden väestöryhmää, sillä väkivaltakulttuuri on muuttunut paljon viimeisen 60 vuoden aikana. Väkivaltatietoisuus ja empatiakyky voivat puolestaan olla vahvoja tässä tutkimuksessa sen takia, että lähisuhdeväkivaltaan liittyvät opinnot ovat lisääntyneet tällä viimeisen 10 vuoden aikana (Piippo ym. 2019, 164–165). On myös mahdollista, että tutkimukseen vastasi ne, joilla on paljon tietoa ja kokemusta väkivaltatyöstä. Laajemmalla otannalla tehty tutkimus antaisi enemmän tietoa siitä, kuinka väkivaltatietoisia



terveyssozialityöntekijät maanlaajuisesti ovat. Koska aineisto kerättiin laadullisella kyselyllä, on sekä kysymykset ja vastaukset olleet rajallisia. Joistain ilmiöistä – kuten empatiakyvystä ja moniammatillisuuden toimimisesta – voisi tulla eri tuloksia, mikäli niistä olisi tarkemmin kysytty. Siitä huolimatta aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla oli mahdollista vastata tutkimuskysymyksiin ja luoda perustietoa ilmiöstä, jota Suomessa ei ole ennen tutkittu.

Tutkimuksen luotettavuutta pohdin hieman luvussa 4.4, mutta siihen on hyvä palata tulosten analysoinnin jälkeen. Eskolan ja Suorannan (2008, 212) mukaan luotettavuutta voi tarkastella vahvistuvuuden näkökulman mukaan. Tämä tarkoittaa sitä, onko tulkintani samanlaisia kuin muissa tutkimuksissa saadut tulokset. Moni aineistosta noussut tulos vahvisti aiempien tutkimusten tuloksia. Tässä tutkimuksessa nousseita tulkintoja on myös tärkeä peilata teoriaosioon. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa, mikäli aineistosta tehdyt tulkinnat ovat linjassa tutkimusilmion kanssa (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Vaikka en analysoinutkaan aineistoa teoriasta lähtien, jälkepäin analyysistä nousi monia asioita, joista olin kirjoittanut teoriaosiossa. Tutkimani ilmiö on siis linjassa sen kanssa, mitä ilmiöstä aikaisemmin tiedetään.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on mahdollista lisätä olemalla mahdollisen läpinäkyvä tutkimusprosessin vaiheista sekä analyysistä (Vilka 2021, 156). Olen pyrkinyt avaamaan inspiraationi tutkimusaiheeseen, käsitevalintani sekä analyysin etenemisen. Laadullisessa tutkimuksessa lukijan pitäisi pystyä seuraamaan analyysiä ja tulkintoja vaihe vaiheelta (Eskola & Suoranta 2008, 216). Lukijalla on myös mahdollisuus tehdä erilaisia tulkintoja – minkä takia olen käyttänyt paljon tekstiotteita aineistosta, jotta tulkintojeni prosessi tulisi selvemmin näkyville. Vaikka laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole tuottaa yleistettäviä tuloksia (Alasuutari 2011, 250), tulokset kertovat kuitenkin väkivaltatyön ilmiöistä Suomessa. On myös hyvä muistaa, että Puusan ja Juutin (2020) mukaan ihmisiin liittyvät ilmiöt ovat aina riippuvaisia ajasta ja paikasta.

Tutkimuksen tuloksista on noussut esiin jatkotutkimuksien ja yhteiskunnallisten toimenpiteiden tarve. Ensinnäkin tietoisuutta ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta on lisättävä tutkimusten ja kampanjoiden avulla, jotta palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan ikääntyneiden tarpeisiin ja turvaamaan ihmisarvoisen elämän. Tietoisuuden lisääminen helpottaisi myös ikääntyneiden kynnystä pyytää apua, sekä sosiaalityöntekijöiden työtä tunnistaa lähisuhdeväkivaltaa. Ikääntyneiden perspektiiveistä tehtyä tutkimusta ei ole tehty

sitten 90-luvun (ks. Perttu 1998). Tässä tutkimuksessa nousi esiin ikääntyneiden eri perspektiivit väkivaltaa kohtaan, mistä on ristiriitaista tietoa kansainvälisesti. Ajankohtainen tutkimustieto ikääntyneiden näkemyksistä antaisi tarkempaa tietoa, kuinka paljon tietoisuutta on lisättävä.

Ikääntyneitä on muutenkin tutkittava enemmän. Kuten tässäkin tutkimuksessa, suurin osa ikääntyneisiin liittyvistä tutkimuksista on tehty muita tutkimalla – kuten terveydenhuollon tai sosiaalihuollon henkilöstöä. Ikääntyneiden kokemuksia väkivaltatyön osapuolina on tutkittava enemmän; millaiseksi he ovat kokeneet saadun avun. Tämän tutkimuksen perusteella on syytä arvioida ikääntyneiden näkökulmasta väkivaltatyötä erikoissairaanhoidossa, huoli-ilmoitusten toimivuutta lähisuhdeväkivaltatapauksissa sekä turvakotien hyödyntämistä.

## Lähteet

- Aaltonen, Mari & Ahola, Sanna & Villa, Susan (2021) Itsemääräämisoikeus ikääntyneiden ympärivuorokautisissa palveluissa. Ihmisoikeuskeskuksen julkaisuja 4/2021, Helsinki: Ihmisoikeuskeskus.
- Adams, Valerie Margaret & Bagshaw, Dale & Wendt, Sarah & Zannettino, Lana (2014) Financial abuse of Older People by a Family Member: A Difficult Terrain for Service Providers in Australia. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 26(3), 270–290.
- Aday, Ronald & Wallace, J. Brandon & Scott, Sherry (2017) Generational differences in knowledge, recognition, and perceptions of elder abuse reporting. *Educational Gerontology* 43(11), 568–581.
- Adib, Masoomah & Esmaeili, Maryam & Zakerimoghadam, Masomeh & Nayeri, Nahid Dehghan (2019) Barriers to help-seeking for elder abuse: A qualitative study of older adults. *Geriatric Nursing* 40(6), 565-571.
- Ahonen, Sanna (2020) Tutkimus HUS Sisun aikuissomatiikan alalla annettavasta sosiaalityöstä. Terveysosiaalityö erikoissairaanhoidossa. Socca Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus.
- Alasuutari, Pertti (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Anetzberger, Georgia & Dayton, Carol & McMonagle, Paulette (1997) A Community Dialogue Series on Ethics and Elder Abuse: Guidelines for Decision-Making. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 9(1), 33–50.
- Bildjuschkin, Katriina & Ewalds, Helena & Hietämäki, Johanna & Kettunen, Hanna & Koivula, Tanja & Mäkelä, Jukka & Nipuli, Suvi & October, Martta & Peltonen, Joonas & Siukola, Reetta (2020) Väkivaltakäsitteiden sanasto. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Braun, Virginia & Clarke, Victoria (2012) Thematic Analysis. Teoksessa Harris Cooper & Paul Camic & Debra Long & A. Panter & David Rindskopf & Kenneth Sher (toim.) *APA: Handbook of Research Methods in Psychology: Vol 2. Research Designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological and biological*. American Psychological Association.
- Browne, Angela (1991) The Victim's Experience: Pathways to Disclosure. *Psychotherapy* 28(1), 150–156.

