

# Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonta/ systemaattinen kysyminen Ammattilaisten käsikirja



**SAVE**

2020-1-PL01-KA202-081643



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

[WWW.PROJECTSAVE.EU](http://WWW.PROJECTSAVE.EU)

### **Vastuuvapauslauseke:**

Tämä projekti on rahoitettu Euroopan Unionin komission/Erasmus+ ohjelman tuella. Tämä julkaisu heijastaa ainoastaan kirjoittajiensa näkemyksiä eikä komissiota voida pitää vastuullisena mistään sen sisältämästä informaatiosta.

### **Kirjoittajat:**

Tämän koulutusohjelman ovat kehittäneet SAVE - hankkeen yhteistyökumppanit

- PCG Polska Sp. z o.o. - Puola (koordinaattori)
- Osk VoiVa - Suomi
- Anziani e non solo - Italia
- Cooperativa assistenza disabili infermi anziani infanzia, ANS – Italia
- Universidade do Minho – Portugali
- Cyprus University of Technology – Kypros

Koulutusohjelman koordinoivat Anziani e non solo ja Osk VoiVa.

## Sisällysluettelo

Johdanto.....	3
OSIO 1 - Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan yleisyys, merkkien ja oireiden arviointi .....	6
Viitteet .....	26
OSIO 2 – Ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta kysyminen/seulonta.....	29
Viitteet .....	63
Osio 3 – Lähisuhdeväkivallasta kysymisen/seulonnan oikeudelliset ja eettiset näkökulmat .....	67
Lähteet .....	83
OSIO 4 - Työskentelemisen haasteet lähisuhdeväkivallan ikääntyneiden uhrien kanssa	86
Viitteet .....	103

## Johdanto

### SAVE - hanke

---

SAVE - Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonta sosiaali- ja terveyspalveluissa on Euroopan unionin Erasmus+ ohjelman rahoittama hanke.

#### **Hankkeen tavoitteet:**

- lisätä tietoa seulontavälineistä ja niiden käytön soveltuvuudesta ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tunnistamiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa
- edistää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kykyä tunnistaa ja puuttua väkivaltaan ja ohjata ikääntyneitä asianmukaisiin palveluihin
- tukea kouluttajien taitoa opettaa ammattilaisia, miten toimia väkivaltatapauksissa sekä tukea ja ohjata uhreja
- tuottaa koulutusohjelma sosiaali- ja terveydenhuollon opettajille, kouluttajille ja ammattilaisille aktiivisen ja innovatiivisen oppimisen tukemiseksi.

#### **Hankkeen kohderyhmät:**

- kotihoidossa, palvelutaloissa, terveyskeskuksissa ja sairaaloissa työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset
- sosiaali- ja terveydenhuollon opettajat ja kouluttajat
- päättäjät, jotka vastaavat paikallisista/alueellisista palveluista

Tämä koulutusohjelma on hankkeen tuotos numero 2: koulutusohjelma ja materiaali ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tunnistamisesta ja siihen puuttumisesta.

## Koulutusohjelma

### **Kohderyhmät**

Tämä koulutusohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, jotka työskentelevät kotihoidossa, asumispalveluyksiköissä, terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. He voivat edustaa monia erilaisia ammattiryhmiä: lääkäreitä, sairaanhoitajia, perushoitajia, terapeutteja, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, sosiaali- ja terveydenhuollon opettajia ja kouluttajia jne.

### **Oppimistavoitteet**

Koulutuksen päättyessä osallistujien tulisi tietää:

- mitä ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta ja kaltoinkohtelu on
- miten tunnistaa ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa ja kaltoinkohtelua soveltamalla erilaisia seulontamenetelmiä ja -välineitä

- miten toimia, kun todetaan tapahtuneen väkivaltaa ja kaltoinkohtelua

## Koulutusohjelman kesto ja sisällöt

Koulutus kestää vähintään 12 tuntia ja se on jaettu neljään kolme tuntia kestävään osaan.

Koulutusosioiden sisältö:

<p><b>Osio 1: Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan yleisyys, merkkien ja oireiden arviointi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Johdanto</li> <li>2. Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan määritelmä</li> <li>3. Väkivallan muodot</li> <li>4. Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan olosuhteet ja ympäristöt</li> <li>5. Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan yleisyys</li> <li>6. Miten tunnistaa ikääntyneisiin kohdistuvaa lähisuhdeväkivaltaa: merkit ja oireet</li> <li>7. Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan riskitekijät</li> <li>8. Lähisuhdeväkivallan merkkien ja oireiden arviointi</li> </ol> <p>Oppimisharjoitukset Viitteet</p>	<p><b>Osio 2: Ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta kysyminen/seulonta</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mitä seulonta on?</li> <li>2. Seulonnan kriteerit ja ohjelmat</li> <li>3. Seulonta vai rutiini-/systemaattinen kysyminen?</li> <li>4. Seulontavälineet ja niiden käyttö</li> <li>5. Kysyminen/seulonta on prosessi</li> <li>6. Miksi ikääntyneisiin kohdistuvaa lähisuhdeväkivaltaa seulotaan/Miksi siitä pitäisi kysyä systemaattisesti?</li> <li>7. Kysymisen/seulonnan esteet</li> <li>8. Vähimmäisvaatimukset lähisuhdeväkivallasta kysymiselle</li> <li>9. Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan seulonnan monimutkaiset piirteet</li> <li>10. Kysymisen/seulonnan hyödyt</li> <li>11. Kysymisen/seulonnan rajoitteet</li> <li>12. Muistisairaudet ja lähisuhdeväkivallasta kysyminen/seulonta</li> <li>13. Interventioiden kehittäminen</li> <li>14. Seulontavälineiden soveltaminen SAVE – hankkeessa</li> </ol> <p>Oppimisharjoitukset Viitteet</p>
<p><b>Osio 3: Lähisuhdeväkivallasta kysymisen/seulonnan oikeudelliset ja eettiset näkökulmat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Johdanto</li> <li>2. Itsemääräämisoikeus</li> <li>3. Tietoinen päätös</li> <li>4. Luottamuksellisuus ja sen rajoitukset</li> </ol>	<p><b>Osio 4: Työskentelemisen haasteet lähisuhdeväkivallan ikääntyneiden uhrien kanssa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ulkoiset haasteet</li> <li>2. Organisaatioiden haasteet</li> <li>3. Ikääntyneiden vaikeudet kertoa väkivallasta</li> </ol>

5. Suostumus kysymiseen/seulontaan 6. Turvallisuus 7. Tietosuoja ja salassapitovelvollisuus Oppimisharjoitukset Viitteet	4. Kunnioita ikääntyneen oikeutta olla kertomatta 5. Traumaperäinen stressihäiriö 6. Ammatillinen työuupumus Oppimisharjoitukset Viitteet
--	---

## Koulutusmenetelmät

Koulutusohjelmassa yhdistetään teoreettisia johdantoluentoja ja käytännön aktivoivia oppimisharjoituksia, joiden avulla ammattilaiset voivat soveltaa oppimaansa teoreettista tietoa käytännön työhön.

- Johdantoluento: lyhyt (10 tai 20 min.) osio, jossa kouluttaja antaa teoreettista taustatietoa kyseisen osan aiheesta, jota osanottajat tarvitsevat aihealueen hahmottamiseen. Luennessa kouluttaja keskittyy tuomaan esiin aihealueen keskeisiä viestejä, jotka on mainittu koulutusosan rakenteessa. Keskeiset viestit auttavat kouluttajaa rakentamaan luennon niiden ympärille.
- Oppimisharjoitukset: sisältävät kouluttajalle annettavat ohjeet ja osallistujille jaettavat tehtävämonisteet. Oppimisharjoitukset ovat oppimisen ohjaamista, ja ne aktivoivat osallistujia omaksumaan kurssimateriaalia keskustelujen, ongelman ratkaisun, tapauselostusten, rooliharjoitusten ja muiden menetelmien kautta. Johdantoluennon jälkeen osanottajat oppivat yhden tai useamman harjoitteen avulla soveltamaan luennon aihealuetta käytäntöön.

## Koulutuksen tulosten arviointi

Koulutuksen tulosten arviointilomaketta (osion 4 jälkeen) käytetään osanottajien hankkiman osaamisen arviointiin koulutusohjelman päättyessä. Arviointikysymyksistä voi valita annettuun koulutukseen liittyvät kysymykset, jos koulutusohjelmaa ei toteutettu kokonaisuudessaan.

## Miten käyttää tätä koulutusohjelmaa

Ohjelmalla voidaan kouluttaa terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja lakiasioiden ammattilaisia, joilla on vankka ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan ja kaltoinkohtelun tuntemus. Koulutustapahtuman hyvä organisointi on myös tarpeellista.

Koulutusohjelmaa levitetään Creative Common licence Attribution-NonCommercial-NoDerivs'n alaisuudessa.

(CC BY-NC-ND). Tämä lisenssi sallii sinun ladata koulutusohjelman ja jakaa sitä toisille, kunhan mainitset ohjelman kirjoittajat, mutta et saa muuttaa tai käyttää sitä kaupallisiin tarkoituksiin.

[View License Deed](#) | [View Legal Code](#)

## OSIO 1 - Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan yleisyys, merkkien ja oireiden arviointi

### Koulutusosion rakenne

---

Otsikko	Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan yleisyys, merkkien ja oireiden arviointi
Tavoitteet	<p>Parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntemusta ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta.</p> <p>Lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan varhaisen tunnistamisen tärkeydestä sekä sen kaikkien muotojen merkeistä ja oireista.</p> <p>Parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten taitoja ja osaamista ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan merkkien ja oireiden arvioimisessa, ja miten erottaa merkit ja oireet sairauksista ja ikään liittyvistä muutoksista, jotta väkivaltatapauksiin voidaan puuttua, tukea uhreja ja ohjata heitä tarkoituksenmukaisiin palveluihin.</p>
Oppimistulokset	<p>Koulutusosion päätyttyä osallistujat kykenevät:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Määrittelemään, mitä on ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta</li><li>▪ Ymmärtämään, että ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa voi esiintyä useissa eri ympäristöissä</li><li>▪ Tiedostaa ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan yleisyys Euroopassa ja maailmanlaajuisesti</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erottamaan väkivallan eri muotojen merkit ja oireet pitkäaikaisista sairauksista ja normaaleista ikään liittyvistä muutoksista</li> <li>▪ Arvioimaan erilaiset väkivallan muodot ja erottamaan niitä ikääntymisen muutoksista ja ikääntyneiden pitkäaikaissairauksien oireista</li> </ul>
Kesto:	<p>3 tuntia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 45 min-1 t johdantoluento</li> <li>▪ 20 min (2x10 min) taukoja</li> <li>▪ 1½ t oppimisharjoituksia</li> <li>▪ 10 min ylimääräistä aikaa (osallistujien asettuminen paikoilleen, tutustuminen, kysymyksiin vastaaminen)</li> </ul>
Tarvikkeet:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4-6 osallistujan pöytiä riippuen osallistujien ryhmän koon mukaan</li> <li>▪ Tietokone</li> <li>▪ Projektori</li> <li>▪ Näyttötäulu</li> <li>▪ Fläppitaulupaperia pöydille ja fläppitaulu kouluttajalle</li> <li>▪ Eri värisiä huopakyniä pöydille</li> <li>▪ Oppimisharjoitusten monisteet kouluttajalle ja osallistujille</li> </ul>
Keskeiset viestit	<p>Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on maailmanlaajuinen kansanterveysongelma  Ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta suuri osa jää huomiotta  Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta lisääntyy ikääntyneen väestön määrän kasvaessa  Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on ihmisoikeusrikkomus  Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on ilmiö, jolla on vakavia terveydellisiä ja sosiaalisia seurauksia  Ikääntyneisiin kohdistuvaan väkivaltaan ja laiminlyöntiin puuttumisen parantaminen parantaa ikääntyneiden terveyttä ja turvallisuutta</p>
Oppimisharjoitukset	<p>Ohjeet kouluttajalle  Tehtävämonisteet osallistujille</p>

## Teoreettinen tausta

---



## 1. JOHDANTO

---

Väestön vanheneminen on ilmiö, joka vaikuttaa lähes kaikissa maailman kehittyneissä maissa. Eurooppa kohtaa väestön ikääntymisprosessin kiihtyvänä, mikä vain nopeutuu seuraavien neljän vuosikymmenen aikana. Yli 65-vuotiaiden henkilöiden prosenttiosuuden odotetaan nousevan 28,5 prosenttiin vuonna 2050 ja 29,5 prosenttiin vuonna 2060 (EUROSTAT, 2019). Vanhenevan väestön lisääntyessä hoidosta riippuvaisten ikääntyneiden altistuminen väkivallalle ja kaltoinkohtelulle odotetaan kasvavan.

Ikääntyneiden kasvava joukko tarkoittaa myös kasvavaa määrää ihmisiä, joilla on alenemista kognitiivisissa taidoissa ja jotka sairastavat Alzheimerin tautia, joita pidetään riskitekijöinä kaltoinkohtelulle (WHO, 2016). Muutokset väestörakenteessa tulisi myös ottaa huomioon, koska naiset muodostavat enemmistön vanhenevassa väestössä kaikissa maissa. Tällä hetkellä 58 prosenttia vanhemmista naisista elää kehittyvissä maissa ja vuoteen 2025 mennessä heidän osuutensa nousee 75 prosenttiin (WHO/INPEA, 2002). Vanhemmilla naisilla on suurempi riski kohdata fyysistä ja henkistä väkivaltaa perhe- ja lähisuhteissaan kuin vanhemmilla miehillä johtuen diskriminaatiosta, sosiaalisista asenteista ja heidän ihmisoikeuksiensa suojelun puutteesta (Perttu ja Laurola, 2020). Monia tärkeitä hankkeita on tehty naisiin kohdistuvan väkivallan tekemiseksi tunnetuksi. Useat tutkimukset ovat keskittyneet ikääntyneisiin kohdistuvaan väkivaltaan yleisesti tai nuorempiin naisiin kohdistuvaan väkivaltaan erityisesti. Vanhempiin naisiin kohdistuvan väkivallan ongelmaan ei ole riittävästi kiinnitetty huomiota eikä myöskään interventio-ohjelmia ole suunnattu ikäspesifisiin kysymyksiin (Yon, Mikton et al., 2019).

Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on ihmisoikeuksien, juridisten ja lääketieteellisten oikeuksien loukkaus (World Health Organization, 2008). Sitä pidetään hyvin uuvuttavana kokemuksena, jolla on negatiivinen vaikutus ikääntyvän fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen (Dong, Chang ja Simon, 2013). Siihen liittyy myös korkeampi kuolleisuuden riski ja kasvava määrä sairaalakäyntejä (Wang et al., 2015). Tämä saa aikaan haitallisia vaikutuksia yhteiskunnan kaikilla tasoilla, mitä tulee kansanterveyteen, sosiaalikulutuksiin ja osallistumiseen yhteiskunnan toimintaan (Pillemer et al, 2016; Agelless Alliance, 2017; Yon, Mikton et al., 2019).

## 2. IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAN LÄHISUHDEVÄKIVALLAN MÄÄRITELMÄ

---

Ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta käytetään englanninkielisessä kirjallisuudessa monia termejä (elder mistreatment, elder maltreatment, inadequate care of the elderly). Viime vuosina on puuttunut yhteisymmärrys ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan määritelmästä, koska ilmiöllä on monia osatekijöitä, monia ilmenemismuotoja, se sisältää erilaisia väkivallan muotoja, uhreja, väkivallan tekijöitä ja olosuhteita (Dean, 2019; Santos et al., 2019)

Viime aikoina useimmin käytetyn ja laajasti hyväksytyn määritelmän ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta kehitti järjestö Action on Elder Abuse v. 1995. Sen ovat ottaneet käyttöön kansainväliset organisaatiot kuten International Network for Prevention of Elder Abuse (INPEA) ja Maailman Terveysjärjestö WHO. Se määrittelee ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan näin: **”yksittäinen tai toistuva teko tai asianmukaisten toimenpiteiden puute missä tahansa vuorovaikutussuhteessa, jolta odotetaan luottamusta ja joka haavoittaa fyysisesti tai henkisesti ja tuottaa fyysistä tai henkistä pahoinvointia”** (Perel-Levin, 2008).

U.S. National Academy of Sciences määrittelee ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seuraavasti: ”a) tahalliset teot, jotka haavoittavat fyysisesti tai henkisesti tai luovat riskin tällaiselle haavoittuvuudelle (joko tahallisesti tai tahattomasti) ikääntynyttä hoitavan tai muun luottamussuhteessa olevan henkilön toimesta, tai b) ikääntynyttä hoitavan henkilön epäonnistuminen ikääntyneen perustarpeiden täyttämässä tai haavoittuvassa asemassa olevan ikääntyneen suojelemisessa” (Pillemer et al., 2016).

Näillä kahdella määritelmällä on yhteisiä muotoiluja kuten: teot tai niiden puuttuminen väkivallan tekijän taholta, mikä aiheuttaa fyysistä tai henkistä vahinkoa tai sen vakavaa uhkaa haavoittuvassa asemassa olevalle ikääntyneelle. Väkivallan tekijä voi olla ikääntyneen hoitaja tai muu luotettu henkilö (Perel-Levin, 2008; Pillemer et al., 2016).

## 3. VÄKIVALLAN MUODOT

---

Seuraavat ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan muodot voidaan tunnistaa:

- a) **Fyysinen/sanallinen** – tuskan tai vamman tuottaminen lyömisen, potkaisemisen, työntämisen, polttamisen, fyysisen voiman, tai fyysisen tai lääkeytymisen aiheuttamien

- rajoitusten seurauksena; loukkaavat ja haavoittavat sanat, maineen mustaaminen, pelottelu, väärät syytökset, sanalliset hyökkäykset, uhkailu, hylkääminen.
- b) **Henkinen** – käytös, joka haavoittaa itsetuntoa tai hyvinvointia, joka aiheuttaa voi aiheuttaa henkistä tuskaa, henkistä/tunneperäistä tuskaa ja paha oloa, levottomuutta, ahdistusta, nöyryytystä tai stressiä ikääntyvälle henkilölle.
  - c) **Seksuaalinen** – mikä tahansa seksuaalinen kontakti, joka ei perustu ikääntyneen suostumukseen.
  - d) **Taloudellinen tai materiaallinen** – ikääntyneen rahojen/varojen laitton tai asiaankuulumaton käyttö, eläkerahojen hyväksikäyttö ja kontrollointi, omaisuuden varastaminen, hyväksikäyttö, lastenlapsista huolehtimaan pakottaminen.
  - e) **Laiminlyönti** – kieltäytyminen tai epäonnistuminen tarvittavan huolenpidon tarpeen täyttämiseksi, kuten lääkkeiden, vaatetuksen, ravinnon tai tarpeellisen suojan tarjoamisessa.
  - f) **Kaltoinkohtelu laitoksissa** – sisältää laiminlyöntiä tai puutteellista hoitoa laitospäristössä. Se voi tapahtua sairaalassa tai hoivakodissa. Hoitohenkilöstö ei välttämättä tarkoituksellisesti kaltoinkohtele ihmisiä. Se saattaa olla tapa, jolla henkilökunta on tottunut toimimaan. Havaittuja kaltoinkohtelun muotoja ovat: henkinen, fyysinen ja taloudellinen väkivalta, fyysisesti aggressiivisen asukkaan rankaisu tai heidän valintojensa epäminen. Lisäksi laitoksissa esiintyy väkivaltaa asukkaiden kesken.

(WHO/INPEA, 2002; Wang *et al.*, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Yon *et al.*, 2017; Yon, Ramiro-gonzalez, *et al.*, 2019).

#### 4. IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAN LÄHISUHDEVÄKIVALLAN OLOSUHTEET JA YMPÄRISTÖT

---

Ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa saattaa tapahtua eri ympäristöissä:

- Kodeissa aikuisten hoitajien, perheenjäsenten tai muiden toimesta
- Palvelukeskuksissa- tai muissa hoivalaitoksissa kuten pitkäaikaishoitoa, hoivakodeissa, asumispalveluja tarjoavissa laitoksissa tai saattohoidossa (toisten asukkaiden tai hoitajien taholta)
- Sairaaloissa
- Päiväkeskuspalveluissa
- Yhteisöissä ja yhteiskunnassa

(WHO/INPEA, 2002; Hoover and Polson, 2014; Yon, Ramiro-gonzalez, *et al.*, 2019; World Health Organization., 2021)

## 5. IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAN LÄHISUHDEVÄKIVALLAN YLEISYYS

---

**Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan yleisyyttä koskevissa tutkimuksissa tulokset vaihtelevat 1%-35%:n välillä.** Tämä suuri vaihtelu voi johtua metodologisten lähestymistapojen erilaisuudesta, tutkimusten otoskoosta, käytettyjen määritelmien erilaisuudesta, maiden tulotasojen luokittelusta ja maiden sosiaalisten normien vaihtelevuudesta (Yon, Mikton, *et al.*, 2019).

Useissa tutkimuksissa on käsitelty tätä ongelmaa ja selitetty tulosten erilaisuutta käyttäen alaryhmien analyysseja ja metaregressiomalleja. Tutkimusaineistosta saadut arviointitulokset osoittavat, että ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on globaali ongelma. Kuitenkin tulokset saattavat edustaa vain jäävuoren huippua. Jotkut asiantuntijat uskovat, että ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta jää jopa 80% huomioimatta.

Tähän on monia syitä, esimerkiksi: ikääntyneiden eristyneisyys, seurausten pelko kertomisesta, uhria ei tunnisteta, yhtenäisten raportointilakien ja -menettelyjen puuttuminen ja yleinen vastarinta tai laiminlyönti – mukaan lukien ammattilaisten – ilmoittaa epäilyistä lähisuhdeväkivallan tapauksista, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutuksen puute tunnistaa merkkejä ja oireita ja miten tukea ikääntyneitä uhreja, puutteet kansallisissa terveydenhuollon ohjeissa ja parhaisissa käytännöissä lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden ikääntyneiden uhrien kohtaamisessa (WHO, 2008). Monissa tutkimuksissa on myös jätetty kokonaan pois kognitiivisia puutteita omaavat ikääntyneet, ryhmä, joka on hyvin haavoittuva lähisuhdeväkivallalle (Pillemer *et al.*, 2016). Nämä syyt voivat johtaa harhaanjohtaviin johtopäätöksiin siitä, että ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa ei esiinny lainkaan tai että sitä esiintyy vain vähäisessä määrin.

Pillemer kollegoineen (2016) teki yhteenvedon väestöön pohjautuvasta ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan esiintyvyyttä koskeneista tutkimuksista v. 2014 saakka. Väkivallan esiintyvyyden osuudet raportoitiin sekä yksittäisten että kaikkien kaltoinkohtelun muotojen osalta yhden vuoden jaksolla välillä oli 0,04%-14,6%.

Ikääntyneisiin kohdistuva fyysinen väkivalta oli yleisin väkivallan muoto. Jokseenkin tai erittäin vakavan väkivallan muotojen yleisyys vaihteli 0,5%-6,03%:n välillä Euroopassa. Tarkemmin:

- Fyysinen väkivalta 1,67%
- Seksuaalinen väkivalta 1,0%
- Taloudellinen väkivalta 3,8%
- Emotionaalinen/henkinen väkivalta 2,9%
- Hoidon laiminlyönti 0,5%
- Kaikki väkivallan muodot yhteensä (kokonaisluku) 6,03%

Intiassa ja Nigeriassa olivat korkeimmat kokonais- ja henkisen väkivallan osuudet (14%, 10,8%) sekä fyysisen ja taloudellisen väkivallan osuudet (14,6%, 13,1%).

Yllä olevat tulokset osoittavat, että ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on suhteellisen laaja ilmiö ja että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka tekevät työtä ikääntyneiden parissa, todennäköisesti kohtaavat sitä työnsä arjessa. Esimerkiksi, esitetyillä esiintyvyytasoilla käytännön työssä päivittäin kohdattavista potilaista ja asiakkaista noin joka kahdeskymmenes ikääntynyt on saattanut joutua väkivallan uhriksi (Pillemer et al., 2016).

Systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin mukaan 28 maassa 60-vuotiaisiin tai vanhempiin kohdistuvan väkivallan keskimääräinen luku yhden vuoden ajanjaksolla oli 15,7%, vuosina 2002-2015. Tämä tarkoittaa, että joka kuudes ikääntynyt on väkivallan uhri. Tämä on 141 miljoonaa uhria vuosittain maailmanlaajuisesti. (Yon et al., 2017).

Väkivalta voi koostua minkä tahansa väkivallan muodon yhdistelmästä:

- Henkinen väkivalta 11,6 %
- Taloudellinen väkivalta 6,8 %
- Hoidon laiminlyönti 4,2 %
- Fyysinen väkivalta 2,6 %
- Seksuaalinen väkivalta 0,9 %

Alueelliset yleisyyden vaihtelut:

- Aasia 20.2%,
- Eurooppa 15.4%,
- Amerikka 11.7%.

Laajin eurooppalainen ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan esiintyvyyttä koskeva ABUEL-tutkimus (Abuse of the Elderly in the European Region) tehtiin seitsemässä Euroopan maassa, ja siihen osallistui 4 467 henkilöä iältään 60–84-vuotta.

**Taulukossa 2** esitetyt tiedot tammikuusta 2009 heinäkuuhun 2009 eri maista osoittavat, että:

- 19,4 % ikääntyneistä koki henkistä väkivaltaa
- 2,7 % fyysistä väkivaltaa
- 0,7 % seksuaalista väkivaltaa

- 3,8 % taloudellista väkivaltaa
- 0,7 % sai vammoja.

Lisäksi henkistä väkivaltaa esiintyi useammin Ruotsissa (29,7 %) ja Saksassa (27,1 %). Fyysistä väkivaltaa esiintyi useammin Ruotsissa (4 %) ja Liettuassa (3,8 %). Seksuaalista hyväksikäyttöä esiintyi useammin Kreikassa (1,5 %) ja Portugalissa (1,3 %). Taloudellista väärinkäyttöä esiintyi useammin Portugalissa (7,8 %) ja Espanjassa (4,8 %). Fyysisiä vammoja saivat ikääntyneet useammin Liettuassa (1,5 %) ja Kreikassa (1,1 %) (Soares et al., 2010).

### Taulukko 1. ABUEL : ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan yleisyys seitsemässä Euroopan maassa

Maa	Henkinen %	Fyysinen %	Seksuaalinen %	Taloudellinen %	Vammoja %
<b>Saksa</b> (n=648)	27.1	3.3	0.9	3.6	0.4
<b>Kreikka</b> (n=643)	13.2	3.4	1.5	4.0	1.1
<b>Italia</b> (n=628)	10.4	1.0	0.5	2.7	0.0
<b>Liettua</b> (n=630)	24.6	3.8	0.3	2.8	1.5
<b>Portugali</b> (n=656)	21.9	2.1	1.3	7.8	0.7
<b>Espanja</b> (n=636)	11.5	1.4	0.3	4.8	0.5
<b>Ruotsi</b> (n=626)	29.7	4.0	0.5	1.8	0.6
<b>Yhteensä</b> (n=4467)	<b>19.4</b>	<b>2.7</b>	<b>0.7</b>	<b>3.8</b>	<b>0.7</b>

(Soares et al., 2010)

## 6. MITEN TUNNISTAA IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAA LÄHISUHDEVÄKIVALTA: MERKIT JA OIREET

### Fyysinen väkivalta

- Maininnat fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi joutumisesta
- Omaishoitaja tai omainen näyttää olevan ylisuojeleva, kertoo ristiriitaisia tarinoita, ei jätä vanhempaa ilman valvontaa
- Selittämättömät kaatumiset ja vammat, epäselvistä syistä johtuvat murtumat
- Palovammat ja mustelmat epätavallisissa paikoissa tai epätavallisen tyyppisiä

- Haavoja, sormenjälkiä muistuttavat mustelmat tai muita merkkejä fyysisestä kiinnipitamisestä, merkkejä siitä, että henkilö on saattanut olla sidottu tai muuten fyysisesti rajoitettu

### **Hoidon laiminlyönti**

- Aliravitsemus tai nestehukka ilman sairauten liittyvää syytä
- Todisteita riittämättömästä hoidosta tai huonoista hygieniatasosta, likaisista vaatteista, huonoista elinoloista
- Haavat, joita ei ole hoidettu

### **Henkinen väkivalta**

- Muutos ruokailutottumuksissa tai unihäiriöt
- Pelko, hämmennys, alistuneisuus
- Passiivisuus, vetäytyvyys tai masennus
- Avuttomuus, toivottomuus tai ahdistus

### **Seksuaalinen väkivalta**

- Kertoo seksuaalisesta väkivallasta
- Seksuaalinen käyttäytyminen, joka ei ole sopusoinnussa ikääntyneen tavanomaisten suhteiden ja persoonallisuuden kanssa
- Selittämättömät muutokset käyttäytymisessä, kuten aggressiivisuus, vetäytyminen tai itsensä silpominen

### **Taloudellinen tai muu aineellinen väkivalta**

- Tililtä otot, jotka eivät vastaa ikääntyneen tavanomaisia tarpeita

- Henkilö hakee hoitoa useilta eri lääkäreiltä tai terveyskeskuksista

- Liialliset toistuvat reseptit tai lisääntynyt lääkevarasto kotona annostelun puutteesta johtuen
- Liiallisesta lääkityksestä johtuvia myrkytyksen merkkejä.

- Ristiriitaiset kertomukset tai muu epäselvyys, joka ei liity mielenterveyteen
- Haluttomuus puhua avoimesti
- Fyysisen, katse- tai puhekontaktin välttäminen hoitajan kanssa
- Ikääntynyt on eristetty muista ihmisistä

- Toistuvat vatsakivut tai selittämättömät emättimen tai peräaukon verenvuodot
- Toistuvat sukupuolielinten tulehdukset tai mustelmat rintojen tai sukuelinten alueella
- Revenneet, tahraiset tai veriset alusvaatteet

- Muutokset testamentissa tai omistusoikeudessa kodin tai omaisuuden

jättämiseksi "uusille ystäville tai sukulaisille"

- Omaisuutta on kadoksissa
- Korujen tai henkilökohtaisten tavaroiden katoaminen
- Epäilyttävää toimintaa luottokortilla tai muilla pankkitileillä

▪ Palvelujen puute, vaikka ikääntyneellä olisi niihin varaa

- Hoitamattomat terveydenhoidon tai mielenterveysongelmat
- Hoidon taso ei ole oikeassa suhteessa ikääntyneen taloudelliseen tilanteeseen tai tuloihin

(WHO/INPEA, 2002; World Health Organization., 2008, 2021; Hoover and Polson, 2014)

### **Laitosolosuhteissa tapahtuva lähisuhdeväkivalta**

- ei tarjota valinnan vapautta tai edistettä itsenäisyyttä
- henkilökohtaisen hoitosuunnitelman puute
- ei joustavuutta nukkumaanmeno- tai vuoteesta nousemisajoissa
- asiaankuulumaton vuoteessa oleminen, estäminen tai rajoitus
- henkilökohtaisten vaatteiden tai omaisuuden puute
- vaarallinen tai epähygieeninen ympäristö
- painehaavojen ja haavaumien kehittyminen ilman sairautteen liittyvää syytä
- valinnanvaran puute ruoassa tai ruokalistaissa tai ruokalistan suunnittelussa
- henkilöstön tai johdon tarpeeton osallistuminen henkilökohtaiseen talouteen
- hoitotyön tai lääketieteellisten toimenpiteiden epätarkoituksen mukainen käyttö
- henkilöstön tarpeeton vallan tai valvonnan käyttö.

▪ ei rohkaista vierailuihin tai sukulaisten tai ystävien tapaamiseen

- ylikuormitetut laitosolosuhteet
- autoritaarinen hallinto tai jäykät järjestelmät
- johtamisen ja henkilöstön valvonnan puute
- henkilöstön riittämättömyys johtaen huonolaatuiseen hoitoon
- väkivaltaiset ja epäkunnioittavat asenteet iäkkäitä kohtaan
- ihmisarvon ja yksityisyyden kunnioittamisen puute
- ei kyetä käsittelemään kaltoin käyttäytyviä asukkaita
- ei tarjota ruokaa ja juomaa riittävästi tai ei auteta ruokailemisessa
- lääkkeiden epäasiallinen tai väärinkäyttö
- hammashuollon, silmälasien tai kuulolaitteiden laiminlyönti
- ei huomioida yksilöiden kulttuurisia, uskonnollisia tai etnisyyteen liittyviä tarpeita



▪ henkilökohtaisen kirjeenvaihdon tai viestinnän häiritseminen

▪ ei huomioida valituksia

(WHO/INPEA, 2002; World Health Organization., 2008, 2021)

## **7. IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAN VÄKIVALLAN RISKITEKIJÄT**

---

Tärkeimmät riskitekijät eri maissa luokitellaan yksilön (uhri ja tekijä), perheen ihmissuhteiden, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla. Näiden tekijöiden ymmärtäminen voi auttaa tunnistamaan erilaisia väkivallan ehkäisyn mahdollisuuksia (Pillemer ym., 2016; CDC, 2020).

