

Hoitosuositus

- Tutkimusnäytöllä tuloksiin



Hotus

Hoitotyön tutkimussäätiö



Kuva: Shutterstock

Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa

Päivitys julkaistu 13.11.2015

Sisällys

Suosituksen tavoite ja keskeiset käsitteet	6
Suosituksen tavoite	6
Kohderyhmät	6
Keskeiset käsitteet	6
Menetelmät	7
Tiedonhaku	7
Näytön vahvuuden ja asteen arviointi	8
Suosituslauseet	11
Riskitekijöiden tietäminen ja arviointi	11
Lapsen kaltoinkohtelun merkit	13
Kaltoinkohtelun tunnistamisen ja siihen puuttumisen periaatteet ja menetelmät	14
Suosituksen käyttöönotto	19
Suosituksen päivittäminen	21

LIITTEET

Liite 1. Hakustrategia (lisäksi erillisenä tiedostona hakukuvaus tietokannoittain)

Liite 2. Näytönastekatsaukset (erillisinä tiedostoina)

Liite 3. Suosituksen perustana olevat tutkimukset (erillisenä tiedostona)

Työryhmän kokoonpano ja sidonnaisuudet

Puheenjohtaja

Eija Paavilainen, professori, TtT
Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Jäsenet

Aune Flinck, dosentti, TtT, kehittämisspäällikkö,
Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos

Jorma Komulainen, LT, dosentti,
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (asiantuntemus: hoitosuosituksiset)

Hanna Lahtinen, psykologi, nuorempi tutkija,
Itä-Suomen yliopisto

Pia Pörfors, informaattikko,
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

Tarja Pösö, professori (sosiaalityö),
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Helena Rautakorpi, osastonhoitaja,
Lasten ja nuorten kirurginen yksikkö, Tampereen yliopistollinen sairaala

Lea Tuovinen, psykologi, psykoterapeutti,
Joensuun perheasiain neuvottelukeskus

Sidonnaisuudet:

Suositusryhmän jäsenillä ei ole suositusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia, joista he hyötyisivät taloudellisesti tai jotka vaikuttaisivat suosituksen luotettavuuteen.

Hoitotyön suositukset ovat asiantuntijoiden laatimia tutkimusnäyttöön perustuvia *suosituksia hoitotyön menetelmien vaikuttavuudesta, käyttökelpoisuudesta, tarkoituksenmukaisuudesta ja merkityksellisyydestä potilaan/asiakkaan hoidossa.*

Suosituksia käytettäessä tulee huomioida potilaan/asiakkaan näkemys, toimintaympäristön edellytykset ja terveydenhuollon ammattilaisen kliininen arvio kokonaistilanteesta.

Johdanto

Lasten kaltoinkohtelu on kansanterveysongelma, joka aiheuttaa lapsille runsaasti haittoja sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Kaikki kaltoinkohtelun muodot (fyysinen, henkinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu, laiminlyönti, perheväkivallan näkeminen) muodostavat suuren riskin lapsen terveydelle ja hyvinvoinnille, jopa hengelle. Kaltoinkohtelu haittaa lapsen normaalia fyysistä, henkistä ja sosiaalista kehitystä, heikentää oppimista ja vaikuttaa negatiivisesti käyttäytymiseen. Se luo tapahtumien sarjan, joka johtaa stressiin ja aiheuttaa muutoksia esimerkiksi lapsen ja nuoren kehittyvässä hermo-, verenkierto-, immuuni- ja metabolisessa systeemissä.¹ Lepistön² tutkimuksen mukaan perheväkivaltaa kokeneet nuoret tuntevat terveytensä huonomaksi kuin perheväkivaltaa kokemattomat.

Kaltoinkohtelu seurauksineen aiheuttaa kärsimystä lapsille ja perheille, mutta myös kustannuksia yhteiskunnalle. Kaltoinkohtelun mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn tulee pyrkiä, esimerkiksi kehittämällä tehokkaita riskinarviointityökaluja, tunnistamisen menetelmiä sekä riskin omaavien perheiden ja lasten tukemistapoja.^{3,4}

Onnettomuustutkintakeskuksen tekemän Lasten kuolemat 2009–2011 –tutinnan⁵ ja perhesurmista tehdyn selvityksen⁶ mukaan riskitekijöinä lapseen tai perheeseen kohdistuneissa henkirikoksissa ovat usein monenlaiset perheen kumuloituvat ongelmat: parisuhteeseen, perheen vuorovaikutukseen, päihteiden käyttöön ja mielenterveysongelmiin liittyvät. Samoin Ellosen ym.⁷ Child Abuse Potential -riskimittaria (CAP-mittari) testaavassa tutkimuksessa todettiin, että erityisesti äideillä, joiden kaltoinkohtelun riski CAP -mittarilla oli kohonnut, esiintyi muita enemmän depressiota ja yksinäisyyttä. Esimerkiksi Vincentin⁸ mukaan osa lasten kaltoinkohteluun liittyvistä kuolemista voitaisiin ennaltaehkäistä, jos tiedettäisiin enemmän lapsen ja perheen riskioista, ja päästäisiin tukemaan perhettä ajoissa.

Kansainvälisen arvion mukaan⁹ 4–16 % lapsista joutuu fyysisen pahoinpitelyn, ja joka kymmenes lapsi laiminlyönnin tai henkisen pahoinpitelyn kohteeksi. Suomessa 15-vuotiaista 32 % on ollut lievän ja 4 % vakavan väkivallan kohteena kotonaan.¹⁰ Vuoden 2013 lapsiuhrikyselyn¹¹ mukaan esimerkiksi kuritusväkivalta ja henkinen väkivalta ovat Suomessa asuvien lasten kohdalla vähentyneet. Äitien tekemä väkivalta on edelleen hieman yleisempää kuin isien tekemä, joskin erot ovat tasoittuneet. 0-12 -vuotiaiden lasten vanhemmille tehdyn kyselyn mukaan 44 % äideistä ja 47 % isistä käyttää lievää väkivaltaa lapsia kurittaessaan, esimerkiksi tukistaa tai läimäyttelee.¹² Myös tämän tyyppinen kuritusväkivalta, kuten kaikki muukin lapsiin kohdistuva väkivalta, on Suomessa kielletty.^{13,14}

Tutkimustiedon mukaan⁴ kaltoinkohtelua ei tunnisteta eikä ennaltaehkäistä riittävän tehokkaasti. Lasten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja lastensuojelu kuuluvat kaikille kansalaisille, vanhemmille sekä lasten ja perheiden kanssa toimiville ammattilaisille. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tunnetaan periaatteessa lasten kaltoinkohteluilmiö erilaisine seurauksineen, mutta konkreettiset toimet siihen puuttumiseksi ovat vasta kehitymässä.¹⁵ Kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista estää edelleen ilmiön sensitiivisyys ja tunnistamisen hankaluus, perheen yksityisyyden korostaminen, asian puheeksi ottamisen vaikeus, moniammatillisen yhteistyön tehottomuus sekä aihepiirin koulutuksessa ilmenevät puutteet.^{16,17,18}

Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen interventiot ovat usein melko epäsystemaattisia ja niiden tehosta ei ole selkeää näyttöä.^{19,20,21,22} Tunnistamisen interventiot voivat olla esimerkiksi seurantatyökaluja, tarkistuslistoja, riskinarviointityökaluja, havainnointia, keskusteluja perheen kanssa, kotikäyntejä, lasten fyysistä ja psykologista tutkimista sekä tunnistamisesta ammattilaisille järjestettyä koulutusta. Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon lisäksi myös muut lasten

kanssa toimivat, kuten päiväkotien, koulujen ja nuorisotoimen henkilökunta, ovat keskeisessä asemassa tunnistamaan kaltoinkohtelua tai sen riskiä.²⁴ Eri alojen ammattilaiset tarvitsevat lisää koulutusta, työnohjausta, yksilötason ja työyhteisön asenteenmuutosta ja käyttökelpoisia välineitä kaltoinkohtelun tunnistamiseen. Nykyinen koulutus on riittämätöntä eikä aina perustu tutkimusnäyttöön.²⁵

Kaltoinkohtelun tunnistamista hankaloittaa lisäksi että käsite ”tunnistaminen” on itsessään vaikea määritellä ja tietää, milloin tunnistaminen on varmasti tapahtunut. Kyseessä on oikeastaan prosessi, joka alkaa kaltoinkohtelun epäilystä, johtaa tunnistamisen kautta kaltoinkohteluun reagoimiseen ja puuttumiseen. Epäily voi luonteeltaan olla heikkoa, vahvaa tai perusteltua. Tunnistaminen voi olla myös kaltoinkohtelusta johtuvan vamman tai oireen diagnostisointia tai osoittamista. Prosessin kesto epäilyn heräämisestä tunnistamiseen ja reagointiin vaihtelee pituudeltaan, joten ajallinen viive voi pahentaa lapsen ja perheen tilannetta. Aina ei voida osoittaa kaltoinkohtelua tapahtuneen, vaan epäily joko osoittautuu aiheettomaksi tai jää epäilyn tasolle. Epäilyn tulisi johtaa vähintäänkin tehokkaaseen seurantaan, perheen tukemiseen ja päätösten tekoon perheen auttamiseksi.²⁶ Väärät epäilyt ja niiden pelko voivat vahingoittaa ammattilaisten ja perheen välistä hoito- tai hoivasuhdetta. Edellä mainituista seikoista johtuen tunnistamiskeinojen vaikuttavuutta ei ole läheskään aina mahdollista osoittaa.

Tunnistamista hankaloittavat myös eri ammattiryhmien välinen riittämätön työ käytäntöjen kordinoimiseksi, standardisoimiseksi, tiedonkulun ja yhteistyön parantamiseksi sekä yhtenevien kirjallisten ohjeiden puute ja kulttuuriset käytännöt, kuten vaikeus ottaa puheeksi perheiden sisäisiä asioita. Vanhempien voi olla myös vaikea arvioida omaa käyttäytymistään ja kasvatusten menetelmiään ja niiden vaikutusta lapseen.²⁷

Tampereen kaupungin lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen ja varhaisen puuttumisen toimintamalli, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perheväkivallan tunnistamisen ja hoitamisen toimintaohje sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisema *lastensuojelun käsikirja* ovat esimerkkejä siitä, miten lainsäädäntöä^{14,28,13}, tutkimustuloksia tai hyviä käytäntöjä on koottu yhteen ammattilaisten työn tueksi ja sovellettaviksi.

Kaikkia terveydenhuollon kuten myös muita ammatillisia toimijoita koskevat lakisääteiset velvollisuudet. Lasten kaltoinkohtelua epäiltäessä tulee tehdä lastensuojeluilmoitus ja sen lisäksi (1.4.2015 lähtien) lapsen pahoinpitelyepäilyssä on velvollisuus tehdä rikosilmoitus poliisille.^{28,29,30,31}

Tämä suositus päivittää vuonna 2008 julkaistun Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen suosituksen. Suositus sisältää aikaisemman suosituksen tarkistettut suosituslauseet ja täydentää aikaisempaa suositusta seuraavilta osin: kaltoinkohtelun tunnistamismenetelmät ja tunnistamista tukevat menetelmät, joiden vaikuttavuutta tai vaikutuksia on arvioitu.