- Brusila, Pirkko (2008) Parisuhdeväkivallan kohtaaminen vastaanotolla. *Duodecim* 124(1), 50–55.
- Campbell, Jacquelyn (2002) Health consequences of Intimate Partner Violence. *The Lancet* 359(9314), 1331–1336.
- Chandaria, Karishma (2011) Short changed: Protecting people with dementia from financial abuse. *Alzheimer's Society*.
- Chang, Judy & Cluss, Patricia & Ranieri, LeeAnn & Hawker, Lynn & Buranosky, Raquel & Dado, Diane & McNeil, Melissa & Scholle, Sarah (2005a) Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's Health Issues* 15(1), 21–30.
- Chang, Judy & Decker, Michele & Moracco, Kathryn & Martin, Sandra & Petersen, Ruth & Frasier, Pamela (2005b) Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling* 59(2), 141–147.
- Chang, Judy & Dado, Diane & Hawker, Lynn & Cluss, Patricia (2010) Understanding Turning Points in Intimate Partner Violence: Factors and Circumstances Leading Women Victims Toward Change. *Journal of Women's Health* 19(2), 251–259.
- Collins, Melinda & Posenelli, Sonia & Cleak, Helen & O'Brien, Meghan & Braddy, Lisa & Donley, Euan & Joubert, Lynette (2020) Elder Abuse Identification by an Australian Health Service: A Five-Year, Social-Work Audit. *Australian Social Work* 74(4), 426–476.
- Connolly, Marie-Therese & Brandl, Bonnie & Brekman, Risa (2014) Elder justice roadmap report. Washington, DC: Department of Justice.  
<https://www.justice.gov/file/852856/download> Viitattu 29.11.2023.
- Cook-Daniels, Loree (2017) Coping with Abuse Inside the Family and Out: LGBT and/or Male Victims of Elder Abuse. Teoksessa Xinqi Dong (toim.) *Elder Abuse: Research, Practise and Policy*. Cham, Switzerland: Springer Science and Business Media.
- Cowan, Christine & El-Hage, Nicole & Green, Jacqueline & Rice, Louise & Young, Lindi & Whiteside, Mary (2020) Investigating the Readiness of Hospital Social Workers to Respond to Domestic and Family Violence. *Australian Social Work* 73(3), 357–367.
- DeLiema, Marguerite & Navarro, Adria & Enguidanos, Susan & Wilber, Kathleen (2015) Voices from the Frontlines: Examining Elder Abuse from Multiple Professional Perspectives. *Health & Social Work* 40(2), e15–e24.

- Dong, Xinqi & Simon, Melissa (2013) Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA internal medicine* 173(10), 911–917.
- Dong, Xinqi & Chang, E-Shien & Wong, Esther & Simon, Melissa (2014) Perceived barriers and facilitators to implement elder abuse intervention for victims and perpetrators: views from US Chinese older adults. *The Journal of Adult Protection* 16(5), 307-321.
- Du Mont, Janice & Forte, Tanira & Cohen, Marsha & Hyman, Ilene & Romans, Sarah (2005) Changing Help-Seeking Rates for Intimate Partner Violence in Canada. *Women & Health* 41(1), 1–19.
- Elman, Alyssa & Cox, Sarah & Gottesman, Elaine & Herman, Seth & Kirshner, Avery & Tietz, Sarah & Shaw, Amy & Hancock, David & Chang, E-Shien & Baek, Daniel & Bloemen, Elizabeth & Clark, Sunday & Rosen, Tony (2023) The Critical Role of the Specialized Social Worker as Part of ED/hospital-Based Elder Mistreatment Response Teams. *Journal of elder abuse & neglect*. doi:10.1080/08946566.2023.2255742
- Elo, Satu & Kajula, Outi & Tohmola, Anniina & Kääriäinen, Maria (2022) Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 34(4), 215–225.
- Eläkeliitto (2021) +60-barometri. Yli 60-vuotiaiden hyvinvointi ja arki 2021. Tutkimustie Oy.
- Eläketurvakeskus (2023) Suomen työeläkkeensaajat. <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/tyoelakkeensaajat/> Viitattu 18.11.2023.
- Eläketurvakeskus (2024) Keskimääräiset eläkkeet. <https://www.etk.fi/suomen-elakejarjestelma/elakkeensaajien-tulotaso/keskimaaraiset-elakkeet/> Viitattu 06.02.2024.
- EOAK/3847/2020. Apulaisoikeusasiamiehen ratkaisu. <https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi/ratkaisut/-/eoar/3847/2020> Viitattu 2.5.2024.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2008) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eurooppa-neuvosto (2011) Euroopan neuvoston yleissopimus naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemisestä ja torjumisesta. Istanbul, 11.V.2011. Council of Europe Treaty Series – No. 210.
- Eurooppa-neuvosto (2023) Naisiin kohdistuvan väkivallan torjunta: neuvosto hyväksyi päätöksen EU:n liittymisestä Istanbulin yleissopimukseen. Lehdistötiedote. Eurooppa-neuvosto. <https://www.consilium.europa.eu/fi/press/press-releases/2023/06/01/combating-violence-against-women-council-adopts-decision-about-eu-s-accession-to-istanbul-convention/> Viitattu 20.11.2023.

