

# Miten parisuhdeväkivalta näyttäytyy terveydenhuollossa

Parisuhdeväkivallan aiheuttamien vammojen tutkimus on tehtävä huolellisesti ja kaikki löydökset on dokumentoitava. Tutkimuksessa kuvataan puolison tai partnerin tekemää väkivaltaa, annettua hoitoa sekä kirjaamista terveydenhuollossa.

Aineisto (N=606) kerättiin erään sairaanhoitopiirin sähköisestä potilasrekisteristä.

Väkivaltatapaukset saatiin ICD-10 luokituksen lisäkoodien X85-Y09 avulla vuosina 2008–2011 ja päädiagnoosin T74.1 fyysinen pahoinpitely avulla vuosina 2008–2012. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Puoliso tai partneri oli väkivallan tekijänä 53 potilastapauksessa. Enemmistössä aineiston tapauksia uhri oli nuori nainen, tapahtuma-aikana yö ja väkivaltaan liittyi alkoholi. Väkivallan dokumentointi osoittautui puutteelliseksi, koska annetuista lisäkoodeista yli puolet ei vastannut potilaskertomusten sisältöä ja valtaosa T74.1 käynneistä oli merkitty ainoastaan varsinaisen päädiagnoosin mukaan.

**SALLA KIVELÄ, TUIJA LEPPÄKOSKI, JOONAS KÄLVINMÄKI, JANNE RUOHONIEMI,  
HANNU PUOLIJOKI, EIJA PAAVILAINEN**

## TUTKIMUKSEN TAUSTA

Perheväkivalta aiheuttaa inhimillisiä kärsimyksiä perheen sisällä ja ulkopuolella sekä kuormittaa terveydenhuollon palvelujärjestelmää (1). Parisuhteessa, perheessä ja muissa läheisissä ihmissuhteissa on kautta aikojen esiintynyt fyysistä ja henkistä väkivaltaa sekä alistamista. Väkivalta on usein piilotettua ja kotona tapahtuvaa, jolloin sen tunnistaminen on vaikeaa ja puuttumiskeinot vähäiset. (2, 3.) Fyysisten vammojen lisäksi perheväkivalta vaarantaa väkivaltaa kokeneiden lasten, vanhempien tai puolisoitten psyykkistä terveyttä, lisää kuolemanvaaraa, kasvattaa terveyseroja ja edistää ihmisten syrjäytymistä ja eriarvoisuutta (2). Raskaudenaikainen väkivalta vaarantaa myös sikiön hyvinvointia ja kehitystä suurentamalla riskiä keskenmenoihin, myöhäiseen äitiyshuollon asiakkaaksi tulemiseen, lapsen syntymiseen kuolleena, ennenaikainen synnytykseen sekä sikiövaurioihin ja alhaiseen syntymäpainoon (2, 4, 5).

Kaikesta Suomessa poliisiin tietoon tulleesta väkivallasta vuonna 2007 perheväkivallan osuus oli 12 %. Parisuhteessa tapahtuneita pahoinpitelyjä sekä henkirikoksen yrityksiä oli yhteensä 2741, joista 2363 (86 %) kohdistui naisiin ja 378

(14 %) miehiin. (6.) Parisuhdeväkivalta on yksi perheväkivallan muodoista, jossa väkivallan tekijänä on puoliso tai partneri. Viimeisimmän kansallisen rikosuhritutkimuksen mukaan naiset kokevat lievää väkivaltaa tai uhkailua nykyisen tai entisen kumppanin taholta enemmän kuin miehet, mutta vakavaluontoisemmassa fyysisessä väkivallassa ei ole kuitenkaan eroa miesten ja naisten välillä. (7.) Vain osa rikoksista tulee poliisiin tietoon. Danielssonin ja Salmen (8) tutkimuksessa naisiin kohdistuneista parisuhdeväkivaltatapauksista vain 10 % ja miehiin kohdistuneista 3 % tuli poliisiin tietoon. Fyysistä väkivaltaa kokeneista naisista 17 % oli hakeutunut terveydenhuoltoon vammojensa takia, mutta miehistä ei kukaan.

Naisuhritutkimukset osoittavat, että 15 vuotta täyttäneistä naisista noin 20 % on kokenut nykyisessä parisuhteessaan fyysistä väkivaltaa ainakin kerran (9, 10). Niemisen ym. (11) tutkimuksessa nuorista 18–20-vuotiaista miehistä 17 % oli joutunut kumppaninsa lyönnin kohteeksi. Viimeisimmän valtakunnallisen survey-tutkimuksen (N=3201) mukaan naiset ja miehet olivat kokeneet lähes yhtä paljon väkivaltaa tai sen uhkaa

kumppaniensa taholta. Noin 16 % heistä oli kokenut sitä vähintään kerran parisuhteessaan. (12.)

Viime aikoina on alettu kiinnittämään huomiota väkivallan monimuotoisuuteen, eri sukupuolten rooliin tekijöinä ja kohteina sekä samaa sukupuolta olevien parisuhteessa esiintyvään väkivaltaan (13, 14). Väkivaltaa kokeneet käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluita kuin muu väestö, jolloin terveydenhuollon ammattilaiset ovat avainasemassa parisuhde- ja muun perheväkivallan tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa (14, 15). Hoitojaksot ovat pidempiä ja hoitokulut suurempia kuin muilla potilailla keskimäärin ja heillä on useita eri diagnooseja (16, 17). Väkivalta on kliininen ja emotionaalinen haaste kaikille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka työssään tapaavat, tutkivat ja hoitavat parisuhdeväkivallan uhreja. Ohjeiden ja potilaan taustatietojen puute, potilaiden kokemus häpeä ja toimipaikan epäyhtenäiset käytännöt sekä kiire, asian arkaluontoisuus ja levoton työympäristö vaikeuttavat väkivallan tunnistamista ja siihen puuttumista. (15, 18.) Husson ym. (19) tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että terveydenhuoltohenkilöstöllä on taipumus kiinnittää huomio väkivallan aiheuttamiin vammoihin ja seurauksiin, mutta samalla ohitetaan väkivallan syyt ja taustat.

