



Jani Paulin, Laura-Maria Peltonen, Heikki Riihimäki, Joonas Hänninen, Vesa Jyrkkänen & Mari Lahti

Ensihoitohenkilöstön kohtaama väkivalta

Ennakointi ja riskienhallinta muuttuvassa toimintaympäristössä

TURKU AMK 



varha
Väestö- ja terveysministeriön
Ergonomian ja työsuojelun
villifunduskeskus

 TURUN
YLIOPISTO



Työsuojelurahasto
Arbetarskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

Turun ammattikorkeakoulun raportteja 313
Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2026

Kansikuva Kristian Elovuoto, Varsinais-Suomen pelastuslaitos

ISBN 978-952-216-903-7 (pdf)
ISSN 1459-7764 (elektroninen)
<https://urn.fi/URN:978-952-216-903-7>

Turun AMK:n sarjajulkaisut: turkuamk.fi/julkaisut

Sisältö

Kuviot	4
Taulukot	4
Lyhenteet	4
Kirjoittajaesittelyt	5
Esipuhe	6
Tiivistelmä	8
Tausta	10
Ensihoitopalvelu	10
Työturvallisuus	13
Ensihoitajien kohtaama väkivalta.....	16
Tarkoitus ja tavoite	18
Aineisto / metodit	19
Rekisteritietojen louhinta.....	21
Tulokset	24
Väkivallan yleisyys.....	24
Väkivaltaa ennustavat tekijät.....	26
Prosessi	26
Kriittisten tilanteiden menetelmä	32
Delfoi-kysely	34
Pohdinta	37
Johtopäätökset ja suositukset jatkotoimenpiteiksi	40
Julkaisuluettelo	43
Lähteet	44

Kuviot

- Kuvio 1. Tutkimushankkeen vaiheet
- Kuvio 2. Tutkimusalueet
- Kuvio 3. Mukaan otetut ensihoidon potilaat
- Kuvio 4. Ensihoitajien kohtaaman asiakasväkivallan prosessi
- Kuvio 5. Väkivaltaa edeltävät tekijät
- Kuvio 6. Väkivallan aikaiset tekijät
- Kuvio 7. Väkivallan jälkeiset tekijät
- Kuvio 8. Ensihoidon uhka- ja väkivaltatilaneiden hallintaan yhteydessä olevat tekijät

Taulukot

- Taulukko 1. Ensihoidon väkivaltaan liittyvien tehtävien ominaispiirteet
- Taulukko 2. Väkivaltaa ennustavat tekijät (monimuuttujamalli / logistinen regressioanalyysi)
- Taulukko 3. Ensimmäisen delfoi-kierroksen asiantuntijat

Lyhenteet

- ICPC2 International Classification of Primary Care, Second Edition
- NEWS2 National Early Warning Score
- OEDC Organisation for Economic Co-operation and Development (Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö)
- UVT Uhka- ja väkivaltatilanne
- WHO World Health Organization (Maailman terveysjärjestö)

Kirjoittajaesittelyt



*Jani Paulin (FT) työskentelee Turun ammattikorkeakoulussa ensihoidon yliopettajana ja koulutusvas-
taavana. Hänen kiinnostuksensa kohdentuu ensi- ja
akuuttihoitoon ohella moniviranomaisyhteistyöhön
ja teknologian hyödyntämiseen.*



*Laura-Maria Peltonen (TtT, dosentti) työskentelee sosiaali- ja terveysalan johtamisen sekä terveydenhuollon tutkimuksen parissa. Hänellä on vahva
asiantuntemus data-analytiikasta sekä koneoppimisen hyödyntämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistyössä.*



Heikki Riihimäki (TtM) toimii Varsinais-Suomen hyvinvointialueella kliinisen hoitotyön asiantuntijana. Taustalla on yli 10 vuoden työkokemus ensihoitajana sekä viimeisimmät vuodet ensihoito- ja päivystyspalveluiden asiantuntijatehtävissä.



Joonas Hänninen (ensihoitaja (YAMK), väitöskirjatutkija) työskentelee Varsinais-Suomen hyvinvointialueen pelastus- ja ensihoitopalveluissa suunnittelijana. Hän valmistee väitöskirjaa ensihoidon uhka- ja väkivaltatilanteista.



Vesa Jyrkkänen (ensihoitaja (YAMK) työskentelee Varsinais-Suomen hyvinvointialueen pelastus- ja ensihoitopalveluissa ensihoidon asiantuntijapalveluiden palvelupäällikkönä. Hänen kiinnostuksen kohteena ovat muun muassa osaamisen ja laadun hallinta.



Mari Lahti (TtT, hoitotieteen dosentti) toimii johtavana yliopettajana Turun ammattikorkeakoulussa. Hän vastaa mielenterveyden edistämisen tutkimusryhmän toiminnasta ja hänen tutkimuskiinnostuksensa kohteena on mm. haastavan asiakkaan ja potilaan kohtaaminen ja hoitaminen.

Esipuhe

Ensihoito on keskeinen osa yhteiskunnan kokonaisturvallisuutta, minkä merkitys tulee jatkossa kasvamaan entisestään. Suomessa toteutuu vuosittain yli 700 000 ensihoito- tehtävää ja päivystyspisteiden keskittämisen myötä potilaita hoidetaan jatkossa entistä enemmän kotona. Monella alueella ensihoito on ainoa saatavilla oleva terveydenhuollon palvelu ilta–yöaikaan. Yhteiskunnan haasteet, kuten polarisaatio, viranomaisvastaisuus, mielenterveysongelmat, ja esimerkiksi sosiaaliset hätätilanteet ovat valitettavasti lisääntyneet. Myös globaali turvallisuustilanteen muuttuminen lisää ensihoidon tehtävää ja vastuita.

Turvallisuushaasteet ovat ensihoidossa valitettava tosiasia ja ensihoitohenkilöstön riski kohdata väkivaltaa työssään on poikkeuksellisen suuri. Työsuojelun näkökulmasta ensihoitajien työssään kohtaama väkivalta vaikuttaa laajasti ensihoitohenkilöstön työturvallisuuteen, työhyvinvointiin, työssä jaksamiseen sekä alan vetovoimaan ja pysyvyyteen. Turvallisuushaasteet voivat myös viivästyttää potilaiden saamaa hoitoa.

Ensihoitohenkilöstön kohtaama väkivalta on globaali ongelma, mutta ratkaisuja ei ole löydetty. Tutkimustieto perustuu usein kuvaileviin tutkimusasetelmiin kuten kyselyihin ja haastatteluihin. Myös ilmiön yleisyydestä tehdyt arviot perustuvat tyypillisesti itseraportointeihin, vaikka on tunnistettu, että uhka- ja väkivaltilanteista raportoidaan vain murto-osa.

Tässä tutkimushankkeessa (1.2.2024–31.1.2026) monimuotoiseen ongelmaan haettiin ratkaisuja moniammatillisesti. Hankkeen organisaatiot Turun ammattikorkeakoulu, Varsinais-Suomen pelastuslaitos (Varha) ja Turun yliopisto haluavat kiittää lämpimästi Työsuojelurahastoa tärkeän tutkimusaiheen rahoittamisesta. Lisäksi suuret kiitokset kaikille hankkeeseen osallistuneille asiantuntijoille, teidän asiantuntemuksenne oli hankkeen tulosten kannalta todella keskeistä.

Tässä tutkimushankkeen loppuraportissa kuvataan hankkeen tulokset jatkosuositukseen. Huomionarvoista on, että useampi tutkimusartikkeli on vielä vertaisarviointiprosessissa, eli on mahdollista, että tuloksiin tulee vielä pieniä päivityksiä. Joka tapauksessa tulokset osoittavat suuria kehitystarpeita organisaatioiden eri tasoilla. On selvää, että ongelman ratkaisu edellyttää jatkossa laajaa yhteistyötä työelämän toimijoiden, koulutusorganisaatioiden ja sidosryhmien kesken.

Kirjoittajien puolesta,

Jani Paulin

FT, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Tutkimushankkeen tavoitteena oli selvittää ensihoitohenkilöstöön kohdistuvaa väkivaltaa, sen ennustavia tekijöitä ja kehittää ratkaisuja turvallisuuden parantamiseksi. Ensihoito on kriittinen osa terveydenhuoltoa, mutta toimintaympäristön ennakoimattomuus altistaa henkilöstön väkivallan uhalle. Suomessa lähes kaikki ensihoitajat ovat kokeneet väkivaltaa tai sen uhkaa, ja ilmiö on globaali sekä monitekijäinen.

Hankkeen tulokset osoittavat, että väkivaltaa esiintyi 0,7 prosentissa ensihoitotehtävistä, yleisimmin potilaan kotona. Tekijä oli useimmiten potilas, ja taustalla oli päihteiden käyttö ja esimerkiksi mielenterveysongelmat. Ennustavia tekijöitä olivat viikonloppuyö, kaupunkialue, humalainen miespotilas ja peruselintoimintojen häiriöitä kuvaavat korkeat National Early Warning Score -pisteet (NEWS2). Väkivalta ilmeni sanallisina uhkailuina, fyysisinä hyökkäyksinä ja joskus seksuaalisena väkivaltana. Raportointi on puutteellista, mikä vaikeuttaa ilmiön tarkastelua.

Keskeisiä haasteita ovat puutteellinen koulutus ja ohjeistus, vaihtelevasti sujuva yhteistyö ensihoidon kenttäjohdon, poliisin ja hätäkeskuksen kanssa, työkuulttuurin ongelmat sekä potilaan hoitovelvollisuuden ja henkilöstön turvallisuuden välinen ristiriita. Väkivallan hallinta ensihoidossa ei ole yksittäinen toimenpide, vaan jatkuva prosessi, joka edellyttää koulutusta, selkeitä toimintamalleja, viranomaisyhteistyötä ja organisaation tukea. Tilannetietoisuus ja hyvät vuorovaikutus- ja tunnetaidot ovat keskeisiä suojaavia tekijöitä. Jälkikäsitellyssä korostuvat toimivat raportointikäytännöt, psykologinen tuki ja avoin keskustelukulttuuri.

Suosituksat jatkotoimenpiteiksi painottavat ensihoitajien osaamisen vahvistamista muun muassa vuorovaikutus- ja tunnetaitojen, mielenterveysosaamisen ja kulttuurisen kompetenssin osalta sekä fyysisten harjoitusten ja riskien tunnistamisen kehittämistä. Lisäksi tarvitaan valtakunnallinen toimintamalli uhkatilanteisiin, selkeitä kriteereitä poliisin osallistumiselle ja suojarusteiden saatavuuden varmistamista. Raportointia tulee kehittää ja sen merkitystä korostaa, organisaatioiden on tarjottava kriisi- ja purkukeskusteluja sekä työterveyshuollon palveluita jokaisen väkivaltatilanteen jälkeen. Vertaistuen rakenteet on suunniteltava niin, että ne tukevat toipumista eivätkä lisää kuormitusta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että 100 prosentin turvallisuutta ei voida taata, mutta riskien vähentäminen ja henkilöstön tukeminen ovat välttämättömiä. Väkivallan hallinta edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa yhdistyvät koulutus, ohjeistus, monialainen yhteistyö läpi organisaatioiden, sekä kulttuurinen muutos.

Tausta

Ensihoitopalvelu

Ensihoito on terveydenhuollon toimintaa, jonka tehtävänä on vastata ensisijaisesti terveydenhuollon toimipisteiden ulkopuolella olevien kiireellistä apua tarvitsevien potilaiden hoidosta ja tarvittaessa kuljetuksesta hoitoyksikköön. Maailman terveysjärjestön (World Health Organization, WHO) Emergency Care System Framework (ECSF) määrittelee ensihoidon osaksi universaalia terveydenhuoltoa, jossa painopiste on varhaisessa tunnistamisessa, hoidon aloittamisessa ja potilaan mahdollisessa siirrossa hoitopaikkaan (WHO 2018). Suomessa ensihoito on osa erikoissairaanhoidoa ja järjestäminen on Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisesti hyvinvointialueiden vastuulla. Ensihoito on kriittinen osa päivystysketjua, ja sen merkitys kasvaa väestön ikääntyessä, monisairastavuuden lisääntyessä ja terveydenhuollon resurssien kiristytessä.

Suomessa ensihoidon juuret ulottuvat 1900-luvun alkuun, jolloin Turun palolaitos aloitti sairaankuljetustoiminnan vuonna 1901. Toiminta oli pitkään kuljetuspainotteista, ja hoitotoimet tapahtuivat vasta sairaalassa. Kansanterveyslaki (1972) teki sairaankuljetuksesta kuntien velvollisuuden, mikä käynnisti kehityksen kohti hoitopainotteista ensihoitoa. Merkittävä käänne oli lääkäriambulanssikokeilu Helsingissä 1971–1972, joka loi pohjan nykyiselle järjestelmälle (Duodecim 2018). Kansainvälisesti ensihoito kehittyi Yhdysvalloissa 1960-luvulla paramedic-järjestelmän myötä, kun taas Euroopassa syntyi kaksi mallia: Anglo-American (scoop and run) ja Franco-German (stay and play). Anglo-American-mallissa painopiste on nopeassa kuljetuksessa ja hoidon aloittamisessa sairaalassa, kun taas Franco-German-mallissa lääkärit osallistuvat kenttähoitoon ja hoito aloitetaan paikan päällä (Roudsari ym. 2020). Suomessa järjestelmä on hybridi, jossa hoitotason ensihoitajat tekevät laajoja hoitotoimia kentällä, mutta lääkäriyksiköt tukevat vaativissa tilanteissa.