- Ewalds, Helena & Karjalainen, Riina & Peltonen, Joonas (2019) Turvakotipalvelujen kansalliset laatusuositukset. Ohjaus nro 5/2019. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Flick, Uwe (2018) *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection*. California: SAGE Publications Ltd.
- Frankenhaeuser, Beata (2014) Terveyssoseaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Anna Metteri ja Heli Valokivi ja Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja soseaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Graneheim, Ulla & Lindgren, Britt-Marie & Lundman, Berit (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurde Education Today* 56, 29–34.
- Hackenberg, Elisa & Sallinen, Ville & Koljonen, Virve (2019) Parisuhdeväkivallan uhrien riski joutua uusintaväkivallan ja henkirikoksen uhriksi on suurentunut. *Duodecim* 135(23), 2259–2261.
- Haukka, Ulla-Maija & Routasalo, Pirkko (1995) Vanhusten kaltoinkohtelu perhepiirissä. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:10*. Turku: Turun yliopisto.
- Hegarty, Kelsey & McKibbin, Gemma & Hameed, Mohajer & Koziol-McLain, Jane & Feder, Gene & Tarzia, Laura & Hooker, Leesa (2020) Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PLoS ONE* 15(6), e0234067.
- Heimonen, Sirkkaliisa (2007) Dementoituvan ihmisen ja hänen omaisensa hyvä arki. Teoksessa Ikäinstituutti (toim.) *Ikääntyneiden arki. Näkökulmia ikäihmisten arjen kysymyksiin*. Helsinki: Ikäinstituutti, 75–92.
- Heron, Rebecca & Eisma, Maarten (2021) Barriers and Facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health Soc Care Community* 29(3), 612–630.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula & Sinivuori, Eila (2009). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Husso, Marita (2003) *Parisuhdeväkivalta. Lyötyjen aika ja tila*. Tampere: Vastapaino.
- Husso, Marita & Notko, Marianne & Virkki, Tuija & Holma, Juha & Laitila, Aarno & Siltala, Heli (2021) *Domestic Violence Interventions in Social and Health Care Settings:*

- Challenges of Temporary Projects and Short-Term Solutions. *Journal of Interpersonal Violence* 36(23-24), 11461-11482.
- Ikonen, Eija-Riitta (2015) *Kehittyvä kotihoito*. Keuruu: Otava.
- Jackson, Shelly (2018) *Understanding Elder Abuse: A Clinician's Guide*. Washington: American Psychological Association.
- Jokela, Satu & Luopa, Pauliina & Hyvärinen, Anni & Ruuska, Tupu & Martelin, Tuija & Klemetti, Reija (2020) Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien nuorten hyvinvointi. Kouluterveyskyselyn tuloksia 2019. Työpaperi 38/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jokinen, Arja (2021) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat*. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-nakokulmat/> Viitattu 6.5.2024.
- Juhila, Kirsi (2006) *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina*. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi (2021) *Koodaaminen*. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/koodaaminen/> Viitattu 4.5.2024.
- Juuti, Pauli & Puusa, Anu (2020) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus.
- Jyrkämä, Jyrki (2008) *Vanheneminen ja vanhuus*. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 267–323.
- Jämsen, Esa & Helin, Ulla & Pikkarainen, Laura (2021) Iäkäs potilas päivystyksessä sosiaalisista syistä. *Duodecim* 137(6), 545–547.
- Kaitue, Sanna & Noponen, Tanja & Släen, Anne (2007) *Yleistä muttei yksityistä*. Oikeudelliset keinot lähisuhdeväkivallasta selviytymiseen. Helsinki: Edita.
- Karisto, Antti (2004) *Kolmas ikä – uusi näkökulma väestön vanhenemiseen*. Teoksessa Valtioneuvoston kanslia (toim.) *Ikääntyminen voimavarana*. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Karisto, Antti & Tiilikainen, Elisa (2017) Yksinäisyys ja aika. *Yhteiskuntapolitiikka* 82(5), 527–537.

- Kehusmaa, Sari (2014) Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Kelan tutkimusosasto. Tampere: Juvenes Print.
- Kero, Katja & Nyqvist, Leo & Rautio, Jenni & Puuronen, Anne (2019) Lähisuhdeväkivallan seulontaa tulee vahvistaa. *Lääkärilehti* 74(35), 1881–1885.
- Keskikylä, Sanna (2020) Terveyssoseaalityön selvitys Päijät-Hämeessä. Selvitystyön raportti ja kehittämissuunnitelma. Verson työpapereita 2/2020. Sosiaalialan osaamiskeskus Verso -liikelaitos.
- Kivelä, Salla & Leppäkoski, Tuija & Kälvinmäki, Joonas & Ruohoniemi, Janne & Puolijoki, Hannu & Paavilainen, Eija (2016) Miten parisuhdeväkivalta näyttäytyy terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 53(2), 98–107.
- Khurana, Bharti & Seltzer, Steven E & Kohane, Isaac S & Boland, Giles W (2020) Making the 'invisible' visible: transforming the detection of intimate partner violence. *BMJ quality & safety* 29(3), 241–244.
- Korpela, Rauni (2014) Terveyssoseaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri ja Heli Valokivi ja Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja soseaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kortelainen, Jeremias & Oosi, Olli & Luukkonen, Tuomas & Luomala, Noora & Välikangas, Katariina & Hätälä, Johanna & Haapakorva, Pasi & Hämeenniemi, Riku & Kaasalainen, Tapio (2020) Ikääntyneiden asuminen – ennakointi ja varautuminen kunnissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:55. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Krogell, Jenni & Niklander, Elisa (2023) Lähisuhdeväkivallan ehkäisyn rakenteet vaihtelevat eri puolilla maata – koordinaattoriverkostosta tukea ohjeiden toimeenpanoon. Tutkimuksesta tiiviisti 64/2023. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Krug, Etienne G. & Dahlberg, Linda L. & Mercy, James A. & Zwi, Anthony B. & Lozano Rafael (2002) *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kyllönen-Saarnio, Eija & Nurmi, Reet (2005) Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta. Opas sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työministeriö, Monika-Naiset Liitto Ry.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru (2012) *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.



