

Eeva Nikkola, Minna Joki-Erkkilä ja Taina Laajasalo

Mitä teen, kun epäilen lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa?

Lääkäreillä on muita ammattilaisia paremmat mahdollisuudet tunnistaa etenkin ne lapset, jotka ovat kohdanneet vammoja aiheuttavaa väkivaltaa. Tästä huolimatta väkivalta jää usein havaitsematta ja todennäköisesti myös tunnistettu väkivalta toisinaan ilmoittamatta. Organisaation selkeät toimintaohjeet helpottavat toimimista. Erikoisalasta riippumatta lääkärin tulisi hallita kyky esittää avoimia kysymyksiä, tunnistaa tavallisimmat väkivaltaan viittaavat vammat ja olla valmis monialaiseen yhteistyöhön.

Poliisille ilmoitetaan vuosittain noin 10 000 alaikäisiin liittyvää seksuaali- ja väkivaltarikosepäilyä (1). Ilmoitusten määrä on lisääntynyt, vaikka uhritutkimukset ja muut laajat kyselyaineistot viittaavat siihen, että väkivallan esiintyvyys on vähentynyt. Todennäköisin selitys kehitykselle on ilmoituskynnyksen madaltuminen ja piilorikollisuuden väheneminen (2). Virallisten tilastojen ulottumattomiin jäänee silti yhä merkittävä osa teoista, sillä suurin osa lapsista ei kerro kokemastaan väkivallasta aikuisille ja vielä harvemmat viranomaisille (3).

Väkivallan seurauksiin vaikuttavat sen luonteen, tekotavan ja käytetyn voiman lisäksi erilaiset yksilö- ja ympäristötekijät. Pitkittäistutkimukset osoittavat väkivallan heikentävän lapsen psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia pitkäkestoisesti aikuisuuteen saakka (4). Lyhyellä seuranta-ajalla (mediaani 2,7 vuotta) lapseen kohdistuva kaltoinkohtelu yli kaksinkertaistaa psyykkisen sairastumisen riskin (5). Henkinen väkivalta on poikkeuksetta osa fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa sekä sisältää usein altistumisen parisuhteessa tapahtuvalle väkivallalle. Itsenäisenäkin esiintyessään sen haittavaikutukset lapsen psyykkiselle hyvinvoinnille ovat muihin väkivallan muotoihin verrattavia (6).

Lapsiin kohdistuvan väkivallan seuraukset ovat vakavia, mutta niitä voidaan usein ehkäistä

ja hoitaa jo perustason palveluissa. Esimerkiksi traumaperäistä stressihäiriötä, jonka taustalla olevista kokemuksista väkivalta on yleisin, voidaan hoitaa tehokkaasti traumafokusoidulla kognitiivisella käyttäytymisterapialla (7,8). Mikäli väkivaltaa ei tunnisteta tai siihen ei puututa, jää lapsi vaikuttavan tuen ja hoidon ulottumattomiin.

Väkivallan tunnistaminen puutteellista

Kotimainen tutkimus viittaa siihen, että väkivallan tunnistamisessa terveydenhuollossa on huomattavasti parannettavaa. Esimerkiksi päivystyspoliklinikoissa tunnistetaan arviolta alle prosentti lähisuhdeväkivallan uhreista, ja moni on tunnistamishetkellä kärsinyt väkivallasta jo pitkään (9). Lasten osalta vastaavaa kotimaista tutkimustietoa ei ole, mutta yksittäistapauksista tehtyjen selvitysten perusteella terveydenhuollon kyvyssä tunnistaa lapseen kohdistuva väkivalta on puutteita (10).

Kansainvälisten tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaiset tekevät vain pienen osan väkivaltailmoituksista lastensuojeluviranomaisille. Toisaalta he ilmoittavat todennäköisemmin niistä lapsista, jotka ovat kohdanneet vakavaa ja vammoja aiheuttavaa väkivaltaa (11). Näiden lasten tilanteissa varhainen tunnistaminen ja viranomaisyhteistyö on erityisen

tärkeää. Tiedetään kuitenkin, että terveydenhuollossa ei ilmoiteta kaikista lapsiin liittyvistä väkivaltaepäilyistä ja ilmoittaminen koetaan usein vaikeaksi (11,12).

