

LÄHISUHDEVÄKIVALTAAN PUUTTUMISEN VASTUU
Kehysanalyysi erikoissairaanhoidon työntekijöiden näkökulmasta

Tiina Ronkainen
Satu Ropponen
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Toukokuu 2012

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Psykologian laitos

RONKAINEN, TIINA
ROPPONEN, SATU

Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuu - kehysanalyysi erikoissairaanhoidon työntekijöiden näkökulmasta

Pro gradu -tutkielma, 29 s., 2 liites.
Ohjaaja: Juha Holma
Psykologian laitos
Toukokuu 2012

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, millaisten kehysten avulla erikoissairaanhoidon työntekijät perustelevat lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuunjako, miten he siirtävät vastuuta pois itseltään ja kenen vastuulla he katsovat lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen olevan. Tutkimusmenetelminä käytettiin kehysanalyysiä ja grounded theorya. Aineisto koostui kuudesta syksyllä 2009 toteutetusta fokusryhmähaastattelusta, joihin osallistui työntekijöitä kolmesta eri erikoissairaanhoidon pilottiyksiköstä.

Aineistosta löytyi kuusi kehystämisen tapaa, joissa vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta annettiin eri tahoille. Ensimmäisen kehysten mukaan vastuun nähtiin olevan yksittäisellä työntekijällä. Tällöin puuttumista pidettiin sekä työntekijän henkilökohtaisena, moraalisenä tekona että ammattieettisenä velvollisuutena. Toisessa kehyksessä väkivaltaan puuttumisen katsottiin kuuluvan työyhteisölle ja olevan osa työntekijöiden ammattitaitoa. Kolmannessa kehyksessä puuttuminen nähtiin eri ammattiryhmien yhteistyönä. Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen nähtiin tehottomana, elleivät eri työyhteisöt yhdessä sitoudu väkivaltatyöhön. Neljäs kehystämisen tapa korosti puuttumisen olevan osa perusterveydenhuollon toimenkuvaa. Vastuuta perusteltiin vetoamalla perusterveydenhuollon vahvuuksiin, kuten parempiin resursseihin. Viidennen kehysten mukaan puuttumista pidettiin uhrin yksityisasiana, sillä työntekijät kokivat, että aikuista ihmistä ei voida velvoittaa hakemaan apua. Kuudennen kehysten mukaan puuttuminen nähtiin osana uhrin lähiverkoston huolenpitoa. Sen lisäksi, että väkivaltaan puuttumisen vastuu annettiin eri kehystämisen tavoissa selkeästi eri tahoille, vastuuta siirrettiin pois itseltä ja omalta työyhteisöltä määrittämättä vastuussa olevaa tahoja.

Tutkimus osoitti, että terveydenhuoltohenkilöstö näkee lähisuhdeväkivallan todellisena ongelmana, mutta näkemykset siitä, kenen vastuulla väkivaltaan puuttuminen on, vaihtelevat sen mukaan, millaisten kehysten kautta väkivaltaa tarkastellaan. Kehysten vaihtelevuus ja osittainen ristiriitaisuus osoittavat sen, että teoriassa tehty vastuunjako lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta ei vielä ulotu käytäntöön. Tehokas puuttuminen vaatii selkeän vastuunjaon ja valmiiksi määritellyt toimintamallit, joiden kehittämiseksi on tehtävä jatkotutkimuksia.

Avainsanat: lähisuhdeväkivalta, erikoissairaanhoido, fokusryhmähaastattelu, kehysanalyysi, grounded theory

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ
Department of psychology

RONKAINEN, TIINA
ROPPONEN, SATU

The responsibility of intervening in intimate partner violence – a frame analysis from workers' perspective in special health care

Master's thesis, 29 pgs., 2 appendix pgs.
Instructor: Juha Holma
Department of psychology
May 2012

The aim of this study was to examine what kinds of frames are used when workers in special health care distribute responsibility for intervening in intimate partner violence, how responsibility is transferred from one's shoulders and whose responsibility it is to intervene in intimate partner violence. The methods of this study were frame analysis and grounded theory. The data consisted of six focus group interviews executed in autumn 2009. The participants were from three different special health care pilot units.

Six frames, in which the responsibility for intervening in intimate partner violence was given to different quarters, were found. According to the first frame, the responsibility was distributed to a separate worker. In this case, intervening was seen as both a personal, moral duty and as an ethical obligation caused by profession. In the second frame, intervening was seen as a task of work community and as a part of workers' expertise. In the third frame, the responsibility for intervening was framed through a joint responsibility of work communities. Intervening in intimate partner violence was seen ineffective, unless different work communities together commit themselves to work against violence. The fourth way of framing highlighted the responsibility of primary health care in intervening in violence. The responsibility was validated by invoking the strengths of primary health care, such as better resources. According to the fifth frame, the responsibility for intervening was distributed to the victim, because the workers thought that an adult cannot be obligated to search for help. In the sixth frame, the responsibility for intervening was seen as a part of care of victim's family and friends. In addition to the responsibility for intervening being distributed clearly to different quarters, the responsibility was transferred from one's and one's work community's shoulders without defining the exact quarter in response.

This study indicated that health care professionals see intimate partner violence as a real problem, but the views about whose responsibility it is to intervene in intimate partner violence vary depending on what kinds of frames are being used when viewing violence. The variance and partial contradictory of the frames demonstrate that the theoretical distribution of intervening in intimate partner violence is not fulfilled in practice. An effective intervention demands a clear distribution of responsibility and well-defined models of acting in intimate partner violence situations. To do that, further research is needed.

Key terms: intimate partner violence, special health care, focus group interview, frame analysis, grounded theory

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	9
2.1 Aineisto ja tutkittavat.....	9
2.2 Menetelmät.....	10
2.2.1 Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	10
2.2.2 Kehysanalyysi teoreettisena lähestymistapana.....	11
2.2.3 Grounded theory analyysimenetelmänä.....	12
2.3 Tutkimuksen kulku.....	12
3 TULOKSET	14
3.1 Puuttuminen työntekijän moraalisenä tai eettisenä velvollisuutena.....	14
3.2 Puuttuminen osana työyhteisön ammattitaitoa.....	15
3.3 Puuttuminen eri ammattiryhmien yhteistyönä.....	16
3.4 Puuttuminen osana perusterveydenhuollon toimenkuvaa.....	17
3.5 Puuttuminen väkivallan uhrin yksityisasiana.....	19
3.6 Puuttuminen osana uhrin lähiverkoston huolenpitoa.....	20
3.7 Vastuunsiirto.....	21
4 POHDINTA.....	22
LÄHTEET	27
LIITE.....	30

1 JOHDANTO

Lähisuhdeväkivallalla tarkoitetaan läheisissä riippuvuussuhteissa tapahtuvaa väkivaltaa (STM, 2008). Väkivaltaa voi esiintyä perheen sisäisissä ihmissuhteissa, seurustelusuhteissa, avo- tai avioerotilanteissa tai vasta niiden jälkeen. Väkivalta voi kohdistua lapsiin, mutta myös lapset voivat käyttäytyä väkivaltaisesti toisiaan tai vanhempiaan kohtaan. Väkivallan tekijänä voi olla kumpi tahansa parisuhteen osapuolista. Heiskanen ja Ruuskanen (2010) tutkimuksen mukaan miehet ja naiset kokevat lähisuhdeväkivaltaa lähes saman verran. Tutkituista miehistä 5,6 % ja naisista 4,3 % oli kokenut väkivaltaa nykyisessä parisuhteessaan viimeisen 12 kuukauden aikana. Entisen kumppanin tekemä väkivalta on kuitenkin puolet yleisempää naisilla kuin miehillä. Fyysisen väkivallan kohteeksi joutumisessa ei ole sukupuolten välistä eroa, mutta naiset joutuvat useammin uhkailun sekä seksuaalisen ja henkisen väkivallan kohteeksi. Fyysisen, henkisen ja seksuaalisen väkivallan lisäksi lähisuhdeväkivalta voi olla myös hengellistä, taloudellista tai omaisuuden kohdistuvaa (Ewalds, 2005).

Lähisuhdeväkivallalla on vakavia seurauksia (Lehtonen & Perttu, 1999). Se aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia sekä sosiaalista eristäytyneisyyttä niin yksilö-, perhe- kuin yhteiskuntatasolla. Lähisuhdeväkivalta on myös kansantaloudellinen ongelma. Vuonna 1998 väkivallasta aiheutuvat kulut vuodessa olivat sosiaali- ja terveyshuollon alueella noin 21,5 miljoonaa euroa (128 miljoonaa markkaa) ja oikeussektorilla 26,5 miljoonaa euroa (158 miljoonaa markkaa) (Piispa & Heiskanen, 2000).

Lähisuhdeväkivallan laaja-alaisen seurausten vuoksi sitä voidaan pitää moniulotteisena ongelmana, johon tulisi puuttua. Se, kenelle lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuu kuuluu, riippuu siitä, mistä näkökulmasta väkivaltaa tarkastellaan. Lainsäädännöllisesti lähisuhdeväkivalta määritellään rikokseksi (Holma, 2005). Rikosnäkökulmasta käsin lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuun katsotaan kuuluvan poliisiviranomaisille, joiden toiminta puolestaan perustuu lainsäädäntöön. Suomessa ei ole erityisesti lähisuhdeväkivaltaa säätelevää rikosnormistoa, joten yksittäistapauksissa sovelletaan yleisesti väkivallan käyttöön liittyviä lain säännöksiä (Nyqvist, 2003). Ne sijoittuvat pääosin rikoslain lukuihin, joissa käsitellään henkeen ja terveyteen kohdistuvia rikoksia, seksuaalirikoksia, yksityisyyden ja kunnian loukkaamista sekä vapaudenriistoa. Lähisuhdeväkivaltaa koskeva lainsäädäntö on uudistunut 1990-luvulta lähtien pyrkien parantamaan rikoksen uhrin asemaa (Lehtonen & Perttu, 1999). Esimerkiksi raiskaus avioliitossa kriminalisoitiin

vuonna 1994, mikä tosin tapahtui myöhään verrattuna esimerkiksi Ruotsiin, missä avioliiton sisäinen raiskaus kriminalisoitiin vuonna 1962 (Husso, 2003).

