



SAVE

IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAN VÄKIVALLAN SEULONTA

MITÄ TIEDÄMME IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAN VÄKIVALLAN SEULONNASTA: SAVE -HANKKEEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

2020-1-PL01-KA202-081643



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

WWW.PROJECTSAVE.EU

Kirjoittajat:

Fundinho, J. F., School of Psychology (Epsi), University of Minho, Portugal

Machado, M. M., School of Nursing (ESE), University of Minho, Portugal

Petronilho, F. A., School of Nursing (ESE), University of Minho, Portugal

Ferreira-Alves, J., School of Psychology (Epsi), University of Minho, Portugal

Yhteistyössä SAVE -hankkeen jäsenet:

Boccaletti L., Milianta S., ANS soc. coop. soc. , Italy

Melon M.C., Grassi S., Patuzzo M., CADIAI soc. coop. soc., Italy

Papastavrou E., Cyprus University of Technology | Nikolaidou E., Charitou P., Cyprus State Health Services Organisation, Community Nursing, Cyprus

Perttu S., Empowering Old Age Coop - Osk VoiVa, Finland

Kacprzykowska A., Rogalska E., Daab M., PCG Polska, Poland

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.

Kirjallisuusviite:

Fundinho, F., Machado, M., Petronilho, F. and Ferreira-Alves, J. (2021) *What we know about screening older adults for mistreatment: results from the SAVE Project literature review*. Available at: <https://www.projectsave.eu/>

Yhteistyökumppanit

Tämä kirjallisuuskatsaus on tuotettu "SAVE – Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonta" -hankkeessa No. 2020-1-PL01-KA202-081643

- PCG Polska Sp. z o.o. - Poland (koordinaattori)
- VoiVa - Finland
- Anziani e non solo - Italy
- Cooperativa assistenza disabili infermi anziani infanzia – Italy
- Universidade do Minho – Portugal
- Cyprus University of Technology – Cyprus

Tuotteen kehittämistyötä koordinoi Universidade do Minho – Portugali

Sisältöluettelo

Sisältöluettelo.....	3
Yhteenvedo.....	1
Tausta	1
Kirjallisuuskatsauksen metodologia.....	1
Tulokset	1
Johtopäätökset.....	2
1. Johdanto	2
Kirjallisuuskatsauksen tavoitteet.....	7
Kirjallisuuskatsauksen metodologia.....	7
Tulokset	11
Kysymys 1: Mitä perusteluja käytetään seulontaprosessin puolesta tai sitä vastaan? .	11
Kysymys 2. Mitkä ammattilaiset tekevät seulontaa, missä yhteyksissä ja miten ammattilaiset ja ikääntyneet suhtautuvat seulontaan?	16
Kysymys 3: Mitä seulontavälineitä käytetään, missä maissa ja mitkä ovat niiden psykometriset ominaisuudet?.....	17
Johtopäätökset.....	22
Lähdeluettelo.....	24
Liite I.....	30
Seulontavälineiden lähdeluettelo.....	32

Yhteenveto

Tausta

Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on laajalle levinnyt ilmiö maailmanlaajuisesti. Seulontavälineiden käyttäminen väkivaltatapausten tunnistamiseen voisi olla hyödyllinen strategia, jolla tuetaan ammattilaisia väkivallan merkkien ja indikaattoreiden tunnistamisessa ja jonka perusteella voidaan tehdä kattavampia arviointeja. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on vastata seuraaviin kysymyksiin: 1) mitä perusteita voidaan käyttää seulontaprosessin puolesta tai sitä vastaan? 2) mitkä ammattilaiset suorittavat seulontaa, missä yhteyksissä ja miten ammattilaiset ja ikääntyneet kokevat seulonnan? 3) mitä seulontavälineitä käytetään, missä maissa ja mitkä ovat niiden psykometriset ominaisuudet?

Kirjallisuuskatsauksen metodologia

Kirjallisuutta tarkasteltiin järjestelmällisesti. Kahdeksan tietokantaa tutkittiin käyttämällä useita avainsanojen "ikäntyneisiin kohdistuva väkivalta", (elder abuse) "kaltoinkohtelu", (mistreatment) "ikäntyneet", (older adults) "väkivalta", (violence), "seulonta" (screening), "arviointi" (assessment) ja "mittaus" (measurement) yhdistelmiä.

Tulokset

Löysimme 7386 lähdeviittausta, jotka analysoitiin ennalta vahvistettujen kriteerien mukaisesti. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen 19 relevanttia julkaisua, toiseen kysymykseen 25 ja kolmanteen kysymykseen 87.

Seulonnan puolesta esitetyt perustelut osoittavat, että tapausten tunnistaminen on avainasemassa interventiossa. Seulonta edistää ikääntyneiden turvallisuutta ja hyvinvointia ja auttaa tarvittaessa väkivallasta ilmoittamisen oikeudellisessa vastuussa. Se tarjoaa myös arvioinnille perustan, lisää ammatillista tietoisuutta ongelmasta ja ohjaa käyttäjiä järjestelmällisen havainnointi- ja dokumentointiprosessin avulla varmistamaan, että ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta ei jää huomiotta. Seulonnan vastaisina perusteina ovat aikaa vievä seulonnan toteuttaminen, väärät negatiiviset/positiiviset tulokset ja seulonnan mahdolliset seuraukset ikääntyneille henkilöille, heidän perheilleen ja ammattilaisille. Seulonnan vastaisiksi perusteluiksi on myös ilmoitettu tiedon puute ikääntyneiden seulonnan haittavaikutuksista ja niiden vaikutuksesta käytännön prosessiin, kustannukset ja seulonnan aikavaatimus.

Seulontaa suorittavat pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Sairaanhoitajia, lääkäreitä ja sosiaalityöntekijöitä ilmoitettiin usein ensisijaisiksi ammattilaisiksi, jotka seuloivat väkivaltaa. Ikääntyneiden itsensä seulontaprosessiin liittyvistä mielipiteistä löytyi hyvin vähän tietoa.

Seulontavälineistä kirjallisuudessa mainittiin 37 instrumenttia. Näistä kahdeksaa välinettä käytettiin vain tutkimuksissa, eikä niitä ole vielä testattu kenttäkokeilla. Jäljellä olevat 29 välinettä voidaan jakaa neljään luokkaan: 1) suoriin väkivaltakysymyksiin perustuvat seulontavälineet, jotka ovat lyhyitä ja monipuolisia kyllä/ei-kyselylomakkeita, ja joita eri ammattilaiset käyttävät useissa eri yhteyksissä: 2) havainnointiin tai

laajaan arviointiin perustuvat seulontamenettelyt, jotka ovat aikaa vieviä ja vaativat laajaa koulutusta ja ammattitaitoa, mutta jotka ovat myös tarkempia; 3) seulontavälineet, joissa täsmennetään väkivallan tekijä, keskitytään tiettyihin suhteisiin ja jotka usein edellyttävät epäiltyyn tekijään kohdistuvaa arviointia; 4) seulontavälineet yhden väkivallan muodon arvioimiseen. Näistä neljästä kategoriasta suorat kysymysvälineet ovat joustavampia, mukautuvampia ja helppokäyttöisempiä, mutta myös vähemmän luotettavia.

Johtopäätökset

Ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa käsittelevä kirjallisuus viittaa useisiin perusteluihin sekä seulonnan puolesta että sitä vastaan. Vaikka on selvää, että seulonta on tärkeä väline, jolla herätetään epäilyksiä väkivallasta, tehokkaiden ja käytännöllisten välineiden puute ja seulonnan mahdollisten kielteisten seurausten tuntemattomuus ovat tärkeitä tekijöitä harkittaessa seulontaohjelmien täytäntöönpanoa. Tarvitaan lisää tutkimusta näiden puutteiden korjaamiseksi ja ammattilaisten auttamiseksi, jotta he voivat tehdä tietoon perustuvia päätöksiä. Seulontavälineiden käytön mahdolliset positiiviset vaikutukset ikääntyneille on erityisen hyödyllistä koulutettaessa ikääntyneitä kohtaavia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Näin ollen näiden ammattilaisten kouluttaminen hyviin seulontakäytäntöihin on olennaisen tärkeää seulonnan saamiseksi joustavaksi, ja jotta sillä voidaan lisätä tietoisuutta ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta ja edistää laajempaa näkemystä väkivaltaan johtavista olosuhteista ja muista tekijöistä.

1. Johdanto

Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on yhä enemmän huolen aihe nykyajan yhteiskunnissa. Tähän liittyen SAVE -hanke (www.projectsave.eu) aloitettiin vuoden 2020 lopussa Puolan, Suomen, Italian, Portugalin ja Kyproksen yhteistyönä tarkoituksena edistää ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tunnistamista ja interventiodien kehittämistä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kouluttamista käyttämään seulontavälineitä.

Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta ilmiönä

Ikääntyneisiin kohdistuvaan väkivaltaan liittyvä perustieto edellyttää vastauksia neljään kysymykseen:

Mitä on ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta? (tai miten se määritellään);

Kuinka monet ikääntyneet kokevat väkivaltaa? (tai mikä on sen yleisyys);

Miksi sitä tapahtuu? (tai millaiset teoriat selittävät sitä?), ja

Miten ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa tunnistetaan?

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan määrittely

Käsite on muuttunut ajan myötä, mikä osoittaa tietämyksen kehityksen tällä alalla. Tieteellisessä kirjallisuudessa voimme ensin seurata tätä käsitettä lääketieteellisessä lehdessä käytyyn kirjeenvaihtoon lääkäreiden kesken. He havaitsivat, että joillakin heidän vanhemmilla naispotilaillaan oli merkkejä fyysisestä väkivallasta, pääasiassa sopimattoman hoidon vuoksi (Baker, 1975; Burston, 1975).

Keskustelun seurauksena syntyi termi "isoäiotien pahoinpitely" ("granny battering"), jolla kuvattiin aikuisten lasten äiteihinsä kohdistamaa fyysistä väkivaltaa. Käsite omaksuttiin lapsiin kohdistuvasta väkivallasta ("baby battering").

Seuraavina vuosikymmeninä isoäiteihin kohdistuvan väkivallan käsitteeseen liitettiin lisää näkökohtia, jotka antoivat siitä laajemman kuvan. Tähän käsitteelliseen laajentumiseen kuului mahdolliset uhrin, tekijät ja kontekstit, joissa väkivaltaa tapahtuu. Näitä muutoksia on kuvattu julkaisussa Mysyuk, Westendorp and Lindenberg, 2013. Käsite huipentui Maailman terveysjärjestön (WHO) Toronton julistukseen (World Health Organization, 2002, p. 3):

"Ikääntyneisiin kohdistuvalla väkivallalla tarkoitetaan yhtä tai toistuvaa tekoa tai niiden puuttumista, joka tapahtuu missä tahansa suhteessa, jossa odotetaan luottamusta, ja joka aiheuttaa haittaa tai kärsimystä vanhemmalle henkilölle."

Järjestö Action on Elder Abuse ehdotti ensimmäisenä tätä määrittelyä (Action on Elder Abuse, 1995). WHO:n ehdottamaa ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan ja kaltoinkohtelun määritelmää voidaan pitää yleisenä määritelmänä. WHO:n määritelmä on useimmiten eri kansainvälisten tahojen käyttämä, kuten esimerkiksi maailmanlaajuisen verkoston International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA).

Toronton julistus toi käsitteeseen kansanterveyden näkökulman. Tässä määritelmässä otetaan huomioon useita väkivallan muotoja: fyysisen, henkisen, seksuaalisen, taloudellisen ja hoidon laiminlyönnin. Vaikka tästä väkivallasta ei ole yleisesti hyväksyttyä luokittelua ja terminologia vaihtelee hieman, on olemassa viisi väkivallan muotoa, joista ollaan yksimielisiä (Action on Elder Abuse, 1995; World Health Organization and International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002; American Psychological Association, 2012):

Fyysinen väkivalta: kivun tai vamman aiheuttamista, fyysistä pakottamista, fyysistä tai kemiallista rajoittamista;

Henkinen/emotionaalinen väkivalta: emotionaalisen tai henkisen ahdistuksen aiheuttamista;

Seksuaalinen väkivalta: mikä tahansa ei-yhteisymmärrykseen perustuva kontakti;

Taloudellinen väkivalta/hyväksikäyttö: ikääntyneen varojen tai resurssien laitton, epäasianmukainen tai luvaton käyttö;

Hoidon laiminlyönti (ja hylkääminen): tahallinen tai tahaton laiminlyönti tai kieltäytyminen huolenpitovelvoitteiden täyttämisestä.

Näiden viiden muodon lisäksi tutkijat ja poliittiset päättäjät ehdottavat itsensä laiminlyöntiä (self-neglect). Itsensä laiminlyönti voidaan määritellä ikääntyneen itsensä tahattomaksi käytökseksi, joka uhkaa hänen omaa terveyttään tai turvallisuuttaan (NCEA, no date). Koska itsensä laiminlyönnissä väkivallan tekijä itse, se usein jätetään pois luokittelusta. Muut väkivallan muodot voivat olla myös oikeuksien kieltäminen (De Donder *et al.*, 2011) tai hengellinen väkivalta (Department of Justice Canada, 2009).

Väkivallan viisi muotoa antavat vaikutelman niiden erillisyydestä. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että väkivallan kohteena olevat ikääntyneet kokevat usein useamman kuin yhtä väkivallan muotoa. Hyvä ja tunnettu esimerkki on henkinen väkivalta, joka esiintyy usein muiden muotojen rinnalla (Anetzberger, 1998). Toisaalta, mitä tahansa väkivaltaa voidaan pitää myös henkisenä väkivaltana (fyysistä väkivaltaa voidaan pitää myös nöyryytyksen muotona ja siten henkisen väkivallan muotona).

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan yleisyys

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan yleisyyttä on hyvin vaikea arvioida. On otettava huomioon useita tekijöitä, varsinkin jos haluamme vertailla esiintyvyytlukuja. Erilaiset menetelmät (esim. henkilökohtaiset haastattelut, puhelinhaastattelut, tietokanta-analyysi, seulontavälineet) johtavat usein vastakkaisiin lukuihin. Siksi esiintyvyytlukujen tarkkuuteen on suhtauduttava varovaisesti. On kuitenkin kiistatonta, että väkivaltaa tapahtuu.

Esiintyvyytutkimus, joka kohdistui kotona asuviin ikääntyneisiin, sisälsi tutkimuksia 28 maasta (Yon *et al.*, 2017). Tämä mahdollisti tarkemman käsityksen saamisen ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan maailmanlaajuisesta yleisyydestä. Niiden tulokset osoittavat, että ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa esiintyy yhteiskunnissa keskimäärin 15,7%. Fyysisen väkivallan määräksi arvioitiin 2,6 prosenttia, seksuaalisen väkivallan 0,9 prosenttia, henkisen väkivallan 11,6 prosenttia, taloudellisen väkivallan 6,8 prosenttia ja hoidon laiminlyönnin määrä oli 4,2 prosenttia.

Taulukossa 1 esitetään ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan esiintyvyys Save-hankkeen kumppanimaissa. Kuten voidaan nähdä, tämä väkivalta on laajalle levinnyttä Euroopassa. Kyproksen osalta ei ollut tiedossa tutkimuksia.

Taulukko 1 – Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan yleisyys SAVE -hankkeen kumppanimaissa

Puola (Filipska <i>et al.</i> , 2019)	Suomi (de Donder <i>et al.</i> , 2011)	Italia (Badenes-Ribera, Fabris and Longobardi, 2021)	Portugali (Gil <i>et al.</i> , 2014)	Kypros
38.5%	25.1%	20.1%	12.3%	-

Väkivaltaa selittäviä teorioita

Väkivallan ymmärtämisen kannalta on tärkeää selittää, miksi sitä tapahtuu ja mitkä prosessit ovat sen taustalla. Vaikka väkivallan syitä ei vielä tiedetä, sille on useita teoreettisia selityksiä. Ne tarjoavat taustaa väkivallan käsitteellistämiseksi ja perustan ennaltaehkäiseville strategioille.

Äskettäisessä järjestelmällisessä katsauksessa havaittiin kolmesta tällä alalla käytettyä teoriaa ja mallia (Fundinho, Pereira ja Ferreira-Alves, 2021), vaikka niitä saattaa olla enemmän. Tässä kuvaamme vain lyhyesti kolmen useimmin käytetyn teorian pääajatuksia.

Hoitavan henkilön kokemana hoitotaakka ja stressi (Caregiver Stress Theory) on luultavasti useimmin mainittu teoreettinen viitekehys, jota käytetään selittämään ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa (Wilber ja McNeilly, 2001). Se on kuitenkin yksi kritisoiduimmista teorioista (Brandl ja Raymond, 2012). Tämän teoreettisen hypoteesin mukaan väkivalta liittyy tilanteeseen, kun hoitaja kohtaa resurssijaan tai selviytymiskykyään suurempia haasteita. Tuloksena on stressitason nousu ja taakan tunne. Ylikuormitettu hoitaja ei todennäköisesti tarjoa parasta mahdollista hoitoa ja kohdistaa turhautumisensa hoidon saajaan

(Mathew ja Nair, 2017). Tätä teoriaa on kritisoitu useista kohdista, mutta lähinnä siitä, että sitä käytetään strategiana syyttää uhria ja vähentää väkivallan tekijän vastuuta (Brandl ja Raymond, 2012).

