



# **Perheessä tapahtuvan lapsen kaltoin- kohtelun riskiolojen tunnistaminen**

**Hotus-hoitosuositus®**

# TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET

## Puheenjohtaja

**EIJA PAAVILAINEN**, TtT, professori, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

## Jäsenet

**HEIDI RANTANEN**, lasten ja nuorten sairaanhoitaja, TtM, väitöskirjatutkija, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampereen yliopistollinen sairaala, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

**AUNE FLINCK**, TtT, dosentti, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

**JANITA LETTONIEMI**, lasten sairaanhoitaja, TtM-opiskelija, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

**MERI SIIKI**, lasten sairaanhoitaja, TtM-opiskelija, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

## Asiantuntijat

**KIRSI KAUPPILA** TtT, hoitotyön kliininen asiantuntija, Lastenpsykiatria, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

**PIA KEISKI**, TtT, yliopettaja, Tampereen ammattikorkeakoulu

**JORMA KOMULAINEN**, LT dosentti, Käypä Hoito -suositusten päätoimittaja, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

**TAINA LAAJASALO**, PsT, dosentti, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

**HANNA LAHTINEN**, PsM, yliopisto-opettaja, oikeuspsykologi, Kasvatustieteen ja psykologian osasto, Itä-Suomen yliopisto

**TARJA PÖSÖ**, YTT, professori, sosiaalityö, Tampereen yliopisto

Asiantuntijat edustavat monialaista näkemystä hoitosuosituksen teemaan, sitä koskevaan tutkimukseen, koulutukseen ja käytännön työhön. He kommentoivat hoitosuosituksen eri luonnosversioita ja osa heistä antoi lausuntonsa ennen hoitosuosituksen lausuntokierrosta.

## **SIDONNAISUUDET**

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

### **Suosituksen versiohistoria**

#### **2015**

Paavilainen Eija, Flinck Aune, Komulainen Jorma, Lahtinen Hanna, Pörfors Pia, Pösö Tarja, Rautakorpi Helena, Tuovinen Lea. Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa.

#### **2008**

Paavilainen Eija, Flinck Aune. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen.

ISSN 2489-5024

## Sisällys

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET	2
Johdanto	6
Suosituksen tavoite ja keskeiset käsitteet	9
Suosituksen tavoite	9
Kohderyhmät	9
Keskeiset käsitteet	10
Suosituslauseet	16
Lapsen kaltoinkohtelun riskiolot	16
1. Vanhempaan liittyvät riskitekijät	16
1.1 Vanhemman lapsuudessaan kokema kaltoinkohtelu ja traumakokemukset	16
1.2 Vanhemman yksilölliset tekijät ja kuormittava elämäntilanne	20
1.3 Vanhemman mielenterveys	27
2. Perheeseen liittyvät riskitekijät	30
3. Lapseen liittyvät riskitekijät	33
4. Lapsen kaltoinkohteluriskin tunnistamismenetelmät ja -välineet	37
Menetelmät	39
Tiedonhaku	39
Tiedonlähteiden valinta	40
Tutkimusten laadunarviointi	41
Näytönasteen arviointi	41
Suosituksen käyttöönotto	43
Suosituksen päivittäminen	44

Jatkotutkimusaiheet	44
Lähteet	46

## Johdanto

Tämä hoitosuositus on vuonna 2008 julkaistun ja vuonna 2015 päivitetyn "Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa" -hoitosuosituksen päivitys. Päivityksen kohteena ovat erityisesti perheessä tapahtuvan lasten kaltoinkohtelun riskitekijöiden muodostamat riskiolot sekä niiden tunnistaminen. Tässä hoitosuosituksessa korostuu lapsen kaltoinkohtelun varhainen tunnistaminen ja ehkäisy. Hoitosuositus on linjassa niin kansainvälisten (mm. WHO<sup>1</sup>, WHO/EUROPE<sup>23</sup> UNICEF<sup>4</sup>, UN Secretary-General<sup>5</sup>) kuin kansallisten toimintaohjelmien kanssa (esim. Väkivallaton lapsuus<sup>6,7</sup>, Barnahus<sup>8</sup>, Kansallinen lapsistrategia 2019–2023<sup>9</sup> ja THL:n väkivaltasivusto<sup>10</sup>). Se on linjassa myös säätiöiden toimintaohjelmien kanssa, joilla pyritään lasten kohtaaman väkivallan tai kaltoinkohtelun vähentämiseen ja ehkäisyyn, sekä lasten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen (mm. ITLA<sup>11</sup> ja End Violence Against Children<sup>12</sup>).

Hoitosuosituksessa tarkastellaan vanhemman tai huoltajan alle 18-vuotiaaseen lapseen kohdistamaa fyysistä ja henkistä kaltoinkohtelua sekä hoidon ja huolenpidon laiminlyöntiä. Vanhempien välisen väkivallan näkeminen, väkivallan ilmapiirissä eläminen tai kuritusväkivalta ovat myös lapsen kaltoinkohtelua<sup>1</sup>. Tässä hoitosuosituksessa ei käsitellä lapseen kohdistuvaa seksuaaliväkivaltaa, sillä sitä käsitellään kattavasti toisaalla<sup>13–15</sup>. Hoitosuosituksessa ei käsitellä myöskään tarkemmin kaltoinkohtelun lääketieteellisiä oireita ja merkkejä, koska niitä on kuvattu kattavasti vuonna 2020 julkaistussa Lääkärin käsikirjassa<sup>16</sup>. Hoitosuosituksessa ei myöskään käsitellä kaltoinkohtelun hoito- ja diagnosointimenetelmiä eikä näitä palveluita tarjoavia tahoja, koska ne vaihtelevat hyvinvointialueittain.

Lasten kaltoinkohtelu on maailmanlaajuinen kansanterveydellinen, ihmisoikeudellinen, moraalinen ja sosiaalinen ongelma<sup>1,17,18</sup>. Kansainvälisen arvion mukaan joka kolmas lapsi kärsii kaltoinkohtelusta<sup>19</sup>. Vuonna 2020 Suomessa rikos- ja pakkokeinotilaston mukaan tehdyistä rikosilmoituksista, vanhempien alaikäisiin lapsiinsa kohdistamia epäiltyjä väkivallan tekoja oli 2 200, mikä on 20,5 % kaikista tietoon tulleista perhe- ja lähisuhdeväkivallan tapauksista. Vuonna 2020 vanhempien (biologiset sekä ei-biologiset) alle 18-vuotiaisiin kohdistamia epäiltyjä rikoksia kirjattiin 1 396 isien ja 715 äitien tekeminä. Alaikäisistä uhreista 22 % oli alle 5-vuotiaita, 37 % 5–9-vuotiaita, 27 % 10–14-vuotiaita ja 14 % 15–17-vuotiaita.<sup>20</sup>

Väkivallan dokumentointi on todettu terveydenhuollossa puutteelliseksi<sup>21,22</sup>, sillä erityisesti lapsiin kohdistuvat rikokset jätetään usein ilmoittamatta<sup>23</sup>. Lapseen kohdistuva väkivalta koskettaa ja haastaa myös lastensuojelussa toimivia työntekijöitä. Lastensuojelussa haasteina ovat muun muassa vanhempien alkoholinkäyttö ja taloudelliset vaikeudet, jotka voivat lisätä perheissä esiintyvää väkivaltaa. Esimerkiksi suomalaisäitien ja -isien alkoholinkäyttö raskausaikana on melko runsasta, ja äideistä jo hieman yli puolet käyttää alkoholia ainakin jonkin verran<sup>24</sup>. Neljävuotiaiden lasten vanhemmille suunnatussa valtakunnallisessa kyselyssä, 44 % vanhemmista ilmoitti lapseen kohdistuvasta emotionaalisesta kaltoinkohtelusta ja 14 % fyysisestä kaltoinkohtelusta.<sup>25</sup> Lastensuojelun keskusliiton vuonna 2021 tekemän kuritusväkivaltakyselyn mukaan

vastaajien tietoisuus kuritusväkivallan lainvastaisuudesta on heikentynyt ja asenteet koventuneet. Esimerkiksi kovakourainen tarttuminen lapseen ja retuuttaminen ovat lisääntyneet. Asenteiden koventumiseen ja kuritusväkivallan käytön lisääntymiseen vaikuttaa eniten oma, lapsuudessa koettu kuritusväkivalta.<sup>26</sup>

Taloudelliset vaikeudet näkyvät perheiden hyvinvoinnissa, sillä vanhempien ja lasten hyvinvointi on heikompaa perheissä, joissa vanhempi arvioi toimeentulon olevan hankalaa<sup>27</sup>. Tulonjakotilaston mukaan vuonna 2019 pienituloisiksi luokiteltujen, köyhyysriskissä elävien perheiden lapsia oli noin 135 000. Köyhyysriski on yleisintä pienten lasten ja monilapsisissa perheissä.<sup>28</sup> Taloudellinen ahdinko vaikuttaa negatiivisesti vanhemmuuden selviytymisen kokemukseen, kun taas hyväksi koetulla terveydellä, työllisyydellä sekä onnistuneella työn ja perhelämän yhteensovittamisella on suotuisa vaikutus vanhemmuuden selviytymisen kokemukseen.<sup>29</sup> Taloudellinen ahdinko ja työttömyys voivat johtaa vanhemman loppuun palamiseen erityisesti silloin, kun vanhempi on iältään nuori ja perheessä on erityislapsi, tai kun vanhempi pyrkii täydellisyyteen sosiaalisessa elämässä ja kokee ahdistusta ulkopuolelta tulevien, liian korkeiden vaatimusten paineessa<sup>30</sup>. Lapsen näkökulmasta perheen taloudellinen ahdinko rajoittaa perustarpeiden täyttymisen lisäksi lapsen sosiaalista elämää, kuten harrastuksia ja ryhmään kuuluvuuden tunnetta. On kuitenkin tärkeää tiedostaa, että vaikka perheellä saattaa olla taloudellisia ongelmia, lapsen läheiset suhteet vanhempiinsa ja ystäviinsä voivat kompensoida köyhyyden vaikutuksia.<sup>31</sup>

Lasten kaltoinkohtelun kaikki muodot ovat vahingollisia lapselle sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Kaltoinkohtelu on merkittävin ACE-ilmiöön (Adverse Childhood Experiences) sisältyvä tekijä, joka aiheuttaa lapsen elimistöön kroonisen tai toksisen stressitilan. Se saattaa aiheuttaa hänelle kasvu- ja kehityshäiriöitä, sairauksia ja käyttäytymisen muutoksia sekä vaikuttaa myös aivojen kehitykseen ja toimintaan. Mitä useampia negatiivisia asioita lapsen elämässä on, sitä varmemmin tapahtuu negatiivista kehitystä ja ylisukupolvista siirtymää.<sup>32</sup> Esimerkiksi Hindleyn ja kumppaneiden<sup>33</sup> järjestelmällisessä katsauksessa todetaan seuraavien tekijöiden usein edeltävän kaltoinkohtelua: aiemmin tapahtunut kaltoinkohtelu, lapsen laiminlyönti, vanhempien riitely tai vanhemman mielenterveysongelmat. Lisäksi lapsi, joka on yhden kaltoinkohtelun muodon uhri, kokee todennäköisemmin myös muita kaltoinkohtelun muotoja<sup>34-36</sup>.

Laiminlyöntiin, fyysiseen kaltoinkohteluun ja seksuaaliväkivaltaan liittyy uusiutumisen riski<sup>37</sup>. Lapsella, joka on kokenut useita eri kaltoinkohtelun muotoja, uusiutumisenaste on suurempi kuin sellaisella, joka on kokenut satunnaista kaltoinkohtelua<sup>38</sup>. Lapsen liittyviä kaltoinkohtelun uusiutumisen riskitekijöitä voivat olla esimerkiksi nuori ikä, vammaisuus sekä fyysiset, psyykkiset, emotionaaliset, kognitiiviset tai sosiaaliset vaikeudet. Vanhempaan liittyviä riskitekijöitä voivat olla esimerkiksi vanhemman lapsuudessaan kokema kaltoinkohtelu, yksinhuoltajuus, isä- tai äiti-puolena oleminen, päihteiden käyttö, rikollinen käyttäytyminen, mielenterveysongelmat, heikot vanhemmuuden taidot tai vanhemman ja lapsen välisen suhteen vaikeudet. Perheeseen liittyviä riskitekijöitä voivat olla esimerkiksi perheväkivalta, perheen stressi, vähäinen sosiaalinen tuki, köyhyys tai lapsen sijoittaminen kodin ulkopuolelle. Lisäksi muita riskitekijöitä voivat olla lapsen heikko näkyvyys yhteiskunnassa ja kaltoinkohteluun syyllistyneen mahdollisuus jatkaa kaltoinkohtelua. Kaltoinkohtelun uusiutumisen riskiä vähentävät muun muassa poliisiviranomaisten ja

terveydenhuollon henkilöstön osallisuus kaltoinkohtelusta ilmoittamiseen ja lapsen sijoittaminen kodin ulkopuolelle sukulaisten luo.<sup>37</sup>

Vanhemmilla ja huoltajilla on vastuu lapsen hyvinvoinnista<sup>39</sup>. Asianmukainen tieto tukee vanhemman kasvatustehtävää. Vanhemmat tarvitsevat myös tietoa siitä, miten lapsen kanssa ollaan ja toimitaan. Vanhemmilla on lakiin perustuva oikeus varhaisen tuen saantiin kasvatustehtävässään. Lasten ja perheiden kanssa toimivilla viranomaisilla on velvollisuus tarjota vanhemmille ja huoltajille mahdollisimman varhain tukea heidän kasvatustehtävässään sekä ohjata lapsi ja perhe tarvittaessa lastensuojelun tuen piiriin.<sup>39–41</sup> Ennaltaehkäisytyön tulisi kattaa kaikki perheet, molemmat vanhemmat sekä lapset ikätasoisesti.

Lapsen kaltoinkohtelun epäilyn tilanteissa organisaatioissa noudatetaan lakeihin perustuvia toimintamalleja. On tärkeää muistaa, että lastensuojelulain mukainen ilmoitusvelvollisuus koskee kaikkia kansalaisia, mutta erityisesti jokaista ammattihenkilöä, jolla on herännyt epäily tai huoli lapsen kaltoinkohtelusta<sup>39</sup>.

Vanhemmuuden tueksi on kehitetty useita erilaisia lapsen käytösongelmia vähentäviä interventioita, kuten Voimaperheet ja Ihmeelliset vuodet<sup>42</sup>. Hoitotyöntekijöiden ja muiden ammattilaisten kotikäynnit ennaltaehkäisevänä ja varhaisena interventiona on tunnistettu myös vaikuttaviksi<sup>43–45</sup>. Ohjelmia, joiden tavoitteena on lapseen kohdistuvan kaltoinkohtelun ennaltaehkäisy, on kehitetty ja tutkittu vasta vähän<sup>46</sup>. Useissa tutkimuksissa on todettu, ettei vanhempien huolia ja kaltoinkohteluun johtavia perheiden riskioja tunnisteta riittävän ajoissa<sup>43,47</sup>. Suomessa lähes kaikki lapset käyvät neuvolassa. Siellä ei ole kuitenkaan järjestelmällisesti käytössä lomakkeita, joiden pohjalta keskusteltaisiin perheen arjen huolista ja perheen riskioista. Esimerkiksi perheväkivaltaa tulisi arvioida kaikkien lasten neuvolakäynneillä ja väkivallan vaikutuksista lapseen tulisi kertoa<sup>43</sup>. Lisäksi olemassa olevien lomakkeiden täyttäminen on vanhemmille vapaaehtoista eikä niitä aina käytetä keskustelun pohjana, vaikka vanhemmat olisivatkin ne täyttäneet. Huolien ja riskiojen puheeksi ottaminen saattaa olla ammattilaiselle haasteellista.<sup>48</sup> Katsauksessa, johon oli koottu vanhempien ja lasten kokemuksia lastensuojelusta, vanhemmat pitivät tärkeänä avoimuutta ja säännöllisyyttä perheiden kanssa työskenneltäessä. Rehellisyys ja avoimuus helpottavat luottamuksen syntymistä yhteistyösuhteessa, ja tämä puolestaan edesauttaa myönteisiä tuloksia. Työntekijöillä tulisi olla aikaa kuunnella perheenjäsenten tunteita ja näkemyksiä. Tärkeänä nähdään myös saman työntekijän saatavilla olo ja täsmällinen puheluihin vastaaminen.<sup>49</sup>

Vaikka lasten kaltoinkohtelua ja sen riskioja on tutkittu runsaasti eri tieteenaloilla, ei lasten kaltoinkohtelu ole merkittävästi vähentynyt. Eri maissa ja kulttuureissa kaltoinkohtelu määritellään vaihtelevasti, eikä esimerkiksi kuritusväkivaltaa ole kaikkialla kielletty lailla WHO:n suosituksista huolimatta<sup>1</sup>. Lasten kaltoinkohtelun riskin arviointia on myös tutkittu ja tiedetään, että varhainen riskioloihin vaikuttaminen sekä erilaisten riskinarviointimenetelmien käyttö perheen kokonaisarviointin osana saattavat vähentää kaltoinkohtelua<sup>43,50,51</sup>.



Viime vuosina on siirrytty käyttämään strukturoimattoman kliinisen riskin tunnistamisen sijaan myös standardoituja riskin tunnistamisvälineitä<sup>52</sup>. Keskustelua on käyty kliiniseen päättelyyn perustuvien sekä tilastollisia todennäköisyyksiä hyödyntävien aktuaaristen, strukturoitujen tunnistamisvälineiden käytöstä ja niiden hyödyllisyydestä<sup>53</sup> sekä siitä, millainen yhdistelmä näistä olisi tehokkain riskin tunnistamisessa. Lapsen kaltoinkohtelua tai sen uusiutumisen riskiä tunnistavia mittareita on kehitetty useita ja niiden luotettavuutta on arvioitu<sup>47,54–58</sup>. On mahdollista ja ensiarvoisen tärkeää tunnistaa lapsen kaltoinkohtelun riskitekijät ennen kuin kaltoinkohtelua tapahtuu. Tämä edellyttää yhteiskunnassa eri sektorien välistä yhteistyötä.<sup>18</sup> Ennaltaehkäisevä seulonta auttaa tunnistamaan perheen riskiolosuhteita varhain, jolloin perheiden ohjaaminen varhaisten interventioiden palveluihin mahdollistuu<sup>47</sup>.

Lapsen kaltoinkohtelun riskiolot muodostuvat usein monien eri riskitekijöiden kasaantumisesta perheessä. Yksittäinen riskitekijä ei itsessään kerro kaltoinkohtelusta, vaan perheen riskiolojen arvioinnissa on aina otettava huomioon perheen kokonaistilanne.<sup>43</sup> Lapsen kaltoinkohtelun ja sen riskin tunnistamisessa perheen erilaisiin elämäntilanteisiin tulee suhtautua varovaisuutta noudattaen ja subjektiivisia tulkintoja välttämällä, sillä perheet ovat heterogeenisiä ja perhetilanteet kompleksisia<sup>59</sup>. Perheen aktiivinen osallistuminen oman elämäntilanteensa arviointiin omatoimisesti ja yhteistyössä ammattilaisten kanssa auttaa muodostamaan yksilöllisen ja tarkan kuvan sekä ymmärryksen perheen senhetkisestä tilanteesta. Tämä mahdollistaa tukipalvelujen suunnittelun ja järjestämisen perhelähtöisesti.

## Suosituksen tavoite ja keskeiset käsitteet

### Suosituksen tavoite

Hoitosuosituksen tarkoituksena on koota kriittisesti arvioituihin järjestelmällisiin katsauksiin perustuva näyttö lapsen kaltoinkohtelun riskioista ja niiden tunnistamisen keinoista. Hoitosuosituksen tavoitteena on yhtenäistää ja parantaa lapsen kaltoinkohtelun ja sen riskiolojen tunnistamista.

### Kohderyhmät

Hoitosuositus on laadittu kaikkien niiden ammattihenkilöiden käyttöön, jotka toimivat sosiaali- ja terveysalalla tai kouluttautuvat alalle ja kohtaavat tai hoitavat alle 18-vuotiaita lapsia ja heidän perheitään, tai vastaavat sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden koulutuksesta. Hoitosuositusta voidaan hyödyntää myös esimerkiksi aikuisten työterveyshuollossa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä lasten ja aikuisten sosiaalipalveluissa. Hoitosuositusta suositellaan käytettäväksi myös kaikilla muilla lapsi- ja perhepalvelupalveluja tuottavilla tahoilla, kuten oppilaitoksissa, päiväkodeissa, seurakunnissa, liitoissa, järjestöissä ja kunnissa, jotka järjestävät palveluita ja virkistystoimintaa perheille. Hoitosuositusta voidaan käyttää kehitettäessä ennaltaehkäisevien ja varhaisen tuen palveluita hyvinvointialueilla.

## Keskeiset käsitteet

### Lapsen kaltoinkohtelu

Lapsen kaltoinkohtelu rajataan tässä hoitosuosituksessa koskemaan vanhemman tai lapsen huoltajan tekemää tai lähisuhteissa tapahtuvaa, alle 18-vuotiaaseen lapseen tai nuoreen kohdistuvaa fyysistä ja/tai henkistä väkivaltaa ja/tai huolenpidon laiminlyöntiä. Kaltoinkohtelua on myös vanhempien välisen väkivallan näkeminen, väkivallan ilmapiirissä eläminen ja kuritusväkivalta. Seksuaaliväkivaltaa käsitellään siltä osin, kun se esiintyy hoitosuositukseen mukaan otetuissa artikkeleissa kaltoinkohtelun muotona jonkun toisen muodon kanssa ja kysymys on ennaltaehkäisevästä toiminnasta tai varhaisesta riskiolojen tunnistamisesta.

Lapsen kaltoinkohtelu voi olla tahallista tai tahatonta<sup>60-62</sup>. Se ulottuu usein yli sukupolvien ja tapahtuu useimmiten lähisuhteissa<sup>63,64</sup>. Kaltoinkohtelu voi olla vanhemman tahatonta terveyden, tiedon, taidon tai voimavarojen puutteesta johtuvaa toimintaa, toiminnan puutetta tai huolimattomuutta, minkä seurauksena lapsen terveydelle, selviytymiselle, kehitykselle ja/tai ihmisarvolle aiheutuu todellista tai mahdollista haittaa.