### **Yksilötaso (uhri)**

- Riippuvuus, alentunut toimintakyky
- Huono fyysinen terveys
- Kognitiiviset ongelmat, muistisairaudet
- Käyttäytymisongelmat
- Huono mielenterveys
- Pienet tulot tai köyhyys
- Naissukupuoli; naiset ovat useammin uhreja kuin miehet
- Ikääntyminen, lähisuhdeväkivallan riski lisääntyy ihmisten ikääntyessä
- Taloudellinen riippuvuus
- Etnisen taustan aiheuttama syrjintä

### **Yksilötaso (tekijä)**

- Henkiset ongelmat, mielenterveyden ongelmat
- Päihteiden tai alkoholin väärinkäyttö
- Taloudellinen riippuvuus
- Stressi, uupumus, raskas hoitotaakka
- Emotionaalisen uupuneisuus

### **Perhesuhteet**

- Väkivallan historia
- Perheongelmat ja huonot ihmissuhteet
- Pahoinpitelijän taloudellinen/emotionaalinen riippuvuus vanhemmasta henkilöstä tai päinvastoin
- Perheenjäsenet eivät tue toisiaan

### **Yhteisö**

- Ystävien menetys
- Ikääntyneiden ja omaishoitajien sosiaalinen eristäytyminen, sosiaalisen tuen vähäisyys
- Omaishoitajien tuki-/koulutuspalvelujen puute
- Resurssien puute
- Maantieteellinen sijainti

### **Yhteiskunta**

- Kulttuuriset normit, jotka kannustavat syrjivään ja marginalisoivaan käyttäytymiseen ikääntyneitä kohtaan
- Riittämättömät terveys- ja sosiaalipalvelut ikääntyneille

- Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät eivät ole riittävästi koulutettuja, henkilöstön työuupumus

(Gorbien and Eisenstein, 2005; Wang *et al.*, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Dean, 2019)

Asuin- tai muissa laitoksissa asuvilla huonokuntoisilla iäkkäillä on yleensä monenlaisia toimintakyvyn rajoitteita (psykkisiä, kognitiivisia, fyysisiä). Heidän alentunut toimintakykynsä ja riippuvuus muiden antamasta hoidosta tekee heistä alttiimpia väkivallalle ja hoidon laiminlyönnille (Yon, Ramiro-Gonzalez, et al., 2019).

## **8. LÄHISUHDEVÄKIVALLAN MERKKIEN JA OIREIDEN ARVIOINTI**


Useissa tutkimuksissa on havaittu, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole riittävää koulutusta ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan merkkien tunnistamiseen. Tämä johtaa siihen, että väkivalta jää huomaamatta ja siitä ei kerrota eikä ilmoiteta.

(WHO/INPEA, 2002; Perel-Levin, 2008; Schmeidel et al., 2012; Hoover and Polson, 2014; World Health Organization, 2021).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta pidetään keskeisenä, koska heidän pitäisi pystyä erottamaan arvioinnissaan väkivallan merkit normaaleista ikääntymiseen liittyvistä muutoksista ja pitkäaikaisista sairauksista. Työntekijöiden on oltava tietoisia siitä, miten arviointi ja asianmukainen interventio voidaan aloittaa. (Perttu, 2018).

### **Ikääntymiseen liittyvät muutokset ja prosessit**

- Ikääntyneiden luut ovat ohuempia ja hauraampia (luun tiheys vähenee), mikä tekee niistä alttiimpia murtumille vamman tai sairauden seurauksena.
- Normaalilla ikääntyvällä iholla on suhteellisen hyvin säilynyt verenkierto. Ikääntymisessä iho ohenee ja elastinen lujuus vähenee. Ikääntyneet ovat alttiimpia painehaavaumille liittyen sairauksiin, ei pelkästään iän perusteella.
- Ultraviolettisäteilyn (UV-säteily) aiheuttama ihon ikääntyminen (photoaging) tapahtuu pitkäkestoiselle säteilylle altistuksen seurauksena. Aurinko on suurimpia UV-säteilyn tuottajia. Otsonikato lisää UV-säteilyn aiheuttamia terveyshaittoja. UV-säteily rappeuttaa ihon sidekudosta aiheuttaen ihon ennenaikaista vanhenemista.



Tästä seuraa ihon ryppyjä, tummia aurinkokesakoita (”vanhuuden kesakoita”), ihon paksuuntumista ja elastisuuden vähenemistä ja ihon pinnan verisuonien rikkoutumista.

- Mustelmia esiintyy useammin ja ne häviävät hitaammin iäkkäillä kuin nuoremmilla henkilöillä, ja ne voivat kestää kuukausia tavanomaisen 1–2 viikon sijasta.
- Ikääntymisestä seuraa sekä haju- että makuaistin vähenemistä. Tämä voi johtaa ruokahalun vähenemiseen, laihtumiseen ja aliravitsemukseen.
- Ruokatorven yläosassa on sulkijalihas, jonka on avauduttava, jotta henkilö voi niellä ruokaa ja juoda nesteitä. Ikääntymisen myötä sulkijalihaksen avautuminen voi vaikeutua. Kiinteää ruokaa tai tabletteja voi olla vaikea niellä ja ne voivat juuttua ruokatorveen. Ruoka tai juoma voi joutua hengitysteihin tai keuhkoihin (aspiraatio). Tämä voi johtaa aspiraatiokeuhkokuumeeseen. Tämä muutos voi aiheuttaa myös painon laskua.
- Ikääntyneet ovat alttiimpia nestehukkaan vähäisemmistä syistä kuin nuoremmat. Vanhemmilla henkilöillä on vähentyneet kehon vesivarat ja janon tunne; he eivät ehkä tunne janoa jopa 12–24 tunnin veden puutteen jälkeen. Tämä voi johtaa kuivumiseen ja sekavuuteen.
- Ikääntyminen hidastaa ruuansulatuksen toimintaa, ja tämä yhdessä kehon vähentyneiden vesivarojen ja rasvan lisääntymisen seurauksena vaikuttaa lääkeaineiden imeytymisen muutoksiin. Rasvaliukoiset lääkeaineet imeytyvät hitaammin ja vesiliukoiset lääkeaineet saattavat johtaa suuriin ja äkillisiin lääkepitoisuuksiin.
- Joskus näkökyvyn heikkeneminen voi vaikeuttaa kodin tai vaatteiden puhtaana pitämiseen; kuitenkin, jos kognitiiviset kyvyt pysyvät normaalina, ikääntyneet pystyvät suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista ja ylläpitämään asianmukaista hygieniaa.
- Naiset kokevat useita fysiologisia muutoksia sukupuolielimissä ikääntyessään. Sekä progesteroni- että estrogeenitasot laskevat ikääntymisen myötä. Alentunut estrogeenitaso johtaa emättimen muodon muutoksiin, emättimen kuivuuden lisääntymiseen ja emättimen seinien ohenemiseen. Nämä muutokset voivat aiheuttaa

kipua ja verenvuotoa yhdynnän aikana. Tällaiset ikään liittyvät muutokset, kuten emättimen eritteiden muuttunut happamuus ja alentunut estrogeenitaso, tekevät vanhemmista naisista alttiimpia emättimen ja virtsarakon infektiolle. (Dyer et al., 2003).

- Ikääntyvä iho ohenee ja sen toimintakyky heikkenee. Ihon luontaisten rasvojen määrä vähenee, ja iho kuivuu herkemmin. Kuivuessaan iho voi kutista ja tulehtua. Ihon kuivuudesta johtuvan ihottuman (asteatoottinen ekseema) tyypillinen paikka on nilkka ja säären alaosa. Ihottumaan liittyy tavallisesti kutinaa. Ihon pinta punoittaa, hilseilee ja halkeilee. Suurin osa vanhuksista kärsii kuivasta ihosta. (Airola K, 2019).
- Korkea ikä ja verisuonten kalkkiutuminen voivat altistaa nenän limakalvon alla olevan verisuonen katkeamiselle. (Saarelma O, 2022).
- Ikääntyminen vaikuttaa tiettyjen elinten toimintaan, mielialaan, asenteeseen ympäristöön, fyysiseen kuntoon ja sosiaaliseen toimintaan, määrittäen ikääntyneiden aseman perheessä ja yhteiskunnassa. Tämä voi johtaa sosiaalisten roolien menettämiseen ja ihmissuhteiden vähenemiseen. Näihin voi liittyä masennusta, tyytyväisyyden vähenemistä elämään, eristäytymistä, kiinnostuksen vähenemiseen ja yksinäisyyden ja vaaran tunteen lisääntymiseen. (Dziechciaż M, and Filip R., 2014).
- **Monisairastavuus** on yleisempää iäkkäässä väestössä. Termi "monisairastavuus" tarkoittaa kansainvälisen määritelmän mukaan, että henkilöllä on vähintään kaksi samanaikaista pitkäaikaissairautta, vammaa tai toiminnanvajausta.
- Monisairastavuus voi johtaa **monilääkitykseen**, jolloin yksittäisten sairauksien ilmeneminen voi muuttua lääkkeiden yhdistelmissä niiden sivuvaikutuksina. Termi "monilääkitys" tarkoittaa sitä, että henkilöllä on käytössään vähintään viisi pitkäaikaisesti käytettävää lääkettä. Tällöin oireiden arvioinnissa on huomioitava lääkkeiden yhteisvaikutus. Monilääkitys ei itsessään lisää monisairastavuutta, mutta se suurentaa esimerkiksi riskiä joutua sairaalaan lääkehaitan vuoksi. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2022).

Terveydenhuollon ammattilaisten voi olla usein vaikea erottaa väkivallan merkkejä normaaleista ikään liittyvistä muutoksista ja fyysisistä vammoista. Terveysongelmat ja -

sairaudet vanhemmalla iällä voivat jäljitellä ja olla päällekkäisiä väkivallan oireiden kanssa. (Collins, 2006; Palmer et al., 2013). **Taulukossa 3** on esimerkkejä ikääntyneiden fyysisistä merkeistä ja vammoista, jotka vaikeuttavat väkivallan merkkien tulkintaa.

## Taulukko 2. Fyysisten merkkien ja vammojen tulkinta

Merkki/Vamma	Arvioinnissa huomioitava
Seniili purppura (Ceilley R.I, 2017)	Purppurat ovat hyvänlaatuisia ihonsisäisiä verenpurkaumia (lat.purpura). Seniilin purppuran ensisijainen oire on suuret, purppuranpunaiset mustelmat, jotka ovat yleisimpiä käsien selässä tai kyynärvarressa. Ne muuttuvat ruskeiksi haalistuessaan. Nämä mustelmat kestävät yleensä yhdestä kolmeen viikkoa ennen haalistumista. Useimmissa tapauksissa seniilipurppura kehittyy pienestä traumasta. Yleisin seniilin purppuran kehittymiseen suoraan vaikuttava tekijä on ohut, helposti vaurioituva iho.
Mustelmat (Wiglesworth A. et al. 2009)	Useimmilla fyysisen väkivallan kohteeksi joutuneilla on mustelmia. Huomioitava arvioinnissa: Ikään liittyvät muutokset Lääkitysten vaikutus (esim. verenohennuslääkkeet, tulehduskipulääkkeet) Mustelman laajuus: epäile väkivaltaa, jos mustelmien läpimitta on yli 5 cm. Iän määrittely värin perusteella: Mustelman väri on epävarma määriteltäessä mustelman ikää ikääntyneillä.
Murtumat (Gibbs LM 2014)	Oikeuslääketieteellistä tietoa ikääntyneiden murtumisista on vain vähän. Huomioitava arvioinnissa: ikääntymiseen liittyvä hormonaalinen muutos, osteoporoosi (erityisesti naisilla), huono ravitsemustila, D-vitamiinin puute, alkoholismi, pitkäaikainen steroidien käyttö ja syöpä. Ikääntyneille sattuu paljon kaatumisia.
Palovammat (Dyer et al. 2003)	Arvioitava koko, sijainti, muoto ja kerrottu syntyhistoria. Huomioitava mikä tahansa pehmeän kudoksen alue, jonka ei pitäisi joutua kosketuksiin vahingossa jonkun kuuman esineen tms. kanssa kuten käden selkämys, jalkapohjien, pakaran tai selän. Esineen muotoiset: silitysrauta, tupakka. Voi olla kuuman nesteen tai höyryn aiheuttama, esim. ikääntynyttä suihkutettaessa tai saunotettaessa.
Painehaavaumat (Dyer et al. 2003)	On erilaisia näkemyksiä siitä, mitkä painehaavaumat liittyvät sairauksiin ja mitkä hoidon laiminlyöntiin tai jopa väkivaltaan. Heikko ravitsemus on painehaavaumien riskitekijä. Sokeritauti altistaa painehaavaumille. Painehaavaumat esiintyvät useimmiten häntäluun, lonkkaluun tai kantapäiden alueella. Yleensä infektoituneet ja nekroottiset painehaavaumat sekä lukuisat syvät painehaavaumat voivat liittyä hoidon laiminlyöntiin. Jos pahalle haisevaa tai nekroottista painehaavaumaa ei ole hoidettu, on lähes aina kysymys hoidon laiminlyönnistä.

# Oppimisharjoitukset

## Harjoitus 1 - Galleriakeskustelu

---

### Kouluttajalle

**Menetelmä:** Ryhmäkeskustelu. Yksi tapa järjestää ryhmäkeskustelu on galleriaharjoitus. Tämä keskustelumenetelmä saa osallistujat osallistumaan aktiivisesti aiheen käsittelyyn, kun he kävelevät pienryhminä koulutustilassa.

### Tarvikkeet ja materiaalit:

- pyöreät pöydät, joissa kussakin on 4-6 tuolia ryhmän koon mukaan
- tietokone
- projektori
- näyttö
- yksi fläppitaulu/fläppipapereita pöytää kohti, yksi fläppitaulu kouluttajalle
- erivärisiä huopakyniä
- tehtävämonisteet osallistujille

**Aika:** 40-50 min.

### Ohjeet

Koulutustila järjestellään erillisiksi alueiksi keskusteluaiheiden mukaan. Jokaisella alueella on pöydän ympärillä 4-6 tuolia ja fläppitaulu tai fläppitaulun papereita pöydällä. Ryhmä kirjoittaa päätelmänsä paperille ennen kuin he siirtyvät seuraavaan pöytään. On hyvä, jos kouluttaja kiertää pöytiä auttaen osallistujien kysymyksissä. Tässä harjoituksessa jokainen ryhmä keskustelee kaikista eri pöytiin annetuista aiheista.

Jokaista ryhmää pyydetään sopimaan muistiinpanojen tekijä ja henkilö, joka raportoi takaisin koko osallistujaryhmälle. Kannusta ryhmiä valitsemaan uusi muistiinpanojen tekijä ja raportoiija jokaiselle eri aiheelle, jotta jokaisella on mahdollisuus osallistua näihin rooleihin. Harjoituksen lopussa ryhmälle annetaan aikaa vieraila muissa pöydissä tutustumassa muiden keskusteluaiheisiin. Tämän jälkeen kukin ryhmä esittelee oman keskustelunsa ja päätelmänsä kaikille osallistujille.

### Yhteinen loppukeskustelu kaikissa tapauksertomuksissa:

- Mikä yllätti sinua eniten tapauksessa ja/tai harjoituksessa?
- Onko jokaista aihetta mielestäsi tutkittu riittävästi?
- Löysitkö turhauttavia asioita tapauksista?
- Mistä nautit eniten?
- Mitä voit ottaa mukaasi harjoituksesta, mitä opit? Miten voit käyttää oppimaasi?

Enemmän harjoituksesta: [Gallery Group Discussion Exercise | Training Workshops \(ventureteambuilding.co.uk\)](https://ventureteambuilding.co.uk)

Tapauskertomukset muokattu: National Adult Protective Services Association (2010)  
[ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES \(sdsu.edu\)](http://sdsu.edu)

### **Tehtävämoniste osallistujille: TONY JA JOSEFINA**

Tony ja Josefina ovat olleet naimisissa lähes 60 vuotta. Tony on 80 ja Josefina 77. Kaksi vuotta sitten Josefinalla diagnosoitiin Alzheimerin tauti. Sairaus eteni hyvin nopeasti. Heidän poikansa Henry kertoi hoitokodin johtajalle, että Tony ja Josefinan avioliitto oli ollut myrskyistä. Koko avioliitos ajan Tony oli ollut suullisesti ja fyysisesti loukkaava Josefinea kohtaan. Vuosien ajan Tony kertoi hänelle, että hän oli tyhmä ja ruma, että kukaan muu mies ei halunnut häntä, ja että hän oli onnekas, että Tony sieti häntä, vaikka hän saattaa jättää hänet milloin tahansa. Tony heitti tavaroita häntä kohti, läimäytti häntä kasvoihin, uhkasi tappaa hänet ja kerran työnsi hänet alas portaita.

Josefina jätti Tony useaan otteeseen. Kun Henry tarjoutui auttamaan häntä muuttamaan perheensä luo, hän kieltäytyi ja meni takaisin miehensä luo. Siitä lähtien Henry on yrittänyt puhua äidilleen Tonysta, mutta hän kieltäytyi aina keskustelemasta sanoen, että vaimolla oli tehtävänsä, eikä se kuulu hänen pojalleen. Kolme kuukautta sitten Tonylla diagnosoitiin maksasyöpä. Hänen ennusteensa ei ole hyvä.

Äskettäin Josefiinaa wc:ssä ja kylvyssä auttanut avustaja huomasi mustelmia Josefinan rinnoissa ja sisäreisissä. Kun avustaja kysyi mustelmista, hän pudisti päätään ja itki, mutta ei sanonut mitään. Avustaja epäili, että Tony oli ollut yhdynnässä vaimonsa kanssa ja että hän ei pystynyt vastustamaan asiaa.

Kun Tonylta kysyttiin asiasta, hän suuttui ja sanoi: "Se ei kuulu kenellekään muulle kuin meille! Hän on vaimoni ja voin rakastella hänen kanssaan, milloin haluan. Olen tehnyt sitä 60 vuotta. Sitä paitsi minulla ei ole kauan elinaikaa, ja ansaitseen nautintoa ennen kuin kuolen."

\*\*\*

#### **Keskustelkaa ryhmässä tapauksen:**

- väkivallan muodoista
- väkivallan merkeistä
- uhrista
- väkivallan tekijästä
- miettikää Tonyn vastausta "Hän on vaimoni ja voin rakastella hänen kanssaan milloin haluan". Onko seksuaalinen väkivalta rakkautta? Miten perustelette näkemyksenne?
- keskustelkaa suostumuksen merkityksestä puolisoitten välisessä sukupuolisessa kanssakäymisessä – onko se tarpeellista? Miten perustelette näkemyksenne?
- kirjatkaa keskustelunne ja perustelut

## **Tehtävämoniste osallistujille: ROSIE JA HÄNEN VANHEMPANSA**

Rosie on 47-vuotias nainen, jolla on Downin syndrooma. Kun hän syntyi, hänen vanhempansa vannoivat, etteivät koskaan sijoittaisi häntä laitokseen, kuten siihen aikaan usein tehtiin. Tämän seurauksena hän on asunut isänsä ja äitinsä kanssa koko elämänsä, eikä hänellä ole ollut juurikaan tekemisissä ulkomaailman kanssa.

Vanhempiansa ikääntyessä Rosie on ottanut yhä enemmän vastuuta kotitöistä ja vanhempiansa hoidosta. Vaikka Rosie on suhteellisen toimiva, hänellä on vaikeuksia auttaa isäänsä Frankia, 79-vuotiasta, jolla on vaikea Parkinsonin tauti, ja hänen äitiään Betsyä, 72, joka on sokea ja yhä hauraampi. Perheellä on rajalliset tulot ja hädin tuskin tarpeeksi toimeentuloa.

He saavat kotihoidon palveluja, joihin kuuluu mm. aterioiden tuominen kotiin ja kuljetuspalvelut. Parkinsonin taudin takia Frank ei pysty syömään itsenäisesti. Rosie yrittää auttaa häntä, mutta usein turhautuu ja joskus tunkee lusikan Frankin suuhun kovakouraisesti. Kerran hän mursi Frankin etuhampaan. Hän syytti Frankia, koska "Hän heiluu liikaa."

Palattuaan pitkän viikonlopun jälkeen avustaja löysi Betsyn reagoimattomana makaamasta lattialla sängyn ja viereisen kylpyhuoneen oviaukon välillä. Hänellä oli useita painehaavoja vasemmassa lonkassaan ja vasemmassa jalassaan, ilmeisesti seurausta siitä, että hän oli ollut samassa asennossa pitkään. Avustaja soitti ambulanssin, ja ensihoitajat ilmoittivat, että Betsyn alla oleva matto oli pahasti likaantunut.

Rosie ja Frank sanoivat löytäneensä Betsyn makaamasta lattialta hänen nykyisestä paikastaan useita päiviä aiemmin. Rosie sanoi yrittäneensä auttaa häntä ylös, mutta hänen äitinsä huusi tuskissaan ja käski hänen jättää hänet rauhaan. Sen jälkeen he jättivät hänet makaamaan lattialle, tuoden hänelle ruokaa ja vettä ja antaen hänelle hänen lääkkeensä.

Frank kertoi, että Rosie laittoi tyynyn Betsyn pään alle ja yritti huolehtia hänestä. Kun Frankilta kysyttiin, miksi hän ei soittanut apua, hän kertoi ensihoitajille, että hänen vaimonsa kielsi soittamasta kenellekään. Ensihoitajat ilmoittivat tapauksesta poliisille.

\*\*\*

### **Keskustelkaa ryhmässä tapauksen:**

- väkivallan muodoista
- väkivallan merkeistä
- uhrista
- väkivallan tekijästä
- Miksi ensihoitajat ilmoittivat tapauksesta poliisille? Mikseivät he vain vieneet Betsyä sairaalaan?



## Tehtävämoniste osallistujille: JAKE JA REGINA

56-vuotias Jake on vuosien ajan kamppailut ansaitakseen elantonsa taiteilijana, mutta ei ole juurikaan menestynyt. Joskus hän maalaa taloja elannokseen. Mutta koska hän on alkoholisti, hän ei pidä työtä pitkään. Hän kääntyi äitinsä Reginan puoleen saadakseen taloudellista apua. Alussa Jake väitti, että Reginan hänelle antamat rahat olivat lainoja ja että hän maksaisi hänelle takaisin heti, kun hän "nousisi jaloilleen". Mutta lainoja ei koskaan maksettu takaisin. Jake sanoo, että jos hän voisi käydä toisen taidekurssin, hänen maalauksensa alkaisivat vihdoinkin myydä. Hän haluaa Reginan ottavan asuntolainan taloonsa, jotta hän voi saada 10 000 euroa taideopintoihinsa. Reginalla, joka on 75-vuotias, on pitkälle edennyt silmänpohjan rappeuma. Hänellä on yksityinen avustaja, joka auttaa häntä kotitöissä ja ajaa hänet tapaamisiin.

Regina on vastahakoinen ottamaan lainaa. Maahanmuuttajana hän on hyvin ylpeä siitä, että hän omistaa oman kodin ilman lainaa. Regina on huolissaan siitä, että jos hän ottaa lainaa nyt, hän ei pysty maksamaan apua, jota hän tarvitsee yhä enemmän selviytyäkseen sairauden edetessä. Mutta hän haluaa myös tukea Jaken unelmaa olla taidemaalari. Hän on myynyt satunnaisen kuvan, ja hän uskoo, että hän on todellinen lahjakkuus. Jake alkaa olla kärsimätön äitinsä kanssa. Hän väittää, että jos hän todella rakastaisi häntä, hän auttaisi häntä. Eilen hän ryntäsi Reginan kotiin ja potkaisi Bootsya, Reginan pientä koiraa. Regina alkoi itkeä ja rukoili Jakea olemaan satuttamatta koiraa.

Regina lupasi löytää rahat "jotenkin". Jake vastasi: "Sinun on parasta löytää ne." Ennen lähtöään Jake otti kortin Reginan lompakosta hänen tietämättään. Hän oli auttanut Reginaa käyttämään sitä aiemmin Reginan huonon näön vuoksi, joten hän tiesi PIN-koodin. Sinä päivänä ja seuraavana päivänä hän teki kaksi nostoa, yhteensä 1 000 euroa.

\*\*\*

### Keskustelkaa ryhmässä tapauksen:

- väkivallan muodoista
- väkivallan merkeistä
- uhrista
- väkivallan tekijästä
- mitä luulet Reginan ajatelleen ja tunteneen, kun hän lupasi Jackille löytävänsä rahat?
- tekikö Jack rikoksen?

## Harjoitus 2 – Videoihin perustuva ryhmätyö

---

### Ohjeet kouluttajalle

**Menetelmä:** Ryhmäkeskustelu

**Tarvikkeet ja materiaalit:** videot, kyniä, paperia

**Aika:** 45 min.

Järjestä osallistujat 4-5 jäsenen ryhmään (osallistujamäärästä riippuen). Pyydä heitä sopimaan, kuka tekee muistiinpanoja ja kuka esittää tulokset koko ryhmälle. Kukin ryhmä katsoo jonkin seuraavista videoista:

- Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta – merkit, murra hiljaisuus: (“Elder Abuse - learn the signs and break the silence”)  
<https://www.youtube.com/watch?v=OEGhbbpel3o>
- Tarvitsen tämän reseptin lääkkeet – herra Stepania: (“I have a prescription to pick up” - Mr. Stepania)  
<https://www.youtube.com/watch?v=uaOVhxRE3Nk&t=47s>
- Tarvitsen tämän reseptin lääkkeet – herra Appelby (“I have a prescription to pick up” – Mrs Appelby):  
<https://www.youtube.com/watch?v=nmb9vKsvNys&t=2s>

Pyydä osallistujia tekemään lista mahdollisista vastauksista alla oleviin kysymyksiin – aluksi ilman keskustelua. Kirjoitettuaan vastauksia osallistujat eivät näytä omaa paperiaan, vaan välittää sen ryhmänsä seuraavalle henkilölle. Kun kaikki ryhmän jäsenet ovat kirjoittaneet vastauksensa, avatkaa paperit ja keskustelkaa vastauksista.

### Yhteinen loppukeskustelu:

Jos aikaa on, kukin ryhmä voi jakaa parhaan vastauksensa sekä joitain ajatuksia kaikille osallistujille ja vastata seuraaviin kysymyksiin:


1. Tapahtuiko videoissa ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa?
2. Kuvaile videoilla tapahtuneita väkivallan muotoja.
3. Mitkä merkit ja oireet varoittivat mahdollisesta väkivallasta?
4. Mitä väkivallan ja laiminlyönnin riskitekijöitä näkyi esitetyissä videoissa?
6. Pohdi ja keskustele tilanteesta, jossa epäilit väkivaltaa, mutta et ollut varma, miten käsitellä sitä.

**Ehdotuksia kouluttajalle:** Voi olla hyödyllistä korostaa, että videoista saamiemme tietojen perusteella väkivaltaa voidaan epäillä, mutta se ei ole varmaa. Ei voi tehdä välittömiä johtopäätöksiä. Siksi on tärkeää keskustella, miten tapausten käsittelyä olisi hyvä jatkaa tilanteiden jälkeen.

## Viitteet

- Action on Elder Abuse (1995). *New Definition of Abuse*, London: Action on Elder Abuse Bulletin.
- Ageless Alliance (2017) *Impact of Elder Abuse*. Available at: <https://agelessalliance.org/impact-of-elder-abuse/>.
- Airola K, 2019. Kuiva iho. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/>
- Ceilley R.I, 2017. Treatment of Actinic Purpura. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*; 10(6):44–50.
- CDC (2020) *Elder Abuse: Risk and protective factors*. Available at: [www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html](http://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html) (Accessed: 14 September 2021).
- Collins, K. A. (2006) 'Elder Maltreatment', *Arch Pathol Lab Med*, 130, pp. 1290–1296. doi: 10.4135/9781412952484.n220.
- Dean, A. (2019) Elder abuse, Key issues and emerging evidence.
- Dong, X., Chang, E. and Simon, M. (2013) 'Elder Abuse and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Implications for Research and Policy – A Mini Review', *Gerontology*, 59, pp. 132–142. doi: 10.1159/000341652.
- Dyer CB, Connolly MT, McFeeley P. 2003. *The Clinical and Medical Forensics of Elder Abuse and Neglect*. In the book: *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, pages 1-72. National Academic Press (US).
- Brannon H. L. 2020. *Photoaging Causes and Treatment*. Verywell, New York.
- Dziechciaż M, Filip R. (2014). *Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging*. *Ann Agric Environ Med*; 21(4): 835–838. doi: 10.5604/12321966.1129943
- EUROSTAT (2019) *Ageing Europe*. European Union. doi: 10.1136/bmj.315.7115.1103.
- Gibbs LM 2014. Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in Geriatric Medicine* 2014, Nov;30(4):687-712.
- Gorbien, M. J. and Eisenstein, A. R. (2005) 'Elder Abuse and Neglect: An Overview', *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, pp. 279–292. doi: 10.1016/j.cger.2004.12.001.
- Hoover, R. M. and Polson, M. (2014) 'Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention', *American Family Physician*, 89(6), pp. 453–460.
- National Adult Protective Services Association (2010). Available at: [ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES \(sdsu.edu\)](https://www.napsa-usa.org/ELDER-ABUSE-DYNAMICS-FOR-ADULT-PROTECTIVE-SERVICES)
- NCEA (2015). *Conceptual Definitions and Operational Frameworks for Five Types of Perpetrated Elder Mistreatment*.

- Palmer, M., Brodell, R. T. and Mostow, E. N. (2013) 'Elder abuse: Dermatologic clues and critical solutions', *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(2), pp. 37–39. doi: 10.1016/j.jaad.2011.03.016.
- Perel-Levin, S. (2008) 'Discussing screening for elder abuse at primary health care level', *WHO*, p. 48. Available at: <http://www.who.int/ageing/en>.
- Perttu, S. (2018) WHOSEFVA: Working with Healthcare Organizations to Support Elderly Female Victims of Abuse: Training Materials. Tartu. Estonia. Available at: <http://whosefva-gbv.eu/>.
- Perttu, S. and Laurola, H. (2020) *How To Identify and Support Older Victims of Abuse (TISOVA)*. Edited by K. Blank, O. Solohub, and M. Frances. Tartu. Estonia.
- Pillemer, K. *et al.* (2016) 'Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies', *The Gerontologist*, 56, pp. 194–205. doi: 10.1093/geront/gnw004.
- Priestley, D. (2016) 'How To Facilitate Group Discussions: The "Gallery" Exercise.' Available at: <https://ventureteambuilding.co.uk/how-to-facilitate-group-discussions-gallery-exercise/#.YVSqibgzagC>
- Saarelma O, 2022. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/>
- Santos, A. J. *et al.* (2019) 'Elder abuse victimization patterns: latent class analysis using perpetrators and abusive behaviours', *BMC geriatrics*. BMC Geriatrics, 19(117), pp. 1–11.
- Schmeidel, A. N. *et al.* (2012) 'Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings', *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(1), pp. 17–36. doi: 10.1080/08946566.2011.608044.
- Soares, J. J. F. *et al.* (2010) *Abuse and Health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50126>.
- Wallace, R. B., & Bonnie, R. J. (Eds.). (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, DC: National Academies Press.
- Wang, X. M. *et al.* (2015) 'Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention', *CMAJ*, 187(8), pp. 575–582. doi: 10.1503/cmaj.141329/-/DC1.
- Wigglesworth A, Austin R, Corona M, Schneider D, Liao S, Gibbs L, Mosqueda L. 2009. Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 2009 Jul; 57(7):1191-1196.
- WHO/INPEA (2002) *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva.
- WHO (2016) *Elder Abuse: The health sector Role in Prevention and Responce*.
- World Health Organization. (2008) 'A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report'. Available at: [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=PaOz1Bd\\_xBsC&oi=fnd&pg=PR3&](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=PaOz1Bd_xBsC&oi=fnd&pg=PR3&)



dq=A+Global+Response+to+Elder+Abuse+and+Neglect+:+Building+Primary+Health+Care+Capacity+to+Deal+with+the+Problem+Worldwide+:+Main+Report&ots=4XU3JdajAC&sig=UXxr47C\_lEk81DVeug19Pij1JBY.

