

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2009

Maija Lavi & Susanna Wikman

LÄHIHOITAJIEN KOKEMUKSIA LÄÄKEHOIDON TÄYDENNYSKOULUTUKSESTA JA KOULUTUKSEN KEHITTÄMISTARPEET



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Lokakuu 2009 |46

Ohjaaja: Virpi Sulosaari

Maija Lavi & Susanna Wikman

LÄHIHOITAJIEN KOKEMUKSIA LÄÄKEHOIDON TÄYDENNYSKOULUTUKSESTA JA KOULUTUKSEN KEHITTÄMISTARPEET

Opinnäytetyössä selvitetään lähihoitajien kokemuksia lääkehoidon täydennyskoulutuksesta ja sen kehittämistarpeista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kohderyhmän kokemuksia kehittämishankkeeseen osallistumisesta sekä sen yhteydessä toteutetusta lääkehoito-osaamisen arvioinnista ja täydennyskoulutuksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lähihoitajien lääkehoidon täydennyskoulutusta ja vaikuttaa välillisesti lähihoitajien toteuttaman lääkitysturvallisuuteen ja sitä kautta myös potilasturvallisuuteen. Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Turvallinen lääkehoito – hankekokonaisuutta.

Lähihoitajat osallistuivat Turun ammattikorkeakoulun järjestämään lääkehoidon osaamisen kehittämishankkeeseen, joka sisälsi osaamisen alku- ja loppumittauksen. Tähän hankkeeseen kuului myös lääkehoidon täydennyskoulutusohjelma, jonka jälkeen osaamisen loppumittaus suoritettiin.

Tutkimus menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyötä varten laadittiin oma mittari mittamaan lähihoitajien kokemuksia. Aineisto kerättiin lähettämällä sähköisesti kyselylomake 21 lähihoitajalle. Vastausprosentti oli 33 % (n=7) ja osittain joissakin kysymyksissä vastausprosentti oli 28,5 %. (n=6). Kysymykset analysoitiin tilastollisesti Excel 2007-ohjelmalla ja avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä.

Suurin osa piti osaamisen arviointia tärkeänä. Kuitenkin osa hoitajista koki lääkehoidon osaamisen arvioinnin turhauttavana ja vaikeana, koska eivät suoranaisesti saa osallistua lääkehoitoon. Lähihoitajat haluavat enemmän lääkehoidon täydennyskoulutusta omassa työyksikössä käytössä olevista lääkkeistä ja lääkehoidon täydennyskoulutuksen liittyvän enemmän lähihoitajan toimenkuvaan. Tämä täydennyskoulutus koettiin hyväksi ja lähihoitajat toivoivat kyseisen koulutuksen uusimista muutaman vuoden kuluttua.

ASIASANAT: lähihoitaja, täydennyskoulutus, osaaminen, kokemukset, lääkehoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursing

October 2009 | 46

Supervisor: Virpi Sulosaari

Maija Lavi & Susanna Wikman

EXPERIENCES OF PRACTICAL NURSES ON MEDICATION SUPPLEMENTARY EDUCATION AND THE NEED FOR DEVELOPMENT

In this thesis we have explored practical nurses' experiences on supplementary medication education and the need for development. The purpose of the thesis was to evaluate the target group's experiences on participating in a medication competence development project. As well as their views on the assessment of medication skills and supplementary education that was arranged. The primary goal of this thesis is to develop supplementary medication education offered to practical nurses. The secondary goal is to improve safe medication practices by practical nurses, and therefore patient safety. The thesis is part of the Medication safety – development project in Turku University of Applied Sciences.

Practical nurses took part in a developmental program organized by Turku University of Applied Sciences. An assessment of skills was conducted both prior to the program, and after the completion of supplementary training that was included in the program.

A quantitative research method was used for the purpose of this thesis. A questionnaire was developed based on earlier research in order to evaluate the experiences of practical nurses. The research data was collected by sending an electronic questionnaire to 21 practical nurses. The questionnaire had a response rate of 33 % (n=7), and in some questions response rate of 28.5 % (n=6). The data was analyzed statistically with Excel 2007 software, and in open questions content analysis method was used.

Most participants found assessment of medication skills important. Some, however, found it frustrating and difficult because of restrictions regarding medication practice upon them as practical nurses. Practical nurses wish to have more supplementary education on the medications administered at their own posts, and would like for the training to be more relevant for their work. The supplementary education in question was found to be good, and the practical nurses wished that it be repeated after a few years.

SEARCH WORDS: practical nurse, supplementary education, skills, experiences, medication

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	7
2.1 Turvallinen lääkehoito hoitotyön tehtävänä	7
2.2 Lähihoitajan lääkehoidon osaaminen	9
2.3 Täydennyskoulutus	10
2.4 Lääkehoidon täydennyskoulutus	12
2.5 Hoitohenkilöstön kokemukset lääkehoidon täydennyskoulutuksesta	13
3 YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSONGELMAT	16
5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	16
5.1 Tutkimusmenetelmä	16
5.2 Tutkimuskohde	17
5.3 Aineiston keruu	17
5.4 Aineisto analyysi	18
6 TULOKSET	19
Taustatiedot	19
Lähihoitajien kokemukset lääkehoidon osaamisen arvioinnista	19
Lähihoitajien kokemuksia lääkehoidon täydennyskoulutuksesta	22
Lähihoitajien lääkehoidon täydennyskoulutuksen kehittämistarpeet	26
7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	27

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus	27
7.2 Opinnäytetyön eettisyys	29
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	30
8.1 Opinnäytetyön tuloksien tarkastelua	30
8.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset	33
LÄHTEET	36
KUVIOT	
Kuvio 1 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta	15
Kuvio 2 Lähihoitajien arvio lääkehoidon osaamisen arvioinnista	21
Kuvio 3 Lähihoitajien arvio lääkehoidon toteuttamisesta	23
Kuvio 4 Lähihoitajien arvio lääkehoidon täydennyskoulutuksessa käytetyistä opetusmenetelmistä	25
LIITTEET	
LIITE 1: Saatekirje	
LIITE 2: Kysely	
LIITE 3: Tutkimuslupa	

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena on selvittää erään varsinaissuomalaisen kunnan kansanterveystyön kuntayhtymän lähihoitajien kokemuksia lääkehoidon täydennyskoulutuksesta ja sen kehittämistarpeista. Hoitohenkilöstö on osallistunut lääkehoidon kehittämishankkeeseen ja opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa heidän kokemuksiaan kehittämishankkeeseen osallistumisesta sekä sen yhteydessä toteutetusta lääkehoito-osaamisen arvioinnista ja täydennyskoulutuksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lähihoitajien lääkehoidon täydennyskoulutusta ja vaikuttaa välillisesti lähihoitajien toteuttaman lääkitysturvallisuuteen ja sitä kautta myös potilasturvallisuuteen.

Lääkehoito on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Sen avulla voidaan ehkäistä sairauksia tai siirtää niiden puhkeamista. Parhaimmillaan lääkehoidon avulla voidaan parantaa potilaan elämänlaatua huomattavasti. (Hujala & Tiainen 2009, 10.) Lääkehoidon toteutuksessa erityisen tärkeää on turvallisuus. Useissa tutkimuksissa on todettu hoidosta aiheutuvien haittojen olevan yleisiä. Tämän seurauksena potilasturvallisuus on otettu Suomessa tärkeäksi kehittämisen kohteeksi. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 181.) Jotta lääkehoitoa voidaan toteuttaa turvallisesti, on henkilöstön ymmärrettävä sen merkitys osana hoidon kokonaisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2006, 46 - 47). Yksi suurimmista potilasvahinkojen ja haittatapahtumien aiheuttajista on lääkehoidossa tapahtuvat poikkeamat. WHO:n (2008, 3-4) mukaan lääkehoidon haittatapahtumista kärsii 7-10 % akuutin hoitotyön potilaista. Näistä 28- 56 % olisi ennalta ehkäistävässä.

Lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä vastaavat terveydenhuollon ammattihenkilöt (STM 2006, 49). Yksi merkittävä ammattiryhmä lääkehoidon toteuttajista ovat lähihoitajat. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen on osa heidän työtehtäviään ja se edellyttää riittävää osaamista suhteessa vastuuseen ja tehtäviin. Keskeisessä asemassa turvallisessa hoidossa on siten ammatillinen osaaminen. Työnantajalla on velvollisuus huolehtia siitä, että työntekijä on saanut perehdytyksen ja koulutuksen tehtäviinsä. Jokaisella työntekijällä on kuitenkin vastuu omasta osaamisestaan ja potilasturvallisuuden edistämisestä. Potilasturvallisuuden edistämiseen keskeisenä kuuluvat perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksiin osallistuminen, sillä niiden on tutkitusti osoitettu parantavan hoitajien lääkehoito-osaamista (STM 2003, 33–36; Veräjänkorva 2003, 59.) Täydennyskoulutuksen tulee vastata hoitohenkilökunnan yksilöllistä koulutustarvetta ja tämän vuoksi on tärkeää arvioida henkilökunnan osaamista ja sen kehittämistarpeita (Katajisto ym. 2006 41–42).

2 Kirjallisuuskatsaus

2.1 Turvallinen lääkehoito hoitotyön tehtävänä

Lääkehoito on osa potilaan kokonaishoitoa ja sen tavoitteena on potilaan terveyden edistäminen, sairauksien parantaminen ja ehkäiseminen. Lisäksi tavoitteena on sairauksen oireiden ja vaivojen lievittäminen sekä sairauden etenemisen ja komplikaatioiden ehkäiseminen. (Kasara ym. 2004, 305.) Lääkehoidon oikeanlainen toteutus on osa potilas- ja lääketurvallisuutta (Suominen 2006).

Suomessa lääkehoidon toteuttamista ohjataan lainsäädännöllä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää, että potilaalla on oikeus hyvään kohteluun sekä terveyden- ja sairaanhoitoon. Tällä tarkoitetaan sitä, että potilas saa parhaan mahdollisen hoidon sairauteensa tai sen aiheuttamiin kipuihin, eikä potilaalle aiheuteta lisää kärsimystä. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Tornainen 2006, 46.) Potilaalla on oikeus saada tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Potilaslaki koskee kaikkia lääkehoitoa toteuttavia ammattihenkilöitä. (STM 2006, 20.) Lääkelain tarkoitus on edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta (Lehtonen & Pahlman 2007, 191).

Turvallisen lääkehoidon toteutuksessa potilas saa riittävästi lääkettä vaivaansa, mutta ei kuitenkaan liikaa tai liian pitkää aikaa. Turvallista lääkehoitoa toteutettaessa on huomioitava myös turha lääkkeiden käyttö ja pyrittävä minimoimaan lääkkeiden määrä. Lääkkeillä saattaa olla keskenään yhteisvaikutuksia, joista tulee ottaa selvää ennen potilaalle antamista. Lääkärin velvollisuus on määrätessään tarkistaa mahdolliset lääkkeiden yhteensopimattomuudet, mutta myös hoitajan on hyvä myös tarkistaa mahdolliset yhteisvaikutukset. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus [STAKES] & Lääkehoidon kehittämiskeskus [ROHTO] 2006, 9 - 10.)

Useimmissa paikoissa lääkkeiden jaon suorittaa sairaanhoitaja, mutta joissakin paikoissa myös lähihoitajan tutkinnon suorittaneet voivat jakaa lääkkeitä. Lääkkeiden jaossa on noudatettava tarkoin huolellisuutta ja lääkärin määräystä. Lääkkeen jako tilanteen tulee olla rauhallinen. Turvallista lääkehoitoa toteutettaessa on tärkeää kiinnittää huomiota niin huolellisuuteen kuin aseptiikkaan. Näillä minimoidaan potilaalle aiheutuvat vahingot. Lääkkeet on hyvä tarkistaa ennen potilaalle antoa, mitä annetaan, kuinka paljon ja onko potilas oikea. Näin ehkäistään virheiden syntyä. (Lääkelaitos 2007, 11 -

12.) Lääkettä annettaessa on myös huomioitava lääkkeen oikea antoreitti tarkoin, sillä väärin annettu lääke saattaa olla haitaksi potilaalle (STAKES & ROHTO 2006, 9 – 10).

Suomessa terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä tapahtuvien henkilövahinkojen korvaamiseen sovelletaan potilasvahinkolakia (585/1986). Potilasturvallisuus on erottamaton osa hoidon laatua ja siihen sisältyy hoidon turvallisuuden ohella lääkitys- ja laiteturvallisuus. (Snellman 2009, 37 - 38.) Hoitotyössä on tärkeää tunnistaa haittavaikutukset, sillä ne voivat heikentää potilaan elämänlaatua tai olla jopa hengenvaarallisia. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ruoansulautuskanavan oireet, iho-oireet, hermostolliset oireet, huimaus sekä päänsärky. Henkeä uhkaavia haittatapahtumia ovat luuytimen, munuaisten sekä maksan toimintahäiriöt ja anafylaktiset reaktiot. (Hujala & Tiainen 2009, 179; Smith 2004, 25–27.)

Yleisimmät haittatapahtumaan johtavat tekijät ovat määräys-, kirjaus-, jako-, tulkinta-, lasku-, ja antovirhe (Deans 2005, 29–33). Yleensä haittatapahtuman taustalla on inhimillinen virhe (Smith 2004, 27). Inhimillisen haittatapahtuman riskiä kasvattavat muun muassa samankaltaiset lääkepakkaukset, rinnakkaistuotteet, samankaltaiset kauppanimet, ympäristötekijät, väsymys, vireystila, stressi ja yksilölliset tekijät. Tärkeää on tunnistaa ennalta mahdolliset turvallisuusriskit sekä pyrkiä poistamaan ja kehittämään niitä. (Deans 2005, 29–33; Helovuori & Kinnunen 2009, 14–16; O’Shea 1999, 496–504.)

