

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutus

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Mari Tikka

Nina Utriainen

SAIRAANHOITAJIEN LÄÄKEHOIDON OSAAMINEN

- Lääkehoidon osaamisen arviointiin kehitettävän mittarin pilotointi ja
kehittämisehdotukset Pohjois-Karjalan keskussairaalaan

Opinnäytetyö

Tammikuu 2017



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2017
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 0504054816

Tekijät:
Mari Tikka ja Nina Utriainen

Nimeke
Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen – Lääkehoidon osaamisen arviointiin kehitettävän mittarin pilotointi ja kehittämissuositukset Pohjois-Karjalan keskussairaalaan

Toimeksiantaja: PKSSK

Tiivistelmä

Osaaminen on lääkehoidon perusta, ja sairaanhoitajat ovat keskeisiä lääkehoidon toteuttajia terveydenhuollossa. Esimiehen tehtävänä on varmistaa, että lääkehoitoon osallistuvalla henkilöstöllä on riittävä osaaminen ja oikeanlaiset olosuhteet. Henkilöstön lääkehoidon osaamista tulee arvioida, ylläpitää ja kehittää säännöllisesti.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on aloittaa kehittämään sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen arvioimiseen sopivaa mittaria Pohjois-Karjalan keskussairaalaan osaamisen johtamisen ja potilasturvallisuuden tueksi. Tarkoituksena on muokata pilottikyselylomake Veräjänkorvan (2003) kehittämän mittarin pohjalta ja testata mittaria valittujen osastojen sairaanhoitajilla Pohjois-Karjalan keskussairaalaan erikoissairaanhoidon alueella. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa mittarin toimivuudesta ja kehittämistarpeista sekä laatia suositukset mittarin edelleen kehittämiseksi. Kehittämisprosessiin osallistuivat asiantuntijatyöryhmän jäsenet sekä pilottikyselyyn vastanneet sairaanhoitajat.

Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää mittarin jatkokehittämisessä. Opinnäytetyö tuotti tietoa niistä tekijöistä, joilla voidaan kehittää mittarin sisältöä, fyysistä ympäristöä ja käyttöönottoon liittyviä tekijöitä. Tulevaisuudessa valmiin mittarin avulla on mahdollisuus saada näyttöön perustuvaa tietoa lääkehoidon osaamisen tasosta ja parantaa hoidon turvallisuutta. Mittarin avulla voidaan myös jatkossa tukea esimiesten osaamisen johtamista lääkehoidon osa-alueella.

Kieli
suomi

Sivuja 90
Liitteet 7
Liitesivumäärä 19

Asiasanat
Osaamisen johtaminen, lääkehoidon osaaminen, potilasturvallisuus, mittarin kehittäminen



THESIS
January 2017
Degree Programme in Development and Management of Social Services and Health Care (Master's Degree)

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors

Mari Tikka and Nina Utriainen

Title:

Nurses medication competence. -Pilot experiment and development proposals of an instrument evaluating medication competence at North Karelia Central Hospital Commissioned by North Karelia Central Hospital

Abstract

Competence is the foundation of pharmacotherapy and nurses have a key role in its implementation. The supervisors' role is to ensure that the personnel have adequate medication competence and this competence should be evaluated, maintained and developed on a regular basis.

The purpose of this thesis was to support competence management and patient safety at North Karelia Central Hospital by developing an appropriate instrument to evaluate medication competence among nurses. The objective was to draw a pilot questionnaire based on the instrument developed by Veräjänkorva (2003) and test the instrument among nurses at North Karelia Central Hospital in selected wards in specialized health care. The aim of the thesis was to provide information on the functionality and development needs of the instrument as well as to draw up recommendations for its further development. The development process was carried out by co-opted members of a working group and those nurses who participated in the survey.

The results of this thesis can be used in the further development of the instrument. The thesis produced information about the factors which can be used to develop the content of the instrument, the physical environment and factors related to its introduction. In the future, by using the completed instrument, it is possible to yield evidence-based information of the level of medication competence. In future, the instrument can also be used to support supervisors in competence management in the area of pharmacotherapy.