Vuonna 1995 rikoslaista poistettiin jako yksityisillä ja julkisilla paikoilla tehdyistä rikoksista (Piispa & Heiskanen, 2000). Ennen uudistusta laki ei velvoittanut poliisiviranomaisia puuttumaan yksityisillä paikoilla, kuten kotona, tapahtuneisiin pahoinpitelyihin, mutta uudistuksen myötä myös yksityisillä paikoilla tapahtuneista pahoinpitelyistä tuli virallisen syytteen alaisia rikoksia. Virallisen syytteen alainen rikos tarkoittaa sitä, että esitutkintaviranomaisen on tehtävä esitutkinta saamansa pahoinpitelyilmoituksen perusteella, vaikka asianomistaja ei vaatisikaan rangaistusta (Lehtonen & Perttu, 1999). Aluksi vuoden 1995 rikoslakiuudistukseen lisättiin erityinen toimenpiteistä luopumissäännös, jonka mukaan syyttäjä voi jättää syytteen nostamatta silloin, kun rikoksen uhri sitä itse pyytää (Riski, 2009). Sen seurauksena moni pahoinpitelyn uhri perui syytteen, sillä usein syyttämättäjättämispäätöksen taustalla oli uhriin kohdistuva painostus. Toimenpiteistä luopumissäännös sai osakseen kritiikkiä, ja se kumottiin vuonna 2004. Uusin väkivaltaa koskeva laki tuli voimaan vuoden 2011 alussa (Laki rikoslain 21 luvun 16 §:n muuttamisesta, 2010). Lakimuutos koski lievää pahoinpitelyä, joka oli ennen lakimuutosta kokonaan asianomistajarikos. Muutoksen myötä lievästä pahoinpitelystä tuli virallisen syytteen alainen rikos silloin, kun pahoinpitely kohdistuu alaikäiseen, tekijän nykyiseen tai entiseen avio- tai avopuolisoon, sisarukseen tai muuhun sukulaiseen. Lakimuutoksen katsottiin parantavan erityisesti lähisuhdeväkivallan uhrien asemaa ja helpottavan lähisuhdeväkivaltaan puuttumista.

Tasa-arvoasiain neuvottelukunta julkaisi vuonna 1991 laajan mietinnön naisiin kohdistuvasta väkivallasta (Lindqvist, 2009). Mietinnössä esitettiin naisiin kohdistuvien väkivalta-asioiden päävastuuta sosiaali- ja terveysministeriölle, joka voisi ohjata alempien tasojen toimintaa (STM, 1991). Aluetasolla päävastuuta esitettiin lääninhallituksille ja paikallistasolla kuntien terveyskeskuksille. Vuonna 1998 aloitetun viisivuotisen Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisy -hankkeen ansiosta lähisuhdeväkivallan ehkäisy nousi valtiollisella tasolla vakavasti otettavaan asemaan (Lindqvist, 2009). Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisy -hanketta seurasi Sosiaali- ja terveysministeriön uusi toimintaohjelma, Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäiseminen vuosina 2004–2007, jonka myötä myös käsite naisiin kohdistuvasta väkivallasta laajeni lähisuhdeväkivallaksi. Toimintaohjelman tavoitteena oli parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityispalveluverkostoa lähisuhdeväkivallan uhreille ja tekijöille sekä tehostaa varhaista väkivaltaan puuttumista.

Lähisuhdeväkivallan palvelujärjestelmän lähtökohtana on, että väkivallan kaikki osapuolet saavat palveluja ja tukea julkisen sektorin järjestämänä (Ewalds, 2005). Riskin (2009) mukaan tämä

vaatii yhteistyötä kuntien, järjestöjen ja viranomaisten välillä. Vaikka lähisuhdeväkivaltaa ehkäiseviä ja hoitavia palveluja on pyritty kehittämään, palvelut eivät tavoita läheskään kaikkia lähisuhdeväkivallan uhreja. 34 % väkivallan uhreista ei hae apua virallisilta tahoilta, kuten poliisilta, terveyskeskuksesta tai lakiasiain- tai oikeusaputoimistosta (Kääriäinen, 2006). Todellisuudessa luku saattaa olla korkeampi, sillä suuri osa lähisuhdeväkivaltaa entisessä tai nykyisessä parisuhteessa kokeneista jätti vastaamatta avun hakemista koskevaan kysymykseen Kääriäisen ym. (2006) tutkimuksessa. Tutkimuksessa lähisuhdeväkivaltaa kokeneista 12 % oli hakenut apua poliisilta, 11 % terveyskeskuksesta tai lääkäriltä, 6 % lakiasiain- tai oikeusaputoimistosta, 6 % perheneuvolasta, 5 % mielenterveystoimistosta ja 5 % terapeutilta. Ensisijaisesti uhrit olivat hakeneet apua epävirallisilta tahoilta. Tutkituista vähän yli puolet oli puhunut väkivallasta ystävälle ja 42 % oli keskustellut asiasta puolison kanssa. Näiden jälkeen yleisimpinä keskustelukumppaneina olivat läheiset sukulaiset ja muut läheiset ihmiset. 35 % lähisuhdeväkivaltaa kokeneista ei ollut koskaan puhunut väkivallasta kenellekään.

Koska yli kolmasosa lähisuhdeväkivallan uhreista ei koskaan puhu väkivallasta kenellekään, väkivalta ei tule ilmi eikä siihen voida puuttua. Piiloon jäävä väkivalta ylläpitää ajattelutapaa, jossa lähisuhdeväkivalta nähdään yksityisasiana ja jossa väkivaltaan puuttumisen nähdään olevan viime kädessä uhrin vastuulla. Ronkainen (2006) on kritisoinut tätä näkemystä tutkiessaan uhrin vastuuta, väkivallan toimijuutta ja eri osapuolten roolia väkivaltaan puuttumisessa. Lähisuhdeväkivallassa toimijuus jaetaan sekä väkivallan tekijän että uhrin välillä. Väkivalta parisuhteessa nähdään kummankin osapuolen ongelmana, mutta väkivallan tekijä kokee harvoin käyttäytymistään ongelmaksi. Näin ollen uhrille asetetaan toimijuuden vaade, eli hänellä on vastuu valinnasta ja toisin toimimisesta väkivaltaisessa suhteessa. Samalla väkivallan tekijä vapautetaan vastuusta, ja hänen toimijuuttaan heikennetään.

Uhrin suuri vastuu väkivallan katkaisemisessa näkyy myös lähisuhdeväkivallan auttamisjärjestelmässä, sillä uhrien odotetaan hakevan apua oma-aloitteisesti. Kuten Kääriäinen (2006) kuitenkin toteaa, vain 11 % väkivallan uhreista hakee apua terveydenhuollon piiristä. Pienestä avunhakijoiden määrästä huolimatta terveydenhuollon työntekijöiden puoleen käännetään useimmiten heti poliisin jälkeen, minkä vuoksi terveydenhuoltohenkilöstö on olennainen osa väkivaltatyön palveluketjua. Terveydenhuoltohenkilöstön asenteita lähisuhdeväkivaltaan ja siihen puuttumiseen on tutkittu jonkin verran (mm. Husso ym., 2011; Leppäkoski ym., 2010; Minsky-Kelly ym., 2005; Robinson, 2010). Husson ym. (2011) tutkimuksessa terveydenhuoltohenkilöstön asenteita ja näkemyksiä lähisuhdeväkivaltaa kohtaan tutkittiin tarkastelemalla henkilöstön väkivaltapuhetta neljän tutkimuksessa löydetyn kehyksen kautta. Käytännön kehyksen

näkökulmasta lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen nähtiin ongelmallisena. Kielteistä asennetta puuttumiseen perusteltiin esimerkiksi väkivaltaan liittyvän tiedon, koulutuksen ja osaamisen puutteella, sosiaali- ja terveyspalvelujen monimutkaisella rakenteella ja vaihtelevilla hoitokäytänteillä sekä viranomaisten välisen yhteistyön hankaluuksilla. Myös erikoissairaanhoidon erityispiirteet, kuten lyhyet hoitosuhteet ja henkilökunnan vähäinen määrä, nostettiin esiin.

Lääketieteellisen kehyksen näkökulmasta väkivaltaan puuttumiseen suhtauduttiin niin ikään kielteisesti. Väkiältä nähtiin ensisijaisesti sosiaalisena ongelmana, joka ei sinällään kuulu terveydenhuollon piiriin. Väkiältä puuttumista pidettiin mahdollisena vain, jos väkivallan seuraukset ovat fyysisiä, ja niiden hoito kuuluu toimipaikan toimenkuvaan. Yksilöllisen kehyksen perspektiivistä lähisuhdeväkivallan katsottiin olevan yksilön oma ongelma, johon on vaikea puuttua. Varsinkin toistuvat väkivaltatapaukset turhauttavat työntekijöitä, ja heidän asenteensa väkivallan uhreja kohtaan näyttäytyi lähes syyllistävänä.

Työntekijöiden asenne lähisuhdeväkivaltaan ja siihen puuttumiseen oli hieman myönteisempi, kun sitä tarkasteltiin psykologisesta kehyksestä käsin. Psykologisen kehyksen mukaan väkiältä on seurausta psyykkisistä ongelmista ja sen uhriksi joutuminen on traumaattista. Väkivallan aiheuttamat traumat nähtiin hoitoa vaativina asioina, ja sitä kautta myös lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen koettiin olevan olennainen osa terveydenhoitoa. Toisaalta traumojen käsittelyyn ja vanhojen haavojen avaamiseen liittyvät riskitekijät aiheuttivat epävarmuutta työntekijöissä, ja väkiältä puuttuminen koettiin siten ristiriitaisena.

Työntekijöiden asenteita lähisuhdeväkivaltaan voidaan tutkia monesta näkökulmasta. Tämä tutkimus keskittyy tarkastelemaan lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuuta Goffmanin (1986) kehysanalyysin avulla. Vaikka Tasa-arvoasiain neuvottelukunta on esittänyt lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuun kuuluvan valtiosella Sosiaali- ja terveysministeriölle, ja sitä kautta käytännön sosiaali- ja terveydenhuoltotyölle (Lindqvist, 2009), viralliset lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen linjaukset eivät välttämättä näy terveydenhuoltohenkilöstön puheessa. Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, millaisia kehystämisen tapoja terveydenhuoltohenkilöstö käyttää puhuessaan lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta, ja miten näissä kehystämisen tavoissa rakennetaan vastuunjako. Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaisten kehysten avulla lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuunjako perustellaan, ja miten vastuuta siirretään pois itseltä?

