

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy Keski-Suomen kunnissa

Haastattelututkimus kuntien toteuttamasta
lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisystä

Ulla Frantti-Malinen

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2015

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Frantti-Malinen Ulla	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 11.06.2015
	Sivumäärä 98	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy Keski-Suomen kunnissa Haastattelututkimus kuntien toteuttamasta lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisystä		
Koulutusohjelma Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Sirpa Tuomi, Carita Kuhanen		
Toimeksiantaja(t) Mauno Vanhala, perusterveydenhuollon yksikkö, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä <p>Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytöiden toteutumista keski-suomalaisissa kunnissa. Tarkoituksena oli kartoittaa johtaville viranhaltijoille suunnatun haastattelututkimuksen avulla lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kansallisten suositusten toteutumista Keski-Suomessa. Tutkimus oli määrällinen tutkimus ja se toteutettiin kuntien johtaville viranhaltijoille suunnattuna haastattelututkimuksena 20.9.2013-12.3.2014 välisenä aikana. Haastattelututkimuksen pohjana käytettiin Terveyden edistämisen laatusuosituksia (2006) sekä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kansallisia suosituksia.</p> <p>Tulokset osoittivat, että lähisuhde- ja perheväkivallan kansallisten suositusten toimeenpano ei ollut toteutunut Keski-Suomessa. Haastatteluun vastanneilta kunnilta puuttuivat lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategiat ja painoalueet, jotka perustuisivat paikallisiin terveys- ja hyvinvointitarpeisiin. Lähisuhde- ja perheväkivallan strategioiden ohjaus ja johtaminen sekä toiminnan koordinaatio puuttuivat. Myös rakenteellinen työ oli kesken kunnissa. Tulosten mukaan hyvinvointijohtamista ja -osaamista tulisi kehittää lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytöissä ja henkilöstön osaamisen jatkuva kehittäminen tulisi varmistaa. Palvelujen saatavuus oli epätasaista ja erityisesti riskiryhmien palvelujen saatavuus oli heikkoa Keski-Suomessa. Kunnan asukkailla ei ollut mahdollisuutta osallistua palveluiden kehittämiseen. Tutkimus liittyi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Läheisväkivallan ehkäisyn kansallinen osaamiskeskus -hankkeen (2012-2014) alkuarviointiin. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan arvioida lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategioiden ja osaamisen kehittymistä Keski-Suomessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueellisissa suunnitelmissa ja strategioiden suunnittelussa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Lähisuhde- ja perheväkivalta, parisuhdeväkivalta, kaltoinkohtelu, lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, hyvinvointijohtaminen		
Muut tiedot		



Author(s) Frantti-Malinen Ulla	Type of publication Master's Thesis	Date 11.06.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 98	Permission for web publication: x
Title of publication The Prevention of Interpersonal and Domestic Violence in the Municipalities of Central Finland Interview Survey of municipalities from adopting domestic and family violence prevention work		
Degree programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) Sirpa Tuomi, Carita Kuhanen		
Assigned by Vanhala Mauno, Primary Health Care Unit, The Central Finland Health Care District		
Abstract The aim of this study was to examine the implementation of domestic and family violence prevention work in the municipalities of Central Finland. The purpose was to assess the status of the related national recommendations in Central Finland by using an interview survey addressed to senior office-holders. The study was a quantitative study, and it was carried out during the period 20 th Sept 2013-12 th March 2014. The survey was based on the Quality Recommendations for Health Promotion (2006) as well as the national recommendations related to domestic and family violence prevention. The results showed that the national recommendations had not been implemented in Central Finland. According to the respondents' answers, the municipalities lacked domestic and family violence prevention strategies and priorities that would be based on local health and wellness needs. Strategic control and management as well as operational coordination in domestic and family violence issues were missing. Moreover, the structural work was unfinished in the municipalities. According to the results, welfare leadership and expertise should be developed in domestic and family violence prevention, and a continuous development of the staff's expertise should be ensured. The availability of services was uneven, and it was particularly weak for high-risk groups in Central Finland. Furthermore, local residents had no opportunities to participate in the development of the services. This study was part of the initial assessment related to a project (2012-2014) run by the Central Finland Health Care District aiming to establish a national centre of excellence of family and domestic violence prevention. The results of the study can be used in assessing the development of interpersonal and domestic violence prevention strategies and expertise in Central Finland. The results of the study can also be utilized in regional health and welfare promotion plans and strategies.		
Keywords/tags (subjects) Interpersonal and domestic violence, intimate partner violence, maltreatment, intimate partner and family violence prevention, promotion of health and well-being, wellness management		
Miscellaneous		

Sisällys

1 JOHDANTO	3
2 LÄHISUHDE- JA PERHEVÄKIVALTA	6
2.1 Lähisuhde- ja perheväkivallan määrittely	6
2.2 Lähisuhde- ja perheväkivalta Suomessa	9
2.3 Lapsiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta Suomessa.....	12
2.4 Ikäihmisiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta Suomessa	15
3 LÄHISUHDE- JA PERHEVÄKIVALLAN EHKÄISYTYÖ	18
3.1 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn lainsäädäntö ja kansallinen ohjaus	18
3.2 Kansalliset lähisuhdeväkivallan vähentämisen tavoitteet	22
3.3 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strateginen ohjaus ja rakenteet kunnissa	24
3.4 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn osaamisen kehittäminen	29
3.5 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön toteutuminen selvitysten mukaan.....	32
4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	38
5 TOTEUTUS	39
5.1 Tutkimusmenetelmä	39
5.2 Haastattelulomakkeen laadinta	41
5.3 Aineiston keruu ja analysointi.....	43
6 TULOKSET	46
6.1 Toimintaympäristön kuvaus	46
6.2 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strateginen suunnittelu, johtaminen ja rakenteiden toimeenpano kunnissa	49
6.2.1 Lähisuhdeväkivallan ehkäisyn suunnitelma ja tavoitteet kunnissa	49
6.2.2 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn paikallinen johtaminen ja rakenteet kunnissa	52
6.3 Terveyttä edistävät elinympäristöt, yhteistyö ja osallistuminen.....	56
6.4 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön osaaminen.....	58
6.5 Lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelut kunnissa	60
6.6 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn seuranta ja arviointi	64
7 POHDINTA.....	66
7.1 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategia ja johtaminen kunnissa	66
7.2 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn seuranta ja arviointi	70
7.3 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn rakenteet kunnissa	72
7.4 Kuntien tiedottamis- ja vaikuttamistoiminta.....	73
7.5 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn osaamisen ylläpitäminen	75

7.6 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn palvelut.....	77
7.7 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	79
7.8 Jatkotutkimusaiheita.....	83
LÄHTEET	84
LIITTEET	92
Liite 1. Haastattelukysymysten laadinta	92
Liite 2. Haastattelulomake	96

Kuviot

Kuvio 1. Haastateltujen kuntien asukasluvut (n=16).....	45
Kuvio 2. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koordinaattorit kunnissa tai seutukunnissa (n=13).....	53
Kuvio 3. Lähisuhde- tai perheväkivallan yhteistyöryhmät kunnissa tai seutukunnissa (n=13).....	54
Kuvio 4. Lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluista tiedottaminen kunnissa (n=13).....	57
Kuvio 5. Kuntien ilmoitukset henkilöstön lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koulutusprosessin suunnittelusta lähivuosille (n=13).....	59
Kuvio 6. Lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelut kunnissa (n=13).....	60
Kuvio 7. Lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelut kunnissa prosenttiosuuksien vertailu suuret kunnat (n=4) ja pienet kunnat (n=9).....	62

Taulukot

Taulukko 1. Tutkimuksen osa-alueet ja niihin liittyvät kysymykset.....	42
Taulukko 2. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintamallit tai käsikirjat.....	50

1 JOHDANTO

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö nähdään tutkimuksessa osana kuntien toteuttamaa terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistyötä, joka tulisi ottaa huomioon kaikissa kunnan palveluissa ja hallinnonaloilla. Tutkimuksen tarkastelun kohteena on suunnitelmallinen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön toteutumien kunnissa osana kunnan hyvinvointijohtamista ja -strategiaa. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö nähdään sekä strategisena hyvinvointijohtamisena ja valittujen strategioiden toimeenpanona väestön hyvinvoinnin ja alueen kestävä kehityksen näkökulmista että väkivaltaa vähentävänä ja ennaltaehkäisevänä työnä ja palveluina (Uusitalo, Perttilä, Poikajärvi & Rimpelä 2003).

Lähisuhde- ja perheväkivalta on vakava maailmanlaajuinen kansanterveysongelma ja väkivallan ehkäisy on kansanterveystyön keskeinen tehtävä (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano 2002, 16-17, 19-20; Mooney 2000, 170-172; Nyqvist 2001, 25).

Lähisuhdeväkivallan vähentämiseen tähtäävässä työssä on ensisijaista ennaltaehkäisyn korostaminen. Terveyden edistämisen hengessä valtioilta ja laajan väestöpohjan sisältäviltä organisaatioilta edellytetään suunnitelmallista lähisuhdeväkivallan ehkäisypolitiikkaa ja kansainvälisten lähisuhdeväkivallan ehkäisyn suositusten ja ihmisoikeussopimusten noudattamista. (The Ottawa Charter for Health Promotion 1986; Krug ym. 2002, 19-21; Sisäasiainministeriö 2001.)

WHO:n mukaan lähisuhde- ja perheväkivaltaa esiintyy kaikissa maissa uskonnosta, kulttuurista tai koulutustasosta riippumatta ja sitä esiintyy myös kaikissa sosiaaliryhmissä. (Krug ym. 2002, 109.) Vuonna 2000 on arvioitu, että maailmassa kuoli 1,6 miljoonaa ihmistä itse aiheutetun, ihmisten välisen tai kollektiivisen väkivallan seurauksena (ikävakioituna 28,8 ihmistä 100 000 asukasta kohti). Alle 10 % kaikista väkivaltaisista kuolemista tapahtui hyvätuloisissa maissa ja valtaosa pieni- ja keskituloisissa maissa. Lähes puolet 1,6 miljoonasta väkivaltaisesta kuolemasta oli itsemurhia, yksi kolmasosa murhia tai tappoja ja noin yksi viidesosa sodan oloissa tapahtuneita. Väkivalta on koko maailmassa yksi 15-44-vuotiaiden yleisimpiä kuolinsyitä. (Mts. 2002, 28, 19.)

Lähisuhde- ja perheväkivalta lisää psyykkistä ja fyysistä sairastavuutta, aiheuttaa inhimillistä hätää ja lisää merkittävästi sosiaali- ja terveystalouden käyttöä. Väkivalta on ollut Suomessa pitkään kulttuurisesti hyväksyttyä muun muassa osana kasvatusta (kuritusväkivalta) ja asenteet ja lainsäädäntö ovat muuttuneet hitaasti kohti vähemmän väkivaltaa sallivaa yhteiskuntaa. Suomen perustuslaissa (L 11.6.1999/731) korostetaan kansalaisten oikeutta koskemattomuuteen, yhdenvertaiseen kohteluun ja turvallisuuteen ja perustuslain mukaan julkisen vallan on edistettävä väestön terveyttä.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy perustuu Suomessa lainsäädäntöön ja lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kansallisiin suosituksiin. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) antoi vuonna 2008 lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset kunnille paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Suosituksen mukaisia lähisuhde- ja perheväkivaltaa ehkäiseviä rakenteita ja toimintatapoja ei ole pystytty juurruttamaan riittävästi kuntaorganisaatioihin.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on Suomessa kuntien tehtävä ja myös lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy on osa kuntien toteuttamaa kansanterveystyötä. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy-, hoito- ja tukipalvelujen tuottaminen on kuntien tehtävä, jotka vastaavat sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. Terveystaloulain mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on keskeinen kuntapolitiikan toimintalinja, jota kunnan kaikki toimialat toteuttavat (L 30.12.2010/1326).

Vaikka lähisuhde- ja perheväkivalta on vähentynyt tilastollisesti, on se edelleen ajankohtainen kansanterveysongelma Suomessa. Saamme tietoa uusista väkivaltateoista perheissä lähes päivittäin tiedotusvälineiden välityksellä. Eerikan tapaus, jossa isä ja äitipuoli murhasivat kahdeksanvuotiaan tytön Helsingissä vuonna 2012, johti laajaan lastensuojelun selvitykseen Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvitystyöryhmän, jonka tehtävä oli löytää keinoja lasten ja perheiden palvelujen parantamiseen niin, että voitaisiin ehkäistä ja vähentää väkivallantekoja perheissä. Selvitystyön tuloksena julkaistiin Lastensuojelun laatusuositus vuonna 2014. (Toimiva lastensuojelu 2012, 5-6; Lastensuojelun laatusuositus 2014.) Eerikan tapaus vaikutti myös 2015 voimaan tulleen sosiaalihuoltolain uudistukseen, jossa painopistettä on siirretty ehkäiseviin

palveluihin ja parannettu lapsiperheiden mahdollisuuksia saada ehkäiseviä palveluja ilman lastensuojelun asiakkuutta.

Lähisuhdeväkivalta on ehkäistävissä ja siinä ovat tärkeässä roolissa sosiaali- ja terveydenhuolto ja erityisesti lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelut kunnissa. Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön kehittäminen on perinteisesti sijoittunut kunnan sosiaalipalveluihin sekä kolmannen ja yksityisen sektorin väkivaltaan erikoistuneisiin palveluihin. Terveydenhuolto ei ole osallistunut kovin näkyvästi lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kehittämistyöhön, vaikka terveydenhuollon rooli väkivallan tunnistamisessa ja varhaisessa puuttumisessa on suuri. Eerikan tapaukseen viitaten voidaan sanoa, että lasten ja nuorten väkivallatonta ja turvallista kasvuympäristöä ei ole pystytty takaamaan Suomessa. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyössä tarvitaan kaikkien kunnan toimialojen yhteistyötä ja monialaisia hallinnonrajat ylittäviä toimintamalleja ja palveluketjuja sekä yhteistyörakenteita.

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön toteutumista keskisuomalaisissa kunnissa. Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa johtaville viranhaltijoille suunnatun haastattelututkimuksen avulla lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kansallisten suositusten toteutumista Keski-Suomessa. Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin kuntien johtaville viranhaltijoille suunnattuna haastattelututkimuksena 20.9.2013-12.3.2014 välisenä aikana. Haastattelututkimuksen pohjana käytettiin Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006) EFQM-laatumittaria sekä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kansallisia suosituksia.

Tutkimus liittyy terveyden edistämisen hankkeeseen Keski-Suomessa.

Haastattelututkimus oli osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Läheisväkivallan ehkäisyn kansallinen osaamiskeskus -hankkeen (osaamiskeskushanke) alkuarviointia. Osaamiskeskushankkeessa pyrittiin vuosina 2012–2014 edistämään sairaanhoitopiirin alueella kansallisten lähisuhdeväkivallan ehkäisyn suositusten toimeenpanoa ja lisäämään lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön osaamista ja yhteistyörakenteita kunnissa. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan arvioida lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategioiden, rakenteiden ja osaamisen kehittymistä Keski-Suomessa.

2 LÄHISUHDE- JA PERHEVÄKIVALTA

2.1 Lähisuhde- ja perheväkivallan määrittely

Maailman terveysjärjestön (WHO) käyttämän määritelmän mukaan väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja, joka johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen. (Krug ym. 2002, 21.) Väkivaltaan liittyy fyysisen voimankäytön ohella vallan käsite, jolloin väkivalta laajenee koskemaan tekojen lisäksi uhkauksia ja pelottelua, jotka johtuvat valtasuhteesta. Tällöin väkivallan kuvaan kuuluvat myös laiminlyönti ja tekemättä jättäminen. Fyysisen voiman tai vallan käyttö ymmärretään niin, että se sisältää laiminlyönnin ja kaikenlaisen fyysisen, seksuaalisen ja psykologisen hyväksikäytön sekä myös itsemurhan ja itsetuhoisen käytöksen. (Krug ym. 2002, 21-22.) Valtaan liittyviä väkivallan muotoja ovat erilaiset kontrollointitavat, kuten henkilön eristäminen perheestään ja ystävistään, liikkumisen valvominen ja tiedon ja avun saannin rajoittaminen. Taloudellisessa väkivallassa puolisoita evätään tai rajoitetaan rahan käyttöä. (Mts. 109-111.)

Oikeusministeriön rikosentorjuntaneuvoston mukaan lähisuhdeväkivalta voi olla muodoltaan fyysistä koskemattomuutta rikkovaa (esimerkiksi lyöminen, tukistaminen, töniminen ja terä- tai ampuma-aseen käyttö), henkistä (esimerkiksi väkivallalla uhkaaminen, pelottelu, jatkuva vähättely ja nöyryyttäminen) tai seksuaalista (esimerkiksi raiskaus, sukupuoliyhteyden tai seksuaaliseen kanssakäymisen eri muotoihin pakottaminen ja insesti) (Lähisuhdeväkivalta 2013).

WHO:N mukaan lähisuhdeväkivalta on perhe- ja parisuhteissa tapahtuvaa väkivaltaa, joka kattaa sekä parisuhdeväkivallan että myös vanhemman ja lapsen tai sisarusten välisen väkivallan. Parisuhdeväkivallalla tarkoitetaan yleensä parisuhteessa tapahtuvaa käyttäytymistä, joka aiheuttaa fyysistä, psyykkistä tai seksuaalista vahinkoa suhteen osapuolille (Krug ym. 2002, 109-112.) Parisuhteella viitataan avio- tai avoliittoon, jolloin oleellista yhdessä asuminen tai suhteen henkilökohtainen

luonne. Myös samaa sukupuolta olevissa parisuhteissa tavataan lähisuuhdeväkivaltaa. Parisuuhdeväkivallaksi luetaan yleensä myös väkivalta parisuhteen päättymisen jälkeen. Lapsiin kohdistuvaa perheväkivaltaa on tutkittu lähinnä lapsen kaltoinkohtelun, laiminlyönnin tai lapsen hyväksikäytön käsitteiden kautta.

Tutkimuksessa käytetään suomenkieleen vakiintunutta määritelmää lähisuuhde- ja perheväkivalta, joka tässä yhteydessä pitää sisällään kaikki edellä mainitut väkivallan muodot ja kaltoinkohtelun. Tutkijat ovat käyttäneet hyvin erilaisia määritelmiä lähisuuhdeväkivallasta tutkimuksen kohteesta ja aikakaudesta riippuen. Lähisuuhde- ja perheväkivaltaa kuvaavassa luvussa 2 on käytetty yleisesti lähisuuhde- ja/tai perheväkivalta-määritelmää tai lähdeaineiston sisältämää määritelmää. Analyysissa on käytetty lähdeaineiston sisältämää määritelmää silloin, kun ymmärrettävyyden kannalta on ollut tarpeen erottaa mikä väkivallan osa-alue oli ollut tutkimuksen kohteena.

Lähisuuhde- ja perheväkivallan esiintyvyyden arviointi on vaikeaa johtuen sen erilaisista määrittelytavoista ja tilastojen ja lähdeaineistojen eroavaisuuksista (Krug ym. 2002, 25-26, 113). WHO:n vuosina 1982-1999 eri puolilta maailmaa tehdyssä 48 maahan ulottuvassa väestöön kohdistuvassa kysely- ja haastattelututkimuksessa haastatteluihin vastanneista 10-69 % ilmoitti joutuneensa kumppaninsa käyttämän fyysisen väkivallan kohteeksi jossain elämänsä vaiheessa (Krug ym. 2002, 110-113). Vuonna 2008 julkaistussa WHO:n kymmeneen eri maahan ulottuvassa tutkimuksessa fyysistä tai seksuaalista lähisuuhdeväkivaltaa joskus elämänsä aikana kokeneiden naisten määrä vaihteli 15-71 % (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & Garcia-Moreno 2008).

Parisuhteessa esiintyvään fyysiseen väkivaltaan liittyy usein psyykkistä väkivaltaa ja jopa yli puolessa tapauksista seksuaalista väkivaltaa. Samassa parisuhteessa esiintyy usein rinnakkain useita väkivallan muotoja ja väkivallan muotojen erottelu on vaikeaa. (Krug ym. 2002, 112; Notko, Holma, Husso, Virkki, Laitila, Merikanto & Mäntysaari 2011.) Lähisuuhde- ja perheväkivalta jää helposti havaitsematta, koska niin uhrilla kuin tekijälläkin on häpeän, syyllisyyden ja pelon vuoksi korkea kynnyksensä kertoa väkivallasta ja hakea apua (Piispa, Heiskanen, Kääriäinen & Sirén 2006, 106).

Lähisuhde- ja perheväkivallan luonnetta kuvataan pitkäkestoisena prosessina, jossa väkivallan eri muodot esiintyvät vaihtelevina yhdistelminä. Husson mukaan parisuhdeväkivallan yleisyys, toistuvuus ja jatkuvuus sekä yksittäisessä parisuhteessa, että sukupolvien ketjussa, aiheuttavat kohtuuttoman paljon inhimillistä kärsimystä parisuhteen osapuolille, lapsille ja läheisille ja koskettavat kaikkia väkivaltaa tavalla tai toisella kohtaavia henkilöitä (Husso 2013, 20).

Lähisuhdeväkivalta ja sen uhan alla eläminen lisäävät uhrien fyysistä ja psyykkistä sairastuvuutta ja oireilua. Väkivalta voi johtaa välittömään loukkaantumiseen, vammautumiseen tai kuolemaan, tai se voi johtaa pidemmällä aikavälillä sairastumiseen, perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen ja kehityksen häiriytymiseen. Väkivalta aiheuttaa vakavia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, jotka voivat kestää vuosia väärinkäytön jälkeen. (Krug ym. 2002, 21-22.)

Lähisuhdeväkivallan seuraukset ilmenevät muun muassa heikentyneenä terveydentilana, alhaisena elämänlaatuna sekä lisääntyneenä terveystalvelujen käyttönä. Lähisuhdeväkivallan uhrina olemista pidetään useiden sairauksien, terveydentilan ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijänä. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneilla naisilla on kohonnut riski masennukseen, itsemurhayrityksiin, kroonisiin kiputiloihin, psykososiaaliseen oireiluun, ruuansulatushäiriöihin, ärtyneen paksunsuolen oireeseen sekä lisääntymisterveyden häiriöihin. Yleisimpiä lähisuhdeväkivaltaan liittyviä mielenterveyden häiriöitä ovat masennus, ahdistus, pelot ja traumaperäinen stressihäiriö. Viimeaikaisen tutkimuksen valossa henkisen lähisuhdeväkivallan vaikutukset psykososiaaliseen hyvinvointiin näyttäisivät olevan vakavampia kuin fyysisen väkivallan vaikutukset. (Campbell 2002, 1331-1336; Krug ym. 2002, 123; Siltala, Holma & Hallman-Keiskoski 2014, 113-114.)

Perheväkivalta heikentää myös lasten terveyttä ja hyvinvointia. On todettu, että raskaus lisää väkivaltaisessa suhteessa pahoinpitelyn riskiä ja pahoinpidellyt naiset aloittavat neuvolakäynnit myöhemmässä vaiheessa kuin väkivaltaa kokemattomat naiset. Perheväkivallan ja raskauden aikaisten häiriöiden välistä yhteyttä tutkittaessa on todettu, että pienipainoisten vauvojen äitejä oli pahoinpidelty raskauden aikana normaalipainoisten vauvojen äitejä enemmän (Campbell 2002). Englantilaisessa tutkimuksessa, jossa tutkittiin turvakodeissa tilapäisesti asuvien lasten

terveydentilaa, havaittiin 20 %:lla kehityksen viivästyminen ja 49 %:lla henkisiä ongelmia. Lapset jäivät helposti myös vaille tavallisia terveystarkastuksia ja rokotuksia. (Webb, Shankleman, Evans & Brooks 2001.)

2.2 Lähisuhde- ja perheväkivalta Suomessa

Suomi on tutkimuksen valossa Länsi-Euroopan parisuhdeväkivaltaisimpia maita. Naisiin kohdistuva fyysinen parisuhdeväkivalta näyttää meillä olevan lähes kolme kertaa yleisempää kuin esimerkiksi Ruotsissa ja naisten kuolleisuus väkivallan seurauksena on Suomessa rikkaista länsimaista USA:n jälkeen toiseksi korkein. (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski 2001, 80-81; Krug ym. 2002, 300-306; Miller, Azrael & Hemenway 2002, 26-38; Heiskanen 2001.) Tuoreimman vuonna 2014 EU-maissa tehdyn tutkimuksen mukaan suomalaisnaisia enemmän väkivaltaa kohtasivat tanskalaiset naiset. Tutkimuksen mukaan suomalaisista naisista 47 % oli kokenut fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa jossain vaiheessa 15 ikävuoden jälkeen ja viimeksi kuluneen vuoden aikana väkivaltaa oli kokenut kymmenen prosenttia suomalaisnaisista. (Violence against women 2014, 19-20).

Naisten kokemaa väkivaltaa on kartoitettu Suomessa tarkemmin kahdessa haastattelututkimuksessa vuosina 1997 (Heiskanen & Piispa 1998) ja 2005 (Piispa, Heiskanen, Kääriäinen & Siren 2006). Piispan, Kääriäisen ja Sirenin (2006) naisuhritutkimuksen mukaan 43,5 % naisista joutui vähintään kerran 15 vuotta täytettyään miehen tekemän fyysisen tai seksuaalisen väkivallan tai väkivallalla uhkailun kohteeksi (mts. 20). Henkirikollisuuden taso on myös Suomessa korkea. Väestöön suhteutettuna Suomessa surmataan enemmän naisia kuin muissa Euroopan maissa. Toisaalta muihin maihin verrattuna kuolemaan johtava väkivalta suuntautuu Suomessa useammin miehiin kuin naisiin. Suomessa vajaa kolmannes henkirikosten uhreista on naisia, kun naisten osuus läntisen Euroopan maissa surmatuista on keskimäärin runsaat 40 %. (Piispa ym. 2006, 13; Krug ym. 2002.)

Piispan ym. (2006) naisuhritutkimuksessa kartoitettiin myös tietoja väkivallan kehityksestä vuoteen 1997 verrattuna. Tutkimuksen mukaan poliisin tietoon tullut perheväkivalta oli lisääntynyt Suomessa vuodesta 1997 vuoteen 2005 47 % ja

parisuhdeväkivalta 38 %. Kaikesta perheväkivallasta naisiin kohdistui 79 % väkivallasta. Poliisin tietoon tulleen perhe- ja parisuhdeväkivallan lisääntyminen voi johtua Piispan ym. mukaan siitä, että väkivalta on lisääntynyt tai siitä, että perheväkivallasta ilmoitetaan poliisille aikaisempaa herkemmin. (Piispa ym. 2006, 14.)

Suomessa miesten uhrikokemuksia on tutkittu yhdessä kyselytutkimuksessa vuonna 2010 (Heiskanen & Ruuskanen 2010). Miesuhritutkimuksen (2010) mukaan myös miehet joutuvat parisuhteissaan väkivallan uhreiksi ja sukupuolten välillä ei ole juurikaan eroa parisuhdeväkivallan kohteeksi joutuneiden määrässä. Heiskanen ja Ruuskanen mukaan 15–74-vuotiaista naisista 17 % ja miehistä 16 % oli kokenut fyysistä väkivaltaa tai sillä uhkailua jossain vaiheessa nykyistä parisuhdettaan. Tapahtumakertoja oli kuitenkin naisilla useampia ja naisiin kohdistunut väkivalta oli sekä fyysisiltä että psyykkisiltä seurauksiltaan vakavampaa. Miesten uhrikokemuksia hallitsee fyysinen väkivalta. Kaikkiaan 47 % miehistä oli kokenut fyysistä väkivaltaa 15 vuotta täytettyään ja miehet joutuvat yleisimmin tuntemattoman tekemän väkivallan kohteeksi. (Heiskanen & Ruuskanen 2010, 5, 6, 17-18.)

Kansallisen rikosuhritutkimuksen (2013) mukaan parisuhteessa olevista naisista 10 % ja miehistä 6 % ilmoitti joskus elämänsä aikana kokeneensa fyysistä väkivaltaa nykyisen parisuhdekumppaninsa taholta. Kuluneen vuoden aikana fyysistä parisuhdeväkivaltaa oli kokenut 5 % naisista ja 2 % miehistä. 15-74-vuotiaille suunnatun kyselyn mukaan vain harvat tapaukset olivat päätyneet poliisin tietoon. Naisiin kohdistuneista väkivaltatapauksista 10 % ja miehiin kohdistuneista tapauksista 3 % oli tullut poliisin tietoon. (Danielsson, Salmi 2013, 5.)

Väkivalta lisää tutkimuksen valossa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. Kansallisen rikosuhritutkimuksen (2013) mukaan fyysistä parisuhdeväkivaltaa kokeneista naisista joka kuudes (17 %) kertoi, että oli vuoden aikana käynyt lääkärissä, terveyskeskuksessa tai muun terveydenhoitohenkilön hoidettavana parisuhdeväkivallasta saamiensa vammojen vuoksi. Kyselyyn osallistuneista miehistä kukaan ei hakeutunut lääkäriin fyysisen väkivallan seurauksena. (Danielsson, Salmi 2013, 3.)

Naisen haavoittuva asema väkivallan uhrina perustuu kansainväliseen ja myös suomalaiseseen tutkimukseen. Suomessa tietoon tulevista kotona tapahtuvista pahoinpitelyistä 90 % kohdistuu naiseen ja noin 90 % tapauksissa väkivallan tekijä on mies (Jokinen 2000, 21-28). Maahanmuuttajataustaisten naisten riski joutua henkirikoksen uhriksi Suomessa oli vuosina 2003–2007 kaksinkertainen kantaväestön naisiin verrattuna (Salmi, Lehti, Siren, Kivivuori & Aaltonen 2009, 3).

Parisuhdeväkivallasta aiheutuu yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia. Heiskanen ja Piispa (2002) arvioivat, että naisiin kohdistuva väkivalta aiheutti vuonna 2001 yhteiskunnalle 91 miljoonan euron kustannukset, joista runsas puolet (53 %) oli sosiaalisektorilta, runsas viidennes (27 %) oikeussektorilta ja runsas viidennes (27 %) terveydenhuoltosektorilta. (Heiskanen & Piispa 2002, 3.)

