

Hoitohenkilökunnalle suunnatut tukimekanismit potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Harri Lempinen

KANDIDAATIN TUTKIELMA

Hoitotiede

14.11.2024

Turku

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Kandidaatintutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Harri Lempinen

Otsikko: Hoitohenkilökunnalle suunnatut tukimekanismit potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen.

Ohjaajat: TtT Anni Pakarinen & TtT Jaakko Varpula

Sivumäärä: 28 sivua, 6 liitesivua

Päivämäärä: 14.11.2024

Terveydenhuollossa tapahtuu maailmanlaajuisesti miljoonia potilaille haittaa, vammautumista ja kuoleman aiheuttavaa haitta- ja vaaratapahtumaa vuosittain. Potilas on haitta- ja vaaratapahtuman ensimmäinen uhri. Terveydenhuollon työntekijä on haitta- ja vaaratapahtuman toinen uhri, joka traumatisoituu ja oireilee fyysisesti sekä psyykkisesti oltuaan osallisena potilaan haitta- ja vaaratapahtumassa. Hoitohenkilökunnan tuen tarve on tunnistettu ja tarpeita kartoitettu, mutta silti henkilöstölle suunnatut tukimekanismit ovat melko harvinaisia. Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena on kuvata toisena uhrina olleelle hoitohenkilökunnalle kohdistettuja tukimekanismeja, niiden vaikutuksia sekä hoitohenkilökunnan kokemuksia niiden toimivuudesta.

Kandidaatintutkielma toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaku suoritettiin elokuussa 2024 seitsemästä eri hoito- ja sen lähitieteen tietokannoista: Pubmed, Cinahl, Medic, Cochrane, Psychinfo, Scopus sekä Web of Science. Tuloksia löytyi tietokannoista yhteensä 778 kappaletta, joista mukaan kirjallisuuskatsaukseen valittiin 14 kappaletta. Katsaukseen valittiin mukaan suomen- tai englanninkieliset artikkelit. Katsauksesta poissuljettiin puhtaasti hoitohenkilökunnan oireistoa tai tuen tarvetta kuvaavat, sekä ainoastaan lääkäreitä ammattiryhmänä kuvaavat artikkelit. Mukaan valikoitui tukimekanismeja ja sen vaikutuksia kuvaavat artikkelit ja hoitohenkilökunnan kokemuksia tukimekanismeista kuvaavia artikkeleita. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Tukimekanismin rakentaminen on hyvä aloittaa hoitohenkilökunnan oireiston sekä saadun ja toivotun tuen mittauksella validoidulla mittarilla (esimerkiksi SVEST). Kollegan tarjoama vertaistuki koettiin tärkeimmäksi tueksi potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Ensivaiheen tuki voidaan tarjota psykologisena ensiapuna defusing- toiminnalla ja viiveellä debriefing- toiminnalla tarpeen mukaan. Vertaistukihenkilöitä voidaan kouluttaa antamaan psykologista ensiapua ja se oli toteutettu eri tukimekanismeissa vaihtelevasti. Vertaistukihenkilöiden tulisi koulutuksen jälkeen osata tunnistaa pitkittynyt oireilu ja tuen tarve. Tuen tulisi olla eskaloituvaa, jolloin ensivaiheen tuen jälkeen olisi tarjolla pidempiaikaista moniammatillista tukea. Useissa tukimekanismeissa tukea tarjoava ryhmä oli moniammatillinen ja tukimekanismin laajuus vaihteli yksikön sisäisestä koko sairaalan tai organisaation laajuiseksi.

Organisaation ja esihenkilön tuki on tärkeää. Yleinen tietoisuus ja hoitohenkilökunnan informointi saatavilla olevista tukimekanismeista on oleellista, jotta tuki on saavutettavaa. Myös yhteys tukimekanismiin tulee olla helppoa heti tai viiveellä. Tehtävään dedikoidun henkilökunnan käyttö oli havaittu hyväksi. Hoitohenkilökunta on ottanut erittäin mielellään vastaan tukea ja kokee sen hyvin hyödylliseksi. Tukimekanismin vaikuttavuutta on hyvä mitata validoidulla mittarilla.

Toinen uhri- ilmiötä on tutkittu paljon, ja tarve erilaisille tukimekanismeille tunnistettu useissa tutkimuksissa. Myös tutkimusta erilaisten tukimekanismien toimivuudesta ja vaikutuksista on melko paljon. Tukimekanismit olivat silti melko harvinaisia käytännössä, tai niitä ei ole tutkimuksissa kuvattu suuria määriä. Tukimekanismien pitkäaikaisvaikutuksia pitkittäisessä tutkimusasetelmassa ei ole juuri tutkittu. Myöskään tukimekanismien kustannuksia verrattuna hoitohenkilökunnan mahdollisiin poissaoloihin, tai kokonaan työelämästä poisjättäytymiseen ei ole tutkittu. Tukimekanismeilla on ollut mahdollista vähentää hoitohenkilökunnan negatiivista oireilua.

Avainsanat: hoitohenkilökunta, toinen uhri, haittatapahtuma, potilasturvallisuus

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	5
2	TAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1	Hoitohenkilökunta toisena uhrina	7
2.2	Haitta- ja vaaratapahtumat sekä potilasturvallisuus	9
2.3	Hoitohenkilökunnan tuen tarve	10
2.4	Hoitohenkilökunnalle suunnatut tukimekanismit	11
3	TUTKIELMAN TARKOITUS	12
4	MENETELMÄT	13
4.1	Hakustrategia	13
4.2	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	14
4.3	Kirjallisuuden hakuprosessi	14
4.4	Tutkimusten laadunarviointi	16
4.5	Aineiston analyysi	16
5	TULOKSET	18
5.1	Valittujen tutkimusten kuvaus	18
5.2	Hoitohenkilökunnalle kohdistettujen tukimekanismien rakenne	19
5.2.1	Henkilöstön koulutus	19
5.2.2	Tukimekanismin aktivointi	20
5.2.3	Tukimekanismien interventiomenetelmät	20
5.2.4	Tukimekanismien vaiheet	22
5.3	Hoitohenkilökunnalle kohdistettujen tukimekanismien vaikutuksia	23
5.4	Hoitohenkilökunnan kokemuksia tukimekanismeista	24
6	POHDINTA	26
6.1	Tutkielman luotettavuuden arviointi	26
6.2	Tulosten pohdintaa	26
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	29
	Lähteet	30
	Liitteet	35

Liite 1. Tiedonhaun kuvaus	35
Liite 2. Valittujen tutkimusten kuvaus	36

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa tapahtuu maailmanlaajuisesti miljoonia potilaille haittaa, vammautumista ja kuoleman aiheuttavia haittatapahtumia vuosittain. Haittatapahtumien kustannusvaikutukset ovat suuret ja näyttäytyvät muun muassa pitkittyneinä hoitajaksoina, uusina toimenpiteinä ja epäsuorasti työkyvyn menetyksenä. (WHO 2024.) Haittatapahtumalla tarkoitetaan mitä tahansa terveydenhuollossa tapahtunutta tapahtumaa, josta on haittaa potilaalle (Potilasvakuutuskeskus 2024 a).

Potilas on haittatapahtuman tärkein ja ensimmäinen uhri, jolle saattaa aiheutua henkistä ja fyysistä kärsimystä tapahtumasta (Elizabeth Marran 2019, Wands 2021). Haittatapahtuman toisena uhrina (englanniksi second victim) pidetään terveydenhuollon työntekijää, joka traumatisoituu sekä oireilee fyysisesti ja psyykkisesti oltuaan osallisena potilaan haittatapahtumassa. (Vanhaecht ym. 2022, Wu 2000). Toinen uhri- ilmiönä on terveydenhuollossa yleinen. Alevi ym. (2024) tutkimuksen mukaan hiljattain valmistuneista hoitajista lähes 27 prosenttia oli ollut osallisena potilaan haittatapahtumissa. Heistä melkein 95 prosenttia oireili negatiivisesti eri tavoin tapahtuman takia.

Virheiden kohtaaminen terveydenhuollossa ilman tuomitsemista, antaa mahdollisuuden kehittää potilasturvallisuutta. Puhtaasti negatiivisina tapahtumina käsiteltyinä, virheillä saattaa olla hoitajan työuralle pitkäkestoiset negatiiviset seuraamukset. Hoitajat ovat uhreja potilaan haittatapahtumassa ja tarvitsevat tukea tapahtuman jälkeen pystyäkseen jatkamaan työuraansa ja elämäänsä. (Ajri-Khameslou ym. 2017.) Negatiiviset vaikutukset henkilökuntaan ovat hyvin yleisiä. Terveydenhuollon henkilöstön tuen tarve on tunnistettu ja tarpeita kartoitettu, mutta silti henkilöstölle suunnatut tukimekanismit ja -järjestelmät ovat melko harvinaisia. (Ajri-Khameslou ym. 2017, Alevi ym. 2024, Ferrús ym. 2021, Stone 2020, Wahlberg ym. 2019.)

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata toisena uhrina olleelle hoitohenkilökunnalle kohdistettuja tukimekanismeja, niiden vaikutuksia sekä henkilökunnan kokemuksia niiden toimivuudesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää suunniteltaessa tukimekanismeja toiseksi uhriksi joutuneelle hoitohenkilökunnalle. Tutkielma on toteutettu integratiivisena kirjallisuuskatsauksena.

Tämä kandidaatintutkielma on osa `NURTURESAFETY: Enhancing Patient Safety in Long Term Care through Systems Theoretical Adverse Event Investigation, and Supporting Nurses as Second Victims` kokonaisuutta.

2 TAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET

Tässä tutkielmassa keskeisinä käsitteinä ovat tutkittavana ilmiönä toinen uhri (englanniksi second victim) ja kohderyhmänä hoitohenkilökunta. Lisäksi taustalla vaikuttava potilaan haitta- ja vaaratapahtuma terveydenhuollossa ja hoitohenkilökunnan tuen tarve sekä tukimekanismit, jotka tässä kontekstissa tarkoittavat hoitohenkilöstön tukemista potilaan haittatapahtuman jälkeen.

2.1 Hoitohenkilökunta toisena uhrina

Tässä tutkielmassa hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan potilaan hoitotyötä tekevää henkilökuntaa, sairaanhoitajaa, kättilöä tai lähihoitajaa, joille on myönnetty oikeus harjoittaa Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattinimikkeellä työtään. Tämä kandidaatintutkielma ei käsittele erityisammattiryhmiä tai kuntoutus- ja terapiatyöntekijöitä.

Sairaanhoitaja ja kättilö ovat määritelty sosiaali- ja terveydenhuollon laillistettuihin ammattihenkilöiksi. Lähihoitaja on nimikesuojattu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö. Laillistetuissa tehtävissä saa toimia vain Valviran myöntämän laillistuksen saanut henkilö, nimikesuojatusta tehtävässä voivat toimia myös muut nimikesuojatut henkilöt, jotka eivät ole rekisterissä. Valvira myöntää Suomessa oikeudet harjoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteja. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2024, Valvira 2024.)