- 2) Kenen vastuulla erikoissairaanhoidon ammattihenkilöstö katsoo lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen olevan ammattihenkilöstön fokusryhmähaastatteluissa?

Tutkimustulosten tarkastelussa on otettava huomioon, että aineisto on kerätty vuosina 2009, jolloin lievää pahoinpitelyä koskeva lakiuudistus ei ollut vielä voimassa. Tämä saattaa näkyä tutkimustuloksissa.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1 Aineisto ja tutkittavat

Tämä pro gradu -tutkielma on osa vuosina 2009–2010 toteutettua Violence Intervention in Specialist Healthcare -tutkimus- ja kehittämisprojektia (VISH). Projektissa ovat mukana Jyväskylän yliopiston psykologian laitos, Kööpenhaminan yliopistosairaala (Rigshospitalet) ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Projektia rahoittavat Euroopan komissio Daphne III -ohjelmasta ja Sosiaali- ja terveysministeriö. Projektin tavoitteena on luoda lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisen ja palveluihin ohjaamisen interventiomalli terveydenhuollon palvelujen piiriin. Projektin laajempaan tavoitteena on vähentää lähisuhdeväkivallasta aiheutuvaa psyykkistä ja fyysistä sairastavuutta ja ennaltaehkäistä lähisuhdeväkivaltaa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toiminta-alueella.

Tämän tutkimuksen aineistona on käytetty syksyllä 2009 kolmessa tutkimukseen osallistuneessa pilottityksikössä toteutettuja fokusryhmähaastatteluja. Pilottityksikköinä toimivat Keski-Suomen keskussairaalan synnytysyksikkö, päivystysalueen poliklinikka ja psykiatrisen sairaalan vastaanotto-osasto. Fokusryhmiä oli kuusi, ja ne muodostuivat pilottityksiköiden työntekijöistä (N=29). Mukana oli sairaanhoitajia (n=17), lääkäreitä (n=4), sosiaalityöntekijöitä (n=7) ja psykologi (n=1). Fokusryhmistä neljä koostui yhden ammattiryhmän edustajista, ja kahdessa oli useamman ammattiryhmän edustajia. Suurimmassa osassa fokusryhmiä työntekijät työskentelivät samassa toimipisteessä.

Haastattelut toteutettiin ennalta suunnitellun keskustelurungon pohjalta (liite). Neljässä fokusryhmähaastattelussa oli kaksi haastattelijaa ja kahdessa yksi. Jokainen fokusryhmähaastattelu

kesti noin puolitoista tuntia, ja haastattelut tallennettiin sekä video- että ääninauhoille. Kaikki haastattelut litteroitiin tekstimuotoon, ja tekstiaineistoa oli yhteensä 152 sivua.

2.2 Menetelmät

2.2.1 Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä oli fokusryhmähaastattelu (focus group interview), joka on valikoidussa ryhmässä tapahtuva haastattelijavetoinen keskustelu (Mäntyranta & Kaila, 2008). Fokusryhmähaastattelu seuraa ennalta suunniteltua haastattelurunkoa etukäteen päätettyine teemoineen (Hirsjärvi & Hurme, 2000). Samalla haastattelija pyrkii kuitenkin saamaan aikaan vapaata keskustelua ryhmäläisten kesken. Ryhmän jäsenmäärä vaihtelee kuudesta kahdeksaan, mutta joskus ryhmät ovat pienempiä. Ryhmän jäsenet on tarkasti valittu, ja he ovat usein oman alansa asiantuntijoita.

Fokusryhmähaastattelu antaa monipuolista tietoa, jota ei olisi mahdollista saada muilla tiedonkeruumenetelmillä (Mäntyranta & Kaila, 2008). Usein sitä käytetään myös muiden tiedonkeruumenetelmien tukena ja täydentäjänä. Fokusryhmähaastattelu on menetelmänä joustava, ja se muistuttaa aitoa keskustelutilannetta. Sen vuoksi esimerkiksi ryhmän hierarkkinen järjestys nousee helposti esiin, ja yksittäisten mielipiteiden lisäksi voidaan tutkia ryhmän sisäistä kommunikaatiota. Fokusryhmähaastattelun sopivuudesta arkojen ja vaikeiden asioiden tutkimisessa on eriäviä mielipiteitä (Hirsjärvi & Hurme, 2000). Osa tutkijoista pitää fokusryhmähaastattelua sopivana menetelmänä vaikeidenkin aiheiden tutkimisessa, mutta osan mielestä esimerkiksi kyselylomakkein kerättävä aineisto olisi sopivampi, koska se suojaa haastateltavan anonymiteettia. Mäntyrannan ja Kailan (2008) mukaan yksilöhaastattelu sopii fokusryhmähaastattelua paremmin arkojen aiheiden käsittelyyn.

Fokusryhmähaastattelun käyttö vaatii tiettyjä edellytyksiä. Haastattelijan tulee olla riittävän ammattitaitoinen ryhmänohjaaja (Mäntyranta & Kaila, 2008). Hän ei saa johdatella keskustelua liikaa, mutta hänen on huolehdittava, että jokainen osallistuja saa äänensä kuuluviin ja että kukaan ei yksinään hallitse keskustelua. Lisäksi hänen on luotava turvallinen keskusteluympäristö ja puututtava mahdollisiin konflikteihin. Haastattelija ei myöskään saa olla riippuvuussuhteessa

haastateltaviin. Ryhmän tulee lisäksi olla keskustelun aiheen suhteen homogeenisesti fokuksitunut eli ryhmän jäsenillä tulee olla jokin heitä olennaisesti yhdistävä tekijä.

Alun perin fokusryhmähaastattelu tuli tunnetuksi markkinointitutkimuksen menetelmänä, mutta sen käyttö on vakiintunut myös terveydenhuollon ja psykologian saralla (Marková ym., 2007). Terveydenhuollossa sitä käytetään esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön ajattelutapojen ja toiminnan tutkimuksessa (Mäntyranta & Kaila, 2008). Fokusryhmähaastattelua hyödynnetään myös uusien palvelujen ja ideoiden kehittämisessä (Hirsjärvi & Hurme, 2000). Tässä tutkimuksessa selvitettiin nimenomaan terveydenhuoltohenkilöstön omia näkemyksiä lähisuhdeväkivallasta ja ideoitiin uutta lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen mallia, minkä vuoksi fokusryhmähaastattelu soveltui hyvin tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi.

2.2.2 Kehysanalyysi teoreettisena lähestymistapana

Erwing Goffman (1986) kehitti kehysanalyysin arkielämän ja sosiaalisen vuorovaikutuksen tutkimiseen. Kehyksen käsitteellä Goffman tarkoittaa tulkintakehystä, jonka avulla havainnoidaan, tunnistetaan ja nimetään asioita ja tapahtumia. Kehykset antavat merkityksen asioille, tilanteille ja toiminnalle, ja ne ovat kulttuurisesti rakentuneita. Kehysanalyysille ominaista on kehysten dynaamisuus. Kehykset voivat olla rinnakkaisia, päällekkäisiä tai sisäkkäisiä, ja eri kehyksiin kuuluvia toimintoja voidaan yhdistellä toisiinsa. Kehysten dynaamisuus muuttaa tilanteen tulkintaa. Tietty tilanne tai toiminta voi näyttää täysin erilaiselta eri kehyksistä käsin. Goffmanin (1986) mukaan kehysanalyysi sopii toiminnan tarkastelun lisäksi myös puheen erittelyyn. Puhetta tutkiessa kehys nähdään tulkintakehystenä, jonka kautta puhuja tarkastelee puheenaiheena olevaa asiaa (Puroila, 2002).

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena olivat fokusryhmähaastatteluissa ilmenneet kehystämisen tavat. Kehysanalyysin avulla tarkasteltiin sitä, millaisten tulkintakehysten avulla terveydenhuoltohenkilöstö perustelee lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuunjakoja ja siirtää vastuuta pois itseltään. Kehysanalyysin katsottiin sopivan tähän tutkimukseen, sillä tätä menetelmää käytetään sosiaalisen vuorovaikutuksen analyysissä. Kehysanalyysi mahdollistaa myös erilaisten tulkintakehysten samanaikaisen tarkastelun, mikä on tässä tutkimuksessa tärkeää.

2.2.3 Grounded theory analyysimenetelmänä

Tämä tutkimus lähti liikkeelle puhtaasti aineiston pohjalta ilman ennakko-oletuksia ja taustateorioita, minkä vuoksi grounded theory valikoitui luontevasti tutkimuksen analyysimenetelmäksi. Barney Glaser ja Anselm Strauss kehittivät grounded theoryn 1960-luvulla (McLeod, 2001). Grounded theory tarkoittaa analyysimenetelmää, jossa teoria muotoutuu tutkittavan aineiston pohjalta (Metsämuuronen, 2008). Erityisen hyvin menetelmä sopii tutkittaessa sosiaalisia ilmiöitä, joita halutaan tarkastella uudesta näkökulmasta (Strauss & Corbin, 1998). Grounded theoryä käytettäessä analyysi alkaa tutkimuskysymyksen muodostamisella. Tutkimuskysymyksen tulee olla avoin mutta määritellä selvästi tutkimuksen aihe. Varsinaista analyysivaihetta Strauss ja Corbin (1998) kuvaavat koodausprosessiksi, jossa aineisto pilkotaan osiin, käsitteellistetään, luokitellaan ja rakennetaan uudeksi kokonaisuudeksi. Koodaus koostuu kolmesta osasta: avoimesta, aksiaalisesta ja selektiivisestä koodauksesta. Avoimella koodauksella tarkoitetaan käsitteiden nimeämistä ja niiden ominaisuuksien ja ulottuvuuksien tarkastelua. Avoimen koodauksen vaiheessa käsitteitä yhdistellään, ja ne jaetaan alustaviin kategorioihin. Aksiaalisen koodauksen avulla kategorioita vertaillaan tarkemmin toisiinsa, ja niille luodaan uusia alakategorioita. Selektiivisen koodauksen vaiheessa analyysin osat yhdistetään, ja niistä muodostuu uusi teoria. Teorian muodostus ei tapahdu hetkessä, vaan kategorioita yhdistellään koko analyysin ajan, ja teoria muotoutuu niiden pohjalta vähitellen. Kun uusia kategorioita ei enää ilmene tai kun aineisto ei enää tarjoa uutta tietoa, puhutaan teoreettisesta saturaatiosta. Tällöin analyysin katsotaan tulleen päämääräänsä.

