

Heli Siltala

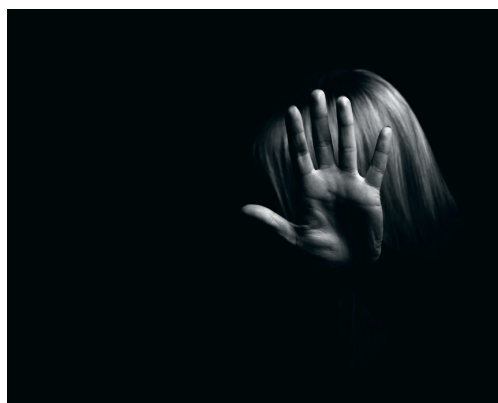
Lähisuhdeväkivallan tehokkaampi tunnistaminen vähentäisi väkivallasta aiheutuvia terveyshaittoja ja -kustannuksia

Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa lukuisia terveyshaittoja, kuten fyysisiä vammoja, kiputiloja, mielenterveysongelmia, psykosomaattisia oireita, gynekologisia ongelmia, nukkumisvaikeuksia ja erilaisia pitkäaikais-sairauksia. Terveyshaittojen vuoksi lähisuhdeväkivallan uhrit käyttävät terveydenhuollon palveluita jopa kaksinkertaisesti muuhun väestöön verrattuna. Nykyisellään kuitenkin vain murto-osa uhreista tunnustetaan asianmukaisesti terveydenhuollossa. Lähisuhdeväkivallan tehokkaammalla tunnistamisella voitaisiin merkittävästi vähentää terveydenhuollon kuormitusta, koska tunnistamisen on havaittu vähentävän lähisuhdeväkivaltaan liittyviä terveyskustannuksia. Aihe on erityisen ajankohtainen, sillä lähisuhdeväkivalta on lisääntynyt entisestään koronaviruspandemian aikana. Lähisuhdeväkivallan alitunnistamiselle on löydetty useita syitä, jotka liittyvät koulutuksen ja ajan puutteeseen, epäsoviviin tiloihin sekä työntekijöiden asenteisiin. Myös terveydenhuollon ammattilaisten omat lähisuhdeväkivaltakokemukset tulee huomioida ja tarjota heille matalan kynnyksen apua asiaan.

Lähisuhdeväkivalta on erittäin yleinen ongelma Suomessa, ja väkivallan uhrien tiedetään kärsivän lukuisista terveyshaitoista (1–4). Monien terveydenhuollon asiakasryhmien, kuten raskaana olevien naisten, mielenterveyspotilaiden ja vanhusten riski joutua lähisuhdeväkivallan uhriksi on erityisen suuri (5–7). Myös maahanmuuttajataustaisten naisten ja lasten on todettu kokevan enemmän lähisuhdeväkivaltaa kantasuomalaisiin verrattuna (8).

Maailman terveysjärjestö WHO on suosittanut, että terveyspalveluiden tulisi puuttua lähisuhdeväkivaltaan nykyistä tehokkaammin (9). Aihe on nyt erityisen ajankohtainen, sillä vuonna 2020 alkanut koronaviruspandemia näyttäisi entisestään lisänneen lähisuhdeväkivaltaa, josta aiheutuvat terveyshaitat todennäköisesti vastaavasti lisääntyvät lähivuosina (10).

Lähisuhdeväkivallalla tarkoitan tässä katsauksessa nimensä mukaisesti puolisoon, lapsiin, vanhempiin, sisaruksiin tai muihin erityisen läheisiin henkilöihin kohdistuvaa väkivaltaa,



Kuusi/Stock

joka voi olla muodoltaan fyysisistä, henkistä tai seksuaalista (11). Lähisuhdeväkivallan uhreista suurin osa on naisia tai lapsia ja tekijöistä valtaosa on miehiä (2). Naiset myös saavat miehiä useammin vammoja lähisuhdeväkivallan seurauksena ja hakeutuvat useammin hoitoon (2). Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisella voitaisiin edistää etenkin naisten ja lasten hyvinvointia.

Käsittelen lähisuhdeväkivallan terveyshaittoja ja kustannuksia terveydenhuollon näkökul-

masta. Keskeinen päätelmä on, että lähisuhdeväkivallan tehokkaampi tunnistaminen terveyspalveluissa hyödyttäisi väkivaltaa kokeneita potilaita ja voisi tuoda myös merkittäviä säästöjä terveyssektorille.