Toisella uhrilla tarkoitetaan terveydenhuollon henkilöstöä, joka on traumatisoitunut oltuaan osallisena potilaan haittatapahtumassa. Potilas on haittatapahtuman ensimmäinen uhri. Terveydenhuollon henkilöstö on potilaan haittatapahtuman toinen uhri. (Alevi ym. 2024, Amit Aharon ym. 2021.) Terveydenhuollon organisaatiota on kuvailtu potilaan haittatapahtuman kolmanneksi uhriksi (Clarkson ym. 2019). Toiseksi uhriksi joutumisella on vaikutusta henkilöstön hyvinvointiin sekä potilasturvallisuuteen (Burlison ym. 2017).

Toista uhria vastaavaa englanninkielistä "second victim" termiä käytetään yleisesti. "Second victim"-termiä määritteli vuonna 2022 asiantuntijaryhmä (The European Researchers' Network Working on Second victims, ERNST), joka päätyi konsensukseen määritelmästä. "Second victim"-termillä tarkoitetaan terveydenhuollon työntekijää, joka suorasti tai epäsuorasti on ollut osallisena potilaan haittatapahtumassa, vahingossa tapahtuneessa terveydenhuollon virheessä tai potilaan vammautumiseen johtaneessa tapahtumassa ja kokee tästä tapahtumasta

negatiivisia vaikutuksia. (Vanhaecht ym. 2022.) Toinen uhri- ilmiötä voidaan käsitteen määrittelyn lisäksi myös mitata (Burlison ym. 2021, 2017).

Termi "second victim" nostettiin esille ensimmäisen kerran herättämään keskustelua syyllistämisen ja tuomitsemisen kulttuurin olemassaolosta ja hoitovirheiden sekä vahinkojen inhimillisyydestä. Virheen tekijä jää helposti ilman tukea kärsimään yksin. Myös muut hoitotiimin jäsenet, jotka ovat olleet mukana potilaan haittatapahtumassa, kärsivät tapahtuneesta. (Wu 2000.) Termin "second victim" käyttöä on kritisoitu sen mahdollisesta vaikutuksesta vähentää potilaan sekä hänen omaistensa kokeman haitan ja kärsimyksen merkitystä (Clarkson ym. 2019).

Toinen uhri- ilmiö voi ilmetä erilaisten psykologisten ja fyysisten oireiden ilmentymisenä ja pitkään kestäväenä oireiluna. Hoitohenkilökunnalla on todettu myös erilaisia negatiivisia tunteita potilaan haittatapahtuman jälkeen. Näitä ovat esimerkiksi syyllisyyden tunne ja myös syyllistämisen tunteet. Koettu häpeä, ahdistus ja vihan tunteet saattavat johtaa oman ammatti-identiteetin huonontumiseen ja itsevarmuuden laskuun. (Choi ym. 2022, Cohen ym. 2023.)

Oireilu saattaa olla lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa ja olla pitkäkestoista. Se saattaa alkaa heti tapahtuman jälkeen tai vuosienkin viiveellä ja ilmetä fyysisenä ja psyykkisenä oireiluna. Terveystieteiden henkilökunnalla ilmenee erilaisia mielenterveyden ongelmia sekä fyysisiä oireita kuten unettomuutta, päänsärkyä, syömishäiriöitä, masennusta, ahdistusta ja PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) tyyppistä oireilua. Ilman tukea, oireilua saatetaan yrittää helpottaa päihteiden käytöllä. Myös itsemurhia on raportoitu. (Ajri-Khameslou ym. 2017, Cohen ym. 2023.)

Myös positiivisia vaikutuksia on havaittu hoitohenkilökunnassa potilaalle tapahtuneen haittatapahtumien jälkeen. Hoitajat oppivat virheistään. Hoitajat ovat halunneet parantaa osaamistaan, ovat lisänneet tarkkaavaisuuttaan, etsivät enemmän tietoa ja konsultoivat muita sekä jakavat muiden kanssa tietoa. (Ajri-Khameslou ym. 2017.) Terveystieteiden henkilökunta tarvitsee tukea tapahtuneen jälkeen. Tuen avulla on mahdollista vähentää tapahtuman negatiivisia vaikutuksia ja niiden kestoja. (Alevi ym. 2024, Cohen ym. 2023, Huang ym. 2022, McDaniel & Morris 2020.)

2.2 Haitta- ja vaaratapahtumat sekä potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon organisaatioiden tai organisaatioissa toimivien yksilöiden eri toimintoja ja periaatteita, joiden tavoitteena on suojata potilasta vahingoittumiselta sekä tehdä hoidosta potilaalle turvallista. Lääkehoidon ja hoidon turvallisuus sekä laiteturvallisuus ovat potilasturvallisuuden osa-alueita.

Potilasturvallisuuskulttuuri on laajempi konsepti, joka sisältää yksilöiden ja yhteisön tavat toimia niin, että potilaiden turvallisuus varmistetaan. Se sisältää potilaiden turvallisuutta varmistavat toimintatavat, johtamisen, arvot ja asenteet. (Potilasvakuutuskeskus 2024 a.)

Haittatapahtumalla tarkoitetaan mitä tahansa tapahtumaa hoidon aikana mistä aiheutuu haittaa potilaalle (Potilasvakuutuskeskus 2024 a., WHO 2024). Vaaratapahtumilla tarkoitetaan potilaalle tapahtunutta tapahtumaa, joka aiheuttaa vaaraa potilaalle (eli haittatapahtuma) tai olisi voinut aiheuttaa vaaraa eli läheltä piti- tapahtumaa. Haittatapahtumia, vaaratilanteita ja potilasvahinkoja syntyy suojausten pettäessä. Suojauksilla tarkoitetaan järjestelmällisesti ja tietoisesti rakennettuja toimintaprosesseja ja siihen sisältyviä rakenteita ja menettelyjä, joiden tavoitteena on poikkeamien tunnistaminen ja vaaratapahtumien ehkäiseminen. (Potilasvakuutuskeskus 2024 a.)

Vuositasolla maailmanlaajuisesti arvioidaan tapahtuvan noin 134 miljoonaa haittatapahtumaa, jotka johtavat arviolta noin 2,6 miljoonan ihmisen kuolemaan. Kaksi kolmasosaa kaikista potilasvahingoista tapahtuu keski- ja matalan tuloluokan maissa ja johtuu turvattomasta hoidosta. Potilaan haittatapahtumat johtavat menetettyihin elinvuosiin, vammautumisiin ja kuolemiin. (WHO 2024.)

Terveydenhuollon haittatapahtumat aiheuttavat suoraan kustannuksia lisääntyneenä hoidon tarpeena, mutta myös epäsuorasti menetettynä työkyknä ja yhteiskuntia rasittavina kuluina. Korkeamman tuloluokan maissa arvellaan haittatapahtumien aiheuttavan huomattavia lisäkustannuksia. Noin 15 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista kuluu haittatapahtumien aiheuttamien vammojen ja oireiden hoitamiseen. Tämä kustannus on pois terveydenhuollon muihin toimintoihin tarvittavista resursseista. Matalamman tuloluokan maissa potilasvahingot aiheuttavat vastaavasti huomattavia kustannuksia, jotka tulisi resursoida muuhun välttämättömään hoitoon. (WHO 2024.)

Suomessa potilasvakuutuskeskukselle tehdään vuositasolla yli 9000 potilasvahinkoilmoitusta. Noin neljännes vahingoista johtaa korvauksiin ja korvatuista vahingoista 94 prosenttia on

hoitovahinkoja. Hoitovahingolla tarkoitetaan tilannetta, jossa terveydenhuollon ammattihenkilön toimiessa tilanteessa toisin, olisi vahingolta välttytty.

Potilasvakuutuskeskuksen maksamat kokonaiskorvaukset vuonna 2023 olivat 40,9 miljoonaa euroa. Tämä on vain osa kokonaiskustannuksista mitä haittatapahtumista ja potilasvahingoista aiheutuu yhteiskunnalle. (Potilasvakuutuskeskus 2024 b.)

2.3 Hoitohenkilökunnan tuen tarve

Terveydenhuollon henkilöstön tuen tarve potilaan haittatapahtuman jälkeen ei riipu ammattiryhmästä vaan sitä ilmenee kaikilla, oli kyseessä hoitohenkilökunta, lääkäri tai muut potilaan hoitoon osallistuvat ammattiryhmät. Potilaan haittatapahtumassa osallisena olleet kehittävät oman ainutlaatuisen selviytymismekanisminsa haittatapahtumasta. Selviytymisestä voidaan löytää samankaltaisia vaiheita. (Scott ym. 2009.)

Selviytymisen ja tuen tarpeen vaiheita on kuusi. Kolme ensimmäistä vaihetta ilmenevät usein, kun tapahtunut huomataan ja vaiheet saattavat ilmetä samanaikaisesti tai yksittäin.

Ensimmäisessä vaiheessa (kaaos ja tapahtuman ensihetkien toiminta) kaaos ja epätietoisuus valtaa osallisena olleen sekä varsinaisen haittatapahtuman havaitseminen käynnistää tapahtumat. Potilaan ensi hetkien hoito käynnistyy haittatapahtuman jälkeen ja siihen osallistuu muutakin terveydenhuollon henkilöstöä. Toisessa vaiheessa (tunkeilevat ajatukset ja tapahtuman reflektointi) tapahtumat palaavat toistuvasti mieleen ja aiheuttavat riittämättömyyden tunnetta. Tapahtumaa käydään mielessä läpi ja esitetään ”entä jos?” -kysymystä. Kolmannessa vaiheessa (henkilökohtaisen eheyden korjaaminen) haetaan apua ja tukea, mistä sitä ikinä saadaan. Apu saattaa olla luotettujen ystävien, perheenjäsenten sekä kollegoiden keskustelutukea. Tässä vaiheessa on usein epätietoisuutta, mistä apua voi saada. Moni kokee epävarmuutta omasta ammatillisesta osaamisesta. Työyhteisön tuomitsevaa asennetta saattaa ilmetä. (Scott ym. 2009.)

Neljännessä vaiheessa (tapahtuman tutkinnasta selviäminen) organisaatio käynnistää omat toimenpiteensä ja tutkimuksensa potilaan haittatapahtuman takia. Epätietoisuus näiden sisällöstä ja vaiheista mietityttää haittatapahtumassa osallisena ollutta terveydenhuollon henkilöstöä. Viidennessä vaiheessa (henkisen ensiavun saaminen) kaivataan emotionaalista ja henkistä tukea, jota voidaan saada kollegalta tai organisaatiolta. Haittatapahtuman toiselle uhrille saattaa usein olla hyvin epäselvää mistä apua voi hakea tai sitä ei ole olemassa organisaation puolelta. Kuudennessa vaiheessa (ylipääseminen ja eteenpäin siirtyminen) siirrytään eteenpäin elämässä. Tämä voi tapahtua jättäytymällä pois kokonaan työelämästä tai

vaihtamalla työyksikköä. Eteenpäin siirtyminen elämässä tarkoittaa selviytymistä sellaisella tasolla, jolloin työ onnistuu tyydyttävästi. Vaikka tapahtumat vainoavat monia pitkään, osa saattaa löytää jotakin hyvää tapahtuneesta. (Scott ym. 2009.)

2.4 Hoitohenkilökunnalle suunnatut tukimekanismit

Tässä kandidaatintutkielmassa tukimekanismilla tarkoitetaan erilaisia organisaatiossa olevia, sinne rakennettuja sekä hoitohenkilökuntaa tukevia toimintoja ja prosesseja, jotka tähtäävät toisena uhrina olleen hoitohenkilöstön tukemiseen. Tällaisia voivat olla erilaiset tukiohjelmat, -järjestelmät, esihenkilöiden tuki, työterveyshuolto ja muut yksittäiset tukitoimet, jotka tähtäävät hoitohenkilökunnan tukemiseen.