2.3 Tutkimuksen kulku

Aineiston analyysi alkoi grounded theoryn periaatteiden mukaisesti ilman ennakko-oletuksia. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kaikki kuusi fokusryhmähaastattelua katsottiin videotallenteilta. Tämän jälkeen tallenteista tehdyt litteroinnit luettiin kertaalleen läpi, minkä jälkeen keskusteltiin aineistosta nousseista ajatuksista ja teemoista. Huomio kiinnittyi siihen, miten aineistossa käsiteltiin väkivaltaan puuttumisen vastuuta. Koska tuo teema nousi niin voimakkaasti esiin, siitä muodostuivat tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset.

Seuraavaksi litteroinnit luettiin tarkemmin läpi, ja niistä poimittiin väkivaltaan puuttumisen vastuuta käsitteleviä kohtia. Tässä vaiheessa kohtia ei vielä analysoitu tai luokiteltu sen yksityiskohtaisemmin. Samanaikaisesti aloitettiin aihetta käsittelevään kirjallisuuteen ja lainsäädäntöön tutustuminen. Kirjallisuuteen perehtyminen havahdutti siihen, miten monesta eri näkökulmasta vastuukysymystä voidaan lähestyä, ja millaisia erilaisia tulkintakehyksiä lähdekirjallisuus tarjosi. Aineiston analyysin edetessä tutkittavien havaittiin kehystävän väkivaltaan puuttumisen vastuuta osittain samalla tavalla kuin lähdekirjallisuudessa.

Vastuuta käsittelevien kohtien etsimisen jälkeen jokainen haastattelu otettiin yksi kerrallaan yksityiskohtaisempaan tarkasteluun. Teksteistä poimittiin kaikki kohdat, joissa haastateltavat puhuvat siitä, kenelle tai mille taholle vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta heidän mielestään kuuluu. Kohdat jaoteltiin luokkiin sen perusteella, missä puuttumisen vastuun nähtiin kussakin kohdassa olevan. Tässä vaiheessa ei vielä kiinnitetty huomiota luokkien määriin tai mahdollisiin päällekkäisyyksiin, vaan uusi luokka lisättiin analyysiin aina, jos tekstikatkelman perusteella löytynyt vastuutaho ei asettunut selvästi mihinkään jo olemassa olevaan luokkaan.

Seuraavassa vaiheessa aiemmin poimittuja tekstikatkelmia tarkasteltiin kokonaisuutena, ja ne luokiteltiin tarkemmin uudelleen. Luokkia yhdisteltiin, niiden nimiä muutettiin ja osa luokista karsittiin pois. Luokkien muokkauksen jälkeen alettiin tutkia tarkemmin sitä, miten haastateltavat perustelevat väkivaltaan puuttumisen vastuunjakoja. Toisin sanoen tässä vaiheessa alettiin puhua luokkien sijaan kehystämisen tavoista ja tutkia sitä, millaisia kehystämisen tapoja haastateltavat käyttävät jakaessaan lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuuta ja siirtäessään vastuuta pois itseltään. Kehystämisen tapoja hahmottaessa tarkasteltiin sekä haastateltavien käyttämiä suoria että epäsuoria argumentteja. Kehystämisen tapoja luokiteltiin yhä uudelleen, ja viimeisten jäsenysten myötä analyysin lopputuloksena löytyi kuusi tapaa kehystää lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuunjakoja.

Aineiston analyysin voidaan katsoa edenneen käänteisessä järjestyksessä, sillä ensin aineistosta haettiin vastaukset toiseen tutkimuskysymykseen, ja vasta sitten ensimmäiseen. Toisen tutkimuskysymyksen käsittely helpotti ensimmäisen tarkastelua, ja siten käänteinen lähestymistapa tuntui vastausten etsimisen kannalta loogiselta.

3 TULOKSET

Aineistosta oli löydettävissä kuusi kehystämisen tapaa, joissa vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta annetaan eri tahoille riippuen siitä, mistä näkökulmasta puuttumista tarkastellaan ja millaisia piirteitä puuttumiseen liitetään. Löydettyjen kehysten kautta puuttuminen nähdään *työntekijän moraalisenä tai eettisenä velvollisuutena, osana työyhteisön ammattitaitoa, eri ammattiryhmien yhteistyönä, osana perusterveydenhuollon toimenkuvaa, väkivallan uhrin yksityisasiana ja osana uhrin lähiverkoston huolenpitoa*. Ensin tarkastellaan sitä, miten nämä kehykset rakentuvat työntekijöiden puheessa, ja sen jälkeen sitä, miten työntekijät siirtävät vastuuta pois itseltään. Tuloksia esitellessä tutkimusaineiston fokusryhmiin viitataan lyhenteillä R1-R6, haastattelijoihin lyhenteellä H1 ja H2 sekä haastateltaviin työntekijöihin lyhenteillä Tt1-Tt6.

3.1 Puuttuminen työntekijän moraalisenä tai eettisenä velvollisuutena

Ensimmäisen kehyksen mukaan vastuun lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta nähtiin olevan yksittäisellä työntekijällä. Työntekijät kokivat puuttumisen olevan jokaisen henkilökohtainen, *moraalinen velvollisuus*, minkä vuoksi väkivaltaan puuttumista ei voida sivuuttaa. Väkivaltaan puuttuminen nähtiin ikään kuin ”sisäisenä pakkona”, jota seuraava tekstikatkelma kuvaa:

Tt1: Mä en kyllä usko et se jää siihen, että kyllä mä uskon et se jollakin tasolla otetaan. Jos ei muuta ni tehdään lastensuojeluilmoitus että kyllä se jollakin tapaa käsitellään tai MÄ en ainakaan voisi JÄTTÄÄ sitä siihen et jollakin tapaa. (R2)

Usein esiin tuotiin näkökulma, jonka mukaan lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen kuuluu sille, joka sen ensimmäisenä huomaa.

Tt2: Mut että sama juttu vois olla tämmösessä lähisuhdeväkivalta-asiassa, että ken sen havaitsee ni se sen asian, jos ei se oo laissa velvotettu ni se vois olla jotenkin moraalisesti ((sanoo naurahtaen)) velvotettu, että se ottaa sen myös esille. Tietenkin pitää olla tilannetajua, että ei sitä nyt voi ihan missä tahansa mennä ihan mitä tahansa kysymään. (R5)

Vaikka työntekijät ottivat vastuun väkivaltaan puuttumisesta itselleen, he eivät kuitenkaan tieneet, miten heidän pitäisi toimia väkivaltaa kohdanneiden ihmisten kanssa. Heillä oli selkeä halu auttaa, mutta keinot auttamiseen koettiin vähäisiksi.

Tt1: Mulla on sellanen tuntuma ainakin tällä iällä jo tullu, kyllä sitä ihan voi niinku puuttua ja osata keskustella ihmisen kanssa, jolla on niitä ongelmia. Mut se on minulla ainakin se, että jos minä otan sen, nostan sen asian esille. Mitenkä minä, mihin mä sen ihmisen ohjaan. Mitä minä sanon, mitä mul on tarjottavana apua sille. Ni sitä minä en tiedä. (R4)

Henkilökohtaisen moraalin lisäksi työntekijät vetosivat *yleiseen ammattietiikkaan*. Monet kokivat ammattinsa edustajana olevansa velvollisia puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan. Ammattilaisten nähtiin olevan auktoriteettiasemassa, jolloin heillä on henkilökohtaisen vastuun lisäksi ammatin tuoma eettinen velvollisuus puuttua väkivaltaan.

Tt2: Kyllähän esimerkiks lääkärin täytyy pystyä kysymään ihmiseltä ihan mistä tahansa asiasta ja sanomaan ihmiselle ihan mitä tahansa. Mä oon monta kertaa ihmetelly sitä et ku tänä päivänä ei sais kenellekään sanoa vaikka että joku on ylipainonen, ni kenen tehtävä se on oikeesti sanoa se, jos se ei oo lääkäri ni herran jumala – – ei vaan eiku siis ei mut niinku tavallaan tämmösestä puhutaan, terveyskasvatuksesta tai jostain muusta, ni kenen tehtävä se sitten on, jos se ei oo lääkärin tehtävä että sit kuka siitä puhuu. (R5)

3.2 Puuttuminen osana työyhteisön ammattitaitoa

Haastatteluissa nousi esiin myös oman toimipaikan ja työyhteisön vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta. Tästä kehyksestä käsin työntekijät pitivät puuttumista osana heidän *työyhteisönsä ammattitaitoa*.

Tt1: Mun mielestä on enemmän hävettävää se, että meillä uhreja käy, joilta ei sitä kysytä ja se ei nouse sen takia esiin ku se, että sitä kysyttäs kaikilta – – että jos me ollaan muka joku ERIKOISSairaanhoitopiste, niinku ymmärtääkseni on myös somaattinen puoli. Erikoissairaanhoito mun mielest tarkoittaa, et se on niinku VIELÄ parempaa ku joku, ja meillä on niinku spesifiä osaamista moneen alueeseen – – . (R2)

Oman työyhteisön ja toimipaikan ”paremmuutta” perusteltiin myös suuremmilla resursseilla ja asianmukaisemmilla puitteilla kuin perusterveydenhuollossa. Työntekijät katsoivat, että

erikoissairaanhoidossa heillä on enemmän aikaa keskittyä yksittäiseen potilaaseen, tämän tulosityhyn sekä sen taustoihin. Erikoissairaanhoidon toimipaikat pystyvät haastateltavien mukaan myös tarjoamaan rauhallisen ja turvallisen ympäristön, joka suojelee potilaiden yksityisyyttä.