Terveyshaitat

Fyysiset vammat ovat yleisiä lähisuhdeväkivallan uhreilla (1). Ne edustavat kuitenkin vain pientä osaa kaikista lähisuhdeväkivallan terveyshaitoista. Vammojen lisäksi lähisuhdeväkivallan vaikutuksiin kuuluvat erilaiset kiputilat, masennus, ahdistus, traumaperäinen stressi, psykosomaattiset oireet, gynekologiset ongelmat ja nukkumisvaikeudet (1,2,4). Uhrit kärsivät muuta väestöä useammin myös astman, nivelreuman sekä sydän- ja verisuonielimistön häiriöiden kaltaisista pitkäaikaisairauksista (12).

Lähisuhdeväkivalta on tyyppillisesti luonteeltaan toistuvaa ja pitkäkestoista (1,13). Sen moninaiset terveysvaikutukset voivat selittyä kroonisen stressin vaikutuksilla elimistöön (12).

Lähisuhdeväkivallan uhrien on myös havaittu käyttävän tupakointia tai päihteitä väkivallasta aiheutuvan stressin hallintakeinona, mikä lisää entisestään terveyshaittojen kehittymisen todennäköisyyttä (12). Lisäksi väkivaltaan liittyvä taloudellinen ja sosiaalinen kontrolli voi suoraan tai epäsuorasti rajoittaa uhrien pääsyä terveydenhuoltoon ja siten entisestään heikentää heidän terveydentilaansa (14,15).

Terveyshaittoja ei aiheudu vain fyysisestä väkivallasta, vaan henkisen väkivallan terveysvaikutukset ovat vähintään yhtä suuret (16,17). Vanhempien välisen väkivallan todistaminen vaikuttaa niin ikään merkittävästi lasten kehitykseen, hyvinvointiin ja kiintymyssuhteisiin myös silloin, kun väkivalta ei kohdistu lapseen itseensä (18,19). Lähisuhdeväkivallan terveyshaitat ovat usein pitkäkestoisia ja vaikuttavat merkittävästi uhrien elämään myös väkivallan päättymisen jälkeen. Erityisen pitkäaikaisia näyttäisivät olevan mielenterveysvaikutukset (4). Samoin lapsuudessa koetun lähisuhdeväkivallan vaikutukset näkyvät terveydessä ja hyvinvoinnissa vielä pitkälle aikuisuuteen saakka (20).

Terveyskustannukset

Väkivallasta aiheutuvien moninaisten terveyshaittojen vuoksi lähisuhdeväkivallan uhrien on arvioitu käyttävän terveyspalveluja 25–100 % enemmän kuin muun väestön (21,22). Suomessa lähisuhdeväkivallan terveyskustannuksia arvioitiin empiirisesti ensimmäisen kerran vuonna 2001, jolloin koko maan vuosittaiset kokonaiskustannukset arvioitiin noin 23 miljoonaksi euroksi (vuoden 2019 rahaksi muutettuna) (23). Summa on 0,01 % Suomen bruttokansantuotteesta ja vastaa suuruudeltaan muualla tehtyjä kustannusarvioita (24).

Vastikään Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toteutetussa tutkimuksessa löydettiin kuitenkin huomattavasti suurempia kokonaiskustannuksia terveydenhuollossa tunnistettujen väkivallan uhrien osalta (17). Lähisuhdeväkivallan uhrien terveydenhuollon vuosikustannukset olivat keskimäärin 2 180 euroa ennen ja 3 040 euroa jälkeen tunnistamisen, kun alueen väestön keskimääräiset kustannukset olivat 1 650 euroa asukasta kohden. Lähisuhdeväkivallan uhrit käyttivät siis terveyspalveluita jopa 80 % enemmän väestön keskiarvoon verrattuna. Terveyskustannukset lisääntyivät merkittävästi ennen väkivallan tunnistamista, olivat suurimmillaan heti tunnistamista seuraavina viikkoina ja pienenevät tämän jälkeen kahden vuoden seurantajakson ajan.

Lähisuhdeväkivallan kustannusten arviointiin liittyy monia epävarmuustekijöitä. Suomessa tähän mennessä toteutetut tutkimukset perustuvat sosiaali- ja terveyspalveluissa tunnistettujen uhrien palveluiden käyttöön. Koska vain vähemmistö uhreista hakeutuu avun piiriin, nämä kustannusarviot ovat väistämättä epätarkkoja (1,2).