Ruotsalaisista perusterveydenhuollon lääkäreistä viidennes oli joskus epäillyt pahoinpitelyä, mutta ei ollut ilmoitusvelvollisuudesta huolimatta ilmoittanut asiasta viranomaisille (13). Ilmoittamista vaikeuttaviksi tekijöiksi on tunnistettu muun muassa epävarmuus väkivallan tapahtumisesta, tunne tutkittavan luottamuksen pettämisestä ja kokemus siitä, että ilmoittaminen voi tuottaa tälle haittaa hyödyn sijasta (12,13).

Suomessa lääkärin on tehtävä ilmoitus sekä poliisille että lastensuojelulle, kun hän epäilee lapsen kohdistuvan väkivaltaa (14). Lastensuojelun tehtävänä on selvittää lapsen suojelun ja turvaamisen tarve. Tätä edesauttavat viiveetön yhteydenotto ja riittävän tarkka tieto väkivaltaepäilyistä. Paras tiedonantaja on henkilö, joka on tutkinut tai hoitanut lasta.

Epäily lapseen kohdistuneesta väkivallasta tulee lääkärille vastaan useimmiten yllättäen. Lapsella voidaan todeta tuoreita, paranevia tai vanhoja vammoja, tai vanhempi tai lapsi itse saattaa vastaanotolla tuoda esiin kokemansa väkivallan. Joskus tutkimus tehdään poliisin pyynnöstä mahdollisten vammojen toteamiseksi. Kaikissa tilanteissa toimimista auttaa, jos on etukäteen perehtynyt yleisiin sekä omaa toimipistettä koskeviin ohjeistuksiin.

Taustatietojen kartoitus

Aluksi tulee selvittää, kenelle ja mihin seikkoihin perustuen epäily väkivallasta on syntynyt. Kyseessä on lähes aina vasta epäily, ja selvältäkin vaikuttava tilanne saattaa osoittautua esimerkiksi tapaturmaksi tai väärinkäsitykseksi. Intuitioon perustuva lähestymistapa altistaa päättelyvirheiden ja asenteiden vaikutuksille (15). Avoin ja neutraali suhtautuminen auttaa säilyttämään objektiivisuuden. Ammattilaisen käsitys tapahtuneesta muodostuu vain käytävissä olevien tietojen ja omien havaintojen perusteella, ja on mahdollista, että esimerkiksi osaa tapahtumatiedoista ei kerrota lääkärille.

Lapsen aiempi terveyshistoria on syytä käy-

dä lyhyesti läpi terveydenhuollon merkinnöistä sekä saattajilta ja lapselta itseltään. Taustatiedoista voi löytyä epäilyä vahvistavia tai muuta huolta lisääviä seikkoja, kuten aiemmat pahoinpitelyepäilyt tai toistuvat selittämättömät vammat. Vastaavasti voi löytyä myös epäilyä vastaan puhuvia vaihtoehtoisia selityksiä, esimerkiksi todettu poikkeava mustelmataipumus, ihosairaus tai luustosairaus. Hälytysmerkkejä ovat tilanteet, joissa lapsen vammojen syntyvastasta annetut selitykset ovat epäuskottavia tai vaihtelevia, vammojen syntymisestä ei ole mitään tietoa, kerrottu synty tapa ei sovi todettuun löydökseen tai ole suhteessa lapsen liikuntakykyyn tai kun hoitoon hakeudutaan viiveellä. Nämä seikat eivät yksiselitteisesti ole osoituksia väkivallasta, mutta antavat aiheen selvittää tilannetta (11,15).

Tutkimustilanne ja lapsen kanssa keskustelu

Tutkimustilanteen tulisi olla rauhallinen. Lapsen saattajalta kysytään esitiedot niin, että lapsi ei ole tilanteessa läsnä. Lapsen kuulemat väkivaltaepäilyyn liittyvät keskustelut muokkaavat osaltaan lapsen muistikuvia ja käsityksiä tapahtumista sekä saattavat vaikeuttaa tapahtumien selvittämistä. Aivan pienimpiä lapsia lukuun ottamatta lapsen olisi paras olla tutkimustilanteessa ilman vanhempaa.