- Lacher, Simone & Wettstein, Albert & Senn, Oliver & Rosemann, Thomas & Hasler, Susann (2016) Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss medical weekly* 146, w14273.
- Lafferty, Attracta & Fealy, Gerard & Downes, Carmel & Drennan, Jonathan (2016) The prevalence of potentially abusive behaviours in family caregiving: findings from a national survey of family carers of older people, *Age and Ageing* 45 (5), 703–707.
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) Finlex  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817#Pidm46651395822592> Viitattu 17.04.2024.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) Finlex  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P15> Viitattu 26.11.2023.
- Latomäki, Mervi & Runsala, Eila & Koivisto, Anna-Maija & Kylmä, Jari & Paavilainen, Eija (2020) Omaishoitajien kokema kuormittuneisuus ja kaltoinkohtelu. *Sosiaalitieteellinen aikakauslehti* 57(2), 100–123.
- Lawson, Jennifer (2012) Sociological Theories of Intimate Partner Violence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 22(5), 572–590.
- Leinonen, Leena & Svenlin, Anu-Riina & Louhija, Jukka (2023) Sosiaalityön siirto lisää lääkärin työkuormaa. *Lääkärilehti* 7.12.2023.
- Leppäkoski, Tuija & Astedt-Kurki, Päivi & Paavilainen, Eija (2010) Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian journal of caring sciences* 24(4), 638–647.
- Leppälahti, Raija (2014) Asiakas- ja perhekeskeinen työkäytäntö perusterveydenhuollossa. Teoksessa Anna Metteri ja Heli Valokivi ja Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Lidman, Satu (2015) *Väkivaltakulttuurin perintö. Sukupuoli, asenteet ja historia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Liimatainen, Minna & Rantaeskola, Satu (2022) *Toiminnallinen käsikirja lähisuhdeväkivaltaan puuttumiseksi ja ennalta estämiseksi*. Poliisihallitus.
- Lindholm, Tiina (2008) *Kaikki se kärsii? Parisuhdeväkivalta, kärsimys ja sen lievittäminen naisten ja miesten näkökulmasta*. Department of Caring Science. Åbo: Åbo Akademi University.
- Løkkeberg, Torp & Ihlebæk, Camilla & Brottveit, Gudrun & Del Busso, Lilliana (2023) *Digital Violence and Abuse: A Scoping Review of Adverse Experiences Within*

Adolescent Intimate Partner Relationships. Trauma, violence & abuse.

<https://doi.org/10.1177/15248380231201816>

- Ludvigsson, Mikael & Wiklund, Nicolina & Swahnberg, Katarina & Simmons, Johanna (2022) Experiences of elder abuse: a qualitative study among victims in Sweden. *BMC Geriatrics* 22(256).
- Lumme-Sandt, Kirsi & Nikander, Pirjo & Pietilä, Ilkka & Vakimo, Sinikka (2020) Ikäkäsitykset päätöksenteon taustalla. *Gerontologia* 34(4), 359–362.
- Luoma, Minna-Liisa & Koivusilta, Mira & Lang, Gert & Enzenhofer, Edith & De Donder, Liesbeth & Verté, Dominique & Reingarde, Jolanta & Tamutiene, Ilona & Ferreira-Alves, Jose & Santos, Ana Joao & Penhale, Bridget (2011) Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. European Report of the AVOW Project. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Luoma, Minna-Liisa & Tiilikallio, Piia & Helakallio, Päivi (2018) Kotona asuviin ikääntyneisiin kohdistuva kaltoinkohtelu ja väkivalta. *Duodecim* 134(18), 1797–1802.
- Luoma, Minna-Liisa & Valtokari, Maria & Väre, Anna & Holm, Marja & Sainio, Päivi & Ervasti, Eetu & Vuorenmaa, Maaret & Hiekkala, Sinikka & Leppäjoki-Tiistola, Sanna & Heini, Annina & Purhonen, Sanni (2022) Vammaisten henkilöiden kokema lähisuhdeväkivalta ja palvelujen saatavuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:24. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Malmi, Maria (2011) Omaishoitajat voivat huonommin kuin keskivertosuomalaiset. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen, Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 104–107.
- Marin, Marjatta (2008) Tarkastelukulmia ikään ja ikääntymiseen. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Tampere: Vastapaino, 17–48.
- Matikkala, Jussi (2006) Parisuhdeväkivallasta. Teoksessa Mirva Lohiniva-Kerkelä (toim.) Väkivalta – seuraamukset ja haavoittuvuus. Helsinki: Talentum.
- McCloskey, Laura & Lichter, Erika & Williams, Corrine & Gerber, Megan & Wittenberg, Eve & Ganz, Michael (2006) Assessing Intimate Partner Violence in Health Care Settings Leads to Women's Receipt of Interventions and Improved Health. *Public Health Reports* 121(4), 435–444.

- Mäkelä, Matti & Purhonen, Merja (2011) Omaishoito kunnallisten sosiaali- ja terveystalvelujen tärkeä voimavara. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen, Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 21–23.
- Niemelä, Pauli (1987) Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa: empiirinen tutkimus sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksistä sairaalan sosiaalityöntekijän työtehtävistä, tieto- ja taitovaatimuksista, roolista ja asemasta sekä kunkin ammattiryhmän näkemys omaa ammattia koskevista arvioista ja niiden toteutumisesta työssä. Tutkimusjulkaisuja 2. Helsinki: Helsingin yliopistollinen keskussairaala.
- Niemelä, Pauli (2007) Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto ja Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-Kustannus, 167–179.
- Niemi-Kiesiläinen, Johanna (2006) Lähisuhdeväkivallan raportointi ja lääkärin velvollisuudet. Teoksessa Mirva Lohiniva-Kerkelä (toim.) Väkipalvalta – seuraamukset ja haavoittuvuus. Helsinki: Talentum.
- Nietola, Vuokko (2022) Väkipalvaltyö asiantuntijayhteistyönä. A Tutkimuksia 30. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampere: Juvenes Print.
- Niklander, Elisa & Notko, Marianne & Husso, Marita (2019) Lähisuhdeväkipalvaltaan puuttuminen ja ammattilaisten koulutus sosiaali- ja terveydenhuollossa ja poliisissa. EPRAS-hankkeen arviointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nikupeteri, Anna & Laitinen, Merja (2017) Vaino väkipalvaltana ja yhteiskunnallis-ammattillisena kysymyksenä. Teoksessa Merja Laitinen, Jaana Kinnunen & Riitta Hannus (toim.) Varjosta valoon: Eron jälkeisen vainon tunnistaminen, katkaisu ja uhrien selviytymisen tukeminen. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 41. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Nipuli, Suvi & Mielikäinen, Lasse (2023) Turvakotipalvelut 2022. Turvakotien asiakasmäärät kasvussa 2022. Tilastoraportti 27/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nissi-Onnela, Sirkka & Kaivolainen, Merja (2011) Omaishoitajuus liittyy yhteen monia rooleja. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen, Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 58–64.

