



**TURUN  
YLIOPISTO**

**Hoitohenkilökunta potilaiden haitta- ja  
vaaratapahtumien oheiskärsijöinä  
pitkäaikaishoidossa**

Poikkileikkaustutkimus

Hoitotiede  
pro gradu -tutkielma  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos

Laatija:  
Harri Lempinen

toukokuu 2026  
Turku

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

Pro gradu -tutkielma

**Oppiaine:** Hoitotiede

**Tekijä:** Harri Lempinen

**Otsikko:** Hoitohenkilökunta potilaan haitta- ja vaaratapahtuman oheiskärsijöinä pitkäaikaishoidossa.

**Ohjaaja:** TtT Jaakko Varpula

**Sivumäärä:** 40 sivua

**Päivämäärä:** 5.5.2026

Pitkäaikaishoidon potilaat ovat alttiita haitta- ja vaaratapahtumille korkeamman ikänsä aiheuttaman fyysisen ja henkisen toimintakyvyn rappeutumisen sekä monien käytettyjen lääkitysten vuoksi. Potilaan haitta- ja vaaratapahtumalla tarkoitetaan mitä tahansa potilaalle tai asiakkaalle haittaa tai vaaraa aiheuttanutta- sekä läheltä piti- tilannetta. Oheiskärsijäilmiö on terveydenhuollossa yleinen. Hoitohenkilökunta on oheiskärsijöinä potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen ja tarvitsevat tukea jatkaakseen elämäänsä ja työuraansa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan mahdollista oireistoa ja organisaation tarjoamaa tukea sekä hoitohenkilökunnan toivomaa tukea pitkäaikaishoidossa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa, millaisia tukitoimia voitaisiin hyödyntää pitkäaikaishoidon hoitohenkilökunnalle oheiskärsijöinä potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen.

Tutkimus toteutettiin kuvailevana poikkileikkaustutkimuksena yhden hyvinvointialueen pitkäaikaishoidon julkisen ja yksityisen palveluntarjoajien eri yksiköissä. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella käyttäen REDCap- ohjelmistoa validoidulla ja suomennetulla FI-SVEST-R- mittarilla sekä PTSD- oireilun määrää pisteyttävällä PCL-5- mittarilla. Aineisto analysoitiin SPSS31- tilastoanalyysiohjelmistolla.

Kyselyyn vastasi 81 henkilöä. Vastaajista 69 (85,2 %) oli ollut osallisena tai todistanut potilaan haitta- tai vaaratapahtumaa. Vastaajilla oli eniten FI-SVEST-R- mittarilla mitattuna oheiskärsijäoireilua henkisessä kuormituksessa (ka 2,9; kh 0,95) ja vähiten aikeissa lähteä alalta (ka 1,7; kh 0,72). Eniten lisääntynyt positiivinen vaikutus potilaan haitta- ja vaaratapahtumasta oli ammatillinen tehokkuus (ka 3,8; kh 0,54). Sosiodemografisten taustatietojen työkokemuksen, iän tai työtehtävän osalta ei todettu ryhmien välisessä vertailussa tilastollisesti merkitsevää eroa oheiskärsijäoireilussa. Naisilla oli enemmän henkistä kuormitusta. Ammatillinen tehokkuus oli potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen lisääntynyt naisilla enemmän. PCL-5 mittarilla todettiin pisterajalla 33 olleen useilla vastanneilla (n=6; 7,4 %) PTSD- tason oireilua. Vastaajat kokivat saaneensa eniten tukea esihenkilöiltään (ka 3,4; kh 0,70) potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Vastaajat toivoivat eniten keskustelutukea luotetulta kollegalta (ka 4,3; kh 0,76) potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen.

Oheiskärsijäoireilua ei ole juuri tutkittu aiemmin pitkäaikaishoidossa, vaikka ympäristönä se on todettu hyvin alttiiksi potilaan haitta- ja vaaratapahtumille. Vastaajilla todettiin enimmäkseen lievää oheiskärsijäoireilua. Sukupuolten välisellä erolla oheiskärsijäoireilussa on tuskin kliinistä merkitystä. Osalla vastaajista oireilu oli PCL-5 mittarilla mitattuna vaikeampaa ja oheiskärsijäoireilun yhteys PTSD oireiluun vaatisi lisää tutkimusta. Vastaajat toivoivat eniten tukitoimiksi potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen luotettavan kollegan kanssa keskustelua, joka on samansuuntainen löydös aiemman tutkimustiedon valossa.

**Avainsanat:** haitta- ja vaaratapahtuma, hoitohenkilökunta, oheiskärsijä, pitkäaikaishoito

Master's thesis

**Subject:** Nursing Science

**Author:** Harri Lempinen

**Title:** Nursing staff as second victims after patient adverse events in long-term care

**Supervisor:** Jaakko Varpula PhD

**Pages:** 40

**Date:** 5.5.2026

Patients in long-term care are susceptible to adverse events due to the decline in physical and mental functioning caused by their advanced age, as well as the many medications they take. An adverse event or near-miss-event refers to any situation that has caused harm or posed a risk to a patient or client. Second victim phenomenon is common in healthcare. Nursing staff are second victims after a patient's adverse event and require support to continue their lives and careers.

The aim of this study was to describe the symptoms experienced by nursing staff, the support provided by the organization, and the support desired by nursing staff in long-term care following an adverse patient event in long-term care. The aim of the study was to identify what kinds of support measures could be utilised for nursing staff in long-term care as second victims following a patient adverse event.

The study was conducted as a descriptive cross-sectional study in various units of public and private long-term care providers within a single welfare region. The data was collected using an electronic questionnaire via the REDCap software using the validated and Finnish-translated FI-SVEST-R scale and the PCL-5 scale, which scores the severity of PTSD symptoms. The data was analysed using SPSS 31 statistical analysis software.

A total of 81 responded the survey. Of the respondents, 69 (85.2%) had been involved in or witnessed patient adverse event. Using FI-SVEST-R scale, the respondents had the highest levels of second victim symptoms in psychological distress (mean 2.9; SD 0.95) and the lowest levels in terms of turnover intentions (mean 1.7; SD 0.72). The positive impact of patient adverse events that increased the most was professional self-efficacy (mean 3.8; SD 0.54). No statistically significant differences in second victim symptoms were found between the groups when comparing sociodemographic background data such as work experience, age or job role. Women experienced greater psychological distress. Professional self-efficacy had increased more among women following a patient adverse event. Using the PCL-5 scale, several respondents (n=6; 7.4%) were found to have PTSD-level symptoms at a cut-off score of 33. Respondents felt they received the most support from their supervisors (mean 3.4; SD 0.70) following adverse event. Respondents most desired a respected peer to discuss the details of what happened (mean 4.3; SD 0.76) after a patient adverse event.

Second victim phenomenon has not been studied much previously in long-term care, even though this setting has been found to be highly prone to patient adverse events. Respondents mostly reported mild second victim symptoms. The gender difference in second victim symptoms is unlikely to have clinical significance. For some respondents, the symptoms were more severe as measured by the PCL-5 scale, and the link between secondary victimisation symptoms and PTSD symptoms would require further research. The support measures most desired by respondents following an adverse or hazardous incident involving a patient was peer support from a trusted colleague, a finding consistent with previous research.

**Keywords:** adverse event, nursing staff, second victim, long-term care

# Sisällysluettelo

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>TUTKIMUKSEN TAUSTA</b>	<b>8</b>
<b>2.1</b>	<b>Keskeiset käsitteet</b>	<b>8</b>
2.1.1	Haitta- ja vaaratapahtuma	8
2.1.2	Oheiskärsijä	9
2.1.3	Hoitohenkilökunta pitkäaikaishoidossa	11
<b>2.2</b>	<b>Yhteenveto taustasta</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>TUTKIMUSMENETELMÄT</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>15</b>
<b>4.2</b>	<b>Tutkimusympäristö</b>	<b>15</b>
<b>4.3</b>	<b>Perusjoukko, otantamenetelmä ja otos</b>	<b>15</b>
<b>4.4</b>	<b>Aineistonkeruumenetelmä</b>	<b>16</b>
<b>4.5</b>	<b>Aineiston analyysi</b>	<b>18</b>
4.5.1	Aineiston jakaumat	19
<b>5</b>	<b>TULOKSET</b>	<b>20</b>
<b>5.1</b>	<b>Vastaajien taustatiedot</b>	<b>20</b>
<b>5.2</b>	<b>Hoitohenkilökunnan oheiskärsijäoireilu potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen pitkäaikaishoidossa</b>	<b>22</b>
5.2.1	Oheiskärsijäoireilu potilaan haitta ja vaaratapahtuman jälkeen	22
5.2.2	Sosiodemografisten taustatekijöiden yhteys oireiden vakavuusasteeseen	23
<b>5.3</b>	<b>Pitkäaikaishoidon hoitohenkilökunnan oheiskärsijäoireilun vaikeusaste potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen</b>	<b>25</b>
<b>5.4</b>	<b>Hoitohenkilöstön koettu ja toivoma tuki</b>	<b>27</b>
5.4.1	Hoitohenkilöstön koettu tuki	27
5.4.2	Hoitohenkilöstön toivoma tuki	30
<b>5.5</b>	<b>Yhteenveto tutkimuksen tuloksista</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>POHDINTA</b>	<b>33</b>
<b>6.1</b>	<b>Tutkimustulosten tarkastelu</b>	<b>33</b>
<b>6.2</b>	<b>Tutkimuksen luotettavuus</b>	<b>36</b>

6.2.1	Mittareiden luotettavuus	36
<b>6.3</b>	<b>Tutkimuksen eettisyys</b>	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>40</b>
<b>7.1</b>	<b>Jatkotutkimusehdotukset</b>	<b>40</b>
	<b>LÄHTEET</b>	<b>41</b>
	Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot	20
	Taulukko 2. Oheiskärsijäoireilun summamuuttujien keskiarvot ja tunnusluvut potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen	22
	Taulukko 3. Työkokemuksen tilastollinen merkitsevyys oireiluun	23
	Taulukko 4. Ryhmien välinen vertailu ikäryhmittäin oireiden summamuuttujiin	23
	Taulukko 5. Ryhmien välinen vertailu sukupuolittain oireiden summamuuttujiin	24
	Taulukko 6. Ryhmien välinen vertailu työtehtävittäin oireiden summamuuttujiin	25
	Taulukko 7. Vastanneiden osuus PCL-5 mittarin vakavan oireilun pisterajassa 33 pistettä.	27
	Taulukko 8. Työkavereiden tuki, esihenkilöiden tuki ja institutionaalinen tuki muuttajat ja tunnusluvut	28
	Taulukko 9. Toivotut tukimuodot haitta- ja vaaratapahtumien jälkeen asennekyselyn asteikolla 1-5.	30
	Kuvio 1. PCL-5 mittarin jakauman tarkastelu box-plot kuvaajalla n=41	26
	Kuvio 2. PCL-5 kokonaispistemäärän frekvenssijakauma n=41	27
	Kuvio 3. Summamuuttujan ”työkavereiden tuki” prosenttijakauma n=52	28
	Kuvio 4. Summamuuttujan ”esihenkilöiden tuki” prosenttijakauma n=48	29
	Kuvio 5. Summamuuttujan ”institutionaalinen tuki” prosenttijakauma n=48	29

# 1 JOHDANTO

Hoitajat ovat oheiskärsijöitä potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen ja tarvitsevat tukea jatkaakseen työuraansa ja elämäänsä (Ajri-Khameslou ym., 2017). Oheiskärsijäilmiö on terveydenhuollossa hyvin yleinen. Vastavalmistuneesta hoitohenkilökunnasta lähes 27 % oli ollut osallisena potilaan haitta- ja vaaratapahtumassa. Heistä lähes kaikki (95 %) oireilivat negatiivisesti. (Alevi ym., 2024.) Hoitohenkilökunnalle suunnatut tukimekanismit ovat melko harvinaisia, vaikka niiden tarve on tunnistettu (Ajri-Khameslou ym., 2017; Ferrús ym., 2021; Wahlberg ym., 2019). Oheiskärsijäoireilu saattaa olla vakavuudeltaan jopa PTSD (traumaperäinen stressihäiriö)- tasoista (Fisher ym., 2025). Hoitohenkilökunnan tukemisen potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen on todettu lyhentävän oheiskärsijäoireilun kestoa ja lieventävän sen vaikutuksia (Alevi ym., 2024; Huang ym., 2022; McDaniel & Morris, 2020).

Potilaan haittatapahtumalla tarkoitetaan vaaratilannetta, jossa potilaalle tai asiakkaalle on tapahtunut haittaa eli psyykkistä, henkistä, emotionaalista, sosiaalista tai taloudellista ei-toivottua vaikutusta. Vaaratapahtumalla tarkoitetaan potilaan tai asiakkaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joko haittatapahtumaa, joka aiheuttaa haittaa tai läheltä-piti tilannetta, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa. (Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus, n.n.) Yhdysvaltalaisessa hallituksen suorittamassa tutkimuksessa (2018) todettiin pitkäaikaishoidon potilaista 21 % kohdanneen haitta- ja vaaratapahtuman, joista aiheutui haittaa potilaalle (U.S. Department of Health and Human Services, 2018). Kaatumistapaturmat ovat yleisiä aikuispotilaiden hoidossa ja seuraukset saattavat olla vakavia. Iäkkäillä aikuispotilailla on usein matalaa verenpainetta, lihastoimintaan ja -voimaan vaikuttavia lääkityksiä eikä potilaiden valvonta ole riittävää. Maailman väestö ikääntyy jatkuvasti ja vaikka pitkäaikaishoitoa tarvitsevat myös muut kuin iäkkäät, ovat he suurin sitä tarvitseva ryhmä. Pitkäaikaishoitoa toteuttavat henkilöt tekevät kovalla kiireellä henkisesti ja fyysisesti erittäin raskasta vuorotyötä riittämättömillä henkilöstöresursseilla. (WHO, 2022.) Kiire, kova kuormitus ja väsymys altistavat potilaan haitta- ja vaaratapahtumille (Ajri-Khameslou ym., 2017; WHO, 2024).

Oheiskärsijällä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaista, jonka hyvinvointiin vaikuttaa negatiivisesti potilaan haitta- ja vaaratapahtuma (Burlison ym., 2017). Potilas on haitta- ja vaaratapahtuman ensimmäinen uhri, terveydenhuollon ammattilainen toinen uhri (Mahat, ym., 2025). Terveydenhuollon ammattilaisten on todettu kokevan potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen avuttomuutta (de Quadros ym., 2022) syyllisyyttä, ahdistusta, unettomuutta, vihaa ja ammatillisen itsetunnon laskua. (Ajri-Khameslou ym., 2017; Choi ym., 2022). Pitkäaikaishoito on tunnistettu ympäristöksi missä tapahtuu paljon potilaan haitta- ja vaaratilanteita. Iäkkäät asukkaat ja

potilaat ovat hyvin haavoittuvaisia ja hauraita. Hoitohenkilökunnan tiedon lisääminen, haitta- ja vaaratapahtumien raportoinnin edistäminen ja esihenkilöiden tuki ovat avaintekijöitä potilasturvallisuuden parantamiseksi pitkäaikaishoidossa. Hoitohenkilökunta tuntee suurta vastuuta asukkaistaan ja potilaistaan haitta- ja vaaratapahtumien jälkeen. (Kapoor ym., 2019; Vaismoradi ym., 2020.) Voidaan olettaa, että suuri vastuu potilaista (Vaismoradi ym., 2020) sekä suuri haitta- ja vaaratapahtumien esiintyvyys altistavat pitkäaikaishoidon hoitohenkilökuntaa oheiskärsijäoireilulle.