Tutkimus voidaan aloittaa esimerkiksi kysymällä lapselta, miksi hän on tullut lääkäriin. Joskus voi olla hyvä sanoittaa käynnin syytä esimerkiksi kertomalla, että tarkoituksena on tarkastaa, onko lapsi terve. Sopivan sanamuodon valintaan vaikuttavat luonnollisesti lapsen ikä ja tilanteen luonne, muun muassa vammojen vakavuus ja kiireellisyys.

Lääkärin tehtäviin ei kuulu lapsen tarkka haastattelu epäilyistä väkivallasta. Se tulee jättää poliisille tai asiaan perehtyneelle (oikeus) psykologille. Lääkärin tulee kysyä väkivaltatapahtumista sen verran, että tutkimuksen fokuksointi oikeisiin asioihin onnistuu. Keskustelussa tulee käyttää avoimia kysymyksiä ja välttää johdattelua. Keskusteluun ei tulisi tuoda omia oletuksia eikä mitään sellaista väkivaltatapahtumaan liittyvää seikkaa, mitä lapsi ei itse ole jo

maininnut. Esimerkkejä avoimista kysymyksistä on **TAULUKOSSA 1**.

Tutkimuksen yhteydessä tulee arvioida akuutin psyykkisen tuen tarve. Harkiten voidaan käyttää tukena psyykkisten traumaoireiden seulontakyselyjä. Lapsesta huolta pitävälle aikuiselle voidaan antaa tietoa akuutista stressireaktiosta, siihen liittyvistä tavallisista tunne-reaktioista ja mahdollisista myöhemmistä traumperäisistä oireista (16).

Lapsen tutkiminen

Fyysinen tutkiminen tehdään huolellisesti ”päästä varpaisiin”. Lapselle tehdään pediatri- nen yleistarkastus, jossa auskultoidaan sydän ja keuhkot, palpoidaan vatsa sekä tarkastetaan suun limakalvot ja korvat. Koko keho on hyvä tunnustella, jotta havaitaan mahdolliset aristavat kohdat. Iho tarkastetaan kauttaaltaan, myös alusvaatteiden ja vaipan alta. Huomiota tulee kiinnittää myös pieniin, lääketieteellisesti merkityksettömiin sekä epäillyn väkivallan kannalta epäoleellisilta vaikuttaviin jälkiin. Päänahka, korvavalehdet, pakarat ja jalkapohjat tulee muistaa tarkastaa. Lapsesta otetaan mitat (pituus, paino, päänympäry), ja niitä verrataan aiempiin kasvutietoihin.

Tavallisin väkivallan aiheuttama löydös on mustelma, kuten tapaturmienkin yhteydessä. Erityisesti alle neljävuotiaiden lasten liikunta- kykyyn ja mustelmien sijaintiin tulee kiinnittää huomiota. Tyypilliset huolta herättävät löydökset iholla sijaitsevat ylävartalolla, pään alueella, kehon pehmeillä alueilla, sukuelinten alueella tai ovat jonkin muotoisia (17,18). Tyypilliset tapaturmaiset mustelmat esiintyvät luisten kudosten päällä.

Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. Tarvittavat tutkimukset määräytyvät lapsen voinnin ja vammojen perusteella. Mitä pienempi lapsi on, sitä herkemmin diagnostiset selvitykset tulee tehdä sairaalassa. Tarkempia listauksia tarvittavista tutkimuksista esitetään muun muassa kotimaisessa oppikirjassa ja sairaaloiden omissa ohjeistuksissa (19). Tarvetta sekä kansallisten että kansainvälisten ohjeistusten yhdenmukaistamiseksi kuitenkin on (20). Mikäli fyysistä väkivaltaa epäiltäessä lapsella ei

TAULUKKO 1. Esimerkkejä avoimista kysymyksistä.

Kerro siitä. / Kerro lisää.

Mistä sinulle tuli mieleen tuollainen? / ...sanoa noin?