Suomessa tehtiin kysely terveydenhoitajille¹⁵, miten he tuntevat lasten kaltoinkohtelun tunnistamiseen liittyvän suosituksen ja käyttävät sitä. Kyselyn tulosten mukaan suositus tunnetaan melko hyvin ja terveydenhoitajat pyrkivät suosituksen mukaiseen toimintaan, mutta puutteita on erityisesti moniammatillisessa työskentelyssä sekä sen johtamisessa. Myös esimerkiksi Iso-Britanniassa³² ja Hollannissa³³ on tehty vastaavia suosituksia, ohjeita ja toimintamalleja. Näiden mukaan moniammatillinen yhteistyö, kotikäynnit ja koulutus parantavat lasten kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen liittyviä toimenpiteitä.

Suosituksen tavoite ja keskeiset käsitteet

Suosituksen tavoite

Tämä suositus päivittää vuonna 2008 julkaistun Lastenkaltoinkohtelun tunnistaminen -hoitosuosituksen. Tavoitteena on koota uusimpaan tutkimusnäyttöön perustuen tehokkaiksi osoitettuja menetelmiä lasten kaltoinkohtelun tunnistamiseen.

Kohderyhmät

Kohderyhmänä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muut lapsia ja lapsiperheitä hoitavat ja kohtaavat ammattihenkilöt. Heidän tehtävänä on tunnistaa alle 18-vuotiaat lapset ja nuoret, jotka ovat kokeneet perheessään fyysistä tai henkistä pahoinpitelyä tai hoidon laiminlyöntiä tai joilla on riski joutua kaltoinkohdeksi. Heidän tehtävänä on tunnistaa myös perheet, joissa esiintyy lasten kaltoinkohtelua tai kaltoinkohtelun riski on olemassa.

Keskeiset käsitteet

Lasten kaltoinkohtelulla tarkoitetaan tässä suosituksessa fyysistä pahoinpitelyä, henkistä pahoinpitelyä sekä lapsen hoidon ja huolenpidon laiminlyöntiä. Nämä kaikki voivat vaihdella kestoltaan, vakavuudeltaan tai keinoiltaan sekä tapahtua samanaikaisesti tai toisiinsa limittyen. Kaltoinkohtelu voi olla suoraa tai epäsuoraa: suora kohdistuu lapseen itseensä, ja epäsuora välillisesti esimerkiksi perheessä tapahtuvan väkivallan näkemisenä tai vaikutuspiirissä olemisena.

Fyysinen (physical) pahoinpitely tarkoittaa tekoja, joista aiheutuu lapselle fyysistä kipua tai jotka vaikeuttavat lapsen fyysistä toimintakykyä joko väliaikaisesti tai pysyvästi. Seurauksia ovat esimerkiksi ruhjeet, palovammat, päävammat, murtumat ja sisäiset vammat. Fyysinen pahoinpitely voi johtaa lapsen kuolemaan. Tällöin usein todetaan kaltoinkohtelun jatkuneen pitkään. Fyysistä pahoinpitelyä on myös kuritusväkivalta.

Henkinen (psychological, emotional) pahoinpitely sisältää esimerkiksi lapsen nöyryyttämistä, naurettavaksi tekemistä, mitätöintiä, alistamista tai terrorisointia. Se voi sisältää henkistä uhkaa, jolloin lapsen hyvinvointi ja kehitys vaarantuvat. Fyysinen pahoinpitely tai kuritusväkivalta sisältävät aina myös henkistä pahoinpitelyä.

Laiminlyönti (neglect) sisältää lapsen hoidon tai huolenpidon eriasteisia puutteita. Se tarkoittaa myös kyvyttömyyttä tarjota lapselle hänen fyysisten tai henkisten tarpeidensa, sairautensa tai muun erityistilanteensa mukaisen huolenpidon mukaista suojaa tai hoitoa. Laiminlyönti vaarantaa lapsen normaalin ja terveen kasvun ja kehityksen.

Menetelmät

Suositus perustuu järjestelmälliseen katsaukseen³⁴, joka eteni seuraavasti. Tiedonhakustrategia on kuvattu *liitteessä 1* ja käytetyt hakusanat tietokannoittain *liite 1:n täydennyksessä*.

Tiedonhaku

Tiedonlähteiden valinta

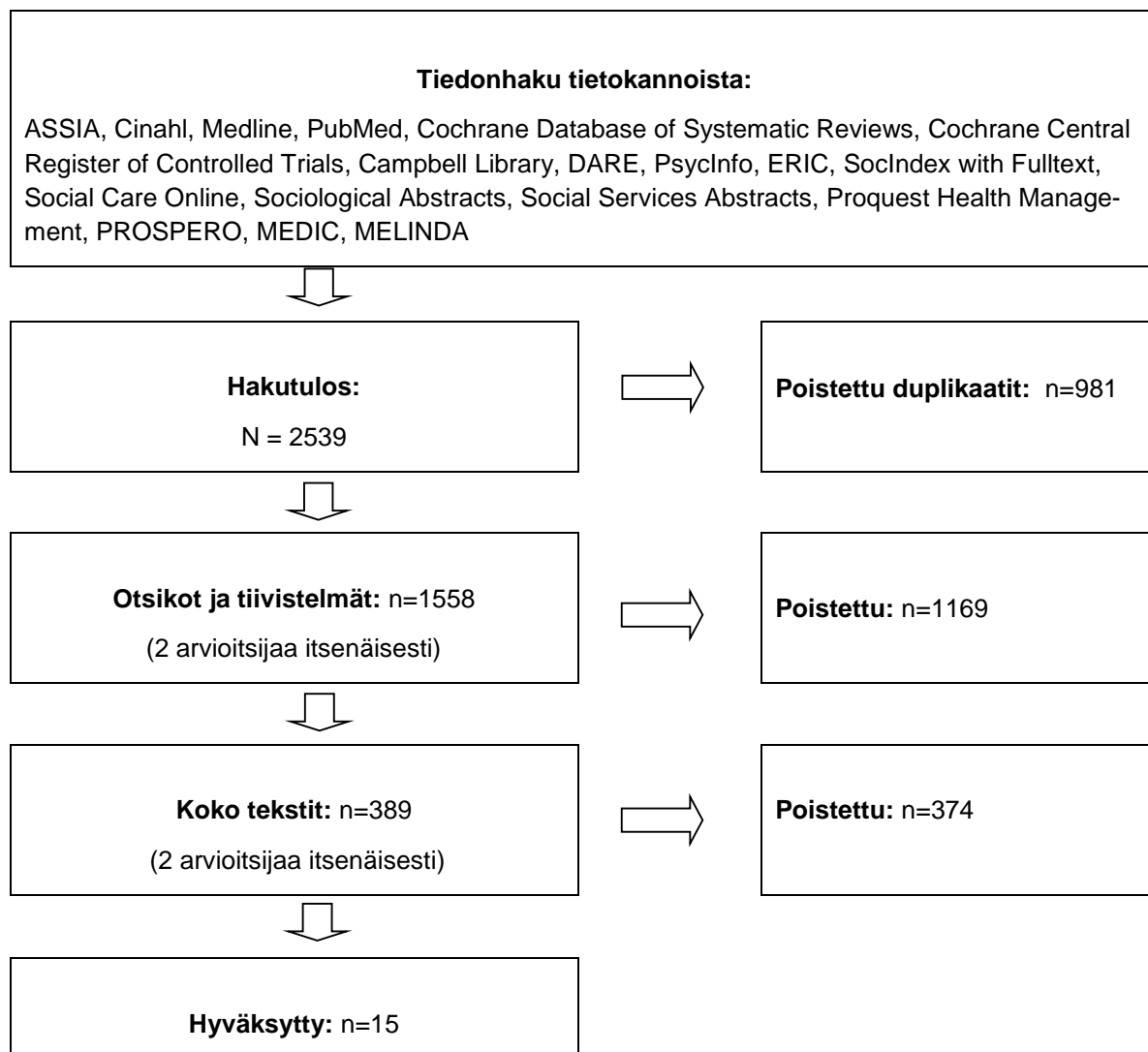
Mukaan otettiin yhdeksän tutkimusartikkelia sekä kuusi järjestelmällistä katsausta, jotka käsitelivät kaltoinkohtelun tunnistamisen vaikuttavia menetelmiä ja täyttivät asetetut sisäänottokriteerit.

Sisäänottokriteerit:

- Aikarajaus 2003 -
- Tutkimus on toteutettu sosiaali- tai terveydenhuollossa tai muualla lapsiperheiden palveluissa.
- Tutkimus on toteutettu joko ammattilaisten, perheiden tai lasten (0–18 vuotta) näkökulmasta.
- Tutkimus koskee joko fyysistä tai henkistä pahoinpitelyä tai hoidon laiminlyöntiä.
- Tutkimus koskee jonkin tunnistamismenetelmän (kuten esimerkiksi seurantatyökalu, fyysisen vamman tutkimus, koulutus, moniammatillinen työskentelytapa) arviointia.
- Tutkimus on toteutettu asetelmalla, joka mahdollistaa vaikuttavuuden tai vaikutusten arvioinnin (RCT, muut koe-kontrolli-asetelmat, prospektiivinen ja retrospektiivinen kohorttitutkimus, analyttiset poikkileikkaus- tai seurantatutkimukset laadullisin tai määrällisin menetelmin).
- Tulosuuttajana: kaltoinkohtelu on pystytty/ei ole pystytty tunnistamaan.

Poissulkukriteerit:

- Tutkimus koskee seksuaalista pahoinpitelyä.
- Tutkimus koskee kaltoinkohtelun hoitoa tai terapiaa.
- Tutkimuksessa on ainoastaan kuvattu jotain tunnistamismenetelmää ilman vaikuttavuuden arviointia.



Kuvio 1. Tietokannat, tiedonhaku ja artikkelien valinta suosituspäivitykseen.

