

**This is an electronic reprint of the original article.
This reprint *may differ* from the original in pagination and typographic detail.**

Author(s): Notko, Marianne; Holma, Juha; Husso, Marita; Virkki, Tuija; Laitila, Aarno; Merikanto, Juhani; Mäntysaari, Mikko

Title: Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa

Year: 2011

Version:

Please cite the original version:

Notko, M., Holma, J., Husso, M., Virkki, T., Laitila, A., Merikanto, J., & Mäntysaari, M. (2011). Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim*, 127(15), 1599-1606.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99682.pdf>

All material supplied via JYX is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all or part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorised user.

Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden lähisuhdeväkivaltakokemusten yleisyyttä, koetun väkivallan muotoja ja toistuvuutta sekä hoidontarvetta. Tutkimus toteutettiin Keski-Suomen keskussairaalan synnytysyksikössä, päivystysalueella sekä psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 530 potilasta. Projektin pilottiyksiköiden hoitohenkilökunta käytti potilaiden lähisuhdeväkivaltakokemusten ja niiden aiheuttaman hoidontarpeen selvittämiseksi suodatin- ja kartoituskysymyslomaketta. Kyselyn aikainen tai aiempi lähisuhdeväkivalta vaikutti potilaan oman arvion mukaan kielteisesti hänen hyvinvointiinsa ja elämänhallintaansa 10,5 %:lla synnytysyksikön, 31,7 %:lla psykiatrisen osaston ja 7,4 %:lla päivystysalueen potilaista. Lähisuhdeväkivalta vaikuttaa merkittävästi potilaiden hyvinvointiin ja turvallisuuteen. Ilman järjestelmällisesti suoritettua kyselyä avuntarvetta voi olla vaikeaa tunnistaa.

Lähisuhdeväkivalta lisää vakavan vammautumisen ja kuolemaan johtavan väkivallan riskiä. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan kumppaninsa murhaamista naisista 44 % oli ollut ensiavun asiakkaana kahden vuoden aikana ennen kuolemaansa. Näistä ensiapupotilasta 93 % kävi ensiavussa vähintään kerran vammautuneena (Wadman ja Muelleman 1999). Pahoinpidellyt naiset hakivat ensiavusta apua kolme kertaa niitä naisia useammin, joilla ei ollut pahoinpitelykokemuksia (Ratner 1993). Suomessa Kuusankosken aluesairaalan ensiavun pahoinpitelyiden vuoksi hakeutuneiden naisten pahoinpitelyistä 34 % ja miesten 8 % oli tapahtunut kotona. Naisuhreista 45,7 %:lla ja miesuhreista 5,4 %:lla tekijä oli puoliso tai

partneri (Nurmi-Lüthje ym. 2008). Brittiläisen tutkimuksen mukaan 1,8 % parisuhteessa olevista ensiavun potilaista koki käynnin aikaan lähisuhdeväkivaltaa (Boyle ja Todd 2003).

Lähisuhdeväkivalta voi olla akuuttien traumojen lisäksi yhteydessä esimerkiksi ennenaikaisiin kuolemiin, keskenmenoihin, itsemurhiin, posttraumaattisiin stressioireisiin, paniikkikohtauksiin, syömishäiriöihin ja päihteiden liikkakäyttöön (Radford ja Hester 2006). Lähisuhdeväkivalta ja sen uhan alla eläminen lisäävät uhrien fyysisistä ja psyykkistä sairastuvuutta, monenlaista fyysisistä ja psyykkistä oirehdintaa ja myös sairaanhoidon palveluiden käyttöä (Campbell 2002).

Suomalaisen kyselytutkimuksen (Piispa ym. 2006) mukaan 43,5 % naisista ilmoitti kokeneensa 15 vuotta täytettyään vähintään kerran seksuaalista tai fyysistä väkivaltaa tai tällaisella väkivallalla uhkailua. Joskus parisuhteen aikana väkivaltaa kokeneista 47 %:lle oli aiheutunut fyysisiä vammoja vakavimmasta väkivaltatapauksesta. Yleisimpiä vammoja olivat mustelmat ja ruhjeet. Parisuhdeväkivallan henkisinä seurauksina ilmoitettiin yleisimmin viha, pelko, masennus ja häpeä. Psykosomaattisista oireista tyypillisiä olivat toistuva särky, vatsavaivat, jäsenten puuttuminen, sydämen tykytys, huimaus ja runsas hikoilu ilman ruumiillista ponnistelua. Psyykkisistä oireista tyypillisiä olivat ylläsuruttuneisuus, muistin ja keskittymiskyvyn heikkeneminen, hermostuneisuus, ärtyneisyys, masentuneisuus sekä aloitekyvyttömyys.