Kansainvälisten tutkimusten (20, 21) ja kansallisten suositusten mukaan parisuhdeväkivallan kirjaamista terveydenhuollossa tulee kehittää, koska siten voidaan todentaa vammojen olemassaolo ja taustat (22, 23). WHO:n suositusten mukaan terveydenhuoltohenkilöstön tulisi saada koulutusta parisuhdeväkivallan kirjaamisesta (24). Väkivallan vaikutusten tunnistaminen mahdollistaa paremman hoidon uhrien terveyden ja elämänlaadun parantamiseksi (21). Pelkästään fyysisten vammojen hoitaminen ei riitä vaan lisäksi tarvitaan panostusta ja kehittämistä väkivallan tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseen, koska tunnistamisen dokumentointi ja diagnoosointi ovat puutteellisia (25, 26). Yhtenäistä dokumentointikäytäntöä ei ole, mutta suositusten mukaan EU:n jäsenvaltioissa tulisi terveydenhuollossa kerätä tiedot ja kirjata jollain tavalla parisuhdeväkivallasta vähintään uhrin ikä ja sukupuoli, tekijän ikä ja sukupuoli, uhrin ja tekijän välinen suhde sekä väkivallan muoto. (22). Vammojen ja oireiden puutteellinen ja epäyhtenäinen dokumentointi heikentävät valtakunnallisten ja kansainvälisten tilastojen luotettavuutta ja käytökelpoisuutta (27) sekä vaikeuttavat hoidon seuranta ja kehittämistä.

ICD-10 Tautiluokitus on kansainvälinen, maailman terveysjärjestön (WHO) ylläpitämä kuolemansyitä, sairauksia, tapaturmia ja terveyspalveluiden käytön syitä kuvaava luokitus, jota sosiaali- ja terveysministeriö velvoittaa käyttämään potilasta koskeissa asiakirjoissa. ICD-10 jakautuu aakkosten mukaisesti luokkiin ja numeroituihin alaluokkiin. Luokkia käytetään diagnooseina erilaisista sairauksista ja vammoista. Katsomalla järjestelmästä tiettyjä diagnoosikoodia, saadaan tietoa väkivaltaa kohdanneiden potilaiden vammoista, mutta myös väkivallan tekijästä, ja tekotavasta. Varsinainen diagnoosi, joka ilmoittaa väkivallan aiheuttaman vamman on useimmiten luvusta XIX Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden aiheuttamat seuraukset (S00-T98). Luvun XX Vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt (V01-Y98) diagnoosit ovat lisäkoodeja, jotka ilmaisevat ulkoisia syitä eivätkä niiden aiheuttamia vaurioita. Tähän lukuun kuuluu ryhmä X85-Y09 Murha, tappo tai muu pahoinpitely, jonka diagnoosikoodien avulla voidaan merkitä väkivallan tekijä ja tekotapa. Tekijäksi voidaan koodien avulla merkitä puoliso tai partneri, vanhemmat, uhrin lapsi, tuttava tai ystävä, muu tai tuntematon suorittaja. Tapaturmat on rekisteröitävä sekä luvun XIX että luvun XX mukaan. (28, 29). ICD-10 diagnoosikoodia tarkastelemalla saadaan tietoa parisuhdeväkivallan toiminta- ja kirjaamiskäytännöistä sekä terveydenhuollossa tunnistetusta väkivallasta ja avun tarpeesta. Tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä väkivaltatyön interventioita ja kirjaamiskäytäntöjä.

## TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata parisuhdeväkivaltatilanteita, joissa väkivallan suorittajana on puoliso tai partneri terveydenhuollon sähköisten käyntitietojen ja potilaskertomusten avulla. Tavoitteena oli saada tietoa väkivaltatilanteista ja aiheutuneista vammoista, joiden avulla voidaan parantaa parisuhdeväkivaltaa kokeneiden potilaiden tunnistamista terveydenhuollossa. Toisena tavoitteena oli kehittää parisuhdeväkivallan kirjaamista tarkastelemalla tekijän ja tekotavan merkitsemiskäytäntöjä ICD-10 Tautiluokituksen lisäkoodien avulla. Tarkoituksena oli keskittyä vain parisuhdeväkivaltaan, mutta kirjaamisen vaihtelevuus ja osittain epäselvyys toi tarkasteluun myös muitakin väkivaltatilanteita.

## TUTKIMUSONGELMAT

1. Miten parisuhdeväkivalta kirjataan tekijän ja tekotavan mukaan sairaanhoitopiiriin tilastojen valossa vuosina 2008–2012?
2. Millaista sairaalassa ilmituleva parisuhdeväkivalta on luonteeltaan (väkivallan tekijät, tekotapa, potilaiden vammat, sukupuoli ja ikä)?
3. Mitä parisuhdeväkivaltaa kokeneiden hoito sisältää terveydenhuollossa?

## TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto (N=606) muodostui kahdesta eri osa-aineistosta, jotka poimittiin erään sairaanhoitopiiriin käyntitiedoista. Aineisto 1 muodostui lisäkoodien avulla (X85-Y09) merkityistä käyntitiedoista ja aineisto 2 päädiagnoosin T74.1 käyntitiedoista. Aineistoista tutkittiin edellä mainittujen ICD-10 diagnoosikoodien käyttöä tilanteissa, joissa väkivallan teon suorittajana oli puoliso tai partneri.

Aineistosta 1 vuosina 2008–2011, ryhmään X85-Y09 kuuluvia diagnooseja oli kirjautunut yhteensä 304 potilaalle (Taulukko 1). Tässä aineistossa puoliso tai partneri oli kirjattu väkivallan suorittajaksi 22 (7 %) potilaan kohdalla (Taulukko 2). Potilaskertomuksista kävi ilmi, että todellisuudessa ainoastaan kymmenen potilasta olivat kohdanneet parisuhdeväkivaltaa. Aineiston 1 ollessa pieni kerättiin sen lisäksi aineisto 2, jota tutkimuskysymyksiin pystyttiin vastaamaan.