Hoidossa tapahtuvat haittatapahtumat tulee aina raportoida sekä niistä on hyvä keskustella työyksikössä. Haittatapahtumista ilmoittaminen tarjoaa oppimismahdollisuuden koko yksikölle. (Kinnunen 2008,11; Smith 2004, 22–23.) Ilmoituksen voi tehdä nimettömänä, eikä haittatapahtumia tule peitellä. Niiden käsittelystä voidaan oppia hallitsemaan turvallisuutta paremmin. Myös sellaiset tapahtumat tulee kirjata joista olisi voinut aiheutua haittaa potilaalle. Oikein raportoiduista haittatapahtumista voidaan nähdä yleisimmät lääkehoidon poikkeamat ja niitä tulee tarkastella työyksikössä määräajoin. (Kinnunen, Ruuhilehto & Keistinen 2009,14 & 16.)

Turvallisen lääkehoidon kehittäminen on tärkeä osa potilasturvallisuuden kehittämistä ja parantamista. Tutkimusten mukaan hoitotyön kokemus ei vähennä juurikaan haittatapahtumia ja hoitajilla on puutteelliset tiedot lääkehoidosta. Hoitajien lääkehoidon osaamista on hyvä testata määräajoin, sillä tiedon määrällä ja laskutaidoilla parannetaan potilasturvallisuutta. (Ndosi & Newell 2009, 570-580; O’Shea 1999, 496–504;Veräjänkorva 2003, 60.)

2.2 Lähihoitajien lääkehoidon osaaminen

Lääkehoidon toteutuksesta vastuu kuuluu myös lähihoitajille, mutta kaikkialla lähihoitajat eivät saa toteuttaa lääkehoitoa, koska lähihoitajakoulutuksen tuomaa osaamista ei tunneta riittävästi (Lindroos 2006, 6 - 7; Moilanen 2006, 10). Lähihoitajan panos lääkehoidon toteuttamisessa on merkittävä eritoten kotisairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon pitkäaikaishoidossa (Veräjänkorva 2007, 48).

Lähihoitaja koulutuksen opetussuunnitelman mukaan lähihoitajan tulee osata toteuttaa lääkehoitoa turvallisesti. Lääkehoitoa voidaan toteuttaa turvallisesti, kun henkilöstö ymmärtää sen merkityksen osana hoidon kokonaisuutta. (STM 2006, 46 - 47.) Lääkärillä on vastuu lääkkeiden määräämisestä ja lääkehoidon kokonaisuudesta. Jokainen hoitaja toteuttaa lääkärin määräyksiä ja kantaa vastuun omasta toiminnastaan lääkehoidossa. (Lindroos 2006, 6 - 7; Moilanen 2006 10.) Henkilöstön on myös ymmärrettävä oikean tekniikan lisäksi lääkkeen haittavaikutukset sekä hallittava lääkelaskut. Lähihoitajien on hallittava lääkkeiden oikeanlainen käsittely ja hävittämiseen liittyvät asiat. Henkilöstön on kyettävä arvioimaan lääkehoidon toteutumista ja vaikuttavuutta. (STM 2006, 46 – 47.)

Lähihoitajan tulee seurata lääkkeen vaikutuksia potilaassa ennen ja jälkeen lääkkeen antoa (Hujala & Tiainen 2009, 15) sivuoireita, yhteisvaikutuksia, sekä raportoida niistä ja ohjata ja neuvoa potilaita hoidon aikana ja sen jälkeen. Lähihoitajan on osattava opastaa potilasta lääkemääräysten uusimisessa, sekä huolehtia asianmukaisesta aseptiikasta. Lähihoitajan tulee hallita lääkelaskennan yksikkömuutokset ja annoslas-
kut, sekä tunnettava yleisimmät lääkemuodot ja osattava annostella ja antaa lääke ohjeiden mukaan. Lähihoitajat voivat myös pistää lääkkeen ihon alle tai lihakseen, kunhan hänet on perehdytetty ja hänelle on myönnetty kirjallinen lupa tehtävän suorittamiseen (Lindroos 2006, 6-7; Moilanen 2006 10.) Lähihoitajien on kiinnitettävä erityisesti huomiota aseptiikkaan lääkkeitä käsiteltäessä (STM 2006, 46 - 47). Käytännönjaksolla lähihoitajaopiskelijan tulee saada harjoittaa lääkehoitoa harjoittelupaikassaan valvotusti (Lindroos 2006, 6-7; Moilanen 2006 10).

Lähihoitajien työnkuva vaihtelee paikoittain, mutta pääsääntöisesti lähihoitajat eivät jaa lääkkeitä potilaille. Vastuuta eri paikoissa voidaan jakaa hoitajien kesken, mutta päävastuu lääkehoidon toteutuksesta kuuluu sairaanhoitajalle. (Lindroos 2006, 6 - 7; Moilanen 2006, 10.) Kuntien terveyskeskuksissa lähihoitajat useimmiten osallistuvat lääkehoitoon. Erikoissairaanhoidossa lääkehoito pääsääntöisesti kuuluu sairaanhoitajille.

Tämän vuoksi useissa sairaaloissa alettiin muuttaa lähihoitajien virkoja sairaanhoitajan viroiksi, vaativan lääkehoidon lisääntymisen vuoksi. Työnjako perustuu sosiaali- ja terveysministeriön 2006 julkaisemaan Turvallinen lääkehoito – oppaaseen. (Wilskman 2007, 6 - 7; Kärkkäinen 2008, 28 – 29; STM 2006,49.)

Tutkimus vuosina 1995–2003 valmistuneista lähihoitajista osoittaa, että hoitajat ovat kokeneet saavansa valmiuksia työnkuvan osaamiseen koulutuksestaan. Näitä osaamisen osa-alueita olivat yhteistyö- ja ilmaisusuhdetaidot, vastuullisuus, luotettavuus, emotionaaliset ja eettiset taidot, oman alan tiedot ja teoria, asiakaslähtöisyys ja oman ammattitutkinnon arvostaminen sekä oman alan taidot. Tärkeimmäksi taidoksi lähihoitajat kokivat työelämässä tiimityöskentelytaidot, motivaation työhön, tilanteiden hallinta, joustavuus, keskustelu- ja neuvottelutaidot, ongelmanratkaisutaidot, itsenäisen työskentelyn taito, muutoksesta selviämisen taidot, mukautumistaidot, työympäristön turvallisuus ja työkyvyn ylläpitäminen. Vähiten lähihoitajat kokivat saavansa valmiuksia työelämään tutkimus- ja kehittämistoiminnan osaamiseen sekä tieto- ja viestintäteknologisiin taitoihin, taloudellisiin taitoihin, markkinointi taitoihin, laadun kehittämiseen, kulttuurisiin taitoihin, kielitaitoa, kansainvälisyystaitoihin, ekologiisiin ja organisaatio taitoihin, yrittäjyyteen ja johtamiseen (Rantanen 2004, 16.) Tutkimuksesta on kuitenkin havaittavissa, että viime vuosina valmistuneet lähihoitajat ovat ammattitaitoisempia kuin aikaisempina vuosina. Tutkimustulosten mukaan koulutuksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota hoitotyön teoriaan ja käytännön taitoihin, sillä työelämässä näiden taitojen osaaminen on koettu puutteelliseksi. (Rantanen 2004, 24–25.)

2.3 Täydennyskoulutus

Suomessa laki määrää hoitohenkilökunnan ammattitaidon täydentämisestä. ”Asetus 1194/2003 määrittelee täydennyskoulutuksen suunnitelmaksi koulutukseksi, joka perustuu väestön terveystarpeisiin ja muuttuviin hoitokäytäntöihin sekä terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutustarpeeseen.”. Laki velvoittaa myös ammattihenkilökuntaa kouluttautumaan ja työnantajan järjestämään koulutusta sitä tarvitseville. (Torppa 2006, 571.) Ammatillisen täydennyskoulutuksen tarkoituksena on antaa työntekijälle oppimiskokemuksia, jotka lisäävät ammatillista tietoutta, taitoa ja keinoja tehostaa potilaslähtöistä hoitotyötä. Ammatillinen täydennyskoulutus on elinikäinen prosessi, joka saa aikaan ammatillisen kehitysprosessin. Täydennyskoulutuksella taataan myös potilasturvallisuutta, sillä hoitohenkilökunnan osaamisen riittävällä kehittämisellä estetään vanhentuneen tiedon käyttö potilastyössä. (Gallagher 2007, 466-473.)

Keskeistä täydennyskoulutuksen järjestämisessä on se, että koulutus on kattavaa, koordinoitua ja tavoitteellista. Täydennyskoulutuksen tavoitteena on tuottaa valmiuksia työntekijän työn kehittämiseen sekä oman toiminnan jatkuvaan arviointiin. Täydennyskoulutuksen tarpeet voivat tulla esille arjen työssä, palautteista ja kehityskeskusteluista. (Torppa 2006, 571–577.) Täydennyskoulutuksen toivotaan vaikuttavan myönteisesti ja näkyvän organisaation ja yksilön oppimisena. Lisäksi täydennyskoulutuksen toivotaan vaikuttavan käytännön potilastyöhön. (Tenhula, Autti & Helin-Salmivaara 2008, 284–289.)

Täydennyskoulutuksen suunnittelu tulee aloittaa koulutuksen tarpeen arvioinnilla. Koulutustarpeista osa tulee työnantajalta ja osa työntekijältä itseltään. Täydennyskoulutusta suunniteltaessa tulee koulutusmenetelmä valita tarvelähtöisesti. Paras lopputulos täydennyskoulutuksesta saadaan yhdistämällä eri menetelmiä. Hoitohenkilökunnan sitoutuminen täydennyskoulutukseen auttaa tavoitteiden saavuttamisessa ja muuttaa pysyvästi toimintatapoja. (Jaatinen, Saxen & Aho 2007, 4133.)

Työyksiköiden laadukkuutta voidaan tarkastella työntekijöiden saamilla mahdollisuuksilla osallistua täydennyskoulutukseen. Hoitajien täydennyskoulutuksen tarvetta voidaan arvioida muun muassa kehityskeskusteluissa. Täydennyskoulutuksesta saadaan paras mahdollinen hyöty silloin kuin hoitajat ovat motivoituneet oikein. (Jaatinen ym. 2007, 4133.)

Täydennyskoulutusta voidaan toteuttaa monella eritavalla, mutta suurin hyöty saadaan yhdistämällä eri menetelmiä. Oppimismenetelmänä on hyvä käyttää aikuiskoulutusmenetelmää. Täydennyskoulutuksen menetelminä käytetään kouluttajan pitämiä luentoja ja pienryhmäkoulutusta, jossa on ongelmalähtöinen lähestymistapa. Lisäksi menetelminä ovat lääketieteellisten lehtien lukeminen, internet, erilaiset verkkokurssit sekä ongelmalähtöinen opiskelu. Täydennyskoulutukset voidaan järjestää myös moniammatillisesti, jolloin keskustelua syntyy eri ammattiryhmien välillä. (Jaatinen ym. 2007, 4134.)

Täydennyskoulutuksen hyvällä suunnittelulla ja toteutuksella pystytään parantamaan koulutuksen vaikuttavuutta. Koulutuksen seurauksena osallistujien toivotaan saavan uusia välineitä työhönsä ja muuttavan työntapojaan. (Tenhula ym. 2008, 284–289.) Täydennyskoulutuksella pyritään myös edistämään työntekijöiden hyvinvointia ja työssä jaksamista (STM 2004, 22).

2.4 Lääkehoidon täydenniskoulutus

Lääkehoidon täydenniskoulutuksella tarkoitetaan suunnitelmallista koulutusta, jonka tarkoituksena on kehittää, ylläpitää ja syventää hoitohenkilöstön lääkehoidon osaamista sekä tukea terveydenhuollon toimintaa (Katajisto ym. 2006 40). Täydenniskoulutus tukee ammattia ja on suunnitelmallista sekä tarvelähtöistä. Koulutus voi olla pitkä- tai lyhytkestoista, mutta tarkoitus on sama eli hoitohenkilökunnan lääkehoidon ammattitaidon ylläpitäminen ja sen lisääminen. (Ojala 2006, 22.)

Laissa määritellään, että terveydenhuollon ammattihenkilön on koulutettava itseään ylläpitääkseen ja kehittääkseen ammattitaitoaan. Hänen on myös perehdyttävä ammatiaan koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan esimerkiksi kunnan, on huolehdittava täydenniskoulutuksen osallistumisesta ja järjestettävä koulutusta keskimäärin 3-10 päivää vuodessa, huomioiden henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja toimenkuva. Kunnan tulisi myös maksaa koulutus, matkat ja päivärahat työntekijälle. (STM 2004, 24 - 25; Mäkinen 2008, 62 - 63.)