WHO:n mukaan väkivalta on tahallista fyysisen voiman tai vallan käyttöä tai sillä uhkaamista. Se kohdistuu itseä, toista henkilöä, ryhmää tai yhteisöä vastaan, ja johtaa tai suurella todennäköisyydellä johtaa fyysiseen tai henkiseen vammaan, kehityksen viivästyymiseen tai pysähtymiseen, tai kuolemaan. Yksi määritelmän haasteellisimmista näkökohdista on tarkoituksellisuus. Vaikka väkivalta erotetaan loukkaantumiseen johtavasta tahattomasta toiminnasta, voimankäyttöaikomus ei välttämättä tarkoita, että väkivallan oli tarkoitus aiheuttaa vahinkoa. Suunnitellun käyttäytymisen ja aiotun seurauksen välillä voi olla huomattava ero. Tekijä voi tahallaan tehdä teon, joka objektiivisesti arvioituna katsotaan vaaralliseksi ja erittäin todennäköisesti haitallisia terveysvaikutuksia aiheuttavaksi, mutta tekijä ei välttämättä ymmärrä sitä sellaisena, eikä ole sitä sellaiseksi tarkoittanut.<sup>62</sup>

### Fyysinen kaltoinkohtelu

Fyysisellä kaltoinkohtelulla tarkoitetaan sellaisia tahallisia tai tahattomia fyysisiä väkivallan tekoja, joilla vahingoitetaan lasta ja jotka mahdollisesti jättävät lapseen fyysisiä merkkejä tai vammoja. Fyysisen väkivallan teot voivat johtaa lapsen kuolemaan. Fyysistä kaltoinkohtelua on kasvatuksellinen kuritus, jolloin puhutaan kuritusväkivallasta. Fyysisen väkivallan tekoja ovat esimerkiksi ravistelu, tukistaminen, kuristaminen, puristaminen, tukehduuttaminen, lyöminen esineellä tai ilman, palovamman aiheuttaminen, töniminen ja potkiminen.<sup>43</sup> Lisäksi fyysistä kaltoinkohtelua on kemiallinen väkivalta, kuten lapsen huumaaminen tai lääkitseminen lääkkeillä, joita ei ole tarkoitettu hänen hoitoonsa. Fyysistä kaltoinkohtelua on myös sairauden oireiden aiheuttaminen lapselle tai väärin sairaustietojen antaminen lapsesta, minkä johdosta lapselle aiheutuu turhia, kajoavia lääketieteellisiä toimenpiteitä.<sup>65</sup> Fyysistä kaltoinkohtelua ovat myös lapsen sukuelinten silpomiseen tähtäävät toimet<sup>1</sup>. Tahaton fyysinen kaltoinkohtelu voi johtua esimerkiksi vanhemman väsymyksestä tai kiireestä<sup>66</sup>.

## Henkinen eli emotionaalinen kaltoinkohtelu

Henkisellä tai emotionaalisella kaltoinkohtelulla tarkoitetaan sellaisia tahallisia tai tahattomia henkisen väkivallan tekoja, jotka mahdollisesti vahingoittavat lapsen henkistä hyvinvointia. Henkisen väkivallan tekoja ovat esimerkiksi lapsen liikkumisen rajoittaminen tai alistaminen, eristäminen, vähättely, huomioimattomuus, hylkääminen tai muu sellainen toiminta, joka jättää hänet ulkopuoliseksi tai saattaa naurunalaiseksi. Teot voivat olla lapselle huutamista, hänen pelotteleaan tai lapsen joutumista elämään väkivallan ilmapiirissä.<sup>43</sup> Henkistä kaltoinkohtelua on myös lapsen altistaminen näkemään tai kuulemaan perheessä ilmenevää väkivaltaa tai sen seurauksia<sup>67</sup>. Henkinen kaltoinkohtelu sisältyy kaikkiin kaltoinkohtelun eri muotoihin<sup>68</sup>. Taulukossa 1 on esitetty myönteisiä kasvatuskäytäntöjä ja niiden eroja henkisen väkivallan aiheuttamaan häiriintyneeseen tilanteeseen<sup>69</sup>.

Taulukko 1. Toimivien kasvatuskäytäntöjen, häiriintyneen tilanteen ja henkisen väkivallan vertailu (mukaillen Wolfe & McIsaac, 2011<sup>70</sup> lähteessä Hakulinen ym. 2019<sup>69</sup>, s. 193. Lupa taulukon käyttöön saatu: Korpilahti U 11/2021)

Kasvatuskäytännöt	Myönteiset muodot	Toimimattomat ja häiriintyneet muodot	Henkistä väkivaltaa sisältävät muodot
<b>Virikkeet ja tunneilmaisu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarjoaa monenlaisia aistivirikkeitä ja tunnekokemuksia</li> <li>Ilmaisee iloa lapsen yrittämisestä ja onnistumisesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jäykkiä ja joustamattomia tunnereaktioita lasta kohtaan</li> <li>Vaikuttaa välinpitämättömältä lapsen kehityksellisiä ja psykologisia tarpeita kohtaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ilmaisee lasta kohtaan ehdollista rakkautta ja ristiriitaisia tunteita</li> <li>Ei osoita juuri ollenkaan herkkyyttä lapsen tarpeille</li> </ul>
<b>Vuorovaikutus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kykenee vuorovaikutukseen lapsen kanssa tavalla, joka tukee lapsen kehitystä</li> <li>Ystävällinen ja myönteinen vuorovaikutus, joka rohkaisee lasta ympäristön itsenäiseen tutkimiseen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toistuvaa herkkyyden puutetta lapsen tarpeille; epäystävällinen</li> <li>Lapsen itsenäistymiskehityksen ja vanhempaan tukeutumisen välillä valitsee huono tasapaino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Torjuu lapsen tunnetasolla tai fyysisesti</li> <li>Käyttää lapsen asemaa ja tarvitsevuutta hyväksien pakottamalla, uhkailemalla ja lahjomalla lasta</li> </ul>
<b>Johdonmukaisuus ja ennustettavuus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osoittaa johdonmukaisuutta ja ennustettavuutta, jolloin lapsen ja vanhemman suhde voi vahvistua ja säilyä hyvänä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usein ennustamaton vaste lapsen käytökseen, joskus tunteenpurkausten saattelemana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ennakoimattomia ja vahvojen tunteenpurkausten saattelemaa lasta kohtaan</li> </ul>
<b>Säännöt ja rajat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ikätason huomioivia ja asianmukaisia sääntöjä turvallisuuteen ja terveyteen liittyen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epäselviä tai epäjohdonmukaisia sääntöjä turvallisuuteen ja terveyteen liittyen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Satunnaisia tai oikukaita sääntöjä lasta kohtaan</li> <li>Lasta riistetään vanhemman omien tarkoitusten edistämiseksi</li> </ul>
<b>Kurinpäälliset käytännöt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nuhtelee ja keskeyttää ajoittain lapsen ei toivotua toimintaa</li> <li>Opettaa lasta mieluumin käyttäytymiseen vaikeavien menetelmien kautta kuin psykologista kontrollia käyttäen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Käytössä säännöllisesti lasta pakottavia keinoja, ja lapsen pystyvyyden kokemusta ei tueta</li> <li>Käyttää psykologisia keinoja, jotka hermostuttavat tai hämmentävät lasta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Julmia tai ankaria kurituskeinoja, jotka pelottavat lasta</li> <li>Kurinpäälliset keinot ainakin ajoittain yleisistä käytännöistä poikkeavia</li> </ul>

<b>Tunnetason ilmaisu ja sävy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilmaisee tunteita jämmäkästi ja selkeästi, mutta ei pelottavasti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kielellistä ja ei kielellistä painostusta usein epärealististen odotusten saavuttamiseksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelottava ja uhkaava, alentava ja loukkaava</li> </ul>
-----------------------------------	--	---	---

### Lapsen huolenpidon ja perustarpeiden laiminlyönti

Lapsen huolenpidon ja perustarpeiden laiminlyönnillä (myöhemmin käsitteenä laiminlyönti) tarkoitetaan sitä, ettei lapsen perustarpeista huolehdita, häntä ei rakasteta, hoivata tai hänet jätetään esimerkiksi ilman ravintoa, lämpöä, suojaa tai hänen tarvitsemiaan lääkkeitä<sup>43</sup>. Laiminlyönti tarkoittaa myös lapsen perustarpeiden, kuten hampaiden hoidon ja puhtaudesta huolehtimisen laiminlyöntiä tai lapsen hoitoon liittyvien sosiaali- ja terveydenhuollon käyntien laiminlyöntiä<sup>1</sup>. Hoitosuosituksessa esiintyvä *Failure to thrive* -käsite liitetään lasten kaltoinkohtelussa tilanteisiin, joissa vanhemmat tai lapsen huoltajat laiminlyövät lapsen hoidon tai monipuolisen ja riittävän ravinnon tarpeen<sup>71,72</sup>.

### Parisuhdeväkivalta

Parisuhdeväkivalta voi olla parisuhteessa tapahtuvaa fyysistä väkivaltaa, kuten lyömistä, potkimista, repimistä tai aseiden käyttöä. Se voi olla henkistä väkivaltaa, kuten nimittelyä, halveksuntaa tai huutamista. Se voi olla pakkokeinojen käyttöä, kuten toisen valvontaan, kontrollointiin ja uhkaamiseen tähtäävää käyttäytymistä. Tällaisia voivat olla erilaiset eristämiskeinot, liikkumisen valvonta ja rajoittaminen, arestissa pitäminen, ystävien tapaamisen, harrastusten tai opiskelun rajoittaminen, uhkailu toisen satuttamisella sekä nukkumisen tai syömisen kontrollointi.<sup>73</sup> Lisäksi parisuhdeväkivalta voi olla taloudellista väkivaltaa, kuten rahankäytön tai työssäkäynnin rajoittamista tai taloudellista hyväksikäyttöä<sup>8</sup>. Se voi olla myös seksuaalista väkivaltaa, kuten raiskaamista tai seksuaalista häirintää tai se voi olla painostamista seksiin, toisen ihailuun, suutelemiseen tai seksuaalisten mediasisältöjen katseluun. Parisuhdeväkivalta voi myös olla vainoamista, kuten toistuvaa, ei-toivottua huomionhakua ja yhteydenpitoa, mikä aiheuttaa pelkoa tai huolta omasta tai toisen turvallisuudesta. Se voi olla esimerkiksi toisen tarkkailua tai seuraamista, ei-toivottua sähköpostiviestittelyä tai sosiaalisen median kautta tapahtuvaa viestittelyä. Se voi olla myös esimerkiksi lapsen käyttämistä vainon välineinä, kohteina tai liittolaisina. (THL 2020<sup>8</sup>, ks. myös Nikupeteri & Laitinen 2015<sup>74</sup>.)

### Lapsen altistuminen parisuhdeväkivallalle

Lapsen raskaudenaikainen altistuminen parisuhdeväkivallalle tarkoittaa sitä, että parisuhdeväkivallalla on todellisia vaikutuksia sikiöön tai äidillä on käsitys, että synnytyksestä edeltävällä parisuhdeväkivallalla on ollut vaikutusta sikiöön. Lapsen altistuminen parisuhdeväkivallalle voi olla myös suoraa osallistumista, silloin kun lapsi puuttuu tai osallistuu parisuhdeväkivaltatapahtumaan tai joutuu uhriksi tapahtuman aikana. Lapsen altistumista parisuhdeväkivallalle ovat myös parisuhdeväkivaltatilanteet, joissa lapsi on läsnä näkijänä tai kuulijana, tai hän kuulee tapahtumista jälkeensä.<sup>67</sup>

### **Lapsen altistuminen perhe- eli lähisuhdeväkivallalle**

Perhe- eli lähisuhdeväkivalta käsittää parisuhdeväkivallan lisäksi kotona tapahtuvan läheisyyden välisen väkivallan, kuten sisarusten, läheisten tuttavien tai lähisukulaisten osallisuuden kotona tapahtuvaan väkivaltaan. Väkivallan muodot ja altistuminen ovat sisällöltään samanlaisia, mutta niiden vaikutukset lapseen ja perheeseen saattavat olla erilaisia.<sup>75</sup> Perheväkivaltaa ovat myös eroti- lanteisiin liittyvät, vanhempien väliset, lapsia koskevat huoltoriidat. Erotilanteissa saattaa ilmetä lap- sen vieraannuttamista toisesta vanhemmasta, lapsen manipulointia toista vanhempaa vastaan, vai- noamista, lapsen kaappaamista ja perhesurmia.<sup>8</sup> Vieraannuttaminen saattaa ilmetä toisen vanhemman vuorovaikutuksen ja tapaamisten estämisenä, toisen vanhemman mustamaalaami- sena tai kehotuksena lapselle olla uhmakas toiselle vanhemmalle. Tämä voi aiheuttaa lapselle psy- kososiaalisia häiriöitä, kuten sosioemotionaalisen kehityksen häiriöitä, luottamuksen puutetta sosi- aalisissa suhteissa, sosiaalista eristäytymistä, masennusta, ahdistuneisuutta ja vaikeuksia hallita impulsseja. Vieraannuttamisen kohteena olevalle vanhemmalle tämä merkitsee uhkaa yleiselle hy- vinvoinnille aiheuttamalla ahdistusta, masennusta ja tunnetta, ettei voi kontrolloida tilannetta. Vie- raannutettu vanhempi ei myöskään aina kykene hakemaan apua. Ammattilaisten on tärkeää tie- dostaa vanhempien erilaisten vieraannuttamistaktiikoiden mahdollinen läsnäolo ja vakavuus, sillä mitä vakavampi altistuminen taktiikalle on, sitä suurempi vaikutus sillä on vieraannutetun vanhem- man mielenterveyteen.<sup>76</sup>

### **Lapsen kiintymyssuhde**

Lapsen käyttäytymisen pohjalta voidaan erottaa kolme lapselle ominaista tapaa käsitellä kiinty- myssuhteita koskevaa tietoa: turvallinen, välttelevä ja ristiriitainen-vastustelelevä kiintymyssuhde. Turvallisesti kiintynyt lapsi kommunikoi tunnetiloistaan avoimesti ja selkeästi sekä olettaa, että vanhempi reagoi hänen tarpeisiinsa asianmukaisesti. Turvallisesti kiintyneen lapsen vanhem- mat puolestaan reagoivat vauvan tai lapsen viesteihin sensitiivisesti eli nopeasti, johdonmukai- sesti ja asianmukaisesti.<sup>77</sup>

Välttelevästi kiintyneen lapsen on vaikeaa näyttää kielteisiä tunteitaan, kuten kiukkuaan ja loh- dun tarvettaan. Lapsi myös välttelee läheisyyden tarvettaan eikä ota aktiivisesti kontaktia van- hempaansa. Välttelevästi kiintyneen lapsen vanhemmat osoittavat toistuvasti epäsensitiivi- syyttä lapsen viestejä kohtaan tai reagoivat kielteisesti lapsen tunteisiin. Lapsi opettelee vältte- lemään tunteiden ilmaisua ja käyttäytymään välttelevästi, mikä auttaa lasta vaimentamaan tar- peitaan vanhempiaan kohtaan.<sup>77</sup>

Ristiriitaisesti-vastustelevasti kiinnittynyt lapsi samanaikaisesti hakee ja vastustaa kontaktia vanhempaansa. Ristiriitaisesti-vastustelevasti kiinnittyneen lapsen vanhempi reagoi epäjohdon- mukaisesti lapsen viesteihin sekä vaihtelevasti ja epäsensitiivisesti lapsen tarpeisiin. Lapsi ei kykene ennakoimaan vanhemman odottamattomia tunnekuohuja ja ailahtelevaa käyttäyty- mistä. Lapsen on vaikeaa kehittää omaa toimintaansa ohjaavia kiintymyssuhdetyömalleja.<sup>77</sup> Ristiriitaisesti kiinnittynyt lapsi saattaa istua vanhemman sylissä, mutta on koko ajan varuillaan, ahdistunut ja stressaantunut. Ristiriitaisesti kiinnittyneen lapsen vanhempi saattaa olla pelokas tai pelottava ja käyttäytyä silmiin pistävän epäsensitiivisesti ja karkean ristiriitaisesti lapsen tun- teita kohtaan, sillä hänen kykynsä eläytyä lapsen tunnetiloihin on puutteellista.<sup>78</sup>

### **Kaltoinkohtelun riskitekijät**

Kaltoinkohtelun riskitekijöitä ovat sellaiset tekijät, jotka tutkimusnäyttöön perustuen lisäävät lapsen kaltoinkohtelun riskiä perheessä. Yksittäiset riskitekijät eivät välttämättä tarkoita, että lapseen kohdistuisi automaattisesti kaltoinkohtelua. Lapsen ja perheen tilannetta tulee tarkastella kokonaisuutena.

### **Kaltoinkohtelun riskiolot**

Riskiolot kuvaavat perheen tilannetta tai olosuhteita, joissa olemassa olevien riskitekijöiden vuoksi lapsen kaltoinkohtelua voi tapahtua tai sen mahdollisuus kasvaa. Riskiolot eivät aina tarkoita yksittäistä riskitekijää, vaan niiden kasaantumisesta mahdollisesti seuraavaa kaltoinkohtelua, joka voi toistua ylisukupolvisesti.<sup>32,33,43</sup>

### **Kaltoinkohtelun riskin arviointi**

Riskinarviointi tarkoittaa erilaisia menetelmiä, joilla pyritään tunnistamaan perheessä olemassa olevaa riskiä lapsen kaltoinkohtelulle. Sellaisia ovat luotettaviksi todennetut lomakkeet, mittarit tai tarkistuslistat. Riskinarviointiin liittyy myös perheen kokonaistilanteen arviointi, jolloin punnitaan riskien ja suojaavien tekijöiden suhdetta ja perheen tuen tarpeita yhdessä vanhempien ja iänmukaisesti lasten kanssa. Varhaisessa ja ennaltaehkäisevässä työssä arviointi tapahtuu siten, että huolet otetaan puheeksi, perheen tuen tarpeisiin vastataan ratkaisukeskeisesti ja perheen riskiolojen poistumista arvioidaan aktiivisesti.<sup>43</sup>

### **Kaltoinkohtelulta suojaavat tekijät**

Lapsen kaltoinkohtelulta suojaavia tekijöitä tarkastellaan lapsen, vanhempien, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla<sup>4</sup>. Suojaavien tekijöiden huomioon ottaminen kaikilla tasoilla vaikuttaa lapsen ja perheen sisäiseen suojaavuuteen lapsen kaltoinkohtelulta.

Lapseen ja nuoreen liittyviä suojaavia tekijöitä ovat:

- lapsen läheiset ja kannustavat suhteet äidin, isän tai huoltajan kanssa
- henkilökohtainen sietokyky eli resilienssi, joka on iän myötä kasvavaa ja kehittyvää psyykkistä palautumiskykyä. Se koostuu selviytymistaidoista, joiden avulla ihminen oppii käsittelemään vastoinkäymisiä. Näitä ovat esimerkiksi ongelmanratkaisukyky, joustavuus, itsesäätelykyky ja optimismi<sup>79</sup>
- tieto väkivallasta ja siitä, mistä ja miten etsiä apua
- tieto terveistä suhteista ja seksuaalisuudesta sekä taitoja, asenteita ja psykososiaalista tukea ehkäisemään liian varhaisia seksuaalisia ensikontakteja, raskauksia ja avioliittoja
- mahdollisuus varhaiseen turvalliseen ja osallistavaan kasvatukseen sekä elämäntaitojen oppimiseen
- sukupuolten tasa-arvo.

Vanhempaan, huoltajaan ja kasvattajaan liittyviä suojaavia tekijöitä ovat:

- hoivaavat vanhemmuustaidot
- väkivallattoman kasvatuksen tieto, taidot ja tuki
- mahdollisuus saada sosiaalista tukea ja palveluja

- läheinen ja hoivaava vanhempi-lapsisuhde
- vanhempien sietokyky ja selviytymismekanismit
- sukupuolten tasa-arvo
- mahdollisuus lapsen kaltoinkohtelun varhaiseen havaitsemiseen ja puuttumiseen
- mahdollisuus mielenterveys- ja päihdepalveluihin.

Perheeseen liittyviä suojaavia tekijöitä ovat:

- kannustava ja turvallinen perheympäristö
- sukupuolten tasa-arvo
- vakaat perhesuhteet
- perheen tukeminen avioliiton ja raskauksien lykkäämiseen aikuisikään asti koulutuksen avulla (erityisesti tytöille)
- kodin säännöt ja turvalliset rajat
- arjen sosiaalinen tukiverkosto
- taloudellinen turvallisuus.

Yhteisöön ja yhteiskuntaan liittyviä suojaavia tekijöitä ovat:

- tietoisuus lasten kaltoinkohtelun riskeistä ja toiminta riskien poistamiseksi
- lapsiin kohdistuvan väkivallan tunnustaminen ihmisoikeuksiin ja kansanterveyteen liittyvänä ongelmana
- yhteisön sitoutuminen lasten suojelemiseen huonolta kohtelulta ja vanhempien tukeminen
- mahdollisuus saada oikeudellista suojelua, koulutusta, terveydenhuoltoa ja sosiaalihuoltoa
- tehokkaat toimintakehykset, jotka suojaavat lasten oikeuksia
- yhteiskunnallinen ja institutionaalinen kyky torjua eriarvoisuutta rodun, sukupuolen, kytyn, yhteiskuntaluokan jne. mukaisesti
- sosiaalinen osallisuus, kannustavat suhteet lähiperheen ulkopuolella
- esteettömät terveydenhuolto-, koulutus- ja sosiaalihuoltojärjestelmät
- monialainen sitoutuminen ja toimet lasten kaltoinkohtelun torjumiseksi.

## Suosituslauseet

Päivitettyyn hoitosuositukseen valittujen katsausten perusteella lapsen kaltoinkohtelun riskiolojen sisältö jakautui vanhempaan, perheeseen ja lapseen liittyviin riskitekijöihin. Lisäksi kuvataan lapsen kaltoinkohteluriskin tunnistamisvälineitä.