Tt1: Mä luulen et edelleen meil on paremmat niinku ne olosuhteet kysyä siitä ku vaikka (osaston nimi), tai jos on jalka poikki, jossa käydään antamassa kipulääke ja et tuntuu, että ne ihmiset ei muuta tarvi. Että vaikee siin on nähdä ku se jalka on poikki et se oli sen takia et se kaatu pyörällä ku se meni pakoon sitä väkivaltasta miestä. Eihän sitä siellä kerrota, mutta jos meillä käy joka vuoros hoitaja keskustelema oman potilaan kaa, ni kyllä se hoitosuhde ja kolme hoitajaa on per potilas, ni kyllä se muodostuu sellaseks et sieltä niitä piirteitä tulee joita kautta sitä on helpompi kartottaa ne väkivallan uhrit – – meil on koko ajan turvallinen ympäristö, me tiedetään aina, onko sillä omainen siellä kylässä vai ei, tai että se ei pätäkähä yhtäkkiä sinne huoneeseen missä se keskustelu käydään, kuten voi käydä (osaston nimi) et se onkin vaikka sermin takana. (R2)

Haastatteluissa tuli esiin myös vastakkainen näkemys resurssien ja osaamisen riittävydestä. Monet olivat sitä mieltä, että erikoissairaanhoidossa aika ei riitä lähisuhdeväkivaltaan puuttumiseen ja perehtymiseen. Tätä vastuunsiirtoa käsitellään myöhemmin tuloksissa.

3.3 Puuttuminen eri ammattiryhmien yhteistyönä

Kolmannen kehyksen kautta puuttuminen nähtiin *eri ammattiryhmien yhteistyönä*. Työntekijät katsoivat, että lähisuhdeväkivaltaan tulisi puuttua yhteistyössä eri ammattiryhmien ja vastuutahojen kanssa, ja että väkivaltaan puuttuminen ei ole minkään yksittäisen hoitotason tai ammattiryhmän vastuulla. Keskusteluissa tuotiin esiin, että moniammatillinen yhteistyö helpottaa aikapaineita, tuo lisää osaamista ja mahdollistaa tehokkaan puuttumisen. Väkivaltaan puuttumisen katsottiin vaativan sellaista asennetta, että jokainen tekee parhaansa ja tuo oman panoksensa väkivaltatyöhön. Tehokkaan puuttumisen ei nähty onnistuvan, jos kaikki eivät sitoudu yhteiseen toimintamalliin. Yksi työntekijä kommentoi lähisuhdeväkivallan systemaattista seulontaa ja väkivallasta kysymistä seuraavasti:

Tt1: Kyllähän siihen sit KOKO systeemin pitäis sitoutua siinä mielessä, et ei se paljo lämmitä, jos me kysytään. Pitäis olla myöskin sitten se, et mitä sitten TEHDÄÄN, kun asiakas potilas sanoo, et joo kyl mua hakataan tai jotain muuta. (R6)

Osa työntekijöistä korosti sitä, että lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ei saa jäädä yhden ammattiryhmän vastuulle, sillä silloin puuttuminen on tehotonta.

Tt2: Että niinku ammattiryhmänäkin joku, se ei vaan saa mennä niin, et se personoituu, että tulee joku ammattiryhmän edustaja, joka antaa nim – – naamansa niin justiin, joka antaa naamansa lehteen ja sanoo, että joo että jotain lähisuhdeväkivallasta. Ei se saa niin mennä, koska – – se ei mee se viesti sillo perille. (R5)

Osa työntekijöistä oli myös huolissaan työn kuormittavuudesta, jos lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen jää vain yhden ammattiryhmän vastuulle. Yhdessä ryhmässä keskusteltiin siitä, miten työssä voi jaksaa, kun työhön liittyy väkivallan lisäksi muita raskaita asioita. Työntekijöiden mielestä väkivaltatyöhön yhdistyvät lyhyet asiakaskontaktit, epätietoisuus asiakkaiden tulevaisuudesta, koulutuksellinen epävarmuus ja kokemus siitä, että vastuu väkivaltaan puuttumisesta sysätään vain oman ammattiryhmän harteille, aiheuttavat ylikuormittumista.

Tt3: Toi tulikin jo esille, että se ei ois pelkästään meidän ammattiryhmän vastuulla että.

Tt6: Mulle kans tuli tost kuormittavuudesta mieleen, että sekin että ei pelkästään tääkään aihepiiri, vaan että monessa muussakin ni ja hyvä onkin tietysti ku ottavat tuolta (muut ammattiryhmät) vaikeissa asioissa yhteyttä, mutta en tiä minkä verran niil on semmonen asen- tai ajatus sit ku ne ottaa yhteyttä et (oman ammattiryhmän edustaja) tulee ja pelastaa nyt sit tilanteen tyypisesti. Mut ku sekin et eihän me voida ketään väkisin auttaa, että vaikka siellä tuliskin vaikeita asioita esille. Jos ei halua ottaa apua vastaan se ihminen, ni siinäkin on tietysti oma sitte paikkansa sitte, että osaa elää sen kanssa, että ei voi kaikkia pelastaa. (R6)

3.4 Puuttuminen osana perusterveydenhuollon toimenkuvaa

Vaikka monet haastateltavat kokivat lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuun kuuluvan kaikille ammattiryhmille ja hoitotasolle, keskusteluissa nousi esiin myös kehys, jonka mukaan lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ei ensisijaisesti ole erikoissairaanhoidon tehtävä, vaan vastuu puuttumisesta kuuluu perusterveydenhuollolle ja on *osa perusterveydenhuollon toimenkuvaa*. Työntekijät katsoivat, että lähisuhdeväkivaltaan tulisi puuttua jo perusterveydenhuollossa, sillä siellä väkivaltaongelmaan pystytään tarttumaan jo varhaisemmassa vaiheessa. Haastateltavien mielestä erikoissairaanhoidossa ollaan myöhässä asian kanssa.

Tt4: – – ja se mistä se niinku laukee ni onko sairaala se ensisijainen mistä se laukee? Siinä ollaan jo vähän niinku myöhässä jos tänne tullaan.

Tt1: Täs on se huippu vaan, joka ui vastaan mutta tota.

Tt4: Meidän pitäis päästä niinku kaks askelta edelle.

Tt1: Se pitäis varmaan viiä sinne perus-, lähemmäs sitä ihmistä se apu.

Tt4: Kyllä.

Tt1: Sinne arkeen. Semmonen tavote. (R4)

Perusterveydenhuollon vastuuta perusteltiin myös työntekijöiden suuremmalla määrällä.

Tt5: Just. joo, sitä mä vaan mietin sitä, että nyt tehään niinku nurinpäin taas tää homma. Miksei, miksei oo niinku perusterveydenhuollossa tunnistetut, ku siel on paljon enemmän porukkaa ku täällä. (R1)

Työntekijät halusivat tuoda lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen lähemmäs ihmisten arkea myös siksi, koska omalääkäriin uskottiin tuntevan potilaansa taustat, ja potilaan ajateltiin uskoutuvan helpommin tutulle henkilölle. Omalääkärillä katsottiin myös olevan enemmän aikaa perehtyä potilaansa tilanteeseen, toisin kuin esimerkiksi päivystyksen työntekijöillä.

Tt3: En mä tiä olinko mä, ni mie mietin vaan sitä niinku se miten se omalääkäri varmaan siinä semmonen niinku tärkeessä osassa siinä asiassa on. Ja kyllähän ne, jotka on pitkään ollu jollain alueella, ni tota ne tuntee ne omansa ja varmaan pääsevät niinku vähän paremmin juttuun – –.

Tt2: Niin kyllä mun mielestä nimenomaan tärkeimmässä roolissa ehottomasti tässä on siis just tää omalääkärijärjestelmä, oma terveydenhuolto, ei päivystys ylipäätään ollenkaan. Siis niinku kyllä päivystyksessä se o tosi tärkeetä, sitä me nyt ollaan tässä puhumassa, mutta niinku kyllä se ns, virka-aikainen terveydenhuolto on siinä se kaikkein TÄRKEIN lenkki, koska siellä on paljon myöskin niitä vastaanottoaikoja, mitkä ei oo niitä ns. päivystysaikoja, semmosia ku sulla voi jopa ihan oikeestikin olla vähän aikaa niihin asioihin perehtyä. (R5)

Keskusteluissa nostettiin esiin myös se tosiasia, että erikoissairaanhoido ei tavoita kaikkia lähisuhdeväkivallan uhreja. Perusterveydenhuoltoa pidettiin tahona, johon suurin osa ihmisistä hakeutuu terveydenhuoltoon.

Tt5: Mutta varmaan sitte, nii toivottavasti se pudotetaan perusterveydenhuoltoon ,että se ei oo ihan tämmönen, että se jää tänne, tänne missä ei saada niinku kaikkia. Koska eihän ne kaikki oo tämän yksikön potilaita. (R1)

Haastateltavien mielestä erikoissairaanhoidon ensisijainen tehtävä on hoitaa sitä tulosyitä, jolla potilas on lähetetty perusterveydenhuollosta. Tällä työntekijät tarkoittivat sitä, että mahdollisen lähisuhdeväkivallan olemassaolo tulisi selvittää jo terveydenhuollon perustasolla.

Tt4: Mut varmaan se ois tärkee kuitenkin niinku täällä erikoissairaalityössä tai terveydenhuollossa YLEENSÄ ,et se tulosyy, minkä vuoksi se potilas tänne tulee tai hakeutuu, ni se on se ensisijainen, mitä niinku pitäis täällä HOITAA.

Tt6: Niin koska jos aattelee, että tota erikoissairaanhoido on kuitenkin, ni puhuttiin jo vähän yhdessä et tullaan niinku lähtökohtasesti tk-lääkärin läheteellä, niin toisaalta sitten se, et jos se tk-lääkäri siellä kattoo, et tän syyn takia pitäis lähettää ni kyllähän senkin pitäis kyllä jo siellä jo terveyskeskuksessa siihen asiaan PANEUTUA. Että se miettis niitä muitakin vaihtoehtoja, ku ehkä sitten justinsa jonku tietyn erikoisalalan sairauden. (R6)

Edelliseen näkemykseen esitettiin kuitenkin kritiikkiä, sillä kaikilla terveydenhuollon tasoilla pidettiin tärkeänä huomioida potilas kokonaisvaltaisesti eikä keskittyä ainoastaan tulosyyn hoitoon.