Näytön vahvuuden ja asteen arviointi

Mukaan hyväksytyjen tutkimusten (N=15) menetelmällinen laatu arvioitiin käyttäen Joanna Briggs Instituutin kehittämiä kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja.³⁵ Sen jälkeen tutkimusten näytön vahvuus arvioitiin tutkimustyyppin ja tutkimuksen laadun perustella asteikolla 1–4 (Taulukko 3). Kaksi arvioitsijaa teki itsenäisesti arviointityön, minkä jälkeen arvioinnit yhdistettiin lopulliseen muotoon (Liite 2; näytönastekatsaukset, *Liite 3*; liitetaulukko tutkimuksista). Järjestelmälliset katsaukset olivat joko tasoa 1^{36,37,38,39} tai tasoa 2^{40,41}. Tasoa 1 edusti myös satunnaistettu, sokkoutettu koe-kontrolli-tutkimus⁴². Tasoa 2 edustivat hoitokertomusten ja röntgenkuvien retrospektiivinen tarkastelu⁴³, klusteroitu, satunnaistettu tutkimus⁴⁴ sekä intervention sisältävä kohorttitutkimus⁴⁵. Tasoa 3 edustivat kuvaileva, määrällinen tutkimus⁴⁶, retrospektiivinen, kuvaileva uusintatutkimus⁴⁷ sekä intervention sisältävä tapaus-verrokkitutkimus⁴⁸. Tasoa 4 edustivat tapauksitutkimus⁴⁹ sekä kuvaileva tutkimus⁵⁰.

Taulukko 3. Näytön vahvuuden arviointi (JBI 2013).

Näytön vahvuus	Käyttökelpoisuus F (1-4)	Tarkoituksenmukaisuus A (1-4)	Merkityksellisyys M (1-4)	Vaikuttavuus E (1-4)
1	Tutkimusten metasynteesi, jossa tulokset ovat yksiselitteiset	Tutkimusten metasynteesi, jossa tulokset ovat yksiselitteiset	Tutkimusten metasynteesi, jossa tulokset ovat yksiselitteiset	Kokeellisten tutkimusten (esim. satunnaistetut kokeelliset tutkimukset) meta-analyysi (homogeenisyys) TAI yksi tai useampi laaja kokeellinen tutkimus, joissa on kapea luottamusväli.
2	Tutkimusten metasynteesi, jossa tulokset on yhdistetty luotettavasti	Tutkimusten metasynteesi, jossa tulokset on yhdistetty luotettavasti	Tutkimusten metasynteesi, jossa tulokset on yhdistetty luotettavasti	Yksi tai useampi pienehkö satunnaisesti kokeellinen tutkimus, joissa on laaja luottamusväli TAI kvasikokeelliset tutkimukset ilman satunnaistamista.
3	a) Tekstin tai mielipiteiden metasynteesi, jossa tulokset on tiivistetty luotettavasti b) Yksi tai useampi yksittäinen korkealaatuinen tutkimus	a) Tekstin tai mielipiteiden metasynteesi, jossa tulokset on tiivistetty luotettavasti b) Yksi tai useampi yksittäinen korkealaatuinen tutkimus	a) Tekstin tai mielipiteiden metasynteesi, jossa tulokset on tiivistetty luotettavasti b) Yksi tai useampi yksittäinen korkealaatuinen tutkimus	a) Kohorttitutkimukset (verrokkiryhmä) b) Tapaus-verrokkitutkimukset c) Havainnointi-tutkimukset (ei verrokkiryhmää)
4	Asiantuntijänäkemys	Asiantuntijänäkemys	Asiantuntijänäkemys	Asiantuntijänäkemys tai perustutkimus tai konsensus

Suosituslauseet perustuvat saatavissa olevaan tutkimusnäyttöön. Suosituslauseiden laadintaa varten valitut 15 tutkimusta tai katsausta ryhmiteltiin ensin niiden aiheen mukaan: päävammat, murtumat ja mustelmat, vatsavammat, palovammat, seulontatyökalut, moniammatillinen yhteistyö, koulutus. Kustakin valitusta artikkelista kuvattiin keskeiset menetelmät ja tutkimuskysymykseen vastaavat tulokset (Liite 3: liitetaulukko tutkimuksista). Jokaisen suosituslauseen näytön aste määriteltiin asteikolla A–D (Taulukko 4). Arvio näytön asteesta tehtiin suosituslauseen taustalla olevien tutkimusten tutkimusasetelman ja menetelmällisen laadun arvioinnin perusteella huomioiden tulosten sovellettavuus, yhdenmukaisuus ja pitävyys (Liite 2: Näytönastekatsaukset). Lopulliset päätökset suosituslauseista ja niiden näytön asteesta tehtiin kirjoittajasekä asiantuntijaryhmissä käydyn keskustelun perusteella.

Taulukko 4. Näytön asteen ilmoittaminen hoitotyön suosituksissa (mukaillen Käypä Hoito, 2013; Balshem ym. 2011. (Hoitotyön suositus. Käsikirja hoitotyön suosituksen laadintaan 2013)

A	Vahva tutkimusnäyttö: olemme luottavaisia, että todellinen vaikutus on lähellä arvioitua vaikutusta	Useita menetelmällisesti tasokkaita ¹ tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia
----------	--	--

B	Kohtalainen tutkimusnäyttö: olemme suhteellisen luottavaisia, että todellinen vaikutus on lähellä arvioitua vaikutusta	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas ¹ tutkimus tai useita kelpollisia tutkimuksia
C	Niukka tutkimusnäyttö: luottamus vaikutuksen arvioon on rajoitettu: todellinen vaikutus saattaa olla jotain muuta kuin arvioitu	Ainakin yksi kelpollinen ² tieteellinen tutkimus
D	Ei tutkimusnäyttöä: hyvin vähän luottamusta vaikutuksen arvioon: todellinen vaikutus saattaa poiketa merkittävästi arviosta.	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tieteellisen tutkimuksen perustuvan näytön vaatimuksia

¹ Menetelmällisesti tasokas = vahva tutkimusasetelma, tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin

² Kelpollinen = täyttää vähimmäisvaatimukset tieteellisten menetelmien osalta; tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin

Suosituslauseet

Suosituslauseet sisältävät aikaisemmin julkaistun suosituksen suosituslauseiden päivityksen ja 7 uutta *) – merkittyä suosituslauseetta, jotka on muodostettu järjestelmällisen katsauksen pohjalta³⁴.

Riskitekijöiden tietäminen ja arviointi

Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisessa on tärkeää tuntee lapseen, vanhempiin ja perhetilanteeseen liittyvät riskitekijät ja osata arvioida niitä ja niiden yhteyttä kaltoinkohteluun. Niiden tietäminen ja arviointi edistää perheen voimavarojen tukemista ja positiivista tunnistamista. Kaltoinkohtelun fyysisten ja muiden merkkien ja oireiden tietäminen edistää kaltoinkohtelun tunnistamista, samoin siihen liittyvien periaatteiden ja menetelmien tietäminen ja niiden mukainen toiminta^{51,16}.

Lapsen kaltoinkohtelun tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi tulee selvittää lapsen ja hänen käyttäytymiseensä liittyvät riskitekijät. (B)

Lapsen liittyviä riskitekijöitä voivat olla:

- raskauteen tai synnytykseen liittynyt komplikaatio: synnytyksen enenaikaisuus, vastasyntyneen lapsen pienuus.^{52,53,54,55}
 - lapsen: vammaisuus^{53,56,54,55}, heikko kielellinen kehitys⁵², alhainen ikä^{56,57,58}, käyttäytymisongelmat^{56,55}, itkuisuus^{55,59,60,61}
 - lapsen ärsyttävyyttä^{59,62}. Ärsyttäviksi koettuja tekijöitä lapsessa: huono käyttäytyminen, uhma, tottelemattomuus, lapsi nostaa äidin omat lapsuusmuistot pintaan, lapsi ei pidä äidistä/hylkää tämän, lapsi loukkaa äitiään, lapsi ei täytä äidin odotuksia.
 - lapsen ravistelun riskitekijöitä ovat erityisesti keskisuus, kaksosuus, poikasukupuoli, lapsi itkee paljon^{63,61}
 - Münchausen by proxy -oireyhtymän riskitekijöitä ovat: lapsi on alle 2-vuotias, äiti väkivalantekijänä, sisaruksilla usein todettu myös monipuolinen medikaalinen (esimerkiksi runsaasti käyntejä terveystalvotjärjestelmässä) tausta (complicated medical history) tai äkkikuolema.^{64,65,66}
- (yksittäinen riskitekijä itsessään ei kerro kaltoinkohtelusta)

Lapsen kaltoinkohtelun tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi tulee selvittää vanhempiin ja heidän käyttäytymiseensä liittyvät riskitekijät. (B)

Vanhempiin liittyviä riskitekijöitä voivat olla:

- päihteiden käyttö^{53,56,54,67,55,68,59,69,70,58,71}
- isän tai äidin vähäinen osallistuminen lapsen hoitoon^{52,53,56}
- tunnekyllmyys^{52,54,72}
- vakava sairaus^{52,67}
- tupakointi^{73,74}
- rikollinen tausta⁵⁹
- alhainen koulutus^{52,54,73,74,69,57}
- nuoruus^{52,53,74,55,68,63,57,58}
- yksinhuoltajuus^{52,53,73,74,55,68}
- lapsena koettu kaltoinkohtelu^{56,53,75,54,74,55,70,58}
- emotionaalinen kypsytymättömyys^{56,53,54,59,69,72}
- ei-toivottu raskaus/raskauden kieltäminen^{53,63}

- mielenterveysongelma^{76,52,53,54,67,55,68,69,63,57,58}
- avioero⁵⁴
- vaikeus selviytyä vaativasta tilanteesta⁵⁷
- äärimmäinen ylihuolehtivuus^{67,77}
- huono hoitomyöntyvyys^{56,73,67,55}
- vastaanotolle varattujen aikojen runsas laiminlyönti^{67,55,77}
- autoritaarinen kasvatusasenne ja siihen liittyvät kurinpitokäytännöt^{58,69,76}
- vanhemman kokema sosiaalisen tuen puute^{56,53}
- lapseen kohdistuvat epärealistiset odotukset^{53,55,59,69}
- (yksittäinen riskitekijä itsessään ei kerro kaltoinkohtelusta)

Lapsen kaltoinkohtelun tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi tulee selvittää perhetilanteeseen tai perheen käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät. (B)

Perheeseen liittyviä riskitekijöitä voivat olla:

- monilapsisuus^{53,73,74}
- pienet tulot^{56,54,55,69,63,57}
- huono sosiaalinen tilanne^{56,54,69,63,57}
- perheen aiempi lastensuojelutausta^{55,69,63,}
- perheväkivalta^{78,79,76,53,67,74,55,68,59,69,57}
- työttömyys^{56,54,55,69,57,}
- perheen stressi tai kriisi^{71,56,54}
- riitely^{80,52}
- perheenjäsenten välisen yhteenkuuluvuuden puute⁸⁰
- lapsen ja vanhemman vähäinen vuorovaikutus^{55,77}
- vanhempien haluttomuus keskustella terveydenhuollon työntekijöiden kanssa⁷⁷
- perheen eristäytyminen tai syrjäytyminen^{80,52,55,77}
- riippuvuus hyvinvointipalveluista⁵²
- perheen kokema sosiaalisen tuen puute^{80,53,55}
- puutteelliset empatiataidot sekä yleisesti että perheen sisällä⁷²
- (yksittäinen riskitekijä itsessään ei kerro kaltoinkohtelusta)