Suomessa ensihoito toteutetaan hyvinvointialueiden järjestämänä yhteistyössä pelastuslaitosten, yksityisten palveluntuottajien ja FinnHEMSin lääkärihelikopteritoiminnan kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asetus ensihoitopalvelusta (585/2017) määrittelee palvelutasopäätöksen, riskialue luokat, tavoittamisajat ja yksikkötyypit: ensivaste, perustaso, hoitotaso ja lääkäriyksiköt. Porrastettu vastejärjestelmä mahdollistaa resurssien kohdentamisen riskin mukaan. Globaalisti WHO:n ECSF korostaa neljää osaluuetta: hoito tapahtumapaikalla, kuljetus, hoito laitoksessa ja läpileikkaavat toiminnot (koulutus, tiedolla johtaminen, laatu). Kehittyneissä maissa ensihoito on integroitunut päivystysjärjestelmään, kun taas matalan tulotason maissa haasteena on infrastruktuurin puute ja koulutuksen vähäisyys (WHO 2018).

Suomessa ensihoitotehtäviä on vuosittain noin 700 000–800 000, ja määrä kasvaa noin 5 % vuosittain (THL 2023). Kasvu on seurausta muun muassa väestön ikääntymisestä, monisairastavuudesta ja sosiaalihuollon tehtävien siirtymisestä ensihoidolle. Toisaalta hätäkeskuksen päivittynyt riskinarvio-ohje vaikuttaa tehtävämääriin vähentävästi, joten tulevien vuosien muutosta on vaikeaa ennakoita. Ensihoitopalvelun kustannukset ovat noin 300 miljoonaa euroa vuodessa, josta kaksi kolmasosaa katetaan hyvinvointialueiden budjeteista ja kolmasosa Kelan matkakorvauksista (Valtiontalouden tarkastusvirasto (VTV) 2019). Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) mukaan ensihoidon osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on 1–3 %, mutta kustannukset kasvavat nopeammin kuin muun terveydenhuollon menot digitalisaation ja teknologian käyttöönoton vuoksi (OECD 2022). Kansainvälisesti kustannusten hallinta on haaste, sillä teknologiset innovaatiot, kuten telelääketiede ja tekoälypohjaiset järjestelmät, vaativat merkittäviä alkuinvestointeja.

Ensihoitaja (AMK) on ensihoidon asiantuntija, jonka koulutus kestää neljä vuotta (240 op) ja sisältää monialaista oppimista erilaisissa ympäristöissä (OKM 2022). Hoitotason ensihoitajalta vaaditaan ensihoitaja (AMK) -tutkinto tai sairaanhoitajan tutkinto täydennettynä ensihoidon lisäkoulutuksella. Perustason ensihoitajana voi toimia lähihoitaja tai pelastaja, jolla on ensihoitoon suuntautunut koulutus, tai sairaanhoitaja ilman ensihoidon lisäkoulutusta. Ensihoidon kenttäjohtajilta edellytetään lisäkoulutusta ja kokemusta, ja ensihoitolääkärit ovat yleensä anesthesiologiaan ja ensihoitolääketieteeseen perehtyneitä. Euroopassa harmonisointia edistää EPaCur-hanke, joka pyrkii yhtenäistämään ensihoitajien osaamisvaatimukset ja koulutuksen kriisivalmiuden parantamiseksi (European Paramedic Curriculum 2021). Jatkuva täydenniskoulutus on välttämätöntä, sillä hoitomenetelmät ja esimerkiksi lääkehoito kehittyvät nopeasti, ja kansainväliset suositukset, kuten ERC:n elvytysohjeet, päivittyvät säännöllisesti (ERC 2021).



Kuva: Kristian Eلولuoto, Varsinais-Suomen pelastuslaitos.

Poikkeusoloissa ensihoidon rooli korostuu merkittävästi. COVID-19-pandemia osoitti ensihoidon joustavuuden, mutta myös haavoittuvuuden: muun muassa henkilöstön kuormitus, suojavarusteiden saatavuus ja viestintä olivat merkittäviä haasteita. Ensihoito joutui mukauttamaan toimintansa nopeasti, esimerkiksi muuttamalla kuljetuskäytäntöjä, lisäämällä infektioerjuntatoimia ja hyödyntämällä etäkonsultaatioita. WHO:n raportit korostavat kriisijohtamisen, simulaatioharjoitusten ja varautumissuunnitelmien suurta merkitystä vastaavissa tilanteissa. Suomessa valmiussuunnitelmat sisältävät ohjeet suuronnettomuuksien, luonnonkatastrofien ja hybridivaikuttamisen varalle. Ensihoito osallistuu myös kansallisiin harjoituksiin, joissa testataan moniviranomaisyhteistyötä. Tutkimusten mukaan ensihoitajat kokevat valmiudessaan puutteita erityisesti viestinnässä ja psyykkisessä kuormituksessa, mikä korostaa koulutuksen ja tukitoimien merkitystä (Heiniluoma ym. 2020). Kansainvälisesti katastrofivalmius sisältää myös resurssien liikkuvuuden, kuten lääkintäjoukkojen siirrot ja telelääketieteen hyödyntämisen kriisialueilla.

Ensihoidon kehittämishaasteet liittyvät resurssipulaan, kasvaviin tehtävämääriin ja kustannusten hallintaan. Väestön ikääntyminen lisää ensihoidon kysyntää, ja henkilöstön saatavuus on kriittinen tekijä. Tulevaisuuden ratkaisuja ovat esimerkiksi digitalisaatio, etähoitomallit ja tekoälyn hyödyntäminen hoidon tarpeen arvioinnissa. Myös esimerkiksi telelääketiede ja kehittyneet tutkimusmahdollisuudet (esim. point-of-care-ultraääni) voivat parantaa hoidon laatua kentällä, ja community paramedicine -mallit voivat vähentää päivystysten kuormitusta (Roudsari ym. 2020). Myös ilmastonmuutoksen aiheuttamat sään ääri-ilmiöt lisäävät varautumisen tarvetta. WHO korostaakin One Health -lähestymistapaa, jossa terveydenhuolto, ympäristö ja eläinterveys kytkeytyvät yhteen

(WHO 2022). Tulevaisuudessa painopiste on tiedolla johtamisessa, potilaslähtöisyydessä ja kriisivalmiuden vahvistamisessa. Kansainväliset trendit osoittavat, että ensihoito siirtyy kohti integroitua, teknologiaa hyödyntävää ja potilaslähtöistä palvelua, jossa ennakkoiva hoito ja dataohjattu päätöksenteko ovat keskeisiä.

Työturvallisuus

Ensihoitajat työskentelevät usein haastavissa, nopeasti muuttuvissa ja fyysisesti sekä henkisesti kuormittavissa olosuhteissa. Työympäristö voi vaihdella ambulanssista onnettomuuspaikalle, potilaan kotiin tai sairaalan päivystyspoliklinikalle. Jokainen tilanne tuo mukanaan omat riskinsä, jotka on tunnistettava ja hallittava, jotta työntekijöiden turvallisuus ja hyvinvointi voidaan taata. Työturvallisuus ja työhyvinvointi ovat erottamattomasti yhteydessä toisiinsa. Turvallinen työympäristö ei ole vain työnantajan lakisääteinen velvollisuus (Työturvallisuuslaki 738/2002, Mattila ym. 2023), vaan se on myös keskeinen tekijä työntekijöiden hyvinvoinnin, motivaation ja tuottavuuden kannalta. Kun työntekijä kokee olonsa turvalliseksi, hän voi keskittyä työhönsä ilman pelkoa loukkaantumisesta tai sairastumisesta, mikä luo perustan kestäväälle työhyvinvoinnille (Grailey ym. 2021).



Kuva: Kristian Eloluoto, Varsinais-Suomen pelastuslaitos.

Johtamisella on keskeinen rooli työturvallisuuden sekä työhyvinvoinnin edistämisessä, mikä vaatii systemaattista suunnittelua sekä jatkuvaa kehittämistä. Työturvallisuuden integroiminen osaksi työhyvinvoinnin strategiaa tarkoittaa, että turvallisuus ei ole irrallinen osa-alue, vaan se on mukana kaikessa toiminnassa – rekrytoinnista perehdytykseen, arjen johtamiseen ja työtilojen suunnitteluun. Esimerkiksi säännölliset riskien arvioinnit, turvallisuuskoulutukset ja avoin palautekulttuuri ovat konkreettisia keinoja, joilla organisaatio voi edistää sekä turvallisuutta että hyvinvointia (Mullen ym. 2024, Ghasemi ym. 2025).

Työntekijöiden osallistaminen työturvallisuuden kehittämiseen on turvallisen työympäristön luomisen näkökulmasta ensiarvoisen tärkeää. Kun henkilöstö saa vaikuttaa turvallisuuskäytäntöihin sekä tuoda esiin havaintojaan ja näkemyksiään, syntyy yhteinen vastuu turvallisesta työympäristöstä. Työntekijöillä on kuitenkin paras näkemys arjen riskeistä ja toimivista ratkaisuista. Työyhteisöissä, joissa henkilöstö kokee voivansa vaikuttaa, sitoutuminen turvallisuuskulttuuriin vahvistuu ja yhteisöllisyys lisääntyy (Betts ym. 2024). Työntekijöille kokemus siitä, että heidän hyvinvointinsa on työnantajalle aidosti tärkeää, parantaa työmotivaatiota sekä vähentää sairauspoissaoloja (O'Donovan & McAuliffe 2020).

Työturvallisuus on keskeinen osa työhyvinvointia kaikilla aloilla, mutta erityisesti ensihoidossa sen merkitys korostuu. Työturvallisuus kattaa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet. Fyysinen työturvallisuus ensihoidossa liittyy muun muassa ergonomiaan, suojavarusteisiin, ajoturvallisuuteen ja väkivallan uhkaan erityisesti tilanteissa, joissa potilaat tai muut paikalla olijat ovat päihteiden vaikutuksen alaisina tai psyykkisesti oireilevia (Friedenberg ym. 2020, Davies ym. 2023, Afshari ym. 2024). Ensihoitajat myös nostavat potilaita, kantavat varusteita ja työskentelevät ahtaissa tiloissa, mikä altistaa heidät tuki- ja liikuntaelinten rasituksille. Ajoturvallisuus on ensihoidolle ominainen turvallisuusriski. Ensihoitajat ajavat kiireellisesti liikenteessä, mikä altistaa heidät liikenneonnettomuuksille (Becker & Hugelius 2021, Delavary ym. 2024). Psyykinen turvallisuus puolestaan liittyy henkiseen kuormitukseen, työpaikan ilmapiiriin ja siihen, miten työntekijä kokee työnsä merkityksellisyyden (Grailey ym. 2021). Ensihoitajat kohtaavat päivittäin kriisitilanteita, vakavasti sairaita, vammautuneita tai menehtyneitä potilaita, ja joutuvat tekemään nopeita päätöksiä paineen alla. Tällainen työ voi aiheuttaa stressiä, uupumusta ja jopa traumaperäisiä oireita (Murray ym. 2020).

Sosiaalinen turvallisuus liittyy työyhteisön ilmapiiriin, joka tarkoittaa, että työpaikalla vallitsee kunnioittava ja avoin vuorovaikutuskulttuuri, jossa jokainen voi olla oma itsensä ilman pelkoa syrjinnästä tai kiusaamisesta (Grailey ym. 2021). Ensihoidossa tiimityö on keskeistä, joten luottamus, avoin kommunikaatio ja toisten tukeminen korostuvat.

Hyvä työilmapiiri vähentää henkistä kuormitusta ja lisää työn mielekkyyttä. Esihenkilöiden rooli työilmapiirin luomisessa on keskeinen. Heidän tulee omalla toiminnallaan edistää avointa keskustelukulttuuria, puuttua epäasialliseen käytökseen ja varmistaa, että jokainen työntekijä kokee olevansa arvostettu. Esihenkilöiden tulee toimia esimerkkeinä turvallisuuskäyttäytymisessä ja luoda ilmapiiri, jossa turvallisuudesta puhuminen on luontevaa.



Kuva: Kristian Eloluoto, Varsinais-Suomen pelastuslaitos.

Lopulta työturvallisuus ei ole vain yksittäisiä toimenpiteitä, vaan osa organisaation kulttuuria. Kun turvallisuus ja hyvinvointi ovat arvoja, jotka näkyvät jokapäiväisessä toiminnassa, ne juurtuvat osaksi työyhteisön identiteettiä. Tämä vaatii johdon sitoutumista, esihenkilöiden aktiivista roolia ja työntekijöiden osallistamista sekä ohjeiden noudattamista. Ensihoidossa tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että turvallisuuskäytännöt ovat osa perehdytystä, palautetta kerätään säännöllisesti ja sitä, että onnistumisia turvallisuuden edistämiseksi tuodaan systemaattisesti esille. Kun turvallisuus nähdään yhteisenä tavoitteena, syntyy työyhteisö, jossa jokainen voi tehdä työnsä luottavaisesti ja hyvinvoivana.

Ensihoitajien kohtaama väkivalta

Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ensihoitohenkilöstöön (ensihoitajat, pelastajat, ensihoidon kenttäjohtajat, ensihoitolääkärit yms.) kohdistuva väkivaltariski on erityisen suuri, koska ensihoidon toimintaympäristö on täysin kontrolloimaton, potilaiden aiempi hoitohistoria ja mahdollinen riskikäyttäytyminen ovat yleensä ennalta vieraita, myös muiden tilanteessa paikalla olevien reaktiot ovat vaikeasti ennakoitavissa. Lisäksi ensihoitotehtävän hälytystiedoissa on useita epäselvyyksiä lähtien siitä, että kuka on potilas, kuka ilmoittaja, ja miksi apua on hälytetty. Suomessa tehdyn ammattiliittojen kyselyn mukaan 97 % henkilöstöstä on kokenut ensihoitotyössä väkivaltaa tai sen uhkaa, ja noin 40 % on saanut tappouhkauksia. Teräase on ollut mukana 30 prosentissa ja ampuma-ase 9 prosentissa näistä uhkauksista (SPAL, TEHY, SEHL ja SSPL 2020). Samaan aikaan poliisin saaminen kohteeseen ensihoidon tueksi on vaikeutunut muun muassa poliisin vähentyneiden resurssien takia.



Kuva: Kristian Eloluoto, Varsinais-Suomen pelastuslaitos.