Kaikkia lähisuhdeväkivallan muotoja tai väkivallan aiheuttamia moninaisia terveyshaittoja ei välttämättä tunnisteta, mikä voi johtaa väkivallan kokonaiskustannusten aliarvioimiseen. Rekisteripohjaiset pitkittäiset kustannusarviot olivatkin vuonna 2019 Keski-Suomessa huomattavasti suuremmat kuin työntekijöiden arvioimaan poikittaiseen palveluiden käyttöön perustuvat kustannukset vuonna 2001 Hämeen-

linnassa (17,23). Toisaalta terveydenhuollon palveluihin hakeutuneet väkivallan uhrin ovat tyypillisesti kokeneet vakavaa ja pitkäkestoista väkivaltaa, jolloin heidän terveydentilansa on todennäköisesti huonompi ja palveluiden käytönsä suurempaa kuin väkivallan kokijoiden keskimäärin (13). Vaikka tarkkojen kustannusarvioiden laskeminen on vaikeaa, on kuitenkin selvää, että lähisuhdeväkivalta kuormittaa merkittäväällä tavalla terveydenhuollon palveluita.

Tunnistaminen terveydenhuollossa

Terveyspalveluille aiheutuvasta kuormituksesta huolimatta lähisuhdeväkivalta on hyvin alitunnistettu ongelma, ja nykyisellään suurin osa terveyspalveluiden pariin hakeutuvista väkivallan uhreista jää tunnistamatta tai kirjaamatta (25–27). Esimerkiksi Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin päivystyspoliklinikan potilaista 7 %:n on todettu kokevan akuuttia lähisuhdeväkivaltaa, mutta päivystyksen arkisessa toiminnassa vain alle 1 % näistä uhreista tunnistetaan ja kirjaataan (6,17). Alitunnistaminen on merkittävä ja pahimmillaan hengenvaarallinen ongelma, sillä terveyspalveluiden piiriin hakeutuvat lähisuhdeväkivallan uhrin ovat tyypillisesti kokeneet vakavaa väkivaltaa (13,28,29). Heidän riskinsä joutua uudestaan pahoinpitelyn tai jopa henkirikoksen uhriksi on todettu suureksi (25,30,31).

Lähisuhdeväkivallan toistuvuus selittää todennäköisesti sen, miksi uhrien terveyspalveluiden käytön on havaittu lisääntyvän ajan kuluessa (17,32). Toisaalta lähisuhdeväkivallan tunnistamisen terveydenhuollossa on havaittu vähentävän merkittävästi väkivaltaa ja siitä aiheutuvia haittoja (17,32,33). Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin alueella toteutetun tutkimuksen perusteella lähisuhdeväkivallan uhrien terveyskustannukset ylittivät väestön keskiarvon jo 1,5 vuotta ennen heidän tunnistamistaan ja pienenevät liki samoiksi kaksi vuotta tunnistamisen jälkeen (17). Näiden löydösten perusteella lähisuhdeväkivallan aikaisempi tunnistaminen terveydenhuollossa voisi merkittävästi vähentää väkivallasta aiheutuvia terveyshaittoja ja -kustannuksia.

Työntekijöiden aktiivisuus on lähisuhdeväkivallan tunnistamisen kannalta olennaista,

sillä merkittävä osa uhreista ei joko tunnista kokemuksiaan ollenkaan väkivallaksi tai pyrkii suojelemaan itseään vähättelemällä kokemaansa väkivaltaa tai sen haitallisuutta (34). Lähisuhdeväkivallan tunnistamista voitaisiin tehostaa kysymällä väkivaltakokemuksista nykyistä kattavammin joko kaikilta terveydenhuollon potilailta tai valituilta kohderyhmiltä.

Systemaattisten seurantamenetelmien käytön on havaittu kolminkertaistavan tunnistettujen lähisuhdeväkivallan uhrien määrän terveydenhuollossa (35). Toisaalta kartoittamistoimien kohdentaminen vain suurimman riskin potilasryhmiin on todettu hankalaksi, sillä lähisuhdeväkivallan moninaisten terveysvaikutusten vuoksi näiden potilaiden erottelu etenkin muista väkivallan uhreista on vaikeaa (17).