Väkivallan aiheuttamia vammoja hoidettiin vuonna 2006 yhteensä arviolta 14 000 hoitopäivää. Jos hoitopäivän hinnaksi arvioidaan 400 euroa, saadaan kustannuksiksi yhteensä 6 miljoonaa euroa. Epäsuoria yhteiskunnallisia kustannuksia aiheutuu muun muassa sairauspoissaoloista sekä rikosten selvittämiseen kuluneesta ajasta. Kansallisen uhritutkimuksen mukaan vuonna 2006 väkivaltarikoksista aiheutui sairauspoissaoloja 700 000 työpäivää. Tuotannonmenetykseksi arvioituna osuus bruttokansantuotteesta, jonka uhrien sairauspoissaolopäivien tulot muodostavat kaikista verotettavista tuloista, saadaan menetetyn työpanoksen arvoksi noin 98 miljoonaa euroa. (Hinkkanen 2013, 415.)

Kunnille yksittäinen suuri kustannuserä muodostuu lastensuojelun kustannuksista. Suurin osa lastensuojelun kustannuksista syntyy lasten sijoituksista, joissa tosin vain osassa syynä on perheväkivalta. Lastensuojeluilmoitusten lukumäärä on kasvanut viime vuosina. Muun muassa niin sanotuissa kuutoskaupungeissa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere sekä Oulu) vuodesta 2009 lukumäärä on noussut noin 47 %. Lastensuojelutarpeen selvitysten määrä oli noussut samana aikana 70 %. Lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen lastensuojelun asiakkuus jatkuu yleensä 50 prosentilla lapsista. (Kuusikkokunnat 2014, 1.) Kuutoskaupunkien lastensuojelun palvelujen ja kustannusten vertailussa vuonna 2013 lastensuojelun kokonaiskustannukset olivat lähes 331 miljoonaa euroa, joista sijoitusten kustannukset olivat yhteensä 261 735 382 euroa (mts. 51). Kodin ulkopuolelle

sijoitetun 0–17-vuotiaan lapsen sijoituskustannukset olivat kuutoskaupungeissa vuonna 2013 keskimäärin 49 505 euroa vuodessa. (Kuusikkokunnat 2014, 51.)

Kuvitteellisia asiakaspolkuja tarkasteltaessa on todettu, että ehkäisevän työn palvelut ovat usein kustannuksiltaan hyvin alhaisia. Lastensuojelun keskusliiton selvityksessä kuvatuissa lastensuojelun asiakaspoluissa kaikki palvelupolut, joissa selvittiin ehkäisevän työn palveluilla, maksoivat alle 12 000 euroa vuodessa lasta kohden, olipa kyseessä pitempiaikainen prosessi tai lyhytaikainen tuki perheelle. (Heinonen, Väisänen & Hipp 2012, 34.)

2.3 Lapsiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta Suomessa

Lapsiin kohdistuva väkivalta tai kaltoinkohtelu sisältää WHO:n mukaan kaikki vastuuseen, luottamukseen tai valtaan perustuvassa suhteessa ilmenevät fyysisen ja/tai emotionaalisen huonon kohtelun, seksuaalisen hyväksikäytön, laiminlyönnin tai kaupallisen tai muun hyväksikäytön muodot, jotka johtavat todellisen tai potentiaalisen vahingon aiheuttamiseen lapsen terveydelle, elämälle, kehitykselle tai arvokkuudelle. Lapsiin kohdistuva väkivalta ja kaltoinkohtelu ilmenevät useissa eri muodoissa ja se on juurtunut syväälle maiden kulttuurisiin, taloudellisiin ja sosiaalisiin käytäntöihin. (Krug ym. 2002, 77-78.)

Lapsiuhritutkimuksen (2014) mukaan lapsiin ja nuoriin kohdistuva väkivalta on vähentynyt lähes kaikissa muodoissaan Suomessa. Vuonna 2013 tehdyn kyselyaineiston tuloksia kuudesluokkalaisten ja yhdeksäsluokkalaisten väkivaltakokemuksista on verrattu aikaisempiin vuonna 1988 ja 2008 tehtyihin tutkimuksiin. Selkeä pudotus on tapahtunut lievässä fyysisessä väkivallassa (kuritusväkivallassa) ja vanhempien taholta koetussa henkisessä väkivallassa. Lapsiin ja nuoriin vanhempiensa taholta kohdistunut kuritusväkivalta on vähentynyt voimakkaasti jaksolla 1988-2008. Vakava väkivalta, kuten nyrkillä tai esineellä lyöminen, potkiminen, aseella uhkaaminen tai aseiden käyttäminen, oli harvinaisia kaikilla kolmella kyselykerralla. (Fagerlund, Peltola, Kääriäinen, Ellonen & Sariola 2014, 27-28, 33, 121, 48-49, 53-54.)

Lapsiin kohdistuva kuritusväkivalta on ollut pitkään sosiaalisesti hyväksyttyä ja laillista useimmissa maissa. Kuritusväkivalta on määritelty toiminnaksi, jolla aikuinen pyrkii fyysistä ylivoimaa käyttäen aiheuttamaan lapselle kipua tai epämukavan olon mutta ei fyysistä vammaa, rangaistukseen, tai säädelläkseen lapsen käyttäytymistä. Kuritusväkivallan seurauksena maailmassa kuolee kuitenkin tuhansia lapsia joka vuosi. Vielä suurempi joukko lapsia vammautuu tai vahingoittuu sen seurauksena. Vuonna 1995 Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa, jossa kysyttiin vanhemmilta heidän käyttämistään kurinpitomenetelmistä, saatiin arvioksi lasten pahoinpitelytapauksista 49 fyysistä pahoinpitelyä 1000 lasta kohden. Eri puolilla maailmaa tehdyt tutkimukset tukevat tätä arviota. (Älä lyö lasta! 2010, 16; Krug ym. 2002, 81.)

Pitkällä aikavälillä ruumiillinen kuritus lisää väkivaltaista käyttäytymistä ja se on yhteydessä monien lapsuudenaikaisien ja aikuisiässä ilmenevien ongelmien kanssa. YK:n lasten oikeuksien julistus velvoittaa valtioita suojelemaan lapsia fyysisen ja henkisen väkivallan kaikilta muodoilta. Ruotsi kielsi ensimmäisenä maana maailmassa lasten kaikenlaisen ruumiillisen kurituksen vuonna 1979. Suomessa kuritusväkivalta kiellettiin lailla niinkin myöhään kuin vuonna 1984. (L 8.4.1983/361, 1 §; Krug ym. 2002, 84; Älä lyö lasta! 2010, 16, 29, Lapsen oikeuksien julistus.)

Lapsiin kohdistuvalla väkivallalla ja hyväksikäytöllä on pitkäkestoisia vaikutuksia lapsen terveyteen ja kehitykseen. Kohderyhmän haavoittuvuutta lisää se, että lapset pystyvät harvoin hakemaan apua itselleen. (Älä lyö lasta! 2010, 59-62.)

Todennäköisesti vakavia pahoinpitelyitä hoidetaan sairaaloissa paljon enemmän, mutta vammat kirjautuvat tapaturmamekanismin ja vammaluokituksen mukaisesti. Väkivallan uhriksi joutuminen on tuoreen lapsiuhritutkimuksen (2014) valossa luonteeltaan kasautuvaa. Entistä harvemmat lapset joutuvat väkivallan kohteeksi, mutta niillä, jotka joutuvat väkivallan kohteeksi, väkivaltakokemuksia on entistä enemmän. Kumuloituvalla väkivallalla voi olla merkitystä lapsen huono-osaisuuden mekanismiin ja huono-osaisuuden lisääntymiseen. (Fagerlund ym. 2014, 40.)

Lapsena koettu perheväkivalta heikentää lapsen terveyttä ja hyvinvointia, vaikka lapsi ei olisi suoranaisesti väkivallan kohteena perheriidoissa. Vanhempien välistä väkivaltaa todistamaan joutuvat lapset kärsivät samoista käyttäytymisen ja mielenterveyden häiriöistä kuin lapset, joita pahoinpidellään. Perheväkivaltaa

todistamaan joutuvilla lapsilla on kohonnut riski saada emotionaalisia ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Näitä ovat muun muassa ahdistus, masennus, huono koulumenestys, alhainen itsekunnioitus, tottelemattomuus, painajaisunet ja fyysiset vaivat. Perheväkivallan on todettu lisäävän lapsikuolleisuutta alikehittyneissä maissa. (Krug ym. 2002, 126.)

Lapset kokevat Suomessa enemmän äitinsä kuin isänsä käyttämää väkivaltaa. Tytöt ilmoittavat poikia enemmän itseensä kohdistuvaa väkivaltaa sekä äitien, että isien tekemänä. Lapsiuhrituskimuksen perusteella lapsiin kohdistuu enemmän kuritusväkivaltaa maahanmuuttajaperheissä kuin muissa suomalaisissa perheissä. (Älä lyö lasta! 2010, 45, 91, 98, 99.) Lapsiuhrituskimuksen (2014) mukaan väkivaltakokemukset olivat yläasteikäisillä vastaajilla yleisempiä kuin alakouluikäisten joukossa. Pojat kohtasivat enemmän tuntemattoman tekemää väkivaltaa julkisilla paikoilla ja tytöt puolestaan raportoivat yleisemmin väkivaltaa vanhempiensa taholta. Ulkomaalaistaustaisten lasten ja nuorten riski kohdata väkivaltaa oli hieman korkeampi kantaväestön lapsiin ja nuoriin verrattuna useimmilla tarkastelluilla osaluilla, erityisen selvästi harrastustoiminnassa. (Fagerlund ym. 2014, 123, 124, 97.)

Sekä poliisin tietoon tulleen että tuomioistuimissa käsiteltyjen lapsen hyväksikäyttöepäilyjen määrä on jatkuvasti kasvanut. Siihen on vaikuttanut nimenomaan lainsäädännön muutos (Lastensuojelulain ilmoitusvelvollisuus: L13.4.2007/417, 25 §). Lasten ja nuorten väkivaltakokemuksia kartoittavan lapsiuhrituskimuksen (2013) mukaan lasten ja nuorten väkivaltakokemukset ja myös seksuaalisen hyväksikäytön kokemukset ovat vähentyneet verrattuna vuoteen 2008 ja vähennys on ollut merkittävä verrattuna vuoteen 1988. Seksuaaliset väkivaltakokemukset ovat tytöille yleisempiä kuin pojille. On arvioitu, että vain 10-15 % lasten hyväksikäyttötapausten tuleen poliisin tietoon. (Fagerlund ym. 2014, 82-86, 121-123.)

Lasten riski kuolla väkivallan seurauksena on vähentynyt merkittävästi Suomessa viimeisen puolen vuosisadan aikana. 1960-luvulla lasten kuolleisuus henkirikoksiin oli keskimäärin 14 kuollutta miljoonaa lasta kohden. Vuosina 2000–2009 Suomessa on kuollut keskimäärin kuusi lasta miljoonaa lasta kohden. Erityisen dramaattista on ollut lasku vastasyntyneiden surmissa 2000-luvulla. (Selvitys perhe- ja lapsensurmien taustoista vuosilta 2003–2012, 3.)

Vuosina 2003–2012 tehtiin Suomessa yhteensä 35 perhesurmaa, vastasyntyneen surmaa tai muuta oman lapsen surmaa. Perhesurmaksi määritellään tapaukset, joissa vanhempi surmaa yhden tai useamman lapsensa sekä avo- tai aviopuolison.

Vastasyntyneen surmassa vanhempi on surmannut lapsensa 24 tunnin kuluessa lapsen syntymästä ja muissa oman lapsen surmissa vanhempi on surmannut yhden tai useamman oman lapsensa ja osassa tapauksista myös itsensä. Surmissa kuoli yhteensä 55 ihmistä, joista seitsemän oli puolisoita ja 48 surmaajan lapsia.

Perhesurmat olivat yhtä tapausta lukuun ottamatta isän tekemiä, kun taas vastasyntyneen ja alle 1-vuotiaan oman lapsen surmat olivat kaikki äitien tekemiä. (Selvitys perhe- ja lapsensurmien taustoista vuosilta 2003–2012, 6-7, 12.)

Rikoslaki määrittelee lapsensurmaksi surman, jossa nainen synnytyksestä johtuvassa uupumuksessa tai ahdistuksessa surmaa lapsensa (L 19.12.1889/ 39, 21 luku, 4 §).

Vuosina 2009-2014 tapahtui koko maassa yhteensä 8 lapsensurmaa (0-2 lapsensurmaa vuodessa). Vuonna 2014 tapahtui yksi lapsensurma. (Tilastokeskuksen PX-Web Statfin tilastotietokanta. Rikokset kuukausittain 2009-2014 [ennakko].)

2.4 Ikäihmisiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta Suomessa

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan riskitekijöitä on selvitetty Suomessa 2000-luvun taitteessa. Väkivallalle altistavia tekijöitä vanhuksilla olivat huono terveys, fyysisen ja henkisen toimintakyvyn puutteet, avioliitossa oleminen ja asuminen kahdestaan puolison kanssa. Kun pahoinpitelijä on oma aikuinen lapsi, riskitekijöitä ovat aikuisen lapsen taloudellinen tai asumiseen liittyvä riippuvuus uhrista sekä erilaiset vaikeudet aikuisen lapsen elämässä. (Perttu 1999b; Kivelä, Hartikainen & Isoaho 2001, 775-779; Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen 2011, 13.)

lökkäisiin henkilöihin kohdistuva lähisuhdeväkivalta määritellään kaltoinkohteluksi, väkivallaksi, hyväksikäytöksi tai laiminlyönniksi eri yhteyksissä Kulttuuriset erot ja normit vaikuttavat eri puolilla maailmaa käsityksiin vanhuksiin kohdistuvasta väkivallasta. Vanhuksiin kohdistuu väkivalta voi olla myös vanhusten itsenäisyyden riistämistä, vanhusten kunnioittamisen vähenemistä ja sosiaalisen aseman

muutokseen liittyvää väkivaltaa. (Krug ym. 2002, 147-150; Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen, 20.)

Yleensä kaltoinkohtelulla tarkoitetaan iäkkääseen henkilöön kohdistuvaa, yksittäistä tai toistuvaa tekoa tai toimen laiminlyöntiä, joka tapahtuu luottamuksen varassa toimivassa suhteessa ja joka aiheuttaa iäkkäälle vahinkoa tai ahdinkoa.

Kaltoinkohtelu voi olla fyysistä, psyykkistä, seksuaalista tai taloudellista/aineellista. Kaltoinkohtelu voi ilmetä esimerkiksi väkivaltana, taloudellisena hyväksikäyttönä tai hoidon ja avun laiminlyöntinä. Kaltoinkohteluun syyllistyvä tulee yleensä uhrin lähipiiristä ja käyttää hyväkseen uhrin riippuvuusasemaa. (Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen 2011, 11-12; Krug ym. 2002, 147-148.)

Väkivallan seuraukset ovat iäkkäille henkilöille erityisen vakavia. Fyysiset ja psyykkiset vammat voivat olla kohtalokkaita. Ne voivat heikentää ihmisen elämönhallintaa ja toimintakykyä ja johtaa jopa ennenaikaiseen kuolemaan. (Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen, 14.) Suhteellisen pienikin fyysinen vamma voi aiheuttaa vakavaa ja pysyvää haittaa. Lisäksi toipumista ja avun hakemista voivat haitata pienet tulot, eristyneisyys, yksinäisyys ja huono terveys. (Krug 2002, 154.)

Vanhuksiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta ja kaltoinkohtelu jäävät yleisesti piiloon ja sen uhrin apua vaille. Vanhukset hakevat harvoin apua itselleen, vaikka he kokisivat terveytensä tai elämänsä huonommaksi kuin muut ikätoverit yleensä (Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen 2011, 36-37). Cook, Dinnen ja O'Donnel (2011) mukaan yli 65-vuotiailla naisilla, jotka olivat kokeneet joskus elämänsä aikana fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa, todettiin vähemmän psyykkisiä oireita ja traumaperäistä stressioireilua verrattuna nuorempiin ja keski-ikäisiin kaltoinkohdeltuihin naisiin. Cook ym. arvioivat sen johtuvan ikäihmisille suunnattujen lähisuhdeväkivaltapalveluiden ja tunnistamiskäytäntöjen puutteesta. (Mts. 1075,1079.) Lähisuhde- ja perheväkivaltaan puuttumisen toimintamallien tulisi sisältää myös iäkkäisiin ihmisiin kohdistuva väkivalta (Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen 2011, 21).

Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten asiakkaistaan keräämissä tiedoissa iäkkäisiin henkilöihin kohdistettu väkivalta ei tule näkyviin, koska sitä ei tilastoida

systemaattisesti (Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen 2011, 17). Myös poliisin tilastot ovat puutteellisia, koska ne sisältävät vain poliisille ilmoitetut tapaukset. Poliisin tilastojen mukaan yli 65-vuotiaiden ikäluokasta vuosittain noin 2 % on joutunut rikoksen uhriksi, kun vastaava osuus 16–64-vuotiaista on yli 6 %. (Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen 2011, 68).

Myös laitoksissa ja hoitokodeissa todetaan vanhusten kohtaama väkivaltaa. Sekä kotona, että laitoksissa asuvien vanhusten kaltoinkohtelu lienee suurempaa kuin tilastojen ja tutkimusten perusteella voidaan päätellä. (Krug 2002, 151.) Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten asiakkaistaan keräämissä tiedoissa iäkkäisiin henkilöihin kohdistettu väkivalta ei tule näkyviin, koska sitä ei tilastoida systemaattisesti (Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen 2011, 17). Myös poliisin tilastot ovat puutteellisia, koska ne sisältävät vain poliisille ilmoitetut tapaukset. Poliisin tilastojen mukaan yli 65-vuotiaiden ikäluokasta vuosittain noin 2 % on joutunut rikoksen uhriksi, kun vastaava osuus 16–64-vuotiaista on yli 6 %. (Mts. 68.)

WHO:n raportin mukaan 4-7 % vanhusväestöstä on kokenut väkivaltaa (fyysinen, henkinen, taloudellinen väkivalta ja laiminlyönti) (Krug ym. 2002, 150). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) koordinoi vuosina 2009-2011 eurooppalaista Prevalence study of violence and abuse against older women (AVOW)-tutkimusta, jossa kysyttiin yli 60-vuotiailta naisilta heidän kokemuksiaan lähisuhdeväkivallasta ja kaltoinkohtelusta viimeisen vuoden ajalta. Tutkimukseen osallistui Suomen lisäksi Belgia, Liettua, Itävalta ja Portugali. Tutkimuksen tulosten mukaan joka neljäs (25 %) Suomessa asuva yli 60-vuotias nainen oli kokenut kaltoinkohtelua. Väkivallantekijänä oli yleisimmin puoliso tai elämänkumppani ja laiminlyöntiin syyllistyvät useimmiten aikuiset lapset. Kotona tapahtuvasta väkivallasta runsas viidennes oli henkistä (21,2 %). Väkivalta ilmeni tutkimuksen mukaan myös taloudellisena (6,6 %), fyysisenä (2,8 %), laiminlyöntinä (2,6 %) sekä henkilökohtaisten oikeuksien loukkaamisena (5,6 %). Tutkimuksen mukaan keskimäärin 28 % yli 60-vuotiaista naisista Euroopassa olivat kokeneet väkivaltaa tai kaltoinkohtelua viimeisen 12 kuukauden aikana, ja yleisin lähisuhdeväkivallan muoto oli henkinen kaltoinkohtelu. Noin viisi prosenttia ikääntyneistä suomalaisnaisista oli kokenut seksuaalista häirintää. Luku oli korkein

verrattuna muihin tutkimukseen osallistuneista maista saatuihin tuloksiin. (Prevalence study of violence and abuse against older women 2011; Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen 2011, 21.)

3 LÄHISUHDE- JA PERHEVÄKIVALLAN EHKÄISYTYÖ

3.1 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn lainsäädäntö ja kansallinen ohjaus

Suomessa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyttä linjaavat lainsäädäntö ja kansalliset suositukset. Suomen perustuslaissa (L 11.6.1999/731) korostetaan kansalaisten oikeutta koskemattomuuteen, yhdenvertaiseen kohteluun ja turvallisuuteen. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on Suomessa kuntien tehtävä. Kuntalain 1 §:n mukaan kunnan tehtävä on edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan (L 17.3.1995/365).

Keskeisiä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyä sääteleviä lakeja ja asetuksia ovat terveydenhuoltolaki (L 30.12.2010/1326), sosiaalihuoltolaki (L 30.12.2014/1301), lastensuojelulaki (L 13.4.2007/417), valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta (A 6.4.2011/338) ja rikoslaki (L 19.12.1889/39). Tuoreen ”turvakotilain” (L 30.12.2014/1354) avulla pyritään turvaamaan turvakotien rahoitus ja turvakotipalvelun tasainen saatavuus Suomessa.

Kansanterveystyön sisällöstä säädetään *terveydenhuoltolaissa* (L 1326/2010). Terveystyön mukana hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on keskeinen kuntapolitiikan toimintalinja, jota kunnan kaikki toimialat toteuttavat. Terveystyössä terveyden edistämällä tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallista

voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla (L 1326/2010, 1 luku, 3 §). Terveyden edistäminen on myös suunnitelmallista vaikuttamista elintapoihin, elämänhallintaan, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen toimivuuteen ja saatavuuteen. (L 30.12.2010/1326; Tukia, Lehtinen, Saaristo & Vuori 2011, 11.)

Kunnan on terveydenhuoltolain mukaan seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysosoitteita. (L 30.12.2010/1326, 12 §.) Terveydenhuoltolaissa (L 30.12.2010/1326, 11 §) velvoitetaan kuntia ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymiä päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa arvioimaan ja ottamaan huomioon tehtävien päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

Sosiaalihuoltolaissa (L 30.12.2014/1301) määrittellään tuen tarpeet, joiden perusteella sosiaalipalveluja ja sosiaalihuoltoa järjestetään kuten esimerkiksi lähisuhde- ja perheväkivallasta sekä muusta väkivallasta ja kaltoinkohtelusta aiheutuvaan tuen tarpeeseen (mts. 11 §). Vuoden 2015 alussa voimaan tullessa uudistuneessa sosiaalihuoltolaissa kiinnitettiin huomiota entistä enemmän sosiaalipalvelujen saatavuuteen, asiakaslähtöisyyteen ja sosiaalihuollon ja kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden välisen yhteistyön parantamiseen. Lain tarkoitus on edistää ja ylläpitää hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta. (L 30.12.2014/1301.)

Uusi sosiaalihuoltolaki vahvistaa peruspalveluja ja siirtää painopistettä ehkäiseviin palveluihin. Tärkeä uudistus oli kotipalvelun ja perhetyön vahvistaminen sekä oikeus ehkäiseviin palveluihin ilman lastensuojelun asiakkuutta. 1.1.2015 alkaen lapsiperheillä on ollut oikeus saada kotipalvelua, kun se on välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Kotipalvelua annetaan toimintakykyä alentavan syyn, kuten sairauden, synnytyksen, vamman tai uupumuksen vuoksi, tai erityisen perheitä elämäntilanteen perusteella. Tavoitteena on madaltaa tuen hakemisen kynnystä ja turvata oikea-aikainen tuki perheille. (L 30.12.2014/1301, 19 §.) Myös muita

perhepalveluja kuten esimerkiksi perhetyötä, tukihenkilöitä ja -perheitä sekä vertaisryhmätoimintaa on annettava yleisinä perhepalveluina myös ilman lastensuojelun asiakkuutta. (mts. 18 §, 19 §, 28 §).

Sosiaalihuoltolaissa säädetään myös lastensuojelutyöstä ja lastensuojeluasiakkuudesta (L 30.12.2014/1301, 35 §). Lasta koskeva ilmoitusvelvollisuus laajenee (25 §) koskemaan tullia, rajavartiolaitosta sekä ulosottoviranomaista. Lisäksi kaikki ne tahot, jotka ovat velvollisia tekemään lastensuojeluilmoituksen, ovat velvollisia tekemään ilmoituksen myös poliisille, kun on syytä epäillä lapsen joutuneen henkeen tai terveyteen kohdistuneen rikoksen uhriksi. Säännös koskee rikoksia, joista enimmäisrangaistus on vähintään 2 vuotta vankeutta. Ehkäisevien palvelujen lisäämisellä ja lastensuojelutyön oikealla resursoinnilla pyritään vähentämään raskaiden korjaavien lastensuojelutoimenpiteiden tarvetta. (L 30.12.2014/1301; L 13.4.2007/417, 25 §.)

Lastensuojelulain (L13.4.2007/417) tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun (L13.4.2007/417, 1 §). Lastensuojelulain ilmoitusvelvollisuuspykälän (25 §) mukaan vuoden 2012 alusta lähtien sosiaali- ja terveydenhuollon, opetustoimen ja nuorisotoimen palveluksessa olevilla ja kaikilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ollut velvollisuus salassapitovelvollisuuden estämättä tehdä ilmoitus poliisille aina, kun heillä on tehtävässään tietoon tulleiden seikkojen perusteella syytä epäillä alle 18-vuotiaaseen kohdistunutta seksuaalirikosta. Poliisille tehtävän ilmoituksen lisäksi on velvollisuus tehdä myös lastensuojeluilmoitus salassapitosäädösten estämättä. (L13.4.2007/417, 25 §.)

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (2011) edellyttää lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn sisällyttämistä äitiys- ja lasten neuvolatoimintaan sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Asetuksen mukaan edellä mainituissa palveluissa yksilön ja perheen terveyttä, mielenterveyttä ja psykososiaalisen hyvinvointia tulee edistää myös ehkäisemällä lähi- ja parisuhdeväkivaltaa. (A 6.4.2011/338, 14 §.)

Rikoslakiin (L 19.12.1889/39) sisältyy säädökset pahoinpitelyrikoksista, seksuaalirikoksista ja muista lähisuhdeväkivaltaan liittyvistä rikoksista. Rikoslaki määrittelee rikolliset teot ja pyrkii estämään niitä ja vähentämään myös rikollisuuden haittoja. Merkittävä rikoslain muutos tapahtui vuonna 1995, jolloin pahoinpitely yksityisellä paikalla tuli yleisen syytteen alaiseksi rikokseksi. Tavoitteena on, että kotona tapahtuviin väkivaltarikoksiin suhtaudutaan samalla vakavuudella ja samoilla rikosoikeudellisilla seuraamuksilla kuin muihinkin väkivaltarikoksiin. (L 19.12.1889/39, luku 21.)

Internet on lisännyt ja monipuolistanut mahdollisuuksia luoda eriasteisia hyväksikäyttökontakteja lapsiin ja löytää hyväksikäytölle alttiita kohteita (Lampainen 2011, 103; Salokoski & Mustonen 2007, 55-60, 76). Vuonna 2012 astui voimaan rikoslain muutos Lapsen houkuttelemisen seksuaalisiin tarkoituksiin (L 19.12.1889/39, luku 20, 8 b §) eli niin sanottu grooming-laki. Rikoslakiin lisätty kohta antaa viranomaisille mahdollisuuden tutkia tapauksia sellaisissa huolta aiheuttavissa tilanteissa, joissa lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä koskevan lain pohjalta ei välttämättä aiemmin olisi ollut mahdollista toimia ennaltaehkäisevästi tai puuttua ongelmaan. Huolen osoittautuessa todeksi, on kyseessä teko, joka täyttää lapsen seksuaalisen hyväksikäytön tunnusmerkit. (L19.12.1889/39, 8b §.)

Tammikuussa 2015 voimaan tullut *Laki valtion varoista maksettavasta korvauksesta turvakotipalvelun tuottajalle* (L 30.12.2014/1354) varmistaa turvakotipalvelun tuottamisen rahoituksen niin, että turvakotipalvelu olisi jokaisen sitä tarvitsevan saatavilla asuinpaikasta riippumatta. Turvakotipalvelua tarjotaan ensisijaisesti lähisuhdeväkivaltaa kokeneille tai sen uhan alla eläville henkilöille ja heidän mukanaan oleville alaikäisille lapsille (mts. 6 §). Turvakoti on ympärivuorokautinen, asiakkaalle maksuton kriisityön yksikkö, johon lähisuhdeväkivaltaa tai sen uhkaa kokeva henkilö tai perhe voi mennä oma-aloitteisesti tai viranomaisen tai muun tahon ohjaamana, tarvittaessa myös nimettömänä (mts. 3 §). Turvakotipalvelu on turvakodin tarjoamaa välitöntä kriisiapua, ympärivuorokautista turvattua asumista sekä akuuttiin tilanteeseen liittyvää psykososiaalista tukea, neuvontaa ja ohjausta lähisuhdeväkivaltaa kokeneelle tai sen uhan alla elävälle henkilölle (mts. 5 §).

3.2 Kansalliset lähisuhdeväkivallan vähentämisen tavoitteet

Lähisuhdeväkivaltaa ennaltaehkäisevän työn kehittäminen sisältyy pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmaan (2011). Hallitusohjelman painopistealueita ovat muun muassa köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen. Hallitusohjelman mukaan eri hallinnonalojen yhteistyönä tulisi kehittää keinoja ehkäistä lähisuhde- ja perheväkivaltaa, vähentää kärsimystä ja väkivallasta aiheutuvia kustannuksia uhreille ja yhteiskunnalle. Myös palveluja lähisuhde- ja perheväkivallan sekä seksuaalisen väkivallan uhreille tulisi kehittää. Hallitusohjelman mukaisesti Suomessa jatketaan naiseen kohdistuvan väkivallan vähentämiseen tähtäävän ohjelman toimeenpanoa (The Protection of Women Against Violence 2005) ja turvakotipalveluja lisätään alueellisen tasa-arvon edistämiseksi. Perusterveydenhuoltoa ja hoitoketjujen toimivuutta tulisi parantaa tiivistämällä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja sosiaalitoimen yhteistoimintaa. Myös poliisin ja sosiaaliviranomaisten yhteistyömahdollisuuksia tulee parantaa väkivaltaan liittyvien kotikäyntien yhteydessä ja ottaa käyttöön väkivallan riskinarvioinnin menetelmiä. (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011, 67, 57, 28.) Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö sisältyy myös sisäasiainministeriön vuonna 2012 hyväksymän kolmannen sisäisen turvallisuuden ohjelman rikosten ja väkivallan ehkäisyyn ja näin ollen sen tulee olla osana kuntien turvallisuusstrategiaa (Turvallisempi huomina. Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2012).