Ensihoitohenkilöstön kohtaama väkivalta on ongelmana monimuotoinen. Väkivalta on tunnistettu erityiseksi haasteeksi ensihoitotehtävissä, joissa on mukana alkoholia, lääkkeitä tai huumeita tai potilas kärsii mielenterveysongelmista. Yleisin väkivallan aiheuttaja on potilas, mutta myös muut paikallaolijat voivat kohdistaa väkivaltaa ensihoitohenkilöstöön (Maguire ym. 2018). Ensihoitajiin kohdistuvan väkivallan seuranta on kuitenkin haastavaa, koska väkivaltatilanteita jätetään usein raportoimatta. Taustalla voi olla kokemuksia muun muassa johdon välinpitämättömyydestä, häpeästä tai syyllisyyden tunteesta, pelosta joutua itse syytetyksi, kiireestä tai muista seurauksiin liittyvistä huolista. Lisäksi väkivallan voidaan nähdä kuuluvan osaksi työtä (Murray ym. 2020). Ensihoitajien työssään kohtaamalla väkivallalla on vakavia inhimillisiä ja taloudellisia vaikutuksia. Posttraumaattisen stressireaktion (PTSD) ohella on raportoitu esimerkiksi väkivallan jälkeistä masennusta, ahdistuneisuutta ja vähentynyttä empatiaa pitkien poissaolojen ohessa (esim. Maguire ym. 2013, Gómez-Gutiérrez ym. 2016, Murray ym. 2020, Setlack ym. 2021).

Johanna Pulkkisen väitöskirjassa (2021) tarkasteltiin kaikkien sote-alan ammattiryhmien kohtaamaa väkivaltaa, mutta väitöskirjassa korostettiin, että ratkaisut väkivallan uhan hallitsemiseksi tulisi tutkia ja tehdä toimialakohtaisesti. Toisaalta Pelastusopiston hankkeessa Tulta ilman savua (2025) tarkasteltiin pelastusalan epäasiallista ja väkivaltaista kohtelua sekä peräänkuulutettiin koulutusorganisaatioiden, alan järjestöjen ja hyvinvointialueiden yhteistyötä (Saal ym. 2025). Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa tehdään monialaista yhteistyötä eri viranomaisten ja sidosryhmien kesken, joten ratkaisujen hakemista monialaisesti voidaan nähdä perusteltuna. Huomionarvoista on, että ensihoitohenkilöstön kohtaama väkivalta on globaali ongelma, mutta ratkaisua ei ole löydetty (Spelten ym. 2020, Rossi ym. 2023).

Yhteenvedona tutkimuksista kymmeneltä viime vuodelta voidaan todeta, että väkivaltaa esiintyy, mutta tutkimusasetelmat ovat tyypillisesti kuvailevia. Esimerkiksi kyselyt tai omaan ilmoitukseen perustuvat raportointimenetelmät eivät anna luotettavaa kuvaa ilmiöstä ja sen yleisyydestä. Lisäksi ongelman ratkaisuja on tutkittu vähän, joten tämä tutkimushanke täyttää selkeän tutkimusaukon.

Tarkoitus ja tavoite

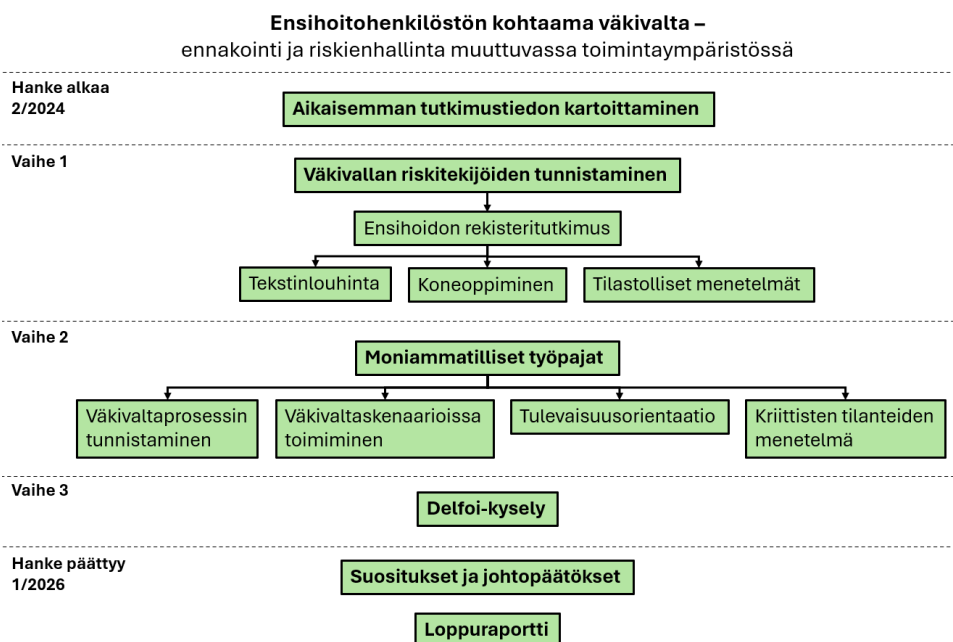
Tutkimushankkeen tarkoituksena oli selvittää ensihoitohenkilöstöön kohdistuvaa väkivaltaa ja siihen liittyviä ja sitä ennustavia tekijöitä. Hankkeessa tutkitaan, millaista väkivaltaa ensihoitohenkilöstö kohtaa työssään, mihin tilanteisiin väkivalta liittyy, mitkä tekijät ennustavat väkivaltaa. Tavoitteena oli laatia tutkimustietoon perustuvat suositukset, joilla parannetaan ensihoitotyön turvallisuutta.



Kuva: Kristian Eلولuoto, Varsinais-Suomen pelastuslaitos.

Aineisto / metodit

Teoreettisena viitekehyksenä hankkeessa sovellettiin teoriaperusteista intervention kehittämismallia I-PARISH, missä keskiössä on tutkimusaineistojen moninaisuus, tutkimustieto, toimintaympäristön tuntemus sekä kohderyhmään kuuluvien osallisuus (Kitson ym. 2016, Hunter ym. 2020). Teoriaperusteista intervention kehittämismallia on sovellettu terveydenhuollossa erilaisten interventioiden kehittämisessä, käyttöönotossa, tutkimustiedon levittämisessä käytännön toimintaan sekä eri toimijoiden, kuten tutkijoiden, esihenkilöiden ja työntekijöiden yhteisessä kehittämistoiminnassa. Tässä hankkeessa tutkimusnäyttö, toimintaympäristön tuntemus sekä kohderyhmään kuuluvien osallisuus kulkivat rinnakkain. Tutkimussuunnitelmaa rakennettiin yhteistyössä ensihoidon toimijoiden ja tutkijoiden välillä. Tutkimuksen toteutusvaiheessa (vaiheet 1–3) I-PARISH mallin keskeiset elementit limittyivät toisiinsa. Eri vaiheissa elementit korostuivat hieman eri tavoin (Kuvio 1).



Kuvio 1.
Tutkimushankkeen vaiheet.

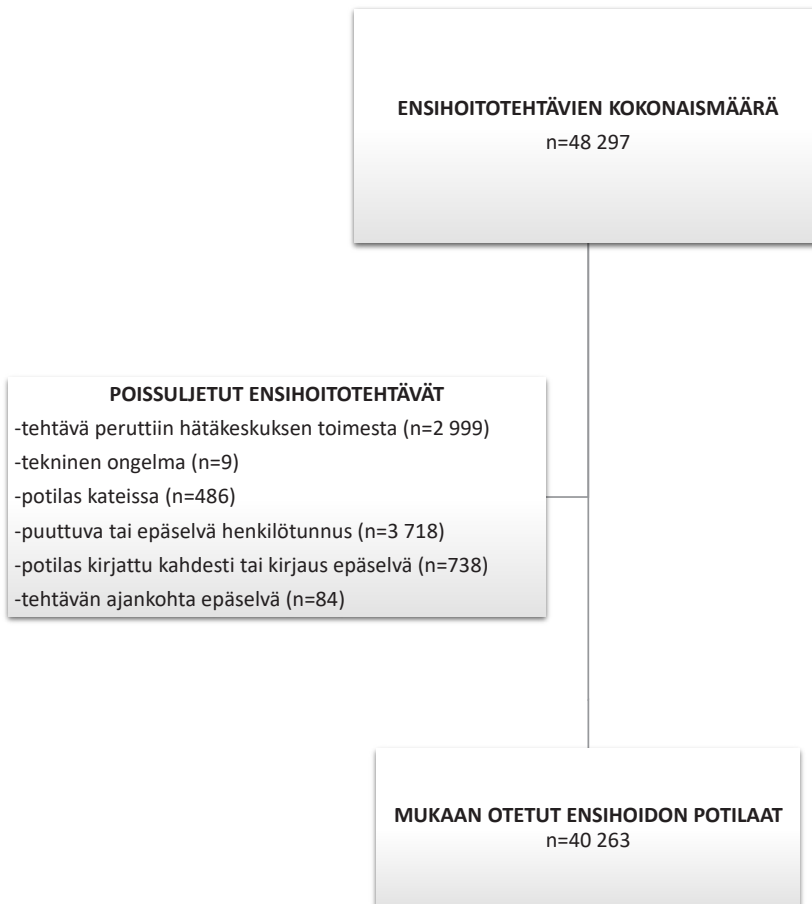
Hankkeen vaiheessa yksi (Väkivallan riskitekijöiden tunnistaminen) tutkimustietoa tuotettiin tekstin louhinnan, koneoppimisen ja tilastotieteen menetelmin laajasta datamassasta (kaikki ensihoitotehtävät 1.6.-30.11.2018 kolmelta hyvinvointialueelta, n=40 263 (Kuvio 2, Kuvio 3). Tavoitteena oli ilmiön monitahoinen ymmärtäminen, ennustaminen ja ennakkotekijöiden välisten suhteiden määrittäminen.



Kuvio 2.
Tutkimusalueet (Paulin ym. 2022 CC BY 4.0).

Sovelsimme muun muassa term frequency-inverse document frequency (TF-IDF) -vektoroinnin ja k-means-klusterointianalyysin ensihoidon potilaskertomusten vapaateksti-kenttiin (n=295). Menetelmällä tunnistettiin kymmenen eri väkivaltatyyppeä, jotka liittyivät potilaan taustatekijöihin (esim. päihteiden käyttö, psykiatriset diagnoosit) ja tehtävän kontekstiin (esim. kaupunki/maaseutu, kiireellisyysluokka). Klusterointi perustui kertomusten sisällölliseen samankaltaisuuteen, ja tulokset vahvistivat väkivallan monimuotoisuutta ja kontekstisidonnaisuutta. Menetelmä mahdollisti väkivaltatapahtumien empirian pohjalta luodun typologian, joka täydentää kvantitatiivista riskitekijäanalyysiä.

Rekisteritietojen louhinta



Kuvio 3.

Mukaan otetut ensihoidon potilaat (Paulin ym. 2024. CC BY 4.0).

Tutkimuksen vaiheessa kaksi (Moniammatilliset työpajat) kehitettiin ratkaisuja moniammatillisesti kahdessa työpajapäivässä. Aineisto kerättiin lokakuussa 2024 kahdessa yhden päivän mittaisessa moniammatillisessa työpajassa, joihin osallistui ensihoidon ja siihen liittyvien viranomaistahojen ja ammattiryhmien edustajia sekä potilasasiantuntijoita (tarkempi osallistujien kuvaus alempana). Osallistujat rekrytoitiin harkinnanvaraisesti organisaatioiden välisen kartoituksen ja ammatillisten verkostojen kautta, tavoitteena monipuolinen kokemus ja ymmärrys väkivaltatilanteista ensihoidon kontekstissa.

Ensihoitajiin kohdistuvan väkivallan prosessia tukittiin työpajoissa pienryhmäyöskentelyn keinoin. Kummankin työpajapäivän osallistujat jaettiin pienryhmiin siten, että kussakin ryhmässä olisi taustoiltaan mahdollisimman monimuotoinen kokoonpano. Pienryhmät ohjeistettiin keskustelemaan ja pohtimaan tekijöitä, jotka liittyvät väkivaltaa edeltäviin, sen aikaisiin ja sen jälkeisiin tilanteisiin. Osallistujat kirjasivat tuotoksensa sähköiselle kirjaamisalustalle myöhempää analysointia varten. Tutkimusryhmän jäsenet eivät osallistuneet pienryhmän keskusteluihin tai vaikuttaneet näiden tuotoksiin. Osallistujien tuottama tutkimusaineisto analysoitiin Braun & Clarken (2006) temaattisen sisällön analyysin menetelmällä.

Työpajoissa kerättiin tutkimustietoa myös kriittisten tilanteiden menetelmällä (Critical incident technique, CIT). Se on Flanaganin vuonna 1954 alun perin sotilasilmailuun kehittämä menetelmä, jota käytetään keräämään tietoa kriittisistä poikkeamista. Menetelmässä kriittiseksi määritellystä tilanteesta, joka voi olla positiivinen tai negatiivinen poikkeama, kerätään tietoa kokijan kertomana. Kertomus voidaan kerätä haastatteleamalla tai kirjoittamalla. Siinä painotetaan yksityiskohtien raportointia sekä syy-yhteyksien löytämistä, ja usein on hyödyllistä tarkentaa yksityiskohtia edelleen kertojalta. Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin moniammatillisissa työpajoissa, joissa tarkentavia kysymyksiä ei voitu esittää yksittäiseen kertomukseen, mutta toisaalta näin saatiin kerätyksi laajan asiantuntijajoukon eri näkökulmista kirjoittamia kertomuksia ensihoitoon liittyvistä uhka- ja väkivaltatilanteista.

Myös vaiheeseen kolme (Delfoi-kyselyn asiantuntijapaneeli) osallistui ensihoidon toimijoiden ohella laajasti muita ammattiryhmiä. Menetelmällä selvitettiin toimijoiden näkemyksiä, ajatuksia sekä niin sanottua ”hiljaista tietoa” asiakasväkivaltaan, sen ehkäisemiseen, riskien tunnistamiseen ja hallintaan liittyen. Delfoi-kyselyn osallistujat rekrytoitiin vaiheen kaksi työpajoissa, jonka lisäksi lisäpanelisteja pyydettiin harkinnan mukaan niin, että varmistettiin muun muassa laaja-alainen maantieteellinen kattavuus Suomessa sekä asiantuntijoiden riittävä määrä paneelissa.