Sosiaalisen oppimisen teoria on Albert Banduran (1978) kehittämä teoria, jota on sovellettu myös aggressiivisen käyttäytymisen oppimiseen. Sosiaalisen oppimisen teoria olettaa, että väkivaltainen käyttäytyminen opitaan havainnoimalla ja siten mallinnetaan käyttäytymisvalikoimaan. Sitten väkivalta opitaan sykliseksi, minkä vuoksi tätä lähestymistapaa kutsutaan myös väkivallan teorian kierteeksi.

Sosiaalisen vaihdon teoria (Social Exchange Theory) ei ole itsenäinen teoria, vaan pikemminkin se on johdettu eri aloilta, kuten sosiologiasta, psykologiasta ja taloudesta. Sosiaalisen vaihdon mukaan jokainen sosiaalinen vuorovaikutus on materiaalin (esim. rahan) tai aineettomien tavaroiden vaihtoa (esim. sosiaalinen hyväksyntä). Jokaisesta vuorovaikutuksesta mukana olevat henkilöt yrittävät maksimoida palkinnot mahdollisimman pienin kustannuksin. Jos molemmat vaihtoon osallistuneet henkilöt pitävät sitä palkitsevana ja oikeudenmukaisena kustannusten ja palkkioiden oikeudenmukaisella jakautumisella vuorovaikutus on molemminpuolisesti tyydyttävää ja tasapainoista (Homans, 1961; Blau, 1964). Jos vaihtoa pidetään epäoikeudenmukaisena, tasapaino katkeaa ja epäoikeudenmukaisuutta kokeva henkilö voi turvautua väkivaltaan saadakseen korvausta. Jotkut kirjoittajat ovat ehdottaneet, että ikääntyneet ovat tässä sosiaalisessa vaihdossa epäedullisessa asemassa verrattuna muihin aikuisiin. He eivät vastavuoroisesti anna yhtä paljon kuin saavat. Tämä johtuu pääasiassa heidän heikentyneestä sosiaalisesta asemastaan ja ikään liittyvästä henkilökohtaisten resurssien vähenemisestä (Dowd, 1975).

Nämä teoriat ja muut kirjallisuudessa mainitut teoriat eivät sulje toisiaan pois, vaan ovat usein vain osa selityksestä. Lisäksi tutkimus ei tue kaikkia teorioita samassa määrin (järjestelmällinen tarkastelu esitetään useista teorioista: Fundinho, Pereira ja Ferreira-Alves, 2021).

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan arviointi

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tunnistaminen on monimutkainen asia, joka vaatii usein monialaista lähestymistapaa. Tunnistaminen on haastavaa eri syistä. Väkivalta ilmenee monin eri tavoin (Lachs ja Pillemer, 2004; Cohen, 2011). Terveystieteiden ammattilaisten on todettu olevan keskeisessä asemassa väkivallan havaitsemisessa (Lachs ja Pillemer, 2004), samoin ovat sosiaalialan työntekijät ja lainvalvontaviranomaiset.

Väkivallan havaitsemiseksi on useita menetelmiä ja prosesseja. Fundinho ja Ferreira-Alves (2019) mainitsevat kolme menetelmää, jotka ovat havaitsemisprosessien alussa:

Ikääntynyt kertoo itse väkivallasta (self-revelation). Tämä ilmoitus voidaan tehdä terveydenhuollon ammattilaiselle (sairaanhoidajalle tai lääkärille), sosiaalityöntekijälle, oikeuslaitokselle, lainvalvontaviranomaisille, hänen sosiaaliseen verkostoonsa (ystävä tai perheenjäsen) tai kenelle tahansa.

Kantelu/valitus viranomaiselle: kun on tehty kantelu/valitus mille tahansa oikeudelliselle taholle (lainvalvonta, tuomioistuimet), riippumatta siitä, onko se nimetön vai ei, todisteiden tai epäilyjen perusteella.

Seulontamenetelmien käyttö: kun seulonnan tulos on positiivinen. Seulontamenettelyä voi käyttää epäilyksen tai rutiinin perusteella kuka tahansa ammattilainen, jolla on siihen taito, missä tahansa tilanteessa, jossa seulonta on mahdollista.

Seulontaprosessi: mitä tiedämme ja mitä meidän tulisi tietää

Seulonnan käsite on peräisin epidemiologian alalta, ja se on tällä hetkellä julkisten terveydenhuoltojärjestelmien ytimessä (Lachs ja Pillemer, 2004). Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontamenettelyjä on ehdotettu jo jonkin aikaa, ja kansanterveydellisestä näkökulmasta niitä pidetään erityisen merkityksellisiä.

Ikääntyneiden hyväksikäytön seulontamenettelyjä on kokeiltu useissa yhteyksissä, mutta erityisesti korostetaan terveydenhuoltoa ja sosiaalityön ympäristöä. Terveydenhuoltojärjestelmän merkitys korostuu erityisesti Caldwellin, Gildenin ja Muellen (2013) väkivallan seulonnan määritelmässä "perhe- ja lähisuhdeväkivallan aiheuttamien haittojen tai haittojen riskin arvioimisena oireettomilla henkilöillä terveydenhuollon ympäristössä". (s. 20). Muut kontekstit ovat kuitenkin yhtä tärkeitä, mutta luetteloa ammattilaisista ja konteksteista, joissa seulonta suoritetaan, ei ole koskaan koottu järjestelmällisesti, minkä vuoksi seulontamenettelyjen soveltamisen laajuutta ei tiedetä.

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonta ei eroa sairauden seulonnasta. Tavoitteena on havaita varhaisessa vaiheessa tapaukset, joissa sitten edetään yksityiskohtaiseen arviointiin. Erilaiset seulontalomakkeet auttavat ammattilaisia päättämään asianmukaisesti, mitkä olosuhteet edellyttävät seurantaa (Ejaz ym., 2001). Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontaan on useita eri muotoja. Cohen (2011) on ehdottanut seulontavälineiden luokittelua, jossa instrumentit luokitellaan kolmeen luokkaan: suorat haastatteluvälineet, väkivallan merkkeihin ja väkivallan riskin indikaattoreihin perustuvat välineet.

Väkivallasta kysyvät välineet (Direct questioning tools): koostuvat joko ammattilaisten väkivallasta suoraan esittämät kysymykset tai ikääntyneiden itse täyttämät kyselylomakkeet;

Väkivallan merkkeihin perustuvat: koostuu luetteloista erilaisten väkivallan muotojen merkeistä (esim. mustelmat), jotka on usein rakennettu työkokemuksen perusteella;

Riski-indikaattoreihin perustuvat: koostuu väkivaltaan liittyvien riskitekijöiden havaitsemiseen, vaikka väkivallan merkkejä ei olisi. Riski-indikaattorien olemassaolo ei suinkaan tarkoita väkivallan tunnistamista, vaan se johtaa usein lisäarviointiin.

Nämä kolme seulontavälineluokkaa eivät eroa toisistaan pelkästään menetelmien ja sisällön osalta; ne eroavat myös kyvystään tunnistaa väkivaltaa oikein. Cohen et al. -tutkimuksessa (2007) käytettiin kolmea seulontatyökalua, joista yksi oli kustakin tyypistä. Tulokset osoittivat, että välineiden välisten tunnistusasteissa oli eroavaisuuksista. Suoraa haastatteluvälinettä käytettäessä 5,9% ikääntyneistä ilmoitti väkivallasta, mutta ammattimaisessa arvioinnissa havaittiin väkivallan merkkejä 21,4 prosentissa ja 32,6%: lla oli suuri väkivallan riski. Kuitenkin seulontaväline saattaa sisältää useampia kuin yhden näistä luokitteluista. Seulontavälineiden luokittelu on kuitenkin hyödyllinen, koska väkivallan merkit ja riskitekijät tarjoavat eritasoista näyttöä, joka olisi otettava huomioon (Anetzberger, 2001).

Seulontaan liittyy useita kysymyksiä, joihin ei ole vastattu. Vaikka seulontavälineistä on useita kirjallisuuskatsauksia (esim. McCarthy, Campbell ja Penhale, 2017), uutta tietoa julkaistaan jatkuvasti. Meidän on pysyttävä ajan tasalla, kuinka monta seulontatyökalua on ja kuinka hyviä ne ovat väkivallan havaitsemisessa. Lisäksi on ehdotettu, että seulontavälineet voisivat toimia eri tavalla monikulttuurisissa ryhmissä (Cohen, 2011). Siksi on tärkeää tarkistaa, miten seulontaväline käyttäytyy eri validoinneissa.

Seulontavälineiden ominaisuuksien ja suorituskyvyn lisäksi tarvitaan tietoa seulontaprosessista. Siitä on kuitenkin edelleen vähän tietoa. Vaikka yleisesti ajatellaan, että seulonnan tekevät terveydenhuollon ja

sosiaalihuollon ammattilaiset, ei tiedetä, mitä ammattilaisten käsitykset seulonnasta ovat. Kokevatko ammattilaiset, että seulonta on hyödyllistä? Tuntevatko he olevansa valmiita soveltamaan seulontamenettelyjä? Näistä kriittisistä kysymyksistä on saatavilla vain vähän tietoa. Yhtä tärkeää on ikääntyneiden oma käsitys seulonnasta. Heidän mielipiteistään ei ole juuri tietoa, eikä seulonnan mahdollisista seurauksista ole yhteenvedoa.

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteet

Save-hankkeen mukaisesti voimme tiivistää tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteet seuraavasti:

- I. Luetteloida perustelut, jotka puoltavat ja vastustavat ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontaa;
- II. Selvittää, mitkä ammattilaiset suorittavat seulontaa ja missä yhteyksissä;
- III. Selvittää, miten ammattilaiset ja ikääntyneet suhtautuvat seulontaan;
- IV. Luetteloida olemassa olevat seulontavälineet ja maat, joissa niitä käytetään;
- V. Koota yhteenvedo seulontavälineiden ominaisuuksista ja niiden tehokkuudesta.

Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi voimme muotoilla kolme kysymystä ohjaamaan menetelmien ja hakujen valintaa. Tässä kirjallisuuskatsauksessa etsitään vastauksia seuraaviin kolmeen kysymykseen:

1. Mitä perusteluja käytetään seulontaprosessin puolesta tai sitä vastaan?
2. Mitkä ammattilaiset suorittavat seulontoja, missä yhteyksissä ja miten ammattilaiset ja ikääntyneet kokevat seulonnan?
3. Mitä seulontavälineitä käytetään, missä maissa ja mitkä ovat niiden psykometriset ominaisuudet?

Uskomme, että nämä kysymykset tiivistävät uusinta tietoa ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonnasta. Tulosten kappaleet järjestetään näiden kysymysten mukaan.

Kirjallisuuskatsauksen metodologia

Kysymyksiimme vastaamiseksi tehtiin tutkimuskirjallisuuden systemaattinen tarkastelu. Tämä menetelmä otettiin käyttöön, koska sen avulla voimme etsiä, arvioida ja integroida kaikki asiaankuuluvat todisteet kiinnostavasta aiheestamme jäsenellään. Kirjallisuuskatsauksen jäsenelty ja laaja metodologia mahdollistaa objektiiviset päätelmät.

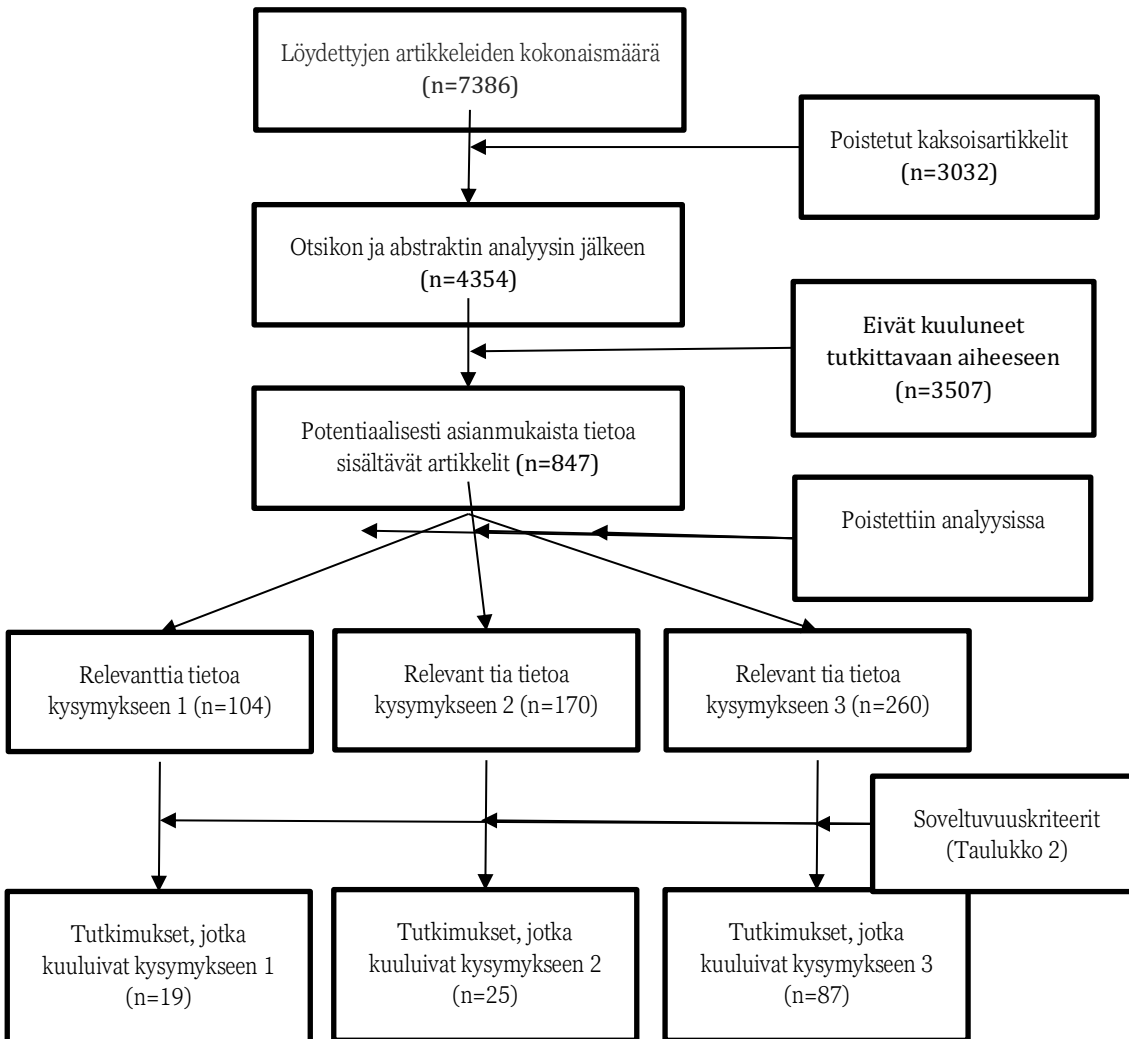
Kirjallisuutta tarkasteltiin järjestelmällisesti. Kahdeksan tietokantaa tutkittiin käyttämällä useita avainsanojen "ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta", (elder abuse) "kaltointohtelu", (mistreatment) "ikääntyneet", (older adults) "väkivalta", (violence), "seulonta" (screening), "arviointi" (assessment) ja "mittaus" (measurement) yhdistelmiä.

Tutkimusten tunnistamisprosessia havainnollistetaan kuvassa 1. yhteensä Tunnistettiin 7386 nimikettä, joista 4354 jäi jäljelle, kun kaksoiskappaleet oli poistettu tietokannasta. Artikkelien valinnan ensimmäinen vaihe oli soveltaa yleisiä valintaperusteita. Kaikki ne artikkelit poistettiin, jotka eivät kuuluneet ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan aiheeseen tietokannassa.

Tämän vaiheen soveltaminen johti 847 otsikkoon, jotka skannattiin asiaankuuluvien tietojen saamiseksi kolmeen kysymykseemme. Toinen vaihe oli artikkelien merkityksellisyyden analysointi kunkin erityiskysymyksen kannalta. Tässä vaiheessa tutkijat analysoivat 847 nimikettä saadakseen asiaankuuluvaa tietoa kuhunkin kolmeen kysymykseen. Huomioitiin, että myös yhdellä artikkelilla voisi olla merkityksellistä tietoa useampaa kuin yhtä kysymystä kohden.

Tutkimusten tunnistamisprosessia havainnollistetaan kuviossa 1.

Kuvio 1. Tutkimusten tunnistamisprosessi



Kolmas vaihe oli erityisten kriteerien soveltaminen. Artikkeleiden ominaisuudet, joilla olisi merkitystä kunkin kysymyksen tavoitteiden kannalta, tiivistettiin ja niitä sovellettiin tekstianalyysillä edellisen vaiheen tuloksena jääneihin artikkeleihin. Jotta artikkelit valittaisiin tietojen poimintaan, niiden olisi täytettävä vähintään yksi taulukossa 2 esitetyistä kriteereistä.