Suomen kansalliset terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, johon myös lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kuuluu, on linjattu Terveys 2015 - kansanterveysohjelmassa. Sen mukaan eri-ikäisten väestöryhmien hyvinvointia ja terveyttä tulisi lisätä muun muassa ihmissuhteisiin ja parisuhteeseen liittyvien ongelmien ja perheväkivallan vähentämisellä. Tavoitteena on, että turvattomuuteen liittyvä oireilu ja sairaudet sekä väkivaltakuolemat vähenevät Suomessa. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa lähisuhde- ja perheväkivaltatyön suunnittelusta ja ohjauksesta Suomessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelman (Kaste) tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen ja sosiaali-

ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestävästi. Kaste-ohjelmassa on nostettu tavoitteiksi kaventaa väestöryhmien hyvinvointi- ja terveyseroja ja järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut asiakaslähtöisesti. Palveluissa painopistettä pyritään siirtämään ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 13-17.)

Kaste-ohjelman mukaan lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja uudistetaan muun muassa vahvistamalla ehkäiseviä ja varhaisen tuen palveluja sekä kehittämällä lastensuojelutyötä (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 23). Koko väestölle suunnatun hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn lisäksi huomio on suunnattava erityisesti riskiryhmiin. Huomiota tulee kiinnittää erityisesti lasten, nuorten, vanhusten, vammaisten ja muiden erityisryhmien kohtaamaan väkivaltaan. Muun muassa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten, nuorten ja heidän perheidensä auttamiseksi tulee luoda toimintamalleja. Osaamista väkivallan ehkäisemiseksi tulee lisätä ja otetaan käyttöön lähisuhdeväkivallan ehkäisytyön toimintamalli, jossa huomioidaan STM:n antamat suositukset ja kuritusväkivallan ehkäisyn kansallinen toimintaohjelma. Lisäksi tulisi vahvistaa rakenteita ja osaamista väkivallan ja kuritusväkivallan ehkäisemiseksi ja ongelmaan puuttumiseksi. (Mts. 20 - 21.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suosituksen (2008) mukaan kuntien tulee järjestää ennaltaehkäiseviä palveluja, väkivallan uhrien palveluja sekä palveluja väkivaltaa käyttäville henkilöille. Ennalta ehkäisevää toimintaa ovat esimerkiksi väkivallattomuuteen tähtäävä kasvatus ja turvataitokasvatus, joiden tulisi sisältyä varhaiskasvatukseen ja kouluuyhteisöihin sekä lapsen kotikasvatukseen. Suosituksen mukaan äitiys- ja lastenneuvoloissa tulisi olla käytössä parisuhdeväkivallan seula raskaana olevien ja vasta synnyttäneiden naisten parisuhdeväkivallan seulontaan. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset 2008, 22-29.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon painoalueita lähisuhdeväkivaltatyössä ovat lapsiin ja nuoriin kohdistuvan väkivallan ehkäisy, varhainen puuttuminen sekä palvelujen turvaaminen sekä lähisuhde- ja perheväkivallan kohteeksi joutuneiden vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten tarvitsemien palvelujen kehittäminen ja niiden

saatavuuden parantaminen. Kansalaisjärjestöjen, yksityisen sektorin ja seurakuntien osuus palvelujen järjestämisessä on iso. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn suosituksen mukaan kansalaisjärjestöjen, seurakuntien ja viranomaisten ja kuntien välistä yhteistyötä väkivallan torjumiseksi tulisi myös parantaa. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn suositukset 2008, 22-29.)

3.3 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn strateginen ohjaus ja rakenteet kunnissa

Sosiaali- ja terveysministeriön Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn suositus (2008) antaa suuntaviivat lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Sen mukaan vastuu ehkäisevän väkivaltatyön strategisesta ohjauksesta, johtamisesta ja työnjaosta on kunnilla ja lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö tulee sisällyttää kunnan hyvinvointistrategiaan, turvallisuussuunnitteluun sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintasuunnitelmiin. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö tulee sisältyä myös sosiaali- ja terveydenhuollon laajan väestöpohjan organisaatioiden toimintasuunnitelmiin. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn suositus 2008, 15, 20.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy ja väkivallan aiheuttamien ongelmien hoito ovat kuntien tai niiden muodostamien yhteistoiminta-alueiden tehtävä. Kuntien tulee huolehtia Sosiaali- ja terveysministeriön Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn suosituksen (2008) toteutumisesta sekä kunnan itsensä tuottamissa että muualta, kuten yksityisiltä tai kolmannelta sektorilta hankkimissa palveluissa. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn suositukset 2008, 15.) Kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sekä sairaanhoitopiirien tehtävä on kehittää väkivallan tunnistamiskäytäntöjä ja ottaa käyttöön seulontamenetelmiä, jotka nostavat esiin väkivaltakokemuksia ja mahdollistavat varhaisen puuttumisen väkivaltaan. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn suositukset 2008, 23.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi kunta tai kunnan yhteistoiminta-alue tarvitsee *toimintaohjelman ja -suunnitelman* siitä, miten kunnassa tulee kehittää yhteistoimintaa, väkivallan tunnistamista, puuttumista ja tarvittavia palveluja eri

hallinnonaloilla. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintaohjelman tulee sisältää tietoa väkivallan yleisyydestä valtakunnallisesti ja paikallisista tilastoista kerättyinä. Tämän tarvearvion tekeminen edellyttää tietoa alueen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä lähisuhdeväkivallan ilmenemisestä ja vaikutuksista väestöön. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013, 9-10.)

Toimintaohjelman tulee sisältää tavoitteet, mihin lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemisessä pyritään paikallisesti. Hallintokuntien ja toimijoiden vastuut ja roolit väkivallan ehkäisytyössä tulee määritellä. Lisäksi laaditaan suunnitelma ja aikataulu palvelujen kehittämiseksi ja yhteisten ehkäisyn ja puuttumisen toimintamallien käyttöönotosta. Jokaisella toimipisteellä, jossa kohdataan väkivallan uhreja, läheisiä tai tekijöitä, on tarpeen olla toimintaohje tunnistaa ja puuttua väkivaltaan sekä toimintaohje minne asiakas ohjataan. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintaohjelman tulee sisältää myös suunnitelma, miten kunnassa tai yhteistoiminta-alueella turvataan väkivaltaa kohtaavien ammattilaisten väkivaltatyön osaaminen. Väkivaltatyön toteutusta tulee myös seurata ja arvioida ja toimintaohjelmassa voidaan sopia mitä asioita seurataan ja arvioidaan, ja kenelle raportoidaan. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013, 9-10.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintaohjelma tai -suunnitelma laaditaan kerran valtuustokaudella ja sen edellyttämät kehittämistarpeet ja resurssit sisältyvät kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmaan. Toimenpideohjelma tulee liittää osaksi kunnan sähköistä hyvinvointikertomusta ja turvallisuussuunnitelmaa sekä muihin hyvinvointiin liittyviin suunnitelmiin, joissa se on järkevää huomioida. Toteutuessaan lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö kytkeytyy entistä laajemmin kuntalaisten hyvinvointiin liittyvään työhön eri hallintokunnissa. Väkivallan ehkäisemisessä ja palvelujen järjestämisessä on huomioitava koko väestö ja erityisesti lapset, ikäihmiset, vammaiset sekä maahanmuuttajataustaiset henkilöt. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013, 7- 8.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositusten mukaan kunnissa tulee olla lähisuhde- ja perheväkivallan toimintaohjelman tai -suunnitelman valmistelua varten asetettu *monialainen ja moniammatillinen yhteistyöryhmä (entinen väkivaltatyöryhmä)*. Yhteistyöryhmässä tulee olla suosituksen mukaan edustettuina sosiaali-, terveys-, koulu- ja nuorisotoimi, poliisi, järjestöt sekä seurakunta.

Yhteistyöryhmän asettaa kunnan tai kaupunginhallitus, joka päätöksellään myös sitoutuu lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöhön ja tehtävän edellyttämiin resursseihin. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset 2008, 20; Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013, 7- 8.)

Strategiatyön käytännön toteuttamista varten kunta tarvitsee *lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön koordinaattorin (entinen väkivaltatyön yhdyshenkilö)*, joka voi toimia myös seutukunnan tai yhteistoiminta-alueen yhteisenä koordinaattorina (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset 2008, 19; Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013, 3). Koordinaattorin tehtäväkuva ja vastuualueet ovat olleet vaihtelevia ja heikosti resurssoituja kunnissa (Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön ehkäisytyö Länsi- ja Sisä-Suomen alueen kunnissa 2011, 8-9). Aluehallintovirasto, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveysten ja hyvinvoinnin laitos antoivat vuonna 2013 suosituksen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koordinaattorin toimenkuvamalliksi, jolla pyrittiin saamaan selkeyttä toimenkuvaan ja sen hoitoon tarvittaviin resursseihin sekä jäsentämään kuntien lähisuhdeväkivallan ehkäisyn ja suunnittelun rakenteita. Koordinaattori toimii toimenkuvamallin mukaan yhteistyössä monialaisen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön yhteistyöryhmän kanssa ja välittää työryhmän esityksiä yhteistyö- ja kehittämistarpeista eri hallinnonaloille, toimijoille ja kunnan päätöksentekoon. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013, 3, 11-16.)

Koordinaattori tulee nimetä virallisesti, esimerkiksi kunnanhallituksessa, jolloin päättäjät ja esimiehet antavat tehtävää hoitavalle oikeutuksen, valtuutuksen ja resurssit tehtävän hoitamiseen. Suosituksen mukaan koordinaattorin nimeämisessä tulee ottaa huomioon henkilön oma kiinnostus väkivallan vastaiseen työhön. Koordinaattori voi hoitaa tehtävänsä oman virkatehtävänsä ohella ja jokainen kunta määrittelee koordinaattorin lopullisen tehtäväkuvan. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013, 11.)

Kuntalain mukaan kunnanvaltuusto päättää kuntapolitiikan suunnasta.

Kunnanvaltuusto hyväksyy kunnan terveyden edistämisen strategiset painoalueet ja tavoitteet ja niiden toteuttamisen tarvittavat resurssit toiminta- ja taloussuunnitelmassa. Väestön tarpeista lähtevä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen haastaa kunnan eri hallinnonalat yhteistyöhön. Hyvinvointitavoitteet

ovat usein sellaisia, joiden saavuttamiseksi tarvitaan useiden toimialojen työtä ja osaamista. Kunkin hallinnonalan tulee konkretisoida yhteiset tavoitteet hallinnonalakohtaisissa suunnitelmissa omiksi tehtävikseen. (L 17.3.1995/365; L 30.12.2010/1326; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 19-21.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suosituksen (2008) tavoitteena on vaikuttaa kuntaorganisaatioihin niin, että lähisuhde- ja perheväkivalta ymmärretään vakavana ongelmana, johon on puututtava (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositus 2008, 16). Lähisuhde- ja perheväkivaltaa voidaan kohdata kaikissa kunnan palveluissa ja kunkin hallinnonalan tulee konkretisoida yhteiset lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn tavoitteet omissa hallinnonalakohtaisissa suunnitelmissa omiksi tehtävikseen. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös päivähoidon, opetus- ja nuorisotoimen tehtävät ja rooli väkivallan ehkäisyssä voidaan kirjata lähisuhde- ja perheväkivallan toimintaohjelmaan tai -suunnitelmaan.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö on yksi esimerkki terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisen sisällöistä. Lähisuhdeväkivallan ennalta ehkäisy ja palvelujen kehittäminen on parhaimmillaan suunniteltua ja systemaattista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimintaa ja myös tärkeä osa terveyttä ja hyvinvointia koskevaa päätöksentekoa kunnassa. Se edellyttää myös palvelujen organisointia ja yhteisiä toimintakäytäntöjä, voimavarojen suuntaamista, osaamisen kehittämistä ja yhteistyön sekä osallistumisen mahdollistamista. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 17-18.)

Kunnan on terveydenhuoltolain mukaan seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysosoittimia. Kuntien tulee myös raportoida valtuustolle vuosittain väestöryhmien välisten terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi tehdyistä toimenpiteistä ja laatia kerran valtuustokaudessa laajempi hyvinvointikertomus. (L 30.12.2010/1326, 11 §, 12 §.) "Terveys kaikissa politiikoissa" -lähestymistavan mukaan terveysvaikutukset on otettava huomioon kaikissa

politiikoissa ja toimenpiteissä yhteiskunnallisen päätöksenteon kaikilla sektoreilla (Health in All Policies 2013).

Väkivaltatyön toteutusta tulee myös seurata ja arvioida. Hyvinvointijohtamisen menetelmiä ja työkaluja voidaan käyttää myös lähisuhde- ja perheväkivallan vähentämistä koskevassa päätöksenteossa. Kunnallisen päätöksenteon tueksi on kehitetty ennakoarviointimenetelmiä ja työvälineitä, joita on Suomessa käytetty 2000-luvulla. Kuntia varten mallinnettujen ennakoarviointimenetelmien (esimerkiksi Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi IVA) avulla on mahdollista arvioida ennalta päätöksen vaikutuksia eri ihmisryhmien terveyteen ja hyvinvointiin (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi 2013; Ståhl & Rimpelä 2010, 134-136, 138-148; Tähkäaho 2012, 51).

Sisäministeriön vuonna 2013 asettama työryhmä on valmistellut turvallisuusindikaattorit sähköiseen hyvinvointikertomukseen, joita hyödyntämällä kunnat voivat arvioida omaa turvallisuuttaan parantavaa työtä. Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa (2012) on asetettu muun muassa nuorten turvallisuutta kuvaavia tunnuslukuja, joissa lähteinä on käytetty Tilastokeskuksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Opetus- ja kulttuuriministeriön ja Työ- ja elinkeinoministeriön tietokantoja. (Turvallisempi huomina. Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2012, 30-31, 61.) Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suosituksen (2008) mukaan lähisuhde- ja perheväkivallan tilastointia ja dokumentointia tulee parantaa (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositus 2008, 28-29). Osaamiskeskushankkeessa laadittiin kuntia varten tilastollinen selvitys terveydestä, hyvinvoinnista ja väkivallasta Keski-Suomessa. Tavoitteena oli tuottaa kuntia varten tietoa, joka mahdollisti kuntien välisen vertailtavuuden sekä vertailun valtakunnalliseen tilastotietoon. (Koskenlahti 2014, 3.)

Terveyttä edistävillä peruspalveluilla tulee olla yhteiset strategiset ja toiminnalliset tavoitteet sekä hallinnonalakohtaiset seurattavat hyvinvointi-indikaattorit, joilla tavoitteiden toteutumista seurataan (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 19-21, 24). Tällä hetkellä kunnilla ei ole mahdollisuutta seurata tai arvioida lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimenpiteiden vaikutuksia, koska lähisuhdeväkivaltaa koskeva tilastotieto on hajallaan eri viranomaisilla. Seudullinen tai maakunnallinen vertailutieto puuttuu tai sitä on hankala löytää. Väyrysen ja Jämsenin (2012) Itä-

Suomea koskevan selvityksen mukaan väkivaltaa koskevaa paikkakuntaakohtaista tilastotietoa ei ole saatavilla tai kerätty kunnissa eikä kunnissa ollut käytössä erillisiä tiedonkeruita siitä, kuinka paljon eri palveluissa kohdattiin väkivaltaa kohdanneita henkilöitä. Väyrysen ym. mukaan väkivallan ehkäisytyön johtamisessa ja suunnittelussa käytettävissä oleva tietopohja todettiin heikoksi. Myös strategiseen ohjaukseen ja suunnitteluun liittyvä toimenpiteiden vaikutusten ja kustannusten arviointi oli tällöin selvityksen mukaan mahdotonta kunnissa. (Väyrynen ym. 2012, 32.)

Hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta edellyttää yhteistyötä ja verkostoitumista myös alueellisten toimijoiden kanssa (sairaanhoidopiiri, maakuntaliitto, seutuorganisaatiot, kuntayhtymät, osaamiskeskukset, yliopistot, ammattikorkeakoulut, järjestöt, elinkeinoelämä ym. toimijat). Maakunnallisen hyvinvointistrategian/-ohjelman valmistelussa voidaan sopia alueellisesta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seurantajärjestelmästä, johtamisesta ja toimeenpanorakenteesta sekä työnjaosta ja tehtävien koordinoinnista. (Hyvinvoiva ja terve kunta 2008, 19.) Esimerkiksi Keski-Suomen Maakunnallinen sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmaan (2015) liitettiin lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn maakunnalliset tavoitteet, joiden toteuttamisvastuu on kunnilla. (Mutanen, Kuusinen, Lumiaho, Lyytikäinen, Nykänen, Peränen, Pirttimäki, Vanhala, Ahonen & Kettunen 2015, 23-25).

3.4 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn osaamisen kehittäminen

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö edellyttää sekä strategisen tason että ammatillisen tason osaamista kunnissa. Terveyden edistämisen laatusuosituksen mukaan henkilöstön osaamisen vahvistaminen on terveyden edistämisen tietojen, taitojen ja toimintakäytäntöjen kehittämistä strategisella ja ammatillisella tasolla. Strateginen osaaminen sisältää taidon hallinnoida ja johtaa toimintaa ja suunnata voimavarat oikein. Ammatillinen osaaminen on tutkimukseen perustuvaa tiedon ja menetelmien hallintaa. Henkilöstöllä tulisi olla joustavat mahdollisuudet täydentää

omaa osaamistaan perus-, täydennys- tai lisäkoulutuksella. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 23.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö kunnissa asettaa haasteita kuntajohdolle. Uusitalon ym. (2003) mukaan hyvinvointijohtamisella tarkoitetaan strategista johtamista ja valittujen strategioiden toimeenpanoa väestön hyvinvoinnin ja alueen kestävä kehityksen näkökulmista. Parhaimmillaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sen johtaminen on osa kunnan kokonaisjohtamista, joka on linjattu osaksi kuntastrategiaa sekä talouden ja toiminnan suunnittelua. Poikkihallinnollinen terveyden edistäminen kunnan johtamisjärjestelmässä tarkoittaa selkeää vastuun- ja työnjakoa, yhteistyökäytännöistä sopimista ja voimavarojen oikeanlaista kohdentamista eri hallinnonalojen kesken. Hyvällä johtamisella turvataan myös sosiaali- ja terveystalouden laatu, tehokkuus ja kestävyys muuttuvassa toimintaympäristössä. (Uusitalo ym. 2003, 53; Hyvinvoiva ja terve kunta 2008, 15-19.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön johtamisessa ja koordinaatiossa on todettu kunnissa vakavia puutteita. Laajan lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluverkoston koordinoinnin ja tiedonkulun puutteet eri toimijoiden välillä ovat merkittäviä ongelmia arjessa, mutta myös kehittämistyössä. (Väyrynen ym. 2012; Mäkeläinen, Husso, Mäntysaari, Notko & Virkki, 2012.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006) mukaan terveyden edistämisen johtaminen on luonteeltaan hallinnonalat ylittävien prosessien johtamista, jossa yhdistyy monialaisen osaamisen, hajautetun vastuun ja eri hallinnonalojen perustehtävistä koostuvan toiminnan yhteen sovittaminen. Toiminnan suunnittelun lähtökohtana ovat paikallinen ja seudullinen terveyttä ja hyvinvointia kuvaava tieto ja olosuhteiden tuntemus, kansallisten terveyden edistämisen ohjelmien tavoitteet sekä voimavarojen oikeanlainen suuntaaminen. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön johtaminen ja tavoitteiden toteutuminen kunnissa edellyttää toimintaa tukevan ja ohjaavan lainsäädännön tuntemista, ajantasaisen hyvinvointitiedon saatavuutta ja tietojärjestelmiä. Lähisuhdeväkivaltaa vähentävässä kuntastrategiassa on kysymys yhteisten tavoitteiden asettamisesta ja systemaattisesta tavoitteiden toteuttamisesta, toteutuksen seurannasta ja arvioinnista sekä johtopäätösten tekemisestä. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 17-18, 19-20.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suosituksen (2008) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammatillisia valmiuksia lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöhön ja ongelmien hoitamiseen tulisi lisätä. Henkilöstön koulutuksessa tulisi ottaa myös huomioon erityisosaamisen tarve, jota seksuaalista väkivaltaa tai hyväksikäyttöä kokeneiden auttaminen vaatii. Tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö sekä perus- että erityispalveluissa tuntee lähisuhde- ja perheväkivallan erityispiirteet ja on omaksunut työkäytännöt, joilla tunnistetaan väkivallan merkit, osataan ottaa asia puheeksi ja rohkaista asiakasta tai potilasta hakemaan hoitoa ja apua. Väkivallasta kysyminen tulisi ottaa rutiiniksi terveydenhuollon palveluissa, erityisesti neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositus 2008, 21-22.)

Myös kansallisen Kaste-ohjelman mukaan osaamista väkivallan ehkäisemiseksi tulee lisätä ja ottaa käyttöön lähisuhdeväkivallan ehkäisytyön ja tunnistamisen ja puuttumisen toimintamalleja palveluissa (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 20 -21). Perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö on osaamisalue, johon kuntien työntekijöiden tulisi voida pätevästi. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn yhteistyöryhmän ja koordinaattorin tehtävä on koordinoita ja seurata koulutuksen toteutumista paikallisesti. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013, 10, 15.)

Sosiaali- ja terveystalojen koulutus ei ole sisältänyt riittävästi koulutussisältöjä lähisuhde- ja perheväkivallasta. Koulutusta ovat tuottaneet monet kolmannen sektorin toimijat kuten esimerkiksi Ensi- ja turvakotien liitto ja Raiskauskriisikeskus Tukinainen. THL ja AVI ovat järjestäneet alueellista koulutusta lähisuhde- ja perheväkivallan ja naisiin kohdistuvan väkivallan ilmiöalueista ja työvälineistä. Koulutuksen tarkoituksena on ollut valmentaa sosiaali- ja terveystoimen työntekijöitä toimimaan omalla alueellaan ja työyhteisöissään väkivaltatyön asiantuntijoina ja kouluttajina. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn avainkouluttajakoulutus 2014.) Alueellisen täydennyskoulutuksen järjestäminen systemaattisesti esimerkiksi sairaanhoitopiirin taholta on myös vielä harvinaista. Esimerkiksi osaamiskeskushankkeessa toteutettiin Keski-Suomessa koulutusprosessi ja

lähisuhde- ja perheväkivallan tunnistamisen ja puuttumisen toimintamallin juurruttamista kuntapalveluihin hankevaroin.

Ammattihenkilöiden toimintaa ja työn kehittämistä selvittävässä tutkimuksessa (Perttu 1999a) todettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollossa työntekijät eivät olleet kovin harjaantuneita tunnistamaan ja kohtaamaan perhe- ja lähisuhdeväkivallan uhreja ja he ilmoittivat kohtaavansa uhreja ja väkivallan tekijöitä suhteellisen harvoin. Lisäksi työntekijät arvioivat omat valmiutensa täysin tai melko riittämättömiksi useimmilla väkivaltatyön osa-alueilla. (Perttu 1999a, 4-6, 23-28, 50.) Ehkäisevän työn menetelmät väkivaltatyössä olivat vuonna 1998 tuntemattomia. Peruspalveluissa työn laatua esitettiin kehitettäväksi nimenomaan koulutuksen avulla, jonka tarve tutkimuksessa todettiin suureksi. (Mts. 27-28, 53-56.)

Toljamon mukaan (2011) väkivalta muodostaa usein vain pienen osan asiantuntijoiden työnkuvasta ja väkivaltatyö on suhteellisen uusi osaamisalue, joka ei ole juurtunut ammattikieleen ja saavuttanut paikkaansa asiantuntijoiden keskuudessa. Väkivaltatyön osaaminen on keskittynyt Suomessa päihdepalvelujen tapaan yksityiselle ja kolmannelle sektorille, jonne väkivaltapalvelut ovat perinteisesti sijoittuneet. Väkivaltaan erikoistuneiden ammattilaisten asiantuntijuus on rakentunut suhteessa työn kontekstiin, lähisuhdeväkivallan uhriin ja uhrien avuntarpeeseen. Haaste väkivaltatyön asiantuntijuuden kehittymiselle kuntasektorilla on ollut sen vähäisyys ja palveluketjun rakentumattomuus. Suomesta on puuttunut mahdollisuus pätevoityä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön ammattilaiseksi. (Toljamo 2011, 136.)

3.5 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön toteutuminen selvitysten mukaan

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön toteutumista on tutkittu vähäisessä määrin Suomessa. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suosituksen (2008) tavoitteiden toteutumista on seurattu Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta, valtakunnallisen sisäisen turvallisuuden ohjelman osana sekä lääninhallitusten peruspalvelujen arvioinnin osana. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositus 2008, 20, 31; Turvallisempi huominen. Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2012.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön toteutumista tarkastellaan tässä kappaleessa kahden alueellisen ja yhden valtakunnallisen selvityksen avulla.

Aluehallintovirastot tekivät keväällä 2011 seurantakyselyn kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla toteutettavan väkivallan ehkäisytyön ja palvelujen toteutumisen tilasta.

Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston toteuttamassa seurantakyselyssä *Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön ehkäisytyö Länsi- ja Sisä-Suomen alueen kunnissa (2011)* kartoitettiin 48 kunnassa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositusten toteutumista. (Mts. 2.)

Seurantakyselyyn vastasi Keski-Suomesta yhdeksän kuntaa ja kaksi yhteistoiminta- aluetta. Seurantakyselyn mukaan väkivallan ehkäisyyn varatut määrärahat olivat kunnissa mitättömän pieniä. Keski-Suomessa oli yhdessä kunnassa (Jyväskylän kaupunki) varattu 5 000 euron määräraha lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseen. Muissa selvitykseen kuuluvissa maakunnissa oli varattu Pohjanmaalla 700 euron määräraha ja Etelä-Pohjanmaalla 95 000 euron hankemääräraha. (Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön ehkäisytyö Länsi- ja Sisä-Suomen alueen kunnissa 2011, 3, 6.)

Vuonna 2011 Keski-Suomessa toimi kahdessa kunnassa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koordinaatiotyöryhmä ja lisäksi yhdellä yhteistoiminta-alueella muun työryhmän sisällä lähisuhde- ja perheväkivallan koordinaatiotyöryhmä. Lähisuhde- ja perheväkivallan vastuuhenkilö oli nimetty kahdeksassa kunnassa ja toimintasuunnitelma tai vastaava oli tehty tai oli valmisteilla viidessä kunnassa Keski-Suomessa. Keski-Suomessa selvitykseen kuuluvissa kunnissa toimintasuunnitelma oli liitetty osaksi lastensuojelusuunnitelmaa ja jossakin kunnassa myös hyvinvointistrategiaan ja kunnan turvallisuussuunnitelmaan. Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston hallinnoimalla alueella lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintasuunnitelmia oli tehty kaiken kaikkiaan noin kolmasosassa kuntia (Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön ehkäisytyö Länsi- ja Sisä-Suomen alueen kunnissa 2011, 6-7, 9).

Seurantakyselyn mukaan lähisuhde- ja perheväkivaltatyön rakenteelliselle työlle ja koordinoinnin kehittämislle todettiin olevan edelleen tarvetta. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimeenpanoon vaikutti suuresti se, miten tehtävää oli

painotettu kunnassa ja sen hallintoelimissä, jotka nimesivät vastuuhenkilön ja koordinaatioryhmän sekä niiden tehtävät. Kunnissa ei ollut välttämättä kaikkien toimijoiden tiedossa, että kunnassa toteutettiin lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä ja kunnassa oli tätä varten toimintasuunnitelma tai -ohjelma sekä yhdyshenkilö. (Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön ehkäisytyö Länsi- ja Sisä-Suomen alueen kunnissa 2011, 8-9.)

Yhdyshenkilöiden vaihtuminen ja tehtävänkuvan ja roolin jäsentymättömyys olivat lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön kehittymisen esteitä kunnissa. Useimmat vastuuhenkilöt selvitykseen kuuluvissa maakunnissa olivat sosiaalityöntekijöitä ja yhdyshenkilön tehtävää hoidettiin oman tehtävän ohella. Parhaimmillaan yhdyshenkilön tehtävän hoitaminen onnistui seurantakyselyn mukaan silloin, kun yhdyshenkilöksi valitaan henkilö, jolla on kiinnostus ja asiantuntemus tehtävään, hänet nimittänyt toimielin on sitoutunut lähisuhde- ja perheväkivaltatyön kehittämiseen ja yhdyshenkilön tehtävänkuvaa on määritelty ja resursoitu. Lisäksi yhdyshenkilön tukena toimi moniammatillinen ja -alainen koordinaatioryhmä. (Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön ehkäisytyö Länsi- ja Sisä-Suomen alueen kunnissa 2011, 9.)

Väyrysen ja Jämsenin (2012) *Väkivallan ehkäisytyö Itä-Suomessa, Selvitys lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön tilanteesta ja kehittämistarpeista* -raportissa kuvataan väkivaltatyön nykytilannetta ja kehittämistarpeita Itä-Suomessa (Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo ja Etelä-Savo) suhteessa väkivaltatyön valtakunnallisiin suosituksiin. Myös tässä selvityksessä todetaan, että lähisuhde- ja perheväkivallan strateginen ohjaus ja suunnittelu olivat monissa Itä-Suomen kunnissa jäsentymättömiä. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön vastuu ja johtaminen olivat epäselviä ja kunnista puuttuivat koordinaatio- tai yhteistyöryhmät ja vastuuhenkilöt. Osassa kunnista lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö oli huomioitu hyvinvointistrategioissa kuten esimerkiksi lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmissa ja kuntien turvallisuussuunnitelmissa. Henkilöstön ammatillisia valmiuksia oli lisätty, mutta henkilöstön osaamisen pitkäjänteisessä ja säännöllisessä ylläpitämisessä oli epäonnistuttu. Ammatilliset valmiudet lähisuhde- ja perheväkivaltatyössä vaihtelivat eri ammattiryhmien kesken ja henkilöstön vaihtuvuus oli suurta. Itä-Suomessa kiinnitettiin myös huomiota sosiaali- ja

terveydenhuollon henkilöstön tulevaan voimakkaaseen eläköitymiseen, johon tulisi varautua osaamisen ylläpitämiseksi perus- ja erityispalveluissa. (Väyrynen & Jämsen 2012, 28-29.)