Delfoi-paneeliin kutsuttiin yhteensä 43 asiantuntijaa. Asiantuntijapaneeli koostui työpajan osallistujista, lisäksi sitä täydennettiin edelleen hankkeen päämäärän mukaisesti ensihoidon päällystön ja asiantuntijoiden edustajilla sekä mielenterveyden asiantuntijoilla. Myös maantieteellistä kattavuutta parannettiin, koska käytetty sähköinen Delfoi-alusta oli paikasta riippumaton (yhteensä työpajoissa edustettuina viisi ja delfoi-paneelissa seitsemän hyvinvointialuetta).

Kaiken kaikkiaan moniammatillisten työpajojen ja delfoi-kierrosten osallistujat edustivat laajasti eri aloja ja erilaisia näkökulmia (ensihoidon eri ammattiryhmät (perus- ja hoitotason ensihoitajat, kenttäjohtajat, esihenkilöt / johto, ensihoitolääkärit, uhka- ja väkivalta tilanteiden (UVT) asiantuntijat), poliisi, hätäkeskus, pelastus, työsuojelu, psykologia, tutkijat, opettajat ja potilaat). Kahden delfoi-kierroksen sekä vaiheiden 1. ja 2. tuottama tieto yhdistettiin ja tuotettiin tutkimustietoon perustuvat suositukset ensihoidon turvallisuuden parantamiseksi.

Delfoi-paneelin ensimmäisen kierroksen runko muodostettiin tutkimusryhmän synteesinä kirjallisuuskatsauksesta, rekisteritiedoista ja työpajojen aineistoista, joista muodostettiin induktiivisesti delfoi-kierroksen viisi teemaa: ensihoitajan henkilökohtaiset kompetenssit ja ominaisuudet, ensihoitajan oikeudellinen asema, työnkuva ja riskienhallinta, eri potilasryhmiin suhtautuminen, uhka- ja väkivaltilanteiden ennaltaehkäisy ja ratkaisukeinot. Näistä teemoista kerättiin panelistien näkemyksiä sekä avoimilla kysymyksillä että mittarein.

Ensimmäisen kierroksen mittareiden tuloksista ja vastausten perusteluista muodostettiin tutkijoiden iteroimana väittämiä toiselle kierrokselle. Lisäksi avointen vastausten perusteella nostettiin väittämiä ensimmäisellä kierroksella käsittelemättömiä aihealueita. Klassisen delfoi-menetelmän tavoitteena on panelistien välinen yksimielisyys (konsensus), jonka rajaksi tässä tutkimuksessa määritettiin 80 prosentin yksimielisyys väittämästä.

Tulokset

Väkivallan yleisyys

Hankkeen tulokset osoittavat, että ensihoitajat kohtasivat väkivaltaa 0.7 % ensihoito-tehtävistä (n = 297/40 263). Kyseisistä tehtävistä 29 % oli kiireellisiä (A/B), 75 % tapahtui kaupunkialueella, kolme viidestä päättyi kuljettamatta jättämispäätökseen, ja 13 % tehtävistä potilas luovutettiin poliisin hoiviin (Taulukko 1). Väkivalta oli eniten verbaalista, mutta myös fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa, sekä näiden yhdistelmiä raportoitiin.

Väkivallan aiheuttaja oli useimmiten potilas (98 %), lisäksi perheenjäsenten ja muiden paikalla olijoiden väkivaltaa oli kirjattu hoitokertomuksiin. Väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat olivat useimmiten iältään 15–64-vuotiaita (62 %), mutta myös ikääntyneiden väkivaltaa tapahtui (65–84-vuotiaita 25 %, >85-vuotiaita 10 %). Alle 15-vuotiaiden lasten väkivalta oli harvinaista (3 %).

Väkivallan tapahtumapaikkana oli yleisimmin koti tai muu asunto, mutta myös ambulanssissa, hoitolaitoksessa ja esimerkiksi julkisella paikalla väkivaltaa kohdentui ensihoitohenkilöstöön. Väkivaltaisesti käyttäytyneiden potilaiden yleisimmät työdiagnoosit (ICPC2-koodi = potilaan pääongelma) olivat mielenterveysongelmat (24 %), runsas alkoholin käyttö (18 %), yleistilan lasku (9 %), psykoosi (5 %) ja pään trauma (5 %). Väkivaltaisesti käyttäytyneistä potilaista yli 30 % oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Huomion-arvoista on, että ensihoitajat kohtasivat väkivaltaa, vaikka poliisi oli kohteessa (Paulin ym. 2024).

Taulukko 1.

Ensihoidon väkivaltaan liittyvien tehtävien ominaispiirteet (n=319).
(Paulin ym. 2024, CC BY 4.0).

	puuttuu	n	%
Tehtävän kiireellisyys			
A		17	5.7
B		70	23.6
C		95	32.0
D		115	38.7
Ensihoitoyksikkö			
Hoitotaso		247	83.2
Perustaso		49	16.5
Yhden hengen yksikkö		1	0.3
Kenttäjohtaja		0	0.0
Viikonpäivä			
Maanantai		33	11.1
Tiistai		41	13.8
Keskiviikko		38	12.8
Torstai		41	13.8
Perjantai		48	16.2
Lauantai		65	21.9
Sunnuntai		31	10.4
Ensihoidon saapumisaika			
08:00–20.00		182	61.3
20:00–08:00		115	38.7
Kaupunki–maaseutu luokittelu	35		
Kaupunkialue		196	74.8
Maaseutualue		66	25.2
Etäisyys lähimpään hoitolaitokseen	35		
<5km		71	27.1
5-20km		112	42.8
21-40km		48	18.3
>40km		31	11.8
Mediaani etäisyys 8 km, IQR 3–26			
Tehtävän kesto: mediaani 72 min, IQR 51–103			

Väkivaltaa ennustavat tekijät

Monimuuttujamalli (Taulukko 2) osoittaa, että ensihoitotehtävä viikonloppuyönä kaupunkialueella siten, että potilaana oli humalainen mies, lisäsi väkivallan todennäköisyyttä. Myös hoitotason ensihoitoyksikkö, iältään 15–64-vuotias potilas, ja korkeat NEWS2-pisteet olivat yhteydessä ensihoitajien kohtaamaan väkivaltaan. Ensihoitotehtävän kiireellisyysluokka ei ollut yhteydessä koettuun väkivaltaan (Paulin ym. 2024).

Taulukko 2.

Väkivaltaa ennustavat tekijät (monimuuttujamalli / logistinen regressioanalyysi n=297) (Paulin ym. 2024. CC BY 4.0).

	puuttuu	Yksimuuttuja			Monimuuttuja		
		OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Kaupunki vs maaseutu	35	1.660	1.255-2.197	<0.001	1.699	1.283-2.248	0.002
Ensihoidon saapumisaika							
Perjantai 18.00–Sunnuntai 05.00 vs Sunnuntai 05.00–Perjantai 18.00		1.659	1.299-2.120	<0.001	1.357	1.043-1.765	<0.023
Sukupuoli mies vs nainen		1.794	1.417-2.271	<0.001	1.501	1.160-1.942	<0.002
Alkoholi		3.973	3.095-5.100	<0.001	3.464	2.644-4.538	<0.001

Tekstinlouhintatutkimuksemme vahvisti, että väkivaltatapaukset jakautuvat selkeisiin tyyppeihin, joilla on erilaiset riskiprofililit. Esimerkiksi päihteisiin liittyvä aggressio (38,5 % tapauksista) ja mielenterveyspotilaiden väkivalta (10,8 %) erosivat merkittävästi toistuvien väkivaltaisten potilaiden tapauksista (75 % päihteitä, 100 % kiireellisiä tehtäviä). Tulokset korostavat, että väkivallan ennaltaehkäisy vaatii kohdennettuja strategioita eri väkivaltatyypeille. Esimerkiksi dementiapotilaiden väkivalta (7,7 % päihteitä) edellyttää erilaisia de-eskalaatitaitoja kuin poliisin osallistumisista vaativat tapaukset (31,9 % päihteitä). Tämä tukee hankkeemme havaintoa, että väkivallan riskitekijät (kuten päihteet, kaupunkialue, miespotilas) ilmentyvät eri tavoin eri konteksteissa.

Prosessi

Tässä tutkimushankkeessa väkivallalla tarkoitetaan fyysistä, verbaalista, tai seksuaalista väkivaltaa (vrt. WHO 2002). Tulosten perusteella hankkeessa tunnistettiin kolme pääteemaa ensihoitohenkilöstöön kohdistuvan väkivallan prosessissa: väkivallan tekijä, ensihoitohenkilöstö sekä ensihoitojärjestelmä ja organisaatio. Näitä tarkasteltiin väkivaltatilanteen kolmen eri vaiheen kautta: ennen väkivaltaa, sen aikana ja sen jälkeen (Kuvio 4).

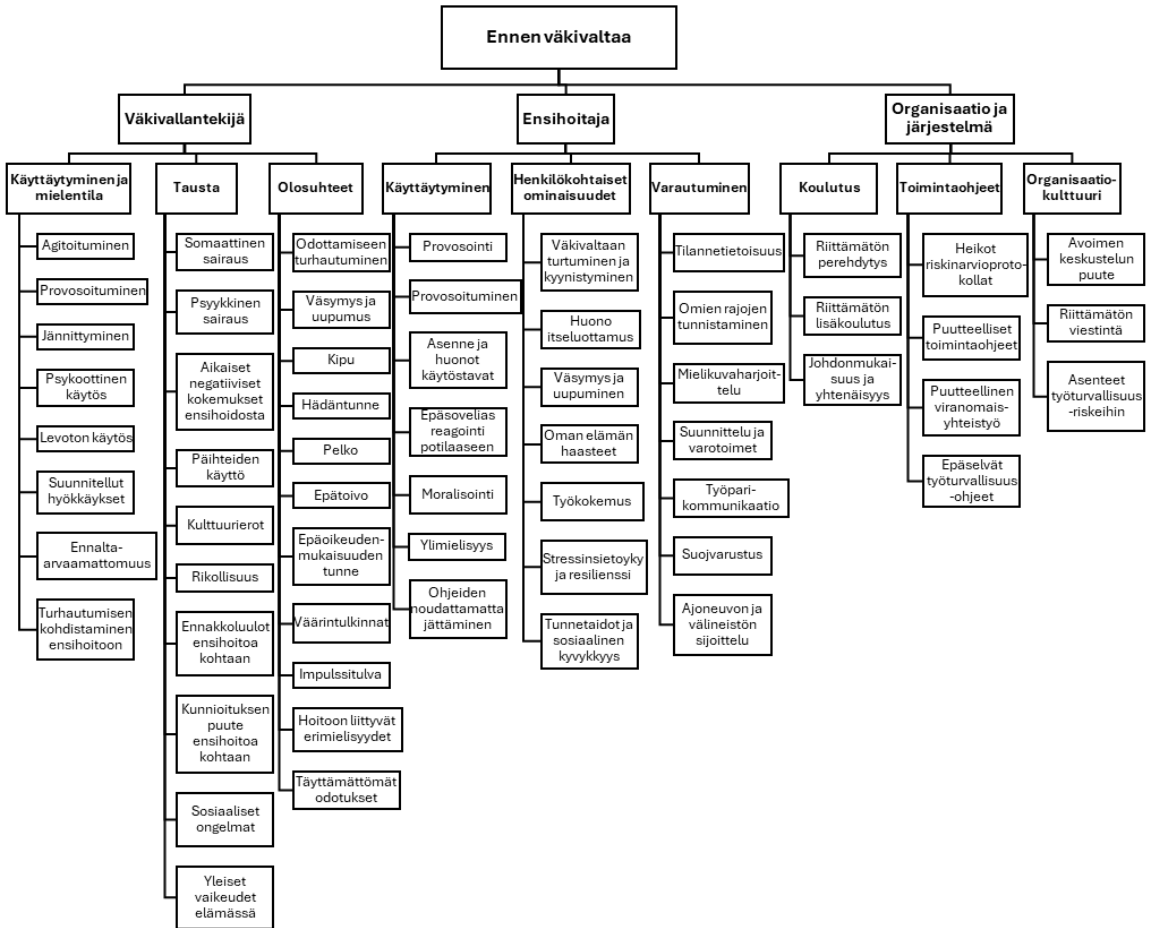


Kuvio 4.

Ensihoitajien kohtaaman asiakasväkivallan prosessi (Riihimäki ym. 2025, CC BY 4.0).

Ennen väkivaltaa (Kuvio 5) aggressiivisen henkilön käyttäytymistä kuvasi mahdollinen kiihtyneisyys, jännittyneisyys ja/tai psykoottiset piirteet. Taustalla esiintyi usein päihteiden käyttöä, psykiatrisia sairauksia sekä sosiaalisia ongelmia, kuten esimerkiksi eristäytymistä yhteiskunnasta. Laukaisevina tekijöinä toimivat muun muassa potilaan kokema kipu, väsymys ja kokemus hänen hoitoonsa liittyvästä epäoikeudenmukaisuudesta. Myös ensihoidon ja potilaan välinen vuorovaikutus saattoi lisätä riskiä: pitkät ensihoidon odotusajat, väärinymmärrykset, aiemmat huonot kokemukset ja täyttymättömät odotukset kuvattiin väkivaltaa ennakoivina tekijöinä. Ensihoitohenkilöstön osalta riskitekijöiksi nousi provosoiva, moralisoiva tai vähättelevä käytös, väsymys, heikko stressinsietokyky ja kokemattomuus.