Taulukko 2 – Lista artikkeleiden rajaamisessa käytetyistä kriteereistä

Kysymys	Kriteerit
Kysymys 1: Mitä perusteluja käytetään seulontaprosessin puolesta tai sitä vastaan?	Seulontaprosessia koskevat ohjeet Käsitteellinen esitys seulonnasta Keskustelut tai arvioinnit, jotka kuvaavat seulontaa puolustavia tai vastustavia kohtia
Kysymys 2: Mitkä ammattilaiset suorittavat seulontoja, missä yhteyksissä ja miten ammattilaiset ja ikääntyneet kokevat seulonnan?	Esittää tietoja seulontavälineitä käyttävistä ammattilaisista Mielipidekirjoitukset tai keskustelut seulontakäytännöstä Tietoa seulonnan seurauksista Tietoa ammattilaisten käsityksistä/kokemuksista seulonnasta Tietoa ikääntyneiden käsityksistä/kokemuksista seulonnasta Tietoa tapauksista, joissa tehtiin seulontaa
Kysymys 3: Mitä seulontavälineitä käytetään, missä maissa ja mitkä ovat niiden psykometriset ominaisuudet?	Seulontatoimenpiteiden validointi tai mukauttaminen Seulontatyökaluja käyttänyt tutkimus Seulontatyökalujen psykometriset tiedot

Erityiskriteerien soveltaminen johti 19 artiklaan, joita käytettiin tietojen poimintaan kysymyksessä 1, 25 artikkelia kysymykseen 2 ja 87 artikkelia kysymykseen 3.

Tulokset

Kysymys 1: Mitä perusteluja käytetään seulontaprosessin puolesta tai sitä vastaan?

19 artikkelin analyysin perusteella emme voi lopullisesti päättää ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonnan puolesta tai sitä vastaan. Mikään tutkimistamme tutkimuksista ei antanut näyttöä siitä, että ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonta vähentäisi ennenaikaisen kuoleman, vamman tai kärsimyksen haittoja tai riskiä tai puuttuisi seulontaprosessin mahdollisiin haittavaikutuksiin. Nykyinen näyttö ei riitä osoittamaan ikääntyneisiin tai haavoittuvassa asemassa oleviin aikuisiin kohdistuvan väkivallan ja laiminlyöntien seulonnan hyötyjen ja haittojen tasapainoa (Curry ym., 2018).

Seulonnan puolesta ja sitä vastaan on kuitenkin joitakin perusteita, pääasiassa käytettäessä erityisiä seulontavälineitä.

Seulontaa puolustavat perustelut

Tosiasia on, että useimpia uhreja tunnisteta. Ongelman yleisyys sekä mahdolliset vakavat tai kuolemaan johtavat seuraukset uhreille ovat johtaneet voimakkaaseen väkivallan seulonnan puolustamiseen. (Anetzberger, 2001; Anthony *et al.*, 2009; Cohen, 2011; Baig *et al.*, 2015).

Seulonnan avulla edistetään ikääntyneiden turvallisuutta ja hyvinvointia ja useimmissa tapauksissa seulonta auttaa lakisääteisen ilmoitusvelvollisuuden täyttämässä. Seulontatyökalut auttavat parantamaan ammatillista tietoisuutta ongelmasta ja opastavat käyttäjiä järjestelmällisen havainnointi- ja dokumentointiprosessin avulla varmistamaan, että väkivallan eri ilmenemismuodot eivät jää huomioimatta (Antezberger, 2008).

Rutiininomainen ja järjestelmällinen seulontavälineiden käyttö on arvokas osa kliinistä työtä. Se tarjoaa mahdollisuuden ainakin riskien ensisijaiselle arvioinnille ikääntyneiden kohdatessa sosiaalityöntekijöitä sekä lääkäreitä ja sairaanhoitajia ja muita terveydenhuollon ammattilaisia (Anthony *et al.*, 2009). Suoria haastatteluvälineitä voidaan käyttää alle viidessä minuutissa, mikä on tärkeää nopeatempoisissa olosuhteissa työskenteleville ammattilaisille (Cohen, 2011; Hoover ja Polson, 2014).

Tutkimukset osoittavat, että ammattilaisten käyttäessä strukturoituja välineitä tunnistettuja väkivaltatapauksia tulee esiin enemmän kuin esiintyvyytutkimuksissa (Cohen, 2011).

Riskinarviointia voidaan käyttää kattavampiin tilanteen arviointeihin, mikä tukee resurssien tarkoituksenmukaista kohdentamista. Seulonta- ja arviointivälineillä voidaan ohjata tutkimuksia, helpottaa tapausten tutkimista, kehittää interventioita sekä tukea resurssien kohdentamista ja koulutustarpeita. (Anthony *et al.*, 2009; Baig *et al.*, 2015).

Seulontaa vastustavia perusteluja

Yleisten väkivallan seulontojen tekeminen ilman tunnettuja tehokkaita auttamistoimenpiteitä ja resursseja tai ilman erikoistunutta työryhmää seuranta-arviointia varten on erittäin kyseenalaista. Lääkäreitä, sairaanhoitajia ja muita terveydenhuollon työntekijöitä tulisi kouluttaa ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta ja laiminlyönnistä, erityisesti riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden osalta, oikeudellisista ilmoitusvaatimuksista ja alkuvaiheen interventioista. Emme kuitenkaan tässä tiedon vaiheessa voi

kannustaa aktiiviseen seulontaan tai seulonnan lainvoimaiseen velvollisuuteen. Väärät positiiviset tulokset voivat aiheuttaa ahdistusta ikääntyneille ja perheille ja vaarantaa lääkärin ja potilaan välisen suhteen (Dong, 2015).

Väärät negatiiviset tulokset voivat estää avun antamista ja antaa väärää varmuutta, mikä lisää entisestään ikääntyneiden riskiä haitallisille seurauksille (Dong, 2015). Ne voivat myös estää työntekijöitä etsimästä lisää taustatietoja ja tunnistamasta aidosti vaarassa olevia ikääntyneitä (Gallione et al., 2017).

Väärät positiiviset tulokset voivat johtaa leimaaviin ja rankaiseviin asenteisiin, aiheuttaa ahdistusta ja johtaa perheessä jännitteisiin, kodin/asuinpaikan menetykseen tai taloudellisiin seurauksiin, jotka johtavat uhrin autonomian menettämiseen.

On myös huolta siitä, että seulonta saattaa lisätä ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan riskiä ja lisätä muita haittoja aikuisille (Dong, 2015). Keskustelu siitä, ovatko seulontavälineet pätevä ja luotettava tapa tunnistaa ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa ja laiminlyöntiä, jatkuu. Seulonnassa on edistytty jonkin verran ja tulevaisuuden tutkimuksen alat ovat edelleen avoinna. (Gallione *et al.*, 2017).

Kertoakseen väkivallasta ja antaakseen yksityiskohtaista tietoa uhrien tulisi tuntee, että kysyjä on luotettava, empaattinen, herkkä heidän vaikeuksilleen eikä tuomitseva. Valitettavasti tämän suotuisan ilmapiirin saavuttaminen vie usein aikaa ja lisää työhön panostamista (Cohen, 2011).

Dong (2005) arvioi ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonnan pätevyyttä Wilson-Jungnerin esittämien seulontakriteerien pohjalta:

1. Seulottavan tilan tulisi olla tärkeä terveysongelma. Kun otetaan huomioon ongelman esiintyvyys, sairastuvuus, lisääntynyt kuolleisuus ja kielteinen vaikutus elämänlaatuun, ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta täyttää kynnyksarvon. (Täyttää kriteerin/PASS)
2. Tilan luonnollinen kulku on ymmärrettävä hyvin. Ikääntyneisiin kohdistuvaan väkivaltaan liittyvien muuttujien monimutkaisuus ja moninaisuus, mukaan lukien uhri, tekijät, ympäristö ja kulttuuriset tekijät, johtavat huonosti ymmärrettyyn ongelmaan. (Ei täytä kriteeriä/FAIL)
3. Tila tulisi havaita seulonnalla varhaisemmin kuin se muuten ilmeni/siinä tulisi olla varhaisessa vaiheessa havaittava aste. Väkivaltaa voi tapahtua ilman varoitusta. Varhaiset riskitekijät eivät välttämättä etene väkivallaksi. Riskitekijöistä väkivallan käyttöön etenemisen aikataulua ei tunneta. (Ei täytä kriteeriä/FAIL)
4. Varhaisessa vaiheessa annettavasta hoidosta olisi oltava enemmän hyötyä kuin myöhemässä vaiheessa annettavasta. Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan varhaisessa vaiheessa tehokkaiden ehkäisytoimien tuntemus ei ole vakiintunutta, ja se puuttuu usein monissa yhteisöissä. (Ei täytä kriteeriä/FAIL)
5. Tilan varhaiseen vaiheeseen tulisi olla sopiva testi. Useimmilla käytettävissä olevilla seulontatesteillä havaitaan jo olemassa oleva väkivalta. Riskitekijöitä tunnistavilla testeillä ei ole kykyä ennustaa tulevaa väkivaltaa, ja ne voivat hyvinkin johtaa väärin positiivisten ja negatiivisten lukujen lisääntymiseen. (Ei täytä kriteeriä/FAIL)
6. Testin on oltava hyväksyttävä. Koska seulontapaikkoja (esim. klinikoita, sairaaloita) on paljon, monet saattavat tuntee, että seulonta ei kuulu juuri heidän toimivaltaansa. Tyypilliset lyhyet kohtaamiset/vastaanottoajat vähentävät mahdollisuuksia seulontakysymysten esittämiseen. (Ei täytä kriteeriä/FAIL)

7. Testin toistamisen aikavälit on määritettävä. Väkivallan seulonnan aikavälit eivät ole vakiintuneet. Toistuvat kysymykset voivat vieraannuttaa potilaita tai hoitajia. (Ei täytä kriteeriä/FAIL)
8. Seulonnasta aiheutuvaa ylimääräistä työmäärää varten olisi huolehdittava riittävästä terveystaloudesta/henkilökunnasta. Lääketieteellisissä ympäristöissä ja positiivisen testin seurauksiin puuttumisen lisääjasta ei makseta taloudellista korvausta. Suurin osa terveyskeskuksista on volyymiohjattuja. (Ei täytä kriteeriä/FAIL)
9. Fyysisten ja psyykkisten riskien tulisi olla pienemmät kuin seulonnasta saatu hyöty. Väkivallan seulonnan aiheuttamat fyysiset ja psykologiset riskit saattavat olla vähäisiä, mutta ne voivat häiritä toimivaa ihmissuhdetta. (Täyttää kriteerin/PASS)
10. Kustannukset olisi tasapainotettava hyötyjen suhteen. Seulonnan hintaan olisi sisällyttävä taloudelliset, sosiaaliset, henkiset ja yhteiskunnalliset kustannukset. Positiivinen näyttö väkivallasta voi johtaa riittämättömään väliintuloon, jolloin ongelma voi kärjistyä. (Ei täytä kriteeriä/FAIL)

Seulontavälineiden käyttöön liittyvät perustelut

Koska ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on erittäin monimutkainen asia, jossa on useita esiintymismuotoja ja joka ei noudata epidemiologialle tyypillistä perinteistä taudin kehityskulkua, jotkut kirjoittajat suosittelvat, että ei käytettäisi ainoastaan jotakin yksittäistä seulontavälinettä (Baig *et al.*, 2015).

Jotkin välineet edellyttävät asianmukaista erityiskoulutusta, mutta koulutuksen luonteesta ei ole selkeitä ohjeita (Santos ja King, 2010; Cohen, 2011).

Kun käytämme suoria haastatteluvälineitä ja jos MMSE (Mini-Mental State Examination) on positiivinen, kognitiivista heikkenemistä tulisi arvioida tarkemmin ennen väkivallan ja laiminlyönnin seulontaa. Kognitiiviset rajoitteet voivat rajoittua tiettyihin alueisiin, ja potilas voi säilyttää muistia ja kapasiteettia muilla alueilla.

Cohen (2011) ehdotti seulontavälineet luokittelemista kolmeen kategoriaan: 1) suoriin haastattelukysymyksiin perustuvat välineet tai jotka ikääntynyt voi itse täyttää 2) merkkien ja oireiden havainnointi ja 3) väkivallan riskin arviointi. Yksittäinen seulontaväline voi kuulua useampaan kuin yhteen kategoriaan.

Suorat haastatteluvälineet ovat olennainen osa seulontaa; vaikka useimmat väkivallasta ja laiminlyönnistä kärsivät vanukset eivät aloita kertomista ongelmastaan, jotkut myöntävät joutuneensa niiden kohteeksi, kun luotettava ammattilainen kysyy sitä suoraan. Toiset saattavat kuitenkin edelleen kieltää asian. Suoran haastattelun rajoitus on, että sitä voidaan soveltaa vain henkisesti kompetentteihin yksilöihin. Lisäksi varovaisuutta, koska väärät positiiviset tulokset voivat johtaa perhekonflikteihin, vihan ja vihamielisyyden tunteisiin perheenjäseniä kohtaan sekä tyytymättömyyttä perhesuhteisiin.

Väkivallan merkkien ja oireiden tunnistaminen edellyttää taitoja ja turvallista ja ei-tuomitsevaa haastattelua. Väkivallan merkkien arviointiin liittyy usein epävarmuutta ja epäselvyyttä, koska ikääntyneillä esiintyviä merkkejä ja oireita on usein vaikea erottaa sairauden oireista. Vielä ongelmallisempaa on henkisen väkivallan tunnistaminen, joka yleensä näkyy henkisinä oireina, kuten apatia, masennuksena ja pelkona. Ne ovat samanlaisia ikääntyneiden reaktioihin esimerkiksi menetykseen, sairauteen tai kognitiiviseen heikkenemiseen. Laiminlyönnin merkkien seulonta ei

myöskään mahdollista laiminlyönnin ja itsensä laiminlyönnin (self-neglect) erottelemista, vaikka molempiin muotoihin on puututtava välittömästi. Välineet merkkien tunnistamiseksi ovat kuitenkin arvokkaita; niillä lisätään alan toimijoiden tietoisuutta ja valppautta väkivallan mahdollisista eri merkeistä.

Väkivallan riskiin perustuvat välineet keskittyvät riski-indikaattorien käyttöön, vaikka ilmeisiä merkkejä väkivallasta ei olisi tai kun ikääntynyt ei ilmoita siitä.

Kaikkia edellisiä kolmea seulontavälinettä tarvittaisiin väkivallan ja laiminlyönnin tunnistamisen optimoimiseksi. Eri seulontamenetelmät voivat olla huomattavasti päällekkäisiä väkivallan tunnistamisessa, mutta on osoitettu, että kukin kolmesta menetelmästä tunnistaa sellaisia tapauksia, joita kaksi muuta eivät tunnista. Joten mitä enemmän seulontamuotoja voidaan soveltaa, sitä vähemmän epäselvä tulos on. On kuitenkin tunnustettu, että työntekijöillä ei yleensä ole aikaa, olosuhteita tai taitoja suorittaa 3-tason seulontaa. (Cohen, 2011).

Nykyisissä seulonta- ja arviointivälineissä keskitytään yleensä fyysisen väkivallan indikaattoreihin, jotka ovat helposti havaittavissa ja perustuvat tyypillisesti arvioivan ammattilaisen tietoon ja arvostelukykyyneen (Anthony et al., 2009).

Millään yksittäisellä seulontavälineellä ei ole ominaisuuksia, jotka ovat avain ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tehokkaaseen tunnistamiseen ja jatkohoitoon ohjaamiseen. Ominaisuudet olisivat (Anetzberger, 2001):

1. Välineellä voidaan tunnistaa selkeästi ero todetun väkivallan, väkivallan epäilyn ja riskiin liittyvien tekijöiden välillä;
2. Perheväkivallan erityinen huomioon ottaminen ja ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta sen yhtenä osana;
3. Väline osoittaa selkeästi väkivallan, jota lakien ja virastojen tulisi torjua valtion ja yhteisön toimesta.

Missään tutkimuksessa ei ole tutkittu seulontavälineiden herkkyyttä kulttuurieroille. Siksi toinen esiin otettava kysymys on seulontavälineiden sovellettavuus ikääntyneiden monikulttuurisille ryhmille (Cohen, 2011).

Seulonnan menettelytavat, käyttötarkoitukset ja rajoitukset

Kirjallisuudessa on kuvattu useita seulontamenetelmiä sisältäen välineitä, joita käytetään enimmäkseen tutkimustarkoituksiin sekä tiedon jakamiseen väkivallan ongelmaa käsittelevien ammattilaisten auttamiseksi ja ohjaamiseksi.