Aineistossa 2 päädiagnoosin T74.1 (Fyysinen pahoinpity), käyntitietoja oli kirjautunut vuosina 2008–2012 yhteensä 302. Tämä diagnoosikoodi ei erottele väkivallan tekijää, joten ainoa mahdollisuus oli potilaskertomuksiin perehtyminen. Potilaskertomuksista kävi ilmi, että puoliso tai partneri osoittautui väkivallan teon suorittajaksi 46 (15 %) potilaan kohdalla (Taulukot 1 ja 2). Näistä potilaista kolme oli samoja mitä ensimmäisessä aineistossa, koska heille oli lisäksi merkattu tekijää ja tekotapaa ilmaiseva ulkoisen syyn diagnoosinumero ryhmästä X85-Y09. Lopullisen tutkimusaineiston muodosti 53 potilaan

aineisto (10 + 43), joissa puoliso tai partneri osoittautui väkivallan tekijäksi.

Potilaskäyntien sisältöön ja väkivallan piirteisiin perehdyttiin potilaskertomusten avulla. Käynteihin sisältyivät sekä päivystys- että vuodeosastohoitokäynnit. Tutkimusaineisto analysoitiin määrällisesti laskemalla eri käyntien ja potilaiden tunnuslukuja ja potilaskertomukset analysoitiin käyttäen laadullista sisällön analyysiä. Potilaskertomusten teksteistä haettiin systemaattisesti uhrin ja tekijän sukupuolta ja ikää sekä suhdetta toisiinsa, väkivallan tapahtuma-aikaa, tekotapaa sekä aiheutuneita vammoja.

Tutkimuslupa saatiin sairaanhoitopiiriin johtajailäkäkiriltä (70/2.5.2012 ja 92/4.6.2012), kuten rekisteritutkimuksia koskeva lupakäytäntö edellyttää silloin kun tutkimus koskee yhtä sairaanhoitopiiriä. Lupa- ja lausuntoikäntä selvitettiin perusteellisesti sekä THL:n, alueen eettisen toimikunnan että rekisteritutkimuksen asiantuntijoilta ja sivustoilta. Potilastietoja käsiteltäessä kiinnitettiin huomiota erityisesti potilaiden anonymiteetin säilyttämiseen poistamalla aineistosta kaikki potilaiden tunnistamiseen mahdollistavat tiedot kuten henkilötunnukset ja paikkakunnat. (30, 31.) Lisäksi tulosten raportoinnissa kiinnitetään erityistä huomiota siihen ettei yksittäisiä tapauksia voida tunnistaa.

## TULOKSET

### PARISUHDEVÄKIVALLAN ESIINTYVYYS SAIRAANHOITOPUIRIIN TILASTOISSA

Aineisto (N=606) muodostuu kahdesta eri aineistosta. Aineistossa 1 lisäkoodien avulla kirjattua parisuhdeväkivaltaa esiintyy sairaanhoitopiiriin tilastojen valossa vuosina 2008–2011 yhteensä 22 potilastapauksessa. Aineisto 2, jossa tarkasteltiin varsinaisen päädiagnoosikoodin T74.1 kirjaamista nosti potilaiden määrän yhteensä 68 (Taulukko 1). Tarkempi potilaskertomuksiin tutustuminen osoittaa dokumentoinnin olevan kuitenkin puutteellista ja virheellistä. 68 potilastapauksesta puo-

**Taulukko 1.**  
Tutkimusaineisto

	2008	2009	2010	2011	2012	n
X85-Y09 Murha, tappo tai muu pahoinpity (XX)	53	106	74	71	-	304
<b>Tekijänä puoliso tai partneri</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>22</b>
T74.1 Fyysinen pahoinpity (XIX)	85	52	57	50	58	302
<b>Tekijänä puoliso tai partneri</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>46</b>
<b>Yhteensä tekijänä puoliso tai partneri</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>68</b>

liso tai partneri osoittautui väkivallan tekijäksi 53 potilaan kohdalla, joka muodosti analysoitavan aineiston.

Aineistossa 1 on lisäkoodein diagnosoituja potilaita yhteensä 304 vuosina 2008–2011, joista puoliso tai partneri on merkitty väkivallan tekijäksi 22 (7 %) potilaan kohdalla (Taulukko 2). Potilaskertomusten lähempi tarkastelu osoitti, että 11 potilaalla väkivallan aiheuttaja ei diagnoosista huolimatta ollut puoliso tai partneri. Lisäksi yksi käynti ei liittynyt lainkaan väkivaltaan, joten aineistossa 1 oli lopulta ainoastaan kymmenen potilasta, jotka olivat kohdanneet

puolison tai partnerin suorittamaa väkivaltaa. Diagnoosikoodeja, jotka osoittivat uhrin ja tekijän välisen suhteen, olivat X99.0 (Murha, tappo tai muu pahoinpitely terävän esineen avulla suorittajana puoliso tai partneri) (n = 1) ja Y04.0 (Murha, tappo tai muu pahoinpitely ilman aseita suorittajana puoliso tai partneri) (n = 9). (Taulukot 2 ja 3). Potilaista miehiä oli kaksi ja naisia kahdeksan.