Huomaan, että sinulla on tuollainen mustelma/jälki.

Mistä se on tullut?

Mitä tapahtui? Mitä sitten tapahtui?

Mitä tarkoitat XX:llä?

Mistä tämä tuli? Miten tämä syntyi?

todeta eikä epäillä vammoja, lapsi on vauva- ja taaperoiän ohittanut tai epäilyistä tapahtumasta on runsaasti aikaa, voi huolellinen kliininen tarkastus olla riittävä.

Seksuaaliväkivaltaepäilyissä taltioidaan oikeuslääketieteelliset ja -kemialliset näytteet, mikäli epäilyistä rikoksesta on kulunut alle viikko. Lisäksi arvioidaan raskauden ja tarttuvien tautien ehkäisyn ja seulonnan tarve.

Tutkimusten kiireellisyys ja tutkimuspaikka. Lapsen terveydentila tulee tutkia kiireellisesti, mikäli epäilyistä väkivaltatapahtumasta on kulunut alle 7–14 vuorokautta tai lapsella epäillään olevan fyysisen väkivallan aiheuttamia vammoja tai oireita. Alle kolmevuotiaiden tutkimukset suositellaan tehtäviksi aina erikoissairaanhoidossa. Isompien lasten tutkimuspaikka määräytyy vammojen vakavuuden ja paikallisten toimintakäytäntöjen perusteella.

Paranevien löydösten uudelleen arviointi voi olla tarpeen 2–3 viikon kuluessa. Seurantatutkimuksessa arvioidaan muun muassa paranemisnopeutta, mikä voi auttaa tapahtumajankohdan rajaamisessa ja erotusdiagnostiikan pohdinnassa.

Pienten lasten seksuaaliväkivaltaepäilyjen somaattiset tutkimukset on keskitetty yliopistosairaaloihin. Nuorisoikäisiä tutkitaan myös Seri-tukikeskuksissa, ikäraja vaihtelee alueittain (13–16 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat).

Vammojen arviointi

Lapsen vammat sopivat vain harvoin yksiselitteisesti väkivallan aiheuttamiksi, ja useimmiten samanlaisia vammoja, kuten mustelmia, voi syntyä monenlaisissa tilanteissa esimerkiksi tapaturmaisesti. Oleellista on arvioida todettujen

Ydinasiat

- ▶ Lapsiin kohdistuvan väkivallan tunnistaminen terveydenhuollossa on puutteellista.
- ▶ Lääkärin tulisi osata tunnistaa lasten tyyppilliset väkivallan aiheuttamat vammat.
- ▶ Perehtyminen ohjeistuksiin auttaa pysymään neutraalina ja esittämään avoimia kysymyksiä yllättävissäkin tilanteissa.
- ▶ Väkivallan kokeminen voi heikentää lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia aikuisuuteen saakka.
- ▶ Väkivallan seurauksiin on tehokkaita hoitomuotoja, jotka soveltuvat myös perustason palveluihin.

vammojen ja niiden syntymisestä kerrottujen esitietojen yhteensopivuutta. Tärkeimpiä huomioitavia seikkoja ovat lapsen ikä ja hänen kykynsä liikkua. Mitä pienempi lapsi on, sitä huolellisemmin arvioidaan vähäisetkin vammat.

Erityisryhmä ovat alle puolivuotiaat vauvat, jotka eivät vielä itsenäisesti liiku ja joiden osalta tapaturmariski on pieni. He kuuluvat myös riskiryhmään joutua ravistelluksi. Ravistelu on pahimmillaan hengenvaarallinen tilanne, jonka aiheuttamat ulkoiset vammat voivat puuttua kokonaan tai olla vähäisiä, esimerkiksi yksittäisiä pieniä mustelmia kyljessä (11,21).

Liikkumattoman vauvan minkä tahansa vamman erotusdiagnostiikassa tulee yhtenä vaihtoehtona pohtia väkivaltaa. Lapsen monet samanaikaiset, eri-ikäiset tai toistuvat vammat voivat olla merkki väkivallasta. Tiettyjen vammapiirteiden tiedetään olevan väkivallan aiheuttamille vammoille tyyppillisiä (TAULUKKO 2).