Seulonnan menettelytapojen (protocols) tulee sisältää neljä komponenttia (Baig and collaborators, 2015):

1. Päätöksen avainkohdat/perustelut;
2. Toiminnan vaiheet; askel askeleelta;
3. Seulontaa koskevaa tietoa ja informaatiota;
4. Käytettävät seulontavälineet.

Menettelytapojen tehostamiseksi esitetään yleisiä suuntaviivoja:

- Seulontavälineiden tulisi olla laaja-alaisia ja niiden kykyä tunnistaa monenlaista ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa on kehitettävä ja testattava. Haasteena voi olla monialaisten ammattilaisten kouluttaminen hallinnoimaan ja tulkitsemaan tällaisia työkaluja (Gallione et ai., 2017).
- Olisi tarjottava koulutusohjelmia, joilla edistetään ammattilaisen tietämystä ja luodaan heille pätevyyden tunnetta havaittujen tai epäiltyjen väkivaltatapausten tai väkivallan riskin käsittelyssä (Cohen, 2011).
- Ammattilaisten perusasenteen ikääntyneitä ja heidän perheitään kohtaan ei pitäisi olla syyllistävästä ja kritisoivaa vaan ongelmanratkaisua ja sopivimpien ratkaisujen etsimistä painottavaa (Cohen, 2011).
- Ammattilaisten tulee miettiä, miten haastattelu voidaan tehdä mahdollisimman turvallisen yksityisyyden takaamiseksi ja miten se voidaan järjestää siten, että ikääntynyttä ja perheenjäseniä haastatellaan erikseen. Iäkkään potilaan haastattelu ja tutkimus tulee aina tehdä ensin, ilman hänen hoitajaansa tai epäiltyä väkivallan tekijää. Seulonnan menettelytavan tulisi sisältää taustatietoihin liittyviä peruskysymyksiä, joiden avulla ammattilainen voi määrittää ikääntyneen perheen koostumuksen ja sosioekonomisen tilanteen. Sen pitäisi edetä sitten yleisiin kysymyksiin, jotka antavat haastattelijalle käsityksen vanhemman henkilön yleisestä hyvinvoinnista ja sitten seuloa erilaisia väkivallan muotoja tai laiminlyöntiä (fyysinen, henkinen ja taloudellinen). Seulonnan tulisi sisältää yleisiä indikaattoreita jokaisesta väkivaltatyyppistä sekä erityisiä kysymyksiä ikääntyneelle. Seulonnan ja arvioinnin tulisi noudattaa seulontojen yleistä etenemismallia (Aravanis et al., 1993).
- Ikääntyneiden seulonnan menettelytapaan olisi sisällytettävä määritelmiä ja tietoa ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta, perheväkivallasta, itsemääräämisoikeudesta, riskitekijöistä, seulontavälineistä, työskentelystä eri ryhmien kanssa ja paikallisista jatkohoitopaikoista. Lisäksi niihin olisi sisällytettävä koulutusta, jotta voidaan nostaa tietoisuutta ja ennakoida tulevia tilanteita ja tapauksia (Blundell, Warren ja Moir, 2020).
- Menettelytapoja tulee soveltaa erilaisiin paikallisiin olosuhteisiin, jotta niillä on merkitystä esimerkiksi maaseutu- ja syrjäisille yhteisöille (Blundell, Warren ja Moir, 2020).
- Seulonnan menettelytapojen seuranta ja arviointi on tarpeen niiden tehokkuuden ja sisältöön ja käyttöön liittyvien ongelmien ymmärtämiseksi. Tämä on ratkaisevan tärkeää, jotta menettelytavat pysyvät ajan tasalla ja merkityksellisinä (Blundell, Warren ja Moir, 2020).
- Anna palveluntarjoajille esimerkkejä erilaisista seulonnan menettelytavoista, ohjeita välineiden käyttöön ja tietoa mahdollisista avunlähteistä. (Antezberger, 2008).

On myös joitakin suosituksia jatkohoitomenettelyistä. Jos epäillään tai vahvistetaan ikääntyneeseen kohdistuvaa väkivaltaa, sovitut jatkohoitomenettelyt asianmukaisesti palveluihin ovat kriittisiä. Joissakin maissa on pakollista ilmoittaa ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta (Baig ym., 2015).

On ymmärrettävä, kuten kaikissa taudin tai tilan seulontatesteissä, seulontaprosessi johtaa "positiivisen" tai "negatiivisen" merkintään, mutta se ei ole diagnostinen/ei tarkoita lopullista tulosta, vaan ne edellyttävät lisätestausta ja -arviointia ennen päätelmien tekemistä (Caldwell, Gilden ja Muelle, 2013).

Kysymys 2. Mitkä ammattilaiset tekevät seulontaa, missä yhteyksissä ja miten ammattilaiset ja ikääntyneet suhtautuvat seulontaan?

Seulontaan osallistuvat ammattilaiset ja seulonnan kontekstit

25 artikkelin analyysin perusteella useat ammattilaiset osallistuivat seulontaprosesseihin, kuten ensihoitajat, sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, sosiaalityöntekijät, psykologit, toimintaterapeutit, yleensä sairaaloiden henkilökuntana, oikeustieteen ammattilaiset, poliisit, organisaatioiden hallintovirkailijat, eettiset asiantuntijat, hoivakotien henkilökunta ja kotihoidon ammattilaiset. Kontekstit olivat erilaisia: perusterveydenhuolto, päivystys, yleis- ja geriatriset sairaalat, hoivakodit, pitkäaikaishoito, kotiympäristö, hammashoitolat ja kotihoito.

Miten ammattilaiset kokevat seulonnan

Tutkimuksissa, joihin kuuluu ammattilaisten näkökulmien huomiointi, kysytään seulontaprosessin eduista ja vaikeuksista tai tiettyjen seulontavälineiden käytöstä. Yleensä ammattilaiset pitävät seulontaa hyödyllisenä ikääntyviin kohdistuvan väkivallan tunnistamisessa. Silti eri ammattiryhmät ovat esittäneet useita vaikeuksia, joista suurin osa liittyy ajan puutteeseen tehdä kaikki tarvittava sekä tiedon ja koulutuksen puute aiheesta.

Schmeidel kollegoineen (2012) haastatteli sairaanhoitajia, lääkäreitä ja sosiaalityöntekijöitä tutkiessaan terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmia ikääntyviin kohdistuvaan väkivalltaan ymmärtääkseen paremmin raportointiin liittyviä ongelmia ja luodakseen ideoita havaitsemis- ja raportointiprosessin parantamiseksi. Sairaanhoitajat, lääkärit ja sosiaalityöntekijät lähestyvät ikääntyviin kohdistuvaa väkivaltaa erilaisilla arvoilla, joita he ovat kehittäneet vuosien harjoittelunsa aikana. Lääkärit keskittyivät enemmän tunnettuihin sairauksiin tai fyysisiin tiloihin, joita he voivat hoitaa ja jotka he tunsivat. Sekä sairaanhoitajat että lääkärit mainitsivat, että heidän oli asetettava etusijalle se, mikä sopisi parhaiten heidän rajalliseen aikaansa, ja useimmiten ikääntyviin kohdistuva väkivalta ei ollut tämän prioriteettiluettelon kärjessä.

Ikääntyviin kohdistuvan väkivallan arviointi oli merkittävä käytännön este, jota monien oli vaikea voittaa resursseillaan. Ajanpuute oli yksi yleisimmistä mainituista ongelmista; sekä sairaanhoitajat että lääkärit kokivat, että heillä oli niin paljon muita tehtäviä hoidettavanaan, että aikaa ei ollut riittävästi ikääntyneisiin kohdistuvaan väkivalltaan puuttumiseen. Vaikka ikääntyvien kohdistuvaa väkivaltaa koskevat lait yrittävät selvittää, mikä on väkivaltaa ja ketä laki suojelee, lakien tulkitseminen ja täytäntöönpano käytännön työssä osoittautui vaikeammaksi useimmille sairaanhoitajille, lääkäreille ja sosiaalityöntekijöille.

Toinen este on klinikan tai sairaalan sisäinen vastuujärjestelmä ja ulkoinen raportointijärjestelmä. Kaiken kaikkiaan sosiaalityöntekijät olivat eniten tietoisia ikääntyviin kohdistuvan väkivallan havaitsemisesta ja ilmoittamisesta, todennäköisesti siksi, että he kaikki olivat käyneet läpi prosessin, jossa he yrittivät ilmoittaa tapauksista. Muutamit ajattelivat, että koulutusta ja tietoisuutta ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta voitaisiin lisätä. Sairaanhoitajat ja lääkärit eivät olleet läheskään yhtä tyytyväisiä väkivalltaan liittyvään tietämykseensä kuin sosiaalityöntekijät (Schmeidel ym., 2012).

Lääkärit voivat jättää ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan väliin tai jättää ilmoittamatta siitä, koska (Swagerty, 2003):

- 1) Tietämättömyys aiheesta (heillä on vain vähän tai ei lainkaan erityistä koulutusta väkivallan ja lainlyönnin tunnistamiseksi);
- 2) Ikäyrjintä tai epäsuotuisa asenne ikääntyneitä kohtaan;
- 3) Tietämättömyys, koska lääketieteellisessä kirjallisuudessa on vain vähän tietoa aiheesta;
- 4) Haluttomuus huomioida väkivallan merkkejä;
- 5) lääkärit tai terveydenhuollon tarjoajat eivät usein uhreja, koska uhrit saattavat eristäytyä;
- 6) Uhrien epäselvät, epäspesifiset merkit, kuten huono hygienia tai kuivumistila;
- 7) Halu välttää osallistumista;
- 8) Pelko tai halu välttää asiaan puuttumista;
- 9) Haluttomuus ilmoittaa väkivallasta, jota ainoastaan epäillään;
- 10) Pahoinpidelty henkilö pyytää, että väkivallasta ei ilmoiteta;
- 11) Tietämättömyys asianmukaisesta ilmoittamismenettelystä;
- 12) Pelko, että ilmoituksella vaarantaa suhteen sairaalaan tai hoitolaitokseen.

Ikääntyneiden ääni seulontaprosessissa

Vain yhdessä tutkimuksessa oli mukana ikääntyneiden näkökulma. Kyse oli siitä, miltä heistä tuntui vastaaminen seulontavälineen kysymyksiin. REAGERA-S -välineeseen vastaamisesta saadut kokemukset raportoitiin "enimmäkseen positiiviseksi" 20% (n = 12) ja "ei positiiviseksi eikä negatiiviseksi" 78% (n = 46). Haastatteluun osallistuminen raportoitiin "enimmäkseen positiiviseksi" 39% (n = 23) ja "ei positiiviseksi eikä negatiiviseksi" 58% (n = 34). Väkivallasta kertoneet ikääntyneet kokivat haastattelun todennäköisemmin "enimmäkseen positiivisena" kuin ikääntyneet, joita ei oltu luokiteltu väkivaltaa kokeneiksi (Simmons et ai., 2020a).

Kysymys 3: Mitä seulontavälineitä käytetään, missä maissa ja mitkä ovat niiden psykometriset ominaisuudet?

87 artikkelin analyysissä löytyi tietoja ja kuvauksia 37 seulontavälineestä. Näistä 37 välineestä kahdeksassa artikkelissa esitellyt kahdeksan välinettä olivat ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontavälineiden varhaisia tutkimusversioita. Ne olivat nimeämättömiä, ja artikkelit esittivät vain varhaisia psykometrisiä tuloksia. Näiden välineiden seurantatutkimuksia ei löytynyt viitekeräyksen ajankohtana. Näin ollen katsoimme, että nämä kahdeksan välinettä kiinnostavat vain tutkimusta.

Lopuilla 29 seulontavälineellä (ks. liite I) oli keskenään samanlaisia yhtäläisyyksiä. Luokittelimme nämä välineet neljään luokkaan niiden samankaltaisuuksien mukaan. Ensimmäiseen luokkaan kuuluivat välineet, jotka olivat nopeakäyttöisiä, omasivat, dikotomiset vastausvaihtoehdot (Kyllä/Ei), ja useissa yhteyksissä ja eri ammattilaisten toimesta käytettävät välineet. Nimesimme tämän kategorian seulontatyökalut suoriin kysymyksiin perustuviksi välineiksi (direct questioning tools).

Toiseen luokkaan kuuluvien välineiden soveltaminen edellyttää pidempää aikaa, ja ne perustuvat havainnointiin ja erityiseen ammattitaitoon. Nimesimme tämän kategorian seulontavälineet havaintoihin tai perusteelliseen arviointiin perustuviksi välineiksi.

Kolmanteen luokkaan kuului instrumentteja, jotka keskittyvät tietyn henkilön tekemään väkivaltaan. Nämä välinet keskittyvät tiettyihin suhteisiin, ja niihin sisältyy usein epäillyn väkivallan arviointi. Nimesimme tämän luokan seulontavälineet välineiksi, jotka keskittyvät tiettyyn väkivallan tekijään.

Seulontavälineiden neljäs luokka koostuu välineistä, joiden tarkoituksena on arvioida tiettyä väkivallan tyyppiä. Kutsuimme tätä kategorian seulontavälineitä välineiksi, jotka keskittyvät yhden väkivallan muodon arviointiin.

Seuraavissa osioissa kuvataan yksityiskohtaisemmin kutakin näistä luokista ja niihin sopivia seulontavälineitä.

Suoriin väkivaltakysymyksiin perustuvat seulontavälineet

Tähän luokkaan kuuluvia välineitä löysimme kahdeksan, jotka oli testattu 35 artikkelissa. Kuten aiemmin mainittiin, kaikilla näillä työkaluilla on kyllä / ei-vastausjärjestelmä ja ne on suunniteltu nopeaan käyttöön. Lisäksi nämä välineet suunniteltiin sovellettavaksi eri konteksteissa tai ne oli tarkoitettu tiettyyn kontekstiin ja myöhemmin niitä oli validoitu muihin olosuhteisiin. Näiden välineiden asiakkaan/potilaan itse vastattavat versiot ovat myös yleisiä. Pituudeltaan lyhyimmillä välineillä on kuusi kysymystä (EASI ja ED Senior AID), ja pisimmällä 22 (GMS).

Taulukko 3 esittelee yhteenvedon suoriin väkivaltakysymyksiin perustuvien seulontavälineiden pääpiirteistä; niiden psykometrisistä ominaisuuksista, herkkyy- ja spesifisyysarvoista. Taulukko on tämän julkaisun englanninkielisessä versiossa sivuilla 32 - 33. Lisäksi englanninkielisessä version tekstiosiossa kuvaillaan tarkemmin välineiden piirteitä. Laajempia psykometrisiä tietoja sekä herkkyy- ja spesifisyysanalyyssejä esitellään välineistä H-S/EAST, EASI ja VASS. Englanninkielisen version internetosoite on [Documents – Save project \(projectsave.eu\)](https://projectsave.eu/Documents-Save-project)

Suoriin väkivaltakysymyksiin perustuvista välineistä Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening (H-S/EAST) oli eniten käytetty väline. Alkuperäinen väline oli kehitetty USA:ssa (Hwalek and Sengstock, 1986). Välinettä on sovellettu useissa eri maiden tutkimuksissa (USA, Singapore, Brasilia, Iran, Bosnia ja Herzegovina, Intia, Turkki ja Australia). Tämän välineen tutkimukset tarjoavat validointitutkimuksia eri populaatioille, käännöksiä muille kielille ja tietoja työkalun psykometrisistä ominaisuuksista.

Toiseksi useimmin käytetty väline oli Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS; Schofield and Mishra, 2003). Väline oli alun perin kehitetty pitkäaikaistutkimuksessa Australiassa kohderyhmänä naiset. VASS perustuu H-S/EAST -välineeseen. Sitä on sovellettu myös miesten kokemaan väkivaltaan ja eri olosuhteisiin. Välinettä on tutkittu eri maissa (USA, Singapore, Turkki, Brasilia, Puola, Intia ja Ranska).

Geriatric Mistreatment Scale (GMS) kehitettiin Meksikossa (Giraldo-Rodríguez and Rosas-Carrasco, 2013). Sitä on käytetty mm. USA:ssa.

Elder Abuse Suspicion Index (EASI) kehitettiin terveydenhuollon tarpeisiin Kanadassa (Yaffe *et al.*, 2008). Välinettä on käytetty, paitsi Kanadassa, myös Portugalissa ja Romaniassa eri olosuhteissa. EASISTA on myös olemassa versio, jonka ikääntyneet itse voivat täyttää, EASI-SA (Yaffe, Weiss and Lithwick, 2012) sekä pitkäaikaishoitoon sovellettu versio, EASI-lt (Ballard *et al.*, 2018).

Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID; Platts-Mills *et al.*, 2018) oli käytetty USA:ssa, Responding to Elder Abuse in GERiatric care-Self-administered (REAGERA-S; Simmons *et al.*, 2020) Ruotsissa, Korean Elder Abuse Scale (Choi *et al.*, 2018) Etelä-Koreassa ja Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen (WC-RAPS; Teresi *et al.*, 2019) oli käytetty USA:ssa.