Oheiskärsijäilmiötä sekä sen yleisyyttä on tutkittu ja tukimekanismeja on käynnistetty henkilöstölle muun muassa akuuttihoitossa, pediatrialla ja leikkaussaliympäristössä (Civil & Hoskins, 2022; Thompson ym., 2022). Oheiskärsimisilmiötä ei pitkäaikaishoidon kontekstissa ole tutkittu, vaikka se toimintaympäristönä saattaa olla hyvinkin altis potilaan haitta- ja vaaratapahtumille (WHO, 2024). Lisäksi vakavamman PTSD- tason oireilun yleisyyttä liittyen pitkäaikaishoidossa oheiskärsijäilmiöön ei ole laajasti tutkittu. (Fisher ym., 2025). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön oheiskärsijäoireistoa, sen vakavuutta sekä koettua ja toivottua tukea pitkäaikaishoidossa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Tavoitteena on kartoittaa, millaisia tukitoimia voidaan hyödyntää pitkäaikaishoidon hoitohenkilöstölle oheiskärsijöinä potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen.

Tämä opinnäytetyö on osa `NURTURESAFETY: Enhancing Patient Safety in Long Term Care through Systems Theoretical Adverse Event Investigation, and Supporting Nurses as Second Victims` kokonaisuutta, jonka tavoitteena on potilasturvallisuuden kehittäminen. Tutkimuksen toteuttaa Turun yliopiston hoitotieteen laitos.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

### 2.1 Keskeiset käsitteet

#### 2.1.1 Haitta- ja vaaratapahtuma

Haittatapahtumalla tarkoitetaan hoidon aikana tapahtuvaa mitä tahansa tapahtumaa, josta asiakas tai potilas kokee haittaa (Potilasvakuutuskeskus 2024 a., WHO 2024). Vaaratapahtumalla tarkoitetaan asiakkaalle tai potilaalle tapahtunutta hoidon aikaista tilannetta, joka aiheuttaa vaaraa potilaalle (haittaa aiheuttanut tapahtuma) tai niin sanottua ”läheltä piti”- tilannetta, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitta- ja vaaratilanteita sekä syntyneitä potilasvahinkoja syntyy erilaisten terveydenhuollon järjestelmien suojausten pettäessä. Suojauksilla tarkoitetaan sellaisia menettelyjä, jotka ovat tietoisesti ja systemaattisesti rakennettu turvaamaan esimerkiksi hoitoyksikön tai organisaation prosesseja ja menettelyjä. Tavoitteena on vaaratapahtumien ehkäiseminen sekä poikkeamien tunnistaminen. (Potilasvakuutuskeskus 2024 a.) Maailmanlaajuisesti arvioidaan tapahtuvan vuosittain 134 miljoonaa erilaista potilaan haitta- ja vaaratapahtumaa johtuen arvioidusti 2,6 miljoonan ihmisen menehtymiseen. Kaikista haitta- ja vaaratapahtumista kaksi kolmesta tapahtuu potilaille keski- ja matalan tuloluokan maissa aiheuttaen haittaa ja jopa menehtymisiä. Näiden syntyminen johtuu usein turvattomista prosesseista ja toimintamalleista hoidossa. Potilaiden haitta- ja vaaratapahtumat johtavat pahimmillaan kuolemiin ja menetettyihin elinvuosiin, mutta myös elinikäisiin vammautumisiin. (WHO 2024.)

Terveydenhuollon haitta- ja vaaratapahtumat aiheuttavat epäsuorasti menetettynä työkykynä ja suoraan lisääntyneenä hoidon tarpeena huomattavia kustannuksia globaalisti. Korkeamman tuloluokan maissa potilaiden haitta- ja vaaratapahtumat aiheuttavat merkittäviä kustannuksia. 15 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista kuluu näissä maissa potilaiden haitta- ja vaaratapahtumien aiheuttamien oireiden sekä vammojen hoitamiseen. Nämä aiheuttavat huomattavia kustannuksia ja vaativat enemmän resursseja terveydenhuoltoon. Matalamman tuloluokan maissa potilasvahingot aiheuttavat kustannuksia, jotka rasittavat jo aikaisemmin niukkoja terveydenhuollon resursseja, joita tarvitaan muuhun välttämättömään hoitoon. (WHO 2024.)

Pitkäaikaishoidon potilailla on havaittu fyysisiä ja psyykkisiä haittoja ja vammautumisia haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaneita seikkoja ovat olleet useimmiten kaatumiset ja siitä syntynyt vammautuminen (Kapoor ym., 2019; Kohinova ym., 2023), painehaavaumat ja lääkitykseen liittyvät virheet. Lääkitys aiheuttaa myös usein kaatumistapaturmia

pitkäaikaishoidossa. Psykologisia vaikutuksia ovat olleet potilaan levottomuus, masennus ja kivut. (Kohinova ym., 2023.)

Suomessa potilasvakuutuskeskukselle tehtiin vuonna 2024 yhteensä 9518 potilasvahinkoilmoitusta. Neljännes korvauksia hakeneista sai korvauksista vähintään yhdestä hoitoonsa osallistuneen yksikön tai organisaation osalta ja kaikista korvatuista vahingoista noin 95 % oli hoitovahinkoja. Hoitovahingolla tarkoitetaan tilannetta, jossa vahingolta olisi välttytty, mikäli terveydenhuollon ammattilainen olisi toiminut hoitotilanteessa eri tavalla. Suomessa potilasvakuutuskeskuksen maksamat korvaukset vuonna 2024 olivat 40,2 miljoonaa euroa ja tämä on vain osa kustannuksista, mitä haitta- ja vaaratapahtumista sekä potilasvahingoista aiheutuu yhteiskunnalle. On hyvä kuitenkin muistaa, että noin 78 % tapauksista todettiin, ettei potilasvahinkoa ole syntynyt terveydenhuollon toimesta. Tämän tutkimuksen kohdealueella Varsinais-Suomen hyvinvointialueella potilasvahinkoilmoituksia tehtiin 97 kappaletta vuonna 2024. (Potilasvakuutuskeskus, 2025.)

### 2.1.2 Oheiskärsijä

Termi "second victim" on nostettu keskusteluun ensimmäisen kerran tuomaan esiin tuomitsevan ja syyllistävän kulttuurin olemassaolosta. Hoitovirheet sekä potilasvahingot ovat inhimillisiä tapahtumia. Virheen tekijä on perinteisesti jätetty tilanteessa yksin kärsimään. Muutkin hoitavan tiimin jäsenet, olleessaan mukana ja todistamassa potilaan haitta- ja vaaratapahtumaa kärsivät myös tilanteesta. (Wu 2000.) Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus on ottanut "second victim"- termistä käyttöön "oheiskärsijä"- suomennoksen (Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus, n.n.). Hoitohenkilökunnan tuen tarve potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen on tunnistettu ja heidän tarpeitaan on kartoitettu aiemminkin. Hoitohenkilöstölle suunnatut tukimekanismit potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen ovat silti harvinaisia (Ajri-Khameslou ym., 2017; Alevi ym., 2024; Jukarainen ym., 2025; J. Mira ym., 2024; Stone, 2020).

Oheiskärsijällä tarkoitetaan terveydenhuollon työntekijää, joka on ollut osallisena suoraan tai epäsuorasti potilaan haitta- ja vaaratapahtumassa, terveydenhuollossa tapahtuneessa vahingossa, virheessä tai tapahtumassa, joka on johtanut potilaan vammautumiseen ja kokee tästä tapahtumasta fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia eli oheiskärsijäoireilua. (Vanhaecht ym., 2022.) Potilas on haitta- ja vaaratapahtuman ensimmäinen ja tärkein uhri, terveydenhuollon henkilöstö oheiskärsijä eli toinen uhri, (Alevi ym., 2024; Amit Aharon ym., 2021). "Second victim"- termin käyttöä on

kritisoitu sen potilaan ja omaisten sekä hänen läheistensä kokeman kärsimyksen mahdollisesta vähättelevästä vaikutuksesta (Clarkson ym., 2019).

Vuonna 2022 asiantuntijaryhmä (The European Researchers' Network Working on Second victims, ERNST), määritteli "second victim"-termin. "Second victim"- termillä tarkoitetaan terveydenhuollon työntekijää, joka on suoraan tai epäsuoraan ollut osallisena potilaan haitta- ja vaaratapahtumassa, terveydenhuollon virheessä tai potilaan vammautumiseen johtaneessa tapahtumassa ja kokee tästä tapahtumasta oheiskärsijäoireilua. ERNST totesi myös, että useimmiten systeemisistä ja organisatorisista ongelmista syntyisin olevat potilaan haitta- ja vaaratapahtuma ovat tyypillisiä ja harvemmin puhtaasti inhimillisistä syistä tai vahingoista johtuvia. Yksittäisiä terveydenhuollon työntekijöitä ei tulisi tuomita rikosoikeudelliseen vastuuseen systeemin virheistä tai puutteista. (Mira ym., 2024; Vanhaecht ym., 2022.) Oheiskärsimistä ja oheiskärsijäilmiötä voidaan lisäksi mitata (Burlison ym., 2017, 2021).

Oheiskärsiminen voi ilmetä erilaisilla psykologisilla ja fyysisillä oireilla ja hoitohenkilökunnalla voi ilmetä erilaisia negatiivisia tuntemuksia potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Fyysisenä oireiluna voi ilmetä selkä- pääkipua sekä takykardiaa, hengitystiheyden kasvua ja lihasjännitystä. Psykkinen oireilu ilmenee syyllisyyden, häpeän ja vihan tunteina. Mielenterveydenongelmat, kuten masennus, ahdistus, syömishäiriöt ja päihdeongelmat ovat tavallisia. Myös suisidaalisuutta on kuvattu oireistossa. Yleisimpinä psykosomaattisina oireina on kuvattu uniongelmia ja unettomuutta. (Cohen ym., 2023; Jukarainen ym., 2025.) Koettu syyllisyys, ahdistus ja häpeä saattavat johtaa ammatti-identiteetin heikkenemiseen ja ammatillisen itsevarmuuden laskuun (Choi ym. 2022, Cohen ym. 2023).

Oheiskärsijäoireilu voi olla pitkäkestoista ja vaikeusasteeltaan vaikeaa, keskivaikeaa tai lievää. Oireilu saattaa ilmetä välittömästi tapahtuman jälkeen, tai pitkän ajan kuluttua vuosienkin viiveellä. (Ajri-Khameslou ym. 2017, Cohen ym. 2023.) Oireilussa on tunnistettu vakavuudeltaan PTSD-tason oireilua ja oireista yleisimpänä ovat muutokset kognitiossa ja mielialassa (jopa 60 %:lla terveydenhuollon ammattilaisista, jotka ovat olleet osallisina potilaan haitta- ja vaaratapahtumassa). Nämä oireet liittyvät useimmiten syyllisyyden, häpeän ja itsensä epäilyn tunteisiin. Muita yleisiä PTSD- tason oireita ovat ahdistus (35 % henkilöstöstä), unettomuus (30 % henkilöstöstä) ja mieleen ajoittain ja toistuvasti tunkeutuvat muistot tapahtuneesta (20 % henkilöstöstä). (Fisher ym., 2025.)

Hoitohenkilökunnassa on havaittu myös positiivisia vaikutuksia potilaalle tapahtuneen haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Hoitohenkilökunta oppii virheistään. Hoitajat ovat halunneet parantaa

osaamistaan, lisätä tarkkaavaisuuttaan, etsiä enemmän tietoa ja konsultoida muita sekä he haluavat jakaa muiden kanssa tietoa. (Ajri-Khameslou ym., 2017; Jukarainen ym., 2025.) Terveysthuollon henkilökunta haluaa ja tarvitsee tukea potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Annetun tuen avulla on mahdollista lieventää tapahtuman jälkeistä oheiskärsijäoireilua ja lyhentää sen kesto. (Alevi ym., 2024; Cohen ym., 2023; Huang ym., 2022; Jukarainen ym., 2025; McDaniel & Morris, 2020; Mira ym., 2024.)

### 2.1.3 Hoitohenkilökunta pitkäaikaishoidossa

Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan pitkäaikaishoidon potilaita hoitavaa henkilökuntaa esimerkiksi sairaanhoitajia ja lähi- tai perushoitajia, joille on myönnetty oikeus harjoittaa työtään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattinimikkeellä. Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilökuntaan laskettiin mukaan myös aktiivisesti potilaan hoitotyöhön osallistuvia henkilöitä, kuten hoitoalan opiskelijoita. Lähihoitaja on nimikesuojattu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö. Sairaanhoitaja määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon laillistetuksi ammattihenkilöksi. Laillistetuissa tehtävissä saa toimia Valviran (lupa- ja valvontavirasto) myöntämän laillistuksen saanut henkilö. Nimikesuojatussa tehtävässä voivat toimia myös sellaiset nimikesuojatut henkilöt, jotka eivät ole rekisterissä. Suomessa Valvira myöntää oikeudet harjoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteja. (Sosiaali- ja terveystministeriö, 2024; Valvira, n.n.)

Pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan laajaa sosiaalisten, yksilöityjen ja lääkinällisten palveluiden sekä tukien muotoja pitkäaikaisesti. Näiden tavoitteena on taata perusoikeudet ja inhimillinen arvokkuus henkilöille, jotka ovat vaarassa menettää, tai ovat jo menettäneet luontaisen toimintakykynsä psyykkisen ja fyysisen sairauden, tai kehitysvamman vuoksi. Pitkäaikaishoitoa tarjoavat informaalisti, epävirallisesti perheenjäsenet, ystävät tai sukulaiset ja muut henkilön yhteisöön kuuluvat jäsenet. Formaalia, virallista ja organisoitua pitkäaikaishoitoa tarjoavat erilaiset terveydenhuollon ammattilaiset. (WHO, 2022.)

Kaikenikäiset tarvitsevat pitkäaikaishoitoa ja -hoivaa. Väestö ikääntyy maailmanlaajuisesti kiihtyvää vauhtia ja yli 60 vuotiaat ovat suurin pitkäaikaishoitoa tarvitseva ryhmä.

Maailmanlaajuisesti arvioidaan noin 142 miljoonan henkilön tarvitsevan pitkäaikaishoitoa perustarpeidensa turvaamiseksi jossain vaiheessa elämäänsä. Naiset, yksinasuvat ja huonomman terveyden sekä heikomman sosioekonomisen aseman omaavat, ovat todennäköisemmin pitkäaikaishoitoa tarvitsevia. Formaalin ja informaalin (puoliso, ystävät, perhe, sukulaiset ja

yhteisö) pitkäaikaishoidon tarjoajat ovat maailmanlaajuisesti useammin naisia. Formaalin pitkäaikaishoidon tarjoajat ovat Euroopassa useimmiten naisia ja jokaista pitkäaikaishoidossa työskentelevää miestä kohden yhdeksän naista toimii pitkäaikaishoitoa tarjoavassa terveydenhuollon tehtävässä. (WHO, 2022.)

Suomessa pitkäaikaishoidon järjestämisvastuu on 21 hyvinvointialueella ja kuuluu sosiaalihuollon järjestettäväksi. Julkisen palvelun tuottamisen lisäksi palveluita tuottavat yksityiset tahot. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025 a.) Palveluita tarjotaan tarpeen arvion perusteella. Palvelun tarpeen arviointi tehdään viipymättä ja yhteistyössä asiakkaan kanssa. Arvioinnissa otetaan huomioon asiakkaan elämäntilanne ja siinä pyritään tunnistamaan asiakasta eniten hyödyttävät palvelumuodot. Pitkäaikaishoitoon kuuluu erilaisia palvelumalleja kuten kotihoito, ympärivuorokautisen ja lyhytaikaisen hoidon palveluasuminen sekä kehitysvammaisten- ja mielenterveyden kuntoutujien palveluasuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2015, 2024.)

Laitospalvelulla ja -hoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa, jossa potilaan hoito ja huolenpito voidaan turvata myös ympärivuorokautisesti sellaisissa tapauksissa, että se on perusteltua hänen terveydentilansa tai turvallisuutensa vuoksi eikä sitä ole mahdollista järjestää sitä tarvitsevan kotona. Laitoshoidon voi olla lyhyt- tai pitkäkestoista. Siitä säädetään kokonaisuudessaan sosiaalihuoltolaissa 1301/2014. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2015, 2025 b.) Sosiaalihuollon laitospalvelut sisältävät ikääntyneiden laitoshoidon, lastensuojelun laitoshoidon ja päihdeongelmaisten laitoshoidon ja -palvelut. Pitkäaikaisia laitospalveluita käytetään, kun muut palvelut eivät ole enää riittävät. Asiakkaat ovat pääasiassa ikääntyneitä ja huostaanotettuja lapsia sekä päihdekuntoutujia. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025 b.)