***) Seulontatyökaluja voidaan käyttää kaltoinkohtelun tai sen riskin arvioinnissa, osana muuta arviointia. (B) Näytönastekatsaus**

- Millään seulontatyökalulla ei voida riittävän tarkasti ja riittävän varhaisessa vaiheessa tunnistaa kaltoinkohtelua.³⁶ Esimerkkinä yksittäisestä mittarista CARAS⁴⁶ on kehitetty Kiinassa ja testattu kiinalaisperheillä. Työkalu perustuu aiempaan tutkimustietoon, on huolella kehitetty ja testattu mahdollisimman objektiiviseksi ja vahvistaa muiden seulontatyökalujen käytöstä saatuja tutkimustuloksia. Työkalun käyttö Suomessa vaatisi lisätutkimuksia sekä kulttuurisen kontekstin huomioon ottamista. Suomessa on testattu toista, kansainvälisesti laajasti validoitua riskinarviointimittaria (Child Abuse Potential Inventory, CAP).
- Systemaattinen tarkistuslistan käyttö parantaa kaltoinkohtelun tunnistamista ensiavussa. Tunnistettujen kaltoinkohtelutapausten määrä kasvoi käytettäessä tarkistuslistaa triagen eli hoidon kiireellisyyden arvioinnin yhteydessä. Työkalun käyttöön liittyi myös koulutus, jolla oli myönteistä vaikutusta tunnistamiseen. Toimintakulttuurin muutos ensiavussa, ja terveydenhuollossa ylipäättään, on tarpeen tunnistamisen helpottamiseksi.⁴⁵

Mikään riskitekijä tai merkki ei yksinään ilmaise välttämättä kaltoinkohtelua tapahtuneen, vaan lapsen ja perheen kokonaistilanne tulee ottaa huomioon. Kun jokin kaltoinkohtelun muoto on todettu, tulee epäillä muidenkin kaltoinkohtelun muotojen mahdollisuutta (C)

Riskitekijöiden yhdistelmiä, jotka voivat selittää kaltoinkohtelua:

- vanhemman masennus, alkoholin käyttö ja perheväkivaltahistoria⁸¹
- äidin eristyneisyys (ilmenee esimerkiksi äidin tyytymättömyytenä saatuun tukeen tai äidit voivat olla onnettomia tai suhtautua kielteisesti tilanteeseensa), äidin psykologiset ongelmat (ilmenee esimerkiksi vääristyneinä odotuksina lasta kohtaan tai itseluottamuksen puutteena) ja äidin kommunikaatio-ongelmat (millainen ilmapiiri perheessä, millainen äidin tapa käsitellä vauvaa)⁸²
- Näitä tulisi huomioida varhaisina huolen aiheina kotikäynneillä ja vastaanotoilla.
- pienituloisuus, sosiaalisen tuen puute, yksinhuoltajuus ja jos vanhempi on itse ollut lapsena kaltoinkohdeltu⁸³
- äidin raskauden aikainen tupakointi, enemmän kuin kaksi lasta perheessä, naimattomuus ja lapsen alhainen syntymäpaino⁸⁴
- äidin alhainen koulutus, raskaudenajan neuvolakäyntien laiminlyönti, yksinhuoltajuus, useat synnytykset, tupakointi, useita lapsia perheessä⁷³
- lasta kaltoin kohtelevat äidit ovat erittäin heterogeeninen ryhmä⁸⁵

Riskitekijöiden kasaantuminen lisää lapsen kohdistuvan kaltoinkohtelun mahdollisuutta. Lapsen kaltoinkohtelun tunnistamiseksi tulee selvittää riskitekijöiden määrä ja laatu. (B)

- riskitekijöiden määrä ja laatu tulee selvittää^{52,83,68,59,84}

Lapsen kaltoinkohtelun merkit

Lapsen kaltoinkohtelun tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi tulee tietää kaltoinkohtelusta aiheutuvat oireet ja merkit. (B)

Fyysiset merkit:

- mustelmat: poskissa, reisissä, vartalossa, käsivarren yläosassa⁸⁶, pakaroissa^{76,87}
- alle 9 kk ikäisen mustelmat⁸⁶
- esineen muotoiset mustelmat/laseraatiot eli hankaumat^{87,88,89}
- useat mustelmat⁸⁷
- perineumin eli välilihan alueen vammat⁸⁷
- savukkeella polttamisjäljet^{76,87,89}
- esineen muotoiset ja selvärajaiset, ”sukkaa muistuttavat” palovammat^{76,87,88,89}
- eri-ikäiset vammat^{76,89}, esimerkiksi mustelmien värin vaihtelu
- vammapaikkana: iho^{87,88,89,57}, pään alue^{87,74,57,61,90}, luusto^{76,87,74,57,61}, vatsa^{76,87}
- velttous, kohtaukset, oksentelu, uneliaisuus, hengityspysähdys⁹¹

Muita merkkejä:

- tunnetaakka, pelko⁷⁷
- psykosomaattiset oireet, esimerkiksi vatsakivut ja päänsärky⁷⁷
- masennus⁵⁷
- sopeutumisongelmat^{57,92}
- koulunkäyntivaikkeudet⁹²
- päihteiden käyttö^{57,92}
- pitkän aikavälin psyykkiset tai käyttäytymisongelmat⁹²

- laiminlyönnin merkit lapsessa (kehityksen viivästyminen, erilaiset fyysisen terveyden ongelmat, merkkien ilmenemistapa yhteydessä lapsen ikään) ja kodissa (esimerkiksi, liikkaisuus, siivoamattomuus)^{77,93,94}
- lapsen toistuvat käynnit vastaanotolla⁷⁷
- lapsi kertoo kivusta ilman selkeää syytä tai aiheuttajaa⁹⁵

Kaltoinkohtelun tunnistamisen ja siihen puuttumisen periaatteet ja menetelmät

Kaltoinkohtelua tunnistettaessa ja siihen puuttuttaessa tulee ottaa huomioon useat lapseen ja perheeseen liittyvät asiat (taustat, lapsi, aikuiset, heidän suhteensa), ja olla päätelyssä varovainen ja johdonmukainen. (C)

- kaltoinkohtelun tunnistamiseksi tulee huomioida useita lapseen ja perheeseen liittyviä asioita (taustat, lapsi, aikuiset, heidän suhteensa)^{71,96}
- päätelyssä tulee olla varovainen ja johdonmukainen^{76,71}

Lapsen kaltoinkohtelua epäiltäessä tulee selvittää lapsen vammojen ja oireiden lisäksi vanhemman käyttäytyminen kysymällä siitä suoraan heiltä itseltään. (C)

- vanhemmilta tulee kysyä lapsen vammojen ja oireiden lisäksi myös vanhempien käyttäytymisestä^{97,94,85}

Lapsen kaltoinkohtelusta tulee kysyä, koska kysyttäessä vanhemmat usein kertovat siitä). (C)

- vanhemmat usein kertovat kaltoinkohtelusta, jos siitä kysytään suoraan^{98,99}

Vanhemmilta tulee kysyä lapsen hoitamiseen ja vanhempien parisuhteeseen liittyviä kysymyksiä. (D)

- vanhemmilta kysytään lapsen hoitamiseen ja parisuhteeseen liittyviä kysymyksiä^{53,60}
- Apukysymyksiä voivat olla esimerkiksi:
Millaista on hoitaa tätä lasta? Kuka auttaa sinua, tai molempia vanhempia lastenhoidossa ja arjessa?
Onko sinulla aikaa itsellesi? Onko vanhemmilla aikaa toisilleen?
Mitä teette, kun lapsen käytös hermostuttaa? Mitä teette, kun lapsi itkee?
Onko sinulla/vanhemmilla vaikeuksia lapsen kanssa ruokailussa tai nukkumaan mennessä?
Ovatko lapsenne päivähoidossa?
Millaiset ovat puolisoitten keskinäiset suhteet?
Miten selviyditte perheen arjesta?

Kun työskennellään vanhempien kanssa, joilla on ollut omassa lapsuudessaan kaltoinkohtelua, tulee selvittää ja kysyä suoraan, kuinka he kasvattavat omia lapsiaan, ja miten toimivat vanhempina. (C)

- vanhemmilta, jotka ovat itse kokeneet kaltoinkohtelua lapsena, tulee kysyä, kuinka he kasvattavat lapsiaan ja toimivat vanhempina^{70,71}

Perheväkivaltaa tulee arvioida kaikkien lasten neuvolakäynneillä ja perheväkivaltaa kokeneille äideille tulee kertoa perheenjäsenten välisen väkivallan vaikutuksista lapsiin. (C)

- Perheväkivaltaa kokeneille äideille tulee kertoa sen vaikutuksista lapsiin¹⁰⁰
- Keskustelu äitiys- ja lastenneuvolassa vanhemman kanssa perheen kasvattamis- ja kurinpitokäytännöistä voi johdattaa keskusteluun mahdollisesta kaltoinkohtelusta tai sen riskistä^{62,97,101,102}. Myös asennekasvatus ruumiillista kurittamista vastaan on tärkeää¹⁰²
- Kysymyksiä, joilla voi avata keskustelua kaltoinkohtelun mahdollisuudesta tai riskistä: Miten oma äitisi tai isäsi kasvatti sinua lapsena? Muistatko kokeneesi hoivaa/ikäviä asioita; millaisia? Millaisia kurinpitokeinoja vanhempasi käyttivät ja millaisia aiot käyttää oman lapsesi kanssa? Millaisia kurinpitokeinoja käytät? Kysy vanhempien kurinpitoasenteista; miten suhtautuvat siihen, saako käyttää ruumiillista kuritusta.
- Keskustele kurinpitoasenteista ja -keinoista ja pohdi niitä yhdessä vanhempien kanssa. Johtuuko kaltoinkohtelu kasvatuksellisesta kurinpidosta vai siitä, että vanhempi menettää tilanteen hallinnan?
- Ärsyttääkö lapsesi sinua? (ks. ärsyttävyystekijät edellä) -> käynnistää usein runsaan keskustelun.
- Kysy tarvittaessa suoraan kaltoinkohtelusta, riittävän konkreettisin kysymyksin.
- Selvitä, onko vanhemmilla tietoa lapsen normaaleista kehitysvaiheista ja lapsen ikään liittyvistä asioista, esimerkiksi uhmaiästä. Vanhempien on myös hyvä tietää lapsen itkun ”normaaliudesta”: esimerkiksi noin 1 kuukauden ikäinen lapsi itkee noin 1-5 tuntia päivässä⁶⁰.
- Keskustele tarvittaessa moniammatillisen tiimin kanssa. Varmista että vanhemmilla on tietoa ja esimerkiksi yhteystiedot auttamistahoihin silloin, jos tulee yllärasittumistilanteita.