Hoitoalalla määräaikaikaiset työntekijät pääsevät heikoiten täydenniskoulutukseen, vaikka heillä sama oikeus koulutukseen kuin muillakin. Rivityöläiset pääsevät esimiehiä huonommin koulutukseen, mutta kunnissa ja kuntayhtymissä koulutukseen pääsee paremmin. Lähihoitajat pääsevät sairaanhoitajia huonommin täydenniskoulutukseen. Koulutukseen pääsyn hankaluus hoitoalalla johtuu melko useasti työvoimapulasta, sillä sijaisia on hankala saada. Monelle terveydenalan ammattilaiselle on epäselvää, että täydenniskoulutus on lakisääteistä ja he eivät osaa vaatia sitä työnantajaltaan. (STM 2004, 24 - 25; Mäkinen 2008, 62 - 63.)

Terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksen tulee olla sisällöltään, laadultaan ja määrältään oikeanlaista. Täydenniskoulutusta on seurattava ja arvioitava. Riittävä lääkehoidon täydenniskoulutus mahdollistaa lääkehoidon turvallisen toteutuksen. (STM 2004, 24 - 25; Mäkinen 2008, 62 - 63.) Ennen lääkehoidon täydenniskoulutukseen osallistumista tulee kartoittaa koulutustarve. Täydenniskoulutuksen tulee vastata sisällöltään sen tarpeita. Koulutuksella voidaan kehittää lähihoitajien lääkehoito osaamista. Lähihoitajien lääkehoidon täydenniskoulutus voi pitää sisällään lääkehoidon perustietojen kertaamista, lääkelaskuja, lääkeruiskeen antamista, lääkehoidon toteuttamista syöttöletkun kautta, vanhushuollon lääkehoidon erityispiirteitä, tavallisimmin käytettyjen lääkkeiden vaikutusmekanismeja, sivu- ja haittavaikutuksia. Koulutuksen sisältö määräytyy työyksikön toiminnan mukaan. (Tokola 2006, 159–160.)

2.5 Hoitohenkilöstön kokemukset lääkehoidon täydennyskoulutuksesta

Lähihoitajien virkojen muuttaminen sairaanhoitajanviroiksi on vähentynyt viime vuosina, sillä lääkehoidon täydennyskoulutus on parantanut lähihoitajien lääkehoidon osaamista. Tämä on näkynyt työyksiköissä hoitajien työtehon parantumisena ja hoitajien motivoitumisena toteuttaa lääkehoitoa. (Wilskman 2007, 6 - 7; Kärkkäinen 2008, 28 – 29.)

Läákehoidon osaamista ja sen kehittämistä on tutkittu, siitä saatujen tulosten mukaan hoitajat ovat koulutukseen pääasiassa tyytyväisiä, mutta lääkehoidon lainsäädäntöä oli toivottu käsiteltävän tarkemmin. Tärkeänä pidettiin myös aseptiikkaa. Siihen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Lääkelaskuharjoituksia hoitajat toivoivat enemmän. Lääkehoidon teoriaa pidettiin tärkeänä, mutta siihen olisi tarvittu enemmän aikaa. Osaamisessa arvostusta sai kliininen farmakologia ja erityisesti tärkeänä pidettiin lääkkeiden käsittelyä. Tutkimuksen palautteesta lääkehoito-osaamisen arvioinnista tuli esille jatkuvan koulutuksen merkitys. (Veräjänkorva, 2007 48–55.)

Hoitajat kokevat, että lääkehoidon täydennyskoulutukseen on sisällytetty liian paljon asiaa, liian pieneen aikaan. Hoitajat toivoisivat lääkehoidon koulutusta lisää jo ammatilliseen koulutukseen. He kokevat etteivät saa koulutuksessa riittävästi tietoa lääkehoidosta. Hoitajat toivoisivat pidempiä täydennyskoulutuksia, yhden päivän koulutus koetaan riittämättömäksi. Monet heistä kouluttavat itseään omalla ajalla. Hoitajat toivovat lisää koulutusta lääkkeiden hallintaan ja potilaan opastukseen ja toteutukseen lääkehoidossa. Hoitajia auttaa lääkehoidon toteutuksessa hyvä itseluottamus. (King 2004, 392–398; Veräjänkorva 2003, 51–57.)

Hoitajien täydennyskoulutus motivaatioon vaikuttaa siihen saadun rahan määrää. Hoitajat toivovat saavansa varoja tai opintovapaata täydennyskoulutukseen huonon palkansa vuoksi. Työnantajan rahoittamat koulutukset motivoivat hoitajia osallistumaan täydennyskoulutuksiin paremmin. Esteenä koetaan olevan myös tiedon puute mahdollisista koulutuksista, sijaisten heikko saatavuus, perheestä johtuvat syyt sekä esimiehen negatiivinen suhtautuminen täydennyskoulutukseen. (Gallagher 2007, 466–473.) Lisäksi hoitohenkilökunta kokee, ettei ajan puutteen vuoksi kykene osallistumaan täydennyskoulutuksiin. Koulutuspäiviä toivotaan olevan enemmän, jotta useampi pystyisi osallistumaan useammin. Esimiehen kanssa tulisi säännöllisesti keskustella omasta ammatillisesta kehityksestä. (Helin-Salmivaara ym. 2008, 2256.) Vuonna 2004 tehdyn tutkimuksen mukaan alle puolet kyselyyn vastanneista osallistuivat työnantajan kustantamaan täydennyskoulutukseen. Syyksi vastanneet ilmoittivat, ettei työnantaja ole tar-

jonnut täydennyskoulutusta, vaikka työnantajalla on lakisääteinen velvollisuus. (Katajisto ym. 2006, 40.)

Tehokkaimmaksi ja toivotuksi koulutusmenetelmäksi on aikaisempien tutkimusten mukaan osoittautunut koulutuksen jaksottaminen sarjoiksi. Potilasesimerkkien käyttöä pidetään täydennyskoulutuksessa tehokkaana keinona lääkekoulutuksessa. Niiden on huomattu aiheuttavan positiivista keskustelua. (Jaatinen ym. 2007, 4134; Veräjänkorva 2003, 51,57.) Hyviä tuloksia täydennyskoulutuksesta on saatu kun oppimismenetelmänä on käytetty toistoa ja kertausta (Tenhula ym. 2008, 288).

3 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta

Suomessa laki ohjaa lääkehoidon toteuttamista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää, että potilaalla on oikeus hyvään kohteluun sekä terveyden- ja sairaanhoitoon. (Veräjänkorva ym. 2006, 46.) Lääkehoidon toteutuksessa erityisen tärkeää on turvallisuus ja huolellisuus. Näillä minimoidaan potilaalle aiheutuvat vahingot. Hoitajan on osattava antaa potilaalle oikea lääke ja neuvoa lääkehoidossa sekä arvioida mahdolliset haittavaikutukset. Useissa tutkimuksissa on todettu hoidosta aiheutuvien haittojen olevan yleisiä ja hoitajien osaamisessa olevan puutteita. (Grandell-Niemi, Hupli, Leino-Kilpi & Puukka 2005 685–694; Kinnunen & Peltomaa 2009, 181; Lääkelaitos 2007, 11 - 12.)

Turvallisen lääkehoidon kehittäminen on tärkeä osa potilasturvallisuuden kehittämistä ja parantamista (O`Shea 1999, 496–504). Hoitotyössä on tärkeää tunnistaa haittavaikutukset, sillä ne voivat heikentää potilaan elämänlaatua tai olla jopa hengenvaarallisia (Hujala & Tiainen 2009, 179). Hoidossa tapahtuvat haittatapahtumat tulee raportoida, sillä ne tarjoavat oppimismahdollisuuden koko yksikölle (Kinnunen 2008,11; Smith 2004, 22–23).

Tutkimusten mukaan hoitotyön kokemus ei vähennä juurikaan haittatapahtumia. Hoitajan lääkehoidon osaamista tulee testata määräjain, sillä tiedon määrällä ja laskutaidoilla parannetaan potilasturvallisuutta. (O`Shea 1999, 496–504.) Lääkehoitoa voidaan toteuttaa turvallisesti, kun henkilöstö ymmärtää sen merkityksen osana hoidon kokonaisuutta (STM 2006, 46 - 47).

Laki velvoittaa myös ammattihenkilökuntaa kouluttautumaan ja työnantajan järjestämään koulutusta sitä tarvitseville (Torppa 2006, 571). Ammatillisen täydennyskoulutuk-

sen tarkoituksena on antaa työntekijälle oppimiskokemuksia, jotka lisäävät ammatillista tietoutta, taitoa ja keinoja tehostaa potilaslähtöistä hoitotyötä. Lääkehoidon täydennyskoulutuksella taataan potilasturvallisuutta, sillä hoitohenkilökunnan osaamisen riittäväällä kehittämisellä estetään vanhentuneen tiedon käyttö potilastyössä. (Gallagher 2007, 466-473.) Täydennyskoulutuksella pyritään myös edistämään työntekijöiden hyvinvointia ja työssä jaksamista (STM 2004, 22).



Kuvio 1 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet sekä tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia lääkehoito-osaamisen kehittämishankkeeseen osallistumisesta sekä sen yhteydessä toteutetusta lääkehoidon täydennyskoulutuksesta ja sen kehittämistarpeista. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lähihoitajien lääkehoidon täydennyskoulutusta ja vaikuttaa välillisesti lähihoitajien toteuttamaan lääkitysturvallisuuteen ja sitä kautta myös potilasturvallisuuteen.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat

1. Miten lähihoitajat kokevat lääkehoidon osaamisen arvioinnin?
2. Millaisia kokemuksia lähihoitajilla on lääkehoidon täydennyskoulutuksesta?
3. Mitkä ovat lähihoitajien lääkehoidon täydennyskoulutuksen kehittämistarpeet?
4. Millaista lääkehoidon täydennyskoulutusta lähihoitajat kokevat tarvitsevänsä?

5 Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytetään määrällistä lähestymistapaa eli kvantitatiivista tutkimusta. Kvantitatiivinen tutkimus voidaan suunnitella sekä ennakoida etukäteen paremmin, kuin kvalitatiivinen. Tutkimuksen vastaukset haluttiin kirjallisesti aineiston analysoinnin helpottamiseksi, siksi kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä osoittautui sopivammaksi. (ks. Hirsijärvi 2008, 188 - 189.) Tähän tutkimukseen soveltui parhaiten tutkimusmenetelmä, jossa on strukturoituja kysymyksiä, sekä muutama avoinkysymys. Näin tutkimuksesta saatiin paras mahdollinen tulos, sillä kohderyhmä (N=21) oli pieni. Sähköisellä kyselyllä anonymiteettisuoja säilyi paremmin. (ks. Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 2006, 44.) Kyselyn avulla voitiin esittää laaja- alaisesti tutkimuksen onnistumisen kannalta olennaisia kysymyksiä (ks. Hirsijärvi 2008, 188 - 189).

Tutkimus aloitettiin keräämällä kirjalista tietoa ja aikaisempia tutkimuksia lähihoitajista ja heidän kokemuksistaan täydennyskoulutuksista sekä heidän lääkehoidon osaamisestaan. Tutkimuksessa ei käytetty valmista mittaria, vaan siihen laadittiin oma mittari, mittamaan lähihoitajien kokemuksia. Mittari perustui kirjallisuuskatsaukseen ja sitä lähdettiin työstämään tutkimusongelmien kautta. Tutkimuksessa haluttiin selvittää myös vastaajien taustatiedot, kuitenkin säilyttäen heidän anonymiteettisuojansa. Mittarissa käytettiin skaaloihin perustuvia kysymystyyppejä, joissa esitettiin 5-portaisesti väittämiä. (ks. Hirsijärvi 2003, 187.) Näillä haluttiin selvittää vastaajien tyytyväisyyttä. Avoimilla kysymyksillä haluttiin tarkentaa vastaajien mielipiteitä lääkehoidon täydennyskoulutuksesta ja kokemuksia lääkehoidon osaamisen arvioimisesta.

Tutkimuksen analyysitapana käytetään selittämiseen pyrkivää lähestymistapaa. Aineistoa analysoidaan tilastoja ja päätelmiä tekemällä Excel 2007 ohjelman avulla. Aineiston analyysi voitiin aloittaa, kun kohderyhmän kyselyyn vastaamisen määräaika oli umpeutunut. (Hirsijärvi 2003, 183.)

5.2 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat erään varsinaissuomalaisen kunnan kansanterveys-työn kuntayhtymän lähihoitajat (N=21). Lähihoitajat osallistuivat Turun ammattikorkeakoulun terveysalan järjestämään lääkehoidon kehittämishankkeeseen, joka sisälsi lääkehoidon osaamisen alku- ja loppumittauksen. Tähän hankkeeseen kuului myös lääkehoidon täydennyskoulutusohjelma, jonka jälkeen osaamisen loppumittaus suoritettiin. Täydennyskoulutuksessa oli lähiopetusta eri lääkehoidon osa-alueista sekä verkkooppimisympäristö. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen oli lähiopetuksen yksi tärkeimmistä osa-alueista, joka sisälsi säädökset, moniammatillisen yhteistyön, hoitajien tehtävät, lääkityspoikkeamat ja vaaratapahtumat sekä turvallisen lääkehoidon varmistamisen. Koulutuksessa käsiteltiin myös kahdessa osassa lääkkeen annostelua ja lääkelaskentaa. Tunneilla annettiin etätehtäviä ja lääkelaskentaharjoitteita. Lisäksi koulutuksessa käsiteltiin lääkehoitoprosessia, lääkehoidon kehittämistä, farmasiaa ja kliinistä farmakologiaa kahdessa eri osassa.