Hyvät sosiaaliset ja emotionaaliset taidot puolestaan nähtiin tärkeimpinä väkivaltaa ehkäisevinä tekijöinä. Yleinen tilannetietoisuus, työparin keskinäinen kommunikaatio ja ennalta suunnitellut turvatoimet, kuten ambulanssin ja työvälineiden sijoittelu sekä paikoreitin turvaaminen, nähtiin keskeisinä tehtävän turvallisuuden lisääjinä. Organisaatiossa ongelmina koettiin puutteellinen koulutus, epäselvät ohjeistukset ja toimintaohjeet sekä vaihtelevasti sujuva yhteistyö poliisin, ensihoidon kenttäjohdon ja hätäkeskuksen kanssa. Myös työkuultuurin ongelmat, kuten avoimen keskustelun puute ja epäyhtenäiset näkemykset työturvallisuudesta saattoivat johtaa tilanteisiin, joissa työntekijät toimivat omien tulkintojensa varassa ilman yhteisiä toimintamalleja.



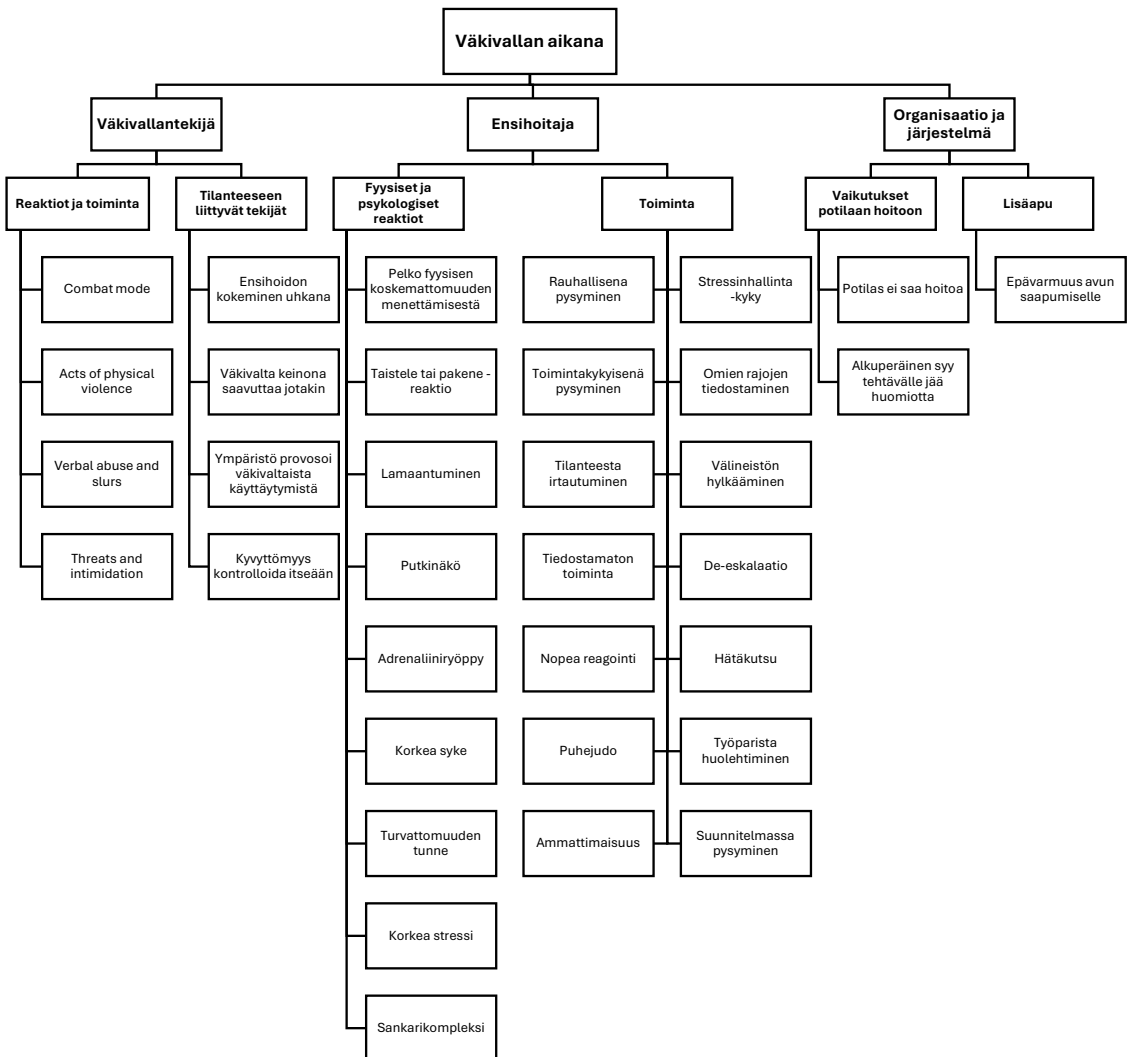
Kuvio 5.

Väkivaltaa edeltävät tekijät (Riihimäki ym. 2025, CC BY 4.0).

Väkivallan aikana (Kuvio 6) aggressiivisten henkilöiden kuvattiin usein siirtyvän niin sanottuun “taistelumoodiin”, jossa mikä tahansa ensihoitajan toiminta saattoi lisätä aggressiota. Väkivallan ilmenemismuodot vaihtelivat sanallisesta uhkailusta ja solvauksista fyysisiin hyökkäyksiin, kuten lyömiseen, potkimiseen ja kuristamiseen. Aggressiota lisäsi henkilön päihtymystila, impulssikontrollin puute, lääkkeiden tai huumeiden käyttö tai tavoittelu, sekä muut epämääräiset olosuhteet, joissa oli läsnä päihtyneitä sivullisia.

Ensihoitohenkilöstön kokemuksissa korostuivat pelko ja fysiologiset stressireaktiot, kuten adrenaliiniryöppy, sydämen sykkeen nousu ja putkinäkö. Joidenkin ensihoitajien nähtiin väkivaltatilanteissa toiminnallaan ottavan tarpeettoman suuria riskejä. Tärkeäksi katsottiin kyky pysyä rauhallisena, välttää provosointia, noudattaa mahdollisia hätä- ja poistumissuunnitelmia sekä varmistaa oma ja työparin turvallisuus.

Organisaation näkökulmasta väkivallan aikainen toiminta liittyi erityisesti tukijärjestelmiin. Hätkutsujen (VIRVE) toimivuuteen ja poliisin vasteaikoihin liittyvät haasteet lisäävät turvattomuuden tunnetta, lisäksi väkivalta johti usein potilaan hoidon viivästy- miseen ja/tai tehtävän keskeytymiseen.

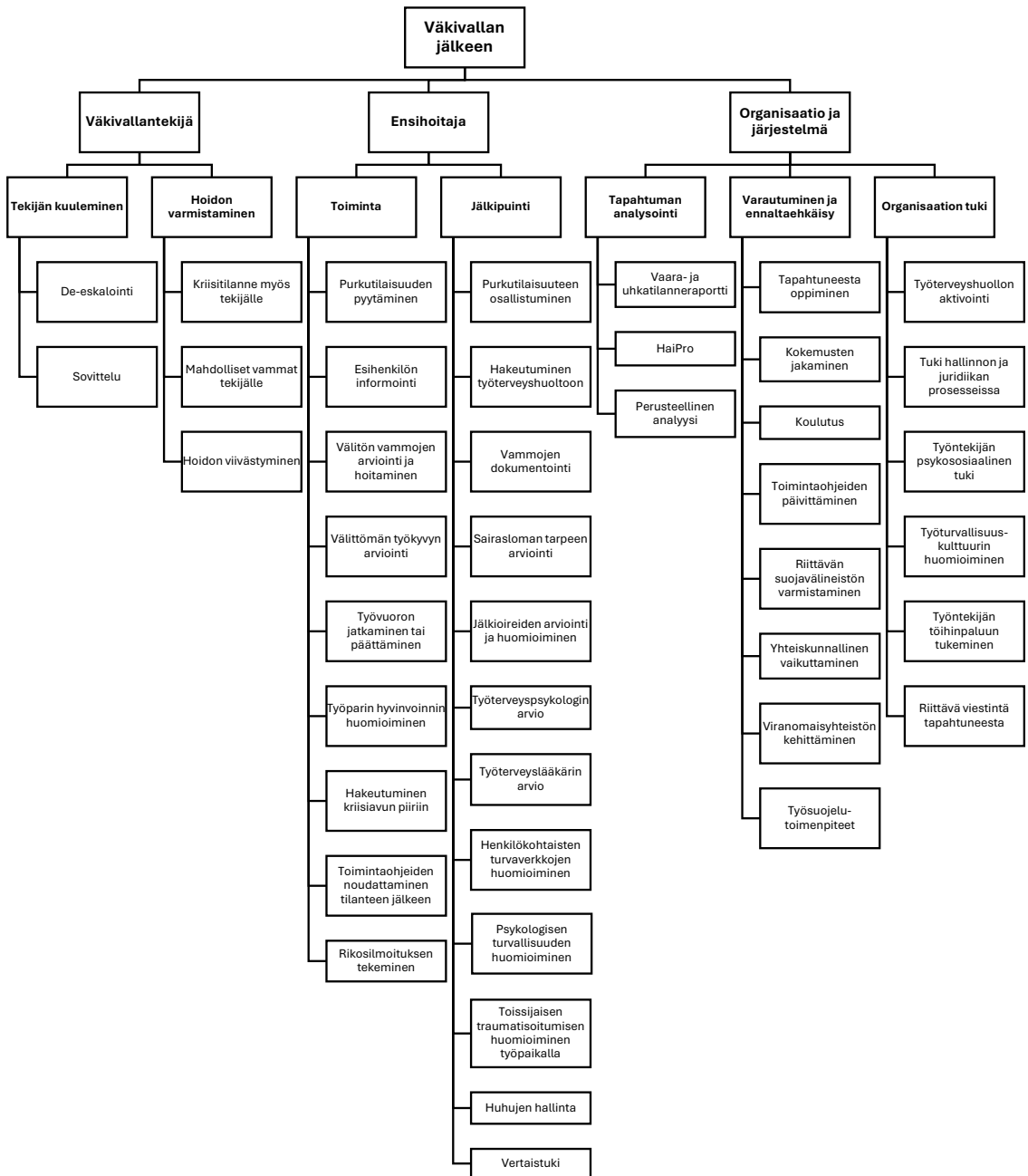


Kuvio 6.

Väkivallan aikaiset tekijät (Riihimäki ym. 2025, CC BY 4.0).

Väkivaltatilanteen jälkeen (Kuvio 7) ensihoitajan tulee hoitaa mahdolliset tilanteessa syntyneet vammat, ilmoittaa tapahtuneesta esihenkilölle ja kirjata tarvittavat raportit. Keskeisenä korostui myös työparin voinnin huomioiminen. Tapahtuman jälkeen nähtiin myös tärkeäksi, että potilaan hoitoa voitiin jatkaa kaikille osapuolille turvallisesti. Tämän osalta koettiin kuitenkin ongelmaksi se, että miten turvataan sekä potilaan oikeus hoitoon että henkilöstön oikeus koskemattomuuteen ja työturvallisuuteen. Poliisin osallistuminen ja/tai voimakeinojen käyttö saattoi myös viivästyttää hoitoa. Osallistujat pohtivat myös mahdollista sovittelua aggressiivisen henkilön kanssa väkivaltatilanteiden jälkeen, sillä tapahtumien nähtiin olevan traumaattisia sekä potilaalle että ensihoitajalle.

Purku- ja kriisikeskustelujen järjestäminen nähtiin keskeisenä työvuoron mahdollisen jatkamisen, mutta erityisesti työkyvyn kannalta. Työterveyshuollon ja työyhteisön tuki nähtiin tärkeäksi. Vertaistuki saattaa auttaa toipumisessa, mutta myös lisätä kuormitusta, mikäli se näyttäytyy juoruiluna tai toissijaisena traumatisoitumisena. Organisaatioiden tulisi analysoida tapahtuneet väkivaltatilanteet, raportoida ne ja ryhtyä asianmukaisiin ehkäiseviin toimiin. Positiiviset raportit onnistuneista tilanteista nähtiin hyödyllisinä oppimisen kannalta. Väkivallan jälkeisinä keskeisinä jatkotoimina korostuivat toimintaohjeiden päivittäminen, henkilöstökoulutus, turvavarusteiden varmistaminen sekä yhteistyön vahvistaminen poliisin ja työterveyden kanssa. Esihenkilöiden vastuuksi määriteltiin työntekijän tukeminen, seuranta ja tarvittaessa ohjaaminen ammatillisen avun piiriin.



Kuvio 7.

Väkivallan jälkeiset tekijät (Riihimäki ym. 2025, CC BY 4.0).

Väkivallan riski ensihoidossa näyttää muodostuvan kolmen tekijäkokonaisuuden eli väkivallantekijän, ensihoitajien ja ensihoitopalvelujärjestelmän vuorovaikutuksesta. Riskinarviointi on haastavaa ja ensihoitotyön ennakoimattomuus tekee väkivallan uhasta valitettavan osan ensihoitotyön todellisuutta. Organisatorisen tuen ja selkeiden toimintamallien puute heikentävät turvallisuutta, ja yhteistyö viranomaisten kanssa koetaan usein riittämättömäksi. Tulosten perusteella tunnistettiin selkeä tarve yksityiskohtaisille kriteereille, joiden perusteella toteutetaan riskinarvio siitä, milloin ensihoitoyksikkö voi toimia yksin ja milloin poliisin ennakoiva osallistuminen tehtävälle on välttämätöntä.

Ensihoitajien oma toiminta ja asenteet vaikuttavat väkivallan todennäköisyyteen: moraalisoiva tai potilasta vähättelevä käytös voi laukaista aggressiivisen käytöksen, erityisesti mielenterveysongelmaisilla ja/tai päihtyneillä potilailla. Ensihoitajien väsymys, kokemattomuus ja heikko stressinsieto lisäävät väkivallanriskiä, kun taas tilannetietoisuus ja hyvä tunneäly suojaavat vastaavasti.