3 TUTKIELMAN TARKOITUS

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata toisena uhrina olleelle hoitohenkilökunnalle kohdistettuja tukimekanismeja, niiden vaikutuksia sekä hoitohenkilökunnan kokemuksia niiden toimivuudesta.

Tutkielman tarkoituksena on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä tutkimusta on tehty hoitohenkilökunnalle kohdistetuista tukimekanismeista?
2. Mitä vaikutuksia tukimekanismeilla on toisina uhreina olleelle hoitohenkilökunnalle?
3. Mitä kokemuksia hoitohenkilökunnalla on tukimekanismeista?

Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää suunniteltaessa tukitoimia toiseksi uhriksi joutuneelle hoitohenkilökunnalle.

4 MENETELMÄT

Kirjallisuuskatsausten tyyppejä on monia ja niillä voidaan tukea näyttöön perustuvaan hoitoa. (Grant & Booth 2009). Tämä kandidaatintutkielma on toteutettu integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksista. Se on luonteeltaan aineistolähtöistä ja tavoittelee syvempää ymmärrystä ilmiöstä. (Kangasniemi ym. 2013.)

Integratiivisella kirjallisuuskatsauksella tuetaan erityisesti näyttöön perustuvaa toimintaa. Siinä voidaan yhdistää eri tutkimusmetodologioilla tehtyjä tutkimuksia. Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimusmetodologioista voidaan ottaa mukaan kokeellisia ja ei-kokeellisia asetelmia. Tavoitteena on muodostaa eri metodologioilla tehdyistä tutkimuksista synteesi. Synteesi voidaan esittää esimerkiksi kuvion tai taulukon avulla. (Whittemore & Knafl 2005.)

4.1 Hakustrategia

Tiedonhaku suoritettiin elokuussa 2024 seitsemästä eri tietokannasta, joita olivat Pubmed, Cinahl, Medic, Cochrane, Psychinfo, Scopus sekä Web of Science. Haku suoritettiin monesta tietokannasta, koska hakua suoritettiin melko spesifistä aiheesta sekä kohderyhmästä ja hakutuloksiin haluttiin saada mahdollisimman laaja kuva ilmiöstä yleensä. Kohderyhmä kuvaavat hakusanat liittyivät hoitohenkilökuntaan ja tutkittavaan ilmiöön kuvaavat hakusanat liittyivät "second-victim" -ilmiöön eli "toinen uhri" -ilmiöön. Tietokantahakujen perusteella "toinen uhri" -ilmiötä kuvaamaan harkittiin mukaan otettavaksi myös sijaikärsimistä kuvaava "vicarious trauma" -käsite. Muutaman tietokannan alustavalla haulla tämä ei osoittautunut hyväksi hakusanaksi laajentaessaan hakua myös "toinen uhri" -ilmiön ulkopuolelle pitkäaikaisen hoitohenkilökunnan kokeman empatian aiheuttaman uupumuksen kuvaajana. Hakulausekkeessa ei käytetty erikseen "haittatapahtuma" tai "tukimekanismi" käsitteitä, vaan mukaan haluttiin kaikki mahdollinen toinen uhri-ilmiötä kuvaava tutkimusaineisto.

Geneerinen hakulauseke oli `nurs*AND (second victim*)`. Hakulausekkeen muodostuksessa käytettiin apuna Turun yliopiston informaattikkoa. Hakulauseke ei ollut alustavien hakujen perusteella liian laaja ja kaikki kuntoutus-, terapia- ja erityistyöntekijäryhmät jätettiin pois. Tämä hakulauseke muokattiin jokaiseen tietokantaan soveltuvaksi ja jokaiseen tietokantaan sisällytettiin mahdollisuuksien mukaan myös MESH-termit jokaisesta hakusanasta. Tämä varmisti myös kaikkien tietokannoissa hoitohenkilökuntaan liittyvien mukaanoton hakuun.

Tiedonhaku tietokannoittain on kuvattu taulukkona liitteessä 1. Valitut tutkimusartikkelit rajattiin englannin- ja suomenkielisiin eikä aikarajausta hakuvaiheessa käytetty.

4.2 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Tutkielmaan käsittelyyn otetut tutkimusartikkelit valittiin erillisten mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla.

Artikkelien mukaanotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu taulukossa 1.

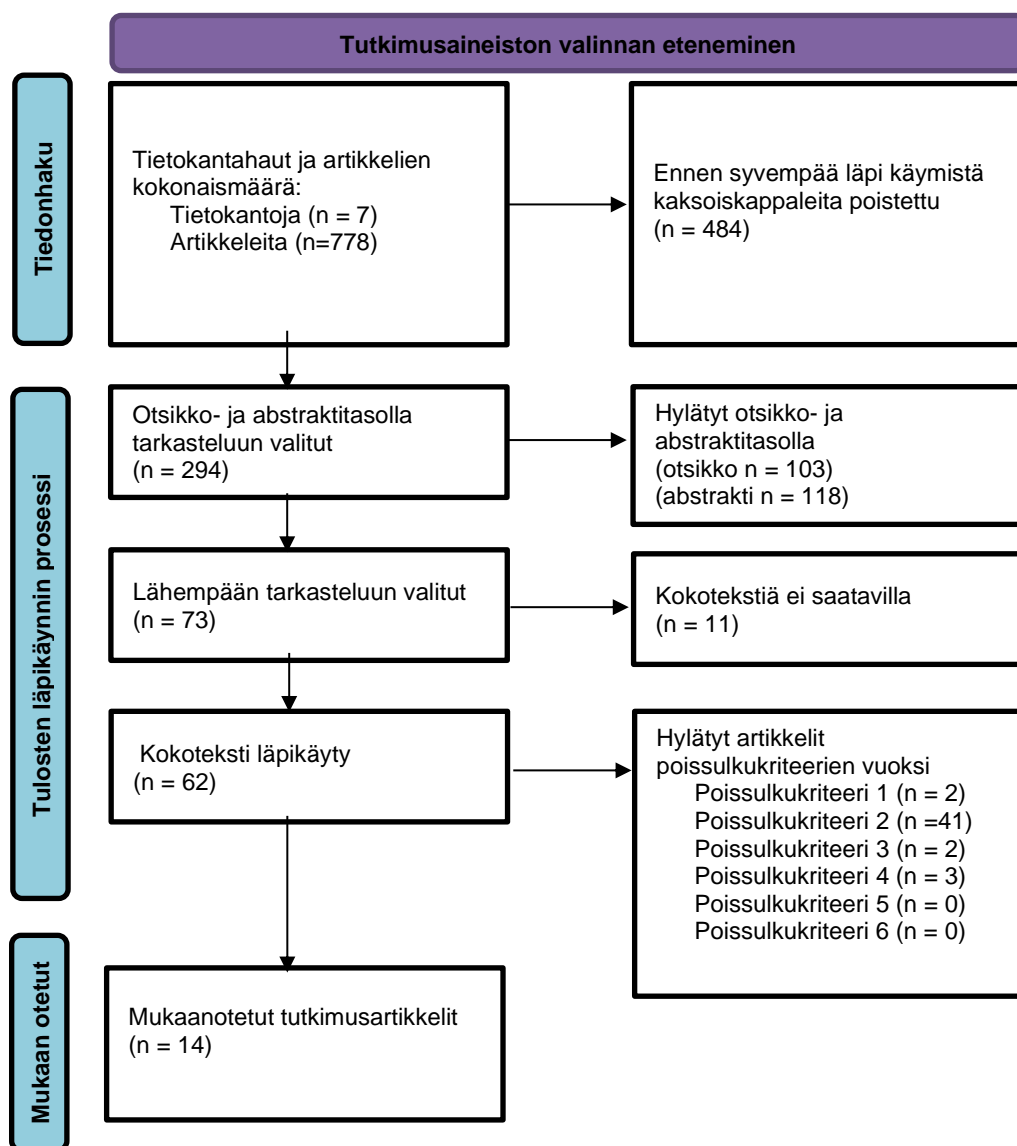
Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
1	Tutkimusartikkeli sisältää kuvauksen tukimekanismista.	Tutkimusartikkeli ei sisällä tukimekanismin kuvausta.
2	Tutkimusartikkeli sisältää arvioinnin tukimekanismin mahdollisista vaikutuksista tai osallistujien kokemuksia.	Tutkimusartikkeli kuvailee ainoastaan hoitohenkilökunnan oireistoa ja tuen tarvetta.
3	Tutkimusartikkeli käsittelee hoitohenkilökuntaa.	Tutkimusartikkeli käsittelee vain lääkäreitä.
4	Kyseessä empiirinen tutkimus	Kirjallisuuskatsaus
5	Tutkimusartikkeli saatavilla maksutta koko tekstinä.	Ei saatavilla oleva artikkeli tai maksullinen.
6	Englannin- tai suomenkielinen.	Muun kuin englanninkielinen tai suomenkielinen.

4.3 Kirjallisuuden hakuprosessi

Osumia seitsemästä tietokannasta löytyi yhteensä 778 kappaletta. Zotero-ohjelmiston kaksoiskappaleiden poistotoiminnolla poistettiin 484 kaksoiskappaletta. Otsikko- ja abstraktitason tarkasteluun valikoitui 294 tutkimusta. Otsikkotason tarkastelun jälkeen mukaan otettiin 191 tutkimusta abstraktitason tarkastelua varten. Abstraktitason tarkastelun jälkeen valittiin mukaan kokotekstinä lähempään tarkasteluun 73 artikkelia. 62 artikkelia oli saatavilla ilmaisilla tai Turun yliopiston lisenssillä. Näistä karsittiin ennalta määriteltyjen mukaanotto- ja poissulkukriteeristön mukaisesti 48 artikkelia ja jäljelle jääneet 14 otettiin mukaan tutkielman analyysivaiheeseen. Mukaan valikoituneille artikkeleille tehtiin laadun arviointi JBI ja MMAT-kriteeristön mukaisesti. (Hong ym., 2018, Hotus 2024.)

Tietokannoista valitun aineiston hakuprosessi on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Aineiston valintaprosessi mukailen Prisma Flow Chart 2020. (Page ym. 2021.)

4.4 Tutkimusten laadunarviointi

Tutkimuksen valitun aineiston laadunarviointi on tärkeä prosessin vaihe integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa. Validoidun kriteeristön käyttö on suositeltavaa, vaikka yhdenmielisyyttä parhaimmasta kriteeristöstä ei ole. (Toronto & Remington 2020.)

Valittujen tutkimusten laadunarviointi suoritettiin validoiduilla tutkimusten laadunarviointikriteeristöillä. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)- kriteeristöä käytettiin monimenetelmätutkimusten laadun arviointiin sekä osassa kvantitatiivisten tutkimusten laadunarvioinnissa. MMAT kriteeristöllä voidaan arvioida laadullisten, satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten, ei-satunnaistettujen tutkimusten, määrällisten kuvailevien tutkimusten ja monimenetelmätutkimusten luotettavuutta. (Hong ym. 2018.)