Psykiatriset potilaat ovat melko usein kokeneet lähisuhdeväkivaltaa, mutta edelleen tämä tulee vain harvoin tunnistetuksi (Maniglio 2009). Satakolmekymmentäneljä tutkimusta käsitävän katsausartikkelin mukaan psykiatrisen ja gynekologian potilasta 30–50 % on

kokenut lähisuhdeväkivaltaa. Seksuaalista väkivaltaa oli kokenut 30–35 % ja henkistä väkivaltaa 65–87 % ensiapupotilaista sekä psykiatristen osastojen potilaista (Alhabib ym. 2010). Viimeisen vuoden aikana lähisuhdeväkivallan kokemuksia oli 22–76 %:lla psykiatrisista naispotilaista ja 48 %:lla miespotilaista (Howard ym. 2010).

Gynekologisille potilaille tehty suomalainen tutkimus osoitti, että 42 % oli kokenut fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa aikuisiällä (Pikarinen ym. 2007). Pohjoismaisen tutkimuksen mukaan 38–66 % gynekologisista potilaista oli kokenut fyysistä, 19–37 % henkistä ja 17–33 % seksuaalista väkivaltaa (Wijma ym. 2003). Pääosin skandinaavisten ja yhdysvaltalaisen tutkimusten mukaan raskauden aikana fyysistä väkivaltaa on kokenut 0,9–21 % naisista. Britanniassa yleisyys on liikkunut 1,8 % ja 5,8 %:n välillä (Rachana ym. 2002). Raskaana olevien naisten lähisuhdeväkivaltakokemusten kartoittaminen on merkittävää paitsi äidin terveyden näkökulmasta myös lapsen kohdistuvan väkivallan ennaltaehkäisyssä. Useissa tutkimuksissa on todettu yhteys naisiin kohdistuvan väkivallan ja lapsiin kohdistuvan väkivallan välillä (Radford ja Hester 2006).

Lähisuhdeväkivallalla on myös taloudellisia vaikutuksia. Naisiin kohdistuva väkivalta maksoi Suomessa vuonna 1998 terveydenhuololle 6,7 miljoonaa, sosiaalitoimelle 14,8 miljoonaa ja oikeusjärjestelmälle 26,6 miljoonaa euroa (Piispa ja Heiskanen 2000).

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa, että lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö sisällytetään hyvinvointistrategiaan ja turvallisuussuunnitteluun sekä sosiaali- ja terveydenhuollon laajan väestöpohjan organisaatioiden toimintasuunnitelmiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). WHO:n (2002) mukaan väkivallan uhrien auttamisessa ja palvelujen parantamisessa tärkeimpiin toimiin kuuluvat muun muassa kiireellisen avun tarjonnan lisääminen ja terveydenhuollon uhrien hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksien parantaminen. Väkivaltatapausten ja jatkuvan väkivallan merkkien tunnistaminen sekä uhrien ohjaaminen seurantaan ja tukea tarjoaviin palveluihin on myös tärkeää.

Kansainväliset tutkimukset osoittavat sairanhoidossa tapahtuvalla lähisuhdeväkivallan systemaattisella seulonalla olevan huomattava merkitys lähisuhdeväkivallan uhrien hoitoonohjauksessa ja väkivallan ennaltaehkäisyssä (esim. MacMillan ym. 2006, Houry ym. 2008). Suomessa muun muassa Brusila (2008) on aikaisemmin perustellut seulontakyselyjen käyttöä terveydenhuollossa.

Tämä tutkimus on toteutettu Violence Intervention in Specialist Health Care- eli VISH-projektissa. Yksi projektin tavoitteista on kehittää menetelmiä väkivallan tunnistamiseen ja sen puheeksiottamiseen erikoissairaanhoidossa osana huolellista anamneesia. Tutkimuksen päämääränä on selvittää projektissa kehitetyn suodatin- ja kartoituskysymyslomakkeen avulla potilaiden lähisuhdeväkivaltakokemusten yleisyyttä, koetun väkivallan muotoja ja toistuvuutta sekä hoidontarvetta kolmella erikoissairaanhoidon alueella (synnytysyksikössä, päivystysalueella sekä psykiatriassa). Kyseessä oleva kartoitustutkimus edesauttaa siten osaltaan sosiaali- ja terveysministeriön asettamaa kansallista tavoitetta lähisuhdeväkivallan dokumentoinnin ja tilastoinnin kehittämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Potilaat ja menetelmät

Tutkimus suoritettiin Keski-Suomen keskussairaalan synnytysyksikössä, päivystysalueen poliklinikalla ja psykiatrisen sairaalan osastolla vuonna 2010. Synnytysyksikössä kysely suoritettiin äitiys- ja sikiötutkimuspoliklinikka Gravidaassa, synnytysvastaanotolla, vuodeosastolla (pre- ja postnataali) sekä HAL- (huume-, alkoholi- ja lääkeongelmaiset) ja sype- eli synnytyspelkopoliklinikoilla.

