

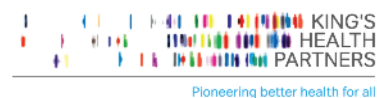


LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



Perheväkivaltaan puuttuminen terveydenhuollossa:

Lupaavia interventiomalleja äitiys- ja perusterveydenhuollossa Euroopassa





Mitä tiedetään jo nyt?

Perheväkivalta naisia kohtaan on yleistä ja piilossa olevaa ja sillä on merkittäviä vaikutuksia terveyteen ja henkilön voimavaroihin. Äitiys- ja perusterveydenhuollon palvelujen tiedetään olevan otollisia paikkoja interventioille, joilla voidaan nostaa tietoisuutta ongelmasta, kouluttaa terveydenhuollon ammattilaisia, tunnistaa väkivallan uhreiksi joutuneita potilaita ja määrittää hoitopolkuja.

Kansainvälisesti yhä lisääntyvässä määrin kehitetään ja arvioidaan perheväkivallan interventioita terveydenhuollossa. Ne ovat monimutkaisia ja niihin liittyy usein monitasoisia muutoksia sekä kumppanuuksia periaatteiltaan, valtarakenteiltaan ja toimintatavoiltaan hyvin erilaisten organisaatioiden kesken. Interventioiden olosuhteet vaihtelevat huomattavasti kunkin maan lainsäädännöllisten puitteiden ja poliittisten ohjelmien, terveydenhuollon järjestelyjen ja toteutuksen, vertaistukiliikkeiden olemassaolon ja tehon, yhteisöressurssien ja erikoistuneiden perheväkivaltajärjestöjen sekä luontaisten kulttuurierojen osalta.

Missä ovat aukkopaidat?

Interventioiden toteutuksesta on niukasti kirjallisuutta ja vain harvoissa tutkimuksissa selvitetään taustalla olevia ohjelmateorioita.

Päätäjien, rahoittajien ja terveydenhuollosta päättävien täytyy ymmärtää paitsi toimiiko interventio, myös milloin, miksi ja miten se toimii. Olosuhteiden ominaisuudet voivat auttaa selittämään interventioiden onnistuminen tai epäonnistuminen.

Daphne-projekti

Tässä tutkimuksessa hyödynnetään tuloksia monista lupaavista interventiomalleista seitsemässä Euroopan maassa: Iso-Britanniassa, Suomessa, Alankomaissa, Espanjassa, Saksassa, Belgiassa ja Serbiassa. Keskeiset havainnot perustuvat: 82 kartoitukseen, jotka liittyvät 81 interventioon näissä maissa ja kattavat laajoja maantieteellisiä alueita, useita klinikoita ja terveydenhuollon aloja, tapaustutkimuksiin, jotka käsittävät 37:n interventioihin osallistuneen keskeisen henkilön haastatteluja kuudessa maassa sekä kaksipäiväiseen seminaariin kaikkien hankkeeseen osallistuneiden kumppanimaiden kanssa.

Interventiomallien esimerkkejä Euroopassa



Iso-Britannia

MOZAIC Women's Well Being Project on Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Hospital Trustin äitiys- ja seksuaaliterveyspalvelujen sekä kaakkoisloistolaisen 170 Community Project -kansalaisjärjestön välinen kumppanuus. Projekti hyödyntää ”saavutettavuus” -lähestymistapaa, jossa sairaalan itsenäiset perheväkivaltatutkijat (IDVA:t) antavat suoraan tukea naisille, koulutusta terveydenhuollon ammattilaisille ja poliittisen tason tukea paikallisen yhteisön ja sairaalan välisen yhteyden lujittamiseksi.



Suomi

Osana sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa valtakunnallista aloitetta äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat saivat perheväkivaltakoulutusta, johon sisältyi perheväkivaltaa koskeva rutiinitiedustelu käyttämällä seulontalomaketta. Hoitopolut sisältävät jatkohoitoon ohjauksen muille terveydenhuollon ammattilaisille terveyskeskuksissa (esim. psykologeille, sosiaalityöntekijöille ja yleislääkäreille) sekä kunnassa tai laajemmalla alueella toimiville perheväkivallan ehkäisyyn erikoistuneille organisaatioille. Ohjeita äitiys- ja lastenneuvoloiden työntekijöille on julkaistu vuodesta 2004, ja viimeisin versio julkaistiin vuonna 2011. Etelä-Suomen aluehallintovirasto on kehittänyt pahoinpitely- ja kehokarttalomakkeen (PAKE-lomake). PAKE -lomakkeeseen liittyy ohjeistuksia mm. vammojen valokuvaamisesta sekä ohjeita hyvistä käytännöistä poliisille ja ambulanssissa työskenteleville ammattilaisille. Lomaketta käytetään väkivallan uhrin saamien vammojen arvioimiseksi terveyskeskuksissa ja sairaaloissa.