Hoitotyöntekijöiden ja muiden ammattilaisten tulee huolellisesti suunnitella ja toteuttaa kotikäynnit, joiden on todettu olevan käyttökelpoisia sekä tunnistamisen että puuttumisen keinoina. (B)

- huolellisesti suunnitellut ja toteutetut kotikäynnit ovat käyttökelpoisia sekä kaltoinkohtelun tunnistamisen että puuttumisen keinoja^{95,103,104,105,106,107,108,109,110,111}
- raskauden ja pikkulapsivaiheen aikaiset kotikäynnit vähentävät äitien tekemää kaltoinkohtelua, mutta kotikäynneillä ei ole vaikutusta muun perheväkivallan määrään. Jos perheessä on runsaasti väkivaltaa, myöskään lasten kaltoinkohtelu ei vähene kotikäynnein.^{104,105,112}
- pitkäaikaisessa seurannassa (25 vuotta) kaltoinkohtelu saattaa vähentyä kotikäynnein, jos ne ovat perheille sopivia ja kotikäynnejä tekevät hoitotyöntekijät koulutetaan¹⁰⁴. Pitkäkestoiset, suunnitelmalliset ja voimavaralähtöiset, perheitä tukevat kotikäyntiohjelmat vähentävät kaltoinkohtelua¹¹³
- jos kotikäynnit ovat huonosti toteutettuja ja suunniteltuja, ne saattavat jopa lisätä kaltoinkohtelua⁷³. Kotikäynneillä ei ole välttämättä lasten kaltoinkohtelua vähentävää vaikutusta^{108,110,111}
- välittömästi synnytyksen jälkeen on sopiva aika arvioida korkean riskin (= useita riskitekijöitä) perheitä kotikäynnein¹⁰⁶
- jos positiivinen suhde asiakkaan ja hoitotyöntekijän välillä, kotikäynnit ovat tehokas keino arvioida perheiden tilannetta¹⁰⁷

Seuraavien kriteerien toteutuminen tukee kotikäyntien onnistumista¹¹⁴

- kotikäynnit tulee aloittaa varhain ja niiden tulee tapahtua riittävän usein (perhe ja työntekijä oppivat tuntemaan toisensa)
- kotikäynnin päätarkoituksena on luoda terapeutin suhde vanhempiin

- *työntekijä*: keskustelee mahdollisesta kaltoinkohtelusta ja sen merkeistä, kykenee antamaan toimivan vanhemmuuden mallin, ei jätä lapsen tarpeita huomiotta, kykenee tarjoamaan perheelle konkreettisia palveluita
- palvelun tulee kohdistua kaikkiin perheenjäseniin
- kotikäynnit tulee räätälöidä perheen tarpeisiin: ei tarjota ”kaikkea kaikille”

Korkean riskin perheille, joissa kaltoinkohtelu on todennäköistä, varhainen kotiin suunnattu interventio on suotuisaa lapselle. Interventioita voivat olla esimerkiksi perheen ohjaaminen lapsen kehitykseen liittyvissä asioissa, konkreettinen apu ja tuki, vanhempana olemisen harjaannuttaminen, lapsen ja vanhemman välisen positiivisen vuorovaikutuksen tukeminen kotioloissa. (B)

- perheille, joissa kaltoinkohtelu on todennäköistä, varhainen kotiin suunnattu interventio on lapselle suotuisa.^{68,108,115,116}

Perhetason pitkäkestoiset interventiot, perheen sitoutuminen niihin, yhteiset tavoitteet, hyvä vuorovaikutus työntekijän ja perheen välillä sekä se, että perhe hyväksyy tarjotun avun, ovat keskeisiä lasten kaltoinkohteluun puuttumisessa. (B)

- pitkäkestoiset perhetason interventiot, joihin kuuluu myös perheen sitoutuminen niihin, yhdessä laaditut tavoitteet, ovat keskeisiä^{53,74,77,82,112,115,116,117,118}

Hoitotyöntekijän rooli ja vuorovaikutustaidot kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja siihen puututtaessa ovat erittäin tärkeitä. (C)

- hoitotyöntekijän rooli ja vuorovaikutustaidot ovat erittäin tärkeitä lapsen kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja siihen puututtaessa^{55,77,87,95,99,96,119,120}

Hoitotyöntekijän tehtäviä:

- vammojen, merkkien ja tilanteen havainnointi ja dokumentointi: ajankohta, vamman kuvaus (myös valokuvaus), arvio sen synnystä, lapsen kasvuun (esimerkiksi ravitsemustila) ja kehitykseen liittyvät seikat
- lapsen turvallisuuden arviointi ja varmistaminen tilanteessa ja sen jälkeen
- löydöksistä informointi muulle tiimille
- lapsen ja vanhempien käyttäytymisen havainnointi (esimerkiksi vastaavatko verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä toisiaan, millaiset ovat lapsen ja vanhemman väliset suhteet)
- tietojen hankkiminen perheeltä kysymällä
- perheen kuunteleminen
- perheen riskitekijöiden tunnistaminen
- jatkohoidon järjestäminen
- omahoitajuus tärkeää lapsen ja perheen kohtaamisen ja hoidon kannalta
- systemaattinen dokumentointi tärkeää: esimerkiksi vuokaaviot, tarkistuslistat saattavat olla hyviä. Niiden käyttöön tulee liittää koulutusta.¹²¹

Lapsen fyysisen pahoinpitelyn mahdollisuus tulee huomioida seuraavien tunnusmerkkien täytyessä: vamman sijainti ja vaikeusaste ristiriidassa tapahtumakuvauksen kanssa, lapsen nuori ikä, lapsen oireiden epäspesifisyys, hoitoon hakeutumisen viive, vanhempien vähättelevä suhtautuminen. (C)

- lapsella olevan vamman sijainti, ikä ja vaikeusaste ovat ristiriidassa (tai selittävinä tekijöinä mahdottomia tai epäuskottavia) tapahtumakuvauksen ja lapsen iänmukaisen kehitysvaiheen kanssa^{76,87,86,88,89,58,61}

- mitä nuoremman lapsen vammasta (murtuma, kallovamma, mustelma, palovamma) on kyse, sitä varmemmin vamma johtuu pahoinpitelystä^{86,90,58,122}
- lapsen epäspesifit oireet voivat viitata kaltoinkohteluun^{87,61}
- viive hoitoon hakeutumisessa voi viitata kaltoinkohteluun^{87,89,58}
- vamman tai oireen syntyyn liittyvät, vaihtelevat selitykset voivat viitata kaltoinkohteluun^{87,58}
- vanhemman vähättelevä suhtautuminen voi viitata kaltoinkohteluun⁸⁷
- useat aiemmat vammat tai aiemmat käynnit voivat viitata kaltoinkohteluun⁸⁹
- lapsen huolellinen fyysinen tutkiminen on tärkeää^{54,63,95} (LÄÄKÄRIN TEHTÄVÄ)

***) Epäiltäessä aiheutettua päävammaa ja siihen liittyvää silmävammaa, tarvitaan moni puolisia tutkimusmenetelmiä kaltoinkohtelun osoittamiseksi. (B) Näytönastekatsaus**

- Kaltoinkohtelu voidaan tunnistaa silmävammojen (silmänsisäinen verenvuoto, erityisesti bilateraalin, laaja ja monikerroksinen verenvuoto) perusteella. Kun silmävamma liittyy pienen lapsen päävammaan, on tutkittava kaltoinkohtelun mahdollisuus.³⁷
- Aivojen CT:aa monipuolisemman tutkimuksen hyöty diagnosoinnissa osoitettiin. Akuutin päävamman saaneen lapsen tutkimuksen tulee sisältää: CT, MRI & DWI, jos ensimmäinen CT osoittaa epänormaalin löydöksen tai oireet jatkuvat.³⁸

***) Erityisesti pienten lasten kaltoinkohtelu voidaan tunnistaa radiologisten tutkimusten ja mustelmien sijainnin avulla. (B) Näytönastekatsaus**

- Kylkiluunmurtuma viittaa kaltoinkohteluun 95 % varmuudella alle 3-vuotiailla lapsilla. Alle 3-vuotiaiden lasten kylkiluunmurtumat tulee arvioida ja tutkia tarkkaan kaltoinkohtelun tunnistamiseksi. Fyysinen kaltoinkohtelu voidaan näin tunnistaa.⁴³ Alle 2-vuotiaalle on tarpeen harkita koko vartalon radiologista tutkimusta, jos kaltoinkohtelun epäily on vahva.³⁹ Kaltoinkohtelusta johtuvien mustelmien kriteerit vahvistettiin.
- Mustelmien sijainti vartalolla, korvassa tai niskassa alle 4-vuotiaalla, sekä millaiset mustelmat tahansa alle 4 kk ikäisellä, viittaavat kaltoinkohteluun ja vaativat lisätutkimuksia.⁴⁸

***) Kaltoinkohtelua epäiltäessä kohonnut transaminaasitaso (maksan entsyymit, yli 80 IU/L) voi viitata vatsavamman olemassaoloon. (C) Näytönastekatsaus**

- Kaltoinkohteluilla lapsilla maksan transaminaasien taso >80 IU/L, indikoi vatsavammaa, jonka vuoksi lapsi pitää tutkia tarkkaan.⁴⁷

***) Palovammoja tulee epäillä kaltoinkohtelun aiheuttamiksi seuraavin kriteerein: imersiomekanismi, polttolähteenä kuuma vesi, vamman tarkkarajaisuus, selitys ei sovi vammaan. (B) Näytönastekatsaus**

- Kaltoinkohtelun mahdollisuus palovamman aiheuttajana on syytä selvittää, jos seuraavat kriteerit täyttyvät: mekanismina immersio (upottaminen), polttolähteenä kuuma vesi, vamman tarkkarajaisuus, selitys ei sovi vammaan)⁴⁰
- Muita tekijöitä voivat olla esimerkiksi lapsen passiivisuus, vetäytyneisyys, pelokkuus tai aiemmat vammat.⁴⁰

***) Moniammatilliseen yhteistyöhön panostaminen ja sen kehittäminen parantavat kaltoinkohtelun tunnistamista. Lisäksi tarvitaan alueellista ja valtakunnallista toimintapolitiikan muutosta. (B) Näytönastekatsaus**

- Moniammatillinen yhteistyö auttaa kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa^{76,53,122,114,99,88,119,96,82,66,123,124}
- Kaltoinkohtelu voidaan havaita monin erilaisin tavoin lapsesta/perheestä/olosuhteista.

Selkeää, yhtä oikeaa tapaa ei ole. Lasten ja perheiden on vaikea hakea apua, mutta sitä saattaa helpottaa hyvin kehitetyt seulontatyökalut. Perheillä, joissa kaltoinkohtelua esiintyy, on tyypillisesti useita kumuloituvia riskitekijöitä. Ekologinen, monipuolinen, moniammatillista yhteistyötä korostava malli on hyödyllinen tunnistamista ajatellen. Malli ottaa huomioon ympäristön, kulttuurin sekä eri tasojen antaman tuen.⁴¹ Tuloksia voidaan soveltaa myös Suomen oloihin.