Ikääntyneiden laitoshoidolla tarkoitetaan lyhyt- tai pitkäaikaista laitoshoidon. Pitkäaikainen laitoshoidon tarkoittaa ympärivuorokautista hoitoa, kun kotiin tai palveluasuntoon tarjottavilla palveluilla ei voida taata riittävää hoitoa. Tähän sisältyy puhtauteen liittyvän perushoidon lisäksi lääkitys, vaatetus sekä sosiaalisen hyvinvoinnin takaavat palvelut. Siirtymäajan jälkeen iäkkäiden kansalaisten laitoshoidon siirtyy vuonna 2027 ympärivuorokautisen palveluasumisen muotoon. Lastenhoidon laitoshoidon toteutetaan lastenkodeissa, vastaanottokodeissa, koulukodissa ja nuorisokodeissa tai muissa vastaavissa lastensuojelun laitoksissa. Näitä laitoksia ylläpitävät hyvinvointialueet ja niiden kunnat, valtio sekä yksityiset toimijat. Päihdekuntoutuksen toteutuminen laitoshoidon kokonaisuudessa voidaan toteuttaa terveydenhuollon hoidon aikana tai lomittain samanaikaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025b.)

Pitkäaikaishoidon potilaat ovat kaikkein haavoittuvimmassa asemassa muihin potilasryhmiin verrattuna. Syynä tähän ovat korkeampi ikä ja sen mukana tuoma henkisen ja fyysisen toimintakyvyn rappeutuminen sekä polyfarmasia. (Kohinova ym., 2023.) Pitkäaikaishoidossa potilaan haitta- ja vaaratapahtumat aiheutuvat useimmiten organisatorisista ongelmista, jotka syntyvät pienestä hoitohenkilökunnan määrästä, riittävän ajan puutteesta (Kohinova ym., 2023) ja heikoista työolosuhteista (Kapoor ym., 2019; Kohinova ym., 2023). Ongelmia on myös pienten hoitohenkilökuntaresurssien ja tiedon puutteen vuoksi reagoida riittävän ajoissa pitkäaikaishoidossa olevan potilaan voinnin huononemiseen (Kapoor ym., 2019; Kohinova ym., 2023) ja samoin sairaalahoitosta takaisin pitkäaikaishoitoon siirtymisen yhteydessä tapahtuneissa haitta- ja vaaratapahtumissa esimerkiksi lääkitysmuutosten vuoksi (Vaismoradi ym., 2020).

## **2.2 Yhteenveto taustasta**

Oheiskärsijällä tarkoitetaan terveydenhuollon työntekijää, joka on suorasti tai epäsuorasti (osallinen tai todistanut tapahtumaa) osallisena potilaan haitta- tai vaaratapahtumassa. Potilas on haitta- ja vaaratapahtuman ensimmäinen uhri ja terveydenhuollon työntekijä tapahtuman toinen uhri. Terveydenhuollon työntekijä oireilee potilaan haitta- ja vaaratapahtuman negatiivisesti henkisesti esimerkiksi kokemalla syyllisyyden tunteita, ahdistusta, häpeää ja ammatillisen itsetunnon heikkenemistä ja fyysisesti päänsärkinä, unettomuutena ja selkäkipuna. Tätä oireistoa kutsutaan oheiskärsijäoireiluksi. Oireilu saattaa olla hyvinkin vaikeaa ja myös PTSD- tasoista. Jopa 60 % potilaan haitta- ja tapahtumaan osallisina olleista kärsii muutoksista mielialassa ja kognitiossa. Potilaan haitta- ja vaaratapahtumalla voi olla myös positiivisia vaikutuksia hoitohenkilöstöön esimerkiksi lisääntyneenä ammatillisena tehokkuutena.

Hoitohenkilöstö haluaa tukea potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Asianmukaisten tukimekanismien avulla on mahdollista lieventää hoitohenkilöstön oireilua potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Pitkäaikaishoito saattaa olla altis potilaan haitta- ja vaaratapahtumille. Hoitohenkilöstön resurssit ovat pienet, työtä värittää kiire ja väsymys ja nämä altistavat potilaan- ja haittatapahtumille. Haitta- ja vaaratapahtumien vaikutuksia potilaisiin sekä tekijöitä mitkä altistavat niille pitkäaikaishoidossa on tutkittu, mutta hoitohenkilökunnan oheiskärsijäilmiötä ei juuri ole tutkittu pitkäaikaishoidon kontekstissa.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan mahdollista oireistoa ja organisaation tarjoamaa tukea sekä hoitohenkilökunnan toivomaa tukea pitkäaikaishoidossa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen.

Tutkimuskysymykset:

- Ilmeneekö hoitohenkilökunnalla oheiskärsijä oireilua pitkäaikaishoidossa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen?
- Kuinka vaikeaa on pitkäaikaishoidon hoitohenkilökunnalla oheiskärsijä oireilu potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen?
- Minkälaisia ovat hoitohenkilökunnan oheiskärsijöinä koettu ja toivoma tuki potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen?

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa, millaisia tukitoimia voitaisiin hyödyntää pitkäaikaishoidon hoitohenkilökunnan oheiskärsijöinä potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen.

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄT

### 4.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus toteutettiin kuvailevana poikkileikkaustutkimuksena. Valittu tutkimusasetelma sopi käytettäväksi, koska tutkimus oli kertaluontoinen ja siinä mitattiin tutkittavan joukon ominaisuuksia tietyssä hetkenä. Tässä tutkimuksessa pyrittiin kartoittamaan luonnollisena tutkittavan ilmiön tilannetta ja esiintyvyyttä tietyssä hetkessä. (Gray ym., 2017; Heikkilä, 2008; Yang ym., 2012.)

### 4.2 Tutkimusympäristö

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki Varsinais-Suomen pitkäaikaishoidossa (kotihoito, tehostettu palveluasuminen, mielenterveyskuntoutujien- ja kehitysvammaisten asumispalvelut) työskentelevä hoitohenkilökunta (perus-, lähi-, sairaanhoitaja tai muu hoitohenkilöstö). Varsinais-Suomen hyvinvointialue (Varha) vastaa sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä pelastuspalveluiden järjestämisestä 27 kunnan alueella. Asukkaita Varsinais-Suomen hyvinvointialueen alueella on noin 500 000. Varha työllistää noin 23 000 henkilöä eri tehtävissä. Sote- palveluissa työskentelee noin 6000 henkilöä. Palveluita tuotetaan yksityisten toimijoiden kanssa yhteistyössä. (Varha, 2025.) Tutkimukseen osallistui julkisia ja yksi yksityinen pitkäaikaishoitoa tarjoava sosiaalihuollon järjestämä pitkäaikaishoidon organisaatio. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2015).

### 4.3 Perusjoukko, otantamenetelmä ja otos

Populaationa eli perusjoukkona tutkimuksessa oli hoitohenkilökunta pitkäaikaishoidon kontekstissa. Tarkkaa lukumäärää perusjoukosta ei voitu määrittää. Havainnointi- eli tilastoyksikkönä toimii yksittäinen hoitohenkilökunnan jäsen (Tähtinen ym., 2020). Linkki sähköiseen kyselyyn toimitettiin suoraan yksiköihin ja jokaisella halukkaalla oli mahdollisuus vastata siihen. Kyselylomake lähetettiin alueellisesti sopiviin kaikkiin hoitoyksiköihin. Otoksen tavoitteena oli saada riittävän suuri otos kuvaamaan perusjoukkoa. Otos tässä tutkimuksessa oli tarkoituksenmukainen. Otoskoko 100 riittää karkeaan arviointiin. (Heikkilä, 2008; Tähtinen ym., 2020.) Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita hoitohenkilökunnan kokemuksista, jolloin mukaanotto- ja poissulkukriteerit kyselyyn vastaaville muodostuivat koskemaan potilaan haitta- ja vaaratapahtumissa olevaa hoitohenkilökuntaa sosiaalihuollon järjestämässä pitkäaikaishoidossa. Kyselytutkimuksen vastaajien mukaanottokriteereinä olivat: vastaaja on ollut osallisena, tai todistanut potilaan haitta- tai vaaratapahtumaa, vastaaja kuuluu hoitohenkilökuntaan (sairaanhoitaja, perus- tai lähihoitaja) ja

vastaaja työskentelee sosiaalihuollon järjestämässä pitkäaikaishoidossa. Poissulkukriteerinä oli muut ammattikunnat, kuten esimerkiksi lääkärit.

#### 4.4 Aineistonkeruumenetelmä

Aineisto kerättiin sähköisen kyselyn avulla, jolloin oli helppo vastata vastaajalle sopivalla hetkellä, jotta se tavoitti mahdollisimman monen henkilön kohdeorganisaatioista. Kyselytutkimuksessa voidaan kontrolloidusti kerätä oleellista tietoa ja tutkimuskysymyksiin vastaten validoitujen mittareiden avulla tuottaa aineistoa. Sähköinen kysely mahdollisti myös vastaajan anonymiteetin toteutumisen, jolloin vastaaminen oli rehellistä. (Gray ym., 2017; Heikkilä, 2008; Tähtinen ym., 2020.) Asenneasteikollisella ja strukturoitudulla kyselytutkimuksella voitiin mitata vastaajan tietoja, asenteita, tunteita ja aikeita omakohtaisesta ja henkilökohtaisesta näkökulmasta (Rattray & Jones, 2007).

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella validoidulla SVEST mittarilla (Second Victim Experience and Support Tool) ja sen päivitetyllä sekä suomennetulla versiolla (FI-SVEST-R) sekä PTSD- oireita mittaavalla PCL-5 mittarilla. Yhdysvaltalaisen SVEST- mittarin on alun perin kehittänyt Burlison ym. (2017) ja se sisältää 29 kysymystä, jotka jakaantuivat seitsemään osa-alueeseen. Osa-alueita olivat 1. psykologinen kuormitus (4 kysymystä), 2. fyysinen kuormitus (4 kysymystä), 3. kollegoiden tuki (4 kysymystä), 4. esihenkilöiden tuki (4 kysymystä), 5. Institutionaalinen tuki (3 kysymystä), 6. työhön liittymätön tuki (2 kysymystä) ja 7. ammatillinen tehokkuus (4 kysymystä). Negatiiviseen lopputulokseen tapahtuneen jälkeen mittaavia osa-alueita olivat 1. aiheet lähteä alalta (2 kysymystä) ja 2. poissaolot (2 kysymystä).

Mittaria päivitettiin Winning ym. (2021) toimesta, jonka jälkeen kysely koostui 35 kysymyksestä. Päivitetyin SVEST-R (Second Victim Experience and Support Tool Revised) mittarin osa-alueista poistettiin työhön liittymättömän tuen osio ja tapahtuman jälkeiseen positiiviseen lopputulokseen viittaava osa-alue, resilienssi, (suomennettu selviytymiskyky, 4 kysymystä) lisättiin. SVEST-R mittarin rakennevaliditeetti on todettu hyväksi, Cronbachin alphan vaihdellen tekijöittäin 0,66–086 välillä. (Winning ym., 2021.)

Terveystieteiden organisaatiot voivat käyttää SVEST- mittaria kartoittaakseen oheiskärsijä kokemuksia henkilökunnassaan, sekä heille jo olemassa olevien tukimuotojen toimivuutta. Lisäksi mittarilla voidaan kartoittaa henkilöstön toiveita tuesta potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. SVEST- mittaria voidaan käyttää mittamaan tukimuotojen tehokkuutta ennen ja jälkeen niiden

implementoinnin. (Burlison ym., 2017.) Lupa mittareiden käyttöön on saatu alun perin aineiston keränneiden toimesta.

Suomeksi kyselyn on kääntänyt Mahat ym. (2022) ja käännöstyö on tehty huolellisesti tarkastamalla se kahdeksan hengen asiantuntijajaneelin ja takaisinkäännöksen avulla. FI-SVEST-R sisältää 35 kysymystä tai väittämää, jossa vastausasteikkona käytetään viisiportaista Likertin asenne-asteikkoa. Asteikon ääripäät ovat 1 vahvasti eri mieltä sekä 5 vahvasti samaa mieltä. Mittarilla mitataan oheiskärsijän kuormituksen määrää, organisaation antamaa tuen määrää ja tapahtuman lopputulosta (aiheet lähteä alalta, poissaolot, resilienssi, ammatillinen tehokkuus). Käännöksen rakennevaliditeetti todettiin hyväksi Cronbachin alphan ollessa 0,789–0,934 eri summamuuttujissa ja tekijöiden latauksen ollessa 0,390–0,970 kuvaten yksittäisten väittämien liittyminen eri osa-alueisiin. (Mahat, ym., 2025.)

PCL-5- mittaria (PTSD checklist) käytettiin kyselyssä tunnistamaan traumaperäisen stressihäiriön (Post Traumatic Stress Disorder) mahdollinen olemassaolo ja perustuu DSM-5 kriteeristöön. Mittarilla voidaan seurata oireita ennen ja jälkeen hoidon sekä tehdä väliaikainen diagnoosi. Mittari koostuu 20 kysymyksestä, jotka sisältävät kysymyksiä liittyen oireiden muutoksiin sekä mahdollisten uusien oireiden ilmentymiseen. (Weathers ym., 2013.) Mittarin rakennevaliditeetti on todettu erinomaiseksi psykometrisessä testauksessa Cronbachin alphan ollessa 0,94 (Hoeboer ym., 2024). Traumaperäisillä stressihäiriöillä tarkoitetaan melko yleisiä traumatisoivien, tai erityisen kuormittavien tapahtumien jälkeisiä mielenterveydenhäiriöitä. Potilas oireilee negatiivisesti muun muassa kokemalla tapahtumaa yhä uudelleen ja kärsii mielialan vaihteluista sekä sosiaalisen käyttäytymisen muutoksista. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2022.) Suomennostyo mittarille on tehty vuonna 2013. (Haravuori, 2020)

Kyselyn alussa kysyttiin seitsemän vastaajan taustaa selventävän sosiodemografisen kysymyksen (ikä, sukupuoli, siviilisäätö, koulutustausta, nykyinen työtehtävä, työkokemus vuosina, työtyyppi) lisäksi, onko vastaaja ollut osallisena tai todistanut potilaan haitta- tai vaaratapahtumaa. Mikäli vastaajalla ei ole ollut tällaista kokemusta, kysely päättyi vastaajan osalta siihen.

Tutkimukselle on suoritettu eettinen ennakoarviointi 15.4.2024. Tutkimuslupa on saatu kohdeorganisaatioista 28.5.2025. Tämän pro gradu- tutkielman tutkimussuunnitelma on hyväksytty Turun yliopistossa maaliskuussa 2025. Kyselytutkimuksen aineisto on kerätty kesäkuu 2024-

toukokuun 2025 välisenä aikana ja tämän tutkimuksen tekijällä on ollut käyttöoikeus kerättyyn aineistoon, mikä on tutkimus tiedotteessa todennettu.

Yhdyshenkilönä yksiköissä toimivat esihenkilöt. Heihin otettiin yhteyttä henkilökohtaisesti kohdeorganisaatioiden henkilöstölistojen perusteella. Esihenkilöt välittivät sähköisen kyselyn edelleen osallistuvalla henkilöstölle tutkimukseen liittyvän tiedotteen kanssa. Aineisto kerättiin REDcap- järjestelmällä ja tiedot säilytettiin Turun Yliopiston palvelimella.