- World Health Organization. (2021) *ELDER ABUSE*. Available at: [https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1).
- Yon, Y. *et al.* (2017) 'Elder abuse prevalence in community settings : a systematic review and meta-analysis', *The Lancet Global Health*. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY license, 5(2), pp. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
- Yon, Y., Ramiro-gonzalez, M., *et al.* (2018) 'The prevalence of elder abuse in institutional settings : a systematic review and meta-analysis', *The European journal of Public Health*, 29(1), pp. 58–67. doi: 10.1093/eurpub/cky093.
- Yon, Y., Mikton, C., *et al.* (2019) 'The Prevalence of Self-Reported Elder Abuse Among Older Women in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Trauma, Violence, and Abuse*, 20(2), pp. 245–259. doi: 10.1177/1524838017697308.

## OSIO 2 – Ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta kysyminen/seulonta

### Koulutusosion rakenne

Otsikko	Ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta kysyminen/seulonta
Tavoitteet	<p>Osion 2 tavoitteet on lisätä:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>tietoa ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan seulonnasta</li><li>tietoa seulonnan monimutkaisista kysymyksistä</li><li>seulonnan syiden ja merkityksen ymmärtämistä</li><li>tietoa terveydenhuollon eri aloilla käytettävistä kysymisen/seulonnan välineistä</li></ul>
Oppimistulokset	<p>Osallistujat</p> <ul style="list-style-type: none"><li>osaavat määritellä seulontaan liittyvät käsitteet, termit ja tavoitteet</li><li>tietävät seulonnan tieteelliset kriteerit</li><li>ymmärtävät lähisuhdeväkivallasta kysymiseen/seulontaan liittyvät vähimmäisvaatimukset</li><li>käyttävät seulontakysymyksiä luonnollisesti ikääntyneiden kanssa keskustellessaan</li><li>ymmärtävät kysymisen/seulonnan prosessina</li></ul>
Kesto:	<p>3 tuntia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>45 min-1t johdantoluento</li><li>20 min (2x10 min.) taukoja</li><li>1½ oppimisharjoituksia</li><li>10 min. ylimääräistä aikaa (osallistujien asettuminen paikoilleen, tutustuminen, kysymyksiin vastaaminen)</li></ul>
Tarvikkeet:	<ul style="list-style-type: none"><li>Pyöreät pöydät, joissa kussakin 4-6 tuolia ryhmän koon mukaan</li><li>Tietokone</li><li>Projektor</li><li>Näyttö</li></ul>


	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fläppitaulu</li> <li>• Oppimisharjoitusten monisteet kouluttajalle ja osallistujille</li> </ul>
Keskeiset viestit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kysyminen/seulonta on monimutkainen asia, koska ikääntyneisiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta on monitahoista ja moniulotteista</li> <li>• Kysyminen/seulonta perustuu ammattieettisiin periaatteisiin</li> <li>• Seulontakysymysten tulisi olla osa normaalia keskusteluprosessia</li> <li>• Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonta/väkivallasta kysyminen on vasta prosessin ensimmäinen vaihe</li> </ul>
Oppimisharjoitukset	Ohjeet kouluttajalle Tehtävämonisteet osallistujille

## Teoreettinen tausta

### 1. MITÄ SEULONTA ON?

UK:n kansallisen seulontakomitean (UK National Screening Committee, UK NSC) määrittelemänä seulonta on **"julkinen terveystestaus, jossa tietyn väestön jäseniltä kysytään tai tarjotaan testi, vaikka he eivät ajattele olevansa vaarassa saada sairautta tai ovat jo sairastuneet tai saaneet sen komplikaatioita. Tämä siksi, että voidaan tunnistaa ne henkilöt, joille lisätetit tai hoidot todennäköisemmin tuovat enemmän apua kuin haittaa sairauden tai sen komplikaatioiden riskin vähentämiseksi."** (Feder G. et al, 2009)

Seulonnasta on tullut keskeinen painopiste julkisissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Wilson ja Jungner loivat vuonna 1968 perustan nykyaikaiselle seulonnalle ja aloittivat tieteellisen keskustelun seulonnan hyödyistä, haitoista, kustannuksista ja eettisyydestä. He määrittivät seulonnan seuraavasti: "Tunnistamattoman taudin tai tilan alustava tunnistaminen käyttämällä testejä, tutkimuksia tai muita nopeasti sovellettavia menetelmiä. Seulontatetit erottavat ilmeisen hyvin ihmiset, joilla todennäköisesti on sairaus, niistä,



joilla ei todennäköisesti ole. Seulontatestiä ei ole tarkoitettu taudin määrittelyä (diagnostiseksi). Henkilöt, joilla on positiivisia tai epäilyttäviä löydöksiä, on lähetettävä lääkäreilleen taudin määrittelyä (diagnoosia) ja tarvittavaa hoitoa varten." Wilson ja Jungner asettivat myös vuonna 1968 kymmenen seulontaperiaattia. (J.M.G. Wilson & G. Jungner, 1968).


Seulonta on tarkoitettu ihmisille, joilla ei ole oireita. Seulonnan tarkoituksena on tunnistaa näennäisesti terveestä väestöstä ihmiset, joilla on suurempi riski saada terveysongelmia tai -sairauksia, jotta varhainen hoito tai interventio voidaan tarjota. Tämä puolestaan voi johtaa joidenkin seulottujen henkilöiden parempiin terveystuloksiin. Seulonta ei ole taudin määrittelyä (diagnostista) eikä se ole sama kuin varhainen diagnoosi, vaan se viittaa lisätutkimusten tarpeeseen. Varhaisen diagnoosin tarkoituksena on havaita sairaudet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ihmisillä, joilla on oireita. (WHO Regional Office for Europe; 2020).

Seulontatermin lisäksi on olemassa termejä, kuten joukkoseulonta ja valikoiva seulonta. Joukkoseulonta tarkoittaa laajamittaista kokonaisten väestöryhmien arviointia, jolloin väestöryhmiä ei valita. Valikoiva seulonta tarkoittaa seulontaa, joka kohdistetaan yhteen tai useampaan väestön alaryhmään, jolla on tutkimuksiin perustuen todettu olevan riski saada jokin sairaus tai tila. (WHO, 2013).

Kansanterveydessä seulonta on hyvin määritelty tieteellisen näyttöön perustuva asia. Väkivallan alalla seulontaan viitataan yleensä toimenpiteenä, jolla ammattilaiset havaitsevat väkivaltaa kokevat henkilöt ja sulkevat (seulotaan pois) ei-väkivaltaa kokevat henkilöt. Väkivallan seulonta voidaan määritellä seuraavasti: "Perhe- ja parisuhdeväkivallan nykyisen haitan tai haitan riskin arviointi oireettomilla henkilöillä terveydenhuollon ympäristössä". (Perel-Levin, 2008).

Australian National Sexual Assault, Domestic Family Violence Counseling Service (1800RESPECT) määrittelee seulonnan seuraavasti: "Seulonta on epävirallinen prosessi, jonka tarkoituksena on avata keskustelu perheväkivallasta. Se on järjestelmällinen tapa tarjota ihmiselle tilaa puhua perheväkivallasta. Yleensä kysytään asiakkailta heidän kokemuksistaan. Tämä voi sisältää kysymyksen, onko heidän elämässään perheväkivaltaa tai ovatko he tunteneet olonsa turvattomaksi suhteessaan". Väkivallasta kysymisen tulisi tapahtua normaalissa keskusteluprosessissa ja osana asiakkaan ja työntekijän välistä





kehittyvää suhdetta. Haasteena normaalissa keskustelussa on se, että kysymykset tulee esittää samoilla sanoilla kuin seulontavälineessä ja samassa järjestyksessä. Seulontavälineitä koskevat kysymykset on suunniteltu hyvin erityisellä tavalla. Kussakin kysymyksessä käytetyt sanat valitaan huolellisesti. Kunkin validoinnin tulokset on sidottu kyseiseen sanamuotoon; sanojen vaihtaminen voi muuttaa välineen tehokkuutta. (Yaffe, 2015). Seulonta on tehokkainta, kun se tehdään kaikille palvelun asiakkaille, ei valikoiduille ihmisille tai ryhmille, esimerkiksi asiakkaan väestöryhmän, ammatin, uskonnon, kulttuurin, vammaisuuden tai iän perusteella. Tätä kutsutaan "rutiiniseulonnaksi". (1800 RESPECT).

## **2. SEULONNAN KRITTEERIT JA OHJELMAT**

---

Wilsonin ja Jungnerin vuonna 1968 luomat seulontaperiaatteet (Wilson & Jungner, 1968) ovat edelleen perusta kansallisissa seulontaohjelmissa sellaisille sairauksille ja tiloille, joissa on usein korkea kuolleisuus. Ohjelmissa voidaan alustavasti tutkia, onko seulontaohjelma lopulta tehokas tietyssä maassa ja terveydenhuoltojärjestelmässä. UK (Yhdistynyt kuningaskunta) tarjoaa esimerkkejä tarkoista seulontakriteereistä sekä luettelon 20 kriteeristä, jotka on otettava huomioon seulonnassa (UK NSC, 2014; Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2014).

Useimmat maat käyttävät seulontaohjelman arvioinnissa seuraavia kriteerejä (Perel-Levin S., 2008):

- Tilan tulee olla tärkeä terveysongelma, hyvin ymmärretty ja sen riskitekijä tai indikaattori tunnetaan;
- Testin tulee olla yksinkertainen, turvallinen ja validoitu;
- Seulontatestin tulee olla väestön hyväksymä;
- Käytettävissä on oltava tehokkaita hoito-ohjelmia;
- Luotettavista satunnaistetuista kontrolloiduista kokeista on saatava näyttöä siitä, että seulontaohjelma vähentää kuolleisuutta tai sairastuvuutta ja on kustannustehokas;
- Käytettävissä on riittävästi henkilökuntaa;

- On oltava näyttöä siitä, että täydellinen seulontaohjelma (testistä interventioon) on "kliinisesti, sosiaalisesti ja eettisesti hyväksyttävä terveydenhuollon ammattilaisten ja väestön kannalta".

Monissa maissa on lisätty yksittäisten sairauksien seulontaa tasa-arvon varmistamiseksi. Uuden seulontatestin sisällyttäminen valtakunnalliseen seulontaohjelmaan vaatii paljon valmistelutyötä sekä laajaa keskustelua yhteiskunnassa seulonnan tavoitteista ja vaikutuksista. Julkinen keskustelu ja tehokas tuki seulonnan toteuttamiselle lisäävät sen hyväksyttävyyttä ja voivat myös lisätä kohdeväestön osallistumisaktiivisuutta. Seulonnan tulee tuottaa riittävästi terveyshyötyjä, jotta se olisi kansanterveyden näkökulmasta perusteltua. Siksi seulonnan hyödyt, kustannukset ja yhteiskunnalliset vaikutukset on ymmärrettävä hyvin, kunnes tehdään päätös lopettaa tai aloittaa uusi seulontaohjelma. Seulonta on arvokas osa väestön hyvinvoinnin ja terveyden parantamista. (Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2014).

Monet jäsenvaltiot ovat käynnistämässä tai vakiinnuttamassa väestöön perustuvia rinta-, kohdunkaulan- ja paksusuolensyövän seulontaohjelmia Euroopan komission syöpäseulonnasta annetun suosituksen mukaisesti (European Commission, 2008).

Tehokas seulontaohjelma voi tuottaa merkittäviä kansanterveydellisiä etuja. Vaikka hyvän laatuiset todisteet voivat osoittaa, että seulonta voi tuottaa etuja, niitä saadaan vain, jos ohjelmaa ajetaan tehokkaasti. Seulonta voi myös aiheuttaa vahinkoa. Koska seulontatestit eivät ole 100 % herkkiä tai spesifisiä, niistä tulee aina vääriä positiivisia ja negatiivisia. Päättäjien haasteena on ottaa huomioon kaikki mahdolliset hyödyt ja haitat ja päättää terveydenhuoltojärjestelmänsä ja arvojensa tai etiikkansa puitteissa, odotetaanko seulontaohjelman tuottavan hyötyä kohtuullisin kustannuksin. (WHO, 2020).

### **3. SEULONTA VAI RUTIINI-/SYSTEMAATTINEN KYSYMINEN**

---

Termi "seulonta" on kansanterveyden ammattikieltä, ja se saattaa joskus hämmentää keskustelua muiden alojen, kuten sosiaalityön kanssa. Ammattien välisen yhteistyön ja kommunikoinnin edistämiseksi kieli on keskeinen elementti, jota on selkeytettävä, jotta kaikki mukana olevat ammattilaiset ymmärtävät mistä puhuvat ja voivat yhdessä etsiä ratkaisuja. Sanojen merkitystä ei pidä ottaa kevyesti. Vaikka termillä "seulonta" voi olla erityinen merkitys kansanterveyden kannalta, se viittaa myös vahvaan käsitykseen

seurannasta. Termi "rutiinikysyminen" (routine enquiry) (tai systemaattinen kysyminen) voidaan tulkita "pehmeämmäksi" toiminnaksi, jossa vain kysytään eikä välttämättä tehdä seurantaa. Seulonnan kriittinen kohta on, että se on ensimmäinen askel, ei päämäärä itsessään. (Perel-Levin S., 2008). On tärkeää korostaa samaa asiaa puhuttaessa systemaattisesta kysymisestä ja se tulee ymmärtää kaikkien yhteistyöhön osallistuvien ammattilaisten kesken.


Lähisuhdeväkivallan yhteydessä systemaattisella/rutiinikysymisellä tarkoitetaan väkivallan tutkimista ilman kokonaisen seulontaohjelman kansanterveyskriteerejä. WHO:n mukaan se voi tarkoittaa myös matalaa kynnystä kysyä rutiininomaisesti henkilöiltä väkivallasta terveydenhuollon ympäristössä, mutta ei välttämättä kaikilta (WHO, 2013).

UK:n kansallisen seulontakomitean (UK National Screening Committee, UK NSC) määrittelemällä seulonnalla tarkoitetaan standardoitujen kysymysten kysymyksen tai testin soveltamista siten, ettei se vaihtelee paikasta toiseen. Rutiinikysymisessä ei välttämättä ole standardoituja menettelytapoja, mutta kysymyksiä esitetään systemaattisesti tietyissä ympäristöissä tai jos väkivallasta ilmaantuu merkkejä. Joidenkin mukaan systemaattinen kysyminen on sopivampi lähestymistapa perhe- ja lähisuhdeväkivaltaan, mutta ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonnasta tai rutiinikysymisestä ei ole tutkimuksia. (Taket A. et al., 2003).

UK:n terveysministeriön (United Kingdom Department of Health) käsikirja suosittelee siirtymistä kohti systemaattista kysymistä; "Kaikkien kansallisen terveydenhuollon toimijoiden tulisi pyrkiä systemaattiseen kysymiseen ja tarjoamaan kaikille tietoa perhe- ja lähisuhdeväkivallan tukipalveluista." "Systemaattinen/rutiini" viittaa oma-aloitteeseen, ennakoivaan ja kaikilta asiakkailta/potilailta kysymiseen. Tämä auttaa välttämään leimaantumista ja epäasiallista arviointia. (Department of Health, 2005).

#### **4. KYSYMISEN/SEULONNAN VÄLINEET JA NIIDEN KÄYTTÖ**

Kaikkien arviointivälineiden perustehtävä on ohjata ammattilaisia standardoidun kysymisen/seulontaprosessin läpi ja varmistaa, että väkivallan merkit eivät jää huomaamatta. Välineitä tulee käyttää järjestelmällisesti; satunnainen kysyminen – epäilyyn perustuva kysyminen saattaa lisätä vähemmistöryhmiin kuuluvien tai heikomman




sosioekonomisen aseman omaavien ihmisten leimaamisen riskiä, ja henkilö saattaa kokea sen loukkaavana tai syrjivänä. (Perel-Levin S., 2008).

Seulontavälineiden pitäisi pystyä tunnistamaan oikein lähisuuhdeväkivalta- ja hoidon laiminlyöntitapaukset niistä, joissa sitä ei ole. Keskeisin ajatus on madaltaa kysymisen/seulontaa suorittavan ammattilaisen epäilyksen kynnystä väkivallan mahdollisuudesta ja sitten tehdä jatkotoimenpiteitä. Tehokas kysymisen/seulonnan väline perustuu sen kykyyn erottaa väkivaltaa kokevat ihmiset (oikeat positiiviset) niistä, jotka eivät koe sitä (oikeat negatiiviset). Väärä positiivinen tulos syntyy, kun henkilö tunnistetaan väkivaltaa kokevaksi, vaikka hän ei ole. Väärä negatiivinen tulos tarkoittaa, että henkilöitä ei ole tunnistettu väkivaltaa kokeviksi, vaikka he tosiasiansa ovat. (WHO, 2020; McCarthy L. and al., 2017).

Seulontavälineet on luokiteltu eri tavoin. Cohen (2013) luokitteli ne kolmeen ryhmään sekä menetelmään sen tarkoituksen perusteella. Ensimmäiseen ryhmään kuului kysymisen välineitä, joissa kysytään ikääntyneiden väkivallan kokemuksista suorilla kysymyksillä tai ikääntyneet voivat itse täyttää näitä lomakkeita (itseraportointi); työkalut, jotka arvioivat väkivallan merkkejä; ja väkivallan riskien arviointityökalut. Useimmat seulontavälineet sisältävät suoran kyselymenetelmän ja riskin arvioinnin. (Cohen, M. (2013).

Itseraportoinnin etuna on, että se on taloudellisempaa ja mahdollistaa paremmin joukkoseulonnan. Se voi myös tuottaa rehellisempiä vastauksia, kun ne täytetään yksityisesti. Haittapuolena on, että se ei ehkä sovellu niille, joilla on kognitiivinen vamma, joilla ei ole riittävästi kieli- tai lukutaitoa tai joilla ei ole aikaa tai motivaatiota suorittaa loppuun kyselyä. (Schofield M. J., 2017).

Ammattilaisten suora kysyminen mahdollistaa henkilön havainnoinnin. Todisteet viittaavat myös siihen, että useimmat uhrit eivät aloita asiasta kertomista, mutta suoraan kysyttäessä myöntävät kokeneensa väkivaltaa (Cohen M., 2011). Haittoja ovat monien kiireisten ammattilaisten ajan ja mahdollinen koulutuksen puute sekä epämukavuuden tunne erittäin arkaluonteisten kysymysten esittämisessä, mahdolliset epätarkkuudet vastausten pisteytyksen ja tulkinnan suhteen sekä joskus tietämättömyys interventio- ja jatkohoitomahdollisuuksista. (Schofield M. J., 2017).



Väkivallan riskitekijöihin perustuva seulonta on ollut perusteltua, koska suoraan kysymisellä voi olla vaikea saada luotettavia vastauksia. Riskitekijävälineiden on osoitettu erottavan luotettavasti väkivalta ja ei-väkivaltatapaukset. (Cohen M et al., 2006).

Jokaisella näistä välineistä on sekä vahvuuksia että rajoituksia seulontamenetelmänä. Cohen on huomauttanut, että kaikki kolme seulonnan muotoa - suora kysyminen, merkkeihin perustuva seulonta ja riskitekijöiden arviointi - olisivat tarpeen väkivaltatapauksen tunnistamisen optimoimiseksi. Se olisi kattava seulontamalli. (Cohen M., 2013).

Toinen tapa luokitella seulontainstrumentit on ottaa huomioon seulontavälineen käytön ympäristö ja tarkoitus. Yksi seulontavälinesarja on suunniteltu ikääntyneiden ja/tai heidän omaishoitajiensa joukkoseulontaa varten yhteisön tai väestön tasolla. Toinen instrumenttisarja on suunniteltu kohdennetumpaan ikääntyneiden seulontaan terveydenhuolto-, sosiaali- ja laitospalveluissa. (Schofield M. J., 2017).

Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan tunnistaminen on monimutkaista. Siksi tehokkaalla seulontavälineellä tulisi pyrkiä arvioimaan sekä väkivallan merkkejä (esim. epäilyttävät mustelmat, omaisuuden siirto) että riskitekijöitä (esim. väkivaltahistoria, iäkkään ja mahdollisen tekijän väliset suhdeongelmat). Kyselylomake ei voi olla liian pitkä. Sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee usein lyhyitä, käyttäjäystävällisiä ja monialaisia instrumentteja, jotka voidaan suorittaa kiireisissä toimintaympäristöissä. Lisäksi monien seulontavälineiden käyttö vaatii korkeaa ammattiosaamista. Hyödyllisen instrumentin tulee olla sellainen, jota useat ammattilaiset voivat käyttää useissa eri olosuhteissa. On olemassa työkaluja, jotka usein keskittyvät vain yhteen väkivaltateoriaan, kuten esimerkiksi omaishoitajateoriaan. Tällaiset työkalut jättävät huomioimatta itsenäisesti selviytyvät ikääntyneet. Myös muut väkivallan tekijät ovat mahdollisia. (De Donder et ai., 2015).

Ihanteellisen työkalun tulisi (1) sisältää väkivallan riskitekijät ja sen varhaiset merkit; (2) tarjota sekä lyhyitä että perusteellisia arvioita, joita voidaan tehdä ajan suhteen haasteellisissa työympäristöissä; (3) tulisi olla omaishoitajien, ammattilaisten (lääketieteellisten ja ei-lääketieteellisten) tai terveys- ja sosiaalipalvelujen käytettävissä; (4) kiinnittää huomiota erityyppisiin väkivallan tekijöihin; (5) huomioida ikääntyneiden fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ympäristö ja (6) olla testattuja luotettavuuden ja pätevyyden suhteen. Tällainen väline tarjoaa mahdollisuuden havaita ikääntyneisiin

kohdistuva väkivalta varhaisessa vaiheessa, mikä on tarpeen tuen ja hoidon tarjoamiseksi ja väkivallan pahenemisen estämiseksi. (De Donder et ai., 2015).

Lopuksi Nelson kollegoineen (2012) huomauttaa laajassa kirjallisuuskatsauksessa, että väkivallan esiintyvyys ja seulontainstrumenttien herkkyys ja spesifisyys riippuvat siitä, miten väkivalta (fyysinen, seksuaalinen, emotionaalinen ja yhdistelmät) ja sen ajankohta (nykyinen, mennyt ja mikä tahansa) määritellään. Näitä määritelmiä ei ole standardoitu eri instrumenteissa. (Nelson et.al. 2012).

Seulontatyökalut eivät ole taudin määrittelemiseksi (diagnostisia), ja niitä käytetään jatkolähetteen tai lisäarvioinnin tarpeen arviointiin. Vaikka ne vaativat lisätestausta, ne voivat auttaa terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisia tarjoamaan systemaattisen ja objektiivisen lähestymistavan päätöksentekoprosessiin. Koulutusta, henkilöstön valvontaa ja tukea tarvitaan, jotta luodaan asioita herkästi ja tehokkaasti käsittelevä järjestelmä. (McCarthy et ai., 2017).

## **5. LÄHISUHDEVÄKIVALLASTA KYSYMINEN/SEULONTA ON PROSESSI**

Seulontaohjelma on reitti, joka alkaa tunnistamalla henkilöt, jotka ovat oikea kohderyhmä seulontaan, ja päättyy, kun lopputulokset ilmoitetaan. Seulontaohjelma on tehokas vain, jos seulontareitin kaikki osat on järjestetty. (WHO, 2020) Tärkeitä vaiheita yksinkertaistetussa seulontaprosessissa:

- Tunnista seulottava väestö parhaan tieteellisen näytön perusteella
- Osallistumiskutsussa tarjotaan eri kohderyhmille räätälöityjä tietoja, jotta tietoon perustuva osallistuminen olisi mahdollista
- Suorita seulontatestit yhteisesti sovitulla menetelmällä
- Siirrä kaikki seulontapositiiviset henkilöt asianmukaisiin palveluihin ja varmista, että seulontanegatiiviset tulokset raportoidaan henkilöille
- Interventio, hoito ja seuranta: puutu tai käsittele tapauksia asianmukaisesti. Joissakin olosuhteissa tarvitaan myös valvontaa tai seurantaa.

- Tulosten raportointi: Kerää, analysoi ja raportoi tulokset väärin negatiivisten tulosten tunnistamiseksi ja seulontaohjelman tehokkuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseksi.

(Modified from: WHO, 2020).

Yleisinä johtopäätöksiä Perel-Levin (2008) toteaa: ”Seulonta on ensimmäinen askel. Kun epäillä ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa, siitä on seurattava lisäarviointia ja asianmukaista jatkohoitoa. Jatkohoito ja jatkuva yhteydenpito vapaaehtoissektoriin on oltava osa prosessia. Viralliset ja selkeät menettelytavat ja mekanismit, säännölliset tapausten tarkastelut, vertaishenkilökunnan kehittäminen ja säännöllinen pohdintakäytäntö on oltava käytössä onnistuneen seulontaohjelman toteuttamisen tukemiseksi”. (Perel-Levin, 2008).

## **6. MIKSI IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAA LÄHISUHDEVÄKIVALTAAN SEULOTAAN/MIKSI SIITÄ PITÄISI KYSYÄ SYSTEMAATTISESTI?**

---

Tutkimukset osoittavat, että ammattilaisten strukturoitujen työkalujen käyttö toi esiin enemmän väkivaltaa kuin esiintyvyytutkimukset osoittivat. On vakuuttavia syitä seuloa ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa. Tieteellisen kirjallisuuden todisteet osoittavat, että väkivallan kokemisella vanhemmalla iällä on haitallisia terveysvaikutuksia. (Cohen M., 2011).

Tieteellisen kirjallisuuden näyttö osoittaa, että väkivaltaan vanhemmalla iällä liittyy haitallisia terveysvaikutuksia, kuten:

- suurempi ennen aikaisen kuoleman riski (Lachs M. S. et al., 2018; Mouton C.P, 2003; Dong XinQi ym. 2009; Dong X.Q. et al. 2011; Schofield M.J. et al., 2013)
- todennäköisempi vammautuminen (Cooper C. et al 2006; Schofield M.J. et al. 2013)
- suurempi sairaalahoitoriski (Dong & Simon, 2013)
- suurempi riski joutua sijoitetuksi hoivalaitokseen (Lachs et al. 2002)
- itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä (Barron, 2007; Lazenbatt A. et al. 2010; Olofsson ym. 2012)

- krooninen kipu, hengitys-, luusto- tai nivelongelmat, metabolinen oireyhtymä, maha-suolikanavan oireet ja stressi, masennus tai ahdistuneisuus (Bitondo-Dyer C. et al. 2000; Fisher & Regan, 2006; Lazenbatt ym., 2010; Fisher et al. al., 2011; Dong ym. 2015)
- todetut traumaattiset vammat ja kipu. Murphyn ym. (2013) katsauksessa seulottiin erilaisia vammoja, kuten hammas-, niska-, kallo- ja aivovammoja.

Terveys- ja sosiaalipalvelut voivat olla ainoita paikkoja, joissa iäkkäät ihmiset nähdään ja he ovat yhteydessä muihin. Tämä voi olla arvokas tilaisuus havaita väkivaltaa, antaa mahdollisuus uhreille kertoa asiasta ja tarjota tukea ja apua. Jos ikääntynyt väkivallan uhri havaitaan riittävän ajoissa, hänelle voidaan tarjota mahdollisuus apuun ja väkivallan uusiutumisen riskin vähenemiseen. Tämä voi estää vakavia vahinkoja tai jopa pelastaa ihmishenkiä. Tapaukset, jotka saattavat vaikuttaa suhteellisen vähäisiltä, voivat vaikuttaa heikentävästi ja pitkäkestoisesti iäkkäisiin ihmisiin. Ikääntyneen ei ehkä ole mahdollista toipua ja "mennä eteenpäin" samalla tavalla kuin nuoremman henkilön. (McCarthy ym. 2017).

Ikääntyneisiin kohdistuvat väkivaltatapaukset jäävät usein tunnistamatta ja terveydenhuollon ammattilaisten ilmoittamatta (Cooper ym. 2009). Yleisiä syitä aliraportointiin ovat terveydenhuollon ammattilaisten erilaiset tiedon ja ymmärtämisen tasot; riittämätön koulutus väkivallan merkeistä, erityisesti taloudellisesta väkivallasta; rajoitettu seulonta- ja arviointivälineiden käyttö; ja riittämätön organisaation tuki, joka auttaa ilmoittamaan tunnistetuista ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tapauksista (Brijnath et al. 2020).


## **7. KYSYMISEN/SEULONNAN ESTEET**

---

Huoli ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta voi luoda merkittävää lisätyötä ja ajaa työntekijän maailmaan, jota hän todennäköisesti ei tunne (velvollisuus tehdä huoli-ilmoituksia, sosiaalityö ja rikosoikeusjärjestelmä).

Palveluntarjoajat saattavat suhtautua skeptisesti mahdollisuuteen saada muutoksia aikaan, kun ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on tunnistettu ja siitä on ilmoitettu. Ajan puute, tiedon puute, epävarmuus riittävästä resursseista ja auttamisjärjestelmistä, riittävän





yksityisyyden mahdollistaminen väkivaltaa koskevien arkaluonteisten kysymysten esittämiseen ja taitojen puute saada esiin väkivaltaa. (Rosen ym. 2016). Seulontavälineet, joiden käyttäminen kestää yli tunnin, aiheuttavat lisääntyntä vastustusta ja heikentävät näin seulonnan laatua. (Yaffe ym. 2008).

Schmeidel kollegoineen (2012) tutki ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan havaitsemisen ja siitä ilmoittamisen esteitä. He analysoivat osallistujien vastauksia ja löysivät viisi pääluokkaa, joiden alle useimmat niistä voitiin ryhmitellä:

### **Ammatillinen lähestymistapa:**

Sairaanhoitajat, lääkärit ja sosiaalityöntekijät lähestyivät ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa arvojen pohjalta, joita he olivat kehittäneet vuosien aikana. Sairaanhoitajat ilmaisivat intohimonsa potilaistaan huolehtimiseen ja väkivallan ehkäisemiseen ja havaitsemiseen. Sairaanhoitajat kertoivat haluavansa etsiä muita selityksiä kuin väkivalta selittääkseen, miksi heidän potilaansa eivät voi hyvin. He ajattelivat, että lääkärin pitäisi tutkia se ja ilmoittaa siitä.

Lääkäreiden suurimmat esteet olivat prioriteettiasettelmat. Rajoitettujen aikataulujensa vuoksi he asettivat etusijalle sen, mistä he olivat huolestuneimpia ja minkä he tunsivat hallitsevansa. Jos he näkivät väkivaltaa, he halusivat antaa sosiaalityöntekijöiden tutkia ja käsitellä sitä, koska he olivat "asiantuntijoita". Ilmoittaakseen väkivallasta he tarvitsivat tueksi "korkean epäilyksen tason" ja "tarpeeksi tietoa".

### **Arviointi:**

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan arviointi oli suuri käytännön este, jota monien oli vaikea voittaa käytettävissään olevilla resursseilla. Ajanpuute oli yksi yleisimmin mainituista ongelmista. Lääkärit ja sairaanhoitajat mainitsivat, että heidän oli asetettava tärkeysjärjestykseen se, mikä sopisi parhaiten heidän rajoitettuun aikaansa, ja useimmiten ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta ei kuulunut prioriteettilistan kärkeen. Jos he epäilevät väkivaltaa, heillä ei ollut tarpeeksi aikaa kerätä riittävästi todisteita ilmoittamisen tueksi. Yksityisyys oli ongelma: Sosiaalityöntekijöille oli luontevinta pyytää huoltajia ja perhettä poistumaan huoneesta, mutta sairaanhoitajat ja lääkärit totesivat, että vastaanottokäynneillä oli vaikea löytää yksityisyyttä. Useat sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että väkivallan tunnistaminen yhdellä käyntikerralla oli lähes mahdotonta.