Väkivallasta kysymiseen kehitettyjä toimintamalleja käytettiin jonkin verran Väyrysen ym. (2012) selvityksen mukaan kuten esimerkiksi neuvolaseulaa, mutta väkivallasta kysyminen ei ollut rutiinia kaikilta asiakasryhmiltä. Kaikissa selvitykseen kuuluvissa kunnissa ei ollut myöskään väkivaltatyön toimintamalleja ja painopistettä tulisi siirtää ennaltaehkäiseviin palveluihin. Väyrysen ym. selvityksessä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön tilanteesta ja kehittämistarpeista todetaan, että väkivaltatyö liittyy osaksi kunnan muita perus- ja erityispalveluja eikä väkivaltaan erikoistuneita palveluja ole ja, että erityispalveluja ostetaan tarvittaessa. Itä-Suomea koskevassa selvityksessä keskeinen puute oli väkivaltaa käyttäville henkilöille tarjottavien palvelujen puute ja palveluihin ohjautumisen sattumanvaraisuus. Palveluiden pirstaleisuus vaikeutti hoitopolkua ja asiakasprosessin etenemistä. Palveluohjaukseen ja eri viranomaisten yhteistyöhön pitäisi Väyrysen ym. mukaan kiinnittää nykyistä enemmän huomiota ja myös kokonaistilanteesta vastaaminen tulisi kuulua jollekin työntekijälle. Väyrysen ym. mukaan seurakunnan toimijat ja väkivaltateemassa toimivat järjestöt olivat keskeisiä kumppaneita kuntien väkivallan ehkäisytyössä. (Väyrynen ym. 2012, 30-32.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan dokumentoinnissa ja kirjaamisessa todettiin puutteita. Osa työntekijöistä ei kirjannut väkivaltaa koskevia tietoja tietojärjestelmiin. Kuntien käyttämät tietojärjestelmät eivät olleet yhteneväisiä tietosisällöiltään ja lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskeva dokumentointi ja tilastointi vaihtelivat kunnissa. Väyrysen ym. mukaan väkivaltaa koskevaa paikkakuntakohtaista tilastotietoa ei ollut saatavilla eikä kunnissa ollut käytössä erillisiä tiedonkeruita siitä, kuinka paljon eri palveluissa kohdattiin väkivaltaa kohdanneita henkilöitä. Näin ollen väkivallan ehkäisytyön johtamisessa ja suunnittelussa käytettävissä oleva tietopohja todettiin heikoksi. Myös strategiseen ohjaukseen ja suunnitteluun liittyvä toimenpiteiden vaikutusten ja kustannusten arviointi oli tällöin selvityksen mukaan mahdotonta kunnissa. (Väyrynen ym. 2012, 32.)

Vuonna 2012 tehdyssä valtakunnallisessa selvityksessä *Tukitoimenpiteet lähisuhde väkivaltaa kokeneille naisille* (Mäkeläinen, Husso, Mäntysaari, Notko & Virkki, 2012),

selvitettiin 150 kunnan alueella lähisuhdeväkivallan uhreiksi joutuneille naisille tarjottavia palveluja. Selvityksen mukaan lähisuhdeväkivaltaa kokeneille tarjottavien palvelujen saatavuudessa oli merkittäviä alueellisia eroja. Erityisesti pienissä kunnissa palveluja oli tarjolla hyvin vähän. Palvelut eivät olleet selvityksen mukaan jakautuneet tasaisesti, jolloin mahdollisuudet palvelujen käyttöön riippuivat asiakkaan asuinpaikasta. Palveluverkoston koordinointi ja tiedonkulku eri toimijoiden välillä olivat myös selvityksen mukaan väkivaltatyössä ja palvelujen kehittämisessä merkittäviä ongelmia. Useiden kuntien toimihenkilöillä ei ollut tietoa oman kunnan tai seutukunnan alueella väkivallan uhreille tarjolla olevista palveluista. (Mäkeläinen, Husso, Mäntysaari, Notko & Virkki 2012, 3.)

Valtakunnalliseen selvitykseen (2012) vastasi Keski-Suomen 23 kunnasta 12 (52 %) kuntaa. Palvelut, joita selvityksessä kysyttiin, oli jaoteltu akuutteihin ja pitkäkestoisiin tukitoimenpiteisiin. Kahdeksan keskisuomalaista kuntaa ilmoitti, että heillä on tarjota akuutteja palveluja, joita olivat kriisipalvelut, kriisikeskus, turvakoti tai kriisiasunto. Viisi keskisuomalaista kuntaa ilmoitti, että heillä oli pitkäkestoista tukea tarjolla, joita olivat vertaisryhmät, neuvontapalvelu ja tukihenkilöjärjestelmä. (Mäkeläinen ym. 2012, 27-29.)

Mäkeläisen ym. mukaan suurimmat aukot palveluissa olivat pitkäkestoisen tuen osalta tukihenkilöjärjestelmän ja vertaisryhmien järjestämisessä. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneille naisille tarjottavien palvelujen saatavuudessa oli merkittäviä alueellisia eroja ja selvityksessä todettiin, että palvelukenttä oli hajanainen. Vuonna 2012 tehdyssä selvityksessä pienten kuntien tarjoamat palvelut todettiin vähäisiksi ja isommissa kunnissa ongelmana olivat kysynnän paljous ja pitkät odotusajat. Henkilön mahdollisuus hakeutua esimerkiksi kriisikeskukseen tai turvakotiin riippui henkilön asuinpaikasta ja kunnan taloudellisesta tilanteesta. Selvityksen mukaan kriisikeskuksia oli noin kolmasosassa kuntia ja turvakoteja vain joka viidesosassa kaikista kyselyyn vastanneista kunnista (n=150). Etenkin harvaan asutuilla alueilla palvelut olivat väkivaltaa kokeneille liian kaukana. Niissä kunnissa, joissa ei ollut kriisikeskusta tai turvakotia, hankittiin palvelut ostopalvelusopimuksella tai maksusitoumuksella. Kriisikeskukset ja turvakodit olivat useimmiten järjestöjen ylläpitämiä. (Mäkeläinen ym. 2012, 42-43.)

Mäkeläisen ja kumppanien selvityksen mukaan palveluverkoston koordinointi ja tiedonkulku eri toimijoiden välillä olivat väkivaltatyössä ja palvelujen kehittämisessä merkittäviä ongelmia. Selvityksessä todettiin, että useiden kuntien väkivaltatyön vastuuhenkilöitä ei saatu tavoitettua, eikä kaikissa kunnissa ollut tietoa siitä, kuka vastasi väkivaltatyöstä omassa kunnassa. Myös työntekijöiden ja yhdyshenkilöiden vaihtuvuus tuli esille vuonna 2012. Tutkijat esittivät, että väkivaltatyön koordinointiin ja vastuisiin tulisi kiinnittää enemmän kunnissa huomiota. Vaikka ohjeistusta ja toimintamalleja lähisuuhdeväkivallan kohtaamiseen oli tehty useissa kunnissa, oli väkivaltaan puuttuminen jäsentymätöntä ja tiedonkulku eri toimijoiden välillä puutteellista. Väkivaltatyötä tehtiin usein muun työn ohella ja väkivaltatyöstä vastaavilla ei ollut selvityksen mukaan riittäviä resursseja tai mahdollisuuksia tehtäviensä hoitamiseen. Selvityksessä nostettiin rakenteellisten puutteiden lisäksi esille asenteelliset ongelmat. Asenteellisten haasteiden ylittäminen edellyttää selvityksen mukaan työntekijöiden kouluttamista väkivaltailmiöön ja väkivallan vaikutusten ymmärtämiseen. (Mäkeläinen ym. 2012, 42-43.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa johtaville viranhaltijoille suunnatun haastattelututkimuksen avulla lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kansallisten suositusten toteutumista Keski-Suomessa.

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytöiden toteutumista keski-suomalaisissa kunnissa. Tavoitteena on tarkastella miten kunnat toteuttavat lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategiaa ja johtamista ja ylläpitävät lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn rakenteita ja osaamista vähentääkseen lähisuhdeväkivaltaa ja siitä koituvia haittoja? Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytöillä tarkoitetaan tässä yhteydessä kaikkia niitä toimenpiteitä ja strategioita, joiden avulla kunnissa pyritään ennalta ehkäisemään ja vähentämään lähisuhde- ja perheväkivaltaa ja siitä koituvia haittoja. Ehkäisytyö sisältää sekä strategisen johtamisen, että varsinaisen väkivaltatyön.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueellisissa suunnitelmissa ja strategioiden suunnittelussa. Tutkimustulosten avulla voidaan arvioida lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategioiden, johtamisen, rakenteiden ja osaamisen kehittymistä kunnissa.

Tutkimuksen tavoitteiden saavuttamiseksi tutkimukselle asetettiin seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Miten kunnat ovat huolehtineet kansallisten suositusten mukaisten lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategisen suunnittelun, johtamisen ja rakenteiden toimeenpanosta?
2. Miten kunnassa toteutetaan vaikuttamistoimintaa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi ja siitä aiheutuvien ongelmien vähentämiseksi?
3. Miten kunnissa ylläpidetään lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn osaamista osana kunnan hyvinvointiosaamista?
4. Millaisia lähisuhdeväkivaltapalveluja kunnan asukkaat saavat ja millaisia lähisuhde- ja perheväkivaltaa ehkäiseviä ja vähentäviä käytäntöjä kunnissa on?

5 TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivisen tutkimuksen taustalla on niin sanottu realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista tosiasioista. Tämän looginen positivismi - filosofiseen suuntaukseen kuuluvan ajattelutavan mukaan kaikki tieto on peräisin suorasta aistihavainnosta ja loogisesta päättelystä, joka perustuu näihin havaintoihin. Määrälliselle tutkimukselle ominaisen deduktiivisen logiikan mukaan tutkimus on teorioiden ja mallien testausta ja tutkimus etenee teoriasta käytäntöön ja yleisestä yksityiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 139; Guba & Lincoln 2000, 107-108, 110.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana ovat selkeät kysymykset, joihin tutkimuksella haetaan vastauksia. Ominaista kvantitatiiviselle tutkimukselle on asioiden kuvaaminen numeeristen suureiden avulla ja taulukoiden ja tilastojen muodostaminen niiden perusteella. Kyseessä oli poikittaistutkimus, jonka avulla selvitettiin tietyn ilmiön esiintyvyyttä tietyllä hetkellä, mutta jonka avulla ei saatu selville syy-seuraus suhdetta. Tutkimus liittyi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Läheisväkivallan ehkäisyn kansallinen osaamiskeskus -hankkeen (2012-2014) alkuarviointiin ja tutkimuksen tulosten avulla voidaan arvioida lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategioiden, rakenteiden ja osaamisen kehittymistä Keski-Suomessa. Kvantitatiivinen tutkimus soveltui tutkimusmenetelmäksi, koska sen avulla voitiin selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. (Heikkilä 2010, 22, 16-19; Hirsjärvi ym. 2010, 140-141.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto voidaan hakea erilaisista valmiista tietokannoista ja rekistereistä, tai tiedot kerätään itse. Itse kerättävissä aineistoissa päätetään tutkimusongelman perusteella mikä on kohderyhmä ja mikä tiedonkeruumenetelmä soveltuu parhaiten tutkimukseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otos voi olla suuri ja tutkijan ja tutkittavan suhde etäinen. (Heikkilä 2010, 18-19.)

Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa. Tutkimuksen taustalla olevan osaamiskeskushankkeen tavoitteena oli saavuttaa keskisuomalaiset kunnat, joissa osaamiskeskushanke ei ollut tehnyt interventiota. Tästä syystä Perusturvaliikelaitos Saarikan seutu (Kannonkoski, Karstula, Kivijärvi, Kyyjärvi ja Saarijärvi) ja Keuruun kaupunki osaamiskeskushankkeen pilottialueina eivät sisällyneet haastattelututkimuksen kohderyhmään. Haastattelututkimuksen perusjoukkoon kuuluin kaiken kaikkiaan 23 kuntaa (N=23), josta otokseen valikoitui 17 kuntaa.

Tutkimuksessa päädyttiin henkilökohtaisen tapaamisen sisältävään haastattelumenetelmään osaamiskeskushankkeesta johtuvista syistä. Sähköisen kyselytutkimuksen sijasta päädyttiin johtaville viranhaltijoille suunnattuun haastattelututkimukseen, jonka avulla haluttiin varmistaa mahdollisimman korkea vastausprosentti ja tehokas tiedon keruu. Henkilökohtaisen tapaamisen avulla oli mahdollista välittää tietoa puolin ja toisin ja tehdä hanketta tunnetuksi kunnissa, joten haastattelututkimus toi lisäarvoa osaamiskeskushankkeelle. Lisäksi tiedonkeruuprosessiin liittyi erillinen työkokousprosessi, jossa kyselytutkimuksen tulokset käsiteltiin kuntien edustajien kanssa Keski-Suomen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suunnitelman 2015-2020 pohjaksi (Frantti-Malinen 2014b, 44-48).

Tiedonkeruun menetelmäksi valikoitui strukturoitu haastattelututkimus, jossa oli harkinnanvarainen otanta. Fieldingin (1993) mukaan puolistrukturoidussa tai puolistandardoidussa haastattelussa kysymysten muoto on kaikille sama, mutta haastattelija voi vaihdella kysymysten järjestystä (mts. 136). Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan vastaajat voivat vastata omin sanoin. Robsonin (1995) mukaan kysymykset on määrätty ennalta, mutta haastattelija voi vaihdella niiden sananmuotoa. Kaikille puolistrukturoiduille menetelmille on ominaista se, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia. Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua haastattelulomaketta, joka sisälsi strukturoituja kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Haastattelun aikana kysymysten järjestystä voitiin vaihdella tilanteen mukaan.

5.2 Haastattelulomakkeen laadinta

Haastattelua varten laadittiin strukturoitu haastattelulomake.

Haastattelukysymyksissä käytettiin pohjana Terveiden edistämisen laatusuosituksia, joka on tarkoitettu työvälineeksi kunnille terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointiin. Laatusuositus perustuu kansainvälisen European Foundation for Quality Managementin arviointimalliin (EFQM). Laatusuosituksen avulla voidaan arvioida kunnassa terveyden edistämisen rakenteita, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä seuranta ja arviointia. (Terveiden edistämisen laatusuositus 2006, 3.) Haastattelulomakkeen laadinnassa oikeiden painotuksien saamiseksi haastateltiin syksyllä 2013 eri alojen asiantuntijoita aluehallintovirastosta, perusterveydenhuollon yksiköistä, sosiaalialan osaamiskeskuksesta sekä päihdepalvelujen edustajia.

Haastattelukysymykset ryhmiteltiin seuraaviin osa-alueisiin:

0 Kunnan perustiedot

1. Terveiden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen
2. Terveyttä edistävät elinympäristöt, yhteistyö ja osallistuminen
3. Terveiden edistämisen osaaminen
4. Terveyttä edistävät peruspalvelut
5. Terveiden edistämisen seuranta ja arviointi
6. Tarkentavia kysymyksiä ja tulevaisuus

Jokainen osa-alue 0-6 sisälsi sitä kuvaavia kysymyksiä, jotka pohjautuivat lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kansallisiin suosituksiin, joiden mukaan kuntien tulisi suunnitella ja toteuttaa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategiaansa kunnissa. Kysymysten pohjana käytettiin Sosiaali- ja terveysministeriön Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset, Tunnista, turvaa ja toimi (2008) ja Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnissa ja koordinaattorin tehtäväkuvamalli (2013) -suosituksia. Liitteessä 1. on kuvattu haastattelukysymysten laadinta ja eri osa-alueet.

Haastattelulomake oli suunniteltu osaamiskeskushankkeen kuntakartoitusta varten ja tutkimukseen otettiin mukaan vain osa haastattelututkimuksen aineistosta. Haastattelulomakkeessa oli kaiken kaikkiaan 22 kysymystä. Kysymykset 1-5 sisälsivät vastaajaa ja haastattelun ajankohtaa koskevia perustietoja ja kysymykset 6-19 käsittelivät varsinaista tutkimusaluetta. Kysymykset 20-24 sisälsivät osaamiskeskushankkeen kannalta tärkeitä kysymyksiä ja ne eivät sisälly tutkimukseen. Taulukossa 1. on esitetty tutkimuksen osa-alueet ja niihin liittyvät kysymykset.

Taulukko 1. Tutkimuksen osa-alueet ja niihin liittyvät kysymykset

<p>1. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategisen suunnittelun, johtamisen ja rakenteiden toimeenpanoa kunnissa pyrittiin selvittämään seuraavilla kysymyksillä:</p> <p>6. Onko kunnassa tai seutukunnalla tehty Lähisuhdeväkivallan ehkäisyn suunnitelma?</p> <p>7. Mitkä ovat kunnan lähisuhdeväkivallan ehkäisyn tavoitteet lähivuosina?</p> <p>8. Kuka vastaa väkivaltapalvelujen kehittämisestä kunnassa?</p> <p>9. Onko kunnassa väkivaltayön yhdyshenkilö/koordinaattori?</p> <p>10. Onko uusi väkivallan ehkäisyn koordinaattorin toimenkuvamalli 2013 käsitelty?</p> <p>11. Onko kunnassa/seutukunnan kanssa yhteinen työryhmä, jossa päätetään suunnitellaan lähisuhdeväkivallan ehkäisyn toimenpiteistä ja suunnitelmasta?</p>
<p>2. Terveyttä edistäviä elinympäristöjä ja osallistumista mitattiin seuraavilla kysymyksillä:</p> <p>12. Miten väkivaltapalveluista tiedotetaan kunnassa?</p> <p>13. Otetaanko kunnan asukkaat mukaan väkivaltaa koskevaan päätöksentekoon?</p>
<p>3. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön osaamista selvitettiin seuraavilla kysymyksillä:</p> <p>16. Kuinka suuri osa henkilöstöstä on saanut koulutusta väkivallasta viimeisen 5 vuoden aikana?</p> <p>17. Onko suunniteltu henkilökunnan koulutusprosessia tulevaisuuteen?</p>

(jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

<p>4. Terveyttä edistäviä palveluja kunnissa kartoitettiin kysymyksellä ”18. Onko kunnassa seuraavia palveluja?”, johon annettiin seuraavat vastausvaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ennalta ehkäisevät palvelut b. Väkivallan uhrien palvelut c. Akuutti apu d. Pitkäkestoinen tuki ja terapia e. Turvakotipalvelu f. Väkivaltaa kokevien lasten ja nuorten palvelut g. Väkivaltaa kokevien vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten palvelut h. Väkivaltaa käyttävien henkilöiden palveluja i. Läheisten palveluja j. Kolmannen sektorin palveluja k. Seurakuntien palveluja l. Muuta, mitä?
<p>5. Terveystieteiden edistämisen seurannan ja arvioinnin toteutumista selvitettiin seuraavilla kysymyksillä:</p> <ul style="list-style-type: none"> 14. Mitä tietoa on väkivallan yleisyydestä kunnassa? 15. Mitä tietoa lähisuhteiden väkivallan vaikutuksista kunnan asukkaiden terveyteen ja hyvinvointiin on olemassa? 19. Käytettiin tai oliko lähisuhteiden väkivaltapalveluja koskevassa päätöksenteossa käytetty esimerkiksi ihmisiin kohdistuvaa vaikutusten arviointimenetelmää (IVA)?

Kysymykset 6-20 sisälsivät 9 kysymystä, joissa oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot ja 5 avointa kysymystä. Haastattelija kirjasi vastaukset lomakkeelle haastattelun aikana. Haastattelulomake on esitetty liitteessä 2. Vastaukset siirrettiin haastattelun jälkeen lomakkeelta Excel-taulukkoon analyysia varten.

5.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimus toteutettiin 20.9.2013-12.3.2014 välisenä aikana haastattelemalla kuntien johtavia viranhaltijoita. Haastatteluajan sopimiseksi haastattelija otti haastateltavaan yhteyttä ensin puhelimitse, jonka jälkeen lähetettiin saatekirje sähköpostin välityksellä. Saatekirjeessä selvitettiin haastattelun tarkoitus ja mihin haastatteluaineistoa tullaan käyttämään, haastatteluun käytettävä aika ja

hanketausta. Tämän jälkeen sovittiin yhteinen haastatteluajankohta. Aineiston keruu tapahtui verkkaisesti. Johtavien viranhaltijoiden tavoittelu ja sopivan haastatteluajankohdan sopiminen veivät usein aikaa muutaman viikon. Usein haastateltavaksi tarjottiin väkivaltatyön koordinaattoria johtavan viranhaltijan sijasta. Kohderyhmäksi valittiin kuitenkin johtavat viranhaltijat sen vuoksi, että heillä oli vastuu lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön toteuttamisesta ja kehittämisestä paikallisesti.

Haastattelu tapahtui haastateltavan työpaikalla. Haastattelua varten varattiin tunti aikaa, mutta käytännössä haastattelu kesti useimmiten 1,5 tuntia. Haastattelun jälkeen oli mahdollisuus palata haastattelun sisältöön ja tehdä kysymyksiä haastattelijalle sähköpostin avulla. Aineiston keruu sisälsi 13 haastattelua.

Haastattelija tutustui kunnan perustietoihin ennen jokaista haastattelukäyntiä, jolloin haastattelijalla oli tiedossa kunnan väkiluku, palvelurakenne ja palvelujen järjestämistapa. Lisäksi haastateltavia henkilöitä pyydettiin etsimään kunnan lähisuhdeväkivaltaa koskevat suunnitelmat esille ennen haastattelua, joten niiden sisältöön voitiin tutustua haastattelun aikana ja sen jälkeen.

Haastattelututkimus tuotti kvantitatiivista eli määrällistä tietoa. Kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyy aina tutkimuselementtien yhdistämistä, muuttujien mittaamista sekä tilastollista seuraussuhteiden analysointia. Kvantitatiivisen tutkimusaineiston analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Tulokset raportoitiin lukumäärinä ja prosenttiosuuksina.

Avoimet vastaukset esiteltiin laadullisena aineistona ja analysoitiin teemoittelun avulla. Teemoittelu on laadullisen analyysin perusmenetelmä, jossa tutkimusaineistosta pyritään hahmottamaan keskeisiä aihepiirejä eli teemoja. Teemoittelun avulla aineistoa voidaan pilkkoa ja ryhmitellä erilaisiin aihepiireihin sekä löytää aineistossa sijaitsevien aiheiden esiintyvyyttä. Teemoittelussa korostuu aineiston lukumäärän sijasta teeman sisältö ja se mitä aiheesta on sanottu tai mitä siihen sisältyy. Teemat ovat tutkijan tekemiä tulkintoja siitä, mitkä aihepiirit ovat aineistossa esille nostettavia näkökohtia. (Eskola ym. 2005, 174–180.)

Haastattelututkimus edustaa 23 Keski-Suomen kunnasta 16 kuntaa (n=17). Kohderyhmään kuuluvista kunnista yhteen kuntaan ei järjestynyt haastattelukäyntiä.

Haastateltavat henkilöt edustivat joko yksittäistä kuntaa tai seutukuntaa, jolloin tutkimuksessa ei saatu pelkästään yksittäisiä kuntia koskevia tuloksia vaan myös seudullisia tuloksia. Tämän vuoksi tulokset on esitetty niin, että 13 haastattelua edustavat 11 yksittäistä kuntaa ja kahta seutukuntaa (Viitasaaren, Pihtiputaan ja Kinnulan seutu sekä Jämsän ja Kuhmoisen seutu).

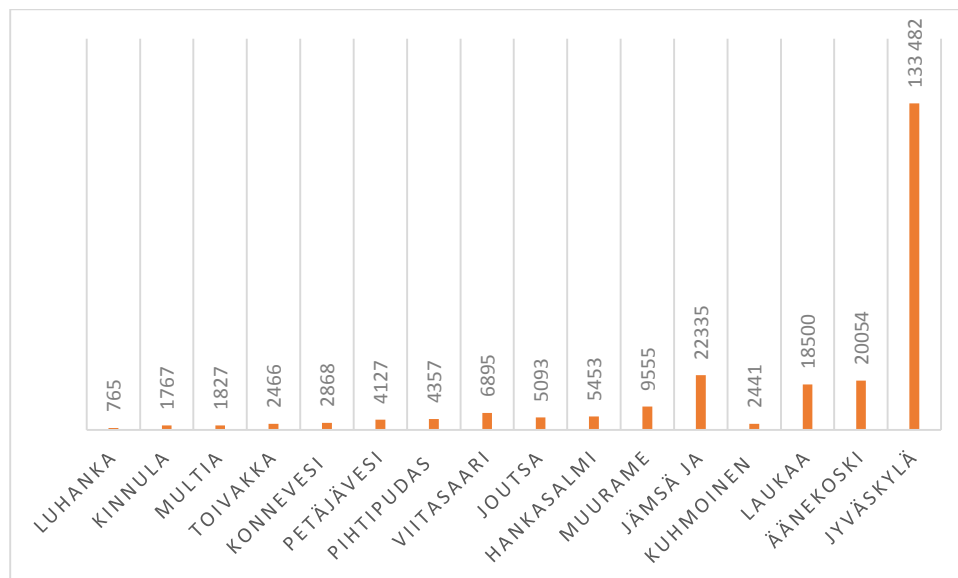
Keski-Suomi on asukasluvultaan Suomen viidenneksi suurin maakunta.

Tutkimushetkellä Keski-Suomessa oli 23 kuntaa ja asukkaita 275 320. Kuntien asukasmäärät vaihtelivat Jyväskylän 134 658 asukkaasta Luhangan 763 asukkaaseen.

Kunnittain tarkasteltuna 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomessa oli suurin juuri keskisuomalaisissa Luhangan (40,1 %) ja Kuhmoisten (39,0 %) kunnissa.

(Tilastokeskus.) Aineiston analyysissä käytettiin jaottelua suuret ja pienet kunnat.

Pieniksi kunniksi ryhmiteltiin kunnat, joiden väkiluku oli alle 10 000 asukasta. Suuriksi kunniksi ryhmiteltiin kunnat tai seutukunnat, joissa oli yli 10 000 asukasta (Laukaa, Jyväskylä, Jämsän ja Kuhmoisen seutu ja Äänekoski). Kuviossa 1. on havainnollistettu kuntien jaottelu asukasluvun perusteella pienimmästä suurimpaan.



Kuvio 1. Haastateltujen kuntien asukasluvut (n=16)

6 TULOKSET

6.1 Toimintaympäristön kuvaus

Kohderyhmä

Vastausprosentti oli henkilökohtaisen tapaamisen ja haastattelun sisältävässä tutkimuksessa varsin korkea 94 %. Tutkimuksen kohderyhmään kuului 17 kuntaa ja haastattelututkimukseen saatiin vastaukset 16 kunnasta. Kohderyhmään kuuluvista kunnista yhteen kuntaan ei järjestynyt haastattelukäyntiä.

Kartoitettuja kuntia tai seutukuntia oli 13: Toivakka, Joutsa, Muurame, Laukaa, Hankasalmi, Jyväskylä, Jämsän ja Kuhmoisen seutu, Äänekoski, Konnevesi, Multia, Luhanka, Petäjävesi ja Wiitaunionin alue (Viitasaari, Pihtipudas ja Kinnula).

Haastattelututkimukseen osallistuneiden kuntien yhteenlaskettu asukasmäärä 241 985 asukasta edusti 88 % Keski-Suomen väestöstä (275 320 asukasta).

Haastateltavat henkilöt toimivat kunnissa moniroolisissa tehtävissä. Haastatteluun tavoiteltiin johtavia viranhaltijoita, joilla oli vastuu lähisuhdeväkivaltapalvelujen kehittamisestä ja koordinoimisesta kunnissa. Viiden johtavan viranhaltijan tehtäviin sisältyi myös lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kuntakoordinaattorin tehtävät joko pysyvästi tai väliaikaisesti, ja yhden johtavan viranhaltijan tehtäviin kuului myös kunnanjohtajan sijaistaminen. Johtavan viranhaltijan lisäksi haastatteluun saattoi osallistua muita asiantuntijoita. Kahdeksassa kunnassa haastatteluihin osallistui kerrallaan yksi henkilö ja neljässä kunnassa haastatteluun osallistui yhdessä johtavan viranhaltijan kanssa joku muu kunnan työntekijä tai lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kuntakoordinaattori.

Haastatteluun osallistuneiden (n=22) tehtävänkuvat jakaantuivat seuraavasti:

- Johtajat: perusturvajohtaja, sosiaalijohtaja, sosiaalipalvelujen vastuualuejohtaja
- Erytisasiantuntijat: johtava sosiaalityöntekijä, hyvinvointiasiantuntija, perheneuvolan vastaava työntekijä, päihde- ja mielenterveyspalvelujen osastonhoitaja, sosiaalityöntekijä, lastenvalvoja, psykologi
- Asiantuntijat: sosiaaliohjaaja.

Palvelujärjestelmä

Lähisuhdeväkivaltaan liittyvä palveluverkosto oli Keski-Suomessa laaja ja monipolvinen. Lähisuhdeväkivalta palveluja tuotettiin kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa, mutta myös muilla kunnan hallinnonaloilla. Kunnan lisäksi palveluja tuottivat monet kolmannen ja yksityisen sektorin palvelutuottajat sekä seurakunnat. Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluja tuotettiin myös seudullisesti yhteistoiminta-alueilla. Näin ollen palvelujen tuottajaverkostot saattoivat olla erillään kunnan omasta hallinnosta (kolmannen ja yksityisen sektorin palvelut, yhteistoiminta-alueet).

Perusterveydenhuollon palvelut tuotettiin Keski-Suomessa kolmella terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella: Jyväskylän seudun terveydenhuollon yhteistoiminta-alue (JYTE), Keski-Suomen seututerveyskeskus ja Viitasaaren ja Pihtiputaan terveyskeskukset (Wiitaunioni). Lisäksi Äänekosken kaupunki ja Kinnulan kunta tuottivat omat perusterveydenhuoltopalvelunsa omin voimin. Kaikilla edellä mainituilla alueilla kunnat tuottivat omalle alueelleen sosiaalipalvelunsa.

Sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alue toimi kolmella alueella: Kannonkoski, Karstula, Kivijärvi, Kyyjärvi, Saarijärvi (Saarijärven alueen SoTe ky), Wiitaunionin (Viitasaari ja Pihtipudas) ja Kinnulan kunta sekä Jämsän kaupungin ja Kuhmoisten kunnan yhteistoiminta-alue. Niissä tuotettiin sekä sosiaali- että terveyspalvelut. Erikoissairaanhoidon palvelut tuotettiin alueen väestölle Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Vuoden 2013 alusta Jämsä ja Kuhmoinen olivat siirtyneet Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, minkä jälkeen erikoissairaanhoidon palvelut järjestäytyivät Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin päivystyspoliklinikalla toimi erikoissairaanhoidon päivystys koko Keski-Suomen maakuntaa varten ja yöaikana maakunnan terveyskeskusten yhteinen yöpäivystys kaikkien muiden kuntien paitsi Jämsän ja Kuhmoisten alueen väestölle.

Lähisuhdeväkivalta palveluja tuotettiin myös kuntien sosiaalipalveluissa, jolloin sosiaalitoimistojen aukioloaikoina kiireellisissä sosiaalisissa kriisi- ja hätätilanteissa palveli oman alueen tai kunnan sosiaalitoimisto. Virka-ajan ulkopuolella Keski-

Suomessa toimi kolme eri sosiaalipäivystysjärjestelmää, jotka toimivat ns. Mobile-kunnissa (n=15 kuntaa), Saarijärven seudulla ja Viitaseudulla. Mobile-kunnissa sosiaalitoimistojen aukioloaikojen ulkopuolella tehtävä kiireellinen sosiaalityö oli järjestetty Kriisikeskus Mobilen kautta, jota ylläpiti Jyväskylän Seudun Mielenterveysseura. Saarijärven seudulla (Saarijärven, Karstulan, Kannonkosken, Kivijärven ja Kyyjärven) sekä Viitaseudulla (Pihtiputaan, Viitasaaren ja Kinnulan) kunnat järjestivät sosiaalipäivystyksensä seudullisen päivystysrenkaan toimintana.

Lähisuhdeväkivalta palveluja tuottivat Keski-Suomessa myös seurakunnat, poliisi ja lukuisa joukko kolmannen ja yksityisen sektorin toimijoita. Keskeiset kolmannen sektorin palveluntarjoajat Keski-Suomessa olivat Kriisikeskus Mobile, Keski-Suomen ensi- ja turvakoti, raiskauskriisikeskus Tukinainen ja SOS-lapsikylä. Lastensuojelu ja sosiaalityö käyttivät useita yksityisiä ja kolmannen sektorin lastensuojelun avo- ja sijaishuollon palveluja sekä lasten, nuorten ja perheiden terapia- ja kuntoutuspalveluja maakunnasta ja sen ulkopuolelta. Kunnat ostivat palveluja myös toisiltaan sekä maakuntarajan ulkopuolelta.

Kehittämishankkeet

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä oli tehty 2000-luvulla kansallista pioneerityötä systemaattisessa lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmässä. 2000-luvulla oli kehitetty seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden naisten hoitoon RAISEK–hoitoketju ja toimintamalli (Nykänen 2004). Vuosina 2009–2011 toteutettiin EU-komission ja Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) rahoittama projekti Väkivaltainterventio sairaanhoidossa eli VISH-projekti (Violence Intervention in Specialist Health Care -projekti) (Juutilainen 2012; Frantti-Malinen 2014b, 6).

VISH-projektissa tuotettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystysvastaanotossa (Nova), psykiatriassa ja synnytys- ja naistentautien yksiköissä (Gravida) menetelmät läheisväkivallan tunnistamiseen ja hoitoonohjaukseen. Hankkeessa tuotettiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintayksiköjä varten läheisväkivallan tunnistamisen ja puuttumisen VISH-toimintamalli ja läheisväkivallan tunnistamisen välineet. VISH-projektiin liittyvässä tutkimuskokonaisuudessa

testattiin tieteellisesti läheisväkivallan tunnistamisen ja puheeksi ottamisen malli ja työkalut ja tuotettiin useita osatutkimuksia. Tutkimusryhmä koostui Jyväskylän yliopiston tutkijoista ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toimineista projektin jäsenistä. Jyväskylän yliopisto jatkoi tutkimustoimintaa lisärahoituksen turvin projektin jälkeen. (Juutilainen 2012; Notko ym. 2011.) VISH-toimintamalli on levinnyt valtakunnalliseksi toimintamalliksi Suomessa. THL suosittaa systemaattista lähisuhde- ja perheväkivallan riskin kartoitusta kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa juuri VISH-projektissa kehitettyjen Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomakkeiden avulla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Myös sosiaalihuollon kehittämistyöllä on ollut pitkä historia maakunnassa. Lastensuojelun verkostoituminen Keski-Suomessa oli lähtenyt liikkeelle jo 1990-luvun alkupuolella. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (Koske) koordinoi Keski-Suomen lastensuojelutyöryhmää ja toimi lastensuojelun kehittämisyksikkönä. 2000-luvulla oli laadittu koko maakuntaa koskeva Lasten seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn tutkimisen ja hoidon malli (SERI). Koske hallinnoi myös yhtenäisen sosiaalipäivystysjärjestelmän kehittämistä Sosiaalipäivystyksen maakunnallinen järjestäminen Keski-Suomessa-hankkeessa vuosina 2006–2007. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus vastasi 18 Keski-Suomen kunnan toimeksiannosta maakunnallisesta virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen koordinoinnista vuoden 2012 maaliskuun loppuun saakka, jonka jälkeen tehtävät siirtyivät perustettuun sosiaalipäivystysyksikköön Jyväskylän kaupungille. (Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus; Frantti-Malinen 2014b, 6.)

6.2 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strateginen suunnittelu, johtaminen ja rakenteiden toimeenpano kunnissa

6.2.1 Lähisuhdeväkivallan ehkäisyn suunnitelma ja tavoitteet kunnissa

Haastattelututkimukseen vastanneista kunnista tai seutukunnista (n= 13) viisi kuntaa tai yhteistoiminta-aluetta ilmoitti tehneensä jonkinlaisen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suunnitelman tai toimintamallin puuttua

lähisuhdeväkivaltaan. Keski-Suomessa oli laadittu yhteensä viisi toimintamallia tai käsikirjaa. Hieman yli puolet kunnista tai seutukunnista (7) ei ollut laatinut lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suunnitelmaa tai vastaavaa ja yksi haastateltu henkilö ei osannut sanoa oliko suunnitelma olemassa.

Kunnat olivat tehneet toimintaohjeita ja käsikirjoja lähisuhde- ja perheväkivaltaan puuttumiseen vuosina 2006-2010. Vuoden 2010 jälkeen suunnitelmien teko oli lähes pysähtynyt Keski-Suomen maakunnassa. Sen jälkeen oli valmistunut vain Wiitaunionin ja Kinnulan perhe- ja lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisyn toimenpideohjelma 2013-2017. Keski-Suomessa tehdyt lähisuhdeväkivaltaan liittyvät toimintamallit tai käsikirjat on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintamallit tai käsikirjat

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn liittyvät toimintamallit tai käsikirjat
Joutsa 2006: Perehdytyskansio Lähisuhde- ja perheväkivallasta Joutsan, Leivonmäen ja Luhangan kuntien käyttöön.
Muurame 2008: Muuramen kunnan pari- ja lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen käsikirja 2008. Käsikirja oli päivitetty vuonna 2013.
Laukaa 2008: Laukaan kunnan Turvaa lähisuhteisiin, perhe ja lähisuhdeväkivallan ehkäisemisen ja puuttumisen toimintamalli Laukaassa, Sosiaali- ja terveys- ja koulutoimi 2008.
Äänekoski 2010: Äänekosken toimintamalli lähisuhdeväkivaltaan 2010, joka oli päivitetty vuonna 2012. Sähköisenä kaupungin sivuilla intrassa http://intra.aanekoski.fi/peva/ .
Wiitaunioni 2013: Wiitaunionin ja Kinnulan perhe- ja lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisyn toimenpideohjelma 2013-2017.

Edellä mainittujen lisäksi Konneveden kunta oli tehnyt lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen lyhyen oppaan ”Turvallinen koti? Mistä apua läheisväkivaltaan. Ilmiön tunnistaminen Konneveden peruspalveluissa”. Opas oli muokattu Äänekosken toimintamallia apuna käyttäen. Multian kunta oli osallistunut vuonna 2008 Keuruun

kaupungin väkivaltasuunnitelman tekoon. Haastatteluhetkellä Multian kunta osallistui Keuruun kaupungin väkivaltatyöryhmän toimintaan ja uuden yhteisen lähisuhdeväkivallan ehkäisyn suunnitelman tekoon. Jämsässä ja Kuhmoisissa lähisuhdeväkivallan ehkäisyn tavoitteet sisältyivät kuntien turvallisuussuunnitelmaan. Luhangan kunnassa käytettiin Joutsan perehdytyskansiota.

Laaditut toimintaohjeet ja käsikirjat sisälsivät tietoa lähisuhde- ja perheväkivallasta, toimintaohjeita puuttua siihen ja yhteistyökumppaneiden ja eri auttajatahojen yhteystietoja työntekijöitä varten. Tuoreimpaan Wiitaunionin ja Kinnulan perhe- ja lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisyn toimenpideohjelmassa vuosille 2013-2017 sisältyi kehittämissuunnitelmaa ja toteutuksen aikataulua.

Asiakirjoista löytyi seuraavia tavoitteita:

...varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen toteutuminen palveluissa ja toimintamallien saaminen eri yksiköihin.

...opetus-, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkoston parantaminen väkivallan uhreille ja tekijöille, varhaisen puuttumisen tehostaminen erityisesti väkivaltaa näkevien ja kokevien lasten ja nuorten auttamiseksi sekä väkivaltatilanteiden käsittelyyn tarvittavan ammatillisen osaamisen kehittäminen.

...kotona koetun väkivallan pelon vähenemisen ja lasten ja nuorten seksuaalisen hyväksikäytön aiempaa tehokkaamman ehkäisyn.

...tiedon lisääminen, jotta ongelmat osattaisiin tunnistaa ja hoitaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Viranomaisyhteistyössä on lisättävä konsultointia ja moniammatillista työskentelyä.

Moniammatillisella työskentelyllä edistetään sellaisten lasten, nuorten ja perheiden asioita, jotka tarvitsevat monia palveluja samaan aikaan.

...ennaltaehkäisevän työn, varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen lisäämisen palveluissa.

Tavoitteet olivat laajoja ja toimintaohjelmiin tai käsikirjoihin sisältyviä tavoitteita ei ollut yksilöity riittävästi mitä ne merkitsivät eri hallintokuntien toiminnassa, ja tavoitteiden toteutusta ja aikataulua ei ollut suunniteltu. Toimintaohjelmiin tai käsikirjoihin ei sisältynyt myöskään tavoitteiden toteutumisen seuranta tai seurannan vastuutahoa ei ollut määritelty.

Kysyttäessä mitkä ovat kunnan lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn tavoitteet *lähivuosina* neljä (31 %) kuntaa tai seutukuntaa ilmoitti määritelleensä joitakin lähisuhdeväkivallan ehkäisyn tavoitteita lähivuosille ja yhdeksän (69 %) vastasi, että tavoitteita ei ollut määritelty.

2000-luvulla tehdyt toimintaohjeet ja käsikirjat eivät voineet täyttää tammikuussa 2013 julkaistun Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa ja koordinaattorin tehtävänkuvamalli -suosituksen edellyttämiä sisältöjä. Haastattelututkimukseen vastanneissa kunnissa tai seutukunnissa ei ollut asetettu strategisia linjauksia ja tavoitteita lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisylle ja näin ollen strategisia linjauksia ja tavoitteita ei ollut myöskään sisällytetty kuntien hyvinvointistrategiaan ja turvallisuussuunnitelmiin. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositus 2008; Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013.)

6.2.2 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn paikallinen johtaminen ja rakenteet kunnissa

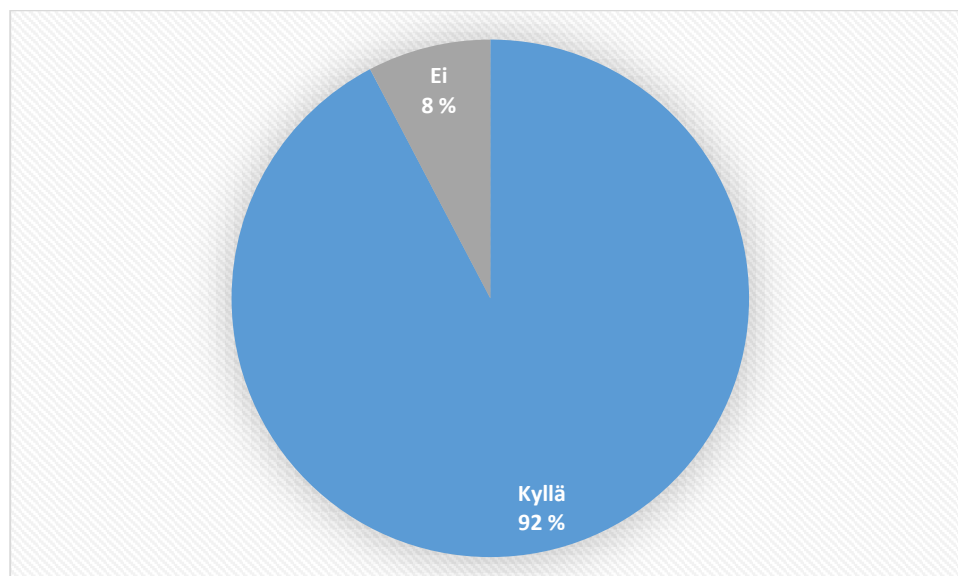
Kysymykseen lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelujen kehittämisen vastuutahosta kolme kuntaa tai seutukuntaa vastasi, että vastuutahoa ei ollut määritelty. Haastatteluun vastanneista kolme vastaajaa ei osannut sanoa onko vastuutaho määritelty. Runsas puolet (7 vastaajaa) määritteli lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelujen kehittämisen vastuutahon. Haastateltavien käsitykset vastuutahosta, joka vastasi lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelujen kehittämisestä kunnissa, poikkesivat toisistaan suuresti. Kolme henkilöä ei osannut sanoa oliko vastuutahoa nimetty.

Lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelujen kehittämisen vastuutahoiksi ilmoitettiin seuraavia tahoja:

- Lasten hyvinvointityöryhmä, joka on tehnyt myös lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman
- Väkivaltatyön yhdyshenkilö
- Asia kuuluu monelle eri sektorille ja koordinointi yhteistyössä terveydenhuoltapalvelujen kanssa.
- Lähisuhdeväkivaltatyöryhmä
- Väkivaltatyön yhdyshenkilö

- Perusturvajohtaja
- Perusturvalautakunnan, kaupunginhallituksen ja -valtuuston päätöksellä perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisy kuuluu kaikille. Puuttumisen kivijalkana on kaikkien toimialojen vastuu ja sitoutuminen.

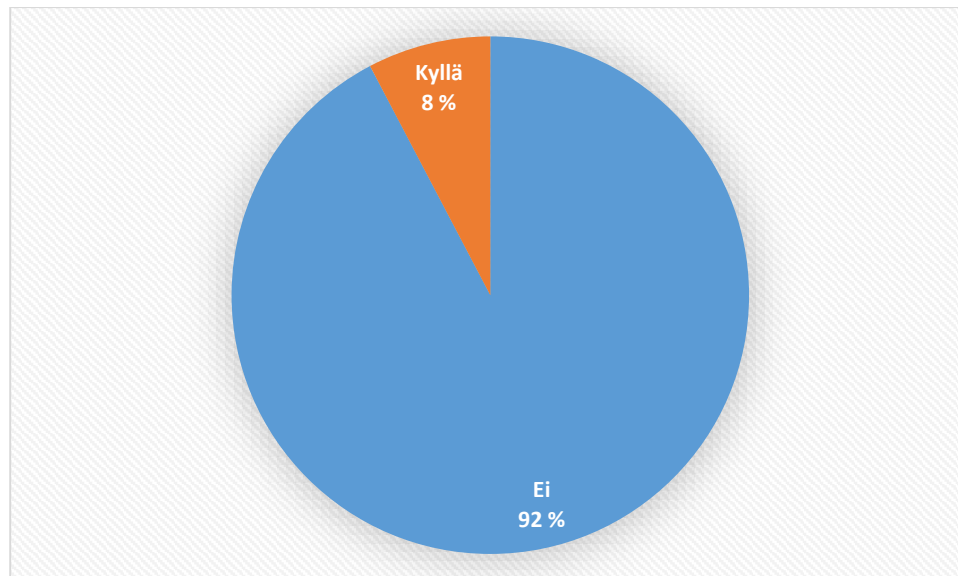
Haastattelututkimukseen vastanneista kunnista tai seutukunnista 12 (92 %) ilmoitti, että kunnassa oli nimetty lähisuhdeväkivallan ehkäisyn kuntakoordinaattori tai yhdyshenkilö. Vain yksi kunta (8 %) ilmoitti, että haastatteluhetkellä kunnassa ei ollut nimettyä koordinaattoria (kuvio 2). Haastatteluissa tuli ilmi kuntakoordinaattoreiden vaihtuvuus, joka johtui työntekijöiden vaihtuvuudesta. Monissa haastatteluissa tuli ilmi epävarmuus koordinaattorin nimeämisestä virallisesti. Viisi johtavaa viranhaltijaa ilmoitti itse, että hänen tehtäviinsä sisältyivät myös lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kuntakoordinaattorin tehtävät. Tehtävänannon epämääräisyyttä kuvaa yhden haastattelututkimukseen vastanneen henkilön vastaus, jossa oma asema koetaan epäselväksi: "Minä se olen kai!". Kunnissa, joissa oli kunnanhallituksen tai perusturvalautakunnan päätös koordinaattorin asettamisesta tehtäväänsä ja tehtävänmäärityksestä, oli myös koordinaattorin asema selkeä.



Kuvio 2. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koordinaattorit kunnissa tai seutukunnissa (n=13)

Haastattelututkimukseen vastanneista kuntien edustajista vain yksi vastaaja (8 %) ilmoitti vieneensä uutta Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa ja koordinaattorin tehtävänkuvamalli (2013) -suositusta eteenpäin esimiesportaassa. Suurimmassa osassa kuntia tai seutukuntia ei ollut tutustuttu uuteen suositukseen. 12 (92 %) vastaajaa ilmoitti, että suositukseen ei ollut tutustuttu ja sitä ei ollut käsitelty kunnan hallintoelimissä kyselytutkimuksen tekohetkellä. Useimmat haastatteluun vastanneet henkilöt eivät tienneet suosituksen olemassa olosta tai sen sisällöstä.

Haastattelututkimukseen vastanneista kunnista tai seutukunnista yksi vastaaja ilmoitti, että kunnassa toimii moniammatillinen väkivaltatyöryhmä (kuvio 3). Yhdessä kunnassa tai seutukunnassa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä käsiteltiin kunnan hyvinvointiryhmässä. Neljässä kunnassa tai seutukunnassa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy liittyi jonkin muun työryhmän tehtäviin. Kuusi vastaajaa ilmoitti, että kunnassa ei ollut moniammatillista väkivaltatyöryhmää. Vaihtoehtoon turvallisuustyöryhmä ei saatu yhtään vastausta.



Kuvio 3. Lähisuhde- tai perheväkivallan yhteistyöryhmät kunnissa tai seutukunnissa (n=13)

Useat vastaajat muistelivat, että lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintaohjelman tai käsikirjan teon aikana monialainen työryhmä oli koottu, mutta se ei ollut toiminut sen jälkeen säännöllisesti. Yhdellä seutukunnalla lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö liittyi kunnan hyvinvointiryhmän tehtäviin ja 39 %:ssa väkivallan ehkäisy liittyi jonkin muun työryhmän tehtäviin. Useissa kunnissa oli koottu lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman tai päihde- ja mielenterveyssuunnitelman tekoa varten moniammatillisia työryhmiä, joissa käsiteltiin myös lähisuhde- ja perheväkivallan vähentämistä. Pienimmät kunnat olivat räätälöineet erilaisia monialaisia työryhmiä, joissa käsiteltiin kunnan asukkaiden lähisuhdeväkivallan vähentämistä.

Monialaisen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn työryhmän lisäksi kunnissa käsiteltiin lähisuhdeväkivallan ehkäisytyötä seuraavissa työryhmissä:

- hyvinvointityöryhmä
- lasten hyvinvointityöryhmä
- moniammatillinen kriisiryhmä, joka kutsutaan koolle tarvittaessa
- nuorten ohjaus ja palveluverkosto, joka käsittelee nuoria koskevia asioita, monialainen työryhmä (mm seksuaalinen väkivalta ja päihteet olivat olleet käsittelyssä)
- lasten hyvinvointityöryhmä sekä kunnan lastensuojelutyöryhmä
- varhaislapsuuden huoltotyöryhmä. Moniammatillinen työryhmä oli perustettu vuonna 2013 käsittelemään alle kouluikäisten huolen heräämisen tilanteita yhdessä vanhempien kanssa.
- lapsityöryhmä
- hyvinvointipoliittinen toimikunta, joka on hyvinvointipoliittikkaa valmisteleva toimielin
- toisen kunnan kanssa yhteiset asiakasyhteistyöryhmät, päivähoitoneuvosto sekä vanhusneuvosto.

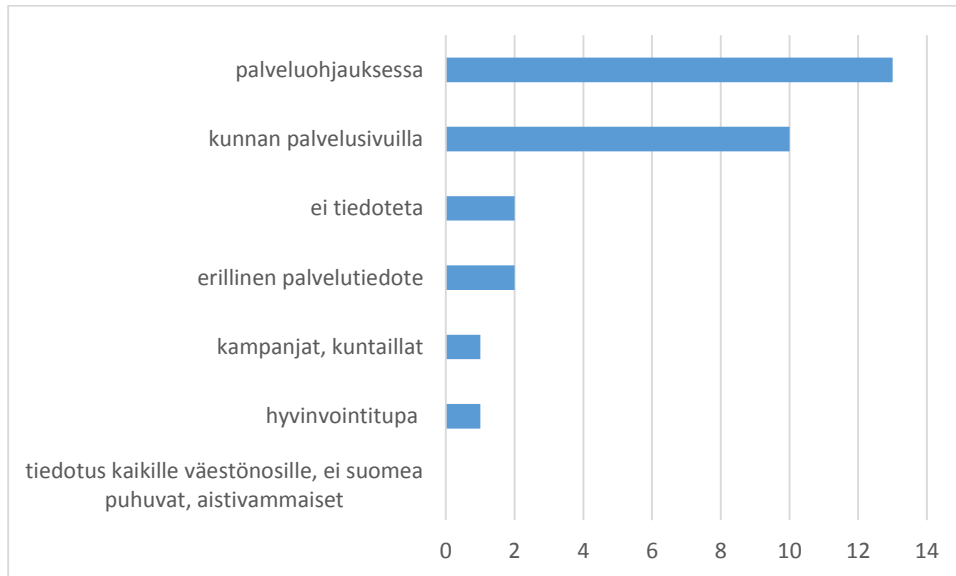
6.3 Terveyttä edistävät elinympäristöt, yhteistyö ja osallistuminen

Terveyttä edistäviä elinympäristöjä mitattiin selvittämällä kuntien toteuttamaa tiedottamis- ja vaikuttamistoimintaa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi ja siitä aiheutuvien ongelmien vähentämiseksi. Lisäksi selvitettiin kunnan asukkaiden osallistumismahdollisuuksia väkivaltaa vähentävään työhön ja sitä koskevaan päätöksentekoon.

Kuntien tiedotustoiminta oli suunnattu vain suomea puhuville henkilöille. Kunnissa ei ollut otettu huomioon suomen kieltä taitamattomia tai aistivammaisia henkilöitä lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluja koskevassa tiedotuksessaan tekemällä heille suunnattua tiedotusta tai tiedotusmateriaalia. Näin ollen lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskeva tiedotus ei saavuttanut kaikkia väestönosia ja riskiryhmässä olevia väestönosia.

Runsaat kolme neljäsosaa (10) kunnista tai seutukunnista ilmoitti tiedottavansa lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluistaan kuntien palvelusivuilla. Tiedotus sisälsi kunnan sosiaalipalveluista sekä kriisipalveluista tiedottamista. Kuntien palvelusivuilla oli haastatteluhetkellä yhteystiedot kunnan sosiaalipäivystykseen sekä tietoja kriisipalveluista, joihin asiakkaan tuli ottaa yhteyttä väkivaltatilanteissa. Väkivaltatyötä tekevien osuus tiedottamisesta oli merkittävä ja kaikissa vastauksissa tuli esille tiedotus osana palveluohjausta.

Vain yksi kunta ilmoitti järjestäneensä kampanjoita ja kuntailtoja, joissa kunnan asukkaita oli kuultu lähisuhdeväkivaltapalvelujen kehittämiseksi. Myös paikallismediaa oli käytetty jonkin verran tiedottamisessa (kaksi vastaajaa). Kahdessa kunnassa tai seutukunnassa oli tehty väkivaltapalveluista erillinen palvelutiedote. Yksi vastaaja ilmoitti, että kunta tiedottaa lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluistaan muulla tavalla eli tiedottamalla hyvinvointituvissa ja sähköisessä hyvinvointituvassa. Kaksi haastattelututkimukseen vastanneista ilmoitti, että tiedotusta väkivaltapalveluista ei ollut, ja yksi ilmoitti, että ei osaa sanoa oliko sitä. Kuviossa 4. on kuvattu lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluista tiedottaminen.



Kuvio 4. Lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluista tiedottaminen kunnissa (n=13)

Haastateltavat henkilöt edustivat kunnan hallinto-, sosiaali- ja terveystalvija, joten haastattelututkimuksessa ei saatu tietoa muilla hallinnonaloilla toteutetusta tiedotus- tai vaikuttamistoiminnasta. Kunnan sisäinen tiedotus eri hallintokuntien välillä osoittautui vähäiseksi haastattelututkimuksen perusteella.

Haastattelututkimuksessa yksi kunta tai seutukunta oli tehnyt sisäiseen intraan lähisuhdeväkivaltaa koskevan tiedotusalan omia työntekijöitään varten. Sivuston tarkoitus oli tukea muun muassa palveluohjausta eri palveluissa ja sieltä löytyivät myös alueen koulutukset. Kunnan ja eri yhteistyökumppaneiden välinen tiedotus esimerkiksi palvelujen järjestämisestä tai kehittämistyöstä ei noussut esille vastauksissa.

Haastattelututkimukseen vastanneista kunnista tai seutukunnista vain yksi kunta (8 %) oli järjestänyt asukkailleen asiakasraatitoimintaa, kyselytutkimuksia ja selvityksiä lähisuhdeväkivalta-temasta. Kuntatapaamisia oli järjestetty muun muassa kuntien hyvinvointisuunnitelmien teon aikana, mutta väkivalta-teman käsittely yhdessä kunnan asukkaiden kanssa oli Keski-Suomessa harvinaista. 12 (92 %) kuntaa tai seutukuntaa ei ollut järjestänyt kunnan asukkaille osallistumismahdollisuuksia väkivaltaa vähentävään työhön ja sitä koskevaan päätöksentekoon.

6.4 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön osaaminen

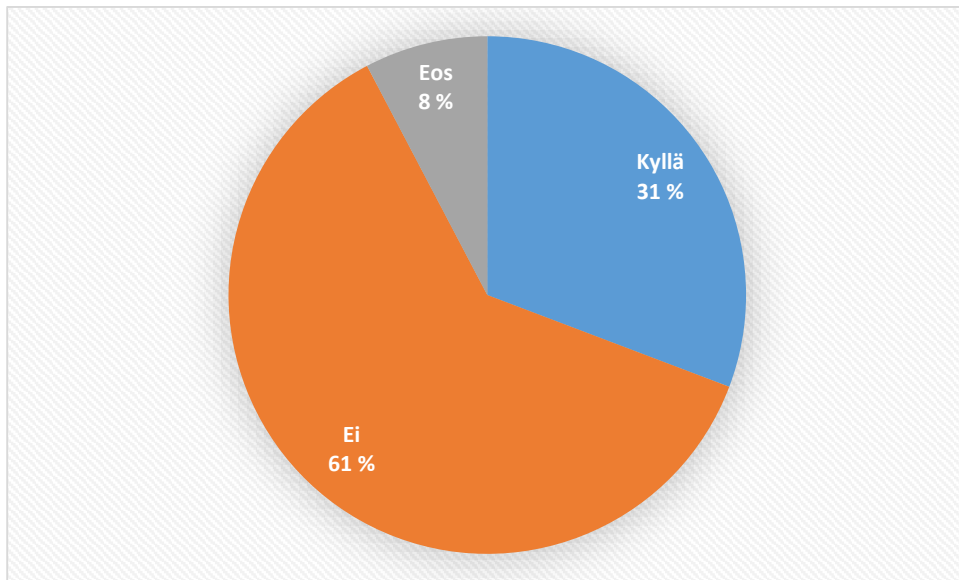
Haastattelututkimuksessa selvitettiin lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön osaamista arvioimalla henkilöstön koulutuksen toteutumista ja määrää viimeisen viiden vuoden aikana. Kaikissa kunnissa sosiaalipalveluiden henkilöstö oli saanut koulutusta ja kunnista oli osallistuttu yksittäisiin väkivaltatyön ja lastensuojelun koulutuspäiviin. Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alueeseen (JYTE) kuuluvissa kunnissa neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon työntekijöitä oli koulutettu vuosina 2011-2013, jolloin systemaattinen lähisuhdeväkivallan seulonta oli käynnistynyt Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen neuvoloissa. Haastattelututkimukseen kuului kolme kuntaa, jotka kuuluivat JYTE:een.

Seututerveyskeskukseen kuuluvissa kunnissa henkilöstö oli juuri osaamiskeskushankkeen koulutusprosessissa, jonka tarkoituksena oli käynnistää systemaattinen lähisuhde- ja perheväkivallan seulonta alueen neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Seututerveyskeskukseen kuuluvia kuntia haastattelututkimuksessa olivat Toivakka, Joutsa, Laukaa, Konnevesi, Multia, Luhanka ja Petäjävesi. Osaamiskeskushankkeen koulutusprosessiin osallistui neuvola- ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstön lisäksi myös henkilöstöä sosiaalipalveluista, vanhuspalveluista, kouluista, varhaiskasvatuksesta ja päihdepalveluista.