#### 4.5 Aineiston analyysi

Aineistoon tutustuttiin ensin REDcap- järjestelmässä ja sen jälkeen se siirrettiin tilastollista tarkastelua varten *SPSS for windows 31*- ohjelmistoon. Vastauksissa oli karkeasti arvioituna yli puolet vastauksia, missä vastaaja oli ollut osallisena potilaan haitta- ja vaaratapahtumassa. Vastaajissa oli sekä naisia, että miehiä ja yksi vastaajista ei ollut halunnut ilmoittaa sukupuoltaan. SPSS- ohjelmistoon muodostettiin havaintomatriisi ja aineisto käytiin läpi nimeämällä kategorisia muuttujia vastaamaan kyselylomaketta. Tämän jälkeen SVEST-R kyselylomakkeen alkuperäisten tekijöiden ohjeistuksen mukaisesti osa muuttujista tehtiin pisteytyksessä käänteiseksi ja kaikista osa-alueista laskettiin summamuuttujat. Asennekysymysten tulokset ilmoitetaan keskiarvona ja keskihajontoina koko aineistosta. Muuttujien arvot koodattiin niin, että arvo 1 = pienin, negatiivisin ja 5 paras, positiivisin.

Tämän jälkeen lasketaan keski-arvot kaikkiin yhdeksään osa-alueeseen (henkinen kuormitus, fyysinen kuormitus, työkavereiden tuki, esihenkilöiden tuki, ammatillinen tehokkuus, aiheet lähteä alalta, poissaolot, selviytymiskyky). Korkeampi keskiarvo merkitsee aina oheiskärsimyksen liittyvää oireilua, koetun riittävän tuen puuttumista ja suurempaa oheiskärsijän työssäjaksamisen (käytännössä myös töistä pois jäänti) heikentymistä.

Seuraavaksi jokaiselle mitatulle osa-alueelle laskettiin prosenttiosuudet, millä vastaajat ovat samaa mieltä tutkituista osa-alueista. Vastauksissa 4 tai yli, merkitsee vahvasti samaa mieltä olemista. Tämä laskutapa mahdollistaa organisaation arvioinnin negatiivisen oheiskärsimisen ja oireilun suuruusluokasta. Kyselyssä esitetyn toivottujen tukimuotojen (toivoisin seuraavia tukimuotoja vaaratapahtumien jälkeen) arvioinnissa vastausvaihtoehdot 4 ja 5 tarkoittavat kyseistä tukimuotoa toivottavan ja vastausvaihtoehdot 1 ja 2 tarkoittaa ettei kyseistä tukimuotoa toivota.

Prosenttiosuudet laskettiin kuvaamaan, kuinka paljon kyseistä tukitoimea toivotaan. Näillä menetelmillä organisaatioiden on mahdollista saada tärkeää tietoa mikä on toivotuin tukimuoto ja pystyy allokoimaan tukien resurssoinnin oikein. (Burlison ym., 2017.)

PCL-5 kyselyyn vastataan Likertin asteikolla 0–4 jolloin 0 tarkoittaa ”ei lainkaan”, 1 vastaa ”melko vähän”, 2 vastaa ”jonkin verran”, 3 vastaa ”melko paljon” ja 4 ”erittäin paljon”. Pisteytys on maksimissaan 80 (jokaisesta vastauksesta yksi piste) ja 31–33 pisteen rajaa pidetään rajana traumaperäiselle stressihäiriölle. Jokaiselle vastaajalle lasketaan vastausten summa pistemäärän saamiseksi. Tässä tutkimuksessa traumaperäisen stressihäiriön pisterajana pidettiin 33 pistettä. (Weathers ym., 2013). Kahden eri mittarin tulokset hyödynnetään etsimällä vastauksia tutkimuskysymyksiä vastaten, onko osallistujilla niin vaikeaa oireilua, että se voidaan osoittaa vakavuudeltaan jo PTSD- oireiluksi käyttämällä PCL-5 mittaria.

Tilastollisissa testeissä käytettiin yleisesti hyväksyttyä tilastollisen merkitsevyyden rajaa  $p < 0,05$ . Aineisto analysoitiin käyttämällä tilastollisia menetelmiä. Käytetty menetelmä takaa tulosten tarkastelussa objektiivisuuden. (Heikkilä, 2008.) Kuvailevina tietoina ovat sosiodemografiset muuttujat eli osallistujien ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutustausta, nykyinen työtehtävä, työkokemus vuosina sekä työyksikön luonne. Taustatekijöiden tarkasteluun tässä tutkielmassa oireiden vakavuudessa valikoitui ikä, sukupuoli, nykyinen työtehtävä ja työkokemus.

#### 4.5.1 Aineiston jakaumat

Vastanneiden taustatiedot (sosiodemografiset muuttujat) olivat kategorisia muuttujia tai järjestettynä luokkiin, joten normaalijakaumatarkastelua ei tehty. Asennekyselyn osalta tarkasteltiin yhdeksän eri muuttujan osalta niiden normaalijakautuneisuutta. Kaikki muuttujat olivat normaalisti jakautuneita paitsi ”esihenkilöiden tuki” (vinous -1,325; Md 3,5; ka 3,4450; IQR 0,81) ja ”selviytymiskyky” (vinous -1,124; Md 4,0; ka 3,8389; IQR 0,50), jotka eivät olleet tunnuslukujen perusteella normaalisti jakautuneita. (Tähtinen ym., 2020.) Mittarin kehittäjä ohjeistaa analyysissä käyttämään tunnuslukuina keskiarvoa ja keskihajontaa sekä frekvenssiä, joten näitä tunnuslukuja on käytetty esittämään oireiden ja saadun sekä toivotun tuen tunnuslukuja (Burlison ym., 2017).

## 5 TULOKSET

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeen avanneita oli yhteensä 103. Kokonaispopulaatio ei ole tiedossa, jolle vastaaminen olisi ollut mahdollista eli vastausprosentti ei ole tiedossa. Täysin tyhjä vastauslomakkeet poistettiin. Täysin tyhjiä avattuja kyselylomakkeita oli 22, joten lopullinen vastanneiden määrä oli 81. Vain osaan kysymyksistä vastanneita oli kyselylomakkeista osa, mutta kaikki otettiin mukaan aineistoon. Vastaajien keski-ikä (n=81) oli 43 vuotta (keskihajonta 12,5 vuotta; vaihteluväli 20–64). Työkokemuksen (n=72) keskiarvo oli 15 vuotta (keskihajonta 11,8; vaihteluväli 1–43). Miehiä vastanneissa oli 9 (11,1 %) ja naisia 71 (87,7 %). Yksi (1,2 %) ei halunnut vastata sukupuoleensa liittyvässä kysymyksessä. Ammattiryhmässä ”muu” oli lähihoitajaopiskelijoita, fysioterapeutteja ja yksikön esihenkilöitä. Tämä luokka muodosti 16 vastaajaa ja on sinänsä hyvin mielenkiintoinen, koska ovat hoitotyössä avustavaa henkilökuntaa, joten se otettiin mukaan ryhmien väliseen vertailuun. Lähihoitajina työskenteli eniten vastanneista (n=53) ja vastanneista suurin osa työskenteli ympärivuorokautisessa palveluasumisessa (n=51). Vastaajat jaettiin iän mukaan 10 vuoden luokkiin. Vastaajat jaettiin työkokemuksen osalta 5 vuoden luokkiin kaikki 25 työvuoteen saakka ja yli 26 vuotta olleet yhteen luokkaan. Vastanneiden taustatiedot esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1: Vastaajien taustatiedot

Vastaajien taustatiedot	n (%)
ikä luokittain (vuosina)	
<25	8 (9,9)
25–35	17 (21,0)
36–45	17 (21,0)
46–55	22 (27,2)
56–65	17 (21,0)
<b>Sukupuoli</b>	
mies	9 (11,1)
nainen	71 (87,7)
en halua vastata	1 (1,2)
muu	0(0)
<b>Siviilisääty</b>	
naimaton	33 (40,7)
naimisissa	32 (39,5)
eronnut	10 (12,3)

leski	2 (2,5)
rekisteröidyssä parisuhteessa	3 (3,7)
eronnut rekisteröidystä parisuhteesta	1 (1,2)
leski rekisteröidystä parisuhteesta	0 (0)

#### **Koulutustausta**

Ammattitutkinto	63 (77,8)
alempi korkeakoulututkinto	16 (19,8)
ylempi korkeakoulututkinto	2 (2,5)
tutkijakoulu	0 (0)

#### **Nykyinen työtehtävä**

perushoitaja	3 (3,7)
lähihoitaja	53 (65,4)
sairaanhoitaja	9 (11,1)
muu	16 (19,8)

#### **Työkokemus luokittain (vuosina)**

0–5	20 (28,2)
6–10	14 (19,7)
11–15	10 (14,1)
16–20	5 (7,0)
21–25	6 (8,5)
>25	16 (22,5)

#### **Työyksikön tyyppi**

kotihoito	1(1,2)
ikäntyneiden yhteisöllisen asumisen yksikkö	11 (13,6)
ympäri vuorokautinen palveluasuminen	51 (63)
laitoshoidon asuminen	3 (3,7)
lyhytaikaisen ympärivuorokautisen yksikkö	2 (2,5)
mielenterveyden kuntoutujien asumispalvelut	0 (0)
kehitysvammaisten asumispalvelut	0 (0)

## 5.2 Hoitohenkilökunnan oheiskärsijäoireilu potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen pitkäaikaishoidossa

### 5.2.1 Oheiskärsijäoireilu potilaan haitta ja vaaratapahtuman jälkeen

Suurin osa kyselyyn vastanneista oli ollut osallisena tai todistanut potilaan haitta- ja vaaratapahtumaa. Vastaajista 69 (85,2 %) vastasi potilaan haitta- ja vaaratapahtuman osallisuuteen tai todistamiseen liittyvään kysymykseen kyllä. Vastaajista 12 (14,8 %) vastasi ettei ollut todistanut, tai ollut osallisena potilaan haitta- ja vaaratapahtumassa.

Vastaajien oireilusta potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen muodostettiin summamuuttujat ”henkinen kuormitus”, ”fyysinen kuormitus”, ”aiheet lähteä alalta”, ”poissaolot”, ammatillinen tehokkuus” ja selviytymiskyky”. Summamuuttujat ”ammatillinen tehokkuus” ja ”selviytymiskyky” ei ole suoraan negatiivisia oireita, vaan tapahtuman lopputuloksia, jotka ovat positiivisia. (Burlison ym., 2017.) Vastausvaihtoehdoissa vastaajat vastasivat asennekyselyn asteikolla 1-5, jossa 1= vahvasti eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= samaa mieltä, 5= vahvasti samaa mieltä.

Vähiten negatiivista oireilua oli summamuuttujassa ”poissaolot” (ka 1,7; SD 0,72) eli vastaajat kokivat vähiten tarvetta olla poissa töistä oheiskärsijäoireilun vuoksi potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen ja eniten negatiivista oireilua summamuuttujassa ”henkinen kuormitus” (ka 2,8; SD 0,95) jolloin he kokivat eniten oheiskärsijäoireilusta henkistä kuormitusta. Muissa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeisissä lopputuloksissa ”ammatillinen tehokkuus” (ka 3,8; SD 0,54) oli suurinta ja vähiten summamuuttujalla ”selviytymiskyky” (ka 2,6; SD 0,77). Vastaajat kokivat eniten oman ammatillisen tehokkuutensa lisääntyneen potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen ja selviytymiskykynsä eli resilienssinsä lisääntyneen vähiten. Negatiivisen ja positiivisen oireilun ja lopputuloksen summamuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2: Oheiskärsijäoireilun summamuuttujien keskiarvot ja tunnusluvut potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen

Muuttuja	n (%)	ka	SD
Henkinen kuormitus	62 (76,5)	2,8	0,95
Fyysinen kuormitus	56 (69,1)	2,2	0,91
Aikeet lähteä alalta	46(56,8)	2,0	1,02
Poissaolot	46(56,8)	1,7	0,72
Ammatillinen tehokkuus	45(55,6)	3,8	0,54
Selviytymiskyky	46(56,8)	2,6	0,77

SD= keskihajonta

ka= vastaajien keskiarvo

## 5.2.2 Sosiodemografisten taustatekijöiden yhteys oireiden vakavuusasteeseen

Ryhmien välillä tehtiin tarkastelua käyttäen tilastollisen merkitsevyyden rajana  $p < 0,05$ . Parametrisenä testinä käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA) ja epäparametrisenä testinä Kruskal-Wallis testiä. Sosiodemografisista taustatekijöistä valittiin tarkasteltavaksi taustamuuttujiksi oireilun määrän suhteen työkokemus, ikä, sukupuoli sekä työtehtävä (perushoitaja, lähihoitaja, sairaanhoitaja tai muu).

**Työkokemuksen** osalta ryhmien välillä FI-SVEST-R- mittarin summamuuttujissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Summamuuttujien tilastolliset merkitsevyydet työkokemuksen osalta ja käytetty tilastollinen testi esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3: Työkokemuksen tilastollinen merkitsevyys oireiluun

Muuttuja	F	p-arvo	Käytetty testi
Henkinen kuormitus	1,1591	0,18	a
Fyysinen kuormitus	1,7529	0,143	a
Aikeet lähteä alalta	0,7080	0,622	a
Poissaolot	1,7792	0,141	a
Ammatillinen tehokkuus	1,047	0,878	a
Selviytymiskyky		0,586	b

Tilastollisen merkitsevyyden raja  $p < 0,05$

Yksisuuntainen varianssianalyysi (a)

Kruskal-Wallis (b)

**Iän** osalta ryhmien välillä FI-SVEST-R- mittarin summamuuttujissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Summamuuttujien tilastolliset merkitsevyydet vastaajan iän osalta ja käytetty tilastollinen testi esitetään taulukossa 4.

Taulukko 4: Ryhmien välinen vertailu ikäryhmittäin oireiden summamuuttujiin

Muuttuja	F	p-arvo	Käytetty testi
Henkinen kuormitus	0,502	0,734	a
Fyysinen kuormitus	1,108	0,363	a
Aikeet lähteä alalta	1,058	0,390	a
Poissaolot	0,717	0,585	a
Ammatillinen tehokkuus	1,806	0,146	a
Selviytymiskyky		0,103	b

Tilastollisen merkitsevyyden raja  $p < 0,05$

Yksisuuntainen varianssianalyysi (a)

Kruskal-Wallis (b)

**Sukupuolen** tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin suhteessa FI-SVEST-R- mittarin oireilun summamuuttujiin. Vastanneissa oli yksi vastaaja, joka ei halunnut antaa tietoa sukupuolestaan ja tätä yksittäistä vastausta ei otettu mukaan ryhmien väliseen vertailuun. Summamuuttujassa ”henkinen kuormitus” oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p$ -arvo  $<0,001$ ) sukupuolten välillä naisten oireilun ollessa vaikeampaa. Summamuuttujassa ”ammattillinen tehokkuus” sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < 0,05$ ) ero  $p$ -arvon ollessa 0,047 naisten keskiarvon ollessa suurempi. Summamuuttujien tilastolliset merkitsevyydet vastaajan sukupuolen osalta ja käytetty tilastollinen testi esitetään taulukossa 5.

Taulukko 5: Ryhmien välinen vertailu sukupuolittain oireiden summamuuttujiin

Muuttuja		n	ka	SD	p-arvo	Käytetty testi
Henkinen kuormitus	miehet	8	1,7	0,64	$<,001^*$	a
	naiset	53	2,9	0,9		
Fyysinen kuormitus	miehet	7	1,9	0,88	0,392	a
	naiset	49	2,3	0,91		
Aikeet lähteä alalta	miehet	5	1,7	0,41	0,277	a
	naiset	41	2	1,07		
Poissaolot	miehet	5	1,5	0,51	0,481	a
	naiset	41	1,7	0,74		
Ammattillinen tehokkuus	miehet	5	2,2	0,33	0,047*	a
	naiset	41	2,6	0,8		
Selviytymiskyky	miehet	4	4,1	0,14	0,134	b
	naiset	41	3,8	0,55		

Tilastollisen merkitsevyyden raja  $p < 0,05^*$

ka= keskiarvo

SD= keskihajonta

t-testi (a)

Mann-Whitney U-testi (b)

**Työtehtävän** tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin suhteessa FI-SVEST-R- mittarin oireilun summamuuttujiin. Työtehtävät olivat lähihoitaja, sairaanhoitaja ja muut. Perushoitajia ei ollut mukana vertailussa, koska heitä ei ollut oireisiin vastanneissa. Summamuuttujan ”selviytymiskyky” ryhmässä oli tilastollisesti merkitsevä ero ja testeissä edettiin Mann-Whitneyn parittaisiin testeihin eri työtehtävien välillä. Bonferroni korjauksen ( $p < 0,05/3$  testillä=  $p < 0,017$ ) jälkeen eri ammattiryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa  $p$ -arvo ollessa 0,018.  $P$ -arvo oli

kuitenkin hyvin lähellä tilastollisen merkitsevyyden ( $p < 0,017$ ) rajaa. Summamuuttujien tilastolliset merkitsevyydet vastaajan työtehtävän osalta ja käytetty tilastollinen testi esitetään taulukossa 6.