Tt2: Sitte ihan ääreensä et tätä ei voi viiä, sitä että vaan niinku tut- se tulosyy on ratkaseva. Kun mä oon potilasiamiehenä, jouvun toimimaan välillä, niin oli semmonen nainen, joka oli lähetetty tonne päivystykseen, että niinku kysymyksenasettelulla että emätintulehus. Ja sitten ne tutki, että ei ole emätintulehdusta ja laitetaan se pois ja se samana päivänä joutu hakeutuu, ku sil oli niin et se ei voinu kävelee, niin voimakkaat alavatsakivut. Ni sitte että ei tutkittu sitä, että sil on välilevy joku, ni ei se minusta, se ei oo ihmisen kokonaisvaltasta hoitamista ja se on jonkun semmosen läheteesyidiagnoosin taakse piiloutumista, että unohdettaan se ihminen ku tutkitaan vaan emätintä. (R6)

3.5 Puuttuminen väkivallan uhrin yksityisasiana

Vaikka haastateltavat olivat vahvasti sitä mieltä, että terveydenhuollon ammattilaisten tulee puuttua lähisuhdeväkivaltaan, tässä kehyksessä väkivallan uhrilla katsottiin olevan lopullinen vastuu väkivaltaan puuttumisessa, ja puuttuminen nähtiin *väkivallan uhrin yksityisasiana*. Työntekijät vetosivat aikuisen ihmisen autonomiaan ja itsemääräämisoikeuteen. He katsoivat, että aikuista ihmistä ei voida velvoittaa tai pakottaa hakemaan apua, vaikka tilanteen sivusta seuraaminen tuntuisi pahalta. Väkiältäan koettiin voivan puuttua vasta silloin, kun se on hyvin vakavaa ja ylittää vaitiolovelvollisuuden. Työntekijät toivat esiin, että lievemmissä tapauksissa laki ei velvoita heitä puuttumaan väkivaltaan, jolloin lopullinen vastuu avun saamisesta jää uhrille. Tässä kohtaa on

tärkeää korostaa, että haastattelujen toteuttamisen aikaan työntekijät eivät voineet puuttua lievään väkivaltaan, sillä lievää väkivaltaa koskeva lakimuutos ei ollut vielä tutkimushetkellä voimassa vaan vasta suunnitteilla.

Tt3: Kyllä se aina pitää, ku täällä näkee et joku on hakattu oikein kunnolla kotona ni kyllä se monenlaisia kysymyksiä herättää. Että kyllä siihen niinkun ihan vakavuudella, ja siihen puututaankin. Ja mitä me nyt voidaan tietysti aikuisten kohalla, on se että siihen ei niinku laki anna mahdollisuutta, niinku lasten kohdalla että lastensuojelulaki ylittää vaitiolovelvollisuuden ja kaikki. Et siitä rangaistaan jos et sä tee ilmoitusta siitä. (R4)

Poikkeuksena nähtiin kuitenkin lapset, vanhukset ja muut henkilöt, jotka ovat kyvyttömiä huolehtimaan itsestään. Uhrien ollessa puolustuskyvyttömiä väkivaltaan puuttumista pidettiin terveydenhuoltohenkilöstön velvollisuutena.

Tt1: Lapset ja sitte tietysti tuolla aikuisten puolella sitten semmonen, niin sairas, jo iäkkäämpi ihminen, joka ei pysty itseänsä millään tavalla puolustamaan, ei oo puhekykyä esimerkiks tallella. Ei pysty itseänsä millään tavalla. Mielestäni se on puhtaasti terveydenhuollon asia, tai siis muitten asia, ei se ihminen voi ite itseänsä puolustaa. (R4)

Vaikka työntekijät eivät katsoneet mahdolliseksi velvoittaa aikuista ihmistä hakemaan apua, he kokivat olevansa tärkeässä roolissa uhrin tukemisessa ja neuvomisessa. He katsoivat voivansa kannustaa väkivallan uhria avun hakemisessa, ja siten toimia välikätenä lähisuhdeväkivallan lopettamisessa.

Tt4: Se on joo. Just tota mä ajattelin. Me saatais olla mun mielestä ihan tyytyväisiä että jos me just saatais siinä naisessa ja siinä ihmisessä joku semmonen sysäys, et hän rupeis ajattelee ja löytäis sitä rohkeutta ja ymmärtäis niitä asioita ees hieman. Ja joku, vaikka sit vielä se puhelinnumero, se ois jo paljon mun mielestä, me oltais tehty paljon. (R1)

3.6 Puuttuminen osana uhrin lähiverkoston huolenpitoa

Kuudennessa kehyksessä lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen nähtiin *osana uhrin lähiverkoston huolenpitoa*. Uhrin lähiverkosto nähtiin velvollisena puuttumaan väkivaltaan silloin, kun uhri ei syystä tai toisesta kykene itse hakemaan apua. Työntekijöiden mielestä lähiverkosto näkee tilanteen

lähempää kuin terveydenhuoltohenkilöstö tai viranomaiset, joten lähiverkoston roolia väkivaltaan puuttumisessa pidettiin ratkaisevana.

Tt2: Mä ainakin tiedän ihan käytännön esimerkin omasta, omasta lähipiiristäni että siinä on sitten ystävät vieny sitä prosessia eteenpäin et siinä mielessä se on kaikkien niinku.

Tt1: Juuri aattelin sitä että ne ihmiset

Tt2: Nii. Työkaverit, ystävät.

Tt1: jotka on lähellä sen arjessa ja näkevät sen niin sehän on niinku ihmisen lähiverkosta.

H2: Et se ois niinku lähisuhdeverkoston vastuulla?

Tt1: Tai en mä tiä vastuulla mut eiks nämä ihmissuhteet kehity niin että toinen toisen kantajana tai rinnalla kulkijana, ni ei kai siinä muita ole ihmisellä.

Tt4: Ei aina ensisijaisena pidä olla viranomainen joka

Tt1: Niin tai vieras ihminen

Tt4: vieras ihminen joka.

Tt1: et se voi olla siitä läheltä joka näkee. (R4)

3.7 Vastuunsiirto

Edellä esitetyissä tekstikatkelmissa puhujat ottavat eri tavalla vastuuta riippuen siitä, millaisten kehysten kautta puuttumisen vastuuta tarkastellaan. Kahdessa ensimmäisessä kehystämisen tavassa työntekijät näkivät vastuun olevan selkeästi itsellään tai työyhteisöllään. Kolmannessa kehyksessä vastuu pidettiin edelleen osittain omalla työyhteisöllä, mutta vastuunottoa kevennettiin jakamalla vastuu muiden ammattiryhmien ja viranomaisten kesken. Kolmessa viimeisessä kehystämisen tavassa lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen siirrettiin lähes kokonaan pois itseltä.

Tietylle taholle osoitetun vastuunsiirron lisäksi väkivaltaan puuttumisen vastuuta siirrettiin pois itseltä ja työyhteisöltä määrittämättä kuitenkaan vastuussa olevaa tahoa. Tällainen vastuunsiirto syntyi vetoamalla erilaisiin syihin, joiden perusteella vastuu puuttumisesta nähtiin olevan muualla kuin itsellä. Työntekijät olivat sitä mieltä, että erikoissairaanhoidossa ei ole riittävästi aikaa syventyä yksittäisen potilaan tilanteeseen ja tukea väkivaltaa kohdanneita. Kaikissa keskusteluissa tuen antamisen ei myöskään nähty kuuluvan työntekijän toimenkuvaan, vaan esiin nousi ajatuksia siitä, että terveydenhuoltohenkilöstön tulisi pysyä omassa, ammattilaisen roolissaan. Työntekijät pitivät tärkeänä, että ensisijaisesti hoidetaan akuutti vaiva, jonka vuoksi potilas on hakeutunut

hoitoon. Työntekijät painottivat myös sitä, että vaikka lähisuhdeväkivalta on vakava ongelma, se ei ole ainoa asia, joka vaatii erityishuomiota.

Vastuuta siirtäessä vedottiin myös erikoissairaanhoidon lyhyisiin hoitosuhteisiin, joiden vuoksi väkivaltaan puuttumisesta katsottiin olevan enemmän haittaa kuin hyötyä. Puuttumisen katsottiin voivan avata potilaan mahdolliset vanhat haavat, jotka jäävät lyhyiden hoitosuhteiden takia kuitenkin hoitamatta. Lisäksi työntekijät pitivät lähisuhdeväkivaltaan puuttumista ja väkivallasta kysymistä potilasta loukkaavana.

Vastuunsiirtoa synnyttivät myös oman osaamisen puute, hoitopolun monimutkaisuus sekä lähisuhdeväkivaltaan puuttumista säätelevän lainsäädännön puute. Työntekijät olivat sitä mieltä, että lähisuhdeväkivaltaan täytyy puuttua, mutta monikaan ei tiennyt, miten uhrien kanssa tulisi toimia tai minne heidät tulisi ohjata. Työntekijät toivat esiin myös sen, että laki ei anna mahdollisuutta puuttua lievempiin väkivaltatapauksiin.

4 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisten kehysten avulla erikoissairaanhoidon ammattihenkilöstö perustelee lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuunjakoa, miten he siirtävät vastuuta pois itseltään ja kenen vastuulla he katsovat lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen olevan. Aineistosta löydettiin kuusi kehystämisen tapaa, joissa vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta annettiin eri tahoille sen mukaan, mistä näkökulmasta puuttumista tarkasteltiin. Kehystämisen tavasta riippuen puuttuminen nähtiin työntekijän moraalisenä tai eettisenä velvollisuutena, osana työyhteisön ammattitaitoa, eri ammattiryhmien yhteistyönä, osana perusterveydenhuollon toimenkuvaa, väkivallan uhrin yksityisasiana tai osana uhrin lähiverkoston huolenpitoa.

Työntekijän oma vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa nähtiin henkilökohtaisena, moraalisenä velvollisuutena, joka pakottaa työntekijän toimimaan väkivaltaa vastaan. Työntekijät kokivat väkivaltaan puuttumisen kuuluvan sille, joka havaitsee väkivaltaongelman ensimmäisenä. Väkivallan ilmetessä ei kuitenkaan aina tiedetty, miten tilanteessa tulisi toimia. Työntekijöillä oli halu auttaa, mutta keinot siihen puuttuivat. Tiedon ja osaamisen puute olikin yksi vastuunsiirron perusteista. Myös aiemmat tutkimukset osoittavat, että tiedon ja osaamisen puute nähdään lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen esteinä. Esimerkiksi Husson ym. (2011) tutkimuksessa

lähisuhdeväkivaltaa koskevan osaamisen vähäisyys nähtiin käytännön kehysten näkökulmasta puuttumista vaikeuttavana tekijänä.