5.3 Aineiston keruu

Aineiston keruu menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin sähköistä kyselylomaketta (LIITE 2), koska näin voitiin taata vastaamisen yksinkertaisuus. Jokaisella vastaajalla oli

tällöin mahdollisuus vastata kyselyyn itselleen sopivana ajankohtana ja palauttaminen sähköisesti oli helpompaa niin tutkijalle kuin tutkimus kohteelle. Kysely pysyi näin myös henkilökohtaisempana ja tutkimuksen luotettavuus säilyi paremmin. (ks. Hirsijärvi ym. 2008, 191.) Tutkijoiden ja tutkittavan suhde jäi etäisiksi.

Kyselyyn vastaajille lähetettiin kyselyn ohessa ohje kyselyyn vastaamisesta, jolla pyrittiin selkeyttämään kyselyyn vastaamista ja parantamaan kyselyn luotettavuutta. Kyselyllä haluttiin vastaajien mielipiteitä lääkehoidon täydennyskoulutuksesta ja kokemuksia lääkehoidon osaamisen arvioimisesta. Sähköisen kyselylomakkeen käyttö helpotti aineiston käsittelyä opinnäytetyössä. Tutkimuskohteeseen lähetettiin kaksi kertaa muistutus kyselyyn vastaamisesta, sillä vastausprosentti jäi pieneksi. (ks. Hirsijärvi 2008, 191.)

5.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä aineisto analyysi tehtiin pääosin aineiston keruun ja järjestelyn jälkeen. Tämän tyyppinen menettely ennen aineiston analysointia soveltui hyvin opinnäytetyöhön, sillä tietoja kerättiin puolistrukturoidusti. Kyselyn suorittamisen ja vastausten saannin jälkeen vastaukset koottiin ja arvioitiin.

Aineisto voidaan analysoida selittävään pyrkivällä lähestymistavalla tai ymmärtämiseen pyrkivällä lähestymistavalla. Tässä opinnäytetyössä käytettiin molempia lähestymistapoja. Strukturoitujen kysymysten vastaukset käsiteltiin selittävään pyrkivällä lähestymistavalla, sillä tulokset analysoitiin tilastollisesti ja niistä tehtiin päätelmiä. (Hirsijärvi 2008, 218 - 219.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistoja voidaan analysoida tietokonepohjaisten analyysimenetelmien avulla. Näitä ovat erilaiset frekvenssit, prosentit ja tilastolliset analyysit. Opinnäytetyön väittämien vastauksia analysoitiin tilastollisesti Excel 2007 ohjelman avulla. Tällä pyrittiin selkeyttämään tuloksien ymmärrettävyyttä. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 2006, 24.)

Avoimet kysymykset analysoitiin kvalitatiivisesti eli laadullisesti. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on saadun aineiston selkeyttäminen ja informaation lisääminen. Opinnäytetyön avoimien kysymyksien vastaukset luettiin ja verrattiin vastauksia toisiinsa sekä tiivistettiin näistä saatu tieto. Opinnäytetyön aineistolähtöisen sisältöanalyysiin tarkoituksena oli pyrkiä pelkistämään saatu aineisto. Tällöin analyysi perustui tutkijoiden omaan tulkintaan ja päättelyyn. Opinnäytetyössä avointen kysymysten vas-

taukset pyrittiin analysoimaan loogisesti ja pelkistetysti. Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimusongelmat. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

6 Tulokset

Taustatiedot

Kysely lähetettiin kaikille mahdollisille vastaajille (N=21), mutta lopullinen määrä jäi kuitenkin hyvin pieneksi, sillä vain 33 % (n=7) vastasi kyselyyn. Kaikkiin kysymyksiin eivät kaikki vastaajat olleet kuitenkaan vastanneet jolloin vastausprosentti oli ajoittain vain 28,5 % (n=6) strukturoiduissa kysymyksissä. Avoimissa kysymyksissä vastausprosentti vaihteli 14 % (n=3) - 28,5 % (n=6) välillä.

Vastanneiden ikä vaihteli 24–58 ikävuoteen. 28,5 % (n=2) vastanneista ei tuonut ilmi ikäänsä. Suurin osa vastaajista oli vakituisia työntekijöitä. Vaihteluväli terveydenhuoltoalalla työskentelyssä 5 vuodesta 31 vuoteen. Kyseisessä yksikössä hoitajat olivat työskennelleet 3-19 vuoteen. 28,5 % (n=2) kyselyyn vastanneista oli aikaisemmin osallistunut lääkehoidon täydennyskoulutukseen. Lääkehoidon osaamisen arviointiin ennen täydennyskoulutusta osallistui kaikki vastanneet. Lääkehoidon osaamisen arviointiin täydennyskoulutuksen jälkeen osallistui vain 43 % (n=3) kyselyyn vastanneista. Yksi kyselyyn vastaajista ei vastannut lainkaan tähän kysymykseen. 43 % (n=3) vastanneista ei osallistunut lääkehoidon täydennyskoulutuksen jälkeiseen osaamisen arviointiin. Tähän syitä saatiin avointen kysymysten vastauksista joista käy ilmi, että lähihoitajat pitivät täydennyskoulutuksen jälkeistä osaamisen arviointia osittain lähihoitajille turhana. Lisäksi osa vastanneista ei päässyt yrityksistä huolimatta ohjelmaan ja osa vastanneista koki, ettei heillä ollut aikaa osallistua tai olivat juuri silloin lomalla.

Lähihoitajien kokemukset lääkehoidon osaamisen arvioinnista

Osaamisen arviointia koskeviin kysymyksiin oli kaikista kyselyyn vastanneista vastannut 85 % (n=6). Avoimilla kysymyksillä vastaajilta kysyttiin kokemuksia lääkehoito-osaamisen arvioinnista sekä kuinka usein ja miten sitä tulisi arvioida. Kaikkia vastauksia ei voida anonyymiteetin säilymisen vuoksi ilmoittaa prosentteina tai määrinä. Lääkehoito-osaamisen arviointia tulisi vastaajien mielestä arvioida keskimäärin 2-5 vuoden välein. Lääkehoito-osaamisen arviointia pidettiin laajana, vaikeana sekä mielenkiintoi-

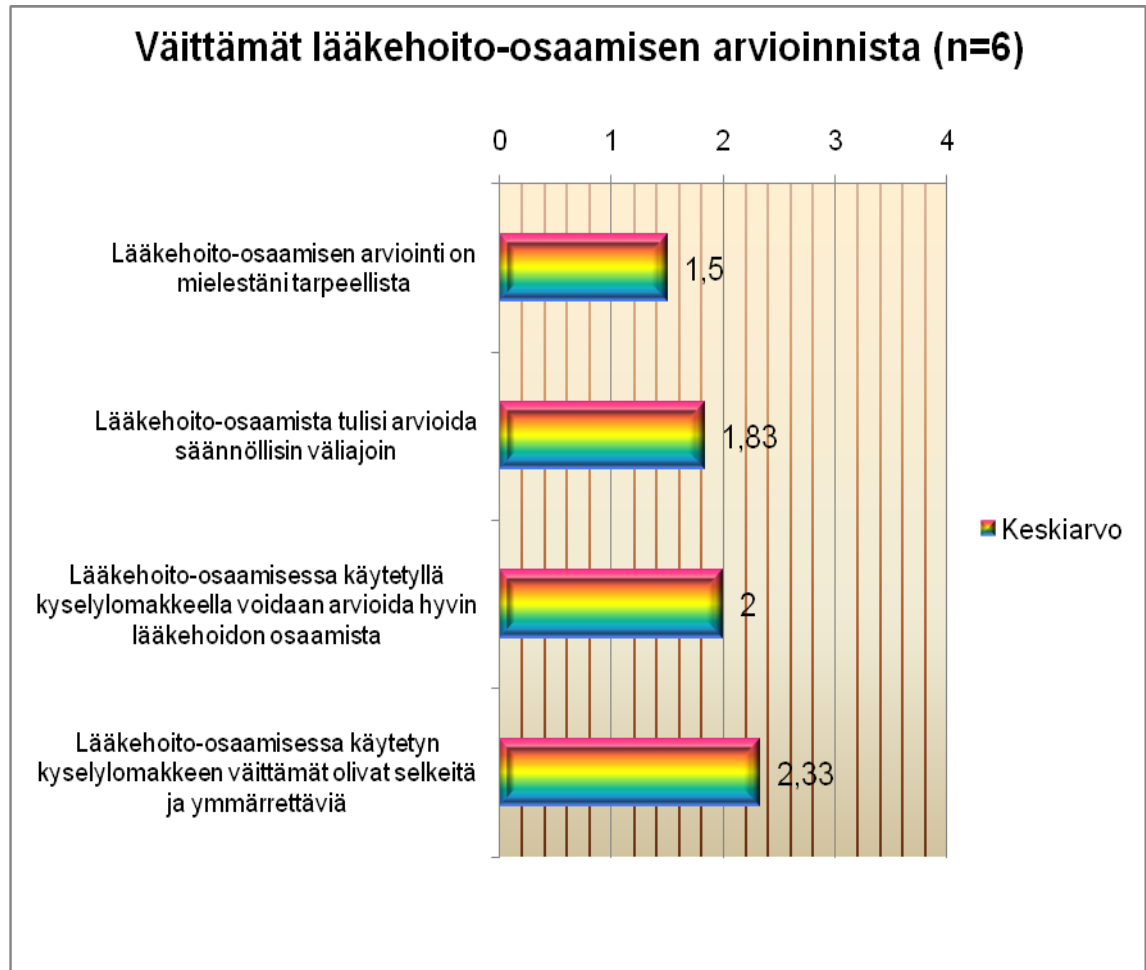
sena osaamisen mittarina. 57 % (n=4) kaikista kyselyyn vastaajista koki lääkehoito-osaamisen arvioinnin kohdistuvan huonosti omaan työnkuvaansa.

”Arvioinnissa paljon sellaista asiaa johon en suoranaisesti osallistu työssäni, vaikka tietoakin olisi.”

43 % (n=3) kaikista vastaajista koki nyt pidetyn lääkehoito-osaamisen arviointitavan olevan hyvä. Kuitenkin kehittämisehdotuksiakin vastaajat olivat esittäneet, joista ilmeni, että osa vastaajista toivoi lääkehoito-osaamisen arviointiin enemmän konkreettisuutta.

”Kirjallinen koe ja lääkkeiden konkreettinen jako”

Strukturoiduilla kysymyksillä haluttiin selvittää lähihoitajien kokemuksia lääkehoidon osaamisen arvioinnista. Lääkehoito - osaamisen arviointi koettiin tarpeelliseksi, 50 % (n=3) vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 50 % (n=3) jokseenkin samaa mieltä. Lääkehoito – osaamista tulisi arvioida säännöllisin väliajoin josta vastaajista 83,5 % (n=5) oli jokseenkin samaa mieltä ja loput 16,5 % (n=1) täysin samaa mieltä. 67 % (n=4) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä että lääkehoito-osaamisessa käytetyllä kyselylomakkeella voitiin arvioida hyvin lääkehoidon osaamista ja 16,5 % (n=1) vastaajista oli täysin samaa mieltä ja toiset 16,5 % (n=1) olivat jokseenkin eri mieltä, että kyselylomake arvioinnilla voidaan arvioida hyvin. Lääkehoito-osaamisessa käytetyn kyselylomakkeen väittämät olivat selkeitä ja ymmärrettäviä, tästä 66,5 % (n=4) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja 33,5 % (n=2) jokseenkin eri mieltä. Keskimäärin lähihoitajat ovat olleet tyytyväisiä lääkehoidon osaamisen arviointiin.



Kuvio 2 Lähihoitajien arvio lääkehoidon osaamisen arvioinnista. 0= en osaa sanoa, 1=täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä.

Opinnäytetyön mittarissa käytettiin väittämiä lääkehoidon osaamisen arviointiin liittyen. Asteikkona käytettiin 5-portaista asteikkoa, jossa vastausvaihtoehdot luokiteltiin seuraavasti: 1=täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä ja 0= en osaa sanoa. Vastausvaihtoehdot pisteytettiin keskiarvon saamiseksi siten, että asteikolla 0-4 jokaisesta vastauksesta yksi sai yhden pisteen, jokaisesta 2 vastauksesta sai kaksi pistettä jne. Keskiarvolla havainnollistettiin lähihoitajien tyytyväisyyttä lääkehoito-osaamisen arviointia koskien. Keskiarvo osoittaa taulukossa. (kuvio 2.) Mitä pienempi keskiarvo on, sitä tyytyväisempiä vastaajat ovat olleet.

Lähihoitajien kokemuksia lääkehoidon täydennyskoulutuksesta

Strukturoidulla kysymyksillä haluttiin selvittää myös lähihoitajien kokemuksia lääkehoidon täydennyskoulutuksen toteuttamisesta. Lääkehoidon täydennyskoulutuksen sisältö oli kattavaa lääkehoitoon liittyvien työtehtävien kannalta, 83,5 % (n=5) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja 16,5 % (n=1) oli jokseenkin eri mieltä. 33 % (n=2) vastaajista oli täysin samaa mieltä, siitä että he saivat lääkehoidon täydennyskoulutuksesta riittävästi tietoa lääkitysturvallisuudesta osana potilasturvallisuutta ja lääkehoidon täydennyskoulutus oli heille tarpeen. 67 % (n=4) tähän väittämään vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä.