- Notko, Marianne (2011) *Väkivalta, vallankäyttö ja vahingoittuminen naisten perhesuhteissa*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 406. University of Jyväskylä. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Notko, Marianne & Holma, Juha & Husso, Marita & Virkki, Tuija & Laitila, Aarno & Merikanto, Juhani & Mäntysaari, Mikko (2011) Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 127(15), 1599–1606.
- Notko, Marianne & Husso, Marita & Piippo, Sisko & Fagerlund, Monica & Houtsonen, Jarmo (2022) Intervening in domestic violence: interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police. *Journal of Interprofessional Care* 36(1), 15–23.
- Nyqvist, Leo (2004) Sukupuoli parisuhdeväkivallan ammatillisessa kohtaamisessa. Teoksessa Marja Kuronen, Riitta Granfelt, Leo Nyqvist & Päivi Petrelius (toim.) *Sukupuoli ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 101–130.
- O'Brien, Marita & O'Brien-Olinger, Sam & Boccaletti, Licia & Milianta, Salvatore & Caciula, Ioana & Laurola, Henriikka & Perttu, Sirkka & Kadzik-Bartoszewska, Anna & Canning, Kate & Quinn, Seamus (2016) *Elder Abuse Context and Theory*. Finland, Ireland, Italy and Romania. Erasmus+.
- O'Doherty, Lorna & Hegarty, Kelsey & Ramsay, Jean & Davidson, Leslie & Feder, Gene & Taft, Angela (2015) Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane database of systematic reviews* 7:CD007007.
- October, Martta & Laitinen Hanna-Leena (2022) Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi. Ohjaus 10/2022. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinninlaitos.
- Ojuri, Auli (2004) *Väkivalta naisen elämän varjona – Tutkimus parisuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten elämäkulusta ja selviytymisestä*. Rovaniemi: Acta Universitatis Lapponiensis.
- Olofsson, Niclas & Lindqvist, Kent & Danielsson, I (2012) Fear of Crime and Psychological and Physical Abuse Associated with Ill Health in a Swedish Population Aged 65–84 Years. *Public health* 126(4), 358–364.
- Olsson, Helen & Larsson, Anna-Karin & Susanne, J. M. (2024) Social Workers' Experiences of Working with Partner Violence. *The British Journal of Social Work* 54(2), 704–722.

- Perttu, Sirkka (1998) Vanhuksiin kohdistuvaan väkivaltaan ja siitä ilmoittamiseen liittyvät asenteet. Tutkimusraportti 1998. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu nro 16. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Perttu, Sirkka (1999) Perheväkivalta auttamistyössä. Opas ammattihenkilöstölle. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 21. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Perttu, Sirkka & Laurola, Henriikka & Helakallio-Ranta, Päivi (2020) Elder Abuse and Human Rights Approach – Insights and Experiences from Finland. Teoksessa Mala Kapur Shankardass (toim.) International handbook of elder abuse and mistreatment. Cham: Springer Nature, 219–235.
- Piippo, Sisko & Nyqvist, Leo & Suonio, Mari (2019) Lähisuhdeväkivallasta oppimisen reflektiot sosiaalityön opiskelijoiden oppimispäiväkirjoissa. *Janus* 27(1), 164–180.
- Piippo, Sisko & Notko, Marianne & Husso, Marita & Anand, Janet Carter (2021a) Framing Social Work Discourses of Violence Against Women. Insights From Finland and India. *Journal of Women and Social Work* 37(3), 487–504.
- Piippo, Sisko & Husso, Marita & Hirvonen, Pasi & Notko, Marianne & Glumbíková Kateřina (2021b) Institutional and Affective Practices of Domestic Violence Interventions in Social Work: Malignant Positioning of Victims. Teoksessa Marita Husso, Sanna Karkulehto, Tuija Saresma, Aarno Laitila, Jari Eilola ja Heli Siltala (toim.) Violence, Gender and Affect: Interpersonal, Institutional and Ideological Practices. Cham: Springer International Publishing, 113-133.
- Piippo, Sisko (2022) Lähisuhdeväkivallan kohtaamisen rakenteet, käytännöt ja toimijuus sosiaalityössä. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business No 282. Kuopio: University of Eastern Finland.
- Piispa, Minna & Heiskanen, Markku & Kääriäinen, Juha & Siren, Reino (2006) Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisu 225. HEUNI Publication Series No. 51. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Piispa, Minna (2008) Väkivallan muodot heteroseksuaalisissa parisuhteissa. Teoksessa Sari Näre ja Suvi Ronkainen (toim.) Paljastettu intiimi. Sukupuolistuneen väkivallan dynamiikkaa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Piispa, Minna & Lappinen, Laura (2014) MARAK - moniammatillista apua väkivallan uhrille. Arviointiraportti. Työpaperi 21/2014. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin tutkimuskeskus.

- Pikarinen, Ulla & Halmesmäki, Erja (2003) Naisiin kohdistuva väkivalta. *Duodecim* 119(5), 389–394.
- Pillemer, Karl & Burned, David & Riffin, Catherine & Lachs, Mark S. (2016) Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist* 56(2), 194–205.
- Pirhonen, Jari & Tuominen, Katariina & Jolanki, Outi & Jyljä, Marja (2019) Hyvinvointi vanhuudessa – valmistautumista, sopeutumista, luopumista ja hyväksymistä. *Gerontologia* 33(3), 105–120.
- Pohjola, Pasi & Pitkänen, Niina & Koivisto, Juha (2015) Sosiaalityön tietokäytännöt vuorovaikutteisina vaihtoalueina. *Janus* 23(2), 175–189.
- Poliisi.fi (2024) Tee rikosilmoitus. <https://poliisi.fi/tee-rikosilmoitus> Viitattu 2.5.2024.
- Potter, Lucy C. & Morris, Richard & Hegarty, Kelsey & Garcia-Moreno, Claudia & Feder, Gene (2021) Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women’s health and domestic violence. *International Journal of Epidemiology* 50(2), 652–662.
- Purhonen, Merja & Salanko-Vuorela, Merja (2011) Omaishoitoa koskevan lainsäädännön kehitys. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen, Merja Salanko-Vuorela (toim.) *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Duodecim, 39–42.
- Purhonen, Merja & Nissi-Onnela, Sirkka & Malmi, Maria (2011) Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen, Merja Salanko-Vuorela (toim.) *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Duodecim, 12–17.
- Pöysä, Jyrki (2021) Kirjoituskutsut. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/kirjoituskutsut/> Viitattu 3.5.2024.
- Quinn, Mary Joy & Tomita, Susan K. (1997) *Elder Abuse and Neglect. Causes, Diagnosis and Intervention Strategies*. New York: Springer Publishing Company.
- Rajaniemi, Jere (2007) Sosiaaligerontologiaa katseita ikäihmisten arkeen. Teoksessa Ikäinstituutti (toim.) *Ikääntyneiden arki. Näkökulmia ikäihmisten arjen kysymyksiin*. Helsinki: Ikäinstituutti, 11–28.