Tulosten perusteella on myös nähtävissä haasteita, jotka liittyvät väkivallan kokemusten normalisoitumiseen ja aliraportointiin. Väkivalta saatetaan nähdä työn väistämättömänä osana tai kokemuksena siitä, että raportointi ei johda mihinkään. Tällöin tapahtumia ei raportoida niiden todellisessa laajuudessa, mikä vaikeuttaa niistä oppimista sekä järjestelmätason kehittämistä. Raportointia ja tapahtuneen käsittelyä tulisikin parantaa. Tukea tulisi tarjota myös psyykkisesti kuormittuneille työntekijöille, vaikka fyysisiä vammoja ei olisikaan syntynyt. Potilaan hoitovelvollisuuden ja työntekijän turvallisuuden välinen ristiriita jää edelleen ratkaisemattomaksi, eikä nykyinen lainsäädäntö tai ohjeistus välttämättä tarjoa riittävää käytännön tason tukea ensihoitotilanteisiin.

Kriittisten tilanteiden menetelmä

Kriittisten tilanteiden kertomuksia saatiin työpajojen asiantuntijoilta sähköisesti tallennettuina yhteensä 91 kappaletta. Kun kertomuksista poistettiin tekniset duplikaatit ja ensihoidon kontekstiin liittymättömät tekstit, lopullinen analysoitavien kertomusten määrä oli 77. Kertomukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä luokitellen ne teemoihin ja alateemoihin. Useat kertomukset sisälsivät elementtejä eri teemoista sekä onnistumisia ja epäonnistumisia. Luokittelu tehtiin kuitenkin kohonneen väkivaltariskin näkökulmasta riippumatta lopputuloksesta tai sen osasta.

Kertomusten analyysissä ensihoitajien uhka- ja väkivaltatilanteille altistaviksi tekijöiksi nousivat:

1. ohitetut vaaranmerkit ("punaiset liput")
2. tiedonkulun ongelmat
3. ensihoitajien tietoinen tai pakotettu riskinotto
4. uhkahenkilön ominaisuudet.

Ohitetut vaaranmerkit sisälsivät sekä suoria että alitajuisia vaaran merkkejä, joiden onnistunut havaitseminen ja tunnistaminen johtivat tai olisivat johtaneet uhka- tai väkivaltatilanteeseen varautumiseen. Tunnistettuina vaaran merkkeinä nousivat esiin koulutuksen, hiljaisen tiedon ja kokemuksen tuoma harjaantuminen tunnistamaan epäilyttäviä piirteitä tehtävästä, jotka liittyivät esimerkiksi osoitteeseen, paikkaan tai kaupunginosaan, vuorokauden aikaan, aiempiin tehtäviin ja tehtävän lisätietoihin, sekä toimintamallien ja -ohjeiden antamat varautumisohjeet muun muassa tiettyihin tehtäväkoodeihin.

Toisena pääteemana esiin nousi tiedonkulun ongelmat ensihoitoyksikön, ensihoidon kenttäjohdon, poliisin ja hätäkeskuksen välillä. Erityisenä riskinä nousi esiin se, että poliisin syystä tai toisesta kohdeosoitteesta tai potilaasta varotietojärjestelmään kirjaamat tiedot eivät välittyneet ensihoidolle, jolloin ensihoito ei saanut tietoa mahdollisesta tarpeesta varautua uhkatilanteeseen. Useat kertomukset kuvasivat, että poliisi oli liittynyt ensihoidon tehtäville yllättäen ja tuntemattomasta syystä. Vasta myöhemmin ensihoidolle selvitettiin, että liittyminen oli johtunut aiemmin kirjatusta varotiedoista tai muusta vain poliisin saamasta informaatiosta.

Ensimmäinen ja toinen teema kuvasivat tilanteita, joissa ensihoitoyksikkö aloitti aktiiviset toimenpiteet riskitilanteeseen varautumiseen, jos uhka vain tunnistettiin. Kolmannen ja neljännen teemaan luokitellut kertomukset puolestaan olivat reaktiivisempia – niissä nousivat esiin tekijöitä, joihin jouduttiin reagoimaan tehtävän aikana.

Ensihoitajien tietoinen tai pakotettu riskinotto nousi esiin kolmantena teemana. Tietoinen riskinotto sisälsi tilanteita, joissa ensihoitaja oli joutunut väkivallan uhriksi tai läheltä piti -tilanteeseen, koska oli kokenut ammatillisesta velvollisuudentunteesta tai -etiikasta tai säästösten ja ohjeiden perusteella velvollisuudekseen yrittää hoitaa potilasta, vaikka potilas vastustelee hoitoa. Pakotettu riskinotto kuvaa tehtäviä, joissa ensihoitaja kokee tehtävän olevan uhkaava (vaaran merkkejä), mutta ei pyynnöstä huolimatta saa tukea poliisilta, vaan on pakotettu selvittämään tehtävää lisää ja altistuu näin uhkatilanteelle. Esiin nousi näkemys ristiriidoista poliisin tai ensihoidon kenttäjohdon ja tehtävää suorittavan ensihoitoyksikön välillä tehtävän riskeistä, jolloin kenttäjohdon kehoitus selvittää tehtävää lisää ("menkää katsomaan") on altistanut ensihoitajat uhkatilanteelle tai väkivallalle.

Uhkahenkilön ominaisuudet kuvaavat potilaan terveydentiloja ja siihen liittyviä tilanteita, joissa ensihoitajat altistuvat uhka- ja väkivaltatilanteille. Kertomuksista tunnistettiin epäselvä tajuttomuus/reagoimattomuus, päihteiden käyttö (intoksikaatiot) sekä mielen-terveysongelmat (psykoosi, itsetuhoisuus) ja muistisairaudet.

Delfoi-kysely

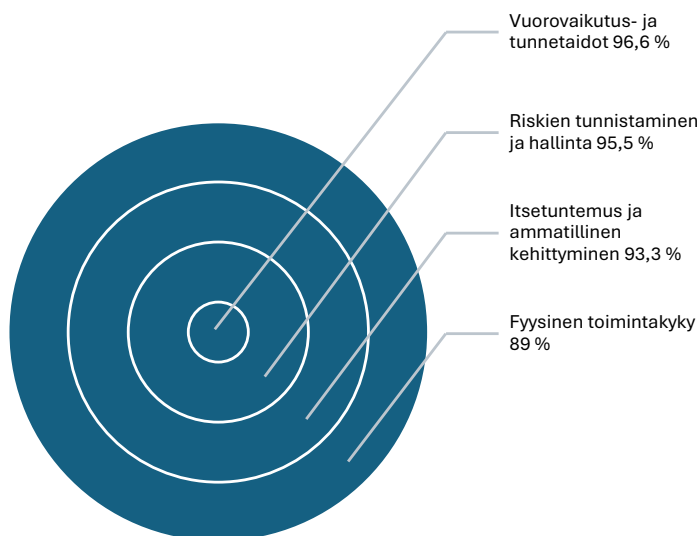
Delfoi-kyselyn ensimmäinen kierros käytiin kesä-heinäkuussa ja toinen kierros loka-kuussa 2025. Kyselykierroksen 1 suoritti loppuun 35 panelistia (81 %). Kierroksen 1 asiantuntijat edustivat seitsemää eri hyvinvointialuetta Suomessa ja olivat sukupuoleltaan, iältään sekä koulutus- ja työtaustaltaan heterogeenisiä (Taulukko 3), jolla osaltaan pyrittiin varmistamaan kaikkien näkökulmien huomiointi parhaalla mahdollisella tavalla Delfoi-prosessissa.

Taulukko 3.

Ensimmäisen Delfoi-kierroksen asiantuntijat (n=35).

Sukupuoli	n	%
Nainen	18	51
Mies	17	49
Panelistien ikäryhmä		
20–30	6	17
30–40	13	37
40–50	12	34
50–60	2	6
60+	2	6
Koulutustausta		
Toisen asteen tutkinto	5	14
Alempi korkeakoulututkinto	14	40
Ylempi korkeakoulututkinto	14	40
Tohtoritason tutkinto	2	6
Työtausta		
Ensihoitolääkäri	2	6
Ensihoidon päällystö tai asiantuntija	5	14
Ensihoitaja (hoitotaso)	11	31
Ensihoitaja (perustaso) tai pelastaja	4	11
Mielenterveyden asiantuntija	5	14
Kokemusasiantuntija	2	6
Muut viranomaiset	3	9
Muu	2	6

Toista kierrosta varten muodostettiin 25 väittämää. Toisen kierroksen kyselyyn vastasi 29 asiantuntijapanelistia (67 %) ja delfoi-paneeli saavutti yksimielisyyden 19 väittämässä. Yksimielisyyden saavuttaneet väittämät luokiteltiin aihepiireittäin kuvion 8 mukaisesti neljään kokonaisuuteen, jotka peilaavat paneelin näkemyksiä ja yhteisymmärryksen tason keskiarvoa.



Kuvio 8.

Ensihoidon uhka- ja väkivaltatilanteiden hallintaan yhteydessä olevat tekijät.

Ensihoidon uhka- ja väkivaltatilanteisiin varauduttaessa ja niiden ennaltaehkäisykeinoja etsittäessä vuorovaikutus- ja tunnetaidot saavuttivat Delfoi-paneelissa korkeimman 96,6 % konsensuskeskiarvon (vaihteluväli 90–100 %). Näihin taitoihin kuuluvat yleiset ja haastavien tilanteiden vuorovaikutustaidot, empatiakyky ja läsnäolon taito, kulttuurinen kompetenssi sekä tunnetaidot. Myös kyky puuttua ensihoitajatyöparin provosoivaan käytökseen sisällytettiin aihepiiriin.

Jotta tunnistaa ja hallitsee riskit (konsensuskeskiarvo 95,5 %, vaihteluväli 89–100 %), tulee osata tunnistaa tehtäväpaikan ja läsnä olevien henkilöiden riskit ja parantaa työturvallisuustaitoja. Lisäksi riskien hallintaan liittyy, että luodaan yhtenäinen valtakunnallinen toimintamalli ja otetaan käyttöön potilaskertomukseen tallentuva uhkatilanneraportti ja -historia. Järjestelmän näkökulmasta mielenterveyspotilaisiin keskittyvät liikkuvat hoitoyksiköt saavuttivat konsensuksen uhkatilanteita ennaltaehkäisevänä toimintatapana. Suojaliivien käytöstä paneelin konsensus oli liivien käyttöä tarpeellisilla tehtävillä tukeva, ei kokoaikaisesti, eikä suojaliivejä nähty provosoivana tekijänä.

Itsetuntemus nähtiin yhtenä ennakkointikeinona, kun varaudutaan uhka- ja väkivaltatilanteisiin, ja työnohjaus nähtiin mahdollisuutena parantaa itsetuntemusta. Ammatillinen kehittyminen sisältää valmistuvien ensihoitajien osaamispuutteet uhka- ja väkivaltatilanteissa sekä ensihoitajien mielenterveysosaamisen lisäämisen kokonaisuutena. Näiden konsensuskeskiarvo oli 93,3 % ja vaihteluväli 91–97 %.

Fyysinen toimintakyky (konsensus 89 %) pitää sisällään riittävän fyysisen kunnon ylläpitämisen sekä yksinkertaiset fyysiset harjoitustilanteet, joiden vähimmäistavoitteena on kokemus fyysisistä tilanteista, kuten huutamisesta ja kiinni tarttumisesta. Harjoittelun myötä parantunut itsetuntemus ja itseluottamus lisäävät toimintamahdollisuuksia uhka- tai väkivaltatilanteissa.

Pohdinta

Tutkimushankkeen tarkoituksena oli selvittää ensihoitohenkilöstöön kohdistuvan väkivallan ilmenemistä, siihen yhteydessä olevia tekijöitä sekä keinoja hallita ja ehkäistä väkivaltatilanteita. Väkivallalla tarkoitettiin fyysistä, verbaalista tai seksuaalista väkivaltaa (WHO 2002). Tutkimusten tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että ensihoitohenkilöstöön kohdistuva väkivalta on monimuotoinen ja monitekijäinen ilmiö, jossa yksilölliset, tilanteelliset ja organisatoriset tekijät kietoutuvat yhteen. Kolmen vaiheen malli (ennen, aikana ja jälkeen väkivallan) tuo esiin prosessinomaisen luonteen, mikä on linjassa aiempien kansainvälisten havaintojen kanssa (WHO 2002, Gillespie ym. 2013).

Rekisteritietojen louninnan perusteella väkivallan yleisyys oli 0,7 % kaikista ensihoitotehtävistä. Vastaavia tuloksia on raportoitu kolmessa tuoreessa rekisteritutkimuksessa Ruotsista, USA:sta ja Kanadasta (Viking ym. 2024, McGuire ym. 2025, Mausz ym. 2025). On kuitenkin huomioitava, että kaikista väkivaltatilanteista ei tehdä merkintää potilasasiakirjoihin. Ensihoitohenkilöstön kohtaaman väkivallan arvioidaan olevan pahasti aliraportoitu, joten väkivallan todellinen yleisyys on todennäköisesti merkittävästi suurempi (Murray ym. 2020, Mausz ym. 2024). Vaikka ensihoitohenkilöstön kohtaama väkivalta oli eniten verbaalista, ongelma on todella monimuotoinen ja myös fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa raportoitiin. Tämän tutkimushankkeen monimuuttujamallin ja aiempien tutkimusten perusteella kaupunkialue, viikonloppuyö, miespotilas ja alkoholin käyttö ennustavat väkivaltaa ensihoitajia kohtaan (Gormley ym. 2016, Goomber ym. 2019). On myös tyypillistä, että väkivaltaisesti käyttäytyvien potilaiden mielenterveysongelmat ovat yleisiä, ja esimerkiksi huumeiden käyttö on yhteydessä väkivaltaan (Petzäll ym. 2011, Bigham ym. 2014). Toisaalta saadut tutkimustulokset osoittavat, että myös potilaiden kliiniset ongelmat ja korkeat NEWS2-pisteet lisäsivät väkivallan todennäköisyyttä, mikä on linjassa kirjallisuuskatsauksen tulosten kanssa (Murray ym. 2020). Eniten väkivaltaa tapahtuu potilaan kotona tai muussa asunnossa, mutta väkivallan lisääntyminen myös ambulanssissa on tunnistettu (Terävä 2024). Kaiken kaikkiaan väkivaltaa sisältäneistä ensihoitotehtävistä 12,9 % potilaista luovutettiin poliisin hoiviin.