Alankomaat

MeMoSA (Mentor Mothers) perustuu yleislääkärien vastaanotto toimintaan Rotterdamissa ja Nijmegenissä. Yleislääkärit saavat perheväkivaltakoulutusta vakiintuneen koulutusrenkaan kautta. Lisäksi hyödynnetään saavutettavuuden lähestymistapaa, jossa perheväkivallan kohteeksi joutuneita naisia ohjataan ”ohjaaville äideille” eli puoliksi vapaaehtoisille työntekijöille, jotka on koulutettu tukemaan kotona asuvien alaikäisten lasten äitejä. Tämä varhainen vaihe eli aikarajoitteinen interventio keskittyy neljään alueeseen: väkivallan vähentämiseen, väkivallan todistajiksi joutuviin lapsiin, masennukseen liittyvien vaikeiden hallintaan sekä naisten sosiaalisten verkostojen parantamiseen ja eristäytyneisyyden vähentämiseen. Nijmegenissä ohjaajat saavat koulutusta ja viikoittaista valmennusta HERA -organisaatiolta, joka on maakunnan suurin erikoistunut perheväkivaltajärjestö ja jolla on myös turvakotiverkosto.



Espanja

Espanjan yhtenäisen lain 1/2004 (Organic Law 1/2004) mukaan kaikkien 17 itsehallintoalueen hallinnon täytyy puuttua sukupuoleen perustuvaan väkivaltaan terveydenhuoltojärjestelmässä. Kastilian ja Leónin itsehallintoalueella yleinen protokolla terveydenhuollon puuttumiselle sukupuoleen perustuvaan väkivaltaan on toteutettu käyttämällä ylhäältä alas- ja alhaalta ylös -lähestymistapaa. Perusterveydenhuollon ja sairaaloiden johtoryhmille tiedotettiin ensin laista ja sen vaatimuksista heidän. Monitieteellinen 35 ammattilaisen koulutustiimi koulutettiin porrastamaan koulutus, joka kohdistui ensin perusterveydenhuollon tiimeihin, hätäpalveluihin, synnytyspalveluihin ja vastaanottohenkilökuntaan. Terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät vakiintuneita verkostojaan sosiaalityöntekijöiden, poliisin, turvakotien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa perheväkivallan uhreiksi joutuneiden naisten auttamiseksi. Itsehallintoalueiden täytyy lisäksi kirjata julki tulleet perheväkivaltatapaukset sekä muita tietoja terveydenhuollon tietojärjestelmään. Tiedot toimitetaan terveys- ja sosiaalipoliittikan ministeriöön, ja niiden pohjalta julkaistaan vuosittain sukupuoleen perustuvan väkivallan epidemiologinen seuranta ja intervention seuranta.



Saksa

Tämä Daphne -hanke keskittyi yhteen monista perheväkivaltaan puuttuvista aloitteista perusterveydenhuollossa Saksassa, kansalliseen MIGG -pilottiprojektiin (Medizinische Intervention gegen Gewalt/Medical Intervention against Violence, 2008–2011). Saksan perhe-, vanhus-, nais- ja nuorisoasiain ministeriön rahoittama MIGG on ensimmäinen järjestelmällinen projekti perusterveydenhuollossa perheväkivallasta kärsivien potilaiden terveydenhuollon parantamiseksi. Sitä kehitettiin ja arvioitiin viidessä kaupungissa. MIGG-projektin kumppaneita ovat Düsseldorfin yliopiston oikeuslääketieteen laitos sekä SIGNAL e.V. ja Gesine (interventioverkosto perheväkivaltaa vastaan). Sekä SIGNAL että Gesine ovat kansalaisjärjestöjä, jotka toimivat läheisessä yhteistyössä perusterveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Ne tarjoavat perheväkivaltaan liittyvän interventio-ohjelman sekä perheväkivaltaan liittyvää koulutusta ja kehittävät tukimateriaaleja, kuten julisteita ja lehtisiä sekä lomakkeita väkivallan kirjaamiseen. Koulutuksen vaikutusta vahvistetaan koulutuksen jälkeisillä tukitoimilla, joita ovat moniammatittiset kokoukset, vuotuiset konferenssit, yleislääkäreiden laatufoorit sekä kahdesti vuodessa pidettävät ”kouluttajien koulutus” -kokoukset. Ne toimivat foorumina hyvien käytäntöjen ja tutkimustulosten vaihdolle, tapauskeskustelulle ja lisäkoulutukselle. Huomio-Tunnistaminen-Toiminta (Hinsehen-Erkennen-Handeln/Attention-Recognition-Action) on Dresdenin yliopistollisen sairaalan psykoterapian ja psykosomaatiikan laitoksen perheväkivaltaan liittyvä koulutusinterventio. Koulutusta annetaan sairaalan henkilökunnalle ja perusterveydenhuollon ammattilaisille. Jatkohuoltoon ohjauksen polut käsittävät muita terveydenhuollon ammattilaisia ja perheväkivaltaan liittyviä organisaatioita.



