

Vaaratapahtumat psykiatrisessa hoitoympäristössä

Katja Ikonen

KANDIDAATINTUTKIELMA

Hoitotiede

Turun yliopisto

Hoitotieteen laitos

03/ 2024

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

Kandidaatintutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Katja Ikonen

Otsikko: Vaaratapahtumat psykiatrisessa hoitoympäristössä

Ohjaajat: Yliopistonlehtori, dosentti Tella Lantta, TtT Maria Ameen

Sivumäärä: 30 sivua, 13 liitesivua

Päivämäärä: Maaliskuu /2024

Tiivistelmä

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon laadun olennainen osa-alue, joka heikkenee, kun potilaat kohtaavat turvallisuusongelmia. Nämä ongelmat haittaavat potilaiden toipumista ja aiheuttavat merkittäviä inhimillisiä ja taloudellisia seurauksia. Tutkimus vaaratapahtumista tarjoaa arvokasta tietoa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Erityisesti psykiatrisen hoidon alalla on ollut vähän tutkimusta potilasturvallisuusongelmista.

Tämän tutkielman päätavoitteena oli tutkia vaaratapahtumia psykiatrisen hoidon ympäristössä. Tutkimuksen pyrkimyksenä oli koota tietoa erilaisista vaaratapahtumista, niiden taustatekijöistä sekä potilasturvallisuuden ja raportoinnin kehittämistarpeista.

Tutkielman menetelmänä käytettiin kartoittavaa kirjallisuuskatsausta, jonka tietokantahaku suoritettiin syyskuussa 2023 käyttäen Medline Ovidia, CINAHL:ia, PsycINFO:a ja Medic:iä. Haku tuotti yhteensä 1072 viitettä, joista analysoitavaksi valittiin ennalta määrättyjen kriteerien perusteella 38 artikkelia.

Tutkimuksessa analysoitiin 38 vertaisarvioitua tutkimusartikkelia ajalta 2003–2023. Tutkimuksista 27 keskittyi psykiatrisiin vuodeosastoihin, kuusi oikeuspsykiatrisiin yksiköihin ja yksi avohoidon mielenterveysyksiköihin. Neljän tutkimuksen otos sisälsi tiedot sekä psykiatrisen sairaalahoidon että avohoidon tai oikeuspsykiatrian ympäristöstä. Tutkimukset käsittelivät vaaratapahtumien kokonaisaineiston analyysiä ja tyypittelyä sekä tarkentuvat erityyppisiin vaaratapahtumiin kuten lääkevirheisiin, kaatumisiin, väkivaltaan, turvallisuusongelmiin ja tapahtumien raportointiin vaikuttaviin tekijöihin.

Tutkimuksissa yleisimmät vaaratapahtumat liittyivät lääkitykseen, väkivaltaiseen käytökseen, itsetuhoisuuteen ja kaatumistapahtumiin. Vaaratapahtumiin vaikuttavina tekijöinä tunnistettiin potilaan sairauden oireet, desorientaatio, psykotrooppisten lääkkeiden haittavaikutukset, henkilökunnan osaamisen puutteet, ympäristön puutteet, riittämättömät resurssit ja viestinnän puutteet tai konfliktit. Vaaratapahtumien aliraportointi oli yleistä henkilöstöresurssien puutteen, aikarajoitusten, pelon ja puutteellisen organisaation turvallisuuskulttuurin vuoksi.

Ehdotetut parannukset sisältävät raportointijärjestelmien tehostamisen, raporttien tiedon paremman hyödyntämisen, organisaation turvallisuuskulttuurin ja osaamisen kehittämisen sekä yhteistyön ja tutkimuksen lisäämisen. Lisätutkimusta tarvitaan selvittämään tapahtumien ominaispiirteitä eri ikäryhmissä ja psykiatrisen avohoidon kontekstissa. Lisäksi tarvitaan organisaatiokulttuurin tutkimusta psykiatrisissa hoito-organisaatioissa selvittämään sen potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Avainsanat: Potilasturvallisuus, Vaaratapahtumat, Haittatapahtumat, HaiPro, Psykiatria, Psykiatrinen hoitotyö, Mielenterveyshoitotyö.

Bachelor's Thesis

Subject: Nursing Science

Author: Katja Ikonen

Title: Patient Safety Incidents in Psychiatric Care

Supervisor: PhD, RN, Tella Lantta, PhD, Maria Ameen

Number of pages: 30 pages, 13 appendix pages

Date: March/2024

Abstract

Background: Patient safety is an aspect of healthcare quality, and it becomes compromised when patients experience patient safety incidents. Patient safety incidents hinder patient recovery, causing significant human and financial burdens. The research on patient safety incidents provides information about factors of patient safety. There has been limited research on patient safety incidents in psychiatric care.

Purpose: to investigate the research conducted on patient safety incidents in the psychiatric care setting. The aim was to find information on the types of incidents reported in studies, which factors are associated with incidents, and what improvements related to incident reporting have been identified.

Methods: A scoping literature review, conducted in September 2023 using Medline Ovid, CINAHL, PsycINFO, and Medic, yielded a total of 1072 references. Based on predetermined criteria, 38 articles were selected for content analysis.

Results: 38 peer-reviewed research articles from the years 2003 to 2022, 27 from psychiatric inpatient units, six from forensic psychiatric units, and one from outpatient psychiatric units. The sample of four studies included responses from both inpatient and outpatient settings, or inpatient and forensic psychiatry environments. The studies addressed the distribution of adverse events, medication incidents, falls, violence, safety issues, and factors influencing incident reporting. The most common incidents were associated with medication management, violence, and self-harming behaviors. Incidents were linked to symptoms of the illness, disorientation, and adverse effect of psychotropic medications. Factors influencing incidents included staffing resource shortages and problems related to unsafe working culture. The majority of the studies described underreporting. Fear, high workload, and weak organizational safety culture were identified as significant underlying factors for underreporting.

Conclusion: : Research on patient safety incidents in psychiatric care is limited and focused on the context of psychiatric inpatient care. Underreporting is a significant challenge to the reliability of incident data. Further research is needed to address the characteristics of incidents in age-specific populations, psychiatric outpatient care, and organizational culture aspects, contributing to the development patient safety in psychiatric settings.

Keywords: Patient Safety, Patient Safety Incidents, Adverse Events, Critical Incidents, Psychiatry, Psychiatric Nursing, Mental Health care.

Sisällysluettelo

1. Johdanto	4
2. Tausta ja keskeiset käsitteet	5
2.1 Potilasturvallisuus	5
2.2 Vaaratapahtumat potilasturvallisuuden indikaattorina	6
2.3. Psykiatrinen hoito ja potilasturvallisuus	7
3. Tutkielman tarkoitus ja tutkimuskysymykset	9
4. Menetelmät	10
4.1 Hakustrategia	10
4.2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	11
4.3 Kirjallisuuden hakuprosessi ja aineiston analyysi	11
5. Tulokset	13
5.1 Vaaratapahtumatutkimus psykiatrisessa hoitoympäristössä	13
5.2 Tutkimuksissa raportoitujen vaaratapahtumien tyypittely	13
5.3 Mitkä tekijöiden on havaittu olevan yhteydessä vaaratapahtumiin	18
5.4 Mitä kehitettävää vaaratapahtumiin ja niiden raportointiin on havaittu liittyvän	19
6. Tutkielman laadun arviointi	21
7. Pohdinta ja johtopäätökset	22
LIITTEET	31
Liite 1. Artikkelitaulukko	31
TAULUKKO 1 HAKULAUSEKKEEN PCC MUOTOILU	10
TAULUKKO 2 TIETOKANTOJEN HAKULAUSEKKEET	11
TAULUKKO 3 TUTKIMUSARTIKKELEIDEN KOONTITÄULUKKO	14
TAULUKKO 4 TUTKIMUSTEN YLEISIMMÄT VAARATAHAHTUMAT TAI LÖYDÖKSET	17
TAULUKKO 5 VAARATAHAHTUMIIN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT	18
TAULUKKO 6 KEHITTÄMISEHDOTUKSET VAARATAHAHTUMIEN EHKÄISEMISEKSI	20
TAULUKKO 7 ARTIKKELITÄULUKKO	31
KUVIO 1 HAKUPROSESSIN MUKAILTU PRISMA FLOW-KAAVIO (PAGE YM. 2020)	12

1. Johdanto

2000-luvulla Institute of Medicinin julkaisema "To Err is Human" -raportti nosti potilasvahingot ja niiden vaikutukset terveydenhuollossa kansainväliseen keskusteluun. Raportissa korostettiin tarvetta parantaa terveydenhuollon turvallisuutta ja seurauksia estettävissä olevista haitoista. (Institute of Medicin [IOM], 1999; Stelfox, 2006; World Health Organization [WHO], 2021.) Tämän jälkeen Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 2002 päätöslauselman, joka kehotti jäsenvaltioita toimiin potilasturvallisuuden parantamiseksi (WHO, 2002).

Vaikka potilasturvallisuuden tutkimus ja toimenpiteet ovat lisääntyneet, potilasvahingot ovat edelleen merkittävä globaali terveysongelma (Stelfox, 2006; WHO, 2021). WHO:n vuonna 2021 julkaisema toiminta- ja tavoitesuunnitelma potilasturvallisuuden parantamiseksi painottaa haittojen merkittävää vähenemistä terveydenhuollossa (WHO, 2021).

Potilasturvallisuuden tutkimuksen ja kehittämisen lisääntymisestä huolimatta, tietoa psykiatrisen hoidon vaaratapahtumista ja potilasturvallisuudesta on edelleen niukasti (D'Lima, 2017; WHO, 2021; Thibaut, 2019). Psykiatrisen hoidon turvallisuuden kehittämisessä on otettava huomioon alalle ominaiset erityispiirteet (Shields, 2018; Daumit & McGinty, 2018; WHO, 2021). WHO:n suunnittelema potilasturvallisuuden parantamisen toimintasuunnitelma vuosille 2021–2030 sisältää ohjausta potilasturvallisuuden parantamiseen myös psykiatrisen hoidon ympäristössä (WHO, 2021).

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää kartoittavan kirjallisuuskatsauksen avulla, millaista tutkimusta on tehty vaaratapahtumista psykiatrisessa hoitoympäristössä. Tutkimuksen tarkoitukseen pyritään selvittämällä tehtyjen tutkimusten määrää ja laatua, psykiatrisen hoidon vaaratapahtumatyyppettä sekä millaisten tekijöiden on havaittu olevan yhteydessä vaaratapahtumiin ja mitä kehitettävää vaaratapahtumailmoituksiin liittyen on havaittu.

2. Tausta ja keskeiset käsitteet

2.1 Potilasturvallisuus

WHO määrittelee potilasturvallisuuden olevan ”järjestettyjen toimintojen kehys, joka luo terveydenhuollon kulttuureja, prosesseja, menettelytapoja, käyttäytymismalleja, teknologioita ja ympäristöjä, jotka jatkuvasti ja kestävästi alentavat riskejä, vähentävät vältettävissä olevien haittojen esiintymistä, vähentävät virheiden todennäköisyyttä ja vähentävät haittojen vaikutuksia. silloin kun niitä tapahtuu” (WHO, 2021).

Tutkimuskirjallisuudessa potilasturvallisuus määritellään vapaudeksi kaikista terveydenhuoltoon liittyvistä haitoista (Amaniyani, 2020), hoidon laaduksi ja laatutavoitteeksi (Jha, Prasopa-Plaizier, Larizgoitia & Bates, 2010), terveydenhuollon tieteenalaksi, joka soveltaa turvallisuustieteen menetelmiä (Emanuel ym., 2009; Carayon ym., 2014) sekä terveydenhuoltojärjestelmien ominaisuuksiksi, jotka minimoivat vaaratapahtumien ilmaantuvuuden ja vaikutuksen sekä maksimoivat niistä toipumisen (Emanuel ym., 2009). Potilasturvallisuuden ajatellaan kuuluvan terveydenhuollon ammattihenkilöiden ydinosaamiseen ja sen avulla varmistetaan potilaan turvallisen hoidon toteutuminen (Ikonen & Wellig, 2020) ja se koostuu prosesseista, rakenteista ja niiden tulosvaikutuksista. (Jha ym., 2010; Carayon ym., 2014; WHO, 2021). Potilasturvallisuuteen vaikuttavana tekijänä nähdään organisaation organisaatiokulttuuri, jonka vaikutus riskien ja haittojen havaitsemiseen ja raportointiin ja siten oppimiseen ja toiminnan kehittämiseen on keskeinen (Emanuel ym., 2018; Schwappach & Niederhauser, 2019).

Suomessa potilasturvallisuuden edistäminen alkoi WHO:n 2002 julkaiseman päätöslauselman jälkeen. Sosiaali- ja turvallisuusministeriö (STM) asetti työryhmän valmistelemaan potilasturvallisuusstrategiaa, julkaisten turvallisen lääkehoidon oppaan vuonna 2006 ja ensimmäinen potilasturvallisuusstrategian vuonna 2009 (Wellig, 2022). STM määrittelee potilasturvallisuuden osaksi terveydenhuollon kokonaislaatua, mikä kattaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden avulla varmistetaan hoidon turvallisuus ja potilaiden suojeleminen vahingoilta. Turvallinen hoito perustuu näyttöön, on vaikuttavaa, oikea-aikaista ja oikein toteutettua, ja siihen kuuluu tilojen, laitteiden, tietojärjestelmien, tarvikkeiden ja lääkkeiden turvallisuus sekä toimiva tiedonkulku. (STM, 2022.)

2.2 Vaaratapahtumat potilasturvallisuuden indikaattorina

Maailman terveysjärjestön 2021 laatiman potilasturvallisuuden parantamisen toimintasuunnitelman keskeisenä tavoitteena on vältettävissä olevien haittojen merkittävä väheneminen terveydenhuollossa (WHO, 2021). Potilaalle aiheutuvaa haittoihin johtavaa tapahtumaa tai tapahtumasarjaa kuvataan termillä Patient Safety Incident (suomeksi vaaratapahtuma). Terveydenhuollossa vaaratapahtuma tarkoittaa "tapahtumaa tai olosuhdetta, joka olisi voinut johtaa tai johti tarpeettoman vahingon aiheuttamiseen potilaalle" (WHO, 2009).

Vaaratapahtumat luokitellaan niiden vakavuusasteen mukaan. Vakavuusastetta kuvataan karkeasti jaotellen termeillä *läheltä piti* -tapahtuma ja haittatapahtuma. Läheltä piti -tapahtuma tarkoittaa tilannetta, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle, mutta haitta vältettiin joko sattumalta tai siksi, että havaittu vaaratilanne pystyttiin ajoissa estämään. (Chang, Schyve, Croteau, O’Leary & Loeb, 2005; Stakes, 2006, Rodziewicz 2023.) *Haittatapahtuma* puolestaan kuvaa vaaratapahtumaa, joka tapahtui potilaalle ja joka aiheutti potilaalle haittaa. (Stakes, 2006). Haittatapahtuman vakavuusaste voidaan luokitella sen aiheuttaman haitan mukaisesti. Haitta voi olla väliaikainen tai pysyvä (Chang ym., 2005; Stakes, 2006). Tunnistetut haittaluokat vuonna 2005 julkaistun (Chang ym.) JCAHO:n potilasturvallisuuden tapahtumataksonomian mukaan ovat:

- a. Tapahtui potilaalle, mutta tapahtuma ei aiheuttanut potilaalle havaitsematonta tai havaittavissa olevaa haittaa,
- b. Tapahtui potilaalle ja tapahtuma aiheutti potilaalle lievän (Mild) väliaikaisen tai pysyvän haitan,
- c. Tapahtui potilaalle ja tapahtuma aiheutti potilaalle keskivaikean (Moderate) väliaikaisen tai pysyvän haitan
- d. Tapahtui potilaalle ja tapahtuma aiheutti potilaalle vakavan (Severe) väliaikaisen tai pysyvän haitan

Maailmanlaajuisella tasolla terveydenhuollon vaaratapahtumien todellista määrää voidaan lähinnä arvioida. Kattavaa yhteistä rekisteritietoa ei ole saatavilla. On arvioitu, että 8–16 % sairaalahoidossa olevista potilaista kokee vaaratapahtuman hoitojakson aikana. (Weingart, 2000; Jha, 2010.) Tavallisimpia vaaratapahtumia ovat lääkinnällisiin laitteisiin liittyvät vaaratapahtumat, kirurgiset virheet, kaatumiset ja makuuhaavat (Jha, 2010).

Vaaratapahtumien tunnistaminen ja rekisteröiminen ovat keskeisiä potilasturvallisuuden arvioinnissa ja kehittämistoimien suunnittelussa (WHO, 2021). Kansainvälisesti vaaratapahtumien tiedoissa on merkittäviä eroja, sillä niiden raportointi ja tutkimustiedon tuottaminen ovat yleisempiä ja systemaattisempia kehittyneissä maissa verrattuna kehitysmaihin (Jha, 2010; Panagioti, 2019). Vaaratapahtumien määrästä ei voi päätellä suoraan potilasturvallisuuden tasoa ilman tietoa terveydenhuollon organisaation ja henkilöstön osaamisesta vaaratapahtumien rekisteröinnissä (Lawton ym., 2012; Carayan, 2014).

Vaaratapahtumat ovat potilasturvallisuuden indikaattoreita, jotka kuvaavat potilaille aiheutuvaa haittaa terveydenhuollon toimenpiteiden seurauksena. Niitä käytetään arvioimaan ja seuraamaan potilasturvallisuutta, ja ne ovat olennainen mittari terveydenhuollon laadulle. (Benn ym., 2009; Stelfox, 2006.) Vaaratapahtumien raportoinnin avulla tunnistetaan potilashoidon riskejä (Lawton ym., 2012), arvioidaan terveydenhuollon laatua (Carayan, 2014), vahvistetaan potilasturvallisuuskulttuuria (Jha, 2010; Weaver, 2013) ja seurataan potilasturvallisuutta (Classen, 2021; WHO, 2021). Lisäksi ne auttavat valvomaan valtioiden lainsäädännön noudattamista (Stelfox, 2006).

Vaaratapahtumien tehokas seuranta ja analysointi edellyttävät avointa raportointikulttuuria, jossa henkilökuntaa kannustetaan ilmoittamaan virheistä ja vaaratilanteista. Näin voidaan varmistaa, että tapahtuu oppimista ja että toimenpiteitä voidaan toteuttaa potilasturvallisuuden jatkuvan parantamisen tavoitteen mukaisesti. (Emanuel ym., 2018; Schwappach & Niederhauser, 2019.) Tässä tutkielmassa vaaratapahtumilla tarkoitetaan sekä läheltä piti - tapahtumia että JCAHO:n tapahtumataksonomian mukaisia haittatapahtumatyyppejä ja niiden esiintymistä psykiatrisessa hoitoympäristössä.

2.3. Psykiatrisen hoito ja potilasturvallisuus

APA, American Psychiatric Association (2013) on määritellyt psykiatrisen häiriön olevan *”tila, jolle on ominaista kognitiivisten ja emotionaalisten häiriöiden, epänormaalien käyttäytymisen, tai heikentyneen toimintakyvyn esiintyminen, tai näiden tekijöiden yhdistelmä. On tärkeää korostaa, että tällaisia häiriöitä ei voida yksinomaan selittää ympäristötekijöillä; ne voivat liittyä myös fysiologisiin, geneettisiin, kemiallisiin, sosiaalisiin ja muihin tekijöihin”* (American Psychiatric Association, 2013).