### Lapsen kaltoinkohtelun riskiolot

#### 1. Vanhempaan liittyvät riskitekijät

##### 1.1 Vanhemman lapsuudessaan kokema kaltoinkohtelu ja traumakokemukset

Kysy vanhemman lapsuudessaan kokemasta kaltoinkohtelusta ja traumaattisista kokemuksista, sillä

- vanhemmalla, joka on kohdannut kaltoinkohtelua lapsuudessaan, on kohonnut riski kaltoinkohdella<sup>80–82</sup> (A) ja laiminlyödä<sup>59</sup> (B) omaa lastaan.
  - Kaltoinkohtelu voi toteutua laiminlyöntinä<sup>59,80</sup>, vakavana fyysisenä väkivaltana<sup>59</sup>, fyysisenä kaltoinkohteluna, emotionaalisenä kaltoinkohteluna<sup>80</sup> ja/tai seksuaalisena kaltoinkohteluna<sup>59,80</sup>.
  - Kaltoinkohtelua kuvataan tutkimuksissa vanhemman *negatiivisena käyttäytymisenä*, kuten ruumiillisena kurittamisena, loukkaavana kurinalaisuutena, kriittisinä kannanottoina, ilkeytenä, äärimmäisenä tunteettomuutena, häirintänä, ankaruutena, sanallisena tai fyysisenä vihamielisyytenä, tunkeilevuutena, laiminlyöntinä, kontrollin puutteena, ylikontrollintina, psyykkisenä aggressiivisuutena, hylkäämisenä, haukkumisena, rankaisemisena ja uhkailuna. *Positiivista käyttäytymistä* kuvataan tutkimuksissa empaattisuutena, sitoutumisena, väkivallattomana rajojen asettamisena, positiivisena vaikuttamisena, auttavaisuutena, herkkyytenä, rakentavuutena, ymmärtäväisyytenä, järjestelmällisyytenä, tukea antavana läsnäolona ja lämpönä.<sup>81</sup>
  - Kaltoinkohtelulta suojaavia tekijöitä ovat turvalliset, vakaat ja hyviä suhteita vaalivat elinolosuhteet kotona. Ne voivat suojata kaltoinkohtelun ylisukupolviselta siirtymiseltä.<sup>83</sup>
  - Ylisukupolvisen kaltoinkohtelun katkaisemisessa tärkeitä ovat vanhemmuuden voimavaroja sekä vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta vahvistavat menetelmät. Epätodennäköisemmin lastaan kaltoinkohtelevat ne vanhemmat, jotka kokevat perhesuhteissaan emotionaalista läheisyyttä tai tyytyväisyyttä.<sup>80</sup>
  - Kaikki vanhemmat eivät siirrä kokemaansa kaltoinkohtelua yli sukupolven, eivätkä kaikki kaltoinkohtelevat vanhemmat ole lapsuudessaan kokeneet kaltoinkohtelua. Esimerkiksi



vanhempi, joka on lapsuudessaan kokenut seksuaaliväkivaltaa, ei yleensä kohdista seksuaaliväkivaltaa omaan lapseensa. Yleensä seksuaaliväkivaltaa ilmenee kotona, kun vanhempi ei kykene tarjoamaan lapselleen riittävää hoivaa, tukea ja turvallista kotiympäristöä, tai ei kykene havaitsemaan tai arvioimaan merkkejä vaarasta, uhasta tai väkivalta. Lapsi ei usein uskalla paljastaa seksuaaliväkivaltaa.<sup>80</sup>

- Lapsuuden kaltoinkohtelu ymmärretään yhtenä vanhemman omaan lapseen kohdistamaa käyttäytymistä muovaavana tekijänä. Muita tekijöitä, jotka vaikuttavat vanhemman käyttäytymiseen omaa lastaan kohtaan, voivat olla esimerkiksi vanhemman nuori ikä, epävakaa suhde omaan partneriin, mielenterveyden tai sopeutumisen ongelmat.<sup>81</sup>

➤ **vanhemman lapsuudessaan kokema kaltoinkohtelu ilmeisesti lisää parisuhdeväkivallan riskiä<sup>84</sup>. (B)**

- Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu (fyysinen, emotionaalinen, seksuaalinen) on yhteydessä myöhempään parisuhdeväkivaltaan syylistymiseen. Miesten kohdalla yhteys on voimakkaampi kuin naisten kohdalla. Lapsen kaltoinkohtelun eri muotojen päällekkäinen esiintyminen vaikeuttaa eri muotojen tunnistamista parisuhdeväkivallan riskitekijänä.<sup>84</sup>

➤ **vanhemman lapsuudessaan kokema turvaton kiintymyssuhde lisää lapsen kaltoinkohteluriskiä<sup>85</sup>. (A)**

- Vanhemman turvattomaan kiintymyssuhteeseen yhteydessä olevia tekijöitä voivat olla lapsen kasvun hidastumiseen johtava, monipuolisesta ravinnonsaannista huolehtimisen laiminlyönti, lapsensurma, fyysisen kaltoinkohtelun riski, fyysinen kaltoinkohtelu tai yleisesti kaltoinkohtelu<sup>85</sup>.
- Kiintymyssuhdeteorian mukaan vanhemman omat varhaiset kiintymyssuhdekokemukset muovaavat hänen käsityksiään, odotuksiaan ja toimintaansa myöhemmissä sosiaalisissa suhteissa. Sosiaalisten suhteiden ongelmat saattavat olla tärkeä riskitekijä kaltoinkohtelulle vanhemmuudelle. Vanhempi saattaa sisäistää aiemmat, lapsuudessa kokemansa tunteet, kuten vihamielisyyden ja pelon ja käyttäytyä vanhempana niin, että samat tunteet heräävät lapsessa. Vanhemman turvaton kiintymyssuhde saattaa ilmetä tunkeilevuutena sekä heikentyneenä kykyinä rohkaista lasta ja hallita omia vihan tunteita. Tämä voi lisätä lapsen kaltoinkohteluriskiä. Lisäksi vanhemman turvaton kiintymyssuhde voi aiheuttaa myös turvattoman kiintymyssuhteen hänen lapselleen. Tämä saattaa lisätä lasten käyttäytymisongelmia ja samalla kaltoinkohteluriskiä. Parisuhteessa esiintyvä turvaton kiintymyssuhde lisää vanhemmuuden stressiä sekä vakavan parisuhdeväkivallan todennäköisyyttä.<sup>85</sup>

➤ **vanhemman kokemat traumaattiset tapahtumat ilmeisesti lisäävät lapsen kaltoinkohtelun todennäköisyyttä<sup>86</sup>. (B)**

- Tällaisia traumaattisia tapahtumia ovat esimerkiksi luonnonkatastrofit, sota, kansanmurha ja vakava poliittinen väkivalta<sup>86</sup>.
- Erityisesti vanhemmalla, jolla on todettu posttraumaattinen stressireaktio (PTSD/ Post Traumatic Stress Disorder) tai, joka on kokenut seksuaaliväkivaltaa, on todettu kohonnut riski lapsen kaltoinkohteluun. PTSD-potilaalla on alhaisempi kynnyks kokea tilanteet stressaavina ja uhkaavina, ja koettu uhka voi aiheuttaa viha- ja taistelureaktioita.<sup>86</sup>

➤ **lapsuudessaan kaltoinkohtelua kokeneen äidin lapsella on ilmeisesti lisääntynyt riski käyttäytymisen ongelmien ja mielenterveyden häiriöiden ilmenemiseen<sup>87,88</sup>. (B)**

- Lapsuudessaan kaltoinkohtelua kokeneen äidin psyykinen ahdistus vaikuttaa välillisesti oman lapsen mielenterveydenhäiriöihin lapsen syntymästä murrosikään asti. Yhteys on havaittu 3–17-vuotiaiden lasten ryhmissä, joista eniten ongelmia esiintyy 4–7-vuotiailla lapsilla.<sup>87</sup>

**Tiedosta ylisukupolvisen kaltoinkohtelun mahdollisuus ja huomioi tätä mahdollisuutta lisäävät riskitekijät ja siltä suojaavat tekijät sekä tarjoa vanhemmille tarvittaessa tietoa, sillä**

➤ **ylisukupolviselle kaltoinkohtelulle on tunnistettu sekä riskitekijöitä että suojaavia tekijöitä<sup>63,64</sup>. (A)**

- Vanhemman yksilöllisiin ominaisuuksiin liittyviä yleisimpiä riskitekijöitä ovat äidin mielenterveyden häiriö (PTSD-oireet, ahdistus, masennus, tunteiden ilmaisun haasteet tai dissosiaatiohäiriö), päihteiden käyttö, nuori ikä<sup>63,64</sup>, tupakointi sekä stressi<sup>64</sup>. Lisäksi lapsuudenaikaiset haitalliset kokemukset ovat merkittäviä riskitekijöitä ylisukupolviselle kaltoinkohtelulle<sup>63</sup>.
- Ihmissuhteisiin liittyvien tekijöiden näkökulmasta merkittävä riskitekijä on pari- tai lähi-suhdeväkivalta<sup>63,64</sup>.
- Olosuhteisiin liittyvien tekijöiden näkökulmasta merkittäviä riskitekijöitä ovat rikostautan omaavan ja väkivaltaisen kumppanin kanssa eläminen<sup>63</sup>, köyhyys<sup>63,64</sup>, sosiaalinen eristäytyminen, heikko sosiaalinen toiminta ja lapsen kehitystä koskevan tiedon puute<sup>64</sup>.

- Erityisesti vanhemman raskausaikana sekä kaksi vuotta lapsen syntymän jälkeen riskitekijät ovat yhteydessä vanhemman heikentyneeseen luottamukseen omiin vanhemmuuden kykyihinsä vauvan itkiessä, uniongelmiin, vanhemmuuden stressiin, negatiivisiin tulkintoihin vauvasta, huonoihin vanhemmuuden käytäntöihin, heikkoon vanhemmuuden lämpöisyyteen tai tunnekylmyyteen sekä negatiivisiin selviytymisstrategioihin, joita ilmentävät liiallinen nukkuminen, syöminen tai työnteko sekä kuritusväkivallan arvostaminen. Vanhemman negatiiviset selviytymiskeinot ovat edelleen yhteydessä vauvan perimätyyppiin<sup>89</sup>, alhaiseen syntymäpainoon, ennenaikaiseen syntymään, turvattomaan kiintymyssuhteeseen ja läheisen suhteen luomisen vaikeuteen, uhriksi joutumiseen sekä vauvan heikkoon sosiaaliseen ja tunne-elämän kehittymiseen.<sup>64</sup>
- Ylisukupolvisen kaltoinkohtelun riskiä arvioitaessa tulee huomioida perheessä esiintyvät suojaavat tekijät sekä perheen kokonaistilanne<sup>63</sup>. Vanhemman yksilöllisiin ominaisuuksiin liittyviä merkittäviä suojaavia tekijöitä ovat terapiaan sitoutuminen, kyky itsekontrolliin<sup>63</sup>, sinnikkyys tai sietokyky, usko itseen vaikuttavien tapahtumien hallintaan, kyky joustavuuteen, itsestä huolehtiminen, liikuntaharrastus, meditaatio, vapaaehtoistyö, mentalisaatio (kykyä pohtia omaa ja toisen ihmisen näkökulmaa ja kokemusta), kiintymyssuhteen kehittäminen sekä osallistuminen neuvontaan ja vanhemmuuden taitojen koulutukseen<sup>64</sup>.
- Ihmissuhteisiin liittyviä merkittäviä suojaavia tekijöitä ovat turvalliset, vakaat, tukea antavat ja hoivaavat suhteet perheessä ja parisuhteessa<sup>63,64</sup>, henkinen tuki<sup>90</sup>, turvallinen kiintymyssuhde lapseen, vanhemman lämpö, tyytyväisyys omaan vanhemmuuteen<sup>63</sup>, sosiaalisen ympäristön tuki<sup>64,90</sup>, harrastukset, yhteisöllinen osallisuus<sup>90</sup> ja positiiviset ihmissuhteet<sup>64</sup>.
- Perheeseen tai sosiaaliseen elämään liittyvät tekijät, kuten sosiaalisen ja henkisen tuen saaminen sekä osallistuminen yhteisön toimintaan ja harrastuksiin, voivat suojata, kasvattaa resilienssiä ja lievittää lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun negatiivisia jälkivaikutuksia<sup>90</sup>.
- Olosuhteisiin liittyviä merkittäviä suojaavia tekijöitä ovat perheen korkea sosioekonominen asema<sup>63</sup>, taloudellinen vakavaraisuus sekä pääsy palvelujen piiriin<sup>64</sup>.
- Erityisesti vanhemman raskausaikana sekä kaksi vuotta lapsen syntymän jälkeen, suojaavat tekijät ovat yhteydessä vanhemman positiiviseen vuorovaikutukseen, tyytyväisyyteen ja positiiviseen asennoitumiseen omaa vanhemmuutta kohtaan, havaintoihin vanhemmuuden parantumisesta, turvalliseen kiintymyssuhteeseen sekä vähentyneeseen ankaruuteen ja vauvan kaltoinkohteluun<sup>64</sup>. Nämä tekijät ovat yhteneväiset UNICEFin (2017)<sup>4</sup>, Preventing and Responding to Violence Against Children and Adolescents -ohjelman kanssa<sup>4,91,92</sup>.
- Tutkimusnäyttö osoittaa tarpeen tunnistaa ja tukea traumaattisen lapsuuden kokeneita äitejä, jotta he voivat suojata omaa ja lapsensa psyykkistä hyvinvointia. Äidit, joilla on lapsuudenaikaisia kaltoinkohtelukokemuksia, voivat hyötyä psyykkisestä tuesta, jolla pyritään vähentämään psyykkistä ahdistusta. Lisäksi he voivat hyötyä sosiaalisesta tuesta ja vanhemmuusohjelmista, joiden tarkoituksena on edistää vanhemmuuden hoivakäytäntöjä, ja jotka kehittävät vanhemman itseluottamusta kasvattajana.<sup>87</sup>

## 1.2 Vanhemman yksilölliset tekijät ja kuormittava elämäntilanne

Ota aina puheeksi vanhemman vointi, elämäntilanne ja huolet sekä rohkaise häntä kertomaan niistä, sillä

➤ **lapsensurman aiheuttaa useimmiten lapsen oma vanhempi<sup>93</sup>. (A)**

- Vanhempi, joka surmaa lapsensa, on todennäköisesti matalasti koulutettu ja työelämässä heikossa asemassa. Isillä on lapsuudessaan koettuja ongelmia, kuten oma päihteiden väärinkäyttö, rikollinen toiminta, muihin kohdistunut väkivalta, vanhempien ero, vanhempien päihteiden väärinkäyttö, vanhempien mielenterveyden ongelma, vanhempien lähisuhdeväkivallan todistaminen, vanhemman rikollinen käyttäytyminen ja isän menetys lapsuudessa. Isistä osa on itse kokenut lapsuudessaan väkivaltaa tai perheväkivaltaa. Äideillä on lapsuudessaan koettuja ongelmia, kuten vanhempien ero, vanhempien päihteiden väärinkäyttö, vanhempien mielenterveydenongelma, vanhempien lähisuhdeväkivallan todistaminen tai vanhemman rikollinen käyttäytyminen. Lisäksi äideistä osa on kokenut lapsuudessaan seksuaaliväkivaltaa. Isillä ja äideillä esiintyy muun muassa päihteiden väärinkäyttöä, mielenterveyden ongelmia ja stressiä ja osa heistä hakee apua ongelmiinsa. Isät kokevat useammin taloudellisiin ongelmiin ja työhön liittyvää stressiä, kun taas äidit kokevat elämäntilanteeseen liittyvää stressiä ja uupumusta. Sekä isillä että äideillä on myös vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa ja rikostaustaa. Äidit ovat lisäksi voineet kokea emotionaalista tai seksuaalista tai puolisoon toteuttamaa fyysistä väkivaltaa.<sup>94</sup>

**Huomioi vanhemman yksilölliset taustatekijät ja elämäntilanne sekä järjestä hänelle mahdollisimman varhain tukea, sillä**

➤ **monet tekijät, kuten vanhemman kokema stressi, vaikeudet sosiaalisissa suhteissa, väkivaltaisuus ja rikollisuus ovat ilmeisesti perhesurman riskitekijöitä<sup>94</sup>. (B)**

- Vuosina 2010–2019 Suomessa surmattiin 44 alle 15-vuotiasta lasta, joista poikia oli 18 ja tyttöjä 26. Surmatuista lapsista 24:n surmaaja oli biologinen äiti, yhden oli äiti-puoli, 17 oli biologinen isä, yhden lapsen surmaaja oli isäpuoli ja yhden eno.<sup>95</sup>
- Vanhempi, joka surmaa perheensä sekä mahdollisesti itsensä on usein korkeasti koulutettu mies, jonka työllisyysaste vaihtelee. Osalla on taustalla kariutunut parisuhde ja yli puolet on avioliitossaan tyytymättömiä. Osalla heistä on väkivaltarikostaustaa, kuten lapsiin kohdistunutta väkivaltaa, parisuhdeväkivaltaa, muihin kohdistunutta väkivaltaa, tai aikaisempi rikos. Näistä vanhemmista osa on itse kokenut väkivaltaa.<sup>94</sup>

- Äideistä, jotka surmaavat lapsensa ja itsensä, noin puolet on työttömiä. Osa heistä elää parisuhteessa tai avioliitossa ja osa on eronnut. Lisäksi osa heistä on syyllistynyt parisuhdeväkivaltaan, väkivallalla uhkaamiseen, itsemurhalla uhkaamiseen tai muihin rikoksiin.<sup>94</sup>
- Isien, jotka surmaavat lapsensa ja itsensä, keski-ikä on 33 vuotta. Isistä yli puolet on työelämässä mutta heikossa asemassa siellä. Suurin osa heistä elää parisuhteessa tai avioliitossa ja osa on eronnut. Lisäksi osa heistä on syyllistynyt lapsiin tai puolisoon kohdistuneeseen väkivaltaan, väkivallalla uhkaamiseen tai muihin rikoksiin.<sup>94</sup>
- Perheneuvontapalveluilla on keskeinen rooli vanhempien uupumuksen tunnistamisessa. Viranomaisten tulee tunnistaa apua tarvitsevia perheitä ja puuttua varhaisessa vaiheessa perheessä esiintyvään väkivaltaan tai sen uhkaan keskustelemalla. Myös rikosseuraamusviranomaisten tulee selvittää perhesuhteet ja tunnistaa tuomitun lapsuudessa koettuja ongelmia ja traumoja. Lapsuudessa koettua kaltoinkohtelua on tärkeää tunnistaa mahdollisimman varhain ja kokemukset tulisi käsitellä jo lapsuudessa ja viimeistään aikuisiässä.<sup>94</sup>

➤ **vanhemman antisosiaalinen ja rikollinen tausta, fyysiset ongelmat, nuori ikä sekä alhainen koulutustaso ovat ilmeisesti lapsen laiminlyönnin riskitekijöitä<sup>59</sup>. (B)**

- Vanhempaan liittyvissä riskitekijöissä antisosiaalinen ja rikollinen tausta sisältää vanhempien fyysisen tappelun alkoholin vaikutuksen alaisena, vanhemman aseiden käytön ja ongelmat viranomaisten kanssa. Vanhemman ikätekijät sisältävät äidin tai isän nuoren iän (esim. < 20 vuotta). Vanhemman alhainen koulutustaso sisältää vähäisemmän koulutustason kuin toisen asteen koulutus.<sup>59</sup>
- Vanhemman raskauden ajan ongelmat tai raskausvastaisuus, vanhemman päihteiden väärinkäyttö, vähäinen sosiaalinen tuki ja lapsen nuori ikä ovat myös lapsen kaltoinkohtelun riskitekijöitä<sup>37</sup>.
- Perheet ovat heterogeenisiä ja perhetilanteet kompleksisia<sup>59</sup>, mikä tulee huomioida yksilöllisessä laiminlyönnin riskitekijöiden arvioinnissa.

**Kysy vanhemmilta ja raskaana olevalta heidän päihteiden käytöstään, sillä**

➤ **äidin raskaudenaikainen ja synnytyksen jälkeinen päihteiden väärinkäyttö on ilmeisesti yhteydessä lapsen kokemaan turvattomaan kiintymyssuhteeseen<sup>96</sup>. (B)**

- Päihteiden käyttö tarkoittaa alkoholin, tupakan, kannabiksen, kokaiinin, opioidien tai muiden vastaavien reseptilääkkeiden, amfetamiinin, heroïinin, valiumin tai metado-

nin käyttöä. Äidit saattavat käyttää joko yksittäistä päihdettä tai monia päihteitä yhtäaikaisesti. Päihteitä väärinkäyttävistä äideistä noin 90 % käyttää useampia päihteitä.<sup>96</sup>

- Äidin päihteiden väärinkäyttö aiheuttaa vaikeuksia lapsen hoitamisessa, esimerkiksi herkkyys vastata lapsen tarpeisiin heikentyy<sup>96</sup>.

