

Elisa Hackenberg, Ville Sallinen ja Virve Koljonen

Tapaturmapäivystyksissä hoidetut parisuhdeväkivallan uhrin tarvitsevat selkeän hoitoketjun

## Parisuhdeväkivallan uhrien riski joutua uusintaväkivallan ja henkirikoksen uhriksi on suurentunut

Joka kolmas länsimaalainen kokee elinaikanaan fyysistä parisuhdeväkivaltaa tai sen uhkaa (1,2). Vaikka vain pieni osa pahoinpitelyistä johtaa fyysisiin vammoihin tai vaatii terveydenhuollon arviota, kuolee Suomessa vuosittain 7–24 naista ja 0–6 miestä parisuhdeväkivallan seurauksena (3).

Lakisääteinen vastuu parisuhdeväkivallan uhrin tukipalveluiden järjestämisestä on sosiaalihuollolla, mutta tutkimusten mukaan uhrin hakevat yleensä ensisijaisesti apua terveydenhuollosta (4,5). Parisuhdeväkivallan aiheuttamiin vammoihin hoitoa hakevilla on 30 %:n riski joutua uudelleen pahoinpidellyiksi seuraavan vuoden aikana. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa parisuhdeväkivaltaan menehtyneistä joka viides haki hoitoa parisuhdeväkivallan aiheuttamiin vammoihin henkirikosta edeltäneen vuoden aikana (6,7). Tulevaa henkirikosta ennustavia riskitekijöitä ovat aiemman pahoinpitelyn lisäksi muun muassa entisen puolison tekemä tai eroon liittyvä pahoinpitely, kuristaminen, aseiden käyttö pahoinpitelyssä, pahoinpitely raskauden aikana ja tappouhkaukset (8,9).

Tutkimusryhmämme kävi läpi 175 Helsingin tapaturmapäivystyksissä hoidettua parisuhdeväkivallan uhria yhden vuoden ajalta. Potilaista 146 hoidettiin perusterveydenhuollossa ja 29 erikoissairaanhoidossa (10,11).

Helsingin perusterveydenhuollon tapaturmapäivystyksissä rutiinimaisesti käytetty Pahoinpitely ja kehokartta -lomake (PAKE) antoi

poikkeuksellisen yksityiskohtaisen kuvan tehdystä väkivallasta ja siitä aiheutuneista vammoista (10,12). Vaikka perusterveydenhuollossa todetut vammat olivat tyypillisesti lieviä, esimerkiksi ruhjeita ja mustelmia, oli 60 % potilaista kokenut vakavaa väkivaltaa ja joka toisella

oli vähintään yksi tulevan henkirikoksen uhriksi joutumisen riskitekijä. Lähes 90 % käynneistä ajoittui päivystysaikaan. Tilanteen vakavuudesta huolimatta alle 20 % ohjattiin jonkinlaiseen tukipalveluun

tyypillisesti lastensuojeluun, ja vain 1 % potilaista oli asiakirjojen mukaan menossa turvakotiin.

Erikoissairaanhoidossa hoidetuilla potilailla todettiin vakavia ja jopa henkeä uhkaavia vammoja (10). Aiempien tutkimusten perusteella parisuhdeväkivallasta on katsottu aiheutuvan vammoja lähinnä pään, kasvojen ja yläraajojen alueelle, ja parisuhdeväkivallan uhrien on ajateltu olevan pääasiassa nuoria ja keski-ikäisiä naisia. Omassa aineistossamme vakavia vammoja todettiin kuitenkin kaikissa kehonosissa, ja potilailla oli tyypillisesti useita samanaikaisia vammoja eri puolilla kehoa. Niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakaan ei erottunut ”tyypillistä parisuhdeväkivallan uhria”, vaan potilaiden joukossa oli kaikenikäisiä naisia ja miehiä. PAKE-lomakkeen käyttö erikoissairaanhoidossa vaihteli, ja siksi vammoihin johtanut väkivalta oli usein kuvattu puutteellisesti.