Tutkimusjakson aikana aikuispotilaiden lähisuhdeväkivallan uhrikokemuksia kartoitettiin projektissa kehitetyllä lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituskysymyslomakkeella (INTERNET-OHEISAINEISTO). Suodatinkysymykset kartoittivat potilaan hyvinvointia heikentävää, tällä hetkellä (1a ja 1b) tai aikaisemmin elämässä (2a ja 2b) kokemaa fyysistä tai henkistä väkivaltaa tai kaltoinkohtelua lähisuh-

teessa. Työntekijä esitti suodatinkysymykset suullisesti kahdenkeskisessä tilanteessa ilman potilaan saattajan tai muiden potilaiden läsnäoloa. Jos potilas vastasi myöntävästi vähintään toiseen suodatinkysymyksestä 1b (päivystysalueella vain kysymys 1) tai 2b, työntekijä esitti potilaalle kahdeksan kartoituskysymystä muun muassa lähisuuhdeväkivallan muodosta, tekijästä, lasten läsnäolosta väkivaltilanteista sekä potilaan avuntarpeesta ja jatkohoidon muodoista. Kyselynaikaisen lähisuuhdeväkivallan vaikuttavuutta ei kysytty päivystysalueella, koska aikaisempien testausjaksojen perusteella ja yhdessä henkilöstön kanssa päädyttiin siihen, että parhaillaan tapahtuva lähisuuhdeväkivalta on aina hyvinvointiin ja elämänhallintaan vaikuttavaa. Siten se on terveydenhuollon organisaatiossa jo sinänsä perustelu jatko-toimenpiteille. Kartoituslomakkeen lopuksi työntekijä merkitsi oman arvionsa potilaan jatkohoidon tarpeesta sekä käsityksensä siitä, oliko potilaalla sillä hetkellä merkittävää hyvinvointiin tai turvallisuuteen liittyvää riskiä. Vastaukset merkittiin sähköiselle Webropol-lomakkeelle. Yhteensä tutkimukseen osallistui 530 potilasta, joista kartoituskysymykset esitettiin 61:lle.

Lomakkeiden kehittämistyön taustalla ovat olleet kansainväliset tieteellisesti testatut naiset kohdistuvaa väkivaltaa koskevat seulat. Näitä ovat esimerkiksi AAS (McFarlane ym. 1992), HITS (Sherin ym. 1998), PVS (Feldhaus ym. 1997), WAST (Brown ym. 2000) sekä suositukset lähisuuhdeväkivallasta kerättävistä vähimmäistiedoista EU:n jäsenvaltioissa. Suositusten mukaista vähimmäistietoa ovat uhrin ikä, uhrin sukupuoli, tekijän ikä, tekijän sukupuoli, uhrin ja tekijän välinen suhde sekä väkivallan muoto (esim. ICD-10 mukaisesti) (Ruuskanen ja Aromaa 2008). Lisäksi pohjana on käytetty Väkivaltadokumentaation kehittämistyöryhmän, Sosiaalialan tietoteknologiahankkeen dokumentaation asiantuntijatyöryhmän ja Tietoteknologian käytön edistäminen sosiaalihuollossa – hankkeen suunnitelmaa dokumentoinnista.

Projektissa on kehitetty erityispalvelu, VISH-tiimi, joka koostuu sosiaalityön ja psykiatrian ammattilaisten muodostamasta työpa-

YDINASIAIAT

- ▶ Lähisuuhdeväkivalta on yleinen terveydenhuoltoon ja sairaanhoitoon hakeutumisen syy.
- ▶ Terveydenhuollon työntekijöillä on keskeinen asema lähisuuhdeväkivallan uhrien kohtaamisessa, sillä apua haetaan usein juuri terveydenhuollon toimipisteistä.
- ▶ Erikoissairaanhoidon voidaan räätälöidä toimintamalleja väkivallan kohtaamiseen.

rista. Lähisuuhdeväkivallan uhrin suodatin- ja kartoituskysymysten avulla tunnistanut ja hoidontarpeen arvioinut hoitaja tekee tarvittaessa potilaalle ajanvarauksen VISH-tiimin tapaamiseen. Tiimin tehtävänä on kartoittaa edelleen lähisuuhdeväkivallan uhrin tilannetta ja ohjata hänet jatkohoitoon erikoissairaanhoidon sisällä tai sen ulkopuolelle.