Psykiatrasta hoitoa saavat potilaat kohtaavat hoidossaan samanlaisia hoidon haittojen riskejä kuin muillakin terveydenhuollon aloilla hoidettavat potilaat. Mielenterveyspotilaiden komorbiditeetti, oireiston monimutkaisuus, sekä erilaiset liitännäissairaudet lisäävät turvallisuusriskejä. (Brickell, 2011.) Tavanomaisten potilasturvallisuusriskien lisäksi mielenterveyden häiriöihin liittyvät tilanteet, kuten väkivaltainen käyttäytyminen ja niiden ratkaisemiseksi toteutetut rajoittavat toimenpiteet tuovat ainutlaatuisia haasteita psykiatrisen hoidon potilasturvallisuuden toteutumiselle (Thibaut, 2019). Eristäminen, rajoitteiden käyttö, itsensä vahingoittaminen, itsemurha sekä pakeneminen ovat erityisesti psykiatriseen hoitoon liittyviä potilasturvallisuuden tilanteita, jotka lisäävät potilaalle aiheutuvien haittojen riskiä (Brickell, 2011)

Psykiatriseen sairastavuuteen liittyvä stigmatisaatio eli pelko leimautumisesta, heikentää hoidon saatavuutta, hoidon laatua ja terveystuloksia mielenterveysympäristöissä mukaan lukien akuuttihoito ja hätätilanteet (Brickell, 2011; Hamaideh, 2017; Thibaut, 2019). Mielenterveyspotilaiden fyysisiä terveysongelmia alihoidetaan usein, koska niiden voidaan olettaa olevan oire potilaan psykiatrisesta sairaudesta. Stigma voi myös johtaa tilanteeseen, jossa potilaat ovat haluttomia paljastamaan psykiatrista diagnoosia ja hoitoa, mikä voi johtaa riittämättömään psykiatriseen hoitoon tai vaikuttaa muiden sairauksien hoitoon. (Brickell, 2011.)

Suomessa psykiatrisen hoidon järjestämistä toimintaa ohjaavat terveydenhuoltolaki ja mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki, 1990, Terveydenhuoltolaki, 2010). Mielenterveyslain päämäärä on taata hoito psyykkisesti sairastuneille silloin, kun heidän kykynsä arvioida oman hoidon tarvettaan on heikentynyt psyykkisen sairauden seurauksena (Mielenterveyslaki, 1990; Duodecim, 2018; Huttunen, 2019). Mielenterveyshäiriöiden hoitoon sisältyy ohjaus, neuvonta ja psykososiaalinen tuki sekä häiriöiden ehkäisy, tutkimus, hoito ja kuntoutus monipuolisina palveluina. Ensisijainen hoitopaikka on perusterveydenhuolto, mutta hoitoa tarjotaan myös psykiatrisilla poliklinikoilla ja sairaaloissa (Terveydenhuoltolaki, 2010; STM, 2024). Mielenterveyslaki mahdollistaa henkilön määräämisen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon sekä hoidossa tapahtuvat rajoittamistoimenpiteet (Mielenterveyslaki, 1990; Duodecim, 2018).

Mielenterveyden potilasturvallisuus voidaan määrittellä suppeasti tai laajasti. Suppea määrittely käsittää vain vaaratapahtumista, kuten itsemurhista, lääkitysvirheistä, eristämisestä ja

rajoittamisesta aiheutuvia haittoja. Laajempi määritelmä sisältää kysymyksiä hoidon laadusta ja saatavilla olevien palvelujen riittävydestä. (Brickell, 2011.) Useimmat mielenterveyspotilaiden potilasturvallisuutta koskevat tutkimukset keskittyivät fyysisiin haittoihin. On erittäin vähän tutkimusta haittojen luonteesta mielenterveyspalveluissa (D'Lima 2017; WHO 2021; Thibaut, 2019) ja haittojen ennaltaehkäisyyn keskittyvä tutkimus puuttuu kokonaan (Thibaut, 2019).

Psykiatriseen hoitoon liittyvistä vaaratapahtumista tarvitaan sekä potilaslähtöistä tutkimusta (Thibaut, 2019), että tutkimusta, jossa tarkastellaan fyysisiä ja emotionaalisia potilasturvallisuustapahtumiin liittyviä haittoja (Brickell, 2009). Lisäksi tarvitaan tutkimusta haittojen luonnetta eri hoitoympäristöissä kuten perusterveydenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa sekä erilaisten etnisten ja kulttuuristen tai haavoittuvien potilasryhmien keskuudessa (WHO, 202; Brickell, 2009).

3. Tutkielman tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää, millaista tutkimusta on tehty vaaratapahtumista psykiatrisessa hoitoympäristössä. Tavoitteena on kartoittaa tehdyn tutkimuksen määrää ja laatua ja tuottaa tietoa psykiatrisessa hoidossa esiintyvistä vaaratapahtumista, tapahtumatyypeistä, tekijöistä, jotka ovat yhteydessä vaaratapahtumien syntymiseen ja kehittämisen tarpeista, joiden avulla vaaratapahtumia voitaisiin ehkäistä. Tutkielman tuottaman tiedon avulla on mahdollista tunnistaa kehittämiskohteita vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi, löytää vaaratapahtumien jatkotutkimuskohteita sekä interventioiden kehittämistarpeita.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Millaista tutkimusta on tehty vaaratapahtumista mielenterveyshoidon ympäristössä?
2. Millaisia vaaratapahtumia tutkimuksissa on raportoitu?
3. Mitkä tekijöiden on havaittu olevan yhteydessä vaaratapahtumiin?
4. Mitä kehitettävää vaaratapahtumiin ja niiden raportointiin on havaittu liittyvän?

4. Menetelmät

4.1 Hakustrategia

Koska aiempien tietojen perusteella vaaratapahtumien tutkimus mielenterveysympäristössä on ollut hajanaista ja vähäistä (D'Lima, 2017; WHO, 2021; Thibaut, 2019), valittiin tämän tutkielman menetelmäksi kartoittava kirjallisuuskatsaus. Kartoittavan katsauksen tarkoituksena on tunnistaa ja kartoittaa käytettävissä olevaa näyttöä tietyltä aihealueelta, tutkia aiheeseen liittyvää tutkimusta ja tunnistaa mahdolliset tiedon puutteet (Munn ym., 2018; Peters ym., 2020). Toisin kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, kartoittavassa katsauksessa ei arvioida valittujen tutkimusten menetelmällistä laatua tai tehdä tulosten meta-analyysii (Peters ym., 2020)

Tässä työssä tiedonhaku suoritettiin noudattaen kartoittavaan katsaukseen suositeltuja kirjallisuushaun periaatteita. Tiedonhaku aloitettiin määrittelemällä tutkimuksen aihe ja muotoilemalla tutkimuskysymykset aiheen rajaukseen ja tutkimuskysymysten muotoilemiseen soveltuvaa PICO-menetelmää käyttäen (Munn ym., 2018). PICO-menetelmää hyödynnettiin kartoittavan tiedonhaun asiasanojen määrittelyyn sopivalla PCCC-muotoilulla (Taulukko 1).

Taulukko 1 Hakulausekkeen PCC muotoilu

P	potilasryhmä	psykiatriset potilaat	psychiatric patient
C	käsite 1	vaaratapahtumailmoitus haittatahtumailmoitus	incidents reporting adverse events report adverse event notification hazard event report near miss report error report
C	käsite 2	potilasturvallisuus	patient safety
C	konteksti	psykiatrinen hoito	psychiatric hospitalization psychiatric hospital psychiatric outpatient care psychiatric inpatient care psychiatric unit psychiatric care mental health service

4.2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Aineiston sisäänottokriteereitä olivat vuodesta 2000 alkaen julkaistut vertaisarvioidut tutkimusartikkelit, joissa kuvatus tutkimuksen kohteena olivat vaaratapahtumat psykiatrisen hoitotyön ympäristössä ja joissa tutkimuksen näkökulma oli potilasturvallisuus tai potilaan hoitotyö

Aineistosta poissuljettiin mielipidekirjoitukset, asiantuntija-artikkelit, kirjallisuuskatsaukset, lääketutkimukset ja interventiotutkimukset, joissa vaaratapahtumaraportteja käytettiin ainoastaan osana vaikuttavuuden arviointia.

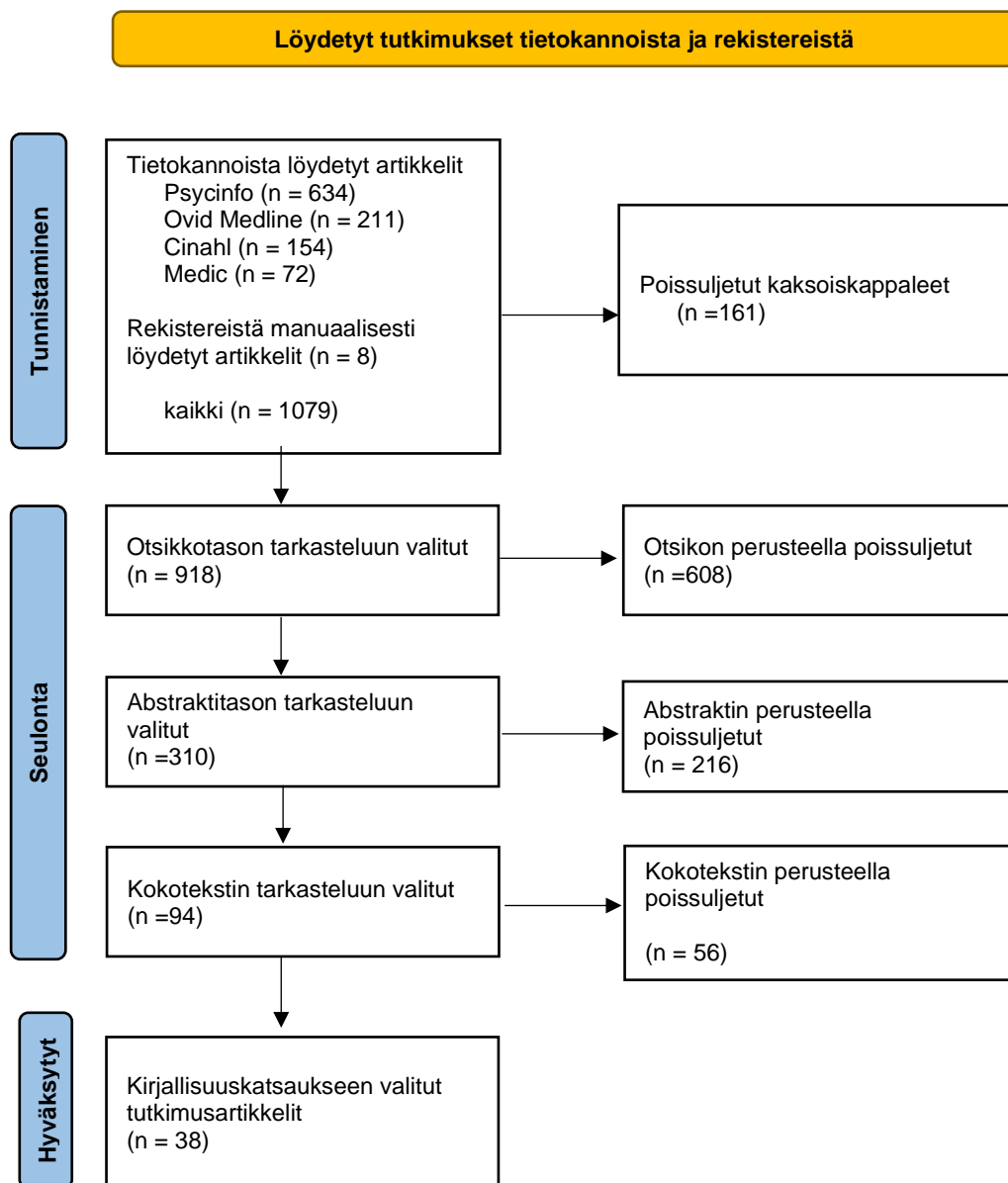
4.3 Kirjallisuuden hakuprosessi ja aineiston analyysi

Haku suoritettiin neljään tietokantaan, joita olivat Cinahl, Medic, Medline Ovid ja Psycinfo. Medline Ovidissa, PsycInfossa ja Cinahlissa haut suoritettiin vapaasanahakuina hyödyntäen sanankatkaisua ja läheisyysoperaattoria. Hakulausekkeiden muotoilussa hyödynnettiin Helsingin Yliopiston kahden informaattikon apua. Hakulausekkeet on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2 Tietokantojen hakulausekkeet

Medline Ovid	(psychiatric* adj2 hospital*)OR (psychiatric* adj2 care*)OR (Mental* Health* adj2 Service*)AND(near* miss* adj2 report*)OR (incident* adj2 report*)OR (advers* event* adj2 report*)OR (patient* safet* adj2 report*)OR (error* adj2 report*)
PsycInfo	(psychiatric* adj2 hospital*)OR (psychiatric* adj2 care*)OR (Mental* Health* adj2 Service*)AND(near* miss* adj2 report*)OR (incident* adj2 report*)OR (advers* event* adj2 report*)OR (patient* safet* adj2 report*)OR (error* adj2 report*)
Cinahl	"psychiatric hospital*" OR "psychiatric care*" OR "Mental Health Service*" AND ("near miss*" OR incident* OR "advers* event*" OR "patient safety*" OR error*) N3 (report*)
Medic	error* incident* advers* vaaratapahtum* haipro* haittatahtum* AND "psychiatric care" "mental health service" psykiatrinen*

Haussa löydettiin 1071 artikkelia, jotka seulottiin vaiheittain poissulku- ja sisäänottokriteereiden sekä otsikko- abstrakti- ja kokotekstin perusteella, kuviossa 1 esitetyn prosessin mukaisesti. Tutkielmaan valikoitui 38 vertaisarvioitua tutkimusta, jotka täyttivät hakukriteerit.



Kuvio 1 Hakuprosessin mukailtu PRISMA Flow-kaavio (Page ym. 2020)

Aineisto analysoitiin lukemalla valitut tutkimusartikkelit useaan kertaan, taulukoiden ja luokitellen tutkimusmenetelmät, tutkimusympäristöt, vuosiluvut, ja aineiston ikä- ja sukupuolijakaumat, vaaratapahtumien tyypittely, tapahtumiin yhteydessä olevat tekijät, vaaratapahtumien ehkäisemiseksi nimetyt kehittämissuositukset sekä jatkotutkimusehdotukset.

5. Tulokset

5.1 Vaaratapahtumatutkimus psykiatrisessa hoitoympäristössä

Kirjallisuushaussa löytyi yhteensä 38 tutkimusta vaaratapahtumista psykiatrisen hoitotyön ympäristössä. Tutkimuksista kaksitoista (12) oli tehty Iso-Britanniassa, seitsemän (7) Yhdysvalloissa sekä Japanissa, neljä (4) Suomessa, kaksi (2) Belgiassa ja Australiassa sekä Tanskassa, Ruotsissa, Irlannissa ja Italiassa kussakin yksi (1) (Taulukko 3).

Tutkimuksista 27 oli tehty psykiatrisen sairaalan kontekstissa, kuusi (6) tutkimusta sijoittui oikeuspsykiatrisen hoidon sairaalaympäristöön ja yksi (1) tutkimus käsitteli vaaratapahtumia psykiatrisen avohoidon kontekstissa. Neljässä (4) tutkimuksessa otos sisälsi sekä sairaalan että avohoidon tai sairaalan ja oikeuspsykiatrian ympäristön. Tutkielmaan valituista tutkimuksista 30 oli monimenetelmätutkimuksia, analyysi sisälsi sekä tilastollisia että laadullisia analyysimenetelmiä. Lisäksi mukana oli kahdeksan (8) laadullista tutkimusta. Tutkimukset kattoivat ajanjakson vuosilta 2003–2023, ja 66 % niistä tehtiin vuoden 2013 jälkeen.

5.2 Tutkimuksissa raportoitujen vaaratapahtumien tyypittely

Taulukossa 4 on koostettuna kaikki tutkielmaan valitut tutkimukset, niiden jakautuminen ja aiheen mukainen tyypittely. Valitut tutkimukset käsitelivät laajasti tutkimusaihetta, tarkastellen vaaratapahtumien määrää, niiden tyyppejä, raportointiin vaikuttavia tekijöitä sekä potilaspopulaation ominaisuuksia. Kahdeksassa (8) tutkimuksessa analysoitiin vaaratapahtumaraporttien sisältöä ja niiden jakautumista. Samoin kahdeksassa (8) tutkimuksessa keskityttiin lääkevirheiden aiheuttamiin vaaratapahtumiin, ja saman verran tutkimuksia tarkasteli myös väkivallan esiintymistä psykiatrisessa hoidossa. Potilaiden itsemurhaa tai itsetuhoista käyttäytymistä tarkasteli viisi (5) tutkimusta, neljä (4) tutkimusta käsitteli kaatumisten vaaratapahtumia ja kolmessa (3) tutkimuksessa tutkittiin vaaratapahtumien raportointia. Kaksi (2) tutkimusta tarkasteli turvallisuutta psykiatrisessa hoidossa, toisen käsitellessä aihetta turvallisten tilojen teorian näkökulmasta ja toinen keskittyi vaaratapahtumaraportointiin liittyvään turvallisuuskulttuuriin (Taulukko 4). Taulukkoon 4 on merkitty myös tutkimusten artikkelitaulukossa ilmaistut järjestysnumerot, joita käytetään lähdeviitteinä tekstissä tästä alkaen.