Työntekijän oma vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa nähtiin henkilökohtaisen, moraalisen velvoitteen lisäksi yleisenä, ammattieettisenä asiana. Työntekijät kokivat ammattinsa edustajina olevansa vastuussa lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta. Tätä näkemystä tukee Husson ym. (2011) tutkimus, jonka mukaan terveydenhuoltohenkilöstö on tärkeässä asemassa väkivaltaan puuttumisessa, sillä he kohtaavat väkivallan uhrin ensimmäisten joukossa. Terveydenhuollon ammattihenkilöstöltä myös odotetaan väkivaltaan puuttumista, sillä poliittisella tasolla vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta on suurelta osin annettu sosiaali- ja terveydenhuollolle (Holma, 2005).

Toisesta kehystä käsin vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa nähtiin olevan koko työyhteisöllä. Työntekijät vetosivat työyhteisönsä ammattitaitoon ja erityisosaamiseen väkivaltaan puuttumisessa. Osa työntekijöistä oli sitä mieltä, että erikoissairaanhoidossa on paremmat resurssit ja puitteet sekä enemmän aikaa puuttua väkivaltaan kuin perusterveydenhuollossa. Haastatteluista nousi kuitenkin esiin myös päinvastainen näkemys resurssien riittävydestä, ja monet olivat sitä mieltä, että erikoissairaanhoidossa aika ei riitä lähisuhdeväkivaltaan puuttumiseen.

Eri ammattiryhmien ja vastuutahojen yhteistyön kehystä käsin yhteistyö nähtiin tärkeänä lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa, ja fokusryhmähaastatteluissa tuotiin esiin ajatus siitä, että puuttuminen ei ole minkään yksittäisen ammattiryhmän tai vastuutahon velvollisuus. Kuten Riski (2009) huomauttaa, lähisuhdeväkivallan vastainen työ on tehokasta vain, jos eri ammattiryhmät ja organisaatiot tekevät yhteistyötä. Yhteisen tavoitteen saavuttaminen eli lähisuhdeväkivallan esiintymisen vähentäminen vaatii sekä yksittäiseltä työntekijältä että työyhteisöltä rohkeutta ylittää sektorirajat ja astua oman tehtäväkentän ulkopuolelle (Ewalds, 2005).

Yhteistyökehystä huolimatta monet haastateltavista olivat sitä mieltä, että vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta kuuluu perusterveydenhuollolle, eikä puuttuminen ole ensisijaisesti erikoissairaanhoidon tehtävä. Työntekijät perustelivat kantaansa sillä, että perusterveydenhuollossa väkivaltaan pystytään puuttumaan varhaisemmassa vaiheessa ja että erikoissairaanhoidossa tulisi keskittyä tulosyyn hoitoon. Perusterveydenhuollon vastuuta perusteltiin myös suuremmalla työntekijämäärällä, omalääkärin tuttuudella ja sillä, että perusterveydenhuolto tavoittaa suuremman osan ihmisistä kuin erikoissairaanhoido.

Terveyden- ja sairaanhoidon vastuusta huolimatta haastatteluista nousi esiin kehys, jonka mukaan väkivallan uhrilla on vastuu väkivallan lopettamisesta. Työntekijät katsoivat, että aikuista ihmistä ei voida velvoittaa hakemaan apua. Poikkeuksena nähtiin lapset ja vanhukset sekä sellaiset

henkilöt, jotka ovat kyvyttömiä huolehtimaan itsestään. Mikäli uhri ei itse pysty hakemaan apua, uhrin lähiverkoston tulisi työntekijöiden mielestä puuttua tilanteeseen. Työntekijät katsoivat, että lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ei välttämättä ole ensisijaisesti viranomaisten vaan läheisten tehtävä.

Aineistosta löytyneiden kehysten moninaisuus ilmentää hyvin kehysanalyysin dynaamisuutta. Tässä tutkimuksessa työntekijöiden näkemykset siitä, kenellä lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuu on, vaihtelivat sen mukaan, millaisten kehysten kautta vastuunjako tarkasteltiin ja millaisena väkivaltaan puuttuminen nähtiin (esimerkiksi eettisenä velvollisuutena vai uhrin yksityisasiana). Goffmanin (1986) mukaan kehukset voivat olla rinnakkaisia, päällekkäisiä ja sisäkkäisiä, ja ne voivat synnyttää vastakkaisia tulkintoja samasta asiasta. Tässä tutkimuksessa vastakkaiset tulkinnat näkyivät siten, että samoilla perusteluilla sekä otettiin että siirrettiin vastuuta. Työntekijät perustelivat esimerkiksi sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon vastuuta vetoamalla toimipaikan resursseihin. Yhtäältä työntekijät olivat sitä mieltä, että perusterveydenhuollossa on enemmän aikaa, työntekijöitä ja osaamista väkivaltatyöhön, mutta toisaalta erikoissairaanhoidon vastuuta lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta perusteltiin samoilla syillä. Tulosten ristiriitaisuutta saattaa selittää se, että erikoissairaanhoidon käsitettiin tässä tutkimuksessa yhtenä kokonaisuutena eikä useiden erilaisten yksiköiden muodostamana hoitotasona. Erikoissairaanhoidon eri yksiköt voivat kuitenkin erota resursseiltaan huomattavasti, ja yksiköt keskittyvät eri asioiden hoitoon. Tähän tutkimukseen valitut yksiköt edustivat monipuolisesti erikoissairaanhoidon eri tehtäväalueita. Sen vuoksi yksittäisten työntekijöiden näkemysten voidaan ajatella olleen sidoksissa siihen yksikköön, jossa he työskentelivät.

Se, millaisilla perusteilla työntekijät siirsivät tässä tutkimuksessa vastuuta pois itseltään, saa tukea aikaisemmista tutkimuksista (mm. Husso ym., 2011; Mäkeläinen & Punkkinen, 2011). Vastuunsiirtoa perusteltiin esimerkiksi ajan ja osaamisen puutteella, erikoissairaanhoidon lyhyillä hoitosuhteilla, hoitopolkujen monimutkaisuudella sekä sillä, että väkivaltaan puuttumisen ei koettu kuuluvan omaan työnkuvaan. Lisäksi tuotiin esille se, että laki ei aina anna mahdollisuutta puuttua väkivaltaan, jolloin vastuu puuttumisesta jää uhrille. Aineistonkeruuhetkellä tilanne olikin tuo: lievissä väkivaltatapauksissa terveydenhuoltohenkilöstö ei voinut tehdä esitutkintaan johtavaa rikosilmoitusta uhrin puolesta, vaan päätösvalta syytteen nostamisesta jäi uhrille itselleen, sillä perheenjäsenen tai muuten läheiseen henkilöön kohdistuva lievä pahoinpitely ei ollut tuolloin yleisen syytteen alainen rikos. Käytännössä se tarkoitti sitä, että kukaan muu kuin asianomistaja ei voinut tehdä lievistä pahoinpitelystä rikosilmoitusta. Tilanne kuitenkin muuttui vuoden 2011 alussa, kun lievä pahoinpitely muuttui yleisen syytteen alaiseksi rikokseksi pahoinpitelyn

kohdistuessa tekijälle läheiseen henkilöön. Sen, että lievää pahoinpitelyä koskeva lakimuutos ei ollut vielä aineistonkeruuhetkellä voimassa, voidaan ajatella vaikuttavan olennaisesti tämän tutkimuksen tuloksiin. Jos tämän tutkimuksen aineisto olisi kerätty vuoden 2011 lakimuutoksen voimaantumisen jälkeen, uhrin vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa ei olisi todennäköisesti saanut yhtä suurta painoarvoa kuin tämän tutkimuksen aineistonkeruuhetkellä.

Fokusryhmähaastattelussa nousi esiin uhrin vastuu lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa, mutta väkivallan tekijän vastuusta ei käyty keskustelua. Käsitykset väkivallan uhrin vahvasta toimijuudesta ja vastuusta väkivaltaan puuttumisesta, joita Ronkainen (2006) kritisoi, näyttäisivät tämän tutkimuksen valossa olevan edelleen vallalla. Kuitenkin väkivalta on aina tekijän vastuulla (Ewalds, 2005). Siksi on ristiriitaista, että tekijän vastuusta huolimatta uhria vastuutetaan voimakkaasti. Oikeudenmukaista olisi, että näkemys uhrin vastuuttamisesta kääntyisi kohti tekijän vastuuttamista, mikä voitaisiin saavuttaa siten, että lähisuhdeväkivaltaan liittyviä palveluja tarjottaisiin tasapuolisemmin sekä väkivallan uhrille että tekijälle. Vaikka lähisuhdevalta on ollut jo pitkään yleistä, väkivallan tekijälle kohdistettuihin palveluihin on alettu kiinnittää huomiota vasta 2000-luvun vaihteessa (Ronkainen, 2006).

Laadullisen haastatteluaineiston luotettavuus riippuu monista tekijöistä, joita on syytä pohtia tämänkin tutkimuksen kohdalla. Haastattelututkimuksessa on otettava huomioon, että haastattelun tulos rakentuu aina haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme, 2000). Näin ollen jokainen haastattelutilanne on ainutlaatuinen, sillä haastattelijan ja haastateltavien yksilölliset ominaisuudet vaikuttavat vuorovaikutuksen laatuun. Ryhmähaastattelutilanteissa on lisäksi huomioitava se, että haastateltavat eivät välttämättä halua tai uskalla kertoa rehellisesti ajatuksistaan ja näkemyksistään muiden kuullen, mikä saattaa vääristää tutkimustuloksia (Alasuutari, 2011). Tässä tutkimuksessa haastatteluryhmät koostuivat työyhteisöjen jäsenistä, joten työpaikan hierarkkisen järjestyksen heijastuminen haastattelutilanteisiin saattaa vaikuttaa aineiston luotettavuuteen. Vaikka työpaikan arvojärjestyksen siirtyminen haastattelutilanteeseen kuvaa tilanteen aitoutta, työntekijöiden väliset valtasuhteet ja mahdolliset esimies-alainen -asetelmat saattavat vaikeuttaa avointa keskustelua ryhmätilanteissa.