Psykiatrisella osastolla kysely tehtiin kuukauden aikana ja sen suoritti 28 sairaanhoitajaa osana perustyötään. Kysely tehtiin kaikille (poissulkukriteerit, TAULUKKO 1) osastohoitoon tuleville potilaille. Päivystysalueen poliklinikalla kysely tehtiin vuorokauden aikana (3 työvuoroa) ja sen suoritti kahdeksan päivystysalueen sairaanhoitajaa. Kysely tehtiin kaikille (poissulkukriteerit, TAULUKKO 1) päivystysalueella hoidetuille potilaille. Synnytysyksikössä kyselyn tekivät vastaanottamilleen potilaille 4,5 kuukauden aikana yksi projektin tutkimusassistenttina toiminut kättilö ja kymmenen hänen ohjaamaansa kättilöä. Synnytysyksikössä suodatinkysymykset esitettiin 381 potilaalle, joista 40:ltä kysyttiin kartoituskysymykset. Kolme potilasta kieltäytyi vastaamasta kartoituskysymyksiin, vaikka parisuhteessa oli kyseisellä hetkellä väkivaltaa. Suodatinkysymyksiin vastasi psykiatrian osastolla 41 ja päivystysalueella 108 potilasta. Kartoituskysymykset esitettiin psykiatrian osastolla 13:lle ja päivystyksessä kahdeksalle potilaalle.

TAULUKKO 1. Tutkimusjakson toteutus.

VISH-projektin pilottiyksikkö	Keski-Suomen keskussairaala, synnytysyksikkö	Kangasvuoren psykiatrisen sairaalan osasto	Keski-Suomen keskussairaala, päivystysalue, poliklinikka
Tutkimusjakso	4,5 kuukautta	yksi kuukausi	yksi vuorokausi
Suorittajat	yksi VISH-koulutettu projekti-assistentti (kättilö) ja kymmenen hänen ohjaamaansa yksikössä työskentelevää kättilöä	kaikki osaston 28 sairaanhoitajaa osana perustyötään	kahdeksan päivystysalueen sairaanhoitajaa (triagehoitajat osana perustyötään, kartoittavat hoitajat vahvuuden ulkopuolella)
Suodatinkysymysten kohteena	kaikki* tutkimukseen osallistuneiden kättilöiden vastaanottamat potilaat (paitsi synnyttämään ja sikiötutkimuksiin tulevat) n = 381	kaikki* osastolle tulevat potilaat n = 41	kaikki* päivystysalueelle tulevat ("kävelevien triage" ja "paari-triage") potilaat n = 108
Kartoituskysymysten kohteena	Kyllä-vastaus suodatinkysymyksiin 1b ja/tai 2b n = 40	Kyllä-vastaus suodatinkysymyksiin 1 ja/tai 2b n = 13	Kyllä-vastaus suodatinkysymyksiin 1b ja/tai 2b n = 8

*poissulkukriteerit: ikä alle 18 vuotta, äidinkieli muu kuin suomi tai riittämätön suomen kielen taito, kotikunta muualla kuin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella (VISH-palvelu ei mahdollinen tutkimusjakson aikana), vajaakykyisyys, vakavat psyykkiset oireet, esimerkiksi psykoosissa oleva tai vaikeasti dementoitunut potilas

Tulokset

Kyselyhetkellä lähisuhdeväkivaltaa oli jokaisessa potilasryhmässä, eniten psykiatrian potilailla.

Vastaajista, jotka ilmoittivat lähisuhdeväkivaltakokemusten vaikuttaneen kielteisesti hyvinvointiin ja elämänhallintaan, suurin osa oli naisia. Kartoituskysymyksiin vastanneista eli väkivaltaa kokeneista potilaista lähes kaikki kertoivat olleensa henkisen väkivallan kohteena. Fyysistä väkivaltaa oli kokenut 46,2–70 % ja seksuaalista väkivaltaa 25–30,8 % vastanneista potilasryhmän mukaan (TAULUKKO 2).