Tunnistamisen haasteet

Mitkä sitten ovat lähisuhdeväkivallan alitunnistamisen syyt terveydenhuollossa? Henkilökunnan puuttumista rajoittavat muun muassa koulutuksen ja ajan puute, epäsovivat tilat sekä pelko potilaiden suhtautumisesta (26,36,37). Riittämätön tieto lähisuhdeväkivallan yleisyydestä ja ilmenemismuodoista voi selittää, miksi terveydenhuollon ammattilaiset uskovat virheellisesti pystyvänsä tunnistamaan lähisuhdeväkivallan uhrin työnsä lomassa (36). Todellisuudessa suurin osa lähisuhdeväkivallan uhreista hakeutuu terveyspalveluiden piiriin muiden kuin näkyvien fyysisten vammojen vuoksi (31,32,38).

Useissa kunnissa on käytössä vakavan lähisuhdeväkivallan arvioimiseen ja puuttumiseen tarkoitettu moniammatillinen MARAK-malli (3). MARAK-työskentely voi parhaimmillaan varmistaa väkivallan kokijalle nopean ja tehokkaan avun sekä helpottaa viranomaisten välistä yhteistyötä. Mallin toimivuus kuitenkin edellyttää väkivallan uhrien tunnistamista sekä tehokasta palveluun ohjausta. Tämä ei välttämättä toteudu, sillä resurssi- ja asenneongelmat vaikeuttavat myös kaikkein ilmeisimpiin lähisuhdeväkivaltatapauksiin puuttumista terveydenhuollossa (25).

On myös erittäin tärkeää, että apua ja tukea olisi saatavilla niillekin väkivallan uhreille, jotka eivät täytä MARAK-toiminnan kriteerejä.

Ydinasiat

- ▶ Lähisuhdeväkivallan yleisyys ja haitallisuus kuormittavat suomalaista terveydenhuoltoa merkittävästi.
- ▶ Lähisuhdeväkivallan tunnistamisen on havaittu vähentävän väkivallan terveyshaittoja ja -kustannuksia.
- ▶ Ongelma on terveydenhuollossa huomattavan alitunnistettu muun muassa koulutuksen ja resurssien puutteen sekä työntekijöiden asenteiden vuoksi.
- ▶ Myös terveydenhuollon henkilöstön kokeneman lähisuhdeväkivallan yleisyys tulisi huomioida nykyistä paremmin.

Esimerkiksi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on kehitetty tällaisia palvelupolkuja (39). Lähisuhdeväkivallan uhreille ja tekijöille saatavilla olevat tukipalvelut vaihtelevat kuitenkin paljon paikkakunnittain, ja suurin osa palveluntarjoajista on kolmannen sektorin toimijoita. Tämän vuoksi toiminta- ja palvelunohjausmallit täytyy sopeuttaa saatavilla olevien palveluiden tarjontaan. Potilastyötä tekevät työntekijät tarvitsevat tuekseen selkeät ohjeistukset, hoitopolut sekä työnohjauksen, jotta väkivaltaan puuttuminen ja tiedonkulku eivät jäisi yksittäisten, usein kiireisten ja kuormittuneiden työntekijöiden vastuulle.

Organisaation tukea tarvitaan myös väkivaltaan liittyvien asenteiden muuttamiseksi, sillä väkivallan kiistattomista terveyshaitoista huolimatta terveydenhuollon työntekijät eivät nykyisin useinkaan koe lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen kuuluvan heidän tehtävänsänsä (37). Terveydenhuollon ammattilaiset saattavat myös kokea väkivallasta kysymisen epämurkkaavaksi ja tunkeileväksi sekä pelätä potilaiden negatiivisia reaktioita. Tutkimuksissa potilaiden on kuitenkin havaittu suhtautuvan väkivallasta kysymiseen yleensä positiivisesti riippumatta siitä, ovatko he itse kokeneet väkivaltaa vai eivät (26).

Työntekijät tarvitsevat joka tapauksessa koulutusta myös lähisuhdeväkivallan uhrien sensi-

tiiviseen kohtaamiseen sekä asianmukaiset tilat asian käsittelyyn, sillä ilman näitä lähisuhdeväkivallasta kysyminen voi olla potilaille kielteinen kokemus (13,26). Pahimmillaan väkivallasta kysyminen voi asettaa uhrit hengenvaaraan, jos väkivallan tekijä on paikalla kuulemassa asiasta. Työntekijöiden tulee tiedostaa myös lähisuhdeväkivaltaan tyyppillisesti liittyvät häpeän, pelon ja stigmatisoitumisen tunteet, jotka vaikeuttavat uhrien hakeutumista avun piiriin (34).