Terveydenhuollon tehtävä on tunnistaa parisuhdeväkivalta, dokumentoida vammat uhrin

oikeusturvan varmistamiseksi ja ohjata hänet tukipalveluiden piiriin (13–15). Todellisuudessa parisuhdeväkivallan uhreille suunnattuja palveluita on vähän, vastuu niiden järjestämisestä on pitkälti kolmannella sektorilla ja niiden tarjonta vaihtelee paikkakuntaakohtaisesti. Turvakodit tarjoavat akuuttia kriisiapua ja suojaa (16). Sen sijaan avohoidon palvelut saattavat puuttua jopa täysin.

Vaitiolovelvollisuus rajoittaa tiedonkulkua viranomaisten välillä, sillä lastensuojelua lukuun ottamatta lääkärillä on yleensä oikeus olla yhteydessä muihin viranomaisiin vain potilaan luvalla (4,17,18). Koska suuri osa parisuhdeväkivallan uhreista ei tarvitse lääketieteellistä jatkohoitoa, on päivystyskäynti usein terveydenhuollon ainoa tilaisuus ohjata uhri jatkoavun piiriin. Käynnit ajoittuvat pääasiassa virka-ajan ulkopuolelle, jolloin selkeän hoitoketjun puuttuessa uhri jää helposti vaille apua.

Palveluketjun puutteellisuuden lisäksi ongelmana voi olla hoitohenkilökunnan vähäinen tietämys parisuhdeväkivallasta ja sen seurauksista. Parisuhdeväkivalta altistaa akuuttien vammojen lisäksi monille pitkäaikaisille terveysongelmille, kuten kroonisille kivuille, toiminnallisille sairauksille, mielenterveysongelmille, seksuaaliterveyden ongelmille ja raskauskomplikaatioille (19). Vaikutukset perheen lapsiin vastaavat lasten kaltoinkohtelun seurauksia, ja lastensuojeluilmoitus tulisikin tehdä aina, kun uhrilla tai tekijällä on alaikäisiä lapsia (18,20).

Parisuhdeväkivallan vuotuisten kustannusten on arvioitu Suomessa vertautuvan alkoholi-

haittoihin (21). Silti parisuhdeväkivaltaa käsitellään lääketieteen perusopinnoissa lähinnä oikeuslääketieteen näkökulmasta, eikä aihetta mainita lainkaan suomalaisissa kirurgian ja traumatologian oppikirjoissa. Aihe ei ole juuri lainkaan esillä ammatillisessa jatkokoulutuksessa. THL:n tarjoama maksuton Luo luottamusta – Puutu väkivaltaan -verkkokoulutus soveltuu myös terveydenhuollon ammattilaisille (22). Helsingin yliopistossa parisuhdeväkivallan uhrin kohtaamista on käsitelty osana ortopedian ja traumatologian opetusta vuodesta 2017. Toivottavasti vastaavaa kehitystä tapahtuu jatkossa muissakin tiedekunnissa.

Tapaturmapäivystykseen hakeutuvat parisuhdeväkivallan uhrit ovat suuren riskin potilasryhmä, jonka palveluita tulisi kehittää terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyönä. Mallia voisi ottaa esimerkiksi seksuaalisen väkivallan uhrien SERI-tukikeskuksista, joista väkivallan uhri saa saman katon alta lääketieteellisen hoidon ja oikeuslääketieteellisen näytteenoton lisäksi psykososiaalista tukea, tietoa kolmannen sektorin palveluista ja apua oikeusprosessin käynnistämiseen (23).

Palveluita tulisi olla saatavilla kaikkien laajan päivystyksen yksiköiden yhteydessä. Palvelutarjonnassa tulisi jatkossa huomioida kaikki parisuhdeväkivallan uhrit ikään ja sukupuoleen katsomatta, ja terveydenhuollon roolia parisuhdeväkivallan pitkäaikaisten terveyshaittojen ehkäisyssä tulisi vahvistaa. PAKE-lomake tulisi tuoda osaksi Terveysportin lomakkeita, ja päivystyspisteiden henkilökunnalle pitäisi tarjota koulutusta sen oikeaoppisesta käytöstä. ■



**ELISA HACKENBERG, LL, ortopedian ja traumatologian erikoistuva lääkäri**  
Tukielin- ja plastiikkakirurgia, Helsingin yliopisto ja Helsingin yliopistollinen sairaala