Synnytysyksikön potilaat olivat olleet lähisuhdeväkivallan kohteena useimmiten aikaisemmin aikuisiällä, kun taas päivystysalueella kyselyyn osallistuneista väkivaltaa kokeneista potilaista puolella väkivalta oli tapahtunut viimeisen vuorokauden aikana. Psykiatrian potilaat olivat kokeneet väkivaltaa sekä aivan viime aikoina että viimeisen vuoden aikana. Psykiatrian potilaista yli 60 % kertoi väkivallanteon tapahtuneen useasti viimeisen vuoden aikana. Vain yhden yksittäisen väkivallanteon kohteeksi joutuminen oli hyvin harvinaista, sillä synnytysyksikön ja päivystysalueen potilaista 70–75 % kertoi olleensa useita kertoja elämänsä aikana väkivallan kohteena.

Yleisin väkivallantekijä oli synnytysyksikön ja päivystysalueen potilailla entinen puoliso tai kumppani, kun taas psykiatrisen osaston potilailla se oli isä, äiti, isäpuoli, äitipuoli tai muu huoltaja. Nykyinen kumppani oli väkivallantekijä 17,5–37,5 %:ssa tapauksista.

Kuudella hieman yli sadasta vuorokauden aikana päivystysalueen potilaana olleesta hoitaja arvioi lähisuhdeväkivallan olevan merkittävä turvallisuuteen tai hyvinvointiin liittyvä riski. On kuitenkin huomioitava, ettei kyseistä arvioita tehty kaikille yli sadalle vaan kahdeksalle potilaalle, jotka olivat tai olivat olleet väkivallan kohteena. Synnytysyksikössä 15 potilaalla (3,9 % kaikista kyselyyn osallistuneista) ja psykiatrisella osastolla viidellä potilaalla (12,2 % kaikista kyselyyn vastanneista) oli hoitajan arvion mukaan lähisuhdeväkivallan vuoksi merkittävä turvallisuuteen tai hyvinvointiin liittyvä riski. Vaarassa olevien osuus synnytysyksikön ja psykiatrian osaston läheisväkivallan kohteina olleista oli noin 38 % ja päivystysalueella 75 %.

Kartoituskyselyyn vastanneista 11/61 kertoi, että väkivaltaisessa tilanteessa oli ollut läsnä lapsia, jotka altistuivat väkivallalle (näkiivät tai kuuluivat tapahtumia tai olivat itse väkivallan kohteina). Uusi lastensuojeluilmoitus tehtiin kolmessa tapauksessa. Neljässä ta-

TAULUKKO 2. Lähisuhdeväkivallan yleisyys, muoto, toistuvuus ja väkivallan tekijä.

Tutkimusaika	Synnytysyksikkö		Psykiatrinen osasto		Päivystysalue	
	4,5 kk		1 kk		1 vrk	
	n	%	n	%	n	%
Suodatinkysymyksiin vastanneiden määrä	381		41		108	
Vastanneiden sukupuoli / naisten määrä, %	381	100,0	15	36,6	59	54,6
Kyselyn aikaan potilaaseen kohdistunut lähisuhdeväkivalta	10	2,6	12	29,3	7	6,5
Joskus aiemmin potilaaseen kohdistunut lähisuhdeväkivalta	112	29,4	21	51,2	22	20,4
Kartoituskysymyksiin vastanneiden määrä	40	10,5	13	31,7	8	7,4
Vastanneiden sukupuoli / naisten määrä, %	40	100,0	8	61,5	7	87,5
Kyselyn aikaan potilaaseen kohdistunut lähisuhdeväkivalta	9	22,5	12	92,3	4	50,0
Joskus aiemmin potilaaseen kohdistunut lähisuhdeväkivalta	39	97,5	10	76,9	7	87,5
Väkivallan muoto						
Fyysinen väkivalta	28	70,0	6	46,2	4	50,0
Henkinen väkivalta	39	97,5	13	100,0	8	100,0
Seksuaalinen väkivalta	11	27,5	4	30,8	2	25,0
Milloin viimeksi lähisuhdeväkivallan kohteena						
Viimeisen vuorokauden aikana	5	12,5	1	7,7	4	50,0
Viimeisen viikon aikana (mutta ei viimeisen vuorokauden)	0	0,0	2	15,4	1	12,5
Viimeisen kuukauden aikana (mutta ei viimeisen viikon)	4	10,0	4	30,8	0	0,0
Viimeisen vuoden aikana (mutta ei viimeisen kuukauden)	5	12,5	3	23,1	1	12,5
Yhteensä viimeisen vuoden aikana	14	35,0	10	76,9	6	75,0
Aiemmin aikuisiällä	16	40,0	1	7,7	2	25,0
Aiemmin lapsuudessa	10	25,0	1	7,7	0	0,0
Kuinka usein lähisuhdeväkivallan kohteena						
Useita kertoja viimeisen vuoden aikana	9	22,5	8	61,5	1	12,5
Useita kertoja koko elämän aikana	28	70,0	1	7,7	6	75,0
Kuka on tehnyt väkivaltaa						
Nykyinen puoliso tai kumppani	7	17,5	4	30,8	3	37,5
Entinen puoliso tai kumppani	25	62,5	5	38,5	4	50,0
Isä, äiti, isäpuoli tai äitipuoli	17	42,5	7	53,8	3	37,5
Työntekijän arvion mukaan merkittävä hyvinvointiin tai turvallisuuteen liittyvä riski	15		5		6	
Osuus kartoituskysymyksiin vastanneista		37,5		38,5		75,0
Osuus kaikista kyselyyn vastanneista		3,9		12,2		5,6