On myös tärkeää huomioida, että lähisuhdeväkivallan kokemukset ovat yleisiä myös terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa ja vaikuttavat merkittävästi työntekijöiden hyvinvointiin (17,40). On mahdollista, että omat väkivaltakokemukset vaikuttavat myös ammattilaisten kykyyn ja valmiuksiin kohdata väkivaltaa kokeneita potilaita työssään. Terveydenhuollon työntekijöille tulisikin tarjota nykyistä kattavammin tukea väkivaltakokemustensa käsittelyyn esimerkiksi työterveyshuollossa. Tämä olisi tärkeää sekä työntekijöiden henkilökohtaisen hyvinvoinnin että potilastyön laadun kannalta.

Lopuksi

Tutkimustiedon valossa lähisuhdeväkivallan terveyshaitat ja -kustannukset ovat kiistattomat. Näiden ehkäisemiseksi lähisuhdeväkivaltaa pitäisi kartoittaa nykyistä kattavammin terveydenhuollon palveluissa. Lähisuhdeväkivallasta tulisi kysyä ainakin useilta suuren riskin potilasryhmiltä, kuten päivystyksessä ilta- ja yöaikaan asioivilta, vammoja kärsineiltä naisilta, mielenterveyspotilailta sekä raskaana olevilta. Pelkästään fyysisen väkivallan kartoittaminen ei kuitenkaan riitä, vaan terveyshaittojen ja -kustannusten vähentämiseksi myös henkisen väkivallan haitallisuus tulisi tiedostaa nykyistä paremmin. Pahimmillaan väkivaltaan puuttumatta jättäminen on hengenvaarallista, minkä vuoksi terveydenhuollon henkilökunnan tulisi panostaa väkivallan tunnistamiseen ja ottaa jokainen esiin tuleva tapaus vakavasti.

Lähisuhdeväkivallan tehokkaampaan tunnistamiseen liittyy kuitenkin useita haasteita ja sudenkuoppia. Tarvitaan lisää tutkimusta keinoista, joilla väkivallan tunnistamista ja asiaan puuttumista voitaisiin tehostaa terveydenhuollossa.

Terveydenhuollon palveluihin tulisi kehittää selvät ja kattavat hoitopolut lähisuhdeväkivaltaa kokeneille potilaille, ja työntekijöitä tulisi aktiivisesti kouluttaa näiden interventiomallien

käyttöönottoon. Jos nämä keinot onnistuisivat, niillä olisi mahdollista vähentää merkittävästi lähisuhdeväkivallasta aiheutuvia terveydenhuollon palveluiden kustannuksia ja kuormitusta. ■