Belgia, Flanderi

Belgiassa on useita innovatiivisia aloitteita. Flaamilaisen yleislääkärien ammatillinen järjestö Domus Medica antaa perheväkivaltaan liittyvää perustason ja vaativan tason koulutusta yleislääkäreille terveys- ja ravintoketjutarvillisuuden ministeriön rahoittamana. Se antaa koulutusta CAW -keskusten eli yleisen hyvinvoinnin keskusten sosiaalityöntekijöiden kanssa. CAW -keskukset toimivat ensivaiheen sosiaalihuoltona, ja Flanderin sosiaaliministeriön aloitteen mukaisesti 26: sta CAW -keskuksesta 13 sai rahoitusta perheväkivaltaan liittyvän ohjelman ja koulutuksen kehittämiseen. Interventio edistää ohjaamista sosiaalihuoltoon, mutta se käsittää myös moniammatillisen verkoston luomista yleislääkäreille. Lapsi- ja perhepalvelu (Kind en Gezin) antaa perheväkivaltaan liittyvää koulutusta perusterveydenhuollon ammattilaisille, jotka työskentelevät 3-vuotiaiden ja sitä nuorempien lasten parissa. MOM (”Difficult Moments and Feelings”/”vaikeat hetket ja tunteet”) on satunnaistettu ja valvottu kokeilu, jossa verrataan perheväkivallan uhreiksi joutuneiden raskaana olevien naisten lähetetietoja ja norminmukaista hoitoa. Tutkimusta tehdään eri paikoissa Flanderissa, ja sitä koordinoi Ghentin yliopistollinen sairaala.



Serbia

Centar Za Promociju Zdravlja Žena eli naisten terveyden edistämiskeskus (CPZZ) on vuonna 1993 perustettu kansalaisjärjestö, joka käsittelee sukupuoleen perustuvan väkivallan vaikutuksia terveyteen. CPZZ suunnittelee ja järjestää perheväkivaltaan liittyvää perustason ja vaativan tason koulutusohjelmia terveydenhuollon ammattilaisille sekä valtiollisille ja kansalaisjärjestöille. Lisäksi se tekee paikallista ja kansainvälistä tutkimusta, tuottaa terveysinformaatiota ja järjestää erilaisia neuvonta- ja tukipalveluja väkivaltaa kokeneille. CPZZ oli yksi sukupuoleen perustuvan väkivallan naispuolisten uhrien suojelemista koskevan kansallisen säännösten laatijoista. Vuonna 2008 se kehitti ainoan olemassa olevan terveydenhuollon alalle suunnatun oppaan sukupuoleen perustuvan väkivallan naispuolisten uhrien tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Vuonna 2011 CPZZ kehitti terveydenhuollon ammattilaisille tietokoneohjelmistopakettin perheväkivallan ja sen terveysvaikutusten kirjaamiseksi sekä interventio toimien tarkkan seurannan helpottamiseksi. Pilottitestauksen jälkeen järjestelmästä tulee osa elektronista lääketieteellistä tietojärjestelmää.