### **Tulkinta:**

Lain tulkinta ja soveltaminen käytäntöön osoittautui useimmille sairaanhoitajille, lääkäreille ja sosiaalityöntekijöille vaikeammaksi. Lääkäreille ja sosiaalityöntekijöille oli vaikeaa tulkita, oliko väkivallan kohteeksi joutunut tai laiminlyöty potilas huolenpidosta ja avusta riippuvainen ikääntynyt. Jos henkilö päätti pysyä väkivaltaisessa tilanteessa, kysymys kuului, oliko hän kompetentti vai oliko hänen päätöksentekokykynsä heikentynyt. Riippuvuus avusta oli tärkeä asia ilmoittamisessa.

### **Järjestelmät:**

Klinikalla tai sairaalassa oli sisäinen vastuujärjestelmä ja raportointia varten ulkoinen järjestelmä. Tarkat toimintaohjeet ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan ilmoittamisesta sisäisessä järjestelmässä olivat ratkaisevan tärkeitä. Sairaanhoitajat näyttivät usein olevan tietämättömiä toimintaohjeiden olemassaolosta sairaalassa. Sairaanhoitajat ohjasivat mieluummin epäillyt väkivaltatapaukset lääkärille ja/tai sosiaalityöntekijälle ja lääkärit sosiaalityöntekijälle. Raportoinnista oli myös turhauttavia kokemuksia ja tuloksia, koska ulkoinen järjestelmä näytti olevan alirahoitettu ja ylikuormitettu.

### **Tieto ja koulutus:**

Sairaanhoitajat ja lääkärit eivät olleet yhtä tyytyväisiä kuin sosiaalityöntekijät väkivaltaa koskevaan tietoonsa. Sosiaalityöntekijät ajattelivat, että työntekijöiden koulutusta ja tietoisuutta ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta voitaisiin parantaa. Ammattilaiset kokivat, että annettu koulutus oli riittämätön ja epäkäytännöllinen epäiltäessä väkivaltaa. Monet halusivat enemmän tapauksiin perustuvaa koulutusta. Useimmat lääkärit ajattelivat, että ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta oli harvinaista. Useimmat sairaanhoitajat eivät olleet tietoisia monista luottamuksellisuutta, anonymiteettia ja henkilökohtaista raportointivastuuta koskevista laeista, eikä myöskään siitä, kenen vastuulle erityisesti kuului siitä ilmoittaminen. Oli epävarmuutta siitä, mitä pakollinen ilmoittaminen sisältää.

Ikääntyneet harvoin ilmoittavat itse väkivallasta. Väkivallan tunnistaminen voidaan tehdä epäilyä herättävien indikaattoreiden perusteella. Indikaattorit voivat olla havaittavia oireita

tai merkkejä ikääntyneen tai hoitajan käyttäytymisessä ja/tai perustua fyysisiin vammoihin (lääketieteelliset merkit). Riskitekijöiden tunnistaminen voi antaa ammattilaisille mahdollisuuden puuttua asiaan varhaisessa vaiheessa ja estää väkivallan jatkumisen. Vaikka ikääntyneisiin kohdistuvalle väkivallalle on olemassa vakiintuneita riskitekijöitä, arviointia ei tule tehdä pelkästään riskitekijöiden perusteella. Väkivaltaa voi tapahtua ja se voi vaikuttaa ihmisiin missä olosuhteissa tahansa. Siksi kaikille potilaille suositellaan rutiiniarviointia väkivallan varalta. (Pickering ym., 2016).

## **8. VÄHIMMÄISVAATIMUKSET LÄHISUHDEVÄKIVALLASTA KYSYMISELLE**

---

Ammattilaiset on koulutettu esittämään kysymyksiä oikealla tavalla, esim:

- turvallinen, kunnioittava, herkkä, oma-aloitteinen, ei uhkaavaa kielenkäyttöä
- miten luottamusta kehitetään ammattilaisen ja haastateltavan välillä
- tuomitsematon, empaattinen asenne
- Johdantona: "*Haluaisin kysyä teiltä muutaman kysymyksen tapahtumista, joita voi tapahtua ikääntyneiden ihmisten elämässä.*"

Ammattilaiset on koulutettu

- käyttämään välinettä
- ikääntyneisiin naisiin/ikäntyneisiin kohdistuva väkivalta, dynamiikka, tukeminen, riskinarviointi, turvasuunnittelu

Ammattilaiset tietävät käytännön toimintaohjeet

- seulontavälineen käytöstä on kirjalliset ohjeet
- on kirjalliset ohjeet mitä tehdä, jos väkivaltaa epäillään tai ikääntynyt kertoo siitä (seulontaprosessi)
- sovittu toimintamalli omalla työpaikalla
- on käytössä moniammatillinen ja eri toimijoiden välinen yhteistyömalli
- on sovittu ammattilaisten tuki- ja konsultointimahdollisuudet
- tehokas ohjaus ja valvonta

## **9. IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAN LÄHISUHDEVÄKIVALLAN SEULONNAN MONIMUTKAISET PIIRTEET**


---

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonta määritellään prosessiksi, jossa hankitaan tietoa ikääntyneiltä tai haavoittuvassa asemassa olevilta henkilöiltä hoito- tai perhesuhteessa tapahtuneista väkivaltaisista kokemuksista, vaikka heillä ei ole väkivallasta johtuvia näkyviä merkkejä tai oireita, esim. fyysisiä vammoja. Tausta näiden ryhmien seulonnalle on, ettei väkivaltaa ja hoidon laiminlyöntiä muuten tunnisteta, ehkäistä väkivallan uusiutumista, ja vähennetä sairastuvuutta ja kuolleisuutta.

Tehokkaan seulonnan kulmakivi on pätevien ja luotettavien seulontatoimenpiteiden kehittäminen pienellä mittausvirheellä. Tämä on osoittautunut haastavaksi tehtäväksi, ei pelkästään metodologisten ongelmien vuoksi (kuten esimerkiksi pätevien standardien puuttuminen kehittämisessä/validoinnissa), vaan siksi, että ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta, kuten muutkin perhe- ja lähisuhteissa tapahtuva väkivalta, on pitkälti piilossa oleva ilmiö. Sitä esiintyy kotona tai laitoksissa, yleensä ilman todistajia. Pelon, pelottelun ja tuen puutteen vuoksi monet henkilöt eivät kerro väkivallasta, ellei heiltä kysytä siitä. Monet eivät kysyttäessäkin kerro siitä. Uhrit ovat usein haluttomia kertomaan siitä, koska he häpeävät tai pelkäävät tulla tuomituksi. Joskus he eivät tunnista käyttäytymistä loukkaavaksi, ovat riippuvaisia väkivallan tekijästä tai kokevat, että väkivalta on heidän syytään. (Schofield Margot J. 2017). Kulttuuriset ja kielimuurit voivat myös haitata siitä kertomista. (Lachs ja Pillemer, 2015).

Väkivallan ehkäisy, tunnistaminen ja sen lopettaminen on tärkeää sekä lyhyt- että pitkäaikaisten vakavien terveysvaikutusten välttämiseksi. (Nelson ym. 2012). Seulontaa pidetään erityisen tärkeänä sellaisten ongelmien yhteydessä, joilla on vakavia terveysvaikutuksia ja joissa yleisen tunnistamisasteen katsotaan olevan alhainen. Tämä pätee varmasti ikääntyviin kohdistuvaan väkivaltaan ja laiminlyöntiin (Schofield, 2017).

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonnassa on monia monimutkaisia kysymyksiä. Se on itsessään monimutkainen ongelma, ja tämän väkivallan seulonta on monitahoista. Ei ole realistista luokitella ihmisiä vain väkivaltaa kokeviksi tai ei- väkivaltaa kokeviksi. Käytännössä ihminen ei sovi nätisti herkkyyden ja spesifisyyden tehokkuuden käsitteeseen. (Cohen, 2011).




Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan ja hoidon laiminlyönnin monitahoisuus lisäävät monimutkaisuutta. Vaikka fyysiset, seksuaaliset ja jossain määrin myös taloudelliset väkivallan muodot ovat helpommin mitattavissa ja todennettavissa. Muut muodot, kuten henkinen, emotionaalinen, sanallinen ja pakottaminen sekä laiminlyönti ja hylkääminen, ovat paljon vaikeampia todentaa, tai jopa ikääntyneen ymmärtää. Silti nämä ovat yleisimpiä ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan muotoja. Näihin piilotetuimpien väkivallan muotojen tunnistamiseen tarvitaan selkeästi parempia välineitä ja toimia, koska tutkimukset ovat osoittaneet niiden aiheuttavan merkittäviä terveysvaikutuksia. (Schofield, 2017).

Ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa on hyvin erilaista luonteeltaan ja sisällöltään; indikaattoreita tulee tarkastella kodin, perheen, hoidontarjoajien, päätöksentekokyvyn ja hoitoympäristöjen näkökulmasta. (National Institute of Justice, 2000).

Väkivallan tunnistaminen ei ole yksiselitteistä. Sen toteaminen on enimmäkseen epävarmaa, mikä lisää työntekijöiden pelkoa siitä, että he voivat aiheuttaa enemmän haittaa ryhtymällä toimenpiteisiin. (Wiglesworth A. et al 2009). Seulonta ja seulontatyökalujen käyttö on avuksi tunnistamisessa, mutta työkalua käyttävän ammattilaisen on käsiteltävä tätä herkästi. Ilman herkkää ja ikääntyneiden hyväksymää lähestymistapaa he eivät todennäköisesti kerro väkivallasta (tai eivät vastaa tarkasti). Ammattilaisten on, paitsi tunnistettava väärinkäyttö, myös kyettävä tarjoamaan jatkoselvittelyä ja jatkohoidon seurantaa sekä interventioita ja tukea muille toimijoille. (McCarthy ym. 2017).

Ei näytä olevan näyttöä siitä, että ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan ja hoidon laiminlyönnin seulonta ja varhainen havaitseminen vähentäisi altistumista niille tai niiden aiheuttamille fyysisille tai henkisille haitoille. Ei ole selvää, vähentääkö erityisten seulontamenetelmien käyttö ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan ja hoidon laiminlyönnin ilmaantuvuutta tai niiden vaikutuksia sen enempää kuin yksinkertaisesti pelkkä yleisen epäilykynnyksen madaltaminen. (Hoover & Polson M, 2014). Yhdysvaltain ennaltaehkäisevien palvelujen työryhmä (United States Preventive Services Task Force) toteaa, että "nykyinen näyttö on riittämätön, jotta voitaisiin arvioida seulonnan hyötyjen ja haittojen suhdetta kaikkiin iäkkäisiin tai haavoittuvassa asemassa oleviin aikuisiin (fyysisesti tai henkisesti vajaakuntoisiin) kohdistuvassa väkivallassa ja laiminlyönnissä". (United States Preventive Services Task Force, 2018).



Yhdysvaltain ennaltaehkäisevien palvelujen työryhmän lausunto perustuu Feltnerin ja kollegoiden tekemään selvitykseen (2018), millaista näyttöä on parisuhdeväkivallan ja ikääntyneisiin ja haavoittuvassa asemassa oleviin aikuisiin kohdistuvan väkivallan seulonnasta ja interventioista. Tutkijat asettavat viisi keskeistä kysymystä arviointia varten: 1) parisuhdeväkivallan seulonnan edut; 2) parisuhdeväkivallan seulonnan tarkkuus; 3) parisuhdeväkivallan seulonnan haitat; 4) interventioiden tehokkuus; 5) interventioiden haitat. He päättelivät, että ikääntyneen väestön seulonta ja interventiot ovat todennäköisesti erilaisia kuin parisuhdeväkivallan, johtuen väkivallan luonteesta, esimerkiksi erilaisista suhteista tekijään. Lisäksi joillakin ikääntyneillä ja haavoittuvassa asemassa olevilla aikuisilla ei välttämättä ole riittäviä fyysisiä tai henkisiä mahdollisuuksia osallistua seulomiseen. Muita haasteita voivat olla väkivallasta kertomiseen liittyvät oikeudelliset vaatimukset, potilaiden taustalla olevat sairaudet (esim. kognitiivinen heikentyminen) ja riippuvuus tekijöistä hoidossa ja terveydenhuollon palvelujen saamisessa. He ajattelivat, että näissä tapauksissa seulonta voitaisiin suunnata omaishoitajille. (Feltner et al., 2018).

Yksittäiset ammatilliset toimijat voivat esittää erilaisia näkemyksiä ja suositella seulonta- tai rutiinikysymistä. Monien mielestä väkivallan tunnistaminen ja siihen puuttuminen on lääkäreiden ammatillinen vastuu ja se voi olla yksi osa sairaaloiden laatuvaatimuksia (akkreditointi). Jotkut organisaatiot suosittelevat seulontaa kerran tai kahdesti vuodessa. (Hoover & Polson, 2014).

Kuten luvussa 1 mainittiin, useat ikääntyneen terveysongelmat ja -sairaudet voivat jäljitellä ja olla päällekkäisiä väkivallan oireiden kanssa. Tämä saattaa johtaa ammattilaisten haluttomuuteen puuttua tilanteeseen, koska he voivat pelätä mahdollisia virheitä väkivallan toteamisessa, tai että interventiosta voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä (Cohen, 2011). Ikääntyneiden ihmisten suuri pitkäaikaisten sairauksien taakka aiheuttaa arvioinnissa sekä vääriä negatiivisia löydöksiä (esim. murtumien tulkitaan johtuvan osteoporoosista) että vääriä positiivisia löydöksiä (esim. (Lachs ja Pillemer, 2015)).

On myös vaikeuksia erottaa väkivaltaa ja hoidon laiminlyöntiä muista tiloista. Vanhuuden terveysongelmien monimutkaisuuden vuoksi väärinkäytön merkit voivat olla päällekkäisiä esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutusoireiden kanssa. (Wiglesworth ym. 2009). Aliravitsemus, joka voi johtua laiminlyönnistä, voi yhtä hyvin johtua erilaisista fyysisistä ja psyykkisistä sekä ikään liittyvistä muutoksista, joista monet ovat tunnistamattomia.

(Pickering, 2014). Usein pahoinpitelyn ja laiminlyönnin merkit muistuttavat pitkäaikaissairauden oireita tai ovat niiden peitossa. (National Institute of Justice, 2000). Myös tahattomien ja tahallisten vammojen erottaminen on aikaa vievää. (Gibbs, 2014).

Seulontakäytäntöjä pidetään hyödyllisinä vain, jos ne johtavat tehokkaaseen jatkohoitoon. Tätä kysymystä on vain vähän tutkittu. Suurin osa ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontaa koskevista tutkimuksista ei raportoi riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seurannasta. Viranomaisille raportoituja epäilytapauksia on tutkittu, mutta todellisia terveysvaikutuksia ei mitata riittävästi. (Schofield, 2017). Mistään yksittäisestä interventiomallista ei ole myöskään riittävästi näyttöä. Interventioilla ei ollut vaikutusta väkivaltaan useimmissa tutkimuksissa, ja ne ovat saattaneet jopa lisätä väkivallan uusiutumista. Tämä viittaa siihen, että tie riskin tunnistamisesta parempiin tuloksiin on täynnä monia vaikeuksia ja vaatii innovatiivisempia lähestymistapoja. Interventio-ohjelmille on selkeä tarve, koska oikeustoimet eivät yksinään riitä ratkaisemaan tätä monimutkaista ongelmaa. (Ibid).

## **10. KYSYMISEN/SEULONNAN HYÖDYT**

---

On ehdotettu, että seulonta ei ole vain neutraalia kysymistä, vaan sillä on vaikutus riippumatta siitä, tarjotaanko hoitoa tai muita toimenpiteitä. Kokemuksen vahvistaminen ja tuen saaminen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta voi muuttaa tapaa, jolla ihminen näkee tilanteensa. Käytännön tutkimuksista on saatu näyttöä siitä, että seulonnalla itsessään on terapeuttinen vaikutus (myös muilla toimenpiteillä). Ei kuitenkaan pidä olettaa, että jos seulonnalla on vaikutusta, se on aina positiivinen. (Spangaro ym. 2009).

Selkeä kommunikointi voi auttaa iäkkäämpää ymmärtämään raportointiprosessia ja mitä siitä mahdollisesti seuraa. On tärkeää huomata, ettei uhrien turvallisuusriskeistä ole tehty tutkimusta, joten ilmoituksen tekemisestä ei ole suositeltavaa ilmoittaa omaisille ja/tai epäilylle tekijälle. Kotihoidon ammattilaisten palveluita saavien ikääntyneiden määrä kasvaa. Näin ollen nämä palveluntarjoajat ovat avainrooleissa uhrien tunnistamisessa. Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan rutiiniarviointi näyttöön perustuvalla, pätevällä ja luotettavalla välineellä voi lisätä tunnistamista ja ilmoittamismääriä. (Pickering ym. 2014).

## 11. KYSYMISEN/SEULONNAN RAJOITTEET

---

Tällä hetkellä ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonnalle ei ole olemassa yleispätevää, kaikkiin tilanteisiin soveltuvaa standardia. Positiivinen seulonnan tulos ei tarkoita, että väkivaltaa tapahtuu, vaan se osoittaa, että lisätietoa tulisi kerätä. (National Center on Elder Abuse 2016). Seulonta ei myöskään ole 100 prosenttisen tarkka; se ei tarjoa varmuutta, vaan ainoastaan todennäköisyyttä, että henkilö on vaarassa (tai ei ole vaarassa) joutua väkivallan kohteeksi. (WHO, 2020).

Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on monimutkaista ja sillä on useita ulottuvuuksia. Näitä ovat väkivallan tyyppi, riskitekijät ja riskin taso, riskitekijöiden olemassaolo tai niiden puuttuminen sekä uhrin ja tekijän välisen suhteen luonne. Tämän seurauksena väkivaltaa kokeneiden iäkkäiden ihmisten tarpeet vaihtelevat, koska jokainen olosuhteet edellyttävät erilaisia vastauksia. On erittäin epätodennäköistä, että sama interventio sopisi kaikille ikäihmisille, jotka on todettu seulonnassa väkivaltaa kokeviksi. (Spangaro ym. 2009).


Perheväkivaltatutkimus on herättänyt huolta seulonnan mahdollisista haittavaikutuksista, mukaan lukien kosto väkivallan paljastamisesta, psyykinen ahdistus, perheen hajoaminen ja iäkkäiden perheiden kokema huoli, että uhri viedään kotoa hoitolaitokseen. (MacMillan et al. 2009).

Ottaen huomioon hoitajien ja ikääntyneiden välisen lisääntynyt riippuvuus, voi olla, että väkivallan seulonta saattaa asettaa vanhuksen suuremmalle vaaralle. Esimerkiksi väkivaltaa tekevät omaishoitajat voivat avata postikyselyitä. Omaishoitajien läsnäolo voi myös vaikeuttaa seulonnan suorittamista kotona tai terveydenhuollon palveluissa. Vaikka tutkimuksissa ei ole erityisesti pyritty tarkastelemaan tätä kysymystä, on olemassa hyvin vähän näyttöä todellisista haitoista, joita ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan ja laiminlyönnin seulonnat aiheuttavat. (Schofield M. J., 2017).

Nelsonin ym. (2004, 2012) systemaattiset katsaukset viittaavat siihen, että haitan mahdollisuus on pieni, mutta se voi sisältää häpeää, syyllisyyttä, itsesyytöstä, tekijöiden koston tai hylkäämisen pelkoa ja väärin positiivisten tulosten aiheuttamaa ahdistusta. Tästä tärkeästä kysymyksestä tarvitaan lisätutkimusta. (Nelson et.al., 2004, 2012).

Van Royen ym. (2020) totesivat kattavassa katsauksessaan ikäihmisiin kohdistuvan väkivallan arviointivälineistä ja interventioista, että useimmat tutkimukset eivät käsitelleet






väkivallan käsittelemisen ja ehkäisyn mahdollisia sivuvaikutuksia (kvaternäärinen ehkäisy). Kvaternäärisen ehkäisyn tasoa ei usein sisällytetä tavanomaisiin ehkäisytasoihin (primaari-, sekundaari- ja tertiäriehkäisy). Kvaternäärinen ehkäisy on ehkäisyn neljäs taso, joka tarkoittaa ”tarpeettomien, haitallisten tai liiallisten interventioiden lieventämistä tai välttämistä puututtaessa ikääntyneen henkilön elämään”. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi ikääntyneen siirtämistä hoivakotiin tai muuhun laitoshoittoon. (De Donder, L. 2014). Van Royen ym. mainitsevat, että näitä sivuvaikutuksia voivat olla esimerkiksi epäasianmukainen riskinarviointi, luottamuksellisuuden loukkaaminen, yksityisyyden loukkaaminen, uhrin ja hyväksikäyttäjän välisen suhteen vahingoittaminen sekä turvasuunnitelman epäonnistuminen. Cimino-Fiallos ja Rosen (2021) huomauttavat, että arviointivälineiden ja interventioiden kehittämisessä ei ole huomioitu näkökulmaa, jossa hoidettava käyttäytyy väkivaltaisesti omaishoitajaa kohtaan. Silloin yksi seulonnan sivuvaikutuksista on se, että jos omaishoitajia epäillään väärin väkivallasta, he voivat tulevaisuudessa olla haluttomampi hakeutumaan terveydenhuollon palveluihin. (Cimino-Fiallos N. and Rosen T., 2021).

## **12. MUISTISAIRAUDET JA LÄHISUHDEVÄKIVALLASTA KYSYMINEN/SEULONTA**

Muistisairauksia poteviin ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa on vieläkin haastavampaa tunnistaa, koska he eivät ehkä pysty ilmaisemaan, mitä heille tapahtuu. Yleiset ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa seulovat välineet eivät sovellu käytettäväksi heille, koska ne perustuvat ikääntyneen kykyyn vastata kysymyksiin luotettavasti. Tämä johtuu osittain tämän ryhmän itsensä ilmoittamien tietojen rajallisesta luotettavuudesta ja mahdollisesta puolueellisuudesta, jos omaishoitajia pyydetään raportoimaan väkivallasta hoidon vastaanottajaa kohtaan. Tämä on alue, jossa on tutkittava vaihtoehtoisia arviointimenetelmiä. On olemassa useita lähestymistapoja ja tekniikoita, joita terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaiset voivat käyttää muistisairauksia potevien ja heidän omaishoitajiensa kanssa. (Downes ym. 2013).

Terveydenhuollon ammattilaisten on vaikea kysyä omaishoitajilta väkivallasta, koska se voi pahentaa tilannetta tai saada hoitajan eristämään uhrin. Ennen kuin ryhdytään suoraan kysymään väkivallasta, voisi aloittaa kysymällä omaishoitajalta muistisairaana iäkkään henkilön hoidon vaatimuksista ja vaikeuksista sekä mahdollisista tunteista ja turhautumisesta hoitotehtävään. Omaishoitajien, joilla on merkkejä ahdistuksesta tai



masennuksesta tai jotka mainitsevat hoidon saajan vaikean käytöksen, tulisi olla väkivallasta varoittavia merkkejä ammattilaisille. Muistisairauksien toissijaiset oireet, kuten aggressio, ovat erityisen haastavia omaishoitajille, ja ammattilaisten tulee olla niistä erityisen huolissaan. On todennäköistä, että he joutuvat kokemaan fyysistä tai henkistä väkivaltaa. (Wiglesworth ym. 2019).

Terveydenhuollon ammattilaisten suorittamaan arviointiin perustuvien seulontamenetelmien uskotaan olevan hyödyllisempiä kuin muut menetelmät, joissa suora kysyminen muistisairaalta iäkkäältä henkilöltä ei ole mahdollista. Tällä lähestymistavalla voidaan tehdä monipuolinen moniammatillinen arviointi varoittavista merkeistä sen määrittämiseksi, viittaavatko ne väkivaltaan vai johtuvatko ne sairauden luonnollisesta kulusta. Terveydenhuollon tai sosiaalialan ammattilainen voi arviointiprosessissa tarkkailla ikääntyneen ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ja keskustella muiden perheenjäsenten kanssa. Terveydenhuollon ammattilaisilla on oltava sekä tiedot että työkalut tunnistukseen väkivallan varoitusmerkit tässä ryhmässä. (Downes ym. 2013).

Ikääntyneiden ja heidän hoitajiensa kanssa säännöllisesti tekemisissä olevilla terveydenhuollon ammattilaisilla on merkittävä rooli väkivallan tunnistamisessa. Mitään väkivallan seulontainstrumentteja ei kuitenkaan ole kehitetty tai validoitu käytettäväksi muistisairaille iäkkäille. Säännöllistä ja herkkää muistisairaisiin ikäihmisiin kohdistuvan väkivallan seulontaa kuitenkin suositellaan. Yhdistämällä keskustelut ja säännöllinen seulonta voi tarjota sekä väkivallan tekijöille että uhreille tilaisuuden kertoa tilanteesta. (Ibid).

Van Royen ym. (2020) totesivat katsauksessaan, että muistisairaisiin ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontaan tarvitaan väline. Tämän työkalun tulisi ottaa huomioon eri vaiheissa olevan muistisairauden erityispiirteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia tulee kouluttaa muistisairauksien luonteesta ja ennusteesta sekä olemaan valppaana kotona hoidossa olevien henkilöiden muistisairauksien eri vaiheiden oireisiin liittyvistä mahdollisista riskeistä. Arviointityön tulisi myös sisältää selkeät jatkohoitoreitit – milloin ilmoittaa, keneen ottaa yhteyttä ja miten iäkäs henkilö saadaan mukaan prosessiin. (Van Royen et.al., 2020).

### **13. INTERVENTIOIDEN KEHITTÄMINEN**

---

Ikääntyneisiin kohdistuviin väkivaltatapauksiin liittyy yleensä tärkeitä perhesuhteita ja suurin osa väkivallasta on henkistä väkivaltaa ja hoidon laiminlyöntiä. Tämän vuoksi on tarpeen kehittää enemmän psykologisia ja terapeuttisia lähestymistapoja mahdollisesti haitallisen suhdedynamiikan muuttamiseksi. Hoitotaakka voi pahentaa pitkäaikaista parisuhdedynamiikkaa sekä edistää uusia ongelmia, ja nämä tilanteet on erotettava toisistaan. Vaikka terapeuttisia lähestymistapoja parisuhdeväkivaltaan on kehitetty huomattavasti, sitä ei ole tapahtunut ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan alueella. Terapeuttisilla lähestymistavoilla voisi auttaa säilyttämään positiivisia puolia ikääntyneen ja omaishoitajan suhteessa. Lähestymistavat ovat tähän mennessä keskittyneet suurelta osin rakenteellisiin toimenpiteisiin, kuten väkivallan kohteen sijoittamiseen laitoshoitoon tai kotihoidon palveluihin. (Schofield, 2017).

Parisuhdeväkivallan uhreille on kehitetty erilaisia interventioita, jotka voivat auttaa vähentämään riskiä ja parantamaan tuloksia, ja on syytä pohtia, miten näitä lähestymistapoja voitaisiin soveltaa ikääntyneisiin kohdistuvaan lähisuhdeväkivaltaan. Yleisimmin uhreja ohjataan tuki- ja neuvontapalveluihin, kuten laki-, asuin- ja sosiaalipalveluihin. Myös voimaantumista tukevista strategioista, kuten tukiryhmistä, koulutuksesta ja vapaaehtoistyön palveluista voi olla hyötyä. Vastaavia perheväkivaltapalveluita ei ole helposti saatavilla ikäihmisille, ja heidän mahdollinen riippuvuutensa vaikeuttaa tukipalvelujen hakemista. (Ibid).

Ammattitaitoisen henkilökunnan ennaltaehkäiseviä ja tukea antavia kotikäyntejä voitaisiin laajentaa koskemaan kotona olevien auttamiseksi. Sosiaalinen tuki on olennainen osa kaikkea tukimuotoja, ja sitä on tarjottava jatkuvasti, jotta se olisi tehokasta. Yksi lähestymistapa interventioon on tarjota palveluja, joissa käsitellään omaishoitajien väkivaltaisen käyttäytymisen riskitekijöitä. Näitä voivat olla neuvonta, ryhmäohjelmat, lyhytaikaishoito, päihdehoito ja auttavan puhelimen tukipalvelut. Yksilöllinen tukea antava neuvonta ja ohjaus voi olla hyödyllistä omaishoitajan ahdistuksen, stressin ja masennun vähentämisessä. Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä omaishoitajaa voidaan auttaa käsittelemään hoidettavan henkilön käyttäytymisen syitä ja ymmärtämään hänen tarpeitaan ja rajoitteitaan. (Ibid).

## **14. SEULONNAN VÄLINEIDEN SOVELTAMINEN SAVE -HANKKEESSA**

---


Terveydenhuollon palveluissa on käytetty erilaisia ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontavälineitä. Tässä osassa käsitellään muutamia keskeisiä palveluja, joissa kohdataan ikääntyneitä ihmisiä. Myös muut terveydenhuollon asiantuntijat, kuten ortopedit, silmälääkärit, plastiikkakirurgit ja ihotautilääkärit, voivat olla tehokkaita ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tunnistamisessa. (National Center on Elder Abuse 2016).

Ikäihmisiä nähdään perusterveydenhuollossa yleisten ikääntymiseen liittyvien sairauksien vuoksi. Siksi perusterveydenhuolto voi tarjota arvokkaan mahdollisuuden ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan ja hoidon laiminlyönnin seulomiseen. Kotihoidossa työskentelevillä ammattilaisilla on hyvä asema väkivallan tunnistamisessa ja ilmoittamisessa, koska he voivat nähdä suoraan useimpia seulontamittareiden sisältämiä arviointikriteereitä. Lisäksi tämä on tärkeä ympäristö väkivallan arvioinnissa, koska ikääntyneet saavat yhä enemmän kotihoidon palveluja. (Pickering et.al., 2016).

Väkivaltaa kokevat ikääntyneet hakeutuvat todennäköisemmin päivystykseen, joutuvat sairaalaan ja joutuvat hoivakotiin. Saatavilla olevat tutkimukset viittaavat siihen, että ikääntyneet väkivallan uhrit saavat harvemmin avohoidon palveluja kuin muut ikääntyneet, sen sijaan he saavat päivystysapua useammin. (Rosen T et al. 2020). Päivystysosastoilla on tärkeä rooli, kun he ovat yhteydessä terveydenhuoltopalveluihin, ja päivystyshoitajat voivat tunnistaa väkivallan (Phelan, 2012; Rosen ym. 2016; Rosen ym. 2020).

Päivystyspalvelut ovat erityisen tärkeä ympäristö ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan kannalta, sillä väkivallan seuraukset voivat olla syy tulla paikalle ja se voi olla ensimmäinen yhteys virallisiin palveluihin. Päivystyspalvelujen henkilökunta näyttää tunnistavan lastensuojelutarpeet useammin kuin ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan aiheuttamat avun tarpeet. Tämä voi liittyä esimerkiksi lainsäädännöllisen veloitteen puuttumiseen lastensuojelulain tapaan. Jotkut seulontatyökalut eivät ole realistisia päivystyspalveluille seulontaan tarvittavan ajan puutteen vuoksi. Päivystysosastot ovat kiireisiä läpimeno-ympäristöjä, joissa henkilöstöllä on aikapainetta arvioida, hoitaa ja lähettää jatkohoitoon asiakkaita. (Phelan 2012).

Pitkäaikaishoito, kuten hoivakodit ja muut hoitolaitokset, tarjoavat mahdollisuuksia ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulomiseen ja havaitsemiseen. Cohen (2011)




huomauttaa, että tutkimukset ovat osoittaneet tutkimustiedon puutteet pitkäaikaishoidossa tapahtuvasta väkivallasta. Vaikka monia työkaluja on ehdotettu ja testattu käytettäväksi pitkäaikaishoidossa, niitä on edelleen testattava, jotta ne kattavat laitoksissa tyypilliset väkivallan muodot. (Cohen 2011).

Monet tässä osassa käytetyistä tutkimuksista ja muista lähteistä käsittelevät naisten kokeman perheväkivallan seulomista. Samoja seulonnan ohjeita voidaan käyttää sekä miehille että naisille. SAVE -hankkeessa käytimme molemmille sukupuolille tarkoitettuja instrumentteja. Syynä on se, että vanhemmassa väestössä on myös vanhempia miehiä, jotka joutuvat perhe- ja lähisuhdeväkivallan uhreiksi, vaikka suurin osa uhreista saattaa olla iäkkäitä naisia. On epäselvää, kokevatko ikääntyneet naiset todennäköisemmin väkivaltaa ja hoidon laiminlyöntiä. Ikääntyneisiin naisiin kohdistuvan väkivallan taustalla voidaan nähdä olevan sukupuoleen perustuva dynamiikka. Lisäksi naiset elävät miehiä kauemmin. Väestörakenteen muutos voi olla myös taustalla, tai sitten kysymys voi olla molempien yhdistelmästä. (Pickering ym., 2016). Pillemer ym. (2016) totesivat katsauksessaan, että sukupuoli on mahdollinen väkivallan kohteeksi joutumisen riskitekijä.