Tutkimushankkeen tekstianalyyseissä ilmeni, että väkivaltatyyppeiden tunnistaminen voi auttaa purkamaan väkivallan normalisoitumista. Esimerkiksi hoidon kieltäytymistilanteissa (13,2 % tapauksista) väkivalta liittyi usein potilaan autonomian ja hoitohenkilöstön turvallisuuden ristiriitaan, mitä myös hankkeen delfoi-paneeli korosti. Tämä tukee tarvetta kontekstisidonnaisille koulutus- ja raportointimalleille, joissa otetaan huomioon väkivallan syy (esim. päihteet vs. kognitiivinen heikentyminen). Lisäksi klusterointi paljasti, että väkivalta tapahtuu myös palliatiivisissa tilanteissa (4,4 %), mikä haastaa käsityksen väkivallasta pelkästään 'työn osana'.

Tutkimustulokset korostavat vuorovaikutuksen ja tilannetietoisuuden merkitystä, mikä tukee aiempia tutkimustuloksia, joissa kommunikaatiotaidoilla on todettu olevan keskeinen rooli väkivallan ehkäisyssä (Anderson ym. 2019). Terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin sisältyy hoitohenkilöstön hyvä ammattitaito (ETENE 2011), mutta ensihoidon uhka- ja väkivaltatilanteisiin liittyen herää kysymys, onko ensihoitohenkilöstön osaaminen riittävällä tasolla. Delfoi-kierrosten asiantuntijat olivat varsin yksimielisiä siitä, että osaamista tulee lisätä läpi linjan itsetuntemuksesta tunnetaitoihin ja vuorovaikutuksesta empatiakykyyn sekä taitoon olla läsnä. Huomionarvoista on, että tämän hankkeen tulokset osoittavat, että ensihoitohenkilöstön provosoiva käytös uhka- ja väkivaltatilanteissa on laajasti tunnistettu ongelma ensihoidossa, vaikka asiasta ei ole juurikaan puhuttu. Syitä lienee monia, ja on tietenkin selvää, että väkivaltatilanteen jälkeen ei ole perusteltua, että uhria syyllistetään. Alan sisällä ongelmakohtiin tulee kuitenkin puuttua, joten työparin mahdolliseen provosoivaan käytökseen tulee jatkossa löytää yhteisiä menettelytavoja. Minkäänlainen väkivalta ei ole hyväksyttävää, mutta alan sisällä tulee myös oman toiminnan kestävä päivänvalo. Poliisin puolella ja esimerkiksi psykiatriassa on tunnistettu vastaavia ongelmia, eli tyypillisesti samat työntekijät joutuvat konfliktitilanteisiin ja toistuvasti "sattuu ja tapahtuu" (Flannery ym. 2011, Kärki ym. 2020, Weltens ym. 2021).

Tulokset myös osoittavat, että ensihoitohenkilöstö tarvitsee lisää osaamista, kun hoidetaan mielenterveys- ja eri kulttuurista tulevia potilaita. Työnohjaus nähdään yhtenä ensihoidotyötä tukevana ratkaisuna tulevaisuudessa. Tulokset lisäksi osoittavat, että uhka- ja väkivaltatilanteisiin liittyvä fyysinen koulutus nähdään tärkeänä. Riittävän hyvä fyysinen kunto (Työterveyslaitos 2021), itsepuolustustaidot sekä riittävä kokemus fyysisistä harjoitustilanteista ovat tärkeitä, vaikka painopiste onkin uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja vuorovaikutuksessa.

Aiemmin mainittu aliraportointi ja väkivallan normalisoituminen ovat ilmiöitä, joita on raportoitu paitsi ensihoidossa, myös laajasti terveydenhuollon kontekstissa. Tämä viittaa siihen, että ongelma ei ole vain yksittäisten organisaatioiden haaste, vaan rakenteellinen ja kulttuurinen ilmiö, joka vaatii systemaattisia toimenpiteitä. Tulokset osoittavat, että nykyiset toimintamallit ja ohjeistukset eivät riitä turvaamaan ensihoitajien työturvallisuutta. Tämä tukee aiempia suosituksia valtakunnallisen toimintamallin tarpeesta. Lisäksi havainto poliisin vasteaikojen ja viranomaisyhteistyön haasteista korostaa tarvetta moniammatilliselle kehittämiselle ja viranomaisyhteistyön lisäämiselle. Tällä hetkellä tyypillinen tilanne epäselvissä uhkatilanteissa on, että ensihoitohenkilöstölle todetaan, että ”menkää kohteeseen katsomaan”, mitä siellä on. Näissä tilanteissa menettely vaihtelee sen mukaan, ketkä sattuvat olemaan työvuorossa (ensihoitajat, ensihoidon kenttäjohtaja, poliisi). Subjektiiivinen kokemus siitä, mikä on uhkaavaa, eroaa suuresti yksittäisten ensihoitajien välillä. Työturvallisuustaidot ovat keskeinen osa ensihoitotyötä, mutta esimerkiksi työsuojelun tarkastukset tapahtuvat tyypillisesti asemilla ensihoidon hälytyskohteiden ja ensihoidon toimintaympäristön pysyessä vieraina. Tämän seurauksena operatiivisen työn riskien arviointi jää työnantajan vastuulle. Väkivaltatilanteen tapahtuttua arvioidaan jälkikäteen, ovatko työnantajan suorittamat toimet olleet riittäviä. Mikäli suojaustoimenpiteet todetaan riittämättömiksi, määrätään työnantajalle velvoite korjata asia, ilman konkreettisia toimenpide-ehdotuksia. Hyvää on, että ensihoitohenkilöstölle halutaan lainsäädännöllisesti parempaa suojaa, mihin niin sanottu ”sinivilkkusa-botaasi” tuo kaivattua parannusta (Valtioneuvosto 2025).

Vaikka tämä tutkimushanke tarjoaa laajan kuvan väkivallan ilmiöstä ensihoidossa, tulokset perustuvat rajattuun aineistoon ja kontekstiin. Jatkotutkimusta tarvitaan erityisesti interventioiden vaikuttavuudesta, raportointijärjestelmien kehittämisestä ja kulttuuristen tekijöiden merkityksestä väkivallan hallinnassa. Lisäksi olisi hyödyllistä tutkia eri koulutusmenetelmien ja esimerkiksi tekoälyn hyödyntämisen vaikuttavuutta, selvittää lisää potilaiden näkökulmaa, sekä väkivallan taustalla olevia sosiaalisia determinanteja.

Johtopäätökset ja suositukset jatkotoimenpiteiksi

Väkivallan hallinta ensihoidossa ei ole yksittäinen toimenpide, vaan jatkuva prosessi, joka edellyttää koulutusta ja riittävää osaamista, ohjeistusten selkeyttä ja yhtenäisiä käytänteitä, viranomaisyhteistyötä ja organisaation tukea läpi linjan. Huomionarvoista on, että ensihoitohenkilöstö kohtaa väkivaltaa, vaikka poliisi on kohteessa. Tämä tarkoittaa sitä, ettei 100 prosentin turvallisuus ole ensihoidossa käytännössä mahdollista. Mahdollinen väkivaltariski ei kuitenkaan saisi automaattisesti estää ensihoitotyön tekemistä, vaan ensihoidossa tulee löytää tasapaino turvallisuushaasteiden ja potilaiden hoitamisen välillä. Tätä balanssin määrittämistä helpottaisi merkittävästi valtakunnallinen strategia ja linjaus, mitä ensihoitajilta epäselvissä tilanteissa odotetaan.

Tämän tutkimushankkeen löydösten perusteella uhka- ja väkivaltatilanteiden hallinnassa korostuu ennaltaehkäisy, joka edellyttää riskien tunnistamista ja selkeitä kriteereitä riskinarviointiin, vuorovaikutus- ja tunnetaidoista huolehtimista sekä yhteisiä toimintamalleja. Tilanetietoisuus ja hyvä tunneäly ovat keskeisiä suojaavia tekijöitä. Tilanteen hallinta vaatii rauhallisuutta, provosoinnin ja provosoitumisen välttämistä ja turvatoimien noudattamista. Toimiva (viranomais)yhteistyö erityisesti ensihoidon kenttäjohdon, hätäkeskuksen ja poliisin kanssa, selkeät ohjeet ja harjoitellut toimintamallit vähentävät riskejä. Jälkikäsitteily edellyttää toimivia raportointikäytäntöjä, psykologista tukea ja organisaation vastuullista reagoitua. Raportoinnin puutteet ja väkivallan normalisoituminen heikentävät väkivaltatilanteista oppimista ja turvallisuuden kehittämistä. Kulttuuriset ja rakenteelliset haasteet liittyvät työkuulttuurin avoimuuteen ja yhtenäisten toimintamallien puutteeseen.

Suosituksat jatkoimenpiteiksi – johto mahdollistaa, työntekijä toteuttaa

1. Ensihoitajien kompetenssin lisääminen (tiedot, taidot ja asenteet)

- » vuorovaikutus- ja tunnetaitojen lisääminen
- » toimintaohjeet työparin provosoivaan käytökseen puuttumiselle
- » mielenterveysosaamisen lisääminen
- » kulttuurisen kompetenssin lisääminen
- » uhka- ja väkivaltilanteiden säännöllinen psyykinen ja fyysinen harjoittelu
- » riskien tunnistamisosaamisen vahvistaminen
- » koulutusten yhdenmukaisuus ja riittävä määrä koulutusorganisaatioista työelämään
- » työhohjaus osaamisen ja jaksamisen tukijana (min. 6 kertaa/12 kk)

2. Selkeät toimintamallit ja ohjeistukset

- » valtakunnallisen ensihoidon strategian määrittäminen ja linjaaminen, mitä ensihoitajalta odotetaan epäselvissä ukatilanteissa
- » UVT-kouluttajaverkoston luoma valtakunnallinen, kaikilta osin yhtenäinen, operatiivinen toimintamalli ensihoidon uhka- ja väkivaltilanteisiin (alueelliset ratkaisut mahdollisia mallin ”päälle”)
- » riskinarviointikäytänteet ja ohje tietyn riskitason hyväksymisestä, vaikka riskin hyväksyminen ei tarkoita väkivallan hyväksymistä
- » yhteistyön kehittäminen ensihoitoyksikön, ensihoidon kenttäjohton, poliisin (kenttäjohto + partio) ja hätäkeskuksen välillä
- » poliisin kanssa yhteiset, alueelliset kriteerit poliisin osallistumisesta riskitehtäville resurssit huomioiden
- » henkilökohtaisten suojavarusteiden (esim. suojaliivit) saatavuus ja käyttö
- » teknologisten ratkaisujen, kuten tietojärjestelmien automaattisten uhka-arvioiden käyttöönotto

3. Raportointi ja seuranta

- » raportoinnin tärkeyden korostaminen ja avoimen raportointikulttuurin edistäminen
- » ukatilanneraportoinnin edistäminen ja mahdollinen integrointi potilaskertomuksiin
- » positiivisten raporttien hyödyntäminen oppimisen ja kehittämisen tukena

4. Organisaation tuki ja jälkikäsitteily

- » organisaation uhka- ja väkivaltilanteiden systemaattinen monitorointi ja työturvallisuuden kehittäminen
- » kriisi- ja purkukeskustelut, sekä työterveyshuollon ja ammatillisen tuen palvelut jokaisen väkivaltilanteen jälkeen
- » vertaistuen mahdollistaminen siten, että se tukee toipumista, eikä lisää kuormitusta (yksityisyys, luottamuksellisuus, turvallinen ilmapiiri)

Näiden suositusten tarkoituksena on lisätä ensihoitotyön turvallisuutta. Huomionarvoista on, että ensihoito on osa yhteiskunnan kokonaisturvallisuutta, ja väkivallan riski sisältyy väistämättä ensihoitotyöhön samalla tavalla kuin muutkin riskit (esim. liukastuminen ja liikenneonnettomuus). Väkivallan riski ei kuitenkaan tarkoita väkivallan hyväksymistä. Riskin poistaminen kokonaan on käytännössä mahdotonta, mutta riskien minimointiin on paljon tehtävissä. Mikäli väkivallan uhka on tiedossa, turvallisuuden varmistaminen kuuluu poliisille, mutta usein ensihoitotehtävillä väkivallan riski on epäselvä. Vaihtoehtoinen skenaario, jossa linjataan, ettei minkäänlainen väkivallan riski ole ensihoidossa hyväksyttävää, johtaa siihen, että ensihoitajat joutuvat kieltäytymään kaikista tehtävistä, koska väkivallan riskiä ei voida täysin poistaa miltään ensihoitotehtävältä. Tässä tapauksessa tulee määrittää, mille taholle ensihoitotehtävien ja epäselvien uhka- ja väkivaltatilanteiden hoitaminen kuuluu. Poliisin läsnäolo jokaisella mahdollisilla riskejä sisältävällä tehtävällä ei ole kuitenkaan realismia.

Julkaisuluettelo

Paulin, J., Lahti, M., Riihimäki, H., Hänninen, J., Vesanen, T., Koivisto, M., Peltonen, L-M. (2024). The rate and predictors of violence against EMS personnel: a retrospective study using ePCR narratives. BMC Emergency Medicine. 24:200. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01116-5>.

Riihimäki, H., Peltonen, L-M., Lahti, M. & Paulin, J. (2025) Exploring violence towards EMS personnel: A multiprofessional qualitative study. BMC Emergency Medicine. Vertaisarvioinnissa.

Peltonen, L-M., Riihimäki, H. & Paulin, J. (2026) Violence against prehospital emergency personnel: a natural language processing study identifying encounter types from care narratives. Submittoitu.

Hänninen, J., Peltonen, L-M., Saari, T., & Paulin, J. (2026) Developing guidelines to reduce the risk of workplace violence in EMS: A classic Delphi study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. Submittoitu, preprint julkaistu 29.1.2026.