Laadullisissa tutkimuksissa, kvasikokeellisissa tutkimuksissa sekä tapauselostuksissa käytettiin näyttöön perustuvaa ja validoitua Hotuksen (Hoitotyön tutkimussäätiön) suomentamaa Joanna Briggs-instituten JBI- kriteeristöä. JBI- kriteeristöstä löytyy tutkimuksen laadunarviointia varten 13 kriteeristöä eri tutkimusmetodologioille. Laadukkaaseen katsaukseen kuuluu mukaan otettujen tutkimusten menetelmällisten valintojen kriittinen arviointi. (Hotus 2024.)

Kaikkien artikkelien julkaisualusta tarkistettiin ”Ulrich`s web”- sivuston kautta ja niiden todettiin yhtä lukuun ottamatta olevan vertaisarvioituja (Slivinski & Hickey 2019). Tähän kandidaatintutkielmaan katsaukseen valittujen tutkimusten edellä mainittujen arviointikriteeristöjen pisteytys on havainnollistettu liitteessä 2.

4.5 Aineiston analyysi

Aineiston analyysivaiheessa tutkimustieto järjestellään, koodataan ja luokitellaan. Tämä luokittelu tehdään vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tällä tavoin voidaan myös havaita mahdollisia puutteita ja tiedon aukkoja tutkittavasta ilmiöstä. (Whittemore & Knafl 2005.)

Analyysin tavoitteena on luoda parempi käsitys ja kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä (Toronto & Remington 2020). Tämän kandidaatintutkielman aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Tavoitteena on kuvata tutkittavaa ilmiötä käsitteellisellä tasolla ja luoda mahdollisesti siitä myös malli. Aineiston analyysi etenee vaiheittain. Vaiheita ovat valmistelu, aineiston organisointi ja raportointi.

Valmisteluvaiheessa valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi jokin teema. Koko

aineistoon tutustutaan tämän jälkeen. Tämän jälkeen voidaan luoda luokitteluja ja kategorioita. (Elo & Kyngäs 2008.) Analyysikehikkoa hyödynnettiin kuvaamaan tukimekanismien osa-alueita ja organisoimaan aineisto. Testattavia hypoteeseja tai oletuksia ei ollut.

Aineistoon tutustuttiin lukemalla se useampaan kertaan. Analyysimenetelmän valinnassa vaikutti se, että haluttiin spesifeihin tutkimuskysymyksiin vastauksia. Tukimekanismeja kuvaamaan luotiin valitun aineiston perusteella sisällön analyysillä analyysikehikko usein toistuvista osa-alueista. Tukimekanismien osa-alueista muodostettiin analyysissä luokat. Luokittelusta muodostettiin tukimekanismien rakenteet, jotka esitetään taulukossa 2. Mahdolliset uudet löydökset ja ilmiöt sekä kehitysalueet otettiin myös huomioon luokitusten ulkopuolelta ja niitä esitetään jatkotutkimusehdotuksissa.

5 TULOKSET

5.1 Valittujen tutkimusten kuvaus

Tähän kandidaatintutkielmaan valikoitui 14 tutkimusta aineistoksi. Tutkimukset on tehty vuosien 2016–2024 välillä. Tutkimuksista suurin osa oli tehty Yhdysvalloissa (n=8). Lisäksi tutkimuksia oli tehty Suomessa (n=1), Norjassa (n=1) ja Tanskassa (n=1) sekä Espanjassa (n=1), Kiinassa (n=1) ja Uudessa-Seelannissa (n=1). Tutkimusmetodologisina ratkaisuuina oli laadullisia (n=3), määrällisiä (n=4), tapausraportteja (n=2) ja monimenetelmätutkimuksia (n=5). Otokoot tutkimuksissa olivat kolmen ja 231 välillä.

Tutkimuksista suurin osa (n=10) olivat vaikuttavuustutkimuksia, joissa käynnistettiin tukiohjelma ja tehtiin lisäksi testaus ennen ja jälkeen implementaation. Yksi tutkimus oli lisäksi erillinen kartoitus nykytilanteesta kaksi vuotta tukiohjelman käyttöönotosta. Tapausselesteita oli kaksi, joista ensimmäinen oli replikaatiotutkimus, jossa implementoitiin toisen sairaalan malli tukiohjelmasta ja toinen oli leikkausosaston tukiohjelman implementaation testaus. (Dukhanin ym. 2018, Merandi ym. 2017.) Lisäksi kahdessa tutkimuksessa kartoitettiin esihenkilöiden ja kättilöiden näkökulmasta, esihenkilöiden roolia hoitajien tukemisessa potilaan haattatapahtuman jälkeen (Christoffersen ym. 2020, Järvisalo ym. 2024).

Tutkimuksissa kohderyhminä oli usein kokonaisten sairaaloiden henkilökunta, osaston henkilökunta tai tukea saaneita terveydenhuollon ammattilaisia. Spesifejä ammattiryhmiä oli myös kohderyhminä kahdessa valitussa tutkimuksessa. Slivinski & Hickey (2019) sekä Thompson ym. (2022) implementoivat tutkimuksessaan tukiohjelman leikkausosaston anestesiahoitajille. Moniammatillinen tukea tarjoava ryhmä sekä moniammatillinen tuen tarve oli keskeisenä tutkimuksissa. Kaikki valitut tutkimukset on esitelty liitteessä 2.

5.2 Hoitohenkilökunnalle kohdistettujen tukimekanismien rakenne

Tukimekanismeissa usein toistuvia tekijöitä olivat henkilöstön koulutus, tukimekanismin aktivointi, tukimekanismin sisältämät interventiomenetelmät ja tukimekanismin vaiheet. Henkilöstön koulutus sisältää tukea antavan henkilöstön koulutuksen sekä muun henkilöstön koulutuksen. Tukimekanismin aktivointi sisältää välineen (puhelin, kollega, tukihenkilön toteama avun tarve, osaston informaatiotaulu) sekä vasteajan (välitön tuki, viiveellä alkava tuki, ei aikarajaa). Tukimekanismin sisältämät interventiomenetelmät (vertaistuki yksikössä, koulutettu vertaistuki, moniammatillinen pidempikestoinen tuki: työterveyshuolto, psykologi, pastori ym. ja tukevat menetelmät) sekä tukimekanismin vaiheet sekä keston (tukimekanismi aktivoituu, psykologinen ensiapu, vaikeampien oireiden tunnistaminen ja pitkäkestoinen hoito.)

5.2.1 Henkilöstön koulutus

Henkilöstön koulutus sisälsi koko henkilökunnan kouluttamisen tarjottavista tukimekanismeista. Koko henkilöstön koulutusta toteutettiin erilaisilla tiedotustilaisuuksilla ja henkilöstön kouluttamisella. Myös tiedotteiden levittäminen julisteina sairaalan vilkkailla käytävillä ja alueilla oli käytetty tiedottamisen muoto. (Thompson ym. 2022.)

Tukimekanismissa työskentelevät tukihenkilöt koulutettiin erilaisin menetelmin. Vertaistukiryhmä oli saanut edeltävästi koulutusta ja tarvittaessa kaksi henkilöä oli saatavilla potilaan haitta- ja vaaratapahtumien jälkeen tueksi. (Civil & Hoskins 2022). Tukihenkilöiden koulutukseen saatettiin käyttää valmista vertaistukihenkilöille tarkoitettua koulutusohjelmaa (Training Peer Supporters MITSS module) (Slivinski & Hickey 2019).

Leikkausosaston anestesiahoitajista koulutettiin kahdeksan vertaistukihenkilöiksi psykologisen ensiavun antamisen verkkokurssilla päteviksi siihen. Lisäksi projektin muu henkilöstö kävi verkkokurssin. Kurssi sisälsi opetusta refleктоivasta kuuntelusta, tarpeiden arvioinnista sekä kuinka ja miten tarjottavaa tukea tarvitsisi lisätä tukea tarvitsevalle. (Thompson ym. 2022.) Implementointia edelsi tietoisuutta lisäävä kahden tunnin seminaari, jossa tukimekanismista kerrottiin henkilökunnalle. Henkilöstö koulutettiin toimimaan vertaistukihenkilöinä toisille ja jokainen valitsi kaksi mahdollista tukihenkilöä itselleen mahdollisen potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeiseksi tueksi. Jokainen osallistuja koulutettiin arvioimaan, milloin tarvitaan enemmän ammattiapua, esimerkiksi psykologin tukea. (Schrøder ym. 2022.) Vertaistukihenkilöt olivat yksikön vapaaehtoisia, jotka

osallistuivat neljän tunnin työpajapohjaiseen koulutukseen, jonka sisältö perustui psykologisen ensiavun antamiseen näyttöön perustuen (Finney ym. 2021). Koulutus sisälsi luentoja, roolileikkejä ja asiantuntijoiden koulutusta. (Edrees ym. 2016).

5.2.2 Tukimekanismin aktivointi

Tutkimuksissa yhteydenotto tukimekanismiin saatiin useasti puhelimitse. Puhelimeen vastasi siihen työvuoroittain nimetty vertaistukihenkilö tai koordinaattori. (Civil & Hoskins 2022, Cobos-Vargas ym. 2022.) Apua oli saatavilla 24 tuntia vuorokaudesta (Cobos-Vargas ym. 2022, Slivinski & Hickey 2019, Thompson ym. 2022). Vaste tukiryhmään saatiin puhelimitse (30 minuutin takaisinsoitto tavoitteena) ja pyrkimys oli 12 tunnin vasteaikaan tavata tukea tarvitseva henkilökunnan jäsen. (Edrees ym. 2016). Minkäänlaisia aikarajoitteita tuen hakemiseen tai yhteydenottoon ei myöskään ollut. (Slivinski & Hickey 2019). Tukea antava ryhmä voitiin aktivoida myös tukiryhmän toimesta aktivoimalla tai tukea tarvitsevan aloitteesta. Tukimekanismia arvioitaessa todettiin yleisimpinä toinen uhri- oireilun synnyttävien tapahtumien taustalla olevan potilaan kuolema, henkisen stressin, trauman, potilaan sydänpysähdyksen, lääkitysvirheen ja oletetun lapsen hyväksikäytön. (Merandi ym. 2017). Tuen käynnistäminen hoidettiin leikkausosaston sähköisellä informointitaululla, kollegan tai vertaistukihenkilön todentamalla mahdollisen tarpeen. (Thompson ym. 2022).

Tukimekanismi aktivoitiin viimeistään 24 tunnin sisällä tarpeen havaitsemista ja ilmoittaminen tehtiin yksinkertaisella viestillä ja tukihenkilön tulisi viestin saatuaan kahdessa tunnissa olla paikalla keskustelutueksi. (Schrøder ym. 2022). Tukimekanismi aktivoitui myös välittömästi kollegoiden toimesta psykologisena ensiapua ja samanaikaisesti koulutettu vertaistuki aktivoitiin toisen uhrin kollegoiden toimesta. Koulutettu vertaistukihenkilöstö jatkoi avun tarjoamista. (Finney ym. 2021.)

