

# Hotus



**Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen**  
**Hotus-hoitosuositus®**

# TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET

## PUHEENJOHTAJA

**JAANA ASIKAINEN**, sh, TtT, osastonhoitaja, Niuvanniemen sairaala

*Jaana Asikainen toimii osastonhoitajana Niuvanniemen sairaalassa. Jaanalla on yli 20 vuoden kokemus kliinisestä hoitotyöstä erikoissairaanhoidossa sekä sairaanhoitajana, että hoitotyön esihenkilönä. Jaana on tutkinut väkivaltaa ja tehnyt väitöskirjansa pakkotoimien ennaltaehkäisystä ja debriefingin implementoinnista ja soveltamisesta. Hän on tutkinut myös pakonkäytön jälkeisiä potilasnäkökulmia. Jaana toimii organisaationsa edustajana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoimassa ERA-verkostossa (eettisyys itsemääräämisoikeuden rajoittamisessa), missä kehitetään psykiatristen potilaiden hoidon laatua. Verkosto on kehittänyt kansallisen Eristämisen ja sitomisen laatukriteerit.*

## VARAPUHEENJOHTAJA

**SATU KAMMONEN**, sh, th, TtM, osastonhoitaja, HUS, Leikkaus- ja tehohoitokeskus

*Satu Kammonen toimii osastonhoitajana Tehovalvonnassa HUSissa. Hänellä on noin 15 vuoden kokemus sairaanhoitajan tehtävistä tehovalvontapotilaiden hoitotyössä.*

## JÄSENET

**TERHI HAGMAN**, sh, TtM, lehtori, Karelia-ammattikorkeakoulu

*Terhi Hagman toimii lehtorina sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksissa Karelia-ammattikorkeakoulussa. Terhillä on noin kymmenen vuoden kokemus sairaanhoitajan tehtävistä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Hän tekee työnsä ohella väitöskirjatutkimusta Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitokselle.*

**HEIDI HYTTINEN**, sh, TtM, osastonhoitaja, HUS, Akuutti

*Heidi Hyttinen toimii osastonhoitajana Päivystysapu 116117 puhelinpalvelussa HUSissa. Heidillä on yli 20 vuoden työkokemus sairaanhoitajan tehtävistä erikoissairaanhoidossa ja yksityissektorilla neurokirurgisten, ortopedisten sekä traumatologisten potilaiden hoitotyöstä.*

**KATJA HÄNNINEN**, sh, TtM, osastonhoitaja, HUS, Lasten ja nuorten sairaudet

*Katja Hänninen toimii osastonhoitajana lastenpsykiatrialla HUSissa. Katjalla on noin 20 vuoden kokemus sairaanhoitajan tehtävistä lastenpsykiatrisesta avo- ja osastohoidosta erikoissairaanhoidossa. Katja toimii organisaationsa edustajana Hoitotyön kansallisessa vertaiskehittämisen verkoston (HoiVerKe) psykiatrian alatyöryhmässä. Työryhmä on kehittänyt kansallisen hoitotyösensitiivisen mittarin Väkivaltatapahtumat.*

**ANJA HOTTINEN**, TtT, ylihoitaja, HUS, Psykiatria (Työryhmän jäsen 19.10.2025 saakka)

## **ASiantuntijat**

**MIKKO JOENSUU**, LT, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, työnohjaaja, MBT-terapeutti, Niuvanniemen sairaala; kliininen opettaja UEF

**OLAVI LOUHENRANTA**, FT, TM, psykiatrisen antropologian dosentti, työnohjaaja ja psykoterapeutti YET, Niuvanniemen sairaala

**SARIANNE MAKKONEN**, sh, TtK, anestesia- ja sairaanhoitaja, Terveystalo Kamppi

**IDA PENNANEN**, ensihoitaja (YAMK), ensihoitaja, Satakunnan hyvinvointialue

**JARI PESOLA**, sh, tradenomi AMK (turvallisuusala), palotarkastaja, Helsingin kaupungin pelastuslaitos

**SUVI VETELÄSUO**, sh, Pirkanmaan hyvinvointialue, nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut

**ELINA ÖSTRING**, tft, TtM, AmO, MBA, erityisasiantuntija, Työterveyslaitos

### **Kokemusasiantuntija**

Asiantuntijaryhmässä on mukana yksi kokemusasiantuntija, joka edustaa väkivaltaisesti käytäytyneitä potilasta.

### **SIDONNAISUUDET:**

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

ISSN 2489-5024

## Sisällys

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET	2
Johdanto	5
Suosituksen tarkoitus ja tavoite	7
Kohderyhmät	7
Keskeiset käsitteet	8
Suosituslauseet	11
1. Väkivaltaa ennakoivat tekijät: potilas	11
2. Väkivaltaa ennakoivat tekijät: ammattihenkilöt	15
3. Osaamisen varmistaminen	16
4. Vuorovaikutus potilaan kanssa	17
5. Toimintaympäristöön liittyvät tekijät	19
6. Organisaatioon liittyvät tekijät	21
7. Kokemukset väkivallan vaikutuksista hyvinvointiin	22
8. Väkivaltatilanteista ilmoittaminen	24
9. Väkivaltatilanteiden jälkikäsittely	26
Suosituksen käyttöönotto	28
Menetelmät	31
Tiedonhaku	31
Tiedonlähteiden valinta	31
Tutkimusten laadunarviointi	32
Näytönastekatsausten ja suosituslauseiden laatiminen	32
Suosituksen päivittäminen	34
Jatkotutkimusaiheet	34
Lähteet	35

## Johdanto

Väkivallalla tarkoitetaan joko todellista tai uhattua fyysisen, psyykkisen tai henkisen voiman käyttöä vahingoittamistarkoituksessa<sup>1</sup>. Väkivaltatilanteet työpaikoilla ovat yli kaksinkertaistuneet kaikilla toimialoilla vuodesta 2005 vuoteen 2023. Väkivallan lisääntyminen näkyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä; esimerkiksi ympärivuorokautisissa palveluissa väkivaltatilanteet ovat yli kolminkertaistuneet ja yksityisellä sote-alalla lähes nelinkertaistuneet. Ensihoidossa 98 % ensihoitajista on kohdannut verbaalista väkivaltaa, ja jopa 41 % kohtaa sitä kuukausittain.<sup>2</sup> Syitä väkivaltaisuuden lisääntymiseen voidaan nähdä yhteiskunnassa valitsevassa epävarmuudessa ja syrjäytymisessä sekä yleistyneessä alkoholien, lääkkeiden ja huumeiden väärinkäytössä. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkastellen väkivaltaisen potilaan kohtaaminen liittyy asiakas- ja potilasturvallisuuteen. Haittaa ja vaaraa aiheuttavien tekijöiden välttäminen on yksi kansallisen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian päätavoitteista. Riskienhallintaa tulisi toteuttaa systemaattisesti, sisältäen palvelujärjestelmän ohjauksen ja valvonnan.<sup>3</sup>

Hoitotyöntekijöitä edustavan terveydenhuollon ammattiliiton arvion mukaan jopa yli puolet alan työntekijöistä on kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa kolmen vuoden aikana<sup>4</sup>. Työterveyslaitoksen tekemästä seurantatutkimuksesta selviää, että vuosien 2015 ja 2019 välillä sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakasväkivalta on lisääntynyt (n = 8 306 vs. 9 018)<sup>5</sup>. Eniten asiakasväkivaltaa kohtasivat työssään ensiavun, psykiatrian, päivystyksen ja vanhustenhuollon työntekijät<sup>5-8</sup>. Myös kotihoidossa väkivalta on yleistä<sup>9</sup>. Huolimatta erilaisten riskitekijöiden tunnistamisesta, väkivaltatilanteet voivat olla sosiaali- ja terveydenhuollon kohtaamisissa odottamattomia ja satunnaisia. Oman työturvallisuuden vuoksi ammattihenkilöiden on siksi hyvä tiedostaa väkivallan uhka kaikissa hoitotilanteissa ja niiden suunnittelussa silloinkin, kun ilmeistä uhkaa tai riskitekijöitä ei näyttäisi olevan. Väkivalta on yleisimmin sanallista uhkailua ja fyysistä väkivaltaa (esim. kiinnipitäminen, lyöminen)<sup>7</sup>. Rikoslaissa<sup>10</sup> on huomioitu ensihoitajien työssään kohtaamat uhka- ja väkivaltatilanteet, mutta muut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt on toistaiseksi jätetty tämän lain soveltamisen ulkopuolelle.

Työpaikalla tapahtuva väkivalta aiheuttaa Suomessa huomattavia taloudellisia menetyksiä, jotka koostuvat suorista kustannuksista, kuten sairauspoissaoloista, sekä epäsuorista kuluista, kuten heikentyneestä tuottavuudesta ja henkilöstön vaihtuvuudesta<sup>11</sup>. Väkivallan lisääntyminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on huolestuttavaa sen heikentäessä työturvallisuutta. Terveydenhuollon henkilöstön näkökulmasta potilaiden väkivaltainen käytös on yhteydessä työtyytyväisyyden vähenemiseen ja voi saada henkilöstön harkitsemaan alalta poistumista<sup>12</sup>. Työvoiman pysyminen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon alalla on yhteiskunnallinen haaste, jonka vuoksi henkilöstön turvallisuus on turvattava kehittämällä hoitoprosesseja ja koulutusta. Väkivaltaa voidaan ennaltaehkäistä hyödyntämällä strategioita ja kehittämällä koulutusta. Kansainvälisiä strategioita ovat esimerkiksi psykiatriseen sairaanhoitoon kehitetyt The Six Core Strategies<sup>13</sup> ja Safewards<sup>14</sup>. Lisäksi on useita erilaisia väkivallan ennaltaehkäisyyn ja väkivallantilanteiden hallintaan kohdentuvia koulutuksia. Työturvallisuuden kannalta terveydenhuollossa keskeistä on osata ennakoita ja tunnistaa tilanteet, joissa henkilökunta voi joutua uhatuksi tai väkivallan kohteeksi, ja parantaa sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan turvallisuutta<sup>11,15</sup>.

Väkivallan uhka vaihtelee eri työyksiköissä ja väkivaltariskit on aina tunnistettava ja arvioitava työpaikkakohtaisesti, jotta oikein kohdennettuja ja vaikuttavia toimenpiteitä voidaan suunnitella ja toteuttaa. Henkilökunta tarvitsee erilaisia menetelmiä ja interventioita, joita voi hyödyntää väkivaltatilanteissa. Tietoisuuden, tunnistamisen ja oikeanlaisen kohtaamisen avulla voidaan ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita.

Kansainvälisesti on julkaistu kaksi tähän aihealueeseen kohdentuvaa suositusta. Näistä toinen on Kanadan sairaanhoitajaliitto RNAO:n suositus terveydenhuollon työntekijöihin kohdistuvan väkivallan, häirinnän ja kiusaamisen ennaltaehkäisystä ja käsittelystä. Suosituksessa asiantuntijapaneeli suosittelee vahvasti terveydenhuollon organisaatioita laatimaan suunnitelmat riskienarviointityökalujen käyttämiseksi, tarjoamaan työntekijöille koulutusta väkivaltaisen käyttäytymisen tunnistamiseen ja tilanteissa toimimiseen, sekä suunnittelemaan ennalta suoja- ja varotoimia väkivaltatilanteiden varalle. Lisäksi tulisi kehittää helposti käytettäviä raportointijärjestelmiä väkivaltatilanteista ilmoittamiseksi. Organisaatioiden johdon tulisi tukea työpaikalla tapahtuvan väkivallan ehkäisyä ja käsittelyä.<sup>16</sup> Toinen suositus on julkaistu Isossa-Britanniassa ja se käsittelee terveydenhuollon työntekijöihin kohdistuvaa väkivaltaa sekä aikuis- ja lapsipotilaiden tai -asiakkaiden aggressiivisuutta. Suosituksessa annetaan ohjeita väkivaltaisen ja aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn ja vähentämiseen sekä näiden hallintaan eri ympäristöissä ja eri ikäryhmien kohdalla. Suositus nostaa esiin henkilökunnan vuorovaikutuksellisten ja ennaltaehkäisevien menetelmien koulutuksen, väkivaltatapahtumien käsittelyn sekä väkivaltatilanteiden raportoinnin ja tilastoinnin tärkeyden.<sup>17</sup>

Tämä Hotus-hoitosuositus<sup>®</sup> kohdentuu väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen koko sosiaali- ja terveydenhuollossa, joten edellä mainitut suositukset eivät olleet suoraan käyttöön otettavissa. NICE:n suositus<sup>17</sup> kohdentuu yksinomaan psykiatriseen hoitotyöhön ja RNAO:n suosituksessa<sup>16</sup> huomioidaan työntekijöiden välinen väkivalta, jota tässä suosituksessa ei käsitellä. Suositus kohdentuu suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön, joka poikkeaa myös lainsäädännöllisistä ja kulttuurisista näkökohdista kansainvälisten suositusten toimintaympäristöistä. Terveydenhuollon työntekijöihin kohdistuvasta väkivallasta ei ole aiempia kansallisia hoitosuosituksia, minkä vuoksi yhtenäisille toimintaohjeille väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen on tarve. Hoitotyön tutkimussäätiöllä on valmisteilla suositus, joka käsittelee muistisairautta sairastavien haasteelliseksi koettua käyttäytymistä, joten tässä hoitosuosituksessa ei tarkastella heidän kohtaamistaan.