Taulukko 6: Ryhmien välinen vertailu työtehtävittäin oireiden summamuuttujiin

Muuttuja	F	p-arvo	Käytetty testi
Henkinen kuormitus*	0,676	0,513	a
Fyysinen kuormitus*	0,304	0,739	a
Aikeet lähteä alalta*	0,131	0,878	a
Poissaolot*	1,036	0,281	a
Ammatillinen tehokkuus*	0,171	0,843	a
Selviytymiskyky**		0,018	b

Tilastollisen merkitsevyyden raja  $p < 0,05$ \*

Bonferroni korjattu tilastollisen merkitsevyyden raja  $p < 0,017$ \*\*

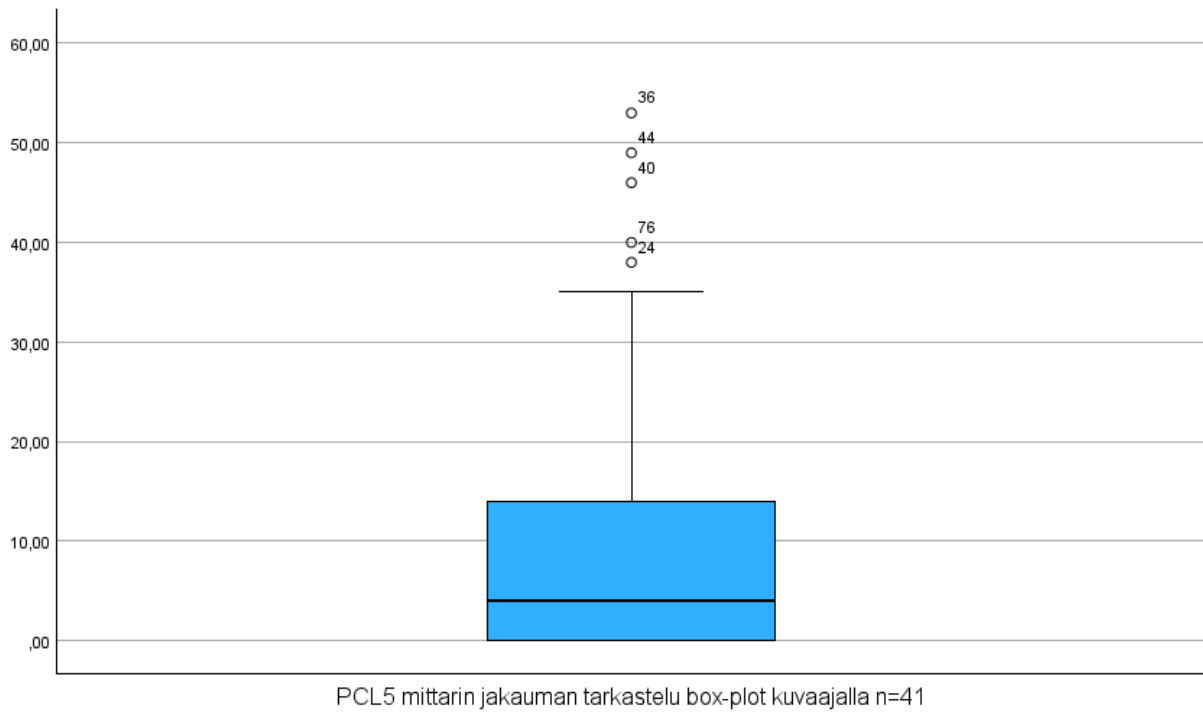
Yksisuuntainen varianssianalyysi (a)

Kruskal-Wallis (b)

### 5.3 Pitkäaikaishoidon hoitohenkilökunnan oheiskärsijäoireilun vaikeusaste potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen

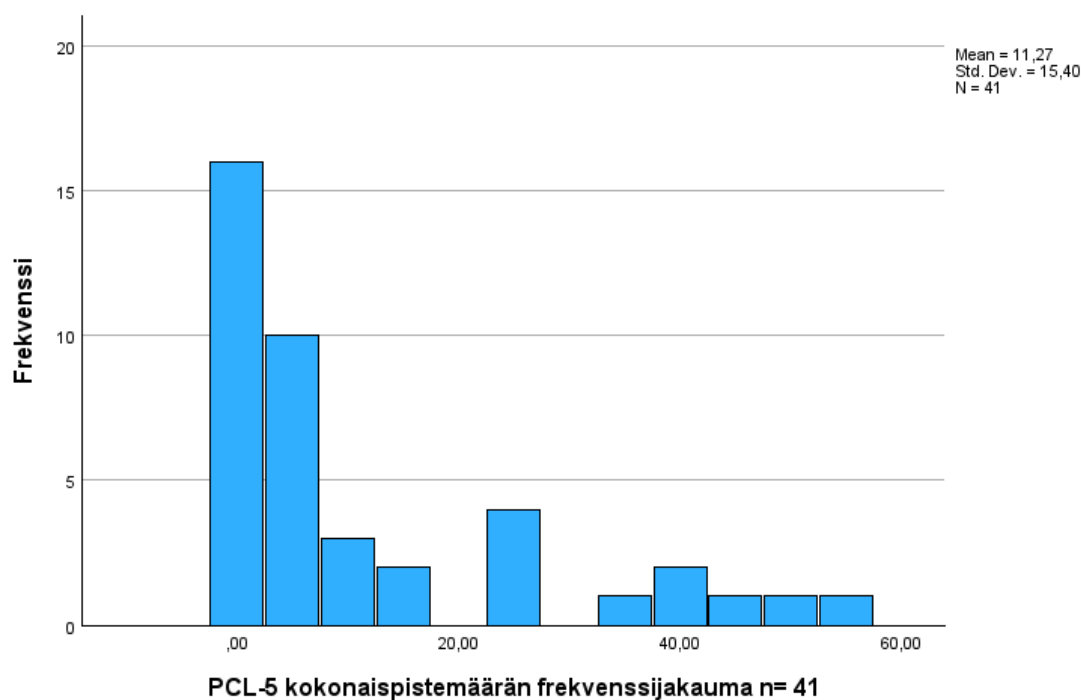
Vakavan oireilun olemassaoloa tutkittiin PCL-5 mittarilla (liite 1). Vastaajat ( $n=41$ ) vastasivat 20 kysymykseen, joista laskettiin kokonaispistemäärät jokaiselle vastaajalle välillä 0-80 pistettä.

Vastaajien osalta normaaliusjakauma- oletus ei toteutunut (vinous 1,499; Md 4,0; ka 11,268; IQR 18,5). Vastaajista suurimmalla osalla oli hyvin vähän vakavaan oireiluun viittaavaa pistemäärää, mutta muutamilla vastaajilla oli selkeästi vaikeaa oireilua. Vastausten pistemäärän yläpäässä oli viisi poikkeavan suurta arvoa (kuvio 1).



Kuvio 1: PCL-5 mittarin jakauman tarkastelu box-plot kuvaajalla n=41

Vastaajista suurin osa (n=11; 13,6 %) sai PCL-5- mittarista kokonaispistemääräksi nolla pistettä (kuvio 2). Vastaajien mediaanipistemäärä oli 4 pistettä, miniarvo oli 0 ja maksimiarvo 53 pistettä.



Kuvio 2: PCL-5 kokonaispistemäärän frekvenssijakauma n=41

Vastaajista kuudella (7,4 %) oireilun pistemäärä ylitti PCL-5 pisterajan 33 pistettä, joka on mahdollinen vakavuudeltaan PTSD- oireilua merkitsevä raja. Vastaajista valtaosalla (n=35; 85,4 %) kokonaispistemäärä jäi alle 33 pistettä (taulukko 7).

Taulukko 7: Vastanneiden osuus PCL-5 mittarin vakavan oireilun pisterajassa 33 pistettä.

Ryhmä	n	%
PCL-5 <33 pistettä	35	85,4
PCL-5 ≥33	6	7,4

## 5.4 Hoitohenkilöstön koettu ja toivoma tuki

### 5.4.1 Hoitohenkilöstön koettu tuki

Hoitohenkilöstön koettua tukea potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen kysyttiin vastaajilta kolmella kysymysalueella. Hoitohenkilöstön koetusta tuesta laskettiin osa-alueittain summamuuttujat. Summamuuttujia olivat ”työkavereiden tuki”, ”esihenkilöiden tuki” ja

”institutionaalinen tuki”. Vastausvaihtoehdoissa vastaajat vastasivat asennekyselyn asteikolla 1-5, jossa 1= vahvasti eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= samaa mieltä, 5= vahvasti samaa mieltä. Vastaajista eniten tukea oli saatu ”esihenkilöiden tuki” osa-alueella (ka 3,4; SD 0,70) ja vähiten ”työkavereiden tuki” osa-alueella (ka 2,4; SD 0,59). Summamuuttujat keskiarvoineen ja keskihajontoineen on esitetty taulukossa 8.

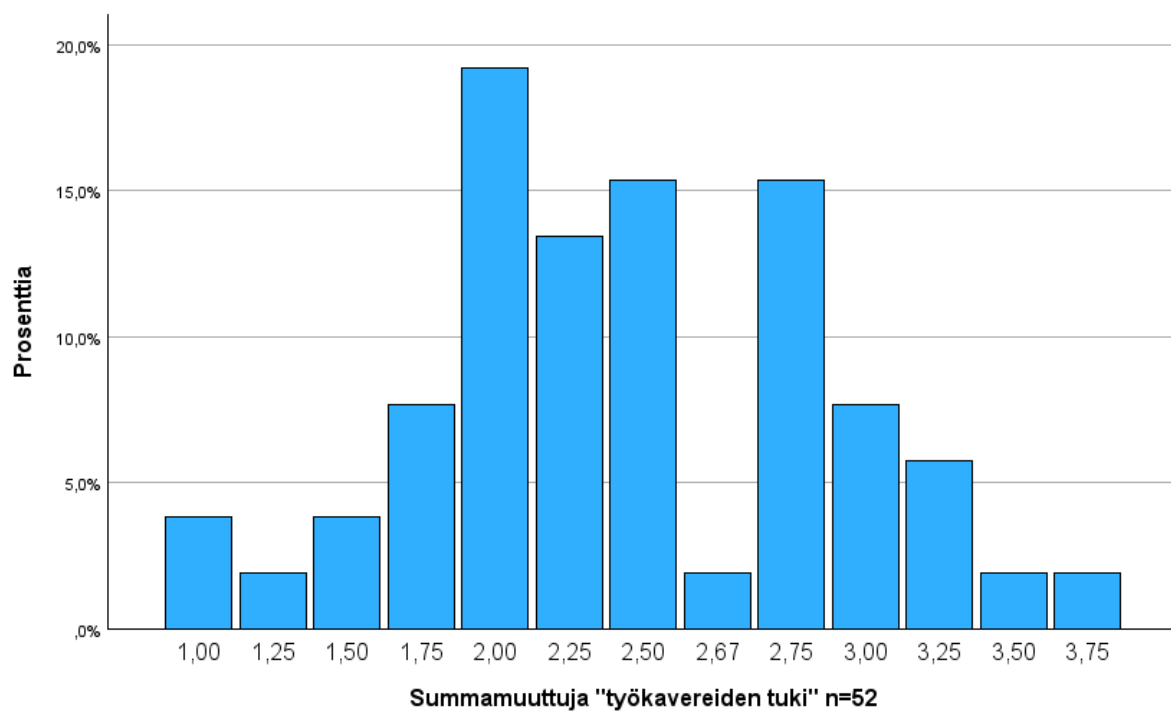
Taulukko 8: Työkavereiden tuki, esihenkilöiden tuki ja institutionaalinen tuki muuttujat ja tunnusluvut

Muuttuja	n (%)	ka	SD
Työkavereiden tuki	52 (64,2)	2,4	0,59
Esihenkilöiden tuki	48 (59,3)	3,4	0,70
Institutionaalinen tuki	48 (59,3)	3,2	0,43

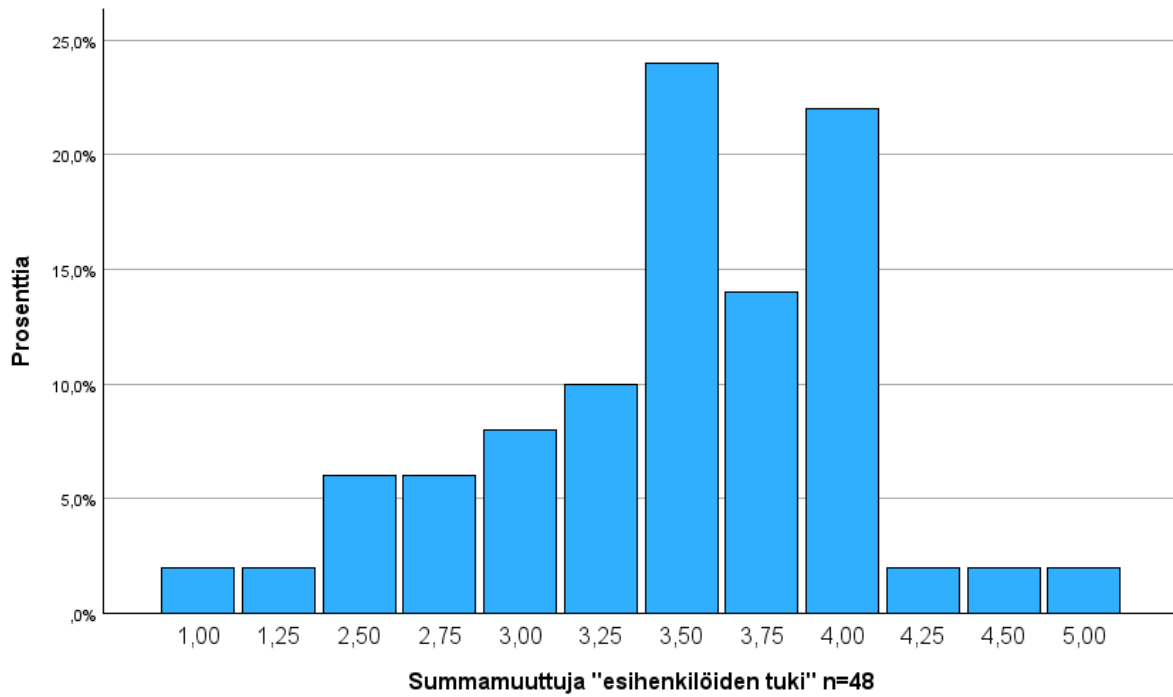
SD= keskihajonta

ka= vastaajien keskiarvo

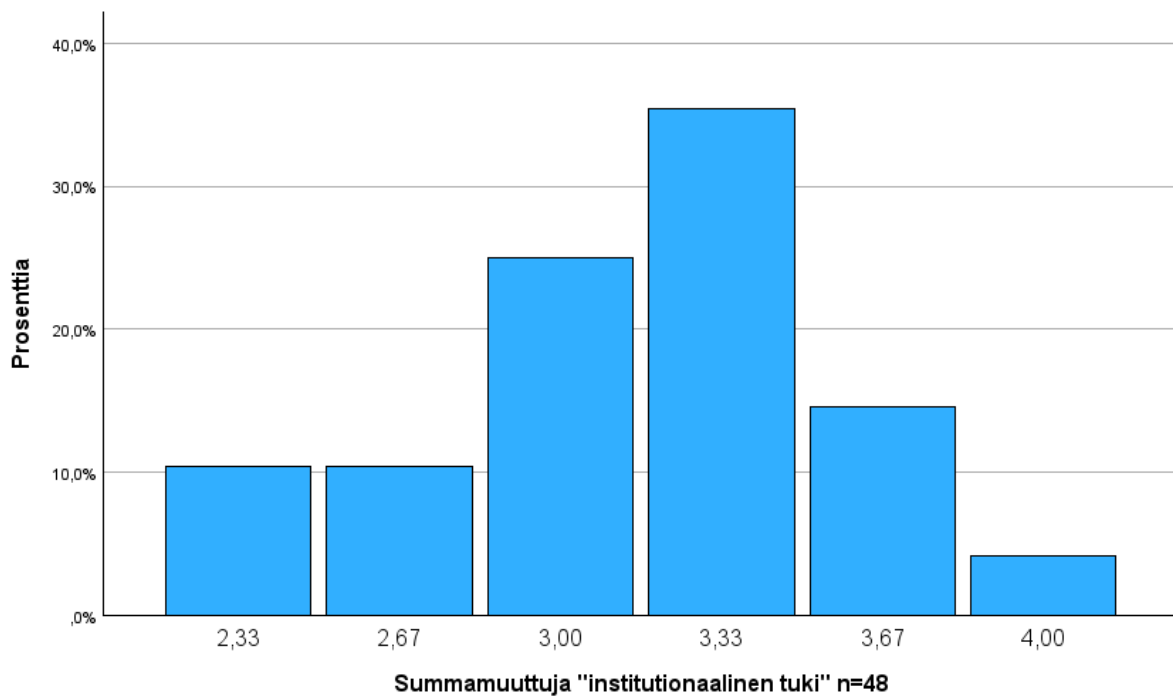
Kuvioissa 3, 4 ja 5 esitetään summamuuttujien prosenttijakaumat asennekyselyn osalta.