Cohen (2011) on ehdottanut seulontavälineiden luokittelua, jossa instrumentit luokitellaan kolmeen luokkaan: suoriin ammattilaisten käyttämiin haastatteluvälineisiin, väkivallan merkkeihin ja väkivallan riskitekijöihin perustuviin välineisiin. **Suorat haastatteluvälineet** koostuvat joko ammattilaisten väkivallan muodoista suoraan esittämistä kysymyksistä tai ikääntyneiden itse täyttämistä kyselylomakkeista. **Väkivallan merkkeihin** perustuvat välineet koostuvat erilaisten väkivallan muotojen merkkiluetteloista (esim. mustelmat), jotka on usein rakennettu työkokemusten perusteella. **Väkivallan riskitekijöihin** perustuvilla välineillä arvioidaan tekijöitä, joiden tiedetään liittyvän väkivallan ilmenemiseen, vaikka väkivallan merkkejä ei olisi. Riski-indikaattorien olemassaolo ei suinkaan tarkoita väkivallan tunnistamista, vaan riskinarviointi johtaa usein lisäarviointiin.

SAVE – hankkeen kirjallisuuskatsauksessa löydettiin kahdeksan suoran haastattelun välinettä. Niistä kolmessa esitettiin laajempia psykometrisiä tietoja sekä herkkyys- ja spesifisyysanalyseja. Nämä olivat H-S/EAST, EASI ja VASS. Näistä H-S/EAST - ja EASI -välineitä käytettiin hankkeessa.



Ikääntyneisiin kohdistuvan kaltoinkohtelun epäily –kysymykset (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) (Yaffe et al. 2008) kehitettiin vuosina 2002–2003 tutkimuskirjallisuuskatsausten, olemassa olevien asteikkojen ja luokitusten perusteella. Se koostuu viidestä haastattelukysymyksestä, joita lääkärit voivat kysyä potilailta, ja yhden kohdan, jossa lääkäri arvioi mahdollisesti hänen havaitsemiaan väkivallan merkkejä. Validointi suoritettiin 663 potilaan otoksella kahdessa Montrealin perhelääkärikeskuksessa ja kunnallisessa terveys- ja sosiaalipalvelukeskuksessa. Välineen keskeinen etu on, että se on erittäin lyhyt ja nopea käyttää, kysyminen kestää noin kaksi minuuttia. Maailman Terveysjärjestö WHO (World Health Organization, 2008) on arvioinut sen olevan sisällöltään pätevä vähintään seitsemässä eri maassa. Potilaille on myös itse täytettävä versio, EASI-sa (Yaffe et al., 2012) ja EASI-ltc pitkäaikaishoitoon (Ballard et al., 2018).

Hwalek-Sengstock (HS/EAST) -ikäntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontaväline (Neale ym. 1991) on 15 kohdan kyselylomake, joka mittaa kolmea väkivallan muotoa: henkilökohtaisten oikeuksien loukkauksia tai suoraa väkivaltaa, haavoittuvan aseman piirteitä ja mahdollisen väkivallan tilanteita. Se kehitettiin yli 100 seulontavälineen kysymysten joukosta, joista 15 kysymystä valittiin keskeisiksi. Se on suunniteltu terveydenhuollon ammattilaisten käytettäväksi ikääntyneiden haastatteluissa käytännön olosuhteissa, yhdessä ammattilaisen tekemien tapausmuistiinpanojen kanssa. Sitä on käytetty useissa tutkimuksissa ja eri väestöryhmissä. (Neale et al., 1991).

# Oppimisharjoitukset

## HARJOITUS 1 – SEULONTAKYSYMYKSET OSANA KESKUSTELUPROSESSIA

---

### Kouluttajalle

**Menetelmä:** Tapauskertomukseen perustuva rooliharjoitus pienryhmässä

#### Tarvikkeet ja materiaali

- Tehtävämonisteet (Sofien tapausseleste ja EASI -kyselylomakkeet)
- Tuoleja, paperia ja kyniä.

**Aika:** 40 min.

**Ohjeet:** Pidä ennen harjoitusta teoreettinen johdantoluento, mitä ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonnalla tarkoitetaan, seulonnan monimutkaisuudesta ja haasteista. Onko se vain kysymysten esittämistä? Miten muodostaa luottamuksellinen suhde ikääntyneen kanssa? Mitä ammattilaisten on opittava, kun he kysyvät ikäihmisten suostumusta kysymiseen, esittelevät kyselylomakkeen ja esittävät seulontakysymyksiä turvallisessa ja normaalissa keskustelussa ikääntyneen henkilön kanssa? Miten arvioida mahdollisen väkivallan merkkejä?

Harjoituksen kulku:

- Valmistele koulutustilaan alueita, joissa on pöytiä ja niiden ympärillä 3-4 tuolia, riippuen osallistujamäärästä.
- Jokaisessa pienryhmässä yksi esittää Sofieta ja yksi ammattilaista, 1-2 pienryhmän osallistujaa toimivat tarkkailijoina.
- Voit myös valmistella esiintymistilan yhdelle pienryhmälle, joka esittää harjoituksen muille osallistujille. Tässä tapauksessa koko yleisö toimii tarkkailijana.
- Jaa tehtävämonisteet osallistujille: Sofien tapausseleste ikääntyneen Sofien roolia esittäville ja EASI -lomake ammattilaisen roolia esittäville.
- Kerro osallistujille turvallisuuksäännöt: mitään syytöksiä tai negatiivista kritiikkiä näyttelijöiden työhön ei saa kohdistaa.
- Anna osallistujille aikaa lukea tehtävämonisteet ja vähintään 20 minuuttia aikaa harjoitukseen.
- Pyydä tarkkailijaa pienryhmässä kirjoittamaan kommenttinsa ja havaintonsa: mikä oli hyödyllistä ja ei niin hyödyllistä keskustelussa?
- Harjoituksen jälkeen esitä yhteisen loppukeskustelun kysymykset powerpoint dioina.
- Pyydä jokaista pienryhmää jakamaan keskustelunsa koko osallistujaryhmälle yhteisen loppukeskustelun kysymysten mukaan.

#### Yhteinen loppukeskustelu

Mitä mieltä olet seulontakysymysten käyttämisestä osana normaalia keskusteluprosessia? Mitkä ovat keskustelun periaatteet, joilla voit muodostaa luottamuksellisen suhteen vanhemman henkilön kanssa?

Mitkä merkit voivat jäljitellä väkivaltaa?

Mitä vaikeuksia Sofien tapauksessa on erottaa väkivaltaa ja laiminlyöntiä muista mahdollisista tiloista?

Millaisia seurauksia seulonnalla voi olla Sofielle ja hänen perheelleen?

## **Tehtävämoniste osallistujille – SOFIE**

### **Taustaa rooliharjoitukselle:**

Sofie on 85-vuotias nainen, joka asuu palveluasunnossa. Hän on asunut siellä yli 20 vuotta, koska hänellä on monia pitkäaikaissairauksia, mielenterveysongelmia ja monenlaisia lääkkeitä. Hänellä on osteoporoosi, ja hänen on vältettävä esimerkiksi kaatumista luiden murtumien estämiseksi. Sofie on laiha, eikä hänellä ole paljonkaan ruokahalua. Häntä tulisi myös neuvoa juomaan vettä useammin. Hän jäi varhaiseläkkeelle sairauksien ja mielenterveysongelmien vuoksi. Hänen miehellään oli alkoholi-ongelma ja hän kuoli siihen puoli vuotta sitten. Sofiella on ristiriitaisia tunteita – jotenkin hänen miehensä kuolema oli helpotus, mutta hän tuntee itsensä myös yksinäiseksi. Sofie saa kotihoidon palveluja kahdesti viikossa lääkityksensä vuoksi. Hänellä on vaikeuksia kävellä ja siksi hän tarvitsee apua päivittäiseen toimintaansa. Kotihoidon työntekijät seuraavat myös hänen mielenterveystilannettaan. Viime aikoina hänellä on ollut myös muistivaikeuksia. Hänellä on kaksi aikuista lasta. They visit their mother from time to time. Of them, Sofie's son visits more often, and he helps his mother with her shopping.

Eräänä päivänä, kun kotihoidon työntekijä tulee tarkistamaan Sofien tilan ja lääkityksen, hän löytää Sofien lepäämästä sohvalla. Sofie näyttää väsyneeltä ja poissaolevalta. Hänen poikansa tiskaa keittiössä. Työntekijä alkaa kysellä, miten Sofie voi. Sofie yrittää nousta ylös, mutta se on vaikeaa. Auttaessaan Sofieta työntekijä huomaa mustelmia hänen kyynärpäässään ja hankaumia jaloissa. Poika selittää, että äitiä pyörrytti hänen noustessaan sängystä, ja hän auttoi häntä lepäämään sohvalla. Työntekijä auttaa Sofieta suihkussa ja huomaa painehaavaumia alaselässä.

Työntekijä ilmoittaa havainnoistaan sosiaalityöntekijälle, joka puhuu pian Sofien kanssa.

### **Rooliharjoitus:**

Sosiaalityöntekijä tulee Sofien kotiin ja kertoo vierailun syyn. Sofie on hieman yllättynyt, että sosiaalityöntekijä tuli niin pian tapaamaan häntä. Työntekijä ja Sofie istuvat sohvalla ja työntekijä aloittaa keskustelun Sofien tilasta. Sosiaalityöntekijä kertoo, että he ovat vastuussa asiakkaidensa turvallisauudesta ja hyvinvoinnista, siksi heidän on kysyttävä joitain kysymyksiä, kuten Sofien ja hänen poikansa välisestä suhteesta ja kuinka turvallisiksi hän tuntee itsensä kotona.

Keskustelun aikana hän käyttää EASI -seulontalomakkeen kysymyksiä apuna keskustelussa. Sofie vastaa ajatellen jokaista kysymystä pitkään. Hän vastaa ensimmäiseen kysymykseen "kyllä". Hän tarvitsee lastensa apua ostoksille ja pankkitoimintaan ja joskus ateriointiin. Muihin kysymyksiin hän vastaa pitkän harkinnan jälkeen "ei". Sosiaalityöntekijä tekee ajoittain tarkennettuja kysymyksiä ja selittää esimerkiksi erilaisia väkivallan muotoja. Lisäksi hänen on pidettävä mielessään EASI -lomakkeen viimeinen kysymys (kysymys 6), jossa työntekijä arvioi omia havaintojaan keskustelun aikana. Sosiaalityöntekijä lähtee ja päättää, että Sofien tilannetta on seurattava useammin.



Ikääntyneisiin kohdistuvan kaltoinkohtelun epäily –kysymykset (Elder Abuse Suspicion Index © (EASI))			
<b>Kysymykset 1-5 kysytään potilaalta; kysymykseen 6 vastaa lääkäri. Viimeisen 12 kuukauden aikana:</b>			
1) Oletko joutunut turvautumaan toisen henkilön apuun seuraavissa tilanteissa: peseytyminen, pukeutuminen, kaupassa käynti, pankkiasioiden tai aterioiden hoitaminen?	KYLLÄ	EI	Ei vastannut
2) Onko kukaan estänyt sinua saamasta ruokaa, vaatteita, lääkitystä, silmälaseja, kuulokojetta tai hoitoa, tai estänyt sinua viettämästä aikaasi haluamiesi ihmisten kanssa?	KYLLÄ	EI	Ei vastannut
3) Onko kukaan sanallisesti loukannut sinua ja siten aiheuttanut sinulle häpeän tai uhatuksi tulemisen tunnetta?	KYLLÄ	EI	Ei vastannut
4) Onko kukaan yrittänyt pakottaa sinua allekirjoittamaan papereita tai käyttämään rahojasi vastoin tahtoasi?	KYLLÄ	EI	Ei vastannut
5) Onko kukaan saanut sinua pelkäämään, koskenut sinuun tavalla jota et halunnut, tai satuttanut sinua fyysisesti?	KYLLÄ	EI	Ei vastannut
6) Lääkäri: Ikääntyneiden kaltoinkohtelu saattaa olla yhteydessä havaintoihin kuten: huono katsekontakti, vetäytyneisyys, aliravitsemus, alentunut hygienia- ja haavat, ruhjeet, epätarkoituksenmukainen pukeutuminen tai huono lääkityksen hoitomyöntyvyys. Havaitsitko mitään näistä tänään tai viimeisen 12 kuukauden aikana?	KYLLÄ	EI	Ei osaa sanoa

EASI kyselylomake kehitettiin\* lääkärin epäilyn herättämiseksi ikääntyneeseen kohdistuvasta väkivallasta tilanteissa, joissa saattaa olla aiheellista lähettää potilas/asiakas muihin palveluihin asian edelleen selvittämistä varten. Esitettäessä kaikki kuusi kysymystä yksi tai useampi ”kyllä” vastaus kysymyksiin 2-6 voi herättää huolen. EASI testattiin\* kotihoidossa siten, että lääkärit esittivät kysymykset kognitiivisesti kompetenteille ikääntyneille.

\*Yaffe MJ, Wolfson C, Weiss D, Lithwick M. *Development and validation of a tool to assist physicians' identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI ©)*. Journal of Elder Abuse and Neglect, 2008; 20 (3): 276-300.

EASI© website URL: [www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder](http://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder)

© The Elder Abuse Suspicion Index (EASI) was granted copyright by the Canadian Intellectual Property Office (Industry Canada) February 21, 2006. (Registration # 1036459).

Sirkka Perttu, MSc (Health Care), RN; [slperttu@gmail.com](mailto:slperttu@gmail.com)

Pasi Randen, M.D., Malmi Hospital; [pasi.randen@hel.fi](mailto:pasi.randen@hel.fi)

Marja Ivaska-Suominen, M.D., Malmi Hospital; [marja.ivaska-suomela@hel.fi](mailto:marja.ivaska-suomela@hel.fi)

Jussi Ylä-Liedenpohja, M.D., Porvoo Hospital; [jussi.yla-liedenpohja@hus.fi](mailto:jussi.yla-liedenpohja@hus.fi)

## HARJOITUS 2 – KYSYMINEN/SEULONTA PROSESSINA

---

### Kouluttajalle

**Menetelmä:** Rooliharjoitus pienryhmissä

#### Tarvikkeet ja materiaalit

- Pienryhmään, jotka esittävät tapauskertomukset (tehtävämonisteet 1, 2 ja 3)
  - 2 vapaaehtoista; yksi esittää ikääntyneen roolia ja toinen ammattilaisen
  - tapausselostus monisteena osallistujille
  - 2 tuolia/pienryhmä
- Arviointitiimin kokous pienryhmänä (tehtävämoniste 4):
  - tiimiin voidaan valita samat osallistujat, jotka esittivät ammattilaisia rooliharjoituksissa 1, 2 ja 3, tai he voivat olla rooliharjoituksia seuranneita osallistujia.
  - tiimin tarkoitus on keskustella Martan, Laurin ja Leilan tapauksista ja johtopäätöksistä, joita ammattilaiset tekivät seulontakysymysten perusteella: niiden haasteellisuudesta jokaisessa tapauksessa ja perustelut päätöksille ja jatkoseurannalle.
- paperia ja kyniä kaikille

**Aika:** 40 min.

#### Ohjeet:

- Ennen harjoitusta pidä teorettinen johdantoluento seulonnasta prosessina, seulonnan monimutkaisista kysymyksistä, seulonnan rajoituksista ja hyödyistä sekä muistisairauksien ja seulonnan suhteesta.
- Valmistelesi esiintymistila rooliharjoituksia varten pöydällä ja kahdella tuolilla. Tällöin kunkin tapausselostuksen rooliharjoitus esitetään yksitellen koko yleisölle. Pidä huolta siitä, että yleisö näkee ja kuulee näyttelijöitä. Tässä tapauksessa koko yleisö toimii tarkkailijana, joka tekee havaintoja, kommentteja ja kysymyksiä kirjoittaen niitä paperille.
- Voit myös jakaa koulutustilan useaan osaan ja pienryhmät voivat tehdä harjoitukset 1, 2 ja 3 samanaikaisesti. Tällöin jokaisessa pienryhmässä 1-2 osallistujaa toimivat tarkkailijoina. Tämä ehkä säästää aikaa, mutta tilan tulisi olla suuri, jotta pienryhmät eivät häiritse toisiaan.
- Pienryhmät voivat esittää kaikki kolme tapausta/rooliharjoitusta, tai voitte myös valita niistä yhden tai kaksi koulutusryhmän tarpeiden ja/tai ammattien mukaisesti.
- Selitä harjoituksen kulku: harjoitus menee läpi seulontaprosessin alusta loppuun (keskustelu- ja seulontatilanteesta työryhmän kokoukseen ja tapausten arviointiin).
- Jaa pienryhmille tapausselostuksen tehtävämoniste, ja anna aikaa 5 minuuttia lukea se ja keskustella harjoituksesta.
- Jokaisen pienryhmän rooliharjoitus kestää noin 15-20 minuuttia.
- Pyydä rooliharjoitukseen osallistuneita jakamaan ajatuksensa jokaisen harjoituksen jälkeen.
- Rooliharjoitukset/tapausselostukset 1, 2 ja 3 ovat erilaisia ja niissä on omat haasteensa seulonnan kannalta.

- Tilanne 4 on työtiimin kokous, joka kokoaa yhteen kaikki tapaukset arviointia varten. Työtiimin kokouksessa esiintyjät voivat olla rooliharjoituksessa ammattilaisten roolia esittäneet osallistujat.
- Kerro osallistujille turvallisuussäännöt: roolien esittäjille ei kohdisteta kritiikkiä heidän esityksestään.
- Viimeiseksi pidä yhteinen loppukeskustelu annettujen kysymysten mukaisesti.

### **Yhteinen loppukeskustelu:**

- Miten tiimin tulisi koota tulokset näistä tapauksista?
- Mitä näiden harjoitusten kautta opimme?

### **Huomioita kouluttajalle**

- Painota moniammatillista yhteistyötä ja miten sen avulla voidaan ylittää tapauksiin liittyviä haasteita.
- Huomioi, että
  - seulonnalla ei ole tarkoitus suoraan päättää, kokeeko haastateltava väkivaltaa tai ei eli ei ole realistista jakaa ihmisiä yksinkertaisesti ei-väkivaltaa tai väkivaltaa kokeviksi pelkillä seulontakysymyksillä. Seulonnan tarkoitus on herättää mahdollinen huoli turvallisuustilanteesta. Jokainen tapaus tarvitsee jatkoseurantaa.
  - fyysinen, seksuaalinen ja jossain määrin taloudellinen väkivalta ovat helpommin tunnistettavissa; sitä vastoin henkinen ja sanallinen väkivalta tai painostaminen ovat vaikeita todentaa. Jopa ikääntynyt itse ei ehkä osaa ymmärtää näitä väkivallaksi. Ne ovat eniten piiloväkivaltaa. Siksi pyydä osallistujia huomioimaan näitä muotoja erityisesti keskustelussa.
- Nämä rooliharjoitukset voivat toimia myös koko koulutusohjelman kokoavana harjoituksena.
- Nämä rooliharjoitukset perustuvat EASI -seulontavälineen käyttöön. EASIn vastausvaihtoehdot ovat ”kyllä”, ”ei” tai ”ei vastannut”. Muissa seulontavälineissä voi olla erilaiset vastausvaihtoehdot.

## Osallistujien tehtävämoniste 1 - MARTTA

### Taustaa rooliharjoitukselle:

85-vuotias nainen, Martta, tuli kipeään lonkkansa vuoksi päivystykseen 55-vuotias poikansa saattamana. Röntgenkuvan mukaan hänen lonkkansa ei kuitenkaan ollut murtunut, joten hän voi mennä kotiin kipulääkkeiden kanssa. Sairaalasta poistuvista potilaista vastaava sairaanhoitaja keskustelee hänen kanssaan. Hän aloittaa keskustelun kysymällä, saako hän kotihoitopalveluja. Martan poika vastaa, ettei hän tarvitse niitä, koska hän on äitinsä omaishoitaja. Hoitaja haluaa kuitenkin puhua Martan kanssa yksin ja pyytää häntä kanssaan erilliseen tutkimushuoneeseen. Martan poika vastustaa ja sanoo, että hänen äitinsä ei pysty kertomaan tilanteestaan muistisairauden vuoksi. Hoitajan mielestä poika haikahtaa alkoholille ja hänen olemuksensa on epäsiisti. Martta ei näytä kiinnostavan huomiota hoitajan ja pojan keskusteluun, vaan katselee ympärilleen hieman pelokkaana.

### Rooliharjoitus:

Hoitaja ohjaa Martan huoneeseen ja alkaa kysellä hänen kotiloistaan, miltä Martasta tuntuu olla kotona ja onko hän huolissaan jostakin. Martan mielestä hänellä on hyvä olla kotona ja poika pitää hänestä hyvää huolta. Martta kuitenkin ymmärtää, että se on vaikeaa pojalle, koska hän ei pääse ulos ystäviensä kanssa, jos hän haluaa. Onneksi muut koulukaverit tulevat kuitenkin heidän luokseen, ja he voivat pelata pelejä yhdessä. Tietenkin pojat ovat meluisia, kuten tuon ikäiset pojat voivat olla.

Hoitaja ihmettelee Martan vastauksia ja kysyy, minkä ikäisiä pojat ovat. He ovat kouluikäisiä! Sairanhoitaja on hämmentynyt Martan sanoista ja on epävarma siitä, mistä Martta puhuu ja onko tämä merkki muistisairaudesta. Siksi hän alkaa kysellä enemmän Martan kotiolosuhteista käyttämällä joitain seulontakysymyksiä. Useimmissa kysymyksissä Martta vastaa "en tiedä" tai "ei". Lopulta sairaanhoitaja päättää lopettaa keskustelun ja saattaa Martan takaisin poikansa luo.

## Osallistujien tehtävämoniste 2 - LAURI

72-vuotias Lauri on tullut sairaalaan lääkityksen tarkistusta varten, koska hänellä on useita lääkkeitä. Lauri liikkuu itsenäisesti ja vaikuttaa pätevältä keskustelussa. Sairaala valmistelee projektia, jossa seulotaan ikääntyneiden väkivallan kokemuksia. Ajatuksena on löytää ihmisiä, jotka tarvitsevat apua. Sairaalan sosiaalityöntekijä tulee tapaamaan Lauria ja kysyy, voisiko hän esittää hänelle kysymyksiä Laurin kotioloista, miten hän viettää päivänsä, tunteeo hän olonsa yksinäiseksi tai jotain. Lauri suostuu ja sosiaalityöntekijä alkaa keskustelun lomassa esittää hänelle seulontakysymyksiä.

Lauri sanoo asuvansa yksin, koska hänen vaimonsa kuoli kaksi vuotta sitten. Hän ei kuitenkaan tunne yksinäisyyttä, koska aikuiset lapset tulevat usein tervehtimään häntä. Kaikilla lapsilla on hyvä elämä, vaikka yhden lapsen puoliso on ollut työttömänä useita vuosia. Tämä on aiheuttanut perheelle taloudellisia huolia ja Lauri auttaa joskus perhettä taloudellisesti. Lauri vastaa kaikkiin kysymyksiin "ei", vaikka hän näyttää joskus epäroivältä.

Sosiaalityöntekijä tulkitsee epäroinnin niin, että Lauri miettii vastauksia huolellisesti. Sosiaalityöntekijä kiittää Lauria keskustelusta ja hyvästelee.

## **Osallistujien tehtävämoniste 3 - LEILA**

### **Taustaa rooliharjoitukselle:**

Kotihoidon työntekijä toi iäkkinsä Leilan sairaalaan, koska Leila tunsu huimausta. Hän oli kaatunut ja satuttanut otsansa pöydän kulmaan. Otsassa on iso kuhmu. Kotihoidon työntekijä halusi, että Leilan pää tutkitaan. Kotihoidon työntekijä kertoo Leilan asuvan miehensä kanssa, jolla on vaikea-asteinen muistisairaus. Työntekijä ei tiedä, oliko Leilan mies aiheuttamassa kaatumista, mutta hänen mielestään mies on aina hyvällä tuulella eikä vaikuta aggressiiviselta. Työntekijä kertoo kuitenkin olevansa huolissaan Leilan kotitilanteesta ja siitä, miten hän jaksaa hoitaa heidän perhe-elämäänsä. Muistisairaasta miehestä huolehtiminen on raskasta ja rajoittaa Leilan elämää. Kun Leilan vamma on tutkittu, työntekijä ottaa yhteyttä sairaalan sosiaalityöntekijään ja pyytää häntä keskustelemaan Leilan kanssa. Leila ohjataan sosiaalityöntekijälle.

### **Rooliharjoitus:**

Sosiaalityöntekijä aloittaa keskustelun Leilan kanssa ja pyytää lupaa esittää hänelle joitakin kysymyksiä hänen kotitilanteestaan käyttämällä seulontavälinettä. Hän selittää, että keskustelu on luottamuksellinen. Hänen henkilötietojaan ei merkitä kyselylomakkeeseen. Keskustelun tarkoitus on varmistaa Leilan turvallisuutta ja hyvinvointia kotona ja arvioida, tarvitseeko hän kotona apua. Leila suostuu tähän. Leila vastaa kaikkiin kysymyksiin "ei". Hän korostaa, että hänen miehensä on aina ollut hyvä hänelle ja muistisairauden oireet eivät ole muuttaneet hänen luonnettaan. Leila näyttää harmistuneelta. Sosiaalityöntekijä kertoo huolensa Leilalle ja kysyy, voisiko vanhustyön sosiaalityöntekijä käydä vielä hänen kotonaan ihan vain varmistukseksi hänen turvallisuutensa. Leila suostuu.

Vastausten perusteella Leilan seulonnan tulos on negatiivinen. Viimeinen kysymys EASI-lomakkeessa on: "Ikääntyneiden kaltoinkohtelu saattaa olla yhteydessä havaintoihin kuten: huono katsekontakti, vetäytyneisyys, aliravitsemus, alentunut hygienia- ja haavat, ruhjeet, epätarkoituksenmukainen pukeutuminen tai huono lääkityksen hoitomyöntyvyys. Havaitsitko mitään näistä tänään tai viimeisen 12 kuukauden aikana?" Koska sosiaalityöntekijä on huolissaan Leilan kotitilanteesta, hän rastittaa kohdan "Ei osaa sanoa".

## Osallistujien tehtävämoniste 4 – ARVIOINTITIIMIN KOKOUS

Sairaalassa on perheväkivaltaan keskittyvä arviointityöryhmä, joka kokoontuu keskustelemaan Martan, Laurin ja Leilan tapauksista.

**Martan** kanssa puhunut sairaanhoitaja selittää Martan tilannetta ja sanoo, että Martta ei pystynyt luotettavasti vastaamaan seulontalomakkeen kysymyksiin, joten hän ei kuulunut seulonnan kohderyhmään.

Tiimin jäsenet kysyvät, miten Martta reagoi jokaiseen kysymykseen? Miten aikuinen poika oli käyttäytynyt? Ryhmä yrittää selvittää:

- oliko seulontakeskustelussa mitään merkkejä mahdollisesta väkivallasta?
- oliko mahdollisesti Martan kotitilanteessa vihjeitä tai huolen aiheita liittyen hänen turvallisuuteensa kotona?
- oliko päätös Martan päätöksentekokyvystä oikea, eli hän ei ollut seulonnan kohderyhmää?
- annettiinko Martalle mahdollisuus tehdä tietoinen valinta osallistua haastatteluun?
- miten Martan tapauksessa voi olla varma, että hänen tilanteensa tulkinta on oikea?
- miten hänen tilanteensa tulkinnan voisi varmistaa?

Tiimi jatkaa keskustelua **Laurin** tilanteesta. Laurin kanssa keskustellut sosiaalityöntekijä kertoo keskustelusta ja kertoo, että hänen arvionsa mukaan Lauri ei kokenut mitään väkivaltaa (Laurin tulos oli negatiivinen).

Tiimi käy Laurin vastaukset kysymyksiin läpi ja pohtii, oliko oikein päättää, ettei hän kokenut väkivaltaa/hyväksikäyttöä kotitilanteessaan. He miettivät:

- Oliko Laurin tapaus väärä negatiivinen (hän kuitenkin koki väkivaltaa)? Voiko seulontakysymysten vastausten perusteella tehdä varmoja johtopäätöksiä?
- Jos hän koki väkivaltaa, millaista se oli?
- Mitä seurauksia keskustelulla voi olla Laurin kaltaisessa tilanteessa?
- Entä jos hän kuitenkin kokee väkivaltaa, mutta negatiivisen tuloksen ja johtopäätösten vuoksi hän ei saa apua?
- Miten Laurin tapauksessa voisi olla varma, että tulkinta hänen tilanteestaan on oikea?
- Toteutuiko hänen tapauksessaan koko seulontaprosessi?

Lopuksi tiimi keskustelelee **Leilan** tapauksesta. Sosiaalityöntekijä oli kuitenkin tullut siihen tulokseen, että hän mahdollisesti koki miehensä taholta väkivaltaa (seulottu negatiiviseksi). Leilan tapaus on ainoa, jossa näkyi, miten kysymykset olivat vaikuttaneet häneen. Kotihoidon sosiaalityöntekijä oli ilmoittanut tiimille, että Leila oli keskustelun jälkeen hyvin järkyttynyt. Leila oli kokenut, että hänen miestään syytettiin perusteettomasti väkivallasta.

Tiimi miettii:


- Oliko Leilan tapaus väärä negatiivinen (hän todellisuudessa koki väkivaltaa)? Voiko näin päätellä seulontakysymysten vastausten perusteella välittömästi?
- Mitä seurauksia keskustelulla voi olla Leilan kaltaisessa tilanteessa?
- Entä jos Leila ei oikeasti koe väkivaltaa, mutta hänelle tarjotaan palveluita, joita hän ei mielestään tarvitse?
- Miten Leilan tapauksessa voisi olla varma, että hänen tilanteensa tulkinta on oikea?


## Viitteet

1. The elder abuse suspicion index© for use in long-term care: A mixed-1800RESPECT. National Sexual Assault, Domestic Family Violence Counselling Service. Understanding screening | 1800RESPECT
2. Ballard, S. A., Yaffe, M. J., August, L., Cetin-Sahin, D., & Wilchesky, M. (2019). Adapting methods Approach. *Journal of Applied Gerontology*, 38(10), 1472–1491. <https://doi.org/10.1177/0733464817732443>
3. Barron J. (2007). Older women and domestic violence, An Overview. Women's Aid; [https://www.womensaid.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/DAME\\_Project\\_Final\\_Report\\_August\\_2012.pdf](https://www.womensaid.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/DAME_Project_Final_Report_August_2012.pdf)
4. Brijnath, B., Gahan, L., Gaffy, E., & Dow, B. (2020). “Build rapport, otherwise no screening tools in the world are going to help”: frontline service providers’ views on current screening tools for elder abuse. *The Gerontologist*, 60(3), 472-482.
5. Cimino-Fiallos, N & Rosen, T. (2021). Elder Abuse-A Guide to Diagnosis and Management in the Emergency Department. *Emergency medicine clinics of North America* 39; 405-417. <https://doi.org/10.1016/1.emc.2021.01.009>.
6. Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., & Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18(5), 660-685.
7. Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R., & Friedman, G. (2007). Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), 1224-1230.
8. Cohen, M. (2011). CLINICAL REVIEWS-Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM-Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), 261.
9. Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 243-249.
10. Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinková, E., Carpenter, G. I., & Livingston, G. (2006). Indicators of elder abuse: a cross national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(6), 489-497.
11. Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-838.
12. De Donder, L. 2014. Evidence-informed programs to reduce violence: preventing elder abuse. In P. Donnelly & C. Ward (Eds.). *Oxford Textbook of Violence Prevention: Epidemiology, Evidence, and Policy*. (pp. 207-212). Oxford: Oxford University Press.
13. De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E and Verté D (2015). Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Vol. 191: 1483 – 1488.
14. Department of Health, (2005), *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*. London
15. Dong, X., Simon, M., De Leon, C. M., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., ... & Evans, D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Jama*, 302(5), 517-526.