Vammojen seulontaan on kehitetty välineitä, joita voidaan käyttää arvioitaessa löydösten sijainnin ja väkivallan välistä syy-yhteyttä. Esimerkiksi muistisääntöön perustuva TEN-4-FACESp-ohjeistuksen on todettu olevan hyvä sekä herkkyydeltään (95,6 %; 95 %:n luottamusväli 93,0–97,3 %) että tarkkuudeltaan (87,1 %; 85,4–88,6 %) väkivallan aiheuttamien

mustelmien erottelemisessä muista mustelmista (TAULUKKO 2) (17,22).

Sairaalatutkimuksissa oleville lapsille, joilla epäillään olevan pään alueen vammoja, tulisi herkästi järjestää silmälääkärin ja hammaslääkärin tutkimus. Lapsen vammoista yleensäkin on tärkeää konsultoida esimerkiksi väkivalta-selvityksiin perehtynyttä sosiaalipediatria, lastenkirurgia tai gynekologia. Vammojen erotusdiagnostiikkaa pohdittaessa saattaa hankalissa tapauksissa olla hyötyä eri näkökulmien saamisesta konsultoimalla esimerkiksi ihotautilääkärää, radiologia tai lastenneurologia.

Myös silloin, kun epäily väkivallasta on vahva, lääkärin tulee pohtia erotusdiagnostiikkaa vammojen taustalla: mistä muusta syystä kyseiset vammat ovat voineet syntyä ja mikä vaihtoehto on todennäköisin. Lapsella voi olla samaan aikaan tai vaihtoehtoisesti sekä väkivallan, sairauden että tapaturman aiheuttamia jälkiä. Vaihtoehtojen pohtiminen auttaa objektiivisuuden säilyttämisessä ja myöhemmin mahdollisen lausunnon laatimisessa poliisille.

Lapseen kohdistuneen seksuaaliväkivallan epäily herää useimmissa tapauksissa (60–69 %) lapsen kertomuksen perusteella, ja vain harvoin (7–10 %) lapsella ilmenneen fyysisen oireilun tai todetun löydöksen perusteella (23–25). Usein epäilyyn johtaneen löydöksen syyksi ilmenee jokin muu syy kuin väkivalta, esimerkiksi ulkosynnyttimien tulehdus, sairaus, vieresine, synnynnäinen muutos tai tapaturma. Lapsen gynekologisten vaivojen yhteydessä suositellaan, että tutkimuksen tekee lapsi- ja nuorisogynekologiaan perehtynyt taho, jotta turhat viranomaisprosessit vältettäisiin (25).

Kirjaaminen ja vammojen dokumentointi

Epäiltyyn väkivaltatapahtumaan liittyvä keskustelu tulee dokumentoida huolellisesti. Omat kysymykset sekä lapsen ja aikuisen vastaukset kirjataan sanatarkasti, myös se, millaisessa asiayhteydessä keskustelu käydään (muun muassa mistä aiemmin on keskusteltu). Keskustelu nauhoitetaan, mikäli se on mahdollista. Kirjaaminen tehdään mahdollisimman pian, sillä yksityiskohdat unohtuvat nopeasti.

TAULUKKO 2. Esimerkkejä vammoista, joiden yhteydessä väkivallan mahdollisuus tulee selvittää.

Mustelmat ja muut pinnalliset vammat ihossa tai limakalvoilla

- Tarkkarajaiset, muodon omaavat (esim. vyön solki, keppi, ym.)
- Pään alueella sijaitsevat (korvalehdet, kaula, leukakulma, pehmeä posken osa, silmäluomet)
- Luisten prominenssien ulkopuolella olevat (vatsa, selkä, pakarat, reisien sisä- ja takaosat)
- Rypässä vain tietyllä alueella sijaitsevat (lukuun ottamatta säären etuosaa)
- Puremäjäljet (aikuisen ihmisen)
- Läiskittäinen hiustenlähtö (erityisesti, jos lisäksi päänahan mustelmia tai petekioita)
- Suun limakalvojen vammat (palovammat, verenpurkaumat, kielijänteen vammat, ym.)
- Sukuelinten alueen vammat (usein hoitoa vaatimattomia)

Muistisääntönä voidaan käyttää esim. TEN-4-FACESp:tä: torso, ear, neck, frenulum, angle of jaw, cheeks [fleshy], eyelids, subconjunctivae, patterned bruising on a child 4 years or younger or bruising anywhere on an infant 4,99 months and younger (kids that don't cruise, don't bruise) (17,21).