Useat kansalliset lait, kuten laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä<sup>18</sup>, työturvallisuuslaki<sup>15</sup> ja terveydenhuoltolaki<sup>19</sup>, velvoittavat organisaatioita huolehtimaan henkilöstön turvallisuudesta toimintaympäristöstä sekä potilaiden ja asiakkaiden turvallisuudesta. Lisäksi työturvallisuuslaki<sup>15</sup> velvoittaa työntekijän noudattamaan työnantajan antamia ohjeita, huolellisuutta ja varovaisuutta.

## Suosituksen tarkoitus ja tavoite

Tämän Hotus-hoitosuosituksen<sup>®</sup> tarkoituksena on koota kriittisesti arvioituihin tutkimuksiin ja asiantuntijalausuntoihin perustuva näyttö sekä antaa siihen perustuvat suositukset väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta, mukaan lukien väkivaltatilanteiden ennakointi, ennaltaehkäisy ja jälkikäsitteily. Hoitosuosituksen tavoitteena on yhtenäistää käytäntöjä väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa ja siten parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työturvallisuutta. Näiden tavoitteiden kannalta keskeistä on osata ennakoida, ennaltaehkäistä ja tunnistaa tilanteet, joissa henkilökunnalla on riski joutua uhatuksi ja väkivallan kohteeksi.

## Kohderyhmät

Hoitosuositus on laadittu kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön, jotka voivat työssään kohdata väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita. Hoitosuositus soveltuu käytettäväksi perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä soveltuvin osin sosiaalihuollossa. Tämän lisäksi suositusta voidaan käyttää hoitotyön johtamisen tukena henkilöstösuunnittelussa ja henkilöstön osaamisen varmistamisessa. Suositus on hyödynnettävissä oppimateriaalina ja opetussisältöjen kehittämisessä hoitotyön koulutuksessa sekä ammatillisessa perus-, lisä- ja täydennyskoulutuksessa.

## Keskeiset käsitteet

### Väkivalta

Tässä hoitosuosituksessa käytetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen<sup>1</sup> määritelmää väkivaltaa. Sillä tarkoitetaan joko todellisen tai uhatun fyysisen, psyykkisen tai henkisen voiman tai vallan käyttöä toista henkilöä, ryhmää tai yhteisöä vastaan vahingoittamistarkoituksessa. Lisäksi se voi ilmetä seksuaalisen koskemattomuuden loukkauksena, jolloin on kyse seksuaaliväkivallasta.<sup>20</sup> Väkivallalla on suuri todennäköisyys johtaa fyysiseen tai psyykkiseen vammaan, kuolemaan, epävakaaseen kehitykseen, tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen tai menetykseen<sup>21</sup>. Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan väkivalta voi kohdistua myös itseen<sup>22</sup>, mutta tässä hoitosuosituksessa itsetuhoisuus, itsemurhat ja niiden yritykset on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

### Työpaikkaväkivalta

Työpaikkaväkivalta määritellään toimintana, tapahtumana tai käyttäytymisenä, jossa työntekijää loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään työhön liittyvissä oloissa ja joka suoraan tai epäsuorasti vaarantaa työntekijöiden turvallisuuden, terveyden tai hyvinvoinnin. Tässä hoitosuosituksessa väkivallalla tarkoitetaan potilaan aiheuttamaa fyysisen, psyykkisen, henkisen tai seksuaaliväkivallan tai sen uhan kohteeksi joutumista työtehtävien hoitamisen aikana.<sup>11,23</sup> Tässä yhteydessä väkivallalla ei tarkoiteta muiden työntekijöiden tekemää henkistä väkivaltaa, kuten kiusaamista tai epäasiallista kohtelua<sup>24</sup>. Työpaikkaväkivallasta käytetään jatkossa käsitettä väkivalta.

### Väkivaltariskin arvioiminen ja väkivaltaisen tilanteen tunnistaminen

Organisaation on luotava edellytykset tunnistaa väkivaltatilanteet systemaattisella riskienarvioinnilla. Väkivalta- ja uhkatilanteiden varalle työpaikalla tulee olla työntekijöiden saatavilla oleva toimintasuunnitelma sekä ohjeistus, kuinka työntekijät tilanteessa toimivat. Toimintasuunnitelmaa tulee käsitellä työntekijöiden kanssa ennakoivasti sekä osana perehdytystä ja osaamisen varmistamista, jotta haittatapahtumia voidaan ehkäistä tai niihin voidaan reagoida mahdollisimman nopeasti ja sujuvasti. Väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyn kannalta ammattihenkilön tukena ja apuna toimii organisaation turvallisuuskulttuuri, joka muodostuu organisaatiokulttuurin sekä johdon ja henkilökunnan arvojen, asenteiden, kokemusten ja näkemysten pohjalta.<sup>2</sup>

Väkivallan uhan arvioiminen potilasta kohdatessa sisältää väkivaltaisuuteen liittyvien tekijöiden ja mahdollisten seuraamusten tunnistamista sekä niiden todennäköisyyksien ennustamista. Väkivallan uhan arviointia akuutissa tilanteessa tehdään aiemman tiedon ja potilaan tai asiakkaan käyttäytymisen perusteella.<sup>2</sup> Esitietoja voidaan saada esimerkiksi potilasasiakirjoista, työtovereilta, aiemmista kokemuksista tai viranomaisilta. Potentiaalisesti väkivaltaisen tilanteen tunnistaminen vaatii ammattihenkilöltä havainnointia. Havainnoimalla potilaan ulkoista olemusta, eleitä ja maneereja voidaan saada tietoa hänen aikeistaan.<sup>2,25</sup>

Henkilökunnan työkokemuksella voi olla yhteys potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>26</sup>. Väkivallan uhan tunnistaminen ja siihen suhtautuminen voivat olla haaste työntekijälle, jos hänellä ei ole riittävää osaamista. Väkivallan uhan arviointiin sosiaali- ja terveydenhuollossa voivat vaikuttaa lisäksi erilaiset hoitohenkilökunnan asenteet, kuten ennakkoluulot ja stereotypiat. Erityisesti syrjäytyneisiin ja syrjäytymisvaarassa oleviin, päihteiden väärinkäyttäjiin sekä mielenterveydellisistä ongelmista kärsiviin potilaisiin voi kohdistua ennakkoluuloja. Väkivallan uhkaa voidaan esimerkiksi liioitella ammattihenkilön oman pelon tai asenteen vuoksi. Tämä voi johtaa liialliseen voimankäyttöön ja turvajärjestelyihin, jotka osaltaan voivat provosoida kohdattavaa potilasta käyttäytymään aggressiivisesti. Haasteena voi olla myös riskitekijöiden vähätteleminen tai kieltäminen.<sup>27</sup>



### Esimerkkejä väkivaltariskin arviointiin laadituista mittareista

Väkivaltaisen käyttäytymisen riskinarviointiin on olemassa erilaisia mittareita, jotka on kehitetty erityisesti psykiatriseen hoitoon. Suomessa käytössä olevista mittareista DASA- ja BVC-mittarit mitaavat lyhyen aikavälin väkivaltariskiä ja START- ja HCR-20-mittarit painottavat pitkän aikavälin merkitystä arvioitaessa väkivaltaa. Mittareiden käyttö edellyttää henkilökunnan koulutusta.

**DASA** (Dynamic Appraisal of Situational Aggression) on validoitu ja strukturoitu mittari, joka on kehitetty psykiatristen potilaiden välittömän aggressioriskin arviointiin ja seurantaan<sup>28</sup>. Sen avulla voidaan arvioida riskitasoja, joiden pohjalta voidaan ennaltaehkäistä mahdollista väkivaltaista käyttäytymistä erilaisten hoitotyön menetelmien avulla<sup>28-31</sup>.

**BVC** (Brøset Violence Checklist) on validoitu ja strukturoitu mittari, joka on kehitetty potilaan väkivaltaisuuden riskin arvioon psykiatrisella osastolla, erityisesti lyhyen aikavälin riskin arviointiin. Se ohjaa hoitotyöntekijöitä arvioimaan potilaan käyttäytymistä ja ennustaa väkivaltaista käyttäytymistä.<sup>32,33</sup>

**START** (The Short-Term Assessment of Risk and Treatability) on strukturoitu ammatillinen päätöksentekomenetelmä väkivaltariskin arvioimiseksi potilaan käyttäytymisen pohjalta. Arvioinnissa hyödynnetään sekä arvioinnin kohteena olevan potilaan vahvuuksia että riskitekijöitä, kun suunnitellaan hoitointerventiota riskikäyttäytymisen vähentämiseksi.<sup>34,35</sup>

**HCR-20** (Historical, Clinical and Risk Management – 20) on strukturoitu kliininen väkivaltariskin arviointityökalu, joka ohjaa hoitotyön päätöksentekoa matalan, keskitason ja korkean riskin mukaisesti<sup>36</sup>.

## **Potilas ja asiakas**

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista<sup>37</sup> määrittelee potilaaksi terveys- ja sairaanhoitopalveluja käyttävän tai muutoin niiden kohteena olevan henkilön. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista<sup>38</sup> määrittelee asiakkaan puolestaan sosiaalihoitoa hakevaksi tai käyttäväksi henkilöksi. Tässä hoitosuosituksessa käytetään jatkossa asiakkaista ja potilaista käsitettä potilas.

## **Kohtaaminen**

Kohtaamisella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, johon kuuluu aito läsnäolo ja kunnioitus. Tämä luo potilaalle turvallisuutta ja luottamusta. Potilaan aito kohtaaminen edellyttää kiireettömyyttä, aktiivista kuuntelua ja potilaan yksilöllisten tarpeiden sekä tunteiden huomioimista.<sup>39</sup> Kohtaamisen tavoitteena on potilaskeskeinen hoito, jossa potilas osallistuu omaan hoitoonsa ja kokee tulevansa kuulluksi. Kohtaaminen on keskeinen osa hoitohenkilökunnan ammattitaitoa, mikä tukee potilaan hoidon onnistumista, toipumista ja hoitoon sitoutumista.<sup>39,40</sup>

## **Hoitohenkilökunta ja hoitotyöntekijät**

Tässä hoitosuosituksessa käytetään käsitettä hoitohenkilökunta silloin, kun suosituslauseiden perustana olevissa tutkimuksissa osallistujat edustavat moniammatillista ryhmää. Käsitettä hoitotyöntekijät käytetään silloin, kun suosituslauseiden perustana on hoitotyön ammattihenkilöitä, kuten sairaanhoitajia tai lähihoitajia koskevat tutkimustulokset.

# Suosituslauseet

## 1. Väkivaltaa ennakoivat tekijät: potilas

Tiedosta potilaan taustatekijöiden vaikutus väkivaltariskiin, sillä

- on vahvaa näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat potilaan päihteiden käytön liittyvän lisääntyneeseen riskiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>41-45</sup>. (A)
- on vahvaa näyttöä, että potilaan kognitiivisen tilan muutokset liittyvät lisääntyneeseen riskiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>41,42,46-48</sup>. (A)
  - Kognitiivisen tilan muutoksia voivat olla esimerkiksi muistisairaudet<sup>42,48</sup> tai delirium<sup>41,46,48</sup>.
- on vahvaa näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat potilaan mielenterveysongelmien liittyvän lisääntyneeseen riskiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>41,42,45</sup>. (A)
- on kohtalaista näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee potilaan negatiivisten asenteiden ja kokemusten terveydenhuollosta liittyvän lisääntyneeseen riskiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>42,44,45,49,50</sup>. (B)
  - Väkivaltariskiä lisääviä asenteita ja kokemuksia voivat olla esimerkiksi potilaan kokemattomuus<sup>49</sup> tai aiemmat huonot kokemukset terveydenhuollosta<sup>45</sup> sekä potilaan tai läheisen ennakkoluulot terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan<sup>50</sup>, väärinkäsitykset ammattilaisten käytöksestä<sup>42</sup> tai arvostuksen puute naisia tai auktoriteetteja kohtaan<sup>51</sup>.
  - Hoitotyöntekijät ovat kokeneet, että eri etnisistä taustoista tulevilla potilailla, jotka eivät osaa kieltä tai eivät ymmärrä päivystyspoliklinikan toimintaa, voi olla lisääntynyt riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>44</sup>.
  - Kulttuurisilla ja uskonnollisilla tekijöillä voi olla vaikutusta yksilöiden käsityksiin terveydestä ja sairauksien syistä sekä siihen, miten maahanmuuttajat suhtautuvat hoitoon tai uskovat paranevansa<sup>52-54</sup>. Entisessä kotimaassa koetut mahdollisesti traumaattiset tapahtumat voivat olla yhteydessä terveysongelmiin<sup>55</sup>.