Seulontavälineiden tehokkuuden osalta voimme huomioida useita indikaattoreita. Ehkä tärkein on välineen herkkyys ja spesifisyys. Herkkyys tarkoittaa todellista välineen kykyä tuoda esiin oikeita positiivisia tapauksia. Se tarkoittaa niiden ihmisten prosenttiosuutta, jotka ovat testin mukaan positiivisia ja kokevat todella väkivaltaa. Spesifisyys tai todellinen negatiivinen luku viittaa niiden ihmisten prosenttiosuuteen, jotka saavat negatiivisen tuloksen ja jotka eivät todellisuudessa koe väkivaltaa. Mitä korkeammat nämä arvot ovat, sitä paremmin väline tunnistaa seulonnan tulokset oikein. Nyrkkisääntönä on, että seulontavälinettä pidetään hyödyllisenä, jos herkkyyden ja spesifisyyden summa on suurempi kuin 1,5 (Power, Fell and Wright, 2013); pienemmällä pistemäärällä katsotaan olevan liikaa virheellisiä tuloksia, ja pistemäärä 2 tarkoittaisi, että testi on täydellinen ja tulos on aina oikea.

Suoriin väkivaltakysymyksiin perustuvissa seulontavälineissä on myös rajoituksia. Nämä välineet perustuvat siihen, että ikääntynyt pystyy vastaamaan luotettavasti. Kognitiiviset puutteet tekevät niiden tuloksista epäluotettavia. Jotta niiden käyttö olisi tarkoituksenmukaista, on myös tarpeen seuloa ikääntyneen kognitiivinen tilanne/päätöksentekokyky. Lisäksi väkivallasta kertomiseen turvautuminen voi vähentää todellisten positiivisten määrää. On hyvin tiedossa, että väkivaltaa kokevat ihmiset saattavat olla haluttomia paljastamaan tietoja, jotka saattavat johtaa sen havaitsemiseen. Toinen rajoitus on, että nämä välineet ovat yleensä lyhyitä. Kysyminen lisää yksityiskohdista voisi auttaa tunnistamaan väkivallan. Ehkä nämä kaksi ovat syitä, joiden vuoksi on haastavaa löytää suoriin kysymyksiin perustuvia seulontatyökaluja, joilla on hyvä herkkyys ja spesifisyys.

Nämä työkalut ovat käteviä, kun on suoritettava nopeita arviointeja. Tämän tyyppisiä välineitä voidaan käyttää seulontaprosessin ensimmäisenä vaiheena.

Havainnointiin tai laajaan arviointiin perustuvat seulontamenettelyt

Expanded Indicators of Abuse on havainnoimiseen tai laajaan arviointiin perustuva väline (E-IOA; Cohen *et al.*, 2006). Se on mainittu neljässä Israelissa tehdyssä tutkimuksessa. E-IOA on pidempi versio Indicators of Abuse -välineestä (IOA), jonka Reis ja Nahmias (1998) kehittivät Kanadassa. Siitä on myös espanjalainen versio (Touza, Martínez-Arias ja Prado, 2018). IOA ja E-IOA ovat välineitä, jotka perustuvat ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan riskitekijöiden tutkimiseen sekä ikääntynyttä hoitavaan henkilöön ja ikääntyneeseen liittyvien riskitekijöiden arviointiin. Nämä välineet suunniteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten sovellettavaksi psykososiaalisen arvioinnin osana. E-IOA ja IOA ovat erilaisia siten, että E-IOA on puolistrukturoitu haastattelu.

QUALCARE (Linda R. Phillips, Morrison and Chae, 1990) suunniteltiin arvioimaan hoitajien tarjoaman hoidon laatua ja huonolaatuihin hoitoon läheisesti liittyvää väkivaltaa (Pickering *et al.*, 2017). Tämä väline perustuu havainnointiin ja ikääntyneiden fyysisen tilan arviointiin, jotka sisältyvät koulutettujen ammattisairaanhoidajien päivittäiseen käytäntöön.

Signs of Abuse Inventory mainitaan kolmessa Israelissa tehdyssä tutkimuksessa, joissa väline kehitettiin aiempien välineiden perusteella (Cohen *et al.*, 2006). Kuten nimestä käy ilmi, tämä väline keskittyy

väkivallan merkkien havaitsemiseen ja siinä käytetään erityisesti koulutettujen sosiaalityöntekijöiden ja sairaanhoitajien tekemää haastattelua ja fyysistä arviointia.

Elder Abuse Instrument (EAI; Fulmer et al., 2000) ja EAI:n tarkistettu versio (Fulmer et al., 2012) perustuvat väkivallan merkkien havaitsemiseen erityisesti perusterveydenhuollossa ja päivystyksessä.

Client Assessment and Risk Evaluation (CARE) (Burnett et al., 2014) on suunniteltu Adult Protective Services (USA) -järjestelmässä työskenteleville ammattilaisille. Se perustuu sekä tarkkailuun että ammatilliseen arviointiin.

Muita tähän kategoriaan kuuluvia välineitä ovat Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA) (Touza, Prado and Segura, 2012) ja Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument (REAMI) ((De Donder *et al.*, 2018), joka kehitettiin Belgiassa ja on siellä käytössä. Se perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden tekemään väkivallan riskin arviointiin tapauksissa, joita he seuraavat ja jotka he tuntevat työnsä perusteella.

Vaikka havainnoimiseen tai perusteelliseen arviointiin perustuvat välineet näyttävät olevan huomattavan tarkkoja, niillä on joitakin rajoituksia. Yksi näiden käytön tärkeimmistä haittapuolista on se, että niiden asianmukainen käyttö vaatii huomattavan paljon aikaa. Joitakin niistä suositellaan käytettäväksi useammassa kuin yhdessä istunnossa niiden pituuden vuoksi (esim. QUALCARE). Lisäksi tällainen menettely vaatii paljon laajempaa koulutusta kuin mikään muu väline.

Havainnointiin ja perusteelliseen arviointiin perustuvien seulontamenettelyjen käyttöön liittyy myös joitakin myönteisiä näkökohtia. Näiden välineiden teho ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan havaitsemisessa on suurempi kuin minkään muun tyyppisen välineen. Tämä tarkoittaa, että tämäntyyppisellä välineellä seulonta mahdollistaa resurssien paremman kohdentamisen seulonnan jälkeen. Lisäksi, koska ne luottavat ensisijaisesti ammatillisiin havaintoihin ja arviointeihin, ne ovat niitä harvoja välineitä, joita voidaan käyttää muistisairaiden ikääntyneiden tilanteen arviointiin. Ennen kuin päätetään käyttää tämäntyyppistä välinettä, on tarpeen punnita huolellisesti tämän tarkan, mutta aikaa vievän menettelyn käytön kustannus-hyöty-suhdetta käytettävissä olevien resurssien perusteella.

Taulukko 4 on tämän julkaisun englanninkielisessä versiossa sivuilla 37 - 39. Taulukko esittelee yhteenvedon näiden seulontavälineiden pääpiirteistä; psykometrisistä ominaisuuksista, herkkyyys- ja spesifisyysarvoista. Kappaleen tekstiosa kuvaa tarkemmin välineiden psykometrisiä ominaisuuksia.

Väkivallan tekijän määrittelevät seulontavälineet

Kuusi välinettä voidaan luokitella työkaluiksi, jotka määrittelevät väkivallan tekijän. Neljä näistä vaatii kuitenkin havainnointia tai yksityiskohtaisia ammatillisia arviointeja. Ne sopivat paremmin edelliseen luokkaan. Ne olivat IOA, E-IOA, QUALCARE ja EDMA.

Tämän seurauksena sisällytämme tähän luokkaan vain kaksi välinettä, joiden pääpaino on väkivallan tapahtumisesta hoito- ja omaissuhteissa. Näissä väkivallan tekijöiksi määritellään ikääntyneistä huolehtivat (omais)hoitajat ja perheenjäsenet. CASE kehitettiin Kanadassa (Reis ja Nahmiash, 1995), ja sitä on käytetty Kiinassa, Italiassa, Brasiliassa ja Iranissa. CASE koostuu kahdeksasta dikotomisesta (kyllä/ei) suorasta kysymyksestä hoitajalle. Sitä on testattu sekä ammattihoitajilla että ei-ammattimaisilla hoitajilla. Koska kysymykset esitetään ainoastaan yhdelle hoitajalle, sillä voidaan arvioida vain kyseisen henkilön tekemää väkivaltaa.

FAMOASQ kehitettiin Meksikossa (Ruelas-González et al., 2018). Sitä käytetään perusterveydenhuollossa arvioimaan perheenjäsenten ikääntyneeseen kohdistamaan väkivaltaan. Kysymykset on suunnattu ikääntyneelle, ei perheenjäsenille. Tässä välineessä keskitytään riskitekijöiden arviointiin.

Tämäntyyppisillä instrumenteilla on useita rajoituksia. Ensinnäkin soveltamisala on huomattavan kapea, ja siinä arvioidaan vain rajoitetun määrän osalta väkivallan tekijöitä. Toiseksi, erityisesti CASE-välineellä, tutkintamenetelmä perustuu siihen, että hoitaja kertoo väkivallasta. Näistä välineistä voi kuitenkin olla hyötyä tietyin edellytyksin, esimerkiksi silloin, kun on olemassa selvästi epäilty väkivallan tekijä. Nämä välineet voivat myös olla hyödyllisiä, jos niitä käytetään yhdessä muiden välineiden kanssa, mikä mahdollistaa tietojen keräämisen useista lähteistä laajemmin.

Taulukossa 5 englanninkielisessä versiossa sivulla 43 on tiivistetty näiden välineiden pääpiirteet; niiden psykometriset ominaisuudet sekä herkkyys- ja spesifisyysarvot.

Seulontavälineet yhden väkivallan muodon arvioimiseen

Tässä katsauksessa löydettiin kymmenen välinettä, jotka arvioivat vain yhtä väkivallan muotoa. Näistä neljä arvioi psykologista/emotionaalista väkivaltaa, yksi hoidon laiminlyöntiä, kaksi itsensä laiminlyöntiä (self-neglect), yksi sekä hoidon laiminlyönti (neglect) että itsensä laiminlyöntiä (self-neglect) ja kaksi taloudellista väkivaltaa. Fyysisen tai seksuaalisen väkivallan arvioimiseen ei löytynyt välineitä. Nämä välineet vaihtelivat huomattavasti pituudeltaan, kysymismetodeiltaan ja ammatillisen arvioinnin tarpeen osalta, mutta niiden yhteisenä piirteenä on keskittyminen tiettyihin väärinkäytön muotoihin.

CPEAB (Wang, Lin ja Lee, 2006) ja EPAS (Wang, Tseng ja Chen, 2007) kehitettiin molemmat Taiwanissa keskittyen ikääntyneen hoitajien tekemään psyykkiseen väkivaltaan. CPEAB perustuu hoitajan itse kertomaan väkivaltaan. EPAS on laajempi; se vaatii havainnointia väkivallan merkeistä ja sillä tiedustellaan sekä ikääntyneeltä että hoitajalta väkivallasta. OAPAM kehitettiin Yhdysvalloissa (Conrad et al., 2011) käytettäväksi tukityökaluna Adult Protective Services – järjestelmän työntekijöille psyykkisen väkivallan tunnistamiseen. PEASA on kehitetty Turkissa (Aslan ja Erci, 2020) ja se on suoriin väkivaltakysymyksiin perustuva seulontaväline.

Mikään näistä instrumenteista ei esittänyt herkkyys/spesifisyysanalyysiä, ja kaikki osoittivat rajallista psykometristä tietoa. Näitä välineitä on käytetty muutamissa tutkimuksissa, joten niiden tehokkuudesta henkisen väkivallan tunnistamisessa ei ole riittävästi tietoa.

Taloudellisen väkivallan arviointia varten löydettiin kaksi välinettä. FEVS on lyhytmuotoinen riskinarviointityökalu, joka on kehitetty Yhdysvalloissa (Campbell ja Lichtenberg, 2020). OAFEM mainittiin kolmessa tutkimuksessa, joista kaksi tehtiin Yhdysvalloissa ja yksi Irlannissa. Tällä instrumentilla on kolme eripituista muotoa, ja sen tarkoituksena on arvioida väkivaltaa ja sen riskejä ja merkkejä. Tämä instrumentti on rakennettu tukemaan Adult Protective Services -järjestelmän työntekijöitä (Conrad et al., 2010).

Löysimme neljä hoidon laiminlyöntiin ja itsensä laiminlyöntiin liittyvää välinettä, joista jokainen mainittiin yhdessä tutkimuksessa. Signs of Neglect Inventory (Cohen, 2008) kehitettiin Israelissa ja keskittyi yksinomaan hoidon laiminlyöntiin. Väline kehitettiin sairaanhoitajien ja sosiaalityöntekijöiden käyttöön. Se perustuu suoriin laiminlyöntiin liittyviin kysymyksiin ja ikääntyneen fyysisen tilan arviointiin.

SRNS on hoidon laiminlyöntiin ja itsensä laiminlyönnin tunnistamiseen suunniteltu seulontaväline, jota ikääntyneet itse voivat käyttää Zawisza *et al.*, 2020). SSS (Kelly *et al.*, 2008) ja Vulnerability Risk Index of Self-Neglect (Wang *et al.*, 2020) kehitettiin Yhdysvalloissa ja ne keskittyvät ainoastaan itsensä laiminlyöntiin.

Seulontavälineillä, jotka arvioivat vain yhtä väkivallan muotoa, on useita rajoituksia. Ensinnäkin, ja vielä näkyvämpi, on arvioinnin yhteen väkivallan muotoon. Toiseksi, ei ole olemassa välineitä fyysisen ja seksuaalisen väkivallan arvioimiseksi.

Kolmanneksi, yksikään näistä analysoiduista välineistä ei näytä olevan poikkeuksellisen luotettava. Ja neljänneksi, välineet vaihtelevat huomattavasti arviointimenetelmän ja laajuuden osalta. Nämä välineet tarvitsisivat rinnalleen muita välineitä; tämä organisaatioiden kannalta tuottaisi ongelmia.

Näistä rajoituksista huolimatta näistä välineistä voi olla hyötyä joissakin tilanteissa. Tapauksissa, joissa tiedetään, että iäkäs aikuinen kokee jonkin tietyn väkivallan muotoa, joitakin näistä välineistä voidaan käyttää tapauksen arvioimiseen rutiininomaisesti ja muutosten seuraamiseen. Taloudelliseen hyväksikäyttöön liittyvät välineet voivat olla hyödyllisiä, koska tämäntyyppistä väkivaltaa on joskus vaikea tunnistaa, erityisesti terveydenhuollossa.

Taulukossa 6 on yhteenveto näiden työkalujen tärkeimmistä ominaisuuksista sivulilla 45-46.

Johtopäätökset

Ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta on laajalle levinnyt ilmiö maailmanlaajuisesti. Sen tarkkaa esiintyvyyttä on hyvin vaikea arvioida, ja sen tunnistaminen on monimutkainen aihe, joka vaatii monialaista lähestymistapaa. Tällä kirjallisuuskatsauksella pyrimme 1) ymmärtämään seulontamenettelyjen edut ja haitat, 2) ymmärtämään ammattilaisten ja ikääntyneiden käsitystä seulonnasta ja 3) systematisoimaan olemassa olevat seulontavälineet.

Havaintojemme perusteella ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan kannalta merkittävin etu on se, että siihen ei voida puuttua ilman sen tunnistamista. Seulontamenettelyt tarjoavat tutkimukseen perustuvan menetelmän ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tunnistamiseksi ja auttavat myös dokumentoimaan tapauksia järjestelmällisesti.

Näiden menettelyjen leviäminen auttaa myös lisäämään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta (Antezberger, 2008). Joissakin kohdissa ei rohkaista seulonnan käyttöön, johtuen pääasiassa prosessia koskevien tietojen puutteista. Seulonnan mahdolliset kielteiset vaikutukset on tunnistettu (Cohen, 2011; Dong, 2015; Gallione *et ai.*, 2017), mutta niiden esiintymistiheyttä ei tunneta. Väkivaltaan liittyvien seulontaohjelmien kustannustehokkuutta ei tunneta. Tiettyjen seulontavälineiden tehokkuuden ja sovellettavuuden rajoitukset haittaavat myös seulontaohjelmien laatimista.

Seulontaa koskevien käsitysten osalta ammattilaiset pitävät seulontaa yleensä hyödyllisenä, mutta seulonta kilpailee monien muiden työn vaatimusten kanssa. Ammattilaiset ilmoittavat vaikeuksista, jotka liittyvät pääasiassa ajan, tiedon ja koulutuksen puutteeseen aiheesta (Gallione *et ai.*, 2017). Ikääntyneiden mielipidettä seulonnasta ei usein oteta huomioon, ja tämän aukon täyttämiseksi tarvitaan laajempaa tutkimusta.