5.2.3 Tukimekanismien interventiomenetelmät

Tukimekanismi perustui usein vertaistuelliseen apuun sekä psykologiseen ensiapuun (Civil & Hoskins 2022, Cobos-Vargas ym. 2022, Dukhanin ym. 2018, Edrees ym. 2016, Finney ym. 2021, Merandi ym. 2017, Pelikan ym. 2023, Slivinski & Hickey 2019, Thompson ym. 2022). Schrøder ym. (2022) kuvasivat tutkimuksessaan käyttöön otetun tukimekanismin rakenteita. Rakenteita ohjaamaan tunnistettiin viisi periaatetta: tilanteen tunnistaminen ja haittatapahtuman mahdollisuuden tunnistaminen, organisaation vastuu henkilökunnalle jokaisessa haittatapahtumassa, henkilökunnan keskinäiset suhteet, olemassa olevien resurssien

kasvattaminen yksiköissä haattatapahtumien haattavaikutusten hallinnan osalta ja näyttöön perustuvien interventoiden käyttäminen. Tukimekanismissa tukihenkilön valinta oli vapaaehtoisuuteen perustuvaa ja osallistujat voivat etukäteen nimetä itselleen tukihenkilön.

Waikoton sairaalaan Uuteen-Seelantiin kehitettiin leikkausosastolle moniammatillinen vertaistukiryhmä vastaamaan kriittisten tilanteiden jälkeiseen tuen tarpeeseen. Mallissa oli välittömän psykologisen ensiavun tarpeeseen vastattu defusing- menetelmällä. Jatkossa halukkaille tarjottiin myös viiveellä annettava debriefing- mahdollisuus. (Civil & Hoskins 2022.) Pediatrialla implementoitiin käyttöön koko järjestelmän laajuinen tukimekanismi (forYOU). Tukea tarjoava ryhmä oli moniammatillinen. Tarjottu tuki toimi vertaistuki-periaatteella ja mikäli tunnistettiin vakavampaa oireilua, tukijärjestelmän porrastuksen mukaisesti voitiin käyttää apuna pastoria, psykologia ja sosiaalityöntekijöitä. Suurin tukea saanut ryhmä olivat hoitohenkilöstö. (Merandi ym. 2017.) Etelä-espanjalaisessa sairaalassa implementoitiin myös ”forYOU”- ohjelmaan perustuva tukiohjelma henkilökunnalle tarjoamaan tukea potilaan haattatapahtuman tai muun kriittisen tapahtuman jälkeen. Ohjelma perustui Scottin kolmeaskelmaiseen tuen malliin. (Cobos-Vargas ym. 2022.)

Dukhanin ym. (2018) kuvasivat RISE- tukiohjelman (Resilience In Stressful Events) implementaation pediatrialla. Ohjelma koostui ympärivuorokautisesta, moniammatillisesta, koulutetusta henkilöstöstä koostuvasta kahdenkeskisestä sekä ryhmässä tarjotusta vertaistuesta. Ohjelma on osa sairaalan tukijärjestelmää ja tarjoaa psykologista ensiapua ja henkistä tukea. Apua annetaan ja otetaan vastaan tukiohjelman sisällä. Ohjelma täydensi muita sairaalan sisäisiä ohjelmia ja tarjosi luottamuksellista sekä turvallista psykologista ensiapua sekä tarvittaessa pidempiaikaista tukea.

Slivinski & Hickey (2019) rakensivat anestesiahoitajille tukiohjelman Scottin kolme askelmaista tukimallia mukaillen. Ohjelman tavoitteena oli tarjota mallin mukaisesti kaikille leikkausosaston anestesiahoitajille tukea kriittisen tapahtuman jälkeen. Ohjelma perustui koulutettuun vertaistukeen tasoilla yksi ja kaksi. Moniammatillista tukea tarjotaan pitkittyneeseen ja vaikeampaan oireiluun. Ohjelma implementoitiin viiden kuukauden jaksossa, jossa kolme kriittistä tapahtumaa rekisteröitiin, joista vain kahteen käynnistyi tuki-interventio. Ensimmäisen kontaktin jälkeen tavoitteena oli viikon kuluttua uusi tukitapaaminen saman vertaistukihenkilön toimesta.

Thompson ym. (2022) implementoivat vertaistukiohjelman kouluttamalla vertaistukihenkilöitä leikkausosastolla. Tuki perustui välittömään luottamukselliseen

vertaistukeen. Tutkimuksessa toteutettiin kuukauden kokeilu, jossa rekisteröitiin 8 tukimekanismin aktivoitumistapahtumaa. Jokainen niistä oli kestoltaan alle 30 minuuttia. Annetun tuen ei raportoitu olleen pidempikestoista. Sen laajentamista moniammatilliseksi kuitenkin ehdotettiin.

Mindfulness- meditaatioharjoitusten hyödyllisyyttä tutkittiin implementaatiotutkimuksessa toinen uhri- kokemusten oireiden lieventämisessä. Meditaatio- interventio koostui näyttöön perustuvasta ohjelmasta ja harjoituksista. Kurssi kesti kuukauden ja sisälsi kahden koulutetun ohjaajan antamaa ohjausta. (Li ym. 2023.)

5.2.4 Tukimekanismien vaiheet

Tukijärjestelmien rakenteena käytettiin monissa tukijärjestelmissä Scottin kolmeaskelmaista tukijärjestelmää (Cobos-Vargas ym. 2022, Finney ym. 2021, 2021, Merandi ym. 2017, Pelikan ym. 2023, Slivinski & Hickey 2019). Leikkausosastolla implementoitiin Scottin mallin mukainen kolmeaskelmainen tukiohjelma, jossa ensimmäinen taso tarjosi vertaistuellista psykologista ensiapua. Toinen taso tarjosi koulutettua vertaistukea ja kolmas organisaation eri apukeinoja ja tähtäsi systeemin kehittämiseen. (Finney ym. 2021.) Ensimmäisessä vaiheessa aktivoituvat välittömät tapahtuman jälkeiset toimet: välitön potilaan hoito, välitön ammattilaisten huomioon ottaminen eli psykologinen ensiapu ja kriisikomitean aktivoituminen. Toisessa vaiheessa viestintä, potilaan ja henkilökunnan tarvitsema kriisituki varmistetaan ja kolmannessa vaiheessa tarjotaan pidempiaikaista tukea ammattilaisille sekä systeemi pyrkii oppimaan tapahtumasta. (Cobos-Vargas ym. 2022.)

Pelikan ym. (2023) raportoivat tukiohjelman implementoinnista moniammatillisten anestesiassa työskentelevien kokemana. Tukiohjelma perustui vertaistukea tarjoavaan HELP-ohjelmaan, joka taas perustuu Scottin kolmeaskelmaiseen tukiohjelmaan. Edrees ym. (2016) kuvaavat RISE- tukiohjelman implementoinnin yhdysvaltalaisessa sairaalassa. Tukiohjelman rakentamisen tarve tunnistettiin kartoittavalla kyselyllä. Tukiohjelman rakentaminen aloitettiin kuuden hengen ydinryhmän toimesta. Tämän jälkeen vertaistukihenkilöt koulutettiin. Vertaistuki tarjottiin yksilö- ja ryhmämuotoisesti.

Taulukko 2. Tukimekanismien rakenne

Hoitohenkilökunnalle kohdistettujen tukitoimien rakenne			
Henkilöstön koulutus	Tukimekanismin aktivointi	Tukimekanismin interventiomenetelmät	Tukimekanismin vaiheet
tukihenkilöiden koulutus, muun henkilökunnan koulutus	väline: puhelin, kollega, tukihenkilön toteama avun tarve, osaston informaatiotaulu vasteaika: välitön tuki, viiveellä alkava tuki, ei aikarajaa	vertaistuki yksikössä, koulutettu vertaistuki, moniammatillinen pidempikestoinen tuki (työterveyshuolto, psykologi, pastori ym.), tukevat interventiomenetelmät	mekanismin aktivoituminen, psykologinen ensiapu, vaikeampien oireiden tunnistaminen ja pitkäkestoinen hoito

5.3 Hoitohenkilökunnalle kohdistettujen tukimekanismien vaikutuksia

Kaikissa tutkimuksissa tukimekanismien vaikutusten arviointi todettiin tärkeäksi niiden seurannan ja kehittämisen näkökulmasta. Tukiohjelman jatkuva kehitys palautteen ja kokemusten koettiin tärkeänä. (Dukhanin ym. 2018). Useammassa tutkimuksessa tukimekanismin vaikuttavuutta arvioitiin ennen ja jälkeen implementoinnin validoidulla SVEST (Second Victim Experience and Support Tool) mittarilla. Mittari onnistui hyvin kuvaamaan mahdollista oireilua, tuen tarvetta ja sen saatua määrää. (Finney ym. 2021, Huang ym. 2022, Li ym. 2023, Pelikan ym. 2023, Thompson ym. 2022.) Vertaistuki koettiin hyödyllisimmäksi tuen muodoksi. (Cobos-Vargas ym. 2022, Edrees ym. 2016, Finney ym. 2021, Pelikan ym. 2023, Schröder ym. 2022, Thompson ym. 2022).

Pelikanin ym. (2023) tutkimuksessa lähes 85 % kokivat yksikön tuen lisääntyneen, 93 % koki ohjelman parantavan ammattilaisten hyvinvointia ja lähes 82 % koki ohjelman parantavan yksikön potilasturvallisuuskulttuuria. Tulokset ohjelman suositeltavuudesta olivat vaikuttavat, 99 % suosittelisi tukiohjelmia toisille. Thompsonin ym. (2022) tukiohjelman implementointi kesti kuukauden ja sisälsi kahdeksan tapausta. Testauksessa ei havaittu tilastollisesti merkittävää eroa ennen ja jälkeen implementoinnin, mutta jälkeinpäin kerätyssä laadullisessa kyselyssä koettiin kuitenkin ohjelman olevan hyödyllinen ja auttavan osallistuneita.

Tukimekanismilla oli henkilökunnalle moraalialta kohottava vaikutus, ja tutkijat arvelivat sen nousevan edelleen. Mekanismilla olisi myös hyvinvoinnin lisääntymisen ja toiminnan kehittymisen myötä potilaiden hoidon lopputuloksia parantava vaikutus. Li ym. (2023) mindfulness- kurssin jälkeen osallistujat raportoivat siitä olleen hyötyä ja heidän tietoisuuden tasonsa oli lisääntynyt. Tämän tyyppinen harjoittelu saattaisi olla hyödyllistä jatkossa toinen uhri- kokemuksesta selviämässä. Heidän tutkimuksessaan ero ennen ja jälkeen implementaation oli myös tilastollisesti merkittävä. Merandi ym. (2018) tutkimuksessa todettiin hoitohenkilökunnan työhön paluun olevan todennäköisempää tukimekanismin ansiosta ja henkilökunnan henkinen vointi oli parempi. Finney ym. (2021) tutkimuksessa lähes kaikki vastanneet kokivat tukimekanismin hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi. Slivinski & Hickeyn (2019) tutkimuksessa annettu apu koettiin olleen erittäin hyödyllistä.