- Maahanmuuttajien Suomessa kokema syrjintä voi puolestaan johtaa mielenterveysoireisiin, heikompaan sosiaaliseen hyvinvointiin ja epäluottamukseen terveydenhuoltoa kohtaan<sup>56</sup>.
- **on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat potilaan kohtaamatta jääneiden odotusten terveydenhuoltoa kohtaan liittyvän lisääntyneeseen riskiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>43,44,48</sup>. (B)**
- Päivystyksen sairaanhoitajat ovat kuvanneet väkivaltariskin lisääntyvän esimerkiksi silloin, jos potilasta on kielletty poistumasta, hänen henkilökohtaista omaisuuttaan on otettu häneltä pois sekä silloin, jos potilas tai läheinen kokee, ettei hänen tarpeisiinsa vastata<sup>51</sup>.
  - Traumaosaston sairaanhoitajat ovat kuvanneet potilaan ja sairaanhoitajan välisten konfliktien lisäävän väkivaltariskiä. Konfliktien taustalla saattaa olla potilaan päihtymystila, tyytymättömyys määrätyn lääkityksen annostukseen, hoidon edellyttämät rajoitukset, kuten liikumis- tai poistumisrajoitus, mielenterveysongelma tai muistisairaus.<sup>57</sup>
  - Sairaalan hoitohenkilökunta on kuvannut väkivaltilanteiden taustalla usein olevan potilaan taloudelliset haasteet, tyytymättömyys hoidon tuloksiin tai väärinkäsitykset kommunikaatiossa<sup>58</sup>.
  - Hoidon tarpeen arviointityössä (triage) työskentelevät hoitotyöntekijät ovat kuvanneet väkivaltariskiä lisäävän potilaan puutteellinen ymmärrys päivystyksen toiminnasta (erityisesti triage-järjestelmästä) sekä epärealistiset odotukset odotusajoista ja sairaalaan pääsystä päivystyksen kautta.<sup>43</sup>
- **on kohtalaista näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee potilaiden aiemman aggressiivisuuden liittyvän lisääntyneeseen riskiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>45,50,59</sup>. (B)**
- **on kohtalaista näyttöä, että potilaan fyysinen sairaudentila liittyy lisääntyneeseen riskiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>44,47</sup>. (B)**
- Fyysisen terveyden ongelmia, jotka voivat liittyä lisääntyneeseen riskiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen, ovat esimerkiksi sepsis, hapenpuute tai delirium. Hoitotyöntekijöiden kokemuksen mukaan haasteena voi olla tunnistaa, milloin väkivaltainen käyttäytyminen johtuu fyysisestä eikä psyykkisestä tai kognitiivisesta syystä, sekä tunnistaa keskeinen ongelma ja tarkoituksenmukainen toimintatapa.<sup>44</sup>
- **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa hoitotyöntekijöiden kokevan, että potilaan useat samanaikaiset terveysongelmat liittyvät lisääntyneeseen riskiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>44</sup>. (C)**

- **on kohtalaista näyttöä, että miessukupuolisilla potilailla on lisääntynyt riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>46,47</sup>. (B)**
- **on kohtalaista näyttöä, että nuoremmilla potilailla on lisääntynyt riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen<sup>41,43,46,47</sup>. (B)**
  - Potilaan nuorempi ikä (keski-ikä 49 vuotta) oli yhteydessä lisääntyneisiin hälytyksiin potilaan väkivaltaisen tai uhkaavan käytöksen vuoksi.<sup>47</sup>
  - Hoidon tarpeen arviointityössä (triage) työskentelevät hoitotyöntekijät ovat kokeneet, että alle 35-vuotiailla potilailla on suurin riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen.<sup>41</sup>

### **Tunnista potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen varhaiset merkit, sillä**

- **on kohtalaista näyttöä, että potilaan lisääntyvä äänenvoimakkuus ja terävä äänensävy sekä motorinen levottomuus ennakoivat väkivaltaista käyttäytymistä<sup>25,41</sup>. (B)**
  - **Äänensävy ja -voimakkuus:** väkivaltilanteissa potilas käyttää usein kovaa ääntä, sarkastisia kommentteja sekä alentavaa sävyä puheessa. Potilaan äänenkäytön varoitusmerkkejä ovat esimerkiksi terävät vastaukset ja puheessa ilmenevä kiireellisyys sekä hoitotyöntekijän vähättely tai halventaminen äänenpainojen kautta. Äänenvoimakkuuden lisääntyminen tunnistettiin mahdolliseksi väkivallan riskin merkiksi. Sairaanhoitajat raportoivat, että äänensävy ja -voimakkuus ovat tärkeitä vihjeitä sekä itsenäisesti että yhdessä muiden sanallisten tai fyysisten vihjeiden kanssa.<sup>25</sup>
  - **Levottomuus:** edestakaisin kävely, potilaan levoton liikkuminen esimerkiksi odotustilassa, vuodeosastolla tai hoitotyöntekijöiden työpisteiden luona viittaa kasvavaan levottomuuteen, minkä sairaanhoitajat tunnistavat väkivallan varoitusmerkiksi. Muita havaittuja fyysisiä levottomuuden merkkejä ovat horjuminen, käsien heiluttelu tai muu villi liikehdintä.<sup>25</sup>
- **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa potilaan tuijotuksen, fyysisen ahdistuksen merkkien ja mumisemisen ennakoivan väkivaltaista käyttäytymistä<sup>25</sup>. (C)**
  - **Katsekontakti:** potilaan tuijotus tai tarkoituksellinen katsekontaktin välttely on varhainen varoitusmerkki, erityisesti yhdistettynä levottomuuteen ja muihin varoitusmerkkeihin. Hoitajien reagoidessa näihin varoitusmerkkeihin, esimerkiksi ryhtymällä keskustelemaan potilaan kanssa hänen huolistaan, väkivallan eskaloituminen voi olla vältettävissä.<sup>25</sup>

- **Ahdistus:** fyysiset ahdistuksen merkit, kuten ihon punoitus, nopea hengitys, nopea puhe, laajentuneet pupillit, kivun ilmaisut sekä sekavuus liittyvät lisääntyneeseen väkivallan riskiin. Potilaiden ahdistuneisuus voi johtua esimerkiksi psykososiaalisista, tilanteeseen liittyvistä tai kontekstuaalisista stressitekijöistä, samanaikaisista terveysongelmista tai puutteellisesta ymmärryksestä yksikön toiminnasta.<sup>25</sup>
- **Mumina:** hiljainen puhe, jossa potilas mumisee juuri niin kovaa, että hänet voidaan kuulla, sekä toistuvat kysymykset tai epäselvä ja epäjohdonmukainen puhe ovat merkkejä lisääntyvästä turhautumisesta ja väkivallan riskistä. Mumiseminen yhdistettynä potilaan tuijottavaan katseeseen tai fyysisiin levottomuuden merkkeihin ovat merkittäviä väkivallan varoitusmerkkejä. Lisäksi potilaat, jotka toistuvasti kysyvät samoja kysymyksiä, ilmaisevat kasvavaa levottomuutta, kärsimättömyyttä tai turhautumista, saattavat käyttäytyä väkivaltaisesti.<sup>25</sup>



Suositustyöryhmä suositaa hyödyntämään pidemmässä hoitosuhteessa potilaan ja hoitohenkilökunnan yhdessä tekemää turvasuunnitelmaa väkivallan ennaltaehkäisemiseksi. Turvasuunnitelma sisältää potilaan varhaiset varoitusmerkit sekä keinot hallita tilanteen kehittymistä väkivaltaiseksi.

## 2. Väkivaltaa ennakoivat tekijät: ammattihenkilöt

Tiedosta taustatekijöidesi vaikutus potilaan lisääntyneeseen väkivaltaisen käyttäytymisen riskiin, sillä

- on vahvaa näyttöä, että hoitotyöntekijän lyhyt työkokemus liittyy lisääntyneeseen riskiin joutua väkivallan kohteeksi<sup>41,60,61</sup>. (A)
- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijän nuorempi ikä liittyy lisääntyneeseen riskiin joutua väkivallan kohteeksi<sup>61</sup>. (B)
  - Sairaanhoidajaan liittyvistä tekijöistä väkivaltatilanteille voi altistaa sairaanhoidajan alle 30 vuoden ikä<sup>61</sup>.
- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijän unihäiriöt ja krooniset sairaudet sekä niistä johtuva heikentynyt toimintakyky liittyvät lisääntyneeseen riskiin joutua väkivallan kohteeksi<sup>62</sup>. (B)
  - Tutkimuksissa heikentyneen unen laadun on tunnistettu olevan yhteydessä sairaanhoidajien lisääntyneeseen työuupumukseen<sup>63,64</sup>, erityisesti potilastyöhön liittyvään uupumukseen<sup>63</sup>. Myös sairaanhoidajan huoli omasta terveydestään saattaa heikentää työhön keskittymistä<sup>65</sup>. Heikentynyt toimintakyky haastavissa potilastilanteissa voi lisätä hoitajan alttiutta joutua väkivallan kohteeksi<sup>62,64</sup>.
- näyttö on epävarmaa, mutta viittaa hoitotyöntekijöiden kokevan, että tyytymättömyys ja motivaation puute omaa työtä kohtaan lisää riskiä joutua väkivallan kohteeksi<sup>45</sup>. (C)

Kiinnitä huomiota turvallisiin työskentelytapoihin, sillä

- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat tietoisuuden potilaan vaaritusmerkeistä voivan pienentää riskiä joutua väkivallan kohteeksi<sup>43,57</sup>. (B)
- on kohtalaista näyttöä, että rauhallisena pysyminen ja tarvittaessa avun pyytäminen auttaa hoitotyöntekijää tilanteen hallinnassa<sup>61</sup>. (B)

### 3. Osaamisen varmistaminen

**Työyhteisössä on tärkeää mahdollistaa hoitohenkilökunnan osallistuminen väkivallan ehkäisyyn kohdentuviin koulutuksiin, sillä**

- **on vahvaa näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee väkivaltaan liittyvän koulutuksen riittämättömäksi<sup>45,50,61,66-70</sup>. (A)**
  - Hoitotyöntekijät ovat kokeneet esimerkiksi väkivallan ennaltaehkäisyyn<sup>66</sup> ja aggressiivisen käyttäytymisen hallintaan kohdentuvat koulutukset riittämättömiksi<sup>66,67</sup>. Koulutuksen tulisi olla moniammatillista<sup>67</sup> ja jatkuvaa ja sen tulisi sisältää käytännön harjoittelua<sup>66,69</sup>.
- **on vahvaa näyttöä, että koulutus lisää hoitohenkilökunnan luottamusta omiin kykyihinsä selviytyä väkivaltatilanteissa<sup>71-76</sup>. (A)**
- **on vahvaa näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee koulutuksen auttavan selkiyttämään henkilökunnan rooleja väkivaltatilanteissa<sup>49,67,77</sup>. (A)**
- **on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijöiden koulutus voi vähentää riskiä joutua väkivallan kohteeksi<sup>78,79</sup>. (B)**
- **on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat koulutuksen lisäävän ymmärrystä, että väkivalta ei ole hyväksyttävä osa hoitotyötä<sup>72,76</sup>. (B)**
- **on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat koulutuksen lisäävän heidän osaamistaan väkivaltatilanteiden ennakoinnista ja rauhoittamismenettelmistä<sup>75,76</sup>. (B)**
- **on kohtalaista näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee koulutuksen lisäävän heidän kommunikaatiotaitojaan<sup>71,80,81</sup>. (B)**

## 4. Vuorovaikutus potilaan kanssa

Kiinnitä erityistä huomiota vuorovaikutukseen potilaan kanssa, jolla on lisääntynyt riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen, sillä

- on vahvaa näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee hyvän vuorovaikutuksen hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä ennaltaehkäisevän väkivaltatilanteita<sup>57,67,70,80</sup>. (A)
- on kohtalaista näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee rauhoittavan<sup>45,82</sup> (B) ja kunnioittavan<sup>42,43,45</sup> (B) kohtaamisen potilaan kanssa tärkeäksi väkivallan ennaltaehkäisyssä.
  - Päivystyksessä hoidettavana olleet potilaat ovat toivoneet, että heitä kohdellaan kunnioittavasti ja kohteliaasti ja että hoitohenkilökunta loisi potilaisiin luottamuksellisen suhteen<sup>67</sup>.
  - Hoitohenkilökunnan kulttuurisensitiivinen osaaminen sekä maahanmuuttajien riittävä tiedonsaanti terveydentilastaan, terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja uuden kotimaan palvelujärjestelmästä ovat keskeisiä kotoutumisen kannalta<sup>55</sup>.
- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat viestinnän sekä hoitajien ja potilaiden välisen tiedonkulun puutteiden liittyvän tilanteen eskaloitumiseen väkivallaksi<sup>48,59</sup>. (B)
  - Hoitotyöntekijät ovat kokeneet turhautumista erityisesti viestinnän puutteesta esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaiden toimenpiteitä perutaan toistuvasti ilman selkeää tiedottamista. Puutteellinen viestintä moniammatillisen tiimin sisällä voi johtaa siihen, että hoitotyöntekijät kohtaavat vihaisia ja aggressiivisia potilaita. Lisäksi hoitotyöntekijät ovat kokeneet, että väkivallan riskiä voi lisätä hoitohenkilökunnan heikko kommunikaatio potilaiden kanssa esimerkiksi hoitopäätöksiin, tulevaan hoitoon sekä toimenpiteisiin ja niiden muutoksiin liittyen.<sup>48</sup>
- on vahvaa näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat puutteellisten vuorovaikutus- ja viestintätaitojensa liittyvän tilanteen eskaloitumiseen väkivallaksi<sup>50,61</sup>. (A)
- näyttö on epävarmaa, mutta viittaa hoitohenkilökunnan kokevan empaattisen kohtaamisen ennaltaehkäisevän potilaan väkivaltaista käyttäytymistä<sup>82</sup>. (C)