Kuvio 3: Summamuuttujan ”työkavereiden tuki” prosenttijakauma n=52



Kuvio 4: Summamuuttujan ”esihenkilöiden tuki” prosenttijakauma n=48



Kuvio 5: Summamuuttujan ”institutionaalinen tuki” prosenttijakauma n=48

#### 5.4.2 Hoitohenkilöstön toivoma tuki

Vastaajat toivoivat tukimuotona eniten (taulukko 9) mahdollisuutta keskustella tapahtuneen yksityiskohdista luotettavan kollegan kanssa (ka 4,3; SD 0,76) ja vähiten toivottiin tukimuodoista mahdollisuutta olla välittömästi poissa työyksiköstä hetken aikaa (ka 2,7; SD 1,20).

Vastausvaihtoehdoissa vastaajat vastasivat asennekyselyn asteikolla 1-5, jossa 1= vahvasti eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= samaa mieltä, 5= vahvasti samaa mieltä.

Asennekyselyn asteikolla arvot 4 ja 5 tarkoittavat, että kyseistä tukimuotoa toivotaan.

Taulukko 9: Toivotut tukimuodot haitta- ja vaaratapahtumien jälkeen asennekyselyn asteikolla 1-5.

Muuttuja	n (%)	ka	SD
Mahdollisuus olla välittömästi poissa työyksiköstä hetken aikaa.	44 (54,3)	2,7	1,20
Erikseen sovittu rauhallinen paikka, joka on käytettävissä tapahtuneesta toipumista ja itsensä kokoamista varten.	44 (54,3)	3,5	1,19
Luotettava kollega, jonka kanssa voi keskustella tapahtuneen yksityiskohdista.	44 (54,3)	4,3	0,76
Työntekijän tukiohjelma, joka tarjoaa ilmaista neuvontaa työntekijälle työn ulkopuolella.	44 (54,3)	3,4	1,09
Keskustelu esihenkilöni tai ohjaajani kanssa tapahtuneesta.	43 (53,1)	3,9	1,06
Mahdollisuus varata organisaatiossani aika neuvonantajan kanssa tilanteesta keskustelemiseksi.	43 (53,1)	3,4	1,11
Luottamuksellinen tapa olla ympärivuorokautisesti yhteydessä henkilöön, jonka kanssa voi keskustella, kuinka kokemukseni mahdollisesti vaikuttaa minuun.	44 (54,3)	3,3	1,07

n= vastanneet

SD= keskihajonta

ka= vastaajien keskiarvo

Vastaajia arvioivat, toivoisivatko he tukimuodoksi mahdollisuutta olla välittömästi poissa työyksiköstä hetken aikaa. Vahvasti eri mieltä oli 20,5 % (n=9), eri mieltä oli 27,3 % (n=12), ei samaa eikä eri mieltä oli 18,2 % (n=8), samaa mieltä oli 31,8 % (n=14) ja vahvasti samaa mieltä oli 2,3 % (n=1) vastanneista (n=44). Vastaajat arvioivat, toivoisivatko he tukimuodoksi erikseen sovittua rauhallista paikkaa, joka olisi käytettävissä tapahtuneesta toipumista ja itsensä kokoamista varten. Vahvasti eri mieltä oli 9,1 % (n=4), eri mieltä oli 13,6 % (n=6), ei samaa eikä eri mieltä oli 11,4 % (n=5), samaa mieltä oli 50 % (n=22) ja vahvasti samaa mieltä oli 15,9 % (n=7) vastanneista (n=44).

Vastaajat arvioivat, toivoisivatko he tukimuodoksi mahdollisuutta keskustella luotettavan kollegan kanssa tapahtuneen yksityiskohdista (kuvio 8). Vahvasti eri mieltä oli 0 % (n=0), eri mieltä oli 4,5 % (n=2), ei samaa eikä eri mieltä oli 4,5 % (n=2), samaa mieltä oli 50 % (n=22) ja vahvasti samaa mieltä oli 40,9 % (n=18) vastanneista (n=44). Vastaajat arvioivat, toivoisivatko he tukimuodoksi tukiohjelmia, joka tarjoaisi ilmaista neuvontaa työn ulkopuolella. Vahvasti eri mieltä oli 4,5 % (n=2), eri mieltä oli 13,6 % (n=6), ei samaa eikä eri mieltä oli 34,1 % (n=15), samaa mieltä oli 29,5 % (n=13) ja vahvasti samaa mieltä oli 18,2 % (n=8) vastanneista (n=44). Vastaajat arvioivat, toivoisivatko he tukimuodoksi keskustelua esihenkilön tai ohjaajan kanssa tapahtuneesta. Vahvasti eri mieltä oli 4,7 % (n=2), eri mieltä oli 4,7 % (n=2), ei samaa eikä eri mieltä oli 16,3 % (n=7), samaa mieltä oli 41,9 % (n=18) ja vahvasti samaa mieltä oli 32,6 % (n=14) vastanneista (n=43).

Vastaajat arvioivat, toivoisivatko he tukimuodoksi keskustelua esihenkilön tai ohjaajan kanssa tapahtuneesta. Vahvasti eri mieltä oli 9,3 % (n=4), eri mieltä oli 9,3 % (n=4), ei samaa eikä eri mieltä oli 27,9 % (n=12), samaa mieltä oli 41,9 % (n=18) ja vahvasti samaa mieltä oli 11,6 % (n=5) vastanneista (n=43). Vastaajat arvioivat, toivoisivatko he tukimuodoksi luottamuksellista tapaa olla ympärivuorokautisesti yhteydessä henkilöön, jonka kanssa voin keskustella, kuinka kokemukseni mahdollisesti vaikuttaa häneen. Vahvasti eri mieltä oli 6,8 % (n=3), eri mieltä oli 11,4 % (n=5), ei samaa eikä eri mieltä oli 40,9 % (n=18), samaa mieltä oli 27,3 % (n=12) ja vahvasti samaa mieltä oli 13,6 % (n=6) vastanneista (n=44).

## 5.5 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Kyselyyn vastasi 81 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa vastaajaa, joista 69 (85,2 %) oli todistanut tai ollut osallisena potilaan haitta- ja vaaratapahtumassa. Vastaajien keski-ikä oli 43 vuotta.

Työkokemusta vastaajilla oli keskimäärin 15 vuotta ja heistä suurin osa työskenteli

ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa ja suurin yksittäinen ammattiryhmä oli lähihoitajat.

Naisia vastanneista oli enemmistö. Potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeistä oheiskärsijäoireilua mitattiin summamuuttujilla asteikolla 1–5, asteikon arvojen 4 ja 5 kertovan voimakkaasta oireilusta.

Negatiivisesta oireilusta kaikkein voimakkainta oli vastaajien henkinen kuormitus ja kaikkein vähiten oireilun ilmeni poissaoloina töistä. Potilaan haitta- ja vaaratapahtuma voi myös aikaansaada positiivista lopputulosta ja eniten lisääntyi ammatillinen tehokkuus.

Vastaajan sukupuolella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) oheiskärsijäoireilun henkisessä kuormituksessa naisten keskiarvon ollessa suurempi. Ammatillinen tehokkuus oli naisilla myös tilastollisesti merkitsevästi korkeampi ( $p = 0,047$ ). Iällä, työtehtävällä ja työkokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kyselyn summamuuttujiin. Oireiden

vakavuutta mitattiin PCL-5 mittarilla ja vastaajista suurella osalla oireilun vakavuus ei ylittänyt tässä oponnäytetyössä asetetusta PTSD- oireiluun viittavasta pistemäärästä 33 (pisteraja PTSD- oireilulle 31-33; Haravuori, 2020). Kuitenkin vastaajista kuudella vastaus ylitti PTSD oireiluun viittavan pisterajan 33.

Vastaajat kokivat saamansa tuen potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen suurimmaksi esihenkilöiden osalta. Muita koettuja tuen muotoja olivat institutionaalinen tuki ja vähäisimpänä työkavereiden tuki. Erilaisista tukimuodoista potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen toivottiin eniten mahdollisuutta keskustella luotettavan kollegan kanssa tapahtuneesta. Tätä tukimuotoa toivoi vastanneista 90,9 % (vahvasti samaa mieltä ja samaa mieltä). Keskustelu esihenkilön tai ohjaajan kanssa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen koettiin myös tärkeäksi tukimuodoksi.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Eniten oheiskärsijäoireilua koettiin henkisenä kuormituksena. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että henkinen kuormitus on ollut voimakkain oire potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. (Cohen ym., 2023; Finney, ym., 2021; Mahat, ym., 2025.) Ajri-Khameslou ym. (2017) ovat kuvanneet potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeisinä oireina levottomuutta, tapahtuman jälkeisten seuraamusten pelkoa ja katumusta. Tässä aineistossa vähiten oheiskärsijäoireilua oli ilmennyt töistä poissaolojen muodossa. Poissaolojen on kuitenkin todettu lisääntyneen potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen oheiskärsijäoireilun vuoksi aiemman tutkitun tiedon perusteella (Finney, ym., 2021; Mahat, ym., 2025). Tämän tutkimuksen vastaajissa kaikkein toivotuin tukimuoto potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen oli luotettava kollega, jonka kanssa voisi keskustella tapahtuneen yksityiskohdista. Tämä saattaa johtua tapahtuman arkaluontoisuudesta, jolloin jonkin luotettava ihmisen, jolle asiasta kykenee puhumaan voi olla suuri merkitys. Vertaistuki on ollut toivotuin ja hyödyllisin tuen muoto useissa tutkimuksissa. Kokeneen kollegan tuki on toteutettu esimerkiksi psykologisen ensiavun muodossa ja toteutettu esimerkiksi debriefingin ja defusingin avulla. Vertaistuki on aiemmin koettu olevan hyvä ja luottamuksellinen keino tukea hoitohenkilöstöä potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. (Finney ym., 2021; Pelikan ym., 2023.) Toiseksi eniten toivottiin keskustelua esihenkilön tai ohjaajan kanssa tapahtuneesta. Vähiten toivottiin mahdollisuutta olla välittömästi hetken aikaa poissa työyksiköstä.

Potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen hoitohenkilöstö oli kokenut saaneensa eniten tukea esihenkilöiltä vastanneiden keski-arvon ollessa kuitenkin esihenkilöiden tukea mittavassa summamuuttujassa melko vaatimaton. Esihenkilön rooli tiedon antajana ja tuen antajana on erittäin tärkeä. Esihenkilön rooli on aiemmin tunnistettu annetun avun neuvojana ja koordinoijana. Esihenkilön on helpompi ohjata työntekijää avun äärelle, jos organisaation tukimekanismit ovat selkeitä ja informoituja. (Järvisalo ym., 2024.) Vähiten tukea vastaajissa oli koettu saadun työkavereilta. Aiemmissa tutkimuksissa organisaation tuen on koettu olevan riittämätöntä ja tukea on saatu esimerkiksi kollegoilta ilman strukturoitua tukimekanismia (Alevi ym., 2024). Vastanneissa organisaation tuen ei koettu olleen merkittävän suurta, ollen kuitenkin suurempaa keskiarvoisesti kuin työkavereiden tuki.

Pienellä osalla tämän opinnäytetyön aineistona käytettyyn kyselyyn vastanneista oli vaikeaa oireilua potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Koko aineistossa tarkasteltuna oireilu oli suurimmalla osalla lievää. Aiemmin tutkimuksissa on todettu, että vaikka suuri osa terveydenhuollon henkilöstöä olisi kokenut tai todistanut potilaan haitta- ja vaaratapahtuman, he reagoivat hyvin yksilöllisesti tapahtumaan ja ei ole automaattista, että oheiskärsijäoireilu olisi vaikeaa (Finney, ym., 2021).

Vastaajista suurin osa oli todistanut tai ollut osallisena potilaan haitta- ja vaaratapahtumaa ja tämä voi osaltaan kertoa siitä, että sähköiseen kyselyyn vastaaminen saattoi olla todennäköisempää, jos vastaajilla oli tällainen kokemus työuraltaan. Oheiskärsijäoireilun esiintyvyys potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen on 10,4 % - 43,3 % (Fisher ym., 2025a) ja pitkäaikaishoidon haitta- ja vaaratapahtumien esiintyvyys jopa 21 % potilaista pitkäaikaishoidosta (U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

Tapahtuma oli vastanneissa lisännyt ammatillista tehokkuutta, joka oli yhdenmukaista aiemman tutkitun tiedon perusteella ja ilmenee haluna parantaa osaamista, tarkkaavaisuutena, tiedon lisääntymisenä, muiden hoitajien konsultoimisena sekä tiedon jakamisena. Tapahtumista voidaan ottaa oppia ja kasvaa ammattilaisina, jos organisaatio ei syytä yksilöä vaan on myös oppiva. (Ajri-Khameslou ym., 2017; Finney, Torbenson, ym., 2021; Jukarainen ym., 2025.)

Työkokemuksella ja iällä ei havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää eroa eri potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeisen oireilun ja lopputuloksen summamuuttujiin. Tämä löydös on yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten löydöksiä siitä, että oheiskärsijäoireilu on samankaltaista riippumatta vastaajan iästä tai työkokemuksen kestosta. (Burlison ym., 2017.) Obstetriikan ja gynekologian erikoisaloilla tehdyssä tutkimuksessa todettiin, ettei hoitohenkilökunnan työkokemuksen kestolla ollut eroa oheiskärsijäoireilun vakavuudella tai vaikeusasteella (Finney, ym., 2021). Sukupuolten välisessä vertailussa suhteessa oireiluun ja lopputulokseen, havaittiin tilastollisesti merkitsevä ero henkisessä kuormituksessa oireilun ollessa naisilla tilastollisesti merkitsevästi vaikeampaa. Lisäksi sukupuolten välisessä vertailussa havaittiin ammatillisen tehokkuuden lisääntyneen tilastollisesti merkitsevästi verrattuna miehiin. Aiemmissä tutkimuksissa naisten on todettu kokevan psykologisia oireita, kuten ahdistusta miehiä enemmän (Neves ym., 2025), toisaalta sukupuolien välillä ei ole havaittu merkittävää eroa oireilussa toisissa ympäristöissä (Burlison ym., 2017). Sukupuolien välillä oli eroa oheiskärsijäoireilussa ja tämän eron tutkiminen voisi antaa arvokasta tietoa tukimekanismien rakentamisessa. Työtehtävän (lähihoitaja, sairaanhoitaja, muu) osalta ryhmien välisessä vertailussa ei oireilussa ja lopputuloksena summamuuttujien osalta ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Summamuuttujan

”selviytymiskyky” eli resilienssin osalta oltiin tosin hyvin lähellä tilastollisen merkitsevyyden rajaa. On mahdollista, että myös iän, työkokemuksen ja ammattiryhmien välillä on eroa oheiskärsijäoireilun vakavuudessa, mutta se ei tämän tutkimuksen aineistossa tullut ilmi.