HELI SILTALA, PsT, tutkijatohtori
Jyväskylän yliopisto

SIDONNAISUUDET
Heli Siltala: Ei sidonnaisuuksia

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

KIRJALLISUUTTA

1. Violence against women: an EU-wide survey. Main results. Wien: European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) 2014.
2. Heiskanen M, Ruuskanen E. Tuhausien iskujen maa: miesten kokema väkivalta Suomessa. Helsinki: HEUNI 2010.
3. October M. Lähisuhdeväkivalta 2019: viranomaisten tietoon tulleen lähisuhdeväkivallan määrä kasvussa. Tilastoraportti 3/2021. Helsinki: THL 2021.
4. Dillon G, Hussain R, Loxton D, ym. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *Int J Fam Med* 2013;23:1–15.
5. Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. *J Fam Viol* 2010; 25:369–82.
6. Notko M, Holma J, Husso M, ym. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 2011;127:1599–606.
7. Luoma ML, Tiilikallio P, Helakallio P. Kotona asuviin ikääntyneisiin kohdistuva kaltoinkohtelu ja väkivalta. *Duodecim* 2018;134:1797–802.
8. Kääriäinen J, Ellonen N, Peutere L, ym. Lapsen ja nuoret väkivallan uhreina: maahanmuuttajien ja kantasuomalaisten vertailua. *Yhteiskuntapolitiikka* 2010; 75:159–74.
9. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: WHO 2016.
10. Hietamäki J, Nipuli S, October M, ym. Turvallisuus ja lähisuhdeväkivalta. Kirjassa: Kestilä L, Jokela M, Härmä V, ym. toim. Covid19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: asiantuntija-arvio, kevät 2021. Helsinki: THL, s. 54–62.
11. Bildjuschkin K, Ewalds H, Hietamäki J, ym. Työpaperi 1/2020: Väkivaltakäsitteiden sanasto. Helsinki: THL 2020.
12. Miller E, McCaw B. Intimate partner violence. *N Engl J Med* 2019;380:850–7.
13. Leppäkoski T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *Int Emerg Nurs* 2011;19:27–36.
14. Ferranti D, Lorenzo D, Munoz-Rojas D, ym. Health education needs of intimate partner violence survivors: perspectives from female survivors and social service providers. *Public Health Nurs* 2018; 35:118–25.
15. McCloskey LA, Williams CM, Lichter E, ym. Abused women disclose partner interference with health care: an unrecognized form of battering. *J Gen Intern Med* 2007;22:1067–72.
16. Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol* 2014;5:24794.
17. Siltala H. Family violence as a public health problem: effects and costs in Finnish health care. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto 2021.
18. Kimball E. Edleson revisited: reviewing children's witnessing of domestic violence 15 years later. *J Fam Viol* 2016;31:625–37.
19. Noonan CB, Pilkington PD. Intimate partner violence and child attachment: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2020;109:104765.
20. Hillis SD, Mercy JA, Saul JR. The enduring impact of violence against children. *Psychol Health Med* 2017;22:393–405.
21. Kruse M, Sørensen J, Brønnum-Hansen H, ym. The health care costs of violence against women. *J Interpers Violence* 2011; 26:3494–508.
22. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, ym. Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2007;32:89–96.
23. Heiskanen M, Piispa M. Väkivallan kustannukset kunnassa: viranomaisten arviointiin perustuva tapaustutkimus naisiin kohdistuvasta väkivallasta ja sen kustannuksista Hämeenlinnassa vuonna 2001. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.
24. Brown DS, Finkelstein EA, Mercy JA. Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2008;23:1747–66.
25. Dheensa S. Recording and sharing information about domestic violence/abuse in the health service: research report and good practice recommendations for healthcare. Bristol: University of Bristol 2020.
26. Hinsliff-Smith K, McGarry J. Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: a systematic literature review from 2000–2015. *J Clin Nurs* 2017;26:4013–27.
27. Kivelä S. The documentation of family violence in healthcare and the associations of violence on well-being. Tampere: Tampereen yliopisto 2020.
28. Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, ym. Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use. *J Interpers Violence* 2013; 28:273–94.
29. Santas G, Santas F, Fryurt MA. Domestic violence and healthcare utilization in Turkey. *Soc Work Public Health* 2020;35:125–36.
30. Brignone L, Gomez AM. Double jeopardy: predictors of elevated lethality risk among intimate partner violence victims seen in emergency departments. *Prev Med* 2017;103:20–5.
31. Zachary MJ, Mulvihill MN, Burton WB, ym. Domestic abuse in the emergency department: can a risk profile be defined? *Acad Emerg Med* 2001;8:796–803.
32. Hoelle R, Elie M, Weeks E, ym. Evaluation of healthcare use trends of high-risk female intimate partner violence victims. *West J Emerg Med* 2015;16:107–13.
33. Spangaro J. What is the role of health systems in responding to domestic violence? An evidence review. *Aust Health Rev* 2017;41:639–45.
34. Catalo C, Jack SM, Ciliska D, ym. Identifying the turning point: using the transtheoretical model of change to map intimate partner violence disclosure in emergency department settings. *ISRN Nurs* 2012;2012:1–10.
35. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, ym. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*, julkaistu verkossa 22.7.2015. DOI:10.1002/14651858.CD007007.pub3.
36. Alvarez C, Fedock G, Grace KT, ym. Provider screening and counseling for intimate partner violence: a systematic review of practices and influencing factors. *Trauma Violence Abuse* 2017;18:479–95.
37. Husso M, Virkki T, Notko M, ym. Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health Soc Care Community* 2012;20:347–55.
38. Farchi S, Polo A, Asole S, ym. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. *BMC Womens Health* 2013; 13:31.
39. Kero K, Nyqvist L, Rautio J, ym. Lähisuhdeväkivallan seulontaa tulee vahvistaa. *Suom Lääkäril* 2019;74:1881–5.
40. Reibling ET, Distelberg B, Guptill M, ym. Intimate partner violence experienced by physicians. *J Prim Care Community Health*, julkaistu verkossa 20.10.2020. DOI:10.1177/2150132720965077.