➤ **vanhemman päihteiden väärinkäytöllä on ilmeisesti yhteys lapsen heikentyneeseen hyvinvointiin<sup>97</sup> (B) ja fyysiseen parisuhdeväkivaltaan<sup>98</sup> (B).**

- Vaikutukset lapsen heikentyneeseen hyvinvointiin liittyvät alkoholin käyttöön, alkoholismiin, tupakointiin, huumeiden käyttöön tai yleisesti päihteiden käyttöön. Lapsen hyvinvointia heikentävät vaikutukset liittyvät fyysiseen, henkiseen tai sosiaaliseen kognitiiviseen ja taloudelliseen hyvinvointiin.<sup>97</sup>
- Parisuhdeväkivaltaan syyllistyminen ja uhriksi joutuminen ovat molemmat yhteydessä päihteidenkäyttöön. Huumeiden käytöllä on voimakkaampi yhteys parisuhdeväkivallan uhriksi joutumiselle kuin alkoholin käytöllä. Päihteiden käytön ja parisuhdeväkivallan yhteyttä voivat merkittävästi hillitä monet tekijät, kuten käytetty päihde, kyky käyttää päihteitä harkitusti, sukupuoli sekä se, onko kyseessä parisuhdeväkivaltaan syyllistynyt vai sen uhri.<sup>98</sup>
- Päihteiden käytöllä ja fyysiseen väkivaltaan syyllistymisellä on havaittu eroja naisten ja miesten välillä. Esimerkiksi alkoholia käyttävät miehet syyllistyvät useammin väkivaltaan kuin päihteitä käyttävät naiset. Päihteitä käyttävät naiset joutuvat useammin väkivallan uhriksi kuin päihteitä käyttävät miehet. Huumeiden vaikutustavalla (stimulantit ja ei-stimulantit) ei näyttäisi olevan eroa parisuhdeväkivaltaan syyllistymisen ja uhriksi joutumiseen välillä. Alkoholin ongelmakäyttö ja alkoholin runsaaseen kulutukseen liittyvät ongelmat ovat yhteydessä parisuhdeväkivaltaan syyllistymiseen<sup>98</sup>.
- Arvioinnissa on tärkeää ymmärtää asiakkaan päihteiden väärinkäytön, riippuvuuden tai muiden päihteidenkäyttöongelmien kriteerit, sillä nämä ovat riskitekijöitä parisuhdeväkivallalle. Myös siinä tapauksessa, että asiakkaat eivät täytä kaikkia väärinkäytön tai riippuvuuden kriteerejä, tulisi arvioida alkoholinkäytön tiheyttä, sillä parisuhdeväkivaltarikosten ja alkoholinkäytön tiheyden välillä on yhteys. Lisäksi on tärkeää arvioida asiakkaan huumeiden käyttöä ylipäätään, käytön toistuvuutta ja sen määrää. Huomioitavaa on, että marihuanalla, joka on laillistettu virkistys- tai lääkekäyttöön joissakin maissa, on todettu yhtä vahva yhteys parisuhdeväkivallan esiintymiseen kuin muillakin huumeilla.<sup>98</sup>
- Perheväkivaltaan syyllistymisen ja päihteiden käytön seulonta tulisi tehdä paikoissa, joissa niitä esiintyy usein samanaikaisesti, kuten hoitolaitoksissa ja sosiaali- tai terveydenhuollon erityispalveluissa. Seulonta tulisi tehdä luotettavilla menetelmillä, joissa on huomioitu myös muut perheväkivallan riskiä lisäävät tekijät. Perheväkivalta- ja päihdeasiakkaita hoitavien tahojen yhteistyötä tulisi vahvistaa.<sup>99</sup>
- Matalan kynnyksen hoidon tai tuen palveluvaihtoehtoja tulee lisätä<sup>99</sup>.

- Leimautumista voidaan vähentää ja ennaltaehkäisyä edistää lisäämällä tietoisuutta tiedotusvälineiden tai koulutuksen avulla päihteiden käytön ja perheväkivaltaan liittyvien tekijöiden samanaikaisesta esiintymisestä ja käytettävissä olevista interventioidista<sup>99</sup>.
- Vanhempien päihteiden käyttö ja vanhempien saama vähäinen sosiaalinen tuki ovat myös lapsen laiminlyönnin merkittäviä riskitekijöitä<sup>37</sup>.

➤ **vanhemman päihteiden väärinkäyttö on ilmeisesti perhesurman riskitekijä<sup>94</sup>. (B)**

- Osalla vanhemmista, jotka surmaavat lapsensa ja/tai perheensä sekä mahdollisesti itsensä, esiintyy päihteiden väärinkäyttöä<sup>94</sup>.

### Selvitä erityislapsen vanhempien tuen tarpeet, sillä

➤ **erityislapsen vanhempien kyvyttömyys vastata lapsen tarpeisiin, sekä puutteellinen ymmärrys lapsen erityistarpeista voivat lisätä riskiä lapsensurmaan johtavalle laiminlyönnille<sup>100</sup>. (B)**

- Riskitekijöitä, jotka voivat johtaa lapsen kaltoinkohteluun ja jopa lapsensurmaan, ovat lapsen vammaisuus, autismi, lapsen tarpeiden mukaisen hoidon laiminlyönti, sekä erityislapselle ja hänen vanhemmilleen kohdennettavien palvelujen puute<sup>100</sup>.
- Vammaisen lapsen kuoleman voi aiheuttaa suora väkivalta, yleinen lapsen perustarpeiden laiminlyönti tai tahallinen laiminlyönti tarkoituksena aiheuttaa lapsen kuolema, mikä saattaa olla erityinen kaltoinkohtelun muoto erityislapsen tapauksissa<sup>100</sup>.
- Lapsensurmaa voidaan selittää hoitamisesta aiheutuvalla stressillä, altruistisilla tarkoituksilla, vanhemman ja lapsen välisen siteen puuttumisella sekä lapsen haastavalla käyttäytymisellä. Hoitamisesta aiheutuva stressi ja altruistinen tarkoitus ovat yleisimpiä selityksiä, kun tarkastellaan erityislapsen surmiin ja kaltoinkohteluun liittyviä kuolemia.<sup>100</sup> Kansainvälisesti adoptoitujen lasten surmien taustalla voidaan havaita vanhempien merkittävää hoitamisesta aiheutuvaa stressiä<sup>101,102</sup>.

## Havainnoi lapsen hampaiden hoidon laiminlyönnin tunnusmerkkejä ja ota huolesi varhain puheeksi vanhemman kanssa, sillä

### ➤ hampaiden hoidon laiminlyönti ilmeisesti aiheuttaa lapselle merkittäviä ja kauaskantoisia haittoja<sup>103</sup>. (B)

- Pieni lapsi on riippuvainen hoitajastaan suunterveyden ylläpitämisessä. Tämä sisältää suuhygieniasta huolehtimisen, terveyttä edistävän ruokavalion toteuttamisen ja hoitoon hakeutumisen säännöllisesti ja tarvittaessa.<sup>103</sup>
- Yleisimpiä hampaiden hoidon laiminlyönnin tunnusmerkkejä ovat hoitoon hakeutumisen puute tai viive, hoitoa koskevien ohjeiden noudattamatta jättäminen ja suunnitellun hoidon loppuun saattamisen laiminlyönti<sup>103</sup>.
- Hampaiden hoidon laiminlyönnin tunnusmerkit ovat usein näkyviä. Laiminlyönti aiheuttaa lapselle hampaiden reikiintymistä, plakkia, suun infektioita, suun limakalvojen verenvuotoa, hampaiden irtoamista, kipua, turvotuksia, parentavaikeuksia ja hymyilyn välttämistä. Lisäksi hampaiden hoidon laiminlyönti voi aiheuttaa unihäiriöitä, fyysisen kasvun häiriöitä, ongelmia koulussa suoriutumisessa ja sosiaalisessa toiminnassa. Maitohampaiden reikiintyminen voi aiheuttaa hammaskiilteen kehittymisen häiriöitä pysyvissä hampaissa. Lisäksi lapsi saattaa tarvita yleisanestesian kivuliiden ja reikiintyneiden hampaiden poistamiseksi.<sup>103</sup>
- Lapselle haitallisina vaikutuksina on todettu lisäksi leikkimisen vähentyminen, syömisvaikeudet, kouluun menon välttäminen tai väsymys koulussa<sup>104</sup>, hampaiden huonontunut ulkonäkö, kasvun hidastuminen erityisesti pienillä lapsilla ja elämänlaadun heikkeneminen<sup>105</sup>.
- Laiminlyöntiä tulee epäillä, jos lapsi kärsii toistuvasti huonosta suuhygieniasta, joka vaarantaa lapsen terveyden sekä tilanteissa, joissa vanhemmat laiminlyövät toistuvasti yhteiskunnan tarjoaman hammashoidon. Perheen psykososiaalinen arvio auttaa tunnistamaan riskioloissa elävät perheet ja auttamaan heitä asianmukaisesti. Mahdollisia syitä hoidon laiminlyönnille voivat olla lapsen tai vanhemman hammaslääkäripelko, kuljetusongelmat perheessä, vaikeus löytää hammaslääkäripalveluja, hammaslääkärikustannukset, puutteellinen käsitys hammashoidon tarpeesta tai yhteiskunnan näkökulmasta riittämättömät hammaslääkäripalvelut. Lapsen suunterveyden laiminlyönnin varhainen tunnistaminen ja lastensuojeluilmoituksen tekeminen saattavat suojata lasta ja estää suunterveyden huonontumisen.<sup>103</sup>
- Hampaiden reikiintyminen on ilmeisin merkki lapsen suunterveyden laiminlyönnistä, mutta suuontelossa voidaan havaita myös merkkejä fyysisestä, seksuaalisesta tai henkisestäkin väkivallasta. Tyypillisiä väkivallan merkkejä ovat suun pehmytkudoksen mustelmat, verenpurkaumat, haavat, turvotus ja palovammat tai murtumat ja nivelten sijoiltaanmenot kasvojen alueella. Asiantuntijoiden tulee aina arvioida suun vammat. Lääketieteellisen arvion lisäksi on otettava huomioon perheen tilanne ja sosiaaliset tekijät, lapsen kehitysvaihe, vanhempien kertomus vamman tapahtumasta sekä täydellinen kliininen tarkastelu ja asiaan liittyvät tutkimukset.<sup>106</sup>



- On myös muistettava, että kariuksen etiologia on monimutkainen. Hammaskariuksen riski määräytyy fyysisten, biologisten, ympäristöllisten, käyttäytymiseen ja elämäntapaan liittyvien tekijöiden perusteella. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi hammaskariesta aiheuttavien bakteerien suuri määrä, riittämätön syljeneritys, riittämätön fluoridin saanti, huono suuhygienia, runsas sokerinkulutus, öinen pulloruokinta, nappostelu ruokailujen välissä ja köyhyys<sup>107</sup>. Vanhemman toiminnalla on tärkeä ja suuri vaikutus, erityisesti pienen lapsen suunterveyteen<sup>108,109</sup>. Suunhoidosta huolehtiminen säännöllisellä harjaamisella vähentää kariuksen riskiä<sup>106</sup>.
- Hampaiden hoidon laiminlyöntiä voi ennaltaehkäistä keskustelemalla vanhempien kanssa heidän omista hampaiden hoidon käytännöistään, sekä lapsen hammasterveyden ylläpitämisestä ja hampaiden hoidosta. Vanhemmalla on lakiin perustuva vastuu lapsen terveyden ylläpitämisestä sekä oikeus saada tukea lapsen terveyden ylläpitämisen perustehtävässä. Perheen kokemat mahdolliset haasteet, kuten tiedon puute, hammaslääkäripelko, taloudelliset haasteet tai hammashoitoon pääsyn haasteet tulisi voittaa ennaltaehkäisytyössä yhteistyössä vanhempien kanssa. Perheet hyötyvät myös tiedosta hammashoidon laiminlyömisestä tai suun vammojen vaikutuksista lapsen terveyteen. Ennaltaehkäisy on tärkeää ja kuuluu hammashoidon ammattilaisille. Muualla lapsi- ja perhepalveluissa on tärkeää ymmärtää suunterveyden osa-alueet ja toimia yhteneväisesti lapsen ja perheen suunterveyden edistämiseksi. Esimerkiksi päiväkodissa, koulussa tai sairaalassa suunterveyden arviointi tulisi aina liittää lapsen voimien ja terveyden arviointiin ja tulisi varmistaa, että lapsella ja perheellä on tietoa, taitoa ja välineet suunterveydestä huolehtimiseksi. Huolen herätessä asia tulee heti ottaa avoimesti puheeksi vanhemman kanssa.<sup>103</sup>

➤ **lapsen huono suunterveys saattaa olla yhteydessä lapsen kaltoinkohteluun**<sup>110</sup>.  
(C)

- Sairaanhoidajien, sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden on tärkeää ymmärtää, että lapsen huono suunterveys ja vammat voivat liittyä lapsen kaltoinkohteluun, ja että lapsella voi esiintyä myös muita suunterveyteen liittyviä tarpeita tai muuta kaltoinkohtelua. Tämän vuoksi tarvitaan lisää tutkimusta eri ammattilaisten ymmärryksestä ja toiminnasta lapsen huonon suunterveyden ja vammojen tapauksissa.<sup>110</sup>
- Tutkimuksissa on havaittu alueellisia eroja hammasterveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten tiedoissa lapsen kaltoinkohtelusta, kyvyssä tunnistaa suun terveydenhoidon laiminlyöntiä sekä rohkeudessa ilmoittaa siitä. Moniammatillinen yhteistyö on kehittymässä, mutta edelleen on laajasti näyttöä siitä, että lapsen suun terveystarpeita ei kyetä riittävästi täyttämään. Paikalliset protokollat edistävät kaltoinkohtelun tunnistamista ja lisäävät ilmoitusten määriä.<sup>110</sup>

**Jos lapsella ilmenee suun vammoja, ohjaa lapsi välittömästi hammaslääkärin tutkimukseen, sillä**

➤ **suun vammat<sup>110</sup> (C), erityisesti selittämättömät vammat<sup>111</sup> (B), voivat olla merkki lapsen kaltoinkohtelusta.**

- Suun vammoja ovat esimerkiksi huulen, hampaan, ikenen, kiinnityspoimun (frenum), kielen ja kitalaen haavat, repeytymät murtumat, hampaiden työntymät, mustelmat ja puremat. Kolmessa tutkimuksessa havaittiin, että lapsuudenaikaiset traumaattiset kokemukset ovat yhteydessä aikuisena koettuun heikompaan suun terveyteen.<sup>110</sup>
- Lapsella esiintyvät suun vammat on aina arvioitava ottaen huomioon lääketieteellinen ja sosiaalinen historia, lapsen kehitysvaihe, tapahtuman selitys ja täydellinen kliinisen tutkimuksen kokonaisuus. Kaikki selittämättömät vammat, jotka aiheuttavat huolta lapsesta, on aina tutkittava.<sup>111</sup>
- Lapsella ilmenevät suun haavaumien, huulen turvotuksen tai haavojen, petekkioiden eli pienten verenpurkaumien, mustelmien, verenvuotojen ja suun jänteiden repeytymien syyt tulee aina selvittää. Erityisesti epäiltäessä lapsen fyysistä kaltoinkohtelua myös lapsen suu tulee tutkia.<sup>111</sup>
- Suun vammoissa kaltoinkohtelua tulee epäillä erityisesti silloin, kun vammoille ei löydy selitystä tai selitys on epäsopiva vamman laadun kanssa<sup>112</sup>.

**Havainnoi työssäsi lapsen kielellisen kehityksen viivästymistä ja ota huolesi puheeksi perheen kanssa, sillä**

➤ **lapsen laiminlyönti tai fyysinen kaltoinkohtelu voivat olla yhteydessä lapsen kielellisen kehityksen viivästymiseen<sup>113</sup>. (C)**

- Erityisesti fyysisesti kaltoinkohdeltujen ja/tai laiminlyötyjen lasten kielellinen kehitys on todettu haasteellisemmaksi kuin lasten, jotka eivät ole kokeneet kaltoinkohtelua ja/tai laiminlyöntiä.<sup>113</sup>
- Tilanne voi olla myös toisinpäin eli lapsen kielellisen kehityksen haasteet voivat liittyä vanhemman taholta kasvatukseen liittyviin ongelmiin, mikä voi johtaa vanhemman koviin reaktioihin ja mahdollisesti kaltoinkohteluun<sup>113</sup>.

## 1.3 Vanhemman mielenterveys

Ota vanhemman mielenterveyden ongelmat huomioon varhain, sillä

- **vanhemmalla raskauden ja 12 synnytyksen jälkeisen kuukauden aikana ilme-  
nevät mielenterveyden ongelmat ovat ilmeisesti yhteydessä kohonneeseen  
lapsen kaltoinkohtelun riskiin, erityisesti silloin, kun mielenterveyden on-  
gelma on vakava tai perheessä on samaan aikaan myös muita lapsen kaltoin-  
kohtelun riskitekijöitä<sup>114</sup>. (B)**
  - Vanhemman heikko perinataalinen mielenterveys on yhteydessä kohonneeseen lap-  
sen kaltoinkohtelun riskiin. Riski on korkeampi niillä riskiryhmään kuuluvilla äideillä,  
joilla on vakava mielenterveyden ongelma, kuten vakava masennus tai psykoottisia  
uskomuksia tai muita riskitekijöitä, kuten perheessä ilmenevä väkivalta. Myös isien  
mielenterveyden, kuten masennuksen ja lapsen kaltoinkohtelun välillä on todettu yh-  
teys. Lisäksi isien vähäinen läsnäolo perheen elämässä ja toisaalta isien käyttämä  
psykkinen loukkaaminen, pakottaminen tai väkivalta äitiä kohtaan, lisäävät lapsen  
kaltoinkohtelun riskiä.<sup>114</sup>
  
- **voimakas ahdistus raskauden ja synnytyksen jälkeisenä aikana ilmeisesti hei-  
kentää äidin empatiakykyä, lisää äidin turhautumisen tunnetta ja ajatuksia lap-  
sen vahingoittamisesta<sup>115</sup>. (B)**
  - Äidin empaattisuus suojaa pelokasta vauvaa vähentämällä vauvan herkkyyttä emotio-  
naalisille ärsykkeille, mikä auttaa vauvaa selviytymään tilanteesta paremmin. Äidin em-  
paattisuus edistää lapsen sosiaalista tukemista, omaa elämänhallintaa ja luottamusta  
omiin kykyihinsä. Lisäksi äidin empatiakyky on yhteydessä kykyyn havaita lapsen anta-  
mia vihjeitä.<sup>115</sup>
  - Iältään nuorten äitien empatiakyky ei eroa muista äideistä, vaan empatiataitojen mahdol-  
linen puutteellisuus johtuu normaalista kehityksestä. Nuorella äidillä voi olla riski alentu-  
neeseen empatiakykyyn johtuen kehityksellisestä kypsymättömyydestä, jolloin lapsen tar-  
peisiin vastaaminen voi olla vielä heikkoa.<sup>115</sup>
  
- **vanhemman mielenterveyden ongelmat lisäävät ilmeisesti lapsen laiminlyön-  
nin<sup>59</sup> (B) ja perhesurman<sup>94</sup> riskiä. (B)**
  - Vanhemman heikko mielenterveydellinen tausta, kuten äidin synnytyksen jälkeinen  
masennus, vanhemman psykiatrinen ongelma (esim. masennus, mielialahäiriö, skit-  
sofrenia) ja äidin mielenterveyspalvelujen käyttö lisäävät lapsen laiminlyönnin riskiä.

Lisäksi vanhemman fyysiset ongelmat ja alhainen älykkyydosamäärä ovat lapsen laiminlyönnin riskitekijöitä.<sup>59</sup>

- Usealla vanhemmalla, joka surmaa lapsensa ja/tai perheensä sekä mahdollisesti itsensä, esiintyy masennusta, persoonallisuuden häiriöitä, psykoottista oireilua ja/tai itsetuhoisuutta ja he ovat hakeneet apua mielenterveyden ongelmiinsa jossain elämänsä vaiheessa.<sup>94</sup>
- Mielenterveyspalveluissa tulisi kiinnittää erityishuomiota asiakkaan perhesuhteisiin, erityisesti, jos perheessä on lapsia. Lapsensurmaa koskevat ajatukset voivat jäädä vain ajatuksiksi, jos apua hakeva tunnistetaan ajoissa ja hän saa asianmukaista apua ja hoitoa.<sup>94</sup>

➤ **vanhemman psyykinen sairaus on ilmeisesti kostotarkoituksessa tehdyn lapsensurman riskitekijä<sup>116</sup>. (B)**

- Vanhemmalla, joka surmaa lapsensa kostotarkoituksessa, on todennäköisesti todettu jonkinlainen psyykinen sairaus, kuten persoonallisuushäiriö, synnytyksen jälkeinen masennus, päihteiden väärinkäyttöä, ahdistuneisuushäiriö, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaisuutta tai kaksisuuntainen mielialahäiriö<sup>116</sup>.
- Lapsensa surmaajat ovat keskimäärin 36,5-vuotiaita, miehiä (53 %) ja naisia (47 %). Puolella surmaajista on jonkinasteinen lukiotasoinen koulutus tai ylioppilastutkinto.<sup>116</sup>
- Surmattujen lasten keski-ikä on 6,1 vuotta. Lapsista poikia on 53 % ja tyttöjä 47 %. Noin puolessa tapauksista surmataan vain yksi lapsi ja puolessa 2–4 lasta.<sup>116</sup>
- Noin kolmannes surmaajista surmaa myös itsensä tai ainakin yrittää itsemurhaa tapahtuneen jälkeen. Näissä tapauksissa ei ole eroa naisten ja miesten välillä<sup>116</sup>.