pauksessa työntekijä oli katsonut, että aiemmin tehty lastensuojeluilmoitus tai se, että tilanne oli sosiaalityöntekijän tiedossa, oli riittävä toimenpide. Kolmen tapauksen kohdalla

ei ole ryhdytty mihinkään lastensuojelullisiin toimenpiteisiin.

Synnytysyksikössä viisi potilasta (1,3 % kaikista potilaista) ohjattiin projektin aikana **1603**

perustettuun VISH-tiimiin jatkohoitoon. Päivystysalueella VISH-tiimille ohjattiin neljä potilasta (3,7 % kaikista potilaista). Psykiatrian osastolla väkivaltakokemuksen käsittely jatkui yleisimmin osastolla osana hoitoa (8 potilasta) tai potilas ohjattiin lääkärille osastolla (1 potilas).

Pohdinta

Kansainvälisten tutkimusten mukaisesti myös tässä tutkimuksessa lähisuhdeväkivallan kokeminen oli yleisintä psykiatrian potilailla. Kuitenkin myös synnytysyksikön ja päivystysalueen potilailla oli sekä kyselyn aikaan sijoittuvia että aikaisempia lähisuhdeväkivaltakokemuksia. Fyysinen ja henkinen lähisuhdeväkivalta liittyivät monesti toisiinsa. Lähisuhdeväkivalta on usein toistuvaa. Myös tämä vastaa aikaisempia tutkimustuloksia lähisuhdeväkivallasta.

Tulosten mukaan niin nykyinen kuin aikaisemminkin koettu lähisuhdeväkivalta vaikutti usein kielteisesti potilaan hyvinvointiin hänen itsensä ja työntekijän arvioimana. Lähisuhdeväkivalta vaikutti negatiivisesti erityisesti naisten hyvinvointiin ja elämänhallintaan.

Tutkimusyksiköiden palaute oli, että ilman systemaattista ja strukturoitua kysymistä lähisuhdeväkivaltakokemukset olisivat jääneet tulematta ilmi. Lähisuhdeväkivalta tunnistettiin tutkimusyksiköissä vain satunnaisesti ennen tutkimusjaksoa, ja työntekijät olivat yllättyneitä tutkimuksen aikana esiin tulleista tapauksista. Työntekijät eivät olisi kysyneet väkivallasta kaikilta sitä kohdanneilta potilailta ilman rutiinikyselyä.

Terveydenhuollon työntekijöillä on keskeinen rooli lähisuhdeväkivallan uhrien, tekijöiden ja todistajien kohtaamisessa, sillä apua haetaan usein juuri terveydenhuollon toimipisteistä (Piispa ym. 2006). Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaiseman naiseen kohdistuvaa väkivaltaa kartoittaneen kyselytutkimuksen mukaan parisuhdeväkivaltaa kokeneista naisista 12 % oli hakenut apua poliisilta, 11 % terveyskeskuksesta tai lääkäriltä, 6 % lakiasiain- tai oikeusaputoimistosta, 6 % perheneuvolasta, 5 % mielenterveystoimistosta ja 5 % terapeutilta (Piispa ym. 2006). Osa