Lääkehoidon täydennyskoulutus selkeytti vastaajille lähihoitajien vastuualuetta lääkehoidon osalta, josta 33 % (n=2) vastanneista oli täysin samaa mieltä, 33 % (n=2) jokseenkin samaa mieltä ja 33 % (n=2) jokseenkin eri mieltä. 67 % (n=4) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että saivat lisätietoa lääkehoidon kirjaamista ja riittävästi tietoa turvallisesta lääkkeiden käsittelystä. Loput 33 % (n=2) vastaajista oli täysin samaa mieltä riittävästä tiedon saannista kirjaamiseen ja turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta.

Vastaajista 33 % (n=2) koki saavansa lääkehoidon täydennyskoulutuksesta riittävästi tietoa työyksikössään yleisemmin käytettävistä lääkeaineiden indikaatioista, kontraindikaatioista, haittavaikutuksista ja vaikutustavoista. 33 % (n=2) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja loput 33 % (n=2) oli jokseenkin eri mieltä riittävästä tiedon saannista työyksikkönsä, lääkkeistä ja niiden haittavaikutuksia. 50 % (n=3) vastaajista koki lääkehoidon täydennyskoulutuksen antavan riittävästi tietoa lääkehoidon aseptiikasta, haittatapahtumista ja niiden raportoinnista sekä tietoa, miten toimia lääkityspoiikkeaman sattuessa työyksikössä. Toiset 50 % (n=3) oli jokseenkin samaa mieltä, joten voidaan todeta vastaajien olleen tyytyväisiä tämän osa-alueen käsittelyyn.

67 % (n=4) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että lääkehoidon täydennyskoulutus antoi tietoa moniammatillisen yhteistyön merkityksestä, 16,5 % (n=1) vastanneista oli täysin samaa mieltä ja 16,5 % (n=1) oli jokseenkin eri mieltä täydennyskoulutuksen moniammatillisen yhteistyön käsittelystä. 33 % (n=2) vastaajista koki lääkehoidon täydennyskoulutuksen edistävä lääkelasku taitojaan hyvin. 16,5 % (n=1) tähän väittämään vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä, 33 % (n=2) jokseenkin eri mieltä ja 16,5 % (n=1) ei osannut sanoa. 33 % (n=2) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä

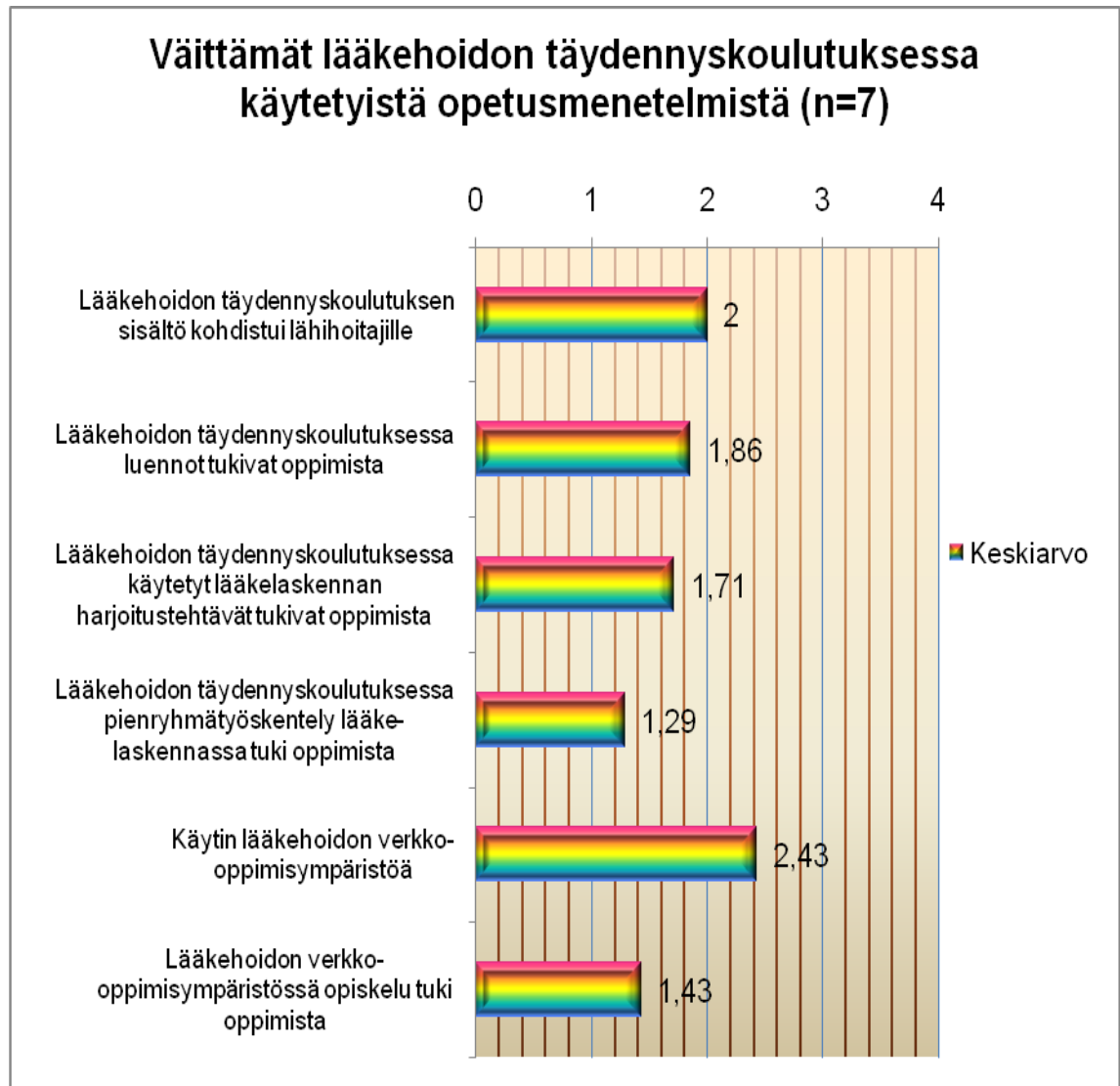
siitä, että lääkehoidon täydennyskoulutusta tulisi järjestää useammin, 33 % (n=2) oli jokseenkin eri mieltä ja loput 33 % (n=2) eivät osanneet sanoa.



Kuvio3 Lähihoitajien arvio lääkehoidon toteuttamisesta 0= en osaa sanoa, 1=täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä.

Lääkehoidon täydennyskoulutuksen toteuttamista koskevien väittämien mittarissa käytettiin samoja vastausvaihtoehtoja, kuin lääkehoidon osaamisen arvioinnissa. Vastausvaihtoehdot luokiteltiin seuraavasti: 1=täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä ja 0= en osaa sanoa. Vastausvaihtoehdot pisteytettiin keskiarvon saamiseksi siten, että asteikolla 0-4 jokaisesta vastauksesta yksi sai yhden pisteen, jokaisesta 2 vastauksesta sai kaksi pistettä jne. Keskiarvolla havainnollistettiin lähihoitajien tyytyväisyyttä lääkehoidon täydennyskoulutukseen. Keskiarvo osoittaa taulukossa. (kuvio 3.) Mitä pienempi keskiarvo on, sitä tyytyväisempiä vastaajat ovat olleet.

Strukturoiduilla kysymyksillä selvitettiin myös lähihoitajien kokemuksista täydennyskoulutuksen opetusmenetelmistä. 72 % (n=5) vastanneista arvioi lääkehoidon täydennyskoulutuksen sisällön kohdistuneen lähihoitajille melko hyvin, 14 % (n=1) mielestä se kohdistui hyvin ja toisen 14 % (n=1) mielestä melko huonosti. Lääkehoidon täydennyskoulutuksessa luennot tukivat oppimista melko hyvin, josta 86 % (n=6) vastaajista oli tätä mieltä, kun taas 14 % (n=1) koki sen tukevan hyvin oppimista. 57 % (n=4) vastaajista koki lääkelaskennan harjoitustehtävien tukevan hyvin oppimista, 14 % (n=1) mielestä melko hyvin ja 29 % (n=2) vastaajista koki sen tukevan melko huonosti. 14 % (n=1) vastanneista koki pienryhmätyöskentelyn tukevan lääkelaskennan oppimista hyvin, 14 % (n=1) melko hyvin, 29 % (n=2) melko huonosti ja 43 % (n=3) vastaajista ei osannut sanoa. Lääkehoidon verkko-oppimisympäristöä käytti 14 % (n=1) melko hyvin, 14 % (n=1) melko huonosti ja 43 % (n=3) erittäin huonosti ja 29 % (n=2) ei osannut sanoa. Lääkehoidon verkko-oppimisympäristössä opiskelu tuki oppimista melko hyvin 14 % (n=1) vastanneiden mielestä, 29 % (n=2) koki sen tukevan erittäin huonosti ja 57 % (n=4) vastanneista ei osannut sanoa mitään.



Kuvio 4 Lähihoitajien arvio lääkehoidon täydennyskoulutuksessa käytetyistä opetusmenetelmistä 0= en osaa sanoa, 1=hyvin, 2=melko hyvin, 3=melko huonosti, 4= erittäin huonosti.

Keskiarvolla havainnollistettiin myös lähihoitajien tyytyväisyyttä lääkehoidon täydennyskoulutuksen opetusmenetelmiin. Vastausvaihtoehdot luokiteltiin seuraavasti: 1=hyvin, 2=melko hyvin, 3=melko huonosti, 4= erittäin huonosti ja 0= en osaa sanoa. Vastausvaihtoehdot pisteytettiin keskiarvon saamiseksi siten, että asteikolla 0-4 jokaisesta vastauksesta yksi sai yhden pisteen, jokaisesta 2 vastauksesta sai kaksi pistettä jne. Kyselyssä ilmenee kolmen viimeisen väittämän kohdalla paljon ”en osaa sanoa” vastauksia, joka vaikuttaa keskiarvoon. Kyselyyn vastaajia on vähän, joten keskiarvo ei ole näissä väittämissä niin luotettava. Keskiarvo osoittaa taulukossa (kuvio 4.) Mitä pienempi keskiarvo on, sitä tyytyväisempiä vastaajat ovat olleet.

Lähihoitajien lääkehoidon täydennyskoulutuksen kehittämistarpeet

Tutkimus lähetettiin 21 lähihoitajalle, joista vain 7 vastasi lähetettyyn kyselyyn. Avointen kysymysten vastausprosentti vaihteli kaikista kyselyyn vastanneista 43 % (n=3) – 85 % (n=6). Opinnäytetyön tulokset ovat vain suuntaa-antavia, sillä kohderyhmä jäi hyvin pieneksi. Syitä vastaajien vähäisyyteen voidaan arvioida johtuvan tutkimuksen ajankohdasta. Tutkimus sijoittui kesälomakautteen jolloin osa mahdollisista vastaajista saattoi olla vuosilomalla. Järjestetystä lääkehoidon täydennyskoulutuksesta oli myös kulunut runsaasti aikaa, joka saattoi heikentää kyselyyn vastaamista. Kohderyhmän pienuus saattaa osittain myös johtua siitä, että osa lähihoitajista koki lääkehoidon täydennyskoulutuksen osittain turhaksi ja paremmin sairaanhoitajille sopivaksi.

Avoimilla kysymyksillä haluttiin selvittää millaista lääkehoidon täydennyskoulutuksen tulisi olla ja miten lähihoitajat haluaisivat kehittää lääkehoidon täydennyskoulutusta. Lisäksi haluttiin selvittää mistä lääkehoidon alueista lähihoitajat haluaisivat tai tarvitsisivat täydennyskoulutusta. 43 % (n=3) kaikista kyselyyn vastanneista lähihoitajista toivoi, että lääkehoidon täydennyskoulutus olisi enemmän lähihoitajan toimenkuvaan liittyvää. 26 % (n=2) vastaajista toivoi enemmän lääkelaskentaa, koulutusta, lääkkeen jakoa ja testausta lääkehoidosta. Sairaanhoitajille ja lähihoitajille toivottiin jatkossa omat täydennyskoulutukset, koska lähihoitajat osallistuvat työyksikössä vain lääkkeen antoon suunkautta.

”Tämä oli ihan hyvä, mutta omaan ammattiin liittyvää. Perus - ja sairaanhoitajille omat.”

Lääkehoidon täydennyskoulutuksen kehittämiseen monikaan lähihoitaja ei osannut sanoa mitään, mutta 29 % (n=2) kyselyyn vastanneista toivoi koulutuksen vastaavan sisällöltään enemmän lähihoitajien ammattia. Kyselyyn vastaajista vain 43 % (n=3) oli vastannut kysymykseen, jossa selvitettiin, mistä lääkehoidon alueista lähihoitajat tarvitsisivat täydennyskoulutusta. Näistä vastauksista ilmenee, että lähihoitajat haluavat enemmän lääkehoidon täydennyskoulutusta omassa työyksikössä käytössä olevista lääkkeistä.

”Kohdentaa paremmin koulutettavaan ammattiryhmään.”

Mittarilla selvitettiin myös täydennyskoulutuksen kehittämistarpeita arvioiden kuinka usein lääkehoidon täydennyskoulutusta tulisi järjestää. Lisäksi mittarilla selvitettiin mikä kokoisissa ryhmissä täydennyskoulutusta tulisi tulevaisuudessa järjestää. Mittarissa oli valmiit vastaus vaihtoehdot.