16. Dong, X. Q., Simon, M. A., Beck, T. T., Farran, C., McCann, J. J., De Leon, C. M., ... & Evans, D. A. (2011). Elder abuse and mortality: The role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57(6), 549-558.
17. Dong, X., & Simon, M. A. (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA internal medicine*, 173(10), 911-917.
18. Dong, X., Chen, R., Chang, E. S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
19. Dong, X., Simon M. (2015). Association between Elder Abuse and Metabolic Syndromes: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology*, 61:389–398 DOI: 10.1159/000368577.
20. Downes, C., Fealy, G., Phelan, A., Donnelly, N. A., & Lafferty, A. (2013). Abuse of older people with dementia: A review.
21. Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., & Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.
22. European Commission (2008). Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. [imp report 2008 04 30 d \(europa.eu\)](http://imp.report.2008.04.30.d.europa.eu).
23. Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, C. E., Middleton, J. C., Barclay, C., ... & Jonas, D. E. (2018). Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 320(16), 1688-1701.
24. Fisher, B. S., & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
25. Fisher, B. S., Zink, T., & Regan, S. L. (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of interpersonal violence*, 26(2), 254-268.
26. Gibbs, L. M. (2014). Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in geriatric medicine*, 30(4), 687-712.
27. Hoover, R. M., & Polson, M. (2014). Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *American Family Physician*, 89(6), 453-460.
28. Lachs, M. S., Williams, C. S., O'brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280(5), 428-432.
29. Lazenbatt A, Devaney J and Gildea A (2010). Older women's lifelong experience of domestic violence in Northern Ireland. Queen's University Belfast. <https://www.womensaidni.org/assets/uploads/2012/04/older-women-and-domestic-violence-in-northern-ireland-executive-summary.pdf>;
30. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.
31. MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L. A., Worster, A. & Webb, M. (2006). McMaster Violence Against Women Research Group: Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296(5), 530-536.
32. Ministry of Social Affairs and Health, (2014), Screenings in Finland 2014. The present state of health care screenings and future prospects. [URN ISBN 978-952-00-3534-1.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3534-1)

- 
33. Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9(12), 1465-1477.
  34. Murphy, K., Waa, S., Jaffer, H., Sauter, A., & Chan, A. (2013). A literature review of findings in physical elder abuse. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 64(1), 10-14.
  35. National Center on Elder Abuse, Research to Practice: Elder Abuse Screening Tools for Healthcare Professionals, 2016.
  36. National Institute of Justice (2000). Elder Justice Roundtable: Medical Forensic Issues Concerning Abuse and Neglect October 18, 2000. U.S. Department of Justice
  37. Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., & Stahl, C. (1991). Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST).
  38. Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence and elderly and vulnerable adults for abuse: systematic review to update the 2004 US Preventive Services Task Force recommendation.
  39. Olofsson, N., Lindqvist, K., & Danielsson, I. (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years. *Public health*, 126(4), 358-364.
  40. Perel-Levin, S., (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level. World Health Organization.
  41. Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International emergency nursing*, 20(4), 214-220.
  42. Pickering C., (2014), Indicators of elder abuse among older patients Webinar. Michigan State University, College of nursing
  43. Pickering, C. E., Ridenour, K., & Salaysay, Z. (2016). Best practices for the identification of elder abuse and neglect in home health. *Home healthcare now*, 34(4), 182-188.
  44. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl\_2), S194-S205.
  45. Rosen, T., Hargarten, S., Flomenbaum, N. E., & Platts-Mills, T. F. (2016). Identifying elder abuse in the emergency department: toward a multidisciplinary team-based approach. *Annals of emergency medicine*, 68(3), 378-382.
  46. Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., & Jogerst, G. J. (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(1), 17-36. DOI: [10.1080/08946566.2011.608044](https://doi.org/10.1080/08946566.2011.608044)
  47. Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120.
  48. Schofield, M. J., Powers, J. R., & Loxton, D. (2013). Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 679-685.
  49. Schofield, M. J. (2017). Screening for elder abuse: tools and effectiveness. In *Elder abuse* (pp. 161-199). Springer, Cham.
  50. Spangaro, J., Zwi, A. B., & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(1), 55-68.

- 
51. Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., ... & Feder, G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *Bmj*, 327(7416), 673-676.
  52. The United States Preventive Services Task Force, (2018). Final Recommendation Statement. Recommendation: Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening | United States Preventive Services Taskforce (uspreventiveservicestaskforce.org).
  53. UK National Screening Committee (2013) criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme - GOV.UK (www.gov.uk)
  54. Van Royen, K., Van Royen, P., De Donder, L., & Gobbens, R. J. (2020). Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1793.
  55. World Health Organization (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines
  56. WHO Regional Office for Europe (2020), Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen. 9789289054782-eng.pdf (who.int)
  57. Wigglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Liao, S., Gibbs, L., & Mosqueda, L. (2009). Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1191-1196.
  58. Wilson, J. M. G., Jungner, G., & World Health Organization. (1968). Principles and practice of screening for disease.
  59. Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.
  60. Yaffe, M. J., Weiss, D., & Lithwick, M. (2012). Seniors' self-administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): a feasibility study. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(4), 277-292.

## Osio 3 – Lähisuhdeväkivallasta kysymisen/seulonnan oikeudelliset ja eettiset näkökulmat

### Koulutusosion rakenne

Otsikko	Lähisuhdeväkivallasta kysymisen/seulonnan oikeudelliset ja eettiset näkökulmat
Tavoitteet	Lisätä tietoa <ul style="list-style-type: none"><li>• ammattihenkilöstön toimintaa sitovasta lainsäädännöstä</li><li>• lähisuhdeväkivallasta kysymiseen annetuista suosituksista ja suodatin- ja kartoituslomakkeen sähköisestä käytöstä kirjaamisessa</li><li>• seulontaan liittyvistä eettisistä kysymyksistä (itsemääräämisoikeus, ammattilaisten ilmoitusvelvollisuus; luottamuksellisuuden rajat; ikääntyneet, joilla kognitiivisia rajoitteita)</li></ul>
Oppimistulokset	Koulutuksen päätyttyä osallistujat osaavat: Huomioida sovellettavan lainsäädännön seulottaessa/kysyttäessä ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta Osaa soveltaa ammattieettisiä periaatteita seulottaessa/kysyttäessä ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta Käsitellä saamia tietoa suhteessa ilmoitusvelvollisuuteensa ammattilaisena
Kesto:	3 tuntia: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 45 min-1 t johdantoluento</li><li>▪ 20 min (2x10 minuuttia) taukoja</li><li>▪ 1 1/2 t aktiivista työskentelyä</li><li>▪ 10 min. ylimääräistä aikaa (osallistujien asettuminen paikoilleen, tutustuminen, kysymyksiin vastaaminen)</li></ul>
Tarvikkeet	Fläppitaulu
Oppimisharjoitukset	Kouluttajalle Tehtävämoneistat osallistujille

### 1. JOHDANTO


---

Tässä osiossa käsitellään ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta kysymisen ja seulonnan eettisiä kysymyksiä sekä ammattihenkilöstön toimintaa sitovaa lainsäädäntöä. Erityisesti eettiset kysymykset nousevat esiin tärkeinä aiheen arkaluontoisuuden vuoksi.

Koskien fyysisten sairauksien tai tilojen seulontaa, niiden päämääränä on aina oltava ihmisten terveyden ja elämänlaadun parantaminen. Tavoitteena on löytää oireettomat henkilöt, joilla on suuri riski sairastua tai jotka jo sairastavat seulottavaa tautia. Seulontavälineen herkkyys vaikuttaa seulonnan tulokseen. Hyvin herkkä testi tuottaa paljon epäiltyjä positiivisia tuloksia. Seulonnan hyödyt ja haitat tulee tuntea, jokaisen kohderyhmään kuuluvan osallistumisen seulontaan on oltava vapaaehtoista ja heillä oltava aito mahdollisuus kieltäytyä ohjelmassa tarjotuista jatkotoimista. Hoidon tulee myös parantaa taudin luonnollista ennustetta todellisissa positiivisissa tapauksissa. Terveydenhuollon seulontaohjelmat kohdistuvat tietyin perustein ennalta määritettyyn väestöryhmään ilman, että asianomaiset olisivat halunneet oma-aloitteisesti tutkimuksia. Selkeä tiedottaminen seulontaohjelman tavoitteista ja sisällöstä sekä tietoon perustuva suostumus ovat välttämättömiä. Kaikki seulontaohjelmat eivät ole ongelmattomia, ja monissa on merkittäviä hoidollisia ja eettisiä pulmia. (Seulontatutkimukset terveydenhuollossa 2021).

Tautien tai niiden esiasteen toteamiseksi tehtyihin seulontoihin saattaa liittyä ristiriitatilanteita ja eettisiä ongelmia. Myös ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan ja laiminlyönnin seulontaan liittyy niitä - ehkä vielä monimutkaisempina ja monitahoisempina kuin fyysisten sairauksien ja tilojen seulontaan. Monet niistä koskevat ikääntyneen haavoittuvaa asemaa liittyen fyysiseen ja henkiseen terveydentilaan, kognitiiviseen päätöksentekokykyyn ja hoidon ja huolenpidon tarpeeseen.

Uudistettu sosiaalihuoltolaki (1301/2014) astui voimaan vuonna 2015, jolloin ensimmäistä kertaa historiassa kyseinen laki tunnisti lähisuhdeväkivallan erilliseksi tuen tarpeen aiheuttavaksi tekijäksi, johon kunnan on järjestettävä sosiaalipalveluja. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 11§). Sosiaalihuoltolain soveltamisopas (2017) määrittelee lähisuhde- tai



perheväkivallasta aiheutuvan tuen tarpeen tilanteisiin, joissa henkilö on kokenut fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, taloudellista tai seksuaalista väkivaltaa, niiden uhkaa tai kaltoinkohtelua. Kaltoinkohtelun opas määrittelee teoksi tai tekemättä jättämiseksi (laiminlyönti) aiheuttaen kärsimystä, tuskaa, vahinkoa ja vaaraa henkilön hyvinvoinnille.

Seulonnessa ja kysymisessä käytetyt apuvälineet voivat tarjota ammattilaiselle systemaattisen ja objektiivisen lähestymistavan ja tuen päätöksentekoon. Niiden käyttö voi kuitenkin tuntua vaativalta ja liian suoraviivaiselta toiminnalta, koska sekä ammattilaiset että ikääntyneet voivat kokea väkivallasta kysymiseen arkaluontoiseksi. Ammattilaiset voivat myös pelätä mahdollisia arviointivirheitä, oikeudellisia kysymyksiä, tai että puuttumisesta voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä. Tilanteet vaativat usein hyötyjen ja haittojen punnitsemista: onko väkivaltatapauksen havaitsematta jäämisen ja henkilön vaaraan jättämisen kokonaishaitta suurempi kuin riski siitä, että jotakuta epäillään väärin väkivallasta tai laiminlyönnistä? (McCarthy ym. 2017).


Kun ammattilaiset kohtaavat ikääntyneisiin kohdistuvaa lähisuhdeväkivaltaa, kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä, he kohtaavat usein eettisiä ongelmia, joihin ei ole helppo vastata ainoastaan eettisillä säännöillä tai oikeudellisilla velvoitteilla. Ne saattavat ylittää ammattilaisen tietämyksen ja koulutuksen rajat, erityisesti niiden, joilla ei ole gerontologista tietoa tai kokemusta. (Donovan K, Regehr C. 2010).

Sosiaali- ja terveysministeriö (Nipuli S. 2019) ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL (THL 2014; Siukola R. 2014) suosittelevat kartoitus- ja riskinarviointivälineiden systemaattista käyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja poliisissa. (Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja ehkäisyn prosessit. Lähisuhdeväkivaltatyön hyvät käytännöt rakenteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:55). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut väkivalta-aiheisen verkkosivuston, joka kokoaa yhteen tutkimustiedon, työkalut ja palvelut perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyössä ([Väkivalta - THL. www.thl.fi/vakivalta](http://www.thl.fi/vakivalta)).

## **2. ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS**

---

Keskeisimpiä oikeuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa on henkilön itsemääräämisoikeus. Henkilökohtainen vapaus, koskemattomuus ja turvallisuus ovat Suomen uudistettuun




perustuslakiin (731/1999) kirjattuja kansalaisten perusoikeuksia, joihin puuttumiseen tarvitaan lain antamat perusteet. Itsemääräämisoikeus, eli vapaus määrätä itsestään ja toimistaan, niin pienistä kuin suurista, pohjautuu näihin oikeuksiin. Muut perusoikeudet eivät voi toteutua kunnolla, ellei ihmisellä ole itsemääräämisoikeutta. Uudistetun perustuslain muotoilussa huomioitiin erityisesti Suomea sitovat kansainväliset ihmisoikeussopimukset. Erityisesti huomioitiin Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999) ja Euroopan neuvoston uudistettu sosiaalinen peruskirja (1996). (Aaltonen M., ym. 2021).

Itsemäärääminen on perustavanlaatuinen ihmisoikeusperiaate. Itsemääräämisen periaate tarkoittaa, että yksilö on oikeutettu päättämään itseään koskevista asioista ja toimimaan vapaasti harkitsemallaan tavalla. Tätä muiden velvollisuus on kunnioittaa. Ollessaan seulonnan kohteena itsemääräämisen periaatteen toteutumisen ehtona on, että yksilö voi antaa toimenpiteeseen ”perehtyneen suostumuksen”. Tässä tiedollisen kompetenssin merkitys on oleellinen. (Launis V. 2021).

Itsemäärääminen sisältää itsenäisen päätöksenteon ilman rajoituksia, ja riippumattomuuden kunnioittaminen on ammattilaisen sitoutumista tähän periaatteeseen. Se kattaa myös sen, miten päätöksenteko tulisi tehdä; henkilöillä on oikeus osallistua itseään koskevien päätösten tekemiseen. Päätöksenteko perustuu kuitenkin henkilön päätöksentekokykyyn, jolloin hänen kognitiivinen kykynsä on huomioitava. (McCarthy ym. 2017).

Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan tapauksissa itsemääräämisen periaatteen noudattamisessa on vaikeutensa. Ammattilaisilta vaaditaan monimutkaisten eettisten päätösten tekemistä sen suhteen, millaisiin toimenpiteisiin ryhdytään havaituissa tai epäillyissä väkivaltatapauksissa. Tämä vaatii yleensä haastavaa tasapainottelua ikäihmisen suojaamisen ja lisähaittojen ehkäisemisen välillä rajaamalla ikääntyneen mahdollisuutta hallita omaa elämäänsä. (Scheiderer E. M. 2012).

Itsemääräämisoikeuden rajoitusten tulee olla välttämättömiä hyväksyttävän tarkoituksen saavuttamiseksi. Jokin perusoikeuden rajoitus on sallittu ainoastaan, jos tavoite ei ole saavutettavissa perusoikeuteen vähemmän puuttuvin keinoin (vähäisimmän puuttumisen periaate). Muistisairaudesta kärsivä voi sairautensa vuoksi hävittää omaisuutensa, terveytensä ja ihmissuhteensa, ennen kuin hänelle saadaan määrättyksi edunvalvoja. (Suomen Lääkäriliitto 2021. Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset).



Ihmisen kyky ilmaista vapaata tahtoa ja harkita vaihtelee liukuvasti vahvasta kyvykkyydestä olemattomaan. Muistisairaus ei automaattisesti poista potilaan itsemääräämisoikeutta, sillä myös muistisairas ihminen voi kyetä pätevällä tavalla tekemään itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Kyvykkyyden vaihtelu saattaa olla ajallisesti nopeaa. Pitäisikö kliinisissä tilanteissa tehtävää päätöksentekoa varten yrittää luoda helposti toteutettava ja dokumentoitava standardisoitu tapa arvioida ihmisen kompetenssia tehdä päätöksiä omassa asiassaan? (Ibid.)

Tilanteissa, joissa yksilön itsemääräämisoikeutta on rajoitettava sen vastinparin eli ns. suojaamisen periaatteen vuoksi, on hänen vapauttaan sekä fyysistä ja psyykkistä koskemattomuuttaan silti kunnioitettava niin pitkälle kuin mahdollista. Suojaamisen periaatteella turvataan yksilön oikeutta elämään ja välttämättömään huolenpitoon ja toteutetaan terveyden edistämisen ja vahingon välttämisen velvollisuutta. Itsemääräämisoikeuden vähentyessä suojaamisen velvollisuus lisääntyy. Itsemääräämisoikeuden ja suojaamisen periaatteet ja niiden mukaan toimiminen ei käytännössä ole aina yksiselitteistä tai helppoa, potilaan suojaamisella voidaan tarkoittamatta loukata hänen itsemääräämisoikeuttaan. Suojaamisen tavoitteena on kuitenkin huolehtia potilaan turvallisuudesta, ja joskus suojaamisen periaate ohittaa itsemääräämisoikeuden periaatteen. (Karvonen-Kälkäjä A. 2012).

Suomessa on valmisteilla itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksiä koskeva asiakas- ja potilaslaki, ns. itsemääräämisoikeuslaki sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 asettaman työryhmän toimesta. Lain tarkoituksena on erityisesti vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista, vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä, selkiyttää sallittujen rajoitustoimenpiteiden edellytyksiä ja parantaa hoitohenkilöstön työturvallisuutta. (Soininen-Keskitalo S. 2017).

Tällä hetkellä potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan perusoikeuksien rajoittamista koskeva lainsäädäntö on puutteellista eikä vastaa perustuslain tai kansainvälisten sopimusten vaatimuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden oikeusturvassa on aukkoja, ja henkilöstö joutuu toimimaan käytännön tilanteissa epäselvin valtuuksin. Potilaan itsemääräämiskyvyn arvioinnin ja itsemääräämisoikeuden mahdollistamisen työkaluille on tarvetta väestön ikääntymisen ja mahdollisen ikääntymisen vuoksi alentuneen



kompetenssin vuoksi. Muistisairaat ovatkin suurin potilasryhmä, jota lakiuudistus koskee. (Soininen M. 2014; Pihlava M. 2018; Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 7.10.2021).

Valmisteilla oleva itsemääräämisoikeuden vahvistamista koskeva asiakas- ja potilaslaki, ns. itsemääräämisoikeuslaki määrittelee alentuneen itsemääräämiskyvyn tilaksi (3§), jossa asiakas tai potilas sairaudesta, vammasta tai muusta vastaavasta syystä johtuen ei kykenisi tekemään sosiaali- ja terveydenhuoltoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia. (HE 108/2014).

### **3. TIETOINEN PÄÄTÖS**

---

Itsemääräämiseen liittyy yksilön kyky tehdä tietoisia ja tietoon perustuvia päätöksiä. Kun henkilölle ehdotetaan seulontaa tai häntä pyydetään osallistumaan lähisuhdeväkivaltaa koskeviin kysymyksiin, hänellä on oikeus tehdä tietoinen päätös osallistua tai kieltäytyä osallistumasta. Henkilön itsemääräämisoikeus tarkoittaa ensisijaisesti oikeutta kieltäytyä (Pelkonen R. 2021).

Launis (2010) määrittelee kompetenssin määräytyiksi henkiseksi, fyysisiksi ja sosiaalisiksi valmiuksiksi itsenäiseen ajatteluun, tahdonmuodostukseen ja (yhteis)toimintaan. Ilman näitä mielen ja ruumiin kykyjä henkilö ei kykene määräämään itseään eikä hänen itsemääräämisoikeutensa voi toteutua. (Launis V. 2010).

Kompetenssi-termi on moniulotteinen ja sillä on useita, toisiinsa limittyviä merkityksiä. Kompetenssi on suhteellinen asia; ei ole selkeää rajaa riittävälle kompetenssille, jotta henkilö on kykenevä tekemään itsemääräävästi päätöksiä. (Launis V. 2021).

Päätöksentekokyky voi olla kyky ymmärtää eri vaihtoehtojen luonne ja seuraukset, tehdä valintoja näiden vaihtoehtojen välillä ja keskustella valinnasta. Tietoon perustuvan suostumuksen antaminen edellyttää päätöksentekokykyä. Päätöksentekokyky on jatkumo: tällainen kapasiteetti voi vaihdella ajan myötä yksilön terveydentilan ja tiettyjen ongelmien vuoksi. Yksilöllä voi olla kyky tehdä päätöksiä jollakin alueella, mutta ei toisella. On useita seikkoja, jotka voivat haitata iäkkään aikuisen kykyä antaa tietoinen suostumus, ovat mm. aistivaje, heikentynyt kyky esittää kysymyksiä sekä arvot ja uskomukset terveydenhuollon valintojen tekemisestä. (Forum on Global Violence Prevention 2014).


#### 4. LUOTTAMUKSELLISUUS JA SEN RAJOITUKSET

---

Henkilön tiedonsaantioikeus häntä koskevissa asioissa on kirjattu useaan eri lakiin, esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992; 5§), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000; 5§), sosiaalihoitolaki (1301/2014; 31§). Tiedonantotavan tulee olla sellainen, että asiakas kykenee riittävästi ymmärtämään sen sisällön ja merkityksen. Selvitystä annettaessa on otettava huomioon asiakkaan ikä, koulutus, äidinkieli, kulttuuritausta ja muut henkilökohtaiset ominaisuudet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017).

Palmer ym. (2011) kuitenkin huomauttavat, että ei ole varmaa, että ihmiset tekevät tietoon perustuvia päätöksiä, kun he ovat haavoittuvassa asemassa, kuten ikääntyneet saattavat olla esimerkiksi masentuneena. Itsemääräämisoikeutta sanotaan kunnioitettavan, kun henkilöt antavat tietoisesti suostumuksen osallistua perustuen saamaansa tietoon. Ympäristön on osoitettu vaikuttavan siihen, miten ihmiset tekevät päätöksiä. Terveystieteiden ympäristössä, kuten sairaalassa, he saattavat olla alttiita ”päästöspaineille” eli toteuttamaan auktoriteeteiksi miellettyjen ammattilaisten odotuksia. Myös sosio-kulttuuriset ja yksilölliset tekijät voivat vaikuttaa tilanteeseen, esim. kokevatko ikääntyneet kysymisen niin, että heidät katsotaan riskiryhmään kuuluviksi, onko kokemus heille leimaava ja heidän identiteettiään loukkaava ja voiko tämän asian jakaa perheessä.

Henkilön tiedonsaantioikeuteen liittyy myös kysymys, kerrotaanko hänelle suostumusta kysyessä ammattilaisen ilmoitusvelvollisuudesta tietyissä tilanteissa lähisuhdeväkivallasta. Tällainen luottamuksellisuuden rajoitus saattaa aiheuttaa henkilön kieltäytymisen haastattelusta. Terveystieteiden ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä saa salassapitovelvollisuuden estämättä ilmoittaa poliisille henkeen tai terveyteen kohdistuvan uhkan arviointia ja uhkaavan teon estämistä varten välttämättömät tiedot, jos henkilö tämän lain mukaisia tehtäviä hoitaessaan on saanut tietoja olosuhteista, joiden perusteella hänellä on syytä epäillä jonkun olevan vaarassa joutua väkivallan kohteeksi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; 13 §).



Mahdollisen väkivallan ei tarvitse olla muodoltaan vakavaa, ja se voi olla fyysistä, henkistä tai seksuaalista, eikä sen tarvitse olla välittömästi tapahtuvaa. Epäilyn voi synnyttää jo tapahtunutkin teko, joka esim. voi olla merkki sitä, että toimintaa voi jatkua myös tulevaisuudessa. Esimerkiksi lähestymiskiellon rikkominen voi ennakoita väkivallan uhkaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 03.02.2020). Sama oikeus on myös sosiaalihuollon työntekijällä (Laki sosiaalihuollon asiakkaiden asemasta ja oikeuksista 812/2000; 18 §).

Luottamuksellisuuden rajoitus koskee myös tilanteita, jos henkilön päätöksenkyyvyn epäillään olevan alentuneen ja hän on ammattilaisen arvion mukaan ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan, ja jos suostumusta yhteydenottoon sosiaalihuollon viranomaiseen ei voida saada, työntekijän on salassapitosäännösten estämättä ilmoitettava asiasta viipymättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle (huoli-ilmoitus). (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 35 §; Vanhuspalvelulaki 980 /2012 25 §).

Luottamuksellisuus ja luottamuksen kunnioittaminen ovat eräitä tärkeimpiä huomioonotettavia eettisiä periaatteita. Poikkeuksen voivat kuitenkin muodostaa tapaukset, joissa uhrille aiheutuu vakavaa vahinkoa. Väkivaltaan liittyvien juridisten näkökohtien lisäksi ilmoitusvelvollisuus riippuu laeista, jotka säätelevät ilmoitusvelvollisuutta. On joka tapauksessa tärkeää yrittää saada ikääntynyt mukaan ilmoitusprosessiin ja raportoida vain asiaankuuluvat tiedot hänen yksityisyytensä kunnioittamiseksi. Ilmoitusvelvollisuudella on arvonsa, kun maassa on riittävä järjestelmä ja lait ikääntyneiden suojaamiseksi, auttamiseksi ja lisähaittojen ehkäisemiseksi. (Saghafi ym. 2019).

Donovan ja Regehr (2010) huomauttavat, että ammattilaisilla tulisi olla mahdollista toimia henkilön itsemääräämisen ”yli”, kun henkilön mahdolliset ja todelliset toimet aiheuttavat vakavia, ennakoitavia ja ennalta arvaamattomia riskejä hänelle itselleen ja muille.

Bergeronin (2006) mukaan itsemääräämisperiaatetta on yksinkertaistettu liikaa ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan kirjallisuudessa ja sosiaalialan ammattilaisten työssä, minkä seurauksena jotkut ammattilaiset saattavat jättää ikääntyneet hengenvaarallisiin tilanteisiin.

## 5. SUOSTUMUS KYSYMISEEN/SEULONTAAN

---

Suostumuksen antamiseen on erilaisia tapoja:


- Epäsuorasti (esimerkiksi, jos haastateltava vastaa kyselyyn vastustamatta sitä)
- Suoraan (suostuu kysyttäessä osallistumaan kyselyyn/seulontaan). Tässä tapauksessa suostumus voidaan antaa:
  - Suullisesti
  - Kirjallisessa muodossa

Yleisesti ottaen, ja ellei paikallisesti toisin ole määrätty, rutiinikysymiseen/seulontaan annettavalla suostumuksella ei tarvitse olla kirjallisesti tiettyä muotoa ollakseen pätevä. Kirjallinen suostumus voi kuitenkin auttaa osoittamaan, että henkilö todella on suostuvainen kysymiseen.

Ikääntyneellä on oikeus rajata suostumustaan lähisuhdeväkivallasta kysymiseen/seulontaan. Suostumuksen rajoista esimerkki on, että henkilö suostuu vastaamaan kysymyksiin, mutta ei siihen, että vastaukset kirjoitetaan muistiin tai että niitä säilytetään - tai tapaan, jolla niitä säilytetään. Seulontaan suostuneella henkilöllä tulee aina olla mahdollisuus keskeyttää tai peruuttaa suostumuksensa tai rajoittaa se koskemaan vain tiettyjä tietoja (esim. suostun osallistumaan haastatteluun, mutta ei suostu tulosten jakamiseen tietyille henkilöille tai organisaatioille). Ainoa poikkeus tälle suostumussäännökselle on ammattilaisia koskeva ilmoitusvelvollisuus.

Jos haastateltavalle ennen suostumusta ei selkeästi selitetä haastattelijan/ammattilaisen ilmoitusvelvollisuutta, saatamme päätyä rajoittamaan hänen itsemääräämisoikeuttaan ja viime kädessä ihmisarvoaan. Tällöin voidaan katsoa, ettei hänellä ole ihmisarvoa päättää, miten toimia tiedostaessaan kertomansa mahdolliset seuraukset.

Suostumuksen antaminen edellyttää sitä, että henkilöllä on kyky ymmärtää ja tehdä päätöksiä. Ristiriitatilanteita voi aiheuttaa tilanne, jossa todetaan henkilön kognitiivisten kykyjen alentuneen. Henkilö voi antaa suostumuksen kysymiseen ja kykenee vastaamaan rutiinikysymyksiin/osallistumaan seulontaan, vaikka hän ei ehkä ymmärrä työntekijän velvollisuutta ilmoittaa hänen tuen ja avun tarpeestaan.



Joskus ikääntyneellä saattaa olla lain määräämä edunvalvoja. Se, mitä edunvalvojalla on oikeus tehdä, riippuu edunvalvojalle annetuista valtuuksista. Tavallisimmin edunvalvoja määrätään henkilön raha-asioiden tai omaisuuden hoitajaksi. Edunvalvojan tulee huolehtia myös siitä, että henkilö saa sopivaa hoitoa, huolenpitoa ja kuntoutusta. Haastattelijan tulee tarkistaa, millaiset valtuudet edunvalvojalla on. Holhousasioiden rekisteristä kuka tahansa saa tiedon siitä, onko joku edunvalvonnassa, kuka hänen edunvalvojansa on ja mitkä ovat edunvalvojan tehtävät. (Digi- ja väestötietovirasto).

## **6. TURVALLISUUS**

---

Vastaajien ja haastattelijoiden fyysinen turvallisuus väkivallan tekijän tai tekijöiden mahdolliselta kostoväkivallalta on ensiarvoisen tärkeää. Jos perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa koskevan kodeissa tehtävän tutkimuksen aihe tulee tunnetuksi - joko kodeissa tai laajemmassa yhteisössä - tekijä voi saada tietää haastattelun aiheen.

On tärkeää, että tutkimusta ei esitetä kodeille ja laajemmalle yhteisölle väkivaltatutkimuksena. Sen sijaan tällä tasolla tutkimuksesta olisi tiedotettava eri tavalla - kuten tutkimuksena naisten terveydestä, elämäkokemuksista tai perhesuhteista. Näin vastaaja voi selittää kyselyn turvallisesti muille. Haastattelut tulee tehdä yksityisesti, ilman muiden perheenjäsenten läsnäoloa. (WHO 2001). Turvallisuuden vaarantuminen huomioidaan myös sosiaalihuoltolaissa. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 (35§) huomioi ikääntyneet, jotka ovat ilmeisen kykenemättömiä vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan. Heistä on tehtävä ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta salassapitosäännösten estämättä viipymättä.

Naisiin kohdistuvan väkivallan suuri yleisyys maailmanlaajuisesti tarkoittaa, että on hyvin todennäköistä, että yksi tai useampi myös haastatteliijoista on ollut suoraan väkivallan kohteena tai että hänellä on perhekokemuksia väkivallasta. Vaikka tämä voi parantaa haastattelijoiden taitoja ja empatiaa, tutkimukseen osallistuminen (joko haastattelijana, esimiehenä, tietojen käsittelijänä tai tilastotieteilijänä) voi herättää kuvia, tunteita, ahdistusta ja konflikteja. Nämä reaktiot voivat vaikuttaa heidän työkykyynsä, vaikuttaa kielteisesti heidän terveyteensä ja aiheuttaa jännitteitä kotona. (WHO 2001).

## 7. TIETOSUOJA JA SALASSAPITOVOLVOLLISUUS

---


Lähisuhdeväkivallan seulonnassa ja väkivallasta kysymisessä tulee huomioida ammattihenkilöitä ja heidän toimintaansa säätelevät lait. Lisäksi eri ammattien harjoittamisessa on omat ammattieettiset ohjeensa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden eettisenä lähtökohtana on kunnioittaa asiakkaidensa ja potilaidensa perusoikeuksia, arvostaa itsemääräämistä ja oikeutta tehdä valintoja sekä kohdella heitä yhdenvertaisesti ja tasapuolisesti. Arkipäivän eettiselle pohdinnalle on kuitenkin ominaista epävarmuus, kiistanalaisuus ja ongelmakeskeisyys. Vaihtoehtoja on usein monia, eikä mikään niistä ole täysin tyydyttävä. Keskustelussa on usein mukana voimakkaita tunteita ja pelkoa siitä, onko valinta lainmukainen, eettisesti oikea ja potilaan tai asiakkaan parasta tavoitteleva. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2011).

Ammattietiikan tärkeys korostuu sosiaali- ja terveydenhuollossa haavoittuvien ryhmien huolenpidossa. Erityisesti sellaisten henkilöiden, jotka eivät pysty itse tekemään hoitoaan ja hoivaansa koskevia päätöksiä, huolenpidossa eettisten periaatteiden tuntemus ja soveltaminen helpottavat arjen työtä, auttavat jaksamaan ja mikä tärkeintä, parantavat myös potilaan ja asiakkaan hyvinvointia ja asemaa.