Välineiden osalta havaitsimme, että käytännössä käytettävissä olevat välineet vaihtelevat huomattavasti (ks. liite I). Kuten tuloksia koskevassa osassa kerrotaan, vain harvat välineet täyttävät yleiset tehokkuussäännöt, ja tehokkaammat välineet ovat myös aikaa vieviä ja vaativat laajaa koulutusta. Nämä havainnot auttavat meitä tunnistamaan kaksi suurta haastetta seulonnassa: 1) nopeaan käyttöön tarkoitettujen tehokkaiden välineiden kehittäminen ja testaaminen ja 2) useiden alojen ammattilaisten kouluttaminen hallinnoimaan ja tulkitsemaan tällaisia välineitä ja varmistamaan, että kaikki seulontatestin jälkeiset menettelyt taataan.

SAVE -hankkeen tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontaa koskeva koulutussuunnitelma, joka auttaa siten toisessa haasteessa.

Tarvitaan myös kiireellisesti lisää tutkimusta, jotta voidaan tietää seuraukset ja jopa mahdolliset vaarat, joita seulonnasta voi seurata. Tällaiset tiedot ovat olennaisen tärkeitä seulontaa koskevien suuntaviivojen kehittämiseksi, mikä on myös SAVE - hankkeen tavoite.

Seulomispäätöstä on tarkasteltava huolellisesti; siihen viittaavat, paitsi puuttuva tieto seulonnan mahdollisista kielteisistä seurauksista, myös välineiden ominaisuudet, erityisesti niiden heikko tehokkuus väkivallan havaitsemisessa sekä niiden käyttöön vaadittava aika.

Koska väkivallan seulonnan mahdollisista haittavaikutuksista ja nykyisin käytettävissä olevien välineiden ominaisuuksista ei ole tietoa, ei voida suositella joukkoseulontaa; tämä on päätelmää, joka on tehty aiemminkin (Wang et al., 2015).

Mahdollisten riskien, hyötyjen ja välineisiin liittyvien rajoitusten tasapainon saavuttamiseksi on todennäköistä, että riskiryhmien valikoiva seulonta (Speechley ym., 2017), voisi olla hyödyllisempää. Siitäkään kuitenkaan ei ole ratkaisevaa näyttöä (Wang et ai., 2015). Terveydenhuollon ympäristöissä seulonta olisi ehkä kohdennettava niille ikääntyneille, joilla on suurempi riski joutua väkivallan kohteeksi.

On riittävästi tutkimusta, joka kertoo, mitkä ikääntyneiden ryhmät ovat suuremmassa vaarassa. Jopa valikoivan seulonnan hyväksyminen ei ole ilman haasteita. Osallistamisperusteiden on oltava tieteelliseen tietoon perustuvia ja täsmällisiä, jotta vältetään leimaamasta tiettyjä ryhmiä tai asettamalla ne aiempaa suurempaan riskiin.

Seulonnan kriteerit voivat myös olla laajoja tai kapeita resurssien saatavuudesta riippuen (esim. koulutetut ammattilaiset, aika). On kuitenkin tärkeää muistaa, että seulontaprosessi ei ole diagnostinen, vaan se vaatii lisäarviointia ennen päätelmien tekemistä.

Lopuksi on tärkeää huomata, että seulontavälineet ovat erityisen arvokkaita ammattihenkilöiden kouluttamisessa systemaattisen kysymisen työtapaan. Välineitä tärkeämpää on kuitenkin kehittää seulontaprosessin taustalla olevia taitoja, nimittäin kuuntelutaitoja ja ongelmanratkaisua, ja edistää laajempaa näkemystä olosuhteista ja tekijöistä, jotka voivat johtaa väkivaltaan ikääntyneitä kohtaan.

Lähdeluettelo

- Action on Elder Abuse (1995) “New definition of abuse.” London: Action on Elder Abuse Bulletin.
- American Psychological Association (2012) “Elder Abuse and Neglect: In Search of Solutions.” Washington D.C.: APA.
- Anetzberger, G. J. (1998) “Psychological abuse and neglect: A cross-cultural concern to older Americans,” in Prevratil, J. F. and Tataru, T. (eds.) *Understanding and Combating Elder Abuse in Minority Communities*. Long Beach, CA: Archstone Foundation, pp. 141–151.
- Anetzberger, G. J. G. J. (2001) “Elder abuse identification and referral: The importance of screening tools and referral protocols,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), pp. 3–22. doi: 10.1300/J084v13n02_02.
- Anthony, E. K. E. K. *et al.* (2009) “Assessing elder mistreatment: Instrument development and implications for adult protective services,” *Journal of Gerontological Social Work*, 52(8), pp. 815–836. doi: 10.1080/01634370902918597.
- Aravanis, S. C. *et al.* (1993) “Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect,” *Archives of Family Medicine*, 2(4), pp. 371–388. doi: 10.1001/archfami.2.4.371.
- Aslan, H. and Erci, B. (2020) “The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect,” *Journal of Public Health (Germany)*, 28(5), pp. 525–533. doi: 10.1007/s10389-019-01071-7.
- Badenes-Ribera, L., Fabris, M. A. and Longobardi, C. (2021) “Elder Mistreatment in an Italian Population: Prevalence and Correlates,” *The International Journal of Aging and Human Development*, 92(1), pp. 83–99. doi: 10.1177/0091415019875454.
- Baig, M. A. *et al.* (2015) “Community emergency medicine: Benefits and challenges of screening for elder abuse in the emergency department of a developing country.,” *World Journal of Emergency Medicine*, 6(4), pp. 261–264.
- Baker, A. (1975) “Granny-battered,” *Modern Geriatrics*, 5, p. 2024.
- Bandura, A. (1978) “Social Learning Theory of Aggression,” *Journal of Communication*, 28(3), pp. 12–29. doi: 10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x.
- Blau, P. M. (1964) *Exchange and Power in Social Life*. New York: John Wiley & Sons.
- Blundell, B., Warren, A. and Moir, E. (2020) “Elder abuse protocols: identifying key features and establishing evidence for their use and effectiveness,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 134–151. doi: 10.1080/08946566.2020.1736225.
- Brandl, B. and Raymond, J. (2012) “Policy implications of recognizing that caregiver stress is not the primary cause of elder abuse,” *Generations*, 36(3), pp. 32–39.
- Burnett, J. *et al.* (2014) “Four Subtypes of Self-Neglect in Older Adults: Results of a Latent Class Analysis.,” *J Am Geriatr Soc*, 62(6), pp. 1127–1132. doi: 10.1111/jgs.12832.
- Burston, G. R. (1975) “Letter: Granny-battering.,” *British medical journal*, 3(5983), p. 592. doi: 10.1136/bmj.3.5983.592-a.

- Caldwell, H. K., Gilden, G. and Muelle, M. (2013) "Elder abuse screening instruments in primary care: An integrative review, 2004 to 2011," *Clinical Geriatrics*, 21(1), pp. 20–25.
- Campbell, R. J. and Lichtenberg, P. A. (2020) "A Short Form of the Financial Exploitation Vulnerability Scale," *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2020.1836108.
- Choi, Y. J. *et al.* (2018) "Associations among elder abuse, depression and PTSD in South Korean older adults," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9). doi: 10.3390/ijerph15091948.
- Cohen, M. *et al.* (2006) "Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers," *Journal of Aging and Health*, 18(5), pp. 660–685. doi: 10.1177/0898264306293257.
- Cohen, M. *et al.* (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), pp. 1224–1230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.
- Cohen, M. (2008) "Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting," *Internal Medicine Journal*, 38(9), pp. 704–707. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01630.x.
- Cohen, M. (2011) "Screening tools for the identification of elder abuse," *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), pp. 261–270.
- Conrad, K. J. *et al.* (2010) "Self-report measure of financial exploitation of older adults," *Gerontologist*, 50(6), pp. 758–773. doi: 10.1093/geront/gnq054.
- Conrad, K. J. *et al.* (2011) "Self-report measure of psychological abuse of older adults," *Gerontologist*, 51(3), pp. 354–366. doi: 10.1093/geront/gnq103.
- Curry, S. J. S. J. *et al.* (2018) "Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement," *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(16), pp. 1678–1687. doi: 10.1001/jama.2018.14741.
- Department of Justice Canada (2009) *Abuse of Older Adults: Department of Justice Canada Overview Paper*. Ottawa.
- de Donder, L. *et al.* (2011) "European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research," *European Journal of Ageing*, 8(2), pp. 129–143. doi: 10.1007/s10433-011-0187-3.
- De Donder, L. *et al.* (2011) "Perpetrators of abuse against older women: A multi-national study in Europe," *Journal of Adult Protection*, 13(6), pp. 302–314. doi: 10.1108/14668201111194212.
- De Donder, L. *et al.* (2018) "Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation," *Educational Gerontology*, 44(2–3), pp. 108–118. doi: 10.1080/03601277.2017.1417810.
- Dong, X. (2005) "Medical implications of elder abuse and neglect," *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), pp. 293–313. doi: 10.1016/j.cger.2004.10.006.
- Dong, X. (2015) "Screening for Elder Abuse in Healthcare Settings: Why Should We Care, and Is It a Missed Quality Indicator?," *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), pp. 1686–1688. doi: 10.1111/jgs.13538.

- Dowd, J. J. (1975) "Aging as exchange: a preface to theory," *Journals of Gerontology*, 30(5), pp. 584–594. doi: 10.1093/geronj/30.5.584.
- Ejaz, F. K. *et al.* (2001) "Evaluating the Ohio elder abuse and domestic violence in late life screening tools and referral protocol," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), pp. 39–57. doi: 10.1300/J084v13n02_04.
- Filipska, K. *et al.* (2019) "Prevalence of elder abuse and neglect: screening in Poland families," *European Geriatric Medicine*, 10(5), pp. 817–825. doi: 10.1007/s41999-019-00224-x.
- Fulmer, T. *et al.* (2000) "Elder neglect assessment in the emergency department," *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), pp. 436–443. doi: <https://doi.org/10.1067/men.2000.110621>.
- Fulmer, T. *et al.* (2012) "Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics," *Gerodontology*, 29(2), pp. 96–105. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00405.x.
- Fundinho, J. F. and Ferreira-Alves, J. (2019) "Conhecer o fenómeno: Tópicos para a formação básica de profissionais," in Paulino, M. and Costa, D. (eds.) *Maus tratos a pessoas idosas*. 1st ed. Lisboa: PACTOR, pp. 191–209.
- Fundinho, J. F., Pereira, D. C. and Ferreira-Alves, J. (2021) "Theoretical approaches to elder abuse: a systematic review of the empirical evidence," *The Journal of Adult Protection*, ahead-of-p(ahead-of-print). doi: 10.1108/JAP-04-2021-0014.
- Gallione, C. *et al.* (2017) "Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review," *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), pp. 2154–2176. doi: 10.1111/jocn.13721.
- Gil, A. P. M. *et al.* (2014) "Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study," *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 6566(August), pp. 1–22. doi: 10.1080/08946566.2014.953659.
- Giraldo-Rodríguez, L. and Rosas-Carrasco, O. (2013) "Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale," *Geriatrics and Gerontology International*, 13(2), pp. 466–474. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.
- Grenier, F. *et al.* (2016) "Evaluation of French version of the Vulnerability to abuse screen scale (VASS), a elder abuse screening tool | Évaluation du Vulnerability to abuse screen scale (VASS), version française d'un test de dépistage de la maltraitance du sujet âgé," *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 14(2), pp. 142–150. doi: 10.1684/pnv.2016.0595.
- Homans, G. C. (1961) *Social Behaviour: Its Elementary Forms*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc.
- Hoover, R. M. and Polson, M. (2014) "Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention," *American Family Physician*, 89(6), pp. 453–460.
- Hwalek, M. A. and Sengstock, M. C. (1986) "Assessing the Probability of Abuse of the Elderly: Toward Development of a Clinical Screening Instrument," *Journal of Applied Gerontology*, 5(2), pp. 153–173. doi: 10.1177/073346488600500205.
- Kelly, P. A. *et al.* (2008) "Exploring self-neglect in older adults: Preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps," *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(SUPPL. 2), pp. S253–S260. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x.

- Lachs, M. S. and Pillemer, K. (2004) "Elder abuse," *The Lancet*, 364(9441), pp. 1263–1272. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17144-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17144-4).
- Mathew, A. and Nair, S. B. (2017) "Theoretical Perspectives on Elder Abuse : A Framework Analysis for Abused Elderly in Kerala," *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 22(9), pp. 29–33. doi: 10.9790/0837-2209042933.
- 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.
- Mussi, C., Pinelli, G., & Annoni, G. (2008). L'anziano e il Pronto Soccorso: il Triage. *G Gerontol*, 56, 109-17.
- Mysyuk, Y., Westendorp, R. G. J. and Lindenberg, J. (2013) "Added value of elder abuse definitions: A review," *Ageing Research Reviews*, 12(1), pp. 50–57. doi: 10.1016/j.arr.2012.04.001.
- NCEA (no date) *Types of Abuse*. Available at: http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type_Abuse/index.aspx (Accessed: June 15, 2016).
- Neale, A. V *et al.* (1991) "Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test," *The Journal of Applied Gerontology*, 10(4), pp. 406–418. doi: 10.1177/073346489101000403.
- Özçakar, N. *et al.* (2017) "Adaptation, reliability, and validity study of the hwalek–sengstock elder abuse screening test (H-S/EAST): A Turkish version," *Turkish Journal of Medical Sciences*, 47(6), pp. 1894–1902. doi: 10.3906/sag-1606-166.
- Phillips, Linda R., Morrison, E. F. and Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), pp. 61–75. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(90\)90024-D](https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90024-D).
- Phillips, Linda R, Morrison, E. F. and Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: testing of a measurement instrument for clinical practice," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), pp. 77–91. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(90\)90025-E](https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90025-E).
- Pickering, C. E. Z. *et al.* (2017) "Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale," *International Journal of Nursing Studies*, 69, pp. 41–46. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.012.
- Platts-Mills, T. F. *et al.* (2018) "Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 30(4), pp. 247–270. doi: 10.1080/08946566.2018.1460285.
- Power, M., Fell, G. and Wright, M. (2013) "Principles for high-quality , high-value testing," *BMJ Evidence-Based Medicine*, 18(1), pp. 5–10.
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1995) "Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE)," *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 14(S2), pp. 45–60. doi: 10.1017/S0714980800005584.
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1998) "Validation of the indicators of abuse (IOA) screen," *Gerontologist*, 38(4), pp. 471–480. doi: 10.1093/geront/38.4.471.

- Ruelas-González, M. G. *et al.* (2018) “Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico,” *Health and Social Care in the Community*, 26(1), pp. 102–112. doi: 10.1111/hsc.12466.
- Santos, E. J. and King, D. A. (2010) “The Assessment of Elder Abuse,” in *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*, pp. 229–242. doi: 10.1016/B978-0-12-374961-1.10009-0.
- 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.
- Schofield, M. J. and Mishra, G. D. (2003) “Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women’s health Australia study,” *Gerontologist*, 43(1), pp. 110–120. doi: 10.1093/geront/43.1.110.
- Simmons, J. *et al.* (2020a) “Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.
- Simmons, J. *et al.* (2020b) “Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.
- Speechley, M. *et al.* (2017) “Screening in Public Health and Clinical Care: Similarities and Differences in Definitions, Types, and Aims - A Systematic Review,” *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2017/03/01, 11(3), pp. LE01–LE04. doi: 10.7860/JCDR/2017/24811.9419.
- Swagerty, D. (2003) “Elder mistreatment identification and assessment,” *Clinics in Family Practice*, 5(1), pp. 195–211. doi: 10.1016/S1522-5720(02)00086-7.
- Teresi, J. A. *et al.* (2019) “Methodological approaches to the analyses of elder abuse screening measures: Application of latent variable measurement modeling to the WC-RAPS,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31(1), pp. 1–24. doi: 10.1080/08946566.2018.1523766.
- Touza, C., Martínez-Arias, R. and Prado, C. (2018) “Psychometric Properties of the Spanish Adaptation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen,” *Spanish Journal of Psychology*. doi: 10.1017/sjp.2018.38.
- Touza, C., Prado, C. and Segura, M. P. (2012) “Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA),” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), pp. 312–325. doi: 10.1080/08946566.2012.661682.
- Wang, B. *et al.* (2020) “A Vulnerability Risk Index of Self-Neglect in a Community-Dwelling Older Population,” *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), pp. 809–816. doi: 10.1111/jgs.16285.
- Wang, J.-J. J. J.-J., Tseng, H.-F. H.-F. F. and Chen, K. M. K.-M. K.-M. (2007) “Development and Testing of Screening Indicators for Psychological Abuse of Older People,” *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(1), pp. 40–47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.09.004>.
- Wang, J., Lin, J.-N. and Lee, F.-P. (2006) “Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly in a Domestic Context,” *Geriatric Nursing*, 27(5), pp. 284–291. doi: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.016.
- 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.