Kuusi vastanneista ylitti PCL-5 mittarin pisterajanrajan kuvaten PTSD- tason oireilua ja potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeinen oireilu oli vakavaa. Tämä oli tämän tutkimuksen aineistossa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman osallisista tai todistaneista kymmenesosa. Yksikin vakavasti oireileva ammattilainen on liikaa ja tarvitsee tukea. Tulos tukee sitä olemassa olevaa tietoa, että oheiskärsiminen potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen kokemuksena on henkisesti hyvin kuormittavaa ja aiheuttaa suurta kärsimystä. (Ajri-Khameslou ym., 2017; Cohen ym., 2023; Fisher ym., 2025b). Tarkastellessa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeistä oireilua, joissa korostuu fyysinen ja psyykinen oireilu, oheiskärsijäoireilussa on yhteneväisyyttä PTSD- oireilun kanssa ja sisältää samankaltaisina oireina muun muassa syyllisyyden, ahdistuksen, unihäiriöiden ja henkisen myllerryksen tyyppisiä ilmentymiä (Ajri-Khameslou ym., 2017; Cohen ym., 2023; Fisher ym., 2025; Jukarainen ym., 2025). Tämän opinnäytetyön aineistossa oireilu oli vastanneissa voimakkainta henkisessä kuormituksessa, mutta PTSD ja oheiskärsijäoireilun yhteneväisyydet vaativat vielä lisätutkimusta (Fisher ym., 2025).

Tässä opinnäytetyössä esitetyt kyselyn tulokset vahvistavat oheiskärsijäoireilun olevan vaikeusasteeltaan hyvin vakavaa osalla henkilöstöä ja hoitohenkilökunta toivoo saavansa tukea potilaan haitta- ja vaaratapahtumien jälkeen. Systemaattisten tukimekanismien käynnistäminen on tärkeää yksittäistenkin ammattilaisten tukemiseksi. Tukimekanismeissa on hyvä käyttää toivotuinta tuen muotoa eli vertaistukea, mutta sen pitkäkestoinen vaikutus on tutkimusten mukaan rajattua. (Ong ym., 2025). Useimmiten käytetyt tukimekanismit ovat mukaelmia Scott:n 3- portaisesta tukirakenteesta. Scottin mallissa tuki on eskaloituvaa ja moniammatillista ja sisältää joissain malleissa henkilökunnan koulutusta eri vaiheisiin sekä koulutusta tunnistamaan vaikeutunut, pitkittänyt oireilu. Tuen ensimmäisellä portaalla käynnistyy oman yksikön sisällä tapahtuva vertaistuki muun yksikön henkilökunnan tai esihenkilöiden toimesta. Ensimmäisellä portaalla todetaan tapahtumat ja käynnistetään tukitoiminta. Toisella portaalla koulutetut tukihenkilöt tarjoavat tukea toiselle uhrille ja arvoivat jatkuvasti tarvitaanko seuraavan portaalla tukea. Kolmannella portaalla mukaan otetaan erityistyöntekijöitä, pastori, psykologi sekä laajempi moniammatillinen verkosto tarjoamaan tukea oheiskärsijälle. (Finney, ym., 2021; Ong ym., 2025; Pelikan ym., 2023.) Vaihtelu eri käytetyissä tukimekanismeissa on kuitenkin suurta ja niiden keskinäisten vaikutusten vertailu keskenään on haasteellista erilaisten käytettyjen mittareiden vuoksi (Ong ym., 2025). Standardoidun näyttöön perustuvan viitekehyksen käyttö

tukimekanismeissa ja sen implementoinnissa on mahdollista esimerkiksi RESCUE- sertifiointi viitekehyksen avulla. Se jakaantuu kahteen kokonaisuuteen: tuki-interventioihin ja vertaistuen koulutukseen. RESCUE- järjestelmä ottaa huomioon erilaiset terveydenhuollon toimintaympäristön, myös pitkäaikaishoidon. Se pyrkii vastaamaan tukimekanismin käynnistämisen haasteeseen sekä rakentamaan pitkäaikaisen strategian oheiskärsijöiden tukemiseen. Sertifioidun tukimekanismin implementointi käytäntöön on mahdollisuus parantaa hoitohenkilöstön hyvinvointia läpinäkyvän, psykologisesti turvallisen ja yhdessä oppivan järjestelmän avulla. (Mira ym., 2025.)

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, jotta saataisiin mahdollisimman edustava otos tutkittavasta perusjoukosta. Kyselylomake lähetettiin tutkittavan ilmiön kannalta sopiviin yksiköihin. Vastauksia saatiin useammasta yksiköstä julkisen palveluntarjoajan puolelta ja vain yhdestä yksityisen palveluntarjoajan yksiköstä. Kyselyyn vastanneet saivat vastata kyselyyn työajallaan, jotta omalla ajalla vastaaminen ei jäisi omalla ajalla tehtäväksi. Omalla ajalla vastaaminen olisi saattanut laskea kiinnostusta vastaamiseen. (Heikkilä, 2008; Tähtinen ym., 2020.)

Taustatietoihin vastanneista 11,1 % oli miehiä ja naisia 87,7 % naisia, mikä vastaa hyvin hoitotyötä tekevien todellista sukupuolijakaumaa, jossa sairaanhoitajissa 9,5 % on miehiä ja lähihoitajissa 12,6 % on miehiä. Vastaajien keski-ikä oli 43 (kh 12,5) vuotta. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien keski-ikä oli Suomessa vuonna 2022 molemmissa ammattiryhmissä 42 vuotta (Tilastokeskus, 2022).

Kuitenkin oheiskärsijäoireiluun liittyvissä kysymyksissä vastanneissa miehiä oli vain 9,9 % (n=8) eli kovin luotettavaa erottelua miesten ja naisten välillä ei voida tehdä.

Käytetty tutkimusmenetelmä mittasi vastanneiden kokemuksia yhdessä hetkessä. Mikäli tutkittavaan joukkoon olisi tehty useampi mittaus vastaajat eivät olisi välttämättä vastanneet uudestaan ja tästä olisi saattanut syntyä vastaajakatoa. Poikkileikkaustutkimus tässä tutkimuksessa oli sopiva menetelmä mittamaan tämän hetkistä tilannetta ja mahdollista vastaajien oireistoa. (Gray ym., 2017; Yang ym., 2012).

### 6.2.1 Mittareiden luotettavuus

Otoskoko (n=81) jäi tutkimuksessa pieneksi. Perusjoukosta ei saatu luotettavaa tarkkaa tietoa, joten vastausprosentin määrittely oli mahdotonta. Vastanneista suurin osa (85,2 %) oli todistanut tai ollut osallisena potilaan haitta- tai vaaratapahtumassa. On mahdollista, että vastanneissa oli enemmän mielenkiintoa vastata kyselyyn, jos oli kokenut tällaisen tapahtuman. Esimerkiksi Alevi ym. (2024)

tutkimuksessa 24,8 % juuri valmistuneista sairaanhoitajista oli ollut osallisena potilaan haitta- ja vaaratapahtumassa. Tilastolliset testit valittiin vakiintuneiden käytäntöjen mukaisesti normaaliustarkastelun perusteella (Tähtinen ym., 2020).

FI-SVEST-R mittarin reliabiliteettia tarkasteltiin laskemalla Cronbachin alpha arvo kaikkien 35 väittämän osalta. Cronbachin alpha- arvoksi saatiin 0,861, jota voidaan pitää hyvänä reliabiliteettina ja vastasi aiemmin tehtyä psykometrista testausta (Mahat, ym., 2025; Tähtinen ym., 2020). PCL-5 mittarin kaikkien 20 väittämän osalta saatiin erittäin hyvää reliabiliteettia kuvaavana arvona Cronbachin alpha 0,971 vastaten aiempaa psykometrista testausta. (Hoeboer ym., 2024; Tähtinen ym., 2020). Tutkimuksen luotettavuutta paransi laajasti käytettyjen mittareiden käyttö. Kyselyssä käytetty mittari (SVEST-R) on käännetty englannin kielestä useille eri kielille ja sen luotettavuutta eri kielellisissä ja kulttuurisissa ympäristöissä psykometrisessä testauksessa luotettavaksi todennettu. Mittari on käännetty muun muassa portugalin kielelle Brasiliassa (De Sordi ym., 2022) saksaksi (Strametz ym., 2022), turkin kielelle (Demiray & Ekuklu, 2025) ja persiaksi (Ajoudani ym., 2021).

Käytetty mittari on validoitu useissa tutkimuksissa eli se mittaa oikeita asioita. Mitattavia muuttujia ovat oireiston määrä ja laatu sekä koettu ja saatu tuen määrä organisaatiolta tutkimuskysymyksiä vastaten. Likert-asteikkoja eli asenneasteikkoja käytettäessä tässä tutkimuksessa asteikon yläpää voi tarkoittaa yhtä lailla suurta oireiston määrää sekä suurta tuen määrää eli sekä positiivista, että negatiivista lopputulosta. Analyysi vaiheessa nämä vastausvaihtoehdot käännettiin huolellisesti mittarin kehittäjän ohjeistuksen mukaisesti. (Ajoudani ym., 2021; De Sordi ym., 2022; Demiray & Ekuklu, 2025; Mahat, Koskiniemi, ym., 2025; Santana-Domínguez ym., 2022; Scarpis ym., 2022; Strametz ym., 2022; Thungjaroenkul ym., 2024.) Vakavammin oireilevilla on todettu aiemmissa tutkimuksissa olevan PTSD- tyyppistä oireilua ja tätä oireistoa mittasi luotettavasti PCL-5 mittari. (Fisher ym., 2025; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2022).

Kyselylomake sopii hyvin tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi, koska haluttiin mitata vastaajien mielipiteitä tutkittavasta ilmiöstä. Mielipideasteikosta pystyttiin muodostamaan frekvenssejä sekä summamuuttujia. Kyselylomakkeen rakenne tulee olla riittävän selkeä ja ohjeistus sen täyttämiseen riittävä. Lomakkeen rakenne noudatti yleisesti käytettyä, eli ensin vastaajilta kysyttiin taustatiedot ja sen jälkeen varsinaiset kysymykset eli tieto-osa. Vastausohjeet ja tiivistetty tutkimuksen tausta oli kyselylomakkeen alussa. Valmiiden validoitujen mittareiden käyttö paransi tutkimuksen rigiditeettia ja sisäistä validiteettia. (Gray ym., 2017; Tähtinen ym., 2020) FI-

SVEST-R mittarin soveltuvuus suomalaisen kieleen sekä terveydenhuollon kontekstiin on myös todettu aiemmin tehdyssä psykometrisessä testauksessa. Lisäksi sen sisäinen validiteetti on testattu hyväksi (Mahat, ym., 2025.) PCL-5 mittarin reliabiliteetti ja sisäinen validiteetti on testattu hyväksi psykomotorisessa testauksessa (Blevins ym., 2015). Tulosten reliabiliteettia takaa tarkat mittarit ja osallistujien vastaaminen yhdenmukaisesti asteikkoihin. Yleistettävyyttä voidaan tarkastella tutkittavassa toimintaympäristössä kyseisen ammattiryhmän osalta. Tämän opinnäytetyön siirrettävyyttä ei voida luotettavasti arvioida pienen otoskoon vuoksi. (Heikkilä, 2008.)

### 6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen aineisto kerättiin REDcap- ohjelmistolla ja säilytettiin Turun yliopiston tietoturvasuojatulla palvelimella Seafilessä. Tutkimus sai rahoituksen sairaanhoitajien tutkimussäätiö RY:ltä. Tutkittava aihe oli sensitiivinen ja saattaa herättää tuntemuksia tai tunteita, liittyen mahdollisiin omiin tai todistettuihin kokemuksiin potilaiden haitta- tai vaaratapahtumista. Haastateltavat kuuluivat tietosuojasetuksen artiklan 9 (2) mukaisesti erityiseen henkilöryhmään. Sensitiivisen aineiston käsittely oli tarpeen yleistä etua koskeva tehtävän suorittamiseksi (EU yleinen tietosuojasetus, 2023).

Tässä tutkimuksessa tutkija sitoutui noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön ohjeistusta sekä ihmistieteiden eettisiä periaatteita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, 2023). Tutkijalla ei ollut sidonnaisuuksia. Hyvän tieteellisen käytännön ytimessä on luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Tutkija sitoutui mitään lisäämättä tai vääristelemättä, tuomaan esille luotettavalla tavalla kyselyyn vastanneiden omat kokemukset kyselyn aiheesta. Jokainen kyselyyn vastaaja tekee tietoon perustuvan suostumuksen vastaamiseen ja merkitsee sen ymmärtämisen tiedotteet luettuaan kyselylomakkeeseen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistuja sai keskeyttää osallistumisensa ja suostumuksensa osallistua tutkimukseen milloin tahansa. Mikäli jo vastannut olisi halunnut perua osallistumisensa, se tapahtui ilmoittamalla kyselylomakkeessa olevalle yhteyshenkilölle. Osallistujat saivat kyselylomakkeen lisäksi tiedotteen tutkimuksesta sekä tietosuojaselosteen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019.)

Tutkimuksessa tutkittavien henkilötiedot pseudonymisoitiin. Pseudonymisoitu aineisto suojattiin koodilla ja se säilytetään 5 vuotta sekä lisäksi 25 vuotta kaikki mahdolliset henkilötiedot poistettuina. Kerättäviä henkilötietoja olivat: ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutustausta, työtehtävä, työkokemus, työyksikön tyyppi sekä kokemus haitta- tai vaaratapahtuman todistamisesta tai osallisuudesta. Tämän opinnäytetyön tekijällä ei ollut pääsyä koodiavaimella suojattuihin tunnistetietoihin vastanneista.

Tutkimukseen osallistuvat olivat täysi-ikäisiä. Riskit tutkimuksessa saattoivat muodostua tutkittavan aiheen sensitiivisyydestä. Tutkimustiedotteessa vastaajia kehoitettiin olemaan yhteydessä työterveyshuoltoon tai muihin ammattihenkilöihin, mikäli siihen olisi tullut tarvetta aiheen käsittelyn aiheuttamien tuntemuksien tai oireilun vuoksi. Kyselyssä ei ollut mahdollista tunnistaa vastaajaa, mutta täydellistä tunnistamattomuutta ei voitu taata. Yksittäisiä vastauksia ei raportoitu vaan ne esitettiin ryhmittäin, jolloin tunnistettavuus oli hyvin vaikeaa. Avoimia kysymyksiä ei ollut. Tutkimuksen raportointivaiheessa ei mainittu tarkemmin organisaatiota, missä tutkimus toteutettiin osallistujien suojelemiseksi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019.)

Luvat mittareiden käyttämiseksi tutkimuksessa saatiin muiden tutkimusryhmän jäsenten toimesta. Tutkimukselle ja kerättävälle aineistolle haettiin eettinen lausunto (Turun yliopiston ihmistieteiden eettinen toimikunta) ja tutkijalla oli käsittelylupa aineistoon. Aineisto oli käytössä useamman eri tutkijan toimesta ja tämä tiedotettiin osallistujille. Tämän pro gradu- tutkielman tekijällä ei ole ollut pääsyä vastaajien henkilötietoihin, eikä myöskään tutkimuslomakkeessa kerättyjen laadullisen osuuden haastatteluihin halukkaiden tietoihin. Tämän pro gradu- tutkielma tekijän rooli oli puhtaasti objektiivinen aineistoon nähden eikä vastanneisiin oltu itse suoraan yhteydessä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa, millaisia tukitoimia voitaisiin hyödyntää pitkäaikaishoidon hoitohenkilökunnan oheiskärsijöinä potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen.