Lähisuhdeväkivallasta kysyminen tai sen seulonta saattaa nostaa esiin ristiriitatilanteita. Ristiriitatilanteet eivät kuitenkaan ole yksittäisen työntekijän vastuulla, vaan ne vaativat yhteisöllistä keskustelua ja päätöksentekoa (Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry 2017).

Henkilötietojen käsittelyä koskeva uusi tietosuojalaki (1050/2018) tuli voimaan 1.1.2019. Lailla täsmennettiin ja täydennettiin EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (Yleinen tietosuoja-asetus 2016/679) ja sen kansallista soveltamista. Tietosuojalainsäädännön noudattamista valvoo tietosuojavaltuutetun toimisto, joka on kansallinen valvontaviranomainen. Tietosuojalaki säätelee mm. tieteellistä tutkimustarkoitusta varten käytettäviä rekisteröidyn henkilön oikeuksia (31§).



Vaitioloovelvollisuus merkitsee kieltoa ilmaista asiakirjan salassa pidettävä sisältö. Ilmaiseminen merkitsee paitsi tiedon antamista suullisesti, myös passiivisesti tapahtuvaa tiedon paljastamista ulkopuolisille. Esimerkiksi salassa pidettäviä tietoja sisältävää asiakirjaa ei saa jättää ulkopuolisten saataville. Sisällöllisesti vaitioloovelvollisuus on laaja. Vaitioloovelvollisuuden syntymiseen riittää, että tiedot on saatu sellaisissa olosuhteissa, että ne voidaan katsoa luottamuksellisiksi. Vaitioloovelvollisuus jatkuu myös työn - jossa tiedon on saanut - päätyttyä. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira, 2016. <https://www.valvira.fi/>).

---

# Oppimisharjoitukset

## HARJOITUS 1 – AMMATTIEETTISTEN PERIAATTEIDEN ITSEARVIOINTI

---

### Kouluttajalle

**Harjoituksen menetelmä:** Ryhmätyö perustuen yksilöllisesti tehtävään itsearviointiin

**Harjoituksen kesto:** 40 minuuttia

#### Tarvittavat materiaalit:

- Kysymykset itsearviointiin paperilla
- Kyniä
- PowerPoint -dia kysymyksistä yleiseen keskusteluun harjoituksen lopussa


#### Ohjeet kouluttajalle:

- Pidä ennen harjoitusta teoreettinen taustatunti ikääntyneisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta kysymisen/seulonnan eettisistä periaatteista. Tunnin aikana keskustellaan ammattilaisten kanssa heidän ammatiaan koskevista eettisistä periaatteista. Pyydä ammattilaisia myös pohtimaan heidän ammatinsa eettisiä periaatteita ikäihmisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan näkökulmasta.
- Selitä harjoituksen kulku. Huomioi, että jokainen ammattilainen saa vapaasti valita, mitä haluaa jakaa ryhmän kanssa. Se on tärkeää turvallisen ympäristön luomiseksi harjoitukselle.
- Jaa kysymykset paperilla tai PowerPoint-dialla osallistujille.
- Anna osallistujille 15 minuuttia aikaa itsearviointiin.
- Itsearviointin jälkeen jaa osallistujat 4-5 hengen ryhmiin. Ryhmät voidaan muodostaa ammatittain tai jakaa osallistujat sekaryhmiin.
- Anna osallistujille 10 minuuttia aikaa jakaa itsearviointinsa ryhmän kanssa.
- Ryhmäkeskustelun jälkeen osallistujat jakavat pohdintansa koko ryhmän kanssa keskustelulle määritettyjen kysymysten mukaisesti.

#### Kysymykset itsearviointiin

- Jokaisella ammatilla on omat eettiset periaatteensa. Kirjoita ylös mielestäsi 2-3 tärkeintä ammattisi eettistä periaatetta.
- Mistä mielestäsi koostuu ammattieettinen osaaminen ammatissasi työskenneltäessä ikääntyneiden lähisuhdeväkivallan uhrien kanssa?



- 
- Koskevatko ammattisi eettiset periaatteet ikääntymistä ja/tai ikäihmisiin kohdistuvaa lähisuhdeväkivaltaa?
  - Mitkä periaatteet ovat monimutkaisia ja mahdollisesti vaikeita noudattaa ikäihmisiin kohdistuvan väkivallan tapauksissa?

### **Yhteinen loppukeskustelu**

- Mitä on ammatillinen eettinen pätevyys, erityisesti työskenneltäessä ikääntyneiden väkivallan uhrien kanssa?
- Tunnistitteko ryhmäkeskustelussa samanlaisia haasteita eettisten periaatteiden noudattamisessa työskenneltäessä ikääntyneiden väkivallan uhrien kanssa? Millaisia haasteita?

### **Huomioita kouluttajalle**

Edistä keskustelua ja yhteistyötä osallistujien kesken. Yritä löytää kustakin ammatista samoja/samankaltaisia haasteita ikääntyneiden väkivallan uhrien kanssa työskenneltäessä. Korosta moniammatillisen ja organisaatioiden välisen yhteistyön roolia ko. haasteiden voittamisessa.

### Kouluttajalle

**Menetelmä:** Sosiodraama on tehokas opetusmenetelmä, joka yhdistää tapaustutkimuksellisen lähestymistavan perinteiseen rooliharjoitusmetodologiaan havainnollistamaan lähisuhdeväkivallasta kysymisen/seulonnan kriittisiä kysymyksiä. Aikuisoppimisen periaatteiden mukaisesti tämä tekniikka tarjoaa osallistujille mahdollisuuden tunnistaa kysymiseen/seulontaan liittyvät ongelmat ja mahdolliset ratkaisut sekä ikääntyneiden että ammattilaisten näkökulmasta. Ryhmästä valitaan jäsenet esittämään kuvattu tapaus. On parempi, että näyttelijät eivät etukäteen sovi roolihahmojensa käyttäytymisestä, jotta reaktiot olisivat spontaanimpia ja todellista tilannetta muistuttavia. Loput osallistujat yleisönä tarkkailevat tapauksen esittämistä, jonka jälkeen ohjaaja aloittaa yleisökeskustelun avoimilla kysymyksillä.

Tämän strukturoidun keskustelun aikana tunnistetaan yhdessä keskeisiä opetuskysymyksiä. Sosiodraamaesityksen yleisön asiantuntemus muodostaa oppimisen perustan. Keskusteluun käytetyn ajan jälkeen yleisön jäseniä pyydetään korvaamaan alkuperäiset näyttelijät ja esittämään kohtaus uudelleen ehdotettujen erilaisten ratkaisumallien mukaisesti. Harjoituksen lopussa ohjaaja voi tehdä yleisen yhteenvedon tai keskittyä oman pohdinnan ja yhteisen keskustelun jatkamiseksi tähdentämään asioita ja haasteita, joita kyseinen yleisö ei tunnistanut.

### Ohjeet

Edellä kuvattua menetelmää voidaan käyttää yhdessä tai molemmissa esityksissä käytettävissä olevan ajan mukaan. Voit myös valita skenaarion, joka muistuttaa enemmän koulutuksen toteuttamiskontekstia, tai voit muokata skenaariota sitä vastaavaksi.

Anna osallistujien ensin esittää kohtaus haluamallaan tavalla – muistuta heitä ainoastaan aiemmin kerrottujen eettisten periaatteiden soveltamisesta tapauksen esitykseen. Tämä on tärkeää, jotta ryhmä voi yhdessä arvioida esityksessä suoritettuja päätöksiä eettiseltä kannalta.

Ohjaa yleisön muodostavia osallistujia tekemään muistiinpanoja näkemästään ja havaitsemistaan asioista, jotka he tekisivät toisin.

Anna yhden tapauksen esittämiseen aikaa 10-15 minuuttia. Kun esitys on ohi, avaa keskustelu yleisön kanssa kysymällä esimerkiksi:

- Mitä tärkeitä asioita tunnistitte tässä kohtauksessa?
- Miten olisitte toimineet ikäihmisen kanssa tässä tapauksessa?
- Miten tilanne olisi ehkä voitu hoitaa paremmin?
- Mitä tunteita se sinussa herätti ja miksi?

Varaa keskustelulle aikaa 20 minuuttia ja auta lopulta yleisöä tunnistamaan tärkeimmät asiat ja keksimään tilanteelle vaihtoehtoisia ratkaisuja osion periaatteiden mukaisesti.



Sen jälkeen kutsu ne yleisön jäsenet, jotka aktiivisimmin ehdottivat vaihtoehtoisia käyttäytymismalleja, esittämään kohtausta uudelleen. Toista prosessi.

### **Ehdotuksia ohjaajille**

Tärkeimmät näissä tapauksissa tutkittavat asiat ovat:

- Miten suostumus kysymiseen/seulontaan saatiin?
- Kunnioitettiin ikääntyneen itsemääräämisoikeutta?
- Raportoitiin lähisuhdeväkivallasta kysymisen/seulonnan tulokset oikein?
- Käyttäytyikö ammattilainen ilmoitusvelvollisuutensa mukaisesti?

Vaihtoehtona sosiodraamalle tilanteet voi myös esittää tapauskertomuksina keskustelun pohjaksi.

### **Tehtävämoniste osallistujille – AINO**

Maija on sosiaalityöntekijä palvelukeskuksen ikääntyneiden päivätoiminnassa. Maija vastaa uusien osallistujien vastaanottamisesta. Tänään hän toivottaa tervetulleeksi 78 -vuotiaan Ainon, jonka seurana on hänen aikuinen lapsensa. Ainolla on fyysisiä rajoitteita, mutta ei kognitiivisia ongelmia, jotka vaarantaisivat hänen kykynsä ymmärtää ja esittää tahtonsa.

Päivätoiminnassa käytössä olevien menettelytapojen mukaan Maija kysyy Ainolta lähisuhdeväkivallasta käyttäen siihen tarkoitettua lomaketta. Keskustelussa tulee esiin, että Aino on saattanut joutua aikuisen lapsensa henkisen väkivallan kohteeksi.

### **Tehtävämoniste osallistujille – ARMAS**

Minna on terveydenhoitaja, joka työskentelee palvelukeskuksessa ikääntyneiden terveysneuvonnassa. Minna seuraa asiakkaiden terveydentilaa, antaa ohjeita ja ottaa vastaan uusia asiakkaita. Tänään hän toivottaa vastaanotolle tervetulleeksi 78-vuotiaan Armaksen tämän edunvalvojan toiveesta. Armas asuu yksin. Hänellä on tyttärentytär, joka käy harvoin hänen luonaan. Armaksella ei ole merkittäviä fyysisiä terveysongelmia, mutta hänellä on lieväasteinen muistihäiriö, jonka vuoksi hänellä on edunvalvoja avustamassa häntä taloudellisissa asioissa.

Terveysneuvonnassa on menettelytapana ikääntyneen tilanteen alkukartoituksessa kysyä myös lähisuhdeväkivallasta käyttäen siihen tarkoitettua lomaketta. Keskustelussa

Armaksen kanssa Minna alkaa epäillä, että Armas on saattanut joutua lapsenlapsensa taloudellisen väkivallan kohteeksi.

## Lähteet

1. Seulontatutkimukset terveydenhuollossa 2021. Kirjassa: Lääkärietiikka, sivut 254-258. Suomen Lääkäriliitto.
2. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 11§. [Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](#)
3. Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3959-2>
4. McCarthy, L., Campbell, S. and Penhale, B. (2017) "Elder abuse screening tools: A systematic review," Journal of Adult Protection, 19(6), pp. 368–379. doi: 10.1108/JAP-10-2016-0026.
5. Nipuli Suvi 2019. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja ehkäisyn prosessit. Lähisuhdeväkivaltatyön hyvät käytännöt rakenteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:55. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4121-2>
6. THL 2014. Tiedä ja Toimi. Lähisuhdeväkivallan ehkäisy on kunnan tehtävä. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014091144619>
7. Siukola R. 2014. Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan? Esimerkkinä päihde- ja mielenterveystyö. THL Opas 35/2014. <https://www.julkari.fi/handle/10024/116080>
8. Suomen perustuslaki 731/1999: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.
9. Yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi, SopS 63/1999: [https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063/19990063\\_2](https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063/19990063_2)
10. Euroopan neuvoston uudistettu sosiaalinen peruskirja (Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja SopS 80/2002: <https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2002/2002008>.
11. Aaltonen M., Ahola S. ja Villa S., 2021. Itsemääräämisoikeus ikääntyneiden ympärivuorokautisissa palveluissa. Ihmisoikeuskeskuksen julkaisuja 4/2021. <https://www.ihmisoikeuskeskus.fi/julkaisut/>.
12. Launis V. 2021. Lääkintä- ja hoitoetiikan peruseräät. Kirjassa: Lääkärietiikka, s. 31. [Lääkärietiikka | Lääkäriliitto - Lääkärietiikka -kirja \(laakariliitto.fi\)](#)
13. McCarthy, L., Campbell, S. and Penhale, B. (2017) "Elder abuse screening tools: A systematic review," Journal of Adult Protection, 19(6), pp. 368–379. doi: 10.1108/JAP-10-2016-0026.
14. Scheiderer E. M. 2012. Elder abuse: Ethical and related considerations for professionals in psychology. Ethics & Behavior, 22(1), 75-87.

15. Donovan K, Regehr C. Elder abuse: Clinical, ethical, and legal considerations in social work practice. *Clinical Social Work Journal*. 2010; 38(2):174-82.  
DOI: [10.1007/s10615-010-0269-2](https://doi.org/10.1007/s10615-010-0269-2)
16. Suomen perustuslaki 731/1999: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.
17. Yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi, SopS 63/1999: [https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063/19990063\\_2](https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063/19990063_2)
18. Euroopan neuvoston uudistettu sosiaalinen peruskirja (Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja SopS 80/2002: <https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2002/2002008>.
19. Aaltonen M., Ahola S. ja Villa S., 2021. Itsemääräämisoikeus ikääntyneiden ympärivuorokautisissa palveluissa. *Ihmisoikeuskeskuksen julkaisuja* 4/2021. <https://www.ihmisoikeuskeskus.fi/julkaisut/>.
20. Scheiderer E. M. 2012. Elder abuse: Ethical and related considerations for professionals in psychology. *Ethics & Behavior*, 22(1), 75-87.
21. Suomen Lääkäriliitto 2021. Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset. Kirjassa: Lääkärin etiikka, 8. painos. [Lääkärin etiikka | Lääkäriliitto - Lääkärin etiikka -kirja \(laakariliitto.fi\)](https://www.laakariliitto.fi)
22. Karvonen-Kälkälä Anja 2012. Unohtuuko vanhus? Oikeustieteellinen tutkimus hallintosopimuksen asianosaissuhteista vanhuksen vaikuttamismahdollisuuden näkökulmasta. *Vanhustyön keskusliiton tutkimuksia* 1/2012, Helsinki. s. 234.
23. Soininen-Keskitalo Sari 2017. Ikääntyneen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen terveydenhuollon organisaatioissa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto toukokuu 2017. [Soininen-Keskitalo 2017 Itsemääräämisoikeus terveydenhuolto.pdf](https://www.soininen-keskitalo.fi)
24. **SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TIEDOTE 7.10.2021. [ASIAKKAAN JA POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN VAHVISTAMINEN ETENEE – SEURANTARYHMÄ ASETETTU VALMISTELUN TUEKSI. \[ASIAKKAAN JA POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN VAHVISTAMINEN ETENEE – SEURANTARYHMÄ ASETETTU VALMISTELUN TUEKSI - SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ \\(STM.FI\\)\]\(https://stm.fi\)](https://stm.fi)**
- 
25. HE 108/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi. [HE 108/2014 vp \(finlex.fi\)](https://www.finlex.fi).
26. Pelkonen Risto 2021. Potilas ja lääkäri. Kirjassa *Lääkärin etiikka*, 8. painos. [Lääkärin etiikka | Lääkäriliitto - Lääkärin etiikka -kirja \(laakariliitto.fi\)](https://www.laakariliitto.fi)
27. Launis Veikko 2010. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 47(2). Noudettu osoitteesta <https://journal.fi/sla/article/view/2821>
28. Launis Veikko 2021. Lääkintä- ja hoitoetiikan peruseräät. Kirjassa: *Lääkärin etiikka*. s. 31. [Lääkärin etiikka | Lääkäriliitto - Lääkärin etiikka -kirja \(laakariliitto.fi\)](https://www.laakariliitto.fi)
29. Forum on Global Violence Prevention 2014. Board on Global Health; Institute of Medicine; National Research Council. *Elder Abuse and Its Prevention: Workshop Summary. Ethical Considerations*. Washington (DC): National Academies Press (US). 2014 Mar 18. 4, [Ethical Considerations - Elder Abuse and Its Prevention - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov)
30. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; 13 §. [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](https://www.finlex.fi)

31. Laki sosiaalihuollon asiakkaiden asemasta ja oikeuksista 812/2000; 18 §. [Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja... 812/2000 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](#)
32. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 31§. [Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](#)
33. Palmer V. J, Yelland J. S, Taft A. J. 2011. Ethical complexities of screening for depression and intimate partner violence (IPV) in intervention studies. BMC Public Health 2011, 11(Suppl 5):S3. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S5/S3>.
34. Sosiaali- ja terveysministeriö 03.02.2020. Ohje terveydenhuollon ja poliisin väliseen tiedonvaihtoon. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202002034389>
35. **VANHUSPALVELULAKI 980 /2012 25 §. LAKI IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN... 980/2012 - AJANTASAINEN LAINSÄÄDÄNTÖ - FINLEX ®**
- 
36. Saghafi, A., Bahramnezhad, F., Poormollamirza, A., Dadgari, A., & Navab, E. (2019). Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review. Journal of medical ethics and history of medicine, 12. PMID: [31346400](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31346400/)
37. Donovan K, Regehr C. Elder abuse: Clinical, ethical, and legal considerations in social work practice. Clinical Social Work Journal. 2010; 38(2):174-82. DOI: [10.1007/s10615-010-0269-2](https://doi.org/10.1007/s10615-010-0269-2)
38. Bergeron R. L., 2006. Self-determination and elder abuse do we know enough? Journal of Gerontological Social Work 2006; 46(3-4):81-102. doi: 10.1300/J083v46n03\_05
39. Digi- ja väestötietovirasto. [Holhous ja edunvalvonta](#). Laki edunvalvontavaltuutuksesta 648/2007; Laki holhoustoimesta 442/1999. Digi- ja väestötietovirasto. [Holhous ja edunvalvonta | Digi- ja väestötietovirasto | Digi- ja väestötietovirasto \(dvv.fi\)](#).
40. WHO 2001. Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Department of gender and women's health family and community health. World Health Organization Geneva, Switzerland. [Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women \(who.int\)](#)
41. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 35§. [Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](#)
42. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. [www.etene.fi/Julkaisut](http://www.etene.fi/Julkaisut).
43. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry 2017. Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet.
44. Tietosuoja laki 1050/2018. [Tietosuoja laki 1050/2018 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](#)
45. Yleinen tietosuoja-asetus 2016/679. [Yleinen tietosuoja-asetus \(GDPR\) \(gdprinfo.eu\)](#)
46. Tietosuojavaaltuutetun toimisto. <https://tietosuoja.fi/>
47. Potilaan oikeudet. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira, 2016. <https://www.valvira.fi/>

## OSIO 4 - Työskentelemisen haasteet lähisuhdeväkivallan ikääntyneiden uhrien kanssa

### Osion rakenne

OSIO	Työskentelemisen haasteet lähisuhdeväkivallan ikääntyneiden uhrien kanssa
Tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Parannetaan tietämystä ikääntyneiden lähisuhdeväkivallan uhrien kanssa työskentelemisen haasteista ja strategioista näiden haasteiden voittamiseksi</li><li>▪ Lisätään tietoisuutta ihmisten oikeuksien toteutumisesta</li><li>▪ Lisätään tietoa turvasuunnittelun merkityksestä</li><li>▪ Parannetaan taitoja tukea ikääntynyttä kertomaan väkivallasta, puuttua asianmukaisesti väkivaltaan ja ohjata väkivaltatapauksia tarkoituksenmukaisiin jatkohoidon palveluihin</li><li>▪ Tuetaan ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan interventioiden kehittämistä</li><li>▪ Lisätään tietoisuutta itsehoidon tärkeydestä ja siitä, miten lähisuhdeväkivallasta kysymiseen/seulontaan osallistuvaa henkilöstöä voidaan tukea</li></ul>
Oppimistulokset	<p>Koulutusosion päätyttyä osallistujat kykenevät:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ kertomaan ikääntyneiden uhrien kanssa työskentelyn haasteista</li><li>▪ ymmärtämään ikääntyneiden oikeudet kysymisen/ seulonnan prosessissa</li><li>▪ tukemaan ikääntynyttä kertomaan väkivallasta</li><li>▪ järjestämään turvallisen ympäristön ja tilanteen lähisuhdeväkivallasta kysyttäessä/seulottaessa</li><li>▪ tunnistamaan ammatillisen työuupumuksen merkit väkivallan uhrien kanssa työskentelyn yhteydessä</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toteuttamaan itsehoitostrategioita</li> <li>▪ Kertomaan, mistä etsiä tukea posttraumaattisen stressihäiriön (PTSD) ehkäisemiseksi ja/tai käsittelemiseksi.</li> </ul>
Kesto:	<p>3 tuntia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 45min-1 t johdantoluento</li> <li>▪ 20 min tauko (tai 2x10 min)</li> <li>▪ 1,5 t oppimisharjoituksia</li> <li>▪ 10 min ylimääräistä aikaa (osallistujien asettuminen paikoilleen, tutustuminen, kysymyksiin vastaaminen)</li> </ul>
Tarvikkeet	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muistilappusia</li> <li>▪ Fläppitaulu tai muu taulu</li> <li>▪ Ajanottolaite (esim. kello)</li> <li>▪ Kaksi värikorttia, jotka ilmaisevat “Kyllä” ja “Ei”</li> </ul>
Keskeiset viestit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lähisuhdeväkivallan uhrien kanssa työskentelyssä on erilaisia haasteita. Tietoisuus niistä on keskeistä työskenneltäessä lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden ikääntyneiden kanssa</li> <li>• Ikääntyneisiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta, vaikka se onkin monimutkainen ilmiö, voidaan estää käyttämällä kansallisia ja eri organisaatioiden strategioita ja ohjelmia</li> </ul>
Oppimisharjoitukset	<p>Ohjeet kouluttajalle</p> <p>Tehtävämonisteet osallistujille</p>

## Teoreettinen tausta

---


### 1. ULKOISET HAASTEET

---

#### COVID-19

Koronavirus ja pandemiaan liittyvät resurssirajoitukset vähensivät sosiaalihuollon palvelujen tarjontaa. Samaan aikaan ikääntyneihin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan esiintyvyys kasvoi jopa 84% kodeissa (Chang & Levy 2021, Results).





Ikääntyneiden ihmisoikeuskysymykset ovat saattaneet jäädä hieman tämän ajan haasteiden taustalle, jotta yhteiskunnat selviäisivät pandemiasta.

### **Kansalliset/poliittiset strategiat**

Pandemian aiheuttaman tilanteen helpottuessa on välttämätöntä lisätä ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisyn ja väliintulon rahoitusta työn jatkamiseksi ja kehittämiseksi. Oikeudelliset ja poliittiset toimet ovat tässä olennaisen tärkeitä.

Kunkin maan poliittinen johto on vastuussa muun muassa seuraavien asioiden päättämisestä:

- oikeudellinen määrittely, minkä tyyppiset väkivaltamuodot säädetään rikoksiksi; lakien kehittäminen kansainvälisten oikeudellisten puitteiden mukaisesti ja kansainvälisten väkivallan vastaisten sopimusten vahvistaminen
- hätäkeskusten, terveydenhuollon, sosiaalihuollon, poliisin ja kriisiorganisaatioiden menettelytapojen vakiinnuttaminen toimenpiteissä, joita niiden on noudatettava väkivaltaepäilyjen, -raporttien tai -havaintojen suhteen.
- ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan tutkimusten ja tutkimusohjelmien rahoittaminen, edistäminen ja raporttien julkaiseminen, jotta tietoisuus tästä aiheesta lisääntyy ja voidaan edistää strategisia päätöksiä
- standardoitujen vaatimusten asettaminen terveydenhuollon, sosiaalihuollon henkilöstön ja poliisien koulutukselle
- ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan torjuntaa koskevan kansallisen toimintasuunnitelman täytäntöönpano

- palveluiden luominen ikääntyneille lähisuhdeväkivallan uhreille sekä tukimuotojen kehittäminen heidän omaishoitajilleen
- tuen järjestäminen kansalaisjärjestöille, jotka palvelevat lähisuhdeväkivallan ikääntyneiden uhrien tarpeita ja/tai suojelevat heidän oikeuksiaan.


### **Väestölliset muutokset ja hoidon kustannukset**

65 vuotta täyttäneiden väestö maailmassa enemmän kuin kaksinkertaistuu vuoden 2020 noin 727 miljoonasta yli 1,5 miljardiin vuonna 2050 (UN DESA, 2020). Väestörakenteen muutokset asettavat paineita sosiaali- ja terveystajärjestelmille. Ikääntyneiden kasvava osuus merkitsee paikallishallinnolle ja julkisille laitoksille kasvavia kotihoito- ja laitoshoidokustannuksia. Lisäksi joissakin maissa (eli Puolassa) on vaikeuksia ammattitaitoisen hoitohenkilöstön puutteen vuoksi - he myös ikääntyvät ja jäävät eläkkeelle, eikä työmarkkinoille tule tarpeeksi uusia ammattilaisia tyydyttämään kasvavaa hoivapalvelujen tarvetta. Se heikentää hoidon laatua. Nämä ovat tärkeimmät tekijät laitoshoidossa olevien ikääntyneiden kaltoinkohtelun taustalla: alhaisempi hoidon taso, asianmukaisesti koulutetun henkilöstön puute tai ylityöllistetty henkilöstö.

Väestörakenteen muutos näkyy myös omaishoitajien ja perheenjäsenten pakollisena osallistumisena ja kasvavana omistautumisenaan vanhustenhoitoon. Hoidon pitkittyminen kotona rasittaa perheitä ja vaatii erilaisia tukimuotoja omaishoitajille. Viimeksi mainittujen fyysinen ja psyykinen hyvinvointi riippuu yhä enemmän hengähdystauon saatavuudesta, innovatiivisten tukimuotojen toteuttamisesta, tukiverkostojen rakentamisesta ja etähoidon tarjoamisesta julkisena palveluna. Ilman tällaista tukea liian väsyneet ja stressaantuneet omaishoitajat ovat vaarassa käyttäytyä väkivaltaisesti hoidettavaansa kohtaan.

### **Tietoisuuden puute**

Väkivaltaa ja hyväksikäyttöä kokevien ikääntyneiden määrän ennustetaan kasvavan väestön ikääntyessä. Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta voi ilmetä esimerkiksi seuraavin tavoin: eristäminen, rahan ottaminen (esim. eläke- tai työkyvyttömyyseläkkeet), loukkaukset,



uhkaus laittaa laitokseen, pakottaminen testamentin muutoksiin, laiminlyönnit, ikääntyneen jättäminen huomiotta. On tärkeää herkistää yhteiskuntaa vanhusten huonolle kohtelulle painottaen erityisesti työskentelyä lasten, nuorten, julkisten laitosten työntekijöiden kanssa, mutta myös itse ikääntyneiden kanssa. Väkivaltaa kokevat seniorit eivät aina ole itse tietoisia ilmiöstä. Niin kauan kuin jotkut ihmiset pitävät näitä väkivalta- tai/ ja laiminlyöntitapauksia normaalina, tai vain epäkunnioittavana käytöksenä, voivat valtakunnalliset tiedotuskampanjat olla hyödyllisiä.

### **Syrjintä: ikäsyrjintä, seksismi**

Jotkut pitävät sukupuoleen, rotuun ja ikään perustuvaa syrjintää suurimpana uhkana nykyaikaiselle demokratialle ja sosiaaliselle yhteenkuuluvuudelle (Szukalski 2009, s. 59). Näistä ikäsyrjintä on yksi merkittävimmistä riskitekijöistä yli 60-vuotiaiseen kohdistuvaan väkivaltaan. Ikäsyrjintä on "ihmisten systeminen stereotypia ja syrjintä, koska heitä pidetään vanhoina". (Butler, 1975). Sosiokulttuurisessa tilanteessa vanhuksia pidetään usein heikkoina, avuttomina, riippuvaisina ja hoidon tarpeessa olevina.

Tällaista lähestymistapaa ikääntymiseen vahvistaa usein seksismi, joka määritellään "uskomuksiksi naisten ja miesten perustavanlaatuisesta erilaisuudesta ja heidän rooleistaan yhteiskunnassa". (EIGE 2021) Toisen sukupuolen pitäminen toista parempana johtaa moniin epäoikeudenmukaisiin sukupuolistereotypioihin, jotka voivat vaikuttaa molempiin sukupuoliin eri tilanteissa, mutta erityisesti naisiin. Lisäksi naiset elävät keskimäärin ja maailmanlaajuisesti miehiä pidempään. Vuonna 2020 vähintään 65-vuotiaiden naisten osuus maailman väestöstä oli 55 prosenttia ja 62 prosenttia vähintään 80-vuotiaista (UN DESA, 2020). Edellä esitetyn perusteella naiset ja ikääntyneet naiset ovat erityisen haavoittuva ryhmä, johon sekä ikäsyrjintä että sukupuolten eriarvoisuus vaikuttavat ja he kokevat siksi useammin väkivaltaa (UN DESA 2020).

On kuitenkin syytä mainita, että viimeisin meta-analyysi (Yon et ai., 2017) ei osoita sukupuolten välisiä eroja ikääntyneisiin kohdistuvassa väkivallassa. Jotkut tutkimukset osoittavat, että naiset ovat alttiimpia joillekin väkivallan muodoille, kun taas miehet ovat alttiimpia joillekin muille muodoille. Vaikka vanhemmista ikäryhmistä naiset muodostavat suurimman osan, ei pidä aliarvioida vanhempiin miehiin kohdistuvaa lähisuhdeväkivaltaa.

## **2. ORGANISAATIOIDEN HAASTEET**

---

Terveydenhuoltoalalla ja sosiaalihuoltojärjestelmissä voidaan vielä tehdä paljon kaikissa maissa alkaen ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa koskevasta perustutkimuksesta ja pyrkimällä kehittämään pitkäaikaisia tavoitteellisia alakohtaisia strategioita väkivallan torjumiseksi. Organisaatioiden rakenteet ja instituutioiden prioriteetit ovat asianmukaisesti toteutettujen ennaltaehkäisyohjelmien taustalla.

Ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta kysyminen/seulonta kilpailee usein muiden organisaation prioriteettien kanssa. Vaikka kysyminen/seulonta on hyväksytty äitiys- ja lastenhuollossa ja -hoidossa, se ei ole yhtä yleistä ikääntyneiden hoidossa. Menetelmien toteuttaminen päivystys-, koti- ja laitoshoidossa vaatii vaivaa ja aikaa. Ammattilaisilla olisi oltava aikaa ja resursseja tottua kysymisen/seulontamenetelmiin (Couture et al. 2016, s. 13–14). Muita ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta kysymisen/seulontaa estäviä tekijöitä ovat olleet sekä sosiaali- että terveydenhuollon työntekijöiden ilmoittamat aikarajoitukset (Schmeidel et al. 2012) ja se, että muiden kollegoiden kanssa ei ole keskusteltu tapauksista (Killick & Taylor, 2009; Stolee et al. 2012). Ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan on myös oltava terveydenhuollon tai sosiaalihuollon ylimmän johdon ensisijainen tavoite, jotta kysymiseen/seulontaan voidaan varata riittävästi aikaa ja että toteutettuja toimia arvostetaan ja huomioidaan.

Yksi monista alakohtaisista ja organisatorisista haasteista on myös vastuun siirtäminen – sen sijaan, että kaikilla aloilla vaadittaisiin kysymistä/seulomista, sekä sosiaali- että terveydenhuolto väittää sen olevan toisen osapuolen tehtävä ja aloittaa interventiomenettelyt (Couture et al. 2016, s. 4). Sosiaalityöntekijät luottavat sairaanhoitajiin, sairaanhoitajat väittävät, että heillä on muita painopisteitä ja luottavat sosiaalityöhön tällaisten tapausten havaitsemiseksi.