Hänninen, J., Paulin, J., Saari, T., & Peltonen, L-M. Discovering key aspects behind workplace violence in EMS with critical incident technique. Käsikirjoitusvaihe.

Poliisin läsnäolo ei takaa ensihoitajien turvallisuutta. Paulin, J. (2024). Pelastustieto. <https://pelastustieto.fi/pelastustoiminta/ensihoito/poliisin-lasnaolo-ei-takaa-ensihoitajien-turvallisuutta/>.

Paulin, J., & Peltonen, L-M. (2024). Ensihoitajien työssään kohtaama väkivalta puhututtaa – ensihoitokirjauksista tukea uhka- ja väkivaltatilanteiden ennakointiin? Pro terveys -lehti 4–5.

Paulin, J., Riihimäki, H., & Lahti, M. Violence against paramedics - solution from the research project? Konferenssiabstrakti ja suullinen esitys. 12th European Conference on Mental Health, Krakow, Poland 9–11.9.2024.

Paulin, J., Riihimäki, H., & Peltonen, L-M. (2024) Työkaluja ensihoitajien kohtaamaan asiakasväkivaltaan monialaisella yhteistyöllä. Terveyttä tieteestä -blogi. <https://blogit.utu.fi/terveyttatieteesta/2024/10/29/tyokaluja-ensihoitajien-kohtaamaan-asiakasvakivaltaan-monialaisella-yhteistyolla/>.

Lähteet

Anderson, L., & Parish, M. (2019). Communication skills for violence prevention in healthcare. *J Nurs Manag.* 27(5). doi: [10.1111/hsc.12636](https://doi.org/10.1111/hsc.12636)

Afshari, A., Barati, M., Darabi, F., & Khazaei, A. (2024). Violent encounters on the front line: Sequential explanatory mixed-methods investigation of physical violence factors in the prehospital setting. *BMC Emergency Medicine*, 24(162). <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01081-z>

Becker, J., & Hugelius, K. (2021). Driving the ambulance: an essential component of emergency medical services: an integrative review. *BMC Emergency Medicine*, 21(160). <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00554-9>

Betts, C., Stoneley, A., Anderson, J., & Sutton, C. (2024). Understanding the Occupational factors influencing paramedic health and wellbeing: A Scoping Review. *International Journal of Paramedicine*, 6. <https://doi.org/10.56068/MNRG8307>

Bigham, B.L., Jensen, J.L., Tavares, W., Drennan, I.R., Saleem, H., Dainty, K.N., & Munro, G. (2014). Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: a Mixed-methods Cross-sectional Survey. *Prehospital Emergency Care*, 18(4). <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.912703>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Coomber, K., Curtis, A., Vandenberg, B., Miller, P.G., Heilbronn, C., Matthews, S., Smith, K., Wilson, J., Moayeri, F., Mayshak, R., Lubman, D.i., & Scott, D. (2019). Aggression and violence at ambulance attendances where alcohol, illicit and/or pharmaceutical drugs were recorded: A 5-year study of ambulance records in Victoria, Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 205:107685. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107685>

Davies, K., Weale, V., & Oakman, J. (2023). A participatory ergonomics intervention to re-design work and improve the musculoskeletal health of paramedics: protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(716). <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06834-8>

Delavary, M., Tremblay, M., & Lavallière, M. (2024). Navigating Paramedics' Safety: Unraveling Factors in Emergency Service Vehicle Incidents. *The International Journal of Paramedicine*, 5(82-102). <https://doi.org/10.56068/MHCE4982>

ETENE. (2011). *Sosiaali- ja terveystalouden eettinen perusta*. <https://etene.fi/documents/66861912/66865169/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf?t=1439805553000>

European Paramedic Curriculum [EPaCur] Framework. (2021). EPaCur project report. https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/f64741e9-bd34-44c5-b76f-4170a478ddbc/EPaCur_Report_and_Framework_2022.pdf

European Resuscitation Council [ERC]. (2021). *European resuscitation guidelines*. <https://www.erc.edu>

Flanagan, J. C. (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin*, 51(4). <https://doi.org/10.1037/h0061470>

Flannery, R.B. Jr, LeVitre, V., Rego, S., & Walker, A.P. (2011). Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 20-year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatric Quarterly* 82(1):11–21. PMID: 20821050. <https://doi.org/10.1007/s11126-010-9153-z>

Friedenberg, R., Kalichman, L., Ezra, D., Wacht, O., & Alperovitch-Najenson, D. (2020). Work-related musculoskeletal disorders and injuries among emergency medical technicians and paramedics: A comprehensive narrative review. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 77(1). <https://doi.org/10.1080/19338244.2020.1832038>

Ghasemi, F., Mahdinia, M., & Doosti-Irani, A. (2025). Safety-specific transformational leadership and safety outcomes at workplaces: a scoping review study. *BMC Public Health*, 25(2723). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24044-w>

Gillespie, G.L., Gates, D.M., & Berry, P. (2013). Stressful Incidents of Physical Violence Against Emergency Nurses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 18(1):2. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No01Man02>

Gómez-Gutiérrez, M.M., Bernaldo-de-Quirós, M., Piccini, A.T., & Cerdeira, J.C. (2016). Posttraumatic stress symptomatology in Pre-hospital Emergency Care professionals assaulted by patients and/or relatives: importance of severity and experience of the aggression. *Journal of Interpersonal Violence*. 31(2). <https://doi.org/10.1177/0886260514555370>

Gormley, M.A., Crowe, R.P., Bentley, M.A., & Levine, R. (2016). A National Description of Violence toward Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital Emergency Care*, 20(4). <https://doi.org/10.3109/10903127.2015.1128029>

Grailey, K. E., Murray, E., Reader, T., & Brett, S. J. (2021). The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: an evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(773). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>

Heiniluoma, M., Hyyryläinen, V., & Kultalahti, M. (2020). *Hoitotason ensihoitajien osaaminen ja sen varmentaminen vuonna 2030*. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020060115837>

Hunter, S.C., Kim, B., & Kitson, A.L. (2020). Interactive workshop to develop implementation framework (i-PARIHS) resources to support practice facilitation. *Implementation Science Communications* 1(56). <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00046-0>

Höyhtyä, J. & Hoffren, A. (2025). *Sinivilkkusabotaasi ja ensihoitajien rikosoikeudellinen suoja*. Oikeusministeriön julkaisuja, Mietintöjä ja lausuntoja 2025:20. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/server/api/core/bitstreams/e64317d7-5587-427f-aae5-74d52b0f5223/content>

International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International. (2002). *Framework guidelines for addressing workplace violence in health sector*. <https://www.who.int/publications/i/item/9221134466>

Kitson, A.L., & Harvey, G. (2016). Methods to Succeed in Effective Knowledge Translation in Clinical Practice. *Journal of Nursing Scholarship* 48(3). <https://doi.org/10.1111/jnu.12206>

Kuisma, M., & Puolakka, T. (2018). Puoli vuosisataa suomalaista ensihoitolääketiedettä: Helsingin lääkäriambulanssista kansalliseen lääkärihelikopterijärjestelmään. *Duodecim*, 139(16), 1281–1283. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo17803.pdf>

Kärki H. (2020). Provosoiiko poliisi? Tutkimus provosoinnilla hankitusta voimankäytön näennäisoikeutuksesta. [AMK-opinnäytetyö, Poliisiammattikorkeakoulu]. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/343512/ON_Ka%cc%88rki.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Maguire, B.J., Browne, M., O'Neill, B.J., Dealy, M.T., Clare, D., & O'Meara, P. (2018). Inter-national Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(5). <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000870>

Maguire, B.J., & Smith, S. (2013). Injuries and Fatalities among Emergency Medical Technicians and Paramedics in the United States. *Prehospital and Disaster Medicine*, 28(4). <https://doi.org/10.1017/S1049023X13003555>

Mattila, S., Kinnari, I., Tappura, S., & Lehto, M. (2023). *Promoting Occupational Safety, Health, and Well-Being in Emergency Medical Services*. Tampere University. https://researchportal.tuni.fi/files/56473839/Mattila_Susanna_793.pdf

Mausz, J., Johnston, M., Batt, A.M., & Donnelly, E.A. (2025). Characteristics of 9-1-1 Calls Associated with an Increased Risk of Violence Against Paramedics in a Single Canadian Site. *Healthcare*, 13(15). <https://doi.org/10.3390/healthcare13151806>

Mausz, J., Braaksma, M.J., Johnston, M., Batt, A.M., & Donnelly, E.A. (2024). Paramedic Willingness to Report Violence Following the Introduction of a Novel, Point-of-Event Reporting Process in a Single Canadian Paramedic Service. *Int. J. Environ Res. Public Health*, 21(3), 363. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030363>

McGuire, S.S., Bellolio, F., Buck, B.J., Liedl, C.P., Stuhr, D.D., Mullan, A.F., Buffum, M.R., & Clements, C.M. (2025). Workplace Violence Against Emergency Medical Services (EMS): A Prospective 12-Month Cohort Study Evaluating Prevalence and Risk Factors Within a Large, Multistate EMS Agency. *Prehospital Emergency Care*, 29(6), 760–767. <https://doi.org/10.1080/10903127.2024.2411020>

Mullen, J., Thibault, T., & Kelloway, E. K. (2024). Occupational health and safety leadership. In L.E. Tetrick, G.G. Fisher, M.T. Ford, & J.C. Quick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (3rd ed., pp. 501–516). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000331-025>

Murray, R.M., Davis, A.L., Shepler, L.J., Moore-Merrell, L., Troup, W.J., Allen, J.A., & Taylor, J.A. (2020). A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 29(4):487–503. <https://doi.org/10.1177/1048291119893388>

O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2020). A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(4), 240–250. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa025>

Opetus- ja kulttuuriministeriö. (2022). *Ensihoitaja (AMK) koulutusohjelma*. <https://opintopolku.fi>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

Paulin, J. (2022). *Non-conveyance and patient safety in prehospital emergency care*. Turun yliopiston julkaisuja 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8960-7>

Paulin, J., Lahti, M., Riihimäki, H., Hänninen, J., Vesanen, T., Koivisto, M. & Peltonen, L-M. (2024). The rate and predictors of violence against EMS personnel: a retrospective study using ePCR narratives. *BMC Emergency Medicine*, 24(200). <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01116-5>

Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T., & Suserud, B.-O. (2011). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 19(1):5–11. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2010.01.004>

Pulkkinen, J.M. (2021). *Väkivallan uhan hallinta Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työssä*. Turun yliopiston julkaisuja 2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8435-0>

Rossi, M.F., Beccia, F., Cittadini, F., Amentea, C., Aulino, G., Santoro, P.E., Borrelli, I., Oliva, A., Ricciardi, W., Moscato, U., & Gualano, M.R. (2023) Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health*, 221(50–59). <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.05.021>

Roudsari, B. S., Nathens, A. B., Arreola-Risa, C., Cameron, P. A., Civil, I., Grigoriou, G., Gruen, R. L., Koepsell, T. D., Lecky, F., Lefering, R. L., Liberman, M., Mock, C. N., Oestern, H.-J., Petridou, E., Schildhauer, T. A., Waydhas, C., Zargar, M., & Rivara, F. P. (2020). Global EMS systems review. *Academic Emergency Medicine*, 27(11), 1357–1368. <https://doi.org/10.1111/acem.14135>

Saal, O., Silfverhuth, I., Huovinen, K., Harinen, A., Salmi, R., Koivukoski, J., & Tolvanen, M. (2025). *Tulta ilman savua. Epäasiallinen ja väkivaltainen kohtelu pelastusalalla ja ensihoidossa*. Pelastusopiston julkaisu, B-sarja: Tutkimusraportit 6/2025

Setlack, J., Brais, N., Keough, M., & Johnson, E.A. (2021). Workplace violence and psychopathology in paramedics and firefighters: mediated by posttraumatic cognitions. *Canadian Journal of Behavioural Science* 53(3):211–20. <https://doi.org/10.1037/cbs0000240>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017. Haettu 2.12.2025 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2017/585>

Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P.F., Maguire, B.J., FitzGerald, D., & Begg, S.J. (2020). Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database of Systematic reviews*, Issue 4. Art. No.: CD012662. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>

Suomen Pelastusalan Ammattilaiset SPAL ry, Sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestö Tehy ry, Suomen Ensihoitoalan Liitto SEHL ry, & Suomen Sopimuspalokuntien Liitto SSPL ry. (2020). Työturvallisuus ensihoitotyössä –väkivaltakyselyn päätulokset. https://www.spal.fi/wp-content/uploads/2020/11/Vakivalta_Ensihoitotyossa_kyselynpaatulokset2020_FI.pdf

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Haettu 2.12.2025 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). *Sotkanet – Ensihoitotehtävät*. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku>

Terävä, M. *Väkivallan uhka ambulanssin sisällä kasvoi – Tilasto yllätti ensihoidon asiantuntijat*. Pelastustieto 2024. <https://pelastusalan.ammattilainen.fi/vakivallan-uhka-ambulanssin-sisalla-kasvoi-tilasto-yllatti-ensihoidon-asiantuntijat/>

Työterveyslaitos. (2021). *FirstFit – Ensihoitajien fyysisen toiminta- ja työkyvyn arviointi ja edistäminen työuran kaikissa vaiheissa*. Julkari. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143523/TTL-978-952-261-990-7.pdf>

Valtiontalouden tarkastusvirasto (VTV). (2019). *Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen*. Tarkastuskertomus 9/2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-499-464-4>

Viking, M., Hugelius, K., Höglund, E., & Kurland, L. (2024). One year cumulative incidence and risk factors associated with workplace violence within the ambulance service in a Swedish region: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 14(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074939>

Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T., & Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One*, 16(10):e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>

World Health Organization. (2022). One health joint plan of action (2022–2026): Working together for the health of humans, animals, plants and the environment. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059139>

World Health Organization. (2021). Framework for strengthening health emergency preparedness in cities and urban settings. <https://iris.who.int/handle/10665/348351>

World Health Organization. (2018). Emergency care system framework. <https://www.who.int/publications/i/item/who-emergency-care-system-framework>