Keskeiset havainnot siitä, mikä toimii hyvin

Omistautunut johtajuus ja kasvu alhaalta ylös ovat keskeisiä ”perheväkivallasta tietoisien” järjestelmän luomiseksi ja ylläpitämiseksi. Omistautuneet kokeneet klinikot tekevät kollegansa tietoiseksi roolistaan perheväkivallan uhrien havaitsemisessa ja tukemisessa ja voivat kyseenalaistaa organisaation sisällä ilmenevää vastustusta. Heillä on myös tärkeä verkostoitumistehtävä paikallisten organisaatioiden kanssa, useiden virastojen foorumeilla ja intervention vastuun ja kestävyden edistämiseksi sen kehittyessä.

Johtotehtävät: Rahoitettuja ja/tai muodollisesti tunnustettuja johtotehtäviä raportoitiin joissain tapaustutkimuksissa. Iso-Britanniassa MOZAIC Women’s Well Being Projectissa Hospital Trust on nimennyt johtajan perheväkivallan ja aikuisten suojelemisen alueelle. Belgiassa CAW-keskukset saivat viranomaisrahoitusta perheväkivaltaan liittyvän johtavan sosiaalityöntekijän tehtävän kehittämiseksi. Saksassa osana SIGNAL-interventiota Charité-sairaalan ammattilaiset muodostivat perheväkivaltaan erikoistuneen työryhmän sairaanhoidon johtajan tuella. Epämuodollisista klinikan johtajista ja vertaistuesta raportoitiin Alankomaiden (yleislääkärit) ja Suomen (terveydenhoitajat ja äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan johtajat) tapaustutkimuksissa. Serbiassa järjestettiin pyöreän pöydän keskusteluja terveyskeskusten johtotiimien kanssa, jotta saavutettiin niiden yhteistyö sukupuoleen perustuvan väkivallan naispuolisten uhrien suojelemisen erityissäännösten toteuttamisessa.

Säännöllinen koulutus ja palautemekanismit auttavat luomaan jatkuvan oppimisen kulttuurin. Ensikoulutuksen jälkeen terveydenhuollon ammattilaisten täytyy harjoitella taitojaan sekä antaa ja saada palautetta kokemuksistaan perheväkivallan naispuolisten uhrien tukemisessa. Kaikissa maissa koulutuksen jälkeinen vahvistaminen ja tuki oli tärkeä teema.

Palaute ja oppiminen: Terveydenhuollon ammattilaisilla on virallinen kumppanuus ja suora jatkohoidon ohjauspolku neuvontapalveluihin ja ohjaaville äideille, jotka antavat palautetta yksittäistapauksissa (Iso-Britannia/MOZAIC sekä Alankomaat/MeMoSA). MOZAIC -tukijoilla on lisäksi rajoitettu käyttöoikeus naisten elektronisiin äitiyslomakkeistoon ja he voivat ilmoittaa kätilöille ja lääkäreille, että kyseinen nainen saa apua projektin kautta

ja että hänen kotiin palaamisensa äitiys- tai synnytysosastolta ei välttämättä ole turvallista. MOZAIC -kouluttaja hyödyntää arviointitietoja ja parhaan menettelytavan keräämistä koulutusistunnoissa. Belgiassa (Domus Medica ja CAW) on ns. intervisioryhmiä ja Saksassa (SIGNAL e.V. ja Gesine) terveydenhuollon ammattilaisia kutsutaan tapaamaan toisiaan ja paikallisten organisaatioiden edustajia vuosittaisissa konferensseissa ja laatuviireissä. Niiden avulla jaetaan tutkimuksia sekä kokemuksia monimutkaisten tapausten käsittelemisestä ja luodaan yhteyksiä yhteisön organisaatioihin ja saadaan lisäkoulutusta. Espanjassa ja Belgiassa kouluttajien verkostot saavat rahoitusta paikallisilta tai valtiolisilta elimiltä, minkä avulla terveydenhuollon ammattilaiset voivat jakaa työkaluja ja koulutusresursseja. Ne on koordinoitu valtion tasolla koulutuksen ja arvioinnin laadusta sopimisen takia.

Kannustejärjestelmiä ja joustavan koulutuksen ohjelmia tarvitaan motivoimaan terveydenhuollon ammattilaisia osallistumaan koulutukseen erityisesti silloin, kun terveydenhuollon ammattilaisilla on oma yksityinen vastaanotto toiminta ja/tai he saavat palkkion palvelukohtaisesti.