- näyttö on epävarmaa, mutta viittaa hoitohenkilökunnan kokevan, että tilanteen eskaloituminen väkivaltaiseksi voidaan välttää antamalla potilaalle aikaa ja tilaa rauhoittua<sup>82</sup>. (C)
- näyttö on epävarmaa, mutta viittaa hoitohenkilökunnan kokevan, että luottamuksellisen suhteen muodostaminen potilaan kanssa vähentää väkivaltatilanteen eskaloitumista<sup>82</sup>. (C)

**Kerro potilaalle hoitoon pääsystä, odotusajasta ja hoidon etenemisestä, sillä**

- on vahvaa näyttöä, että potilaiden pitkät odotusajat lisäävät väkivaltariskiä<sup>25,41-43,49,59,83</sup>. (A)
- on kohtalaista näyttöä, että potilaiden ajan tasalla pitäminen hoitoon pääsystä ja sen etenemisestä vähentää väkivaltariskiä.<sup>67</sup> (B)

## 5. Toimintaympäristöön liittyvät tekijät

Organisaatiossa on tehtävä säännöllisin väliajoin väkivallan riskien arviointi, sillä

- on kohtalaista näyttöä, että sairaalaympäristöön liittyy väkivallalle altistavia tekijöitä<sup>45,59</sup>. (B)
  - Hoitotyöntekijät ovat tunnistaneet väkivallalle altistaviksi tekijöiksi esimerkiksi turvallisuusjärjestelmien ja organisaatioon laadittujen ohjeiden puuttumisen.<sup>45</sup>

Varmista, että organisaatiossasi on käytössä toimintaympäristön edellyttämät väkivallan ennaltaehkäisyyn soveltuvat tilat, laitteistot ja järjestelyt, sillä

- on vahvaa näyttöä, että rauhoittava ja selkeä tilasuunnittelu voi ennaltaehkäistä väkivaltaa<sup>41,45,50,67,80</sup>. (A)
  - Päivystyksen hoitohenkilökunta ja esihenkilöt ovat kertoneet, että väkivaltaisten potilaiden ohjaaminen erilleen muista on tärkeä keino hallita väkivaltaisia tapahtumia. Päivystyshoitohenkilökunta on toivonut lisää turvallisia ja suojattuja tiloja, joihin väkivaltaisia potilaita olisi mahdollista sijoittaa.<sup>67</sup>
  - Päivystyksessä on kuvattu yleisiä keinoja estää välineiden päätymistä aseiksi: istuimet on kiinnitetty seiniin, lasipullot on korvattu muovisilla ja hoitotarvikkeet on siirretty huoneen ulkopuolelle<sup>80</sup>.
  - Suositustyöryhmä suosittelee lisäksi kiinnittämään huomiota poistumisreittien esteettömyyteen vastaanottotiloissa, ja potilaan sijoittamista tilaan siten, että henkilökunta voi poistua tarvittaessa esteettömästi.
- näyttö on epävarmaa, mutta viittaa hoitohenkilökunnan luottavan turvalaitteisiin osana väkivallan ennaltaehkäisyä<sup>80</sup>. (C)
  - Työturvallisuuslakiin perustuen työnantajan on hankittava työntekijälle käyttöön soveltuva hälytysjärjestelmä. Vastaavasti työntekijän velvollisuutena on käyttää työnantajan hankkimia työturvallisuusvälineitä.<sup>15</sup>
  - **Hälytysjärjestelmät:** Päivystyksen hoitohenkilökunta on kokenut teknisistä laitteista hälytysjärjestelmät tehokkaimpina ennaltaehkäisevinä keinoina, kuten kiinteät **hätäpainike- ja kellojärjestelmät** sekä **langattomat puhelin- tai hakulaiteratkaisut**, joissa on hätäpainike, sekä taskussa pidettävät hälyttimet. Hälytykset voivat olla joko äänekkäitä, jolloin ne kutsuivat apua lähiympäristöstä (esim. kollegan), tai äänettämiä, jolloin ne

ilmoittavat tietylle henkilölle (esim. vartija, poliisi) ilman, että mahdollinen uhkaaja havaitsee hälytystä. Hoitohenkilökunta on kokenut näiden laitteiden lisäävän turvallisuuden tunnetta ja toimintaedellytystensä paranevan tilanteissa, joissa on väkivallan uhkaa.<sup>80</sup>

- **Lukitusjärjestelmät:** Päivystyksen hoitohenkilökunta on kokenut lukitusjärjestelmät tehokkaaksi keinoksi estää väkivaltatilanteita. Pääsy lukitusjärjestelmällä suojattuun yksikköön edellyttää ovikellon soittamista, tai kulkuoikeus perustuu tunnuslukuihin tai kukortteihin, jotka ovat käytössä vain valtuutetulla henkilöstöllä. Lukitusjärjestelmiin liittyvä hoitohenkilökunnan turvallisuudentunne korostuu yöaikaan.<sup>80</sup>
- **Kameravalvonta:** Päivystyksen hoitohenkilökunta on kuvannut kameravalvonnan ratkaisuna kriittisten alueiden valvonnassa sekä sisäänkäynnin ja ambulanssien saapumisalueiden tarkkailussa. Kriittisiä alueita ovat esimerkiksi odotustilat ja hoituhuoneet, erityisesti päihdepotilaiden seurannassa. Kameravalvonnan on nähty toimivan myös ennaltaehkäisevänä keinona.<sup>80</sup>

**Hoitohenkilökunnan turvallisuuden varmistamiseksi väkivaltariskissä olevien potilaiden kohtaamistilanteissa on tärkeää kiinnittää huomiota toimintaympäristön erityispiirteisiin, sillä**

- **on vahvaa näyttöä, että työskenneltäessä pitkäaikaishoidossa, teho-osastolla, päivystyksessä tai psykiatrisissa yksiköissä, väkivallan riski on suurentunut<sup>61,62,84-87</sup>. (A)**
  - Väkivallan riski on todettu matalaksi työskenneltäessä opiskelijaterveydenhuollossa, vastasyntyneiden yksiköissä, somaattisissa lasten tai nuorten yksiköissä tai yksityisillä vastaanotoilla<sup>84</sup>.
- **on kohtalaista näyttöä, että työskentelyyn hoidon tarpeen arviointityössä (triage) päivystyksessä liittyy suurentunut väkivallan riski<sup>41,88</sup>. (B)**



Potilaan kotona työskentelyyn liittyy erityispiirteitä väkivallan uhan tunnistamiseksi, joita tässä suosituksessa ei käsitellä. Lisätietoa tarjoaa esimerkiksi THL:n julkaisut *Turvallisia kotiin annettavia sote-palveluja: opas kotihoitoon*<sup>89</sup> ja *Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen*<sup>90</sup>.

## 6. Organisaatioon liittyvät tekijät

Organisaatiossa tulee luoda yhtenäiset väkivallan ehkäisyn toimintatavat, sillä

- **on vahvaa näyttöä, että selkeät väkivallan ehkäisyn ja hallinnan toimintatavat vähentävät väkivaltatilanteita<sup>62,85,91,92</sup>. (A)**
  - Työturvallisuuslaki<sup>15</sup> velvoittaa työnantajan laatimaan menettelytapaohjeet, joissa ennakolta kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin, joilla väkivaltatilanteen vaikutukset työntekijän turvallisuuteen voidaan torjua tai rajoittaa.
  - Rikoslain<sup>10</sup> mukaan terveyden tai vapauten kohdistuvan rikoksen tunnusmerkit täyttyvät esimerkiksi pahoinpitelyssä (myös lievässä pahoinpitelyssä), vammantuottamuksessa, laittomassa uhkauksessa tai vainoamisessa. Tällaisissa väkivallan tai uhkailun tilanteissa työnantajalla on velvollisuus tehdä rikosilmoitus tai avustaa työntekijää rikosilmoituksen tekemisessä.
- **on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat organisaation selkeät toimintatavat tärkeiksi väkivaltatilanteiden ehkäisyssä<sup>45,77</sup>. (B)**
- **on kohtalaista näyttöä, että yksikön epäselvät vierailukäytännöt lisäävät riskiä väkivaltatilanteisiin<sup>42</sup>. (B)**

Organisaatiossa tulee huolehtia hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnista, sillä

- **on kohtalaista näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee esihenkilöltä saadun tuen tärkeänä<sup>80</sup>. (B)**
  - Hoitohenkilökunta on kokenut stressinsietokyvyn kannalta tärkeäksi esihenkilön tuen aggressiivisten potilaiden kohtaamisessa sekä työhyvinvoinnista ja resilienssistä huolehtimisen<sup>80</sup>.

Organisaatiossa on pyrittävä mahdollisuuksien mukaan minimoimaan väkivallan riski työvuorosuunnittelulla ja resurssien kohdentamisella, sillä

- **on vahvaa näyttöä, että työskentely ilta- ja yövuorossa tai viikonloppuisin on yhteydessä suurentuneeseen väkivallan riskiin<sup>43,61,62,86,88,91,93</sup>. (A)**
- **on vahvaa näyttöä, että liiallinen työkuorma ja resurssivaje ovat yhteydessä suurentuneeseen väkivallan riskiin<sup>45,59,61</sup>. (A)**

## 7. Kokemukset väkivallan vaikutuksista hyvinvointiin

Tiedosta väkivallan vaikutukset hyvinvointiisi ja hae tarvittaessa apua, sillä

- **on vahvaa näyttöä, että väkivalta heikentää hoitohenkilökunnan hyvinvointia<sup>43,48-51,57,61,62,66,69,70</sup>. (A)**
  - Hoitotyöntekijät ovat kokeneet väkivaltilanteiden seurauksena psyykkistä haittaa, kuten väkivaltaisia tunteita (esimerkiksi vihaa) ja mielenterveysongelmia, kuten ahdistuneisuutta, masennusta tai traumaperäistä stressiä<sup>50</sup>.
  - Päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat ovat kokeneet väkivallan vaikuttavan heidän turvallisuuden tunteeseensa työpaikalla. Tähän liittyy esimerkiksi huoli päivystyksen sisääntulon valvonnasta ja turvallisuustoimenpiteiden tehokkuudesta.<sup>61</sup>
  - Kotihoidossa työskentelevät työntekijät ovat kokeneet, että väkivalta vaikuttaa negatiivisesti heidän hyvinvointiinsa. Tämä ilmenee negatiivisina tunteina ja ajatuksina, esimerkiksi avuttomuutena, vihaisuutena ja pelokkuutena. Väkivallan kokemisen on kuvattu olevan yhteydessä myös heikompaan itsetuntoon.<sup>69</sup>
  - Väkivalta lisää sairaanhoitajien stressiä, ahdistusta, pelkoa ja uupumusta. Heillä voi olla myös vakavampia mielenterveysongelmia, kuten posttraumaattinen stressihäiriö (PTSD), masennusta tai tahallista itsensä vahingoittamista. He voivat kokea sekä fyysisen että psyykkisen terveytensä heikentyvän kokonaisvaltaisesti väkivallan seurauksena.<sup>61</sup>
- **on kohtalaista näyttöä, että väkivallalle altistuminen liittyy hoitotyöntekijöiden univaikeuksiin<sup>62,91</sup>. (B)**
- **on kohtalaista näyttöä, että väkivallalle altistuminen vaikuttaa negatiivisesti hoitotyöntekijöiden perhe-elämään<sup>48,91</sup>. (B)**

Tiedosta väkivallan vaikutukset työhösi, sillä

- **on vahvaa näyttöä, että väkivalta johtaa hoitotyöntekijöiden aikomuksiin jättää oma työ tai terveydenhuoltoala<sup>48,50,61,62,91</sup>. (A)**
- **on vahvaa näyttöä, että väkivalta aiheuttaa hoitotyöntekijöille työuupumusta<sup>50,62,70,91</sup>. (A)**

- Väkivaltatilanteilla on negatiivisia seurauksia sairaanhoitajan työhön, mikä ilmenee heikentyneenä työmotivaationa, vähentyneenä työn tehokkuutena, poissaoloina töistä, heikentyneenä hoidon laatuna ja työhön liittyvinä vammoina<sup>61</sup>.
- **on kohtalaista näyttöä, että väkivalta muuttaa hoitotyöntekijöiden suhtautumista potilaisiin<sup>43,70</sup>. (B)**
- Hoitotyöntekijän aiemmat negatiiviset kokemukset väkivallasta saattavat lisätä tyytymättömyyttä työhön ja johtaa hoitotyöntekijän loukkaaviin asenteisiin potilaita kohtaan<sup>45</sup>.