**Ota huomioon sellainen mahdollisuus, että lapsen vanhempi tai hoitaja saattaa tietoisesti ja tahallisesti aiheuttaa sairaudentilan (Munchausen by Proxy -oireyhtymä) lapselleen ja tunnista tällaiselle tilanteelle altistavia, vanhempaan liittyviä riskitekijöitä varhain, sillä**

➤ **sairaudentilan aiheuttaminen lapselle todennäköisesti häiritsee lapsen koulunkäyntiä, johtaa lapsen tarpeettomiin tutkimuksiin ja jopa kuolemaan<sup>65</sup>. (B)**

- Lapsen kaltoinkohtelun muodon, jossa lapsen vanhempi tai muu hoitaja aiheuttaa lapselle sairaudentilan, havaitsee useimmiten lapsiin erikoistunut lääkäri ja sen esiintyvyyttä vaihtelee 0,002 % ja 13 % välillä.<sup>117–123</sup> On arvioitu, että 100 000 lasta kohden noin 0,5–2,0 alle 16-vuotiasta<sup>124–126</sup> ja 2,8 alle 1-vuotiasta lasta<sup>119,127</sup> joutuu tämän kaltoinkohtelumuodon uhriksi.
- Lähes kaikki tämän kaltoinkohtelumuodon toteuttajista on naisia ja lasten äitejä (97,6 %). Vain harvoin kaltoinkohtelija on isä (2,4 %) tai muu läheinen, kuten lapsenvahti

(2,65 %). Todennäköisimmin kaltoinkohtelija on naimisissa (75,8 %), keski-ikänsä 27,6 vuotta (vaihteluväli 16–53) ja hänellä on melko usein terveydenhuoltoalan koulutus (45,55 %). Koulutus saattaa olla myös tekaistu, sillä osalla kaltoinkohtelijoista on taipumusta valehteluun (9,2 %). Kaltoinkohtelijalla itsellään on usein lapsuuden ajan kaltoinkohteluhistoria (30 %), hyväksikäyttöä parisuhteessa (7,2 %), sijoitus kodin ulkopuolelle (4,6 %) tai psyykkisiä haasteita elämässään, kuten itsetuhoisuutta ja itsensä vahingoittamista (8,6 %), masennusta (14,2 %), persoonallisuuden häiriö, kuten rajatila (18,6 %), muu psykiatrinen sairaus (16,3 %) tai Munchausen oireyhtymä (FDIOS = Factitious Disorder Imposed On Self) (30,9 %), jolloin kaltoinkohtelija saattaa vaihdellen tekaista sairauksia itselleen ja lapselleen. Lisäksi kaltoinkohtelijoilla ilmenee päihteiden väärinkäyttöä (14,2 %), rikollista käyttäytymistä (9,9 %) tai somaattinen sairaus (7,1 %). FDIOS vanhemman lapsella on kohonnut riski lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun. Osalla vanhemmista ei todeta mielenterveyden häiriötä (4,59 %). Kaltoinkohtelijoilla on taustallaan usein synnytykseen liittyviä komplikaatioita (23,5 %) kuten keskenmeno tai ennenaikainen synnytys.<sup>65</sup>

- Ammatilaisen tulee olla valppaana mahdollisesta kaltoinkohtelusta, mukaan lukien MSBP. Kaltoinkohtelijan ominaisuuksien tunteminen antaa mahdollisuuden arvioida ja tunnistaa mahdollista MSBP-kaltoinkohtelua sekä raportoida huoli nopeasti eteenpäin. Lapsen turvallisuus on aina etusijalla. Usein lapsia hoitavat luottavat vahvasti vanhemman tai lapsen muun läheisen hoitajan antamaan tietoon lapsen terveydestä. Kun vanhempi tai huoltaja on kaltoinkohtelija, annettu terveyshistoria menettää uskottavuutensa. Mikä tahansa epä johdonmukaisuus vanhemman raportoimista lapsen fyysisistä vammoista tai sairauksista tulisi huomioida mahdollisena hälytysmerkkinä kaltoinkohtelusta<sup>128</sup>
- Lapsen sairaudentilan aiheuttaminen saattaa johtaa lapsen runsaisiin terveydenhuollon asiakkuuksiin<sup>65,129</sup>, mikä aiheuttaa lapselle toistuvia, tarpeettomia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Lisäksi se heikentää ja rajoittaa lapsen päivittäistä elämää ja toimintaa, esimerkiksi osallistumista koulunkäyntiin, mikä heikentää oppimista. Lapsi voi omak-sua sairaan roolin ja alkaa käyttää apuvälineitä. Se voi myös heikentää lapsen psyykkistä hyvinvointia ja aiheuttaa esimerkiksi turvattoman kiintymyssuhteen vanhempaan. Se voi aiheuttaa lapsessa ahdistusta, hämmennystä, huolta omasta terveydentilasta sekä tunnetta sairauden kierteeseen joutumisesta sekä somaattisia sairauden oireita.<sup>129</sup>
- Minkälainen tahansa sairaudentila on mahdollista aiheuttaa lapselle esimerkiksi valehtelemalla lapsen oireita<sup>130</sup>, myrkyttämällä lasta lääkkeillä<sup>131</sup> tai kontaminoimalla lapsen näytteitä<sup>132,133</sup>.
- Lapselle sairaudentilan aiheuttaminen saattaa johtua taloudellisen hyödyn tavoittelusta, mitä kutsutaan Malingering by Proxy (MAL-BP) -käsitteellä<sup>134</sup>. Näiden tapausten tunnistaminen vaatii eri ammattilaisten tiiviiseen yhteistyöhön pohjautuvaa lähestymistapaa ja matalaa havaintokynnystä eri tahojen välillä.<sup>65</sup>

## 2. Perheeseen liittyvät riskitekijät

Kysy perheessä ilmenevästä tai aikaisemmin ilmenneestä väkivallasta, sillä

➤ **parisuhdeväkivalta saattaa olla yhteydessä lisääntyneeseen lapsen kaltoinkohtelun riskiin<sup>135</sup>. (C)**

- Perheväkivallan on todettu lisäävän lapsen kaltoinkohtelua erityisesti väkivallan tekijän toimesta, mutta myös uhrin perheväkivaltakokemukset saattavat johtaa negatiivisiin vanhemmuuden käytäntöihin<sup>135</sup>.
- Lapsen kaltoinkohtelulle altistavia negatiivisia vanhemmuuden käytäntöjä ovat: fyysinen aggressio (aggressiivisuus, ruumiillinen kurittaminen, ankara kurinalaisuus, lyöminen, potkiminen, läimäyttämisen), henkinen väkivalta (sanallinen kaltoinkohtelu, uhkailu, huomioon ottamattomuus), laiminlyönti (fyysinen laiminlyönti, ohjauksen laiminlyönti, ravinnon antamisen laiminlyönti, epäohdonmukaisuus kasvatuksessa, rajattomuus), itsevaltainen käyttäytyminen (joustamattomuus, vaativuus, tiukkuus, kontrolloivuus, painostavuus, tunkeilevyys, vihamielisyys, syyllistäminen)<sup>135</sup>.
- Kaltoinkohtelulta suojaavia positiivisia vanhemmuuden käytäntöjä ovat: vuorovaikutus lapsen kanssa (lapsi saa puhua tunteistaan, vastavuoroisuus, lapsi saa kysellä vapaasti, reflektiivisyys), vaikuttavat vanhemmuuden taidot (ongelmanratkaisutaidot, demokraattisuus, johdonmukaisuus, kehittävyys, suojelevuus), positiiviset tunteilmaisut (lämmän, iloinen sävy, herkkä) ja sitoutuneisuus lapseen (rohkaisuus, leikkiminen lapsen kanssa, lapsen palkitseminen, lapsikeskeisyys, osallistuvuus)<sup>135</sup>.
- Parisuhdeväkivallan uhriksi joutuminen on tärkeää ymmärtää lapsen kaltoinkohtelun riskitekijänä, vaikka se ei ole yhtä merkittävä riskitekijä kuin perheväkivallan tekijänä oleminen tai päihteiden väärinkäyttö. Parisuhdeväkivallan uhriksi joutuminen aiheuttaa stressiä, kun uhriksi joutunut vanhempi pyrkii kontrolloimaan lapsen käytöstä siten, ettei se suututa väkivallan tekijää.<sup>135</sup> Perheväkivaltaa kokenut äiti vastaa lapsensa tarpeisiin myös korostuneesti lämmöllä ja hoivalla kompensoidakseen omia traumaattisia lapsuuden kokemuksiaan<sup>136</sup>. Parisuhdeväkivallan uhriksi joutumisen lisäksi äidin mielenterveysongelmat, erityisesti post-traumaattiset oireet voivat olla yhteydessä negatiivisiin vanhemmuuden käytäntöihin<sup>135</sup>.

➤ **vanhemman parisuhdeongelmat ja perheväkivaltahistoria ovat ilmeisesti koston tarkoituksessa tehdyn lapsensurman riskitekijöitä<sup>116</sup>. (B)**

- Lapsensa surmaavat vanhemmat ovat usein eronneita tai elävät riitaisessa, vieraantuneessa tai avioero-prosessissa olevassa avioliitossa tai avoliitossa ja kärsivät parisuhdeongelmista<sup>116</sup>.

- Lapsensurman motiivina voi olla kosto toiselle vanhemmalle tai huoltajana toimivalle isovanhemmalle. Surmaaja saattaa kokea syyksi hylkäämisen tai suhteen lopettamisen. Joskus suhteen lopettamiseen liittyy perheväkivaltaa tai surmaaja uhkaa lapsen tai puolison tappamisella ennen surmaa. Surman motiivina voi olla huoltajuus- tai tapamisoikeusriita, puolison uskottomuus tai menestyminen eronjälkeisessä elämässä, riitatilanne esimerkiksi rahasta tai parisuhteeseen sitoutumisesta tai tunne loukkuun jäämisestä.<sup>116</sup>

➤ **altistuminen parisuhdeväkivallalle ilmeisesti lisää lapsen käyttäytymisen ongelmia<sup>137,138</sup>. (B)**

- Lapsen altistuminen parisuhdeväkivallalle ennustaa myöhempiä ongelmia itsesäätelyssä ja sopeutumisessa, kuten sisään- ja ulospäin suuntautuneen käyttäytymisen ongelmia<sup>137</sup>.
- Perheväkivallan ilmapiirissä eläminen voi aiheuttaa lapsessa epävarmuutta ja epäilyä perheen vakauudesta sekä yhden tai molempien vanhempien turvallisuudesta<sup>139</sup>. Lapsi saattaa yrittää lopettaa vanhempien välistä väkivaltaa menemällä heidän väliinsä<sup>140</sup>. Lapsi altistuu harvoin perheväkivallalle yksittäisenä tapahtumana, vaan väkivalta on perheessä yleensä toistuvaa<sup>141</sup>.
- Lapsen sukupuolella ei ole havaittu vaikutusta parisuhdeväkivallan ja käyttäytymisen ongelmien yhteyteen<sup>137,142</sup>. Esimerkiksi pojilla ei ole havaittu enempää ulkoisen käyttäytymisen ongelmia kuin tytöillä<sup>138</sup>.
- Perheväkivallan ilmenemisestä on tärkeää kysyä lapselta ja nuorelta<sup>137</sup>.
- Lapsen ulospäin suuntautuneen käyttäytymisen ongelmiin on vaikutusta nuorella iällä ensimmäisen altistumisen ajankohtana<sup>138</sup>, mutta vielä suurempi vaikutus on väkivallan vakavuusasteella<sup>143</sup>.
- Parisuhdeväkivallalle altistuminen liittyy myös nuoren lisääntyneeseen ulospäin suuntautuneen käyttäytymisen ongelmiin. Hän on todennäköisesti altistunut pidempään suoraan tai epäsuorasti parisuhdeväkivallalle.<sup>138</sup>
- Lapsi saattaa syyttää itseään parisuhdeväkivallasta tai voi kokea sen uhkaavan turvallisuuttaan, mikä voi johtaa huomattaviin käyttäytymisongelmiin, kuten fyysisen kiihtymisen voimakkuuden tai toistuvuuden lisääntymiseen<sup>144</sup>. Tämä perustuu siihen, että lapsi reagoi vanhempien väliseen konfliktiin yrittämällä tulkita tapahtumien merkitystä ja omaa rooliaan väkivallan alkamiseen. Lapsi pohtii, vaikuttaako konflikti hänen tai perheen turvallisuuteen (esim. koettu uhka), onko hän vastuussa konfliktista (esim. itesesytökset) ja tuntee hän selviytyvänsä siitä.<sup>138</sup>

## **Huomioi turvapaikanhakijoiden mahdolliset perheväkivallan riskitekijät ja ota asia tarvittaessa puheeksi, sillä**

### **➤ turvapaikanhakijoiden perheissä saattaa olla perheväkivallan riskitekijöitä<sup>145</sup>. (C)**

- Perheväkivallan yksilöllisiä riskitekijöitä turvapaikanhakijaperheissä ovat vanhemman kokemat traumat, hänen lapsuudessa kokemansa kaltoinkohtelu, traumakokemukset ja niistä juontuvat mielenterveyden ongelmat, kuten masennus ja PTSD, stressi, päih-teiden käyttö (alkoholi) ja matala koulutustaso<sup>145</sup>.
- Perheen sisäisiä riskitekijöitä ovat työttömyys, yksinhuoltajuus, suuri perhe koko, vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen ongelmat, vanhemmuuden ongelmat, parisuhdeongelmat ja ero<sup>145</sup>.
- Sosiaalisia riskitekijöitä ovat perheen heikko sosioekonominen asema sekä tiedon ja koulutuksen puute<sup>145</sup>.
- Kulttuurisia riskitekijöitä ovat kielimuuri, eriarvoisuuden tunne, perheen kulttuuriin sopeutumisen ongelmat ja sen aiheuttamat parisuhteen ristiriidat, patriarkaaliset uskomukset, arvot ja normit, väkivallankäytön ja rankaisun hyväksyminen omassa kulttuurissa. Lisäksi uudessa kulttuurissa naisen ja miehen valtasuhteiden muutos voi lisätä perheväkivallan riskiä.<sup>145</sup>
- Perheväkivallalta suojaavia tekijöitä ovat vanhempien positiiviset selviytymisstrategiat, vanhempien koulutus, tulomaassa vietetyn ajan pituus ja tukea antavat naapurussuhteet<sup>145</sup>.

## **Selvitä perheessä ilmenevät perheväkivallalta suojaavat tekijät, sillä**

### **➤ suojaavat tekijät ilmeisesti ehkäisevät lapsen käyttäytymisen ongelmia<sup>138,145</sup>. (B)**

- Äidin koulutus positiivisista vanhemmuuden käytänteistä suojaa lasta käyttäytymisen ongelmilta perheväkivaltaympäristössä. Rauhallisuus ja pidättäytyminen haitallisista kasvatustapojen käytännöistä todennäköisesti edistävät lämmintä suhdetta vanhemman ja lapsen välillä ja vähentävät lapsen käyttäytymisongelmia. Myös äidin mielenterveyden ongelmien hoitaminen parantaa vanhempana olemisen laatua.<sup>138</sup>



## Huomioi myös muut perheeseen liittyvät riskitekijät, sillä

- **monet perheeseen liittyvät tekijät lisäävät lapsen laiminlyönnin riskiä<sup>59</sup>. (B)**
  - Perheeseen liittyvissä riskitekijöissä vanhemman naimattomuus sisältää lapsen syntymisen avioliiton ulkopuolella. Suureen perhekokoon liittyy kodin ahtaus ja yli kolme lasta perheessä. Perheen matala sosioekonominen asema tarkoittaa perheen riippuvuutta peruspalveluista ja perheen elämistä köyhyysrajan alapuolella. Lapsen asuminen ilman toista vanhempaa sisältää toisen biologisen vanhemman poissaolon kotitaloudesta kokonaan tai yli puolet ajasta. Perheen sisäiset käyttäytymisen ongelmat tarkoittavat alentunutta lämmينhenkisyttä tai empatian puutteellisuutta sekä vanhemman roolin vaihtumista lapsen kanssa.<sup>59</sup>
  - Roolien vaihtuminen tarkoittaa tilannetta, jossa vanhempi odottaa lapsen tyydyttävän vanhemman mukavuuden, vanhemmuuden, läheisyyden tai viihtymisen tarpeet, ja lapsi tietoisesti tai tiedostamattaan uhraa omat tarpeensa vanhemman tarpeiden täyttämiseksi<sup>146</sup>.
  - Perheen kokema vähäinen sosiaalinen tuki lisää myös lapsen kaltoinkohtelun riskiä<sup>37</sup>.

### 3. Lapseen liittyvät riskitekijät

#### Arvioidessasi lapsen kaltoinkohtelun riskiä, ota huomioon lapseen liittyvät tekijät, sillä

- **lapsen perinataalivaiheen ongelmat, käyttäytymisen ongelmat sekä fyysiset ongelmat ovat ilmeisesti lapsen laiminlyönnin riskitekijöitä<sup>59</sup>. (B)**
  - Lapseen liittyvissä riskitekijöissä perinataalivaiheen ongelmat sisältävät lapsen alhaisen syntymäpainon, alhaiset APGAR-pisteet ja lapsen ennenaikaisen syntymän. Lapsen fyysiset ja käyttäytymisen ongelmat sisältävät lapsen syntymisen kuulovammaisena, alhaisen älykkyydosamäärän ja kasvun hidastumisen (Failure to thrive).<sup>59</sup>
  - Myös hyvin nuoret lapset kuuluvat laiminlyönnin riskiryhmään<sup>37</sup>.
- **vauvan erittäin runsas itkuisuus voi ilmeisesti aiheuttaa perheessä negatiivisia seurauksia<sup>147</sup>. (B)**
  - Vauvan erittäin runsas itkuisuus voi aiheuttaa epätoivoisuutta perheessä, romuttaa arjen, haitata rintaruokintaa, eristää vanhemman yksinäisyyteen, rasittaa ja rikkoa perhesuhteita, aiheuttaa vanhemmuuden epäonnistumisen tunteita, johtaa fyysiseen ja

mielenterveyden uupumukseen, asettaa vauvan kaltoinkohtelun tai jopa lapsensurman vaaraan, tai lisätä ongelmia myöhemmin elämässä<sup>147</sup>.

- Vauvan itkuisuus tulee ottaa esille erityisesti lapsen neuvolakäynnin aikana. Vanhemmalle tulee antaa mahdollisuus tuoda esiin oma näkemyksensä ja keskustella tilanteestaan. Tarkoituksena ei ole ainoastaan mitata ja laskea, kuinka kauan vauva itkee tai kuinka monta kertaa viikossa, vaan kuunnella, vahvistaa ja korostaa vanhemman kokemusta siitä, kuinka uuvuttavana hän asian kokee. Jos vanhempi kokee olonsa uupuneeksi, konkreettisten ja näyttöön perustuvien neuvojen sekä vauvaa rauhoittavien taitojen opettaminen on tärkeää.<sup>147</sup>
- Erittäin runsaasti itkevän vauvan vanhemmat yrittävät aktiivisesti ratkaista ongelman ja sopeutua. Aika mahdollistaa selviytymisen negatiivisten oireiden, tunteiden ja muistojen kanssa.<sup>147</sup>

### ➤ lapsen vammaisuus tai autismi saattaa lisätä riskiä lapsensurmalle<sup>100</sup>. (C)

- Suurin osa erityislaisten vanhemmista tarjoaa lapselleen turvallisen ja rakastavan kodin<sup>148</sup>.
- Lapsen elämän alkuvaiheessa tarvitseman intensiivisen sairaalahoidon tai myöhempien useiden sairaalajaksojen vaikutuksesta vanhemman ja lapsen välinen tunneside saattaa jäädä kehittymättä<sup>149</sup>. Tunnesiteen kehitys voi vaarantua, jos lapsen on vaikeaa ilmaista tiettyjä emotionaalisia reaktioita, erityisesti, jos lapsella on todettu autismi. Lapsensurmiin syyllistyneiden äitien ja heidän lastensa välillä on havaittu ongelmia kiintymyssuhteessa<sup>100,150</sup>.
- Vanhempi saattaa kokea myös surua kauan odotetun lapsensa ”menettämisestä” ja vammaisen lapsen saaminen voi vaikuttaa vanhemman psyykkiseen hyvinvointiin sekä elämänlaatuun<sup>149</sup>.
- Lapsen haastavan käyttäytymisen johdosta vanhempi voi turhautua siitä, että lapsi tai nuori ei reagoi tavanomaisiin kurinpitomenetelmiin, jolloin vanhempi saattaa lisätä asteittain ankarampia rangaistusmuotoja ja liiallista voimankäyttöä, mikä voi johtaa lapsen kuolemaan<sup>149</sup>. Autistiset lapset on liitetty korkeamman riskin ryhmään johtuen heidän käyttäytymisensä luonteesta sekä vanhempien turhautuneisuudesta ja kyvyttömyydestä huolehtia lapsestaan ja hallita lapsen käyttäytymistä<sup>100,150</sup>.
- Vammaisen lapsen kuoleman voi aiheuttaa suora väkivalta, yleinen lapsen perustarpeiden laiminlyönti tai tahallinen laiminlyönti tarkoituksena aiheuttaa lapsen kuolema (deprivational abuse), mikä saattaa olla erityinen kaltoinkohtelun muoto erityislasten tapauksissa. Yleisissä lapsen laiminlyönnin tilanteissa vanhemmalla saattaa olla puutteellinen ymmärrys lapsen erityistarpeista tai kyvyttömyys vastata näihin erityistarpeisiin.<sup>100</sup>
- Hoitamisesta aiheutuva stressi ja altruistinen tarkoitus ovat yleisimpiä syitä erityislapsen surmaan ja kaltoinkohteluun liittyvään kuolemaan<sup>100</sup>. Vanhempi saattaa surmata

myös itsensä tai selittää tekonsa lapsensa kärsimysten lopettamisella<sup>100,151</sup>. Syinä voivat olla myös vanhemman ja lapsen välisen siteen puuttuminen sekä lapsen haastava käyttäytyminen<sup>100</sup>.

- Erityislapsi tarvitsee huomattavasti jatkuvaa, yksilöllistä ja välitöntä hoivaa, ohjausta sekä toistuvia terveydenhuollon käyntejä. Vanhemmalla voi olla vain vähän toivoa lapsen hyvinvoinnin paranemisesta tai hengähdystaukoja lapsen hoitamisesta<sup>152</sup>, mikä voi aiheuttaa vanhemmalle huomattavia fyysisiä, taloudellisia ja emotionaalisia vaatimuksia. Vanhemmat kuvaavat tilannettaan stressaantumisena, uupumisena, loppuun palamisena sekä raskaana ja jatkuvana hoitotyönä, joka ei koskaan lopu.<sup>149,153</sup> Lisäksi vanhempi joutuu tasapainottelemaan muiden perheenjäsenten vaatimusten kanssa. Hän voi kokea eristäytymistä ja sosiaalisten suhteiden ongelmia. Tämä kaikki saattaa heikentää hänen mielenterveyttään. Hän voi kokea vakavaa psyykkistä ahdistusta, mikä aiheuttaa suuremman riskin sairastua masennukseen kuin niillä vanhemmilla, joilla ei ole vammaista lasta.<sup>154</sup> Korkea-asteiseksi kuvattu stressi saattaa aiheuttaa sellaista vanhemman käyttäytymistä, joka voi johtaa jopa lapsen kuolemaan<sup>152</sup>. Mahdollisuudet hengähdystaukoon tai ”lyhyisiin taukoihin” ovat välttämättömiä, jotta vanhempi jaksaa hoitamistehtävässään. Erityislapselle ja hänen perheelleen tarpeellisten palvelujen saatavuuden puute lisää riskiä lapsen kaltoinkohteluun ja siitä seuranneeseen lapsensurmaan.<sup>100</sup>
- Perheiden auttamistyössä ekologinen näkökulma tarjoaa patologista näkökulmaa paremmat mahdollisuudet interventioihin, jotka todennäköisesti vähentävät kaltoinkohtelusta johtuvien kuolemien esiintyvyyttä. Erityisessä haavoittuvassa asemassa olevat perheet tarvitsevat selkeitä ja koordinoituja hoitopolkuja, jotta vanhemmille ja lapsille on saatavilla oikea-aikaista tukea.<sup>155</sup>
- Vanhemmat kokevat usein stressiä myös erityislapsensa arviointi- ja diagnosointiprosessin aikana, ja on selvää näyttöä siitä, että avoimilla, rehellisillä ja positiivisilla kokemuksilla sekä terveydenhuollon ammattilaisten tuella ja neuvonnalla on merkittäviä positiivisia vaikutuksia heidän selviytymiskykyynsä<sup>100</sup>.