Taulukko 3 Tutkimusartikkeleiden koontitaulukko

Tutkimukset aihealue	Maa	Vuosi	Suku*			Ikäryhmät**			Ympäristö***			Tutkimukset
			m	n	laps.	aik.	iäkk.	oike usps.	psyk .srl.	avoh .		
Vaaratapahtumien kokonaistutkimus	U.S.A	2018	X	X		X			X		2 Adverse events occurring on mental health units: Mills P., Watts B., Shiner B & Hemphill R.	
	Belgia	2017	X	X		X	X	X			14 Critical incidents and judicial response during medium security treatment: Jeandarme I., Wittouck C., Vander Laenen F., Pouls C., Heimans H., Oei T. I & Bogaerts S.	
	U.S.A	2019							X		17 How Well Do Incident Reporting Systems Work on Inpatient Psychiatric Units? Reilly C., Cullen S., Watts B., Mills P., Paull D & Marcus S.	
	U.K	2012	X	X	X				X		19 Incidents in an adolescent forensic secure inpatient service: Hill S., White O., Lolley J., Sidki-Gomez A & Williams H.	
	Suomi	2023	X	X	X	X	X		X		26 Safety Incidents in Psychiatric Inpatient Care: A Qualitative Content Analysis of Safety Incident Reports: Mishina K., Berg J., Vainila V., Korte M & Lahti M.	
	Irlanti	2013			X					X	30 Survey on critical incident reporting in a child and adolescent mental health service: O'Keeffe N., Gavin B & McNicholas F.	
	Suomi	2022	X	X	X	X			X		34 Voluntary patient safety incidents reporting in forensic psychiatry-What do the reports tell us? Kuosmanen A., Tiihonen J., Repo-Tiihonen E., Eronen M & Turunen H.	
Lääkehoidon vaaratapahtumat	Ruotsi	2020	X	X		X	X		X		37 Adverse events in psychiatry: a national cohort study in Sweden with a unique psychiatric trigger tool: Nilsson L., Borgstedt-Risberg M., Brunner C., Nyberg U., Nylén U., Ålenius C. & Rutberg H.	
	U.K	2011	X	X	X	X	X		X		1 A computerized system for reporting medication events in psychiatry: the first two years of operation: Haw C & Cahill C.	
	Japani	2003	X	X		X	X		X		13 Common types of medication errors on long-term psychiatric care units: Ito H & Yamazumi S.	
	U.S.A	2011							X		18 Identifying and reducing medication errors in psychiatry: creating a culture of safety through the use of an adverse event reporting mechanism: Jayaram G., Doyle D., Steinwachs D & Samuels J.	
	Japani	2005	X	X		X	X		X		20 Interception of potential adverse drug events in long-term psychiatric care units: Sawamura K., Ito H., Yamazumi S & Kurita H.	
	U.K	2021	X	X	X	X	X		X		21 Medication Safety in Mental Health Hospitals: A Mixed-Methods Analysis of Incidents Reported to the National Reporting and Learning System: Alshehri G., Keers R., Carson-Stevens A & Ashcroft D.	
	Japani	2015	X	X		X	X		X		23 Potential underreporting of medication errors in a psychiatric general hospital in Japan: Higuchi A., Higami Y., Takahama M., Yamakawa M & Makimoto K.	
	Australia	2018							X		31 The underreporting of medication errors: A retrospective and comparative root cause analysis in an acute mental health unit over a 3-year period: Morrison M., Cope V & Murray M.	
	U.S.A	2003	X	X		X			X		32 Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital: Grasso B., Genest R., Jordan C & Bates D.V.	
	U. K	2003	X	X	X	X	X	X			9 Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: a field study: Leggett J & Silvester J.	
Väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumat	U. K	2004	X	X		X			X		38 Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion: Gudjonsson GH, Rabe-Hesketh S, Szmukler G.	
	U.S.A	2007	X	X	X			X	X		10 Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients: Quanbeck C., McDermott B., Lam J., Eisenstark H., Sokolov G & Scott C.	
	U.S.A	2004	X	X	X	X	X		X		12 Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital: Kraus J & Sheitman.	
	U.K	2003	X	X	X				X		16 Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit.: Benson A., Secker J., Balfé E., Lipsedge M., Robinson S & Walker J.	
	U.K	2020	X	X		X			X		29 Smoking-related violence in a mental health setting following the implementation of a comprehensive smoke-free policy: A content analysis of incident reports: Spaducci G., McNeill A., Hubbard K., Stewart D., Yates M & Robson D.	
	Suomi	2014	X	X		X	X	X			33 Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: an analysis of violence incident reports: Kuivalainen S., Vehviläinen-Julkunen K., Putkonen A., Louheranta O & Tiihonen J.	
Italia	2022	X	X	X	X			X		36 Reporting Incidents in the Psychiatric Intensive Care Unit: A Retrospective Study in an Italian University Hospital: Mele F., Buongiorno L., Montalbo D., Ferorelli D., Solarino B., Zotti F., Carabellese F., Catanesi R., Bertolino A., Dell'Erba A & Mandarelli G.		

Tutkimukset aihealue	Maa	Vuosi	Sukupuol*		Ikäryhmät**			Ympäristö***			Tutkimukset
			m	n	laps	aik.	iäkk.	oikeusps.	psyk. srl.	avoh.	
<i>Itsetuhoisuuteen liittyvät vaaratapahtumat</i>	Japani	2017	X	X		X	X		X		4 Analysis of inedible substance ingestion at a Japanese psychiatric hospital: Yayama S., Tanimoto C., Suto S., Matoba K & Kajiwara T.
	Tanska	2022	X	X		X			X	X	5 Analysis of suicides reported as adverse events in psychiatry resulted in nine quality improvement initiatives: Mackenhauer J., Winslov J-H. Holmskov J., Brodsgaard I., Larsen T & Mainz J.
	U.K	2021	X	X	X	X	X		X	X	25 Root causes of deaths by suicide among patients under the care of a mental health trust: thematic analysis: Odejimi O., Webb K., Bagchi D & Tadros G.
	U.K	2012	X	X	X	X	X		X		27 Self harm in adult inpatient psychiatric care: a national study of incident reports in the UK: James K., Stewart D., Wright S & Bowers L.
	Japani	2018	X	X		X	X		X		28 Self-harm and Suicide Attempts in a Japanese Psychiatric Hospital: Tanimoto C., Yayama S., Suto S., Matoba K., Kajiwara T., Inoue M., Endo Y., Yamakawa M & Makimoto K.
<i>Kaatumisen vaaratapahtumat</i>	Australia	2012	X	X			X		X		6 Assessing falls risk in older adult mental health patients: a Western Australian review: Heslop K., Wynaden D., Bramanis K., Connolly C., Gee T., Griffiths R & Al Omari O.
	Japani	2021	X	X		X	X		X		15 Differences in the risk of severe falls between patients aged <65 years and patients aged >=65 years at a psychiatric hospital based on 12-year incident reports: Suga S., Tanimoto C., Yayama S., Suto S., Matoba K., Sugikado T & Makimoto K.
	Japani	2013	X	X		X	X		X		22 Pattern of underreporting falls in a general psychiatric hospital in Japan: Higami Y., Higuchi A., Takahama M., Yamakawa M & Makimoto K.
<i>Vaaratapahtumat ja turvallisuus</i>	Belgia	2022	X	X	X	X	X		X		24 Prevalence and characteristics of registered falls in a Belgian University Psychiatric Hospital: de Smet L., Carpels A., Creten L., De Pauw L., Van Eldere L., Desplenter F & De Hert M.
	U.S.A	2017	X	X	X	X	X		X		3 An Assessment of Levels of Safety in Psychiatric Units: Bayramzadeh S.
	Suomi	2019	X	X		X		X			11 Changes in patient safety culture: A patient safety intervention for Finnish forensic psychiatric hospital staff: Kuosmanen A., Tiihonen J., Repo-Tiihonen E., Eronen M & Turunen H.
<i>Vaaratapahtumien raportointi</i>	U. K	2020	X	X		X			X		7 Barriers and facilitators to incident reporting in mental healthcare settings: A qualitative study. Archer S., Thibaut B., Dewa L., Ramtale C., D'Lima D., Simpson A., Murray K., Adam S & Darzi A.
	U.K	2014	X	X		X			X		8 Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital: Haw C., Stubbs J & Dickens G. L.
	U.K	2020	X	X	X	X	X		X		35 An observational study on the rate of reporting of adverse event on healthcare staff in a mental health setting: An application of Poisson expectation maximisation analysis on nurse staffing data: Cook R., Jones S., Williams G., Worsley D., Walker R., Radford M & Leary A.

Taulukossa käytetyt lyhenteet.

* Vastaajien sukupuoli: M=Miehet; N=Naiset

** Vastaajien ikäryhmät: Laps. = lapset 1-18 vuotiaat; Aik.= Aikuiset 18–65 vuotiaat; Iäkk. = Iäkkäät, yli 65 vuotiaat

*** Tutkimuksen hoitoympäristö: Oikeusps. = Oikeuspsykiatrinen sairaala; psyk. srl. = Psykiatrinen sairaala; Avoh. =Psykiatrinen avohoito

Taulukossa 4 kuvatun mukaisesti vaaratapahtumien kokonaissisältöön suuntautuvissa tutkimuksissa yleisimmäksi vaaratapahtumatyypiksi osoittautui sanallinen tai fyysinen väkivalta, jota kuvattiin kaikissa vaaratapahtumaraporttien kokonaissisältöön kohdistuvissa tutkimuksissa (2, 14, 17, 19, 26, 30, 34). Muita yleisimpiin lukeutuvia vaaratapahtumia olivat kaatumiset, tapaturmat (2, 17, 26, 30, 34), karkaamiset (2, 14, 17, 19, 26), itsetuhoisuus (2, 14, 17, 19, 26) ja lääkevirheet (2, 17, 34).

Lääkehoidon vaaratapahtumissa yleisimpiä olivat annosteluvirheet, resepti- ja kirjausvirheet sekä potilaan tunnistamisen ongelmat (1, 13, 20). Näiden virheiden taustatekijöinä mainittiin henkilöstön riittävyteen ja vaihtuvuuteen liittyvät ongelmat (1, 13, 20), sekä työn häiriötekijät (1, 21). Kolme tutkimusta arvioi sähköisten raportointijärjestelmien vaikutusta lääkehoidon vaaratapahtumaraportointiin ja havaitsi, että sähköinen raportointi vähensi virheitä ja edisti organisaation oppimista (1, 18, 21). (Taulukko 4.)

Väkivaltaan keskittyviä vaaratapahtumatutkimusten mukaan väkivaltaista käytöstä esiintyi yleisimmin potilailla, joilla oli diagnosoitu psykoottinen häiriö (10, 33, 36) persoonallisuushäiriö (12, 33), kehitysvamma tai aivovaurio (12, 33, 36). Väkivalta ilmiönä ja taustaltaan todettiin olevan heterogeeninen (10, 12), mutta itse väkivalta oli usein reaktiota johonkin, esimerkiksi henkilöstön potilaille esittämiin pyyntöihin tai rajoituksiin (10, 29, 33). Tyypillisimpiä hoitotoimia väkivallan seurauksena olivat tarvittava lääkitys (9, 29) ja eristäminen (9, 33). (Taulukko 4.)

Itsetuhoista käyttäytymistä käsittelevistä tutkimuksista tutkimusta tarkasteli vaaratapahtuma-aineistoa toteutuneista itsemurhista (5, 25) ja kolme käsitteli kaikkea itsetuhoisesta käyttäytymisestä (4, 27, 28). Tyypillisiä itseä vahingoittavia tekoja olivat hengityksen rajoittaminen, ihon viiltäminen (27, 28) sekä vieraiden esineiden nieleminen (4, 27, 28). Itsetuhoisuuden taustalla vaikuttaviksi tekijöiksi tutkimuksissa nimettiin potilaan oma psyykinen vointi (4, 5, 25, 27, 28) ennaltaehkäisyn epäonnistuminen, puutteellinen riskiarviointi (5, 25, 28), kommunikaatio-ongelmat henkilökunnan kanssa (27, 28) tai organisaation sisäisen viestinnän ongelmat (5, 25). (Taulukko 4.)

Kaatumisten vaaratapahtumatutkimuksissa raportoitiin vaihtelevia vammojen vakavuuksia, mutta yleisimpiä olivat lievät vammat (6, 15, 22, 24). Kaatumisten taustatekijöinä tunnistettiin potilaan desorientaatio, yleisvoimien heikkous ja lääkkeiden haittavaikutukset (6, 15, 24). Psykoottinen häiriö oli yleisin päädiagnoosi, ja kaatumiset tapahtuivat useimmiten makuuhuoneessa sängyn läheisyydessä (6, 15, 22, 24). Aiempi kaatuminen lisäsi riskiä uudelle kaatumiselle (6, 24). Vaaratapahtumaraportointiin vaikuttavia tekijöitä olivat pelko seurauksista, työmäärä ja osaamisen puutteet (7, 8, 35). Kaksi tutkimusta tarkasteli tilojen turvallisuutta (3) ja turvallisuuskulttuurin muutosta (11). (Taulukko 4.)

Taulukko 4 Tutkimusten yleisimmät vaaratapahtumat tai löydökset

<i>Tutkimusten ryhmittely</i>	Yleisimmät tapahtumatyypit / tutkimuksen löydökset	Tutkimukset
<i>Kokonaistutkimukset</i>	sanallinen tai fyysinen väkivalta	2, 14, 17, 19, 26, 30, 34,
	kaatumiset ja tapaturmat	2, 17, 26, 30, 34
	karkaamiset	2, 14, 17, 19, 26
	itsetuhoisuus	2, 14, 17, 19, 26
	lääkevirheet	2, 17, 34
<i>Lääketapahtumat</i>	annosteluvirheet (väärä lääke, väärä annostelu)	1, 13, 18, 20, 21, 31, 32
	resepti tai kirjausvirheet	18, 31, 32
	potilaan tunnistamisen ongelmat	1, 23, 31
<i>Väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumat</i>	fyysinen hyökkäys muita kohtaan	10, 12, 16, 36
	omaisuuteen kohdistuva hyökkäys	10, 12, 36
<i>Itsetuhoisuuteen liittyvät vaaratapahtumat</i>	hengityksen rajoittaminen	25, 27, 28
	ihon viiltäminen	27, 28
	vieraiden esineiden nieleminen	4, 27, 28
<i>Kaatumiseen liittyvät vaaratapahtumat</i>	Yleisin kaatumispaikka makuuhuone	6, 22, 24
	Kaatumisissa psykoosisairaus päädiagnoosi	6, 15, 22, 24
	Aiempi kaatuminen taustalla riskitekijä	6, 24
<i>Turvallisuus</i>	Turvalliset tilat, makuuhuone ja kylpyhuone turvallisimmat	3
	Turvallisuuskulttuuri parani potilasturvallisuusjärjestelmän käyttöönotolla	11
<i>Raportointi</i>	Raportoimista edistävät tekijät: oppiminen, aika, vuorovaikutus	7
	Raportoimista estävät tekijät: pelko seurauksista, aika	7, 8
	Vaaratapahtumien raportoinnin nopeus	35

5.3 Mitkä tekijöiden on havaittu olevan yhteydessä vaaratapahtumiin

Taulukossa 5 esitellään vaaratapahtumiin liittyviä tekijöitä, jotka on havaittu tutkimuksissa. Useimmiten vaaratapahtumien taustalla koettiin olevan potilaiden sairaudet ja niihin liittyvät oireet, kuten sekavuus, paranoidisuus ja impulsiivisuus (9, 10, 12, 33, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 25, 24, 26, 27, 28). Vaaratapahtumien syntyyn tunnistettiin vaikuttavan myös henkilöstön resurssit, kuten henkilökunnan määrää ja koulutustaso (1, 2, 7, 8, 20, 13, 26, 35), sekä osaamiseen liittyvät puutteet ja vajaukset (1, 2, 5, 21, 23, 25, 24, 28, 31, 32), jotka johtivat potilaan tilan arvioinnin epäonnistumiseen (1, 2, 5, 28), tai virheellisiin ohjeistuksiin ja käytäntöihin (32). Henkilöstöressurssien lisäksi puutteelliset ympäristöressurit, kuten toimimattomat tilat, altistivat vaaratapahtumille (2, 3, 15, 21, 24, 25, 26, 28, 31). Nämä ongelmat käsittivät muun muassa turvattomat osastotilat (3, 25, 35), puutteelliset mahdollisuudet vaarallisten esineiden hallintaan (3, 25), levottomat lääkkeidenjakotilat (2) sekä puutteelliset lääkkeiden varastointitilat. (21).

Henkilöstön välisen kommunikaation puutteet korostuivat etenkin lääkehoitoon liittyvissä vaaratilanteissa (1, 2, 21, 23, 25, 31, 32, 35), kun taas potilaan ja henkilökunnan välinen kommunikaatio ja konfliktit olivat keskeisiä väkivaltaan liittyvissä tilanteissa (10, 16, 27, 28, 29, 32). Väkivaltaisten vaaratapahtumien seurauksena henkilöstön stressi ja uupumus lisääntyivät aiheuttaen muiden toisen laiminlyöntiä, henkilöstön vaihtuvuutta ja sairauslomaa (26, 35). Lisäksi väkivaltatilanteiden tunnistettiin synnyttävän muissa potilaissa pelkoa ja traumatisoitumista (26). Kahdessa tutkimuksessa vaaratapahtumien syntymisen taustalla tunnistettiin organisaatioiden tiedon vaihtamiseen ja kommunikaatioon liittyvät ongelmat (5, 21).

Taulukko 5 Vaaratapahtumiin yhteydessä olevat tekijät

Tekijät, jotka ovat yhteydessä vaaratapahtumiin	
Potilaan sairaus ja sen aiheuttamat oireet tai tila	4, 6, 9, 10, 12, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 25, 24, 26, 27, 28, 33, 36
Osaamisen vajaukset, virheelliset käytännöt	1, 2, 5, 17, 21, 23, 24, 25, 28, 31, 32
Ympäristön, tilojen tai laitteiden turvallisuus	2, 3, 15, 21, 24, 25, 26, 28, 31
Kommunikaation puutteellisuus ammattilaisten välillä	1, 2, 21, 23, 25, 31, 32, 35
Henkilöstön riittämättömät resurssit	1, 2, 7, 8, 13, 20, 26, 35
Kommunikaation puutteellisuus tai konfliktit potilaan ja henkilökunnan välillä	10, 16, 27, 28, 29, 32
kommunikaatiopuutokset organisaatioiden välillä	5, 21

5.4 Mitä kehitettävää vaaratapahtumiin ja niiden raportointiin on havaittu liittyvän

Aineistoon valikoiduissa tutkimuksissa vaaratapahtumien ilmoittamiseen liittyvissä tietojärjestelmissä havaittiin tarve kehittämiselle (1, 4, 6, 9, 18, 21, 27, 30, 32, 35). Raportointi koettiin työläänä ja aikaa vievänä (4, 7). Tietotekniikan koettiin parantavan raportoinnin tehokkuutta (4, 6, 7), mutta erilliset järjestelmät heikensivät järjestelmien käytettävyyttä (6, 7, 21). Tutkimuksissa toivottiin uusia innovaatioita (17, 18, 30, 35), kuten jaettuja sähköisiä kirjauspalveluja (7, 21, 27), älykästä lääkehoidon raportointijärjestelmää päätöksenteon tukijärjestelmillä (18, 37), tai trigger-työkaluja tietokoneavusteiseen sairauskertomustekstien seurantarjestelmään auttamaan riskien tunnistamisessa ja -hallinnassa (17, 37). Vaaratapahtumien tuottaman tiedon nykyistä paremman hyödyntämisen ja tiedottamisen uskottiin antava henkilöstölle motivaatiota ja ymmärrystä aktiivisempaan raportointiin (2, 3, 7, 23, 31, 35).

Useissa tutkimuksissa riskintunnistus ja -hallinta koettiin puutteellisena (2, 5, 6, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 36). Tarve henkilöstön osaamisen kehittämiseen nähtiin tärkeäksi sekä riskintunnistuksen ja -hallinnan että raportoinnin ja järjestelmien käytön osalta (5, 7, 8, 11, 21, 28, 30, 35, 36). Osaamisen kehittämisen keskeisenä keinona nostettiin esiin kohdennetut henkilöstön koulutukset (1, 5, 8, 9, 10, 13, 21, 30, 31, 36), raportoinnin parantaminen (5, 7, 8, 11, 21, 28, 30, 35, 36), yhteistyön lisääminen sekä organisaatioiden sisällä (5, 7, 11, 23, 25, 26, 32), että organisaatioiden välillä (5, 26, 35). Osaamisen kehittämisessä useat tutkimukset korostivat potilaan ja henkilöstön yhteistyösuhteen merkitystä ja kehittämisen tarpeita (4, 7, 10, 11, 26, 27, 28, 29, 31, 36). Omaisyhteistyön kehittäminen nousi tärkeäksi teemaksi etenkin itsetuhoisuuteen liittyvien vaaratapahtumien ennaltaehkäisemisessä (5, 25, 26, 30).