Aineistossa 2 varsinaisen päädiagnoosin (T74.1 Fyysinen pahoinpitely) avulla merkittyjä käyntejä on yhteensä 302 vuosina 2008–2012. Osa käynneistä on väkivallasta aiheutuneiden en-

## Taulukko 2.

Väkivallan tekijä (X85-Y09 ja T74.1)

	2008	2009	2010	2011	2012	n	%
<b>X85-Y09</b>							
<b>Puoliso tai partneri</b>	4	8	5	5		22	7
Tuttava tai ystävä	2	1	3	7		13	4
Muu suorittaja	10	9	8	10		37	12
Tuntematon suorittaja	6	17	14	6		43	14
Suorittajaa ei merkitty	31	69	44	43		187	62
Vanhemmat	-	2	-	-		2	1
<b>Yhteensä</b>	53	106	74	71		304	100
<b>T74.1</b>							
<b>Puoliso tai partneri</b>	11	9	6	10	10	46	16
Tuttava tai ystävä	16	9	7	5	8	45	16
Muu suorittaja	4	2	2	2	2	10	4
Tuntematon suorittaja	38	15	29	20	19	122	43
Suorittajaa ei merkitty	9	9	6	9	17	50	17
Entinen puoliso tai kumppani	2	2	3	3	-	10	4
<b>Yhteensä</b>	80	46	53	49	56	284	100
<b>Yhteensä X85-Y09 ja T74.1</b>	133	152	127	120	56	588	

## Taulukko 3.

Puolison tai partnerin tekemä väkivalta X85-Y09

	ICD-10	Merkitty diagnoosikoodi	Potilasasiakirjoissa todettu tekijäksi puoliso tai partneri
Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely hirttämällä, kuristamalla tai tukehduttamalla suorittajana puoliso tai partneri	X91.0	1	
Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely ampumalla pistoolilla tai revolverilla, suorittajana puoliso tai partneri	X93.0	1	
<b>Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely terävän esineen avulla suorittajana puoliso tai partneri</b>	<b>X99.0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely tylpän esineen avulla suorittajana puoliso tai partneri	Y00.0	1	
<b>Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely ilman aseita suorittajana puoliso tai partneri</b>	<b>Y04.0</b>	<b>14</b>	<b>9</b>
Lihaskäytön perustuva sukupuolinen väkivalta, suorittajana puoliso tai partneri	Y05.0	1	
Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely muilla määritetyillä tavoilla suorittajana puoliso tai partneri	Y08.0	1	
<b>Yhteensä</b>		<b>22</b>	<b>10</b>

sikäyntien jatkokontrollikäyntejä samoille potilaille, joten varsinaisia potilaita on yhteensä 284, joista miehiä 187 (66 %) ja naisia 97 (34 %). Potilaskertomusten lähempi tarkastelu osoitti että puoliso tai partneri oli mainittu väkivallan tekijäksi 46 potilaan kohdalla (16 %) (Taulukko 2), joista miehiä oli kaksi (4 %) ja naisia 44 (96 %). Potilaista kolme oli samoja mitä ensimmäisessä aineistossa, koska heille oli lisäksi merkattu tekijää ja tekotapaa ilmaiseva ulkoisen syyn diagnoosinumero ryhmästä X85-Y09.

Tapaturmat tulee rekisteröidä varsinaisen päädiagnoosin ja lisäkoodin avulla, mutta ainoastaan kolmelle (7 %) aineiston 2 potilasta oli merkitty päädiagnoosin lisäksi lisäkoodi. Lisäksi aineistojen (N=606) käynneistä 237 (40 %) kohdalla väkivallan tekijää ei ole mainittu lainkaan, jolloin tekijä sijoittuu ryhmään ”Suorittajaa ei merkitty”. 48 tapauksesta (8 %) tekijäksi on merkattu ”Muu suorittaja”, joka osoittautui aineistossa 2 useimmiten lähisukulaiseksi (vanhempi, sisarus tai oma lapsi) tai ravintolan vahtimesariksi.

#### SAIRAALASSA ILMITULEVAN PARISUHDEVÄKIVALLAN LUONNE

Aineistoista (N=606) puoliso tai partneri osoittautui väkivallan tekijäksi 53 (9 %) potilaan kohdalla. Väkivaltaa kokeneista potilaista 49 (92 %) oli naista ja 4 miestä (8 %). Yli puolet (53 %) väkivallasta tapahtuu alle 40-vuotiaille naisille ja useimmiten (70 %) yöaikaan (Taulukko 4). Naispotilaista kaksi oli raskaana väkivallan tapahtumahetkellä. Naisiin kohdistuneessa väkivallassa tekijäksi oli useimmiten kirjattu miespuolinen avo- tai aviopuoliso tai mies-/poikaystävä. Lisäk-

si yhdessä tapauksessa tekijänä oli oma tyttöystävä. Joka neljäs naispotilaista (27 %) mainitsi kokeneensa aikaisemmin puolison tai kumppanin aiheuttamaa väkivaltaa. Miehiin kohdistuneessa väkivallassa tekijänä oli kolmessa tapauksessa vaimo ja yhdessä oma poikaystävä. Miespotilaat olivat yhtä lukuun ottamatta yli 40-vuotiaita. Tekijän tai potilaan alkoholin käyttö oli mainittu joka viidennessä (23 %) potilaskertomuksessa.

Väkivallan tekotapoja oli käytetty useita. Yli puolessa (57 %) väkivaltilanteessa tekijä oli käyttänyt useampaa kuin yhtä tekotapaa. Yleisimmät väkivallan tekotavat olivat lyöminen päähän tai kasvoihin (21 %), tarttuminen tai kiinni pitäminen (14 %), heitteleminen tai paiskominen (13 %), kuristaminen (11 %) sekä potkiminen vartaloon (10 %). Väkivallan aiheuttamista vammoista mainittiin selkeästi 21 potilaan (40 %) kohdalla. Eniten vammoja oli kasvojen ja pään alueella (40 %). Lähes neljäsosa (22,5 %) vammoista oli kipuja kasvojen tai pään alueella ja muuhun vartaloon kohdistuvia vammoja (22,5 %). Lisäksi oli kipua eri puolilla muuta vartaloa (15 %). Psykkisinä oireina mainittiin univaikkeudet ja painajaisunet sekä ahdistuneisuus ja pelko.