➤ **CP-erityislapsella ilmenevät emotionaaliset ja käyttäytymisen ongelmat lisäävät ilmeisesti vanhempien stressiä ja masentuneisuutta, ja lisäksi vanhemmat kokevat saavansa vähäisempää sosiaalista tukea<sup>156</sup>. (B)**

- CP-erityislapsen vanhemmalla on välttämätöntä olla tukiverkosto ja ammattilaisten tuki, jotta hänen mielenterveytensä ei heikentyisi ja jokaiselle lapselle voitaisiin tarjota paras mahdollinen kehitys<sup>156</sup>.
- Monet CP-erityislapsen vanhemmista tuntevat olonsa usein hermostuneeksi ja stressaantuneeksi. Heidä stressaavat eniten asiat, joita heidän on pakko suorittaa. Lisäksi vanhempia suuttavat asiat, jotka eivät ole heidän hallinnassaan.<sup>157</sup>
- CP-erityislapsen vanhempien mielenterveyden häiriöihin liittyen on ymmärrettävä vanhempien kokema, lapsen terveyteen ja kehitykseen liittyvä trauma. Verrattuna muihin kehityshäiriöihin, CP-vammalla saattaa olla laajempi vaikutus, koska sen

ennuste on alkuvuosina epävarma. Vanhemmat kokevat ahdistusta ja epävarmuutta liittyen lapsen tulevaisuuden toimintakykyyn, ortopedisten komplikaatioiden mahdollisuuksiin ja usein vaikeasti hallittavien epileptisten kohtausten uhkaan.<sup>156</sup>

- CP-erityislusten vanhempien mielenterveystilanne jätetään usein huomiotta. On erittäin tärkeää arvioida vanhempien mielenterveyttä ja edistää sitä varhaisella tunnistamisella ja kehittämällä vaikuttavia interventioita, sillä vanhemman mielenterveys voi vaikuttaa positiivisesti tai negatiivisesti esimerkiksi perheen osallistumiseen kuntoutusohjelmiin.<sup>156</sup>
- CP-erityislapsen kouluun pääsillä on suojaava vaikutus vanhemman mielenterveyden ongelmiin<sup>156</sup>.
- Vanhempi, jonka lapsella on enemmän emotionaalisia ja käyttäytymisongelmia, kokee todennäköisemmin lisääntyneitä stressiä ja masentuneisuutta (psykologinen ahdistus) sekä saa mielestään vähäisempää tukea perheeltään. Korkeasta stressistä ja masennuksesta kärsivä vanhempi kokee saavansa myös vähäistä sosiaalista tukea.<sup>156</sup>
- Eri kulttuureissa vammaisen lapsi nähdään eri tavoin. Usein vammaisen lapsen vanhemmat näkevät lapsensa ensisijaisesti lapsena ja vammaisuuden vain yhtenä lapsensa ominaisuutena. Vammaisen lapsi ei siis välttämättä lisää vanhempien tunnettaakaa, mutta monet vanhemmat kokevat kuitenkin stressiä ja vaikeuksia.<sup>156</sup>

## Huomioi ADHD:tä sairastan lapsen perheen haasteet, sillä

### ➤ **ADHD:tä sairastavat lapset ilmeisesti kokevat muita lapsia enemmän kaltoinkohtelua<sup>158,159</sup>. (B)**

- Maailmanlaajuisesti ADHD:tä esiintyy 5–7 %:lla lapsia ja nuoria, mikä tekee siitä esiintyvyydeltään yhden merkittävimmistä häiriöistä<sup>160</sup>.
- ADHD:n ja lapsen kaltoinkohtelun yhteys perustuu siihen, että lapsena kaltoinkohtelua kokeneilla henkilöillä on samankaltaisia ongelmia kuin ADHD:tä sairastavilla, kuten häiriöitä ulospäin suuntautuneessa käyttäytymisessä, kognitiivisia vajeita ja heikentyneitä sosiaalisia suhteita<sup>161,162</sup>, ristiriitojen lisääntymistä parisuhteessa, mielenterveyden häiriöitä, rikollisuutta, perheen toiminnan häiriöitä ja matala sosioekonominen asema<sup>163</sup>.
- ADHD:tä sairastavilla on enemmän kaltoinkohtelukokemuksia. He ovat kokeneet fyysistä kaltoinkohtelua noin kaksi kertaa useammin, laiminlyöntiä yli viisi kertaa useammin ja emotionaalista kaltoinkohtelua yli kahdeksan kertaa useammin kuin ne, jotka eivät sairasta ADHD:tä. Ne, joilla on ADHD:n lisäksi ODD (Oppositional Defiant Disorder) tai CD (Conduct Disorder) -oireilua, kokevat yli kaksi kertaa useammin kaltoinkohtelua kuin ne, joilla oli ainoastaan ADHD.
- Työskenneltäessä ADHD:tä sairastavan lapsen ja hänen perheensä kanssa, lapselta on tärkeää kysyä kaltoinkohtelusta ja keskustella siitä avoimesti, sekä tarkkailla kaltoinkohtelun oireita<sup>158</sup>.

## 4. Lapsen kaltoinkohteluriskin tunnistamismenetelmät ja -välineet

Lapsen kaltoinkohteluriskin varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy on edelleen vähäistä. Yhteiskunnassa lapsen kaltoinkohtelun ehkäisyä tapahtuu kolmella tasolla. Ensimmäisellä tasolla ehkäisy kohdistuu kaikkiin vanhempiin kaltoinkohteluriskistä riippumatta. Se keskittyy lapsen ja perheen hyvinvointia tukevien käsitysten, käytäntöjen ja olosuhteiden vahvistamiseen yhteisössä ja kulttuurissa. Toisella tasolla ehkäisy kohdistuu vanhempiin, joilla tiedetään olevan kohonnut riski lapsen kaltoinkohteluun. Kolmannella tasolla ehkäisy kohdistuu jo tapahtuneeseen lapsen kaltoinkohteluun ja sen uusiutumisen estämiseen. Lapsen kaltoinkohtelua ja sen riskiä voidaan tunnistaa erilaisten tunnistamismenetelmien ja -välineiden avulla. Vanhemmat tai huoltajat sekä eri alojen ammattilaiset voivat arvioida lapsen kaltoinkohtelun riskioija.

### Tunnista perheen riskiolosuhteita dialogissa vanhemman ja lapsen kanssa, sillä

#### ➤ lapsen kaltoinkohtelun esiintyvyys on ilmeisesti itseraportointimenetelmiä käytettäessä korkeampi kuin ammattilaisten arvioimana<sup>164</sup>. (B)

- Lapsen kaltoinkohtelun raportointi käsittää monta tasoa. Lastensuojeluilmoituksia tehdään poliisille ja lastensuojeluun koskien vakavaa, lievää tai ennakoivaa kaltoinkohtelua silloin, kun lastensuojelu on nähty tarpeelliseksi. Tätä raportointia tekevät terveydenhuollon ammattihenkilöt, opettajat tai kaltoinkohtelun havainneet sivulliset. Useimmat informanttitutkimukset perustuvat ammattilaisten tai sivullisten lastensuojeluilmoituksiin ja siksi ne kattavat vain osan kokonaisuudesta. Kokonaisuuden täydentämiseksi kaltoinkohtelusta voivat raportoida vanhemmat sekä lapset itseraportointimenetelmien avulla. Informanttitutkimuksella saadaan usein tieto vain tietyltä ajanjaksolta, kun taas itseraportoinnin avulla tieto voidaan saada koko elämän ajalta.<sup>164</sup>
- Kyselyjen haasteena on, että vanhempi saattaa vastata niihin sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla tai hänellä saattaa olla epärealistisia odotuksia, havaintoja tai tulintoja kanssakäymisestään lapsensa kanssa. Vanhempi saattaa myös muistaa väärin tapahtumia, mikä vääristää kyselyjen avulla saatuja tuloksia. Havainnointityökalut, kuten Facial Action Coding System (FACS), Diagnostic Analysis of Nonverbal Behaviour II (DANVA II), psykofysiologiset mittaukset (mm. verenpaine, ihon johtamiskyky, sydämen syke, aivosähkökäyrä) ja Matching Affect to Child Task (MATCH), auttavat havainnoitaessa vanhempaa sekä lapsen ja vanhemman välisiä vuorovaikutustilanteita. Erityisasiantuntijat käyttävät näitä työkaluja kontrolloiduissa ympäristöissä vanhempien kanssa, joilla on aikaisempaa laiminlyönti- tai kaltoinkohtelutaustaa.<sup>165</sup>
- Systemaattinen ja kokonaisvaltainen perhetilanteen arviointi on tärkeää lapsen kal-

toinkohtelua ennaltaehkäisevässä työssä<sup>47</sup>. On myös tiedostettava, että riskinarviointi on vaikuttavaa vain, jos järjestelmään sisältyy asianmukainen hoito tai tukea on saatavilla<sup>99</sup>. Varhaisessa työssä tulisi painottaa huolien puheeksi ottamista ja avointa yhteistoimintaa vanhempien ja yhteistyötoimijoiden kanssa<sup>166</sup>.

- Lapsi- ja perhepalveluissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden on tärkeää tuntea kaltoinkohtelun riskitekijät, jotta perheen riskioloja voidaan tunnistaa. Vanhemmille ja kaikille lapsia hoitaville aikuisille tarkoitettu *Perheiden tarpeiden tarkistuslista* (ERICA) on kehitetty tämän kansallisen hoitosuosituksen pohjalta. Se sisältää kaltoinkohtelun riskitekijät laajasti ja auttaa tunnistamaan perheen riskioloja vanhempien, perhetilanteen ja lapsen näkökulmista. Lapsia hoitavat aikuiset ja vanhemmat tarvitsevat syyllistämisen sijaan tietoa kaltoinkohtelun riskitekijöistä voidakseen arvioida omaa tunne-elämäänsä, tietämystään sekä kasvatuksellista toimintaansa. Varhaisessa työssä tulisi painottaa huolien puheeksi ottamista ja avointa yhteistoimintaa vanhempien ja yhteistyötoimijoiden kanssa<sup>166</sup>.

➤ **vanhempien itseraportoimana heidän lapsen kohdistamansa emotionaalinen kaltoinkohtelu on ilmeisesti yleisempää kuin fyysinen kaltoinkohtelu**<sup>Devries ym. 2017. (B)</sup>

- Emotionaalisen kaltoinkohtelun suurempi esiintyvyys saattaa johtua siitä, että vanhemmat ilmoittavat todennäköisemmin lievempää kaltoinkohtelua kuin vakavampia väkivallan muotoja<sup>167</sup>.

**Huomioi itseraportoinnin rajoitteet arvioidessasi vanhemman päihteiden käyttöä, sillä**

➤ **biomarkkerit ovat todennäköisesti itseraportointia luotettavampi menetelmä raskaana olevan äidin päihteiden käytön tunnistamisessa**<sup>168,169. (B)</sup>

- Kyselyt, yksinomaan käytettynä, alidiagnosoivat todellista alkoholin ja päihteiden väärinkäyttöä. Alkoholin tosiasiallisen väärinkäytön varhainen tunnistaminen biomarkkereita hyödyntämällä on erittäin tärkeää vanhemmalle suunnatun varhaisen tuen mahdollistamiseksi sekä alkoholin sikiölle aiheuttamien peruuttamattomien vahinkojen ehkäisemiseksi. Biomarkkereiden käytön tulisi olla lähtökohtaisesti vapaaehtoista, mutta pakollista, jos sikiön etu sitä vaatii. Kun biomarkkerianalyysissä havaitaan alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttöä, tulisi hoidossa edetä systemaattisesti yhteisesti sovitun protokollan avulla, jonka tulisi sisältää lastensuojelun toimet sekä vanhemman avunsaannin.<sup>168</sup>
- Terveydenhuollon henkilöstön tulee tiedostaa, että itseraportointimenetelmällä äiti mahdollisesti aliarvioi alkoholin käyttöönsä<sup>169</sup>.

- Noudata hoitosuosituksen antamia ohjeita laboratoriotutkimusten ottamisessa<sup>170</sup>.

Lapsen kaltoinkohteluriskin arviointiin on kehitetty erilaisia tunnistamisvälineitä, joista useimmat on kehitetty käytettäväksi ehkäisyn toisella ja kolmannella tasolla<sup>171</sup>. Luotettavien näyttöön perustuvien tunnistamisvälineiden tarve on laajalti tunnustettu<sup>43,47,56,57,102,172</sup>. Mikään riskin tunnistamisväline ei kuitenkaan suoraan diagnosoi lapsen kaltoinkohtelua<sup>47,55,172</sup>. Suurin osa välineistä on kehitetty kliiniseen käyttöön lapsen kaltoinkohteluriskin, kaltoinkohtelun<sup>47,55–58,173</sup> tai sen uusiutumisen tunnistamiseksi<sup>37</sup>. Esimerkiksi Child Abuse Potential (CAP) ja sen pohjalta kehitetty BriefCAP<sup>171,174</sup> ovat laajasti käytettyjä kaltoinkohteluriskin tunnistamisvälineitä, jotka on validoitu myös Suomessa<sup>175–177</sup>. BriefCAP on todettu luotettavaksi tunnistamaan erityisesti fyysisistä kaltoinkohtelua tai sen riskiä. Tämä tunnistamisväline ei kuitenkaan arvioi perheen tilannetta muutoin kuin vanhemman osalta. Chenin ym. katsauksessa<sup>178</sup> tunnistamisvälineet liittyvät pääosin jo terveydenhuollossa havaittuun kaltoinkohteluun. Katsaus sisältää myös välineitä vanhemmuuden ja lapsen kasvuympäristön riskien tunnistamiseen. Tällaisia riskejä ovat esimerkiksi vanhemman fyysiset ja mielenterveyden ongelmat, vanhemmuuden ja kurinpidon käytännöt sekä lapseen liittyvät tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmat.<sup>178</sup>

Ennaltaehkäisytyössä on ensiarvoisen tärkeää varmistaa lapsen ja vanhemman tietämys siitä, mitä lapsen kaltoinkohtelu ja lapseen kohdistuva väkivalta tarkoittavat, sekä minkälaisista asioista tulee huolestua ja rohkaista vanhempaa pyytämään ammattilaisilta apua ilman häpeän tai syyllisyyden tunteita. Koska tähän hoitosuositukseen ei löydetty riittävän kattavaa kaltoinkohteluriskin, varhaisen tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn välinettä, työryhmässä havaittiin tarve kehittää laaja-alaisempi väline tähän tarkoitukseen. Euroopan komission rahoittamassa ERICA-hankkeessa on valmistunut vanhemmille suunnattu, tämän hoitosuosituksen sisältöön pohjautuva ”Perheen tarpeiden tarkastuslista” (<https://webpages.tuni.fi/familyneedschecklist/#/>). Tarkastuslistan tarkoituksena on lisätä vanhempien tietoa lapsen kaltoinkohtelun eri muodoista, riskitekijöistä sekä siitä, miten voi matalalla kynnyksellä saada tukea, kun vanhemmalla itsellään herää huoli.

## Menetelmät

### Tiedonhaku

Hoitosuosituspäivityksessä päivitettiin aiemmin julkaistun (2015) suosituksen osat, jotka käsitelivät lapsen kaltoinkohtelun riskioja ja niiden tunnistamista.

Tiedonhaku toteutettiin yhteistyössä Tampereen yliopiston informaattikon kanssa. Informaattikko laati aluksi Medline-tietokantaan (OvidSP-käyttöliittymä) hakustrategian, jota hyödynnettiin psykologian, sosiaalitieteiden, terveystieteiden, monitieteisten ja järjestelmällisten katsausten tietokannoissa. Hakustrategia ei poikennut merkittävästi alkuperäisen suosituksen hakustrategiasta. Informaattikko teki haut seuraaviin tietokantoihin: JBI (OvidSR), Cochrane Database of

Systematic reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) ja PROSPERO. Työryhmä toteutti haut informaattikon ohjeilla seuraaviin tietokantoihin: CINAHL, Medic, PubMed ja PsycINFO. Suositustyöryhmän jäsen (HR) teki haut seuraaviin tietokantoihin: Medline, Scopus ja Academic Search Ultimate noudattaen informaattikon hakustrategiaa. Hakusanat ja hakustrategia on kuvattu liitteissä 1–2.

## Tiedonlähteiden valinta

Haku rajattiin aikavälillä 2014–2020 ilmestyneisiin, eri tieteenalojen järjestelmällisiin katsauksiin. Ainoastaan järjestelmällisten katsausten mukaan ottaminen perustuu tutkijoiden aiempaan tietämukseen lapsen kaltoinkohtelun riskitekijöistä ja runsaaseen yksittäisten tutkimusten määrään.

### Mukaanottokriteerit olivat:

- Hoitosuosituksen päivitykseen valittiin 1/2014–4/2020 julkaistut suomen-, englannin- tai ruotsinkieliset vertaisarvioidut järjestelmälliset katsaukset, meta-analyysit ja -synteetit.
- Täydennyshaussa 1/2020–3/2021 julkaistut suomen-, englannin- tai ruotsinkieliset vertaisarvioidut järjestelmälliset katsaukset, meta-analyysit ja -synteetit.
- Valitut katsaukset käsittelivät joko lapsen kaltoinkohtelun riskiä tai sen tunnistamiseksi käytettyä menetelmää.

### Poissulkukriteerit olivat:

- Ei-järjestelmälliset katsaukset
- Seksuaaliväkivaltaa kokeneiden uhrien kokemuksia, saamaa hoitoa, väkivallan todentamista ja väkivallan vaikutuksia koskevat artikkelit
- Järjestelmälliset katsaukset, joiden fokus oli muu kuin perheessä tapahtuva lapsen kaltoinkohtelu tai sen riskiolot.

Tiedonhaut tallennettiin eri tietokantojen sisäisiin kansioihin ja työryhmän jäsenet kävivät artikkelit lävitse otsikko- ja abstraktitasolla:

- JBI (OvidSR), Cochrane Database of Systematic reviews, DARE- Database of Abstracts of Reviews of Effects ja PROSPERO (HR, AF, EP).
- CINAHL, Medic, PubMed ja PsycINFO (MS, JL, EP, HR)
- Medline, Scopus ja Academic Search Ultimate (HR)

Valitut artikkelit siirrettiin Refworks-viitteidenhallintaohjelmaan, johon kullekin tietokannalle luotiin oma kansio. Kokotekstivaiheessa työryhmän jäsenet lukivat valitut artikkelit ja lopullinen valinta tehtiin yhteisen arvioinnin pohjalta.



## Tutkimusten laadunarviointi

Laadunarvioinnissa käytettiin JBI:n arviointikriteeristöä järjestelmälliselle katsaukselle. Laadun arvioi itsenäisesti vähintään kaksi työryhmän jäsentä:

- CINAHL, Medic, PubMed ja PsycINFO (MS, JL, HR)
- JBI (OvidSR), Cochrane Database of Systematic reviews, DARE- Database of Abstracts of Reviews of Effects, PROSPERO, Medline, Scopus ja Academic Search Ultimate (HR, AF).

Arvioiteja verrattiin ja eriävistä kohdista keskusteltiin yhdessä työryhmän jäsenten (HR, AF, EP) kanssa. Hyväksymisrajana käytettiin > 50 prosentin toteutunutta kriteereistä. Näytönastekatsauksissa laatua kuvattiin hoitosuosituksen laadinta -käsikirjan<sup>179</sup> ohjeistuksen mukaisesti kelpolliseksi (50–64 %), hyväksi (65–85 %) tai tasokkaaksi (86–100 %). Valittujen tutkimusten tulokset uutettiin tutkimustaulukkoon.

## Näytönasteen arviointi

Päivitetyn hoitosuosituksen suosituslauseet perustuvat näytönastekatsauksiin (Liitteet 3–8). Näytönastekatsaukset laadittiin niistä järjestelmällisistä katsauksista, meta-analyyseistä ja -syntheseistä, joihin suosituslauseiden näytönasteen määrittäminen perustui. Näytönastekatsauksissa kuvattiin kyseisen suosituslauseen kannalta katsausten keskeiset tulokset, toteutus, laadunarvioinnin tulos, tutkimusasetelmaan perustuva näytön vahvuus sekä tutkimustulosten sovellettavuus suomalaisen väestöön.<sup>179</sup> Suosituslauseiden näytönasteen (Taulukko 2) määrytymiseen vaikutti se, kuinka vahvaa ja yhdenmukaista näyttöä näytönastekatsaukseen sisältyvät katsaukset tuottivat ottaen huomioon alkuperäistutkimusten laadun, näytön vahvuuden (Taulukko 3) ja tutkimusten otoskoon. Näytönastekatsauksiin on lisätty myös kommentteja koskien muun muassa alkuperäistutkimusten heterogeenisyyttä ja laatua. Hoitosuositus viimeisteltiin asiantuntijoiden lausuntokierroksella antamien palautteiden perusteella.