Yhteenvedon voidaan todeta, että Keski-Suomessa oli koulutettu varsin aktiivisesti henkilöstöä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöhön viimeisen viiden vuoden aikana ja Keski-Suomi oli saanut merkittäviä koulutusresursseja hankkeiden kautta (Kaste-rahoitus ja terveyden edistämisen määräraha). Koulutus ulottui lähisuhde- ja perheväkivaltaa perinteisesti kohtaavan lastensuojelun, perhetyön lisäksi myös muihin palveluihin esimerkiksi neuvolapalveluihin, joissa tunnistettiin ja puututtiin väkivaltaan.

Haastattelututkimukseen vastanneista kunnista tai seutukunnista neljä kuntaa (31 %) vastasi, että henkilöstölle oli suunniteltu koulutusprosessi lähitulevaisuuteen. Kahdeksan kuntaa tai seutukuntaa (61 %) vastasi, että koulutusprosessia ei ollut

suunniteltu tulevaisuuteen ja yksi vastasi (8 %), että ei osaa sanoa onko koulutusprosessia suunniteltu. Kuntien ilmoitukset henkilöstön lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koulutusprosessin suunnittelusta lähivuosille on havainnollistettu kuviossa 5.

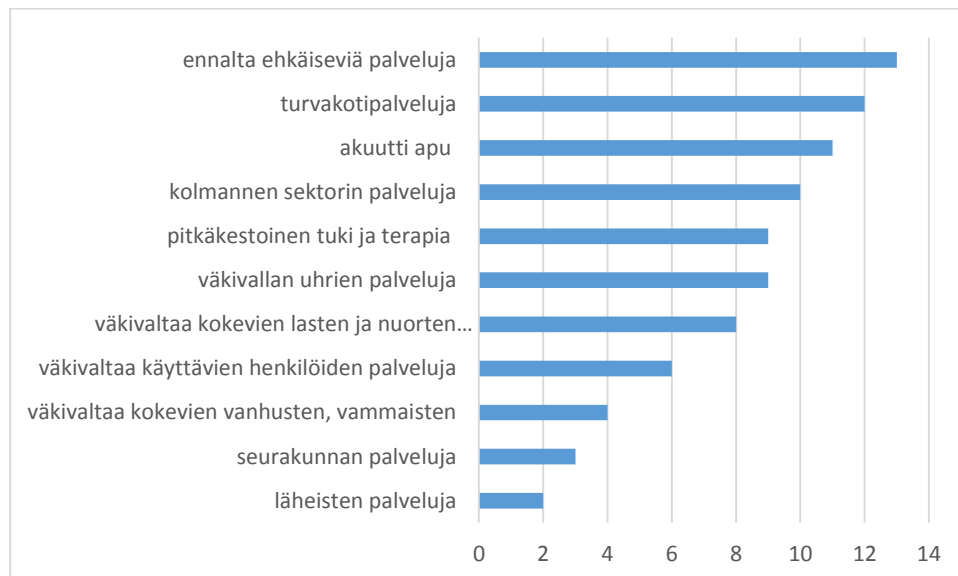


Kuvio 5. Kuntien ilmoitukset henkilöstön lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koulutusprosessin suunnittelusta lähivuosille (n=13)

Vain yhdessä haastattelututkimukseen vastanneista kunnassa oli suunniteltu henkilöstölle jatkuvaa vuosittain toistuvaa koulutusta. Kolmessa muussa kunnassa tai seutukunnassa oli suunniteltu koko sosiaalityön henkilöstön ohjaamista koulutukseen tai tarkoitus oli osallistua osaamiskeskushankkeen koulutukseen. Merkille pantavaa oli se, että sosiaalipalvelujen esimiehet eivät välttämättä tienneet terveydenhuollon koulutusprosessista ja käynnistyvästä lähisuhde- ja perheväkivallan tunnistamisen ja puuttumisen toimintamallista oman kuntansa neuvolapalveluissa ja kouluterveydenhuollossa. Kunnissa, joissa esimiehet olivat juuri vaihtuneet, ei ollut tietoa henkilöstön koulutushistoriasta.

6.5 Lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelut kunnissa

Lähisuhde- ja perheväkivaltaan liittyvien palvelujen kartoituksella oli tarkoitus selvittää millaisia palveluja kunnan asukkaille oli järjestetty (ennaltaehkäisevät palvelut, akuutin vaiheen ja pitkäkestoiset palvelut). Tulosten jakauma on kuvattu kuviossa 6. Haastattelututkimukseen vastanneista kunnista tai seutukunnista kaikki 13 ilmoittivat järjestävänsä lähisuhde- ja perheväkivaltaa ehkäiseviä palveluja. Ennaltaehkäisevinä palveluina pidettiin lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveystalveluja.



Kuvio 6. Lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelut kunnissa (n=13)

Seuraavaksi eniten ilmoitettiin turvakotipalveluja (12 kuntaa). Turvakotipalveluja ostettiin Keski-Suomen ensi ja turvakodista Jyväskylästä sekä Perhekuntoutus ja turvakoti Ruususta Pieksämäeltä (Kirkkopalvelut ry). Suurin osa kunnista oli myös järjestänyt akuutin avun palveluja (11 kuntaa). Kolmannen sektorin palveluja ilmoitettiin 10 kunnassa tai seutukunnassa. Kolmannen sektorin palveluja käytettiin sosiaalityössä ja lastensuojelussa. Kolmannen sektorin palvelut rinnastettiin

haastattelussa akuuteiksi palveluiksi, kriisipalveluiksi ja myös osaksi pitkäkestoisia palveluja. Kolmessa haastatteluun vastanneessa kunnassa tai seutukunnassa ei nimetty kolmannen sektorin palveluja.

Väkivaltaa kokeneiden uhrien palveluja ilmoitettiin 9:ssä ja pitkäkestoista tukea ja terapiapalveluja 9 kunnassa tai seutukunnassa. Väkivallan uhrien palveluja, akuuttia apua, turvakotipalveluja ja pitkäkestoisia palveluja pyrittiin järjestämään kunnan omin voimin tai ostopalveluna.

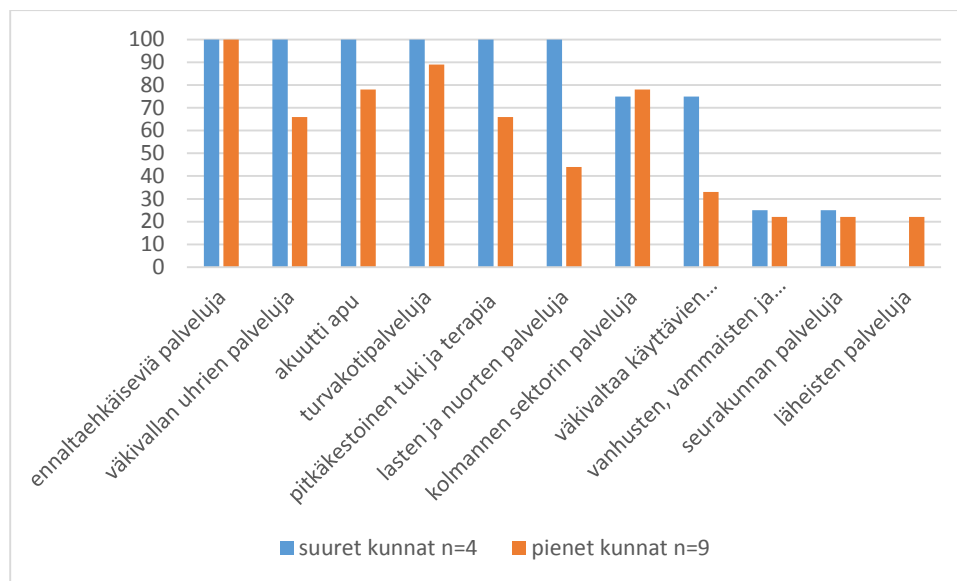
Väkivaltaa kokevien lasten ja nuorten palveluja ilmoitettiin edellä mainittuja palveluja vähemmän (8 kunnassa). Lasten ja nuorten palvelujen osuutta tuloksessa laski pienten kuntien heikompi mahdollisuus järjestää lapsille ja nuorille lähisuhde- ja perheväkivaltaan liittyviä palveluja, joissa tarvitaan erityisosaamista. Tulos oli hälyttävä, koska lasten ja nuorten lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy oli nimetty painopistealueeksi monissa kunnissa. Riskiryhmässä olevien väestönosien lasten ja nuorten palveluja ilmoitettiin kokonaistuloksessa neljänneksi vähiten ja vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten palveluja ilmoitettiin kolmanneksi vähiten (kuvio 6).

Väkivaltaa käyttävien henkilöiden palveluja ilmoitti 6 ja väkivaltaa kokevien vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten palveluja 4 kuntaa tai seutukuntaa. Seurakuntien palveluja käytettiin kolmessa kunnassa ja vain kaksi kuntaa tai seutukuntaa ilmoitti haastattelututkimuksessa läheisten palveluja (kuvio 6).

Lähisuhde- ja perheväkivaltaan liittyvien palvelujen kartoituksen tuloksissa erottuivat pienet kunnat (< 10 000 asukasta), joissa palveluja nimettiin muita kuntia harvemmin. Pienten ja suurten kuntien tulosten vertailu on esitetty kuviossa 7. Vertailu sisältää suurten kuntien ilmoittamien palvelujen tulosjakauman prosentteina (n=4) ja pienten kuntien tulosjakauman prosentteina (n=9). Koska tutkimuksen otos oli pieni, ovat tulokset suuntaa antavia.

Kaikissa suurissa kunnissa, joissa oli yli 10 000 asukasta, oli pystytty järjestämään ennaltaehkäiseviä palveluja, väkivallan uhrien palveluja, akuuttia apua,

turvakotipalveluja, pitkäkestoisia tuki- ja terapiapalveluja sekä lasten ja nuorten palveluja. Kolmannen sektorin palveluja ja väkivaltaa käyttävien henkilöiden palveluja ilmoitettiin seuraavaksi eniten. Kaikkein vähiten ilmoitettiin vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten sekä seurakunnan palveluja. Suuret kunnat eivät ilmoittaneet lainkaan läheisten palveluja, mutta pienissä kunnissa niitä tunnistettiin (kuvio 7).



Kuvio 7. Lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelut kunnissa prosenttiosuuksien vertailu suuret kunnat (n=4) ja pienet kunnat (n=9)

Myös kaikissa pienissä kunnissa oli järjestetty ennaltaehkäiseviä palveluja. Pienet kunnat ilmoittivat suuria kuntia huomattavasti vähemmän väkivallan uhrien palveluja, akuuttia apua, turvakotipalveluja, pitkäkestoisia tuki- ja terapiapalveluja sekä lasten ja nuorten palveluja. Lasten ja nuorten sekä väkivaltaa käyttävien henkilöiden palvelujen määrässä pudotus oli huomattava verrattuna suuriin kuntiin. Pienet kunnat ilmoittivat lasten ja nuorten palveluja 56 % vähemmän kuin suuret kunnat. Pienet kunnat ilmoittivat väkivaltaa käyttävien henkilöiden palveluja 42 % vähemmän kuin suuret kunnat (kuvio 7).

Pienet kunnat ilmoittivat suuria kuntia hieman enemmän kolmannen sektorin palveluja ja läheisten palveluja. Vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten sekä seurakunnan palveluja ilmoitettiin melkein yhtä paljon verrattuna suuriin kuntiin. Kaikkein vähiten vertailussa ilmoitettiin läheisten palveluja, joita ei tunnistettu suurissa kunnissa lainkaan (kuvio 7).

Vertailun perusteella pienten kuntien asukkaat olivat heikommassa asemassa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn palvelujen saatavuuden suhteen vertailun kaikilla muilla osa-alueilla, paitsi ennaltaehkäisevien palvelujen, kolmannen sektorin ja läheisten palvelujen suhteen. Vertailussa näkyi myös riskiryhmien heikompi mahdollisuus saada lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluja Keski-Suomessa. Erityisesti lasten ja nuorten kohdalla ero oli huomattava. Tämä saattoi johtua siitä, että pienillä kunnilla ei ollut omia lasten ja nuorten lähisuhde- ja perheväkivaltaan erikoistuneita palveluja esimerkiksi mielenterveyspalveluja, vaan palvelut tuotettiin muualla. Pienten kuntien mahdollisuudet järjestää riskiryhmien palveluja ja väkivaltaa käyttävien henkilöiden palveluja olivat vertailun perusteella suuria kuntia heikommat.

Pienistä kunnista heikoimmin vertailussa menestyneissä kunnissa oli yhdistäviä tekijöitä pieni kunnan asukasluku (alle 6000 asukasta), kunnan terveydenhuoltopalvelujen järjestäminen seudullisen terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen kautta ja sosiaalipalvelujen järjestäminen kunnan itsensä tuottamina.

Haastattelututkimuksessa kartoitettiin myös missä määrin kunnat olivat ottaneet käyttöönsä toimintamalleja ja yhteisiä työkäytäntöjä lähisuhde- ja perheväkivallan varhaiseen tunnistamiseen ja puuttumiseen. Lähisuhde- ja perheväkivallan tunnistamiskäytäntöjä oli otettu vähäisessä määrin käyttöön Keski-Suomessa. Haastattelututkimukseen kuuluvista kunnista tai seutukunnista kolmessa (23 %) oli käytössä Läheisväkivallan varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen toimintamalli (VISH). Asukasluvultaan suurimmassa kaupungissa toteutettiin moniammatillista MARAK-toimintamallia. Jotkut vastaajat arvelivat, että neuvoloissa oli käytössä niin sanottu vanha neuvolaseula. THL:n suosittelemaa ehkäisevän työn Toimiva lapsi ja

perhe- toimintamallia ei ollut otettu käyttöön haastatteluun kuuluvissa kunnissa, vaikka henkilöstöä oli koulutettu.

Kahdessa kunnassa tai seutukunnassa toteutettiin neuvolan ja lastensuojelun perhetyön yhteisiä kotikäyntejä vauvaperheisiin. Toisessa kunnassa toimintamalli oli vasta kokeiluasteella ja toisessa käytäntö oli jatkunut useita vuosia. Yhteisten kotikäyntien avulla pyrittiin muun muassa ehkäisemään lähisuhde- ja perheväkivaltaa perheissä ja madaltamaan kynnyksiä vanhempien ottaa yhteyttä riittävän varhaisessa vaiheessa perhetyöhön.

6.6 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn seuranta ja arviointi

Kysymykseen väkivallan yleisyydestä kunnassa ja lähisuhdeväkivallan vaikutuksista kunnan asukkaiden terveyteen ja hyvinvointiin saatiin vaihtelevia vastauksia. Vastauksissa tuli esille, että varsinaisia maakunnallisia tai valtakunnallisia vertailutilastoja ei ollut käytettävissä. Lisäksi mainittiin, että tiedot väkivallan yleisyydestä kunnassa ja lähisuhdeväkivallan vaikutuksista kunnan asukkaiden terveyteen ja hyvinvointiin eivät olleet helposti saatavilla. Tilastoja on hankala löytää tai niitä ei ehditä etsimään työn ohessa. Väkivaltaa kuvaavat tilasto- ja vertailutiedot ovat hajallaan eri viranomaisilla ja erilaisissa tietokannoissa ja niitä ei etsitä systemaattisesti. Resurssit eivät riittäneet niitä etsimään.

Yleisimmin tietoa saatiin erilaisissa viranomais- ja yhteistyökokouksissa muun muassa oman kunnan lastensuojelun tilanteesta. Lastensuojelun tilanteesta oltiin tietoisia kunnan sosiaalipalveluissa, mutta ei välttämättä muissa palveluissa. Vanhusten, vammaisten, kehitysvammaisten ja maahanmuuttajataustaisten henkilöiden tilanteesta ei kerätty tietoa kunnissa.

Kaikkein eniten tietoa saatiin oman palvelujärjestelmän kautta. Poliisin kanssa yhteistyö oli sen sijaan vähentynyt pohjoisen Keski-Suomen kunnissa, joista oli vähennetty poliisin palveluja. Poliisiin kautta tuleva informaatio oli vähentynyt. Vastauksissa arveltiin, että lähisuhde- ja perheväkivaltaa on huomattavasti enemmän kuin oman palvelujärjestelmän tai yhteistyötahojen kautta saadaan tietoon.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koordinaattorin ja yhteistyöryhmän rooli ja tehtävät edistää lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä eivät olleet kovin näkyviä kunnissa. Vain 8 % vastaajista ilmoitti (yksi vastaaja), että lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koordinaattori ja yhteistyöryhmä ovat pitäneet asiaa esillä, mutta tietoa ei kyetä keräämään systemaattisesti kaikista kunnan palveluista.

Väkivaltaa koskevaa tietoa saatiin Sosiaali- ja terveysministeriön ja THL:n tiedotteista ja esimerkiksi sosiaalialan lainsäädännön uudistukseen liittyvistä lausuntopyynnöistä. Lisäksi Eerikan tapaus (mainittu oikeusministeriön tiedote) oli johtanut yhdessä kunnassa sisäiseen koulutukseen ja lastensuojelun käsittelyyn organisaatiossa.

Tietoa oli välittynyt median ja lehdistön kautta. Mediassa oli näkynyt Eerikan tapaus ja sen jälkeen käynnistynyt lastensuojelun selvitys, koulusurmat sekä nuorten miesten väkivaltateot. Kaksi haastateltavaa vastasi, että ammattilehdissä oli ollut artikkeleita lähisuhde- ja perheväkivallasta.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn tähtäävien toimien vaikutusten seuranta ja arviointia varten ei kerätty kunnissa systemaattisesti kattavaa tietoa. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyössä paikallinen kehittämistyö ja päätöksenteko eivät perustu väestöryhmien terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa tietoon. Päätökset perustuvat tietoon, jota saadaan (sattumanvaraisesti) erilaisissa yhteistyökokouksissa, oman palvelujärjestelmän kautta ja median välityksellä.

Haastattelututkimuksessa kartoitettiin myös lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöhön sovellettavia ennakoarviointimenetelmiä. Yhdessäkään kunnassa tai seutukunnalla ei ollut käytetty ihmiseen kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmää lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskevassa päätöksenteossa. Ennakoarviointimenetelmiä oli käytetty Keski-Suomessa jonkin verran. Jämsän ja Kuhmoisen seudulla oli käytetty ennakoarviointimenetelmää Pohefa-hankkeessa (vuosina 2009-2012), jossa oli selvitetty kuntien terveyden edistämiseen liittyvää päätöksentekoa ja toimintaa lasten ja nuorten ylipainon ennaltaehkäisyn ja perheiden terveyden edistämisen näkökulmasta. Myös Muuramen kunnassa oli käytetty IVA:a päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämisessä.

Haastattelututkimuksen perusteella lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöhön ei sovellettu kunnissa hyvinvointijohtamisen ja ennakkoarvioinnin työkaluja.

7 POHDINTA

7.1 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategia ja johtaminen kunnissa

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää keskisuomalaisten kuntien lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön toteutumista ja kansallisten lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositusten juurtumista kuntapalveluihin.

Haastattelututkimuksen tuloksena voidaan sanoa, että lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strateginen ohjaus ja suunnittelu olivat kunnissa jäsentymättömiä ja rakenteellinen kehittämistyö kesken.

Kysyttäessä mitkä ovat kunnan lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn tavoitteet lähivuosina 31 % kunnista tai seutukunnista ilmoitti määritelleensä joitakin lähisuhdeväkivallan ehkäisyn tavoitteita. 69 % haastattelututkimukseen kuuluvista kunnista tai seutukunnista ei ollut asettanut kirjattuja tavoitteita lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyölle. Kunnissa oli tehty toimintaohjelmia ja käsikirjoja, mutta ne osoittautuivat hampaattomiksi, koska niistä puuttuivat toteuttamiskelpoiset tavoitteet ja niiden toimeenpanosuunnitelmat. Kunnissa ei ollut asetettu lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyölle selkeitä ja toteuttamiskelpoisia tavoitteita. Näin ollen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön tavoitteita ei ollut liitetty osaksi kunnan terveyden ja hyvinvoinnin sekä turvallisuuden edistämistyötä.

Keski-Suomessa oli tehty viidessä kunnassa (38,5 %) lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintamalli tai käsikirja. Verrattuna keväällä 2011 aluehallintovirastojen tekemään seurantakyselyyn, jonka mukaan Keski-Suomessa toimintasuunnitelma tai vastaava oli tehty tai oli valmisteilla viidessä kunnassa, ei muutosta ollut juuri tapahtunut. (Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön ehkäisytyö Länsi- ja Sisä-Suomen alueen kunnissa 2011). Työntekijöille suunnatut toimintaohjeet ja käsikirjat olivat

hyödyllisiä, mikäli ne olivat kaikkien tiedossa ja helposti saavutettavissa esimerkiksi sähköisinä asiakirjoina.

Varsinaisia suositusten mukaisia toimintaohjelmia ja -suunnitelmia, joissa määritellään kunnat tavoitteet lähivuosille kehittää yhteistoimintaa, väkivallan tunnistamista, puuttumista ja tarvittavia palveluja, ei ollut kunnissa tehty. 2000-luvulla tehdyt asiakirjat eivät täyttäneet vuoden 2013 suosituksen sisältötavoitteita. Käsikirjoista puuttuivat paikallinen tieto lähisuhde- ja perheväkivallan yleisyydestä, asetetut tavoitteet ja eri hallintokuntien vastuut ja roolit lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyössä. Laaditut toimintaohjeet ja käsikirjat sisälsivät tietoa lähisuhde- ja perheväkivallasta ja toimintaohjeita puuttua siihen, mutta ne eivät sisältäneet tavoitteita, jotka olisivat perustuneet paikallista ja seudullista terveyttä ja hyvinvointia koskevaan tietoon ja kuntalaisten terveystarpeisiin. Useimmissa tapauksissa 2000-luvulla laadittujen toimintamallien tai käsikirjojen päivitys oli jäänyt tekemättä, jolloin tietojen ajantasaisuutta ei voitu varmistaa.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi kunta tai kunnan yhteistoiminta-alue tarvitsee toimintaohjelman ja -suunnitelman siitä, miten kunnassa tulee kehittää yhteistoimintaa, väkivallan tunnistamista, puuttumista ja tarvittavia palveluja eri hallinnonaloilla. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suosituksen (2008) mukaan kuntien tai niiden yhteistoiminta-alueiden tuli sisällyttää lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön strategiset linjaukset ja tavoitteet hyvinvointistrategiaansa ja turvallisuussuunnitelmiinsa vuoden 2009 loppuun mennessä. Haastattelututkimuksen tulosten perusteella suosituksen toimeenpano ei ollut toteutunut Keski-Suomessa vuoteen 2014 mennessä. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset 2008, 20.)

Kunnissa, joissa ei ollut tehty varsinaista lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suunnitelmaa, oli ehkäisytyö kanavoitunut esimerkiksi lakisääteisen lasten hyvinvointisuunnitelman teon kautta. Tällöin lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimenpiteet ja kehittämistyö kohdistuivat kunnassa vain tiettyyn väestönosaan ja esimerkiksi vanhuksia ja aikuisia jäivät sen ulkopuolelle. Pienillä kunnilla ei ollut myöskään voimavaroja tuottaa mittavia hyvinvoinnin ja terveyden arviointeja omalta alueeltaan ja strategisia suunnitelmia. Pienet kunnat hyötyivät eniten seudullisesta

yhteistyöstä ja lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn maakunnallisesta strategisesta suunnittelusta.

Vastuu ehkäisevän väkivaltatyön strategisesta ohjauksesta, johtamisesta ja työnjaosta on kunnilla ja niiden päättävillä elimillä. Kunnanvaltuusto hyväksyy kunnan terveyden edistämisen strategiset painoalueet ja tavoitteet ja niiden toteuttamiseen tarvittavat resurssit toiminta- ja taloussuunnitelmassa. Haastateltavien käsitykset vastuutahosta, joka vastaa lähisuhde- ja perheväkivaltapalvelujen kehittämisestä kunnissa, poikkesivat toisistaan suuresti. Tämä voi tarkoittaa sitä, että lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön johtajuuskysymystä ei ollut pohdittu kunnissa. 23 % kunnista tai seutukunnista vastasi, että vastuutahoa ei ollut määriteltä ja 23 % vastasi, että ei osannut sanoa onko vastuutaho määriteltä. Puolet vastaajista (53 %) määritteli erilaisia lähisuhdeväkivaltapalvelujen kehittämisen vastuutahoja. Kunnissa ei edelleenkään ymmärretä, että lähisuhde- ja perheväkivalta on vakava ongelma, johon tulisi puuttua ja, että lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöllä voi olla merkittäviä vaikutuksia kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä toteutettiin kunnissa työntekijä- ja asiantuntijavetoisesti ja lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskevia kehittämiskysymyksiä vietiin harvoin kunnan päättäviin elimiin asti. Hyvinvointijohtaminen ei ulottunut haastattelututkimuksen tulosten perusteella kunnissa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöhön eikä hyvinvointijohtamisen työkaluja osattu soveltaa siihen. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn johtaminen on määriteltävä selkeästi kunnanhallituksessa osana hyvinvointijohtamista sille kuuluvine valtuutuksineen.

Useat kunnat ilmoittivat, että hyvinvointikertomuksen teko oli juuri meneillään. Tavoitteena on, että kaikissa kunnista on laadittu hyvinvointikertomus kerran valtuustokaudessa. Terveydenhuoltolain edellyttämä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen strategiatyö ja säännöllinen toiminnan seuranta, arviointi ja raportointi kunnanvaltuustolle ovat vielä suhteellisen uutta toimintaa kunnissa. (L 30.12.2010/1326, 11 §, 12 §; Mutanen ym. 2015, 12). Myös Tukiaisen ym. mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisvastuu ja johtamisjärjestelmät olivat vielä epäselviä kunnissa (Tukia ym. 2011, 36).

Johtamisen ja toiminnan koordinaation puutteet oli huomattu myös aikaisemmissa selvityksissä. Muun muassa Mäkeläisen ym. (2012) ja Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston (2011) selvityksissä pidettiin johtamisen ja koordinaation puutteita sekä toiminnan resurssiomattomuutta kehittämistyön jatkumisen esteenä. Väyrynen ja Jämsen (2012) totesivat myös, että lähisuhde- ja perheväkivallan strateginen ohjaus ja suunnittelu olivat monissa Itä-Suomen kunnissa jäsentymättömiä.

Kuntien tulee huolehtia Sosiaali- ja terveysministeriön Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suosituksen (2008) toteutumisesta sekä kunnan itsensä tuottamissa että muualta, kuten yksityisiltä tai kolmannelta sektorilta hankkimissa palveluissa. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset 2008, 15.) Kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapa vaikutti lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytöiden johtamiseen ja koordinaatioon. Lähisuhde- ja perheväkivaltaan liittyvien palvelujen tuottajaorganisaatiot olivat usein erillään kunnan omasta hallinnosta ja kuntien ja palvelutuottajaorganisaatioiden välillä ei ollut yhteisiä yhteistyö- tai kehittämiskäytännöitä. Lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskevat päätöksentekö- ja kehittämiskäytännöt puuttuivat myös kunnan ja yhteistoiminta-alueiden väliltä. Pirstaleisen palvelujärjestelmän koordinaatio oli lähes mahdotonta.

Sote-uudistuksessa on tarkoitus yhdistää perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelut vuoteen 2017 mennessä. Suunnitelmallinen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy ja toiminnan koordinaatio tulisi turvata sosiaali- ja terveydenhuollon integroidussa palvelujärjestelmässä unohtamatta kolmatta sektoria. Keski-Suomessa toiminta sijoittuisi yhdistettyyn perusterveydenhuollon ja sosiaalialan integroituun osaamiskeskukseen sote-uudistuksen voimaan tultua. Maakunnallisena kehittämisselityksikkönä integroitu osaamiskeskus voisi edistää lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyä osana terveyden- ja hyvinvoinnin edistämistyötä maakunnassa. Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa luodaan uudenlaisia tapoja tuottaa palveluja ja tässä yhteydessä myös lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytöiden suunnitelmalliselle kehittämiselle olisi hyvät mahdollisuudet, mikäli siihen asetetaan myös tarvittavat resurssit. Lähisuhde- ja perheväkivaltaan liittyvät toimintamallit ja hyvät käytännöt vaativat koordinaatiota, tiedottamista ja jatkuvaa henkilöstön kouluttamista pysyäkseen hengissä. Lähisuhde-

ja perheväkivallan ehkäisyn palvelukokonaisuudelle tarvitaan kehittämissyksikkö, jonka toiminta ulottuisi kaikille kuntien hallinnonaloille.

Haastattelututkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että kunnissa ei toteutettu aktiivisesti terveyden edistämisen toimintapolitiikkaa ja johtamista, joka tähtäisi lähisuhdeväkivallan ja siitä koituvien haittojen vähenemiseen. Kunnat eivät olleet sisällyttäneet lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä kunnassa ja toiminnalle ei ollut asetettu selkeitä kehittämistavoitteita eikä johtajuutta.

7.2 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn seuranta ja arviointi

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn tähtäävien toimien vaikutusten seuranta ja arviointia varten kunnissa ei kerätty systemaattisesti kattavaa tietoa. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyössä paikallinen kehittämistyö ja päätöksenteko eivät perustu väestöryhmien terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa tietoon. Päätökset perustuivat tietoon, jota saatiin sattumanvaraisesti erilaisissa yhteistyökokouksissa, oman palvelujärjestelmän kautta tai median välityksellä.

Vastauksissa tuli esille, että varsinaisia maakunnallisia tai valtakunnallisia vertailutilastoja ei ollut käytettävissä. Lisäksi mainittiin, että tiedot väkivallan yleisyydestä kunnassa ja lähisuhdeväkivallan vaikutuksista kunnan asukkaiden terveyteen ja hyvinvointiin eivät olleet helposti saatavilla. Tilastoja oli hankala löytää tai niitä ei ehditty etsimään työn ohessa. Väkivaltaa kuvaavat tilasto- ja vertailutiedot olivat hajallaan eri viranomaisilla ja erilaisissa tietokannoissa, ja niitä ei etsitty systemaattisesti. Resurssit eivät riittäneet niitä etsimään.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koordinaattorin ja yhteistyöryhmän roolit ja tehtävät edistää lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä eivät olleet kovin näkyviä kunnissa. Vain 8 % vastaajista ilmoitti (yksi vastaaja), että lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koordinaattori ja yhteistyöryhmä ovat pitäneet asiaa (lähisuhdeväkivaltaa) esillä, mutta väkivaltaa koskevaa tietoa ei kyetty keräämään systemaattisesti kaikista kunnan palveluista.