näistä naisista hakee apua väkivallan välillisiin seurauksiin, kuten masennukseen, ahdistukseen, ja unettomuuteen (Piispa 2002) Myös suomalaisen tutkimuksen mukaan 42 % päivystyksen työntekijöistä ei kysynyt akuutisti lähisuhdeväkivaltaa kohdanneilta ensiapuun hakeutuneilta naisilta parisuhdeväkivallasta edes satunnaisesti, ellei nainen tuonut asiaa itse ilmi (Leppäkoski 2007). Pari- ja perhesuhdeväkivallan paljastumatta jääminen lisää myös vakavan vammautumisen tai kuolemaan johtavan väkivallan riskiä. Väkivallan tunnistamatta jättämisellä tai siihen puuttumattomuudella työntekijä tukee väkivaltaa ja usein vaarantaa toiminnallaan myös väkivallan uhrien turvallisuuden (Daugherty ja Houry 2008, Holma 2005).

Lastensuojeluilmoituksen tekeminen tilanteessa, jossa lapsi oli nähnyt tai kuullut väkivaltaa, ei ole säännönmukaista, vaikka se vaikuttaa lapsen kehitykseen ja hyvinvointiin, traumatisoi häntä ja heikentää hänen mahdollisuuksiaan turvalliseen kasvuun ja kehitykseen.

Laadun varmistuksen näkökulmasta terveydenhuollon palveluissa keskeistä on terveydenhuoltoon hakeutumisen todellisen syyn selvittäminen ja oikean avun antaminen. Lähisuhdeväkivallasta kysyminen on osa huolellista anamneesia. Tunnistamatta jäänyt lähisuhdeväkivalta paitsi lisää inhimillistä kärsimystä, myös kuormittaa merkittävästi terveydenhuollon palveluita. Varhaisella tunnistamisella on selvä yhteys väkivallan uusiutumisen ja sen vaikutusten estämisessä. Terveydenhuollossa keskeistä ovat muun muassa työntekijöiden säännöllinen koulutus, toimintamallien luominen kaikille relevanteille sektoreille, dokumentoinnin kehittäminen ja tietojen jakaminen sektoreiden välillä (Garcia-Moreno 2002).

Erikoissairaanhoidon järjestelmän sisälle luotu erityispalvelu VISH-tiimi osoitti tarpeellisuutensa jo lyhyen tutkimusjakson aikana. Sen tehtävänä on kartoittaa edelleen lähisuhdeväkivallan uhrien tilannetta ja ohjata uhri jatkohoitoon erikoissairaanhoidon sisällä tai sen ulkopuolelle. Tiimille ohjattiin päivystyksen ja synnytysyksikön potilaita, jotka muuten

olisivat jääneet ilman lähisuhdeväkivaltaan liittyvää hoitoa. Psykiatrian osastolla väkivalta-kokemusten käsittely jatkui osana psykiatrista hoitoa.

Projektissa luotu VISH-toimintamalli vastaa kansalliseen ja kansainväliseen haasteeseen tunnistaa väkivalta ja tarjota uhreille organisoitua ja asianmukaista apua. Lähisuhdeväkivaltakokemusten tunnistamiseen ja hoidontarpeen arviointiin kehitetyt lomakkeet, niiden käyttöön ohjeistettu henkilökunta ja erikoissairaanhoidon sisällä toimiva sosiaalityöntekijän ja psykiatrian ammattilaisen muodostama VISH-työpari muodostavat kokonaisuuden, jossa väkivaltaan puuttuminen mahdollistuu uudella tavalla. VISH-toimintamallissa keskeistä on vastuunjaon ja tehtävien selkeä määrittely, jonka avulla hoito kohdentuu oikein ja siten tehostuu merkittävästi.

MARIANNE NOTKO, YTT, tutkija
Perhetutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto
PL 35, 40014, Jyväskylän yliopisto

JUHA HOLMA, PsT, dosentti, lehtori
Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

MARITA HUSSO, YTT, tutkijatohtori (SA)
Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

TUIJA VIRKKI, YTT, erikoistutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

AARNO LAITILA, FT, dosentti, yliassistentti
Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

JUHANI MERIKANTO, LKT, dosentti, osastonylilääkäri
Keski-Suomen keskussairaala

MIKKO MÄNTYSAARI, YTT, professori
Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Lopuksi

VISH-projektissa saatujen empiiristen tulosten ja siinä kertyneiden kokemusten perusteella voidaan päätellä, että erikoissairaanhoidossa ja terveydenhuollossa myös laajemmin on tarve tunnistaa lähisuhdeväkivalta ja ottaa se puheeksi. On myös kehitettävä menetelmiä väkivallan uhreiksi joutuneiden hoidon tarpeen arviointiin ja jatkohoitoon. ■

* * *

Kiitämme tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden henkilökuntaa Keski-Suomen keskussairaalassa ja Kangasvuoren psykiatrisessa sairaalassa. Lisäksi kiitoksemme LKT Raija Lounamaalle VISH-hankkeen alkuperäissuunnittelusta sekä projektipäällikkö Minna Juutilaiselle ja kättilö Raakel Petäjäjärvelle ja projekti-koordinaattori Anna Autereelle ja osastonhoitaja Jani Korpelalle tutkimuksen suunnittelu- ja toteutustyöstä.