Palovammat

- Tarkkarajaiset, muodon omaavat (savuke, silitysrauta, ym.)
- Hansikas- ja sukkamaiset (syntyvät upotettaessa kuumaan nesteeseen)
- Molemminpuoliset (esim. molemmat raajat tai kehon etu- ja takaosa samanaikaisesti)
- Sijainniltaan epätyypilliset (esim. selkä, sukuelinten alue)

Murtumat (muut kuin kallonmurtumat)

- Ristiriita lapsen liikkumistaitojen ja murtumatyyppin välillä
- Useat tai eri aikaan aiheutuneet murtumat
- Kylläiluiden murtumat ilman suurienergiaista tapaturmaa, synnytysvammaa tai luuston haurautta
- Pikkulapsen reisiin tai olkaluun murtumat ilman suurienergiaista tapaturmaa tai luuston haurautta

Pään vammat (jollei tiedossa suurienergiaista tapaturmaa)

Kallonmurtumat

- Pirstaleiset murtumat
- Takaraivon alueella sijaitsevat murtumat
- Murtumat, joissa murtumasauma on levinnyt (> 2 mm)
- Useat samanaikaiset murtumat

Kaikki kallonsisäiset vammat

Pienen lapsen aiheutettu aivovamma

- Riskiryhmään kuuluvat muutamasta viikosta muutama kuukauteen ikäiset vauvat
- Tyypillisessä tilanteessa vanhempi hermostuu vauvan itkuun ja saadakseen sen loppumaan ravistaa lasta edestakaisin
- Muuhun vartaloon nähden kookas ja painava pää retkahtelee eteen ja taakse
- Tyypilliset vammat ovat laskimovaurioita ja verenvuotoja silmänpohjiin ja subduraalitalaan (yhdessä esiintyessä viittaavat vahvasti ravisteluun)
- Voi syntyä myös muita aivoverenvuotoja, kaulaytimen vaurioita, luunmurtumia (mm. takaraivolla tai kylkiluissa) ja ihojälkiä
- Ulkoiset vammat voivat myös puuttua kokonaan
- Oireet monenlaisia, usein epämääräisiä (oksentelu, tajunnan häiriöt, kohtausoireet, hengityskatkokset, huono ruokahalu, syömättömyys, ärtyneisyys, itkuisuus)

Sisäelinvammat

- Ilman selittävää syytä (esim. liikenneonnettomuus, tapaturma)

Myrkytykset

- Epäselvät tilanteet
- Kaikki huumausainemyrkytykset

Kaikki lapsella todetut ulkoiset, tuoreet, paranevat ja vanhat vammat – niiden sijainti, mitattu läpimitta ja muoto – tulee myös dokumentoida tarkkaan. Sanallisen kuvauksen lisäksi dokumentointiapuna on hyvä käyttää piirroksia, kuten kehokarttaa tai valokuvia. Valokuvien avulla on helpompaa konsultoida asiantuntijaa.

Erotusdiagnostiset tutkimukset sekä niiden tulokset ja päätelmät tulee kirjata. Terveystuolissa tehtyjä kirjauksia ja muita dokumentteja voidaan tarvita asian selvittämisessä pitkänkin ajan kuluttua, esimerkiksi tapauksen edetessä oikeuskäsittelyyn. Lisäksi lapsen psyykinen oireilu kirjataan tarkasti (16). Tätä voidaan tarvittaessa hyödyntää myöhemmin arvioitaessa väkivallan aiheuttamaa haittaa pian julkaistavan haitanarviointisuosituksen mukaisesti (Maria Peltola ym., julkaisematon lähde).