Tutkimuksista 26 nimesi tutkimuksen luotettavuuden ongelmaksi vaaratapahtumien mahdollisen aliraportoinnin (1, 2, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 24, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36). Joissakin tutkimuksissa aliraportoinnin nimettiin mahdollisesti vaikuttaneen näytteen vinoutumiseen (35), tai tutkimustulosten luotettavuutta heikentävästi (26, 35). Tutkimuksissa henkilöstön, kiire (7, 8, 20) ja pelko seurauksista (7, 8, 17, 26) mainittiin merkittävinä vaikuttimena vaaratapahtumien aliraportoimisessa. Kolmetoista tutkimusta toi esille organisaation potilasturvallisuuskulttuurin merkityksen aktiivisessa

vaaratapahtumaraportoinnissa (1, 7, 8, 9, 11, 17, 18, 23, 26, 30, 31, 34, 35). Oppimiseen tähtäävän potilasturvallisuuskulttuurin nimettiin lievittävän vaaratapahtumaraportointiin liittyvää seurausten pelkoa ja näin helpottavan raportointia (1, 7, 8, 11, 17, 26, 34). Organisaation turvallisuuskulttuurin kehittäminen (1, 3, 8, 11, 18, 31) ja siihen liittyvä johtamisen kehittäminen (8, 11, 26, 31) nähtiin keskeisenä aktiivista vaaratapahtumaraportointia ja sen hyötyjä tukevana tekijänä. Huolimatta laajasti tunnistetusta aliraportoinnin ongelmasta, vain kaksi tutkimusta (7, 8) kohdistui tutkimaan vaaratapahtumien raportointiin vaikuttavia esteitä.

Taulukko 6 Kehittämisehdotukset vaaratapahtumien ehkäisemiseksi

<i>Kehittämisehdotuksia vaaratapahtumien ehkäisemiseksi</i>		
<i>Vaaratapahtumien raportointijärjestelmien kehittäminen</i>	1, 4, 6, 9, 18, 21, 27, 30, 32, 35	
<i>Vaaratapahtumaraporttien tuottaman tiedon tehokkaampi hyödyntäminen ja jakaminen</i>	2,3,7,23,31,35	
<i>Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen</i>	Johtamisen kehittäminen	8, 11, 26, 31,
	Organisaatiokulttuurin kehittäminen	1, 3, 8, 11, 18, 31
<i>Henkilöstön osaamisen kehittäminen</i>	Riskienhallinta ja -arviointi	2, 5, 6, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 36
	koulutus	1, 5, 8, 9, 10, 13, 21, 30, 31, 36
	vuorovaikutus, yhteistyö potilaan kanssa	4, 7, 10, 11, 26, 27, 28, 29,31, 36
	Raportointi	5, 7, 8, 11, 21, 28, 30, 35, 36
	Yhteistyö	
<i>Yhteistyön kehittäminen</i>	Yhteistyö organisaation sisällä	5, 7, 11, 23, 25, 26, 32
	Yhteistyö organisaatioiden välillä	5, 26, 35
	Yhteistyö omaisten kanssa	5, 25, 26, 30
<i>Tutkimuksen lisääminen</i>	Itsemurhan riskinhallinta ja -tunnistaminen	5, 25, 27
	erityisryhmien kaatumisten riskinhallinta ja tunnistaminen	6, 22, 24, 25
	erityisryhmien väkivallan ja konfliktien riskinhallinta ja -tunnistaminen	9, 19,
	Lääkehoidon riskinhallinta ja -tunnistaminen sairaalahoidon aikana	32
	Potilaan ja henkilöstön yhteistyösuhteen merkitykset riskinhallinnassa	27, 29, 33
	Turvallisuuskulttuuri, palautemekanismit ja oppiminen	7, 11,17

Aineistossa jatkotutkimusta suositeltiin kaatumisen erityisryhmien riskinhallinnan ja tunnistamisen näkökulmasta (6, 22, 24, 25), potilaan ja henkilöstön kommunikaation ja yhteistyösuhteen merkityksestä riskinhallinnassa (27, 29, 33), väkivallan ja konfliktien

erityisryhmien riskinhallinnasta ja tunnistamisesta (9, 19), itsemurhien juurisyistä (25), itsetuhoisuutta edistävästä tekijöistä sairaalahoitoon ja kotiympäristön kontekstissa (5, 25, 27), ennaltaehkäisevistä näyttöön perustuvista interventioista (26), organisaatioiden ongelmista (23, 33) turvallisuuskulttuurista (11), palautemekanismeista ja oppimisesta (7).

6. Tutkielman laadun arviointi

Aineistoon valitut tutkimukset olivat vertaisarvioituja, joista 30 oli monimenetelmätutkimuksia ja kahdeksan laadullista tutkimuksista. Tutkimusten otosten koko vaihteli voimakkaasti ollen 2–94134 välillä. Suurimmat otosmäärät olivat tutkimuksissa, jotka käsittelivät vaaratapahtumien kokonaisaineiston analyysiä tai lääkevirheraporttien analyysiä. Aineistoon valikoitujen tutkimusten luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava aliraportoinnin merkitys mahdollisena tulosta vinouttavana tekijänä. Erityisesti aliraportointi nousi esille tutkimuksessa, jossa kolmen vuoden aikana kerättiin 18 vakavaa vaaratapahtumailmoitusta, vuosittaisen asiakasmäärän ollessa 3000 ja aineiston keräämisen kohdistuessa sekä avo- että päiväosastoyksiköihin (30). Yhden tutkimuksen (16) kato puolestaan pienensi tutkimuksen todellisen otoksen kahteen vastaajaan, mikä vaikutti voimakkaasti heikentävästi tutkimuksen luotettavuuteen ja tulosten yleistettävyyteen. Pääosa tutkimuksista oli anonymisoituja rekisteritutkimuksia, joihin tietoista suostumusta tai eettistä lupaa ei edellytetty. Tutkimuksista kaksitoista ei kuitenkaan raportoinut lainkaan eettisen luvan tai tietoisuuden suostumuksen tarvetta tai hakemista. Lopuissa tutkimuksissa oli raportoitu joko lupien hakeminen tai niiden tarpeettomuus.

Tämän tutkielman luotettavuutta vahvistaa aineiston systemaattinen hakuprosessi ja sen dokumentointi. Hakulauseke muodostettiin PICO-menetelmän avulla, kartoittavan katsauksen luonteeseen sopivalla PCCC-muotoilulla (Miller & Forrest, 2001). Hakulausekkeen muotoilussa ja haun toteuttamisessa neljään tieteelliseen tietokantaan hyödynnettiin informaation apua. Aineiston seulonta toteutettiin Zotero- viitteidenhallintaohjelmassa vaiheittain, systemaattisen tiedonhaun periaatteita noudattaen, sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Valittu tutkimusaineisto ja kartoittava analyysimenetelmä tukivat tutkimuskysymyksiin vastaamista.

Tämän tutkielman laatua ja luotettavuutta heikentää systemaattisen tutkimusraporttien laatutyökalun puuttuminen. Valittujen artikkelien laatua ei arvioitu systemaattisesti, sillä tutkimukset edustivat monimenetelmäisiä, laadullisia ja määrällisiä tutkimuksia, ja tutkimusmäärä oli melko suuri ottaen huomioon opinnäytetyön rajatun laajuuden.

7. Pohdinta ja johtopäätökset

Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää, millaista vaaratapahtumatutkimusta on tehty psykiatrisen hoidon ympäristössä. Tutkimusta aiheesta on todettu olevan vähän (D'Lima, 2017; WHO, 2021; Thibaut, 2019) ja tutkielmaan valikoitujen 38 vertaisarvioidun tutkimusartikkelin perusteella havaittiin, että vaaratapahtumien tutkimus alalla on edelleen niukkaa. Tutkimuksen havaittiin kuitenkin lisääntyneen, sillä 66 % tarkastelluista tutkimuksista oli tehty vuoden 2013 jälkeen. Tutkielmaan valikoiduissa tutkimuksissa oli havaittavissa pyrkimys tutkia psykiatrisen hoidon potilasturvallisuudelle ominaisia turvallisuushaasteita (Brickell, 2011; Thibaut, 2019), sillä tutkimuksista 24 % käsitteli psykiatristen hoitoyksiköiden vaaratapahtumia, 21 % väkivaltatapahtumia, 13 % itsetuhoisuutta ja itsemurhia. Lisäksi 21 % tutkimuksista käsitteli lääkevirheitä, 11 % kaatumisia, 8% vaaratapahtumien raportointia ja 5 % eli kaksi tutkimusta psykiatrisen hoidon turvallisuutta. Aineisto vahvisti tiedon vaaratapahtumatutkimuksen keskittymisestä kehittyneisiin länsimaihin (Jha, 2010; Panagioti, 2019), sillä aineiston tutkimuksista yhtäkn ei oltu tehty vähävaraisemmissa, kehittyvissä maissa.

Tutkimuksissa havaittiin, että yleisimmät vaaratapahtumiin vaikuttavat tekijät olivat potilaan sairaus ja sen aiheuttamat oireet, henkilöstön osaamisen puutteet, ympäristön, tilojen tai laitteiden turvallisuuden puutteet, henkilöstön resurssien riittämättömyys, kommunikaation puutteet ja konfliktit potilaan ja henkilökunnan välillä sekä kommunikaation heikkous ammattilaisten ja organisaatioiden välillä. Kehittämiskohteiksi ehdotettiin vaaratapahtumien raportointijärjestelmien parantamista, raporttien tuottaman tiedon tehokkaampaa hyödyntämistä ja jakamista, organisaatioiden potilasturvallisuuskulttuurin ja osaamisen kehittämistä sekä yhteistyön ja tutkimuksen lisäämistä. Tutkielman aineistossa aliraportointi nimettiin vaaratapahtumatutkimuksen luotettavuutta heikentäväksi tekijäksi. Aliraportointiin vaikuttaviksi tekijöiksi nimettiin henkilöstön kiire ja organisaation puutteellinen turvallisuuskulttuuri.

Lähdekirjallisuuden mukaan mielenterveysalalla tarvitaan potilaslähtöistä tutkimusta (Thibaut, 2019), tutkimusta haittojen ennaltaehkäisystä (Thibaut, 2019) ja haittojen luonteesta (D'Lima, 2017; WHO, 2021; Thibaut, 2019) mukaan lukien fyysisten ja emotionaalisten potilasturvallisuustapahtumien tarkastelu (Brickell, 2009). Lisäksi olisi tarpeen tutkia haittojen luonnetta eri hoitoympäristöissä, kuten perusterveydenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa, sekä eri etnisten, kulttuuristen ja haavoittuvien potilasryhmien keskuudessa. (WHO, 2021; Brickell, 2009).

Lähdekirjallisuuden mainitsemien tarpeiden pohjalta aineistoa tarkastellen havaittiin emotionaalisiin potilasturvallisuustapahtumiin keskittyvän tutkimuksen puuttuvan aineistosta kokonaan. Potilaslähtöinen tutkimus oli havaittavissa yhdessä väkivaltaan liittyvien vaaratapahtumien tutkimuksessa, joissa vaaratapahtumaraportoinnin lisäksi pyrittiin potilashaastattelun avulla ymmärtämään potilaan käsitystä tapahtuneesta (16). Itsemurhien juurisyiden tutkimus pyrki myös potilaslähtöisyyteen, mutta tutkimusaiheen luonteen vuoksi käytössä oli vain hoitohenkilökunnan vaaratapahtumaraportit ja kirjaukset (2, 25). Haittojen ennaltaehkäisyn tutkimusta edustivat Ruotsalainen Trigger Tool -tekstintunnistusmenetelmää hyödyntävä tutkimus (37) ja australialainen kaatumisen ehkäisyn riskityökalun käytettävyyden tutkimus (6). Yksi tutkimus käsitteli potilaan etnisyyden vaikutuksia väkivaltatilanteiden hallintamenetelmien valintaan (38). Fyysisten vaaratapahtumien ja haittojen tutkimusta edustivat aineistossa kaatumisen, väkivallan, lääkevahinkojen ja tilojen turvallisuuteen kohdistuvat vaaratapahtumatutkimukset.

Tutkielma tarjosi kartoittavaa tietoa vaaratapahtumatutkimuksesta psykiatrisessa hoitoympäristössä. Jatkossa systemaattinen kirjallisuuskatsaus tuottaisi tarkempaa tietoa erityyppisten vaaratapahtumien sisällöistä psykiatrisen hoidon ympäristössä. Tulevaisuuden tutkimusta psykiatrian potilasturvallisuudesta tulisi suunnata vaaratapahtumien taustatekijöihin ja niihin vaikuttavien interventioiden kehittämiseen ja tutkimukseen, tapahtumien ennaltaehkäisemisen tehostamiseksi. Lisäksi vertaileva analyysi psykiatrisen ja somaattisen sairaanhoidon vaaratapahtumista voisi auttaa ymmärtämään psykiatrisen hoidon erityistarpeita. Tärkeää olisi myös tutkia vaaratapahtumia psykiatrisen avohoidon kontekstissa ja eri ikäryhmien palveluissa.

LÄHTEET

- Alshehri, G. H., Keers, R. N., Carson-Stevens, A., & Ashcroft, D. M. (2021). Medication Safety in Mental Health Hospitals: A Mixed-Methods Analysis of Incidents Reported to the National Reporting and Learning System. *Journal of patient safety*, 17(5), 341–351. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000815>
- Amaniyani, S., Faldaas, B., Logan, P. & Vaismoradi M. (2020). Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review. *The Journal of Emergency Medicine*, 58(2), 234-244 doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.015
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Archer, S., Thibaut, B. I., Dewa, L. H., Ramtale, C., D’Lima, D., Simpson, A., Murray, K., Adam, S., & Darzi, A. (2020). Barriers and facilitators to incident reporting in mental healthcare settings: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 211–223. <https://doi.org/10.1111/jpm.12570>
- Bayramzadeh, S. (2017). An Assessment of Levels of Safety in Psychiatric Units. *HERD*, 10(2), 66–80. <https://doi.org/10.1177/1937586716656002>
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey, A., & Vincent, C. (2009). Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *Quality & safety in health care*, 18(1), 11–21. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.024166>
- Benson, A, Secker J, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, & Walker J. (2003). Discourses of blame: Accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit. *Social Science & Medicine*, 57(5), 917–926. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00460-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00460-4)
- Brickell, T. A., & McLean, C. (2011). Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: a qualitative analysis of expert perspectives. *Journal of patient safety*, 7(1), 39–44. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31820cd78e>
- Carayon, P., Wetterneck, T., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A., Hoonakker, P., Holden, R. & Gurses, A. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied Ergonomics*, 45(1), 14-25. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.023>
- Chang, A., Schyve, P. M. Croteau, R. J., O’Leary, D. S., & Loeb, J. M. (2005). The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events, *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 95–105. doi.org/10.1093/intqhc/mzi021
- Classen, D. C., Munier, W., Verzier, N., Eldridge, N., Hunt, D., Metersky, M., Richards, C., Wang, Y., Brady, P. J., Helwig, A., & Battles, J. (2021). Measuring Patient Safety: The Medicare Patient Safety Monitoring System (Past, Present, and Future). *Journal of patient safety*, 17(3), e234–e240. doi.org/10.1097/PTS.0000000000000322

Tanimoto, C, Yayama, S. Suto, K. Matoba, T. Kajiwara, M. Inoue, Y. Endo, M. Yamakawa, & K. Makimoto. (2018). Self-harm and Suicide Attempts in a Japanese Psychiatric Hospital. *East Asian Archives of Psychiatry*, 28(1), 23–27. cin20. <https://doi.org/10.12809/eaap181732>

Cook, R. M., Jones, S., Williams, G. C., Worsley, D., Walker, R., Radford, M., & Leary, A. (2020). An observational study on the rate of reporting of adverse event on healthcare staff in a mental health setting: An application of Poisson expectation maximisation analysis on nurse staffing data. *Health Informatics Journal*, 26(2), 1333–1346. cin20. <https://doi.org/10.1177/1460458219874637>

Daumit, G. L. & McGinty, E. E. (2018). Prioritizing safety among patients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 69(10), 1045. doi.org/10.1176/appi.ps.691005

de Smet, L., Carpels, A., Creten, L., De Pauw, L., Van Eldere, L., Desplenter, F., & De Hert, M. (2022). Prevalence and characteristics of registered falls in a Belgian University Psychiatric Hospital. *Frontiers in public health*, 10(101616579), 1020975. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1020975>

D'Lima, D., Crawford, MJ., Darzi, A. & Archer, S. (2017). Patient safety and quality of care in mental health: a world of its own? *BJPsych Bull*, 41(5), 241-243. doi: 10.1192/pb.bp.116.055327

Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., Reason, J., Schyve, P., Vincent, C. & Walton M. (2009). What Exactly Is Patient Safety? *Journal of Medical Regulation* 95(1), 13–24. doi: <https://doi.org/10.30770/2572-1852-95.1.13>

Grasso, B. C., Genest, R., Jordan, C. W., & Bates, D. W. (2003). Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 54(5), 677–681

Gudjonsson, G. H., Rabe-Hesketh, S. & Szmukler, G. (2004). Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *British Journal of Psychiatry*, 184(3), 258-262. doi:10.1192/bjp.184.3.258

Hamaideh, S. H. (2017). Mental health nurses' perceptions of patient safety culture in psychiatric settings. *International Nursing Review* 64 (4), 476–485. <https://doi.org/10.1111/inr.12345>

Haw, C., & Cahill, C. (2011). A computerized system for reporting medication events in psychiatry: The first two years of operation. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 18(4), 308–315. cin20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01664.x>

Haw, C., Stubbs, J., & Dickens, G. L. (2014). Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: An interview study of nurses at a psychiatric hospital. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(9), 797–805. <https://doi.org/10.1111/jpm.12143>

Heslop, K., Wynaden, D., Kirsten, Connolly, C., Gee, T., Griffiths, R., & Al Omari, O. (2012). Assessing falls risk in older adult mental health patients: A Western Australian review. *International journal of mental health nursing*, 21(6), 567–575. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00825.x>

- Higami, Y., Higuchi, A., Takahama, M., Yamakawa, M., & Makimoto, K. (2013). Pattern of underreporting falls in a general psychiatric hospital in Japan. *Perspectives in psychiatric care*, 49(4), 255–261. <https://doi.org/10.1111/ppc.12011>
- Higuchi, A., Higami, Y., Takahama, M., Yamakawa, M., & Makimoto, K. (2015). Potential underreporting of medication errors in a psychiatric general hospital in Japan. *International journal of nursing practice*, 21 Suppl 2(CVU, 9613615), 2–8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12169>
- Hill, S. A., White, O., Lolley, J., Sidki-Gomez, A., & Williams, H. (2012). Incidents in an adolescent forensic secure inpatient service. *Medicine, science, and the law*, 52(1), 27–31. <https://doi.org/10.1258/msl.2011.011029>
- Huttunen, M. (2019). Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512>
- Ikonen, T. & Wellig, M. (2020). Parempaa potilasturvallisuutta. *Lääkärilehti* 75(20), 1211-1219. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/162902/SLL2020-1211.pdf?sequence=1>
- Institute, of Medicine, and on Quality of Health Care in America Committee. (2001). Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century, National Academies Press. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kutu/detail.action?docID=3375215>
- Ito, H., & Yamazumi, S. (2003). Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 15(3), 207–212.
- James, K., Stewart, D., Wright, S., & Bowers, L. (2012). Self harm in adult inpatient psychiatric care: A national study of incident reports in the UK. *International journal of nursing studies*, 49(10), 1212–1219. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.010>.
- Jayaram, G., Doyle, D., Steinwachs, D., & Samuels, J. (2011). Identifying and reducing medication errors in psychiatry: Creating a culture of safety through the use of an adverse event reporting mechanism. *Journal of psychiatric practice*, 17(2), 81–88. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000396059.59527.c1>
- Jha, A., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., Bates, D & Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *Quality & safety in health care*, 19(1), 42–47. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.029165>
- Jeandarme, I., Wittouck, C., Vander Laenen, F., Pouls, C., Heimans, H., Oei, T. I., & Bogaerts, S. (2017). Critical incidents and judicial response during medium security treatment. *International journal of law and psychiatry*, 51(grp, 7806862), 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.12.001>
- Kraus, J. E., & Sheitman, B. B. (2004). Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 55(2), 183–185.