Koulutuksen määrääminen/motivointi: Belgiassa ja Saksassa, joissa yleislääkärit yleisesti työskentelevät omilla yksityisillä vastaanottoillaan, koulutusta annetaan työajan ulkopuolella iltaisin ja viikonloppuisin. Alankomaissa yleislääkärit siirtyvät suuressa määrin yhden lääkärin vastaanotoista ryhmävastaanottoihin. Yleislääkärit tarvitsevat 40 jatkuvan lääketieteellisen koulutuksen pistettä vuosittain säilyttääkseen rekisteröitymisensä, ja he voivat kerätä pisteitä perheväkivaltakoulutuksen kautta. Serbiassa perusterveydenhuollon työntekijöiltä vaaditaan vuosittain 24 pistettä toimilupansa säilyttämiseksi ja he saavat kuusi pistettä perheväkivaltakoulutuksesta. Espanjassa terveydenhuollon ammattilaiset, jotka haluavat osallistua ”kouluttajan koulutus” -kursseille saavat vapaata työstään ja heidän kuluksensa maksetaan. Iso-Britanniassa kätilöiden täytyy suorittaa tietty määrä opiskelupäiviä joka vuosi rekisteröitymisensä säilyttämiseksi. MOZAIC – interventiossa perheväkivaltakoulutus on tarjolla yhtenä opiskelupäivänä.

Terveydenhuollon ammattilaisia sisältävän paikallisen kouluttajarenkain luominen on yksi tapa varmistaa intervention kestävyys. Kursseja täytyy kuitenkin järjestää säännöllisesti, jotta kouluttajia on jatkuvasti riittävä määrä.

Ylläpitokoulutus: Belgiassa Domus Medica järjestää kokouksia yleislääkäreille ja CAW -sosiaalityöntekijöille, jotka ovat osallistuneet ”kouluttajan koulutus” -kursseille. Saksassa SIGNAL e.V:llä on rahoitus järjestää vuotuisia kokouksia ”kouluttajan koulutus” -renkaalleen. Alankomaissa MeMoSA-interventio Nijmegenissä on luonut koulutusrenkaan koulutuksen jatkuvuuden varmistamiseksi. Espanjassa Kastilian ja Leónin itsehallintoalueella



monitieteellinen 35 ammattilaisen koulutustiimi antoi koulutusta terveydenhuollon ammattilaisille. Kartoitustutkimuksessa kuvatussa 81 interventioista 37:ssä raportoitiin ”kouluttajan koulutus” -komponentista.

Selkeiden lähetepolkujen ja useiden toimijoiden työn kehittäminen ovat tarpeellinen vaihe missä tahansa perheväkivaltainterventiossa. Terveydenhuollon ammattilaisten täytyy tietää kuinka henkilöitä ohjataan perheväkivallan uhreiksi joutuneiden naisten ja lasten auttamiseksi toimivien järjestöjen palveluihin. Interventioita täytyy kehittää usean toimijan yhteistyössä, jotta saadaan aikaan yksimielisyys esimerkiksi tehtävistä ja vastuista, tiedonjaosta, luottamuksellisuudesta ja korkean riskin tapausten käsittelemisestä.

Turvalliset jatkohoitopolut: Esimerkiksi Iso-Britanniassa Saksassa usean toimijan työ on vakiintunutta ja virallista. Usean toimijan riskienarviointikonferensseista korkean riskin tapausten käsittelemiseksi raportoitiin kuitenkin ainoastaan Iso-Britannian tapaustutkimuksessa ja tutkimuksissa. Iso-Britanniassa (MOZAIC), Alankomaissa (MeMoSA) ja Belgiassa (Domus Medica / CAW) neuvontapalvelut, ohjaavat äidit ja CAW -sosiaalityöntekijät toimivat linkkinä yhteistyöhön yhteisön eri organisaatioiden kesken. Hoitopolut ovat yhä harmonisoidumpia eri sektorien välillä. Espanjassa, Suomessa ja joissain Saksan interventioissa terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät läheisesti keskenään ja yhteisön organisaatioiden kanssa naisten tukemiseksi.

Uhrien osallistumisen ja vastuun pitäisi olla osa intervention alustavaa kehittämistä ja jatkua intervention edetessä. Vaikka tämä ei ollut yleistä, joitain esimerkkejä hyvästä toimintatavasta esiintyi tapaustutkimuksissa.