- Wilber, K. H. and McNeilly, D. P. (2001) *Elder abuse and victimization*. 5th ed. Edited by J. Birren and K. Schaie. San Diego: Academic Press.
- World Health Organization (2002) “The Toronto Declaration: the Global Prevention of Elder Abuse,” *Geneva: WHO*.
- World Health Organization and International Network for the Prevention of Elder Abuse (2002) *Missing voices : views of older persons on elder abuse*. Geneva.
- Yaffe, M. J. *et al.* (2008) “Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), pp. 276–300. doi: 10.1080/08946560801973168.
- Yaffe, M. J., Weiss, D. and Lithwick, M. (2012) “Seniors’ Self-Administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A Feasibility Study,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), pp. 277–292. doi: 10.1080/08946566.2011.652930.
- Yon, Y. *et al.* (2017) “Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis,” *The Lancet Global Health*, 5(2), pp. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
- Zawisza, K. *et al.* (2020) “Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland,” *Gerontologist*, 60(3), pp. E117–E126. doi: 10.1093/geront/gnz014.

Liite I

Luettelo ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontavälineisä

- Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) - (Hwalek and Sengstock, 1985)
- Elder Abuse Suspicion Index (EASI) - (Yaffe *et al.*, 2008)
- Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) - (Schofield and Mishra, 2003)
- Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) - (Platts-Mills *et al.*, 2020)
- Responding to Elder Abuse in GERiAtric care-Self-administered (REAGERA-S) - (Simmons *et al.*, 2020)
- Geriatric Mistreatment Scale (GMS) - (Giraldo-Rodríguez and Rosas-Carrasco, 2013)
- Korean Elder Abuse Scale - (Oh *et al.*, 2006)
- Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen (WC-RAPS) - (Teresi *et al.*, 2019)
- Client Assessment and Risk Evaluation (CARE) - (Burnett *et al.*, 2014)
- Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA) - (Touza, Prado and Segura, 2012)
- Elder Assessment Instrument - Reviewed (EAI - R) - (Fulmer *et al.*, 2012)
- Elder Assessment Instrument (EAI) - (Fulmer *et al.*, 2000)
- Expanded Indicators of Abuse (E-IOA) - (Cohen *et al.*, 2006)
- Indicators of Abuse (IOA) - (Reis and Nahmiash, 1998)
- QUALCARE - (Phillips, Morrison and Chae, 1990)
- Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument (REAMI) - (De Donder *et al.*, 2018)
- Signs of abuse inventory - (Cohen *et al.*, 2007)
- Caregiver Abuse Screen (CASE) - (Reis and Nahmiash, 1995)
- Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire (FAMOASQ) - (Ruelas-González *et al.*, 2018)
- Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB) - (Wang, Lin and Lee, 2006)
- Elders' Psychological Abuse Scale (EPAS) - (Wang, Lin and Lee, 2006)
- Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM) - (Conrad *et al.*, 2011)
- Perceived Emotional Abuse Scale for Adults (PEASA) - (Aslan and Erci, 2020)
- Financial Exploitation Vulnerability Scale (FEVS) - (Campbell and Lichtenberg, 2020)

- Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM) - (Conrad *et al.*, 2010)
- Signs of neglect inventory - (Cohen, 2008)
- Self-Reported Neglect Scale (SRNS) - (Zawisza *et al.*, 2020)
- Self-Neglect Severity Scale (SSS) - (Kelly *et al.*, 2008)
- Vulnerability Risk Index of Self-Neglect - (Wang *et al.*, 2020)

Seulontavälineiden lähdeluettelo

- Aslan, H. and Erci, B. (2020) "The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect," *Journal of Public Health (Germany)*, 28(5), pp. 525–533. doi: 10.1007/s10389-019-01071-7.
- Burnett, J. *et al.* (2014) "Community-based risk assessment of elder mistreatment and self-neglect: Evidence of construct validity and measurement invariance across gender and ethnicity," *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(3), pp. 291–319. doi: 10.1086/677654.
- Campbell, R. J. and Lichtenberg, P. A. (2020) "A Short Form of the Financial Exploitation Vulnerability Scale," *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2020.1836108.
- Cohen, M. *et al.* (2006) "Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers," *Journal of Aging and Health*, 18(5), pp. 660–685. doi: 10.1177/0898264306293257.
- Cohen, M. *et al.* (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), pp. 1224–1230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.
- Cohen, M. (2008) "Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting," *Internal Medicine Journal*, 38(9), pp. 704–707. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01630.x.
- Conrad, K. J. *et al.* (2010) "Self-report measure of financial exploitation of older adults," *Gerontologist*, 50(6), pp. 758–773. doi: 10.1093/geront/gnq054.
- Conrad, K. J. *et al.* (2011) "Self-report measure of psychological abuse of older adults," *Gerontologist*, 51(3), pp. 354–366. doi: 10.1093/geront/gnq103.
- De Donder, L. *et al.* (2018) "Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation," *Educational Gerontology*, 44(2–3), pp. 108–118. doi: 10.1080/03601277.2017.1417810.
- Fulmer, T. *et al.* (2000) "Elder neglect assessment in the emergency department," *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), pp. 436–443. doi: <https://doi.org/10.1067/men.2000.110621>.
- Fulmer, T. *et al.* (2012) "Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics," *Gerodontology*, 29(2), pp. 96–105. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00405.x.
- Giraldo-Rodríguez, L. and Rosas-Carrasco, O. (2013) "Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale," *Geriatrics and Gerontology International*, 13(2), pp. 466–474. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.
- Hwalek, M. A. and Sengstock, M. C. (1985) "A Screening Instrument for Identifying Elderly at Risk of Abuse and Neglect."
- Kelly, P. A. *et al.* (2008) "Exploring self-neglect in older adults: Preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps," *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(SUPPL. 2), pp. S253–S260. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x.
- Oh, J. *et al.* (2006) "A study of elder abuse in Korea," *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), pp. 203–214. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.005>.

- Phillips, L. R., Morrison, E. F. and Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), pp. 61–75. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(90\)90024-D](https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90024-D).
- Platts-Mills, T. F. *et al.* (2020) "Multicenter Validation of an Emergency Department–Based Screening Tool to Identify Elder Abuse," *Annals of Emergency Medicine*, 76(3), pp. 280–290. doi: [10.1016/j.annemergmed.2020.07.005](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.07.005).
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1995) "Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE)," *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2010/11/29, 14(S2), pp. 45–60. doi: DOI: [10.1017/S0714980800005584](https://doi.org/10.1017/S0714980800005584).
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1998) "Validation of the indicators of abuse (IOA) screen," *Gerontologist*, 38(4), pp. 471–480. doi: [10.1093/geront/38.4.471](https://doi.org/10.1093/geront/38.4.471).
- Ruelas-González, M. G. *et al.* (2018) "Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico," *Health and Social Care in the Community*, 26(1), pp. 102–112. doi: [10.1111/hsc.12466](https://doi.org/10.1111/hsc.12466).
- Schofield, M. J. and Mishra, G. D. (2003) "Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's health Australia study," *Gerontologist*, 43(1), pp. 110–120. doi: [10.1093/geront/43.1.110](https://doi.org/10.1093/geront/43.1.110).
- Simmons, J. *et al.* (2020) "Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 173–195. doi: [10.1080/08946566.2020.1737614](https://doi.org/10.1080/08946566.2020.1737614).
- Teresi, J. A. *et al.* (2019) "Methodological approaches to the analyses of elder abuse screening measures: Application of latent variable measurement modeling to the WC-RAPS," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31(1), pp. 1–24. doi: [10.1080/08946566.2018.1523766](https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1523766).
- Touza, C., Prado, C. and Segura, M. P. (2012) "Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA)," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), pp. 312–325. doi: [10.1080/08946566.2012.661682](https://doi.org/10.1080/08946566.2012.661682).
- Wang, B. *et al.* (2020) "A Vulnerability Risk Index of Self-Neglect in a Community-Dwelling Older Population," *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), pp. 809–816. doi: [10.1111/jgs.16285](https://doi.org/10.1111/jgs.16285).
- Wang, J. J., Lin, J. N. and Lee, F. P. (2006) "Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly in a Domestic Context," *Geriatric Nursing*, 27(5), pp. 284–291. doi: [10.1016/j.gerinurse.2006.08.016](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2006.08.016).
- Yaffe, M. J. *et al.* (2008) "Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), pp. 276–300. doi: [10.1080/08946560801973168](https://doi.org/10.1080/08946560801973168).
- Zawisza, K. *et al.* (2020) "Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland," *Gerontologist*, 60(3), pp. E117–E126. doi: [10.1093/geront/gnz014](https://doi.org/10.1093/geront/gnz014).

OSA 2



Kirjoittajat:

Fundinho, J. F., School of Psychology (Epsi), University of Minho, Portugal

Machado, M. M., School of Nursing (ESE), University of Minho, Portugal

Petronilho, F. A., School of Nursing (ESE), University of Minho, Portugal

Ferreira-Alves, J., School of Psychology (Epsi), University of Minho, Portugal

Yhteistyössä SAVE -hankkeen jäsenet:

Boccaletti L., Milianta S., ANS soc. coop. soc. , Italy

Melon M.C., Grassi S., Patuzzo M., CADIAI soc. coop. soc., Italy


Papastavrou E., Cyprus University of Technology | Nikolaidou E., Charitou P., Cyprus State Health Services Organisation, Community Nursing, Cyprus

Perttu S., Empowering Old Age Coop - Osk VoiVa, Finland

Kacprzykowska A., Rogalska E., Daab M., PCG Polska, Poland

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.

**Kirjallisuusviite:**

Fundinho, F., Machado, M., Petronilho, F. and Ferreira-Alves, J. (2021) *What we know about screening older adults for mistreatment: results from the SAVE Project literature review*. Available at: <https://www.projectsave.eu/>

Yhteistyökumppanit

Tämä kirjallisuuskatsaus on tuotettu "SAVE – Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonta" -hankkeessa No. 2020-1-PL01-KA202-081643

- PCG Polska Sp. z o.o. - Poland (koordinaattori)
- VoiVa - Finland
- Anziani e non solo - Italy
- Cooperativa assistenza disabili infermi anziani infanzia – Italy
- Universidade do Minho – Portugal
- Cyprus University of Technology – Cyprus

Tuotteen kehittämistyötä koordinoi Universidade do Minho – Portugali

Sisältöluettelo

Sisältöluettelo	3
Seulontavälineiden ja -menettelyjen käyttö SAVE -kumppanimaissa: Italiassa, Kyproksessa, Portugalissa, Puolassa ja Suomessa	4
Seulontaprosessi:	4
Onko maassasi käytössä seulontamenettelyjä?	4
Onko maassasi olemassa kriteerejä, joita suositellaan seulontaprosessin käynnistämiseksi? Seulotaanko jokainen ikääntynyt?	5
Missä terveys- ja sosiaalialan yhteyksissä näitä menettelyjä sovelletaan?	5
Mitkä ammattilaiset suorittavat seulonnan?	5
Onko ammattilaisilla erityistä koulutusta ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontaprosessista?.....	5
Käyttävätkö ammattilaiset standardoituja välineitä (seulontatyökaluja)?	5
Onko ne vahvistettu maan osalta?.....	5
Seulontasuositukset.....	6
Onko sosiaali- ja terveyspalveluissa ajatuksia tai aikeita ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonnasta?.....	6
Kuka päättää, suoritetaanko seulontaa? Onko siihen ohjeita?	6
Mitä tuloksia tai seurauksia seulontaprosessilla on?	7
Seulonta ja ammattilaisten velvollisuudet:.....	7
Onko maassanne ammatillista koulutusta, jossa todetaan, että väkivallan seulonta olisi tehtävä kaikille ikääntyneille?	7
Onko maassasi ammatillista koulutusta, jossa yksilöidään kriteerit/merkit/oireet, jotka tekevät väkivallan seulonnasta suositeltavaa?	8
Onko ammattilaisilla velvollisuus seuloa?	8
Onko väkivallasta lakisäätteistä velvollisuutta raportoida?	8
Mitkä ovat yhteydet tai suhteet tietoon perustuvan päätöksen välillä väkivallan seulomiseksi ja maasi oikeusjärjestelmän välillä?	9
Onko seuranta, kun väkivaltaa epäillään tai se todetaan?	10
Millaista seuranta on?	10

Seulontavälineiden ja -menettelyjen käyttö SAVE - kumppanimaissa: Italiassa, Kyproksessa, Portugalissa, Puolassa ja Suomessa

Jotta ymmärrettäisiin, miten seulontaa ja seulontavälineitä käytetään SAVE-hankkeen kumppanimaissa, kunkin maan edustajat vastasivat useisiin kysymyksiin, jotka koskivat heidän kansallista tilannettaan seulontaprosessien, seulontavälineiden käytön ja interventoiden osalta. Tietoja kerättiin julkaistujen tieteellisten asiakirjojen tarkastelun, virallisten kansallisten asiakirjojen/menettelyjen, ammattijärjestöjen asiakirjojen/ ohjaavien periaatteiden, alan ammattilaisten kuulemisen ja kumppanimaiden edustajien ammatillisen tietämyksen perusteella.

Seulontaprosessi:

ONKO MAASSASI KÄYTÖSSÄ SEULONTAMENETTELYJÄ?

Sikäli kuin pystyimme määrittämään, **Italiassa, Kyproksessa ja Portugalissa** ei tällä hetkellä ole käytössä seulontamenettelyjä. Portugalissa on joitakin tutkimusaloitteita ja joitakin aiempia SAFE-hankkeeseen liittyviä aloitteita. APAV, valtion johtava uhrien suojelujärjestö, tekee riskinarviointia eri ikäryhmille, myös ikääntyneille. Ei kuitenkaan ole tietoa siitä, millaisia menetelmiä riskinarvioinnissa käytetään.

Puolassa joissakin kaupungeissa on käytössä seulontamenetelmiä, joissa käytetään joitakin välineitä, kuten Geriatric Mistreatment Scale (GMS), Self-Reported Neglect Scale (SRNS), ja Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS). Puolassa on käytössä myös ns. *Blue Card procedure* yleisesti väkivaltaa varten.

Suomessa ei ole erityisesti ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontaan erikoistuneita välineitä. Suomessa on kuitenkin käytössä Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomake (www.thl.fi/vakivalta), joka sisältää seuraavat suodatinkysymykset:

Onko Sinuun kohdistunut lähisuhteissasi jossakin elämänvaiheessa fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?

Vaikuttaako kokemasi väkivalta edelleen terveyteesi, hyvinvointiisi tai elämänhallintaasi?

Onko lähisuhteissasi tällä hetkellä fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?

Jos henkilö vastaa ”kyllä” kysymyksiin 2 tai 3, haastattelu jatkuu yksityiskohtaisilla kartoituskysymyksillä eri väkivallan muodoista. Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomake sisältää myös henkilön oman arvion siitä, kuinka paljon hän ajattelee väkivallan vaikuttavan hänen nykyiseen terveyteensä, hyvinvointiinsa ja turvallisuuteensa. Lopuksi ammattilainen tekee oman arvionsa tilanteesta ja siitä, mihin henkilö tulisi ohjata jatkohoitoa varten.

ONKO MAASSASI OLEMASSA KRITEREJÄ, JOITA SUOSITELLAAN SEULONTAPROSESSIN KÄYNNISTÄMISEKSI? SEULOTAANKO JOKAINEN IKÄÄNTYNYT?

Portugalissa, Italiassa, Kyproksessa, Suomessa ja Puolassa ei ole suositeltuja kriteerejä, jotka käynnistävät seulontaprosessin.

Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL, suosittelee lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomakkeen käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, sisältäen myös vanhusten palvelut.

MISSÄ TERVEYS- JA SOSIAALIALAN YHTEYKSISSÄ NÄITÄ MENETTELYJÄ SOVELLETAAN?

Yksikään kumppanimaa ei tee järjestelmällistä seulontaa ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tunnistamiseksi. **Puolassa** *Blue Card procedure* aloitetaan, kun ammattihenkilöllä on tehtäviensä aikana epäilyjä henkilöön kohdistuvasta väkivallasta perheenjäsenen ilmoituksen tai todistajan tai väkivallan kohteen ilmoituksen perusteella.

Kyproksessa arviointi valituksen tai raportin jälkeen suoritetaan käytännön olosuhteissa, kodeissa, päiväkodeissa ja päivystysosastoilla.

Suomessa Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomaketta käytetään kansallisesti äitiys- ja lastenneuvoloissa, jotka ovat osa perusterveydenhuollon terveyskeskuksia.

MITKÄ AMMATTILAISET SUORITTAVAT SEULONNAN?

Kaikissa maissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat suorittaa seulontoja.

ONKO AMMATTILAISILLA ERITYISTÄ KOULUTUSTA IKÄÄNTYNEISIIN KOHDISTUVAN VÄKIVALLAN SEULONTAPROSESSISTA?

Ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulontaprosessista ei ole olemassa erityistä tai järjestelmällistä koulutusta missään maassa.

KÄYTTÄVÄTKÖ AMMATTILAISET STANDARDOITUJA VÄLINEITÄ (SEULONTATYÖKALUJA)?

Puolassa Blue Card - menettelyssä välineet on määritelty ministerineuvoston antamassa asetuksessa 13 päivänä syyskuuta 2011. Standardoidut työkalut ovat GMS ja VASS. Mikään muu kumppanimaa ei käytä virallisesti standardoituja välineitä.

ONKO NE VAHVISTETTU MAAN OSALTA?