Lääkehoidon täydennyskoulutusta 57 % (n=4) vastanneista toivoi järjestettävän viiden vuoden välein ja 29 % (n=2) toivoi sitä järjestettävän kahden vuoden välein. Loput vastanneista arvioi, että täydennyskoulutusta tulisi järjestää vuoden välein. Lääkehoidon täydennyskoulutuksen ryhmäkoon tulisi olla luennoilla 6-10 osallistujaa, näin koki 43 % (n=3) vastaajista. Toiset 43 % (n=3) olivat sitä mieltä, että 11–20 osallistujaa olisi sopiva määrä. Loput 14 % (n=1) toivoivat vielä pienempiä ryhmäkokoja. Ryhmäkoolla on kouluttautuvien oppimiseen merkitystä ja tämä tulisi huomioida täydennyskoulutuksia järjestettäessä. Lääkehoidon täydennyskoulutuksen pienryhmätehtävissä 43 % (n=3) vastanneista toivoi 1-2 osallistujaa ja 43 % (n=3) toivoi 3-4 osallistujaa ryhmää kohden. 14 % (n=1) toivoi isompia ryhmiä. Pienryhmä tehtävillä saadaan aikaan keskustelua pienissä ryhmissä ja voidaan tukeutua ryhmän yhteiseen osaamiseen. täydennyskoulutuksen ryhmäkoko luennoilla Tämä täydennyskoulutus koettiin hyväksi ja lähihoitajat toivoivat kyseisen koulutuksen uusimista muutaman vuoden kuluttua.

7 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeintä on mittarin luotettavuus. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineiston keruun suhteen ja toisaalta tulosten luotettavuutena. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 206.) Luotettavassa tutkimuksessa pyritään välttämään ennen kaikkea virheitä (Hirsijärvi 2003, 213). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuteen liittyy reliabiliteetti ja validiteetti (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 207).

Validiteetilla arvioidaan mittaako mittari sitä, mitä halutaan mitata. Keskeistä on tietää mittaavatko opinnäytetyön mittarin kysymykset sitä, mitä on haluttu tutkia. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että opinnäytetyön mittari vastaa esitettyihin tutkimusongelmiin. Opinnäytetyön mittaria laadittaessa pohdittiin tarkoin, että mittari on looginen, toimiva, ymmärrettävä ja tutkittavan helposti käytettävä. Mittarin kysymysten oli rajattava tutkittava käsite sekä eroteltava käsitteistä eri tasoja, jotta saatiin mahdollisimman kattava aineisto. Luotettavuuteen vaikuttaa myös mittarin tarkkuus ja virheiden synty saattaa johtua itse mittarin epätarkkuudesta (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 206–209).

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia eli miten tarkasti mittari mittaa kohdetta. Mittarin reliabiliteettia arvioidessa tarkastellaan mittarin vastaavuutta, sisäistä johdonmukaisuutta ja pysyvyyttä. Mittarin vastaavuudella tarkoitetaan tutkijoiden yksimielisyyttä arvioidessaan mittaria ja tuloksia. Mittarin sisäisellä johdonmukaisuudella tarkoitetaan eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa eri mittarin osilla. Mittarin pysyvyyttä voidaan tarkastella mittaamalla toistettavuutta eri kohderyhmillä. Mittarin luotettavuutta arvioidessa on huomioitava että mittari on herkkä erilaisille ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksille. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 206–209.)

Uudelleen mittauksen ideana on tuottaa sama arvo uudelleen mitattuna siten, että vain satunnaisvirhe voi vaikuttaa tulokseen. Opinnäytetyössä mittarin pysyvyys pystyttäisiin tarkastelemaan mittaamalla sama kohderyhmä uudestaan myöhempänä ajankohtana samalla mittarilla, mutta ei kuitenkaan liian lähellä edellistä mittausta. Tällä estetään vastaajien samanlainen vastaaminen, kuin ensimmäisellä mittauskerralla. Mittarin luotettavuutta voidaan myös tarkastella valikoimalla vastaavanlainen kohderyhmä, jolloin tarkastellaan ja verrataan näiden kahden ryhmän tuloksia toisiinsa. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 206 - 209.)

Ennen tutkimusta kohderyhmälle lähetettiin saatekirje (LIITE 1), jossa ohjeistettiin kyselyyn vastaamiseen. Näin voitiin parantaa tulosten luotettavuutta. Opinnäytetyössä käytetyn kyselyn luotettavuutta kuitenkin heikensi vastaajien kato sekä olivatko tutkittavat ymmärtäneet kysymykset oikein ja miten rehellisesti tutkittavat olivat vastanneet esitettyihin kysymyksiin. (ks. Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 206 - 209.) Lisäksi mittarin tulosten luotettavuutta heikentää väittämän 19 puutteellinen vastausvaihtoehto. Vastausvaihtoehtona väittämiin olivat hyvin, melko hyvin, melko huonosti, erittäin huonosti ja en osaa sanoa. Vastausvaihtoehdon hyvin luotettavuus heikkenee, koska vaihtoehtona olisi pitänyt olla erittäin hyvin. Tällöin tutkijat eivät voi olla niin varmoja, ovatko vastaaja ymmärtäneet vastausvaihtoehdot oikein.

Luotettavuutta arvioidessa voidaan tarkastella myös tutkimuksen yleistettävyyttä. Opinnäytetyössä on vaikea tutkia kaikkia lähihoitajia, jolloin tulosten tavoitteena on saada yleistettäviä päätelmiä. Opinnäytetyön kohderyhmä oli hyvin pieni jolloin tulokset ovat vain suuntaa antavia, eikä näin ollen voida olla täysin varmoja tulosten yleistettävyydestä. Tämä heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuustekijöihin voi myös vaikuttaa tutkittavien kiire työyksikössä, jolloin aikaa vastaamiseen ei ole ollut riittävästä. Lisäksi opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa kysymysten paljous ja ymmärrettävyys sekä niiden järjestys. Mittausajalla ja työntekijän vireystilalla on

myös vaikutusta luotettavuuteen. Luotettavuustekijänä voidaan pitää myös työntekijöiden motivaation puutetta, sillä täydennyskoulutuksesta oli kulunut paljon aikaa. Ympäristötekijöillä on merkitystä opinnäytetyön luotettavuuteen. Ympäristötekijöillä on vaikutusta niin vastaajiin kuin tutkijoihin, luotettavien tulosten saamiseksi on minivoitava erilaiset häiritteijät.

Opinnäytetyön vastausten luotettavuutta heikensi myös mittarin kohta, jossa käsiteltiin lääkehoidon täydennyskoulutuksessa käytettyjä opetusmenetelmiä. Näissä oli havaittavissa eniten hajontaa vastauksissa. Myös ”en osaa sanoa” vastauksia ilmeni tässä väittämien osiossa eniten. Tästä voidaan päätellä, että väittämät eivät ole tavoittaneet täysin vastaajia tai ovat olleet heille liian haastavia. Väittäjä ei juuri antanut tuloksia tutkijoille, joten väittämän uudelleen käyttöä tulee miettiä jatkossa.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Hyvä eettinen tutkimus edellyttää hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimukseen osallistuvilla oli oikeus päättää haluavatko osallistua tutkimukseen ja heidän itsemääräämisoikeutta tuli kunnioittaa. (Hirsijärvi 2008. 23, 25.) Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti ja tutkijan on verrattava tutkimuksen hyötyä ja haittaa (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 2006, 27).

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen osaan: Tutkittavien suojaaminen ja tiedonhankkiminen sekä tutkijan vastuu tulosten soveltamisessa. Opinnäytetyössä tulee noudattaa eettisyyttä tiedon hankinnassa, suunnitellessa tutkimusta ja sen julkistamisessa. Opinnäytetyön tuli noudattaa periaatetta, jossa pyritään tuottamaan arvokasta tietoa tutkijalle, tutkimusyhteisölle ja tutkimuksen kohteelle. Opinnäytetyön eettisyyteen kuului toimeksiantosopimuksen lähettäminen tutkimuskohteeseen ja tutkimusluvan saaminen. Opinnäytetyössä tutkimuslupa kysyttiin ja erillisen sopimuksen mukaan ammattikorkeakoulun hankkeesta vastaava opettaja allekirjoitti tutkimusluvan. Tutkimuslupa opinnäytetyön liitteenä (LIITE 3). (ks. Vehviläinen- Julkunen 2006, 26.)

Tutkimusluvan jälkeen tutkittaville lähetettiin kyselylomake, jossa tutkittaville esitettiin kysymyksiä lääkehoidon täydennyskoulutusta koskien. Ennen tutkimukseen osallistumista tutkittaville kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Tutkittavat saivat vastata heille esitettyihin kysymyksiin anonymisti ja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kyselylomakkeeseen liitettävässä saatekirjeessä ilmoitettiin tutkittaville, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja vastauksia käsitellään anonymisti sekä tutkit-

TURUN AMK:N OPINNÄYTETYÖ | Maija Lavi & Susanna Wikman

tavat voivat keskeyttää tutkimuksen halutessaan. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 2006, 27–28.)

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi yksi kolmasosa, jolloin tutkittavien määrä jäi hyvin pieniksi. Tämän vuoksi opinnäytetyössä oli tarkoin noudatettava anonyymiteettisuoja, ettei vastaajien henkilöllisyys tulisi tutkimuksessa ilmi. Etenkin tuloksia käsiteltäessä tuli tarkoin ottaa huomioon anonyymiteetin säilyttäminen. Vastuu tutkimuksesta on tutkijalla, mutta molemmilla osapuolilla on vastuu tulosten käytöstä. Tutkijalla on vastuu millaista tietoa voidaan käyttää ja julkaista. Yleisenä eettisenä periaatteen on että tutkija raportoi tuloksensa rehellisesti ja avoimesti. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 2006, 27 – 28,31.)

Opinnäytetyössä tutkijan ja tutkittavien suhde jäi etäiseksi ja vuorovaikutusta tutkittaviin ei ollut. Opinnäytetyön tulokset saatiin sähköisessä muodossa jolloin lähikontaktia tutkittaviin ei syntynyt missään tutkimuksen vaiheessa. (ks. Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 2006, 29.)

8 Pohdinta ja johtopäätökset

8.1 Opinnäytetyön tuloksien tarkastelua

Lähihoitajien kokemuksia lääkehoidon täydennyskoulutuksesta on tutkittu vähän, joten suoranaisten lähihoitajiin kohdistuneita tutkimuksia oli vähän löydettävissä. Muun hoitohenkilökunnan, kuten sairaanhoitajien ja lääkärin kokemuksia täydennyskoulutuksesta on kuitenkin tutkittu. Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että lääkehoidon täydennyskoulutus on parantanut hoitajien lääkehoidon osaamista ja näin ollen potilasturvallisuutta. (Gallagher 2007; Veräjänkorva 2003.)

Lähihoitajien kokemukset lääkehoidon osaamisen arvioinnista

Lääkehoito - osaamisen arviointi koettiin tarpeelliseksi ja lähihoitajat pitivät tärkeänä, että osaamista arvioidaan säännöllisin väliajoin. Myös aiemmat tutkimukset osoittavat, että hoitajat kokevat osaamisen arviointia tärkeänä osana ammattitaitoa (Veräjänkorva 2003). Nyt tehdyssä osaamisen arvioinnissa käytettiin kyselylomaketta, joka koettiin melko hyväksi osaamisen mittarina. Suurin osa vastanneista (67 %, n=4) koki kyselylomakkeen väittämien olevan selkeitä ja ymmärrettäviä. Avoimista kysymyksistä käy

kuitenkin ilmi, että jotkut vastanneista ovat kokeneet osaamisen arvioinnin laajaksi ja vaikeaksi sekä enemmän nuorille hoitajille suunnattuna. Voidaan pohtia onko esimerkiksi verkko-oppimisympäristön käytöllä oppimismenetelmänä ja iällä ollut yhteyttä arvioinnin kokemiseen vaikeaksi, sillä vastanneista enemmistö oli yli 50-vuotiaita. Nuoremmat hoitajat saattavat olla kokeneempia verkko-oppimisympäristön käyttäjiä kuin vanhemmat. Aiemmista tutkimuksista käy myös ilmi, että hoitajat kokevat koulutukseen käytettävän liian vähän aikaa. (Veräjänkorva 2003). Kyseiseen lääkehoidon arviointiin lähihoitajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä ja toivovat, että koulutusta järjestettäisiin työpaikalla käytännössä.

Lähihoitajien kokemuksia lääkehoidon täydennyskoulutuksesta

Opinnäytetyön tutkimus tulokset osoittavat, että lääkehoidon täydennyskoulutuksen sisältöä pidettiin kattavana ja tarpeellisena liittyen lähihoitajien omiin työtehtäviin. He kokivat saavansa riittävästi tietoa lääkitysturvallisuudesta osana potilasturvallisuutta. Henkilöstön ymmärtäessä turvallisen lääkehoidon toteutuksen merkityksen osana hoidon kokonaisuutta voidaan taata potilasturvallisuus (STM 2006). Lähihoitajien vastauksissa oli hajontaa kysyttäessä lääkehoidon vastuualueiden selkeytymisestä täydennyskoulutuksessa, mutta pääosin vastaajat olivat saaneet tietoa ja selvyyttä omiin lääkehoidon vastuu alueisiin. Lähihoitajan työssä lääkehoidon toteuttamisen vastuu vaihtelee paikoittain ja monessa työpaikassa suurin vastuu lääkehoidon toteutuksesta kuuluu sairaanhoitajille (Lindroos 2006; Moilanen 2006).