Language
Finnish

Pages 90
Appendices 7
Pages of Appendices 19

Keywords

competence management, medication competence, patient safety, development of the meter

Sisältö

1. Johdanto	6
2. Osaamisen johtaminen ja kehittäminen	9
2.1 Osaamisen johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa...	11
2.2 Osaamisen johtaminen ja kehittäminen PKSSK:ssa.....	13
3. Potilasturvallinen lääkehoito	15
3.1 Potilasturvallisuus	17
3.1.1 Potilasturvallisuuden johtaminen ja vastuu	20
3.1.2 Potilasturvallisuus PKSSK:ssa.....	20
3.2 Lääkehoidon osaaminen.....	21
3.2.1 Lääkehoidon osaamisen teoreettiset tasot.....	23
3.2.2 Lääkehoidon käytännöllisen osaamisen ja päätöksen teon taidon tasot.....	25
3.2.3 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen PKSSK:ssa	26
4. Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät.....	27
5. Opinnäytetyön toteutus	28
5.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö lähestymistapana.....	28
5.2 Kehittämistyön toimintaympäristö ja osallistujat.....	32
5.3 Tutkimuksellisen kehittämistyön tukena käytetyt menetelmät.....	33
5.3.1 Aivoriihi	34
5.3.2 Kysely	35
5.3.3 SWOT-analyysi.....	36
5.4 Kehittäjien rooli tutkimuksellisessa kehittämistyössä	36
5.5 Kehittämisprosessin suunnitteluvaihe	37
5.6 Kehittämisprosessin organisointivaihe	40
5.7 Kehittämisprosessin toteutusvaihe.....	41
5.7.1 Ensimmäinen työryhmätapaaminen.....	41
5.7.2 Pilottikyselyn muokkaaminen ja toteuttaminen	43
5.7.3 Toinen työryhmätapaaminen	51
5.8 Kehittämisprosessin arviointivaihe	54

6. Pilottimittauksen toteutus, tulokset ja niiden analysointi.....	59
6.1 Pilottimittauksen toteutus	59
6.2 Pilottimittauksen vastaajien taustatiedot	62
7. Opinnäytetyön tuotoksena mittarin kehittämis ehdotukset	69
7.1 Mittarin sisältöön liittyvät kehittämis ehdotukset.....	70
7.2 Mittarin fyysiseen ympäristöön sekä mittarin käyttöön liittyvät kehittämis ehdotukset	73
8. Pohdinta.....	77
8.1 Kehittämisprosessin ja tuotosten tarkastelua	77
8.2 Osaamisen johtamisen ja kehittämisen tarkastelua	79
8.3 Eettisyys ja luotettavuus	81
8.3.1 Eettisyys	81
8.3.2 Luotettavuus	83
8.4 Kehittämisprosessin tulosten levittäminen ja kehittämisen jatkumo	87
8.5 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämis ideat.....	88
Lähteet.....	91

Liitteet

Liite 1 Lääkehoitokysely (Veräjänkorva 2003)

Liite 2 Lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön tehtävät ja lupakäytäntö
(Turvallinen lääkehoito – opas 2016)

Liite 3 PKSSK:n yleiskirje 1/2014 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen PKSSK:ssa

Liite 4 Toimeksiantosopimus

Liite 5 Saatekirje työryhmän jäsenille

Liite 6 Saatekirje pilottitutkimukseen osallistuville

Liite 7 Pilottikysely

1. Johdanto

Potilasturvallisuuden ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laadun keskeisenä osana voidaan pitää oikein toteutettua, tehokasta, turvallista, taloudellista sekä tarkoituksenmukaista lääkehoitoa (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 3 - 4). Osaaminen on lääkehoidon perusta (Sulosaari 2016, 5). Se perustuu hyvään ammatilliseen perus- ja täydennyskoulutukseen sekä kokemukseen. Osaaminen ei kuitenkaan yksin riitä takaamaan turvallisuutta. Ongelmia lääkehoidon turvallisuuteen liittyen tapahtuu lääkehoitoprosessin kaikissa vaiheissa. On todettu, että suurin osa vaaratapahtumista johtuu puutteellisesta kommunikaatiosta terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaiden välillä tai ammattihenkilöiden kesken. Lisäksi syitä voi löytyä toimintatavoista, jotka vaarantavat turvallisuutta ja erilaisten suojausten puutteista. (Inkinen ym. 2016, 3 - 4.)

Lääkehoitoa pidetään yhtenä riskialttiimmista tehtävistä. Lain mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään, korkeatasoiseen, turvalliseen ja näyttöön perustuvaan hoitoon. Suomessa kaikki sairaanhoitajat ovat saaneet koulutuksen vaativan neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen. Sairanhoitajat ovatkin keskeisiä terveydenhuollon toimintayksiköissä lääkehoidon toteuttajia. Juuri tästä syystä sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen on tärkeää. (Sneck 2016, 5.)

Kokonaisvastuu potilaan lääkehoidosta kuuluu aina hoitavalle lääkärille. Lääkehoidon toteuttamisen kokonaisvastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä kantavat lääkehoitoon koulutetut laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Kuitenkin jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun aina omasta toiminnastaan. Esimiehen tehtävänä on varmistaa, että lääkehoitoon osallistuvalla henkilöstöllä on riittävä osaaminen ja oikeanlaiset olosuhteet. Henkilöstön lääkehoidon osaamista tulee arvioida, ylläpitää ja kehittää säännöllisesti. Jokaisella työntekijällä on myös velvollisuus ylläpitää ja kehittää omaa osaamistaan kouluttautumalla säännöllisesti. Ammatillisen toiminnan, toimintayksikön sekä ammattihenkilön vastuu ovat perustana hyvälle lääkitysturvallisuudelle. Lääkitysturvallisuudesta huolehtiminen kuuluukin yhtenä osana lääkehoidon prosessia. Kaikkien lääkehoitoon osallistuvien tehtäviin kuuluu lääkitykseen liittyvien

vaaratapahtumien raportointi sekä lääkitysturvallisuuden edistäminen. (Inkinen ym. 2016, 9, 14, 25, 30 - 31.)

Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 5§ ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 18§; asetus 1194/2003 määrittelevät toiminta- ja työyksiköiden lääkehoidon osaamisen kartoituksen, koulutustarpeiden arvioinnin, osaamisen ylläpidon, kehittämisen sekä seurannan. Työyksiköiden täydennyskoulutussuunnitelman ja työntekijän kehityssuunnitelman avulla voidaan ohjata ja seurata henkilöstön lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä valmiuksia, täydennyskoulutustarpeita ja koulutukseen osallistumista. Lisäksi lääkehoito tulee sisällyttää muun ammattitaidon ja ammatillisen kehittämisen arvioinnin ohella vuosittaiseen kehityskeskusteluun lähiesimiehen kanssa. Työyksiköiden laadukkaan ja turvallisen toiminnan tulee sisältää henkilöstön perehdyttämisen, joka sisältää yksikön lääkehoidon toteuttamisen periaatteet. Suositellaan, että perehdyttämisvaiheen päättyessä työyksikön esimies varmistaa, että perehdytysjaksolle asetetut lääkehoidon toteuttamisen tavoitteet täyttyvät. Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää lääkelupaa ja ilman voimassa olevaa, säännöllisesti uusittavaa lääkelupaa ei lääkehoitoa saa toteuttaa. Luvan saa osoittamalla hyväksyttävästi osaamisen kirjallisin kokein ja käytännön näytöillä työyksikön näyttökriteerien mukaisesti. Näitä lääkelupien voimassaoloja seuraavat niin työntekijä kuin esimieskin. (Inkinen ym. 2016, 31 - 33.)

Aihe opinnäytetyöhön ja tarve kehittämiseen nousi alun perin käytännön kentältä tulleiden lääkehoitoon liittyvien potilasturvallisuusilmoitusten myötä. Lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumia oli kirjattu Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä (PKSSK) vuonna 2015 yhteensä 2014 kappaletta. Suurin osa, 767 kappaletta (38 %) oli näistä lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon sekä varjo- tai merkkiaineeseen liittyviä vaaratapahtumakirjauksia. Näistä lääkehoitoon liittyvistä potilasturvallisuusilmoituksista 284 kappaletta (37 %) koski antovirhettä. (Maukonen 2016, 2 - 5.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on aloittaa kehittämään sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen arvioimiseen sopivaa mittaria Pohjois-Karjalan keskussairaalaan osaamisen johtamisen ja potilasturvallisuuden tueksi. Tarkoituksena on

muokata pilottikyselylomake Veräjänkorvan (2003) kehittämän mittarin (liite 1) pohjalta ja testata mittaria valittujen osastojen sairaanhoitajilla PohjoisKarjalan keskussairaalassa erikoissairaanhoidon alueella. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa mittarin toimivuudesta ja kehittämistarpeista sekä laatia suositukset mittarin edelleen kehittämiseksi.

Sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisesta on tärkeää saada tietoa, jotta tiedetään mihin täydennyskoulutuksessa ja hoitotyöntekijöiden koulutuksessa tulisi jatkossa kiinnittää huomiota. Näin voidaan varmistaa, että hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaaminen on ajan tasalla ja voidaan ehkäistä paremmin lääkitysvirheitä. Opinnäytetyön aihe pohjautuu PKSSK:n vuosille 2014 - 2018 tehtyyn strategiaan, mutta kytkeytyy myös 1.1.2017 käynnistyneen uuden Siun sote organisaation strategiaan. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (PKSSK) ja toimeksiantajaorganisaatiossa työskentelevä farmaseutti toimi opinnäytetyön asiantuntijaohjaajana. Opinnäytetyön aiheen rajaukset on tehty yhdessä toimeksiantajan kanssa.

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat osaamisen johtaminen, potilasturvallisuus, lääkehoidon osaaminen ja mittarin kehittäminen. Potilasturvallinen lääkehoito tässä opinnäytetyössä käsittää lääkehoidon osaamisen sekä potilasturvallisuuden käsitteet. Mittarin kehittämiseen liittyvä teoriaosuus on sisällytetty osaksi kehittämisprosessia. Opinnäytetyössä ei analysoida pilottitutkimuksesta saatuja vastauksia lääkehoidon osaamisen näkökulmasta vaan ainoastaan mittarin kehittämisen näkökulmasta.

2. Osaamisen johtaminen ja kehittäminen

Johtamiseen kuuluu erilaisia osa-alueita. Johtaminen voidaan jakaa asioiden (management) ja ihmisen johtamiseen (leadership). (Martin, Charlesworth & Henderson 2010, 35 – 36.) Osaamisen johtaminen on yksi strategisen henkilöstöjohtamisen osa-alue ja sen ajatellaan olevan kattokäsite osaamisen eri näkökulmille. Osaamisen johtamisen lähtökohtana pidetään sen osaamisen määrittelyä, jonka avulla yritys aikoo saavuttaa päämääränsä sekä onnistuu liiketoimintastrategiasaan. Sen osaamisen avulla yritys menestyy nyt ja tulevaisuudessa. Siihen osaamiseen panostetaan. (Viitala 2013, 24, 171, 173.)

Osaamisen johtaminen käsitteenä on laaja johtamisen kokonaisuus. Käsitteellä voidaan ymmärtää kaikki organisaation toiminta, jonka avulla organisaation strategian edellyttämää osaamista vaalitaan, kehitetään, uudistetaan ja hankitaan. Käsite siis tarkoittaa kokonaisuudessaan johtamisen järjestelmää, jonka avulla sekä ohjaamana osaamisen johtaminen käytännössä tapahtuu. Osaamisen johtamisessa avainasemassa on organisaation tulevaisuuden tahtotila. Täytyy ensin tietää mitä aiotaan tehdä, jotta tiedetään, millaista osaamista jatkossa tarvitaan. Osaamisen johtamisessa yksi keskeisesti vaikuttava tekijä on toimija itse. Tämä voi pitää sisällään hänen toimintansa tai työnsä kohteen eli tavoitteet ja aikaansaannokset. Osaamisen johtamisessa olennaista ovat myös välineet. Tällä tarkoitetaan ajatuksellisia ja fyysisiä työvälineitä, joiden avulla työntekijä suorittaa tehtävää. Lisäksi osaamisen johtamisessa vaikuttaa yhteisö, jossa toiminta tapahtuu ja säännöt, joita toiminnassa tulee noudattaa sekä organisatorinen työnjako ja järjestelmä, jotka luovat toiminnalle puitteet. (Viitala 2008, 14 - 15, 18, 19.)