- Ramsay, Jean & Rutterford, Clare & Gregory, Alison & Dunne, Danielle & Eldridge, Sandra & Sharp, Debbie & Feder, Gene (2012) Domestic violence: knowledge, attitudes and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice* 62(602), e647-e655.
- Rantamaa, Paula (2008) Ikä ja sen merkitykset. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 49–95.
- Rautio, Susanna (2014) Kumppanuus ja moniammatillinen yhteistyö neuvolan perhetyössä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 51(3), 191–202.
- Ring, Marjo & Hammar, Teija (2022) Huoli-ilmoituksen käyttö Suomessa – selvitys. *Työpäperi* 46/2022. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinninlaitos.
- Roberto, Karen & Teaster, Pamela (2017) *Theorizing Elder Abuse*. Teoksessa XinQi Dong (toim.) *Elder Abuse: Research, Practise and Policy*. Cham, Switzerland: Springer Science and Business Media.
- Ronkainen, Suvi (2006) Haavoittunut kansakunta ja väkivallan toimijuus. Teoksessa Mirva Lohiniva-Kerkelä (toim.) *Väkivalta – seuraamukset ja haavoittuvuus*. Helsinki: Talentum.
- Ronkainen, Suvi (2008) Kenen ongelma väkivalta on? Suomalainen hyvinvointivaltio ja väkivallan toimijuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(4), 388–401.
- Saarenheimo, Marja (2006a) Autonomia ja voimaantuminen omaishoidossa. Teoksessa Marja Saarenheimo ja Minna Pietilä (toim.) *Yhteinen tehtävä. Ryhmästä oivalluksia omaishoittoon*. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 13. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 15–28.
- Saarenheimo, Marja (2006b) Hoitamisen voimavarat. Teoksessa Marja Saarenheimo ja Minna Pietilä (toim.) *Yhteinen tehtävä. Ryhmästä oivalluksia omaishoittoon*. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 13. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 99–118.
- Saarenheimo, Marja & Pietilä, Minna (2006) Johtopäätöksiä ja suosituksia. Teoksessa Marja Saarenheimo ja Minna Pietilä (toim.) *Yhteinen tehtävä. Ryhmästä oivalluksia omaishoittoon*. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 13. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 135–141.
- Saarenheimo, Marja & Pietilä, Minna & Riihonen, Arto & Pohjolainen, Pertti & Maunuaho, Sonja & Raitakari, Sari & Aarninsalo, Lydyia (2014) *Ikäpolvien taju: elämäntaku ja ikäpolvet muuttuvassa maailmassa*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

- Salminen-Tuomaala, Mari & Tiainen, Juha & Paavilainen, Eija (2022) Ensiohoitajien kokemuksia ikääntyneiden kaltoinkohtelu. *Gerontologia* 36(1), 49–69.
- Sardinha, Lynnmarie & Maheu-Giroux, Mathieu & Stöckl, Heidi & Meyer, Sarah Rachel & Garcia-Moreno, Claudia (2022) Global, regional and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet* 399(10327), 803–813.
- Sarvimäki, Anneli (2007) Ikäihmisten elämänlaatu hyvänä arkena. Teoksessa Ikäinstituutti (toim.) Ikääntyneiden arki. Näkökulmia ikäihmisten arjen kysymyksiin. Oraita 2/2007. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Schleutker, Elina (2013) Väestön ikääntyminen ja hyvinvointivaltio. Mitä vaihtoehtoja meillä on? *Yhteiskuntapolitiikka* 78(4), 425–436.
- Serpola, Leena (2006) Ikäihmisten kaltoinkohtelun ehkäisy -projekti 2003–2005. Suomen vanhusten turvakotiyhdistys ry suvanto. Helsinki: Suvanto.
- Siltala, Heli & Hisasue, Tomomi & Hietämäki, Johanna & Saari, Juhani & Laajasalo, Taina & October, Martta & Laitinen, Hanna-Leena & Raitanen, Jani (2022) Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:52. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Siltala, Heli (2022) Lähisuhdeväkivallan tehokkaampi tunnistaminen vähentäisi väkivallasta aiheutuvia terveyshaittoja ja -kustannuksia. *Duodecim* 138(11), 1115–1119.
- Siukola, Reetta (2014) Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan? Esimerkkinä päihde- ja mielenterveystyö. *Opas* 34/2014. Helsinki: Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos.
- Sivarajasingam, Vasumathy & Webber, Iman & Riboli-Sasco, Eva & Alaa, Aoi & El-Osta, Austen (2022) Investigating public awareness, prevailing attitudes and perceptions towards domestic violence and abuse in the United Kingdom: a qualitative study. *BMC Public Health* 22(2042).
- Smith, Judith (2020) Elder Abuse, Impaired Adult Child, and Maternal Identity. Teoksessa Robert Geffner, Jacquelyn W. White, L. Kevin Hamberger, Alan Rosenbaum, Viola Vaughan-Eden, Victor I. Vieth (toim.) *Handbook of Interpersonal Violence and Abuse Across the Lifespan*. Cham: Springer.
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Finlex  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L2P8> Viitattu 26.11.2023.