## 8. Väkivaltatilanteista ilmoittaminen

Työyhteisössä on tärkeää luoda väkivaltatilanteiden raportointiin kannustavat ja ohjaavat toimintatavat, sillä

- on vahvaa näyttöä, että hoitohenkilökunnalle on epäselvää, mitä ja miten väkivaltatilanteista tulisi ilmoittaa<sup>42,67,94,95</sup>. (A)
- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat väkivaltatilanteiden raportointiin annetun ohjeistuksen vähentävän väkivaltatilanteiden riskiä<sup>42,92</sup>. (B)
- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat ajan puutteen esteeksi väkivaltatilanteista ilmoittamiselle<sup>61,95</sup>. (B)

Organisaatiossa tulee varmistaa, ettei väkivaltatilanteita hyväksytä tai normalisoida, sillä

- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät jättävät raportoimatta väkivaltatilanteita, koska väkivaltainen käyttäytyminen tulkitaan osaksi potilaan sairautta<sup>95</sup>. (B)
- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät priorisoivat potilaan hoidon työturvallisuuden edelle<sup>70</sup>. (B)

Organisaatiossa tulee varmistaa riittävä tuki hoitohenkilökunnalle tilanteissa, joissa on käytetty väkivaltaa tai sen uhkaa, sillä

- on vahvaa näyttöä, että hoitotyöntekijöiden pelko seuraamuksista vähentää väkivaltatilanteista ilmoittamista<sup>42,70,95</sup>. (A)
  - Väkivallan aliraportointiin liittyy monia pelkoja, kuten pelko työn menettämisestä, vakavista tai oikeudellisista seurauksista<sup>95</sup>, pelko esihenkilöiden kustotoimista<sup>70,95</sup>, esihenkilöiden tai kollegojen negatiivisesta suhtautumisesta<sup>42</sup>, tai kielteisestä vaikutuksesta ilmoituksen tekijän urakehitykseen<sup>70</sup>.
- on vahvaa näyttöä, että hoitohenkilökunta jättää väkivaltatilanteen raportoimatta, koska kokee, ettei saa riittävästi tukea esihenkilöltä<sup>42,48,67,94</sup>. (A)

- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät jättävät väkivaltatilanteen raportoimatta, koska he kokevat, etteivät saa riittävästi tukea vertaisiltaan<sup>94</sup>. (B)

Organisaatiossa tulee osoittaa työyhteisölle konkreettisia toimia, joihin väkivaltatilanteiden ilmoitusten perusteella on ryhdytty, sillä

- on vahvaa näyttöä, että hoitotyöntekijät jättävät raportoimatta väkivaltatilanteita, koska eivät koe raportoinnin muuttavan käytäntöjä<sup>68,94</sup>. (A)
- on vahvaa näyttöä, että hoitotyöntekijöiden henkilökohtaiset asenteet ja uskomukset vaikuttavat väkivaltatilanteiden ilmoitushalukkuuteen<sup>42,70,94-96</sup>. (A)
- on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijöiden henkilökohtaiset ominaisuudet ja aiemmat kokemukset vaikuttavat väkivaltatilanteiden ilmoittamatta jättämiseen<sup>95</sup>. (B)
- Työpaikalla tapahtuvaan väkivallan aliraportointiin ovat liittyneet hoitohenkilökunnan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten naissukupuoli, nuori ikä, vähäinen työkokemus, yksin työskentely sekä persoonallisuus (huolehtivuus, empaattisuus). Myös työskentely erikoissairaanhoidossa, aiemmat lukuisat kokemukset väkivaltakokemuksista, turtuminen väkivaltaisiin potilaisiin sekä ennakkoluulo väkivallasta raportointia kohtaan liittyivät aliraportointiin.<sup>95</sup>

## 9. Väkivaltatilanteiden jälkikäsittely

Organisaatiossa tulee mahdollistaa hoitohenkilökunnalle väkivaltatilanteen jälkikäsittely ja kannustaa tilanteessa olleita osallistumaan siihen, sillä

- on kohtalaista näyttöä, että väkivallan kohteena ollut hoitohenkilökunta kokee mahdollisuudet tapahtuman jälkikäsittelyyn riittämättömiksi<sup>67,70,96</sup>. (B)
- näyttö on epävarmaa, mutta viittaa väkivaltatilanteissa olleiden hoitotyöntekijöiden kokevan, että jälkikäsittely auttaa heitä selviytymään väkivaltatilanteesta<sup>43</sup>. (C)

Organisaatiossa tulee varmistaa, että hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus saada tukea väkivaltatilanteen jälkeen, sillä

- on vahvaa näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat väkivaltatilanteiden jälkeisen vertaistuen tärkeäksi<sup>45,61,62,69,96</sup>. (A)
- näyttö on epävarmaa, mutta viittaa hoitotyöntekijöiden pitävän tärkeänä, että he saavat tukea väkivaltatilanteiden käsittelyyn<sup>96</sup>. (C)
- näyttö on epävarmaa, mutta viittaa hoitotyöntekijöiden kokevan, että väkivaltatilanteiden käsittelyyn saatu tuki on riittämätöntä<sup>96</sup>. (C)

Kannusta väkivaltaa kokenutta työntekijää tai kollegaa keskustelemaan väkivaltatilanteeseen liittyvistä tunteistaan myös läheistensä kanssa, sillä

- näyttö on epävarmaa, mutta viittaa hoitotyöntekijöiden kokevan, että perheeltä ja ystäviltä saatu tuki rohkaisee väkivaltaa kokenutta hoitotyöntekijää hakemaan ammatillista apua väkivaltatilanteen jälkeen<sup>96</sup>. (C)



Suositusryhmä korostaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vaitiolovelvollisuutta työn ulkopuolisissa tilanteissa. Useat lait<sup>18,37,38,97</sup> velvoittavat ammattihenkilöitä pitämään salassa kaikki asiakkaaseen tai potilaaseen liittyvät tiedot, jotka he ovat saaneet asemansa tai tehtävänsä perusteella.



### Väkivaltatilanteiden käsittely

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on käytössä erilaisia purkumenetelmiä, jotka muodostavat moniportaisen kokonaisuuden, jonka tavoitteena on tukea työntekijöiden psyykkistä toimintakykyä ja ehkäistä kuormituksen pitkittymistä. Menetelmät voidaan jäsentää ajallisesti varhaisiin, välittömästi kuormittavan tapahtuman jälkeen toteutettaviin keinoihin sekä pidempikestoisiin ja kuntouttavampiin tukimuotoihin. Keskeisiä varhaisen vaiheen menetelmiä ovat ryhmämuotoinen jälkipurku (defusing) sekä yksilöllinen vertaispurku, joissa hyödynnetään koulutettua vertaistukea ja työyhteisön sisäisiä resursseja psyykkisen kuormituksen käsittelyssä. Näitä täydentävät erilaiset työyhteisölähtöiset jälkipurkutoimet, kuten seurantaistunnot tai infotilaisuudet, joiden avulla voidaan tukea palautumista ja yhteisen tilannekuvan muodostumista myös pidemmällä aikavälillä. Vakavammin kuormittuneille tai traumaattisille kokemuksille altistuneille on kehitetty intensiivisempiä posttraumatyöpajoja, joissa yhdistyvät psykoedukaatio, vertaistuki ja asiantuntija-avusteinen kuntoutus. Lisäksi työnohjaus toimii keskeisenä, ennaltaehkäisevänä ja pitkän aikavälin menetelmänä, joka mahdollistaa sekä akuutin että kumulatiivisen stressin käsittelyn osana ammatillista reflektiota ja työyhteisön kehittämistä.<sup>98-100</sup>

# Suosituksen käyttöönotto

## Suosituksen käyttöönotto

Tämä kansallinen Hotus-hoitosuositus<sup>®</sup> on tarkoitettu kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön, jotka voivat työssään kohdata väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita tai asiakkaita. Hoitosuositus on tarkoitettu kansallisten ohjelmien ja laatusuosituksen perustaksi sekä sosiaali- ja terveysalalla toimivien johtajien tueksi päätöksenteossa ja henkilöstöjohtamisessa. Organisaation tai yksikön toimintatapojen kehittäminen suositukseen perustuen edistää osaltaan asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työturvallisuutta.

## Yhtenäisten käytäntöjen luominen

Hoitosuositus luo perustan kansallisesti yhtenäisille käytännöille. Suositus mahdollistaa paikallisten ja yksityiskohtaisten toimintaohjeiden kehittämisen eri toimintaympäristöihin, joissa väkivaltaa esiintyy. Näitä ovat esimerkiksi päivystysyksiköt, kotihoito sekä mielenterveys- ja päihdehoitotyön yksiköt. Hoitosuositus on tarkoitettu käytettäväksi organisaatioissa toimintamallien ja prosessien kehittämisessä, kuten turvallisempien toimintakäytäntöjen luomisessa väkivaltariskin tunnistamiseksi ja vähentämiseksi. Toimintaohjeet konkretisoivat suosituksen käytännön toteuttamista. Näin varmistetaan, että toimintaohjeet ovat linjassa kansallisen yhtenäisen käytännön kanssa.

Kansainvälisesti on tarjolla näyttöön perustuvia strategioita ja interventioita väkivallan ennaltaehkäisyyn. Näistä Suomessa tunnetuimpia ovat Six Core Strategies<sup>13</sup> ja Safewards<sup>14</sup>. Six Core Strategies on näyttöön perustuva toimintamalli, joka muodostuu johtajuudesta, tiedon hyödyntämisestä, henkilöstön kouluttamisesta, ehkäisemistyökalujen hyödyntämisestä, potilaan roolin vahvistamisesta ja jälkipalavereista<sup>13</sup>. Safewards on tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuva toimintamalli, jonka avulla voidaan vähentää konflikteja ja aggressiotilanteita sekä niiden rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. Safewards-malliin sisältyy kymmenen konkreettista interventiota väkivallaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn sekä aggressiotilanteiden rauhoittamiseen: yhteiset odotukset, ystävälliset sanat, puheella rauhoittaminen, positiiviset sanat, huonojen uutisten kertominen, tutuksi tuleminen, avun antaminen, rauhoittumiskeinot, turvallisuuden ylläpitäminen ja kotiutusviestit.<sup>14</sup> Safewards-malli toimii viitekehyksenä väkivallaisen potilaan kohtaamisessa esimerkiksi vahvistaen vuorovaikutusta potilaan ja hoitotyöntekijän välillä. Strategiat ovat yleisluontoisia ja niiden soveltaminen organisaation kaikkien yksiköiden ja työntekijöiden käyttöön vaatii erillistä kehittämis- ja suunnittelutyötä.

## Yhtenäisten käytäntöjen edellytykset

Tämän hoitosuosituksen käyttöönotto edellyttää, että sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden ja työyksiköiden johto luo edellytykset yhtenäisen käytännön ja siihen sisältyvien toimintaohjeiden rakentamiselle. Organisaation johdon tulee mahdollistaa yhteistyön vahvistaminen ammattiryhmien välillä, jotta hoitosuosituksen mukainen moniammatillinen toiminta

juurtuu pysyväksi näyttöön perustuvaksi käytännöksi. Lisäksi tarvitaan tiedottamista, väkivalta-tilanteiden raportoimiskulttuurin kehittämistä, osaamisen varmistamista (koulutukset ja perehdytys), yhteistyön rakentamista eri osapuolten välille sekä riittäviä ajallisia ja taloudellisia resursseja. Taloudelliset resurssit kattavat muun muassa turvalliset tilat, ympäristön viihtyvyyden ja koulutukset. Henkilöresurssit ja taloudelliset resurssit ovat ratkaisevia tekijöitä sen kannalta, tulevatko suositukset ja uudet käytännöt implementoitua hoitotyön arkeen. Hoitosuosituksen käyttöönoton tueksi on tarjolla tukirakenteita ja toimintamalleja, joista yhtenä esimerkiksi on FinYHKÄ-toimintamalli<sup>TM</sup>. Lisäksi tutkimusklubitoiminnalla voidaan edistää tämän hoitosuosituksen käyttöönottoa. Näistä tukirakenteista löytyy lisätietoa Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta.

Suosituksen käyttöönoton jälkeen toimintatapojen vakiintumista tulee seurata säännöllisesti sopivia arviointimenetelmiä hyödyntäen, kuten seuraamalla 1) väkivalta-tilanteiden esiintymistä potilas- ja työturvallisuuden poikkeamailmoituksissa, 2) jälkikäsitteilyn toteutumista, 3) täydennyskoulutuksiin osallistumista ja 4) henkilöstön työhyvinvointia. Työhyvinvointia voi seurata esimerkiksi henkilöstökyselyiden avulla.