SIDONNAISUUDET

Marianne Notko: Muu palkkio (EU/Daphne III programme/VISH-projekti/Keski-Suomen sairaanhoitopiiri)

Juha Holma: Ei sidonnaisuuksia

Marita Husso: Ei sidonnaisuuksia

Tuija Virkki: Ei sidonnaisuuksia

Aarno Laitila: Ei sidonnaisuuksia

Juhani Merikanto: Ei sidonnaisuuksia

Mikko Mäntysaari: Ei sidonnaisuuksia

Summary

Identifying domestic violence within specialized care

In the present study involving 530 patients in three specialized hospital wards, the prevalence of domestic violence, forms and recurrence of experienced violence and need of further care were elucidated. The health care personnel utilized a questionnaire to identify experiences on domestic violence and putative need of further care. According to patient self-assessment, in 11%, 32%, or 7% of the patients in the maternity department, psychiatric department and emergency department, respectively, domestic violence had a negative impact on well-being and life management. The need for help of these patients would have remained unrecognized without a systematic survey.

KIRJALLISUUTTA

- Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. *J Fam Violence* 2010; 25:369–82.
- Boyle A, Todd C. Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emerg Med J* 2003; 20:438–42.
- Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract* 2000;49:896–903.
- Brusila P. Parisuhdeväkivallan kohtaamisen vastaanotolla. *Duodecim* 2008;124:50–5.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359:1331–6.
- Daugherty JD, Houry DE. Intimate partner violence screening in the emergency department. *J Postgrad Med* 2008; 54:301–5.
- Feldhaus KM, Kozoil-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997; 277:1357–61.
- Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509–14.
- Holma JM. Parisuhde- ja perheväkivallan turvallinen ehkäisy ja hoito. Kirjassa: Holma JM, Wahlström J, toim. Iskuryhmä. Miesten puhetta Vaihtoehto väkivallalle -ryhmissä. Helsinki: Yliopistopaino 2005, s. 154–75.
- Houry D, Kaslow NJ, Kemball RS, ym. Does screening in the emergency department hurt or help victims of intimate partner violence? *Ann Emerg Med* 2008; 51:433–442.
- Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med* 2010;881–93.
- Leppäkoski T. Women exposed to acute physical intimate partner violence seeking care at emergency departments - identification of and intervention in violence. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2007.
- MacMillan HC, Wathen N, Jamieson E, ym. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA* 2006;296:530–6.
- Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:180–91.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. *JAMA* 1992;267:3176–8
- Nurmi-Lüthje, I, Lüthje, P, Karjalainen, K, ym. Väkivallan uhrin aluesairaalan päivystyspoliklinikassa – etenevä tutkimus. *Duodecim* 2008;124:1381–8.
- Pikarinen U, Saisto T, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E. Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health. *Obstet Gynecol* 2007;109:1116–22.
- Piispa M. Complexity of patterns of violence against women in heterosexual partnerships. *Violence Against Women* 2002;8:873–900.
- Piispa M, Heiskanen M. Väkivallan hinta. Naisiin kohdistuvan väkivallan kustannukset Suomessa. Helsinki: Tilastokeskus 2000.
- Piispa M, Heiskanen M, Kääriäinen J, Sirén R. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Helsinki: Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitos 2006.
- Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;103:26–9.
- Radford L, Hester M. *Mothering through domestic violence*. London: Jessica Kingsley Publishers 2006.
- Ratner PA. The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Public Health* 1993;84:246–9.
- Ruuskanen E, Aromaa K. Administrative data collections on domestic violence of Europe member states. European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI). Directorate General of Human Rights and Legal Affairs, Consul of Europe 2008.
- Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med* 1998;30:508–12.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.
- Wadman M, Muellemann RL. Domestic violence homicides: ED use before victimization. *Am J Emerg Med* 1999;17:689–91.
- WHO. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2002.
- Wijma, B, Schei, B, Swahnberg, K, ym. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinic: a Nordic cross-sectional study. *Lancet* 2003;361:2107–13.