- Lapsiperheiden palveluiden yhdistäminen joustavaksi palveluketjuksi on toimiva myös niille perheille, joilla on arjessaan kaltoinkohtelulle altistavia haasteita ja riskejä. Tunnistaminen helpottuu, kun moniammatilliset palvelut ovat lähellä, helposti saatavilla ja hyvin organisoidut. Yhdessä sovittu, moniammatillinen toimintatapa parantaa kaltoinkohtelun tunnistamista, mutta ei ole yksinään riittävä keino.⁴⁹ Lisäksi tarvitaan prosessien ja työskentelytapojen syvällistä yhteensovittamista ja kansallista, alueellista sekä organisaation tason ohjausta. Tuloksiin vaikuttaa myös yksilöiden ja ryhmien kapasiteetin huomioon ottaminen ja työskentelytapojen radikaali reflektointi. Moniammatillisen työskentelyn kehittämistoimilla on vaikutusta kaltoinkohtelun tunnistamisen parantumiseen.⁵⁰
- Kehittämistyö vaatii toimintatapojen muutosta eri tasoilla, organisaation johdon ja esimiesten sitoutumista sekä toimintapolitiikan muutosta.

Keskeinen keino parantaa kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista on laaja-alainen koulutus yhdessä eri ammattiryhmille. Koulutuksen sisältönä on esimerkiksi ilmiö sinänsä, tunnistamisen ja puuttumisen keinot, dokumentointi ja lainsäädäntö. (C)

Näytönastekatsaus

- laaja-alainen koulutus yhdessä eri ammattiryhmille on keskeinen keino parantaa kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista^{96,114,120,121,125,126,127}

***) Lapsen kaltoinkohtelun tunnistamiseen liittyviä tietoja, taitoja ja asenteita voidaan parantaa henkilökunnan koulutuksella. (B)**

- Koulutuksen avulla toiminta kaltoinkohtelun tunnistamistilanteissa paranee. Koulutukseen osallistuneiden taidot ja tiedot lisääntyvät.⁴²
- Muutosta positiiviseen tapahtuu joka alueella, erityisesti riskien, kuten stressi, alkoholin käyttö, väkivalta, puheeksi ottamisessa ja käsittelyssä. Vaikutus säilyy pitkään (36 kk).⁴⁴

Suosituksen käyttöönotto

Suosituslauseet perustuvat kohtalaiseen tai hyvään näyttöön. Vuonna 2008 julkaistu alkuperäinen suositus perustuu 77 tutkimukseen tai muuhun korkeatasoiseen tieteelliseen artikkeliin eri tieteenaloilta. Suosituslauseet on ryhmitelty riskitekijöiden arviointiin, kaltoinkohtelun merkkeihin sekä kaltoinkohteluun puuttumisen periaatteisiin ja menetelmiin. Suosituksen päivityksessä on lisäksi käytetty 15 menetelmällisesti laadukasta tutkimusta tai järjestelmällistä katsausta, joissa on arvioitu erityisesti kaltoinkohtelun tunnistamismenetelmien vaikuttavuutta ja vaikutuksia. Samalla päivitettiin aikaisemman suosituksen suosituslausekkeet.

Suosituskokonaisuus on yhteenvedo saatavilla olevasta tutkimustiedosta, joka on tiivistetty lasten kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen varhaista puuttumista edistäviksi periaatteiksi. Kaltoinkohtelun riskitekijöitä on tutkittu paljon, ja niiden osuus ja kasautumisen merkitys korostuu tässä suosituksessa. Riskitekijöiden tunnistamisessa on hyvä muistaa, että yksittäiset kaltoinkohtelun riskiä lisäävät tekijät eivät välttämättä tarkoita, että perheessä esiintyy kaltoinkohtelua. Lisäksi perheissä, joissa ei tunnisteta riskitekijöitä voi myös esiintyä kaltoinkohtelua. Suosituksessa myös korostetaan sitä, ettei mikään yksittäinen menetelmä takaa kaltoinkohtelun tunnistamista, vaan tarvitaan useita menetelmiä sekä työntekijöiden yhdessä perheen kanssa tekemää kokonaisarviota.

Suosituslauseita voidaan käyttää monipuolisesti sekä avoterveydenhuollossa ja sairaalassa että muissa moniammatillisen yhteistyön tilanteissa, joissa ollaan tekemisissä lasten, nuorten ja heidän perheidensä kanssa. Näitä toteutuu esimerkiksi varhaiskasvatuksen, koulun ja lastensuojelun ympäristöissä. Suosituksen antamaa koottua, tutkittua ja analysoitua tietoa voidaan käyttää tilanteissa, joissa epäily lapseen kohdistuvasta kaltoinkohtelusta tai sen riskistä herää. Tietoa tulee soveltaa yhdessä työntekijän kokemustiedon ja lapselta ja hänen perheeltään kerätyn kokemus- tai muun tilanteeseen liittyvän tiedon kanssa. Työntekijöiden tulee tiedostaa ja koulutuksen keinoin vahvistaa sitä, että työntekijät ovat valmiita tarpeen mukaan muuttamaan omaa käsitystään lapsen ja perheen tilanteesta, jos siitä saadaan uutta tietoa.¹²⁸

Suosituksen avulla työntekijällä on mahdollisuus vahvistaa omaa tietopohjaansa aihepiiristä ja lisätä valmiuksia keskustella aiheesta moniammatillisissa työryhmissä. Näin voidaan vahvistaa työntekijöiden uskallusta ja rohkeutta puuttua asiaan, joka on aiemmin voitu sivuuttaa helpommin, kun ei ole ollut tarvittavaa tietoa ja rohkeutta^{129,130,131}. Lapsen tai nuoren omat kokemukset tulee myös kuulla ja ottaa huomioon. Aiempaa tutkimustietoa niistä ei ole vielä riittävästi saatavilla², joten tähän pitää myös tutkimuksellisesti panostaa.

Suositusta voidaan soveltaa eri alojen ammattilaisten koulutuksessa ja moniammatillisen yhteistyön koulutuksissa eri tasoilla. Suositus soveltuu sekä peruskoulutuksen että täydennyskoulutuksen sisällöksi. Suositus tulee ottaa huomioon, kun suunnitellaan ja toteutetaan lapsiin, nuoriin ja heidän perheisiinsä liittyviä opetuksen sisältöjä. Suositus tulee ottaa huomioon, kun organisoidaan ja johdetaan moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä eri sektoreilla ja niiden yhteistyönä. Lasten kaltoinkohtelun ja varhaisen puuttumisen työyksikkökohtaisia, paikallisia ja alueellisia toimintamalleja tulee edelleen kehittää, ja siinä tulee tämän suosituksen sisältöä käyttää apuna. Suositusta voidaan käyttää myös valtakunnallisen Lastenasiantalomallin¹³² toiminnan sekä perhekeskustyyppisten lapsiperheiden peruspalveluiden kehittämisessä.

Suosituksen avulla voidaan käydä myös keskustelua kurinpitämiseen ja kuritusväkivaltaan liittyvistä asenteista ja kurinpitomenettelyistä Suomessa. Suositus tuo esiin tapoja, joilla vanhemmat pahoinpitelevät lapsiaan. Syynä voi olla kasvatukseen käytetty kurittaminen tai rankaiseminen, joka riistyy käsistä erilaisissa arjen tilanteissa¹³³. Vanhemmat tarvitsevat tietoa siitä, miten haasteellisia kasvatustilanteita hallitaan ja miten esimerkiksi leikki-ikäistä lasta voi ohjata positiivisin menetelmin arjen tilanteissa. Suositus voi myös edesauttaa keskustelua

vanhempien ja perheiden tuen tarpeista ja vanhempana jaksamisesta, jotta vanhempien jaksamattomuus ja uupumus eivät johtaisi lasten kaltoinkohteluun.

Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen on asia, jota on erittäin hankalaa tutkia ja antaa siitä kaiken kattavia, ohjeita. Tämä suositus tuo kuitenkin esiin sen, mitä aiheesta tutkimuksen perusteella tiedetään, ja suosituslauseet voivat toimia työskentelyn pohjana, tilannekohtaisesti soveltaen. Suositusten käyttöönottamista tulee edistää koulutuksella. Lisäksi tarvitaan vielä lapsen ja perheen kokemusten kartoittamista ja huomioon ottamista sekä lasten kanssa työskentelevien kokemusta ja siihen perustuvaa käytännöllistä näyttöä.

Suosituksen käyttöönottoa tukee se, että suosituksen perusteella eri organisaatioihin laaditaan omat toimintaohjeet lapsen kaltoinkohtelun tunnistamiseksi. Käyttöönottoa tulee tukea myös suosituksesta tiedottamisella ja koulutuksella.

Suosituksen päivittäminen

Suositus päivitetään viiden vuoden kuluttua tekemällä vastaava järjestelmällinen tiedonhaku kuin tässä päivityksessä toteutettiin. Tarvittavat muutokset tehdään suosituslauseisiin.

Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusta tarvitaan ainakin seuraavista aiheista, liittyen lasten kaltoinkohtelun tunnistamiseen:

- kulttuurin vaikutus kaltoinkohtelun tunnistamiseen, esimerkiksi Suomeen muuttaneiden perheiden osalta
- entistä parempien kulttuurisensitiivisten mittareiden kehittäminen ja validointi Suomessa
- muun kuin fyysisen kaltoinkohtelun tunnistaminen, koska fyysisen kaltoinkohtelun tunnistamisen menetelmät painottuvat nykytutkimuksessa
- kouluikäisten lasten ja nuorten kaltoinkohtelun tunnistaminen, koska painotus on pieniin lapsiin kohdistuvassa tutkimuksessa
- suosituksen implementoinnin ja käytettävyyden seuranta: miten vaikuttaa käytäntöihin Suomessa
- seurantatutkimuksen tekeminen siitä, miten kaltoinkohtelun tunnistamisen koulutus vaikuttaa hoitokäytäntöihin ja tunnistamiseen