Kansallisesti väkivalta-tilanteiden esiintyvyyttä voidaan seurata hoitotyösensitiivisen *Väkivalta-tapahtumat-mittarin* avulla. Mittariin sisältyy oman yksikön hoitotyön laadun kehittämiseen tarkoitetut osiot väkivaltariskin arvioinnista ja väkivaltariskin hallinnan keinoista. Toistaiseksi mittari on käytössä psykiatrian osastohoidon yksiköissä.<sup>101</sup> Lisäksi potilaskertomuksen riskitietoihin tulee kirjata hoitotilanteissa esiintyvä väkivaltaisuus THL:n suositusten mukaisesti<sup>102</sup>.

## Hyöty potilaalle

Väkivalta-tilanteet voivat vaikuttaa heikentävästi potilasturvallisuuteen. Tämä hoitosuositus tukee sosiaali- ja terveydenhuollossa asioivien potilaiden turvallisuutta ja asianmukaista kohtamista. Turvallinen työympäristö luo hoitohenkilökunnalle edellytykset kohdata potilaat empaattisesti ja kunnioittavasti. Hoitoympäristön turvallisuus on tärkeää myös potilaille, sillä väkivaltaisen käytös voi aiheuttaa muissa levottomuutta ja turvattomuuden tunteita. Väkivaltaisten tilanteiden hallinta kuormittaa hoitohenkilökuntaa ja sitoo resursseja, mikä saattaa viivästyttää sekä väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan että muiden potilaiden hoitoa. Lisäksi on tärkeää huomioida väkivallan ehkäisyssä potilaan oikeuksien, autonomian ja luottamuksellisen hoitosuhteen säilyminen. Potilaan väkivaltariskin korostaminen voi pahimmillaan johtaa potilaiden leimaamiseen, liiallisiin turvatoimiin ja hoitosuhteen heikkenemiseen.

## Hyödyt sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille

Hoitosuositus tukee sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotka työssään kohtaavat väkivaltaisia potilaita. Väkivaltaisen potilaan hoitamisessa korostuvat väkivallan ennusmerkkien tunteminen potilaan ja ympäristön osalta, kommunikaatio potilasta kohdatessa ja hoitohenkilökunnan de-eskalaatitaitoja eli rauhoittavaa ja ennakoivaa vuorovaikutusosaamista lisäävä koulutus. Lisäksi on huomioitava väkivalta-tilanteiden purku sekä riittävä tuki tapahtuman jälkeen yksilö-, yhteisö- ja organisaatiotasolla. Ammattilaisten kuormittuneisuutta ja työhyvinvointia

voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, kuten Työterveyslaitoksen Työn imu -testillä<sup>103</sup>, Työn psykososiaaliset kuormitustekijät -kyselyllä<sup>104</sup> tai organisaatioiden omilla työhyvinvointi- ja henkilöstökyselyillä. Väkivallan kokemisella voi olla vaikutusta hoitotyön veto- ja pitovoimaan.

Hoitosuosituksen käyttöönotto edellyttää sitoutumista näyttöön perustuviin yhtenäisiin käytäntöihin, oman toimintaympäristön tarpeisiin vastaavien ohjeiden laatimista sekä riittävien toimintaresurssien kohdentamista. Vaikka organisaation johdon tuki on hoitosuosituksen käyttöönotossa ja vakiinnuttamisessa oleellinen lähtökohta, käyttöönotto edellyttää moniammatillista osaamista väkivaltaisen potilaan tunnistamisessa ja hoidossa. Organisaation vastuulla on huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävästä osaamisesta, sekä arvioida säännöllisesti osaamisen tasoa ja potilas- ja työturvallisuutta edistäviä käytäntöjä. Täydennyskoulutusta on järjestettävä tarpeen mukaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat keskeisessä roolissa tämän hoitosuosituksen ja näyttöön perustuvien käytäntöjen sekä erilaisten toimintamallien käytön vakiinnuttamisessa.

### **Suosituksen käyttö koulutuksessa ja perehdytyksessä**

Hoitosuositus tulee sisällyttää sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutukseen sekä hyödyntää ammatillisessa lisä- ja täydennyskoulutuksessa ja henkilöstön perehdytyksessä. Tämän hoitosuosituksen laadinnassa mukana olleita työryhmän jäseniä voi kutsua pitämään asiantuntijapuheenvuoroja erilaisiin viestintä- ja koulutustilaisuuksiin.

Hoitosuositus on kokonaisuudessaan ladattavissa Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta.

# Menetelmät

## Tiedonhaku

Tiedonhaku toteutettiin tammikuussa 2024 Helsingin yliopiston tietoasiantuntijan kanssa seuraaviin tietokantoihin: Arto, Medic, Medline (Ovid), Pubmed, Cinahl, Psychinfo ja Scopus. Haku päivitettiin huhtikuussa 2025. Tiedonhakuun liittyvät asiasanat valittiin PICO:a hyödyntäen. Tiedonhauissa käytetyt hakustrategiat löytyvät Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta.

## Tiedonlähteiden valinta

Hoitosuositukseen otettiin mukaan järjestelmälliset katsaukset ja alkuperäistutkimukset, jotka liittyivät väkivaltaan ja potilaan kohtaamiseen sekä väkivaltaan liittyviin tekijöihin ennen ja jälkeen väkivaltatilannetta, ja joiden laatu arvioitiin riittävän hyväksi (JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistat eri tutkimusasetelmille<sup>105</sup>). Kaksi suositustyöryhmän jäsentä kävi järjestelmällisesti läpi ja valitsi itsenäisesti Covidence-ohjelmassa ennalta asetettujen mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella laadunarviointivaiheeseen mukaan tulevat artikkelit otsikko-, tiivistelmä- ja kokotekstitasolla. Valintaan liittyneet konfliktit ratkaistiin keskustelemalla arvioitsijoiden välillä konsensuksen saavuttamiseksi. Tilanteissa, joissa konsensusta ei saavutettu, lopullinen päätös tehtiin työryhmässä.

### Mukaanottokriteerit:

- artikkelit, jotka raportoivat väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta: väkivallan
  - riskitekijät
  - ennaltaehkäisy
  - kohtaamisen aikainen toiminta
  - jälkikäsittely ja tuki
- potilaan (tekijän) kokemus väkivallasta
- suomen- tai englanninkieliset tutkimukset
- julkaistu vuosina 2000–2022 (ensimmäinen haku) ja 2022–2025 (uusintahaku)

### Poissulkukriteerit:

- tutkimuksen kohderyhmänä
  - väkivaltaiset potilaat, joiden kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt esimerkiksi vakavan muistisairauden tai kehitysvammaisuuden vuoksi
  - tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa hoidossa olevat potilaat
  - potilaan läheiset, omaiset, saattajat ja vierailijat
  - alle kouluikäiset lapset, koska kognitiivinen ikäkehitys tekee kohtaamisesta erilaista ja pienten lasten vanhemmat ovat ensisijaisia väkivaltaisen käyttäytymisen rajaamisessa
  - tietyt työntekijäryhmät, kuten avustavat työntekijät, jotka eivät ole terveydenhuollon ammattihenkilöitä

## Tutkimusten laadunarviointi

Mukaanottokriteereiden perusteella valittujen tutkimusartikkeleiden menetelmällinen laatu arvioitiin kunkin tutkimuksen asetelman mukaisilla kriteereillä (JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistat eri tutkimusasetelmille<sup>105</sup>). Jokaisen artikkelin arvioi itsenäisesti kaksi työryhmän jäsentä, minkä jälkeen arviointeja verrattiin ja eriävät arvioinnit ratkaistiin keskustelemalla konsensuksen saavuttamiseksi. Tilanteissa, joissa konsensusta ei saavutettu, lopullisen päätöksen arvioinnin tuloksesta teki työryhmä. Laadunarvioinnin perusteella hylättiin tutkimukset, jotka eivät saavuttaneet yli 50 %:n toteumaa arviointikriteereistä, tai joissa kriittiset kriteerit jäivät toteutumatta.

## Näytönastekatsausten ja suosituslauseiden laatiminen

Työryhmän jäsenet uuttivat ja taulukoivat itsenäisesti laadunarvioinnin perusteella mukaan otettujen järjestelmällisten katsausten ja alkuperäistutkimusten tulokset, jotka vastasivat hoitosuosituksen kysymyksiin. Tuloksista laadittiin näytönastekatsaukset<sup>106</sup>, joissa kuvattiin kyseisen suosituslauseen kannalta keskeiset tulokset, tutkimuksen toteutus, laadunarvioinnin tulos sekä tutkimustulosten sovellettavuus suositukseen. Näytönastekatsausten pohjalta laadittiin suosituslausekokonaisuudet, jotka koostuivat ohjaavista lauseista ja suosituslauseista. Suosituksen laadinnan loppuvaiheessa tutkimusten menetelmäkuvauksissa ja ennalta valittujen keskeisten tutkimustulosten koostamisessa hyödynnettiin tekoälypohjaista verkkopalvelua (ScaleMeUpWith.Ai) ja sen suljettua, Hotusta varten luotua ympäristöä. Hotuksen tutkijat ja työryhmän jäsenet tarkistivat kaikki tekoälyn koostamat tiedot ennen niiden julkaisua, eikä tekoälyä hyödynnetty suosituksen kannanottojen valmistelussa. Hotuksen tutkijat auttoivat työryhmää näytönastekatsausten viimeistelyssä.

Suosituslauseiden näytönasteen määräytymiseen vaikutti se, kuinka vahvaa ja yhdenmukaista näyttöä näytönastekatsauksen tutkimukset tuottivat ottaen huomioon tutkimusasetelmat, tutkimusten laadun, määrällisten tutkimusten osalta tutkimusten otoskoot sekä laadullisten tutkimusten osalta aineiston rikkauden ja riittävyden (Taulukko 1). Suosituslauseiden perustaksi laaditut näytönastekatsaukset löytyvät Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta.

**Taulukko 1. Näytönasteen määrittäminen<sup>106</sup>**

Näytönaste	Määritelmä	Tulkinta	Suosituslauseen sanoitus
<p><b>A</b></p> <p><b>Vahva näyttö</b></p>	<p>Näytönaste on vahva, jos kaikki seuraavat kriteerit toteutuvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimuksia, joissa on käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa, on vähintään kaksi.</li> <li>• Tutkimuksissa ei havaita menetelmällisiä puutteita.</li> <li>• Tuloksen sovellettavuudesta ja johdonmukaisuudesta ei esiinny huolia tai ne ovat vähäisiä.</li> <li>• Tuloksen pohjana oleva aineisto on rikasta ja ilmiöön nähden riittävää.</li> </ul>	<p>Olemme erittäin varmoja, että johtopäätös ilmentää hyvin tarkasteltavaa ilmiötä.</p>	<p>On vahvaa näyttöä...</p>
<p><b>B</b></p> <p><b>Kohtalainen näyttö</b></p>	<p>Näytönaste laskee kohtalaiseksi, jos esim. jokin seuraavista kriteereistä toteutuu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laadukkaita tutkimuksia, joissa on käytetty aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa, on vain yksi.</li> <li>• Tutkimuksia on muutamia, mutta niiden menetelmällisestä laadusta esiintyy vähäisiä huolia.</li> <li>• Tuloksen sovellettavuudesta ja/tai johdonmukaisuudesta esiintyy vähäisiä huolia.</li> <li>• Tuloksen pohjana olevan aineiston rikkaudesta ja/tai riittävydestä esiintyy vähäisiä huolia.</li> </ul>	<p>Olemme melko varmoja, että johtopäätös ilmentää tarkasteltavaa ilmiötä.</p>	<p>On kohtalaista näyttöä...</p>
<p><b>C</b></p> <p><b>Heikko näyttö</b></p>	<p>Näytönaste laskee heikoksi, jos esim. jokin seuraavista kriteereistä toteutuu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimuksia on vain yksi ja sen menetelmällisestä laadusta esiintyy vähäisiä huolia.</li> <li>• Tutkimuksia on useampia, mutta niiden menetelmällisestä laadusta esiintyy kohtalaisia huolia.</li> <li>• Tulosten sovellettavuudesta ja/tai johdonmukaisuudesta esiintyy kohtalaisia huolia.</li> <li>• Tuloksen pohjana olevan aineiston rikkaudesta ja/tai riittävydestä esiintyy kohtalaisia huolia.</li> </ul>	<p>Olemme hieman epävarmoja siitä, ilmentääkö johtopäätös tarkasteltavaa ilmiötä.</p>	<p>Näyttö on epävarmaa, mutta viittaa siihen...</p>
<p><b>D</b></p> <p><b>Hyvin heikko näyttö/ asiantuntijoiden konsensus</b></p>	<p>Näytönaste laskee hyvin heikoksi, jos esim. jokin seuraavista kriteereistä toteutuu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimuksia on vain yksi ja sen menetelmällisestä laadusta esiintyy kohtalaisia tai vakavia huolia.</li> <li>• Tutkimuksia on useampia, mutta niiden menetelmällisestä laadusta esiintyy vakavia huolia.</li> <li>• Tulosten sovellettavuudesta ja/tai johdonmukaisuudesta esiintyy vakavia huolia.</li> <li>• Tuloksen pohjana olevan aineiston rikkaudesta ja/tai riittävydestä esiintyy vakavia huolia.</li> <li>• Tutkimusnäyttöä ei ole saatavissa. Arvio pohjautuu asiantuntijoiden konsensuslauseelmaan.</li> </ul>	<p>Olemme hyvin epävarmoja siitä, ilmentääkö johtopäätös tarkasteltavaa ilmiötä.</p>	<p>Näyttö on hyvin epävarmaa, mutta viittaa siihen...</p>

## Suosituksen päivittäminen

Hoitosuosituksen päivitystarve arvioidaan 3–5 vuoden kuluessa suosituksen julkaisemisesta Hoitotyön tutkimussäätiön ohjeen mukaisesti.