Aineiston 1 potilaskertomuksista pystyttiin analysoimaan myös potilaiden saamaa sairaalahoitoa. Vammojen hoidossa oli useimmiten tehty erilaisia radiologisia tutkimuksia, mitattu vitaalinelintoimintoja, otettu verikokeita sekä tehty haa- vahoittoja. Usein oli annettu myös kipulääkkeitä ja muutamalle aivotärähdyssurantaohjeet. Yhdessä tapauksessa vammakohdat oli kuvattu digitaalikameran avulla. Kymmenestä potilaasta neljä jäi sairaalahoitoon, joista kolmelle suoritet-

#### Taulukko 4.

Potilaiden ikä ja tapahtuma-aika (X85-Y09 ja T74.1)

Pahoinpidelty potilas	2008	2009	2010	2011	2012	n	%
<b>Potilas, mies</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
Alle 40v miehet	-	-	1	-	-	1	2
Yli 40v miehet	2	-	-	1	-	3	6
<b>Potilas, nainen</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>49</b>	<b>92</b>
Alle 40v naiset	7	4	2	9	6	28	53
Yli 40v naiset	5	6	3	3	4	21	39
<b>Tapahtuma-aika</b>							
Aamu	-	-	-	3	1	4	8
Päivä	-	-	-	2	-	2	4
Iltä	-	2	-	2	2	6	10
Yö	11	8	6	5	7	37	70
Ei mainittu	3	-	-	1	-	4	8

tiin leikkaustoimenpide. Leikkaustoimenpiteitä vaativat rintakehän puukotusvammat sekä pään ja kasvojen alueen ja raajan murtumat. Lisäksi yksi potilas siirtyi terveyskeskuseurantaan.

Psykkisestä voinnista ja jaksamisesta oli maininta seitsemän potilaan kohdalla, joista viidessä oli tarjottu apua väkivaltilanteen selvittelyyn ja jaksamisen tukemiseen sairaalan erityistyöntekijöiden osaamisen avulla. Sairaalahoiton jälkeen kontrollikäyntejä erikoissairaanhoidossa oli kolmella potilaalla. Kontrollikäyntejä oli yhdestä kymmeneen ja yhden potilaan kohdalla oli jouduttu reoperaatioon kahdesti. Yhdelle potilaalle oli jäänyt väkivallasta pysyvä fyysinen vamma. Lisäksi kaksi potilasta hakeutui sairaalahoidon jälkeen uudelleen jatkohoitoon pahoinpitelystä seuranneen kivun ja psyykkisen oireilun takia.

## POHDINTA

Tutkimus osoittaa diagnoosien huolellisen dokumentoinnin olevan puutteellista parisuhdeväkivaltatapauksissa. Aineiston 1 lisäkoodien avulla merkityistä 22 potilaasta vain 10 osoittautui puolison tai partnerin tekemäksi väkivallaksi, koska 11 potilaan kohdalla tekijäksi osoittautui joku muu ja yksi käynti ei liittynyt lainkaan väkivaltaan. Aineisto 2 toi 46 parisuhdeväkivaltatapusta lisää, joista ainoastaan kolmelle oli varsinaisen päädiagnoosin lisäksi merkitty vaadittu lisäkoodi ilmentämään väkivallan tekijää, joten nämä käynnit löytyivät myös aineistosta 1. Jos puuttuvat lisäkoodit olisi merkitty 43 potilaan käynteihin, olisivat ne myös tilastoituneet puolison tai partnerin tekemäksi väkivallaksi potilasrekisteriin. Suomessa on tutkittu yleisesti ulkoisen syyn diagnoosinumeroiden käyttöä. Lunettan ym. tutkimuksessa (32) lähes joka neljästä (23 %) potilaskäynnistä, jonka päädiagnoosiksi oli merkitty jokin vammadiagnoosi, puuttui ulkoisen syyn diagnoosinnumero. Parisuhdeväkivallan tunnistaminen vaatii huolellista esitietojen selvittämistä sekä rohkeutta kysyä ja epäillä väkivallan mahdollisuutta. Lisäkoodien merkitystä päädiagnoosien merkitsemisen lisäksi tulisi korostaa ja niiden merkitsemiseen panostaa, jotta parisuhdeväkivalta saataisiin nykyistä kattavammin tilastoitua terveydenhuollossa. Parisuhdeväkivallan näkyväksi tekeminen tilastojen avulla edesauttaa terveydenhuollon henkilökuntaa väkivallan tunnistamisessa, oikeaan syyhyn ja sen taustoihin puuttumista sekä väkivallan kierteen katkaisemisessa ja sen uusiutumisen ehkäisemisessä. Parisuhdeväkivallan piirissä elää lisäksi myös lapsia, joiden

hyvinvointiin tulee kiinnittää huomiota. Parisuhdeväkivallan näkeminen ja kuuleminen altistaa lapset epäsuoralle tai henkiselle väkivallalle, joka vaarantaa heidän hyvinvointiaan ja terveyttään vähintään yhtä paljon kun muutkin väkivallan muodot. (33.)

Lisäkoodeissa on itsessäänkin puutteita. Niiden avulla tekijäksi voidaan merkata nykyinen puoliso tai kumppani, mutta entisten puolisoitten ja kumppaneiden aiheuttama väkivalta rajautuu aineistosta kokonaan pois, koska sille ei ole omaa koodia. Aineistossa 2 huomattiin nykyisen puolison tai partnerin aiheuttaman väkivallan lisäksi kymmenen potilasta, joiden kertomusteksteissä väkivallan tekijäksi oli kirjattu entinen puoliso tai kumppani. On myös mahdollista että puolison tai kumppanin tekemää väkivaltaa kirjautuu ”Suorittajaa ei merkitty” –ryhmään, koska väkivallan tekijää ei ole mainittu kaikissa käynneissä.