Uhrien kuunteleminen: Iso-Britanniassa uhrien ryhmä nimeltä MOZAIC VOICES perustettiin alahuoneessa vuonna 2011. Puheenjohtaja ja jäsenet koostuvat pelkästään nykyisistä ja entisistä asiakkaista. Rekisteröityneenä hyväntekeväisyysjärjestönä ryhmä osallistuu varojenkeruuseen ja tiedottamiseen ja siltä kysytään neuvoa päätöksissä, jotka liittyvät palvelu- ja tutkimussuunnitelmiin. Alankomaissa kaikille MeMoSAan ohjatuille naisille pidetään lähtöhaastattelu, jonka avulla saadaan palautetta interventioista. Tämän Daphne -hankkeen päätösseminaarin osallistujat painottivat interventioiden räätälöimisen tarvetta naisten tarpeiden mukaan.

Intervention toteutusprosessin kirjaaminen muodollisen arvioinnin kautta on tarpeen, jotta voidaan ymmärtää olosuhteisiin liittyvien tekijöiden vaikutus sekä havaita hyvin toimivia käytäntöjä, ilmeneviä ongelmia, testattuja ratkaisuja ja malliin tehtyjä muutoksia. Mekanismi näiden näyttöjen palauttamiseksi terveydenhuollon ammattilaisille on välttämätön. Myös **vaikutusten arviointia** tarvitaan osoittamaan intervention hyödyt ja mahdolliset haitat. Tulosten pitäisi heijastaa taustalla olevaa ohjelmateoriaa, sillä varhaisen vaiheen interventioilla voi olla laadullisesti erilaiset tulokset kuin interventioilla, joihin sisältyy voimakasta ja jatkuvaa tukea ja riskienarviointia. Ilman arviointia ja tarkkailua on erittäin vaikeaa vakuuttaa rahoittajia sijoittamaan interventioon.

Arviointi ja tarkkailu: Vain hieman alle puolessa kartoitustutkimusten 81 interventioista raportoitiin muodollisen tutkimuksen tai tarkan seurannan sisällyttämisestä interventioon. Kaikkiin tapaustutkimuksen interventioihin sisältyi tutkimuskomponentti.



Yleisiä haasteita

Tapaustutkimuksen interventioiden vaihtelevista konteksteista huolimatta kaikki osallistujat kuvasivat samankaltaisia jatkuvia haasteita, kuten: vaikeudet terveydenhuollon ammattilaisten motivoimisessa osallistumaan koulutukseen erityisesti silloin, kun yleislääkärit toimivat itsenäisesti omilla vastaanotoillaan ja/tai saavat palkkion palvelukohtaisesti; terveydenhuollon rahoitettujen ja tuettujen johtotehtävien puute – nämä johtotehtävät ovat erittäin tärkeitä intervention toteutuksessa ja ylläpitämisessä; koordinoitujen ja rahoitettujen usean toimijan työryhmien tarve; koulutus- ja vahvistustoimien rahoituksen puute; tutkimuksen ja arvioinnin rahoituksen puute sekä joidenkin terveydenhuollon ammattilaisten vastentahtoisuus havaita ja tunnistaa perheväkivaltaa.