Haastattelututkimuksen tulokset nostivat yhdeksi keskeiseksi kehittämiskysymykseksi hyvinvointijohtamisen ja -osaamisen kunnissa. Terveyttä edistävillä peruspalveluilla tulee olla yhteiset strategiset ja toiminnalliset tavoitteet sekä hallinnonalakohtaiset hyvinvointi-indikaattorit, joilla tavoitteiden toteutumista seurataan. (Terveysten edistämisen laatusuositus 2006, 24.) Keskeinen kysymys on se, millaiseen tietoon lähisuhdeväkivaltapalveluja koskeva päätöksenteko ja kehittämisen painoalueet perustuvat kunnissa tällä hetkellä? Millaisia tilastoja ja tietokantoja tulisi käyttää, jotta päätökset tukisivat terveyttä ja hyvinvointia ja vähentäisivät lähisuhdeväkivaltaa ja siitä koituvia haittoja? Haastattelututkimuksen mukaan päätöksenteko väkivaltateemassa perustui suurimmaksi osaksi kunnan palveluista tulevaan informaatioon, ja paikallisen ja seudullisen vertailutiedon suuri tarve nousi esille. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä ja toimenpiteiden vaikutusta ei voitu seurata tai arvioida kunnissa, koska toiminnasta ei saatu tietoa tai ei ollut sovittu mitä asioita seurattaisiin. Tämä johtaa siihen, että palvelut eivät myöskään kehity.

Hyvinvointijohtamisen työkaluja ei sovellettu lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskevaan päätöksentekoon. Kysymykseen käytettiinkö ennakoarviointimenetelmiä kuten esimerkiksi IVA:a lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskevassa päätöksenteossa, saatiin ei-vastauksia 100 %. Yhdessäkään kunnassa tai seutukunnalla ei ollut käytetty ihmiseen kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmää lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskevassa päätöksenteossa. Arviointimenetelmiä käytettiin esimerkiksi sosiaalipalvelujen kehittämisessä, mutta ei lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn kehittämisessä.

Epidemiologiseen selvitykseen ja erilaisten tietokantojen käyttöön liittyy myös käytettyjen lähteiden ja terveyden edistämisen menetelmien luotettavuuden ja laadun arviointi. Esimerkiksi tarvearvion tekeminen edellyttää tietoa alueen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä lähisuhdeväkivallan ilmenemisestä ja vaikutuksista väestöön. (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013, 9-10.) Terveysten edistämisen tavoitteet ja menetelmät tulisi perustua tutkittuun tietoon. Väkivaltaa ja sen seurauksia voidaan mitata ja kuvata kuolleisuutta, terveyseroja, yhteisöä, rikollisuutta, taloutta, hallintoa, palvelujärjestelmää ja lainsäädäntöä kuvaavien

tietojen avulla. Tähän tulisi yhdistää kunnan asukkaiden hyvinvointia kuvaava tieto. (Krug ym. 2002, 25-26; Koskenlahti 2014.)

7.3 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn rakenteet kunnissa

Lähisuhdeväkivallan ehkäisyn rakenteista kunnat olivat huolehtineet parhaiten kuntakoordinaattoreiden nimeämisistä. Haastattelututkimukseen vastanneista kunnista tai seutukunnista 92 % ilmoitti, että kunnassa oli nimetty lähisuhdeväkivallan ehkäisyn kuntakoordinaattori/yhdyshenkilö. Koordinaattorin tehtävä on toimeenpanna yhteistyössä monialaisen työryhmän kanssa kunnan lähisuhdeväkivallan ehkäisyn toimenpiteet. Suurimmalla osalla koordinaattoreista ei ollut monialaista työryhmää tukenaan ja tehtävänkuva koettiin edelleen epäselväksi. Kuntakoordinaattorin tehtävää hoidettiin oman työn ohella ja ilman lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn yhteistyöryhmän tukea, jolloin mahdollisuudet toimia tehtävässä sen edellyttämällä tavalla olivat vähäisiä.

Haastattelussa tuli ilmi kuntakoordinaattoreiden vaihtuvuus, joka johtui muun muassa työntekijöiden vaihtuvuudesta. Monissa haastatteluissa tuli ilmi myös epävarmuus siitä, oliko koordinaattori nimetty virallisesti? Kunnissa, joissa oli kunnanhallituksen tai perusturvalautakunnan päätös koordinaattorin asettamisesta tehtäväänsä ja tehtävänmäärityksestä, oli myös koordinaattorin asema ja valtuutus selkeä.

Kuntakoordinaattorin tehtävä on vaativa ja laaja, mutta hän ei voi yksin vastata alueensa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöstä. Hänen tulee toimia yhteistyössä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn yhteistyöryhmän kanssa ja välittää työryhmän esityksiä eri hallinnonaloille, toimijoille ja kunnan päätöksentekoon. Koordinaattorin tehtäviin voi kuulua konsultaatiota, tiedottamista, kouluttamista sekä yhdessä yhteistyöryhmän kanssa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön ja palvelujen seurantaa ja arviointia.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa ja koordinaattorin tehtävänkuvamalli -suositus oli julkaistu tammikuussa 2013. Tässä yhteydessä on mainittava, että uudesta suosituksesta ei ollut tiedotettu kuntiin aluehallintoviraston toimesta

(Arponen 04.09.2013). Haastattelututkimuksen perusteella maaliskuussa 2014 (15 kuukautta koordinaattorin toimenkuvamallin julkaisun jälkeen) ei suositukseen ollut tutustuttu. Vain yksi (8 %) vastaaja ilmoitti vieneensä suositusta eteenpäin esimiesportaassa. Useimmat haastatteluun vastanneet henkilöt eivät tieneet suosituksen olemassaolosta tai sen sisällöstä.

Kunnat olivat perustaneet heikosti monialaisia lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn yhteistyöryhmiä. Haastattelututkimukseen vastanneista kunnista tai seutukunnista vain yksi kunta ilmoitti, että kunnassa toimi monialainen väkivaltatyöryhmä. Yksi kunta tai seutukunta käsitteli lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä kunnan hyvinvointiryhmässä. Kuusi vastaajaa ilmoitti, että kunnassa ei ollut moniammatillista väkivaltatyöryhmää ja kolmessa kunnassa tai seutukunnassa lähisuhde- ja perheväkivallan väkivallan ehkäisy liittyi jonkin muun työryhmän tehtäviin. Kunnissa käsiteltiin lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä useissa räätälöidyissä työryhmissä, jolloin toiminta oli pirstaleista ja kohdistui vain tiettyihin kohderyhmiin. Koko kunnan tai seutukunnan alueella toimintaa koordinoivan yhteistyöryhmän puuttuessa eri toimintasektoreiden ja hallinnonalojen väliltä puuttui myös yhteinen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön rakenne. Yhteistyöryhmässä tulisi olla edustettuina sosiaali-, terveys-, koulu- ja nuorisotoimi, poliisi, järjestöt sekä seurakunta (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset 2008, 20; Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa... 2013,7- 8). Yhteydet kolmannen ja yksityisen sektorin palvelutuottajiin olivat myös vähäiset ja yhteistyö liittyi lähinnä palvelujen ostamiseen ja hankintaan.

7.4 Kuntien tiedottamis- ja vaikuttamistoiminta

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suosituksen (2008) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonaloilla tulisi toteuttaa tiedottamis- ja vaikuttamistoimintaa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi ja siitä aiheutuvien ongelmien vähentämiseksi (Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset 2008, 29). Kuntien toteuttama vaikuttamistoiminta, joka olisi saavuttanut kaikki kuntalaiset, oli vähäistä. Valtaosa kunnista tiedotti lähisuhde- ja

perheväkivaltapalveluistaan kunnan omilla verkkosivuillaan ja tiedotuksen sisällöt olivat kunnan sosiaalipalveluista sekä kriisipalveluista tiedottamista. Eri ikäryhmien tiedon tasoa väkivallan vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin pyrittiin edistämään vähäisessä määrin. Vain yhdessä kunnassa oli laadittu kuntalaisia varten opas lähisuhde- ja perheväkivallasta sähköiseen ja tulostettavaan muotoon, joka oli kaikkien saavutettavissa.

Tiedotustoiminta oli suunnattu vain suomea puhuville henkilöille. Kunnissa ei ollut otettu huomioon suomen kieltä taitamattomia tai aistivammaisia henkilöitä lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluja koskevassa tiedotuksessa tekemällä heille suunnattua tiedotusta tai tiedotusmateriaalia. Näin ollen lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskeva tiedotus ei saavuttanut kaikkia väestönosia ja riskiryhmässä olevia väestönosia.

Haastattelututkimuksessa nousi esille yhteisen seudullisen tai maakunnallisen palvelutiedotteen tarve sekä ammattilaisille että kunnan asukkaille. Tiedotuksessa voitaisiin käyttää myös olemassa olevia sähköisiä tiedotuspalveluita kuten esimerkiksi hyvinvointitupia ja sähköisiä asiointipalveluja. Haastateltavat henkilöt edustivat kunnan hallinto-, sosiaali- ja terveystyöntekijöitä, joten haastattelututkimuksessa ei saatu tietoa muilla kunnan hallinnonaloilla toteutetusta tiedotus- tai vaikuttamistoiminnasta.

Kunnan sisäinen tiedotus eri hallintokuntien välillä osoittautui vähäiseksi haastattelututkimuksen perusteella. Aluehallintoviraston tekemän selvityksen mukaan palveluverkoston koordinointi ja tiedonkulku eri toimijoiden välillä olivat väkivaltatyössä ja palvelujen kehittämisessä merkittäviä ongelmia (Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön ehkäisytyö Länsi- ja Sisä-Suomen alueen kunnissa 2011, 8-9.) Haastattelututkimuksen tulosten mukaan vain yksi kunta tai seutukunta oli kiinnittänyt huomiota sisäiseen tiedotukseen. Kunnassa oli tehty sisäiseen intraan lähisuhdeväkivaltaa koskeva tiedotus omia työntekijöitä varten. Kunnan sisäinen ja eri yhteistyökumppaneiden välinen tiedotus esimerkiksi palvelujen järjestämisestä tai kehittämistyöstä ei noussut esille vastauksissa.

Kuntalaisten osallistumismahdollisuudet väkivaltaan koskevaan päätöksentekoon ja valmisteluun olivat haastattelututkimuksen perusteella vähäiset. 92 %:ssa kunnista

tai seutukunnista ei ollut järjestänyt kunnan asukkaille osallistumismahdollisuuksia väkivaltaa vähentävään työhön ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Vain yksi vastaajatahoista oli järjestänyt asukkailleen asiakasraatitoimintaa, kyselytutkimuksia ja selvityksiä lähisuhdeväkivaltateemasta.

Kuntien tulisi kehittää hallinto- ja päätöksentekojärjestelmäänsä niin, että se mahdollistaisi eri tahojen yhteistyön ja osallistumisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitteluun ja valmisteluun ja myös lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn. Avoin päätöksentekokulttuuri lisäisi kuntalaisten tiedon tasoa palvelujärjestelmän toimivuudesta ja madaltaisi kynnyksiä hakeutua tuen ja avun piiriin. Kunnan asukkaiden näkökulmaa tulisi kerätä erilaisilla kyselyillä, verkkoareenoilla, yleisötilaisuuksissa ja asiakaspisteissä. Tällä hetkellä kunnan asukkailla ei ole mahdollisuutta arvioida toiminnan vaikutuksia kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön talousvaikutuksia ei voida myöskään arvioida. Kuntalaisten näkökulmasta arvioituna kunta osoittaisi järkevää taloudenhoitoa panemalla toimeen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisystrategian kunnassa ja välttämällä pitkällä aikavälillä lähisuhde- ja perheväkivallasta aiheutuvat suuret kustannukset (sosiaali- ja terveydenhuollon sekä lastensuojelun kustannukset).

7.5 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyosaamisen ylläpitäminen

Keski-Suomessa oli koulutettu varsin aktiivisesti henkilöstöä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöhön viimeisen viiden vuoden aikana ja Keski-Suomi oli saanut merkittäviä koulutusresursseja hankkeiden kautta. Lisäksi sosiaalipalveluiden henkilöstö oli saanut koulutusta ja kaikista kunnista oli osallistuttu yksittäisiin väkivaltatyön ja lastensuojelun koulutuspäiviin.

Kun kysyttiin henkilöstön osaamisen kehittämisen suunnitelmallisuutta, kahdeksan (62 %) kuntaa tai seutukuntaa vastasi, että henkilöstölle ei ollut suunniteltu koulutusprosessia tulevaisuuteen. Haastatteluun vastanneista kunnista tai seutukunnista neljä (31 %) vastasi, että henkilöstölle oli suunniteltu koulutusprosessi

lähitulevaisuuteen, mutta vain yhdessä kunnassa oli suunniteltu henkilöstölle vuosittain toistuvaa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn täydennyskoulutusta.

Uuden asiantuntijuuden rakentuminen ja väkivaltaa vähentävien toimintamallien juurruttaminen kuntapalveluihin vaatii hyvää suunnittelua ja jatkuvaa osaamisen kehittämistä, johon ei ollut kiinnitetty huomiota haastatteluun vastanneissa kunnissa. Osaamista tulisi ylläpitää kunnissa jatkuvan ja suunnitelmallisen täydennyskoulutuksen avulla. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintamallit tulisi sisältyä myös uusien työntekijöiden perehdytysohjelmiin. Koulutustarpeiden arviointi ja jatkuvan koulutuksen ja osaamisen kehittämisen varmistaminen kunnassa kuuluu lähisuhde- ja perheväkivallan yhteistyöryhmän keskeisiin tehtäviin.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koulutus kilpailee monen muun asian rinnalla kuntien niukoista koulutusresursseista. Hankeresurssein järjestetty koulutus on ollut kunnille ilmaista, mutta koulutuksen jatkuminen tulisi turvata maakunnassa esimerkiksi sairaanhoitopiirin toimintana, jolla on velvoite alueensa henkilöstön osaamisen ylläpitämisestä. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytöiden ammatillinen pätevytyminen on tehtävä Suomessa mahdolliseksi osana sosiaali- ja terveystieteiden koulutusta. Osaamiskeskushankkeen varoin tuotettiin Keski-Suomeen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn verkko-opinnot, joiden tuottaminen jatkui Jyväskylän ammattikorkeakoulun toimesta.

Keski-Suomessa oli käynnissä laaja koko maakuntaa koskeva osaamiskeskushankkeen koulutusprosessi. Merkille pantavaa oli se, että sosiaalipalvelujen esimiehet eivät välttämättä tienneet terveydenhuollon koulutusprosessista ja lähisuhde- ja perheväkivallan tunnistamisen ja puuttumisen toimintamallin (VISH) käynnistämistä oman kuntansa neuvolapalveluissa ja kouluterveydenhuollossa. Tämä kertoo toiminnan koordinaation ja suunnittelun vähäisyydestä ja vähäisistä kontakteista eri hallintokuntien välillä.

Tutkimuksessa ei kysytty strategisen tason osaamisen kehittämisen tarvetta kunnissa, ja sitä eivät myöskään haastatellut henkilöt tuoneet esille. Osaamisen ylläpitämisen ajateltiin koskevan vain henkilöstön kehittämistä, mutta ei terveyden edistämisen johtamisen kehittämistä tai terveyden edistämisen menetelmien hallintaa. Kuntajohto, luottamusmiehet ja johtavat viranhaltijat tarvitsevat myös

koulutusta lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisystä sekä hyvinvointijohtamista vahvistavaa koulutusta tai valmennusta.

7.6 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn palvelut

Haastattelututkimuksessa kartoitettiin kuntien ja seutukuntien lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluja. Kaikki haastatteluun vastanneet kunnat ja seutukunnat ilmoittivat järjestävänsä lähisuhde- ja perheväkivaltaa ennaltaehkäiseviä palveluja. Ennaltaehkäisevinä palveluina pidettiin lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalveluja, joissa lähisuhde- ja perheväkivaltaa tulisi ennaltaehkäistä ja tunnistaa. Lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi tärkeässä roolissa olivat haastateltavien mukaan myös kunnan päivähoito, opetus- ja nuorisotoimi sekä erityisryhmille suunnatut palvelut (esimerkiksi vammaisten ja kehitysvammaisten palvelut).

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kunnat ja seutukunnat ovat pyrkineet järjestämään lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluja joko kunnan omin voimin tai ostopalveluina tuotettuina. Väyrysen ym. (2012) selvityksessä todettiin, että väkivaltatyö limittyi osaksi kunnan muita perus- ja erityispalveluja eikä väkivaltaan erikoistuneita palveluja ollut ja, että erityispalveluja ostettiin tarvittaessa. Mäkeläisen ym. (2012) valtakunnallisessa selvityksessä Tukitoimenpiteet lähisuhde väkivaltaa kokeneille naisille -selvityksessä kartoitettiin akuutteja kriisipalveluja ja pitkäkestoisia tukipalveluja, joita ilmoitettiin hyvin vähäisessä määrin Keski-Suomesta. Tämän tutkimuksen tuloksena voidaan päätellä, että kunnissa oli enemmän palveluja ja ennaltaehkäisyn palvelut, kriisipalvelut, hoitopalvelut ja joissakin tapauksissa myös pitkäkestoiset palvelut rinnastettiin osaksi peruspalveluja. Pitkäkestoinen tuki järjestettiin esimerkiksi kunnan sosiaalityön perhetyön tai mielenterveyspalvelujen kautta. Kunnat ostivat tarvittaessa erityisiä palveluja yksilöiden ja perheiden kuntoutukseen sekä terapiaan.

Valtaosa kunnista ilmoitti käyttävänsä turvakotipalveluja ja akuutin avun palveluja sekä kolmannen (ja yksityisen) sektorin palveluja. Kolmannen sektorin palvelut rinnastettiin tutkimuksessa kriisipalveluiksi ja myös osaksi pitkäkestoisia palveluja.

Väyrysen ym. mukaan seurakunnan toimijat ja väkivaltateemassa toimivat järjestöt olivat keskeisiä kumppaneita kuntien väkivallan ehkäisytyössä. (Väyrynen ym. 2012, 30-32.) Tutkimuksen tulosten mukaan kolmannen sektorin palveluja käytettiin kunnissa ja järjestötoimijat kuuluivat kiinteänä osana lähisuhdeväkivallan hoito- ja palveluketjuun, mutta seurakuntien osaamista ei osattu kunnissa hyödyntää.

Huolestuttavin tulos saatiin lasten ja nuorten palveluissa, joita ilmoitettiin huomattavasti vähemmän kuin muita edellä mainittuja palveluja. Tulos oli huolestuttava, koska lasten ja nuorten lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy oli nimetty painopistealueeksi monissa kunnissa. Lasten ja nuorten palvelujen osuutta laski vertailussa pienten kuntien heikompi mahdollisuus järjestää lapsille ja nuorille lähisuhde- ja perheväkivaltaan liittyviä palveluja, joissa tarvitaan erityisosaamista. Toisaalta, jos kaikki kunnat olivat pystyneet järjestämään lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäiseviä palveluja, oli kehityssuunta kunnissa oikean suuntainen.

Myös Lastensuojelun kuntakyselyssä (2013) on kiinnitetty huomiota lapsen tarvitsemien mielenterveyspalvelujen saatavuuden ongelmiin Keski-Suomessa. Kyselyn perusteella Keski-Suomen kunnissa ainoastaan Jyväskylässä, Muuramessa, Toivakassa, Hankasalmella, Konnevedellä ja Multialla koettiin lasten mielenterveyspalveluiden järjestyvän ”kohtuullisella viiveellä ja työmäärällä” tai ”useimmiten ilman viivettä tarpeenmukaisena”. Muissa kyselyyn vastanneissa Keski-Suomen kunnissa lasten mielenterveyspalveluiden järjestäminen oli ”hankalaa ja paljon aikaa vievää” tai ”jäi useimmiten kokonaan saamatta”. (Puustinen-Korhonen 2013, 31.)

Lasten ja nuorten lisäksi myös muille riksiryhmässä oleville väestöosille vanhuksille, vammaisille ja kehitysvammaisille oli järjestetty palveluja edellä mainittuja palveluja vähemmän. Tutkimuksen tulosten perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon painoalueet lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyössä eivät ole painoalueita kunnissa ja näiden ihmisryhmien palveluiden kehittämiseen ja saatavuuden parantamiseen ei ollut asetettu riittävästi resursseja. Tulos vahvisti käsitystä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn palvelujen epätasaisesta saatavuudesta, joka riippuu asuinkunnasta ja tuottaa eriarvoisuutta Suomessa.

Tuloksen perusteella voidaan arvioida, että kunnat olivat tehneet hyvin vähän yhteistyötä alueensa seurakuntien kanssa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyössä tai haastattelututkimukseen vastanneen henkilön oma hallinnonala oli tehnyt vähän yhteistyötä seurakuntien kanssa ja, että yhteisiä työkäytäntöjä oli olemassa vähän. Seurakuntien kattavaa palveluverkostoa ja osaamista ei osattu tulosten mukaan hyödyntää kunnissa.

Lähisuhde- ja perheväkivallan tunnistamiskäytäntöjä oli otettu vähäisessä määrin käyttöön Keski-Suomessa. Haastattelututkimukseen kuuluvista kunnista tai seutukunnista kolmessa oli käytössä Läheisväkivallan varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen toimintamalli (VISH) ja yksi kaupunki toteutti moniammatillista MARAK-toimintamallia (Jyväskylä). Maakunnalliset RAISEK JA SERI-toimintamallit eivät tulleet haastatteluissa esille. Myös osaamiskeskushankkeessa vuonna 2013 tehdyn selvityksen mukaan 10 vuotta täyttäneitä RAISEK -toimintamallia ei tunnistettu kaikissa kunnissa. (Frantti-Malinen 2014a, 6.)

Suurten ja pienten kuntien palvelujen järjestämisen vertailun tulosta voidaan pitää suuntaa antavana, koska otos oli pieni. Vertailun perusteella pienten kuntien asukkaat olivat heikommassa asemassa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn palvelujen saatavuuden suhteen vertailun kaikilla muilla osa-alueilla, paitsi ennaltaehkäisevien palvelujen, kolmannen sektorin ja läheisten palvelujen suhteen. Vertailussa näkyi myös riskiryhmien heikompi mahdollisuus saada lähisuhde- ja perheväkivaltapalveluja Keski-Suomessa.

7.7 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään luotettavuuden kuvaamiseen reliabiliteettia ja validiteettia. Tutkimuksen reliabiliteetti määritellään kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittauksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustuloksen toistettavuutta, ei-sattumanvaraisuutta. Mittaukset tulee olla toistettavissa myös toisissa tutkimuksissa ja tilanteissa. (Heikkilä 2010, 187; Vilkkä 2007, 149.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tulosten tarkkuudella:

mittarin ja tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata sekä mittaustulosten toistettavuutta ja luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2010, 231).

Yleensä määrällisiin tutkimuksiin liittyy tilastollisten menetelmien ja laajojenkin aineistojen käsittely. Ominaista määrälliselle tutkimukselle on taulukoiden ja tilastojen muodostaminen ja esittäminen. Tässä tutkimuksessa aineisto oli pieni ja havaintoyksikköjä oli vain 13. Tulokset kuvattiin lukumäärinä, frekvensseinä ja suhteellisina osuuksina sekä laadullisena aineistona. Laadullisen aineiston teemoittelun avulla aineistosta voitiin poimia tutkimusongelman kannalta olennaista tietoa, jolloin tekstiaineistosta saatiin myös tuloksia esitettyihin kysymyksiin (Eskola ym. 178–179).

Validiteetti kuvaa missä määrin on onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä pitikin mitata. Kysely- ja haastattelututkimuksessa on kysymys siitä, miten onnistuneita kysymykset ovat ja saadaanko niiden avulla tutkimusongelma ratkaistuksi. Ulkoinen validius tarkoittaa tutkimuksen yleistettävyyttä. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sitä vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriaosassa esitettyjä käsitteitä ja kattavatko ne kyseisen ilmiön riittävän laajasti. (Heikkilä 2010,186.)

Tutkimuksen validiteettia arvioidaan mittaria laadittaessa. Käsitevaliditeetti mittaa kuinka hyvin tutkimuksen käsitteet on johdettu teorioista. Esimerkiksi kysymyksessä terveyden edistämisen toimintapolitiikasta ja johtamisesta on käytetty monia eri kysymyksiä, joilla haluttiin selvittää kuntien lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategiaa, johtamista ja rakenteita. Tuloksia voidaan pitää valideina. Ne osoittavat, että saatu tieto vastasi vallalla olevaa teoriaa ja pystyi sitä tarkentamaan ja parantamaan. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että otos on edustava ja tarpeeksi suuri, vastausprosentti on korkea ja kysymykset mittaavat oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelman (mts. 188).

Validiutta voidaan arvioida myös tutkimuksen otoksen koolla. Kvantitatiivisena tutkimuksena tutkimuksen otos oli verrattain pieni, mutta se edusti erikokoisia kuntia ja erilaisia sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistapoja. Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa. Harkinnanvarainen otanta ei täytä satunnaisotannan kriteerejä, mutta menetelmä tuottaa näennäisesti edustavia tutkimustuloksia, koska

otos vastaa perusjoukkoa (Kananen 2010, 99). Vastausprosentti oli tutkimuksessa varsin korkea (92 %). Vain yksi tutkimusjoukkoon kuuluva kunta jäi puuttumaan.

Haastateltavan on voitava luottaa siihen, että annettuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Ennen haastatteluajankohdan sopimista kerrottiin haastattelun hanketaustasta ja tutkimusaineiston käyttötarkoitus osaamiskeskushankkeen arvioinnissa sekä luottamuksella annettujen tietojen suojaamisesta. Tulosten esittämistavassa pyrittiin huomioimaan vastaajien anonymiteetti ja se, että kenellekään vastaajalle tai yksittäiselle kunnalle ei aiheutunut tutkimuksesta haittaa. Sen sijaan julkisia asiakirjoja koskevia tietoja käsiteltiin tutkimuksessa avoimesti.

Haastattelut toteutettiin varsin pitkän ajanjakson aikana harvakseltaan, jolloin haastattelun sisältö voitiin kirjata jälkepäin kaikessa rauhassa ja tuloksia oli mahdollista kommentoida puolin ja toisin. Tutkimuksen tekoon käytettiin useita kuukausia. Kysymysten teosta tuli hyvin nopeasti rutiinia, jossa kysymyslomake toimi haastattelijan tukena. Vastausten kirjaaminen tehtiin kysymyslomakkeelle haastattelun aikana ja kirjaukset siirrettiin haastattelun jälkeen Excel-taulukkoon analyysia varten. Haastatteluun käytettävä aika 1-1,5 tuntia oli riittävä, koska suurin osa kysymyksistä sisälsi valmiit vastausvaihtoehdot. Kunnille kohdennetut selvitykset toimivat usein myös tiedon keruun ohella interventiona. Haastatteluissa oli mahdollista tehdä hanketta tunnetuksi ja kerätä kunnista asiantuntijajoukkoa myöhempiä työskentelyvaiheita varten. Haastattelut muodostuivat tilanteiksi, joissa pohdittiin kuntien lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn nykytilaa ja kehittämistarpeita.

Haastattelu on aineistonhankintamenetelmänä kaksisuuntainen vuorovaikutustilanne, jossa myös tutkija osallistuu vuorovaikutteisesti aineiston tuottamiseen ja käytetyllä kielellä on suuri merkitys (Hirsjärvi & Hurme 2000, 53). Kieleen ja käsitteisiin liittyvät ongelmat oli otettava huomioon haastateltaessa eri toimintaympäristöistä lähtöisin olevia henkilöitä. Väkivallan määrittelyt ovat moninaisia ja vaihtelevat eri toimintaympäristöissä ja ammattiryhmissä. Tästä hyvä esimerkki oli selvittää keskustelun ohessa mitä määritelmiä haastateltavat henkilöt käyttivät ja mitä he pitivät lähisuhde- ja perheväkivaltana. Haastattelun aikana myös lähisuhde ja perheväkivallan suosituksissa käytettyjä uusia rakenteellisia termejä jouduttiin selventämään mitä niillä tarkoitettiin (koordinaattori, yhteistyöryhmä,

lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suunnitelma tai toimintaohjelma). Selkeä etu haastattelututkimuksessa oli se, että tutkija oli paikalla ja voi tarkentaa kysymyksiä, mikäli hän huomasi, että vastaaja ei ymmärtänyt kysymystä. Vastaavasti koehenkilöt voivat kysyä, jos eivät ymmärtäneet kysymystä.

Haastattelun etuja on se, että se on joustava tiedonhankintatapa ja haastattelussa voidaan säädellä aiheiden ja kysymysten järjestystä. Haastattelun haittoja on se, että haastattelu vie aikaa ja resursseja ja se voi olla kalliimpi kuin lomaketutkimus. Tutkimuksen tiedonkeruuvaihe (haastattelut) tehtiin osaamiskeskushankkeen aikana ja määrärahojen turvin, mutta tutkimuksen analyysi ja raportointi tehtiin tutkijan omalla ajalla.

Haastattelu on tutkijalle vaativa ja edellyttää perehtyneisyyttä aihealueeseen ja haastattelutekniikkaan. Vaarana haastattelussa on se, että haastattelussa saadaan kerättyä tutkimuksen kannalta epärelevanttia aineistoa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 36.) Tutkija oli perehtynyt aihealueeseen, mutta tutkijan oma tausta osaamiskeskushankkeen johtajana muodostui haasteeksi tutkimuksen reliabiliteetille. Tutkijalla saattoi olla toisenlaista tietoa, jota hän ei voinut käyttää tulosten analyysissä ja johtopäätösten teossa. Tutkijan tuli perustaa johtopäätökset tutkimusaineistoon ja pysyä sille uskollisena. Mahdollista oli myös tulosten vääristyminen muistivirheen tai asioiden kaunistelun tai vähättelyn vuoksi. Tällöin tulokset voivat kuvata enemmän sitä mikä olisi ollut tutkittavien mielestä toivottava tilanne. (Heikkilä 2010, 186.) Tulosten luotettavuutta lisäsi se, että tulokset käytiin haastattelujen jälkeen läpi yhteisessä työkokousprosessissa 28.4.2012 ja 10.9.2014 haastatteluun vastanneiden henkilöiden kesken. Tulosten pohjalta laadittiin Keski-Suomen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suunnitelma vuosille 2015-2020 (Frantti-Malinen 2014b, 38-40).