5.4 Hoitohenkilökunnan kokemuksia tukimekanismeista

Christoffersen ym. (2020) kuvasivat tutkimuksessaan, miten kättilöiden esihenkilöt antavat tukea henkilökunnalleen potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Tutkimus toteutettiin kättilöille haastatteluina. Kättilöt kuvasivat proaktiivisten esihenkilöiden, jotka toiminnassaan ennakoivat mahdollisia haittatapahtumia ja niiden jälkivaikutuksia, pystyivät vähentämään mahdollista haittaa henkilökunnalle. Muutosjohtaminen sekä yksilöllisen tuen varmistaminen oli henkilökunnalle eduksi. Järvisalo ym. (2024) tutkivat hoitotyön esihenkilöiden käsityksiä tuen tarpeesta ja olemassa olevista tukimenetelmistä tutkittiin haastattelututkimuksella. Haastattelujen perusteella todettiin esihenkilöillä olevan merkittävä rooli hoitohenkilökunnan selviämällä potilaan haittatapahtuman aiheuttamasta negatiivisesta oireilusta. Jotkin esihenkilöistä tunnistivat heidän organisaatiossaan olevan jonkinlainen tukimekanismi. Esihenkilöiden kertomuksista koottiin prosessikaavio. Toimintatapojen yhdenmukaistaminen, selkeiden toimintamallien luominen, debriefing sekä työterveyshuollon rooli todettiin tärkeäksi.

Huang ym. (2022) totesivat terveysalan harjoitteluiden ohjaajilla roolin merkittävyyden opiskelijan toinen- uhri kokemuksen käsittelyssä ja heidän tutkimuksessaan todettiin olevan merkityksellistä lisätä toinen uhri- ilmiön koulutusta jo opiskeluvaiheessa. Se tulisi lisätä myös opetussuunnitelmiin. Positiiviset kokemukset koulutuksen aikana auttoivat selviytymisessä ja näyttöön perustuvien menetelmien käyttö kouluttamisessa auttoivat terveydenhuollon henkilökuntaa sekä opiskelijoita toinen uhri- kokemuksen jälkeisessä toipumisessa. Cobos-Vargas ym. (2022) tutkimuksessa tietoisuus tukimekanismista lisääntyi

ja ohjelma otettiin hyvin vastaan. Aineistoa kerättiin laadullisesti ja tästä aineistosta tunnistettiin ensimmäisen askeleen psykologisen ensiavun tarjoamisen tarvitsevan lisäkehitystä ja koulutusta. Schrøder ym. (2022) tutkimuksen mukaan vertaistukiohjelma sai hyvän vastaanoton yksiköissä ja mahdollisimman nopea avun anto toinen uhri- ilmiön mahdolliselle uhrille koettiin tärkeäksi. Tukiohjelmassa korostettiin lisäksi henkilökunnan keskinäisten suhteiden tärkeyttä. Lisäksi Civil & Hoskins (2022) kuvaavat saaneensa positiivista palautetta sähköpostitse ja tekstiviestitse tukimekanismista.

6 POHDINTA

Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena oli kuvata toisena uhrina olleelle hoitohenkilökunnalle kohdistettuja tukimekanismeja, niiden vaikutuksia sekä henkilökunnan kokemuksia niiden toimivuudesta. Aineistosta nousi useita teemoja esiin kuvaamaan, millaisia tukimekanismeja on rakennettu ja implementoitu käyttöön tukemaan hoitohenkilökuntaa potilaan haittatapahtuman jälkeen.

6.1 Tutkielman luotettavuuden arviointi

Tämän tutkielman luotettavuutta on pyritty saamaan hyväksi mahdollisimman tarkalla prosessin eri vaiheiden kuvauksella. Tiedonhaku on hakulausekkeiden avulla toistettavissa. Tietoa etsittiin laajasti seitsemästä eri tietokannasta ja ilmiötä pyrittiin tutkimaan mahdollisimman laajasti hakuvaiheessa ja prosessin jatkuessa tutkimuskysymyksiin koko ajan kaventaen. Tutkimukset oli tehty vuosien 2016–2024 välillä eli melko hiljattain.

Tässä tutkielmassa tehtiin mahdollisimman tarkat tutkittavaa ilmiötä kuvaavat tutkimuskysymykset. Näiden perusteella tehtiin systemaattinen kirjallisuushaku. Tuloksia löydettiin melko kattavasti kuvaamaan ilmiötä. Mukaanotto- ja poissulkukriteeristöt määriteltiin tarkoin. Kaikille mukaan otetuille tutkimuksille suoritettiin laadun arviointi JBI- ja MMAT-kriteeristön mukaisesti varmistamaan mukaan otettavien tutkimusten laatu. Aloittelevan tutkijan ja mahdollisesti myös kokeneemman tutkijan saattaa olla haasteellista käyttää kahta eri laatukriteeristöä tutkimuksessaan (Toronto & Remington 2020).

Tässä tutkielmassa ei käytetty kahta tutkijaa, koska kyseessä on kandidaatintutkielma. Kahden tutkijan käyttö tutkimusprosessin eri vaiheissa olisi saattanut lisätä tämän tutkielman luotettavuutta. (Toronto & Remington 2020.)

6.2 Tulosten pohdintaa

Kollegan tarjoama vertaistuki on koettu tärkeimmäksi tavaksi saada tukea välittömästi potilaalle tapahtuneen haittatapahtuman jälkeen (Kappes ym. 2024, Kerkman ym. 2019, Kobe ym. 2019). Samansuuntainen tulos oli saatu useassa tähän kandidaatintutkielmaan valikoituneessa tutkimuksessa (Cobos-Vargas ym. 2022, Edrees ym. 2016, Finney ym. 2021, Pelikan ym. 2023, Schrøder ym. 2022, Thompson ym. 2022). Psykologinen ensiapu voidaan antaa defusing muotoisena ja pidempi kestoinen apu tai myöhemmässä ajankohdassa tarjottava apu voi olla debriefing- muotoista (Civil & Hoskins 2022). Tuen aktivoituminen

kuvattiin tutkimuksissa, mutta ei sen lopullista kestoa tai milloin keskimäärin ihmiset jättäytyivät pois tukimekanismin piiristä. Psykologisen ensiavun tarve oli tunnistettu ja siihen oli koulutettu vapaaehtoisia vertaistukihenkilöitä. Kokemukset vertaistukihenkilöiden käytöstä tuen muotona oli kuvattu tärkeinä apua saaneiden osalta. (Civil & Hoskins 2022, Cobos-Vargas ym. 2022, Dukhanin ym. 2018, Edrees ym. 2016, Merandi ym. 2017, Pelikan ym. 2023, Thompson ym. 2022.)

Terveydenhuollon henkilökunnan oireiston tunnistamiseen ja mittaamiseen voidaan käyttää validoitua SVEST- työkalua (Second Victim Experience and Support Tool) (Burlison ym. 2021, 2017). Työkalu tuo sekä näkyväksi oireistoa, että mittaa terveydenhuollon henkilöstön kokemuksia, tuskaa ja ahdistusta potilaan haittatapahtuman jälkeen. Työkalu on luotettava osoittamaan mahdollisia tulevia terveydenhuollon henkilöstön poissaoloja sekä henkilöstön vaihtuvuutta tai sen hakeutumista uusiin tehtäviin potilaan haittatapahtuman jälkeen. SVEST tuo näkyväksi toisena uhrina olleiden terveydenhuollon henkilöstön kokemuksia sekä heidän tuen tarpeitaan sekä mittaa organisaation tarjoaman tuen määrää. (Amit Aharon ym. 2021, Burlison ym. 2021, 2017, Huang ym. 2022, Li ym. 2023).

Johtamisen näkökulmasta esihenkilön tuki ja tietoisuus käytettävissä olevista resursseista sekä tukimuodoista olivat tärkeitä. Tällöin hoitohenkilökunnan tuki saadaan heti tapahtuneen jälkeen käyntiin. (Christoffersen ym. 2020, Järvisalo ym. 2024). Kuulluksi tuleminen on osa työntekijän toipumisen alkua. Eskaloituvan tuen tarpeen tunnistaminen on tärkeää, jotta vaikeammin oireileva henkilöstö saa ajoissa tarvitsemansa avun. (Finney ym. 2021, Pelikan ym. 2023.)

Tutkielman löydösten perusteella voidaan tunnistaa tukimekanismien rakentamisen alku- ja loppukartoitukseen soveltuva työkalu (SVEST) sekä itse tukimekanismin rakenne (Li ym. 2023, Pelikan ym. 2023). Tiedottamista tukimekanismeista ja niiden saatavuudesta voidaan tehdä seminaareilla, tiedotuksilla ja infolapuilla vilkkaasti liikennöidyillä sairaaloiden, hoitolaitosten ja yksiköiden käytävillä. Tukimekanismien rakenteista tunnistettiin sisällön analyysillä eri vaiheita ja Scott (2009) on esittänyt vaiheita toipumisessa ja avun tarvitsemisessa. Merkityksellisiä asioita toipumisessa toinen uhri- kokemuksesta on kollegan tuki, vertaistuki ja pidempiaikainen tuki tarvittaessa moniammatillisesti. Kokemuksesta on mahdollista päästä yli, mikäli organisaation tuki on olemassa. Scottin kolmeaskelmainen tuen malli oli useissa tukimekanismeissa ja -järjestelmissä käytössä. Tuen ensimmäinen askelma on oman yksikön sisällä tapahtuva vertaistuki muun henkilökunnan tai esihenkilöiden

toimesta. Askelmalla todetaan tapahtumat ja käynnistetään tukitoiminta. Toisella askelmalla koulutetut tukihenkilöt tarjoavat tukea toiselle uhrille ja arvoivat jatkuvasti tarvitaanko seuraavan askelman tukea. Monissa järjestelmissä ensimmäisen ja toisen askelman toiminta oli osin sekoittunutta, esimerkiksi apuun hälytettiin heti koulutettu tukihenkilö antamaan psykologista ensiapua. Kolmannella askelmalla mukaan otettiin erityistyöntekijöitä, pastori, psykologi sekä laajempi verkosto apua. Myös systeemin kehitystä turvallisemmaksi tehtiin kaikilla askelmilla. (Cobos-Vargas ym. 2022, Finney ym. 2021, Merandi ym. 2017, Pelikan ym. 2023, Slivinski & Hickey 2019.)

Aineisto supistui useasti tutkimuksissa melko pieneksi. Tutkimuksen intervention implementointi vaiheessa oli tapahtunut kahdeksan haitta- ja vaaratapahtumaa, joissa tunnistettiin mahdollinen haittatapahtuman toinen uhri henkilöstössä. (Thompson ym. 2022.) Toisessa tutkimuksen seuranta-aikana todettiin vain kolme potilaan haitta- ja vaaratapahtumaa, joista kahdessa tukiohjelma käynnistyi (Slivinski & Hickey 2019). Tutkimukset eivät käsitelleet miten myöhemmässä vaiheessa seurataan tuen tarvetta tai mihin toipumisen pisteeseen hoitohenkilökunta on päässyt. Seys ym. (2023) totesivat omassa kirjallisuuskatsauksessaan myös vaiheittaisen tuen tarpeen ja tuen eskalaation olevan tärkeää. He totesivat myös pitkäaikaisemman seurannan olevan puutteellista.

Joitakin mahdollisesti toimivia tukimekanismeja saattaa olla vielä olemassa, mutta ne eivät tähän kandidaatintutkielman mukaan- ja poissulkukriteereihin valikoituneet. Esimerkiksi simulaatiokoulutuksen käyttö toisena uhrina olleen hoitohenkilökunnan toipumisessa voisi olla mahdollinen työkalu. Simulaation käyttö tukimekanismina vaatii vielä lisätutkimusta. (Peddle ym. 2024). Myös muunkinlaisen koulutuksen rooli voi olla merkittävä toipumisessa ja työuran jatkamisen varmistamisessa (Huang ym. 2022, Peddle ym. 2024).