## Jatkotutkimusaiheet

Väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen kohdistuvassa tutkimuksessa korostuu väkivallan esiintyvyys ja hoitohenkilökunnan näkökulmat sekä riskitekijöiden tunnistaminen. Tulevaisuudessa tulisi kohdistaa tutkimusta potilaan näkökulmaan, sillä potilaiden kuvausta omasta toiminnastaan väkivaltilanteissa ja tilanteeseen johtaneista syistä ei tullut esille tutkimuksissa. Tärkeää olisi myös tutkia, millainen osuus ja merkitys potilaan omaisilla ja vierailijoilla on sosiaali- ja terveydenhuollossa esiintyvässä työpaikkaväkivallassa.

Väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen kohdistuvassa tutkimuksessa korostuu koulutusten osalta ammattilaisten itsearvioitu luottamus omiin kykyihinsä väkivaltilanteissa toimimiseen. Tulevaisuudessa tutkimuksissa tulisi arvioida terveydenhuollon ammattilaisten osaamista esimerkiksi ennenjälkeen-asetelmalla. Lisää tutkimusnäyttöä tarvitaan erilaisten väkivallan ehkäisykoulutusten vaikutavuudesta hoitohenkilöstön osaamiseen ja väkivallan esiintymiseen, erityisesti somaattisissa hoitoympäristöissä. Lisäksi tarvitaan tutkimusnäyttöä siitä, mitkä koulutusmenetelmät (esim. simulatio, verkkokoulutus, toiminnalliset harjoitukset) kehittävät parhaiten ammattihenkilöiden valmiuksia toimia väkivaltilanteissa.

Hoitotyöntekijät kokevat väkivaltilanteet fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti kuormittavina. Tulevaisuudessa olisi tärkeää tutkia lisää väkivaltilanteiden käsittelyn hyötyjä hoitajien kuormituksen vähentämisessä. Lisäksi hoitotyöntekijät kokevat väkivaltilanteiden heikentävän heidän hyvinvointiaan, mutta tutkimustieto on vähäistä tuen vaikuttavuudesta. Jatkossa on tarpeen tutkia, mitkä tuen muodot lisäävät hyvinvointia.

Tutkimustieto väkivaltilanteiden raportoinnista on vähäistä, painottuen kuvailemaan hoitohenkilökunnan kokemuksia raportoinnin esteistä. Tutkimusten mukaan väkivaltilanteita aliraportoidaan. Tätä osa-aluetta on syytä tutkia kattavammin, jotta saadaan näyttöä ilmiön laajuudesta ja keinoja raportoinnin lisäämiseen. Lisäksi tulisi tutkia uutta ja vähitellen lisääntyvää ilmiötä, ”maalittamista”, jolla tarkoitetaan vihamielisiä viestejä tai kommentteja sosiaalisessa mediassa, joiden tarkoituksena on yllyttää laajaa ihmisjoukkoa yksilöä vastaan hoitosuhteen tai työtehtävän jälkeen.

## Lähteet

1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2024. Väkivallan ehkäisy. Viitattu: 9.10.2024. Saatavilla: <https://thl.fi/aiheet/vakivalta/vakivallan-ehkaisy>.
2. Työturvallisuuskeskus. 2026. Työväkivallan hallinta. Viitattu: 25.2.2026. Saatavilla: <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/tyopaikkavakivallan-hallinta/>.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>.
4. Aula Research. 2021. Selvitys väkivallasta sote-alalla, tulospaketti. Tehy ry:n toimeksiantama kyselytutkimus. Saatavilla: [https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/muu\\_dokumentti/tehy\\_n\\_kysely\\_vakivallasta\\_sote\\_alalla\\_2021\\_paatulokset\\_id\\_17211.pdf](https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehy_n_kysely_vakivallasta_sote_alalla_2021_paatulokset_id_17211.pdf).
5. Työterveyslaitos. 2019. Asiakasväkivalta sairaala- ja terveydenhuoltohenkilöstöä kohtaan lisääntynyt. Tiedote julkaistu 20.12.2019. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/asiakasvakivalta-sairaala-ja-terveydenhuoltohenkilostoa-kohtaan-lisaantynyt>.
6. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, Zoccali RA. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 2020; 51: 101381-101388. DOI: 10.1016/j.avb.2020.101381.
7. Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Public Health (London)* 2021; 196: 186-197. DOI: 10.1016/j.puhe.2021.02.009.
8. Työturvallisuuskeskus. 2024. Väkivalta työpaikoilla arkipäivää - Ilmiön hallintaan on monia keinoja. Viitattu: 2.10.2024. Saatavilla: <https://ttk.fi/2024/10/02/vakivalta-tyopaikoilla-arkipaivaa-ilmion-hallintaan-on-monia-keinoja/>.
9. Byon HD, Lee M, Choi M, Sagherian K, Crandall M, Lipscomb J. Prevalence of type II workplace violence among home healthcare workers: A meta-analysis. *American Journal of Industrial Medicine* 2020; 63: 442-455. DOI: 10.1002/ajim.23095.
10. Finlex. 1889. Rikoslaki 39/1889. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1889/39-001>.
11. Työturvallisuuskeskus. 2025. Väkivalta pois työpaikalta. Viitattu: 21.3.2026. Saatavilla: <https://ttk.fi/julkaisu/vakivalta-pois-tyopaikalta-2/>.
12. Nowrouzi-Kia B, Isidro R, Chai E, Usuba K, Chen A. Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 2019; 44: 1-7. DOI: 10.1016/j.avb.2018.11.002.
13. Sutton D, Webster S & Wilson M. 2014. Debriefing Following Seclusion and Restraint: A Summary of Relevant Literature. Saatavilla: <https://hdl.handle.net/10292/9084>.
14. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, Jarrett M, Jeffery D, Nijman H, Owiti JA, Papadopoulos C, Ross J, Wright S, Stewart D. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014; 21: 354-364. DOI: 10.1111/jpm.12085.
15. Finlex. 2022. Työturvallisuuslaki 738/2022. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2002/738>.

16. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). 2019. Preventing Violence, Harassment and Bullying Against Health Workers. Toronto: RNAO. 2019. Saatavilla: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/preventing-violence-harassment-and-bullying-against-health-workers>.
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2015. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE Guideline. Saatavilla: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
18. Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1994/559>.
19. Finlex. 2010. Terveystenhuoltolaki 1326/2010. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>.
20. Bildjuschkin K, Ewalds H, Hietämäki J, Kettunen H, Koivula T, Mäkelä J, Nipuli S, October M, Peltonen J, Siukola R. 2020. Väkivaltakäsitteiden sanasto. Työpaperi 1/2020. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu: 21.3.2026. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-211-6>.
21. Al-Qadi MM. Workplace violence in nursing: A concept analysis. Journal of Occupational Health 2021; 63: e12226. DOI: 10.1002/1348-9585.12226.
22. World Health Organization (WHO). 2002. World report on violence and health. Geneva. Saatavilla: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>.
23. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for workplace violence prevention in emergency departments: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18. DOI: 10.3390/ijerph18168459.
24. Lupa- ja valvontaviraston työsuojeluosasto. 2026. Työolot - Epäasiallinen kohtelu. Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu. Saatavilla: <https://tyosuojelu.fi/tyoolot/epaasiallinen-kohtelu>.
25. Luck L, Jackson D, Usher K. STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. Journal of Advanced Nursing 2007; 59: 11-19. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04308.x.
26. Salzmänn-Erikson M, Yifter L. Risk factors and triggers that may result in patient-initiated violence on inpatient psychiatric units: An integrative review. Clinical Nursing Research 2020; 29: 504-520. DOI: 10.1177/1054773818823333.
27. Dadashzadeh A, Rahmani A, Hassankhani H, Boyle M, Mohammadi E, Campbell S. Iranian pre-hospital emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: A descriptive qualitative study. Journal of Nursing Management 2019; 27: 1190-1199. DOI: 10.1111/jonm.12791.
28. Ogloff JRP, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. Behavioral Sciences & the Law 2006; 24: 799-813. DOI: 10.1002/bsl.741.
29. Maguire T, Daffern M, Bowe SJ, McKenna B. Risk assessment and subsequent nursing interventions in a forensic mental health inpatient setting: Associations and impact on aggressive behaviour. Journal of Clinical Nursing 2018; 27: e971-e983. DOI: 10.1111/jocn.14107.
30. Griffith JJ, Meyer D, Maguire T, Ogloff JRP, Daffern M. A Clinical decision support system to prevent aggression and reduce restrictive practices in a forensic mental health

- service. *Psychiatric Services* (Washington, DC) 2021; 72: 885-890. DOI: 10.1176/appi.ps.202000315.
31. McLoughlin L, Carey C, Dooley S, Kennedy H, McLoughlin I. An observational study of a cross platform risk assessment mobile application in a forensic inpatient setting. *Journal of Psychiatric Research* 2021; 138: 388-392. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.04.034.
  32. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence* 2000; 15: 1284-1296. DOI: 10.1177/088626000015012003.
  33. Hvidhjelm J, Berring LL, Whittington R, Woods P, Bak J, Almvik R. Short-term risk assessment in the long term: A scoping review and meta-analysis of the Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2023; 30: 637-648. DOI: 10.1111/jpm.12905.
  34. Webster CD, Nicholls TL, Martin M-L, Desmarais SL, Brink J. Short-term assessment of risk and treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences & The Law* 2006; 24: 747-766. DOI: 10.1002/bsl.737.
  35. Doyle M, Logan C. Operationalizing the assessment and management of violence risk in the short-term. *Behavioral Sciences & the Law* 2012; 30: 406-419. DOI: 10.1002/bsl.2017.
  36. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Guy LS, Wilson CM. Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and overview. *International Journal of Forensic Mental Health* 2014; 13: 93-108. DOI: 10.1080/14999013.2014.906519.
  37. Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/785>.
  38. Finlex. 2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2000/812>.
  39. Mönkkönen, K. *Vuorovaikutus asiakastyössä - Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus, 2018.
  40. Työturvallisuuskeskus. 2026. Haastavat asiakas- ja potilastilanteet. Viitattu: 17.3.2026. Saatavilla: <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/toimialakohtaista-tietoa/sosiaali-ja-terveysala/terveydenhuoltoala/haastavat-asiakas-ja-potilastilanteet/>.
  41. Pich JV, Kable A, Hazelton M. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal* 2017; 20: 107-113. DOI: 10.1016/j.aenj.2017.05.005.
  42. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration (JONA)* 2009; 39: 340-349. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181ae97db.
  43. Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. Patient-related violence at triage: a qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing* 2011; 19: 12-19. DOI: 10.1016/j.ienj.2009.11.007.
  44. Spelten E, Thomas B, O'Meara P, van Vuuren J, McGillion A. Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? *PloS one* 2020; 15: e0230793. DOI: 10.1371/journal.pone.0230793.