LÄHTEET

Päivityksessä mukana olevat uudet tutkimukset merkitty*

1. Bair-Merritt M, Zuckerman B, Augustyn M, Cronholm P. Silent victims –An epidemic of childhood exposure to domestic violence. *The New England Journal of Medicine* 2013; 369(18): 1673–1675.
2. Lepistö S. Nuorten kokema perheväkivalta. Malli hyvinvoinnista ja selviytymisestä. *Acta Universitatis Tamperensis* 2010, vol. 1552. Tampere: Tampereen yliopisto. URL: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8223-6.pdf> (luettu 25.6.2015)
3. Paavilainen E, Flinck A. Hoitotyön suositus edistämässä lasten kaltoinkohtelun tunnistamista. *Tutkiva Hoitotyö* 2014; 12(2): 48–50.
4. Taylor J, Lazenbatt A. *Child maltreatment and high risk families*. Dunedin Academic Press 2014, Edinburgh, UK.
5. Lasten kuolemien (2009–2011) tutkinta. Onnettomuustutkintakeskus. http://turvallisuustutkinta.fi/material/attachments/otkes/tutkintaselostukset/fi/muutonnettomuudet/2012/AtKr3zBTr/Y2012-S1_lasten_kuolemat.pdf
6. Selvitys perhesurmien taustoista 2003–2012. Sisäinen turvallisuus. Sisäasiainministeriön julkaisuja 35/2012.
7. Ellonen N, Lepistö S, Helminen M, Paavilainen E. Cross-cultural validation of the Child Abuse Potential Inventory in Finland: Preliminary findings of the study among parents expecting a baby. Submitted.
8. Vincent S. *Preventing child deaths –learning from review 2013*; Dunedin Academic Press, Edinburgh, UK.
9. Gilbert R, Widom K, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet* 2009; 373, Jan: 68–81.
10. Ellonen N, Kääriäinen J, Salmi V, Sariola H. Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 71/2008. Oikeuspoliittisen Tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 87. Tampere.
11. Fagerlund M, Peltola M, Kääriäinen J, Ellonen N, Sariola H. Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset 2013. Lapsiuhritutkimuksen tuloksia. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 2014; 110. Poliisiammattikorkeakoulu, Tampere. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86726/Raportteja_110_lapsiuhritutkimus_web.pdf?sequence=1
12. Ellonen N. Kurin alaiset. Lasten ja vanhempien välisten ristiriitojen ratkaiseminen perheissä. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 103, 2012. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86741/Raportteja103_www.pdf (luettu 25.6.2015)
13. Rikoslaki 39/1889.
14. Laki lasten huollosta ja tapaamisoikeudesta 36/1983.
15. Paavilainen E, Helminen M, Flinck A, Lehtomäki L. How public health nurses identify and intervene in child maltreatment based on the national clinical guideline. *Nursing Research and Practice*, Volume 2014, Article ID 425460. <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/425460/> (Luettu 1.6.2015)
16. Paavilainen E, Flinck A. National nursing guideline for identifying and intervening in child maltreatment in Finland. *Child Abuse Review* 2013; 22: 209–220.

17. Paavilainen E, Lepistö S, Flinck A. Ethical issues in family violence research in health care settings. *Nursing Ethics* 2014; 21(1): 43–52.
18. eppäkoski T, Flinck A, Paavilainen E. Assessing and enhancing health care providers' response to domestic violence. *Nursing Research and Practice*, Volume 2014, Article ID 759682. <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/759682/> (Luettu 1.6.2015)
19. Nygren P, Nelson H, Klein J. Screening children for family violence: a review of the evidence for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine* 2004; 2(2): 161–169.
20. Woodman J, Lecky F, Hodes D, Pitt M, Taylor B, Gilbert R. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. *Child: care, health and development* 2009; 36(2): 153–164.
21. Louwers E, Affourtit M, Moll H, de Koning H, Korfage I. 2010. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child* 2010; 95: 214–218.
22. Newton A, Zou B, Hamm M, Curran J, Gupta S, Dumonceaux C, Lewis M. Improving child protection in the emergency department: a systematic review of professional interventions for health care providers. *Acad Emerg Med* 2010; 17(2): 117–125.
23. Hoytema van Konijnenburg E, Teeuw A, Sieswerda-Hoogendoorn T, Leenders A, van der Lee J. 2013. Insufficient evidence for the use of a physical examination to detect maltreatment in children without prior suspicion: a systematic review. *Systematic Reviews* 2013, 2:109. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/109>
24. Inkilä J, Flinck A, Luukkaala T, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E. Interprofessional collaboration in the detection of and early intervention in child maltreatment: Employees' experiences. *Nursing Research and Practice* vol. 2013; Article ID 186414, 10 pages, 2013. Doi:10.1155/2013/186414: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/186414/> (Luettu 1.6.2015)
25. Carter Y, Bannon M, Limbert C, Dochety A, Barlow J. Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Arch Dis Child* 2006; 91: 740–743.
26. Coohy C, Johnson K, Renner, L.M. Easton S.D. Actuarial risk assessment in child protective Services: Construction methodology and performance criteria. *Children and Youth Services Review* 2013; 151–161.
27. Carter B. Developing and Implementing an Appreciative “Quality of Care” Approach to Child Neglect Practice. *Child Abuse Review* 2012; 21: 81–98.
28. Lastensuojelulaki 417/2007.
29. Muukkonen T, Tulensalo H. Lasten suojelun tehtävät, kun lapsen epäillään kokeneen väkivaltaa. *Duodecim* 2015; 131: 973–978.
30. Tuominen M, Ellonen N. Rikostutkinta lapsiin kohdistuvissa väkivalta- ja seksuaalirikoksissa. *Duodecim* 2015; 131: 979–984.
31. Tupola S, Kivitie-Kallio S, Kallio P, Koskinen S, Alapulli H. Epäily lapsen fyysisestä pahoinpitelystä – tunnistaminen ja toimenpiteet terveydenhuollossa. *Duodecim* 2015; 131: 993–999.
32. Appleton J & Glaser D. 2009. Suspecting child maltreatment. *Community Practitioner* 82(9): 34–35.
33. Hermanns J. Fighting child abuse. An effective approach. 2008. Netherlands Youth Institute, Netherlands.

34. Paavilainen E, Flinck A. The effectiveness of methods designed to identify child maltreatment in social and health care: a systematic review protocol. *JBI Library of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2014; 12(1): 90–100.
35. Hoitotyön suositusten laadinnan käsikirja 2013
36. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi LR. Is early detection of abused children possible?: A systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics*. 2013; 13: 202. <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/202>*
37. Bhardwaj G, Chowdhury V, Jacobs M, Moran K, Martin F, Coroneo M. A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. *Ophthalmology*. 2010; 117(5): 983–992*
38. Kemp AM, Rajaram S, Mann M, Tempest V, Farewell D, Gawne-Cain MI, Jaspan T, Maguire S (Welsh Child Protection Systematic Review Group). What neuroimaging should be performed in children in whom inflicted brain injury (iBI) is suspected? A systematic review. *Clinical Radiology*. 2009; 64: 473–483.*
39. Kemp AM, Butler A, Morris S, Mann M, Kemp KW, Rolfe K, Sibert JR, Maguire S. Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? *Clinical Radiology*. 2006; 61: 723–736.*
40. Maguire S, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns*. 2008; 34: 1072–108.*
41. Daniel B, Taylor J, Scott J. Recognition of neglect and early response: Overview of a systematic review of the literature. *Child & Family Social Work*. 2010; 15: 248–257.*
42. Smeeckens A, Broekhuisen-van Henten D, Sittig J, Russel I, Cate O, Turner N, van de Putte E. Successful e-learning programme on the detection of child abuse in emergency departments: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*. 2011; 96(4): 330–334.*
43. Barsness K, Cha E-S, Bensard D, Calkins C, Partrick D, Karrer F, Strain J. The positive predictive value of rib fractures as an indicator of nonaccidental trauma in children. *The Journal of Trauma*. 2003; 54(6): 1107–1110.*
44. Dubowitz H, Lane W, Semiatin J, Magder L, Venepally M, Jans M. The safe environment for every kid model: Impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics*. 2011; 127(4): e962–e970.*
45. Louwers E, Korfage I, Affourtit M, Scheewe D, van de Merwe M, Vooijs-Moulaert A-F, van den Elzen A, Jongejan M, Ruige M, Manai B, Looman C, Bosschaart A, Teeuw A, Moll H, de Konig H. Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*. 2012; 130(3): 457–464. *
46. Chan K. Evaluating the risk of child abuse: The child abuse risk assessment scale (CARAS). *Journal of Interpersonal Violence*. 2012; 27(5): 951–973. *
47. Lindberg D, Shapiro R, Blood E, Steiner R, Berger R. Utility of hepatic transaminases in children with concern for abuse. *Pediatrics*. 2013; 131(2): 268–275.*
48. Pierce M, Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J, Lorenz D. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*. 2010; 125(?): 67–74.*
49. McKeown K. Inter-agency cooperation between services for children and families in Ireland: does it improve outcomes? *Journal of Children's Services*. 2012; 7(3): 191–200.*

50. Wills R, Ritchie M, Wilson M. Improving detection and quality of assessment of child abuse and partner abuse is achievable with a formal organisational change approach. *Journal of Paediatrics and Child Health*.2008;44:92–98.*
51. Flinck A & Paavilainen E. Ylisukupolvisen kaltoinkohtelun ehkäiseminen lasten ja perheiden palveluiden haasteena. LaskeTut –hankkeen (lastensuojelun tutkimus) seminaarijulkaisu. THL & Socca, Heikki Waris – instituutti, 2015.
52. Brown J, Cohen P, Johnson JG & Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 1998; 22: 1065–1078.
53. Bethea L. Primary Prevention of Child Abuse. *American Family Physician* 1999; 59: 1577–1585.
54. McAllister M. Domestic Violence: A Life-Span Approach to Assessment and Intervention. *Primary Care Practice* . 2000; 4: 174–189.
55. Peck MD & Priolo-Kapel D. Child Abuse by Burning: A review of the Literature and an Algoritk for Medical Investigation. *The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care* 2002; 53, 1013–1022.
56. English DJ. The Extent and Consequences of Child Maltreatment. *Protecting Children from Abuse and Neglect* 1998; 8: 39–53.
57. Tenney-Soeiro R & Wilson C. An update on child abuse and neglect. *Current Opinion in Pediatrics* 2004; 16 233–237.
58. Tupola S & Kallio P. Lasten fyysinen pahoinpitely – diagnostiikka, menettelytavat ja seuranta. *Suomen Lääkärilehti* 2004; 59(40), 3749–3755.
59. Ricci L, Giantris A, Merriam P, Hodge S & Doyle T. Abusive head trauma in Maine infants: medical, child protective, and law enforcement analysis. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 271–283.
60. Reijneweld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RE, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *The Lancet* 2004; 364(9): 1340–1342.
61. Newton AW & Vandeven AM. Update on child maltreatment with a special focus on shaken baby syndrome. *Current Opinion in Pediatrics* 2005; 17: 246–251.
62. Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, Senoo E & Ohara M. Child Abuse Prevention in Japan: An Approach to Screening and Intervention with Mothers. *Public Health Nursing* 2004; 21: 513–518.
63. Kivitie-Kallio S & Tupola S. Ravistellun vauvan oireyhtymä. *Duodecim* 2004; 120: 2306–2312.
64. Fulton D. Early recognition of Munchausen syndrome by proxy. *Critical Care Nursing Quarterly* 2000; 23 (2): 35–42.
65. Thomas K. Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Diagnosis. *Journal of Pediatric Nursing* 2003; 18 (3), 174–180.
66. Galvin HK, Newton AW & Vandeven AM. Update on Munchausen syndrome by proxy. *Current Opintion in Pediatrics* 2005; 17: 252–257.
67. Väisänen L & Väisänen E. Perheväkivallan uhrin kohtaaminen lääkärin työssä. *Suomen Lääkärilehti* 2000; 55(24–26), 2655–2659.
68. Nair P, Schuler ME, Black MM, Kettinger L & Harrington D. 2003. Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. 2003; *Child Abuse & Neglect* 27: 997–1017.