Kuivalainen, S., Vehvilainen-Julkunen, K., Putkonen, A., Louheranta, O., & Tiihonen, J. (2014). Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: An analysis of violence incident reports. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(3), 214–218. <https://doi.org/10.1111/jpm.12074>

Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., & Turunen, H. (2019). Changes in patient safety culture: A patient safety intervention for Finnish forensic psychiatric hospital staff. *Journal of nursing management*, 27(4), 848–857. <https://doi.org/10.1111/jonm.12760>

Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., & Turunen, H. (2022). Voluntary patient safety incidents reporting in forensic psychiatry-What do the reports tell us?. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 29(1), 36–47. <https://doi.org/10.1111/jpm.12737>

Lawton, R., McEachan, R. R., Giles, S. J., Sirriyeh, R., Watt, I. S., & Wright, J. (2012). Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ quality & safety*, 21(5), 369–380. doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000443

Leggett, J & Silvester J. (2003). Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: A field study. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 393–406. cin20. <https://doi.org/10.1348/014466503322528937>

Mackenhauer, J., Winslov, J.-H., Holmskov, J., Brodsgaard, I., Larsen, T. G., & Mainz, J. (2022). Analysis of suicides reported as adverse events in psychiatry resulted in nine quality improvement initiatives. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 43(4), 307–314. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000787>

Mele, F., Buongiorno, L., Montalbo, D., Ferorelli, D., Solarino, B., Zotti, F., Carabellese, F. F., Catanesi, R., Bertolino, A., Dell’Erba, A., & Mandarelli, G. (2022). Reporting Incidents in the Psychiatric Intensive Care Unit: A Retrospective Study in an Italian University Hospital. *The Journal of nervous and mental disease*, 210(8), 622–628. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001504>

Mielenterveyslaki 1116/1990. 1116/1990 - Säädosmuutosten hakemisto - FINLEX® Viitattu 8.3.2024.

Miller, S. A. & Forrest, J. L. (2001). Enhancing your practice through evidence-based decision making: PICO, learning how to ask good questions. *J Evid-Based Dent Pract*, 1(2), 136-141. [https://doi.org/10.1016/S1532-3382\(01\)70024-3](https://doi.org/10.1016/S1532-3382(01)70024-3)

Mills, P. D., Watts, B. V., Shiner, B., & Hemphill, R. R. (2018). Adverse events occurring on mental health units. *General hospital psychiatry*, 50(fnk, 7905527), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.09.001>

Mishina, K., Berg, J., Vainila, V., Korte, M., & Lahti, M. (2023). Safety Incidents in Psychiatric Inpatient Care: A Qualitative Content Analysis of Safety Incident Reports. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1–11. cin20. <https://doi.org/10.1155/2023/3159566>

Morrison, M., Cope, V., & Murray, M. (2018). The underreporting of medication errors: A retrospective and comparative root cause analysis in an acute mental health unit over a 3-year period. *International journal of mental health nursing*, 27(6), 1719–1728. <https://doi.org/10.1111/inm.12475>

- Munn, Z., Peters, M., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* 18, 143. doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x
- Nilsson, L., Borgstedt-Risberg, M., Brunner, C., Nyberg, U., Nylén, U., Ålenius C. & Rutberg, H. Adverse events in psychiatry: a national cohort study in Sweden with a unique psychiatric trigger tool. *BMC Psychiatry* 20, 44. https://doi.org/10.1186/s12888-020-2447-2
- Odejimi, O., Webb, K., Bagchi, D., & Tadros, G. (2021). Root causes of deaths by suicide among patients under the care of a mental health trust: Thematic analysis. *BJPsych bulletin*, 45(3), 140–145. https://doi.org/10.1192/bjb.2020.106
- O’Keeffe, N., Gavin, B., & McNicholas, F. (2013). Survey on critical incident reporting in a child and adolescent mental health service. *The International journal of risk & safety in medicine*, 25(1), 33–38. https://doi.org/10.3233/JRS-120579
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, A., Whiting P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005924/
- Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., Bower, P., Campbell, S., Haneef, R., Avery, A. & Ashcroft D. M. (2019) Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal (Online)*. 366:l4185. https://doi.org/10.1136/bmj.l4185
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews In: Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI. https://synthesismanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12
- Quanbeck, C. D., McDermott, B. E., Lam, J., Eisenstark, H., Sokolov, G., & Scott, C. L. (2007). Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 58(4), 521–528
- Reilly, C. A., Cullen, S. W., Watts, B. V., Mills, P. D., Paull, D. E., & Marcus, S. C. (2019). How Well Do Incident Reporting Systems Work on Inpatient Psychiatric Units? *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 45(1), 63–69. https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.05.002
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2024). Medical Error Reduction and Prevention. (Updated 2023 May 2). In: StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/
- Sawamura, K., Ito, H., Yamazumi, S., & Kurita, H. (2005). Interception of potential adverse drug events in long-term psychiatric care units. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(4), 379–384

Schwappach, D.L.B. and Niederhauser, A. (2019), Speaking up about patient safety in psychiatric hospitals – a cross-sectional survey study among healthcare staff. *Int J Mental Health Nurs*, 28: 1363-1373. <https://doi.org/10.1111/inm.12664>

Shields, M. C., Stewart, M. T., & Delaney, K. R. (2018). Patient Safety In Inpatient Psychiatry: A Remaining Frontier For Health Policy. *Health affairs (Project Hope)*, 37(11), 1853–1861. doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0718

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2024. Verkkosivusto. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut> Viitattu 8.3.2024

Spaducci, G., McNeill, A., Hubbard, K., Stewart, D., Yates, M., & Robson, D. (2020). Smoking-related violence in a mental health setting following the implementation of a comprehensive smoke-free policy: A content analysis of incident reports. *International journal of mental health nursing*, 29(2), 202–211. <https://doi.org/10.1111/inm.12659>

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. (2006). Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin työpapereita 28/2006. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193972>

Stelfox, HT., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E. J. & Bates D. W. Bates. (2006). The “To Err is Human” report and the patient safety literature *BMJ Quality & Safety*, 15(3), 174–178

Suga, S., Tanimoto, C., Yayama, S., Suto, S., Matoba, K., Sugikado, T., & Makimoto, K. (2021). Differences in the risk of severe falls between patients aged <65 years and patients aged ≥65 years at a psychiatric hospital based on 12-year incident reports. *Perspectives in psychiatric care*, 57(1), 311–317. <https://doi.org/10.1111/ppc.12565>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. 1326/2010 - Säädosmuutosten hakemisto - FINLEX ® Viitattu 8.3.2024.

Thibaut, B., Dewa, L. H., Ramtale, S. C., D'Lima, D., Adam, S., Ashrafian, H., Darzi, A., & Archer, S. (2019). Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ open*, 9(12), e030230. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030230>

Weaver, S., Lubomksi, L., Wilson, R., Elizabeth, R., Martinez, K. & Sydney, M. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med.*;158(5), 369-374. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002

Weingart, S., McL Wilson, R, Gibberd R & Harrison, B. (2000). Epidemiology of medical error. *West J Med*. Jun, 172(6),390-3. doi: 10.1136/ewjm.172.6.390. PMID: 10854389; PMCID: PMC1070928

WHO. (2002). Quality of care: patient safety WHA 55.18. Fifty-fifth world health assembly. World Health Organization. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf

WHO. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization; 2004. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43286/9241562943_eng.pdf?sequence=1

WHO. (2009). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1 Final Technical Report Technical Annex 2. World Health Organization. Geneva. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1

WHO. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. World Health Organization. Geneva, Switzerland:ISBN: 9789240032705. <https://books.google.fi/books?hl=fi&id=csZqEAAAQBAJ&q=doi#v=snippet&q=doi&f=false>

Yayama, S., Tanimoto, C., Suto, S., Matoba, K., Kajiwara, T., Inoue, M., Endo, Y., Yamakawa, M., & Makimoto, K. (2017). Analysis of inedible substance ingestion at a Japanese psychiatric hospital. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 17(5), 292–299. <https://doi.org/10.1111/psyg.12237>

LIITTEET

Liite 1. Artikkelitaulukko

Taulukko 7 Artikkelitaulukko

Nro*	Tutkimuksen nimi, tekijät, vuosi	Tutkimuksen maa ja hoitoympäristö	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimuksen aineisto ja menetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset
1	A computerized system for reporting medication events in psychiatry: the first two years of operation. Haw C & Cahill C. 2011	UK, psykiatrinen sairaala.	Kuvata psykiatrian lääkitystapahtumien sähköisen raportointijärjestelmän (Medi-Event system) käyttöönoton 2 ensimmäisen vuoden käyttöönottoa ja analysoida raporttien sisältöä.	Aineisto: Lääkevirheiden sähköiset vaaratapahtumat kahden vuoden ajalta (2008-2010) 488-42(poissuljetut)=446 raporttia Menetelmä: Kuvaava tilastollinen analyysi lääkevirheistä. Monimenetelmä tutkimus.	Suurempi määrä raportoituja virheitä verrattuna paperijärjestelmään. Haitallisia lääkevirheitä aliraportoitiin silti. Tyypillisin virhe oli lääkemääräyksen allekirjoituksen puute tai lääkkeen ottamatta jättäminen. Eniten virheitä tapahtui aamulääkkeiden yhteydessä. Virheiden taustalla olevia syitä olivat; häiriötekijät, huono viestintä, tuntematon henkilökunta ja osasto ja huonosti kirjoitetut reseptit. Sähköinen järjestelmä lisäsi lääkitysvirheraporttien määrää, helpokäyttöisyyden ja nopeuden ansiosta. Anonymiteetti mahdollisti organisaation oppimista. Ongelmana henkilöstön puutteellinen perehdytys järjestelmän käyttöön.
2	Adverse events occurring on mental health units. Mills P,Watts B., Shiner B & Hemphill R. 2018	U.S.A Washington DC, Psykiatrinen sairaala	Tavoite määrittää vaaratapahtumien tyyppi ja suhteellinen esiintymistiheys Veterans Health Administrationin (VHA) mielenterveysyksiköissä; sekä vaaratapahtumien ensisijaisia perimmäisiä syitä ja antaa suosituksia näiden tapahtumien vähentämiseksi tai lieventämiseksi.	Aineisto: 1. 1. 2015 - 31. 12 2016. 9780 turvallisuustapahtumaa/109 RCA-raporttia Menetelmä: Luokitteleva monimenetelmäinen poikittaistutkimus vaaratapahtumaraporteista.	RCA:n 87 raportista oli 31 itsemurhayritystä, 16 karkaamista, 10 pahoinpitelyä, 8 tapahtumaa vaarallisia esineitä yksikössä, 7 kaatumista, 6 odottamatonta kuolemaa, 3 yliannostusta ja 6 tapausta koodattu "muu". Turvallisuusraporteissa kaatumiset olivat yleisin tapahtuma, jota seurasivat lääkitystapahtumat, sanalliset pahoinpitelyt, fyysiset pahoinpitelyt, lääketieteelliset ongelmat ja vaaralliset esineet yksikössä.
3	An Assessment of Levels of Safety in Psychiatric Units. Bayramzadeh S. 2017	U.S.A 81-paikkainen psykiatrinen sairaala	Tavoitteena ymmärtää tapausmalleja, jotka liittyvät erityyppisiin tiloihin psykiatrisen yksikön sisällä. Tarkoituksena kerätä empiiristä näyttöä Huntin ja Sinen (2009) turvallisuustasojen kehityksen validiteetin testaamiseksi eri sijaintien välillä psykiatrisissa laitoksissa.	Aineisto: Vaaratapahtumaraportit 01/2007 - 12/2013 = 2536 tapahtumaraporttia-poissuljetut N=1316 luokiteltua raporttia. sekä omahoitajien fokusryhmähaastelut. Menetelmä: Retrospektiivinen Mixed Method tutkimus. Tilastoanalyysi ja laadullinen sisällönanalyysi	Havainnot tukevat Huntin ja Sinen (2009) viiden turvallisuustason kehysmallia. Useimmat Vaaratapahtumat tapahtuivat potilashuoneissa ja kylpyhuoneissa. Vaaratapahtumia sattui suhteellisesti vähemmän päiväsaaleissa ja käytävillä. Johtopäätös: Turvallisuuskehityksen tasot voidaan mukauttaa kuuteen tai seitsemään luokkaan, joissa eristystila ja sisääntulo olisivat tilat, joissa on vähiten vaara- tai turvallisuustapauksia.

4	<p>Analysis of inedible substance ingestion at a Japanese psychiatric hospital.</p> <p>Yayama S., Tanimoto C., Suto S., Matoba K & Kajiwara T. 2017</p>	<p>Japani/Hokuriku . Psykiatrinen sairaala, 400 vuodepaikkaa.</p>	<p>Tarkoitus analysoida syötäväksi kelpaamattomien aineiden nauttimisen ilmaantuvuutta japanilaisessa psykiatrisessa sairaalassa.</p>	<p>Aineisto: Vaaratapahtumien raporttietokanta v. 2000–2012, Raporteista seulottiin vaarallisten aineiden syömistapahtumat (N=149), jotka taulukoitiin ja analysoitiin. Tapahtuman vakavuuden arviointi kahden tutkijan toimesta.</p> <p>Menetelmä: Retrospektiivinen vertaileva tilastollinen tutkimus. Monimenetelmätutkimus.</p>	<p>Vaarallisten aineiden syömistapahtumien ilmaantuvuus oli 0,09 tapausta/1000 potilaspäivää. Potilaiden keski-ikä oli 69,7 vuotta ($\pm 17,1$), ja miespotilaiden osuus oli 48,9 %. Yleisin diagnoosi oli dementia (n = 58), ja sen jälkeen skitsofrenia (n = 22). Dementiapotilaat olivat yliedustettuina, kun taas skitsofreniapotilaat olivat aliedustettuina. Dementiapotilaat söivät pääasiassa vaippoja tai sideharsoja, kun taas skitsofreniapotilaat nauttivat nestesaippuaa, pesuainetta tai shampooita sekä savukkeita. Dementiapotilaat söivät epäkelpoja aineita useimmiten ennen ateriala tai sen aikana, kun taas skitsofreniapotilailla tapaukset olivat yleisimpiä illalla.</p>
5	<p>Analysis of suicides reported as adverse events in psychiatry resulted in nine quality improvement initiatives.</p> <p>Mackenbauer J., Winslov J-H. Holmskov J., Brodsgaard I., Larsen T & Mainz J. 2022</p>	<p>Tanska, Psykiatrinen sairaala ja avohoito</p>	<p>Tavoite pyrkiä tunnistamaan poikkeamat kliinisessä hoidossa ja tunnistamaan laadun parantamisen tarpeet.</p>	<p>Aineisto: 1.1.2012–31.12. 2016 vaaratapahtumana raportoidut itsemurhien raportit (N=36), raporttien tarkastusmateriaali ja asiantuntijajaneelin arviointikeskustelut.</p> <p>Menetelmä: Retrospektiivinen tutkimus. Laadullinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Tutkimuksessa raportoitiin 36 itsemurhaa, joista osa tapahtui psykiatrisen avo- ja sairaalahoidon ympäristöissä. Osallistujien ikämediaani oli 45 vuotta. Diagnoosin tarkkuus oli epäselvä 15 potilaalla, mikä johtui puutteellisesta diagnostisesta arvioinnista. Useimmat itsemurhan tehneistä pitkäaikaisia psykiatrisia potilaita, joilla oli taustalla sekä osasto- että avohoitoa. Tieto aiemmista itsemurhayrityksistä oli virheellinen tai puuttui potilasasiakirjoista usein. Itsemurhariskinarviointi tehtiin suurimmalle osalle potilaista puutteellisesti, jättäen huomiotta aiemmat itsemurhayritykset tai muut itsemurhalle altistavat elämäntilannetekijät. Havaittiin tarpeita laadunparannustoimenpiteille, kuten diagnoosien ja perustelujen parantaminen, itsemurhariskin arvioinnin ja dokumentoinnin vahvistaminen, omaisten mukaan ottaminen arviointiin, ja viestinnän parantaminen eri terveydenhuollon osa-alueiden välillä, tilastoinnin kattavuuden kehittämisessä ja kotiutuksen jälkeisten itsemurhien seurannassa.</p>
6	<p>Assessing falls risk in older adult mental health patients: a Western Australian review.</p> <p>Heslop K., Wynaden D., Bramanis K., Connolly C., Gee T., Griffiths R & Al Omari O. 2012</p>	<p>Australia. Psykiatrinen laitoshoido</p>	<p>Tavoitteena hoidon laadun parannus.</p> <p>Fallsin kahden riskinarviointityökalun käytettävyyden arviointi ja vertailu kaatumisen ehkäisyssä kahdessa iäkkäiden mielenterveyspotilaiden hoitoyksikössä sekä iäkkäiden mielenterveyspotilaiden kaatumistapahtumien erityisten riskitekijöiden tunnistaminen.</p>	<p>Aineisto: Australian vaaratapahtumarekisterin kaatumistapahtumat (139) ja niiden lääketieteellinen aineisto 07/2009–06/2010.</p> <p>Menetelmä: Vertaileva interventiotutkimus, analyysissä kuvaavat ja vertailevat tilastolliset analyysimenetelmät. Monimenetelmätutkimus.</p>	<p>Aiemman kaatumisen jälkeen potilaan riski uusiin kaatumisiin kasvaa, mikä edellyttää uudelleenarviointia. Yleisimmin dokumentoidut potilastekijät, jotka vaikuttivat kaatumisiin, olivat sekavuus, epävakaa kävely ja apuvälineiden käyttö. Yksiköiden välillä ei havaittu merkittäviä eroja. Kaatumisiin liittyvät mielenterveystekijät olivat käyttäytymishäiriöt ja levottomuus. Yleisimmät kaatumispaikat olivat sängyn ympäristö, ruokasali, piha, kylpyhuone, oleskelutila ja käytävä. Kaatumiset tapahtuivat pääasiassa seisoma-asennosta. Vammojen vakavuudessa oli eroja yksiköiden välillä, ja putoamisriskityökalujen huono noudattaminen saattoi vaikuttaa tuloksiin.</p>