Lopuksi

Kaltoinkohtelun merkit saattavat olla epäspesifisiä, ja etenkin perheen sisäisissä epäilyissä lääkäri tarvitsee tunnistamisen tueksi erityistä osaamista (26). Organisaatioilla tulee olla selkeät sisäiset ohjeistukset, jotka tukevat työntekijää ilmoitusvelvollisuuden täyttämässä, sekä rakenteet monialaisen yhteistyön toteuttamiseen. Tarvittaessa voidaan konsultoida poliisia tai yliopistosairaalan lasten ja nuorten oikeuspsykologian tai -psykiatrian yksikköä. Poliisia ja lastensuojelua on syytä konsultoida siitä, missä

vaiheessa ja kuka kertoo vanhemmille tilanteesta erityisesti silloin, kun epäillään perheen sisäistä väkivaltaa. Perheessä esiintyvä vanhempien välinen väkivalta lisää riskiä myös suoraan lapsen kohdistuvaan väkivaltaan (27).

Henkisen väkivallan tunnistaminen ja arviointi on muita väkivallan muotoja vaikeampaa, ja lisätutkimusta vaikuttavista sen tunnistamisen ja ehkäisyn muodoista tarvitaan (28). Lisäksi on syytä muistaa, että ilmoitusvelvollisuus koskee myös lasten ja nuorten välistä vertaisväkivaltaa, jonka aiheuttamat somaattiset löydökset voivat olla samat kuin aikuisen tekemän väkivallan.

Viime aikoina on keskusteltu väkivallan ja muiden haitallisten lapsuuden kokemusten (adverse childhood experiences) seulonnasta erilaisissa terveydenhuollon konteksteissa. Vasta harvoista seulontatyökaluista on laadukasta ja kattavaa tutkimustietoa, ja nopeasti kehittyvässä tietopohjassa on yhä aukkoja: milloin, mitä ja millä tavoin käytännössä tulisi seuloa (29). Asianmukaisen tuen ja hoidon varmistaminen on eettisen seulonnan edellytys. Väkivaltaa kohdanneiden lasten palveluoluisuissa ja näyttöön perustuvien hoitomuotojen saatavuudessa on maassamme yhä puutteita (28). Palvelupolkujen ja monialaisen yhteistyön parantaminen on keskeinen osa käynnissä olevaa kansallista Barnahus-hanketta. Syksyllä 2022 avautuvalta sivustolta Barnahus.fi löytyy jatkossa materiaaleja ammattilaisten tueksi. ■

EEVA NIKKOLA, LT, lastentautien erikoislääkäri, sosiaalipediatri
Uusi lastensairaala, Barnahus-hanke, HUS

MINNA JOKI-ERKKILÄ, LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, nuorisolääkäri
Barnahus-hanke, Tays

TAINA LAAJASALO, PsT, oikeuspsykologian dosentti, johtava asiantuntija
Barnahus-hanke, THL
Twitter: @TainaTuLa

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Eeva Nikkola: Luottamustoimet (Väestöliitto, Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen edustajana, Lastensuojelun keskusliitto, Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen edustajana)

Minna Joki-Erkkilä: Luottamustoimet (Väkivallaton lapsuus 2020–2025 toimenpidesuunnitelman ohjausryhmä, Lapsiin kohdistuvan väkivallan tietopohjan työryhmä, Helfer's society, Sosiaalipediatrian valiokunta)

Taina Laajasalo: Luottamustoimet (Väkivallaton lapsuus 2020–2025 toimenpidesuunnitelman ohjausryhmä; Kasvun tuki -aikakauslehdien toimituskunnan puheenjohtaja, ITLA säätiö; Turvassa-hanke, ohjausryhmä, Ensi- ja turvakotien liitto)