Tässä tutkimuksessa analysoitiin tapauksia yhden sairaanhoitopiiriin alueella, joten sen perusteella ei voida suoraan arvioida valtakunnallista tilannetta. Tutkimustulokset antavat aihetta pohdita asiaa myös valtakunnallisesti. Tiedetään kuitenkin, että diagnoosien asianmukainen dokumentointi on parisuhdeväkivaltaan liittyvissä potilastapauksissa puutteellista kansainvälisestikin (21). Täsmällinen, selkeä ja kattava dokumentointi lisää maailmanlaajuisesti parisuhdeväkivallan havaitsemista (20, 21, 34.) ja väkivallasta aiheutuneiden vaikutusten tunnistaminen mahdollistaa paremman hoidon potilaiden terveyden ja elämänlaadun parantamiseksi (21). Tunnistamatta jäänyt parisuhdeväkivalta lisää inhimillistä kärsimystä, vakavan vammautumisen tai kuolemaan johtavan väkivallan riskiä, mutta kuormittaa myös merkittävästi terveydenhuoltoa (15).

Puolison tai partnerin tekemä väkivalta muodostaa vain pienen osan väkivaltaa kokeneista potilaista käyntitietojen mukaan, mutta Leppäkosken ym. (35) tutkimuksessa terveydenhuollon työntekijöistä yli 90 % ilmoitti hoitaneensa parisuhdeväkivaltaa kokeneita naispotilaita ja joka kolmas työntekijä kohtasi kuukausittain parisuhdeväkivaltaa kokeneita mies- tai naispotilaita. Kirjaamisen haasteita ovat mahdollisesti kiire, parisuhdeväkivallan tunnistamisen vaikeus tai diagnoosikoodien suuri määrä. Lisäkoodien käytön opettamiseen pitäisi kiinnittää enemmän huomioita (32). Diagnoosijärjestelmä kattaa kuitenkin ainoastaan sairaalahoitoon tulleet potilaat, jotka muodostavat vain jäävuoren huipun väkivallan uhreista (36, 37).

Aineistoissa parisuhdeväkivaltaa kokeneista enemmistö oli nuoria naisia ja väkivalta tapahtui yöaikaan. Lisäksi alkoholin käyttö mainittiin usean uhrin tai tekijän kohdalla. Tutkimus vahvistaa aikaisempia tutkimustuloksia. Parisuhdeväkivaltaa kokenut potilas on useimmiten nuori alle 40-vuotias nuori nainen (17, 20, 34, 38, 39), jonka pahoinpitelijänä on yleensä puoliso tai elämänkumppani ja tapahtumapaikkana koti, mutta pahoinpitelijöinä voivat olla myös aikaisemmat kumppanit (34, 40). Alkoholin käyttö lisää sekä naisten että miesten väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä (41). Sairaalaan tulosyynä on usein näkyvä, päähän kohdistunut fyysinen vamma (16, 17, 38) ja vammoihin annetaan hoitona useimmiten kipulääkkeitä, haavahoitoa sekä suoritetaan erilaisia radiologisia tutkimuksia (21). Fyysiset vammat pystytään kuvaamaan diagnoosien avulla mutta valtaosa väkivallan aiheuttamista sairaalakäynneistä ei liity fyysisiin vammoihin (16, 17). Fyysisten vammojen ohella on selkeästi riski psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin (39).

Puolison tai partnerin aiheuttama väkivalta tulee yhteiskunnalle kalliiksi, koska osa potilaista jäi osastohoitoon aiheutuneiden vammojen takia. Lisäksi vammat vaativat leikkaustoimenpiteitä, sovittuja kontrollikäyntejä sekä aiheuttivat uusia käyntejä väkivallasta myöhemmin ilmenneiden uusien oireiden takia. Osalla potilaista oli myös väkivaltaan liittyneitä aikaisempia sairaalakäyntejä ja aiheutuneiden vammojen kontrollikäyntejä. Naisiin kohdistuva väkivalta maksoi Suomessa vuonna 1998 terveydenhuollolle 6,7 miljoonaa, sosiaalitoimelle 14,8 miljoonaa ja oikeusjärjestelmälle 26,6 miljoonaa euroa (42).

Tämän tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää tutkimusaineiston suppeutta (N = 606) ja aineiston keruun keskittymistä vain yhden sairaanhoitopiirin alueelle. Toisaalta tutkimustulokset saavat tukea suomalaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista (20, 21, 43) joiden mukaan diag-

noosimerkinnot ovat osoittautuneet kansallisesti ja kansainvälisesti puutteellisiksi.

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Parisuhdeväkivaltaa kokeneiden potilaiden määrä terveydenhuollossa on suurempi kuin diagnoosien perusteella näyttää. Päädiagnoosin avulla ilmoitetaan väkivallan aiheuttama vamma, mutta sen lisäksi tulisi käyttää lisäkoodia, joka mahdollistaa väkivallan tekijän ja tekotavan tilastoinnin. Lisäkoodien käyttö on puutteellista ja osin virheellistä. Tämän tutkimuksen perusteella suosituksena on:

1. Väkivallan tunnistamiseksi on entistä enemmän kiinnitettävä huomiota potilaiden taustatietojen selvittämiseen ja huolelliseen kirjaamiseen koko hoitajakson ajan. Tällä tavoin voidaan varmistaa hyvä hoito, jolla on vaikuttavuutta potilaan toipumiseen. Lisäksi voidaan mahdollisesti vaikuttaa potilaan elämäntilanteen parantumiseen. Kun väkivaltatilanne saadaan selville, potilasta voidaan auttaa laajemmin kuin vain korjaamalla fyysinen vamma.
2. Lisäkoodien merkitystä päädiagnoosien merkitsemisen lisäksi tulisi korostaa terveydenhuollon ammattilaisten, erityisesti lääkärin koulutuksessa ja niiden merkitsemiseen panostaa, jotta parisuhdeväkivalta saataisiin kattavammin tilastoitua terveydenhuollossa. Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten osalta toteutetun hoidon kirjaamisen kehittäminen ja siihen liittyvän koulutuksen tehostaminen on välttämätöntä.