7	<p>Barriers and facilitators to incident reporting in mental healthcare settings: A qualitative study.</p> <p>Archer S., Thibaut B., Dewa L., Ramtale C., D'Lima D., Simpson A., Murray K., Adam S & Darzi A. 2020</p>	<p>UK. Lontoo. Psykiatrinen sairaala ja avohoito henkilöstö</p>	<p>Selvittää, ovatko mielenterveydenhuollon tapaturmaraportointiin vaikuttavat esteet ja fasilitaattorit johdonmukaisia muissa terveydenhuollon ympäristöissä tunnistettujen tekijöiden kanssa.</p>	<p>Aineisto: 8 Fokusryhmähaastattelua, yhteensä 52 osallistujaa 12/2016–2/2017. Pääosa osallistujista sairaanhoitajia sairaalaosastoilta.</p> <p>Menetelmä: Laadullinen tutkimus, temaattinen analyysi sisältäen aineiston litteroinnin, koodauksen ja teoretisoinnin.</p>	<p>Viisi tapahtumaraportointia edistävää tai estävää teemaa löydettiin: 1) oppiminen ja parantaminen, 2) aika 3) pelko seurauksista 4) vuorovaikutus potilaan diagnoosin ja tapahtumien välillä ja 5) tapahtuman jälkiseuraukset – mahdolliset syytetoimet. Teemat 4 ja 5 korostuvat mielenterveysympäristössä toisin kuin muilla erikoisaloilla.</p>
8	<p>Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital.</p> <p>Haw C., Stubbs J & Dickens G. L. 2014</p>	<p>UK. Psykiatrinen sairaala. Nuorten, aikuisten, miesten ja naisten osastojen henkilöstö.</p>	<p>Selvittää psykiatristen sairaanhoitajien esittämiä syitä siihen, miksi he eivät raportoineet kollegansa tekemästä lääkitysvirheestä, sekä havaittuja esteitä läheltä piti -raportoinnin tiellä.</p>	<p>Aineisto: 50 sairaanhoitajan litteroidut tutkimushaastattelut.</p> <p>Menetelmä: Laadullinen tutkimus, haastattelujen temaattinen luokittelu ja analyysi</p>	<p>Vähemmistö osallistujista ilmoitti kollegan tekemästä virheestä (48 %) tai läheltä piti -tilanteesta, joka koskee itseä (40 %). Temaattinen analyysi paljasti neljä yhteistä teemaa virheen ilmoittamatta jättämiselle tai läheltä piti -tilanteelle: 1) tieto, 2) pelko, 3) työn kuormitus ja 4) virheiden anteeksianto. Vaikka ensimmäiset kolme teemaa ovat yhdenmukaisia yleislääketieteellisten tutkimusten kanssa, neljäs teema eroaa aiemmista. Monet mielenterveyshoitajat eivät ole täysin vakuuttuneita tarpeesta raportoida kaikista virheistä ja läheltä piti -tilanteista, ja heidän mukaansa lisätieto voisi auttaa vähentämään pelkoa, työkuormitusta ja virheiden anteeksiantamista.</p>
9	<p>Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: a field study.</p> <p>Leggett J & Silvester J. 2003</p>	<p>UK. 65 paikkainen psykiatrinen vankisairaala</p>	<p>Selvittää potilaan rajoitusten, henkilökunnan valvonnan ja käyttäytymisen, lääkkeiden käytön, eristämisen ja rajoituksen keston, välisiä suhteita.</p>	<p>Aineisto: N=557 vaaratapahtumaraporttia 1/1994–12/1997,</p> <p>Menetelmä: Laadullinen sisällönanalyysi ja tilastoanalyysi, sekamenetelmätutkimus. Lomakkeiden koodaus ja luotettavuuden arviointi kahden tutkijan toimesta.</p>	<p>Eristämistä liitettiin potilaan ja hoitohenkilökunnan kontrollin tunteeseen tapahtuman syytä. Tutkimus osoitti seuraavaa: 1) Eristämistä käytettiin todennäköisemmin tapauksissa, joissa henkilökunta koki tapahtuman syy "ei hallittavissa eikä hallitsemattomina" ja "potilaan hallittavissa". 2) Miehille määrättiin todennäköisemmin lääkkeitä, kun tapahtumaa pidettiin "hallitsemattomana". 3) Yllättäen naispotilaita eristettiin todennäköisemmin kuin miespotilaita. 4) Hoitohenkilökunta ilmoitti todennäköisemmin, ettei heillä ollut selitystä tapahtumille, joissa osallisena oli naispotilaita. 5) Henkilöstö koki hallitsevansa paremmin tilanteita, joissa harvoin rajoitettujen potilaiden ryhmä oli osallisena verrattuna usein rajoitettuihin potilaisiin. Eristämistä käytettiin todennäköisemmin tilanteissa, joissa henkilökunta antoi kontrollin potilaille. On mahdollista, että kun potilaat koetaan hallitsevan aggressiivisuuttaan, henkilökunta kokee suurempaa ahdistusta, mikä puolestaan johtaa pakottavampiin hallintastrategioihin.</p>

10	<p>Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients.</p> <p>Leggett J & Silvester J. 2007</p>	<p>U.S.A. California. 1190 paikkainen psykiatrisen vankisairaala</p>	<p>Tarkastella psykiatrisen vankisairaalassa potilailla esiintyvän aggressiivisuuden motivaatiotekijöitä.</p>	<p>Vaaratapahtumaraportit ja sairauskertomustiedot 88 potilaasta N=839 raporttia</p> <p>Menetelmä: Laadullinen sisällönanalyysi, koodaus ja SPSS tilastollinen analyysi. Sekamenetelmätutkimus</p>	<p>Yhteensä 839 pahoinpitelyä kirjattiin, joista 88 oli peräisin kroonisesti aggressiivisilta potilailta, joilla oli useimmiten ensisijainen psykoottinen häiriö. Yleisin pahoinpitelytyyppi oli impulsiivinen (54 %), ja henkilökunta oli useimmiten impulsiivisten pahoinpitelyjen uhri. Järjestäytyneet ja psykoottiset pahoinpitelyt olivat harvinaisempia ja kohdistuivat todennäköisemmin muihin potilaisiin. Järjestäytyneen hyökkäyksen motiivina oli yleensä kostaminen, kun taas psykoottinen pahoinpitely johtui usein vainoharhaisista ajatuksista. Siviiliin sitoutuneet potilaat olivat ylläpidettyinä, kun taas rikollisesti sitoutuneet tekivät enemmän järjestäytyntä aggressiota. Johtopäätöksenä todetaan, että valtion sairaaloiden osastopotilaiden hyökkäävä käyttäytyminen on monimutkaista ja heterogeenistä.</p>
11	<p>Changes in patient safety culture: A patient safety intervention for Finnish forensic psychiatric hospital staff.</p> <p>Kuosmanen A., Tiihonen J., Repo-Tiihonen E., Eronen M & Turunen H. 2019</p>	<p>Suomi. 2 oikeuspsykiatris ta sairaalaa, potilaspaikkoja 450</p>	<p>Arvioida, miten 3-vuotinen potilasturvallisuustapahtumien raportointijärjestelmän (potilasturvallisuusinterventio) käyttöönotto, vaikuttaa potilasturvallisuuskulttuuriin.</p>	<p>Aineisto: Anonyymi verkkokysely/potilasturvallisuusmittari; vastaus% = 43 %</p> <p>Tutkimussairaala, N=452 (2010), N=454 (2013) Vertailusairaala, N=211 (2010), N=218 (2013) Ryhmäkoot 207 ja 77</p> <p>Menetelmä: Vertaileva interventiotutkimus</p>	<p>Tutkimus osoittaa, että vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (PSIRS) käyttöönotto ja potilasturvallisuuskoulutuksen tarjoaminen (36 kuukauden ajan tässä tutkimuksessa) vaikuttavat myönteisesti potilasturvallisuuskulttuurin ja kulttuurimuutoksen keskeisiin elementteihin. Potilasturvallisuuskulttuurin havaintojen mittaaminen voidaan jo itsessään katsoa interventioksi, ja tutkimus- ja kontrolliryhmiä käytettiin tähän tarkoitukseen.</p> <p>Tutkimuksen tulokset korostavat strategioita turvallisuuskoulutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa potilasturvallisuuden parantamiseksi psykiatrisessa hoidossa. On tärkeää keskittyä niihin turvallisuuskulttuurin elementteihin, jotka ovat tiiviimmin yhteydessä potilasturvallisuuteen, ja verrata potilaiden havaintoja muiden työntekijöiden näkökulmiin. Tulevaisuudessa vastaava kysely voisi auttaa seuraamaan potilasturvallisuuskulttuurin kehitystä molemmissa sairaaloissa.</p>
12	<p>Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital.</p> <p>Kraus J & Sheitman B. 2004</p>	<p>U.S.A, California.360-paikkainen psykiatrisen sairaala</p>	<p>Tavoitteena tunnistaa väkivaltaisen käytöksen ominaispiirteet valtion psykiatrisessa sairaalassa.</p>	<p>Aineisto: Vaaratapahtumaraportit; 1.10.2001 - 28.2.2002.</p> <p>Menetelmä: Kuvaava tilastollinen analyysi, koodaus ja SPSS. Monimenetelmätutkimus</p>	<p>Viiden kuukauden tutkimusjakson aikana raportoitiin 419 väkivaltaista tapahtumaa, joista hyökkäykset muita vastaan yleisin (63 %), itsensä vahingoittaminen toiseksi yleisin (32 %) ja omaisuuden tuhoaminen kolmanneksi yleisin (12 %). Havaintona, että 27 potilaalla viisi tai useampia väkivaltaisia tapahtumia kattaen yli puolet (56 %) raportoiduista väkivaltatilanteista. Lisäksi 1,4 % hoidetuista potilaista aiheutti yli puolet (56 %) kaikista väkivaltaisista tapahtumista. Näistä potilaista (63 %) kärsi kehitysvammasta, traumaattisesta päävammasta, muusta neurologisesta häiriöstä tai persoonallisuushäiriöstä. Naisten hoitoyksiköissä väkivaltaa suhteellisesti enemmän. Tutkimus viittaa, että jatkuvasti väkivaltaisia potilaita hoidetaan heterogeenisessä diagnostisessa ryhmässä, mikä saattaa viitata siihen, että aggressiolla voi olla samanlainen neurobiologinen perusta riippumatta diagnoosista, ja se voi ilmetä erityisenä "aggressiivisena" häiriönä.</p>

13	<p>Common types of medication errors on long-term psychiatric care units.</p> <p>Ito H & Yamazumi S. 2003</p>	<p>Japani, 44 psykiatrista sairaalaa</p>	<p>Tavoitteena tunnistaa yleisimmät lääkevirheet psykiatrisessa pitkäaikaishoidossa.</p>	<p>Aineisto: N=221 mahdollisen lääkitysvirheen tapahtumaraporttia 85 yksiköstä (44sairaalaasta)</p> <p>Menetelmä: Monimenetelmäinen poikkileikkaustutkimus. Kuvaava tilastollinen analyysi.</p>	<p>Lähes neljännes tapauksista (24.9 %) oli "läheltä piti" -tilanteita. Yleisin virhetyyppi (35.7 %) oli väärän lääkkeen antaminen, potilaalle ei ollut määrätty ko. lääkettä. Virheitä tapahtui useammin yksiköissä, joissa työskenteli vähemmän rekisteröityjä sairaanhoitajia tai joissa hoidettiin potilaita, joiden nimet muistuttivat toisiaan. Tapausraportit arvioivat väärän lääkkeen antamisen vakavammaksi kuin muut lääkitysvirheet. Virheet tapahtuivat pääasiassa yksiköissä, joissa potilaiden nimiä ei ollut merkitty lääkepussihin tai tarjottimille. Yksinkertaisella käytännön muutoksella, kuten nimitarrojen tulostamisella lääketarjottimiin ja -pussihin, voidaan ehkäistä vakavimpien lääkevirheiden tapahtumista. Lääkevirheistä 14.9 % mahdollisesti merkittäviä ja 28.5 % potentiaalisesti vaarallisia.</p>
14	<p>Critical incidents and judicial response during medium security treatment.</p> <p>Jeandarme I., Wittouck C., Vander Laenen F., Pouls C., Heimans H., Oei T. I & Bogaerts S. 2017</p>	<p>Belgia 3 oikeuspsykiatrista yksikköä</p>	<p>Tavoitteena oli määrittää ajanjaksolla esiintyvien ja tallennettujen vaaratapahtumien (critical incidents) ominaispiirteet ja analysoida seuranneet oikeudelliset toimenpiteet</p>	<p>Aineisto: 531 potilaan kokonaisotos/vaaratapahtumaraportteja 957.</p> <p>Menetelmä: Monimenetelmätutkimus. Laadullinen luokittelu ja SPSS analyysi</p>	<p>(80,2 %, n = 766) tapahtumista väkivallattomia vaaratapahtumia, väkivaltaisia (19,8 %, n = 189). Yleisin väkivallaton tapahtuma pakeneminen (40,2 %), määräysten noudattamatta jättäminen (32,0 %), huumeisiin liittyvät tapaukset (16,1 %), omaisuusrikokset ilman väkivaltaa (4,6 %), muut rikokset kuten omaisuuden vahingoittaminen (3,8 %), oikeudellisten ehtojen rikkominen (2,9 %) ja seksuaalirikokset (0,1 %). Väkivaltaa sisältävistä tapahtumista (49,2 %, n = 189) puolet sisälsi sanallista väkivaltaa, kun taas toinen puoli sisälsi fyysistä väkivaltaa. Erittäin vakavia fyysisiä väkivaltatapauksia 16/189, ml. kaksi tapon yritystä, yhdeksän tuhopolttoa ja viisi seksuaalista rikosta. 50,4 % tapahtumista hoitomuutoksia, 1,3 % johti lisäehtoihin, 48,2 % johti koevapauden peruuttamiseen. Uusintavangitsemiseen johtivat yleisimmän väkivaltarikokset (33,6 %), pakeneminen (24,5 %) ja määräysten laiminlyönti (21,1 %). Tapahtumat johtivat 18 rikostuomioon, jotka tapahtuivat pääasiassa kotilomien aikana. Potilaiden keski-ikä oli 36,5 vuotta (SD = 10,82, vaihteluväli = 19–73 vuotta).</p>
15	<p>Differences in the risk of severe falls between patients aged <65 years and patients aged >=65 years at a psychiatric hospital based on 12-year incident reports.</p> <p>Suga S., Tanimoto C., Yayama S., Suto S., Matoba K., Sugikado T & Makimoto K. 2021</p>	<p>Japani. Psykiatrisen sairaala/400 potilaspaikkaa</p>	<p>Tarkoitus tarkastella eroja nuorempien (<65-vuotiaiden) ja vanhempien potilaiden (≥65 vuotta) kaatumisen riskitekijöiden välillä psykiatrisessa sairaalassa Japanissa</p>	<p>Aineisto: Kaatumisen vaaratapahtumaraportit = 5157 kaatumista tutkimusjakson aikana</p> <p>Menetelmä: Monimenetelmäinen retrospektiivinen vertailututkimus kaatumistapahtumista.</p>	<p>Noin 30 % kaatumisista tapahtui alle 65-vuotiaille. Psykkinen tila ja lääkitys olivat merkittävimmät kaatumisen riskitekijät. Päivittäisen toimintakyvyn väheneminen oli yhteydessä kaatumisiin erityisesti yli 65-vuotiaille. Alle 65-vuotiaille kaatumiset liittyivät pääasiassa lääkitykseen tai sairauden oireisiin, kuten skitsofreniaan tai älylliseen rajoittuneisuuteen. Vakavia kaatumisia tapahtui 506, joista 127:n kaatumistapahtuman ikä jäi tuntemattomaksi ja ne jätettiin analyysin ulkopuolelle. Sukupuolijakaumassa kaatumisissa ei ollut eroja.</p>

16	Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit. Benson A., Secker J., Balfe E., Lipsedge M., Robinson S & Walker J. 2003	UK. Lontoo. psykiatrinen sairaala/24-paikkainen akuuttivastaanotto	Tavoite edistää järjestelmällisempää ymmärrystä väkivaltaisista tai aggressiivisista tapauksista, joissa hoitohenkilökunta ja potilaat ovat osallisina	Aineisto: 16 alkuhaastattelua/14 tapausta.; Varsinaiseen tutkimushaastatteluun suostui 2 potilasta. Haastatteluissa käytiin läpi 3 vaaratapahtumaa yhdessä sairaanhoitajan ja hoitavan lääkärin kanssa. Menetelmä: Laadullinen tutkimus. Haastatteluaineiston diskurssianalyysi.	Molemmassa tutkimushaastatteluissa osallistuivat potilas, lääkäri ja sairaanhoitaja. Keskustelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin. Osallistujat kävivät läpi keskeisiä teemoja, kuten väkivaltaisen käyttäytymisen luonnetta ja ennustettavuutta sekä sen syitä, kuten persoonallisuutta tai mielenterveysongelmia. Sekä asiakkaiden että henkilökunnan keskusteluissa korostui huoli syyllisyyden määrittämisestä, ja nämä keskustelut olivat hämmästyttävän samankaltaisia.
17	How Well Do Incident Reporting Systems Work on Inpatient Psychiatric Units?. Reilly C., Cullen S., Watts B., Mills P., Paull D & Marcus S. 2019	U.S.A. 40 Veterans Health Administrationin (VHA) psykiatrista laitoksia	Vaaratapahtumailmoitusjärjestelmien tehokkuuden tarkastelu. Tavoitteena tunnistaa, missä määrin VHA:n psykiatrisilla osastoilla hoidettujen potilaiden havaitut vaaratapahtumat ja virheet raportoitiin myös AERS:ssä	Aineisto: Aiemman tutkimuksen potilaskertomusaineisto vaaratapahtumista ja kansallisen järjestelmän vaaratapahtumaraportit. Satunnaisotos 8 005 potilastietuetta/ 92 103 potilastietueen joukosta Menetelmä Monimenetelmätutkimus. Laadullinen luokittelu ja SPSS analyysi	Potilastiedotteessa havaituista turvallisuustapahtumista ilmoitettiin yhteensä 37,4 % AERS:lle. Yleisimmin AERS:lle ilmoitetut vaaratapahtumat olivat potilaan kaatumiset (52,3 %), pahoinpitelyt (46,2 %) ja karkaamiset (42,3 %). Raportointiaste nousi, kun potilasturvallisuustapahtuma aiheutti haittaa potilaalle (48,2 %).
18	Identifying and reducing medication errors in psychiatry: creating a culture of safety through the use of an adverse event reporting mechanism. Jayaram G., Doyle D., Steinwachs D & Samuels J. 2011	U.S.A. 88-paikkainen psykiatrinen sairaalayksikkö/1000 potilaspaiikkaa	Tavoitteena tarkastella uuden, kaksiosaisen sähköisen vaaratapahtumaraportoinnin käyttöönoton vaikutuksia lääkevirheiden esiintymiseen suuressa psykiatrisessa sairaalassa viiden vuoden aikana (PSN+POE-järjestelmät).	Aineisto: Vanhan ja uuden lääkevirheraportointijärjestelmän raportit. Koulutusinterventio Menetelmä: Retrospektiivinen vertaileva interventiotutkimus	PSN-järjestelmän kautta raportoitujen ADE-tapausten kokonaismäärä laski merkittävästi vuosien 2003 ja 2007 välillä (369:stä 89:ään). POE-järjestelmän sähköisten merkintöjen avulla raportoidut resepti- ja kirjoitusvirheet sekä valmistus- ja antovirheet 1 000 laskettua lääkannosta kohden vähenivät huomattavasti vuosien 2003 ja 2007 välillä. Esimerkiksi resepti- ja kirjoitusvirheet laskivat 1,47:stä 0,14:ään vuosien 2003 ja 2007 välillä (p < 0,002–0,000001 kaikissa tuloksissa).
19	Incidents in an adolescent forensic secure inpatient service. Hill S., White O., Lolley J., Sidki-Gomez A & Williams H. 2012	UK. 12–18-vuotiaiden oikeuspsykiatrien sairaalayksikkö	Tavoitteena oli tunnistaa vaaratapahtumien luonteen ja ajoituksen malleja sekä selvittää erityyppisiin vakaviin vaaratapahtumiin osallistuvien potilaiden eroja.	Aineisto: 37 kotiutetun potilaan vaaratapahtumaraportit 2008–2011 välisenä aikana. N= 2388. Menetelmä: Retrospektiivinen tutkimus. Laadullinen sisällönanalyysi ja luokittelu vaaratapahtumista.	Tutkittujen potilaiden oirekuvat pääosin sisälsivät psykoosioireita, mutta viidellä naispotilaalla oli myös tunne-elämän epävakautta. Lisäksi kaksi miespotilasta oli autismin kirjolla ja muutamalla oli muita mielenterveyshäiriöitä. Useimmilla potilailla täyttyi myös käytöshäiriön diagnostiset kriteerit. Yhteensä 2388 vaaratapahtumaa raportoitiin, joista 58 % aiheutti viisi emotionaalisesti epävakaaan persoonallisuushäiriön omaavaa naista ja 33 % aiheutti 28 miespotilasta. Yleisimmät vaaratapahtumat olivat väkivaltaisen käytös, itsetuhoisuus, haastava käytös ja pakeneminen. Väkivaltaiseen käytökseen liittyvistä tapahtumista 65 % oli naispotilaiden aiheuttamia, joista suurin osa (91,6 %) kohdistui henkilökuntaan. Tutkimukseen osallistuvien sukupuolijakauma; 9 naista ja 28 miestä