- STM (2006) Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2007) Koko perhe kierteessä. Lähisuhdeväkivalta ja alkoholi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:27. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2019) Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja ehkäisyn prosessit – Lähisuhdeväkivaltatyön hyvät käytännöt rakenteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:55. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2020) Arvioita sosiaaliturvan menojen pitkän aikavälin kehityksestä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2022) Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2022–2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2023a) Lähisuhde- ja perheväkivalta. <https://stm.fi/lahisuhde-ja-perhevakivalta> Viitattu 29.11.2023.
- STM (2023b) Ministeri Grahn-Laasosen johdolla keskusteltiin lähisuhdeväkivallan sovittelusta. <https://stm.fi/-/ministeri-grahn-laasosen-johdolla-keskusteltiin-lahisuhdevakivallan-sovittelusta> Viitattu 19.02.2024.
- STM (2024) Suomi on sukupuolten tasa-arvon edelläkävijä. <https://stm.fi/suomi-on-sukupuolten-tasa-arvon-edellakavija> Viitattu 11.05.2024.
- Storey, Jennifer (2020) Risk Factors for Elder Abuse and Neglect: A Review of the Literature. *Aggression and violent behavior* 50(2).
- Stöckl, Heidi & Hertlein, Linda & Himsl, Isabelle & Ditsch, Nina & Blume, Carolin & Hasbargen, Uwe & Friese, Klaus & Stöckl, Doris (2013) Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13(77).
- Suomen perustuslaki (731/1999) Finlex <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> Viitattu 2.5.2024.
- Tamutienè, Ilona & de Donder, Liesbeth & Penhale, Bridget & Lang, Gert & Ferreira-Alves, José & Luoma, Minna-Liisa (2013) Help Seeking Behaviour of Abused Older Women (Cases of Austria, Belgium, Finland, Lithuania and Portugal). *Filosofija, sociologija* 24(4), 217–225.
- Tarzia, Laura & Cameron, Jacqui & Watson, Jotara & Fiolet, Renee & Baloch, Surriya & Robertson, Rebecca & Kyei-Onanjiri, Minerva & McKibbin, Gemma & Hegarty,

- Kelsey (2021) Personal barriers to addressing intimate partner abuse: a qualitative meta-synthesis of healthcare practitioner's experiences. *BMC Health Services Research* 21(567).
- Tenkanen, Raija (2007) Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto ja Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 181–192.
- THL (2013) *Teknologioiden mahdollisuudet iäkkäiden tapaturmien ehkäisyssä*. Tampere: Juvenes Print.
- THL (2019) *Lähisuhdeväkivaltarikosten sovittelu – Nykytila ja kehittämisehdotukset. Lähisuhdeväkivallan sovittelun selvitystyöryhmä. Työpaperi 2/2019*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2022a) *Lähisuhdeväkivalta*. <https://thl.fi/fi/web/vakivalta/vakivallan-muodot/lahisuhdevakivalta> Viitattu 29.11.2023.
- THL (2022b) *Sotkanet. Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä 65 vuotta täyttäneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä, kunnan kustantamat palvelut. Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä, kunnan kustantamat palvelut*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2022c) *Ikääntyneet ja väkivalta*. <https://thl.fi/fi/web/vakivalta/eri-ryhmat-ja-vakivalta/ikaantyneet-ja-vakivalta> Viitattu 29.11.2023
- THL (2022d) *Huoli-ilmoituksen käyttö Suomessa – selvitys*. Työpaperi 46/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2024) *Muistisairauksien yleisyys*. <https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys> Viitattu 03.03.2024.
- Tiilikallio, Piia & Säles, Emilia (2018) *Täällä on lupa puhua väkivallasta: käsikirja ikääntyneisiin kohdistuvan kaltoinkohtelun ja väkivallan vastaiseen työhön*. Helsinki: Turvallisen vanhuuden puolesta – Suvanto ry.
- Tilastokeskus (2023) *Sukupuolistunut väkivalta ja lähisuhdeväkivalta Suomessa 2021*. Helsinki: Tilastokeskus.
- Tilvis, Reijo (2006) Hyvä vanheneminen. *Duodecim* 122(12), 1523–1526.
- Trabold, Nicole (2007) *Screening for Intimate Partner Violence Within a Health Care Setting*. *Social Work in Health Care* 45(1), 1–18.

- Trabold, Nicole & McMahon, James & Alsobrooks, Shannon & Whitney, Staci & Mittal, Mona (2020) A Systematic Review of Intimate Partner Violence Interventions: State of the Field and Implications for Practitioners. *Trauma, Violence, & Abuse* 21(2), 311–325.
- Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- TENK (2023) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Ulrich, Yvonne & Cain Kevin & Sugg, Nancy & Rivara, Frederick & Rubanowice, David & Thompson, Robert (2003) Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *Am J Prev Med* 24(1), 9–15.
- Yliruka, Laura & Heinonen, Jenika & Satka, Mirja & Metteri, Anna & Alatalo, Taija (2019) *Terveyssosiaalityö näkyväksi: Terveyssosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Työpapereita 2019:1. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Heikki Waris Instituutti, Helsingin yliopisto.*
- Yunus, Raudah Mohd & Hairi, Noran Naqiah & Choo, Wan Yuen (2017) Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies. *Trauma, Violence, & Abuse* 20(2), 197-213.
- Yon, Yongjie & Mikton, Christopher & Gassoumis, Zachary & Wilber, Kathleen (2019) The Prevalence of Self-Reported Elder Abuse Among Older Women in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse* 20(2), 245–259.
- Vaarama, Marja (2022) *Toiveena tavallinen, hyvä elämä. Suomalaisen mielikuvat ja kokemukset vanhuudesta. Teoksessa Vanhustyön keskusliitto, Anu Jansson, Merja Lankinen ja Anni Lausvaara (toim.)*
- Van Aerschot, Lina & Eskola, Päivi & Aaltonen, Mari (2021) Muistisairaiden ja puoliso-omaishoitajien kokemuksia tuen riittämättömyydestä. *Gerontologia* 35(3), 264–282.
- Vanhuspalvelulaki (980/2012) Finlex <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>  
Viitattu 18.11.2023.
- Veldhuis, Cindy (2024) Cultivating Dependence, Denial, and Self-Blame: A Narrative Review of the use and Effects of Coercive Tactics in Intimate Partner Violence. *Gender Issues* 41(10).