## **3. IKÄÄNTYNEIDEN VAIKEUDET KERTOJA VÄKIVALLASTA**

---

Ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa tapahtuu eri yhteyksissä. Sen muotoja ja laajuutta on vaikea tutkia, koska monet vanhemmat uhrin eivät paljasta sitä. Syy tähän on mm. luottamuksen puute lainvalvontaviranomaisten toimien tehokkuuteen. Ikääntyneen uhrin



tilanne on hyvin vaikea, monikerroksinen. Se on sekoitus ristiriitaisia tunteita ja fyysisen ja henkisen toimintakyvyn haasteita.


### **Huolehtiminen ja häpeä**

Suuri ongelma on pahoinpideltyjen ikääntyneiden haluttomuus paljastaa lastensa, lapsenlastensa ja puolisojensa taholta kokemansa väkivaltaa. Se on väkivaltaa, joka tapahtuu oletettavasti luottamuksellisessa suhteessa. (Rogers, 2016). Tunne, että heidän on suojeltava ja tuettava väkivaltaa tekeviä, saa heidät kestämaan kärsimystä hiljaisuudessa. Ikääntyneet vanhemmat tuntevat usein olevansa vastuussa aikuisten lastensa käyttäytymisestä ja saattavat ajatella, että he kasvattivat heidät tällä tavalla. Siihen liittyy häpeää ja samalla tahtoa huolehtia tekijöistä – lapsista tai lähisukulaisista. On tärkeää kannustaa heitä muuttamaan ajatteluaan.

### **Masennus**

Ikääntyneiden on joskus vaikea sopeutua tilanteeseensa, esimerkiksi eläkkeelle jäämisen jälkeen. He ovat saattaneet kadottaa sosiaalisen roolinsa, kokevat yksinäisyyttä ja usein masennuksen oireita. Euroopassa tällaisen tilanteen kokeminen kasvaa ikääntyessä. 65-74 – vuotiaista keskimäärin 8% kertoo kärsivänsä pitkäaikaisesta masennuksesta (Romaniassa 2,4% ja 20,7% Portugalissa). (Eurostat 2017). Nämä luvut ovat paljon korkeammat laitoshoidossa asuvilla vanhuksilla. Saksassa tehty tutkimus osoitti, että lähes 30 prosentilla hoivakodin asukkaista oli vähäinen tai akuutti masennus ja lisäksi 18% oli vakavasti masentunut. Lähes 30% asukkaista sai masennuslääkkeitä, vaikka joitakin heistä ei koskaan virallisesti diagnosoitu. (Kramer 2009, Results).

Se on tila, jota pitäisi hoitaa, ei pitää itsestäänselvyytenä tässä iässä. On myös syytä huomata, että ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan ja emotionaalisten ja fyysisten terveysongelmien, kuten masennuksen, välillä on vahva yhteys. (Acierno et ai., 2017). Masennus, ahdistus ja traumaperäinen stressihäiriö ovat yleisimmät ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seuraukset. (Dong et ai., 2013).



Masennus vaikeuttaa muutosten tekemistä elämässä. Se rajoittaa toimintaa ja pitää heidät passiivisena vaikeassa tilanteessa. Joskus se liittyy opittuun avuttomuuteen.

### **Toivo**

Jos perhe- ja lähisuhdeväkivalta on syklistä, paremmat päivät herättävät toivoa – väkivallan tekijä kohtelee uhria hyvin, on omistautunut, lämmin ja ymmärtäväinen ja ajoittain vahingoittaa. Parempi aika sitoo väkivallan kohteena olevan henkilön, joka on riippuvainen tekijästä, ja antaa väärän toivon suhteen pysyvästä paranemisesta, toivosta, että väkivalta on satunnaista ja loppuu pian. Tätä dynamiikkaa ei välttämättä esiinny laitoshoidossa.

### **Syällisyys**

The typical behavior of the perpetrator involves putting the blame on the victim. S/He hit, pushed, challenged, because "you want something again", "you do not give me peace", "you get dirty", etc. The constant repetition of this makes abused persons believe that if they were different, more efficient, independent, helpful, the situation would improve – so they feel they are the guilty ones.

Tyypillisen väkivallan tekijän käyttäytymisessä on uhrin syyllistämistä. Tekijä syyttää uhria. Hän löi, töni, koska ikääntynyt uhri halusi taas jotakin, sotki itsensä jne. Jatkuva syyttäminen saa uhrin uskomaan, että jos he olisivat erilaisia, tilanne paranisi – he kokevat olevansa syyllisiä ja vastuussa väkivaltaisesta tilanteesta.

### **Pelko**

Pahoinpidellyt henkilöt, jotka ovat riippuvaisia tekijästä, pelkäävät väkivallan paljastamisen seurauksia. He pelkäävät:

- täydellistä hylkäämistä
- lisääntyvää aggressiota
- väkivallan tekijän kostotoimia
- laitoshoitoon sijoittamista; oman kodin ja asuinpaikan menettäminen, yhteyden menettäminen lastenlapsiin jne.

- varojen puutetta; kyvyttömyys selviytyä taloudellisesti, taloudellisen riippumattomuuden menettäminen

(Perttu & Laurola, 2020)Hoidon tarve

Ikääntyneet ihmiset ovat haavoittuvampia monista syistä johtuen. Suurempi kuolleisuus on yksi syy siihen, että suurinta osaa ikääntyneisiin kohdistuvista väkivaltatapauksista ei tunnisteta tai niistä ei ilmoiteta. On arvioitu, että joka kuudes ikääntynyt on väkivallan uhri, ja samaan aikaan vain 4 prosenttia väkivaltatapauksista ilmoitetaan. (WHO).

Perhe- ja lähisuhdeväkivalta on yleisempää, jos ikääntyneellä on kognitiivisten toimintojen heikentymiä - tunnistetuista uhreista 47% on erilaisista muistisairauksista kärsiviä ikääntyneitä. Hoidon tarve, hoidosta riippuvuus ja muistisairaudet ovat usein ainoa syy päästä pois väkivaltaisesta ympäristöstä – se merkitsee ikääntyneen laitoshoidoa.

## **Ilmoitusvelvollisuus**


Ammattihenkilöillä ja kansalaisilla voi kansallisten lakien mukaan olla velvollisuus tehdä (rikos)ilmoitus, jos he saavat siitä tiedon. Koska säännökset vaihtelevat maittain, tätä kysymystä on tutkittava kansallisella tasolla.

## **4. KUNNIOITA IKÄÄNTYNEEN OIKEUTTA OLLA KERTOMATTA**

---

### **Ymmärtäminen**

Jos epäilee, että ikääntynyt on väkivallan uhri – terveydenhuollon tai sosiaalihuollon ammattilaisen tulisi keskustella hänen kanssaan, tarjota tukea, tarjota henkilökohtaista apua. Useimmat uhrit vaikenevat häpeästä, pelosta, avuttomuudesta johtuen tai he eivät tiedä oikeuksiaan. Heihin kohdistuu usein myös painostusta väkivallan tekijöiden tai perheenjäsenten puolelta. Hetki, jolloin ikääntynyt alkaa puhua kokemuksistaan, voi olla hänelle hyvin vaikea, joten on tärkeää kuunnella heitä tarkkaavaisesti ja ymmärtäväisesti (Perttu & Laurola, 2020, s. 68).



Ikääntyneen lähisuhdeväkivallan uhrin tulisi ensinnäkin saada sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijältä tietää, että hän ei ole syyllinen siihen, mitä tapahtuu ja että tekijä on aina vastuussa väkivallasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän myötätunto ja hänen tukensa voi olla ratkaisevaa uhrin päätöksenteossa. Väkivaltaa koskevia tietoja ei voi jättää, hävittää tai unohtaa. Väkivallan tekijä, joka tuntee itsensä vapaaksi vastuusta, voi toimia yhä julmemmin. Tämä voi vaarantaa jopa uhrin elämän.

Ammattilaisen tulisi kannustaa väkivaltaa kokevaa henkilöä soittamaan hätäkeskukseen tarvitessaan nopeasti apua. Ammattitaitoisella henkilöstöllä ei pitäisi olla epäilyksiä siitä, pitäisikö heidän "puuttua" toisen henkilön elämään tarjoamalla niin sanottua "etulinjan tukea" (WHO, 2013) - ilmaisemalla empatiaa, käymällä lempeää keskustelua, tarjoamalla tarvittavaa tietoa, koska ikääntyneelle heidän toimintansa ja hoitonsa voi olla ainoa mahdollisuus muuttaa tilannetta. Kysymisen/seulontaprosessiin osallistuvan ammattilaisen olisi ilmoitettava hänelle, että sekä henkinen että fyysinen väkivalta ovat rikoksia ja että tapauksesta ilmoittamista poliisille olisi pidettävä ainoana keinona saattaa tekijä oikeuden eteen edellyttäen, että iäkäs uhri haluaa seurata tätä tietä. Työntekijän tulisi sitten ilmoittaa laitokset tai organisaatiot, jotka tarjoavat ilmaista psykologista ja oikeudellista neuvontaa ja terveydenhoidon apua. Olisi myös hyödyllistä, jos työntekijä löytää jonkun muun (tuetun perheenjäsenen, naapurit, uhrin ystävän) kannustamaan väkivaltaa kokevaa henkilöä olemaan muuttamatta mieltään ja ilmoittamaan rikoksesta.

Terveydenhuoltoa käyttävien henkilöiden perusoikeuksia Euroopan unionin alueella kuvataan European Charter of Patients' Rights -dokumentissa (Active Citizenship Network 2002). Se osoittaa muun muassa, että potilaalla on:

- oikeus saada tietoa,
- suostumusoikeus,
- oikeus yksityisyyteen ja luottamuksellisuuteen,
- oikeus turvallisuuteen.



## 5. TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ (PTSD)

---

Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) johtuu erittäin stressaavista, pelottavista tai ahdistavista tapahtumista. Se on mielenterveyden tila, jolle on ominaista kokemus traumaattisesta tapahtumasta, kuten väkivallan uhriksi joutumisesta. Tapahtumalla voi olla niin vakava psykologinen vaikutus, että se heikentää normaalia toimintaa pitkään. Altistuminen traumaattisille tapahtumille, kuten fyysiselle ja seksuaaliselle väkivallalle lapsena, voi liittyä PTSD: n kehittymiseen. Tutkimus tällä alalla on kuitenkin niukkaa, ja vaikka lapsen vanhempien tekemän väkivallan ja PTSD: n välillä näyttää olevan yhteys, suhde ei ole vielä täysin selvä (Acierno et., 2017).

### **Oireet**

/PTSD on ahdistuneisuushäiriö, joka johtuu erittäin stressaavista, pelottavista tai ahdistavista tapahtumista. Alkuperäinen emotionaalinen shokki, pelko, ahdistus, suru ja viha voivat laantua kuukausien kuluessa, mutta PTSD voi jatkua vuosikymmeniä. Kun PTSD- potilaat ikääntyvät, ei ole harvinaista, että oireet lisääntyvät, ilmaantuvat tai ilmaantuvat uudelleen.

PTSD voi ilmetä eri tavalla henkilön ikääntyessä, kuten useammin raportoitiin ikääntyneiden huonosta terveydestä, kroonisesta kivusta ja kognitiivisesta heikkenemisestä verrattuna nuorempiin aikuisiin, joilla on traumahistoria. Kumulatiivisen traumaattistumisen ja posttraumaattisten tulosten välinen suhde voi muuttua monimutkaisemmaksi iän myötä. (Ogle et al., 2014)

Monet ihmiset tuntevat murtavaa surua, masennusta, ahdistusta, syyllisyyttä ja vihaa traumaattisen kokemuksen jälkeen. Näiden ymmärrettävien emotionaalisten reaktioiden lisäksi PTSD-oireita on kolme päätyyppiä (Giving care, 2017):

### ***Takaumat ja painajaiset***

PTSD: n takaumat voivat olla niin realistisia, että tuntuu siltä, että elää traumaattisen kokemuksen läpi uudelleen. Sen lisäksi, että uhri näkee sen mielessään, hän voi myös tuntea tapahtuneen tunteet ja fyysiset tunteet - pelon, hikoilun, hajut, äänet, kivun. Tavalliset asiat voivat laukaista takaumat.

### ***Välttämiskäyttäytyminen ja turtuminen***

Traumaattisen kokemuksen eläminen uudestaan ja uudestaan voi olla liian järkyttävää käsitellä. Joten uhrin strategia on pitää mielensä kiireisenä uppoutumalla harrastuksiin, työhön tai ristikoiden tai palapelien tekemiseen. Uhrit yrittävät välttää paikkoja ja ihmisiä, jotka muistuttavat heitä traumasta, ja yrittävät olla puhumatta siitä. He voivat myös käsitellä näiden tunteiden tuskaa yrittämällä olla tuntematta mitään - tulemalla emotionaalisesti tunnottomaksi. Uhri päättää kommunikoida vähemmän muiden ihmisten kanssa, joiden on sitten vaikea elää tai työskennellä tällaisen henkilön kanssa. Itsetuhoinen käyttäytyminen, kuten alkoholismi, päihteiden väärinkäyttö, itsensä vahingoittaminen ja itsemurha-ajatukset, voivat myös seurata traumaattisen tapahtuman kokemusta.

### ***Valppaana oleminen***

Hyväksikäytön tai muiden traumaattisten tapahtumien uhrit saattavat huomata, että he pysyvät valppaina koko ajan, ikään kuin he olisivat huolissaan jatkuvasta vaarasta. He eivät voi rentoutua. Tätä kutsutaan ylivireydeksi. He tuntevat ahdistusta ja heidän on vaikea nukkua. Muut ihmiset huomaavat, että he ovat säikkyjä ja ärtyisiä.

### ***Muut oireet***

lihassärkyjä ja -kipuja

ripuli

rytmihäiriöitä

päänsäryt

masennus

unettomuus, toistuvat heräämiset

PTSD:n aiheuttamat psykoottiset oireet

/persoonallisuuden muutoksia

paniikkia ja pelkoa

alkoholin liikakäyttö

huumeiden (mukaan lukien kipulääkkeiden) käyttö

Tutkimukset osoittavat, että iäkkäillä naisilla voi olla suurempi riski kokea PTSD -oireita kuin vanhemmilla miehillä seksuaalisen ja fyysisen lähisuhdeväkivallan vuoksi (Dietlevsen, N. & Elklit, A. 2010, para 3). Vanhemmat naiset ovat kuitenkin yleensä alidiagnosoituja, ja heidän katsotaan useammin kärsivän masennuksesta, ahdistuksesta tai huonosta fyysisestä terveydestä PTSD:n sijaan. Sireyn ym. tutkimuksessa PTSD:n määrää havaittiin enemmän henkisen väkivallan (84, 6% vs. 52, 4%) ja fyysisen väkivallan (46, 2% vs. 23, 8%) uhreilla. (Sirey et al., 2018)

Roolimuutokset ja menetykset (eläkkeelle jääminen, lisääntyneet terveysongelmat, tulojen väheneminen, rakkaiden menetys, vähentynyt sosiaalinen tuki, kognitiivinen heikkeneminen, toiminnallinen heikkeneminen) voivat tehdä aiempien traumojen muistoista selviytymisen haastavammaksi vanhuudessa. PTSD -oireiden hallitsemiseksi varhaisessa ja keski-ikässä yksilöt voivat turvautua välttämiseen perustuviin selviytymisstrategioihin, kuten alkoholin liikakäyttöön. Sopeutuminen ja stressinsietokyky voivat kuitenkin kehittyä koko eliniän ajan ja tarjota runsaasti selviytymisresursseja.

### **PTSD:n arviointi ja hoito**

Täydellistä psyykkisen tilan tutkimusta, mukaan lukien kognitiivinen seulonta, suositellaan arvioimaan iäkkäitä potilaita PTSD:n (Kaiser et al., 2017) arvioimiseksi. On myös hyödyllistä seurata traumaa ja siihen liittyviä oireita. Vanhemmat aikuiset saattavat pyrkiä minimoimaan tapahtuman merkitystä, koska se on todennäköisesti tapahtunut kauan sitten.

PTSD:n hoitoon liittyy tyypillisesti sekä lääkitystä että psykoterapiaa (Lancaster et al. 2016. Evidence-Based Treatments).

- **Traumakeskeinen psykoterapia.** Muistellessaan trauman aiheuttanutta tapahtumaa, keskustellessaan siitä ja yrittäessään ymmärtää sitä mieli arkistoi nämä muistot normaalisti, jotta uhrin elämä voi jatkua.
- **Traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT).** Tämäntyyppinen terapia auttaa muuttamaan tapaa, jolla uhri ajattelee muistojaan,

mikä tekee niistä vähemmän stressaavia ja helpompia käsitellä. Rentoutumistekniikoita käytetään yleensä auttamaan kestämään trauman aiheuttaneeseen tapahtumaan liittyvien muistojen tuskaa helpommin.

- **Silmänliikkeillä poisherkeittäminen ja uudelleen prosessointi (EMDR).** Tässä hoidossa silmien liike auttaa aivoja käsittelemään toistuvia muistoja ja ymmärtämään vamman aiheuttaneen tapahtuman.
- **Ryhmäterapia.** Keskustelut ihmisryhmässä, joka on kokenut samanlaisia tapahtumia, auttavat hälventämään eristyneisyyden ja yksinäisyyden tunteita.
- **Lääkityksenä** voivat olla psykoosia estävät lääkkeet sekä ahdistuneisuus- ja masennuslääkkeet. Masennuslääkkeet vähentävät traumaperäisen stressin oireiden vakavuutta ja lievittävät masennusta. Jos nämä toimenpiteet osoittautuvat tehokkaiksi, niitä olisi jatkettava noin vuoden ajan ja lopetettava ne hitaasti. Jos oireet häiritsevät unta ja ajattelun selkeyttä, rauhoittavat voivat auttaa, mutta niitä ei pidä ottaa yli 10 päivää.
- **Liikuntaharjoittelu.** Fysioterapia, hieronta, akupunktio, vyöhyketerapia, jooga tai meditaatio voivat antaa mahdollisuuden hallita stressiä ja vähentää jatkuvan valmiuden ja jännityksen tunnetta.

Henkilölle tulee laatia hoitosuunnitelma, joka on räätälöity hänen yksilöllisiin oireisiinsa, mukaan lukien ikääntyneen asumisjärjestelyt, taloudelliset mahdollisuudet ja riippumattomuus. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ohjeet viittaavat siihen, että traumakeskeisiä psykologisia hoitoja (CBT tai EMDR) olisi tarjottava ensisijaisesti ennen lääkitystä aina kun se on mahdollista.

### **PTSD:n itsehoito**

Itsehoitotoimet ovat samanlaisia kuin väkivallan uhrien yleiset itsehoito-ohjeet; turvallisuussuunnittelu, psykologisten ja emotionaalisten vahvuuksien etsiminen ja väkivallan aiheuttaman trauman käsitteleminen.

On kuitenkin huomattava, että niiden käyttöä tukevia todisteista ei ole tutkittu. Alla olevia toimia suositellaan myös ammattilaisille, jotka työskentelevät väkivallan uhrien kanssa ammatillisen työuupumuksen ehkäisemiseksi (Perttu & Laurola, 2020, s. 85-86).

## Apua tuovat strategiat

- palaa tavallisiin rutiiniisi, töihin
- syö ja liiku säännöllisesti
- puhu tapahtumasta jollekin, johon luotat
- ole perheen ja ystävien kanssa
- kokeile rentoutusharjoituksia, vietä aikaa luonnossa
- muistuta itseäsi siitä, että sinulla on vahvuuksia
- auta muita, ryhdy esim. vapaaehtoiseksi
- ole varovaisempi yleensä - onnettomuudet ovat todennäköisempiä stressin alaisena


## 6. AMMATILLINEN TYÖUUPUMUS

---

### Kysymistä/seulontaa suorittavien ammattilaisten tukemisen strategiat

In practical research and test implementations of the screening process some participants reported “not documenting the information because of confidentiality issues and unclear procedures” (Couture et al. 2016, p. 17). In focus groups that followed the tests they mentioned that maintaining a relationship of trust is more important for some social and health care professionals than discussing older adult mistreatment with potential victims. In such situations having a specific procedure in place and a training addressing the confidentiality questions would ensure that implementation of the screening procedure happens with a full span, and is not dependent on the biased approach and uneven competences among the professionals.

Kysymisen/seulonnan prosessin käytännön tutkimuksissa jotkut ilmoittivat ,että "tietoja ei dokumentoitu luottamuksellisuusongelmien ja epäselvien menettelyjen vuoksi" (Couture et al. 2016, s. 17). He mainitsivat, että luottamussuhteen ylläpitäminen on joillekin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille tärkeämpää kuin lähisuhdeväkivallan mahdollisten uhrien kanssa keskusteleminen. Toinen tutkimuksesta johtuva huolenaihe on, että seulontavälinettä eivät käytä erityisesti kokeneemmat ammattilaiset, jotka ajattelivat aistivansa väkivallan vihjeet tarvitsematta esittää useita kysymyksiä. Kuitenkin



Kysymisen/seulonnan väline tarjoaa rakenteen ja tuen vähemmän kokeneiden työntekijöiden työlle. (Powell et ai., 2015, Discussion).

**Valvonta ja seuranta voi olla:**

- kysymisen/seulonnan menettelyä koskeva koulutus
- jatkuva valvonta ja tilanteen seuranta
- kunkin sosiaalityöntekijän/terveydenhuollon ammattilaisen tapauskuorman arviointi
- viikoittain 30 minuutin henkilökohtaiset tapaamiset esihenkilön kanssa ja keskustelua tapauksista.

# Oppimisharjoitukset

## HARJOITUS – TARRALAPPUHARJOITUS

---

**Menetelmä:** Yksilö/ryhmätyö

**Tarvikkeet ja materiaali:** Tarralappuja jokaiselle osallistujalle

**Aika:** 40 min.

**Ohjeet:** Anna kaikille osallistujille useita tarralappuja. Pyydä heitä kirjoittamaan tarralapuille tunteet tai tilanteet, joita he odottavat kokevansa ammattilaisena, joka työskentelee mahdollisten ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan uhrien kanssa maassaan, organisaatiossaan, kulttuurissaan tai tukijärjestelmässään. Pyydä heitä käyttämään yhtä tarralappua jokaiselle tunteelle tai tilanteelle, jonka he voivat ajatella.

Kun kaikki ovat kirjoittaneet tarralapuille tunteita tai tilanteita, ohjaaja kerää ne ja asettaa ne seinälle/fläppitaululle ryhmittelemällä ne luokkiin yhteistyössä osallistujien kanssa.

### **Yhteinen loppukeskustelu**

Esimerkiksi: Mitkä tilanteet/tunteet olivat useimmiten yhteisiä osallistujille?


Millaista tukea he tarvitsisivat?

## Viitteet

1. Active Citizenship Network 2002, *European Charter of Patients' Rights*, viewed 30 May 2021, [https://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co108\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf)
2. Centre for Family Support, viewed May 30th, 2021, [http://centrumwsparciarodziny.pl/images/przemoc/plan\\_bezpiecze%C5%84stwa.pdf](http://centrumwsparciarodziny.pl/images/przemoc/plan_bezpiecze%C5%84stwa.pdf)
3. Couture, M, Soulièreset, M, Israël, S & Sasseville, M 2016, 'Implementing a Systematic Screening Procedure for Older Adult Mistreatment Within Individual Clinical Supervision: Is It Feasible?', *Journal of Interpersonal Violence*, 1–21, doi: 10.1177/0886260516662851.
4. Dietlevsen N & Elklit A 2010, 'The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder?', *Annals of General Psychiatry* 9, 32, doi: 10.1186/1744-859X-9-32
5. European Institute for Gender Equality 2019, viewed 12 September 2021, <https://eige.europa.eu/publications/sexism-at-work-handbook/part-1-understand/what-sexism>
6. Eurostat 2020, *Mental health and related issues statistics 2020*, viewed 12 September 2021, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental\\_health\\_and\\_related\\_issues\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics)
7. Chang, ES & Levy BR 2021, 'High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, doi: 10.1016/j.jagp.2021.01.007
8. Choi, Y. J., O'Donnell, M., Choi, H. B., Jung, H. S., & Cowlshaw, S. (2018). Associations among elder abuse, depression and PTSD in South Korean older adults. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1948.
9. Stowarzyszenie INTRO and Wrocław Commune, Kampania Przemoc (Campaign: Abuse) 2021, viewed 20 May 2021, [https://www.kampaniaprzemoc.pl/przemoc\\_wobec\\_osob\\_starszych.php](https://www.kampaniaprzemoc.pl/przemoc_wobec_osob_starszych.php)
10. Killick, C & Taylor, BJ, 2009, 'Professional decision making on elder abuse: Systematic narrative review.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 211-238. doi: 10.1080/08946560902997421
11. Kramer, D et al. 2009, 'Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment', *International Journal of Psychiatry Medicine*, 2009;39(4):345-58, doi: 10.2190/PM.39.4.a
12. Lancaster, C L., Teeters, J B., Gros, D F., Back S E, 2016, 'Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment', *Journal of Clinical Medicine*, 5 (11), doi: 10.3390/jcm5110105



13. National Domestic Violence Hotline, viewed 31 May 2021, <https://www.thehotline.org/create-a-safety-plan/>
14. Perttu, S & Laurola, H, 2020, 'How to Identify and Support Older Victims of Abuse. A training handbook for professionals, volunteers and older people', Tartu, Estonia, viewed 20 May 2021, [https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova\\_Training-handbook\\_ENG.pdf](https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova_Training-handbook_ENG.pdf)
15. Polish Government Portal, Help for people affected by domestic violence, viewed 31 May 2021, <https://www.gov.pl/web/gov/skorzystaj-z-pomocy-dla-osob-dotknietych-przemoca-w-rodzynie>
16. Powell, BJ, Waltz, TJ, Chinman, MJ, Damschroder, LJ, Smith, JL, Matthieu, MM, Kirchner, JE, 2015, 'A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project.' *Implementation Science*, 10, Article 21, viewed 20 May 2021, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0209-1>
17. Royal College of Psychiatrists, Public Education Committee, 2015, viewed 30 May 2021, <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-traumatic-stress-disorder?searchTerms=post%20traumatic>
18. Schmeidel, AN, Daly, JM, Rosenbaum, ME, Schmuck, GA & Jogerst, GJ, 2012, 'Healthcare professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 17-36, doi: 10.1080/08946566.2011.608044
19. Sirey, J., Scher, C., & Solomonov, N. (2018). PTSD AMONG ELDER ABUSE VICTIMS WITH DEPRESSED MOOD. *Innovation in Aging*, 2(Suppl 1), 989.
20. Stolee, P, Hiller, LM, Etkin, M. & McLeod, J, 2012 "Flying by the seat of our pants": Current processes to share best practices to deal with elder abuse.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 179-194.
21. Szukalski, P, 2009, 'Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne' ('Ageism - individual and institutional manifestations') in Halicka M, Halicki J & Czykier K. (ed), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy. (Adult and senior man in a situation of violence)*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, pp. 59-68.
22. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, World Population Ageing 2020 Highlights, 2020, viewed 12 September 2021, [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un\\_pop\\_2020\\_pf\\_ageing\\_10\\_key\\_messages.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf)
23. Violence Against Women and Girls (VAWG) Resource Guide | Brief on Violence Against Older Women, 2016, viewed 12 September 2021, [https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/vawg\\_brief\\_on\\_older\\_women.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/vawg_brief_on_older_women.pdf)

- 
24. WHO, <https://www.who.int/health-topics/elder-abuse>
  25. WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
  26. WHO, 2013, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, viewed 1 September 2021, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595\\_eng.pdf;jsessionid=FC840BCE28885E4120EB13558CF6FDEE?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=FC840BCE28885E4120EB13558CF6FDEE?sequence=1)
  27. WHO. (2015). World report on ageing and health. Geneva: Author. See also: Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.

## **Koulutuksen tulosten arviointi**

Seuraavien kysymysten avulla voit arvioida osallistujien tiedon lisääntymistä.

1. Keskeiset elementit useimmissa ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan määritelmässä ovat: yksittäinen tai toistuva teko tai asianmukaisten toimenpiteiden puute missä tahansa vuorovaikutussuhteessa, jolta odotetaan luottamusta ja joka haavoittaa fyysisesti tai henkisesti ja tuottaa fyysistä tai henkistä pahoinvointia. Lähisuhdeväkivallan ja laiminlyönnin tekijä voi olla (omais)hoitaja tai muu luottamussuhteessa oleva henkilö.

Oikein vai väärin?

2. Selittämättömät putoamiset ja vammat, määrittelemättömistä syistä johtuvat murtumat, epätavallisissa paikoissa tai epätavallisen muotoiset palovammat ja mustelmat, viillot,

sormenjäljet tai muut merkit fyysisestä rajoittamisesta sekä iholla jäljet, jotka viittaavat henkilön sitomiseen tai kiinni pitämiseen, voivat olla fyysisen väkivallan merkkejä.

Oikein vai väärin?

**3.** Mitkä seuraavista ovat ikääntyneisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan riskitekijöitä?

- a) Ikääntyneen riippuvuus avusta ja huonokuntoisuus
- b) Ikääntyneen mielenterveysongelmat
- c) Naissukupuoli
- d) (Omais)hoitajien tuki- ja koulutuspalvelujen puute
- e) Kaikki edellä mainitut

**4.** Termi "rutiini-/systemaattinen kysyminen" viittaa lähisuhdeväkivallan seulontaan, jossa ei toteudu kaikki kansanterveyden parantamiseen liittyvät tieteelliset kriteerit.

Oikein vai väärin?

**5.** Positiivinen seulontatulokset tarkoittaa:

- a) että lähisuhdeväkivaltaa on tapahtunut
- b) että tilannetta tulisi selvittää lisää
- c) että henkilö ei ole lähisuhdeväkivallan uhri

**6.** Seulonta/lähisuhdeväkivallasta kysyminen muistisairausoireiselta henkilöltä verrattuna henkilöön, jolla ei ole muistisairausten oireita, on:

- a) haastavampaa
- b) vähemmän haastavaa
- c) samanlaista

**7.** Millä tavoin suostumus lähisuhdeväkivallasta kysymiseen/seulontaan voidaan antaa?

- a) Epäsuorasti (esimerkiksi, jos haastateltava vastaa kyselyyn vastustamatta sitä)
- b) Suoraan (suostuu kysyttäessä osallistumaan kyselyyn/seulontaan, joko suullisesti tai kirjallisesti)
- c) Kaikilla edellisillä tavoilla

**8.** Jos ammattilainen keskustellessaan ikääntyneen kanssa epäilee tämän olevan lähisuhdeväkivallan kohteena, hänen on aina ilmoitettava siitä.

Oikein vai väärin?

**9.** Kun ammattilainen dokumentoi ikääntyneen kertomusta lähisuhdeväkivallasta, hänen tulee kirjata hänen kertomuksensa sanatarkasti (käyttäen ikääntyneen omia ilmaisuja).

Oikein vai väärin?

**10.** Mitkä seuraavista ovat traumaperäisen stressihäiriön oireita (PTSD)?

- a) Takaumat ja painajaiset
- b) Välttäminen ja tunteiden jäädytys
- c) Jatkuva varuillaan oleminen
- d) Kaikki edelliset

**11.** Mitkä seuraavista ovat hyödyllisiä itsestä huolehtimisen tapoja traumaperäisen stressihäiriön itsehoidossa?

- a) puhu tapahtumasta jollekin, johon luotat
- b) uppoudu harrastuksiin ja työntekoon
- c) yritä välttää paikkoja ja ihmisiä, jotka muistuttavat sinua tapahtuneesta

**12.** Mitkä seuraavista asioista voivat estää ikääntynyttä kertomasta kokemastaan lähisuhdeväkivallasta?

- a) Samanaikainen häpeän tunne ja samalla halukkuus huolehtia väkivallan tekijästä
- b) Syyllisyys
- c) Toivo paremmasta
- d) Pelko
- e) Kaikki edelliset

### **Oikeat vastaukset:**

1. Oikein
2. Oikein
3. e) Kaikki edelliset
4. Oikein
5. b) että tilannetta tulisi selvittää lisää
6. a) haastavampaa
7. c) Kaikilla edellisillä tavoilla
8. Väärin
9. Oikein
10. d) Kaikki edelliset
11. a) Puhu tapahtumasta jollekin, johon luotat
12. Kaikki edelliset