Koko yrityksen osaamisen lähtökohta on yksilöiden osaaminen. Yksilön oppimisen ja osaamisen ymmärtäminen ovat osaamisen johtamisen ymmärtämisen ydin. (Viitala 2013, 170.) Osaamisen ei lisäännä kenessäkään vain lisäämällä. Oikeastaan ainoa keino, kun halutaan luoda ja tukea osaamisen kehittymistä on varmistaa siihen johtavia oppimisprosesseja. Oppisen tuloksena, kun syntyy aina osaamista. Ammattitaidon kehittymisen tärkein arviointi tulee tekijän ja osaajan

oman kyvyn ja halun kautta arvioida omaa suoriutumistaan ja tämän kautta syntyvä tarve kehittyä sen pohjalta. Ulkopuolisella arvioinnilla ei voida korvata puuttuvaa itsearviointia ja työntekijästä itsestään lähtevää kehittämissyrkimystä. Työntekijöitä tuleekin suunnata ja tukea oman toimintansa arviointiin ja kehittämiseen. Tätä voidaan tukea johtamisen keinoin esimerkiksi laatu-, kehityskeskustelu- ja osaamiskartoitusjärjestelmien avulla. (Viitala 2008, 135, 143.)

Osaamisen ennakkoinnilla pyritään varmistamaan tarpeen mukainen osaaminen organisaation toimintakyvyn turvaamiseksi tulevaisuudessa. Erityisen tärkeää osaamisen johtaminen on kaikissa muutostilanteissa. Tarve osaamisen vahvistamiselle voi syntyä monin eri tavoin esimerkiksi uuden hoitotyön suosituksen mukaisista kehittämisikohteista. Näyttöön perustuvassa toiminnassa johtaminen voi edellyttää jopa uusien osaajien rekrytointia. Äärimmäisen tärkeää näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä on herättää työntekijöiden tietoisuus toimintansa perusteista. Osaamisen johtamisen työvälineinä voi käyttää esimerkiksi koulutusta, mentorointia, osaamiskartoitusta, kehityskeskusteluita, perehdytystä, tuutorointia tai työkiertoa. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppälä 2013, 69 - 70; Viitala 2013, 170, 193 - 198.)

Yrityksen strategian ja organisaatiossa työskentelevien ihmisten osaamisen välille rakennetaan siltaa osaamisen johtamisessa. Organisaation kaikkien henkilöiden osaamisen tulisi olla hyödyksi yrityksen perustehtävän ja strategioiden toteutumisessa. Tänä päivänä lähes jokainen uudistaa osaamistaan läpi työuran. Yksittäisen henkilön osaaminen on perusta, jonka turvin hän kehittyy ja onnistuu omassa tehtävässään ja työyhteisössään. Mitä paremmin ihminen osaa, sitä paremmin ja luotettavammin hän selviytyy työtehtävistään. Tietoisuus oman osaamisen tasosta on merkittävää työssä menestymisen ja viihtymisen kannalta. (Viitala 2013, 179, 181.)

Organisaation näkökulmasta osaamisen kehittäminen koostuu selkeästä ja yhteisesti ymmärretystä strategiasta ja tätä kautta muodostetusta näkemyksestä tarvittavaan kehittämiseen. Osaamisen kehittäminen nähdään vuorovaikutteisena prosessina osana tavoite- ja kehityskeskusteluja. (Viitala 2008, 13.) AhokallioLeppälän (2016, 195) väitöskirjassa korostetaan, että siirryttäessä henkilöstön

kehittämisestä osaamisen johtamiseen ja kehittämiseen, tulee johtaminen nähdä sekä yksilön ammatillista identiteettiä tukevana toimintana, mutta samalla myös organisaatiota sekä sen toimintoja kehittävänä ja uudistavana toimintana. Viitala-kin (2013, 173) muistuttaa, että pelkkä osaamisen kehittäminen ei yksistään riitä. On muistettava, että samalla on myös kehitettävä organisaation järjestelmiä, johtamista ja ilmapiiriä sekä kulttuuria. Organisaation työntekijöiden tulee voida työssään hyvin, jotta he säilyttävät motivaationsa. Organisaatio saa kanavoitua osaamisen hyödyksi silloin, kun johtaminen ja toimintaedellytykset ovat kunnossa.