- Vilkkä, Hanna. (2021) Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Virkki, Tuija & Husso, Marita & Notko, Marianne & Laitila, Aarno & Holma, Juha & Mäntysaari, Mikko (2011) Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoisairaanhoidossa: puuttumisen ja muutoksen mahdollisuudet. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48(4), 280–293.
- Vuori, Jaana (2021) Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.  
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallanalyysi/> Viitattu 4.5.2024.
- Waalén, Jill & Goowdin, Mary & Spitz, Alison & Petersen, Ruth & Saltzman, Linda (2000) Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. American Journal of Preventive Medicine 19(4), 230–237.
- WHO (2002) Missing voices: Views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization.
- Wuorela, Maarit & Viikari, Laura (2019) Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa. Duodecim 135(17), 1579–1585.

## Liitteet

### Liite 1. Kyselylomake

#### Väkivaltatyö ikääntyneiden potilaiden kanssa vuodeosastoilla

Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

Hei ja tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Tähän kyselyyn pyydän vastaamaan kaikkia sosiaalityöntekijöitä, joilla on kokemusta ikääntyneiden potilaiden lähisuhdeväkivaltatapauksista vuodeosastoilla.

Kyselyn kannalta olennaiset käsitteet ovat:

Lähisuhdeväkivalta: Kaikki lähisuhteissa esiintyvä väkivalta. Lähisuhde voi olla puolisoon, lapsen tai muuhun merkittävästi läheiseen ihmiseen. Väkivalta voi olla fyysistä, henkistä, seksuaalista, taloudellista, hengellistä, digitaalista tai hoitoon ja huolenpitoon liittyvää.

Väkivaltatyö: Väkivaltatapauksen parissa tehtävä työ. Sisältää myös kaiken taustaselvityksen, eteenpäin ohjaamisen ja esimerkiksi vain kuuntelemisen.

Ikääntynyt: Ikääntyneellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kaikkia yli 65-vuotiaita.

Terveysosiaalityöntekijä: Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa työskentelevä sosiaalityöntekijä.

Seuraavaksi pyydän sinua antamaan suostumuksesi vastaustesi tutkimuskäyttöön. Vastaukset kerätään anonymisti, eikä yksittäisen vastaajan vastauksia ole mahdollista tunnistaa.

Tutkimuksen aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja salassapitosäädöksiä noudattaen.

Lisätietoa saat sähköpostin kautta [pefavo@utu.fi](mailto:pefavo@utu.fi)

Annan suostumukseni, että tässä kyselyssä antamiani tietojani voidaan käyttää anonymisti tutkimusaineistona tässä tutkimuksessa: \*

Kyllä

Seuraavaksi pyydän sinua vastaamaan neljään taustakysymykseen. Ne auttavat ymmärtämään ilmiötä syvemmin ja antavat lisäarvoa tutkimukselle.

Syntymävuosi \*

1950-1959

1960-1969

1970-1979

1980-1989

1990-2003

Koulutustausta (voit valita usean) \*

Sosiaalityöntekijä VTM/YTM

Sosionomi

Sijaispätevä sosiaalityöntekijä tai sosiaalityön opiskelija

Muu, mikä:

Työkokemus sosiaaalialalta \*

(Työkokemus yhteensä kaikista töistä, mitä olet sosiaaalialalla tehnyt)

0-5 vuotta

6-10 vuotta

11-20 vuotta

Yli 20 vuotta

Työskenteletkö tällä hetkellä terveystyöntekijänä \*

Kyllä

Olen ennen työskennellyt

En ole koskaan työskennellyt terveystyöntekijänä

Nyt pyydän sinua miettimään työkokemustasi vuodeosaston sosiaalityöntekijänä ja erityisesti ikääntyneitä potilaitasi ja lähisuhdeväkivaltatapauksia. Vastauksesi antaa arvokasta tietoa aiheesta, jota Suomessa ei ole ennen tutkittu.

Vastaa kyselyyn kaikessa rauhassa. Voit halutessasi tallentaa vastauksesi ja jatkaa vastaamista myöhemmin sähköpostiisi lähtevällä linkillä. Sähköpostiosoite ei tule tutkijan tietoon.

1. Keneltä saat yleensä tietää potilaan lähisuhdeväkivaltaepäilystä? \*

(Esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöltä, toiselta viranomaiselta, omaiselta tai potilaalta itseltään?)

2. Miten itse havainnoit ja tunnistat potilaiden lähisuhdeväkivaltatapauksia? \*

3. Mitä väkivallan muotoja olet havainnut ikääntyneiden kokevan lähisuhteissaan? \*

(Lähisuhdeväkivallan muotoja ovat esimerkiksi fyysinen, henkinen, taloudellinen, seksuaalinen, hengellinen, hoidollinen ja digitaalinen)

Seuraavissa kysymyksissä pyydän sinua miettimään työskentelyäsi tilanteissa, joissa epäillään lähisuhdeväkivaltaa iäkkään potilaan kohdalla. Olen kiinnostunut kuulemaan, miten lähdet hahmottamaan tilannetta ja millaiseksi koet työskentelyn nimenomaan iäkkäiden ihmisten kanssa sairaalaympäristössä.

4. Miten lähdet rakentamaan kokonaiskuvaa tilanteesta, jossa on epäily lähisuhdeväkivallasta? Keiden kaikkien kanssa työskentelet? \*

(Esimerkiksi potilaan, muun terveydenhuollon ammattilaisen, omaisten tai muiden

viranomaisten kanssa?)

5. Mitä esteitä olet kokenut vuodeosastolla tehtävässä väkivaltatyössä?

Entä mitä mahdollisuuksia vuodeosasto ympäristönä tarjoaa? \*

6. Millaisia erityispiirteitä liittyy ikääntyneen potilaan kanssa tehtävään väkivaltatyöhön?  
Millaista on puhua väkivallasta iäkkään potilaan kanssa? \*

Näissä viimeisissä kysymyksissä pyydän sinulta arvioimaan omaa väkivaltatyöskentelyäsi.  
Olen kiinnostunut kuulemaan onnistumisistasi ja haasteistasi ja siitä, mihin työskentelylläsi olet pyrkinyt.

7. Mitä sosiaalityöntekijänä tavoittelet väkivaltatyölläsi vuodeosastolla?

Mihin työskentelyllä tähtäät? \*

8. Minkä arvioit omassa työskentelyssäsi olleen eniten apua potilaalle

lähisuhdeväkivaltatapauksissa? \*

9. Koetko pystyneesi auttamaan ikääntyneitä lähisuhdeväkivallan kokijoita? Miksi? Miksi et?

\*