20	<p>Interception of potential adverse drug events in long-term psychiatric care units.</p> <p>Sawamura K., Ito H., Yamazumi S & Kurita H. 2005</p>	<p>Japani. 132 pitkäaikaisen psykiatrisen hoidon yksikköä</p>	<p>Tavoitteena selvittää tekijöitä, jotka liittyvät lääkityksen vaaratapahtumiin pitkäaikaispsykiatrisen hoidon yksiköissä.</p>	<p>Aineisto: Vaaratapahtumaraportit (221 raporttia / 85 yksikköä) sekä potilas- ja henkilökuntatiedot kahden kuukauden ajalta</p> <p>Menetelmä: Laadullinen sisällönanalyysi ja luokittelu vaaratapahtumista ja monimuuttuja-regressioanalyysi. Monimenetelmätutkimus</p>	<p>Mukana olevien potilaiden diagnoosit olivat skitsofrenia (55,2 %), orgaaniset häiriöt (14,9 %), mielialahäiriöt (7,2 %), kehitysvammaisuus (6,8 %) ja muut häiriöt (15,8 %). Kaikista osallistuneista potilaista 104 (47,1 %) oli naisia. Tutkimuksessa raportoiduista 221 tapauksesta 55 (24,9 %) pysäytettiin ennen sen tapahtumista potilaalle.</p> <p>Lääkevirheen ennaltaehkäisemisen epäonnistumiseen liittyviä tekijöitä olivat potilaan runsas tablettilääkitys, vähintään neljä aiempaa hoitojaksoa, potilaan sairaus oli muu kuin skitsofreniakorkea ja korkea potilas-henkilöstösuhde.</p>
21	<p>Medication Safety in Mental Health Hospitals: A Mixed-Methods Analysis of Incidents Reported to the National Reporting and Learning System.</p> <p>Alshehri G., Keers R., Carson-Stevens A & Ashcroft D. 2021</p>	<p>UK ja Wales Psykiatrisen sairaala</p>	<p>Tarkoituksena kokoava analyysi raportoiduista lääkitysturvallisuustapauksista 2010–2017 Englannissa ja Walesissa</p>	<p>Aineisto: National Reporting ja Learning System (NRLS) vaaratapahtumaraportit 1.1.2010-31.12.2017 N=94 134</p> <p>Menetelmä: Mixed-Method tutkimus. Kvantitatiivinen analyysi lääkiturvallisuustapauksista ja induktiivinen sisällönanalyysi tapahtumakuvausteksteistä.</p>	<p>Vaaratapahtumailmoituksista 10,4 % (n = 9811) raportoitiin aiheuttaneen vahinkoa. Kolme yleisintä raportoitua lääkitystapaturmaa olivat lääkityksen laiminlyönti (18,3 %), väärä esiintymistiheys (12,6 %) ja väärä/epäselvä lääkeannos (10,9 %). Suurin osa tapauksista liittyi keskushermoston (71,0 %), sydän- ja verisuonisairauksien (7,6 %) ja endokriinisten (6,1 %) lääkeluokkien lääkkeisiin. Usein ilmoitetut vaikuttavat tekijät olivat protokollan noudattamatta jättäminen (n = 93), hoidon jatkuvuuden puute (n = 92), potilaiden käyttäytyminen (n = 62) ja varaston puute (n = 51).</p>
22	<p>Pattern of underreporting falls in a general psychiatric hospital in Japan.</p> <p>Higami Y., Higuchi A., Takahama M., Yamakawa M & Makimoto K. 2013</p>	<p>Japani, Osaka 948 paikkaisen psykiatrisen sairaalan 4 osastoa</p>	<p>Tarkoitus tutkia kaatumistapausten aliraportointia yleisessä psykiatrisessa sairaalassa Japanissa vertailemalla psykiatrisen ja dementiaosaston kaatumistapahtumaraportointia.</p> <p>2 akuuttipsykiatrista osastoa ja 2 dementiaosastoa valittiin aliraportoinnin kuvion tutkimiseksi. koska näillä osastoilla olevilla potilailla oli suuri kaatumisriski.</p>	<p>Sähköiset kaatumisten vaaratapahtumaraportit v.2010 ajalta N = 295</p> <p>Menetelmä: Vertaileva retrospektiivinen tutkimus. Kaatumistapahtumien luokittelu, vertailu ja tilastollinen analyysi. Monimenetelmätutkimus</p>	<p>Vuonna 2010 raportoitiin 1 430 vaaratapahtumaa, joista kaatumisten osuus oli 20,6 % (n = 295). Sairaalan kaatumisprosentti oli 0,92/1 000 potilaspäivää. Keski-ikä kaatumisissa oli 63,6 vuotta, ja yli 60-vuotiaiden osuus kaatumisista oli 84,4 %. Naispuolisten kaatumisten osuus oli hieman suurempi kuin naispotilaiden suhteellinen osuus kaikista potilaista. Noin puolet kaatumisista vaati jonkinlaista hoitoa. Akuutin psykiatrian ja dementian osastoilla havaittiin eroa kaatumisluvuissa, vaikka tapaus- ja henkilöstöjakauma oli vertailukelpoinen. Akuuttipsykiatrisella osastolla 2 kaatumisprosentti oli kaksi kertaa suurempi kuin akuutilla psykiatrisella osastolla 1. Havainnot viittaavat mahdolliseen kaatumistapausten aliraportointiin, ja ehdotetaan indikaattoreita kuten "nolla putoamista / 1 000 potilaspäivää", "kaatumiset ilman vammoja" ja "kaatumiset makuuhuoneessa tiettyinä ajanjaksoina".</p>

23	<p>Potential underreporting of medication errors in a psychiatric general hospital in Japan.</p> <p>Higuchi A., Higami Y., Takahama M., Yamakawa M & Makimoto K. 2015</p>	<p>Japani, Osaka psykiatrinen sairaala, jossa 948 potilaspaikkaa</p>	<p>Tarkoitus tutkia lääkevirheiden aliraportointia yleisessä psykiatrisessa sairaalassa Japanissa.</p>	<p>Aineisto: Sähköiset lääkehoidon vaaratapahtumaraportit v.2010 ajalta n =651</p> <p>Menetelmä: Kvantitatiivinen retrospektiivinen aineistoanalyysi. Lääkevirhetapahtumien luokittelu, vertailu ja tilastollinen analyysi. Monimenetelmätutkimus</p>	<p>Vuonna 2010 ilmoitettiin yhteensä 1430 tapausta, joista lääkevahinkojen osuus oli 651 (45,8 %). Lääkevahinkojen luku oli 2,14/1000 potilaspäivää. Pääasiassa sairaanhoitajat ilmoittivat lääkevahingoista (99,1 %), kun taas farmaseutit ja psykiatrit raportoivat harvemmin. Läheltä piti -tilanteita oli 73,9 % lääkevirheistä, ja vakavia virheitä ei havaittu. Osastokohtaiset lääkitysvirheprosentit ja -mallit auttoivat tunnistamaan aliraportoinnin epätasaisuuksia.</p>
24	<p>Prevalence and characteristics of registered falls in a Belgian University Psychiatric Hospital.</p>	<p>Belgia. Yliopistollinen psykiatrinen sairaala</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena arvioida kaatumisen esiintyvyyttä psykiatrisilla potilailla</p>	<p>Aineisto: Vaaratapahtumajärjestelmän raportit 1.7.2013-30.6.2019 väliseltä ajalta Tutkimusjakson aikana kirjattiin yhteensä N= 4 324</p> <p>(23 630 sairaalaan ottoa 990 904 potilaspäivää)</p> <p>Menetelmä: Retrospektiivinen kuvaileva kartoitustutkimus. SPSS-analyysi. Monimenetelmätutkimus.</p>	<p>Tutkimusjakson aikana havaittiin 4,4 kaatumista 1000 potilaspäivää kohden, joista 0,5 % johti vakavaan vammaan, mutta ei yhtään kuolemaan. Yli 65-vuotiaat potilaat olivat kaatumisten pääasiallinen ryhmä, ja heistä 25,0 % kärsi fyysisiä seurauksia. Yleisimmät kaatumisen syyt olivat potilaan terveydentila (63,3 %) ja käyttäytyminen (55,1 %). Lääkkeisiin liittyviä kaatumisia oli 6,7 % rekisteröidystä tapauksista. Suurin osa kaatumisista tapahtui potilaan omissa huoneissa (51,5 %). Naiset olivat kaatumisten enemmistö (57,5 %). Kaatumiset tapahtuivat pääasiassa vanhuksille tarkoitetuilla sairaalaoosastoilla (86 %). Kaatumisten potilaiden keski-ikä oli 72,2 vuotta. Monet kaatumiset olivat toistuvia, joista 36 % tapahtui vähintään kahdesti 12 kuukauden tutkimusjakson aikana.</p>
25	<p>Root causes of deaths by suicide among patients under the care of a mental health trust: thematic analysis.</p> <p>Odejimi O., Webb K., Bagchi D & Tadros G. 2021</p>	<p>U.K. Hoitoympäristö Ei tiedossa</p>	<p>Selvittää mielenterveysäitiön hoidossa olevien potilaiden itsemurhakuolemien perimmäisiä syitä.</p>	<p>Aineisto: Vakavat vaaratapahtumaraportit toteutuneista itsemurhista 1.1.2017-31.7.2018. N= 48 tapausta.</p> <p>Menetelmä: Laadullinen tutkimus. Aineiston temaattinen analyysi</p>	<p>Tutkimuksessa raportoitiin yhteensä 48 itsemurhatapausta, joista miehiä oli 31 ja naisia 17. Itsemurhien ikähaarukka oli 15–86 vuotta, ja yleisin itsemurhatapa oli hirttäminen. Kahden kolmasosan kuolemista tapahtui kotona, ja yksi tapahtui sairaalan vuodeosastolla. 16 % raporteista ei tunnustettu selkeää itsemurhan syytä. Tutkimuksessa tunnistettiin kolme pääteemaa itsemurhan taustalla: potilaaseen, ammattiin ja organisaatioon liittyvät tekijät. Suurin osa itsemurhista johtui potilaaseen liittyvistä tekijöistä, erityisesti mielenterveyden tilan pahenemisesta. Muita potilaaseen liittyviä syitä olivat palveluiden puute ja lääkehoidon noudattamatta jättäminen. Pahentuneen mielenterveyden taustalla olivat myös fyysiset terveysongelmat, sosiaaliset vaikeudet ja päihteiden väärinkäyttö. Ammattiin liittyviä tekijöitä olivat riskinarvioinnin ja -hallinnan ongelmat, riittämättömät kliiniset tutkimukset sekä lakien ja menettelytapojen noudattamatta jättäminen. Organisaatioon liittyviä tekijöitä olivat riittämätön psykiatrinen osastohoito, mielenterveyspotilaiden lisätuen puute ja vaaralliset osastot.</p>

26	<p>Safety Incidents in Psychiatric Inpatient Care: A Qualitative Content Analysis of Safety Incident Reports.</p> <p>Mishina K., Berg J., Vainila V., Korte M & Lahti M. 2023</p>	Suomi. 6 psykiatrista sairaalayksikköä	Tavoite kuvailla psykiatrisilla osastoilla sattuneita turvallisuuspoikkeamia.	<p>Aineisto: Kuuden psykiatrisen osaston HaiPro vaaratapahtumaraportit 3/2019-8/2019 N=76</p> <p>Menetelmä Retrospektiivinen rekisteritutkimus. Induktiivinen teemoitteleva sisällönanalyysi. sekä kuvailevalla tilastollinen analyysi SPSS. Monimenetelmätutkimus.</p>	<p>Yhteensä 76 tapausta, joista 20 oli potilasturvallisuustapausta, 41 työturvallisuustapausta ja 15 sisälsi molemmat tyyppit. Raportoijina oli pääasiassa sairaanhoitajia (74 %) ja muita terveydenhuollon ammattilaisia (26 %). Tapahtumat liittyivät pääosin väkivaltaan ja tapahtuivat usein iltaisin ja öisin. Tapaukset pääasiassa sanallisia tai fyysisiä aggressiivisia tilanteina, sääntöjen rikkomisina tai haasteina osaston perustoiminnoissa. Tapausten seuraukset vaihtelivat vakavuudeltaan ja vaikuttivat potilaisiin, henkilökuntaan ja osastoihin. Osa tapauksista olisi mahdollisesti voitu estää yksinkertaisilla, käytännönläheisillä toimenpiteillä, kuten parantamalla tiedonantoa, valmistautumista turvallisuuskäytäntöihin ja kattavaa hoitosuunnittelua.</p>
27	<p>Self harm in adult inpatient psychiatric care: a national study of incident reports in the UK.</p> <p>James K., Stewart D., Wright S & Bowers L. 2012</p>	UK. ja Wales Psykiatrisen sairaala	Kuvailla itseä vahingoittavien demografisia ominaisuuksia ja käyttäytymisen ominaisuuksia aikuisten psykiatrisilla osastoilla.	<p>Aineisto: Vaaratapahtumaraportit itsensä vahingoittamisesta (N=448) 01.1.2009-31.12.2009 sairaalassa</p> <p>Menetelmä: Laadullinen sisällönanalyysi ja koodaus. 2 tutkijaa; koodaaja/luokittelija ja satunnaisarvioitsija.</p> <p>Kuvailevat tilastolliset menetelmät SPSS. tietojen perusominaisuuksien valaisemiseksi</p>	<p>Naisilla itsetuhoisia tekoja kolme kertaa enemmän (65 %, n = 292) verrattuna miehiin (24 %, n = 106). Sukupuoli oli määrittelemätön 11 %:ssa tapauksista (n = 50). Keski-ikä oli 35 vuotta (keskihajonta = 13.7), 18–93 vuotta. Yleisimmät itsen vahingoittamistavat ihon rikkominen (38.8 %), hengityksen rajoittaminen (20.1 %), aggressiivinen käyttäytyminen (pään lyöminen ja potkiminen 16 %), sekä myrkytykset (8.9 %). Tapahtumat useimmiten iltaisin makuuhuoneissa, kylpyhuoneissa ja WC-tiloissa. Tapahtumapaikoista 65 % akuuteissa palveluissa, 29 % oikeuslääketieteen palveluissa, 5 % ikääntyneiden palveluissa ja 2 % mielenterveyskuntoutuspalveluissa. Eniten tapahtumia oikeuspsykiatrisissa palveluissa. Yleisimmät itsen vahingoittamista estävät toimenpiteet olivat sanallinen de- eskalaatio ja manuaalinen rajoittaminen. Yleisimmät itsetuhoista käytöstä edeltäneet tilat olivat ahdistuneisuus, konfliktikäyttäytyminen ja konfliktit henkilökunnan kanssa.</p>
28	<p>Self-harm and Suicide Attempts in a Japanese Psychiatric Hospital.</p> <p>Tanimoto C., Yayama S., Suto S., Matoba K., Kajiwara T., Inoue M., Endo Y., Yamakawa M & Makimoto K. 2018</p>	Japani. Hokuriku. 400 paikkainen Takamatsu Hospital	Tarkoitus analysoida japanilaisen psykiatrisen itsensä vahingoittamisen ja itsemurhayritysten olosuhteita sairaalan hallinnon ja hoidon parantamiseksi.	<p>Aineisto: Vaaratapahtumaraportit 2000–2013. Raportteja yht. 5340. Itsetuhoon liittyvien raporttien seulonta: N=90, jotka koskivat 58 potilasta.</p> <p>Menetelmä: Laadullinen, kuvaileva sisällönanalyysi, luokittelu ja ryhmittely. Tilastollinen SPSS analyysi. Monimenetelmätutkimus.</p>	<p>Itsetuhoisuuden ja itsemurhayritysten esiintyvyyttä oli 0,05 tapausta 1000 potilaspäivää kohti. Yleisimmät itsetuhoisuuden ja itsemurhayritysten tyyppit olivat hirttäytyminen, ranteen leikkaaminen, vieraiden esineiden nieleminen ja muut. Ainoa toteutunut itsemurha oli skitsofreniapotilaan hirttäytyminen. Yleisimmät tiedetyt diagnoosit olivat mielialahäiriö ja skitsofrenia. Mielialahäiriöt olivat naisilla 3,5 kertaa yleisempiä kuin miehillä. 14 potilasta oli toistuvasti mukana itsetuhoisuuden tai itsemurhayritysten tapauksissa, joista 11 oli naisia; yksi mielialahäiriötä sairastava nainen yritti itsemurhaa yhdeksän kertaa vuoden aikana. Kolme tärkeintä itsetuhoisuuden ja itsemurhayritysten hallintaan ja hoitoon liittyvää tekijää olivat ennaltaehkäisevien toimenpiteiden noudattamatta jättäminen, riittämätön terapeuttinen kommunikaatio ja vaikeus ennustaa itsemurhaa.</p>