Tunnistetun parisuhdeväkivallan avulla pystytään kohdistamaan resursseja ja toimia niihin asioihin, joiden avulla väkivaltaa voidaan vähentää ja sen eri osapuolia hoitaa yhteisesti sovittujen toimintatapojen mukaisesti. Näin voidaan lisätä yksilöiden, perheiden ja koko yhteiskunnan hyvinvointia.

The examination of the injuries of intimate partner violence has to be done carefully and all the findings must be documented. Intentional injuries require using the essential code of the injury but also using the external cause of injury code. This study was conducted to describe the features, given care and the documentation of patients of intimate partner violence in health care.

The sample (N=606) consisted of one health care district's electronic medical records of 304 patients with the external cause of injury codes X85-Y09 during the years 2008–2011 and 302 patients visits with the T74.1 physical abuse code

during the years 2008–2012. The data was analysed with content analysis.

Of the patients subjected to violence, 53 cases were spouse or partner related and the violence was diverse. Both men and female patients needed hospital visits. Gender (female), young age, alcohol and night time increased the risk of intimate partner violence. However, the coding was insufficient because more than half of the X85-Y09 external cause of injury codes and the electronic medical records didn't match and major part of the T74.1 visits were coded only using the essential code of the injury.

## KIRJALLISUUS

- (1) Flinck A, Lindholm T. Perheväkivalta on jokaista koskettava kansanterveysongelma. *Pro terveys* 2009;3:14–15.
- (2) Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, ym. (toim.) Väkivalta ja terveys maailmassa WHO:n raportti. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy; 2006. Luettu 10.3.2014. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world-report/full\\_fi.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world-report/full_fi.pdf)
- (3) Ruohonen M. Perhe- ja lähisuhdeväkivallan vastaisen työn kehitys Suomessa. Kirjassa: Perhe- ja lähisuhdeväkivalta. Auttamisen käytäntöjä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto; 2006, 6–30.
- (4) Naim N. Association Between Domestic Violence and miscarriage: A population-based cross-sectional study among women of childbearing ages, Sivas, Turkey. *Women & Health* 2014;54:425–438.
- (5) Sarkar N. The cause and consequence of domestic violence on pregnant women in India. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2013;33:250–253.
- (6) Salmi V, Lehti M, Sirén R, ym. Perheväkivalta Suomessa. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Verkkokatsauksia 12/2009. Luettu 11.1.2015. [http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/nuKSiym7/12.Perhev\\_v\\_Suomessa.pdf](http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/nuKSiym7/12.Perhev_v_Suomessa.pdf)
- (7) Danielsson P, Salmi V, Sirén R. Suomalaiset väkivallan ja omaisuusrikosten kohteena 2013 – Kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksia. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Verkkokatsauksia 37/2014. Luettu 28.3.2015. [http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/v3hwqnK6j/verkkok37\\_Danielsson\\_Salmi\\_Siren\\_2014.pdf](http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/v3hwqnK6j/verkkok37_Danielsson_Salmi_Siren_2014.pdf)
- (8) Danielsson P, Salmi V. Suomalaisen kokema parisuhdeväkivalta 2012 – Kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksia. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Verkkokatsauksia 34/2013. Luettu 28.3.2015. [http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/EQaFYce0V/34\\_parisuhdevakivalta.pdf](http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/EQaFYce0V/34_parisuhdevakivalta.pdf)
- (9) Heiskanen M, Piispa M. Usko, toivo, hakkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Tilastokeskus 1998. Tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Helsinki: Edita Ab; 1998.
- (10) Piispa M, Heiskanen M, Kääriäinen J, ym. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen (HEUNI) julkaisuja 225. 2006. Luettu 3.1.2015. [http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/tutkimuksia-sarja/qxNJT0ej1/225\\_Piispa\\_Heiskanen\\_Kaariainen\\_Siren\\_2006.pdf](http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/tutkimuksia-sarja/qxNJT0ej1/225_Piispa_Heiskanen_Kaariainen_Siren_2006.pdf)
- (11) Nieminen J, Heloma A, Pihlajamäki H. Myös nuoret miehet joutuvat parisuhdeväkivallan uhreiksi. *Suom Lääkäril* 2008;63:147–52.
- (12) Heiskanen M, Ruuskanen E. Tuhansien iskujen maa. Miesten kokema väkivalta Suomessa. The European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI). Report no.66. 2010. Luettu 10.3.2014.
- (13) <http://www.heuni.fi/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&SSURlapptype=BlobServer&SSURcontainer=Default&SSURsession=false&blobkey=id&blobheadervalue=1=inline;filename=Fullreport66.pdf&SSURIsscontext=SatelliteServer&blobwhere=1319552431923&blobheadername1=ContentDisposition&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
- (14) Putkonen H. Suomalaisen naisten väkivalta. *Duodecim* 2011;127:1212–18.