Kirjaamisesta ja turvallisesta lääkkeiden käsittelystä lähihoitajat olivat saaneet mielestään riittävästi tietoa. Hajontaa ilmeni väittämässä, jossa käsiteltiin sitä olivatko lähihoitajat saaneet mielestään riittävästi tietoa työyksikkönsä yleisimmistä käytettävistä lääkeaineiden indikaatiosta, kontraindikaatioista, haittavaikutuksista ja vaikutustavoista. Pääosin vastauksista voidaan kuitenkin tulkita, että vastaajat ovat jokseenkin samaa mieltä siitä, että olivat saaneet tietoa riittävästi. On tärkeää, että hoitaja ymmärtää miksi lääkettä annetaan potilaalle ja osaa näin ollen arvioida lääkkeen vaikuttavuutta sekä huomioida mahdolliset haittavaikutukset. Opinnäytetyön tutkimus tulosten perusteella voidaan myös todeta, että lähihoitajat saivat täydennyskoulutuksesta riittävästi tietoa lääkehoidon aseptiikasta, haittatapahtumista ja niiden raportoinnista sekä siitä, miten toimia lääkityspoikkeaman sattuessa työyksikössä. Haittatapahtumista raportointi on tärkeä osa hoitotyötä. Raportoinnilla voidaan kehittää turvallisen lääkehoidon toteutusta ja oppia välttämään yleisimpiä virheitä. (Kinnunen 2008; Smith 2004.) Aiemmista tutki-

TURUN AMK:N OPINNÄYTETYÖ | Maija Lavi & Susanna Wikman

muksista ilmenee myös, että hoitajat pitävät lääkkeiden käsittelyä ja aseptiikkaa tärkeänä osana lääkehoidon täydennyskoulusta (Veräjänkorva 2007).

Lisäksi vastauksista on tulkittavissa, että hoitajat olivat pääasiassa tyytyväisiä täydennyskoulutuksen moniammatillisuuden käsittelyyn. Hoitotyössä korostuu yhteistyön merkitys osana potilaan kokonaihoitoa. Lääkärin tehtävänä on määrätä lääkkeet ja hoitajan tehtäviin kuuluu lääkehoidon toteutus ja vaikutusten seuranta. Hoitajan tulee raportoida lääkäriä vaikutuksista, jotta potilas saa oikean määrän oikeaa lääkettä vaivaansa. Lääkehoidon turvallisessa toteutuksessa on tärkeää kiinnittää huomiota hoitajan lääkelaskutaitoihin, aseptiikan merkitystä unohtamatta. Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että lääkelaskutaitojen edistyminen täydennyskoulutuksessa koettiin hieman puutteelliseksi, vaikkakin sen koettiin tukevan oppimista. Lääkelaskentaharjoitteiden määrän koettu riittävyys osoittautuu aiemmissakin tutkimuksissa puutteelliseksi. (Veräjänkorva 2007)

Aiempien tutkimustulosten mukaan on voitu osoittaa, että yhdistämällä eri oppimismenetelmiä saadaan paras mahdollinen hyöty. (Jaatinen ym. 2007) Nyt tehdyn tutkimus tulokset osoittaa, että parhaimpia oppimismenetelmiä olivat luennot, sillä ne tukivat oppimista melko hyvin. Vähiten suosiota saivat pienryhmätehtävät sillä ne koettiin hankaliksi arvioida lääkelaskennan oppimisen hyötyä. Täydennyskoulutuksessa oli käytössä myös verkko-oppimisympäristö, jota tutkittavat pitivät myös hankalana. Verkko-oppimismenetelmä on saanut aiemmissa tutkimuksissa suosiota enemmän nuoremmilta. (Jaatinen ym. 2007)

Lähihoitajien lääkehoidon täydennyskoulutuksen kehittämistarpeet

Kuten aiemmatkin tutkimukset osoittavat ovat hoitajat yksimielisiä siitä, että lääkehoidon täydennyskoulutuksia tulisi järjestää säännöllisin väliajoin. (ks. Veräjänkorva 2003; Veräjänkorva 2007) Opinnäytetyön tuloksissa hajontaa ilmeni tuloksissa, jossa tarkasteltiin vastaajien vastauksia väliajan pituudesta. Kyseisen lääkehoidon täydennyskoulutuksen sisällön koettiin kohdistuvan hyvin lähihoitajille ja jatkossakin toivottiin täydennyskoulutusta järjestettävän erikseen sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Lähihoitajat toivovat täydennyskoulutuksen sisällön suuntaamista vielä enemmän lähihoitajille, koska osa vastanneista koki sisällön itselleen liian haastavaksi. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että hoitajat toivovat täydennyskoulutukseen käytettävän ajan pidentämistä ja kou-

lutuskertojen lisäämistä. Tärkeänä pidetään myös koulutuksen kohdistumista oikeisiin koulutustarpeisiin. (Helin-Salmivaara ym. 2008; King 2004; Veräjänkorva 2003.)

Opinnäytetyön tuloksista ilmenee myös lääkelaskentaharjoitteiden olleen hyödyllisiä oppimisen kannalta, vaikka niistä saatu hyöty olikin osittain puutteellista. Jatkossa toivottiin täydennyskoulutuksen sisältävän enemmän lääkelaskentaa, koulutusta, lääkkeen jakoa ja testausta lääkehoidosta. Aiemmista tutkimuksista käy myös ilmi, että hoitajat toivovat lisää koulutusta lääkkeenhallintaa, potilaan opastukseen ja toteutukseen lääkehoidossa. (King 2004; Veräjänkorva 2003.)

Lisäksi opinnäytetyön tuloksista ilmeni hoitajien kehittämis ehdotuksia kysyttäessä, että kirjallisella kokeella ja näytöllä omassa työyksikössä voitaisiin edistää osaamista enemmän. Tehokkaimmaksi koulutusmenetelmäksi on aikaisempien tutkimusten mukaan osoittautunut koulutuksen jaksottaminen sarjoiksi. Aiemmat tutkimukset osoittavat myös hoitajien toiveet täydennyskoulutuksen toteutuksesta omassa työyksikössä. (Jaatinen ym. 2007; Veräjänkorva 2003.) Lähihoitajat haluavat enemmän lääkehoidon täydennyskoulutusta omassa työyksikössä käytössä olevista lääkkeistä. Opinnäytetyön tutkimus tuloksista ilmenee, että tämä täydennyskoulutus koettiin hyväksi ja lähihoitajat toivoivat kyseisen koulutuksen uusimista muutaman vuoden kuluttua.

8.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Lähihoitajat ovat osa hoitohenkilökuntaa ja vastuu lääkehoidon turvallisesta toteuttamisesta kuuluu myös heille. He ovat myös velvollisia osallistumaan lääkehoidon täydennyskoulutuksiin ja näin ollen pystyvät vaikuttamaan potilasturvallisuuteen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kiinnittää huomiota lähihoitajien lääkehoito-osaamisen arvioinnin ja lääkehoidon täydennyskoulutuksen kehittämiseen. Lääkehoito-osaamisen arvioinnin sekä täydennyskoulutuksen kehittämällä on merkittävä osa potilasturvallisuuden säilyttämisessä. Jotta kehittämistutkimuksista saataisiin yleistettäviä tuloksia, ovat lähihoitajat saatava motivoituneiksi täydennyskoulukseen. Ei yksin riitä, että heillä on velvollisuus osallistua vaan täydennyskoulutuksen sisällön tulee olla houkutteleva ja osaamista arvioivan mittarin tulee olla kiinnostava, selkeä ja sopivasti haastava. Osaamisen kartoittamista kyselyn avulla tulee jatkossa pohtia, sillä nyt tehty tutkimus osoittaa, että osa hoitajista koki sen liian haastavaksi.

Läkehoidon täydennyskoulutusta ja hoitajien osaamisen arviointia voidaan kehittää tarkastelemalla aiempia tutkimuksia aiheesta tai tehdä päätelmiä nyt tehdyistä tutkimuksista.

muksista. Opinnäytetyön tuloksien ja aiempien tutkimustulosten perusteella voidaan johtopäätöksenä todetta, että lääkehoidon täydennyskoulusta tulisi järjestää säännöllisin väliajoin ja koulutuskertojen määriä lisätä. Lisäksi voidaan todeta, että lähihoitajat toivovat ja saavat paremman hyödyn täydennyskoulutuksesta, joka on suunnattu pelkästään lähi- ja perushoitajille

Läákehoidon täydennyskoulutuksen tulee olla suunnitelmallista ja kohderyhmälleen suunnattua. Jotta lääkehoidon täydennyskoulutusta voidaan kehittää ja taata potilasturvallisuus, on lääkehoidon osaamista arvioitava säännöllisesti. Koulutuksen avulla pystytään osaamista kehittämään ja näin ollen voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Johtopäätöksenä lähihoitajille suunnatun täydennyskoulutuksen sisällöstä voidaan todeta opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella, että lääkehoidon täydennyskoulutus on riittävän kattava sisällöltään, kun siihen sisältyy monipuolista koulutusta. Monipuolisella koulutuksella tarkoitetaan eri opetusmenetelmien käyttöä. Parhaiten lähihoitajat hyötyivät luennoista ja vähiten hyötyä oli verkko-oppimisympäristöstä sekä pienryhmä tehtävistä. Verkko-oppimisympäristöä tulee jatkossa kehittää, jotta se tavoittaisi koulutautuvan hoitohenkilökunnan paremmin ja siitä saatava hyöty voitaisiin taata paremmin. Pienryhmätehtävien sijaan voisi jatkossa pohtia ryhmän keskustelun käyttöä oppimismenetelmänä ja eri ammattiryhmien luentojen sisältöjen muuttamista keskustelun omaisiksi luennoiksi.

Sisällöllisesti lähihoitajien lääkehoidon täydennyskoulutus on riittävän kattava, mikäli se pitää sisällään lääkehoidon perustietojen kertaamista, lääkelaskuja, lääkeruiskeen antamista, lääkehoidon toteuttamista syöttöletkun kautta, tavallisimmin käytettyjen lääkkeiden vaikutusmekanismeja, sivu- ja haittavaikutuksia. Nyt tehdystä tutkimuksesta voidaan todeta, että lääkelaskuharjoitteita toivotaan edelleen, kuten myös aikaisemmista tutkimuksista on ilmennyt. Lääkelasku harjoitteita voisi järjestää säännöllisin väliajoin työyksiköissä. Lääkelaskuharjoitteiden lisäksi tulisi kiinnittää enemmän huomiota täydennyskoulutuksen sisällön vastaavuudesta hoitajien oman työyksikön käytäntöön.

Nyt tehdyn tutkimuksen kehittämistarpeita ja sen toistettavuutta pohtiessa tulee miettiä tarkoin mittarin uudelleen muokkausta joidenkin kysymysten ja väittämien kohdalla. Tarkennuksella ja yksinkertaistamisella voitaisiin saada parempi vastausprosentti ja kattavammat vastaukset. Lähihoitajien lääkehoito-osaamista ja kokemuksia lääkehoidon täydennyskoulutuksista on tutkittu vähän, joka ilmeni myös tätä tutkimusta tehdessä. Jatkossa olisi tärkeää kiinnittää enemmän huomiota myös lähihoitajien lääkehoito-osaamiseen ja lääkehoidon täydennyskoulutuksesta saatuihin kokemuksiin. Näin ollen

voitaisiin täydennyskoulutuksia suunnata paremmin lähihoitajia kiinnostaviksi ja kehittäviksi, sillä lähihoitajat ovat tärkeä osa turvallisen lääkehoidon toteuttajina.

LÄHTEET

- Deans, C. 2005. Medication errors and professional practice of registered nurses. *Collegian*. 12(1), 29–33
- Gallagher, L. 2006. Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today*, 27 (2007), 466–473
- Grandell-Niemi, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2005. Finnish nurses' and nursing students' pharmacological skills. *Journal of Clinical Nursing* 14 (6), 685-694.
- Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2003 Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2008 Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Helin-Salmivaara, A., Kajantie, M., Vänskä, J. Patja, K., Anttila, U., Halila, H. & Turunen, J.P. 2008. Täydenniskoulutuksen määrä ja sen koettu riittävyys. *Suomen Lääkärilehti* 63 (24), 2253-2256.
- Helovuori, A. & Kinnunen, M. 2009. Vältä, havaitse ja hallitse virheitä. *Sairaanhoitaja* 82 (5), 14–16.
- Hujala, N. & Tiainen, A-M. 2009. Lääkehoito lähihoitajan työssä. Helsinki: Edita
- Jaatinen, P., Saxen, U. & Aho, P. 2007. Täydenniskoulutuksen toteuttaminen – ei ihan yksinkertainen asia. *Suomen lääkäri-lehti* 62 (44), 4133–4136.
- Kasara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY
- Katajisto, M., Kinnunen, T., Koivuniemi, M., Koskinen, K., Leiqvist, R., Mironen, A., Parviainen K., Pirttijärvi, M., Tuomi, T., Vehovaara, R. & Väli-Heikkilä, R. 2006. Lähihoitaja - vahvuutena monialaisuus. JHL:n opas työpaikoille.
- King, R. 2004. Nurses' perceptions of their pharmacology educational needs. *Journal of Advanced Nursing* 45 (4) 392–398
- Kinnunen, M. 2008. Potilasturvallisuus alkaa asenteista ja halusta. *Sairaanhoitaja* 81 (8), 10–13.
- Kinnunen, M & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 181
- Kinnunen, M., Ruuhilehto, K. & Keistinen, T. Turvallisuus paranee raportoimalla. *Sairaanhoitaja* 82 (6-7), 2009.14, 16.
- Kärkkäinen, O. 2008 HUS kehittää hoitajien työnjakoa. *Super* 55 (5), 28–29.
- Lehtonen, L. & Pahlman, I. 2007. Terveysturvallisuuden lainsäädäntö. Lakikokoelmat. Helsinki; Edita Prima Oy.
- Lindroos, L. 2006 Lääkehoidon toteutuksessa selkeät ohjeet. *Super* 53 (3), 6-7.
- Läakelaitos 2007 Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta. [viitattu 27.11.2008]
http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/maaraykset_M7_2007_sairaala_apteekin_ja_laakekeskuksen_toiminta.pdf 11–12

- Moilanen, R. 2006 Lääkehoito on perus ja lähihoitajan työtä. Super. 53 (6-7), 10.
- Mäkinen, T. 2008 Täydennyskoulutus on oikeus. Tehy. 15 (11), 62–63.
- Ndosi, M.E. & Newell, R. 2009. Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. Journal of Clinical Nursing 18 (4), 570-580.
- Ojala, U. 2006 Täydennyskoulutus ontuu. Tehy. 25 (1), 22.
- O`Shea, E. 1999. Factors contributing to medication errors: a literature review. Journal of Clinical Nursing 8 (5) 496–504.
- Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Rantanen, S. 2004. Lähihoitajien urakehitys, koulutus ja ammatillinen osaaminen. Tutkimus vuosina 1995–2003 valmistuneista lähihoitajista.16, 24–25 [viitattu 28.9.2009]
<http://62.183.188.130/staura/ATT00018.pdf>
- Smith, J. 2004. Building a safer NHS for patients: Improving medication safety. A report by the Chief Pharmaceutical Officer Department of health. NHS, 22-23.
- Snellman, E., 2009. Potilas turvallisuus Suomessa. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. 37–38
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2003. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteita toimintaohjelma TATO 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003. [viitattu 21.9.2009]
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3646.pdf&title=TATO_2000_2003__seurantajulkaisu.fi.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. [viitattu 27.11.2008]
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/02/pr1076941420387/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkeshoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. [viitattu 10.11.2008]
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/02/pr1139565646410/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus [STAKES] ja lääkeshoidon kehittämiskeskus [ROHTO] 2006. Potilas- ja lääkeshoidon turvallisuussanasto. [viitattu 13.11.2008]
<http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>
- Suominen, R. 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon lääkehoito. Lääketietokeskus. [viitattu 30.9.09] http://www.laaketietokeskus.fi/page.php?page_id=299#top
- Tenhula, T., Autti, T., & Helin-Salmivaara, A. Vaikuttavuutta lääkärin ammatilliseen täydennyskoulutukseen 2008. Duodecim 124 (3), 284–289
- Tokola, E. 2009. Lääkehoito kotona - opas lähihoitajille. Hygieia. Helsinki: Tammi.
- Torppa, M. 2006 Perusterveydenhuollon täydennyskoulutuksen kehittäminen Espoossa. Duodecim. 122 (5) 571–577.
- Tuomi, J. & Sarajärvi. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Veräjänkorva, O. 2003. Projektityöskentely hoitotyöntekijöiden lääkeshoidon osaamisen kehittämisessä. Turun ammattikorkeakoulun, Turun yliopiston ja terveystieteen työlämän yhteistyöhank-

keen loppuraportti. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 16. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 56–60.

Veräjänkova, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Porvoo: WSOY

Veräjänkova, O. 2007. Lääkitysturvallisuuden lisääminen perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön osaamista kehittämällä. Teoksessa Tutkien terveyttä 2007. Lind, K., Saarikoski, M. & Koivuniemi, S. (toim.) Turun Ammattikorkeakoulun raportteja 64. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.

Veräjänkova, O., Palta, H. & Erkkö, P. 2008. Tavoitteena turvallinen lääkehoito. Sairaanhoitaja 2008/2 [viitattu 21.10.2009]
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/2_2008/ajankohtaiskirjoitus/tavoitteena_turvallinen_laakehoi/

Wiskman, K. 2007 Turvallinen lääkehoito myös lomakaudella. Sairaanhoitaja 80 (6-7), 6-7.

World Health Organization [WHO] 2008. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. The research priority setting working group of the world alliance for patient safety. [viitattu 27.9.2009]
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf

HYVÄ LÄHI – TAI PERUSHOITAJA

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Turun Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyön osana terveystieteiden tutkimuskeskuksessa toteutettua lääkehoito kehittämishanketta. Opinnäytetyössä selvitämme lähi- ja perushoitajien kokemuksia kehittämishankkeeseen osallistumisesta sekä sen yhteydessä toteutetusta lääkehoidon täydennyskoulutuksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lähi- ja perushoitajien lääkehoidon täydennyskoulutusta ja vaikuttaa siten välillisesti lääketys- ja potilasturvallisuuteen. Opinnäytetyö valmistuu lokakuussa 2009.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaaminen on vapaaehtoista. Pyydämme ystävällisesti Teitä vastaamaan kyselyymme 29.5.2009 mennessä. Toivomme, että vastaat kaikkiin kysymyksiin. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10 - 20 minuuttia.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja raportoinnissa huolehditaan anonymiteetin säilymisestä. Mikäli teille tulee jotakin kysyttävää tai teillä on ongelmia vastaamisessa, voitte ottaa yhteyttä.

Kiitämme jo etukäteen vastauksestanne!

Sairaanhoitajaopiskelija

Sairaanhoitajaopiskelija

Maija Lavi

Susanna Wikman

Maija.Lavi@students.turkuamk.fi

Susanna.Wikman@students.turkuamk.fi

Puh. xxx xxx xxxx

Puh. xxx xxx xxxx

Opinnäytetyön ohjaaja on

Lehtori Virpi Sulosaari Turun AMK:sta

(Virpi.Sulosaari@turkuamk.fi, Puh. xxx xxx xxxx)

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Tässä kyselyssä selvitetään hoitohenkilökunnan kokemuksia Turun ammattikorkeakoulun kanssa 2008-2009 toteutetusta lääkehoito-osaamisen kehittämishankkeesta, joka sisälsi osallistujien lääkehoito-osaamisen arvioimisen ja täydennyskoulutuksen. Kyselyn tuloksia käytetään lääkehoidon täydennyskoulutuksen ja lääkehoito-osaamisen varmentamisen menetelmien kehittämisessä. Jokainen vastaus on tärkeä. Vastaamiseen menee aikaa noin 15 minuuttia.

1. Ikäsi _____

2. Työsuhteesi

- Vakituinen
 Sijainen

3. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt terveydenhoitoalalla?

4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt nykyisessä työssäsi?

5. Oletko aikaisemmin osallistunut lääkehoidon täydennyskoulutukseen?

- Kyllä
 Ei

6. Jos vastasit edelliseen kyllä, montako kertaa olet aikaisemmin ollut täydennyskoulutuksessa?

- 1-2kertaa
 3-4kertaa
 yli 5kertaa
 Jokin muu, mikä _____

7. Osallistuitko lääkehoito-osaamisen arviointiin ennen täydennyskoulutusta?

- Kyllä
 En

8. Osallistuitko lääkehoito-osaamisen arviointiin täydennyskoulutuksen jälkeen?

- Kyllä
 En

9. Jos et osallistunut täydennyskoulutuksen jälkeiseen lääkehoito-osaamisen arviointiin, niin miksi et?

10. Seuraavassa on väittämiä lääkehoito-osaamisen arviointiin liittyen

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Lääkehoito-osaamisen arviointi on mielestäni tarpeellista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkehoito-osaamista tulisi arvioida säännöllisin väliajoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkehoito-osaamisessa käytetyllä kyselylomakkeella voidaan arvioida hyvin lääkehoidon osaamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkehoito-osaamisessa käytetyn kyselylomakkeen väittämät olivat selkeitä ja ymmärrettäviä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Miten koit lääkehoito-osaamisen arvioimisen?

12. Kuinka usein lääkehoito-osaamista mielestäsi tulisi arvioida?

13. Miten lääkehoidon osaamista tulisi mielestäsi arvioida? (esim. muulla tavalla kuin nyt toteutettuna)

14. Seuraavassa on väittämiä lääkehoidon täydennyskoulutuksen toteuttamisesta

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Lääkehoidon täydennyskoulutuksen sisältö oli kattavaa lääkehoitoon liittyvien työntekävieni kannalta	()	()	()	()	()
Lääkehoidon täydennyskoulutus oli minulle tarpeen	()	()	()	()	()
Sain lääkehoidon täydennyskoulutuksessa riittävästi tietoa lääkitysturvallisuudesta osana potilasturvallisuutta	()	()	()	()	()

- Lääkehoidon täydennyskoulutus selkeytti minulle lähi- ja perushoitajan vastuualuetta lääkehoidon osalta () () () () ()
- Lääkehoidon täydennyskoulutus antoi lisätietoa lääkehoidon kirjaamisesta () () () () ()
- Lääkehoidon täydennyskoulutus antoi riittävästi tietoa turvallisesta lääkkeiden käsittelystä () () () () ()
- Lääkehoidon täydennyskoulutus antoi tietoa työyksikössä yleisemmin käytettävistä lääkeaineiden indikaatioista, kontraindikaatioista, haittavaikutuksista ja vaikutustavoista () () () () ()
- Lääkehoidon täydennyskoulutus antoi riittävästi tietoa aseptiikasta lääkehoitoon liittyen () () () () ()
- Sain riittävästi tietoa lääkehoitoon liittyvistä haittapähtumistä ja niiden raportoinnista () () () () ()
- Lääkehoidon täydennyskoulutus antoi tietoa miten toimia lääkityspoikkeaman sattuessa työyksikössä () () () () ()
- Lääkehoidon täydennyskoulutus antoi tietoa moniammatillisesta yhteistyön merkityksestä lääkehoidossa () () () () ()
- Lääkehoidon täydennyskoulutus edisti hyvin lääkelaskutaitojani () () () () ()
- Lääkehoidon täydennyskoulutusta tulisi järjestää useammin () () () () ()

15. Millaista lääkehoidon täydennyskoulutuksen mielestäsi tulisi olla?

16. Kuinka usein lääkehoidon täydennyskoulutusta mielestäsi tulisi järjestää?

- vuosittain
 kahden vuoden välein
 viiden vuoden välein
 ei ollenkaan
 Muu, miten usein _____

17. Lääkehoidon täydennyskoulutuksen ryhmäkoko luennoilla tulisi mielestäsi olla

- 1-5 osallistujaa
 6-10 osallistujaa
 11-20 osallistujaa
 enemmän kuin 20 osallistujaa

18. Lääkehoidon täydennyskoulutuksen ryhmäkoko tulisi pienryhmätehtävissä mielestäsi olla

- 1-2 osallistujaa
 3-4 osallistujaa
 5-6 osallistujaa
 enemmän kuin 6 osallistujaa

19. Seuraavassa on väittämiä lääkehoidon täydennyskoulutuksessa käytettyistä opetusmenetelmistä

	Hyvin	Melko hyvin	Melko huonosti	Erittäin huonosti	En osaa sanoa
Lääkehoidon täydennyskoulutuksen sisältö kohdistui lähihoitajille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkehoidon täydennyskoulutuksessa luennot tukivat oppimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lääkehoidon täydennyskoulutuksessa käy-
tyt lääkelaskennan harjoitustehtävät tukivat () () () () ()
oppimista

Lääkehoidon täydennyskoulutuksessa pien-
ryhmätyöskentely lääke-laskennassa tuki op- () () () () ()
pimista

Käytin lääkehoidon verkko-oppimisympäristöä () () () () ()

Lääkehoidon verkko-oppimisympäristössä () () () () ()
opiskelu tuki oppimista

20. Miten lääkehoidon täydennyskoulutusta tulisi mielestäsi kehittää?

21. Mistä lääkehoidon alueista tarvitset/haluat täydennyskoulutusta?



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Sopijaosapuolet:

Toimeksiantajan nimi _____

Toimeksiantajan osoite _____

Yhteyshenkilö/asema _____ / Johtava hoitaja

Yhteystiedot puh. _____ e-mail _____

Opiskelija: _____ Maija Lavi & Susanna Wikman

Yhteystiedot puh. _____ / Maija / Susanna e-mail _____ Maija.lavi@students.turkuamk.fi
Susanna.wikman@students.turkuamk.fi

Osoite _____ Maija: _____
Susanna: _____

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa:

Opinnäytetyön aihe: _____
Lähi- ja perushoitajien lääkehoidon täydennyskoulutuksen ko-
kemukset ja sen kehittämistarpeet

Alkamisajankohta: 1.09.2008 Työ on valmis 19.10.2009

Muuta: _____

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa lähi- ja perushoitajien
kokemuksia kehittämishankkeeseen osallistumisesta sekä sen yh-
teydessä toteutusta lääkehoidon täydennyskoulutuksesta ja sen ke-
hittämistarpeista. Tavoitteena on kehittää lähi- ja perushoi-
tajien lääkehoidon täydennyskoulutusta.

Opinnäytetyön ohjaajana Turun AMK:ssa toimii _____ Virpi Sulosaari
Puh. _____

Päiväys ja allekirjoitukset: _____ ERILLINEN SOPIMUS
4.5.2009 _____
Päiväys Toimeksiantajan edustaja

Opiskelija