Tämä tutkimus on laadullinen ja aineistolähtöinen, minkä vuoksi tutkimustulosten luotettavuuden arviointi voi olla haastavaa. Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty parantamaan tutkimusprosessin täsmällisellä kuvaamisella, mikä on grounded theorya käytettäessä tärkeää (Strauss & Corbin, 1998). Aineiston analyysin eri vaiheiden kuvaus on tehty mahdollisimman tarkasti, ja aineiston pohjalta tehtyihin päätelmiin on haettu tukea tekstinäytteistä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen teossa on ollut kaksi tutkijaa. Hirsjärvi ja Hurme (2000)

ehdottavatkin, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voitaisiin tarkastella arvioimalla kahden tai useamman tutkijan yksimielisyyttä saaduista tuloksista.

Lähisuhdeväkivaltaan puuttumista on aiemmin tutkittu lähinnä hoitohenkilöstön asenteiden sekä puuttumiseen liittyvien esteiden ja mahdollisuuksien näkökulmasta. Tämä tutkimus vahvistaa aiempia tutkimustuloksia, mutta lisäksi se tuo uutta tietoa lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuusta, josta ei ole tähän mennessä ollut tutkimusnäyttöä. Tämä tutkimus osoittaa, että terveydenhuoltohenkilöstöllä on erilaisia ja osittain ristiriitaisia näkemyksiä siitä, kenen vastuulla lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen on. Terveydenhuoltohenkilöstö näkee lähisuhdeväkivallan todellisena ongelmana, johon tulisi puuttua. Usein väkivaltaan ei kuitenkaan osata puuttua, eivätkä työntekijät aina näe puuttumisen vastuun kuuluvan heille itselleen. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa on kuitenkin kyse terveydenhuoltohenkilöstön etiikasta, johon kuuluu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (Niemi-Kiesiläinen, 2006). Myös poliittisella tasolla lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen on annettu sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulle, jolloin puuttumisen voidaan ajatella olevan jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus. Tämä tutkimus osoittaa, että vaikka vastuunjako on määritelty teoriassa, se ei välttämättä ulotu käytännön tasolle. Terveydenhuoltohenkilöstön puheiden perusteella lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuuta pallotellaan edelleen taholta toiselle. Vastuun edestakainen pallottelu ei kuitenkaan edistä väkivaltaongelmaan puuttumista. Tehokas puuttuminen vaatii selkeän vastuunjaon ja valmiiksi määritellyt toimintamallit käytännön terveydenhuoltotyössä. Toimivien lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen mallien kehittämiseksi on edelleen tehtävä lisätutkimuksia. Jatkotutkimusten arvoista olisi myös se, onko lievää pahoinpitelyä koskeva lakimuutos vaikuttanut terveydenhuoltohenkilöstön näkemyksiin lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuusta, ja onko se vähentänyt terveydenhuoltohenkilöstön kokemia haasteita väkivaltaan puuttumisessa.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0* (4. painos). Tampere: Vastapaino.
- Ewalds, H. (2005). Kenelle lyönnit kuuluvat? Kuntaopas pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyöhön (toim.). *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen oppaita 2005:7*. Helsinki.
- Goffman, E. (1986). *Frame analysis. An essay on the organization of experience* (uusintapainos). Boston: Northeastern University Press.
- Heiskanen, M. & Ruuskanen, E. (2010). *Tuhansien iskujen maa. Miesten kokema väkivalta Suomessa*. Julkaisusarja No. 66, verkkojulkaisu. Helsinki: Heuni.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Holma, J. M. (2005). Parisuhde- ja perheväkivallan turvallinen ehkäisy ja hoito. Teoksessa Holma, J. M. & Wahlström, J. (toim.) *Iskuryhmä. Miesten puhetta Vaihtoehto väkivallalle – ryhmissä*, s. 154–175. Helsinki: Yliopistopaino.
- Husso, M. (2003). *Parisuhdeväkivalta. Lyötyjen aika ja tila*. Tampere: Vastapaino.
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A. & Mäntysaari, M. (2011). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social Care in the Community*, 1–9.
- Kääriäinen, J. (2006). Väkivalta ja apuun turvautuminen. Teoksessa Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Siren, R. (toim.) *Naisiin kohdistunut väkivalta 2005*, s. 103-121. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Laki rikoslain 21 luvun 16 §:n muuttamisesta 2010. 1082/10.12.2010 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101082> [viitattu 2.4.2012]
- Lehtonen, A. & Perttu, S. (1999). *Naisiin kohdistuva väkivalta*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 638–647.
- Lindqvist, R. (2009). *Parisuhdeväkivallan kohtaaminen maaseudun sosiaalityössä*. Jyväskylä: Yliopistopaino.
- Marková, I., Linell, P., Grossen, M. & Orvig, A. S. (2007). *Dialogue in focus groups. Exploring socially shared knowledge*. Lontoo: Equino.

- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Lontoo: Sage Publications.
- Metsämuuronen, J. (2008). *Laadullisen tutkimuksen perusteet* (3. painos). Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Minsky-Kelly, D., Hamberger, L. K., Pape, D. A. & Wolff, M. (2005). We've had training, now what? Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (10), 1288–1309.
- Mäkeläinen, T. & Punkkinen, H. (2011). *Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen mahdollisuudet erikoissairaanhoidossa*. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos.
- Mäntyranta, T. & Kaila, M. (2008). Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 124 (13), 1507–13.
- Niemi-Kiesiläinen, J. (2006). Lähisuhdeväkivallan raportointi ja lääkärin velvollisuudet. Teoksessa Lohiniva-Kerkelä, M. (toim.) *Väkivalta. Seuraamukset ja haavoittuvuus*, s. 445–461. Helsinki: Talentum.
- Nyqvist, L. (2003). Lainsäädäntö väkivaltatyön tukena. Teoksessa Paavilainen, E. & Pösö, T. (toim.) *Lapset, perhe ja väkivaltatyö*, s. 193–209. Porvoo: WSOY.
- Piispa, M. & Heiskanen, M. (2000). *Väkivallan hinta. Naisiin kohdistuvan väkivallan kustannukset Suomessa*. Helsinki: Tilastokeskus.
- Puroila, A.-M. (2002). *Kohtaamisia päiväkotiarjessa – kehysanalyttinen näkökulma varhaiskasvatukseen*. Oulu: Oulu University Press.
- Riski, T. (2009). Naisiin kohdistuva väkivalta ja tasa-arvopolitiikka. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:50*. Helsinki.
- Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36 (6), 572–576.
- Ronkainen, S. (2006). Haavoittunut kansakunta ja väkivallan toimijuus. Teoksessa Lohiniva-Kerkelä, M. (toim.) *Väkivalta. Seuraamukset ja haavoittuvuus*, s. 531–550. Helsinki: Talentum.
- STM/Sosiaali- ja terveysministeriö (1991). Naisiin kohdistuva väkivalta. Väkivaltajaoston mietintö. *Tasa-arvojulkaisuja. Sarja B: Tiedotteita 5/1991*. Helsinki.
- STM/Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:9*. Helsinki: Yliopistopaino.

Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (2. painos). Thousand Oaks: Sage Publications.

LIITE

Lähisuhdeväkivalta-projekti

FOKUSRYHMÄHAASTATTELUT
Syksy 2009

LÄHISUHDEVÄKIVALLAN MÄÄRITTELY

Jaetaan kaikille osallistujille paperi, jossa projektissa käytetty määritelmä lähisuhdeväkivallasta.

Avauskysymys:

Miltä lähisuhdeväkivallan määrittely tällä tavalla teistä vaikuttaa ja millaisia ajatuksia lähisuhdeväkivallan määrittäminen yleisemminkin teissä herättää?

LÄHISUHDEVÄKIVALLALLA TARKOITETAAN:

fyysistä väkivaltaa = lyöminen (esineellä tai nyrkein), kuristaminen, potkiminen, fyysinen liikkumisen rajoittaminen, ampuminen, teräaseella lyöminen, vahingoittavalla esineellä heittäminen, töniminen, retuuttaminen

seksuaalista väkivaltaa = seksuaaliseen kanssakäymiseen pakottaminen sanallisesti tai väkivallalla uhkaamalla, seksuaalinen hyväksikäyttö, raiskaus

henkistä väkivaltaa = jatkuva, pitkäkestoinen ei-fyysinen vahingoittaminen, kuten arvostelu, mitätöinti, vastuuttomuus, vaaran aiheuttaminen, kontrollointi, uhkailu, elämänpiirin rajoittaminen, taloudellinen riisto ja kontrollointi, hengellinen väkivalta, vainoaminen

Lähisuhdeväkivaltaa voi tapahtua:

- puolisoitten välillä
- vanhempien, isovanhempien tai perheen muiden aikuisten ja lasten välillä
- sisarusten välillä
- sukulaisuussuhteissa kuten appivanhempien ja miniöiden tai vävyjen välillä
- ystävyys- ja seurustelusuhteissa

(jatkuu)

KESKUSTELURUNKO

1. Miksi lähisuhdeväkivallasta **ei** kysytä erikoissairaanhoidossa automaattisesti kaikilta asiakkailta, vaikka se on tutkimusten mukaan yksi suurimmista ongelmista suomalaisessa yhteiskunnassa ja tuottaa siksi terveydenhuoltoon paljon sellaisia käyntejä, joiden todellinen tulosyö eli lähisuhdeväkivalta jää tunnistamatta?
2. Miten lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen tulisi hoitaa teidän yksikössä?
3. Mitä edellytyksiä tarvitaan, että kehitteillä olevasta palvelumallista tulee toimiva ja vakiintunut käytäntö työssä?
4. Mitä riskejä näette lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa (sen tunnistamisessa, puheeksi ottamisessa, hoitamisessa ja tarvittavien palveluiden piiriin ohjaamisessa)?

* * *
HAASTATTELU PÄÄTTY

Kiitos kaikille osallistujille!

Haastattelumateriaalista työstettävästä tutkimuksesta saa lisätietoja myöhemmin Lähisuhdeväkivalta-projektin nettisivuilta (www.ksshp.fi).