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Kandidaatintutkielman tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää suunniteltaessa tukimekanismeja toisena uhrina olleelle hoitohenkilökunnalle. Vertaistuki koettiin hyödyllisimmäksi avun ja tuen muodoksi. Tukiohjelmat olivat usein moniammatillisesti toteutettuja sekä tukihenkilöiden, että tuen saajien osalta. Moniammatillinen tukitiimi oli useimmissa tukimekanismeissa toimivaksi todettu ratkaisu. Organisaation tuki on jo aiemmin tunnistettu tärkeäksi tukimuodoksi. Esihenkilöiden rooli ja heidän ensihetkillä tarjoama tuki, sekä hoitohenkilökunnan ohjaaminen avun piiriin oli tutkimusten mukaan tärkeää. Henkilökunnan hakeutuminen avun piiriin edellyttää heidän olevan tietoisia avun mahdollisuudesta ja tiedottaminen sekä henkilöstön informointi on tärkeää. Joitakin sairaalanlaajuisia tukimekanismeja on käytössä ja kokemukset niistä olivat hyviä. Rakennettavan tukimekanismin mallina voi käyttää esimerkiksi Scottin kolmeaskelmaista tuen mallia.

Jatkossa olisi tärkeää tutkia kuinka pitkäkestoista tukea vaikeammin oireileva hoitohenkilökunta tarvitsee. Pitkittäisellä asetelmalla tehtyä tutkimusta olisi hyvä toteuttaa, jotta henkilöstön oireilu vuosienkin päästä tulisi ilmi ja tukea olisi psykologista ensiapua pidempään sitä tarvitseville. Hoitohenkilökunnan poissaolojen määrää potilaan haittatapahtumien vuoksi ei käsitelty valituissa tutkimuksissa. Tukimekanismien kustannuksia ei oltu käytännön tasolla avattu ja niiden vertailu hoitohenkilökunnan poissaolojen kustannuksiin voisi kertoa tukimekanismien hyödyllisyydestä taloudellisesta näkökulmasta. Tukiohjelmia on aineiston perusteella implementoitu leikkaussalihenkilöstölle sekä pediatrialla työskenteleville. Tarvetta olisi kautta terveydenhuollon kentän myös vähemmän akuuteissa yksiköissä työskenteleville.

Lähteet

- Ajri-Khameslou M., Abbaszadeh A. & Borhani F. (2017) Emergency Nurses as Second Victims of Error. *Advanced Emergency Nursing Journal* **39**(1), 68–76.
- Alevi JO., Draganov PB., de Souza Gonçalves GC., Zimmermann GDS., Giunta L., Mira JJ. & Bohomol E. (2024) The newly graduated nurse as a second victim. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* **37**.
- Amit Aharon A., Fariba M., Shoshana F. & Melnikov S. (2021) Nurses as ‘second victims’ to their patients’ suicidal attempts: A mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing* **30**(21–22), 3290–3300.
- Burlison JD., Quillivan RR., Scott SD., Johnson S. & Hoffman JM. (2021) The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes: Connecting Self-Reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism. *Journal of Patient Safety* **17**(3), 195–199.
- Burlison JD., Scott SD., Browne EK., Thompson SG. & Hoffman JM. (2017) The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources.
- Choi EY., Pyo J., Ock M. & Lee H. (2022) Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. *Journal of Advanced Nursing* **78**(9), 2872–2883.
- Christoffersen L., Teigen J. & Rønningstad C. (2020) Following-up midwives after adverse incidents: How front-line management practices help second victims. *Midwifery* **85**, 102669.
- Civil NM. & Hoskins JD. (2022) Building a critical incident peer response team: A full theatre team welfare intervention. *Anaesthesia & Intensive Care* **50**(6), 421–429.
- Clarkson MD., Haskell H., Hemmelgarn C. & Skolnik PJ. (2019) Abandon the term “second victim”. *BMJ* **11233**.
- Cobos-Vargas A., Pérez-Pérez P., Núñez-Núñez M., Casado-Fernández E. & Bueno-Cavanillas A. (2022) Second Victim Support at the Core of Severe Adverse Event Investigation. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **19**(24).

- Cohen R., Sela Y., Halevi Hochwald I. & Nissanholz-Gannot R. (2023) Nurses' Silence: Understanding the Impacts of Second Victim Phenomenon among Israeli Nurses. *Healthcare (Basel, Switzerland)* **11**(13).
- Dukhanin V., Edrees HH., Connors CA., Kang E., Norvell M. & Wu AW. (2018) Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation. *Journal of Pediatric Nursing* **41**, 54–59.
- Edrees H., Connors C., Paine L., Norvell M., Taylor H. & Wu AW. (2016) Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open* **6**(9), e011708.
- Elizabeth Marran J. (2019) Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nursing Management - UK* **26**(6), 36–43.
- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* **62**(1), 107–115.
- Ferrús L., Silvestre C., Olivera G. & Mira JJ. (2021) Qualitative Study About the Experiences of Colleagues of Health Professionals Involved in an Adverse Event. *Journal of Patient Safety* **17**(1), 36–43.
- Finney RE., Czinski S., Fjerstad K., Arteaga GM., Weaver AL., Riggan KA., Allyse MA., Long ME., Torbenson VE. & Rivera-Chiauszi EY. (2021) Evaluation of a Second Victim Peer Support Program on Perceptions of Second Victim Experiences and Supportive Resources in Pediatric Clinical Specialties Using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *Journal of Pediatric Nursing* **61**, 312–317.
- Grant MJ. & Booth A. (2009) A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal* **26**(2), 91–108.
- Hong Q., Pluye P., Fabregues S., Bartlett G., Boardman F., Cargo M., Dagenais P., Gagnon M-P., Griffiths F., Nicolau B., O' Cathain A., Rousseau M-C. & Vedel I. (2018) Mixed Methods Appraisal Tool version 2018. *BMJ Open 2021* (BMJ Open 2021).
- Hotus. (2024) Tutkimusten arviointikriteerit (JBI). <https://hotus.fi/kansainvalinen-yhteisty/jbi-keskus/tutkimusten-arviointikriteeritot-jbi/> luettu 20.9.2024.

- Huang R., Sun H., Chen G., Li Y. & Wang J. (2022) Second-victim experience and support among nurses in mainland China. *Journal of Nursing Management* **30**(1), 260–267.
- Järvisalo P., Haatainen K., Von Bonsdorff M., Turunen H. & Härkänen M. (2024) Interventions to support nurses as second victims of patient safety incidents: A qualitative study of nurse managers' perceptions. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)* **80**(6), 2552–2565.
- Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen E. (2013) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus- eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* **25**(4), 291–301.
- Kappes M., Romero-Garcia M., Sanchez M. & Delgado-Hito P. (2024) Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory. *Australian Critical Care : Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses* **37**(4), 606–613.
- Kerkman T., Dijkstra LM., Baas MAM., Evers R., van Pampus MG. & Stramrood CAI. (2019) Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health* **64**(4), 435–442.
- Kobe C., Blouin S., Moltzan C. & Koul R. (2019) The Second Victim Phenomenon: Perspective of Canadian Radiation Therapists. *JOURNAL OF MEDICAL IMAGING AND RADIATION SCIENCES* **50**(1), 87–97.
- Li J., Yan X., Chen G. & Sun H. (2023) Mindfulness meditation intervention improves the mindfulness awareness level of nurses' second victims to enhance their psychological support. *SAGE Open Nursing* **9**, 23779608231178136.
- McDaniel LR. & Morris C. (2020) The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected?. *Journal of Midwifery & Women's Health* **65**(4), 503–511.
- Merandi J., Liao N., Lewe D., Morvay S., Stewart B., Catt C. & Scott SD. (2017) Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study. *Pediatric Quality & Safety* **2**(4), e031.

- Peddle M., Cross R. & Parkinson-Zarb L. (2024) Simulation as an Element of Second Victim Recovery Programs Following Patient Safety Incidents: A Scoping Review. *Clinical Simulation in Nursing* **89**, N.PAG-N.PAG.
- Pelikan M., Finney RE. & Jacob A. (2023) Use of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) to Assess the Impact of a Departmental Peer Support Program on Anesthesia Professionals' Second Victim Experiences (SVEs) and Perceptions of Support Two Years After Implementation. *AANA Journal* **91**(5), 371–379.
- Potilasvakuutuskeskus. (2024a, a) Potilasturvallisuussanasto. <https://www.pvk.fi/terveydenhuolto/potilasturvallisuus/potilasturvallisuussanasto/> Luettu 11.8.2024.
- Potilasvakuutuskeskus. (2024b, b) Vuosiraportti 2023. <https://www.pvk.fi/pvk/tilastot-ja-julkaisut/pvkn-vuosiraportit/> Luettu 11.8.2024.
- Schröder K., Bovil T., Jørgensen JS. & Abrahamsen C. (2022) Evaluation of 'the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. *BMC Health Services Research* **22**(1), 1–10.
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, & Hall LW (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care* **18**(5), 325–330.
- Slivinski PC. & Hickey JV. (2019) Implementation of a Critical Incident Stress Management Program for Nurse Anesthetists. *Journal of Nursing & Interprofessional Leadership in Quality & Safety (JoNILQS)* **2**(2), 1–9.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024) Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö. Luettu 11.8. 2024. <https://stm.fi/sotehenkilosto>.
- Stone M. (2020) Second victim support programs for healthcare organizations. *Nursing Management* **51**(6), 38–45.
- Thompson M., Hunnicutt R., Broadhead M., Vining B. & Aroke EN. (2022) Implementation of a Certified Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* **37**(2), 167–167.

Toronto C. & Remington R. (2020) *A step-by-step guide to conducting an integrative review* (1. p.).

Valvira. (2024) Ammattioikeudet ja nimikkeiden käytöstä. Luettu 11.8.2024.

<https://valvira.fi/ammattioikeudet/nimikkeiden-kaytosta>.

Vanhaecht K., Seys D., Russotto S., Strametz R., Mira J., Sigurgeirsdóttir S., Wu AW., Pölluste K.,

Popovici DG., Sfetcu R., Kurt S. & Panella M. (2022) An Evidence and Consensus-Based

Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-

Centeredness and Human Resource Management. *International Journal of Environmental*

Research and Public Health **19**(24).

Wands B. (2021) Second Victim: A Traumatic Experience. *AANA Journal* **89**(2), 168–174.

Whittemore R. & Knafk K. (2005) The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced*

Nursing **52**(5), 546–553.

WHO. (2024) WHO Global Patient Safety Report 2024.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>. Luettu 11.8.2024.

Wu AW. (2000) Medical error: the second victim. *BMJ* **320**(7237), 726.