Taulukko 2. Näytön asteen määrittäminen<sup>179–182</sup>

Näytönaste (näytönastetta kuvaava kirjain)	Sanallinen kuvaus näytönasteesta	Näytönastetta määrittävä näyttö
<b>Vahva (A)</b>	On varsin varmaa, että vaikutus on lähellä arviota vaikutuksesta	Useita menetelmällisesti tasokkaita* tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia
<b>Kohtalainen (B)</b>	On melko varmaa, että todellinen vaikutus on lähellä arvioitua vaikutusta, mutta uudet tutkimukset saattavat vaikuttaa arvioon vaikutuksen suuruudesta ja suunnasta	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas* tutkimus tai useita tasokkaita* tutkimuksia, joiden tuloksissa vain vähäistä ristiriitaa, tai useita kelpollisia** tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset

<b>Heikko (C)</b>	Luottamus vaikutuksen arvioon on rajoitettu: uudet tutkimukset todennäköisesti vaikuttavat arvioon vaikutuksen suuruudesta ja mahdollisesti sen suunnasta	Useita tasokkaita* tutkimuksia, joiden tuloksissa merkittävää ristiriitaa, tai ainakin yksi kelvollinen** tutkimus.
<b>Hyvin heikko (D)</b>	Luottamus vaikutuksen arvioon on hyvin rajoitettu: arvio vaikutuksen suunnasta ja suuruudesta on epävarma	Menetelmällisesti heikkoja tutkimuksia, laadun vähimmäisvaatimus kuitenkin täyttyy.
*Menetelmällisesti tasokas = käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa ja tutkimus toteutettu menetelmällisesti laadukkaasti		
**Kelvollinen = menetelmällinen laatu kelvollinen ja/tai tutkimusasetelmaltaan ei tutkittavan aiheen kannalta paras mahdollinen; tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin		

Taulukko 3. Tutkimusasetelmat näytön vahvuuden määrittämisessä.<sup>179</sup>

<b>Vaikuttavuus</b>	
<b>Taso 1 – Kokeelliset asetelmat</b>	<b>Taso 2 – Kvasikokeelliset asetelmat</b>
1a satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten (RCT) järjestelmällinen katsaus	2a kvasikokeellisten tutkimusten järjestelmällinen katsaus
1b satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten (RCT) järjestelmällinen katsaus, jossa mukana muilla asetelmissa tehtyjä tutkimuksia	2b kvasikokeellisten tutkimusten järjestelmällinen katsaus, jossa mukana myös muita alemman tason tutkimusasetelmia
1c yksittäinen satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	2c kvasikokeellinen prospektiivinen kontrolloitu tutkimus
1d kokeelliset tutkimukset, joissa tutkittavat jaetaan koe- ja kontrolliryhmiin)	2d ennen-jälkeen-koeasetelma tai historiallinen, retrospektiivinen kontrolliryhmän sisältävä tutkimusasetelma –tutkimus)
<b>Taso 3 – Havainnoivat / analyttiset asetelmat</b>	<b>Taso 4 – Havainnoivat / kuvailevat tutkimukset</b>
3a vertailtavissa olevien kohorttien järjestelmällinen katsaus	4a kuvailevien tutkimusten järjestelmällinen katsaus
3b vertailtavissa olevien kohorttien järjestelmällinen katsaus, jossa mukana myös muita alemman tason tutkimusasetelmia	4b poikkileikkaustutkimus
3c kohorttitutkimus, jossa on mukana vertailuryhmä	4c tapaus-sarja
3d tapaus-kontrollitutkimus	4d tapaustutkimus
3e havainnointitutkimus ilman kontrolliryhmää	
<b>Taso 5 – Asiantuntijoiden näkemys</b>	
5a asiantuntijalausuntojen järjestelmällinen katsaus	
5b asiantuntijoiden yhteisymmärrys, konsensuslausuma,	
5c yksittäinen asiantuntijanäkemys	
<b>Merkityksellisyys</b>	
Taso 1 Laadullisten tai mixed-method-tutkimusten järjestelmällinen katsaus	
Taso 2 Laadullinen tai mixed-method-synteesi	

## Suosituksen käyttöönotto

Suosituksen käyttöönoton suunnittelu aloitettiin samaan aikaan suosituksen päivityksen kanssa. Lapsen kaltoinkohtelun ja sen riskin tunnistaminen sekä tilanteisiin puuttuminen kuuluvat jokaiselle aikuiselle, mutta erityisesti kaikille niille ammattihenkilöille, jotka tapaavat työssään lapsia ja perheitä. Tämä hoitosuositus on tarkoitettu otettavaksi käyttöön kaikkialla lapsiperhepalveluissa. Suositusta tulee soveltaa hyvinvointialueilla ja kunnissa, jotka järjestävät lapsille ja perheille suunnattuja palveluita. Käyttöönotossa keskeinen vastuu on hyvinvointialueiden operatiivisella johdolla ja eri yksiköiden esimiehillä.

Hoitosuositus on linjassa niiden kansainvälisten<sup>1–5</sup>, kansallisten<sup>6–10</sup> ja säätiöiden<sup>11,12</sup> toimintaohjelmien kanssa, jotka pyrkivät vähentämään ja ehkäisemään lasten kohtaamaa väkivaltaa tai kaltoinkohtelua, sekä edistämään lasten terveyttä ja hyvinvointia. Kaltoinkohtelu voi sisältää lapsen läheisten tekemää, tahatonta tai tahallista väkivaltaa, liittyen läheisten uupumukseen, mielenterveysongelmiin, päihteiden käyttöön tai muuhun perheväkivaltaan. Edellä mainitut asiat ovat usein osa moniongelmaista tilannetta. Tämä suositus tuo esiin tutkimuksissa havaitut kaltoinkohteluun yhteydessä olevat huolenaiheet ja riskit, joskin suosituksessa kuvatut riskiolot voivat aiheuttaa tai lisätä monenlaisia muitakin ongelmia perheessä. Tässä suosituksessa riskioleja on tarkasteltu erityisesti kaltoinkohtelun riskin näkökulmasta.

Suosituksen tuottama tieto auttaa pohtimaan sitä, miten perheen elämässä ilmeneviä huolia voi havaita ja ottaa puheeksi. Tämä on tärkeää jo ennen kuin huolet ja riskiolot ovat johtaneet kaltoinkohteluun. Suojaavien tekijöiden vahvistaminen on myös lapsiperheammattilaisten keskeinen tehtävä. Hoitosuositus on tärkeä tiedonlähde myös perheille. Suosituksessa tuotetun tiedon avulla he voivat pohtia elämässään olevia huolia, riskejä ja niiden merkitystä. Vanhemmalla on itsellään vastuu siitä, että perheen arki ja olosuhteet ovat lapselle turvalliset ja, että lapsi kohdataan ja häntä hoidetaan mahdollisimman hyvin. Perheille tarkoitettu, suosituksen pohjalta tehty versio on saatavilla mobiilisovelluksena seuraavasta linkistä: <https://webpages.tuni.fi/familyneedschecklist/#/>. Vastattuaan sovelluksessa oleviin kysymyksiin vanhempi saa palautteen sekä ohjeita, neuvoja ja mahdollisesti linkkejä lisätietoihin. Vanhempi voi myös tallentaa palautteen itselleen ja mennä keskustelemaan esille tulleista asioista esimerkiksi neuvolaan, päiväkotiin, sosiaalipalveluihin tai muuhun itse valitsemaansa paikkaan. Suosituksen pohjalta Euroopan Unionin rahoittamassa ERICA-hankkeessa (<https://psyarxiv.com/7qe5c/>) tehty mobiilisovellus on ensimmäinen, jossa on laajasti koottuna riskioleihin liittyvät huolet perheen arjessa. Sovelluksesta tehdään jatkossa myös tutkimusta sekä vanhempien että työntekijöiden näkökulmasta.

Hoitosuositus tulee ottaa käyttöön järjestelmällisesti myös lapsiperheammattilaisten perus- ja täydennyskoulutuksessa. Lapsen kohdistuvan väkivallan ehkäisyn toimintaohjelmassa suositellaan teeman sisällyttämistä kaikkien näiden ammattilaisten koulutukseen. Erityisen tärkeää suosituksen tuottama tieto on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka kohtaavat lapset ja perheet edistäessään perheiden terveyttä ja hyvinvointia.

Yhteenvetona: Hoitosuosituksen sisältämä monitieteinen tutkimustieto tukee lapsen kaltoinkohtelun ja sen riskiolojen tunnistamista ja soveltuu kaikille lasten ja perheiden kanssa toimiville ammattilaisille. Hoitosuositus on käyttökelpoinen työntekijöille, jotka toimivat äitiys- ja lastenneuvoissa, perhekeskuksissa, varhaiskasvatuksessa, kouluissa, sosiaalipalveluissa, lasten ja nuorten harrastusryhmissä ja erilaisissa järjestöissä, jotka tarjoavat palvelujaan lapsiperheille. Suositus tuottaa käyttökelpoista tietoa valtakunnalliseen sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen hyvinvointialueilla, joihin myös väkivaltatyön palveluiden tulisi sisältyä. Kunkin hyvinvointialueen toimijoiden vastuulla on luoda asianmukaiset, toimivat ja konkreettiset ratkaisut oman alueensa lapsi- ja perhepalveluihin. Suosituksen käyttöönoton avulla voidaan lisätä lasten vanhempien tietoisuutta ja omakohtaista arviointia elämäntilanteestaan ja kaltoinkohtelun vaihteluista. Tämä auttaa ammattilaisia muodostamaan kuvaa perheen tilanteesta sekä keskustelemaan ja suunnittelemaan perheen tarvitsemia tukipalveluita yhteistyössä perheen kanssa.

## Suosituksen päivittäminen

Hoitosuositus päivitetään 3–5 vuoden välein Hoitotyön tutkimussäätiön ohjeen mukaisesti.

### Jatkotutkimusaiheet

Hoitosuosituspäivityksen aikana nousi esiin seuraavia jatkotutkimusaiheita:

- Henkistä kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä koskeva tutkimus<sup>164</sup>.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ymmärrystä ja toimintamalleja selvittävä tutkimus koskien suunterveyttä ja siihen liittyviä vammoja työskenneltäessä kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin riskioloissa elävien lasten kanssa<sup>110</sup>.
- Lasten käsityksiä kuvaava tutkimus omasta suunterveydestään.
- Hampaiden hoitoa koskevan arviointilomakkeen kehittämistä ja testaamista koskeva tutkimus. Suunterveyden puheeksi ottamisen välineeksi tulisi kehittää oma lomake vanhemmille ja lapsille. Hammashoidon yksiköissä keskustelu voi olla helpompaa ja kokonaisvaltaisempaa, jos ammattilaisilla on käytössään yhteinen ja laadukas lomake. WHO on julkaissut hampaiden hoitoa koskevan kyselylomakkeen, joka on tarkoitettu aikuisille (vanhemmille) ja lapsille. Lomake on tarkoitettu kansalliseen käyttöön, mutta se on hyvä esimerkki lomakkeesta, jota voisi soveltuvin osin hyödyntää yhteisen keskustelun pohjana perheitä tavattaessa. Lomake on saatavilla tällä hetkellä ainoastaan englanniksi ja portugaliksi:

[https://www.who.int/oral\\_health/publications/9789241548649/en/](https://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/). Myös hammaslääkäri-  
liiton sivuilta löytyvä tieto lomakkeen muodossa toimia perheiden kanssa käytävän  
keskustelun pohjana ([https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suun-  
terveydesta/hampaiden-ja-suun-puhdistus#.YEzJLZ0zZPY](https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suun-<br/>terveydesta/hampaiden-ja-suun-puhdistus#.YEzJLZ0zZPY)).

- Lapsen hoidon laiminlyönnin ja huonon suunterveyden yhteys sekä näiden yhteys lapsi-  
perheiden sosiaaliin ja taloudellisiin olosuhteisiin<sup>110</sup>.
- Lapsen suunterveyteen liittyvän kaltoinkohtelun tunnistamisen välineiden kehittäminen ja  
validointi terveydenhuollon ympäristöön<sup>110</sup>.
- Selkeiden ammattilaisten välisten raportointijärjestelmien ja -menettelyjen kehittäminen ja  
arviointi<sup>110</sup>.
- Lasten ja vanhempien näkemykset, kokemukset ja tarpeet suun terveydenhoidosta<sup>110</sup>.
- Suunterveyden laiminlyönnin ja traumojen vaikutukset lasten (ja aikuisten) tarvitseman  
hoidon luonteeseen<sup>110</sup>.
- Eri ammattiryhmien moniammatillinen ymmärrys ja toiminta lapsen huonon suuntervey-  
den ja vammojen tapauksissa<sup>110</sup>.
- Erityislapsen hoitamisen vaikutus vanhempien ja perheenjäsenten mielenterveyteen ja elä-  
mänlaatuun<sup>156</sup>.
- Erityislapsen vanhemman resilienssin vaikutus jaksamiseen lapsen hoitamisessa<sup>156</sup>.
- Tutkimus, jonka avulla voidaan ymmärtää (CP-) vammaisuuden vaikutuksia vanhempien  
mielenterveyteen erilaisissa sosiokulttuurisissa ja taloudellisissa perhekonteksteissa<sup>156</sup>.
- Ennaltaehkäisevien ohjelmien ja toimenpiteiden kehittämiseen tähtäävä tutkimus sekä nii-  
den vaikuttavuus erityislapsen vanhempien mielenterveyden ongelmien ehkäisyssä (vrt.  
Barreto ym. 2020<sup>156</sup>).
- Vanhemman vieraannuttaminen erotilanteissa ja kuinka vieraannuttamista perheväkivallan  
muotona voitaisiin ehkäistä<sup>76</sup>.
- Lapsen turvallisuutta mittaavien mittareiden eri osa-alueet, niiden merkityksellisyys sekä  
kattavuus<sup>54</sup>.
- Lapsen seksuaaliväkivallan ennakoiva tai varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy.
- Lapsen kaltoinkohtelun muodon, Malingering by Proxy (MAL-BP) tunnistaminen, jotta voi-  
daan kehittää näyttöön perustuvia ohjeistuksia sen tunnistamiseen ja hallintaan<sup>134</sup>.
- Perinataalialikana kohdatun parisuhdeväkivallan vaikutus äidin ja lapsen väliseen suhteeseen  
ja vanhemmuuteen parisuhdeväkivallan päätyttyä<sup>135</sup>.
- Lapsen kaltoinkohtelun tutkimuksen heterogeenisyyden vaikutus tuloksiin ja heterogeeni-  
syyden vähentämisen keinot.
- Isien, uusperheiden vanhempien, samaa sukupuolta olevien vanhempien ja alkuperäiskan-  
sojen vanhempien vanhemmuus lapsuudenaikaisen kaltoinkohtelun jälkeen perinataalial-  
kana<sup>64</sup>.
- Lapsen kaltoinkohtelun riskitekijöitä koskevan tiedon tarjoaminen vanhemmille ja sen vai-  
kuttavuus, sekä minkälaisia vaikutuksia tiedon saannista seuraa.
- Interventioiden, kuten kotikäyntien, vaikuttavuus lapsen kaltoinkohtelua ehkäisevästi.
- Alkoholin käytön yleisyyden mittaaminen kansainvälisesti yhteneväisesti. Jos käyttöä mita-  
taan viimeisen 3, 6, tai 12 kuukauden kuluessa, olisi tärkeää tarkentaa käyttöä viikoittaiseen

tai kuukausittaiseen käyttöön. Tärkeää olisi kysyä myös alkoholin käytöstä ennen väkivaltaa, sen aikana tai jälkeen. Tämä auttaa ymmärtämään ajallista yhteyttä päihteen käytön ja parisuhdeväkivallan välillä.

- Tutkimusta, miten eri päihteen käyttöä mitataan, ja mitkä suhteelliset ominaisuudet ovat vuorovaikutuksessa päihteenkäytön kanssa. Tämä voi lisätä ymmärrystämme erityisestä kontekstista, joka voi vaikuttaa päihteen käytön ja parisuhdeväkivallan väliseen yhteyteen.<sup>98</sup>

## Lähteet

1. WHO - World Health Organization. INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children, <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children> (2016, accessed March 24, 2022).
2. Sethi D, Bellis M, Hughes K, et al. European report on preventing child maltreatment, <http://www.euro.who.int/pubrequest> (2013, accessed March 24, 2022).
3. Sethi D, Yon Y, Parekh N, et al. European status report on preventing child maltreatment, <http://www.euro.who.int/pubrequest> (2018, accessed March 24, 2022).
4. Agbai M, Akinboyo G, Alleman P, et al. *Preventing and Responding to Violence Against Children and Adolescents. A Theory of Change Acknowledgements*, [www.unicef.org](http://www.unicef.org) (2017, accessed March 24, 2022).
5. UN Secretary-General. The 2030 Agenda for Sustainable Development. Goal 16 | Department of Economic and Social Affairs, <https://sdgs.un.org/goals/goal16> (2016, accessed March 24, 2022).
6. Korpilahti U 2021 (toim. ). Väkivallaton lapsuus 2020–2025 : toimeenpano ja viestintä - Valto. *Sosiaali- ja Terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:17*, <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163202> (2021, accessed March 24, 2022).
7. Korpilahti U, Kettunen H, Nuotio E, et al. Väkivallaton lapsuus: toimenpidesuunnitelma lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisystä 2020–2025. *Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisuja 2019:27*, <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161899> (2019, accessed March 24, 2022).
8. THL - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Barnahus-verkkokoulu lapsiin kohdistuvasta väkivallasta. *Osa1: Lapsiin kohdistuva väkivalta ilmiönä; huoltoriidat, väkivalta ja väkivaltaapäilyt.*, <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/barnahus-hanke> (2020, accessed March 24, 2022).
9. STM - Sosiaali- ja Terveysministeriö. Kansallinen lapsistrategia 2019–2023. *Hankkeet ja säädösvalmistelu*, <https://stm.fi/lapsistrategia> (2019, accessed March 24, 2022).
10. THL - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Väkiältä, <https://thl.fi/fi/web/vakivalta> (2022, accessed March 24, 2022).
11. ITLA - Itsenäisyyden Juhlavuoden Lastensäätiö. Hyvinvointia yhdenvertaisesti lapsille ja perheille, <https://itla.fi/> (2022, accessed March 24, 2022).

12. End Violence Against Children. The Global Partnership and Fund to End Violence Against Children, <https://www.end-violence.org/> (2022, accessed March 24, 2022).
13. Tiitinen A. *Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö*, [https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00941/lapsen-seksuaalinen-hyvakskaytto?q=Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö](https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00941/lapsen-seksuaalinen-hyvakskaytto?q=Lapsen+seksuaalinen+hyvakskaytto) (2021, accessed March 24, 2022).
14. Joki-Erkkilä M, Peltola M. Lapsen kohdistuneen seksuaali- ja pahoinpitelyrikosepäilyn selvittely erikoissairaanhoidossa. *Lääkärilehti* 2020; 75: 2450–2455.
15. Luoma I, Joki-Erkkilä M, Taskinen S. *Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön tunnistus ja hoito. Lääkäriin tietokanta: Lääkäriin käsikirja. 2021.*
16. Tupola S, Kallio P. *Lapsen pahoinpitelyepäily ja sen aiheuttamat toimenpiteet*, [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi) (2020).
17. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016; 137: e20154079.
18. WHO - World Health Organization. Child maltreatment: Fact sheet, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (2020, accessed March 29, 2022).
19. WHO - World Health Organization. Child maltreatment, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (2017, accessed March 24, 2022).
20. Suomen virallinen tilasto (SVT). Rikos- ja pakkokeinotilasto. 4. vuosineljännes 2020. *Helsinki: Tilastokeskus*, [https://www.stat.fi/til/rpk/2020/04/rpk\\_2020\\_04\\_2021-01-19\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/rpk/2020/04/rpk_2020_04_2021-01-19_tie_001_fi.html) (2020, accessed March 29, 2022).
21. Kivelä S, Leppäkoski T, Ruohoniemi J, et al. The Documentation and Characteristics of Hospitalized IPV Patients Using Electronic Medical Records Data: a Follow-Up Descriptive Study. *Journal of Family Violence* 2019; 34: 611–619.
22. Kivelä S, Leppäkoski T, Kälvinmäki J, et al. Miten parisuhdeväkivalta näyttäytyy terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2016; 53: 98–107.
23. Kuoppamäki S, Kääräinen J, Ellonen N. Physical violence against children reported to the police: discrepancies between register-based data and child victim survey. *Violence Vict* 2011; 26: 257–268.
24. Komulainen J, Lepistö S, Helminen M, et al. Tulevien vanhempien alkoholinkäyttö raskausaikana. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2017; 54: 269–284.
25. Leppäkoski T, Vuorenmaa M, Paavilainen E. Psychological and physical abuse towards four-year-old children as reported by their parents: A national Finnish survey. *Child Abuse Negl* 2021; 118: 105127.
26. Paasivirta A (toim. ). *Kovemmin käsin - Suomalaisten kasvatusasenteet ja kuritusväkivallan käyttö 2021*, <https://www.lskl.fi/julkaisut/kovemmin-kasin-suomalaisten-kasvatusasenteet-ja-kuritusvakivallan-kaytto-2021/> (2021, accessed March 24, 2022).
27. Salmi M, Kestilä L. *Toimeentulokokemukset ja hyvinvoinnin erot alakoululaisten perheissä. Tuloksia kouluterveyskyselyn 2017 vanhempien aineistosta.* 2019.
28. Ruotsalainen P. Lapsia elää tulojakauman kaikissa luokissa – köyhyysriski suurin nuorissa ja isoissa perheissä. *Tilastokeskus. Tieto & Trendit. Asiantuntija artikkelit ja ajankohtaiset Blogit*, <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2021/lapsia-elaa-tulojakauman>



kaikissa-luokissa-koyhyysriski-suurin-nuorissa-ja-isoissa-perheissa/ (2021, accessed March 24, 2022).

29. Lindberg M, Nygård M, Nyqvist F, et al. Economic strain and parental coping - evidence from Finland. *European Journal of Social Work* 2021; 24: 442–455.
30. Sorkkila M, Aunola K. Risk Factors for Parental Burnout among Finnish Parents: The Role of Socially Prescribed Perfectionism. *Journal of Child & Family Studies* 2020; 29: 648–659.
31. Haanpää L, Kuula M, Hakovirta M. Social Relationships, Child Poverty, and Children's Life Satisfaction. *Social Sciences* 2019, Vol 8, Page 35 2019; 8: 35.
32. Hughes K, Bellis M, Hardcastle K, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017; 2: e356–e366.
33. Hindley N, Ramchandani P, Jones D. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child* 2006; 91: 744–752.
34. Clemmons J, DiLillo D, Martinez I, et al. Co-occurring forms of child maltreatment and adult adjustment reported by Latina college students. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 751–767.
35. Scher C, Forde D, McQuaid J, et al. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 167–180.
36. Dong M, Anda R, Dube S, et al. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 625–639.
37. White O, Hindley N, Jones D. Risk factors for child maltreatment recurrence: An updated systematic review. *Med Sci Law* 2015; 55: 259–277.
38. Yampolskaya S, Banks S. An assessment of the extent of child maltreatment using administrative databases. *Assessment* 2006; 13: 342–355.
39. FINLEX®. Lastensuojelulaki 417/2007 - Ajantasainen lainsäädäntö, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417> (2007, accessed March 24, 2022).
40. FINLEX®. Terveystenhuoltolaki 1326/2010 - Ajantasainen lainsäädäntö, <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (2010, accessed March 24, 2022).
41. FINLEX®. Valtioneuvoston asetus 338/2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta, <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338> (2011, accessed March 24, 2022).
42. Kasvun Tuki. Varhaisen tuen tietolähde, <https://kasvuntuki.fi/> (2022, accessed March 24, 2022).
43. Paavilainen E, Flinck A. National Clinical Nursing Guideline for Identifying and Intervening in Child Maltreatment within the Family in Finland. *Child Abuse Review* 2013; 22: 209–220.
44. Levey E, Gelaye B, Bain P, et al. A systematic review of randomized controlled trials of interventions designed to decrease child abuse in high-risk families. *Child Abuse Negl* 2017; 65: 48–57.