**VILLE SALLINEN, LKT, dosentti, vatsaelinkirurgian erikoislääkäri**  
Vatsakeskus, Helsingin yliopisto ja Helsingin yliopistollinen sairaala

**VIRVE KOLJONEN, LKT, dosentti, plastiikkakirurgian erikoislääkäri**  
Tukielin- ja plastiikkakirurgia, Helsingin yliopisto ja Helsingin yliopistollinen sairaala

### SIDONNAISUUDET

**Elisa Hackenberg:** Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (AO Foundation), luottamustoimet (Suomen Ortopedian ja Traumatologian Erikoistuvat lääkärit – SOTE ry, Hallituksen jäsen vuosina 2018–2019)

**Ville Sallinen:** Apuraha (Finska Läkaresällskapet, Vatsatautien tutkimussäätiö, Mary och Georg Ehrnrooth's stiftelse, Suomen Gastroenterologiyhdistys ry, Martti I. Turusen muistosäätiön yhdistys, Suomen kirurgiyhdistys, HYKS VTR-rahoitus), luentopalkkio/asiiantuntijapalkkio (Vantaan Kaupunki, Suomen Gastroenterologiyhdistys ry, Novartis, Helsingin yliopisto, Turun yliopisto), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Astellas)

**Virve Koljonen:** Luento-/asiiantuntijapalkkio (Merck), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Merkel cell carcinoma Advisory Board Meeting)

## KIRJALLISUUTTA

1. Kjaerum M. Prevalence of physical and sexual violence. Violence against women: an EU-wide survey. European Union Agency for Fundamental Rights 2014.
2. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, ym. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 summary report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention 2011.
3. Lehti M. Henkirikoskatsaus 2018. Helsingin yliopisto, kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutin katsauksia 28/2018.
4. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. www.finlex.fi.
5. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med* 2010;70:1011–8.
6. Campbell JC, O'Sullivan C, Roehl J, ym. Intimate partner violence risk assessment validation study: the RAVE study 2005. U.S. Department of Justice 2005.
7. Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, ym. Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Prev Med* 2001;33:373–80.
8. Campbell JC, Glass N, Sharps PW, ym. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse* 2007;8:246–69.
9. García L, Soria C, Hurwitz EL. Homicides and intimate partner violence: a literature review. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8:370–83.
10. Hackenberg EA, Sallinen V, Koljonen V, ym. Severe intimate partner violence affecting both young and elderly patients of both sexes. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2016;43:319–27.
11. Hackenberg EA, Sallinen V, Handolin L, ym. Victims of severe intimate partner violence are left without advocacy intervention in primary care emergency rooms: a prospective observational study. *J Interpers Violence* 2019. DOI: 10.1177/0886260519837649.
12. Noponen T. Arjen arvet: pahoinpitely- ja kehoarttalomake väkivaltatyön välineenä. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu 2007.
13. Davis JW, Sise MJ, Albrecht R, ym. American association for the surgery of trauma prevention committee topical updates: getting started, fall prevention, domestic violence, and suicide. *J Trauma* 2011;70:996–1001.
14. Payne-James JJ, Hinchliffe J. Chapter 4: injury assessment, documentation, and interpretation. Kirjassa: Stark MM, toim. *Clinical forensic medicine: a physician's guide*. 2. painos. Berliini: Springer Science+Business Media 2011, s. 134–67.
15. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization 2014. [www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/).
16. Ensi- ja turvakotien liitto [verkkosivu]. <https://ensijaturvakotienliitto.fi>.
17. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. www.finlex.fi.
18. Lastensuojelulaki 417/2007. www.finlex.fi.
19. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359:1331–6.
20. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C, ym. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics* 2006;117:e278–90.
21. Duvvury N, Callan A, Carney P, ym. Intimate partner violence: economic costs and implications for growth and development. Women's voice, agency, and participation research series. World Bank 2013.
22. Luo luottamusta – puutu väkivaltaan [verkkokoulu]. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2019. <https://verkkokoulu.thl.fi/web/puutu-vakivaltaan/>.
23. Bildjuschkin K, Nipuli S, toim. Seksuaaliväkivallan uhrin hoitoketju. HUS Seri-tukikeskuksen malli. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen ohjaus 10/2018.