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaun kuvaus

Tietokanta	päivämäärä	hakulauseke	Osumat ja rajaukset	Mukaan vertailuun
Pubmed	3.8.2024	(nurs* OR "Nurses"[Mesh]) AND ("second victim*")	209 engl. tai suomi 200	200
Cinahl	3.8.2024	(nurs* OR MH "Nurses+") AND "second victim*"	149 engl. tai suomi 139	139
Medic	3.8.2024	nurs* hoitaj* AND "second victim*" "toinen uhri*"	0 (1 lääkäreistä)	0
PsychInfo	3.8.2024	(nurs* OR DE "Nurses" OR DE "Psychiatric Nurses" OR DE "Public Health Service Nurses" OR DE "School Nurses") AND "second victim*"	45 engl. tai suomi 45	45
Cochrane	3.8.2024	nurs* AND second NEXT victim*	2 (trials)	2
Scopus	3.8.2024	nurs* AND "second victim*"	195 engl tai suomi 183	183
Web Of Science	3.8.2024	nurs* AND "second victim*"	213 engl. tai suomi 209	209
			yhteensä	778

Liite 2. Valittujen tutkimusten kuvaus

Tutkimuksen tekijät, tutkimus- paikka ja- vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	Keskeiset tulokset	Laadun arvioinnin tulos (JBI/MMAT)
Civil, N. & Hoskins, J. Uusi-Seelanti, 2022.	Kuvailla vertaistukipalvelun rakennetta ja sen implementointia sekä raportoida 3 ensimmäisen vuoden tuloksia.	Case report-tapausselostus leikkausosastolla. Yli 200 henkilölle oli jaettu lomake ja saatu 15 vastausta. Lisäksi sähköpostilla aineiston ulkopuolelta vastauksia.	CIPR (Critical Incident Peer Response)- ryhmä on ensimmäisen kolmen vuoden aikana aktivoitu 27 kertaa. Defusing tilaisuuteen osallistuneet kokivat sen ”neutraalista” - ”erittäin hyödylliseksi”. Positiivista palautetta sähköpostitse/tekstiviestitse annettu myös aineiston ulkopuolelta. Luottamuksen vuoksi osallistujista ei ole mitään demografista tietoa.	JBI 7/8
Dukhanin V., Edrees H., Connors C., Kang E., Norvell M. & Wu A. Yhdysvallat, 2018.	RISE (Resilience In - Stressful Events)- tukiohjelman tehokkuuden ja toimivuuden arviointi.	Monimenetelmätutkimus pediatrillalla. Määrällinen osuus arvioi ennen ja jälkeen RISE- tukiohjelman implementaation tuloksia. Laadullinen osuus analysoi avoimia kommentteja ohjelmasta. Kysely tehtiin yksikön koko henkilökunnalle (n=900).	Organisaation apu potilaan haittatapahtuman jälkeen otetaan mielellään vastaan verrattuna ennen ohjelman käynnistämistä ja ohjelmaan oltiin tyytyväisiä. Haasteina on tietoisuus tukiohjelman olemassaolosta sekä riittävien resurssien saaminen tukemista varten. Yksilöllisiä tukitoimia toivottiin.	MMAT 7/7

Merandi J., Liao N., Lewe D., Morway S., Stewart B. & Catt C. Yhdysvallat, 2018.	Tukiohjelman implementointi ja vaikutusten arviointi.	Case report- tapauselostus pediatrialla. Tukiohjelman kointi toisesta instituutiosta ja sen toiminnan seuranta kahden vuoden ajan. Elektroninen seurantajärjestelmä kaikille tukea saaneille. Henkilökunnasta noin 6% koulutettiin vertaistukihenkilöiksi	”forYOU” ohjelman replikointi ”YOUmatter” konseptina onnistui. Ohjelman vaikuttavuutta seurattiin elektronisen seurantajärjestelmän avulla. Ohjelman tarjoaman intervention jälkeen haattatapahtumassa osallisina olleella henkilökunnalla oli parempi henkinen tilanne sekä työhön paluu oli todennäköisempää.	JBI 7/8
Slivinski P. & Hickey J. Yhdysvallat, 2019	Parantaa potilaan kriittisen tapahtuman jälkeistä tukea anestesiahoitajille tukiohjelman implementoinnin avulla.	Määrällinen tutkimus. Tukiohjelman pilotointi anestesiahoitajille. Kaikkia ohjelmaan rekrytoituja hoitajia seurattiin ja sitä käynnistyikö tukiohjelmalla heidän kohdallaan. (n=3)	Tutkimuksen aineisto todella pieni. Riittävä tukihenkilöiden määrä tärkeää. Alustavat kokemukset osallistujilta positiivisia.	MMAT 4/7
Thompson M., Hunnicutt R., Broadhead M. & Vining B. Yhdysvallat, 2021.	Toinen uhri-ilmiön negatiivisten vaikutusten vähentäminen tukiohjelman käynnistämällä.	Kvasikokeellinen. Tukiohjelman implementaatio anestesiahoitajille. Pre ja post-testaus ohjelman implementaatiossa SVEST-mittarilla. Pre-test n=51, post-test n= 32. Haattatapahtumia n=8 kuukauden testijaksolla.	Pre-post-testauksessa oireistoilla ei suurta tilastollista eroa, mutta osallistujat toivat esille kuitenkin positiivisen kuvan ohjelmasta ja kokivat siitä hyötyä.	JBI 7/9

Christoffersen L., Teigen J. & Rønningstad C. Norja, 2020	Kuvailla kuinka esihenkilöiden toiminta voi tukea haattatapahtumien toisia uhreja.	Laadullinen haastattelututkimus kättilöille. Tarkoituksenmukainen otanta. (n=33)	Ennakoivat, proaktiiviset esihenkilöt vähensivät haattatapahtumien toisten uhrien oireita valmistautumalla tapahtumaan sekä heidän hyvällä jatkoseurannalla.	JB1 10/10
Schröder K., Bovil T., Jörgensen J. & Abrahamsen C. Tanska, 2022.	Tukiohjelman arviointi.	Monimenetelmätutkimus, jossa poikkileikkaustutkimus ja laadullinen osuus. Määrällisen osion lisäksi haastatteluja (n=3). pre-impl. testaus (n=191), post. impl. testaus (n=156).	Virallinen, organisaation tarjoama tukiohjelma, joka tarjosi ripeästi vertaistukea, koettiin positiiviseksi asiaksi. Lisäksi toisista välittävä ja myötätuntoinen kulttuuri yksiköissä yleistyi. Itse valittu vertaistukihenkilö oli tärkeää.	MMAT 7/7
Finney R., Jakob A. Messner H., Pulos B. & Sviggum H. Yhdysvallat, 2021	Tukiohjelman implementaatio ja vaikutusten kuvaus.	Monimenetelmätutkimus. Implementaatiotutkimus isolla leikkausosastolla. Määrällinen aineisto (n=85) koostui haattatapahtumista. Laadullinen aineisto ohjelmaan osallistuneiden kokemuksista (n=31).	Lähes 97 % koki ohjelman hyvin, tai erittäin hyödylliseksi. Lähes saman verran suosittelisi kollegalleen ohjelmaa. Ohjelma oli onnistunut osastotasolla.	MMAT 7/7
Huang L., Riggan K., Torbenson V. Osborne A., Chesak S., Finney R., Allyse M. & Rivera-Chiauszi. Yhdysvallat 2024.	Kuvata terveydenhuollon harjoittelijoiden kokemuksia toinen uhri- ilmiöstä ja koulutuksen merkitys haattatapahtuman	Monimenetelmätutkimus. Kyselytutkimus SVEST-R mittarilla moniammatilliselle terveydenhuoltoalan opiskelijoille (n=206). Avoimia kysymyksiä analysoitu laadullisesti (n=144).	Harjoittelulla oli merkitystä potilaan haattatapahtuman jälkeisessä toipumisessa. Koulutuksen lisääminen potilaan haattatapahtuman jälkeiseen toipumiseen olisi hyvä lisä myös opetussuunnitelmiin. Opettajat ja henkilökunta hyötyisivät koulutuksesta parhaista käytänteistä opiskelijoiden	MMAT 7/7

	jälkeisessä sopeutumisessa.		tukemisessa potilaan haittatapahtuman jälkeen.	
Li J. Yan X. & Sun H. Kiina, 2023.	Mindfulness-meditaation vaikutus organisaation tarjoaman tuen tasolla sekä tietoisuus siitä.	Kvasikokeellinen. Määrällinen tutkimus SVEST sekä MAAS-mittareilla. Mindfulness-meditaatio harjoitusten käyttö kahdeksan viikon interventiona hoitohenkilökunnalle (n=62).	Interventiosta oli tilastollisesti merkittävä hyöty osallistujille. Sen käyttöä jatkossa suositeltiin edistämään toipumista.	JBI 8/9
Järvisalo P. Haatainen K., Von Bonsdorff M., Turunen H. & Härkänen M. Suomi, 2023.	Kuvata hoitotyön esihenkilöiden käsityksiä hoitajien tukemisesta potilaan haittatapahtumien jälkeen sekä mahdollisia interventioita ja tapoja parantaa niitä.	Laadullinen haastattelututkimus hoitotyön esihenkilöille (n=16).	Haastatteluista nousi esiin kolme pääteemaa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Itse haittatapahtuman jälkeisen tilanteen hallinta. 2. Mahdolliset interventiot hoitohenkilökunnan auttamiseksi. 3. Annetun tuen parantaminen. Hoitotyön esihenkilöillä on erittäin tärkeä rooli potilaan haittatapahtumien jälkeen henkilökunnan tukemisessa.	JBI 9/10
Edrees H., Connors C., Paine L., Norvell M., Taylor H. & Wu A. Yhdysvallat, 2016.	Kuvata RISE (Resilience In Stressful Events)- tukiohjelman kehittämistä ja implementointia sekä ensimmäisiä kokemuksia sen vaikutuksista.	Monimenetelmätutkimus. Alussa toteutettiin kysely nykytilanteesta ja tämän jälkeen määrällisen ja laadullisen aineiston analyysi implementoinnin yhteydessä. Potilaan haittatapahtuman jälkeisiä puheluita tuli 119 (osallisen henkilökunnan n= noin 500).	Vertaistukihenkilökunnan kokemana 88 % puheluista oli onnistuneita ja 83 % voitiin auttaa. Huono tietämys ohjelman olemassaolosta haittasi ohjelman leviämistä koko sairaalaa koskevaksi.	MMAT 6/7

Pelikan M., Finney R. & Jakob A. Yhdysvallat, 2023.	Arvioida vertaistukiohjelman vaikutusta leikkausosastolla.	Kvasikokeellinen. Kyselytutkimus ennen ja 2 vuotta tukiohjelman implementaation jälkeen SVEST-mittarilla. Anestesiahenkilöstö leikkausosastolla (n=231)	Yli 99 % vastanneista suosittelisi vertaistukiohjelmää toisille. Tukiohjelma vaikutti selvästi anestesiahenkilöstön toinen uhri- kokemuksen jälkeiseen psykologiseen stressiin sekä käsitykseen riittävästä instituution tarjoamaan tukeen.	JBI 8/9
Cobos-Vargas A., Perez-Perez P., Nunez-Nunez M., Casado-Fernandez E. & Bueno-Cavanillas A. Espanja, 2022.	Arvioida tukiohjelman vaikutuksia 2 vuotta implementaation jälkeen	Laadullinen kuvaileva tutkimus. Semi-strukturoitu kysely kaikille potilaan haittatapahtumassa osallisina olleille, jotka kokivat toinen uhri-ilmiötä. (n=135)	Sairaalanlaajuisessa tukiohjelmassa oli otettu käyttöön kolmiportainen tuen malli (forYOU-malli). Tukiohjelma hyväksyttiin laajasti sekä tapahtumia ilmoitettiin suurempia määriä.	JBI 8/10