- (15) Leppäkoski T, Paavilainen E. Triangulation as a method to create a preliminary model to identify and intervene in intimate partner violence. *Applied Nursing Research* 2012;25:171–80.
- (16) Notko M, Holma J, Husso M, ym. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 2011;127:1599–1606.
- (17) Ulrich Y, Cain K, Sugg N, ym. Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *Am J Prev Med* 2003;24:9–15.
- (18) Kothari C, Rhodes K. Missed opportunities: Emergency department visits by police-identified victims of intimate partner violence. *Ann Emerg Med* 2006;47:190–199.
- (19) Leppäkoski T, Flinck A, Paavilainen E, ym. Parisuhdeväkivalta – tunnistaminen, puuttuminen ja koulutustarpeet. *Tutkiva Hoitotyö* 2010;4:29–35.
- (20) Husso M, Virkki T, Notko M, ym. Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social Care in the Community* 2012;20:347–55.
- (21) Schafer S, Drach L, Hedberg K, ym. Using diagnostic codes to screen for intimate partner violence in Oregon emergency departments and hospitals. *Public Health Rep* 2008;123:628–35.
- (22) Btoush R, Campbell J, Gebbie K. Care provided in visits coded for intimate partner violence in a national survey of emergency departments. *Womens Health Issues* 2009;19:253–62.
- (23) Ruuskanen E, Aromaa K. E. European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI). Directorate General of Human Rights and Legal Affairs, Council of Europe 2008. Luettu 20.2.2014. [http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW\\_DC\(2008\)Study\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW_DC(2008)Study_en.pdf)
- (24) Tunnista, turvaa ja toimi. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy suositukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja; 2008.
- (25) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines 2013. Luettu 11.1.2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf)
- (26) Rudman W, Davey D. Identifying domestic violence within inpatient hospital admission using medical records. *Women Health* 2000;30:1–13.
- (27) Brusila P. Parisuhdeväkivallan kohtaaminen vastaanotolla. *Duodecim* 2008;124:50–55.
- (28) Rauhala A, Linna M. Diagnoosien kirjaaminen erikoissairaanhoidossa – kuvaavatko tilastot hoito- vai kirjauskäytäntöjä? *Suom Lääkäril* 2007;62:2785–90.
- (29) Komulainen J (toim.). Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Luettu 27.3.2015.
- (30) [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/70398/URN\\_ISBN\\_978-952-245-511-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/70398/URN_ISBN_978-952-245-511-6.pdf?sequence=1)
- (31) Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. THL. Tautiluokitus ICD-10 2011. Luettu 20.2.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19>
- (32) Rekisteritutkimuksen tietosuojaopas tutkijoille ja tietopyyntöjä käsitteleville viranomaisille. Tietosuojavaltuetun toimisto. Luettu 20.2.2014. [http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaltuetun/tietosuojavaltuetuntoimisto/opaat/6JfqBT5i3/Rekisteritutkimuksen\\_tietosuojaopas\\_tutkijoille\\_ja\\_tietopyyntoja\\_kasitteleville\\_viranomaisille.pdf](http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaltuetun/tietosuojavaltuetuntoimisto/opaat/6JfqBT5i3/Rekisteritutkimuksen_tietosuojaopas_tutkijoille_ja_tietopyyntoja_kasitteleville_viranomaisille.pdf)
- (33) Tietosuoja ja tieteellinen tutkimus henkilötietolain kannalta. Tietosuojavaltuetun toimisto. Luettu 20.2.2014. [http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaltuetun/tietosuojavaltuetuntoimisto/opaat/6JfqJGExr/Tietosuoja\\_ja\\_tieteellinen\\_tutkimus\\_henkilotietolain\\_kannalta.pdf](http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaltuetun/tietosuojavaltuetuntoimisto/opaat/6JfqJGExr/Tietosuoja_ja_tieteellinen_tutkimus_henkilotietolain_kannalta.pdf)
- (34) Lunetta P, Impinen A, Lounamaa A. Underreporting of external cause codes in the Finnish Hospital Discharge Register. *Scand J Public Health* 2008;36:870–74.
- (35) Norman R, Byambaa M, Butchart A, ym. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 2012;9:e1001349.
- (36) Biroscak B, Smith P, Rozonowski H, ym. Intimate partner violence against women: findings from one state’s ED surveillance system. *J Emerg Nurs* 2006;32:12–16.
- (37) Leppäkoski T, Flinck A, Paavilainen E. Assessing and Enhancing Health Care Providers’ Response to Domestic Violence. *Nursing Research and Practice* 2014. Article ID 759682. Doi:10.1155/2014/759682
- (38) O’Donnell M, Nassar N, Leonard H, ym. Rates and types of hospitalisations for children who have subsequent contact with the child protection system: a population based case-control study. *J Epidemiol Community Health* 2009;64:784–88.
- (39) O’Donnell M, Nassar N, Leonard H, ym. Monitoring child abuse and neglect at a population level: Patterns of hospital admissions for maltreatment and assault. *Child Abuse Negl* 2010;34:823–32.
- (40) Nannini A, Lazar J, Berg C, ym. Physical injuries reported on hospital visits for assault during the pregnancy-associated period. *Nurs Res* 2008;57:144–49.
- (41) Bonomi A, Anderson M, Reid R, ym. Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med* 2009;169:1692–97.
- (42) Weiss H, Ismailov R, Lawrence B, ym. Incomplete and biased perpetrator coding among hospitalized assaults for women in the United States. *Inj Prev* 2004;10:119–21.
- (43) Toikkanen U. Vakavaa perheväkivaltaa käyttää perheessä yleensä mies. *Suom Lääkäril* 2009;64:786–87.

- (44) Piispa M, Heiskanen M. Väkivallan hinta. Naisiin kohdistuvan väkivallan kustannukset Suomessa. Tilastokeskus. Helsinki. 2000.
- (45) Tupola S, Kallio P. Lasten fyysinen pahoinpitely –diagnostiikka, menettelytavat ja seuranta. Suom Lääkäril 2004;59:3749–55.

**SALLA KIVELÄ**

*TtM, TtT-opiskelija*  
*Tampereen yliopisto,*  
*Terveystieteiden yksikkö*

**TUIJA LEPPÄKOSKI**

*TtT, post-doc-tutkija*  
*Tampereen yliopisto*  
*Terveystieteiden yksikkö*  
*Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri*

**JOONAS KÄLVINMÄKI**

*Sosionomi (AMK), projektityöntekijä*  
*Tampereen yliopisto*  
*Terveystieteiden yksikkö*

**JANNE RUOHONIEMI**

*Tietotekniikan insinööri (AMK),*  
*tietojärjestelmäasiantuntija,*  
*Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri*

**HANNU PUOLIJOKI**

*LT, professori, johtajaylilääkäri*  
*Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri*

**EIJA PAAVILAINEN**

*TtT, professori*  
*Tampereen yliopisto*  
*Terveystieteiden yksikkö,*  
*Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri*