

Katri Ronkainen, Sari Tiikkaja-Remes

HOITAJIEN LÄÄKEHOIDON OSAAMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Kyselytutkimus

HOITAJIEN LÄÄKEHOIDON OSAAMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Kyselytutkimus

Katri Ronkainen, Sari Tiikkaja-Remes
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Hoitotyö
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, Psykiatria

Tekijät: Katri Ronkainen, Sari Tiikkaja-Remes

Opinnäytetyön nimi: Hoitajien lääkehoidon osaaminen psykiatrisessa hoitotyössä

Työn ohjaaja: Satu Hakala, Markus Karttunen

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2016

Sivumäärä: 61 + 11 liitesivua

Oikein toteutettu, turvallinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on oleellinen osa hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta. Lääkehoitoa toteuttavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee hallita lääkehoidon teoria, osata toteuttaa lääkehoitoa käytännössä ja tehdä vaikuttavia päätöksiä. Lääkehoidon toteuttaminen vaatii lääkehoidon lupaa, jonka saa suorittamalla yksikkökohtaisen lääkehoidon osaamisen varmistamisen kokeen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää psykiatrista hoitotyötä tekevien nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden (esim. lähihoitajat) ja laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden (esim. sairaanhoitajat, kättilöt ja terveydenhoitajat) lääkehoidon teoreettista ja käytännön osaamista heidän itsensä kuvaamana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen osastoilla. Lisäksi selvitettiin, miten hoitajat kokevat lääkehoidon osaamisen varmistamisen kokeiden vaikuttavan omaan osaamiseensa ja millaisia lääkehoidon toteutuksen ja kehittämisen tarpeita hoitajat esittävät osastollaan olevan. Tutkimus tehtiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen tulosalueen tilauksesta. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla web-pohjaisella kyselylomakkeella. Tutkimuksen vastausprosentti oli 31 (N=102). Tuloksia analysoitiin sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisella sisältöanalyysillä.

Tutkimuksen perusteella psykiatristen hoitajien lääkehoidon osaaminen on heidän itsensä arvioimana pääosin hyvää. Lääkehoidon teoriaosaamisen heikoimmaksi osa-alueeksi hoitajat arvioivat farmakologian ja osastolla käytettävien lääkkeiden kontraindikaatioiden tuntemisen. Lääkehoidon käytännön osaamisen alueelta heikoimmaksi hoitajat kokivat laskimonsisäisen lääkehoidon osaamisensa. Kyselyyn vastanneet hoitajat suhtautuivat enimmäkseen hyvin myönteisesti lääkehoidon osaamisen varmistamisen käytäntöön, mutta esiin nousi myös toiveita siitä, että varmistamiskäytäntöä kehitettäisiin paremmin psykiatriseen lääkehoitoon sopivaksi. Hoitajien mielestä osaamisen varmistaminen lisää lääkehoidon osaamista ja varmuutta ja on arvokasta kertausta. Toisaalta pieni joukko hoitajia suhtautui osaamisen varmistamiseen kriittisesti tai jopa kielteisesti. Myös täydennyskoulutusta toivottaisiin työnantajalta enemmän.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että psykiatriset hoitajat arvostavat lääkehoidon osaamista ja haluavat ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan. Identiteetti nimenomaan psykiatrisena hoitajana on kuitenkin vahva, eivätkä kaikki hoitajat näe tarvetta samankaltaiseen lääkehoidon osaamiseen kuin somaattisten sairauksien hoitotyössä vaaditaan.

Asiasanat: lääkehoito, lääkehoito-osaaminen, lääkehoidon osaamisen varmistaminen, psykiatrisen hoitotyö, sairaanhoitaja, lähihoitaja

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme of Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author(s): Katri Ronkainen, Sari Tiikkaja-Remes

Title of thesis: Nursing competence in medical treatment within psychiatric health care

Supervisor(s): Satu Hakala, Markus Karttunen

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016 Number of pages: 61 + 11 pages
of appendices

Safe, appropriate and evidence based medication is an essential part of the quality of health care. Nurses are in central part in medical administration. Medication competence requires both theoretical knowledge and practical skills. Systematic verification process for medication competence is a common practice in Finland that aims to improve nurses' medication competence and patient safety.

The need for this thesis came up from a co-operation with the psychiatric division of Northern Ostrobothnia Hospital District. The aim of the thesis was to describe how psychiatric nurses estimate their own medication competence and what kind of challenges they have in medical treatment. Another aim was to find out whether the nurses consider the verification process of medication competence useful in terms of their medication skills and how would they improve the safety and quality of medication practices in their own working environment.

The study was carried out by web-survey. Totally 102 primary and registered nurses took part in the survey. The number of responses can be considered reliable. The data was analysed in both quantitative and qualitative methods.

According to the results, the nurses consider their medication competency quite good. However, they have challenges in pharmacology and in intravenous medication. Psychiatric nurses have in general quite positive attitudes toward verification process of medication competence although many of them wish that it would be better targeted for their own professional area. Majority of the nurses find the verification process useful and think that it helps them to maintain and further develop their medication skills. There was however a rather small group of nurses with critical and even oppose attitude towards the verification process. Some of the nurses also wish more education in medication from their employer.

As a conclusion, psychiatric nurses have ethical attitude towards medication competence and medication quality and safety. They are also keen to preserve and improve their professional skills. However, many of them identify themselves first of all as psychiatric nurses and wish more attention to be paid for their own specific medication competence also in the verification process.

Keywords: medical treatment, competence, verification of medication competence, psychiatric nursing, registered nurse, primary nurse

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	LÄÄKEHOITO HOITOTYÖSSÄ	9
2.1	Turvallinen lääkehoito hoitotyön tehtävänä.....	9
2.2	Lääkehoidon osaaminen.....	10
2.2.1	Lääkehoidon teoreettinen osaaminen.....	10
2.2.2	Lääkehoidon kliininen ja päätöksenteko-osaaminen	12
2.3	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen.....	16
3	LÄÄKEHOIDON ERITYISPIIRTEITÄ PSYKIATRISISSA SAIRAALAHOIDOSSA.....	18
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
5.1	Tutkimusmetodologia	23
5.2	Kyselylomakkeen kehittäminen.....	23
5.3	Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu	24
5.4	Aineiston analysointi	25
5.4.1	Kvantitatiivinen analyysi.....	25
5.4.2	Kvalitatiivinen analyysi.....	25
6	TUTKIMUSTULOKSET	27
6.1	Taustatiedot	27
6.2	Lääkehoidon toteutus osastoilla.....	28
6.2.1	Lääkkeiden jakaminen.....	28
6.2.2	Lääkehoidon toteutusympäristö.....	29
6.2.3	Lääkemääräysten toteuttaminen	30
6.3	Lääkehoidon teoriaosaaminen	30
6.3.1	Lääkehoidon perustiedot	30
6.3.2	Farmakologia	31
6.3.3	Tiedonhaku	32
6.4	Lääkehoidon kliininen osaaminen.....	33
6.4.1	Lääkkeenantomuodot	34
6.4.2	Lääkehoidon vaativuus	36
6.4.3	Lääkehoidon prosessi.....	37
6.5	Täydennyskoulutuksen tarve	38
6.6	Lääkehoidon päätöksenteon osaaminen	40

6.7	Lääkehoidon turvallisuuden edistäminen	41
6.8	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen.....	43
7	POHDINTA.....	46
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	46
7.1.1	Lääkehoidon toteutus osastoilla	46
7.1.2	Lääkehoidon teoreettinen osaaminen.....	47
7.1.3	Lääkehoidon kliininen ja päätöksenteko-osaaminen	48
7.1.4	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen	49
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	51
7.2.1	Kvantitatiivinen luotettavuus	51
7.2.2	Kvalitatiivinen luotettavuus	52
7.3	Tutkimuksen eettisyys.....	52
7.4	Tutkimusprosessi ja työn merkitys	53
	LÄHTEET.....	56
	LIITE 1 SAATEKIRJE	62
	LIITE 2 WEBROPOL -KYSELY	63

1 JOHDANTO

Lain mukaan potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 758/1992 2:3§). Terveysturvallisuuden mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua sekä perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Terveysturvallisuuslaki 1326/2010 1:8§). Oikein toteutettu, turvallinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on oleellinen osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan kokemusta hoitonsa laadusta (Varhila 2016).

Lääkehoidon osaamisella on potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kannalta suuri merkitys, sillä esimerkiksi Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan noin puolet potilasturvallisuutta vaarantavista tilanteista liittyy lääkkeisiin tai lääkitysprosessiin (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius 2011). Lääkityspoitteamia tapahtuu jopa joka viidennessä lääkehoitotapahtumassa, joskin vakavat virheet ovat harvinaisia (Härkänen 2014). Lääkehoito tulee koko ajan myös vaativammaksi, sillä nykyisin hoidetaan yhä huonokuntoisempia ja monisairaampia potilaita. Lisäksi markkinoille tulee jatkuvasti uusia lääkkeitä, mikä tuo uusia haasteita myös hoitajien lääkehoidon osaamiseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 13.)

Terveysturvallisuuden ammattihenkilöiden lääkehoidon osaamista kartoittaneissa suomalaistutkimuksissa on havaittu puutteita mm. lääkelaskutaidoissa (Grandell-Niemi, Hupli, Puukka & Leino-Kilpi 2006) ja farmakologian ja farmasian osaamisessa (Grandell-Niemi, Hupli, Leino-Kilpi & Puukka 2003, Grandell-Niemi, Hupli, Leino-Kilpi & Puukka 2005). Aikaisempien sairaanhoitajia koskeneiden tutkimusten mukaan hoitajat myös kokevat lääkehoidon osaamisessaan kehittämisen tarpeita (Lotvonen 2012, Luokkamäki 2015).

Lääkehoidon turvallisuutta parantaakseen Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2006 oppaan ”Turvallinen lääkehoito – Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa”. Oppaassa annettiin valtakunnallinen ohjeistus lääkehoidon osaamisen vaatimuksista, täydennyskoulutuksesta ja osaamisen varmistamisesta. Oppaan mukaan kaikkien lääkehoitoa toteuttavien laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden on säännöllisin väliajoin osoitettava osaamisensa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46-48.) Ohjeistus nojaa lainsäädäntöön, jonka mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan ja työnantajan taas tulee luoda edellytykset henkilöstön tarvittavaan

täydennyskoulutukseen osallistumiselle (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 3:18§).

Vuoden 2016 alussa Sosiaali- ja terveysministeriön opas korvattiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisulla ”Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa” (Varhila 2016). Henkilöstön riittävän osaamisen varmistamisen lisäksi uudessa oppaassa korostuu toiminta- ja työyksikkökohtaisen lääkehoitosuunnitelman tärkeys turvallisen lääkehoidon perustana (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 12). Tämän ohjeistuksen taustalla on terveydenhuoltolaki, jonka mukaan jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:8§).

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden (esim. lähihoitajat) sekä laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden (esim. sairaanhoitajat, kättilöt ja terveydenhoitajat) lääkehoidon teoreettista ja käytännön osaamista heidän itsensä kuvaamana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian osastoilla. Opinnäytetyössä termiä ”hoitaja” käytetään kuvaamaan sekä nimikesuojattuja että laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Opinnäytetyössä selvitettiin myös, miten hoitajat kokevat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella tietyin määräajoin annettavien pakollisten lääkehoidon osaamisen varmistamisen kokeiden vaikuttavan omaan osaamiseensa ja millaisia lääkehoidon toteutuksen ja kehittämisen tarpeita hoitajat esittävät osastollaan olevan. Kysely suunnattiin Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalueella työskenteleville hoitajille. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella lääkehoidon osaamisen varmistaminen on ollut käytössä Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaisesti vuodesta 2006 (Sneck 2016). Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä linjauksen mukaan kaikkien lääkehoitoa toteuttavien hoitajien on suoritettava lääkehoidon lupa kolmen kuukauden sisällä työsuhteen alkamisesta ja jatkossa annettava se viiden vuoden välein (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010).

2 LÄÄKEHOITO HOITOTYÖSSÄ

2.1 Turvallinen lääkehoito hoitotyön tehtävänä

Lääkkeellisen hoidon tavoitteena on sairauksien ehkäisy ja parantaminen, sairauksien etenemisen hidastaminen tai niiden aiheuttamien komplikaatioiden ehkäiseminen sekä sairauksien aiheuttamien oireiden lievittäminen (Varhila 2016). Turvallinen lääkehoito koostuu kahdesta osa-alueesta: lääke- ja lääkitysturvallisuudesta. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan itse lääkevalmisteen turvallisuutta ja sen aiheuttamien haittavaikutusten hallintaa. Lääketurvallisuutta valvotaan lääkkeiden myyntilupamenettelyn avulla. Lääkitysturvallisuus puolestaan koskee terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden toimintaa ja edellyttää lääkkeiden lääketieteellisesti tarkoituksenmukaista käyttöä sekä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemistä, välttämistä ja korjaamista. (STAKES & ROHTO 2006, 5-10.)

Uuden turvallisen lääkehoidon oppaan mukaan jokaisessa toiminta- ja työyksikössä tulisi olla lääkehoitosuunnitelma, jossa määritellään lääkehoitoon osallistuvien työntekijöiden osaamisvaatimukset, täydennyskoulutustarpeet sekä oman toiminnan kannalta kriittiset ja olennaiset lääkitysturvallisuuden alueet. Lääkehoitosuunnitelmassa yksilöidään myös lääkehoidon toteuttamisen käytännöt työyksikössä. (Inkinen ym. 2016, 12-14.)

Lääkehoidon prosessi sisältää koko tapahtumaketjun lääkärin tekemästä taudinmäärityksestä ja lääkemääräyksestä lääkehoidon vaikutusten seurantaan saakka (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 283). Lääkehoitoa toteutetaan aina lääkärin määräysten ja ohjeistuksen mukaan. Lääkehoitoa toteuttavat lääkehoidon koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten sairaanhoitajat, kättilöt, terveydenhoitajat ja lähihoitajat (Inkinen ym. 2016, 25-29, ks. myös taulukko 1). Potilaan lääkehoidon kokonaisvastuu kuuluu häntä hoitavalle lääkärille, mutta jokainen lääkehoitoa toteuttava ja siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan (Inkinen ym. 2016, 30).

Lääkityspoikkeama on määritelmän mukaan lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi johtua tekemisestä (esim. lääkkeenannossa käytetään väärää antoreittiä tai annetaan potilaalle väärä lääke) tai tekemättä jättämisestä (esim. lääkitys jää antamatta). Lääkityspoikkeama voi sattua missä tahansa lääkehoidon prosessin vaiheessa. (STAKES

& ROHTO 2006, 8-10.) Lääkityspoikkeamille altistavat tekijät voidaan jakaa neljään ryhmään: työympäristöön liittyviin, työyhteisöön liittyviin, työntekijään liittyviin tai potilaaseen liittyviin tekijöihin. Työympäristössä esimerkiksi kiire taikka puuttuvat toimintaohjeet voivat altistaa lääkityspoikkeamille. Työyhteisössä lääkityspoikkeamien syntyä voivat edistää esimerkiksi huono kommunikaatio tai henkilökunnan riittämätön koulutus. Työntekijään liittyvät lääkityspoikkeamille altistavat tekijät ovat osaamisen puute, toimintaohjeiden noudattamatta jättäminen ja inhimilliset virheet. Potilaaseen liittyviä tekijöitä taas ovat potilaan henkilöllisyyden tunnistamatta jättäminen tai potilaan monilääkitys. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 320.)

2.2 Lääkehoidon osaaminen

Lääkehoidon osaaminen on kirjallisuudessa määritelty eri tavoin. Sulosaari, Suhonen ja Leino-Kilpi (2011) sekä Saano ja Taam-Ukkonen (2013, 13) jakavat lääkehoidon osaamisen kolmeen yläkategoriaan, joita ovat teoreettinen osaaminen, käytännön osaaminen ja päätöksentekiosaaminen. Tätä luokittelua on sittemmin käyttänyt mm. Sneck (2016). Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila ja Torniainen (2006) puolestaan jakavat lääkehoidon osaamisen pelkästään teoreettiseen ja käytännön osaamiseen, mitä edelleen ovat käyttäneet mm. Salermo (2011), Lotvonen (2012) ja Luokkamäki (2015).

2.2.1 Lääkehoidon teoreettinen osaaminen

Lääkehoidon teoreettiselle osaamiselle pohjan muodostaa ammattitutkinto. Teorian hallitseminen on edellytys lääkehoidon käytännön toteuttamiselle sekä päätöksentekiosaamiselle. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 13.) Teoreettinen osaaminen määritellään kirjallisuudessa hieman eri tavoin, esimerkiksi Sulosaari ym. (2011) ei mainitse lääkelainsäädännön hallitsemista, kun taas Saano ja Taam-Ukkonen (2013, 13) pitävät lääkehoidon juridista ja eettistä osaamista omana kokonaisuutenaan, joka ikään kuin kehystää kaiken muun lääkehoidon osaamisen. Opetusministeriön (2006, 69) mukaan sairaanhoitajan lääkehoidon tietoperustan muodostaa juridiseettinen, farmakologinen, fysiologinen, patofysiologinen ja lääkelaskentaan liittyvä osaaminen. Lääkelaskutaidot, ihmisen anatomian ja fysiologian tunteminen sekä farmakologinen osaaminen mainitaan muissakin lähteissä (Sulosaari ym. 2011, Saano & Taam-Ukkonen 2013, 14).

lhmisen anatomian, fysiologian ja patofysiologian tunteminen on hoitajalle välttämätön taito (Sulosaari ym. 2011, Johnston 2010), jotta hän osaa toteuttaa turvallista lääkehoitoa (Ääri, Ritmala-Castrén, Leino-Kilpi & Suominen 2004) ja ymmärtää lääkkeiden vaikutuksia, haittavaikutuksia ja eri antotapoja (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 15). Sairaanhoitajat arvioivat itse anatomian ja fysiologian tuntemuksensa keskimäärin hyväksi (Sneck, Isola & Saarnio 2013). Toisaalta valmistuvien tehohoitotyön sairaanhoitajien kompetenssia selvittäneessä tutkimuksessa opiskelijoiden biologiset ja fysiologiset hoitotyön tiedot ja taidot havaittiin huonoiksi. Opiskelijat myös arvioivat itse oman osaamisensa todellisuutta paremmaksi. (Lakanmaa 2012.) Lääkehoidon osaamisen varmistamisen teoriakokeiden perusteella sairaanhoitajien anatomian ja fysiologian osaaminen on kuitenkin melko hyvää ja ylittää Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten tasolle (Sneck 2016).

Hoitajan on tunnettava lääkeaineiden farmakologiaa ja farmasiaa ymmärtääkseen lääkehoidon merkityksen ja sen tuottaman hyödyn potilaan hoidossa (Veräjänkorva ym. 2006, 34). Sairaanhoidotajia (Sneck 2016) sekä sairaanhoitajia ja sairaanhoidon opiskelijoita (Grandell-Niemi ym. 2005) koskevista tutkimuksista hoitajat pitävät farmakologiaa vaikeana ja arvioivat hallitsevansa sen anatomiaa heikommin. Lääkehoidon osaamisen varmistamisen teoriakokeiden perusteella farmakologian osaaminen onkin sairaanhoitajien heikoin osaamisalue. Sneckin (2016) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien vastauksista keskimäärin 79,3 % on oikein farmakologiaan liittyvissä lääkehoidon teoriakysymyksissä, kun taas Luokkamäen (2015) tutkimuksessa oikeinvastausprosentti farmakologian kysymyksissä oli keskimäärin 87 %. Lähi- ja perushoitajien lääkehoidon osaamista kartoittaneissa tutkimuksissa farmakologian osaamisessa on ollut puutteita (Marku & Santala 2009, Salerno 2011). Salermon (2011) tutkimuksessa lähihoitajien oikeiden vastausten osuus vaihteli yksittäisissä farmasiaan ja farmakologiaan liittyvissä kysymyksissä 18-92 % välillä. Varsinkin lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten osaaminen osoittautui lähihoitajilla puutteelliseksi. Työkokemuksella, iällä tai erilliseen lääkehoitokoulutukseen osallistumisella ei ollut juurikaan merkitystä osaamisen tasoon. (Salerno 2011.) Myös sairaanhoitajat ovat epävarmoja lääkkeiden yhteisvaikutusten tuntemisestaan (Luokkamäki 2015). Sairaanhoidajilla lääkehoidon teorian osaaminen on parhainta lääkehoitoa työssään paljon toteuttavilla ja nuorilla keskimäärin parempaa kuin vanhemmilla (Sneck 2016).

Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen edellyttää hoitajilta myös lääkelaskennan taitoja (Grandell-Niemi ym. 2006, Sulosaari ym. 2011). Sairaanhoitajat ovat useissa tutkimuksissa arvioineet lääkelaskennan taitonsa hyväksi (Grandell-Niemi ym. 2006, Sneck ym. 2013), mutta tekevät silti virheitä helppoissakin lääkelaskuissa (Grandell-Niemi ym. 2006). Noin 5 %:lla sairaanhoitajista on

vaikeuksia läpäistä lääkehoidon osaamisen varmistamiseen liittyvä lääkelaskentatentti. Eniten vaikeuksia aiheuttavat infuusionopeus-, liuos- ja laimennoslaskut. Lääkelaskentataidot ovat parhaimmat lääkehoitoa paljon työssään käyttävillä sairaanhoitajilla, kuten akuuttiyksiköiden sairaanhoitajilla. Nuoremmat sairaanhoitajat hallitsevat lääkelaskennan keskimäärin vanhempia hoitajia paremmin. Lääkelaskennan täydennyskoulutus näyttää parantavan osaamista. (Sneck 2016.) Lähihoitajien lääkehoidon osaamista kartoittaneessa tutkimuksessa lääkelaskentataitojen havaittiin olevan tyydyttävällä tasolla. Tutkimuksessa käytetyissä lääkelaskuissa oikeiden vastusten osuus vaihteli 54-80 % välillä. Heikoiten osattiin tehtävät, joissa edellytettiin yksikkömuunnoksia. Lähihoitajilla vanhempien ikäluokkien hoitajat suoriutuivat laskuista nuorempia hoitajia paremmin. (Salermo 2011.)

2.2.2 Lääkehoidon kliininen ja päätöksenteko-osaaminen

Lääkehoidon käytännön osaaminen eli kliininen osaaminen käsittää lääkehoidon toteutuksen sekä potilasohjauksen. Lääkehoidon toteuttaminen pitää sisällään koko lääkehoidon prosessin aina lääkehoidon suunnittelusta sen toteuttamiseen, dokumentointiin ja arviointiin saakka. Lisäksi lääkehoidon käytännön osaamiseen kuuluu moniammatillinen yhteistyö ja lääkehoidon turvallisuuden edistäminen (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 14-15). Lääkehoitoa toteuttavan hoitajan tulee hallita useita lääkehoidon prosessin vaiheita. Hänen tulee ensinnäkin varmistaa, että lääkärin tekemä lääkemääräys sisältää kaiken tarvittavan tiedon. Hänen tulee myös tarvittaessa valmista lääkettä antomuotoonsa ja huolehtia siitä, että kaksi eri hoitajaa on tarkistanut lääkkeenjaon oikeellisuuden (ns. kaksoistarkistus). (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 283-311.)

Lääkettä potilaalle antaessaan hoitajan on hyvä muistaa ns. seitsemän o:n sääntö (Saano & Taam-Ukkosen 2013, 309-310 & 336 mukaan):

- 1) Oikea potilas. Potilaan henkilöllisyys tulee varmistaa pyytämällä potilas kertomansa. Lisäksi tarkistetaan potilaan nimi tämän sairaalarannekkeesta tai pyydetään potilasta vielä kertomaan sosiaaliturvatunnuksensa,
- 2) Oikea lääke. Hoitajan tulee tarkistaa, että kyseessä on oikea lääke, eikä sekaannusta esimerkiksi samalta kuulostavan lääkkeen kanssa ole tapahtunut,
- 3) Oikea annos. Hoitajan tulee varmistaa, että lääkkeen annos on laskettu oikein,

- 4) Oikea antotapa. Hoitajan tulee varmistaa, että lääke ollaan antamassa määräyksen mukaan antoreittiä käyttäen (esim. suun kautta tai laskimonsisäisesti),
- 5) Oikea antoaika. Hoitajan tulee varmistaa, että on antamassa lääkkeen lääkemääräykseen kirjattuna antoaikana, jotta esimerkiksi yhteisvaikutuksilta muiden potilaan käyttämien lääkkeiden kanssa vältytään,
- 6) Oikea potilasohjaus. Potilaalle on kerrottava mitä lääkettä hän saa ja miksi sitä annetaan, sekä millaisia vaikutuksia omassa voinnissaan hän lääkkeen käytön yhteydessä seuraa,
- 7) Oikea kirjaaminen. Toteutunut lääkehoito kirjataan potilastietojärjestelmään, jotta tieto siitä siirtyy eteenpäin.

Myös lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi yhteistyössä potilaan ja häntä hoitavan lääkärin kanssa kuuluu lääkehoidon prosessiin, samoin kuin vaaratilanteiden tunnistaminen ja niistä raportointi. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 336.) Lääkkeiden aiheuttamien haitta- ja yhteisvaikutusten seuraaminen on osa lääkehoidon vaikuttavuuden arviointia. Kaikilla lääkkeillä voi olla haittavaikutuksia, mutta läheskään kaikille käyttäjille niitä ei tule. Usein haittavaikutukset myös ilmenevät lääkehoidon alussa ja lievenevät tai kokonaan häviävät hoidon jatkuessa. Tavallisimpia lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia ovat vatsan ja suoliston oireet, kuten pahoinvointi, ummetus tai ripuli. Melko usein esiintyviä ovat myös ihottumat ja hermostolliset oireet, kuten päänsärky, huimaus ja väsymys. (Paakkari 2013.) Vakavimmat lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset ovat henkeä uhkaavia ja odottamattomia. Tällaisia ovat esimerkiksi äkillinen yliherkkyysoireyhtymä eli anafylaktinen sokki, maha-suolikanavan verenvuoto ja lääkkeen aiheuttama munuaisten tai maksan vajaatoiminta. (Lapatto-Reiniluoto, Niemi, Backman & Neuvonen 2016). Erityistä varovaisuutta on noudatettava silloin, kun käytetään niin sanottuja suuren riskin lääkkeitä tai hoidetaan lääkehoidon haittoille erityisen alttiita potilaita (esim. ikääntyneet ja raskaana olevat) (Inkinen ym. 2016, 17-21).

Taulukossa 1 on listattu laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja lääkekoulutuksen saaneiden nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden lääkehoidon vastuut ja myös osaamisen varmistamisen käytännöt Inkinen ym. (2016, 26-28) mukaan. Käytännössä laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt erottaa nimikesuojatuista ammattihenkilöistä oikeus toteuttaa laskimonsisäistä neste- ja lääkehoitoa sekä verensiirtoja. Nimikesuojatuilta ammattihenkilöiltä ei myöskään vaadita perifeerisen laskimon kanyloinnin hallintaa. Lisäkoulutuksen ja näytön suorittaneet nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat kuitenkin vaihtaa lääkkeettömän, perusliuosta sisältävä jatkoinfuusion potilaan laskimonsisäisessä nestehoidossa. (Inkinen ym.

2016, 25-29.) Vaikka lääkehoidon poikkeamia voi sattua kaikenlaisten lääkkeiden kohdalla, muodostaa laskimonsisäinen neste- ja lääkehoito tutkimusten mukaan vaikean ja virheille alttiin osan alueen sairaanhoitajien lääkehoidon käytännön osaamisessa (McDowell, Mt-Isa, Ashby & Ferner 2010, Mousavi, Khalili & Dashti-Khavidaki 2012).

Potilaan lääkehoidon ohjaus perustuu vuorovaikutukseen. Lääkehoidon ohjauksen keskeinen tarkoitus on saada potilas sitoutumaan lääkehoitoonsa ja ohjata potilasta tai tämän omaisia siten, että he voivat toteuttaa lääkehoitoa omatoimisesti. Lääkehoitoa toteuttavalta hoitajalta vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja niin potilaiden ja omaisten kuin muiden terveydenhuollon ammattihenkilöidenkin kanssa. Selkeä sanallinen ja kirjallinen viestintä, mukaan lukien lääkehoidon dokumentointi, sekä kyky toimia moniammatillisessa hoitotyön tiimissä on osa turvallista lääkehoitoa. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 15-16.)

Lääkehoidon päätöksenteko-osaamisen kuuluu kyky arvioida potilaan kliinistä tilaa ja lääkehoidon tarvetta sekä kyky reagoida muuttuviin tilanteisiin ja tehdä vaikuttavia päätöksiä. Näitä taitoja tarvitaan potilaan moniammatillisessa hoitotyössä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 14). Päätöksenteko-osaaminen vaatii hyvää lääkehoidon teorian ja lainsäädännön tuntemista sekä kykyä soveltaa näitä tietoja käytännön lääkehoidossa (Sulosaari ym. 2011).

TAULUKKO 1. Lääkehoitoa toteuttavien laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja lääkehoidon koulutuksen saaneiden nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävät lääkehoidossa ja lupakäytäntö lääkehoidon toteutukseen osallistumiseen. (Mukaillen Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 26-28).

Lääkehoitoa toteuttava henkilö (tutkinto)	Vastuu lääkehoidossa (tehtävät)	Osaamisen varmentaminen ja täydennyskoulutus	Näytön vastaanottaja / Lääkeluvan myöntäjä
Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö (esim. sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kätilö)	<p>Potilaan lääkityksen ja riskitietojen selvittäminen, lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen tunnistaminen, lääkehoidon toteutuksen suunnittelu, toteutus, lääkehoidon toteutumisen seuranta ja vaikutavuuden arviointi, lääkityksen tarkistus, lääkehoidon dokumentointi ja ohjaus.</p> <p>Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille</p>	<p>Lääkehoidon teoriaperusteet (näyttö)</p> <p>Lääkelaskenta (näyttö)</p> <p>Laskimoon annettava neste- ja lääkehoito (näyttö)</p> <p>Rokottaminen (näyttö)</p> <p>Lääkkeiden erityisantoreitit (esim. virtsarakkoon, epiduraaliliitaan, intraossealisesti) (lisäkoulutus ja näyttö)</p> <p>Ääreislaskimokatetrin asettaminen (näyttö)</p> <p>Muu toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa määritelty erityisosaamisen (lisäkoulutus ja näyttö) (esimerkiksi lasten ja iäkkäiden lääkehoito tai akutologia)</p>	<p>Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p> <p>Luvan myöntäjä: Toimintayksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri</p>
Lääkehoidon koulutuksen saanut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö (esim. Lähihoitaja)	<p>Potilaan lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus ja riskitietojen selvittäminen, lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen tunnistaminen, lääkehoidon toteutus, lääkehoidon toteutumisen ja vaikutuksen seuranta, lääkehoidon dokumentointi ja lääkehoidon toteutukseen liittyvä välitön lääkehoidon ohjaus.</p> <p>Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille</p>	<p>Lääkehoidon perusteet (teoriaperusta ja lääkelaskenta) (näyttö)</p> <p>Lääkkeiden tilaaminen ja potilaskohtaisiksi annoksiksi jakaminen (näyttö)</p> <p>Injektiot s.c. ja i.m. (näyttö)¹</p> <p>Lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfusion vaihtaminen (lisäkoulutus ja näyttö)</p> <p>PKV-lääkehoito (lisäkoulutus ja näyttö)</p> <p>Lääkehoitoon liittyvä toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa määritelty erityisosaaminen (lisäkoulutus ja näyttö) (esimerkiksi lasten tai vanhusten lääkehoito)</p>	<p>Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p> <p>Luvan myöntäjä: Toimintayksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri</p>

¹ ei koske rokottamista.

2.3 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen

Lääkehoidon käytännön toteuttaminen vaatii työyksikkökohtaista lääkelupaa, jonka saa osoittamalla lääkehoidon osaamisensa kirjallisin sekä näyttökokein yksikön käytännön mukaisesti. Lääkehoidon osaaminen ja potilasturvallisuuden toteutuminen edellyttää hoitajalta jatkuvaa oman osaamisen ylläpitämistä ja kehittämistä. (Inkinen ym. 2016, 31-33.) Tämä perustuu myös lakiin, sillä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa hoitajia oman osaamisensa ylläpitämiseen ja jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen. Laki velvoittaa niin ikään työnantajaa seuraamaan työntekijöiden ammattitaidon kehittymistä ja luomaan edellytykset täydenniskoulutukseen osallistumiselle. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 3:18§). Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvollisuus täydenniskoulutuksen järjestämiseen on kirjattu myös terveydenhuoltolakiin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 4:42§) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksesta (1194/2003).

Tutkimusten mukaan lääkehoidon säännöllinen osaamisen varmistaminen ylläpitää ja kehittää hoitajien lääkehoidon osaamista (Kendall-Gallagher & Blegen 2009, Hemingway, Baxter, Smith, Burgess-Dawson & Dewhirst 2011, Sneck 2016) ja parantaa siten potilasturvallisuutta (Kendall-Gallagher & Blegen 2009). Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön osaamisen varmistaminen onkin nykyisin yleinen käytäntö Suomessa (Inkinen ym. 2016, 25-28), jonka yhtenäinen valtakunnallinen ohjeistus on ollut voimassa vuodesta 2006 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46-48).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella kaikkien potilashoitoon osallistuvien hoitajien on suoritettava lääkehoidon lupa kolmen kuukauden sisällä työsuhteen alkamisesta ja jatkossa viiden vuoden välein (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010). Lupakäytäntö on samanlainen työyksiköstä riippumatta. Esimerkiksi psykiatrian ja kehitysvammahuollon työntekijöiden on suoritettava samanlainen lääkehoidon lupa kuin muissakin yksiköissä työskentelevien hoitajien, lukuun ottamatta verensiirtoja koskevia kysymyksiä ja näyttöjä, joista psykiatrian ja kehitysvammahuollon alueilla työskentelevät sairaanhoitajat on vapautettu. Lääkehoitoluvan saamiseksi hoitajan on suoritettava hyväksytysti verkkokurssi, kaksi verkkotenttiä sekä käytännön lääkehoidon näyttö. Verkkokurssi käsittelee mm. lääkehoidon perusteita, lainsäädäntöä ja lääkelaskentaa. Verkkotenteistä toinen on teoriaan keskittyvä monivalintatentti ja toinen lääkelaskentatentti. Käytännön näyttökokeessa hoitajan on näytettävä osaamisensa mm. lääkkeiden käsittelys-

sä, aseptiikassa ja antotekniikoissa. Sairaanhoidajien on annettava näyttö myös laskimonsisäisen nestehoidon toteuttamisessa. (Sneck 2016.)

3 LÄÄKEHOIDON ERITYISPIIRTEITÄ PSYKIATRISISSA SAIRAALAHOIDOSSA

Psykiatrian tehtävänä on tutkia ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä. Näitä ovat muun muassa klassiset mielisairaudet eli psykoosit, kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennustilat, syömishäiriöt ja erilaiset ahdistuneisuushäiriöt. (Lönqvist & Lehtonen 2014.) Suurin osa psykiatrisista potilaista hoidetaan avohoidon piirissä. Avohoitoa täydentävät psykiatriset sairaalaosastot ja asuntolaitosminta sekä päihdehuollon palvelut. Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitaan silloin, kun kyse on vakavista mielenterveyden häiriöistä tai kriisitilanteesta tai kun tarvitaan erikoisosaamista edellyttävää hoitoa. (Lönqvist, Moring & Vuorilehto 2014.) Mielenterveyslain perusteella potilas voidaan ottaa psykiatriseen sairaalahoitoon omasta tahdostaan tai tahdostaan riippumatta (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:8§). Käytännössä psykiatrinen potilas tarvitsee sairaalahoitoa silloin, kun hän on vaarallinen itselleen tai muille tai kun hän ei sairautensa vuoksi selviä kotonaan, eivätkä avohoidon palvelut ole hänelle riittäviä (Alanen & Leinonen 2010).

Potilaan määrääminen tahdosta riippumattomaan hoitoon tapahtuu neljässä vaiheessa, joissa kussakin tarvitaan lääkärin lausunto. Yhteensä tarvitaan vähintään kahden eri lääkärin kannanotto, ennen kuin potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Lönqvist, Moring & Henriksson 2014.) Tahdosta riippumattoman hoidon aikana potilaan psyykkisen sairauden hoidossa saadaan käyttää vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vaarantaisi potilaan tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden. Tällöin potilaan hoidosta päättää häntä hoitava lääkäri. Ruumiillisiin sairauksiin hoitoa saa antaa vain, jos se on tarpeen potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi. Ruumiillisten sairauksien tahdosta riippumaton hoito toteutetaan psykiatrin ja erikoisalan lääkärin yhteistyönä. (Mielenterveyslaki 4a:22a-22b§.)

Psykiatrisissa sairaaloissa hoito on luonteeltaan erilaista somaattiseen hoitoon verrattuna, sillä siinä korostuvat potilaan itsemääräämisoikeutta säätelevät ja rajoittavat elementit. Toisaalta hoitohenkilökunta voi joutua kantamaan vastuun potilaan elämän säilymisestä silloin kun tämä on itsetuhoinen. (Syrjäpalo 2006.) Mielenterveyslain mukaan tahdonvastaisessa hoidossa olevaa potilasta on pyrittävä hoitamaan yhteistyössä hänen kanssaan (Mielenterveyslaki 4a:22b§). Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevalla potilaalla ei kuitenkaan ole oikeutta kieltäytyä lääkärin

hänelle määräämistä lääkkeistä, vaikka hän ymmärtäisi kieltäytymisestä seuraavat riskit. Pakko-lääkitys on osa potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa. (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012.) Tutkimusten mukaan potilaiden kieltäytyminen lääkeshoidosta ei kuitenkaan ole suljetussa osastohoidossa suurempaa kuin avo-osastohoidossa. Potilaan hoitomyöntyvyyttä lääkityksen suhteen voidaan parantaa muun muassa antamalla hänelle ja hänen lähiomaisilleen riittävästi tietoa lääkityksestä. (Lundén 2008.) Hoitajille potilaan vastentahtoiset lääkitystilanteet ovat usein epämiellyttäviä ja haasteellisia, jopa pelottaviakin tilanteita (Kärkkäinen 2006). Potilaiden mahdollisesta lääkekielteisyydestä ja aggressiivisuudestakin huolimatta sekä psykiatristen sairaaloiden potilaat että hoitohenkilökunta pitävät lääkeshoitoa kuitenkin tärkeänä hoidon osa-alueena (Syrjä-palo 2006).

Osastolla potilaat viettävät aikaa hoitajien läheisyydessä ja hoitajat tapaavat potilaita säännöllisesti. Hoitajat ovat erityisasemassa tehdessään havaintoja potilaan lääkitykseen ja psyykkiseen vointiin liittyen. Hoitajien on hyvä tunnistaa potilaan käyttämien lääkkeiden käyttöalueet. Lääkitysten tuoma väsymys, verenpaineenlasku, sydämen tiheälyöntisyys ja lihasjännitykset ovat arvokasta tietoa lääkärille. Myös potilaan kokemukset ja tuntemukset on tärkeä huomata, mutta hoitaja voi niistä myös keskustella potilaan kanssa. Kaikki tieto on tärkeä raportoida hoitavalle lääkärille esimerkiksi mahdollisia lääkemuutoksia varten. (Kuhanen 2013, 296-297.)

Psykenlääkkeet on yleisnimitys lääkkeille, jotka vaikuttavat pääosin psyykkisiin oireisiin (Lönnqvist 2014). Noin 700 000 suomalaista käyttää vuosittain ainakin lyhyen aikaa jotakin psyykenlääkettä ja noin joka kymmenes aikuinen käyttää jotakin psyykenlääkettä vuosittain säännöllisesti (Huttunen 2015). Psykenlääkkeitä käytetään erilaisissa mielenterveydellisissä häiriöissä ja sairauksissa osana potilaan muuta kokonaishoitoa (Nurminen 2011, 324). Lääkkeiden vaikutustavoista tiedetään jo varsin yksityiskohtaisesti, mutta vaikutustapojen muuntumisesta mitattavaksi hoitovasteeksi eri oireyhtymissä tiedetään vielä varsin vähän. Lääkkeet on edelleen tarkoitukseenmukaista luokitella niiden pääasiallisen käyttöaiheen mukaan unohtamatta, että eri lääkeryhmien vaikutukset voivat olla huomattavan päällekkäisiä. (Lönnqvist 2014.) Psykenlääkkeet vaikuttavat harvoin heti. Esimerkiksi masennuslääkkeiden oireita lievittävä vaikutus ilmenee vähitellen 2-8 viikon aikana. Ahdistus- ja nukahtamislääkkeet ovat poikkeuksia, koska niiden vaikutus ilmenee heti ensitunteina. (Huttunen 2008, 20.)

Bentsodiatsepaameja eli anksiolyyttejä käytetään psyykenlääkkeistä eniten. Ne lievittävät ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta. Lisäksi ne heikentävät tarkkaavaisuutta ja väsyttävät, minkä vuoksi

niitä voidaan käyttää myös unilääkkeinä. Bentsodiatsepaameja tulisi käyttää ensisijaisesti vain tilanteissa joissa ahdistus lamaa potilaan toimintakykyä. Lääkityksellä ei voida ratkaista ahdistuneisuuden ja unettomuuden taustalla olevia ongelmia, vaan niillä ainoastaan lievennetään oireita ja luodaan pohjaa varsinaisten ongelmien ratkaisulle. (Nurminen 2011, 325) Bentsodiatsepaamit myös lamaavat kouristuksia ja rentouttavat lihaksia, minkä vuoksi niitä käytetäänkin kouristuskoh- tausten ja epilepsian hoidossa sekä lihaskramppien lievityksessä esimerkiksi iskiaksen ja noidan- nuolen hoidossa. (Nurminen 2011, 325)

Bentsodiatsepaamien merkittävin haittavaikutus on riippuvuuden kehittyminen ja tottumisvaara. Näiden haittavaikutusten vuoksi pitäisi pyrkiä tilapäiseen ja kuuriluontoiseen lääkitykseen. Bent- sodiatsepaamien toistuvaan käyttöön liittyy myös toleranssin kasvu. Pitkäaikaisen lääkityksen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita joten se tulisi tehdä hitaasti ja hallitusti annosta välitellen pienentämällä. Bentsodiatsepaamien aiheuttamia vieroitusoireita ovat esimerkiksi päänsärky, tuskaisuus, ärtyneisyys ja vapina. (Nurminen 2011, 325-236.)

Masennuslääkkeitä eli antidepressiivejä käytetään vakavien masennustilojen hoidossa yhdessä terapian kanssa. Lievät masennusoireet sen sijaan kuuluvat osaksi normaalia elämää, eikä niiden lääkkeellinen hoito ole yleensä tarpeen. Masennuslääkkeiden vaikutus syntyy melko hitaasti ja lääkehoito onkin yleensä pitkäkestoista. Antidepressiivien käytöllä voidaan lyhentää sairausjakso- ja. Masennuslääkkeiden ei katsota aiheuttavan riippuvuutta, mutta käytön lopettaminen voi aihe- uttaa vieroitusoireita. SSRI-tyyppisten masennuslääkkeiden lopettamisen yhteydessä viero- tusoireina on kuvattu huimausta, vapinaa, ahdistuneisuutta, pahoinvointia ja sydämentykyttelyä. Lääkitys olisikin hyvä lopettaa hitaasti annosta pienentämällä. (Nurminen 2011, 333-334.)

Varsinaisia psykoosilääkkeitä eli antipsykootteja käytetään lähinnä skitsofrenian hoidossa sekä muissa psykooseissa, joissa potilaan todellisuudentaju on selvästi häiriintynyt. Psykoosilääkkeet rauhoittavat ja vähentävät ahdistuneisuutta, levottomuutta ja aggressiota sekä estävät psy- kooseihin liittyviä aistiharhoja ja ajatushäiriöitä. Psykoosien hoidon lisäksi psykoosilääkkeitä käy- tetään myös ehkäisevässä ylläpito-hoidossa sekä vaikeiden dementiaoireiden, kuten levottomuu- den ja aggressiivisuuden oireenmukaisessa hoidossa. (Nurminen 2011, 330.)

Psykoosilääkkeiden käyttöön voi liittyä väsymystä. Varsinaisia haittavaikutuksia ovat ekstrapyra- midaalioireet, kuten Parkinsonin tautia muistuttava tila, joka ilmenee vapinana, lihaskäykkyytenä, kasvojen ilmeettömyytenä ja töpöttelevänä kävelynä. Haittavaikutuksena voi olla myös motorinen

levottomuus (Nurminen 2011, 331). Uudemmat psykoosilääkkeet aiheuttavat painon muutoksia ja voivat johtaa haitallisiin vaikutuksiin rasva- ja sokeriaineenvaihdunnassa (Lönqvist 2014).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien nimitettyjen terveydenhuollon ammattihenkilöiden (esim. lähihoitajat) sekä laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden (esim. sairaanhoitajat, kättilöt ja terveydenhoitajat) lääkehoidon teoreettista ja käytännön osaamista heidän itsensä kuvaamana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian osastoilla. Lisäksi selvitettiin, miten hoitajat kokevat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella tietyin määräajoin annettavien pakollisten lääkehoidon osaamisen varmistamisen kokeiden vaikuttavan omaan osaamiseensa ja millaisia lääkehoidon toteutuksen ja kehittämisen tarpeita hoitajat esittävät osastollaan olevan. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan käyttää hyväksi turvallisen lääkehoidon kehittämässä erityisesti lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön näkökulmasta. Opiskelijoille tutkimus antaa mahdollisuuden hahmottaa niitä lääkehoidon haasteita, joita he tulevat työssään kohtaamaan.

Alkuperäiset tutkimussuunnitelman tutkimuskysymykset tiivistyivät lääkehoitokysymysten luontivaiheessa kolmeen. Lopulliset tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä ovat psykiatristen hoitajien lääkehoidon osaamisen vahvuudet ja heikkoudet?
2. Miten lääkehoidon osaamisen varmistaminen on vaikuttanut hoitajien lääkehoidon osaamiseen?
3. Millaisia lääkehoidon kehittämistoiveita hoitajilla on?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmetodologia

Tutkimuksen validiutta voidaan tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä. Erialaisten tutkimusmenetelmien yhteiskäytöstä käytetään termiä triangulaatio. (Hirsjärvi ym. 2009, 228.) Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on samanaikainen triangulaatio. Tälle menetelmälle tyypillistä on, että jompikumpi lähestymistapa, kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen, on ensisijainen ja sitä täydennetään toisella lähestymistavalla. Tutkimuksessa käytettiin etukäteen strukturoitua web-pohjaista kyselylomaketta, johon oli liitetty vapaamuotoisia, esseetyyppisiä kysymyksiä. Vapaamuotoisilla kysymyksillä tutkittaville annetaan mahdollisuus ilmaista asia omalla tavallaan, eikä ainoastaan tutkijan etukäteen strukturoimalla tavalla. Kyselyn vastauksia voitiin analysoida myös induktiivisesti. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 226.)

Tutkimus suoritettiin puolistrukturoidulla Webropol –kyselyllä. Ohjelmistolla tavoitetaan helposti ja edullisesti tarpeeksi kattava primaariaineisto, eikä avointen kysymysten tulkinta vie kohtuuttomasti aikaa. Ohjelmistolla on mahdollisuus luoda muun muassa valinta- ja matriisikysymyksiä, mahdollistaa kysymysten kommentointi tai tehdä pelkästään avoimia kysymyksiä. Kysely toteutettiin Webropol –ohjelmiston anonyymitoiminnolla jolloin tutkijat eivät saaneet tietää vastaajien henkilöllisyyttä.

5.2 Kyselylomakkeen kehittäminen

Kyselylomakkeen (liite 2) hoitajien lääkehoidon osaamista ja kehittämistarpeita koskevan osion pohjana käytettiin Lotvosen (2012) terveyskeskusten akuuttivuodeosaston sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen tutkimista varten kehittämää kyselylomaketta. Lotvonen (2012) kehitti kyselylomakkeensa asiantuntija-artikkeleiden, teoretiedon sekä sairaanhoitajien haastattelujen pohjalta kuvaamaan mahdollisimman hyvin osastojen lääkehoidon kehittämistarpeita. Vastausvaihtoehtoissa hän käytti Likertin viisiportaista mitta-asteikkoa (Hirsjärvi ym 2009, 189), jonka toisessa päässä on yleensä vastausvaihtoehto *Täysin samaa mieltä* ja toisessa päässä *Täysin eri mieltä*. Lotvonen (2012) oli päätenyt lisäämään myös vaihtoehdon *En osaa sanoa*, mutta tässä tutkimuk-

nessä tätä vaihtoehtoa pyrittiin käyttämään mahdollisimman vähän, sillä tilaaja toivoi kyselyyn vastaavilta hoitajilta mahdollisimman yksiselitteisiä vastauksia.

Tämän tutkimuksen kysymysten sisältöön ja kyselyn rakenteeseen kommentteja ja muutosehdotuksia antoivat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen erikoissuunnittelijat Jukka Korhonen ja Helinä Hakko sekä lääkehoidon koordinaattori Sami Sneck. Viimeksi mainittu on tehnyt oman väitöskirjatyönsä sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisesta ja osaamisen varmistamisesta (Sneck 2016). Oulun Ammattikorkeakoulun puolelta kysymyksiä kommentoi lehtori Markus Karttunen ja Webropol -ohjelmiston teknisenä asiantuntijana toimi lehtori Kirsi Jokinen. Kysymysten kommentointikierroksia oli useita ennen lopullisen kyselylomakkeen valmistumista.

Ennen lopullisen kyselylomakkeen valmistumista kysymykset syötettiin web-pohjaiseen Webropol -kyselytyökaluohjelmistoon, jossa kysymysten teknisiä muotoiluja ja toimintalogiikkaa testattiin aluksi opinnäytetyön tekijöiden lähipiirillä. Kysely jakautui viiteen eri osa-alueeseen:

- Taustatiedot
- Lääkehoidon toteutus osastolla
- Lääkehoidon teoriaosaaminen
- Lääkehoidon kliininen osaaminen
- Lääkehoidon osaamisen varmistaminen

Lopullisessa kyselyssä on valinta-, monivalinta-, matriisi- (asteikko) ja avoimia kysymyksiä. Kyselyn valmistuttua ja teknisen toimivuuden löydyttyä kyselyä testattiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatristen sairaanhoitajien testiryhmällä. Testiryhmän jäsenistä vain yksi henkilö kommentoi testausajan jälkeen.

5.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu

Kyselytutkimus oli osoitettu Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiirin psykiatrisille hoitajille. Osallistuvia psykiatrian osastoja olivat: 50, 53, 54, 70, 73, 75, 77, 78, 81, 82, 84, 87 ja 88. Saatekirje (liite 1) ja henkilökohtainen linkki sähköiseen kyselyyn lähetettiin Webropol -ohjelmistolla 329 psykiatrisen hoitajan työsähköpostiosoitteeseen. Sähköpostiosoitteet saatiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstörekisteristä. Vastausaikaa kyselyyn oli kolme viikkoa, 8. – 28.2.2016. Ensimmäinen ajastettu muistutusviesti lähetettiin 22.2.2016 ja toinen muistutusviesti lähetettiin 25.2.2016. Kyselyyn vastasi 102 henkilöä, jolloin vastausprosentti oli 31%. Kadon osuudeksi tuli

siis 69%. Kyselylomakkeen kaikki vastaukset eivät olleet pakollisia, joten vastaajien määrä vaihtelee eri kysymysten kesken ja on ilmoitettu tuloksissa kysymyskohtaisesti. Avoimiin kysymyksiin oli annettu kiitettävästi vastauksia.

Lääkehoito -kyselyn ohessa oli arvonta Liikuntakeskus OzMAX:in kolmeen seitsemän päivän tutustumispassiin. Varsinaisesta anonyymikyselystä vastaaja ohjattiin erilliseen arvontakyselyyn. Arvonta oli täysin vapaaehtoinen, eikä varsinaisen lääkehoitokyselyn vastauksia voinut linkittää arvontaan. Myöhemmin saimme seitsemän OzMAX –tutustumispassia lisää ja ilmoitimme näistä toisessa muistutusviestissä. Arvontaan osallistui 36 henkilöä. Ilmaispassit toimitettiin voittajille postitse.

5.4 Aineiston analysointi

5.4.1 Kvantitatiivinen analyysi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitattavia asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla, jolloin tulokset voidaan esittää kuvina ja taulukoina. Kvantitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on ollut teoria, jonka avulla mittari (tässä tapauksessa kyselylomake) on muodostettu. Tulosten tulkinnan ja analyysin avulla palataan takaisin teoriaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 140-141.) Kysymysten analysointiin käytettiin Webropol -ohjelmistosta löytyviä työkaluja kuten raportti ja yhteenvetoa, helppoa suodatusta ja tietojen yhdistämistä. Pääosin tulokset on esitetty taulukoina ja kuvioina. Graafien laatua parannettiin Microsoft Excel –ohjelmistolla.

5.4.2 Kvalitatiivinen analyysi

Kvalitatiivisten kommenttikenttien ja avointen kysymysten vastausten analysointi toteutettiin sisälönanalyysilla. Vastaukset luettiin ensin useaan kertaan läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Tämän jälkeen vastauksista etsittiin tiettyjä ilmaisuja, joiden perusteella vastaukset jaettiin yläluokkiin ja edelleen alaluokkiin silloin kun tämä oli mahdollista. Esimerkiksi lääkehoidon osaamisen varmistamista koskevista kysymyksistä etsittiin kriittisiä ja positiivisia ilmaisuja, joiden perusteella vastaukset jaoteltiin positiivisesti tai kriittisesti osaamisen varmistamiseen suhtautuviksi (yläluokka). Näistä etsittiin edelleen yhtenäisiä ilmaisuja, joiden perusteella vastauksia jaettiin edelleen alaluokkiin, esimerkiksi vastauksiin, joissa osaamisen varmistamisen katsottiin olevan hyvää kerta-

usta tai joissa niiden katsottiin lisäävän hoitajan varmuutta lääkehoidon toteuttamisessa. (ks. Sneck 2016.)

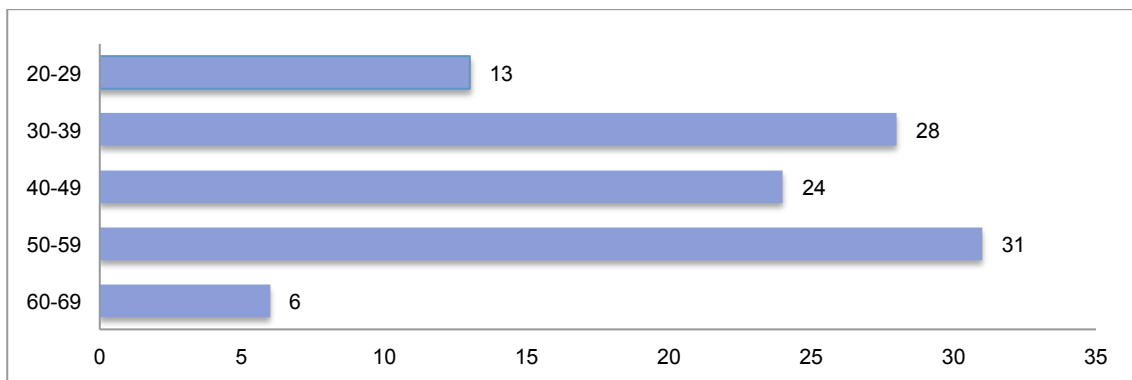
Sisältöanalyysin vastaukset on tuloksissa esitetty joko taulukoina tai sanallisesti selitettynä. Jokaisesta alaluokasta (tai yläluokasta silloin kun jako alaluokkiin ei enää ole ollut tarpeellista) on vastauksissa esitetty myös autenttinen lainaus. Tämä tarkoittaa sitä, ettei vastausten alkuperäistä kirjoitustapaa ole muutettu esimerkiksi kirjoitusvirheitä korjaamalla. Taulukoinnissa käytettiin samanlaista tapaa, jota Sneck (2016) on väitöskirjatyössään käyttänyt. Tutkimusmateriaalina olevat vastaukset hävitettiin analysoinnin jälkeen.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

Vastaajista (N = 102) oli miehiä 44 henkilöä (43%) ja naisia 58 henkilöä (57%). Laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä oli vastaajista 68% ja nimikesuojattuja ammattihenkilöitä 32%. Kaikki psykiatriset osastot, joiden henkilökunnalle kysely lähetettiin, olivat vastauksissa edustettuina.

Kyselyyn vastanneiden hoitajien iän vaihteluväli oli 21-65 vuotta. Vastaajista suurin osa (30) oli 50-59-vuotiaita. Vähiten vastaajia oli 60-69 sekä 20-29 ikävuosien väliltä. Vastaajien kokemus hoitotyöstä psykiatrian alalta oli keskimäärin 15 vuotta (vaihteluväli 1-40 vuotta). Muulta hoitoalalta kuin psykiatrian puolelta vastaajilla oli kokemusta keskimäärin 4 vuotta (vaihteluväli 0-38 vuotta). Yhtä hallinnollisella puolella työskentelevää hoitajaa lukuun ottamatta kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat olivat suorittaneet lääkehoidon perusosaamisen luvan.



KUVIO 1. Kyselyyn vastanneiden hoitajien ikä luokiteltuna. (N=102)

6.2 Lääkehoidon toteutus osastoilla

6.2.1 Lääkkeiden jakaminen

Lääkehoidon toteutuksen osuudessa vastaajilta kysyttiin, kuka jakaa lääkkeet heidän osastollaan, missä vuorossa lääkkeet jaetaan ja kuinka pitkäksi ajaksi lääkkeet annostellaan. Lisäksi kysyttiin lääkehoidon toteutusympäristöstä. Lääkkeitä jakavia henkilöitä koskevaan kysymykseen 97 % vastaajista valitsi vaihtoehdon, jonka mukaan lääkkeitä jakavat osastolla sekä laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt että nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt. 3 % valitsi vastausvaihtoehdon, jonka mukaan lääkkeitä jakavat osastolla vain laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Yksikään vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa, jonka mukaan vain nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt osallistuvat lääkkeiden jakoon.

TAULUKKO 2. Lääkkeiden jakokäytäntö avointen vastausten sisältöanalyysin mukaan.

Yläluokka	Alaluokka	Vastausten määrä	Autenttinen lainaus
Kolmessa vuorossa		22	<i>aamu-, ilta- ja yövuorossa, sekä tarpeen mukaan n. puoli tuntia ennen lääkkeen antamista plaalle</i>
Kahdessa vuorossa	Aamu- ja iltavuoro	15	<i>Iltavuorossa ilta- ja aamulääkkeet sekä aamu- vuorossa mahdolliset päivälääkkeet.</i>
	Ilt- ja yövuoro	2	<i>Ilt- ja yövuorossa</i>
	Ei tarkennusta	1	<i>Kahdessa vuorossa</i>
Yhdessä vuorossa / kun on aikaa		3	<i>Milloin sille on sopiva hetki. Yleensä iltavuorossa.</i> <i>välivuorossa 10-19</i>
Kerran viikossa dosettiin		8	<i>maanantaisin dosettiin</i>
Osastolla ei jaeta lääkkeitä		1	<i>ect-yksikössä ei tarvetta jakeluun</i>

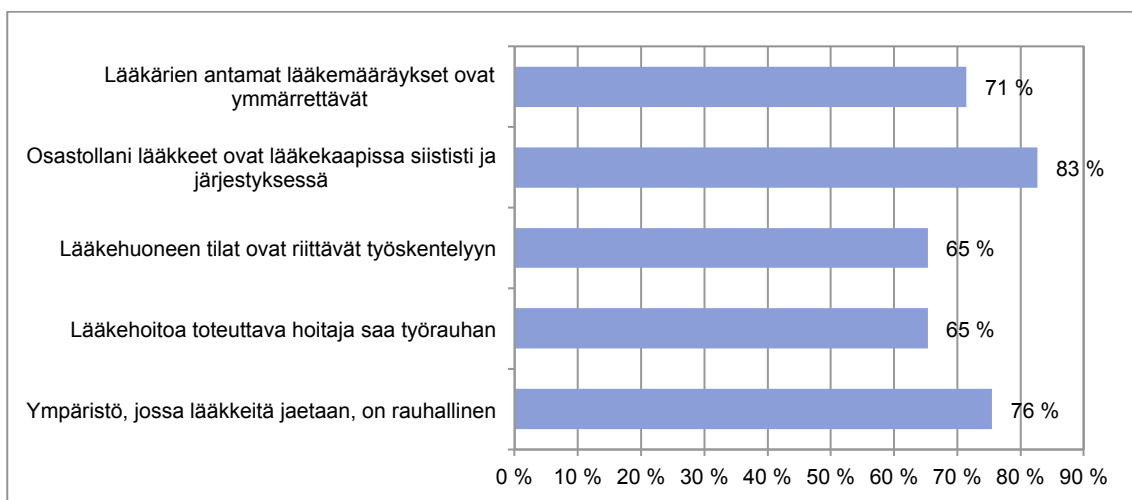
Lääkkeiden jakamisen ajankohta vaihtelee vastausten mukaan psykiatristen osastojen välillä hyvin paljon. Lääkkeitä jaettiin sekä aamu- (13 %), ilta- (26 %) että yövuoroissa (9 %). Suurin osa (53 %) vastaajista oli kuitenkin valinnut vaihtoehdoksi ”muulloin, milloin?”. Avoimeen kysymykseen oli vastannut 53 hoitajaa. Vastausten perusteella osastoilla on monenlaisia käytäntöjä (taulukko 2). 22 hoitajaa oli vastannut, että heidän osastollaan lääkkeitä jaetaan joka vuorossa tai joka antoajalle erikseen. 18 vastauksessa kerrottiin, että osastolla lääkkeet jaetaan kahdessa vuorossa. Kolmen hoitajan mukaan heidän osastollaan jaetaan lääkkeet yhdessä vuorossa, joko silloin kun sille on aikaa tai tietyssä erikoisvuorossa. Kahdeksan hoitajaa oli vastannut osastol-

laan jaettavan lääkkeet kerralla koko viikoksi dosetteihin ja yhden hoitajan osastolla lääkkeitä ei jaettu lainkaan (taulukko 2).

Suurin osa (53%) vastaajista ilmoitti, että hänen osastollaan annostellaan lääkkeet joka antojalle erikseen. Vastaajista 27 % mukaan osastolla annostellaan lääkkeet vuorokaudeksi kerrallaan ja 9 % mukaan useammaksi vuorokaudeksi. 11 % vastaajista oli valinnut vaihtoehdon ”muu, mikä?”. Tarkentavaan avoimeen kysymykseen oli vastannut 11 hoitajaa. Avomissa vastauksissa toistui lääkkeiden annostelu kolmessa vuorossa (2 vastausta), kahdessa vuorossa (4 vastausta) ja koko viikoksi dosetteihin (4 vastausta). Yhtä vastausta (”sekä että”) ei pystytty luokittelemaan.

6.2.2 Lääkehoidon toteutusympäristö

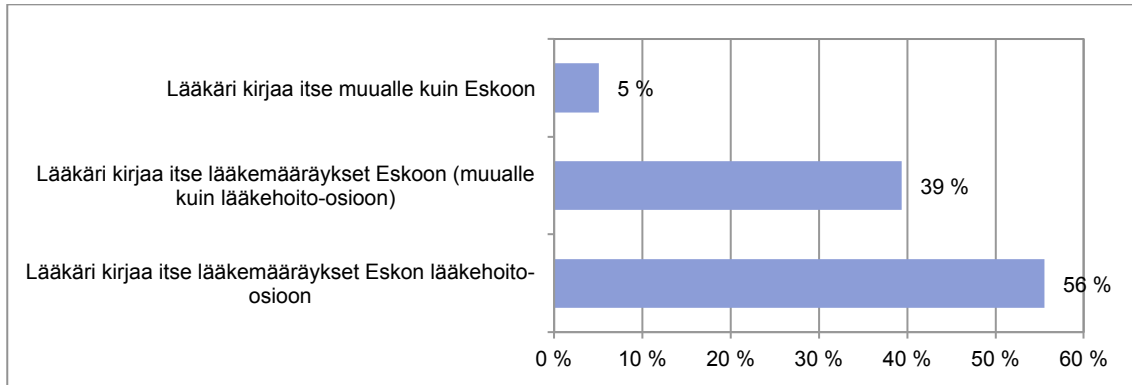
Lääkehoidon toteutusympäristöä selvitettiin tutkimuksessa väitteillä, joista vastaaja valitsi ne, joista oli samaa mieltä (kuvio 2). Vastaajista (N = 98) noin 70 % piti lääkärin antamia lääkemääryksiä ymmärrettävinä. Noin 80 % mielestä osaston lääkkeet olivat lääkekaapissa hyvässä järjestyksessä ja 65 % mielestä osaston lääkehuoneen tilat olivat riittävät. Lääkkeiden jakoympäristö oli 75 % mielestä rauhallinen, mutta harvemman, 65 % mielestä lääkkeitä jakava hoitaja sai työrauhan.



KUVIO 2. Lääkehoidon toteutusympäristö. (N = 98)

6.2.3 Lääkemääräysten toteuttaminen

Lääkemääräysten toteuttamista selvitettiin väitteillä, joista vastaaja saattoi valita omalla osastollaan olevan käytännön (kuvio 3). 56 % vastaajista ilmoitti lääkärin kirjaavan lääkemääräykset itse potilastietojärjestelmä Eskoon lääkehoito-osioon, 39 % ilmoitti lääkärin kirjaavan lääkemääräyksen järjestelmän muuhun osioon ja 5 % lääkärin kirjaavan lääkemääräyksen muualle kuin Eskoon.



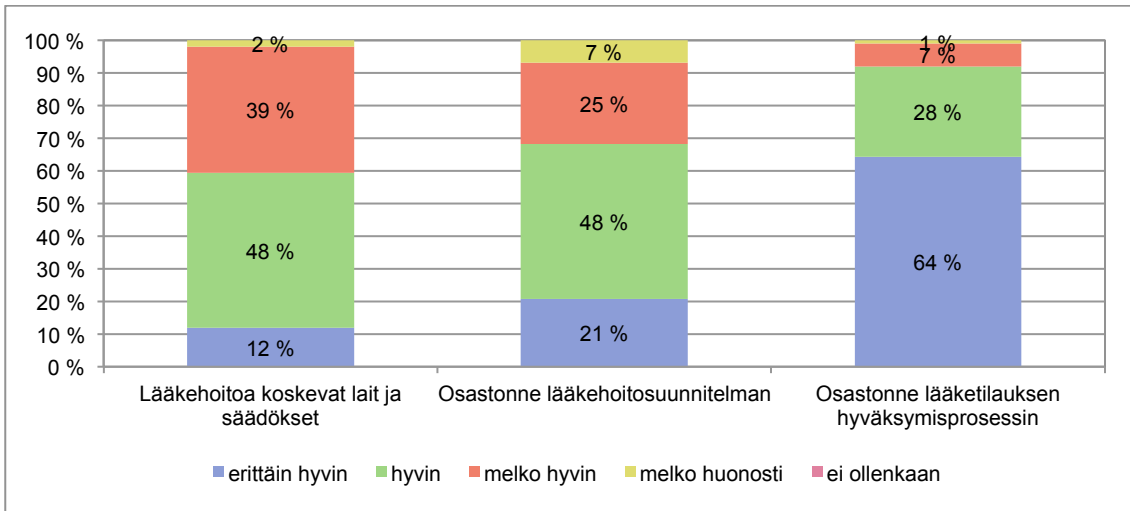
KUVIO 3. Lääkemääräysten kirjaaminen (N = 99).

6.3 Lääkehoidon teoriaosaaminen

6.3.1 Lääkehoidon perustiedot

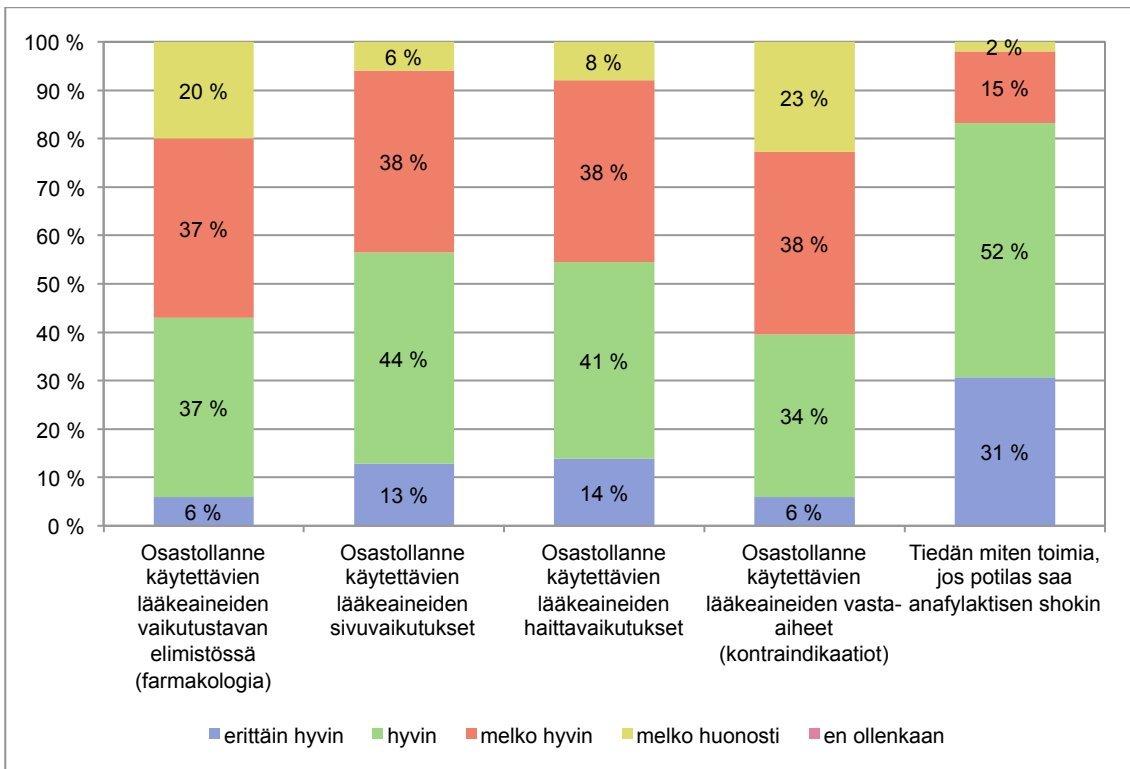
Lääkehoidon lainsäädäntöä ja osaston käytäntöjä koskevien perustietojen vastausten jakautuminen on esitetty kuviossa 4. Vastaajista lähes kaikki arvioivat tuntevansa lääkehoitoa koskevat lait ja säädökset joko erittäin hyvin, hyvin tai melko hyvin. Melko huonoksi lakien ja säädösten tuntemisensa arvioi 2 % vastaajista.

Oman osaston lääkehoitosuunnitelman tunti melko huonosti 7 % vastaajista, kun taas erittäin hyvin sen tunti 21 % vastaajista. Oman osaston lääketilauksen hyväksymisprosessin tunti erittäin hyvin 64 % vastaajista ja melko huonosti 7 % vastaajista. Kukaan hoitajista ei vastannut tämän osa-alueen kysymyksiin, ettei tuntisi aihetta ollenkaan (kuvio 4).



KUVIO 4. Vastausten jakautuminen sen suhteen, kuinka hyvin vastaaja arvioi tuntevansa lääkeshoidon lainsäädäntöä ja osaston käytäntöä koskevia perustietoja. (N=101)

6.3.2 Farmakologia



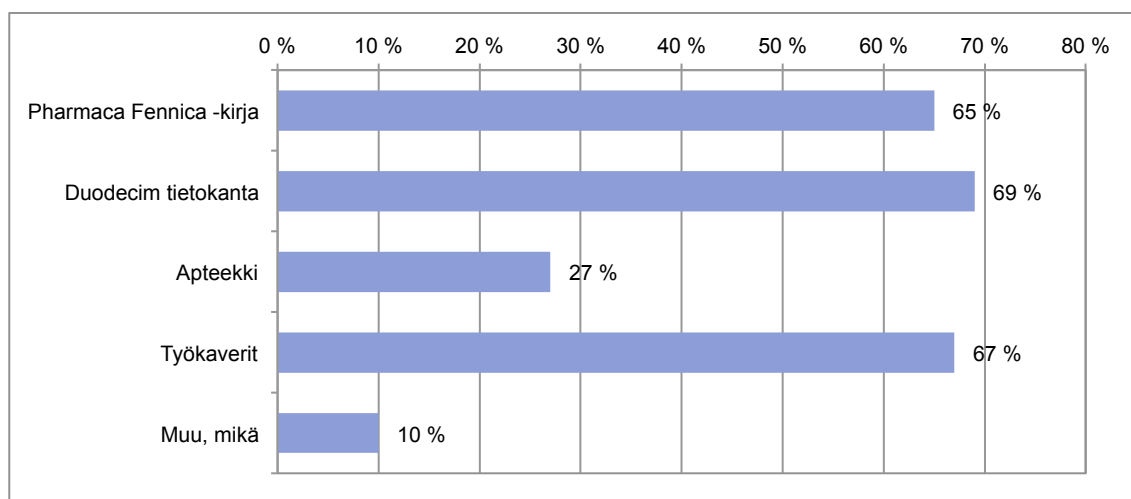
KUVIO 5. Vastausten jakautuminen sen suhteen, kuinka hyvin vastaaja arvioi tuntevansa lääkkeiden farmakologiaan liittyvää teoriaa (N=101).

Farmakologisen teoriaosaamisensa hoitajat arvioivat keskimäärin hyväksi tai melko hyväksi (kuvio 5). Toisaalta melko pieni osa hoitajista arvioi tuntevansa tämän osa-alueen teoriaa erittäin hyvin. Heikoiten hoitajat arvioivat hallitsevansa omalla osastolla käytettyjen lääkeaineiden vaiku-

tuksia elimistössä sekä näiden vasta-aiheita. Nämä arvioi tuntevansa melko huonosti 20 ja 23 % hoitajista, joskin suurin osa arvioi tuntevansa nämäkin hyvin tai melko hyvin. Parhaiten farmakologian alueelta hallittiin toiminta potilaan saadessa anafylaktisen shokin. Jopa 31 % hoitajista arvioi tietävänsä tämän erittäin hyvin (kuvio 5).

6.3.3 Tiedonhaku

Kyselyyn vastanneista hoitajista suuri osa hakee tietoa lääkevalmisteista Pharmaca Fennica – kirjasta, Duodecim-tietokannasta tai työkavereilta (kuvio 6). Apteekista tietoa hakee 27 % vastaajista. Jostain muualta tietoa ilmoitti hakevansa 10 % vastaajista. Tarkentavaan avoimeen kysymykseen oli vastannut 10 hoitajaa. Kahdessa vastauksessa tietolähteeksi oli ilmoitettu lääkäri, kuudessa vastauksessa Pharmaca Fennican internetversio, yhdessä vastauksessa pakkausseoste ja yhdessä internet.



KUVIO 6. Hoitajien käyttämät tietolähteet (N = 100).

Hoitajilta kysyttiin myös, löytävätkö he Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkehoitosuunnitelman sairaanhoitopiirin Intranetistä helposti, hyödyntävätkö he sitä ja onko lääkehoitosuunnitelmassa heidän mielestään puutteita. 85 % mielestä lääkehoitosuunnitelma on helppo löytää, mutta suurin osa (57 %) ei hyödynnä sitä työssään. Puutteita lääkehoitosuunnitelmassa oli 17 % kysymykseen vastanneen hoitajan mielestä (taulukko 3).

Tarkentavaan kysymykseen lääkehoitosuunnitelman puutteista vastasi 14 hoitajaa. Kuudessa vastauksessa puutteeksi ilmoitettiin lääkehoitosuunnitelman vaikeaselkoisuus tai tiedon löytämisen vaikeus:

”Haettava tietoo hukkuu helposti suureen tietomäärään. Ohjeet pitäisi olla lyhyitä ja ytimekkäitä”

Kahdessa vastauksessa lääkehoitosuunnitelman kerrottiin olevan vanhentunut tai ohjeistuksen vastainen:

”Ilman lääkärin määräystä annettavien lista on ppsHP:n ohjeiden vastainen ja puutteinen”

Kahdessa vastauksessa ongelmaksi koettiin joko ohjelmiston tai tietokoneiden toimimattomuus. Yksi vastaaja ei osannut tarkentaa tai yksi kertoi, ettei käyttänyt lääkehoitosuunnitelmaa ollenkaan. Viimeisistä kahdesta vastauksista toisessa ongelmaksi kerrottiin, ettei osastolla ole lääkehoitosuunnitelmaa ja toisessa se, että eri osastoilla on eri käytänteitä.

TAULUKKO 3. Lääkehoitosuunnitelman hyödyntäminen.

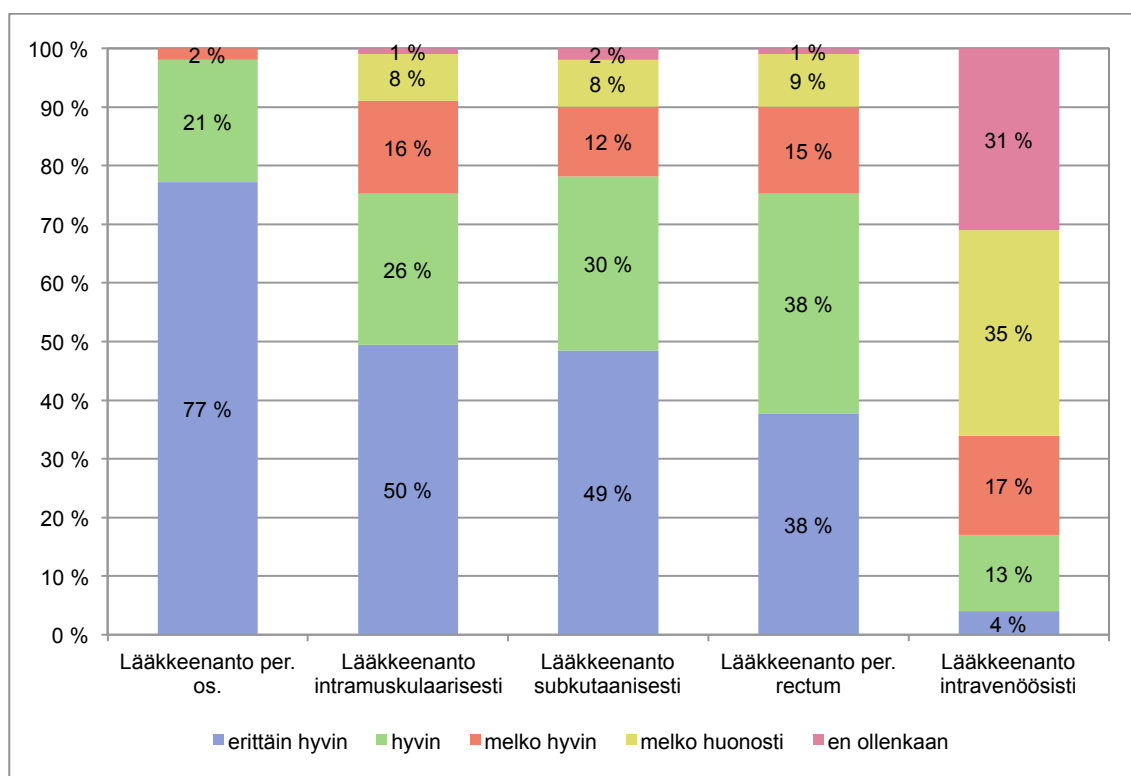
Kysymys	Vastaus	
	Kyllä (%)	Ei (%)
Löytyykö Intranetistä PPSHP:n lääkehoitosuunnitelma helposti? (N = 101)	85	15
Hyödynnätkö Intran PPSHP:n lääkehoitosuunnitelmaa? (N = 100)	43	57
Onko lääkehoitosuunnitelmassa puutteita? (N = 98)	17	83

6.4 Lääkehoidon kliininen osaaminen

Vastaajista (N = 101) kolme (n. 3 %) ilmoitti, ettei osallistu ollenkaan lääkehoidon toteutukseen. Muut vastaajat ilmoittivat osallistuvansa lääkehoidon toteutukseen päivittäin (30 %), viikoittain (51 %) tai harvemmin kuin viikoittain (17 %). Lääkkeitä jakaessaan lääkelistan ajantasaisuuden tarkistaa aina 74 % vastaajista. 15 % tarkistaa sen melkein aina ja 9 % harvoin. Yksikään vastaajista ei valinnut lääkelistan tarkastamista koskevaan kysymykseen vaihtoehtoa *En koskaan*.

6.4.1 Lääkkeenantomuodot

Lääkkeenantoreittien hallitsemista koskevassa kysymyksessä kysyttiin, kuinka hyvin vastaaja oman arvionsa mukaan hallitsee lääkkeenannon per os (suun kautta, p.o.), intramuskulaarisesti (lihaksen sisään, i.m.), subkutaanisesti (ihon alle, s.c.), per rectum (peräsuoleen) ja intravenöösisti (laskimonsisäisesti, i.v.). Parhaiten hoitajat arvioivat hallitsevansa lääkkeenannon suun kautta (kuvio 7). Jopa 77 % vastaajista (N = 101) arvioi hallitsevansa tämän erittäin hyvin ja loputkin hyvin taikka melko hyvin. Muutama prosentti hoitajista arvioi, ettei hallitse ollenkaan lihaksensisäistä, ihonalaista ja peräsuolen kautta annettavaa lääkitystä ja 8-9% arvioi hallitsevansa nämä melko huonosti. Muut vastaajat arvioivat hallitsevansa nämä keskimäärin hyvin.

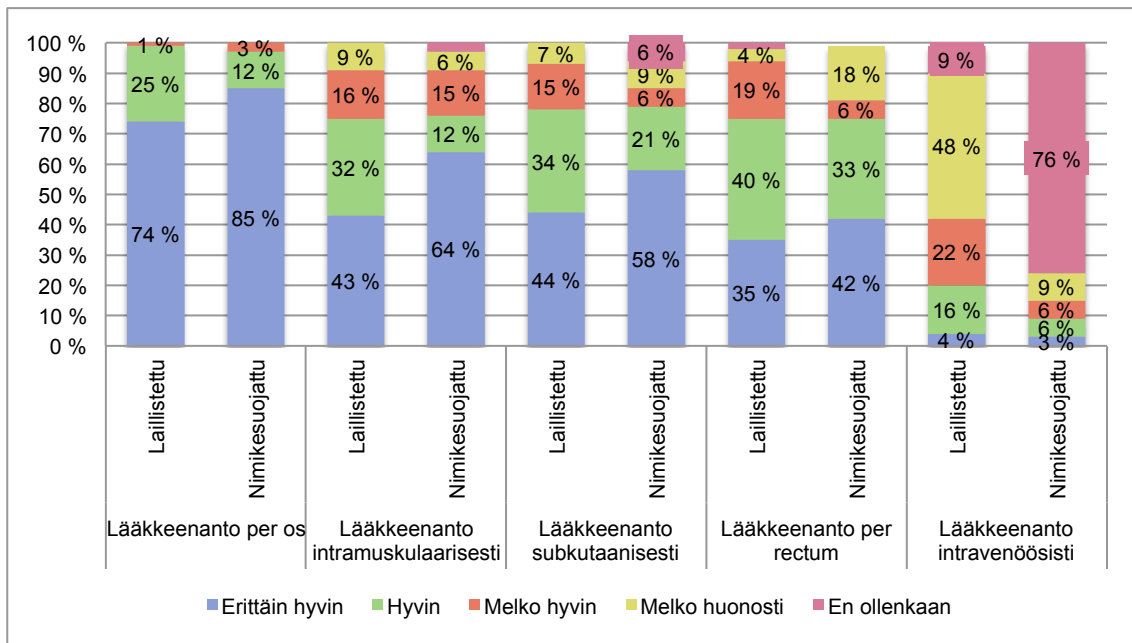


KUVIO 7. Vastausten jakautuminen sen suhteen, kuinka hyvin vastaaja hallitsevansa eri lääkkeenantomuodot (N=101).

Heikoiten hoitajat arvioivat hallitsevansa laskimonsisäisen lääkehoidon. 31 % arvioi, ettei hallitsit sitä ollenkaan ja 35 % arvioi hallitsevansa sen melko huonosti. Erittäin hyvin laskimonsisäisen nestehoidon arvioi hallitsevansa vain 4 % vastanneista hoitajista (kuvio 7). Lääkkeenantomuotojen vastauksissa oli jonkin verran eroja eri ammattiryhmien kesken. Nimikesuojatut terveyden-

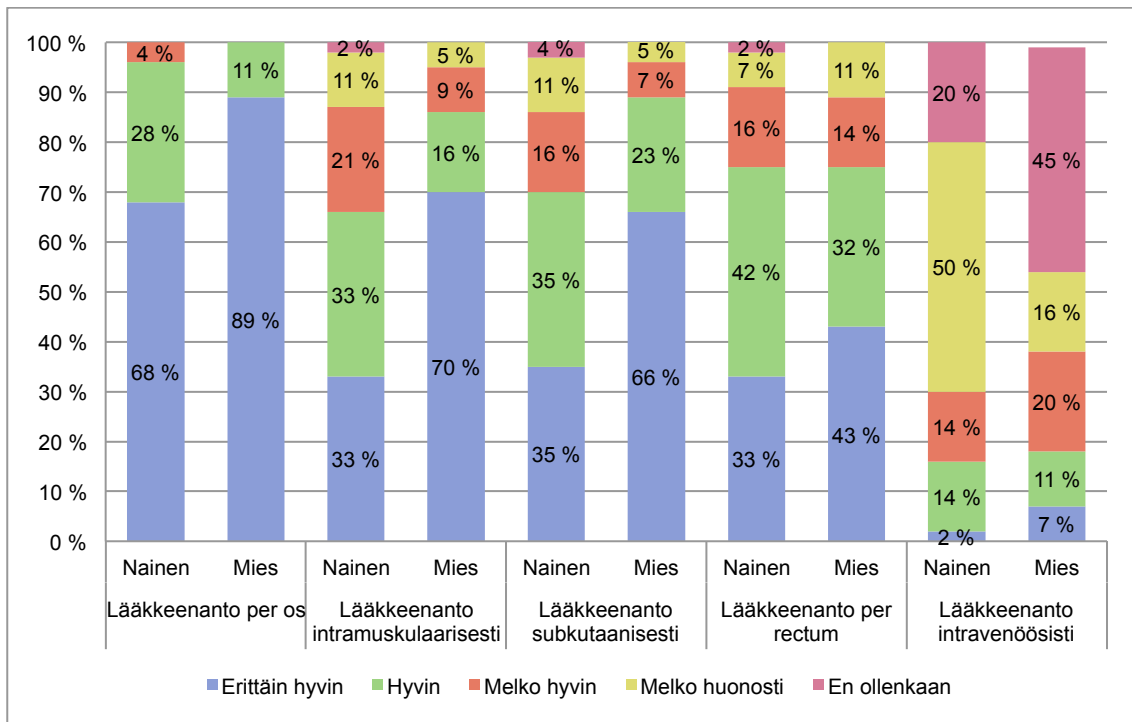
huollon ammattihenkilöt arvioivat hallitsevansa laskimonsisäistä lääkehoitoa lukuun ottamatta eri lääkkeenantomuodot paremmin kuin laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt (kuvio 8).

Eniten ammattiryhmät poikkesivat toisistaan laskimonsisäisen lääkehoidon osaamisen suhteen (kuvio8). Nimikesuojatuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä 76% oli vastannut, ettei hallitse lääkkeenantoa intravenöösisti ollenkaan, kun taas laillistetuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä näin oli vastannut vain 9% (kuvio 8). Kuitenkin laillistetuista terveydenhuollon ammattihenkilöistäkin 48% arvioi hallitsevansa laskimonsisäisen lääkehoidon melko huonosti, kun taas melko hyvin sen arvioi hallitsevansa 22%, hyvin 16% ja erittäin hyvin 4% laillistetuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Nimikesuojatuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3% arvioi hallitsevansa laskimonsisäisen lääkkeenannon erittäin hyvin, 6% hyvin ja 6% melko hyvin.



KUVIO 8. Lääkkeenantomuotoja koskevien kysymysten vastausjakauma ammattiryhmittäin.

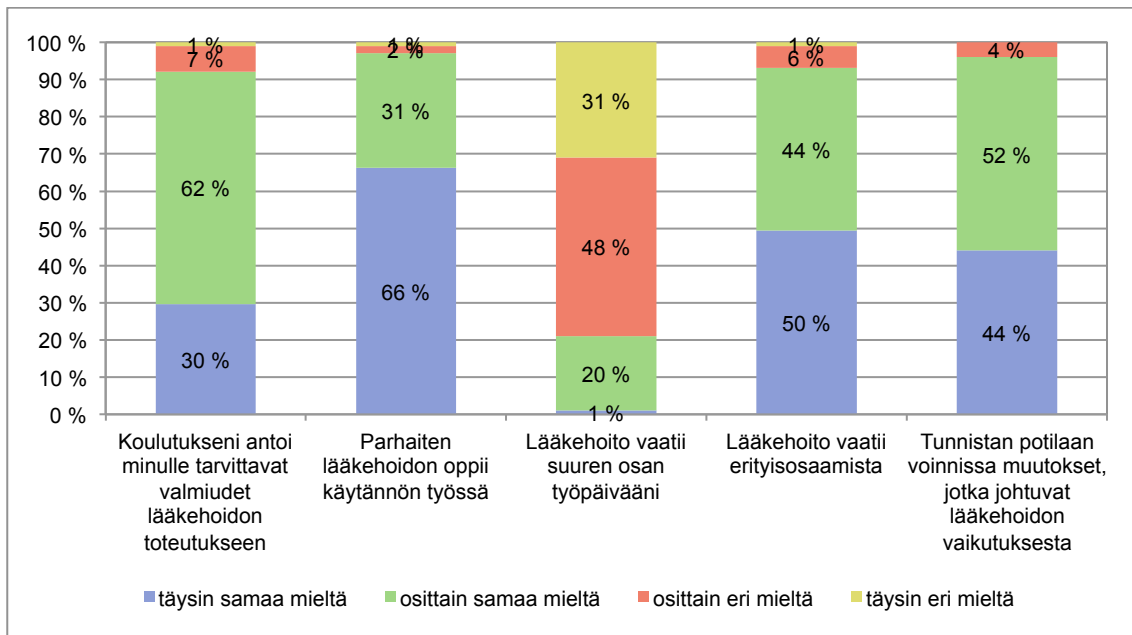
Myös sukupuolten välillä oli havaittavissa eroja eri lääkkeenantomuotojen osaamisen itsearviossa. Laskimonsisäistä lääkehoitoa lukuun ottamatta miehet arvioivat osaamisensa paremmaksi kuin naiset (kuvio 9).



KUVIO 9. Lääkkeenantomuotoja koskevien kysymysten vastausjakauma sukupuolittain.

6.4.2 Lääkehoidon vaativuus

Hoitajien omaa arviota lääkehoidon vaativuudesta testattiin väitteillä, joiden vastausvaihtoehdot olivat väliltä *Täysin samaa mieltä* ja *Täysin eri mieltä*. Suurin osa vastaajista (N = 101) katsoi koulutuksensa antaneen riittävät valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen, mutta toisaalta vielä useampi oli täysin samaa mieltä siitä, että lääkehoidon oppii parhaiten käytännön työssä (kuviokuva 10). Vastanneet hoitajat katsoivat enimmäkseen, ettei lääkehoito vaadi suurta osaa heidän työajastaan. Täysin eri mieltä väitteen *Lääkehoito vaatii suuren osan työpäivääni* kanssa oli 31% vastaajista ja osittain eri mieltä oli 48 %.

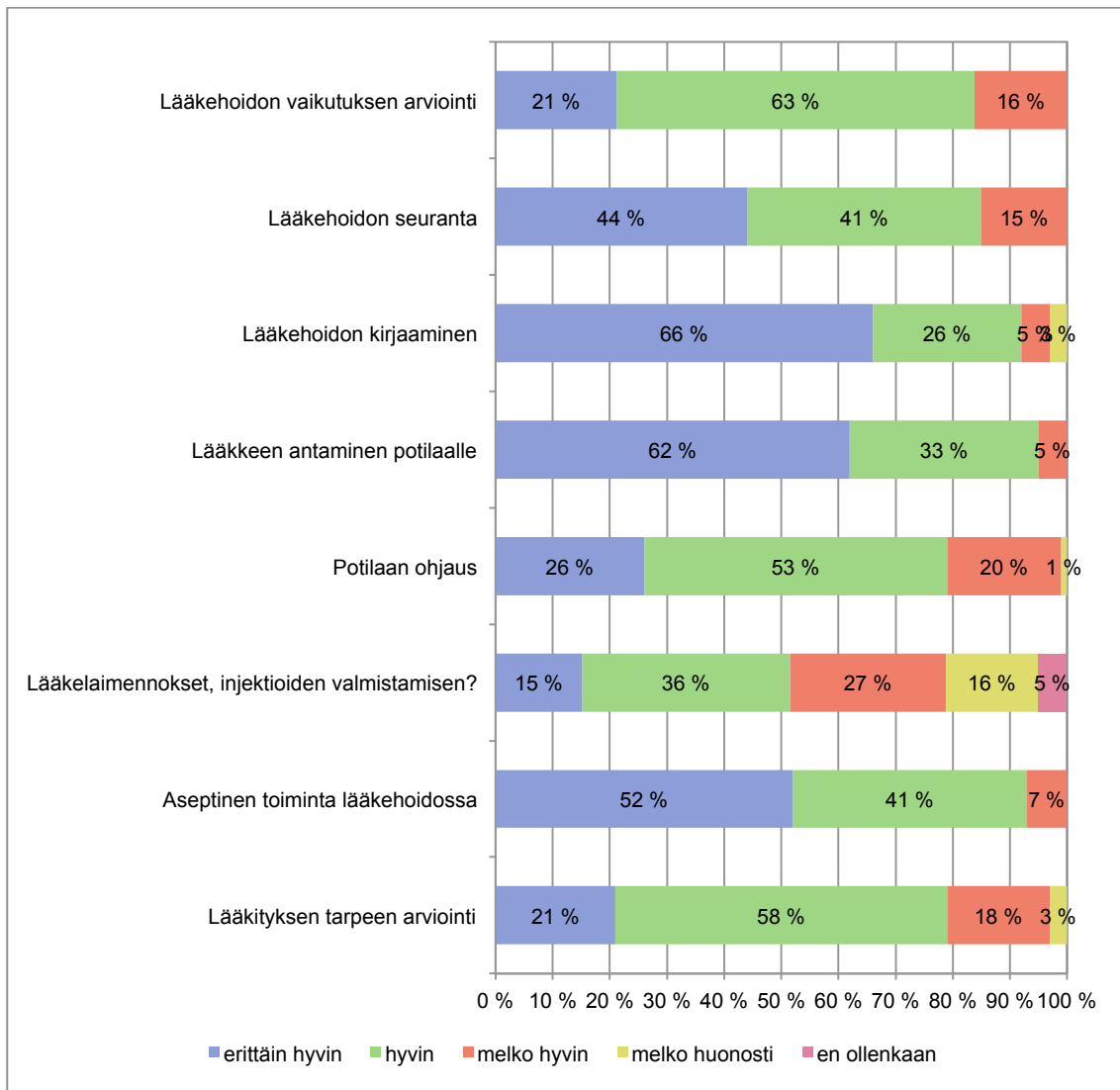


KUVIO 10. Lääkehoidon vaativuutta kartoittavien kysymysten vastausjakauma (N=101).

Suurin osa vastanneista hoitajista katsoi lääkehoidon vaativan erityisosaamista, mutta toisaalta pieni osa oli vastannut olevansa osittain tai täysin eri mieltä. Hoitajat tunnistavat oman arvionsa mukaan hyvin potilaan voinnissa muutokset, jotka johtuvat lääkehoidon vaikutuksesta (kuvio 10).

6.4.3 Lääkehoidon prosessi

Hoitajat arvioivat hallitsevansa lääkehoidon prosessin pääosin hyvin (kuvio 11). Jokainen vastannut hoitaja (N = 100) arvioi hallitsevansa lääkkeen antamisen potilaalle, lääkehoidon vaikutusten arvioinnin, lääkehoidon seurannan ja aseptisen toiminnan vähintään melko hyvin. Pieni osa hoitajista arvioi hallitsevansa melko huonosti potilaan ohjauksen, lääkehoidon kirjaamisen ja lääkityksen tarpeen arvioinnin. Enemmistö vastaajista arvioi kuitenkin hallitsevansa nämä hyvin.



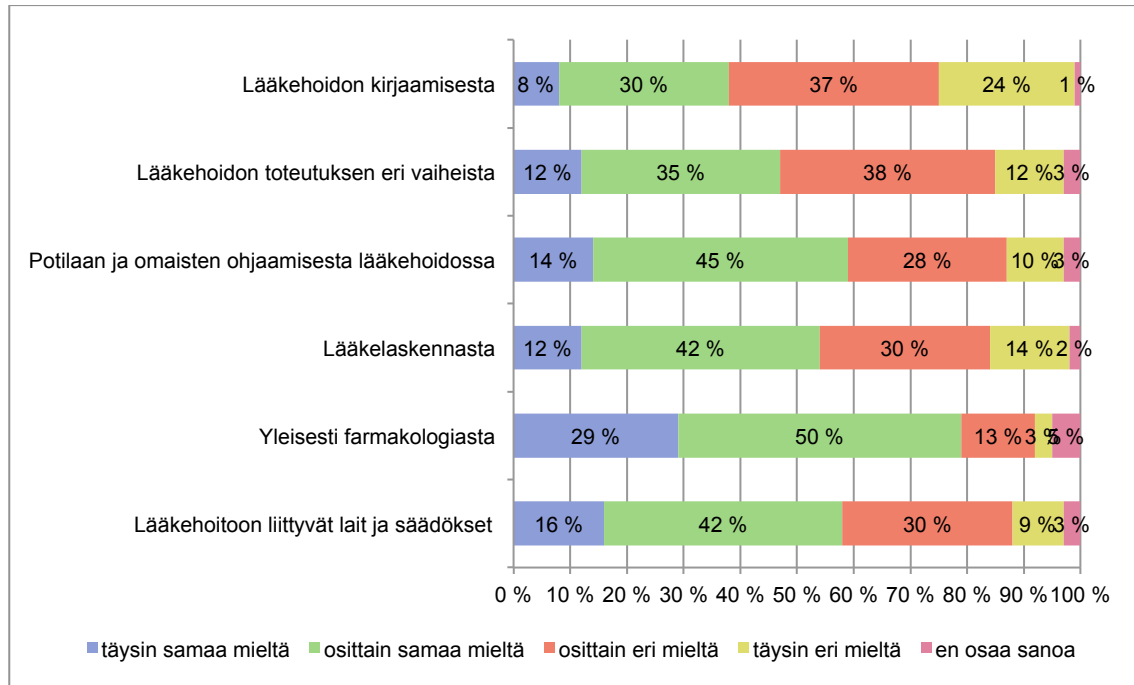
KUVIO 11. Vastausten jakautuminen sen suhteen, kuinka hyvin hoitajat arvioivat hallitsevansa lääkeshoidon prosessin eri vaiheet (N=100).

Lääkelaimennosten ja injektioiden valmistamisen vastausjakauma eroaa jonkin verran muista lääkeshoidon prosessia kartoittaneista kysymyksistä (kuvio 11). 16 % vastaajista arvioi hallitsevansa tämän osa-alueen melko huonosti ja 5 % ei ollenkaan.

6.5 Täydennyskoulutuksen tarve

Kysymyslomakkeessa kartoitettiin myös hoitajien toiveita lääkeshoidon eri osaamisalueiden täydennyskoulutuksen suhteen. Vastausten jakauma on esitetty kuviossa 10. Eniten täydennyskoulutusta haluttaisiin yleisesti farmakologiasta. 79 % vastaajista oli joko osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että haluaisi täydennyskoulutusta farmakologiasta. Yli puolet vastaajista toivoisi täy-

dennyskoulutusta potilaan ja omaisten ohjaamisesta, lääkelaskennasta tai lääkehoitoon liittyvistä laeista ja säädöksistä. Sen sijaan yli puolet hoitajista ei katso tarvitsevasa täydennyskoulutusta lääkehoidon kirjaamisesta ja lääkehoidon toteutuksen eri vaiheista (kuvio 12).



KUVIO 12. Vastausjakauma lääkehoidon eri osaamisalueiden täydennyskoulutuksen arvioidun tarpeen suhteen (N=100).

Valtaosa, 72% vastaajista (N = 99) katsoi, että täydennyskoulutuksen määrä hänen työpaikallaan on ollut riittävää. Kuitenkin 28% vastaajan mielestä täydennyskoulutusta ei ole ollut tarpeeksi. Niille, jotka eivät katsoneet täydennyskoulutusta olleen riittävästi, avautui kyselylomakkeessa kaksi tarkentavaa, avointa kysymystä, joissa kysyttiin, miksi täydennyskoulutus on ollut riittämättömää ja millaisia puutteita täydennyskoulutuksessa on ollut. Kysymykseen *Miksi täydennyskoulutus ei ole ollut riittävää?* vastasi 21 hoitajaa. Sisältöanalyysissä pystyttiin määrittämään kolme yläluokkaa, joita olivat koulutuksen määrä, osallistumismahdollisuus sekä koulutuksen laatu (taulukko 4). Hoitajat kritisoivat sitä, ettei koulutuksia ole riittävästi tai ettei niitä ole ollut ollenkaan. Osa hoitajista toi esiin sen, etteivät kaikki pääse osallistumaan koulutuksiin. Kolmessa vastauksessa mainittiin erityisesti, ettei sijaisille tai uusille työntekijöille anneta mahdollisuutta osallistua koulutuksiin, mikä katsottiin omaksi alaluokakseen. Kahden hoitajan vastauksissa kritisoitiin koulutuksen laatua.

TAULUKKO 4. Sisältöanalyysi vastauksista avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin, miksi täydennyskoulutus ei ole ollut riittävä. (N = 21)

Yläluokka	Alaluokka	Vastausten määrä	Autenttinen lainaus
Määrä	Koulutuksia liian vähän	7	“Lääkehoidon koulutusta pitäisi olla useammin esim. edustajat voisivat käydä enemmän osastolla kertomassa omista lääkkeistään.”
	Koulutuksia ei ollenkaan	5	“ei ole ollut lisäkoulutusta tarjolla”
Osallistumismahdollisuus	Vain osa henkilökunnasta pääsee koulutuksiin	4	“Niihin pääsee osallistumaan huonosti.”
	Sijaiset / uudet työntekijät eivät pääse osallistumaan	3	“Sijaiset eivät saa riittävästi koulutusta.”
Laatu		2	“verkkokoulutus pääasiassa, ei käytännönläheinen”

Toisen täydennyskoulutusta koskevan avoimen kysymyksen, *Millaisia puutteita näet täydennyskoulutuksessa?*, vastauksissa (N = 9) toistuivat samat yläluokat ja alaluokat kuin edellisessä kysymyksessä (taulukko 4). Kolmessa vastauksessa koulutuksia kerrottiin olevan liian vähän ja kolmessa, ettei niitä ole ollenkaan. Yhdessä kritisoitiin koulutusten laatua. Yhdessä vastauksessa kritiikki kohdistui hoitajiin itseensä:

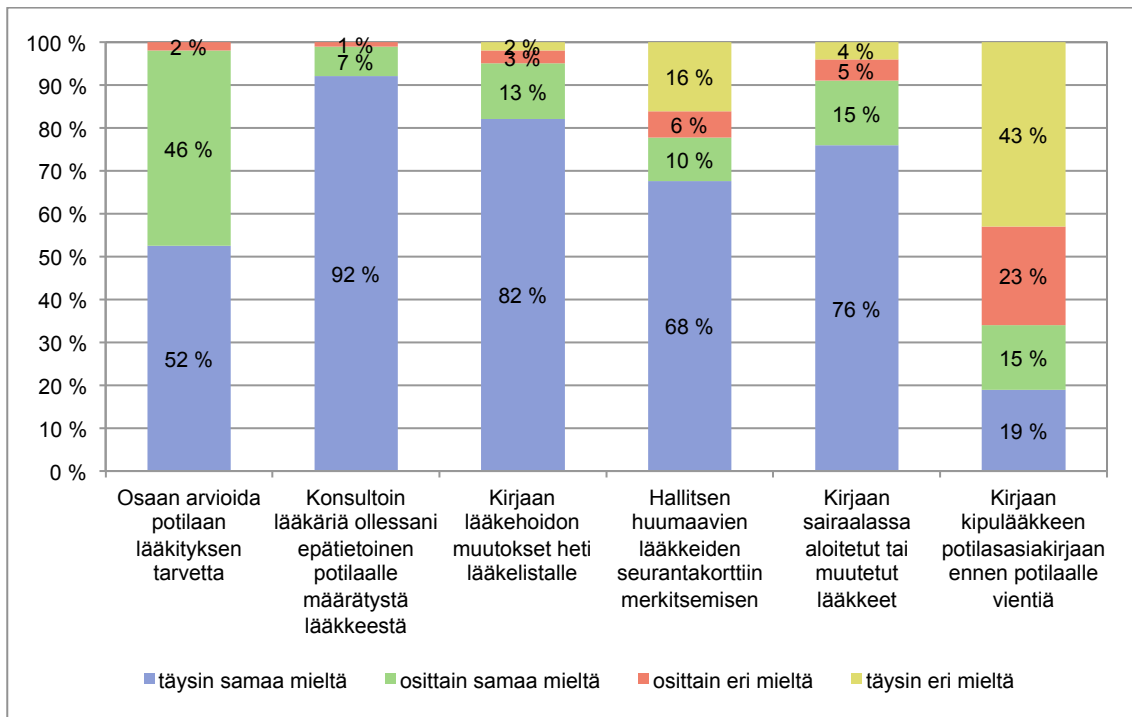
”Kerran hankitun tiedon kertaaminen ei ole itsestään selvää, luotetaan vanhoihin tietoihin, eikä osata vaatia koulutusta.”

6.6 Lääkehoidon päätöksenteon osaaminen

Hoitajien lääkehoidon päätöksenteko-osaamista kartoitettiin väittämillä, joiden vastausten jakauma on esitetty kuviossa 13. Vastausten perusteella suurin osa hoitajista hallitsee lääkehoidon päätöksenteon hyvin: osaa arvioida potilaan lääkityksen tarvetta, konsultoi lääkäriä ollessaan epätietoinen potilaan lääkityksestä, kirjaa lääkemuutokset heti ja kirjaa myös sairaalassa aloitetut lääkkeet. Huumaavien lääkkeiden seurantakorttiin kirjaamista ei omasta mielestään hallinnut 22 % vastaajista.

Viimeinen väittämä *Kirjaan kipulääkkeet potilasasiakirjaan ennen potilaalle vientiä* sisältää tarkoituksella lääkehoidossa virheellisen toimintamallin, sillä lääkehoidon toteutus kirjataan vasta sen

jälkeen, kun lääke on annettu potilaalle (esim. Inkinen ym. 2016, 47). Valtaosa, 66 % vastaajista olikin väitteestä eri mieltä.

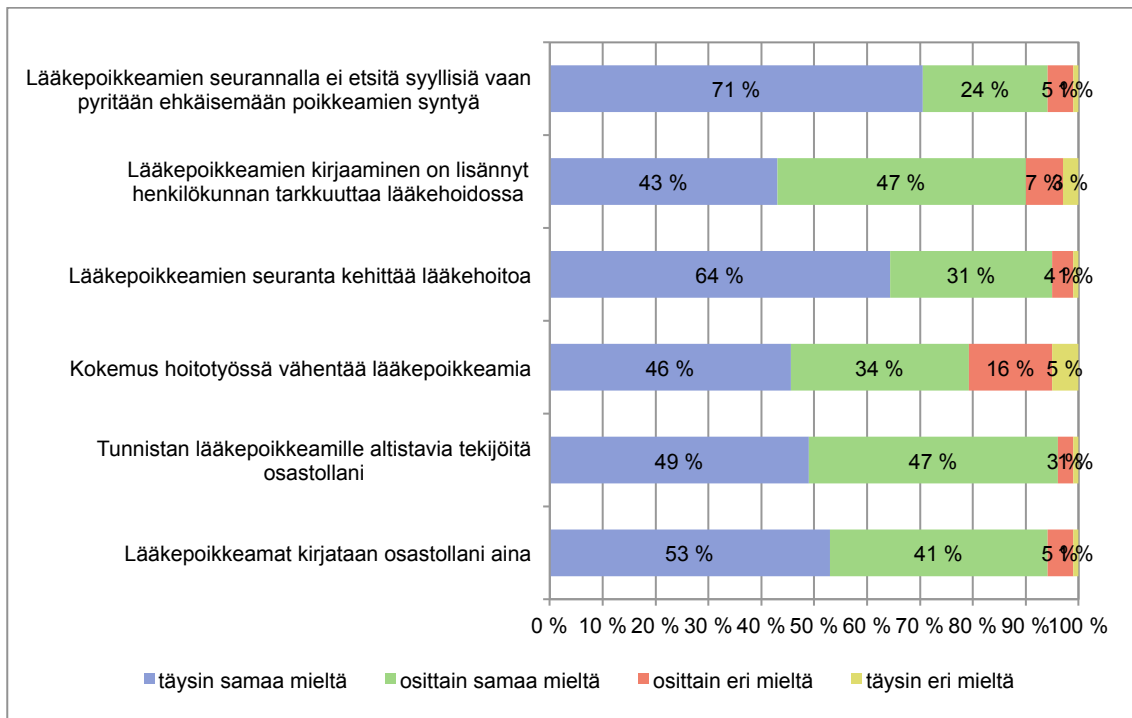


KUVIO 13. Vastausjakauma lääkähoidon päätöksenteko-osaamista kartoittaneisiin väittämiin (N=101).

6.7 Lääkehoidon turvallisuuden edistäminen

Lääkepoikkeamien käsittelyä ja seurantaan koskevien väitteiden vastausjakauma on esitetty kuviossa 14. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alueella on käytössä HaiPro- järjestelmä vaaratapahtumien raportointia varten. Vastaajista 95 % oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, ettei lääkepoikkeamien seurannalla etsitä syllisiä vaan pyritään ehkäisemään poikkeamien syntyä. Valtaosa hoitajista oli niin ikään täysin tai osittain samaa mieltä väitteistä, joiden mukaan lääkepoikkeamien kirjaaminen on lisännyt henkilökunnan tarkkuutta lääkähoidossa ja lääkepoikkeamien seuranta kehittää lääkähoidoa.

Lääkepoikkeamille altistavia tekijöitä osastollaan tunnistaa 96% vastaajista ja 94 % oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että lääkepoikkeamat kirjataan osastolla aina. Sen sijaan 21 % vastanneista hoitajista oli osittain tai täysin eri mieltä sen kanssa, että kokemus hoitotyöstä vähentää lääkepoikkeamia (kuvio 14).



KUVIO 14. Vastausten jakautuminen lääkepoikkeamien käsittelyä ja seuranta (HaiPro) koskeviin väitteisiin (N=102).

87 % (N = 98) hoitajista oli sitä mieltä, että lääkehoidon turvallisuus on huomioitu omalla työpaikalla riittävästi. Sen sijaan 13 % mielestä lääkehoidon turvallisuutta ei oltu omalla työpaikalla huomioitu riittävästi. Jälkimmäisille avautui tarkentava avoin kysymys *Miten edistäisit lääkehoidon turvallista toteutusta työpaikallasi?*. Tähän kysymykseen vastasi 11 hoitajaa. Sisältöanalyysillä vastaukset voitiin jakaa neljään yläluokkaan: lääkkeenjakoilaa, kiirettä, osaston käytäntöjä sekä henkilökunnan koulutusta koskeviin. Lääkkeenjakoilaa kritisoitiin liian rauhattomaksi viidessä vastauksessa. Yhdessä vastauksessa osastoa pidettiin liian kiireisenä ja henkilökunnan määrää liian vähäisenä. Kahdessa vastauksessa esitettiin henkilökunnan täydennyskoulutusta lääketurvallisuutta lisäämään:

”työntekijöille enemmän koulutusta psyykelääkkeistä yleisestikin, lastenpsykiatrialla lääkkeiden käyttö on vähäistä, jolloin pitkään olleiden työntekijöiden lääketietämys ja niiden kanssa työskentely on hyvin vähäistä. myös tutustuminen eri psykiatrian osastoihin olisi hyvä, että työntekijät pääsisivät tutustumaan paikkaan, jossa psyykelääkkeitä käytetään enemmän.”

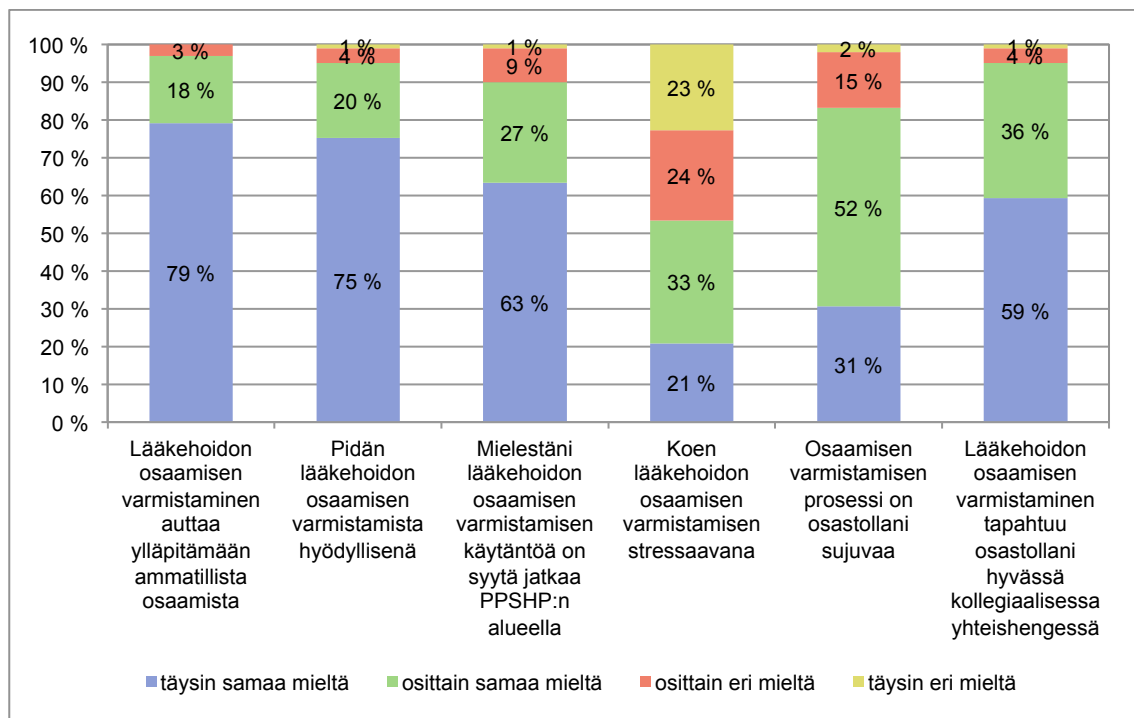
Kolmessa vastauksessa kritisoitiin osaston käytäntöjä, kaksinkertaisen tarkistuksen tai yhtenäis-

ten ohjeiden puuttumista:

”lääkehoidon kirjaamisissa ja määräysten siirtämisissä kirjavia käytäntöjä. Osastolla ei toteuteta lääkehoito suunnitelman tuplatarkistusta lääkkeiden jaossa. Muilla osastoilla lääkäri siirtää määräyksensä lääkehoito osioon.”

6.8 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen

Kyselyyn vastanneet hoitajat suhtautuivat pääosin hyvin myönteisesti lääkehoidon osaamisen varmistamisen käytäntöön (kuvio 15). 79 % vastaajista (N = 101) oli täysin samaa mieltä ja 18 % osittain samaa mieltä siitä, että lääkehoidon osaamisen varmistaminen auttaa ylläpitämään ammatillista osaamista. Suurin osa vastaajista piti lääkehoidon osaamisen varmistamista hyödyllisenä ja oli sitä mieltä, että käytäntöä on syytä jatkaa sairaanhoitopiirin alueella.



KUVIO 15. Hoitajien suhtautuminen lääkehoidon osaamisen varmistamiseen (N=101).

Noin puolet vastaajista piti osaamisen varmistamista stressaavana kun taas toinen puolikas ei pitänyt sitä stressaavana. 31 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 52 % osittain samaa mieltä siitä, että osaamisen varmistaminen tapahtuu omalla osastolla sujuvasti. Sen sijaan 17 % oli eri mieltä osaamisen varmistamisen sujuvuudesta. Suurimman osan mielestä osaamisen varmistaminen tapahtuu omalla osastolla hyvässä kollegiaalisessa yhteishengessä, mutta 5 % oli kuitenkin

kin tästä eri mieltä.

Kyselyn lopussa oli kolme avointa kysymystä lääkehoidon osaamisen varmistamiseen liittyen. Kysymysten sisältöanalyysi on esitetty taulukossa 5. Ensimmäiseen kysymykseen *Miten lääkehoidon osaamisen varmistaminen on vaikuttanut lääkehoidon osaamiseen?* oli annettu 44 vastausta. Näistä 29 pystyttiin luokittelemaan lääkehoidon osaamisen varmistamiseen positiivisesti suhtautuviksi (yläluokka). Eniten positiivisissa vastauksissa korostui se, että lääkehoidon osaamisen varmistaminen on hyvää asioiden kertausta. Toiseksi vastattiin sen lisäävän lääkehoidon osaamista ja kolmanneksi, että osaamisen varmistaminen tuo varmuutta lääkehoidon toteuttamiseen. Toiseksi yläluokaksi ensimmäisen kysymyksen sisältöanalyysissä muodostui osaamisen varmistamiseen kriittisesti suhtautuvat (15 vastausta). Näistä erottuivat ne vastaukset, joissa lääkehoidon osaamisen varmistamisen ei katsottu vaikuttavan omaan lääkehoidon osaamiseen mitenkään sekä ne, joissa nykyistä varmistamisen menetelmää pidettiin huonona (taulukko 5).

Toiseen kysymykseen *Miten kehittäisit lääkehoidon osaamisen varmistamista?* oli annettu 39 vastausta. Näistä yläluokkia tunnistettiin sisältöanalyysissä kolme: ne joissa ehdotettiin osaamisen varmistamisen kehittämistä, ne joissa nykyistä käytäntöä pidettiin hyvänä sekä yksi vastaus, jossa ehdotettiin koko osaamisen varmistamiskäytännön poistamista (taulukko 5). Kehittämisehdotuksissa korostui lääkehoidon osaamisen varmistamisen muuttaminen paremmin psykiatriseen lääkehoitoon sopivaksi (19 vastausta). Kuudessa näistä vastauksista mainittiin nimenomaan laskimonsisäisen neste- ja lääkehoidon suuri osuus osaamisen varmistamisessa ja pidettiin sitä sopimattomana käytäntönä psykiatrian puolelle, jossa laskimonsisäistä neste- ja lääkehoitoa ei käytetä. Muutoin vastaajat toivoivat psyykenlääkkeisiin ja psyykkisiin sairauksiin keskittyvää osaamisen varmistamista. Toiseksi kehitysehdotukseksi nousi täydennyskoulutuksen lisääminen tai osaston käytäntöjen kehittäminen, lähinnä osastofarmaseutin tuominen myös psykiatrisille osastoille sekä varmistamaan osaamista että ohjaamaan ja opastamaan henkilökuntaa.

Kolmanteen kysymykseen *Mitä muuta kommentoitavaa sinulla on lääkehoidon osaamisesta tai osaamisen varmistamiseen liittyen?* oli annettu 16 vastausta. Nämä jaettiin yläluokkiin sen perusteella, koskivatko ne osaamisen varmistamista vaiko lääkehoitoa. Osaamisen varmistamista kommentoineet hoitajat ehdottivat tässäkin kysymyksessä enimmäkseen käytännön muuttamista psykiatrian puolelle paremmin sopivaksi. Lääkehoitoa kommentoineet ehdottivat useimmiten osaston käytäntöjen kehittämistä yhtenäisemmäksi tai lääkehoidon toteuttamisen kannalta turvallisemmaksi.

TAULUKKO 5. Lääkehoitoon ja lääkehoidon osaamisen varmistamiseen liittyvien kolmen avoimen kysymyksen sisältöanalyysi.

Kysymys	Yläluokka	Alaluokka	Vastausten määrä	Autenttinen lainaus
Miten lääkehoidon osaamisen varmistaminen on vaikuttanut lääkehoidon osaamiseesi? (N = 44)	Positiivinen	Kertaus	14	<i>pitää kerrata myös niitä asioita, joita ei päivittäin käytä työssä</i>
		Osaaminen	9	<i>Ylläpitää omaa lääkehoidollista ammattitaitoa</i>
		Varmuus	6	<i>On saanut varmuutta enemmän lääkkeiden jakamiseen.</i>
	Kriittinen	Tarpeeton	12	<i>Ei mitenkään</i>
		Nykyinen käytäntö huono	3	<i>nykyine käytäntö ei vastaa psykiatrian tarpeisiin, suunnattu somatiikalle</i>
Miten kehittäisit lääkehoidon osaamisen varmistamista? (N = 39)	Kehitys	Suuntaaminen psykiatriseen lääkehoitoon	19	<i>Nykyisessä lääkehoidon tentissä ei huomioida psykiatriaakaan vaan koko tentti on suunnattu somatisten puolen hoitajille. Huomattavan suuri osa lääkehoidon osaamisen tentistä käsittelee vain somatiikan osaamista, käytännössä näytämme somaattista osaamista vain tenttihakkeilla. Muutoin se ei vaikuta psykiatrisen sh työhön juurikaan.</i>
		Täydennyskoulutus ja käytännöt	15	<i>Lisätään farmakologian, haittavaikutukseten ja antotapojen teoreettista ja käytännön opetusta työympäristössä</i>
	Ei muutosta	Nykyinen käytäntö on hyvä	4	<i>En mitenkään. Ihan hyvä näin.</i>
	Poistaminen		1	<i>poistaisin tentit</i>
	Mitä muuta kommentoitavaa sinulla on lääkehoidon osaamiseen tai osaamisen varmistamiseen liittyen? (N = 16)	Osaamisen varmistaminen	Suuntaaminen psykiatriseen lääkehoitoon	4
Muu huomio			3	<i>Monet ahdistuvat ja jännittävät turhaa "kokeita" ja näyttöjä. Tilanne on luonnoton koska kuitenkin käytännössä työryhmä tukee ja auttaa ja asioita opitaan yhdessä.</i>
Lääkehoito		Käytäntöjen kehittäminen	7	<i>Jokaisella osastolla toimittaisiin samoin lääkkeiden määräysten ja jakamisten suhteen. Nyt on erillaisia lääkemääräys käytäntöjä jopa samalla osastolla riippuen lääkäristä.</i>
		Muu huomio	2	<i>Kaksoistarkistus on arvokas käytänne.</i>

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien nimikesuojattujen (esim. lähihoitajat) ja laillistettujen (esim. sairaanhoitajat) terveydenhuollon ammattihenkilöiden lääkehoidon teoreettista ja käytännön osaamista heidän itsensä kuvaamana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian osastoilla. Lisäksi selvitettiin, miten hoitajat kokevat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella tietyin määräjain annettavien pakollisten lääkehoidon osaamisen varmistamisen kokeiden vaikuttavan omaan osaamiseensa ja millaisia lääkehoidon toteutuksen ja kehittämisen tarpeita hoitajat esittävät osastollaan olevan. Useat aikaisemmat tutkimukset ovat käsitelleet sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista (mm. Lotvonen 2012, Luokkamäki 2015, Sneck 2016), mutta myös lähihoitajien lääkehoito-osaamista on tutkittu (Marku & Santala 2009, Salerno 2011).

7.1.1 Lääkehoidon toteutus osastoilla

Osastojen käytännöt poikkesivat jonkin verran toisistaan, mutta noudattavat valtakunnallista ohjeistusta. Turvallisen lääkehoidon oppaan mukaan lääkkeitä jakavat potilaskohtaisiin annoksiin ensisijaisesti laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, mutta myös nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt niissä yksiköissä, joissa tämä on tarkoituksenmukaista. Lääkkeet voidaan oppaan mukaan jakaa lääkelaseihin, annosjakelupusseihin tai dosettiin. (Inkinen ym. 2016, 44.)

Lääkkeitä jaettiin kaikissa vuoroissa, joillain osastoilla myös yövuorossa. Virallista ohjeistusta yövuoroissa tapahtuvan lääkkeenjaon suhteen ei opinnäytetyön tekijöiden tietojen mukaan ole, mutta käytännössä tätä pyritään nykyisin usein välttämään. Yövuorojen aikainen väsymys voi olla riski lääkityspoikkeamille (Suikkanen 2008).

Myös lääkkeenjako-tilan rauhattomuus, keskeytykset lääkkeenjaon aikana sekä kiire ja työn kuormittavuus lisäävät tutkimusten mukaan lääkepoikkeamien riskiä (Suikkanen 2008, Hemingway ym. 2011, Metsälä & Vaherkoski 2014, Luokkamäki 2015). Vaikka suurin osa kyselyyn vas-

tanneista hoitajista oli sitä mieltä, että lääkehoitoa toteuttava hoitaja saa työrauhan ja lääkkeenjako-tila on rauhallinen, osa hoitajista koki kiireen ja lääkkeenjako-tilan rauhattomuuden muodosta-
van riskin osastonsa lääkehoidon toteutuksessa.

Yksi tärkeimpiä lääkitysturvallisuutta lisääviä keinoja olisi se, että lääkäri kirjaisi itse lääkemäärä-
yksensä sähköiseen potilastietojärjestelmään (Inkinen ym. 2016, 32). Yli puolet kyselyyn vastan-
neista hoitajista olikin vastannut osastollaan olevan tämän käytännön, mitä voidaan pitää hyvänä
asiana lääkitysturvallisuuden kannalta. Toisaalta kolme kymmenestä hoitajasta oli sitä mieltä,
etteivät lääkäreiden antamat lääkemääräykset ole ymmärrettäviä. Epäselvät tai ristiriitaiset lää-
kemääräykset ovat selkeä riskitekijä lääkitysturvallisuuden toteutuksessa (Suikkanen 2008, Hemingway
ym. 2011, Metsälä & Vaherkoski 2014, Luokkamäki 2015).

7.1.2 Lääkehoidon teoreettinen osaaminen

Hoitajat arvioivat tuntevansa lääkehoitoa koskevat lait ja säädökset sekä oman osastonsa lääke-
hoitosuunnitelman ja lääketilausprosessin pääosin hyvin. Heikoimpana lääkehoidon teorian
osaamisalueena hoitajat pitivät farmakologian tuntemistaan. Farmakologian osaamisessa onkin
tutkimusten mukaan puutteita sekä sairaanhoitajilla (Grandell ym. 2005, Ndosi & Newell 2009,
Metsälä & Vaherkoski 2014) että lähihoitajilla (Marku & Santala 2009, Salerno 2011). Jo lääke-
hoidon opetuksessa on oppilaitoskohtaisia eroja sekä sairaanhoitajien (Dilles, Vander Stichele,
Van Bortel & Elseviers 2011, Sulosaari 2016) että lähihoitajien (Salerno 2011) koulutuksen
aikana. Suomessa sairaanhoitajien koulutuksessa on painotettu lääkelaskentataitoja, mutta sa-
maan aikaan lääkehoidon muu teoriaopetus on jäänyt vähemmälle. Erityisesti farmakologian
hallinta muodostaisi kuitenkin tärkeän perustan kaikelle lääkitysturvallisuudelle ja sen merkitys tulee yhä
kasvamaan väestön ikääntyessä. (Sulosaari 2016.)

Toisaalta vain vähemmistö kyselyyn vastanneista hoitajista piti farmakologian osaamistaan melko
huonona, kun taas suurin osa arvioi osaamisensa joko hyväksi tai melko hyväksi, mikä vastaa
aiemmista hoitajien itsearviointiin perustuvista tutkimuksista saatuja tuloksia (Luokkamäki 2015,
Sneck 2016). Sneckin (2016) tutkimuksessa sairaanhoitajien itsearvio lääkehoidon teoriaosaami-
sestaan vastasi lääkehoidon osaamisen varmistamisen teoriakokeissa saatuja tuloksia, joten
itsearviota voidaan pitää melko luotettavana osaamisen mittarina. Farmakologia nousi esiin myös
hoitajien esittämänä suurimpana täydennyskoulutuksen tarpeena. Lähi- ja perushoitajilla täyden-

nyskoulutuksen on havaittu merkittävästi parantavan lääkehoito-osaamista muun muassa farmakologian osa-alueella (Marku & Santala 2009), joten täydennyskoulutuksia voidaan pitää perusteltuna myös potilasturvallisuuden kannalta.

Kyselyyn vastanneista hoitajista suurin osa hakee tietoa lääkkeistä Pharmaca Fennicasta, Duodecim-tietokannasta tai työtovereilta. Apteekkia tiedonhaussa hyödyntää vain 27 %. Yhteistyö farmasistien kanssa lisää tutkimusten mukaan lääkitysturvallisuutta (Toppinen, Moilanen, Järvi- luoma & Tohmo 2009). Avomissa kysymyksissä useat kyselyyn vastanneet hoitajat toivoivatkin osastofarmaseutteja myös psykiatrisille osastoille edes osa-aikaisina. Tutkimuksen mukaan suurin osa hoitajista löytää Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkehoitosuunnitelman sairaanhoitopiiriin Intranetistä helposti, mutta monikaan ei sitä työssään hyödynnä. Avointen kysymysten perusteella osa hoitajista kokee lääkehoitosuunnitelman vaikeaselkoiseksi ja etsityn tiedon löytämisen siitä liian hankalaksi.

7.1.3 Lääkehoidon kliininen ja päätöksenteko-osaaminen

Lääkehoidon kliinisen osaamisen alueelta heikoimmaksi koettiin lääkkeenanto intravenöösisti eli laskimonsisäisesti sekä lääkelaimennosten valmistaminen. Tulokseen vaikuttanee se, ettei psykiatrisilla osastoilla toteuteta laskimonsisäistä neste- ja lääkehoitoa. Sairaanhoitajien laskimonsisäisen neste- ja lääkehoidon osaaminen on sitä parempaa, mitä useammin he sitä toteuttavat (Veräjänkorva 2003). Lisäksi laskimonsisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttaminen on ylipäättään yhteydessä sairaanhoitajien arvioon omasta lääkkeenantotaidostaan siten, että sitä vähintään viikoittain toteuttavat hoitajat arvioivat lääkkeenantotaitonsa paremmiksi kuin harvemmin sitä toteuttavat hoitajat (Sneck 2016). Tuloksissa näkyy myös se, että nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden lääkehoidon koulutukseen tai osaamisvaatimukseen ei kuulu laskimonsisäinen lääke- ja nestehoito (Inkinen ym. 2016, 28). Nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä oli kyselyyn vastanneista hoitajista 32% ja suurin osa (76%) heistä oli odotetusti vastannut, ettei hallitse laskimonsisäistä lääkehoitoa ollenkaan. Kuitenkin myös laillistetuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä yli puolet arvioi hallitsevansa laskimonsisäisen lääkkeenannon melko huonosti tai ei ollenkaan ja vain 4% arvioi hallitsevansa sen erittäin hyvin.

Hieman yllättäen myös nimikesuojatuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3% arvioi hallitsevansa laskimonsisäisen lääkkeenannon erittäin hyvin, 6% hyvin ja 6% melko hyvin. Tämä johtu-

nee siitä, että psykiatrisella tulosalueella työskentelevistä lähihoitajista useilla on työkokemusta ensihoidossa (Korhonen 4.5.2016, suullinen tiedonanto). On myös mahdollista, että osa vastaajista on ymmärtänyt kysymyksen sisällön väärin, valinnut vahingossa väärän vaihtoehdon tai valinnut jo kyselyn alussa väärän ammattiryhmän. Nykyisen ohjeistuksen mukaan nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät saa toteuttaa laskimonsisäistä lääkehoitoa. Lisäkoulutuksella he voivat saada oikeuden vaihtaa potilaalle laskimonsisäisen lääkkeettömän jatkoinfuusion. (Inkinen ym. 2016, 28.)

Muutoin nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt arvioivat lääkkeenantotaitonsa paremmiksi kuin laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Tulos voi olla todellinen tai johtua eri ammattiryhmien erilaisesta tavasta arvioida omaa osaamistaan. Myös vastaajan sukupuoli on voinut vaikuttaa, sillä tässä tutkimuksessa miehet arvioivat lääkkeenantotaitonsa paremmiksi kuin naiset. Kyselyyn vastanneista nimikesuojatuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä miehiä oli 70 %, kun laillistetuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä heitä oli 30%. Toisaalta Sneekin (2016) tutkimuksessa naissairaanhoitajat arvioivat lääkkeenantotaitonsa paremmiksi kuin miessairaanhoitajat, mutta miehet suoriutuivat lääkehoidon teoriakokeesta ja lääkelaskukokeesta paremmin kuin naiset.

Muista tutkimuksista poiketen (esim. Luokkamäki 2015) kyselyyn vastanneet hoitajat eivät kokeneet lääkehoidon vievän suurta osaa työpäivästään. Tämä johtuu luultavimmin psykiatrisen hoitotyön erilaisesta luonteesta fyysisten sairauksien hoitoon nähden. Tutkimuksen mukaan hoitajien lääkehoidon päätöksenteko-osaaminen on pääosin hyvää samoin kuin lääkehoidon turvallisuuden edistäminen. Puutteena voidaan pitää sitä, että osa hoitajista ei ollut tunnistanut väitteen *kirjaan kipulääkkeen potilasasiakirjaan ennen potilaalle vientiä* virheellisyyttä. Hoitajien suhtautuminen lääkepoikkeamien seurantaan oli positiivista ja sen katsottiin edistävän lääkehoidon turvallisuutta.

7.1.4 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen

Kyselyyn vastanneet hoitajat suhtautuvat pääosin hyvin myönteisesti lääkehoidon osaamisen varmistamiseen. Tutkimusten mukaan lääkehoidon säännöllinen osaamisen varmistaminen ylläpitää hoitajien lääkehoidon osaamista ja parantaa siten potilaan saaman lääkehoidon turvallisuutta ja laatua (Kendall-Gallagher & Blegen 2009, Hemingway ym. 2011, Metsälä & Vaherkoski

2014). Peräti 97 % kyselyyn vastanneista hoitajista olikin täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että lääkehoidon osaamisen varmistaminen ylläpitää ammatillista osaamista ja 90 % mielestä käytäntöä on syytä jatkaa. Tutkimuksessa on kuitenkin havaittavissa pieni joukko osaamisen varmistamiseen hyvin kriittisesti ja jopa kielteisesti suhtautuvia hoitajia.

Kritiikki ja kehittämisehdotukset koskivat pitkälti lääkehoidon osaamisen varmistamisen suuntaamista psykiatrisella alueella paremmin psykiatriseen lääkehoitoon sopivaksi. Nykyisellään lääkehoidon osaamisen varmistamisen painopiste on vaativassa neste- ja lääkehoidossa, sillä se on havaittu erityisen riskialttiiksi hoitotyön osa-alueeksi (McDowell ym. 2010, Mousavi ym. 2012, Sneck 2016). Tässä tutkimuksessa hoitajat kritisoivat erityisesti juuri laskimonsisäisen neste- ja lääkehoidon osaamisen pakollisuutta, koska sitä ei käytännössä psykiatrisessa hoidossa toteuteta. Hemingwayn ym. (2011) tutkimuksessa psykiatriset sairaanhoitajat pitivät osaamisen varmistamisen yhteyttä käytännössä suorittamaansa lääkehoitoon tärkeänä ja kokivat työnantajansa näin tukevan ja kehittävän heidän erikoisosaamistaan. Tässä tutkimuksessa saaduista vastauksista voi niin ikään päätellä, että moni kyselyyn vastannut hoitaja identifioi itsensä nimenomaan psykiatrisena hoitajana ja toivoisi arvostusta ja tukea erityisesti tälle osaamiselleen.

Sneck (2016) perustelee laskimonsisäisen neste- ja lääkehoidon tarpeellisuutta myös psykiatrian alueella sillä, että se yhtenäistää lääkehoidon osaamista organisaatiotasolla ja edistää sitä kautta potilasturvallisuutta. Kuitenkin kehitysvammahuollon ja psykiatrian alueilla työskentelevät hoitajat on jo vapautettu verensiirtoja koskevasta lääkehoidon osaamisen varmistamisen teoria- ja näyttökokeesta (Sneck 2016), vaikka sen tarpeellisuus voitaisiin yhtä hyvin perustella yhtenäisellä osaamisella. Kyse lienee myös siitä, miten lakia terveydenhuollon ammattihenkilöistä tulisi tulkita, sillä se velvoittaa hoitajia oman osaamisensa ylläpitämiseen ja jatkuvaan ammatilliseen kehittämiseen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 3:18§). Uusi turvallisen lääkehoidon opas tosin linjaa, että työntekijöiden osaamisen varmistusmenettelyt on järkevintä suunnata työyksikön toiminnan kannalta kriittisiin ja olennaisiin lääkitysturvallisuuden alueisiin (Inkinen ym. 2016, 25).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

7.2.1 Kvantitatiivinen luotettavuus

Ihmisiä koskevan kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on joko selittää, kuvata, kartoittaa tai ennustaa asioita ja ominaisuuksia (ks. Vilka 2007, 19). Tämän tutkimuksen kvantitatiivisen osuuden tarkoituksena oli tuottaa yleistettävää tietoa psykiatristen hoitajien lääkehoidon osaamisesta sekä suhtautumisesta lääkehoidon osaamisen varmistamisen käytäntöön. Tutkimuksen luotettavuus muodustuu sen reliabiliteetista ja validiteetista. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan sen kykyä tuottaa tuloksia, jotka toistuvat mittauksesta toiseen. Reliabiliteettiin vaikuttaa se, kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa, tässä tutkimuksessa siis psykiatrisia hoitajia. (Vilka 2007, 149-150.) Tämän tutkimuksen vastausprosentti oli 31. Se on melko tyypillinen kyselytutkimuksille. Toisaalta kysely lähetettiin niin suurelle määrälle hoitajia, että vastausten määrää (102) voidaan pitää melko hyvänä. Tutkimuksen kyky tuottaa yleistettävää tietoa riippuu sen otoksen koosta siten, että mitä suurempi otos on, sitä paremmin se edustaa perusjoukon keskimääräistä mielipidettä (Vilka 2007, 17). Tämän tutkimuksen yleistettävyyteen voi kuitenkin vaikuttaa se, että kyselyyn vastanneet hoitajat työskentelivät kaikki Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Esimerkiksi Luokkamäki (2015) havaitsi tutkimuksessaan, että yliopistosairaaloissa työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa joillain lääkehoidon osaamisalueilla paremmaksi kuin keskussairaalassa tai terveyskeskussairaalassa työskentelevät hoitajat. Tutkimuksen tulokset myötäilevät kuitenkin Sneekin (2016) saamia tuloksia Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella työskentelevien sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisesta, joten tutkimuksen reliabiliteetti oli hyvä ainakin tämän alueen sairaanhoitajia koskien.

Tutkimuksen validius tarkoittaa sen kykyä mitata sitä, mitä sen oli tarkoituskin mitata. Tässä mielessä tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen, ja sen tulee olla herkkä eli erotella käsitteistä eritasoja. Sen tulee olla myös täsmällinen eli sen pitäisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206.) Tutkimuksen kyselylomaketta testattiin etukäteen kohderyhmään kuuluvalla otoksella, mikä parantaa tutkimuksen kokonaisluotettavuutta (Vilka 2007, 153). Jälkikäteen arvioituna tässä tutkimuksessa käytettyä mittaria (kyselylomaketta) olisi voinut kuitenkin edelleen parantaa. Esimerkiksi osassa kysymyksistä käytetty Likertin viisiportainen asteikko *erittäin hyvin, hyvin, melko hyvin, melko huonosti, en ollenkaan* ei tarkalleen ottaen ole

täysin tasapainossa. Parempi asteikko olisi ollut joko *erittäin hyvin, melko hyvin, melko huonosti, erittäin huonosti* tai *erittäin hyvin, hyvin, en hyvin enkä huonosti, huonosti, en ollenkaan*.

7.2.2 Kvalitatiivinen luotettavuus

Vilkan (2007, 13) mukaan tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan pitää objektiivisina, kun ne ovat tutkijasta riippumattomia. Tutkijoiden ja tutkittavien etäinen suhde tutkimusprosessin aikana sekä tutkijan mahdollisimman vähäinen vaikutus kyselyllä saatuihin tuloksiin edesauttavat tutkimusprosessin ja tulosten puolueettomuutta. Sen sijaan tulosten tulkinnassa on kyse aina tutkijan subjektiivisesta näkemyksestä. (Sama, 16.) Erityisesti tämän tutkimuksen kohdalla avointen kysymysten sisältöanalyysi on pitkälti opinnäytetyön tekijöiden omaan harkintaan perustuva. Usein avointen kysymysten vastausten luokittelu ei ollut yksiselitteistä, sillä vastaus saattoi sisältää kaksikin luokkaa. Esimerkiksi kysymykseen *Miten lääkehoidon osaamisen varmistaminen on vaikuttanut lääkehoidon osaamiseesi?* tullut vastaus *Pakottaa kertaamaan tietotaitoni. Lisää itseluottamusta.* sisältää sekä luokan *Kertaus* että luokan *Varmuus*, joten se olisi voitu luokitella niistä kumpaan tahansa (ks. taulukko 5). Vastaus kuitenkin päädyttiin luokittelemaan luokkaan *Kertaus*.

Tutkimuksen kvalitatiivisen osuuden oli kuitenkin tarkoitus ainoastaan luoda jonkinlainen katsaus hoitajien mielipiteisiin, eikä sen perusteella ole tehty kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Siten kvalitatiivisen analyysin tutkimukselliset puutteet eivät juurikaan heikennä koko tutkimuksen luotettavuutta.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään: tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 26). Tämän tutkimuksen tiedonhankinnassa käytettiin terveystieteissä yleisesti hyväksytyjä menetelmiä ja käytänteitä. Tutkimussuunnitelman hyväksyi ja tutkimusluvan myönsi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen johtaja Outi Saarento. Anonyyminä toteutettava vapaaehtoinen kyselytutkimus takaa jokaiselle vastaajalle vahingoittumattomuuden fyysisesti, psyykkisesti sekä sosiaalisesti. Saatekirjeessä annettiin kyselyn suorittamisesta, tulosten käytöstä ja tutkittavien suojasta riittävästi tietoa. Tutkimuksessa saatuja tietoja ei luovutettu ulkopuolisille eikä muihin tarkoituksiin kuin tähän tutkimukseen. Kyse-

lyssä mukana olleeseen arvontaan osallistuminen oli vapaaehtoista ja se avautui siten, ettei arvontaa varten annettuja tietoja voinut yhdistää kyselyn vastauksiin.

Web-pohjaisen kyselyn mahdolliset riskit muodostuvat tietoteknisistä ongelmista tai huolimattomuudesta. Vastaja voi esimerkiksi jättää työasemansa auki tai unohtaa tyhjentää selaimensa selaushistorian. Vilpin mahdollisuutta ei voi web-pohjaisessa kyselyssä täysin välttää. Osallistumispyynnön kyselytutkimukseen sähköpostitse saanut henkilö voi välittää sähköpostin kolmannelle osapuolelle, jolloin joku toinen voi vastata hänen puolestaan. Toisaalta henkilö, joka ei itse vastaa kyselyyn, ei myöskään saa omia ajatuksiaan ja mielipiteitään julki. Lisäksi linkki kyselyyn oli tässä tutkimuksessa henkilökohtainen, jolloin kyselyyn pystyi vastaamaan sen kautta vain kerran.

On mahdollista, että kyselyyn vastanneet hoitajat yli- tai aliarvioivat vastaustilanteessa omia taitojaan. Parhaiten tätä voitaisiin kontrolloida kyselyn jälkeen suoritettavien teoria- tai näyttökokeiden avulla, mutta tämän tutkimuksen puitteissa sellaisten järjestäminen ei ollut mahdollista. Tutkimustulosten luotettavuutta on kuitenkin mahdollista arvioida vertaamalla niitä aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuudesta löydettävään tietoon.

Tämän tutkimuksen tulokset on esitetty mahdollisimman rehellisesti ja avoimesti ja kaikki esitetyt tulokset ovat tässä tutkimuksessa saatuja. Opinnäytetyön prosessin ajan kyselyn vastauksia säilytettiin toisen opiskelijan tietokoneella. Tutkimuksen valmistuttua kaikki aineisto hävitettiin.

7.4 Tutkimusprosessi ja työn merkitys

Keväällä 2015 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri oli tarjonnut Oulun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnan opinnäytetyöpankkiin aihetta *Hoitajien lääkehoidon osaaminen psykiatrisessa hoitotyössä*. Aihe kiinnosti meitä, sillä siinä yhdistyvät lääkehoitoon liittyvät kysymykset ja psykiatrinen näkökulma. Aihe tukee molempien sairaanhoitaja-opintojen suuntautumisvaihtoehtoa. Olimme yhteydessä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteyshenkilöön, erikoissuunnittelija Jukka Korhoseen. Hän varasi aiheen käyttömme. Keväällä 2015 aloimme työstää opinnäytetyön tietoperustaa ja suunnitelmaa samassa dokumentissa.

Opinnäytetyön aihe rajattiin psykiatristen hoitajien itsearviointiin omasta lääkehoidon osaamisestaan sekä suhtautumisesta lääkehoidon osaamisen varmistamisesta, jotta aihe ei muodostuisi liian laajaksi. Tutkimuskysymykset tiivistyivät kyselylomakkeen kehittämisvaiheessa kolmesta viiteen. Kyselylomakkeen luonti oli haastavaa. Saimme kuitenkin hyviä kommentteja ja kehitysehdotuksia, jotka helpottivat kyselyn laatimista sekä mahdollistivat tilaajan toiveiden huomioimisen. Kyselylomakkeen luontivaiheessa mietimme, onko kysely liian pitkä ja mahdollisesti pitkästytävä. Päätimme kuitenkin, ettemme muuta lomakkeen sisältöä juuri ennen kyselyn julkistamista kovin paljon, koska suurin osa kysymyksistä oli myös tilaajan toivomia. Jälkeen päin arvioiden kyselylomaketta olisi voinut vielä kehittää, mutta tämä olisi saattanut pitkittää liiaksi opinnäytetyön valmistumista. Tutkimusprosessin aikataulu piti pääosin, vaikka kyselyn julkistaminen hiukan viivästyikin alkuperäisestä suunnitelmasta.

Kyselylomakkeen valmistumisen jälkeen kysymykset siirrettiin Webropol -ohjelmistoon ja kyselyyn sisällytettiin Keskeytä -toiminto, jotta vastaaja saattoi halutessaan pitää tauon taikka jättää vastaamisen kesken esimerkiksi työtilanteen niin vaatiessa. Keskeytä -toiminnon avulla kyselylomakkeen täyttöö saattoi myöhemmin jatkaa siitä kohdasta, johon oli ennen keskeytystä pääsyt. Ensimmäinen muistutusviesti ajastettiin automaattiseksi ja toinen generoitiin manuaalisesti, koska halusimme vielä muutamia vastaajia loppuvaiheessa lisää. Web-pohjainen ohjelmisto on helppo käyttää ja sillä on mahdollisuus reagoida nopeastikin muuttuviin tilanteisiin. Muistutusviesti sekä ilmoitus lisäpalkinnoista arvonnassa lisäsivät aina päiväkohtaisia vastausmääriä.

Yhteydenpito sähköpostilla tilaajaan toimi moitteetta. Sähköpostilla saimme nopeastikin vastauksia ajankohtaisiin ongelmakohtiin. Pidimme vain yhden tapaamisen, joka mielestämme oli riittävä tässä työssä. Tapaamisessa olivat läsnä erikoissuunnittelijat Jukka Korhonen ja Helinä Hakko sekä lääkehoidon koordinaattori Sami Sneck. Oulun ammattikorkeakoululla kävimme muutamissa työpajoissa, joissa selviteltiin ja tarkennettiin kyselyn sekä analyysin teknisiä mahdollisuuksia Webropol -ohjelmistolla.

Opinnäytetyön tekijöiden työtavaksi valikoitui ajankäytöllisistä syistä verkkotyöskentely OneDrive pilvitallennuspalvelussa, kommunikointi sähköpostilla ja WhatsApp Messenger – pikaviestisovelluksella. Verkkopalvelujen avulla työskentely on ajasta ja paikasta riippumatonta, mikä helpotti merkittävästi opinnäytetyön tekemistä. Verkkotyöskentely vaatii sitoutumista ja itseohjautuvuutta, mutta on joustavaa. Tutkijoiden roolijako oli selkeä ja toimiva opinnäytetyöprojektin aikana. Varmuuskopiointi tiedostoista tehtiin tutkijoiden omille koneille.

Opinnäytetyöprosessi syvensi omaa lääkehoidon ymmärrystämme. HavaitSIMME, että lääkehoidon prosessi on organisaatioiden tasolla monimutkainen. Hoitajilta lääkehoidon osaaminen vaatii puolestaan jatkuvaa omien taitojen ylläpitämistä ja kertaamista. Kerran opittu voi unohtua nopeastikin ilman kertaamista, mikä luultavasti selittää sen, miksi hoitajat usein jännittävät lääkehoidon osaamisen varmistamisessa juurikin laskimonsisäisen neste- ja lääkehoidon osuutta sekä lääkelaskuja. Opinnäytetyöprosessi sai tekijät myös näkemään oman lääkehoidon osaamisensa tason ja myös sen puutteet. Valmistuvina sairaanhoitajina osaamisemme ei vielä ole suuntautunut minäkään tietyn osa-alueen osaamiseksi vaan on yleisluontoisempaa. Toisaalta kokemus tuo usein sellaista tietotaitoa, jota saa vain käytännön työssä. Prosessin edetessä myös käyttämämme termistö tarkentui saamamme palautteen ja kirjallisuuden perusteella. Aloimme esimerkiksi käyttää termiä lääkehoidon osaamisen varmistaminen lääkehoidon näyttökokeen sijaan.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää lääkehoidon käytäntöjen ja hoitajien lääkehoidon osaamisen kehittämisessä. Lisäksi tuloksista on hyötyä lääkehoidon osaamisen varmistamisen käytännön arvioinnissa ja kehittämistyössä. Jatkossa olisi syytä tutkia esimerkiksi, miten lääkehoidon osaamisen varmistamisen käytäntö on vaikuttanut mitattavissa olevaan lääkehoidon turvallisuuden käytännön tasolla. Tätä voitaisiin tutkia havainnoimalla, mikäli aiempaa havainnointiaineistoa olisi käytettävissä tai esimerkiksi terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmää (Haipro) käyttäen. On kuitenkin mahdollista, että lisääntynyt panostus turvalliseen lääkehoitoon on lisännyt myös vaaratapahtumien havainnointia ja raportointia, jolloin syy-seuraus -suhteet jäävät tilastollisesti epäselviksi tai harhaanjohtaviksi.

LÄHTEET

Alanen, H-M. & Leinonen, E. 2010. Milloin vanhus tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa? Suomen Lääkärilehti 65(46), 3791-3795.

Dilles, T., Vander Stichele, R. R., Van Bortel, L. & Elseviers, M. M. 2011. Nursing students' pharmacological knowledge and calculation skill: ready for practice? Nurse Education Today 31(5), 499-505.

Grandell-Niemi, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2003. Medication calculation skills of nurses in Finland. Journal of Clinical Nursing 12(4), 519–528.

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.

Grandell-Niemi, H., Hupli, M., Puukka, P. & Leino-Kilpi, H. 2006. Finnish nurses' and nursing students' mathematical skills. Nurse Education Today 26(2), 151–161.

Hemingway, S., Baxter, H., Smith, G., Burgess-Dawson, R. & Dewhirst, K. 2011. Collaboratively planning for medicines administration competence: a survey evaluation. Journal of Nursing Management 19(3), 366-376.

Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otava.

Huttunen, M. 2015. Psykenlääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Hakupäivä 29.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412

Härkänen, M. 2014. Medication-related adverse outcomes and contributing factors among hospital patients. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. (toim.) 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 14:2015. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.

Johnston, A. 2010. Anatomy for nurses: providing students with the best learning experience. *Nurse Education in Practice* 10(4), 222–226.

Kendall-Gallagher, D. & Blegen, M.A. 2009. Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care* 18(2), 106–113.

Kuhanen, C., Oittinen P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013 *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki. SanomaPro.

Kärkkäinen, A. 2006. Sairaanhoidajien kuvauksia psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan vastentahtoisista lääkitystilanteista. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Lakanmaa, R-L. 2012. Competence in intensive and critical care nursing – development of a basic assesment scale for graduating nursing students. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lapatto-Reiniluoto, O., Niemi, M., Backman, J. & Neuvonen, P. J. 2016. Lääkkeiden aiheuttamat kuolemantapaukset ovat vähentyneet yliopistosairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* 71(5), 295-301a.

Lotvonen, A. 2012. Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen terveyskeskuksen akuuttivuodeosastolla. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Lundén, J-M. 2008. Lääkehoidon toteuttaminen yhteistoiminnallisesti. Psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyden edistävät ja estävät tekijät. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Luokkamäki, S. 2015. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Lönnqvist, J. & Aalberg, V. 2014. Psykiatria. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Marttunen, M. Henriksson & T. Partonen (toim.) Psykiatria. [online] Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2014 (luettu 25.3.2016). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/tunnus.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2014. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Marttunen, M. Henriksson & T. Partonen (toim.) Psykiatria. [online] Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2014 (luettu 25.3.2016). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/tunnus.

Lönnqvist, J., Moring, J. & Henriksson, M. 2014. Tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Marttunen, M. Henriksson & T. Partonen (toim.) Psykiatria. [online] Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2014 (luettu 25.3.2016). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/tunnus.

Lönnqvist, J., Moring, J. & Vuorilehto, M. 2014. Palveluiden järjestäminen. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Marttunen, M. Henriksson & T. Partonen (toim.) Psykiatria. [online] Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2014 (luettu 25.3.2016). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/tunnus.

Marku, U. & Santala, E. 2009. Hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaaminen täydennyskoulutuksen jälkeen. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

McDowell, S.E., Mt-Isa, S., Ashby, D. & Ferner, R.E. 2010. Where errors occur in the preparation and administration of intravenous medicines: a systematic review and Bayesian analysis. *Quality & Safety in Health Care* 19(4), 341–345.

Metsälä, E. & Vaherkoski, U. 2014. Medication errors in elderly acute care – a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(1), 12-28.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mousavi, M., Khalili, H. & Dashti-Khavidaki, S. 2012. Errors in fluid therapy in medical wards. *International Journal of Clinical Pharmacy* 34(2), 374–381.

Ndosi, M.E. & Newell, R. 2009. Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *Journal of Clinical Nursing* 18(4), 570-580.

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. WSOYpro Oy

Opetusministeriö, 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Opetusministeriö, koulutus- ja tiedepolitiikan osasto.

Paakkari, P. 2013. Lääkkeiden haittavaikutukset. Lääkärikirja Duodecim. Hakupäivä 23.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00721

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa. Yleiskirje 5/2010.

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 128(22), 2336-2343.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009. *Duodecim* 127(10): 1033–1040.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro.

Salermo, E. 2011. Lähi- ja perushoitajien lääkehoito-osaaminen vanhustyössä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Sneck, S. 2016. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Sneck, S., Isola, A. & Saarnio, R. 2013. Sairaanhoidajien arvio omasta laskimonsisäisen neste- ja lääkehoidon osaamisestaan ja osaamisen varmistamisesta. *Hoitotiede* 25(4), 253–265.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003.

STAKES & ROHTO 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28. Helsinki: Valopaino Oy.

Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoiikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Sulosaari, V. 2016. Medication competence of nursing students in Finland. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Sulosaari, V., Suhonen, R. & Leino-kilpi, H. 2011. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing* 20 (3/4), 464-478.

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Toppinen, L., Moilanen, H., Järviluoma, E. & Tohmo, H. 2009. Osastofarmasia parantaa potilas-turvallisuutta. *Suomen lääkärilehti* 65(17), 1552-1553.

Varhila, K. 2016. Esipuhe. Teoksessa R. Inkinen, P. Volmanen & S. Hakoinen (toim.) Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* 14:2015. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, 3-4.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidajien lääkehoitotaidot: Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopisto. Väitöskirja.

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

Ääri, R-L., Ritmala-Castrén, M., Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 2004. Biological and physiological knowledge and skills of graduating Finnish nursing students to practice in intensive care. Nurse Education Today 24(4):293-300.

Sähköpostin otsikko: Kysely: Psykiatristen hoitajien lääkehoidon osaaminen

Hyvä psykiatrinen hoitaja,

Olemme kaksi sairaanhoidon opiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme psykiatristen hoitajien lääkehoidon osaamiseen liittyen.

Tutkimuksemme tavoitteena on tuottaa hyödynnettävää tietoa sekä lähi- että sairaanhoitajien havaitsemista lääkehoidon kehittämistarpeista, omasta osaamisesta ja työnantajan tarjoaman lisäkoulutuksen riittävydestä. Lisäksi tarkoituksenamme on kartoittaa, miten hoitajat kokevat PPSHP:n tietyin väliajoin vaatimien lääkehoidon näyttökokeiden vaikuttavan omaan osaamiseen ja kuinka hyödyllisinä he näitä pitävät.

Kysely lähetetään kaikille Oulun yliopistollisen sairaalan aikuis- ja nuortenpsykiatrian osastojen hoitajille. Psykiatrian tulosalueen johtaja Outi Saarento on hyväksynyt tutkimussuunnitelman. Vastaaminen tapahtuu alla olevan linkin kautta sähköisesti ja täysin anonyymisti. Vastauksia ei pystytä yhdistämään vastaajiin. Vastaamalla kyselyyn annat luvan käyttää aineistoa tämän tutkimuksen tarkoitukseen.

Kyselyyn vastanneiden kesken arvotaan 3kpl seitsemän päivän tutustumispassia Liikuntakeskus OzMAXiin. Arvontaan osallistuminen on vapaaehtoista, eivätkä arvonnassa täytetyt yhteystiedot linkity kyselyn vastauksiin.

Vastausaikaa kyselyyn on sunnuntaihin 28.02.2016 klo 23:00 asti.

Kiitos etukäteen yhteistyöstä!

Terveisin,

Katri Ronkainen ja Sari Tiikkaja-Remes

Sairaanhoitajaopiskelijat



HOITAJIEN LÄÄKEHOIDON OSAAMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Taustatiedot

Ikä *

Ikä vuosina _____

Sukupuoli *

- Mies
- Nainen

Ammattinimike *

- Laillistettu ammattihenkilö (esim. sairaanhoitaja, terveydenhoitaja)
- Nimikesuojattu ammattihenkilö (esim. lähihoitaja, mielenterveyshoitaja)

Työskentelen *

- osasto 50, Kriisi-, tutkimus- ja hoito-osasto
- osasto 53, Vaativan hoidon osasto
- osasto 54, Hoidollinen tutkimusosasto
- osasto 70, Nuorisopsykiatria
- osasto 73, Yleissairaalapsykiatrinen yksikkö
- osasto 75, Vanhuspsykiatrian yksikkö
- osasto 77, Nuorisopsykiatrinen tutkimus-, arviointi- ja hoito-osasto
- osasto 78, Päivystysyksikkö
- osasto 81, Akuuttiosasto
- osasto 82, Vaativan hoidon osasto

- osasto 84, Psykoosihoitoyksikkö
- osasto 87, Akuuttipsykoosiyksikkö
- osasto 88, Mielialahäiriöyksikkö

Työkokemus hoitoalalta vuosina *

Työkokemus psykiatrian alalta _____

Työkokemus muulta hoitoalalta _____

Perusosaamisen lupa *

- En ole suorittanut lääkehoidon perusosaamisen lupia
- Olen suorittanut lääkehoidon perusosaamisen luvan vuonna:

Lääkehoidon toteutus osastolla

Lääkkeet jakaa osastollani

- Laillistettu ammattihenkilö (esim. sairaanhoitaja, terveydenhoitaja)
- Nimikesuojattu ammattihenkilö (esim. lähihoitaja, mielenterveyshoitaja)
- Sekä laillistettu ja nimikesuojattu ammattihenkilö

Lääkkeet jaetaan osastollani

- Aamuvuorossa
- Iltavuorossa
- Yöllä
- muulloin, milloin

Lääkkeet annostellaan osastollani

- Joka antojalle erikseen
- Vuorokaudeksi
- Useammaksi vuorokaudeksi
- Muu, mikä

Lääkehoidon toteutusympäristö (voit valita useamman vaihtoehdon)

- Ympäristö, jossa lääkkeitä jaetaan, on rauhallinen
- Lääkehoitoa toteuttava hoitaja saa työrauhan
- Lääkehuoneen tilat ovat riittävät työskentelyyn
- Osastollani lääkkeet ovat lääkekaapissa siististi ja järjestyksessä
- Lääkäreiden antamat lääkemääräykset ovat ymmärrettävät

Lääkemääräysten toteuttaminen

- Lääkäri kirjaa itse lääkemääräykset Eskon lääkehoito-osioon
- Lääkäri kirjaa itse lääkemääräykset Eskoon (muualle kuin lääkehoito-osioon)
- Lääkäri kirjaa itse muualle kuin Eskoon

Lääkehoidon teoriaosaaminen

Kuinka hyvin tunnet?

	erittäin hyvin	hyvin	melko hyvin	melko huonosti	en ollenkaan
Lääkehoitoa koskevat lait ja säädökset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastonne lääkehoitosuunnitelman	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastonne lääketilauksen hyväksymisprosessin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tiedätkö?

	erittäin hyvin	hyvin	melko hyvin	melko huonosti	en ollenkaan
Osastollanne käytettävien lääkeaineiden vaikutustavan elimistössä (farmakologia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastollanne käytettävien lääkeaineiden sivuvaikutukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastollanne käytettävien lääkeaineiden haittavaikutukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastollanne käytettävien lääkeaineiden vasta-aiheet (kontraindikaatiot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän miten toimia, jos potilas saa anafylaktisen shokin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haen tietoa lääkevalmisteista (voit valita useamman vaihtoehdon)

- Pharmaca Fennica -kirja
- Duodecim tietokanta
- Apteekki
- Työkaverit
- En mistään
- Muu, mikä

Löytyykö Intranetistä PPSHP:n lääkehoitosuunnitelma helposti?

- Kyllä
- Ei

Hyödynnätkö Intran PPSHP:n lääkehoitosuunnitelmaa?

- Kyllä
- Ei

Onko lääkehoitosuunnitelmassa puutteita?

- Kyllä. Millaisia?

- Ei

Lääkehoidon kliininen osaaminen

Osallistun lääkehoidon toteutukseen

- Päivittäin
- Viikoittain
- Harvemmin kuin viikoittain
- En ollenkaan

Lääkkeitä jakaessani tarkistan lääkelistan ajantasaisuuden?

- Aina
- Melkein aina
- Harvoin
- En koskaan
- En jaa lääkkeitä

Kuinka hyvin hallitset eri lääkkeenantomuodot?

	erittäin hyvin	hyvin	melko hyvin	melko huonosti	en ollenkaan
Lääkkeenanto per. os.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeenanto intramuskulaarisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lääkkeenanto subkutaanisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeenanto per. rectum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeenanto intravenöösisti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lääkehoidon vaativuus

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
Koulutukseni antoi minulle tarvittavat valmiudet lääkehoidon toteutukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parhaiten lääkehoidon oppii käytännön työssä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoito vaatii suuren osan työpäivääni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoito vaatii erityisosaamista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnistan potilaan voinnissa muutokset, jotka johtuvat lääkehoidon vaikutuksesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kuinka hyvin hallitset lääkehoidon prosessin?

	erittäin hyvin	hyvin	melko hyvin	melko huonosti	en ollenkaan
Lääkityksen tarpeen arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aseptinen toiminta lääkehoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkelaimennokset, injektioiden valmistamisen ja muu lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeen antaminen potilaalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon kirjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon seuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon vaikutuksen arviointi (toivotut sekä ei toivotut vaikutukset)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Täydennyskoulutuksen tarve. Haluaisin täydennyskoulutusta seuraavista asioista.

	täysin samaa mieltä	osittain sa- maa mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
Lääkehoitoon liittyvät lait ja säädökset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yleisesti farmakologiasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkelaskennasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan ja omaisten ohjaamisesta lääkehoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon toteutuksen eri vaiheista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon kirjaamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Onko täydennyskoulutuksen määrä työpaikallasi ollut riittävää?

Kyllä

Ei

Miksi täydennyskoulutus ei ole ollut riittävää?

Millaisia puutteita näet täydennyskoulutuksessa?

Kuinka hyvin seuraavat väittämät sopivat sinuun?

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
Osaan arvioida potilaan lääkityksen tarvetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsultoin lääkäriä ollessani epätietoinen potilaalle määrätystä lääkkeestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaan lääkehoidon muutokset heti lääkelehdelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallitsen huumaavien lääkkeiden seurantaan merkittävien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaan sairaalassa aloitetut tai muutetut lääkkeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaan kipulääkkeen potilasasiakirjaan ennen potilaalle vientiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lääkepoikkeamien käsittely osastollani, Haipro

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
Lääkepoikkeamat kirjataan osastollani aina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnistan lääkepoikkeamille altistavia tekijöitä osastollani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokemus hoitotyössä vähentää lääkepoikkeamia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkepoikkeamien seuranta kehittää lääkehoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkepoikkeamien kirjaaminen on lisännyt henkilökunnan tarkkuutta lääkehoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkepoikkeamien seurannalla ei etsitä syyllisiä vaan pyritään ehkäisemään poikkeamien syntyä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Onko lääkehoidon turvallinen toteutus huomioitu työpaikallasi riittävästi?

Kyllä

Ei

Miten edistäisit lääkehoidon turvallista toteutusta työpaikallasi?

Lääkehoidon osaamisen varmistaminen

Mitä mieltä olet lääkehoidon osaamisen varmistamisesta?

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
Lääkehoidon osaamisen varmistaminen auttaa ylläpitämään ammatillista osaamista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pidän lääkehoidon osaamisen varmistamista hyödyllisenä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni lääkehoidon osaamisen varmistamisen käytäntöä on syytä jatkaa PPSHP:n alueella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen lääkehoidon osaamisen varmistamisen stressaavana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaamisen varmistamisen prosessi on osastollani sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon osaamisen varmistaminen tapahtuu osastollani hyvässä kollegiaalisessa yhteishengessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Miten lääkehoidon osaamisen varmistaminen on vaikuttanut lääkehoidon osaamiseesi?

Miten kehittäisit lääkehoidon osaamisen varmistamista?

Mitä muuta kommentoitavaa sinulla on lääkehoidon osaamiseen tai osaamisen varmistamiseen liittyen?