29	<p>Smoking-related violence in a mental health setting following the implementation of a comprehensive smoke-free policy: A content analysis of incident reports.</p> <p>Spaducci G., McNeill A., Hubbard K., Stewart D., Yates M & Robson D. 2020</p>	<p>UK. Lontoo. 4 sairaalaa, 800 potilaspaiikkaa</p>	<p>Tarkoituksena korjata kirjallisuuden puutteita tupakointiin liittyvän fyysisen väkivallan esiintymistiheydestä, luonteesta ja hallinnasta.</p>	<p>Aineisto: Tupakointiin liittyvät väkivaltaisten välikohtausten tapahtumaraportit 1.10.2013-30.9.2015. N= 93 kirjattua tapausta fyysisestä väkivallasta tupakointiin liittyen 12 kk jakso sisätilojen tupakoimiskielto. 12 kk jakso täysi tupakoimiskielto</p> <p>Menetelmä: Laadullinen sisällönanalyysi. Aineisto koodattiin ja luokiteltiin.</p>	<p>61 tupakointiin liittyvää vaaratapahtumaa sisätilojen tupakoimiskielon aikana, 32 tapausta täyden tupakoimiskielon aikana. Neljä fyysistä väkivaltaa edeltävää luokkaa tunnistettiin: potilaan pyynnön kieltäminen, valvotut tupakointitauot, henkilöstön reaktio potilaan tupakointikieltojen rikkomiseen ja tupakointimateriaalien pyytäminen, vaihtaminen tai varastaminen. Täyden tupakoimiskielon käyttöönoton jälkeen vaaratapahtumia tapahtui vähemmän potilaan tupakointipyynnön epäämisen yhteydessä ja enemmän henkilökunnan reagoitessa rikkomuksiin. Tupakointitaukojen kiellolla positiivinen vaikutus vaaratapahtumien vähentämisessä. Yleisimmät rajoitustoimet olivat aikaisän ottaminen ja tarvittaessa otettavien lääkkeiden käyttö.</p>
30	<p>Survey on critical incident reporting in a child and adolescent mental health service.</p> <p>O'Keeffe, N., Gavin, B., & McNicholas, F. 2013</p>	<p>Irlanti. Duplin, Wicklow. Lasten ja nuorten perustason avohoito</p>	<p>Tutkia kriittisten vaaratapahtumailmoitusten esiintyvyyttä ja luonnetta yleisessä lasten ja nuorten perustason avohoidon mielenterveyspalvelussa ja päiväosastolla</p>	<p>Aineisto: N=18 vaaratapahtumailmoitusta 2008–2011 väliseltä ajalta.</p> <p>Menetelmä: Retrospektiivinen rekisteritutkimus. Kerättiin tietoja yksittäisistä tapahtumista, kuten tapahtumapaikka, tapahtumaan osallistunut henkilö, saadut vammat ja toteutetut toimenpiteet.</p>	<p>Tutkimusjakson (3 v.) aikana raportoitiin yhteensä 18 tapahtumaa. Henkilökunta oli tapahtumien yleisin uhri (50 %, n = 9), sitten asiakkaat (38,8 %, n = 7) ja asiakkaiden vanhemmat (11,1 %, n = 2). Yleisimpiä vaaratapahtumia olivat kaatumiset (44,4 %, n = 8). Lisäksi kaksi tapausta liittyi asiakkaiden fyysiseen aggressioon ja uhkaavaan käyttäytymiseen.</p>
31	<p>The underreporting of medication errors: A retrospective and comparative root cause analysis in an acute mental health unit over a 3-year period.</p> <p>Morrison M., Cope V & Murray M. 2018</p>	<p>Australia, akuuttipsykiatri nen osasto</p>	<p>Tavoitteena tunnistaa lääkitysvirhetyyppejä ja niiden ilmenemiskontekstia sekä keinoja lääkitysvirheiden vähentämiseksi.</p>	<p>Aineisto: Sähköinen vaaratapahtumien raportointijärjestelmän raportit lääkitysvirheistä 4/2014–4/2017 välisenä aikana.</p> <p>N=73 lääkkeisiin liittyvää vaaratapahtumaa</p> <p>Menetelmä: Retrospektiivinen laadullinen analyysi ja kuvaava temaattinen sisältöanalyysi.</p>	<p>Tutkimusjaksolla ei havaittu yhtään vakavaa haittaa tai kuolemaan johtanutta virhettä. Virheet olivat yleisimpiä aamuvuorossa (45,83 %), seuraavaksi ilta- (40,27 %) ja yövuorossa (13,88%). Yleisimmät virheet liittyivät loratsepaamiin, klozapriiniin ja olantsapiiniin, ja useimmissa tapauksissa (6,8 %) liittyi useampaan kuin yhteen lääkkeeseen. Yleisimmät lääkitysvirheet olivat ylimääräisen lääkeannoksen antaminen potilaalle (16,6 %), virheellisen lääkkeen antaminen (13,8 %), ennenaikainen lääkeannos potilaalle (11,1 %), virheellisen lääkeannoksen antaminen (9,7 %) ja lääkkeen antaminen ilman asianmukaista kirjaamista potilaskertomukseen (8,3 %). Suurimmat vaikuttavat tekijät olivat käytännöt ja ohjeet (17 %) sekä työaikataulut ja ympäristö (16,4 %). 40,9 % tapauksista arvioitiin yksittäisten vaikuttavien tekijöiden osalta "tuntemattomaksi" kliinisten tutkijoiden toimesta.</p>

32	<p>Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital.</p> <p>Grasso B., Genest R., Jordan C & Bates D.V. 2003</p>	<p>U.S.A. Maine 103-paikkainen valtion psykiatrinen sairaala</p>	<p>Tavoite verrata arviointiryhmän käytön tehokkuutta ja tavallista itseraportointimenetelmää erilaisten lääkitysvirheiden havaitsemisessa valtion psykiatrisessa sairaalassa.</p>	<p>Aineisto: 31 sairaskertomusta 1 448 potilaspäivän ajalta.</p> <p>Menetelmä: Retrospektiivinen vertaileva tutkimus. Monimenetelmätutkimus.</p>	<p>Retrospektiivisessä tarkastelussa 31 potilaskertomuksesta ja samanaikaisista lääkejakotapahtumista havaittiin yhteensä 2,194 lääkevirhettä. Potilasryhmään liittyen ilmoitettiin yhteensä 9 virhettä. Hallinnointivirheitä oli 66 %, kirjoitusvirheitä 23 %, reseptivirheitä 11 % ja lääkejakovirheitä alle 1 %. Virheistä 19 % arvioitiin olevan matalan riskin virheitä, 23 % kohtalaisen riskin virheitä ja 58 % suuren riskin virheitä.</p>
33	<p>Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: an analysis of violence incident reports.</p> <p>Kuivalainen S., Vehviläinen-Julkunen K., Putkonen A., Louheranta O & Tiihonen J. 2014</p>	<p>Suomi. Oikeuspsykiatrin en sairaala</p>	<p>Tavoitteena selvittää fyysisen väkivallan esiintymistiheyttä ja provokaatiota suomalaisessa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. (HaiPro)</p>	<p>Aineisto: Väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset 2007-2009 N= 840 väkivaltatapahtumaa.</p> <p>Menetelmä: Retrospektiivinen Mixed Method -tutkimus: Aineiston induktiivinen luokittelu ja analyysi sekä regressioanalyysi/SPSS</p>	<p>Tutkimusjakson aikana 17.9 % potilaista käyttäytyi väkivaltaisesti, keski-ikänsä oli 38.9 vuotta. Suurimmalla osalla väkivaltaisista potilaista (91.2 %) oli skitsofreniadiagnosi ja pienemmällä osalla persoonallisuushäiriö (22.2 %) tai alkoholi- ja/tai huumausaineiden väärinkäyttö (27.8 %). Väkivallan vaaratapahtumaraportteja oli yhteensä 840, joista 66.3 % tapauksista potilas oli jo eristetty tai mekaanisesti rajoitettu väkivallan aikana, ja 20.4 % oli vapaaehtoisesti huoneessa havainnointia varten ennen tapahtumaa. Väkivallan provosoinnista löytyi kuusi pääkategoriaa, joista suurin osa oli ilman määriteltäviä syytä (61 %) tai reaktio johonkin (36 %). Riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen oli korkein siviilipotilaille verrattuna rikospotilaisiin (RR = 11.96; CI 95 % 9.43–15.18; P < 0.001). Siviilipotilaat edustivat 36.7 % potilaista, mutta aiheuttivat 89.8 % raportoiduista väkivaltatapauksista. Oikeuspsykiatriseen mielentutkimukseen osallistuvat potilaat eivät käyttäytyneet aggressiivisesti kovin usein (RR = 1.97; CI 95 % 0.91–4.28).</p>
34	<p>Voluntary patient safety incidents reporting in forensic psychiatry-What do the reports tell us?</p>	<p>Suomi. Oikeuspsykiatrin en sairaala</p>	<p>Tavoitteena luokitella potilasturvallisuustapahtumien ilmoitusjärjestelmässä (PSiRS) hoitohenkilöstön raportoitujen tapausten tyyppejä ja esiintymistiheyksiä sekä arvioida niiden seurauksia.</p>	<p>Aineisto: Potilasturvallisuustapahtumien ilmoitukset 3/2012 - 2/2018 N=2521 vaaratapahtumaa</p> <p>Menetelmä: Retrospektiivinen rekisteritutkimus tilastollisilla analyysimenetelmillä. Monimenetelmätutkimus.</p>	<p>Noin 65 % raportoiduista tapahtumista oli potilaalle tapahtuneita vaaratapahtumia, ja loput olivat lähellä-tilanteita. Vuosittainen tapahtumien lukumäärä vaihteli 355:stä 472:een, ja tapahtumien taajuus oli välillä 3,4–4,6 tapausta/1000 potilaspäivää. Raportoijat olivat pääasiassa sairaanhoitajia (64 %), mielenterveyshoitajia (29 %), lääkäreitä (1 %) ja muuta henkilökuntaa (6 %). 51 % tapahtumista ei aiheuttanut potilaille haittaa, 38 % aiheutti lievän/pienen haitan, 7% kohtalaisen/keskisuuren, 0,4% vakavan ja 3,6% tuntemattoman haitan. Yleisimmät tapahtumaluokat olivat väkivalta (38 %), lääkitysvirheet (27 %) ja tapaturmat, kuten kaatumiset (12 %). Väkivallan osalta raportoitiin 963 potilasturvallisuustapahtumaa, joista 62 % oli vaaratapahtumia ja 38 % lähellä-tilanteita. Tapahtumat tapahtuivat ympäri vuorokauden, ja potilaisiin kohdistuva väkivalta oli yleisintä iltapäivällä ja illalla. Yleisimmät tapahtumapaikat olivat käytävät (31 %), päiväsalit (20 %) ja potilashuoneet (15 %).</p>

35	<p>An observational study on the rate of reporting of adverse event on healthcare staff in a mental health setting: An application of Poisson expectation maximisation analysis on nurse staffing data.</p> <p>Kuosmanen A., Tiihonen J., Repo-Tiihonen E., Eronen M & Turunen H. 2020</p>	<p>UK Psykiatrinen sairaala</p>	<p>Havainnointitutkimus terveydenhuollon henkilöstön vaaratapahtumien raportoinnista mielen terveysympäristössä.</p> <p>Raportoitujen vaaratapausten analysointi sen selvittämiseksi, miten kerättyjä tietoja voidaan käyttää valvomaan ja ennustamaan, missä henkilöstön turvallisuus voi olla vaarassa.</p>	<p>Aineisto: vaaratapahtumaraportit ja tiedot sairaanhoito henkilöstöstä.</p> <p>51 osastoa/10 paikkakunnalla. 40123 havaintoa Tutkimusjako: 9/2014–3/2017.</p> <p>Menetelmä: Retrospektiivinen havainnointitutkimus/tilastolliset analyysimenetelmät. Monimenetelmätutkimus.</p>	<p>Analyysin perusteella havaittiin vahva riippuvuus vaaratapahtumien määrän ja osastojen sijainnin sekä kliinisen tarpeen välillä. Vaaratapahtumien määrä väheni, kun sairaanhoitajat ylittivät kliinisesti vaaditut tasot. Henkilöstön vaaratapahtumien ilmoittaminen koettiin suhteellisen monimutkaiseksi, ja raportointiaktiivisuus vaihteli. Tulokset viittaavat siihen, että henkilöstön lisääminen voisi parantaa henkilöstön turvallisuutta. Työvoiman osaamisyhdistelmän dynamiikka ei ole lineaarista, eikä turvallisuutta voida yksinkertaisesti parantaa lisäämällä rekisteröimättömän työvoiman osuutta. Lisätoimenpiteet ja strategiat tarvitaan turvallisuuden parantamiseksi.</p>
36	<p>Reporting Incidents in the Psychiatric Intensive Care Unit: A Retrospective Study in an Italian University Hospital.</p> <p>Mele F., Buongiorno L., Montalbo D., Ferorelli D., Solarino B., Zotti F., Carabellese F., Catanesi R., Bertolino A., Dell'Erba A & Mandarelli G. 2022</p>	<p>Italia Yliopistollinen sairaala, psykiatrinen teho-osasto</p>	<p>Arvioida ilmoitetun työpaikkaväkivallan piirteitä psykiatrisessa tehohoidon yksikössä (PICU) analysoimalla sähköistä sairaalan tapaturmailmoitusjärjestelmää (IRS)</p>	<p>Vaaratapahtumaraportit 2017–2020. Raportteja kaikkiaan 463 IRS-lomaketta kliinisen. 139 psykiatrisesta PICUsta, sisäänottokriteerit täyttäviä 130.</p> <p>Menetelmä: Tilastolliset analyysit SPSS.</p>	<p>Potilaiden keski-ikä tapausilmoituksen teko hetkellä oli 29,8 vuotta, ja miehiä oli 71,5 %. Yleisimmät psykiatriset diagnoosit olivat hermoston kehityshäiriöt (33 %), skitsofreniaspektrihäiriöt (24 %) ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt (23 %). Päihteiden käyttöä tai riippuvuutta oli 43 %:lla potilaista. Tapausten jakauma vuosittain oli seuraava: 2017=16,9 %, 2018=54,6 %, 2019=17,7 %, ja 2020=10,8 % (aineiston keräysaika vain puoli vuotta). Terveydenhuollon työntekijät olivat yleisimpiä uhreja (erityisesti sairaanhoitajat ja avustavat henkilöt). Miespotilailla omaisuusväkivalta oli yleisempää (15,1 % vs. 5,9 %), kun taas naispotilailla fyysinen aggressio oli yleisempää (91,2 % vs. 81,7 %). Väkivallan tapahtumistiheydessä havaittiin korostuneesti perjantain (17,7 %) ja kello 16–20 välisen ajanjakson (34,6 %) merkitys. Lisäksi 64,9 % väkivaltatapauksista tapahtui ensimmäisen 5 päivän aikana sairaalahoidosta tai 20 päivän kuluttua vastaanotosta. Merkittävä yhteys havaittiin fyysisen aggression ja hermoston kehityshäiriön diagnoosin välillä.</p>

37	<p>Adverse events in psychiatry: a national cohort study in Sweden with a unique psychiatric trigger tool</p> <p>Nilsson L., Borgstedt-Risberg M., Brunner C., Nyberg U., Nylén U., Ålenius C. & Rutberg H. 2020</p>	<p>Ruotsi Kaikki Ruotsin 21 aluetta.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli 1) kehittää kansallinen trigger tool-työkalu aikuispsykiatriselle hoidolle ja 2) kuvata vaaratapahtumien esiintyvyys, luonne, ehkäiseminen ja vakavuus aikuispsykiatrisessa terveydenhuollossa.</p>	<p>Aineisto: Satunnaisesti valitut potilaskirjat, yli 18-vuotiaista, jotka oli kotiutettu psykiatrisesta sairaalahoidosta 1. 1. 2017 - 30. 6. 2017 välisenä aikana.</p> <p>Menetelmä: Jokainen potilasasiakirja tarkastettiin 3 kk:n ajanjaksolta, sisällyttäen sairaalahoitajaksot ja niihin liittyvä polikliininen hoito</p> <p>Retrospektiivinen kohorttitutkimus, vaaratapahtumat luokiteltiin ja käytettiin 2 vaiheen trigger-työkalua. Monimenetelmätutkimus.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin 2552 potilaan sairauskertomusta, joista 50.4 % oli naisia ja 49.6 % miehiä. Potilaiden mediaani-ikä oli 44 vuotta naisilla ja 44.5 vuotta miehillä. Tunnistettiin yhteensä 720 vaaratapahtumaa, mikä vastasi 17.2 %:a sairauskertomuksista. Enemmistö vaaratapahtumista johti vähäiseen tai kohtalaiseen vahinkoon, ja 46.2 % katsottiin ehkäistäviksi. Pitkittyvä taudin eteneminen ja tahallinen itsevahinko olivat yleisimpiä vaaratapahtumien tyyppejä. Vaaratapahtumat olivat merkittävästi yleisempiä naisilla (21.5 %) kuin miehillä (12.7 %), mutta eivät osoittaneet eroa ikäryhmien välillä. Vakavaa tai katastrofaalista vahinkoa löytyi 2.3 % kertomuksista, enemmistö naisilla (61 %). Laadullisesti riittämättömän hoidon laatuun viittaavia triggeriteitä löytyi 78 % kertomuksista, hoitosuunnitelman puuttuminen oli yleisin. Tutkimus osoitti, että vaaratapahtumat ovat yleisiä psykiatrisessa hoidossa. Lisätoimenpiteitä tarvitaan psykiatrisen hoidon laadun parantamiseksi potilasturvallisuustyön lisäksi.</p>
38	<p>Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion.</p> <p>Gudjonsson GH, Rabe-Hesketh S, Szmukler G. 2004</p>	<p>UK. Psykiatrisen sairaala, 14 osastoa</p>	<p>Tutkia väkivaltaisten tapahtumien hallintaa kaikilla yleisillä osastoilla suuressa psykiatrisessa sairaalassa Etelä-Lontoossa. Pääkysymys, onko mustiin potilaisiin liittyvässä väkivaltaisessa tapahtumassa eroja valkoisiin potilaisiin verrattuna ja jos on, mikä näitä eroja aiheuttaa?</p>	<p>Kaikki rekisteröidyt väkivaltaiset tapahtumat (N= 1515) kolmen vuoden aikana (1994, 1996, 1998)</p> <p>Analyysi tehtiin käyttämällä sekoitettua logistista regressiota Kvantitatiivinen tutkimus, tilastolliset menetelmät.</p>	<p>Tutkimuksessa havaittiin, että enemmistö (63 %) 1515 vaaratapahtumista liittyi miespotilaisiin, kun taas naispotilaiden osuus oli 37 %. Potilasta 75 % oli siviiliosastolla, 3 % rikososastolla ja 22 % vapaaehtoisia tai tietoja puuttui. Psykiatrisen diagnoosin tiedot puuttuivat 39 %:ssa tapauksista. Yleisimmät taustatekijät tapahtumille olivat levottomuus, tietty vuorovaikutus potilaiden tai henkilökunnan kanssa, henkilökunnan kieltäytyminen potilaan pyynnöstä tai potilaan kieltäytyminen lääkityksestä ja potilaan yritys karata. Väkivaltaisista tapahtumista 43 % liittyi valkoisiin potilaisiin ja 57 % mustiin potilaisiin. Mustiin potilaisiin oli todennäköisemmin annettu hätälääkitystä ja heidät oli todennäköisemmin eristetty väkivaltaisen tapahtuman jälkeen, mutta heidät eivät olleet todennäköisemmin fyysisessä rajoituksessa. Erot hävisivät, kun kertoimia säädettiin muilla muuttujilla. Etniset erot potilaiden hoidossa saattavat johtua demografisista eroista, psykiatrisen sairauden luonteesta ja tapahtumaan liittyvistä ominaisuuksista. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että rotuun liittyvä "leimaaminen" ei todennäköisesti ole ollut merkittävä suora tekijä sairaanhoitajien vastauksissa.</p>

*Nro = Artikkelin järjestysnumero, johon viitataan tulososan tekstissä