Puolassa VASS on validoitu maan olosuhteissa. **Portugalissa** QEEA (Questions to elicit elder abuse), EASI, VASS ja HS-EAST - välineillä on validiteetti-indikaattorit.

Seulontasuositukset

Onko sosiaali- ja terveystalvueluissa ajatuksia tai aikeita ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan seulonnasta?

Yleensä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden suositukset koskevat epäiltyjä tapauksia, eivät joukkoseulontoja, mutta joitakin aloitteita on olemassa:

Puolassa Blue Card - menettelyn osalta suositukset koskevat tietojen järjestelmällistä keräämistä, palveluihin soveltamista ja yhteiskuntaan suunnattua koulutustoimintaa, yksilöllisempää lähestymistapaa menettelyssä ja tiedottamista väkivallan uhreille Blue Card – menettelystä.

Suomessa Malmin sairaalan työryhmä käänsi EASI-seulontavälineen (Yaffe et ai., 2008) suomeksi joulukuussa 2017 instrumentin tekijän antaman menettelytavan mukaisesti. Seulontavälinettä pilotoitiin Malmin sairaalan päivystyksessä ja päivystysosastolla 15.-21.1.2018 ja 4.-17.6.2018.

Ennen pilotointia seurasi kuukauden ajan pahoinpidellyn potilaan lääketieteellistä tutkimusmenettelyä (PAKE) päivystyksessä nähdäkseen, kuinka usein PAKEa käytettiin vanhempien potilaiden kanssa. Tuloksena oli, että vain yksi 61-vuotias potilas tuli ensiapuun pojanpoikansa pahoinpitelyn vuoksi.

Työryhmä totesi, että väkivallan uhreiksi joutuneita ikääntyneitä tunnustetaan harvoin päivystyksessä. Sen vuoksi EASI-välinettä päätettiin käyttää seulontatarkoituksiin. Sovittiin, että EASI - lomakkeella kysytään väkivallasta 75-vuotiailta tai sitä vanhemmilta henkilöiltä, jotka vaikuttivat kompetenteilta ja jotka jostakin syystä tulivat päivystykseen. EASIn käyttöön koulutettiin yhteensä 39 ammattilaista.

Näissä kahdessa pilotissa täytettiin yhteensä 26 EASI-lomaketta. Viiden potilaan kerrottiin kärsivän ainakin yhdestä välineessä mainitusta väkivallan muodosta, nimittäin uhkailusta sekä fyysisestä ja seksuaalisesta väkivallasta. Kaksi potilasta (ikäntyneitä naisia) kieltäytyi vastaamasta kysymyksiin; toinen heistä oli hänen aikuisen poikansa saattamana, ja toinen myönsi olevansa uhri, mutta kieltäytyi puhumasta väkivallasta eikä myöskään halunnut apua.

Palautekyselyyn vastasi kymmenen ammattilaista. He ilmoittivat, että väkivalta on potilaille arkaluonteinen asia; monet heistä kieltäytyivät vastaamasta. Ammattilaisten kokemukset vaihtelivat: "lomakkeen käyttö kesti yllättävän kauan", "erittäin herkkä asia potilaille", "erittäin tarpeellista kysyä", "potilaat eivät halunneet vastata".

KUKA PÄÄTTÄÄ, SUORITETAANKO SEULONTAA? ONKO SIIHEN OHJEITA?

Puolassa Blue Card - menettelyn voivat käynnistää sosiaali- ja terveydenhuolto, poliisi, koulutusorganisaatiot tai alkoholiongelmatoimikunnan jäsenet. Epäily perheväkivallasta riittää menettelyn aloittamiseen. Systemisen seulonnan osalta päätös on terveydenhuollon yksiköiden ja sosiaalilaitosten johdon käsissä. Jos ne edustavat julkista sektoria, voidaan hakea kunnanhallituksen tai alueellisen hyvinvointipoliittisen keskuksen hyväksyntää.

Kyproksessa ei ole seulontaa koskevia ohjeita, mutta niihin sovelletaan kunkin palvelun säännöksiä tai vahvistetaan, olisiko väkivallan arviointia tehtävä.

Suomessa päätöksen voivat tehdä sairaaloiden tai terveyskeskusten paikalliset/alueelliset lääketieteen ja hoitotyön johtajat julkisissa ja yksityisissä palveluissa. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myös päättää seulonnasta (kuten vuonna 2004, jolloin ministeriö päätti käyttää väkivallan seulontavälineitä neuvoloissa). Nykyisin käytössä olevan seulontavälineen käyttöön on viralliset ohjeet.

Italiassa ei ole ohjeita, mutta on olemassa suositus riskin arvioinnista (johon sisältyy ikääntyneisiin kohdistuva väkivalta) kaikille yli 75-vuotiaille, jotka otetaan päivystyspalveluihin (Mussi, Pinelli ja Annoni, 2008).

Portugalissa ei ole ohjeita, mutta päätöksen voivat tehdä paikallisten/alueellisten laitosten kliiniset neuvostot.

MITÄ TULOKSIA TAI SEURAUKSIA SEULONTAPROSESSILLA ON?

Suomessa Malmin sairaalassa toteutetusta EASI-pilotista opittiin, että:

- seulonnasta on oltava käytännön tietoa: miten se tehdään, kuka käyttää seulontakyselyä (koko henkilöstö tai vain osa henkilöstöstä, kuten sairaanhoitajat tai lähihoitajat, lääkärit)
- tietoa jaettava mahdollisimman laajasti – kokouksissa, koulutuksessa, jne
- Jokaisessa yksikössä olisi oltava vastuuhenkilö, joka huolehtii toteutuksen käytännön kysymyksistä: muistuttaa säännöllisesti seulonnasta, kerää täytettyjä kyselylomakkeita jne.
- seulontavälineiden käyttöä koskevan koulutuksen on oltava mahdollisimman käytännöllistä: rooliharjoituksia, miten kysyä ja keskustella potilaan/asiakkaan kanssa jne.

Seulonta ja ammattilaisten velvollisuudet:

ONKO MAASSANNE AMMATILLISTA KOULUTUSTA, JOSSA TODETAN, ETTÄ VÄKIVALLAN SEULONTA OLISI TEHTÄVÄ KAIKILLE IKÄÄNTYNEILLE?

Ei ole.

ONKO MAASSASI AMMATILLISTA KOULUTUSTA, JOSSA YKSILÖIDÄÄN KRITTEERIT/MERKIT/OIREET, JOTKA TEKEVÄT VÄKIVALLAN SEULONNASTA SUOSITELTAVAA?

Puolassa Blue Card - menettelyyn osallistuvilla yksiköillä on koulutusta asiasta, mutta koulutus on yleistä, se ei sisällä ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivallaa. Association for Counteracting Domestic Violence "Blue Line" – tiimi tarjoaa koulutusta. Koulutus koskee monitieteisen työryhmän toiminnan ja työn järjestämistä, työskentelyn aloittamista monitieteisessä tiimissä Blue Card menettelyssä, työskentelyä väkivaltaa kokevien ihmisten kanssa, työskentelyä väkivaltaa käyttävien ihmisten kanssa (interventio ja apu) ja aikuisiin kohdistuvaa seksuaalista väkivaltaa. Täydellinen koulutustarjous on verkkosivustolla <http://www.niebieskalinia.org/oferta-szkolen-na-zamowienie>

Kyproksessa toisinaan järjestettävissä ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan konferensseissa istunnot ovat tarkoitettu vain osallistujille, eivät kaikille henkilöstön työntekijöille. Hoitotyön jatkokoulutuksen yhteydessä järjestetään joitakin seminaareja perheväkivallasta yleensä ja erityisesti ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta. Kyproksen sairaanhoitajien ja kättilöliiton komitea on järjestänyt perheväkivaltaa ja ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa koskevia seminaareja ja työpajoja. Näillä koulutustapahtumilla pyrittiin lisäämään terveydenhuollon ammattilaisten, pääasiassa sairaanhoitajien, kättilöiden ja terveydenhuollon työntekijöiden, tietoisuutta ikääntyneisiin kohdistuvasta väkivallasta, sen varhaisesta tunnistamisesta ja siihen puuttumisesta.

Suomessa ei ole erityistä yleistä seulontakoulutusta, mutta Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset saavat koulutusta (ei systemaattisesti) väkivallan tunnistamisesta ja tapausten seurannasta. Myös Itä-Suomen ammattilaiset saavat koulutusta (ei systemaattista) ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan tunnistamiseen.

ONKO AMMATILAISILLA VELVOLLISUUS SEULOA?

Puolassa, Portugalissa, Kyproksessa ja Italiassa ei ole velvollisuutta seuloa.

ONKO VÄKIVALLASTA LAKISÄÄTEISTÄ VELVOLLISUUTTA RAPORTOIDA?

Italiassa terveydenhuollon ammattilaisilla ja virkailijoilla on lakisääteinen ilmoitusvelvollisuus aina, kun he saavat tietoonsa rikoksen, josta voidaan nostaa syyte viran puolesta.

Puolassa Blue Cardin täyttäminen ei ole sama kuin rikosilmoituksen antaminen. Se ei ole peruste rikosoikeudellisen menettelyn aloittamiselle. Jos ilmoitus tehdään ja menettely aloitetaan, sitä voidaan käyttää todisteena. "Siniset kortit" -dokumentaatio ilmoittaa poliisille, että tietyssä perheessä on väkivaltaa. Piirin virkailija on velvollinen ottamaan yhteyttä kyseiseen perheeseen viimeistään seitsemän päivän kuluessa. Aluevirkailijan on tunnistettava tilanne ja seurattava sitä järjestelmällisesti ja annettava apua kuukausittaisten vierailujen aikana. Julkisten laitosten (esim. koulut, toimistot) osalta meillä on ehdoton velvollisuus ilmoittaa rikoksen tekemisestä. Väkivaltarikoksesta on ilmoitettava perheväkivallan

torjunnasta 29.7.2005 annetun lain 12 §:n 1 ja 2 §:ssä: "Henkilöiden, jotka virka- tai ammattitehtäviensä yhteydessä epäilevät, että perheväkivaltaan liittyvä rikos on tehty, on ilmoitettava tästä välittömästi poliisille tai syyttäjälle." Velvollisuus ilmoittaa viran puolesta syytetyistä rikoksista mainitaan rikosprosessilain 304 §:n 2 momentissa: *"valtion ja paikallishallinnon instituutiot, joilla on perusteltu epäily viran puolesta syytteeeseen asettamisesta tilanteessa, joka uhkaa suoraan ihmisten terveyttä ja henkeä, ovat velvollisia ilmoittamaan siitä välittömästi syyttäjälle tai poliisille ja ryhtymään tarvittaviin toimiin"*.

Kyproksessa seulontoja ei suoriteta, mutta oikeuskanslerinvirasto on erityisen herkkä perheväkivaltatapausten käsittelylle. Asiakirja nro 50 (C) /1992/N.42 ja päivämäärä: 11.6.1998 kaikille valtion virkamiehille ja työntekijöille: "Jokainen valtion virkamies/ työntekijä, kuten sosiaalivirkailija, poliisi, lääkäri, psykiatri, psykologi, professori, opettaja, terveysvierailija todetessaan tai epäillessään, että mahdollisesti perheväkivalta on kysymyksessä, on velvollinen ilmoittamaan asiasta yleisessä virastossa 7 päivän kuluessa."

Suomessa on ammatinharjoittajilla pakollinen ilmoitusvelvollisuus sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle (ns. huoli-ilmoitus):

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (Vanhuspalvelulaki) (980/2012, (25 §) Jos terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö taikka kunnan sosiaalitoimen, alueen pelastustoimen, hätäkeskuksen tai poliisin palveluksessa oleva on tehtävässään saanut tiedon sosiaali- tai terveydenhuollon tarpeesta olevasta iäkkästä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan, hänen on salassapitosäännösten estämättä ilmoitettava asiasta viipymättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä.

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) velvoittaa ilmoittamaan, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä.

Portugalissa ilmoitus epäilyistä ei ole samanarvoinen kuin rikosilmoituksen antaminen. Näin ollen se ei ole peruste rikosoikeudellisen menettelyn aloittamiselle. Jos tiedot kuitenkin esitetään yksityiskohtaisemman arvioinnin jälkeen, rikosoikeudelliset menettelyt voidaan aloittaa ja niitä voidaan käyttää todisteena lainvalvontaviranomaisille.

MITKÄ OVAT YHTEYDET TAI SUHTEET TIETOON PERUSTUVAN PÄÄTÖKSEN VÄLILLÄ VÄKIVALLAN SEULOMISEKSI JA MAASI OIKEUSJÄRJESTELMÄN VÄLILLÄ?

Edellisessä aiheessa käsiteltyä pakollista raportointia lukuun ottamatta seulonnan ja oikeusjärjestelmän välillä ei näytä olevan yhteyttä.

ONKO SEURANTAA, KUN VÄKIVALTA EPÄILLÄÄN TAI SE TODETAAN?

Puolassa tieteidenvälinen ryhmä (Blue Card - menettely) seuraa tilannetta uhrin kanssa sovitun tukitoimintasuunnitelman mukaisesti.


Suomessa seuranta on sosiaalityöntekijöille pakollista.

Portugalissa perusterveydenhuollon vanhempien suojelukomiteoiden ja APAV-seurannan raportoiduissa tapauksissa.

MILLAISTA SEURANTA ON?

Puolassa toimeentulotuen organisaatioyksiköiden seurantatoimia ovat:

- Sosiaalityö, mukaan lukien säännölliset vierailut yhteisössä, tiedottaminen sosiaalipalvelujen käteisetuoksien käytön edellytyksistä, osoitus mahdollisuudesta käyttää psykologista, oikeudellista ja neuvontaa - lääketieteellistä, ammatillista ja perhettä - ohjaamalla perheväkivallasta epäilty henkilö perheväkivallan uhrien laitokseen, erityisesti erikoistuneeseen uhrien tukikeskukseen perheväkivaltaa, lasten ohjaamiseen hoito- ja koulutuspäivätukilaitokseen (esim. iltapäiväkerhon koulutuskeskus), perheen ilmoittamiseen ja huoltajatuomioistuimeen lasten tilanteesta.
- Alkoholiongelmien ratkaisukunnan kunnanhallitus: lähete osallistua avoriippuvaisten tukiryhmiin, ilmoitus laillisista mahdollisuuksista luovuttaa henkilö, jolle epäillään, että hän käyttää perheväkivaltaa huumeriippuvuushoitoon, lähete osallistua terapeuttiseen ryhmään, lähete osallistua omatoimiryhmään.
- Poliisi: järjestelmälliset vierailut perheväkivallasta epäillyn henkilön turvallisuuden tarkistamiseksi, perheväkivallan kohteeksi väitetylle henkilölle, että fyysinen ja psyykinen hyväksikäyttö on rikos, ja hahmottele rikosoikeudelliseen vastuuseen liittyviä näkökohtia, tiedottamista mahdollisuudesta lääkärintarkastukseen, valmistelumenettelyn aloittaminen, syyttäjää toteuttamaan asianmukaisia ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä.
- Koulutus: pahoinpitelytapauksia saavan perheen lapsen/lasten tarjoaminen psykologisella ja pedagogisella avulla päiväkodissa, koulussa tai muussa laitoksessa terapeuttisen luokan, soveltuvuutta rakentavan toiminnan, didaktisten ja korvaavien luokkien, erikoisalojen: korjaavat ja korvaavat, puheterapia, sosiaalis-terapeuttinen ja muu terapeuttinen toiminta, koulutuksen ja ammatin valintaan liittyvät luokat, sekä koulutus- ja ammatillinen urasuunnittelu - keskiasteen ja lukiolaisten osalta neuvonta ja kuuleminen, psykologisen ja pedagogisen avun antaminen vanhemmille/huoltajille neuvojen, keskustelujen, työpajojen tai koulutuksen, aineellisen avun ja sen tyyppien muodossa: loma, ruoka, koulustipendi, kouluavustus, puhu psykologisella ja pedagogisella klinikalla, mukaan lukien erikoisklinikka, lähete terapeuttiseen apuun, ilmoitus perheen ja holhoustuomioistuimen tilanteesta, ilmoitus vanhemmalle/huoltajalle mahdollisuudesta saada apua hoito- ja oppilaitoksille päivätuesta.
- Terveystuon palvelut: perheväkivallasta epäillyn uhrin ohjaaminen lääkäriin, jossa on viitteitä mahdollisista uusista lääketieteellisistä konsultaatioista, perheväkivallasta epäillyn uhrin



ohjaaminen psykiatriin kuulemisiin, perheväkivallasta epäillyn uhrin ohjaaminen lääkäriin saadakseen lääkärintodistuksen, jossa ilmoitetaan, liittyvätkö ruumiinvammojen syyt ja tyyppi perheväkivaltaan.

Suomessa tehdään kotikäyntejä tilanteen selvittämiseksi. Dokumentaatio on pakollinen.

Portugalissa kotikäyntien tai sosiaalihuollon tapaamisten mukaan.