Kyselyn perusteella vastaajat toivoivat eniten tukimuodoksi potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen keskustelumahdollisuutta luotettavan kollegan kanssa. Tämä on samassa linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa. Vastaajat toivoivat myös mahdollisuutta keskustella esihenkilön kanssa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Erilaisissa toimintaympäristöissä käynnistetyissä tukimekanismeissa on ollut osassa tukihenkilöiksi koulutettua henkilöstöä, jotka tarjoavat psykologista ensiapua potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Sertifioidun näyttöön perustuvan tukimekanismin implementoinnilla käytäntöön voidaan tukea hoitohenkilöstön hyvinvointia.

Oheiskärsijäoireilua ei ole juurikaan aiemmin tutkittu pitkäaikaishoidon kontekstissa, vaikka se on niukkojen resurssien, kiireen ja hoitohenkilökunnan väsymyksen vuoksi altis potilaan haitta- ja vaaratapahtumille. Pienellä osalla vastaajista todettiin olevan hyvin vaikeakin oheiskärsijäoireilua. Potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen tukea tarjoavien rakenteiden tulisi tunnistaa henkilöstössä vakava oireilu ja pystyä tarjoamaan apua eskaloidusti ja riittävän pitkään. Suurinta oheiskärsijäoireilua oli henkisen kuormituksen osalta mikä vastaa muissa toimintaympäristöissä tehtyä kartoitusta hoitohenkilökunnan oheiskärsijäoireilusta.

### 7.1 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi hyvä tutkia PTSD- oireiden olemassaoloa pitkäaikaishoidossa potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen. Myös muissa toimintaympäristöissä esiintyvän oheiskärsijäoireilun ja PTSD oireilun yhteyttä olisi hyvä tutkia. Monikulttuurisuus hoitohenkilökunnassa lisääntyy Suomessa ja olisi tärkeää tutkia onko eri kulttuurisista taustoista tulevan hoitohenkilökunnan oheiskärsijäoireilun luonteessa ja vakavuudessa eroja. Hoitohenkilöstö toivoo tukea potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen ja olisi tärkeää myös tutkia pitkittäisasetelmassa tukitoimien vaikuttavuutta, mikäli tukimekanismeja käynnistetään. Vastaajissa oli mukana muutamia hoitotyön opiskelijoita ja heidän oheiskärsijäoireiluaan olisi tärkeää tutkia, koska juuri valmistuneessa hoitohenkilökunnassa on aiemmin todettu esiintyvän oheiskärsijäoireilua potilaan haitta- ja vaaratapahtuman jälkeen.

## LÄHTEET

- Ajoudani, F., Habibzadeh, H., & Baghaei, R. (2021). Second Victim Experience and Support Tool: Persian translation and psychometric characteristics evaluation. *International Nursing Review*, 68(1), 34–40.
- Ajri-Khameslou, M., Abbaszadeh, A., & Borhani, F. (2017). Emergency Nurses as Second Victims of Error. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 39(1), 68–76. doi:10.1097/TME.000000000000133
- Alevi, J. O., Draganov, P. B., Gonçalves, G. C. de S., Zimmermann, G. dos S., Giunta, L., Mira, J. J., & Bohomol, E. (2024). The newly graduated nurse as a second victim. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37(1), 1–8.
- 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. doi:10.1111/jocn.15839
- Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus. (n.n.). *Asiakas ja potilasturvallisuuden termipankki* [Verkkosivu]. <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/termipankki/> luettu 19.4.2026
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. doi:10.1002/jts.22059
- Burlison, J. D., Quillivan, R. R., Scott, S. D., Johnson, S., & Hoffman, J. M. (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, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *Journal of Patient Safety*, 13(2), 93–102. doi:10.1097/PTS.000000000000129

- Choi, E. Y., 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 (John Wiley & Sons, Inc.)*, 78(9), 2872–2883.
- Civil, N. M., & Hoskins, J. D. (2022). Building a critical incident peer response team: A full theatre team welfare intervention. *Anaesthesia & Intensive Care*, 50(6), 421–429.
- Clarkson, M. D., Haskell, H., Hemmelgarn, C., & Skolnik, P. J. (2019). Abandon the term “second victim”. *BMJ*, 11233. <https://doi.org/10.1136/bmj.11233>
- Cohen, R., Sela, Y., Halevi Hochwald, I., & Nissanzholz-Gannot, R. (2023). Nurses’ Silence: Understanding the Impacts of Second Victim Phenomenon among Israeli Nurses. *Healthcare (2227-9032)*, 11(13), 1961-null.
- de Quadros, D. V., de Magalhães, A. M. M., Wachs, P., Severo, I. M., Tavares, J. P., & Pai, D. D. (2022). Modeling of adult patient falls and the repercussions to Nursing as a second victim. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 30, 1–10. cin20. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3618>
- De Sordi, L. P., Lourenção, D. C. A., Gallasch, C. H., & Baptista, P. C. P. (2022). The second victim experience: Cross-cultural adaptation of an instrument for the Brazilian context. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 43. Scopus. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210010.en>
- Demiray, G., & Ekuklu, G. (2025). Validation of the Turkish version of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised (T-SVEST-R). *Work (Reading, Mass.)*, 81(2), 2491–2500. <https://doi.org/10.1177/10519815241311179>
- Eu yleinen tietosuoja-asetus. (2023). *EU yleinen tietosuoja-asetus ”Erityisiä henkilötietoryhmiä koskeva käsittely” Artikla 9*. <https://www.privacy-regulation.eu/fi/9.htm> luettu 16.11.2025
- Ferrús, L., Silvestre, C., Olivera, G., & Mira, J. J. (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, R. E., Czinski, S., Fjerstad, K., Arteaga, G. M., Weaver, A. L., Riggan, K. A., Allyse, M. A., Long, M. E., Torbenson, V. E., & Rivera-Chiauszi, E. Y. (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. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.08.023>
- Finney, R. E., Torbenson, V. E., Riggan, K. A., Weaver, A. L., Long, M. E., Allyse, M. A., & Rivera-Chiauszi, E. Y. (2021). Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A Second Victim Experience and Support Tool Survey. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 642–652.
- Fisher, S., Blau, A., & Gendler, Y. (2025a). The Silent Struggle: An Integrative Review of PTSD Symptoms in Second Victim Experiences Among Nurses. *International Nursing Review*, 72(2), e70049. <https://doi.org/10.1111/inr.70049>
- Fisher, S., Blau, A., & Gendler, Y. (2025b). The Silent Struggle: An Integrative Review of PTSD Symptoms in Second Victim Experiences Among Nurses. *International Nursing Review*, 72(2), e70049. <https://doi.org/10.1111/inr.70049>
- Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burn`s and Grove`s: The practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence.* (8th edition). Elsevier.
- Haravuori, H. (2020). *Lomake PTSD Checklist, PCL* [Dataset]. <https://www.kaypahoito.fi/nix01354> luettu 18.2.2026
- Heikkilä, T. (2008). *Tilastollinen tutkimus* (7. painos). Edita prima OY.
- Hoeboer, C. M., Karaban, I., Karchoud, J. F., Olf, M., & Van Zuiden, M. (2024). Validation of the PCL-5 in Dutch trauma-exposed adults. *BMC Psychology*, 12(1), 456. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01951-y>
- 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. <https://doi.org/10.1111/jonm.13490>
- Jukarainen, L., Mahat, S., Koskiniemi, S., Syyrilä, T., Wu, A. W., Jylhä, V., & Härkänen, M. (2025). The Symptoms and Impacts Experienced by Healthcare Professionals as Second Victims After a Safety Incident: A Scoping Review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.70196>

- 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*, *80*(6), 2552–2565. <https://doi.org/10.1111/jan.16013>
- Kapoor, A., Field, T., Handler, S., Fisher, K., Saphirak, C., Crawford, S., Fouayzi, H., Johnson, F., Spenard, A., Zhang, N., & Gurwitz, J. H. (2019). Adverse Events in Long-term Care Residents Transitioning From Hospital Back to Nursing Home. *JAMA Internal Medicine*, *179*(9), 1254. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2005>
- Kohinova, D., Lepiešová, M., Bartoníčková, D., Faťun, P., & Žiaková, K. (2023). Investigating adverse events in long-term care facilities: A systematized review. *Frontiers of Nursing*, *10*(4), 399–412. <https://doi.org/10.2478/FON-2023-0043>
- Mahat, S., Koskiniemi, S., Lehmusto, H., Mikkonen, S., Syyrilä, T., & Härkänen, M. (2025). Translation and psychometric validation of the Finnish version of the revised second victim experience and support tool: A pilot study. *BMC Nursing*, *24*(1), 744. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03396-z>
- Mahat, S., Lehmusto, H., Rafferty, A. M., Vehviläinen-Julkunen, K., Mikkonen, S., & Härkänen, M. (2025). Impact of second victim distress on healthcare professionals' intent to leave, absenteeism and resilience: A mediation model of organizational support. *Journal of Advanced Nursing*, *81*(9), 5376–5388. <https://doi.org/10.1111/jan.16291>
- McDaniel, L. R., & Morris, C. (2020). The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected? *Journal of Midwifery & Women's Health*, *65*(4), 503–511. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13092>
- Mira, J., Carillo, I., Tella, S., Vanhaecht, K., Panella, M., Seys, D., Ungureanu, M.-I., Sousa, P., Buttigieg, S. C., Vella-Bonanno, P., Popovici, G., Srulovici, E., Guerra-Paiva, S., Knezevic, B., Lorenzo, S., Lachman, P., Ushiro, S., Scott, S. D., Wu, A., & Strametz, R. (2024). The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) Policy Statement on the Second Victim Phenomenon for Increasing Patient Safety. *Public Health Reviews*, *45*, 1607175. <https://doi.org/10.3389/phrs.2024.1607175>
- Mira, J. J., Potura, E., Schröder, K., Panella, M., Sousa, P., Knežević, B., Tella, S., Strametz, R., & on behalf of RESCUE. (2025). Standardizing second victim support: Development of the RESCUE

certification framework for health care institutions. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1539.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13741-2>

Neves, V. R., Pérez-Jover, V., Gonçalves, G. C. de S., Draganov, P. B., de Campos, L. M., Strametz, R., Sousa, P. J., Tella, S., & Mira, J. J. (2025). The second victim phenomenon's impact in male and female healthcare workers: A scoping review. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 37(2).  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf034>

Ong, T., Goh, C., Tan, E., Sivanathan, K., Tang, A., Tan, H., & Ng, Q. (2025). Second Victim Syndrome Among Healthcare Professionals: A Systematic Review of Interventions and Outcomes. *Journal of Healthcare Leadership*, Volume 17, 225–239. <https://doi.org/10.2147/JHL.S526565>

Pelikan, M., Finney, R. E., & 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. (2024). *Potilasturvallisuussanasto*.

<https://www.pvk.fi/terveydenhuolto/potilasturvallisuus/potilasturvallisuussanasto/>

<https://www.pvk.fi/terveydenhuolto/potilasturvallisuus/potilasturvallisuussanasto/> Luettu 11.8.2024.

Potilasvakuutuskeskus. (2025, maaliskuuta). *Vuosiraportti 2024*. Potilasvakuutuskeskus.

[www.pvk.fi/document/612732/B74552252CA2C5442AD5B7342DF0226C03E63D70ABF5C24215A533E72CF537ED](http://www.pvk.fi/document/612732/B74552252CA2C5442AD5B7342DF0226C03E63D70ABF5C24215A533E72CF537ED)

Rattray, J., & Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 234–243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>

Santana-Domínguez, I., González-de la Torre, H., Verdú-Soriano, J., Nolasco, A., & Martín-Martínez, A. (2022). Validation and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Second Victim Experience and Support Tool Questionnaire. *Journal of Patient Safety*, 18(7), 692–701.  
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000989>

- Scarpis, E., Castriotta, L., Ruscio, E., Bianchet, B., Doimo, A., Moretti, V., Cocconi, R., Farneti, F., & Quattrin, R. (2022). The Second Victim Experience and Support Tool: A Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation in Italy (IT-SVEST). *Journal of Patient Safety, 18*(2), 88–93.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2015). *Sosiaalihuoltolaki 1301/2014* [Dataset].  
<https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2014/1301>
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2024). *Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö*. <https://stm.fi/sotehenkilosto>.  
<https://stm.fi/sotehenkilosto> luettu 11.8. 2024.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2025a). *Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä* (A.) [Dataset]. <https://stm.fi/hyvinvointialueet> luettu 2.3.2026
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2025b). *Sosiaalihuollon laitospalvelut*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.  
<https://stm.fi/laitoshoito> 3.3.2026
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (n.d. C). *Sosiaalipalvelut* [Dataset]. <https://stm.fi/sosiaalipalvelut> luettu 3.3.2026
- Stone, M. (2020). Second victim support programs for healthcare organizations. *Nursing Management, 51*(6), 38–45. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000662664.90688.1d>
- Strametz, R., Siebold, B., Heistermann, P., Haller, S., & Bushuven, S. (2022). Validation of the German Version of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised. *Journal of Patient Safety, 18*(3), 182–192.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (2022). *Traumaperäinen stressihäiriö—Käypä hoito- suositus*. [Dataset].  
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50080#R6> luettu 18.2.2026
- Thompson, M., Hunnicutt, R., Broadhead, M., Vining, B., & Aroke, E. N. (2022). Implementation of a Certified Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 37*(2), 167–167.
- Thungjaroenkul, P., Soivong, P., Udkanta, K., & Tiansawad, S. (2024). The Revised Second Victim Experience and Support Tool: Thai Translation and Psychometric Evaluation. *Journal of Nursing Measurement, JNM-2023-0008.R1*. <https://doi.org/10.1891/JNM-2023-0008>

- Tilastokeskus. (2022). *Työllisten yleisimmät ammattiryhmät sukupuolen mukaan*.  
<https://stat.fi/fi/julkaisu/cktws35s04dru0b553lzi7aci> luettu 4.4.2026
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistiteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019*. tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Tähtinen, J., Laakkonen, E., & Broberg, M. (2020). *Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita* (2., Vol. 2020). Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2018). Adverse Events in Long-Term-Care Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries (OEI-06-14-00530; 11/18). *Office of Inspector General*. <https://oig.hhs.gov/reports/all/2018/adverse-events-in-long-term-care-hospitals-national-incidence-among-medicare-beneficiaries/>
- Vaismoradi, M., Vizcaya-Moreno, F., Jordan, S., Gåre Kymre, I., & Kangasniemi, M. (2020). Disclosing and Reporting Practice Errors by Nurses in Residential Long-Term Care Settings: A Systematic Review. *Sustainability*, 12(7), 2630. <https://doi.org/10.3390/su12072630>
- Valvira. (ei pvm.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö työskentely*. Valvira. Noudettu 4. marraskuuta 2025, osoitteesta <https://valvira.fi/ammattioikeudet/ammattihenkilona-tyoskentely>
- Vanhaecht, K., Seys, D., Russotto, S., Strametz, R., Mira, J., Sigurgeirsdóttir, S., Wu, A. W., Pölluste, K., Popovici, D. G., 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). <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>
- Varha. (2025). Varsinais-Suomen hyvinvointialue. <https://www.varha.fi/fi/tietoa-meista> 14.11.2025
- Wahlberg, Å., Högberg, U., & Emmelin, M. (2019). The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 53–61. *psych* (2018-64239-010). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016>

- Weathers, F., Litz, B., Palmieri, T., Marx, B., & Schnurr, P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)* [Dataset]. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp#obtain>
- WHO. (2022). *Long-term care* [Dataset]. <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>
- WHO. (2024). *WHO Global Patient Safety Report 2024. Luettu 11.8.2024.*  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>. WHO.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>
- Winning, A., Merandi, J., Rausch, J., Liao, N., Hoffman, J., Burlison, J., & Gerhardt, C. (2021). Validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in the Neonatal Intensive Care Unit. *JOURNAL OF PATIENT SAFETY*, 17(8), 531–540. (WOS:000723781400001).  
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000659>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. *BMJ*, 320(7237), 726.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
- Yang, L., Chang, K., & Chung, K. (2012). Methodologically rigorous clinical research. *Plastic and reconstructive surgery.*, 2012(129), 979–988.