45. Al-Natour A, Abuziad L, Hweidi LI. Nurses' experiences of workplace violence in the emergency department. *International Nursing Review* 2023; 70: 485-493. DOI: 10.1111/inr.12788.
46. Derscheid DJ, Meyer C, Arnetz JE. Haddon matrix model: Application to workplace violence in a hospital setting. *Journal of Healthcare Risk Management* 2025; 44: 26-35. DOI: 10.1002/jhrm.21586.
47. Considine J, Berry D, Johnson R, Sands N. Vital signs as predictors for aggression in hospital patients (VAPA). *Journal of Clinical Nursing* 2017; 26: 2593-2604. DOI: 10.1111/jocn.13646.
48. Luck L, Kaczorowski K, White M, Dickens G, McDermid F. Medical and surgical nurses' experiences of modifying and implementing contextually suitable Safewards interventions into medical and surgical hospital wards. *Journal of Advanced Nursing* 2024; 80: 4639-4653. DOI: 10.1111/jan.16102.
49. Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel Journal of Health Policy Research* 2017; 6: 59. DOI: 10.1186/s13584-017-0183-y.
50. Bahadir-Yilmaz E, Kurşun A. Opinions of staff working in workplace-violence-related units on violence against nurses: A qualitative study. *Archives of Environmental & Occupational Health* 2021; 76: 424-432. DOI: 10.1080/19338244.2020.1832035.
51. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Violence against healthcare workers in a pediatric emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal* 2010; 32: 68-82. DOI: 10.1097/tme.0b013e3181c8b0b4.
52. Bettmann JE, Penney D, Clarkson Freeman P, Lecy N. Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness. *Social Work in Health Care* 2015; 54: 738-757. DOI: 10.1080/00981389.2015.1046578.
53. Carroll J, Epstein R, Fiscella K, Volpe E, Diaz K, Omar S. Knowledge and beliefs about health promotion and preventive health care among Somali women in the United States. *Health Care for Women International* 2007; 28: 360-380. DOI: 10.1080/07399330601179935.
54. Shah S, Ayash C, Pharaon N, Gany F. Arab american immigrants in New York: Health care and cancer knowledge, attitudes, and beliefs. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2008; 10: 429-436. DOI: 10.1007/s10903-007-9106-2.
55. Castaneda A. E., Kuusio H, Skogberg N, Tuomisto K, Kytö S, Salmivuori E, Jokela S, Mäki-Opas J, Laatikainen T, Koponen P. 2017. Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyy erityiskysymyksiä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 133(10): 993-1001. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13737>.
56. Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Suvisaari J, Koskinen S, Härkänen T, Mannila S, Laitinen K, Jukarainen P, Jasinskaja-Lahti I. The association between discrimination and psychological and social well-being: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland. *Psychology and Developing Societies* 2015; 27: 270-292. DOI: 10.1177/0971333615594054.
57. Avander K, Heikki A, Bjerså K, Engström M. Trauma Nurses' Experience of Workplace Violence and Threats: Short- and Long-Term Consequences in a Swedish Setting. *Journal of Trauma Nursing* 2016; 23: 51-57. DOI: 10.1097/JTN.000000000000186.

58. Jiao M, Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sun H, Kang Z, Liang L, Wu Q, Hao Y. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ open* 2015; 5: e006719. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006719.
59. Alkorashy HAE, Al Moalad FB. Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *International Nursing Review* 2016; 63: 226-232. DOI: 10.1111/inr.12242.
60. Ferede YA, Zeleke AM, Beyene JA, Nigate GK, Tassew WC. Workplace violence and associated factors against nurses working in public hospitals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing* 2025; 24: 46-11. DOI: 10.1186/s12912-024-02660-y.
61. Varghese A, Joseph J, Vijay VR, Khakha DC, Dhandapani M, Gigini G, Kaimal R. Prevalence and determinants of workplace violence among nurses in the South-East Asian and Western Pacific Regions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 2022; 31: 798-819. DOI: 10.1111/jocn.15987.
62. Li S, Yan H, Qiao S, Chang X. Prevalence, influencing factors and adverse consequences of workplace violence against nurses in China: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management* 2022; 30: 1801-1810. DOI: 10.1111/jonm.13717.
63. Giorgi F, Mattei A, Notarnicola I, Petrucci C, Lancia L. Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc)* 2018; 74: 698-708. DOI: 10.1111/jan.13484.
64. Chang YP, Lee DC, Lee YH, Chiu MH. Nurses' perceived health and occupational burnout: A focus on sleep quality, workplace violence, and organizational culture. *International Nursing Review* 2024; 71: 912-923. DOI: 10.1111/inr.12932.
65. Akter N, Akter MK, Turale S. Barriers to quality of work life among Bangladeshi nurses: a qualitative study. *International Nursing Review* 2019; 66: 396-403. DOI: 10.1111/inr.12540.
66. Catlette M. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing* 2005; 31: 519-525. DOI: 10.1016/j.jen.2005.07.008.
67. Gates D, Gillespie G, Smith C, Rode J, Kowalenko T, Smith B. Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments. *Journal of Emergency Nursing* 2011; 37: 32-39. DOI: 10.1016/j.jen.2009.09.013.
68. Abu Khait A, Mrayyan MT, Algunmeeyn A. Thematic analysis of mental health nurses' views of contributing factors fueling workplace violence in psychiatric hospitals: Insights from unsung soldiers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2025; 31: 100-110. DOI: 10.1177/10783903231199114.
69. Zhong XF, Shorey S. Experiences of workplace violence among healthcare workers in home care settings: A qualitative systematic review. *International Nursing Review* 2023; 70: 596-605. DOI: 10.1111/inr.12822.
70. Wang J, Liu M, Zheng H, Xiang M. Workplace violence experiences of intensive care unit healthcare providers: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research* 2025; 25: 399-313. DOI: 10.1186/s12913-025-12446-w.

71. Khan MN, Khan I, Ul-Haq Z, Khan M, Baddia F, Ahmad F, Khan S. Managing violence against healthcare personnel in the emergency settings of Pakistan: A mixed methods study. *BMJ Open* 2021; 11: e044213. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044213.
72. Ming J-L, Huang H-M, Hung S-P, Chang C-I, Hsu Y-S, Tzeng Y-M, Huang H-Y, Hsu T-F. Using simulation training to promote nurses' effective handling of workplace violence: A quasi-experimental study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16: 3648. DOI: 10.3390/ijerph16193648.
73. Thompson S, Zurmehly J, Bauldoff G, Rosselet R. De-escalation training as part of a workplace violence prevention program. *Journal of Nursing Administration* 2022; 52: 222-227. DOI: 10.1097/NNA.0000000000001135.
74. Baig L, Tanzil S, Shaikh S, Hashmi I, Khan MA, Polkowski M. Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in public sector hospitals of Karachi. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2018; 34: 294-299. DOI: 10.12669/pjms.342.14432.
75. Balasundaram B, Loh SY, Nadkarni P, Jiang LN, Jayaram M, Kam JW, Yap HL, Shashu Ayengar K, Bai JY. Effect of an educational training intervention on rapid tranquillisation usage – a pilot nursing study in a public hospital in Singapore. *Proceedings of Singapore Healthcare* 2019; 28: 90-95. DOI: 10.1177/2010105818795941.
76. Abozaid DA, Momen M, Ezz NFAE, Ahmed HA, Al-Tehewy MM, El-Setouhy M, El-Shinawi M, Hirshon JM, Houssinie ME. Patient and visitor aggression de-escalation training for nurses in a teaching hospital in Cairo, Egypt. *BMC Nursing* 2022; 21: 63-68. DOI: 10.1186/s12912-022-00828-y.
77. Brunero S, Dunn S, Lamont S. Development and effectiveness of tabletop exercises in preparing health practitioners in violence prevention management: A sequential explanatory mixed methods study. *Nurse Education Today* 2021; 103: 104976. DOI: 10.1016/j.nedt.2021.104976.
78. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, Nienhaus A. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: A cross-sectional study. *BMJ Open* 2012; 2. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001420.
79. Arnetz JE, Janisse J, Hamblin L, Russell J, Essenmacher L, Upfal MJ, Luborsky M. Preventing patient-to-worker violence in hospitals: Outcome of a randomized controlled intervention. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2017; 59: 18-27. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000909.
80. Reißmann S, Wirth T, Beringer V, Groneberg DA, Nienhaus A, Harth V, Mache S. "I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments – a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2023; 23: 97-16. DOI: 10.1186/s12913-023-09044-z.
81. Thompson R, Thomson H, Gaskin CJ, Plummer V. Nurses' attitudes toward management of clinical aggression: A mixed methods study using actor-based simulation. *Medsurg Nursing* 2019; 28: 219-233.
82. Janzen S, Arnetz J, Radcliffe S, Fitzpatrick L, Eden J, Wright MC. Preventing patient violence in hospitals: Applying critical decision method interviews to understand how skilled staff think and act differently. *Applied nursing research : ANR* 2022; 63: 151544. DOI: 10.1016/j.apnr.2021.151544.

83. Morken T, Johansen IH, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Family Practice* 2015; 16: 51. DOI: 10.1186/s12875-015-0276-z.
84. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD, Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational & Environmental Medicine* 2004; 61: 495-503. DOI: 10.1136/oem.2003.007294.
85. Bagnasco A, Catania G, Pagnucci N, Alvaro R, Cicolini G, Dal Molin A, Lancia L, Lusignani M, Mecugni D, Motta PC, Watson R, Hayter M, Timmins F, Aleo G, Napolitano F, Signori A, Zanini M, Sasso L, Mazzoleni B. Protective and risk factors of workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* 2024; 33: 4748-4758. DOI: 10.1111/jocn.17169.
86. Balis B, Jibro U, Ahmed N, Lelisa E, Firdisa D, Lami M. Prevalence, patterns, and determinants of workplace violence among healthcare providers in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Health Services Insights* 2025: 1-14. DOI: 10.1177/11786329251325405.
87. Gillespie GL, Pekar B, Byczkowski TL, Fisher BS. Worker, workplace, and community/environmental risk factors for workplace violence in emergency departments. *Archives of Environmental & Occupational Health* 2017; 72: 79-86. DOI: 10.1080/19338244.2016.1160861.
88. Kaya S, Demir IB, Karsavuran S, Ürek D, Ilgün G. Violence against doctors and nurses in hospitals in turkey. *Journal of Forensic Nursing* 2016; 12: 26-34. DOI: 10.1097/JFN.000000000000100.
89. Koivula R, Brotkin H, Saarsalmi O. 2018. Turvallisia kotiin annettavia sote-palveluja: Opas kotihoitoon. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 3/2018. Helsinki. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-090-7>.
90. Saarisalmi O, Koivula R. 2017. Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 19/2016. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-895-1>.
91. Alameddine M, Mourad Y, Dimassi H. A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: Prevalence, consequences and associated factors. *PloS one* 2015; 10: e0137105. DOI: 10.1371/journal.pone.0137105.
92. Lee H-L, Han C-Y, Redley B, Lin C-C, Lee M-Y, Chang W. Workplace violence against emergency nurses in Taiwan: A cross-sectional study. *Journal of Emergency Nursing* 2020; 46: 66. DOI: 10.1016/j.jen.2019.09.004.
93. Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *The Journal of the Egyptian Public Health Association* 2010; 85: 29-43.
94. Zhao Z, Gao Y, Liang X, Pang L, Wang L, Shi Z. Rationale for Nurse Underreporting of Workplace Violence: A Qualitative Systematic Review. *Advances in Nursing Science* 2025; 48: E59-E78. DOI: 10.1097/ANS.000000000000555.

95. Spencer C, Sitarz J, Fouse J, DeSanto K. Nurses' rationale for underreporting of patient and visitor perpetrated workplace violence: a systematic review. *BMC nursing* 2023; 22: 134. DOI: 10.1186/s12912-023-01226-8.
96. Rodrigues NC, Ham E, Kirsh B, Seto MC, Hilton NZ. Mental health workers' experiences of support and help-seeking following workplace violence: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences* 2021; 23: 381-388. DOI: 10.1111/nhs.12816.
97. Finlex. 2023. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2023/703>.
98. Suomen Sairaanhoidajat. 2026. Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen. Viitattu 22.3.2026. Saatavilla: <https://sairaanhoidajat.fi/tyohyvinvointi/psykososiaalisen-jaksamisen-tukeminen/>.
99. Mikola, K. Mikä ihmeen defusing? *Erikoislääkäri* 2025; 2. Saatavilla: [https://www.sely.fi/wp-content/uploads/EL225\\_62.pdf](https://www.sely.fi/wp-content/uploads/EL225_62.pdf).
100. Työturvallisuuskeskus. 2026. Henkinen työsuojelu ja psyykinen suorituskyky. Saatavilla: <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/toimialakohtaista-tietoa/pelastusala/henkinen-tyosuojelu-psykinen-suorituskyky/#Psyykkisesti-kuormittavien-ty%C3%B6tilanteiden-j%C3%A4lkipurku>.
101. Hoitotyön kansallinen vertaiskehittämisen verkosto (Hoiverke). 2026. Väkivaltatapahtumat. Viitattu 20.3.2026. Saatavilla: <https://hoiverke.fi/hoitotyon-laatu/vakivaltatapahtumat/>.
102. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2025. Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. Viitattu 20.3.2026. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025062473619>.
103. Työterveyslaitos. Työn imu. Työn imu-testi. Viitattu 12.5.2026. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyon-imu>.
104. Työsuojelu. 2025. Työn psykososiaaliset kuormitustekijät -kysely. Saatavilla: <https://tyosuojelu.fi/tyosuojelu-tyopaikalla/tyoolosuohdemittarit>.
105. JBI. Critical Appraisal Tools. Saatavilla: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>, 2020.
106. Hotus. Hotus-hoitosuositusten® laadinta – käsikirja suositustyöryhmille. Versio 4.0. Hotuskäsikirja 1/2025. Kirjoittajat: Nyman J, Eskolin SE, Heikkilä K, Marin K, Palonen M, Siltanen H, Parisod H. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: <https://hotus.fi>. 2025.