Kyseessä oli poikittaistutkimus, jonka avulla selvitettiin tietyn ilmiön esiintyvyyttä tietyllä hetkellä. Tutkimustulokset olivat sidottuja tiettyyn ajankohtaan.

Osaamiskeskushankkeen kannalta voidaan sanoa, että tutkimus täytti sille asetetut tavoitteet alkuarviointina. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan arvioida lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategioiden, rakenteiden ja osaamisen kehittymistä Keski-Suomessa. Osaamiskeskushankkeen päättyessä joulukuussa 2014 oli jo havaittavissa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn yhteistyöryhmien perustaminen ja suositusten

edellyttämien lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn toimintasuunnitelmien teko viidellä alueella Keski-Suomessa (Keuruun kaupunki yhteistyössä Multian kanssa, Perusturvaliikelaitos Saarikka, Joutsan kunta, Laukaan kunta ja Jyväskylän kaupunki).

Tutkimustuloksia vahvistavat aikaisemmissa tutkimuksissa saadut tulokset.

Tutkimustulokset lisäsivät tutkimusalueen ymmärtämystä ja lisäsivät tietoa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisystä kunnissa sekä strategisena hyvinvointijohtamisena ja strategioiden toimeenpanona.

7.8 Jatkotutkimusaiheita

Mahdollisia jatkotutkimusaiheita ovat:

1. Seurantatutkimus lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategisen työn ja rakenteiden kehittymisestä Keski-Suomessa
2. Lähisuhde- ja perheväkivaltaa koskevan hyvinvointitiedon keruun ja seurantajärjestelmän kehittäminen kuntien ja alueellisten lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategioiden tueksi
3. Hyvinvointijohtamisen ja -osaamisen kehittyminen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyössä
4. Lähisuhde- ja perheväkivallan palvelujen kehittyminen rakentuvassa sote-palvelujärjestelmässä
5. Asiakaskysely lähisuhde- ja perheväkivaltaan liittyvien palvelujen laadusta ja kehittämisestä

LÄHTEET

- A 6.4.2011/338. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 16.4.2015. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.
- Arponen, A. Ylitarkastaja, Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto. Henkilökohtainen tiedonanto 04.09.2013.
- Campbell, J. C. 2002. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 359, 1331-1336.
- Cook, Dinnen & O'Donnell Cook, J. M., Dinnen, S. & O'Donnell, C. 2011. Older Women Survivors of Physical and Sexual Violence: A systematic Review of the Quantitative Literature. Artikkelijournal of Women's Health 2011, July; 20(7): 1075-1081.
- Danielson, P. & Salmi, V. 2013. Suomalaisten kokema parisuhdeväkivalta 2012 — Kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksia. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitos. Verkkokatsauksia 34/2013. Julkaistu 27.12.2013. Viitattu 31.3.2015. http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/EQaFYce0V/34_parisuhdevakivalta.pdf.
- EFQM. EFQM-laatumallin verkkosivu. Viitattu 20.3.2015. <http://www.efqm.org/the-efqm-excellence-model>.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H. & Garcia-Moreno, C. 2008. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multicountry study on women's health and domestic violence: An observational study. *The Lancet*, 371, 1165-1172.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Fagerlund, M., Peltola, M., Kääriäinen, J., Ellonen, N. & Sariola, H. 2014. Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset 2013. Lapsiuhritutkimuksen tuloksia. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 110. Tampere: Yliopistopaino – Juvenes print. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-815-270-8>.
- Fielding, N. 1996. Qualitative interviewing. Teoksessa Gilbert, N. (toim.) *Researching social life*, London. Sage, 135-153.
- Frantti-Malinen, U. 2014a. Esitys lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön maakunnallisen koordinaattorin tehtävänkuvasta 28.2.2014. Läheisväkivallan ehkäisyn kansallinen osaamiskeskus -hanke, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Frantti-Malinen, U. 2014b. Läheisväkivallan ehkäisyn kansallinen osaamiskeskus - hankkeen 2012-2014 loppuraportti. Aarre-osaamiskeskusmalli – maakunnallinen kehittämismalli kuntien lähisuhde- ja perheväkivaltatyön kehittämiseen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 134/2014.

www.ksshp.fi/julkaisusarja.

Green, L.W. & Kreuter, M.W. 1999. Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach. 3. painos. Mayfield Publishing Company, Mountain View.

Guba, E.G & Lincoln, Y.S. 2000. Competing Paradigms in Qualitative Research. Teoksessa Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (eds.) 2000; Handbook of Qualitative Research. Sage Publications, Thousand Oak: 105-117.

Harvard School of Public Health. <http://www.hsph.harvard.edu/hicrc/firearms-research/misperceptions/>.

Health in All Policies. 2013. Maailman terveysjärjestön (WHO) sivusto. Viitattu 27.3.2015. <http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Heinonen, H., Väisänen, A. & Hipp, T. 2012. Miten lastensuojelun kustannukset kertyvät? Lastensuojelun keskusliitto.

http://www.lskl.fi/files/1518/Miten_lastensuojelun_kustannukset_kertyvat.pdf.

Heiskanen, M. 2001. Naisiin kohdistuva väkivalta yleisintä Argentiinassa ja Brasiliassa - kuolemaan johtava Venäjällä. Tilastokeskus. Asiantuntija-artikkeli julkaisussa Tieto aika 10/2001. Julkaistu: 8.10.2001. Viitattu 31.3.2015.

http://www.stat.fi/tup/tieto aika/tilaajat/ta_10_01_naisvakiv.html.

Heiskanen, M. & Piispa, M. 1998. Usko, toivo, hakkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Tilastokeskus. Tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Oikeus 1998:12. Sukupuolten tasa-arvo. SVT. Helsinki.

Heiskanen, M. & Piispa, M. 2002. Väkivallan kustannukset kunnassa. Viranomaisten arviointiin perustuva tapaustutkimus naisiin kohdistuvasta väkivallasta ja sen kustannuksista Hämeenlinnassa vuonna 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

<http://www.julkari.fi/handle/10024/113738>

Heiskanen, M. & Ruuskanen, E. 2010. Tuhansien iskujen maa – miesten kokema väkivalta Suomessa. Helsinki: Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan Kriminaalipolitiikan Instituutti (HEUNI).

<http://www.heuni.fi/en/index/publications/heunireports/reportseries66.tuhansieniskujenmaa-miestenkokemavakivaltasuomessa.html>.

Hinkkanen, V. 2013. Rikollisuuden kustannukset. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitoksen artikkeli III.B.2 Rikollisuuden kustannukset 409-416. Rikollisuustilanne 2013 liittyvä artikkeli. Viitattu 15.1.2015.

http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/rikollisuustilanne/rikollisuustilanne2007/2t31jCat/2_Rikollisuuden_kustannukset.pdf

- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Husso, M. 2013. Parisuhdeväkivalta. Lyötyjen aika ja tila. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Hyvinvoiva ja terve kunta. Tukiaineistoa kuntajohdolle. 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -käsikirja. 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.3.2015.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/ihmisiin_kohdistuvien_vaikutusten_arvioiti.
- Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen. 2011. Oikeusministeriö 2011. Selvityksiä ja ohjeita 41/2011. Viitattu 30.3.2015.
http://oikeusministerio.fi/fi/index/julkaisut/julkaisuarkisto/1360924389422/Files/O_MML_12_2013_lausun_toteivistelma_78_s.pdf
- Jokinen, A. 2000. Panssaroitu maskuliinisuus. Mies, väkivalta ja kulttuuri. Erillisteos. Tampereen yliopisto. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Juutilainen, M. 2012. Vähemmän väkivaltaa. Teoksessa Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V. & Nordling, E. (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. THL. Raportti 46/2012. Tampere: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy, 161-178.
- Kananen, J. 2010. Kvantitatiivinen tutkimus. Julkaisussa: Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111.
- Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (Koske). Viitattu 31.3.2015.
<http://koskeverkko.fi/hankkeet/>.
- Kivelä, S-L., Hartikainen, S. & Isoaho, R. 2001: läkkäiden pahoinpitely. Suomen lääkärilehti 7/2001, 775-779.
- Koskenlahti, J. 2014. Terveys, hyvinvointi ja väkivalta Keski-Suomen kunnissa. Tilastollinen selvitys. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 133/2014. www.ksshp.fi/julkaisusarja.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. 2002. World report on violence and health (2002). World Health Organization Geneva 2002. Tilastoliitteet englanninkielisessä raportissa 257-323.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/
- Kuusikkokunnat. 2014. Kuuden suurimman kaupungin lastensuojelun palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2013. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 2/2014. Viitattu 25.2.2015. <http://www.kuusikkokunnat.fi/?id=CE9D03AC-EACC4A78904A-036B60905F47>.
- L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 31.3.2015. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 8.4.1983/361. Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 31.3.2015. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 19.12.1889/39. Rikoslaki. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 31.3.2015. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.3.1995/365. Kuntalaki. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 31.3.2015. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 31.3.2015. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 13.4.2007/417. Lastensuojelulaki. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 31.3.2015. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 31.3.2015. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 31.3.2015. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2014/1354. Laki valtion varoista maksettavasta korvauksesta turvakotipalvelun tuottajalle. Valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 25.4.2015. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Lampainen, K. 2011. Grooming internetissä ja lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, sosiologia, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. [Http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201103011839](http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201103011839).

Lapsen oikeuksien sopimus. 1989. UNICEF. <https://www.unicef.fi/lapsen-oikeudet/mika-on-lapsen-oikeuksien-sopimus/>

Lastensuojelun laatusuositus. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:4. Helsinki 2014. Viitattu 15.01.2015. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1882736#fi>.

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J. & Kalliokoski, A-M. 2001. Slagen dam. Måns Våld mot kvinnor I jämställda Sverige – en omfångsundersökning. Uppsala Universitet. Brottsoffermyndigheten; Umeå.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn avainkouluttajakoulutus 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tapahtumat-verkkosivusto. Viitattu 4.5.2015. <https://tapahtumakalenteri.thl.fi/tapahtuma/1238944LÄHDE>.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa ja koordinaattorin tehtävänkuvamalli. 2013. Käytännön ohjeita lähisuhde- ja perheväkivallan strategiseen suunnitteluun ja ehdotuksia väkivallan ehkäisyn koordinaattorin toimenkuvamalliksi. Aluehallintovirasto, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.01.2015. http://www.thl.fi/attachments/kasvunkumppanit/yhdyshenkilon_tehtavakuva_v3.pdf.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. 2008. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja

johtamiseen. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Julkaisuja 2008:9. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 15.01.2015.

[Http://pre20090115.stm.fi/ka1210341082447/passthru.pdf](http://pre20090115.stm.fi/ka1210341082447/passthru.pdf).

Lähisuhde- ja perheväkivaltatyön ehkäisytyö Länsi- ja Sisä-Suomen alueen kunnissa. 2011. Seurantakysely. Huhtikuu 2011. Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto. Kirje LSSAVI/05.06.02/2012.

Lähisuhdeväkivalta. 2013. Oikeusministeriön rikosentorjuntaneuvoston verkkosivusto lähisuhdeväkivallasta. Julkaistu 18.2.2013. Viitattu 27.4.2015. <http://www.vakivalta.rikosentorjunta.fi/fi/index/vakivallanmuotoja/lahisuhdevakivalta.html>

Miller, M., Azrael, D. & Hemenway, D. 2002. Firearm availability and unintentional firearm deaths, suicide, and homicide among women. *Journal of Urban Health*. 2002; 79:26-38.

Mooney, J. 2000. *Gender, Violence and the Social Order*. Macmillan Press: London.

Mutanen, S., Kuusinen, A., Lumiaho, L., Lyytikäinen, A., Nykänen, E., Peränen, N., Pirttimäki, M., Vanhala, M., Ahonen, T. & Kettunen, T. 2015. Maakunnallinen sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelma. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Perusterveydenhuollon yksikkö. Julkaisematon asiakirja. Viitattu 9.4.2015.

Mäkeläinen, T., Husso, M., Mäntysaari, M., Notko, M. & Virkki, T. 2012. Tukitoimenpiteet lähisuhde väkivaltaa kokeneille naisille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Notko, M., Holma, J., Husso, M., Virkki, T., Laitila, A., Merikanto, J. & Mäntysaari, M. 2011. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2011;127:1599–1606.

Nyqvist, L. 2001. Väkivaltainen parisuhde, asiakkuus ja muutos. Prosessiarviointi parisuhdeväkivallasta ja turvakotien selviytymistä tukevasta työstä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 28. Turku.

Nykänen, S. 2004. Raisek. Raiskauksen ja/tai seksuaalisen väkivallan kohdanneen naisen hoidon kehittäminen Keski-Suomessa. Opinnäytetyö. Diakoniammattikorkeakoulu, Pieksämäen yksikkö. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Sairaanhoitaja (AMK), diakonissa.

Pekingin julistus ja toimintaohjelma. 1996. YK:n neljäs maailmankonferenssi naisten aseman edistämiseksi. Ulkoministeriön julkaisu 6; Helsinki.

Perttu, S. 1999a. Perhe- ja lähisuhdeväkivalta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kyselytutkimus ammattihenkilöiden toiminnasta ja työn kehittämistarpeista 1998. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu nro 19.

Perttu, S. 1999b. Perheväkivalta auttamistyössä. Opas ammattihenkilöstölle. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 21. Ikäväki-projekti. Helsinki 1999.

Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Sirén, R. 2006. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisu 225. Julkaistu

15.12.2006. Viitattu 31.3.2015.

<http://www.optula.om.fi/fi/index/julkaisut/tutkimuksia-sarja/naisiinkohdistunutvakivalta2005.html>.

Prevalence study of violence and abuse against older women, AVOW. 2011. Viitattu 30.3.2015. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/avow.

Puustinen-Korhonen, A. 2013. Lastensuojelun kuntakyselyn tulokset. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 19.5.2015.

http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2013/03/Documents/Lasten_suojeluraportti.pdf

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. Viitattu 15.1.2015.

<http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus>.

Robson, C. 1995. Real world research. A resource for social scientists and practionerresearchers. Oxford: Blackwell.

Salmi, V., Lehti, M., Sirén, R., Kivivuori, J. & Aaltonen, M. 2009. Perheväkivalta Suomessa. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Verkkokatsauksia 12/2009. Viitattu 30.3.2015.

<http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/nuKSiymu7/12.Perhev Suomesa.pdf>

Salokoski, T. & Mustonen, A. 2007. Median vaikutukset lapsiin ja nuoriin — katsaus tutkimuksiin sekä kansainvälisiin mediakasvatuksen ja -säätelyn käytäntöihin. Mediakasvatusseuran julkaisu 2 /2007. Viitattu 25.2.2015.

<Http://www.mediakasvatus.fi/publications/ISBN978-952-99964-2-1.pdf>.

Selvitys perhe- ja lapsensurmien taustoista vuosilta 2003-2012. Sisäministeriön julkaisu 35/2012. Viitattu 25.2.2015. <http://www.intermin.fi/julkaisu/352012>

Siltala, h., Holma, J. & Hallman-Keiskoski, M. 2014. Henkisen, fyysisen ja seksuaalisen lähisuhdeväkivallan vaikutukset psykososiaaliseen hyvinvointiin. Artikkel. Psykologia-lehti 49 (02) 2014, 113-120.

Sisäasiainministeriö. 2001. Poliisitoiminnan yhteydessä kohdattava väkivalta. Perheväkivaltaohjaustyöryhmän työryhmämuistio. Poliisiosaston julkaisu 6/2001.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012–2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1578410.

Ståhl, T. & Rimpelä, M. 2010. Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.). Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. THL. Helsinki: Yliopistopaino, 133-151.

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:19. Viitattu 15.12.2014. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1057615.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Verkkopalvelu. Päivitetty 17.2.2015. Viitattu 8.4.2015. [www.thl.fi/Lahisuhde- ja perhevakivallan-ehkaisytyo](http://www.thl.fi/Lahisuhde-ja-perhevakivallan-ehkaisytyo)

The Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. WHO. Maailman terveystieteiden WHO:n sivustolla. Viitattu 15.1.2015.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

The Protection of Women Against Violence. 2005. Recommendation Rec (2002) 5. Council of Europe. EU:n suositus naisiin kohdistuvan väkivallan lopettamiseksi. Viitattu 15.1.2015. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=280915>

Tilastokeskus. Asukasluku 2013-2014. Viitattu 15.12.2014.

http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2013/vaerak_2013_2014-03-21_tie_001_fi.html?ad=notify.

Tilastokeskuksen PX-Web Statfin tilastotietokanta. Rikokset kuukausittain 2009-2014 (ennakko). Viitattu 1.4.2015. Lapsensurmat 2014. Saantitapa:

http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=010_polrik_tau_107_fi&ti=1%2E+Rikokset+kuukausittain+2009%2D2014+%28ennakko%29&path=../Database/StatFin/oik/rpk/&lang=3&multilang=fi. Lapsensurmat 2009-2014. Saantitapa:

http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=010_polrik_tau_107_fi&ti=1%2E+Rikokset+kuukausittain+2009%2D2014+%28ennakko%29&path=../Database/StatFin/oik/rpk/&lang=3&multilang=fi.

Toimiva lastensuojelu. 2012. Selvitys kuntien perhetyön, lastensuojelun toimintatapojen sekä lastensuojelulain toimivuuden kehittämiseksi. Väiliraportti.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:28.

http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1845758.

Toljamo, T. 2011. Väkivaltatyön viranomaiskäytännöt lähisuhdeväkivallan uhrin kohtaamisessa. Pro gradu-tutkielma. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiaalityön koulutusohjelma. Viitattu 25.2.2015.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-2011541116>.

Tukia, H., Lehtinen, N., Saaristo, V. & Vuori, M. 2011. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Peruseräraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 55 /2013. Tampere: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 25.2.2015.

<http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/80419/f112d323-6e1f-4f99-8235-a63b67b7a894.pdf?sequence=1>.

Turvallisempi huominen. Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2012. Sisäasiainministeriön julkaisusarja 26/2012. Viitattu 20.2.2015.

http://www.intermin.fi/download/34893_262012_STO_III_fi.pdf.

Tähkäaho, N. 2012. "Ettei sitä vaan tehdä, että hauki on kala, hauki on kala." - Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi menetelmänä kunnallisen päätöksenteon tukemisessa. Kunta- ja aluejohtamisen pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, johtamiskorkeakoulu.

Uusitalo, M., Perttilä, K., Poikajärvi, K., Rimpelä, M. 2003. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) : Esitutkimusraportti. Aiheita 21/2003. Helsinki: Stakes. Viitattu 16.4.2015. [http://urn.fi/URN:NBN:fi-](http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193734)

[fe201204193734](http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193734).

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2001:4.

[Http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE6214.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE6214.pdf).

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa . Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Violence against women: an EU-wide survey. Results at a glance. 2014. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) survey.

<http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-results-glance>.

Väyrynen, R. & Jämsen, A. 2012. Väkivallan ehkäisytyö Itä-Suomessa. Selvitys lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön tilanteesta ja kehittämistarpeista. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 8.10.2012. Viitattu 15.12.2014.

[Http://www.isonet.fi/documents/10510/31325/V%C3%A4kivaltataraportti.pdf/1191f876-8ec3-4620-8d53-eb933405bb89](http://www.isonet.fi/documents/10510/31325/V%C3%A4kivaltataraportti.pdf/1191f876-8ec3-4620-8d53-eb933405bb89)

Webb, E., Shankleman, J., Evans, MR. & Brooks, R. 2001. The health of children in refuges for women victims of domestic violence: cross sectional descriptive survey. BMJ 2001; 323:210-3.

Wiitaunionin ja Kinnulan perhe- ja lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisyn toimenpideohjelma 2013-2017. 2013.

[Http://asha.wiitaunioni.fi/dweb/kokous/2013763-21-41656.PDF](http://asha.wiitaunioni.fi/dweb/kokous/2013763-21-41656.PDF).

Älä lyö lasta! 2010. Kansallisen lapsiin kohdistuvan kuritusväkivallan vähentämisen toimintaohjelma 2010-2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisu 2010:7. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 25.2.2015.

[Http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12720.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12720.pdf).

LIITTEET

Liite 1. Haastattelukysymysten laadinta

KUNTA	PÄIVÄMÄÄRÄ
Vastaajan nimi	
tehtävä organisaatiossa	
puh	
sähköposti	

KYSYMYKSET	2012	2013
0. Kunnan perustiedot	asukasluku	
1. Terveystiedon edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen	Vastuu, johtaminen ja työnjako	
	Onko lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyö on sisällytetty kunnan hyvinvointistrategiaan ja turvallisuussuunnitteluun sekä sosiaali- ja terveydenhuollon laajan väestöpohjan organisaatioiden toimintasuunnitelmiin?	
	1.1 Onko kunnassa tai seutukunnalla tehty lähisuhdeväkivallan ehkäisyn suunnitelma?	
	1.2 Mitkä ovat kunnan lähisuhdeväkivallan ehkäisyn tavoitteet lähivuosina?	
	1.3 Kuka vastaa väkivaltapalvelujen kehittämisestä kunnassa?	
	1.4 Onko kunnassa väkivaltayön	

yhdyshenkilö/koordinaattori?
 1.5 Onko uusi väkivallan ehkäisyn koordinaattorin toimenkuvamalli 2013 käsitelty?
 1.6 Onko kunnassa/seutukunnan kanssa yhteinen työryhmä, jossa päätetään suunnitellaan lähisuhdeväkivallan ehkäisyn toimenpiteistä ja suunnitelmasta?
 - monialainen ja moniammatillinen väkivaltatyöryhmä/yhteistyöryhmä
 - hyvinvointityöryhmä
 - turvallisuustyöryhmä
 - muu, mikä
 - ei ole
 - ei tietoa

2. Terveyttä edistävät elinympäristöt, yhteistyö ja osallistuminen

Miten kunnassa eri hallinnonaloilla toteutetaan tiedottamis- ja vaikuttamistoimintaa lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi ja siitä aiheutuvien ongelmien vähentämiseksi?
 Kunnan tulisi kaikessa toiminnassa korostaa väkivallattoman toimintatavan merkitystä.
 2.1 Miten väkivaltapalveluista tiedotetaan kunnassa? - sisäinen tiedotus/ kuntalaisille?
 2.2 Otetaanko kunnan asukkaat mukaan väkivaltaa koskevaan päätöksentekoon?

3. Terveystiedon edistämisen osaaminen

Miten lähisuhde- ja perheväkivalta on vaikuttanut kunnan asukkaiden terveyteen ja hyvinvointiin?
 3.1 Mitkä lait ja suositukset määrittelevät kunnan lvv ehkäisytyötä?
 3.2 Mitä tietoa on väkivallan yleisyydestä kunnassa?
 Tilastoja, palveluselvityksiä, seurantatietoa.
 3.3 Mitä tietoa lähisuhdeväkivallan vaikutuksista kunnan asukkaiden terveyteen ja hyvinvointiin on olemassa?
 3.4 Kuinka suuri osa henkilöstöstä on saanut koulutusta väkivallasta

	viimeisen 5 vuoden aikana? 3.5 Onko suunniteltu henkilökunnan koulutusprosessia tulevaisuuteen?	
4. Terveyttä edistävät peruspalvelut	<p>Millaisia palveluja kunnan asukkaat saavat, joissa tuetaan, ennaltaehkäistään lähisuhdeväkivaltaa ja tuetaan väkivallattomuutta, varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen palveluja sekä pitkäkestoisia tukipalveluja?</p> <p>Lähisuhde- ja perheväkivaltaa ehkäisevät ja vähentävät käytännöt kunnassa? Millaisia toimintamalleja kunnassa on puuttua väkivaltaan? -toimintamalleja -hoito- ja – palveluketju -yhteistyörakenteita -uudet käytännöt? - tilastointi - dokumentointi haasteita?</p>	<p>4.1 Ennalta ehkäisevät palvelut 4.2 Väkivallan uhrien palvelut: Akuutti apu, Pitkäkestoinen tuki ja terapia, turvakotipalvelu 4.3 Väkivaltaa kokevien lasten ja nuorten palvelut 4.4 Väkivaltaa kokevien vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten palvelut 4.5 Väkivaltaa käyttävien henkilöiden palveluja 4.6 Läheisten palveluja 4.6 Kolmannen sektorin palveluja 4.7 Seurakunnan palveluja</p>
5. Terveystiedon edistämisen seuranta ja arviointi	<p>Onko kunnassa tehty Lähisuhdeväkivallan ehkäisyn suunnitelma tai toimenpidesuunnitelma? Mitkä ovat kunnan lähisuhdeväkivallan ehkäisyn tavoitteet lähivuosina ja seurantaindikaattorit? Seurataanko kunnassa maakunnan tai valtakunnallisia tilastoja? Käytetäänkö IVAa? Paikallisen tason terveyden edistämisen osoittimet?</p>	<p>samoja kuin 1. Seurantaindikaattoreista osan tulee olla alueellisesti ja valtakunnallisesti vertailukelpoisia. Mitä tilastoja päätöksenteon pohjana käytetään? terveysseuranta ja tarveanalyysi? Millaisia palveluselvityksiä kunnassa on tehty? Seurataanko kunnassa maakunnan tai valtakunnallisia tilastoja?</p>
6. Tarkentavia kysymyksiä ja tulevaisuus	<p>Millaista tukea kunta tarvitsee kehittääkseen väkivaltapalvelujaan ja vähentääkseen lähisuhdeväkivaltaa alueellaan ja siitä koituvia ongelmia?</p>	

6.1 Millaista tukea tarvitaan johtamisessa ja kehittämisessä?

- maakuntaa/seutukuntia yhdistäviä yhteistyörakenteita
- eri viranomaisia yhdistäviä yhteistyörakenteita
- tilastollista vertailua maakunta/koko Suomi
- hyvien käytäntöjen levittämistä
- koulutusta
- osaamiskeskus maakuntaan

6.2 Millaisia heikkoja signaaleja on havaittavissa? Minne ruoria tulisi kääntää?

6.3 Miten arvelette, että palvelurakenteen uudistus (sote-uudistus ja kuntauudistus) vaikuttavat väkivaltapalvelujen kehittämiseen?

Olisiko joku muu voinut vastata tähän kyselyyn?

Tarvitseeko kysyä lisätietoja myöhemmin?

Liite 2. Haastattelulomake

Kuntakysely

Kunnan perustiedot

1. Kunta

2. Asukasmäärä

3. Vastajan nimi

4. Vastajan asema

5. Päivämäärä

6. Onko kunnassa tai seutukunnalla tehty Lähisuhdeväkivallan ehkäisyn suunnitelma?

- Kyllä
 Ei
 EOS

7. Mitkä ovat kunnan lähisuhdeväkivallan ehkäisyn tavoitteet lähivuosina?

8. Kuka vastaa väkivaltapalvelujen kehittämisestä kunnassa?

9. Onko kunnassa väkivaltatyön yhdyshenkilö/koordinaattori?

- Kyllä
 Ei
 EOS

10. Onko uusi lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn koordinaattorin toimenkuvamalli 2013 käsitelty kunnassa?

- Kyllä
 Ei
 EOS

11. Onko kunnassa/seutukunnan kanssa yhteinen työryhmä, jossa päätetään suunnitellaan lähisuhdeväkivallan ehkäisyn toimenpiteistä ja suunnitelmista?

- Monialainen ja moniammatillinen väkivaltatyöryhmä/yhteistyöryhmä
- Hyvinvointiryhmä
- Turvallisuuksiryhmä
- Muu, mikä?
- Ei ole
- EOS

12. Miten väkivaltapalveluista tiedotetaan kunnassa?

- Tiedotus, kaikille väestöosille (ei suomea puhuvat, aistivammaiset)
- Kampanjat, kuntaillat
- Kunnan palvelusivulla
- Erillinen palvelutiedote
- Muuten, miten?
- Ei tiedoteta
- En osaa sanoa

13. Otaanko kunnan asukkaat mukaan väkivaltaa koskevaan päätöksentekoon? Esim. asiakasraadit ja kyselyt.

- Kyllä
- Ei
- EOS

14. Mitä tietoa on väkivallan yleisyydestä kunnassa?

15. Mitä tietoa lähisuhdeväkivallan vaikutuksista kunnan asukkaiden terveyteen ja hyvinvointiin on olemassa?

16. Kuinka suuri osa henkilöstöstä on saanut koulutusta väkivallasta viimeisen 5 vuoden aikana?

17. Onko suunniteltu henkilökunnan koulutusprosessia tulevaisuuteen?

- Kyllä
- Ei
- EOS

18. Onko kunnassa seuraavia palveluja?

- Ennalta ehkäisevät palvelut
- Väkivallan uhrien palvelut
- Akuutti apu
- Pitkäkestoinen tuki ja terapia
- Turvakotipalvelut
- Väkivaltaa kokevien lasten ja nuorten palvelut

- Väkiälyä kokevien vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten palvelut
- Väkiälyä käyttävien henkilöiden palveluja
- Läheisten palveluja
- Kolmannen sektorin palveluja
- Seurakuntien palveluja
- Muuta, mitä?

19. Käytetäänkö IVAa lähisuhteiväkiälypalveluja koskevassa päätöksenteossa?

- Kyllä
- Ei
- EOS

20. Millaista tukea tarvitaan johtamisessa ja väkiälypalvelujen kehittämisessä?

- Maakuntaa/seutukuntia yhdistäviä yhteistyörakenteita
- Eri viranomaisia yhdistäviä yhteistyörakenteita
- Tilastollista vertailua maakunta/koko Suomi
- Hyvien käytäntöjen levittämistä
- Koulutusta
- Osaamiskeskus maakuntaan
- Muu, mikä?

21. Millaisia heikkoja signaaleja on havaittavissa? Minne ruoria tulisi kääntää?

22. Miten arvellette, että palvelurakenteen muutos (sote-uudistus ja kuntauudistus) vaikuttavat väkiälypalvelujen kehittämiseen?

23. Olisiko joku muu voinut vastata tähän kyselyyn?

- Kyllä, kuka?
- Ei
- EOS

24. Tarvitseeko kysyä lisätietoja myöhemmin?

- Kyllä
- Ei