69. DiLauro M D. Psychosocial Factors Associated with Types of Child Maltreatment. *Child Welfare League of America* 2004; 83: 69–99.
70. Locke TF & Newcomb MD. Child Maltreatment, Parent Alcohol- and Drug-Related Problems, Polydrug Problems, and Parenting Practices: A Test of Gender Differences and Four Theoretical Perspectives. *Journal of Family Psychology* 2004; 18(1): 120–134.
71. Sprang G, Clark JJ & Bass S. Factors that contribute to child maltreatment severity: a multi-method and multidimensional investigation. *Child Abuse & Neglect* 2005; 29: 335–350.
72. Perez-Albeniz A & de Paul J. Gender differences in empathy in parents at high- and low-risk of child physical abuse *Child Abuse & Neglect* 2004; 28 (3), 289–300.
73. Murphey DA & Braner M. Linking Child Maltreatment Retrospectively to Birth and Home Visit Records: An Initial Examination. *Child Welfare League of America* 2000. LXXIX, #6, November/December). 711–728.
74. Toomey S & Bernstein H. Child abuse and neglect: prevention and intervention. *Current Opinion in Pediatrics* 2001; 13: 211–215.
75. Ertem IO, Leventhal JM & Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *The Lancet* 2000; 356(2) 814–819.
76. Bernet W (pääasiällinen kirjoittaja). Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused. *Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 423–442.
77. Paavilainen E & Tarkka M-T. Definition and Identification of Child Abuse by Finnish Public Health Nurses. *Public Health Nursing* 2003; 20: 49–55.
78. Rumm PD, Cummings P. Krauss MR, Bell MA & Rivara FP. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse & Neglect* 2000; 24: 1375–1381.
79. Tajima EA. Correlates of the Co-Occurrence of Wife-Abuse Among a Representative Sample. *Journal of Family Violence* 2004; 19(6) 399–410.
80. Mollerstrom WW, Patchner MA & Milner JS. Family Functioning and Child Abuse Potential. *Journal of Clinical Psychology* 1992; 48 (4): 445–453.
81. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence towards children. *Child Abuse & Neglect* 2005; 29: 107–133.
82. Grietens H, Geeraert L & Hellinck W. A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse & Neglect* 2004; 28(3): 321–337.
83. Hall LA, Sachs B & Rayens, MK. Mother's Potential for Child Abuse: The Roles of Childhood Abuse and Social Resources. *Nursing Research* 1998; 47(2): 87–95.
84. Wu SS, Ma C-X, Carter RL, Ariet M, Fearver EA, Resnick MB & Roth J. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse & Neglect* 2004; 28: 1253–1264.
85. Wilson SL, Kuebli JE & Hughes HM. 2005. Patterns of maternal behaviour among neglectful families: Implications for research and intervention. *Child Abuse & Neglect* 2005; 29: 985–1001.
86. Truman P. Physical child abuse. *Nursing Standard* 2000; 14(50): 33–34
87. Kim K Cheung. Identifying and Documenting Findings of Physical Child Abuse and Neglect. *Journal of Pediatric Health Care* 1999; 13: 142–143.
88. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. When Inflicted Skin Injuries Constitute Child Abuse. *Pediatrics* 2002; 110: 644–645.

89. Mudd SS & Findlay JS. The Cutaneous Manifestations and Common Mimickers of Physical Child Abuse. *Journal of Pediatric Health Care* 2004; 18:123–129.
90. Chang DC, Knight V, Ziegfeld S, Haider A, Warfield D & Paidas C. The Tip of the Iceberg for Child Abuse: The Critical Roles of the Pediatric Trauma Service and its Registry. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care* 2004; 57 (6): 1189–1198.
91. Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotnak AP, Stronks S & Rosquist P. Analysis of Perpetrator Admissions to Inflicted Traumatic Brain Injury in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 454–458.
92. Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J & Kaplow J. A 12-Year Prospective Study of the Long-Term Effects of Early Child Physical Maltreatment on Psychological, Behavioral, and Academic Problems in Adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2002; 156, 824–830.
93. Cowen PS. Child neglect: injuries of omission. *Pediatric Nursing* 1999; 25(4): 401–416.
94. Straus MA, Kaufman Kantor G. Definition and measurement of neglectful behaviour: some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect* 2005; 29: 19–29.
95. Chaney S. 2000. Child abuse: Clinical findings and management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2000; 12 (11): 467–471.
96. Little L & Kaufman Kantor G. Using Ecological Theory to Understand Intimate Partner Violence and Child Maltreatment. *Journal of Community Health Nursing* 2002; 19 (3): 133–145.
97. Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW & Runyan D. Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect* 1998; 22 (4): 249–270.
98. Kerker BD, Horwitz SM, Leventhal JM, Plichta S & Leaf PJ. Identification of Violence in the Home: Pediatric and Parental Reports. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2000;154(5): 457–462.
99. Sharon EM, Gerardi MJ, Dietrich AM, Knazik SR, Mulligan-Smith, Sweeney RL & Warden CR. Injury Prevention and Control in Children. *Annals of Emergency Medicine* 2001; 38: 405–414.
100. McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA & Watson K. Behaviors of Children Who Are Exposed and Not Exposed to Intimate Partner Violence: An Analysis of 330 Black, White, and Hispanic Children. *Pediatrics* 2003; 112: 202–207.
101. Gaffney KF, Barndt-Maglio B, Myers S & Kollar SJ. Early Clinical Assessment for Harsh Child Discipline Strategies. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2002; 27(1):34–40.
102. Straus MA. Corporal Punishment and primary prevention of physical abuse. *Child Abuse & Neglect* 2000; 24(9), 1109–1114.
103. Leventhal JM. The Challenges of Recognizing Child Abuse: Seeing is believing. *The Journal of American Medical Association (JAMA)* The 1999; 281(7): 657–659.
104. Olds, DL, Eckenrode J, Henderson C, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettit LM & Luckey D. Long-term effects of Home-Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect: Fifteen-Year Follow-up of a Randomized Trial. *The Journal of American Medical Association (JAMA)* 1997; 278 (8): 637–643
105. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Smith E, Olds DL, Powers J, Cole R, Kitzman H, Sidora K. Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse

- Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence. *The Journal of American Medical Association (JAMA)* 2000; 284 (11) 1385–1391.
106. Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP & Dadds MR. 2000. Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect* 2000; 24(11): 1399–1429.
 107. Cerny JE & Inouye J. Utilizing the Child Abuse Potential Inventory in a Community Health Nursing Prevention Program in Child Abuse. *Journal of Community Health Nursing* 2001; 18(4): 199–211.
 108. Rubin D, Lane W & Ludwig S. Child abuse prevention. *Current Opinion in Pediatrics* 2001; 13, 388–401.
 109. Olds DL. 2002. Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: From Randomized Trials to Community Replication. *Prevention Science* 2002; 3(3):153–172.
 110. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A & Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 2004; 28: 597–622.
 111. Centre for Reviews and Dissemination. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of the British literature. *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2005; 2.
 112. DePanfilis D & Zuravin SJ. The effect of services on the recurrence of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 2002; 26: 187–205.
 113. MacLeod J & Nelson G. Programs for the Promotion of Family Wellness and the Prevention of Child Maltreatment: A Meta-analytic Review. *Child Abuse & Neglect* 2000; 24(9), 1127–1149.
 114. Leventhal JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 1996; 20(8): 647–653.
 115. Dawson K & Berry M. Engaging Family in Child Welfare Services: An Evidence-Based Approach to Best Practice. *Child Welfare League of America* 2002; 81(2): 293–317.
 116. Thomlinson B. Characteristics of Evidence-Based Child Maltreatment Interventions. *Child Welfare* 2003, 82 (5) September/October 541–569.
 117. Howes PW, Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: a systems perspective. *Journal of Family Psychology* . 2000; 14 (1) 95–110.
 118. MacMillan H. 2006. Preventive healthcare 2000 update: Prevention of child maltreatment. Centre of Reviews and Dissemination. *Database of Abstracts of Reviews and Effects* 3.
 119. Cowen PS & Reed DA. Effects of Respite Care for Children with Developmental Disabilities: Evaluation of an Intervention for At Risk Families. *Public Health Nursing* 2002; 19(4): 272–283.
 120. King W & Reid C. National audit of emergency department child protection procedures. *Journal of Emerg Med* 2003; 20: 222–224.
 121. Renger JR & Pearce AV. Quality improvement report: Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *BMJ (British Medical Journal)* 2002; 324: 780–782.
 122. Jenny C & Hymel KP. Analysis of Missed Cases of Abusive Head Trauma. *Journal of American Medical Association* 1999; 281(7): 621–626.
 123. Sadler BL, Chadwick DL & Hensler DJ. The Summary Chapter– The National Call to Action: Moving Ahead. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23 (10), 1011–1018.

124. Murry SK, Baker AW & Lewin L. Screening families with young children for child maltreatment potential. *Pediatric Nursing* 2000; 26 (1).
125. Elders MJ. The Call to Action. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23 (10): 1003–1009.
126. Bannon MJ & Carter YH. Paediatricians and child protection: the need for effective education and training. *Archives of Disease in Childhood* 2003; 88: 560–562.
127. Cerezo MA & Pons-Salvador G. Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social services, and school. *Child Abuse & Neglect* 2004; 28(11): 1153–1169.
128. Munro E. Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23(8): 745–758.
129. Paavilainen E, Pösö T. Lapset, perhe ja väkivaltatyö. 2004. WSOY, Porvoo.
130. Paavilainen E, Mäkelä J. Lapsen kaltoinkohtelun tunnistaminen ja varhainen puuttuminen. Teoksessa: Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. (toim.) Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja, 2012. Terveys ja hyvinvoinnin laitos, Juvenes Print, Tampere, pp. 142–146.
131. Norman R, Byambaa M, De R, Bitchart A, Scott A, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine* 2012; 9(11): www.plosmedicine.org/e1001349
132. Anttila P. Lapseen kohdistuva väkivalta -paraneeko tunnistaminen ja viranomaistyö? *Duodecim* 2015; 131: 971–972.
133. Hentilä S, Ellonen N, Paavilainen E, Kääriäinen J, Koivula T. Pieniin lapsiin kohdistuvan kaltoinkohte