KIRJALLISUUTTA

1. Kaakinen M, Raeste A, Impinen A, ym. Tilastokatsaus lapsiin kohdistuvasta väkivallasta. Julkaisussa: Korpilahti U, Kettunen H, Nuotio E, ym, toim. Väkivallaton lapsuus – toimenpidesuunnitelma lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisystä 2020–2025. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019;27, s. 50–87. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-95200-4123-6>
2. Poliisin valtakunnallinen tulostietojärjestelmä PolStat 2020.
3. Lahtinen H. Child abuse disclosure: from the perspectives of children to influencing attitudes and beliefs held by interviewers. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto 2022.
4. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, ym. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med* 1998;14:245–58.
5. Chandan J, Thomas T, Gokhale K, ym. The burden of mental ill health associated with childhood maltreatment in the UK, using The Health Improvement Network database: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry* 2019;6:926–34.
6. Cecil C, Viding E, Fearon P, ym. Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2017;63:106–19.
7. McLaughlin K, Koenen K, Hill E, ym. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52:815–30.e14.
8. Haravuori H, Luoma I. Traumafokusoidun kognitiivisen käyttäytymisterapian teho lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Käypä hoito –suositus, näytöstarkastus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 9.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak09471>
9. Siltala H, Kuusinen-Laukkala A, Holma J. Victims of family violence identified in emergency care: Comparisons of mental health and somatic diagnoses with other victims of interpersonal violence by a retrospective chart review. *Prev Med Rep* 2020;19:101136.
10. 8-vuotiaan lapsen kuolemaan johtaneet tapahtumat. Oikeusministeriön selvityksiä ja ohjeita 32/2013. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/7648www.fin>
11. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, ym. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2009;373:167–80.
12. Kuruppu J, Humphreys C, McKibbin G, ym. Tensions in the therapeutic relationship: emotional labour in the response to child abuse and neglect in primary healthcare. *BMC Prim Care* 2022;23:48.
13. Talsma M, Bengtsson Boström K, Östberg A. Facing suspected child abuse – what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scand J Prim Health Care* 2015;33:21–6.
14. Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. www.finlex.fi
15. Nikkola E, Korkman J. Milloin tulisi epäillä lapseen kohdistunutta pahoinpitelyä? *Suom Lääkäril* 2017;72:1788–90.
16. Viheriälä L, Rutanen M. Lapsen psyykkisen trauman hoito. *Duodecim* 2010;126:2670–7.
17. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, ym. Bruising characteristics discriminating physical child sexual abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 2010;125:67–74.
18. Kemp AM, Maguire S, Nuttall D, ym. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Arch Dis Child* 2014;99:108–13.
19. Nikkola E, Tupola S. Lapsen kaltoinkohdeltu. Kirjassa: Rajantie J, Heikinheimo M, Renko M, toim. Lastentaudit. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016, s. 515–32.
20. Blangis F, Allali S, Cohen JF, ym. Variations in guidelines for diagnosis of child physical abuse in high-income countries: a systematic review. *JAMA Netw Open* 2021;4:e2129068.
21. Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2015;135:e1337–54. doi: 10.1542/peds.2015-0356. Erratum in: *Pediatrics* 2015;136:583.
22. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, ym. Validation of a clinical decision rule to predict abuse in young children based on bruising characteristics. *JAMA Netw Open* 2021;4:e215832. Erratum in: *JAMA Netw Open* 2021;4:e2130136.
23. Heger A, Ticson L, Velasquez O, ym. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002;26:645–59.
24. Al-Jilaihawi S, Borg K, Maguire S, ym. The value of paediatric assessment in historic child sexual abuse. *Arch Dis Child* 2017;102:550–5.
25. Joki-Erkki M, Niemi J, Ellonen N. Child sexual abuse - initial suspicion and legal outcome. *Forensic Sci Int* 2018;291:39–43.
26. Lindberg DM. To recognize child physical abuse early, frontline clinicians need subspecialty expertise. *JAMA Netw Open* 2021;4:e215947.
27. Chan K, Chen Q, Chen M. Prevalence and correlates of the co-occurrence of family violence: a meta-analysis on family polyvictimization. *Trauma Violence Abuse* 2019;22:289–305.
28. Laajasalo T, toim. Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki? –Tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ehkäisevä kuntoutus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 17/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-587-2>
29. Dubowitz H, Finkelhor D, Zolotor A, ym. Addressing adverse childhood experiences in primary care: challenges and considerations. *Pediatrics* 2022;149:e2021052641.