45. Akehurst R. Child neglect identification: The health visitor's role. *Community Practice* 2015; 88: 38–42.
46. Coore Desai C, Reece J, Shakespeare-Pellington S. The prevention of violence in childhood through parenting programmes: a global review. *Psychol Health Med* 2017; 22: 166–186.
47. van der Put C, Assink M, Boekhout van Solinge N. Predicting child maltreatment: A meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child Abuse Negl* 2017; 73: 71–88.
48. Flinck A, Rantanen H, Paavilainen E. Äitien kokemuksia neuvolapalveluista ja neuvolan kyselylomakkeista : Analyysi äitien kirjoituksista sosiaalisessa mediassa. *Yhteiskunta-politiikka* 2019; 84: 322–331.
49. Bekaert S, Paavilainen E, Schecke H, et al. Family members' perspectives of child protection services, a metasynthesis of the literature. *Children and Youth Services Review* 2021; 128: 106094.
50. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, et al. Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatr* 2013; 13: 202.
51. Paavilainen E, Flinck A. The Effectiveness of Methods Designed to Identify Child Maltreatment in Social and Health Care: A Systematic Review. *Austin Journal of Nursing & Health Care* 2017; 4: 1039.
52. Munro E. A simpler way to understand the results of risk assessment instruments. *Children and Youth Services Review* 2004; 26: 873–883.
53. Leppäkoski T, Laajasalo T, Mäkelä J, et al. Askeleita kohti lapsiin kohdistuvan väkivallan riskinarvioinnin työkalua -kartoittava katsaus lapsiin kohdistuvan väkivallan riskitekijöistä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*; 58.
54. Vial A, Assink M, Stams GJJM, et al. Safety assessment in child welfare: A comparison of instruments. *Children & Youth Services Review* 2020; 108: N.PAG-N.PAG.
55. McTavish J, Gonzalez A, Santesso N, et al. Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. *BMC Pediatr* 2020; 20: 113.
56. Yoon S, Speyer R, Cordier R, et al. A Systematic Review Evaluating Psychometric Properties of Parent or Caregiver Report Instruments on Child Maltreatment: Part 1: Content Validity. *Trauma Violence Abuse* 2021; 22: 1013–1031.
57. Yoon S, Speyer R, Cordier R, et al. A Systematic Review Evaluating Psychometric Properties of Parent or Caregiver Report Instruments on Child Maltreatment: Part 2: Internal Consistency, Reliability, Measurement Error, Structural Validity, Hypothesis Testing, Cross-Cultural Validity, and Cr. *Trauma Violence Abuse* 2021; 22: 1296–1315.
58. Saini S, Hoffmann C, Pantelis C, et al. Systematic review and critical appraisal of child abuse measurement instruments. *Psychiatry Res* 2019; 272: 106–113.
59. Mulder T, Kuiper K, van der Put C, et al. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2018; 77: 198–210.
60. Friedman E, SB B. Unintentional child neglect: literature review and observational study. *Psychiatr Q* 2015; 86: 253–259.

61. Shenoï R, Greeley C, Giardino AP. Child Maltreatment Prevention – Finding Common Ground with Unintentional Injury Prevention. *Journal of Applied Research on Children*; 4, <https://libproxy.tuni.fi/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/child-maltreatment-prevention-finding-common/docview/2539518488/se-2> NS - (2013).
62. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al. World report on violence and health. *Geneva: World Health Organization*, <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615> (2002, accessed March 24, 2022).
63. Langevin R, Marshall C, Kingsland E. Intergenerational Cycles of Maltreatment: A Scoping Review of Psychosocial Risk and Protective Factors. *Trauma Violence Abuse* 2021; 22: 672–688.
64. Chamberlain C, Gee G, Harfield S, et al. Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLoS One* 2019; 14: e0213460.
65. Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) - A systematic review of 796 cases. *Child Abuse Negl* 2017; 72: 45–53.
66. Hentilä S, Ellonen N, Paavilainen E, et al. Pieniin lapsiin kohdistuvan kaltoinkohtelun tilanteet vanhempien kuvaamana näkymä. *Janus* 2010; 18: 260–276.
67. Holden G. Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003; 6: 151–160.
68. Wekerle C, Leung E, Wall A, et al. The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 45–58.
69. Hakulinen T, Riihonen R, Laajasalo T. Lähisuhdeväkivalta perheessä lapsen ja nuoren näkökulmasta. In: Korpilahti U, Kettunen E, Nuotio E, et al. (eds) *Väkivallaton lapsuus: toimenpidesuunnitelma lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisystä 2020–2025*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019: 27, <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161899> (2019, accessed March 24, 2022).
70. Wolfe D, Mclsaac C. Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse Negl* 2011; 35: 802–813.
71. Frank D, Giardino A, Joffe M, et al. Neglect, Abandonment and Failure to thrive. In: Alexander R, Faugno DK, Speck PM (eds) *Child Abuse Quick Reference : For Health Care, Social Service, and Law Enforcement Professionals*. STM Learning, Inc. Saint Louis, 2017, pp. 169–202.
72. Homan G. Failure to Thrive: A Practical Guide. *Am Fam Physician* 2016; 94: 295–299.
73. Breiding M, Basile K, Smith S, et al. *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, version 2.0*. 2015.
74. Nikupeteri A, Laitinen M. Children’s Everyday Lives Shadowed by Stalking: Post separation Stalking Narratives of Finnish Children and Women. *Violence Vict* 2015; 30: 830–845.
75. Maughan A, Cicchetti D. Impact of child maltreatment and interadult violence on children’s emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Dev* 2002; 73: 1525–1542.

76. Balmer S, Matthewson M, Haines J. Parental alienation: Targeted parent perspective. *Australian Journal of Psychology* 2018; 70: 91–99.
77. Hautamäki A. Lapsen kiintymyssuhteet ja niiden vaarantuminen. In: Sinkkonen J, Kalland M (eds) *Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen*. WSOYpro, 2011.
78. Sinkkonen J. Kiintymyssuhdehäiriöiden yhteydet psykopatologiaan. In: Sinkkonen J, Kalland M (eds) *Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen*. Helsinki: WSOYpro Oy.
79. Suomen Mielenterveys Ry. MIELI ry, <https://mieli.fi/> (2022, accessed March 24, 2022).
80. Madigan S, Cyr C, Eirich R, et al. Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Dev Psychopathol* 2019; 31: 23–51.
81. Savage L, Tarabulsy G, Pearson J, et al. Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Dev Psychopathol* 2019; 31: 9–21.
82. Assink M, Spruit A, Schuts M, et al. The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2018; 84: 131–145.
83. Schofield T, Lee R, Merrick M. Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: a meta-analysis. *J Adolesc Health* 2013; 53: S32-8.
84. Li S, Zhao F, Yu G. A meta-analysis of childhood maltreatment and intimate partner violence perpetration. *Aggression & Violent Behavior* 2020; 50: N.PAG-N.PAG.
85. Lo C, Chan K, Ip P. Insecure Adult Attachment and Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2019; 20: 706–719.
86. Montgomery E, Just-Østergaard E, Jervelund S. Transmitting trauma: a systematic review of the risk of child abuse perpetrated by parents exposed to traumatic events. *Int J Public Health* 2019; 64: 241–251.
87. Plant D, Pawlby S, Pariante C, et al. When one childhood meets another - maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2018; 23: 483–500.
88. Su Y, D’Arcy C, Meng X. Intergenerational Effect of Maternal Childhood Maltreatment on Next Generation’s Vulnerability to Psychopathology: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2022; 23: 152–162.
89. Bouvette-Turcot A, Fleming A, Wazana A, et al. Maternal childhood adversity and child temperament: an association moderated by child 5-HTTLPR genotype. *Genes Brain Behav* 2015; 14: 229–237.
90. Cascio M, Guarnaccia C, Infurna M, et al. Environmental Dysfunctions, Childhood Maltreatment and Women’s Intimate Partner Violence Victimization. *J Interpers Violence* 2020; 35: 3806–3832.
91. The Lancet. *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale An Executive Summary for The Lancet’s Series*, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) (2016, accessed March 24, 2022).
92. Britto P, Lye S, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2017; 389: 91–102.

93. Stöckl H, Dekel B, Morris-Gehring A, et al. Child homicide perpetrators worldwide: a systematic review. *BMJ Paediatr Open* 2017; 1: e000112.
94. Aho A, Remahl A, Paavilainen E. Homicide in the western family and background factors of a perpetrator. *Scand J Public Health* 2017; 45: 555–568.
95. Lehti M. *Henkirikoskatsaus 2020. Katsauksia 41/2020*, <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/319479> (2020).
96. Hyysalo N, Gastelle M, Flykt M. Maternal pre- and postnatal substance use and attachment in young children: A systematic review and meta-analysis. *Dev Psychopathol* 2021; 1–18.
97. Kuppens S, Moore S, Gross V, et al. The Enduring Effects of Parental Alcohol, Tobacco, and Drug Use on Child Well-being: A Multilevel Meta-Analysis. *Dev Psychopathol* 2020; 32: 765–778.
98. Cafferky BM, Mendez M, Anderson JR, et al. Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence* 2018; 8: 110–131.
99. Choenni V, Hammink A, van de Mheen D. Association Between Substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized Countries: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse* 2017; 18: 37–50.
100. Frederick J, Devaney J, Alisic E. Homicides and Maltreatment-related Deaths of Disabled Children: A Systematic Review. *Child Abuse Review* 2019; 28: 321–338.
101. Hegar RL, Verbovaya O, Watson LD. Child fatality in Intercountry adoption: What media reports suggest about deaths of Russian children in the U.S. *Children and Youth Services Review* 2015; 55: 182–192.
102. Miller L, Chan W, Reece R, et al. Child abuse fatalities among internationally adopted children. *Child Maltreat* 2007; 12: 378–380.
103. Bhatia S, Maguire S, Chadwick B, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent* 2014; 42: 229–239.
104. Gilchrist F, Marshman Z, Deery C, et al. The impact of dental caries on children and young people: what they have to say? *Int J Paediatr Dent* 2015; 25: 327–338.
105. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J* 2006; 201: 625–626.
106. Harris J. The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. *Arch Dis Child* 2018; 103: 722–729.
107. Selwitz R, Ismail A, Pitts N. Dental caries. *Lancet* 2007; 369: 51–59.
108. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, et al. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent* 2012; 40: 873–885.
109. Kim Seow W. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *Int J Paediatr Dent* 2012; 22: 157–168.
110. Bradbury-Jones C, Isham L, Morris A, et al. The “Neglected” Relationship Between Child Maltreatment and Oral Health? An International Scoping Review of Research. *Trauma Violence Abuse* 2021; 22: 265–276.

111. The Royal College of Paediatrics and Child Health - RCPCH. *Child Protection Evidence Systematic review on Dental Neglect*, <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/dental-neglect-systematic-review/> (2017, accessed March 24, 2022).
112. National Institute of Health and Care Excellence - NICE. *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s*, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89> (2017, accessed March 24, 2022).
113. Sylvestre A, ÈL B, Bouchard C. Language Problems Among Abused and Neglected Children: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreat* 2016; 21: 47–58.
114. Ayers S, Bond R, Webb R, et al. Perinatal mental health and risk of child maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2019; 98: 104172.
115. Boorman R, Creedy D, Fenwick J, et al. Empathy in pregnant women and new mothers: a systematic literature review. *J Reprod Infant Psychol* 2019; 37: 84–103.
116. Myers W, Lee E, Montplaisir R, et al. Revenge filicide: An international perspective through 62 cases. *Behav Sci Law* 2021; 39: 205–215.
117. Denny S, Grant C, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *J Paediatr Child Health* 2001; 37: 240–243.
118. Light M, Sheridan M. Munchausen syndrome by proxy and apnea (MBPA). A survey of apnea programs. *Clin Pediatr (Phila)* 1990; 29: 162–168.
119. McClure R, Davis P, Meadow S, et al. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996; 75: 57–61.
120. Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G, et al. Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. *J Child Health Care* 2013; 17: 366–374.
121. Godding V, Kruth M. Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1991; 66: 956–960.
122. Rahilly P. The pneumographic and medical investigation of infants suffering apparent life threatening episodes. *J Paediatr Child Health* 1991; 27: 349–353.
123. Warner J, Hathaway M. Allergic form of Meadow’s syndrome (Munchausen by proxy). *Arch Dis Child* 1984; 59: 151–156.
124. Hornor G. Medical Child Abuse: Essentials for Pediatric Health Care Providers. *J Pediatr Health Care* 2021; 35: 644–650.
125. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet* 2014; 383: 1412–1421.
126. Flaherty E, Macmillan H. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics* 2013; 132: 590–597.
127. Sheridan M. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 431–451.
128. Morrell B, Tilley D. The role of nonperpetrating fathers in Munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *J Pediatr Nurs* 2012; 27: 328–335.
129. Davis P, Murtagh U, Glaser D. 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII. *Arch Dis Child* 2019; 104: 110–114.



130. Doughty K, Rood C, Patel A, et al. Neurological Manifestations of Medical Child Abuse. *Pediatr Neurol* 2016; 54: 22–28.
131. Gomila I, López-Corominas V, Pellegrini M, et al. Alimemazine poisoning as evidence of Munchausen syndrome by proxy: A pediatric case report. *Forensic Sci Int* 2016; 266: e18–e22.
132. Tsai H, Yang L, Chin T, et al. Child abuse in medical setting presenting as gross hematuria: diagnosis by DNA short tandem repeats. *Pediatrics* 2012; 130: e224-9.
133. Mantan M, Dhingra D, Gupta A, et al. Acute kidney injury in a child: A case of Munchausen syndrome by proxy. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2015; 26: 1279–1281.
134. Amlani A, Grewal G, Feldman M. Malingering by Proxy: A Literature Review and Current Perspectives. *J Forensic Sci* 2016; 61 Suppl 1: S171-6.
135. Chiesa A, Kallechey L, Harlaar N, et al. Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. *Child Abuse Negl* 2018; 80: 285–300.
136. Lapierre S. Striving to be “good” mothers: abused women’s experiences of mothering. *Child Abuse Review* 2010; 19: 342–357.
137. Vu N, Jouriles E, McDonald R, et al. Children’s exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clin Psychol Rev* 2016; 46: 25–33.
138. Fong V, Hawes D, Allen J. A Systematic Review of Risk and Protective Factors for Externalizing Problems in Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse* 2019; 20: 149–167.
139. Bergman K, Cummings E, Davies P. Interparental Aggression and Adolescent Adjustment: The Role of Emotional Insecurity and Adrenocortical Activity. *J Fam Violence* 2014; 29: 763–771.
140. Jouriles E, Rosenfield D, McDonald R, et al. Child involvement in interparental conflict and child adjustment problems: a longitudinal study of violent families. *J Abnorm Child Psychol* 2014; 42: 693–704.
141. Margolin G, Vickerman K, Ramos M, et al. Youth exposed to violence: stability, co-occurrence, and context. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2009; 12: 39–54.
142. Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior* 2008; 13: 131–140.
143. Graham-Bermann S, Perkins S. Effects of early exposure and lifetime exposure to intimate partner violence (IPV) on child adjustment. *Violence Vict* 2010; 25: 427–439.
144. El-Sheikh M, Harger J. Appraisals of marital conflict and children’s adjustment, health, and physiological reactivity. *Dev Psychol* 2001; 37: 875–885.
145. Timshel I, Montgomery E, Dalgaard N. A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families. *Child Abuse Negl* 2017; 70: 315–330.
146. Macfie J, Houts RM, McElwain NL, et al. The Effect of Father–Toddler and Mother–Toddler Role Reversal on the Development of Behavior Problems in Kindergarten. *Social Development* 2005; 14: 514–531.

147. Botha E, Joronen K, Kaunonen M. The consequences of having an excessively crying infant in the family: an integrative literature review. *Scand J Caring Sci* 2019; 33: 779–790.
148. Taylor J, Stalker K, Stewart A. Disabled Children and the Child Protection System: A Cause for Concern. *Child Abuse Review* 2016; 25: 60–73.
149. Nowak C. Recognition and prevention of child abuse in the child with disability. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2015; 169: 293–301.
150. Coorg R, Tournay A. Filicide-suicide involving children with disabilities. *J Child Neurol* 2013; 28: 745–751.
151. Resnick P. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 1969; 126: 325–334.
152. Peer JW, Hillman SB. Stress and Resilience for Parents of Children With Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of Key Factors and Recommendations for Practitioners. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities* 2014; 11: 92–98.
153. Doig J, McLennan J, Urichuk L. “Jumping through hoops”: parents’ experiences with seeking respite care for children with special needs. *Child Care Health Dev* 2009; 35: 234–242.
154. Nes R, Røysamb E, Hauge L, et al. Adaptation to the birth of a child with a congenital anomaly: a prospective longitudinal study of maternal well-being and psychological distress. *Dev Psychol* 2014; 50: 1827–1839.
155. Sidebotham P, Brandon M, Bailey S, et al. Pathways to harm, pathways to protection: a triennial analysis of serious case reviews 2011 to 2014 Final report, <http://serious-casereviews.rip.org.uk/> (2016, accessed March 24, 2022).
156. Barreto T, Bento M, Jagersbacher J, et al. Prevalence of depression, anxiety, and substance-related disorders in parents of children with cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2020; 62: 163–168.
157. Al-Gamal E, Long T. Psychological distress and perceived support among Jordanian parents living with a child with cerebral palsy: a cross-sectional study. *Scand J Caring Sci* 2013; 27: 624–631.
158. Clayton K, Lee JB, Cheung K, et al. Quantifying the Relationship between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Experiences of Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Child Abuse Review* 2018; 27: 361–377.
159. Craig S, Bondi B, O’Donnell K, et al. ADHD and Exposure to Maltreatment in Children and Youth: a Systematic Review of the Past 10 Years. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22: 79.
160. Polanczyk G, Willcutt E, Salum G, et al. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014; 43: 434–442.
161. Coohy C, Renner L, Hua L, et al. Academic achievement despite child maltreatment: a longitudinal study. *Child Abuse Negl* 2011; 35: 688–699.
162. Kim J, Cicchetti D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 706–716.

163. Banerjee T, Middleton F, Faraone S. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr* 2007; 96: 1269–1274.
164. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, et al. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review* 2015; 24: 37–50.
165. Camilo C, Garrido MV, Calheiros MM. Implicit measures of child abuse and neglect: A systematic review. *Aggression & Violent Behavior* 2016; 29: 43–54.
166. Eriksson E, Arnkil T. *Huoli puheeksi -opas varhaisista dialogeista. 9. painos. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus*. Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print., 2017.
167. Devries K, Knight L, Petzold M, et al. Who perpetrates violence against children? A systematic analysis of age-specific and sex-specific data. *BMJ Paediatr Open* 2018; 2: e000180.
168. Chiandetti A, Hernandez G, Mercadal-Hally M, et al. Prevalence of prenatal exposure to substances of abuse: questionnaire versus biomarkers. *Reprod Health* 2017; 14: 137.
169. Lange S, Shield K, Koren G, et al. A comparison of the prevalence of prenatal alcohol exposure obtained via maternal self-reports versus meconium testing: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 127.
170. Tuokko S, Koskinen M-K, Kouri T, et al. *Onnistu laboratorionäytteissä-suositus tutkimusten valinnasta, potilaan tunnistamisesta ja ohjaamisesta*, <https://www.hotus.fi/hotus-hoitosuositus-onnistu-laboratorionaytteissa-suositus-tutkimusten-valinnasta-potilaan-tunnistamisesta-ja-ohjaamisesta/> (2021).
171. Milner JS, Crouch JL. Child Physical Abuse Risk Assessment: Parent and Family Evaluations. *Assessing Dangerousness*. Epub ahead of print June 14, 2018. DOI: 10.1891/9780826133274.0003.
172. van der Put CE, Bouwmeester-Landweer MBR, Landsmeer-Beker EA, et al. Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN). *Child Abuse & Neglect* 2017; 70: 160–168.
173. Latzman NE, Vivolo-Kantor AM, Clinton-Sherrod AM, et al. Children’s exposure to intimate partner violence: A systematic review of measurement strategies. *Aggression & Violent Behavior* 2017; 37: 220–235.
174. Ondersma S, Chaffin M, Mullins S, et al. A brief form of the child abuse potential inventory: development and validation. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34: 301–311.
175. Lepistö S, Ellonen N, Helminen M, et al. Lapsiin kohdistuvan väkivallan arvioiminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2017; 82: 212–221.
176. Ellonen N, Lepistö S, Helminen M, et al. Cross-Cultural Validation of the Child Abuse Potential Inventory in Finland: Preliminary Findings of the Study Among Parents Expecting a Baby. <https://doi.org/10.1080/0148837620171295008> 2017; 43: 308–318.
177. Ellonen N, Rantanen H, Lepistö S, et al. The use of the brief child abuse potential inventory in the general population in Finland. *Scand J Prim Health Care* 2019; 37: 249–255.



178. Chen C-J, Chen Y-W, Chang H-Y, et al. Screening Tools for Child Abuse Used by Healthcare Providers: A Systematic Review. *J Nurs Res* 2022; 30: e193.
179. Siltanen H, Hamari L, Heikkilä K, et al. Hoitosuositusten laadinta –käsikirja suositustyöryhmille. Versio 2.1. *Hoitotyön tutkimussäätiö. Helsinki.*, <https://www.hotus.fi/hoitosuositusten-laadinta/> (2021).
180. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, et al. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. . <https://gdt.grade-pro.org/app/handbook/handbook.html>.
181. Käypä hoito. Näytön asteen määrittely. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. . [http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p\\_artikkeli=khk00031](http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00031).
182. Käypä hoito. Hoitosuositusten näytönasteen arviointi GRADE-työryhmän tapaan. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. [http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p\\_artikkeli=khk00036](http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00036).