Parhaiden käytäntöjen suosituksia

- Kliinisiä johtotehtäviä tarvitaan kaikissa vaiheissa muutoksen käynnistämisestä ja organisaatioiden tuen saamisesta intervention ylläpitämiseen. Tämä pitäisi virallistaa heidän tehtäviensä ja vastuidensa kuvaamisen avulla ja sitä pitäisi tukea terveysjohtamisella ja rahoittaa jatkuvasti intervention näivettymisen välttämiseksi.
- Perheväkivaltakoulutuksen pitäisi olla osa kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja jatko-opintoja ja jatkuvaa ammatillista kehitystä. Koulutusta pitää antaa jatkuvasti, jotta kaikki uudet terveydenhuollon ammattilaiset ovat mukana.
- Vahvistuskoulutusta, palautemekanismeja ja tukea terveydenhuollon ammattilaisille tarvitaan, jotta voidaan ylläpitää kulttuuria, jossa perheväkivalta tiedostetaan ja jotta voidaan tukea kestäviä muutoksia käytännössä.
- Erilaisia kannustejärjestelmiä tarvitaan motivoimaan terveydenhuollon ammattilaisia osallistumaan koulutukseen, kuten akkreditointi, pisteiden saaminen toimilupaan, kulujen korvaus sekä koulutuksen tarjoaminen työaikana tai sen ulkopuolella tarpeiden mukaan.
- Käytännön taitojen ja kommunikaatiotaitojen koulutusta perheväkivallan havaitsemisessa pitäisi jatkaa ensimmäisen koulutuksen jälkeen. Terveydenhuollon ammattilaisten täytyy harjoitella taitojaan todellisissa käytännön tilanteissa ja saada palautetta ja tukea.
- On annettava rahoitusta kansalaisjärjestöille, jotka ottavat johtavan aseman koulutusohjelmien suunnittelussa ja toteuttamisessa, koulutuksen jälkeisen tuen koordinoimisessa ja suoran tuen antamisessa naisille.
- Tilaisuuksia usean toimijan kumppanuuksien kehittämiseksi voidaan saavuttaa ottamalla organisaatioita mukaan terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen ja siten kaikki osalliset voivat saada tietoa ja ymmärrystä toistensa tehtävistä perheväkivallasta kärsivien perheiden tukemisessa.
- Interventioita pitäisi räätälöidä naisten yksittäisten tarpeiden mukaan. Jotkut naiset tarvitsevat tehokasta tukea ja/tai neuvontaa, kun taas toiset hyötyvät varhaisista interventioista, joiden avulla he voivat kehittää tukiverkoston, vähentää eristäytymistä ja lisätä turvallisuusikäyttyymistään.
- Tutkimusta ja arviointia tarvitaan osoittamaan intervention prosessi, vaikutus ja kustannustehokkuus. Interventioiden tulisi sisältää mekanismeja näyttöjen saamiseksi terveydenhuollon ammattilaisille motivointia, vastuun luomista ja kestävyuden varmistamista varten.
- Tulevissa interventiotutkimuksissa tulisi miettiä sitä, kuinka uhreihin ja heidän lapsiinsa kohdistuvien interventioiden seurauksia voidaan mitata. Tämä on erityisesti tärkeää haavoittuviin ryhmiin kohdistuvissa interventioissa, kuten iäkkäät naiset, fyysisestä vammasta, näkö- tai kuulovammasta kärsivät naiset, puhekyvyttömät naiset, mielen terveyden ongelmista kärsivät naiset, älyllisestä kehitysvammaisuudesta kärsivät naiset, pakolaiset ja turvapaikanhakijat, vangit, ihmiskaupan uhrin sekä naiset, joilla on päihdeongelmia. Terveydenhuollon palvelut, joissa on puutteita perheväkivallan intervention tutkimuksessa, ovat esimerkiksi: mielen terveys, päiivystys, lisääntymis- ja sukupuoliterveys (abortti mukaan lukien) sekä sosiaalipalvelut.

Kiitokset

Euroopan unionilta on saatu hanketuki Daphne III -ohjelman (2007–2013) mukaisesti sekä osarahoitusta Suomen sosiaali- ja terveysministeriöltä.

Haluamme kiittää kaikkia projektikumppaneita, joiden sitoutumisen ansiosta tämä projekti onnistui sekä kääntäjiä ja tulkkia heidän tekemästään raskaasta työstä. Lisäksi haluamme kiittää erityisesti kaikkia kartoitustutkimukseen ja tapaustutkimusten haastatteluihin osallistuneita. He antoivat arvokasta aikaansa jakaakseen näkemyksensä, jotka perustuvat vuosien kokemukseen perheväkivallan ja terveyden alalla.

Internet-linkki koko raporttiin on projektin sivustolla
DIVERHSE (Domestic & Interpersonal Violence: Effecting Responses in the Health Sector in Europe).

<http://diverhse.eu>
<http://diverhse.org>

Daphne-projektin koordinaattori

Tri Loraine J. Bacchus, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Gender Violence & Health Centre, Iso-Britannia

Daphne-projektin kumppanit

Professori Susan Bewley, Kings Health Partners, Iso-Britannia
Tri Carmen Fernandez, Kastilian ja Leónin itsehallintoalueen terveysministeriö, Espanja
Hildegard Helbernd, SIGNAL, Saksa
Tri Sylvie Lo Fö Wong, Nijmegenin Radboud-yliopiston lääketieteellinen keskus, Alankomaat
Tri Stanislava Otasevic, Centar Za Promociju Zdravlja Žena, Serbia
Tri Leo Pas, DOMUS MEDICA, Belgia
THM Sirkka Perttu, Helsingin yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia, Suomi
VTM Tiina Savola, Helsingin yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia, Suomi

Arvioija

Professori Gene Feder, Bristolin yliopisto