2.1 Osaamisen johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Organisaatioiden näkökulmasta osaaminen on noussut yhä tärkeämmäksi menestystekijäksi myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työelämän vaatimusten kasvaessa myös työntekijällä on tarve kehittää osaamistaan jatkuvasti. Osaaminen ja henkilökunnan työtehtävien tasapainoinen suhde vaikuttavat selvästi myös työtyytyväisyyteen. Osaamisen arviointiinkin on kehitetty mittareita, joita voidaan hyödyntää ammattipätevyyden arvioinnissa. Tavoitteena on, että henkilökunnan osaaminen vastaisi toiminnan vaatimuksia eli oikeista paikoista löytyisi oikeanlaista osaamista. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 231, 250.)

Osaamisen mittaaminen on haastavaa. Mitattavien asioiden tulisi kohdentua toiminnan kannalta keskeisiin kohteisiin, niiden tulisi olla yhteisesti hyväksytyjä ja mittaustapojen tulisi olla yksinkertaisia sekä ymmärrettäviä. Mittausjärjestelmän tulisi olla läpinäkyvä ja oikeudenmukainen. Mittarit kääntyvät helposti vaikutuksiltaan negatiivisiksi ilman osallisten hyväksyntää. (Viitala 2008, 156.)

Henkilöstön osaamisvaatimukset vaihtuvat muuttuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä, mikä edellyttää hoitotyön johtajalta osaamistarpeiden ennakoitua. Osaamisen johtaminen on strategista toimintaa, jossa arvioidaan sekä kehitetään systemaattisesti henkilöstön osaamista toiminnan tavoista lähtien. (Hyrkäs 2009, 15; Kivinen 2008, 193.) Viitalan (2013, 170) mukaan ihmisten osaamisen tason nosto, sen vaaliminen sekä tehokas hyödyntäminen ovat tärkeimmät osat osaamisen johtamisessa.

Kivisen (2008, 200, 203) väitöskirjan mukaan terveydenhuollossa osaamisen kehittäminen perustuu yksilöiden lyhytkestoiseen koulutukseen. Uuden tiedon ja osaamisen muodostaminen tapahtuu yksikötasoisena ja eteneminen organisaatiotasolle jää osittain toteutumatta. Näin ollen yksilöillä olevaa osaamisresurssia jää organisaatiotasoisesti hyödyntämättä. Hän muistuttaakin, ettei yksilöiden oppiminen ole sama asia kuin organisaation oppiminen. Yksilöiden hankkiman tiedon ja osaamisen jakamista organisaatioissa joudutaan väistämättä miettimään, koska organisaatioista on lähivuosina poistumassa suuri joukko henkilöstöä eläkkeelle vieden mukanaan kokemuksellista hiljaista tietoa ja osaamista. Kivisen (2008) mukaan juuri tämän tieto- ja osaamisresurssin hyödyntäminen edellyttää jatkossa niin tietoista kuin tavoitteellistakin yksiköiden ja ammattiryhmien rajojen ylittävää toimintakäytänteiden kehittämistä, unohtamatta myös johtamisjärjestelmien kehittämistä. Yksi merkittävä tulos väitöskirjassa oli myös se, että puolet työntekijöistä ja yli kolmasosa johtajista olivat sitä mieltä, että heillä ei ole mahdollisuutta käyttää kaikkea osaamistaan työssään. Myös tämä herättää pohtimaan terveydenhuollon johtamisjärjestelmän ja työnjaollisia kysymyksiä.

Eläköityvän hoitohenkilöstön suuri määrä lisää myös henkilöstön ja johtajien osaamistarpeita, mikä edellyttää muun muassa osaamisen johtamisen vahvistamista (Rissanen & Lammintakanen 2015, 240). Muuttuvissa toimintaympäristöissä tulisikin osaamisen olla organisaatioissa tietoisien johtamisen kohteena. Näkyväksi ja tietoiseksi toiminnaksi organisaatioissa osaamisen johtamisen muuttuminen on pitkälti johtajista itsestään kiinni. Vastuu organisaation osaamisen vaalimisesta on organisaatiossa työskentelevillä henkilöillä. Jokainen siis vastaa itse oman ammattitaitonsa kehittymisestä ja sen ajan tasalla pitämisestä. Esimiesten tehtävä on huolehtia siitä, että tämä on työyksiköissä mahdollista. (Viitala 2008, 23.)

Kivisen (2008,18) mukaan terveydenhuollon organisaatioihin kohdistuvaa tiedon ja osaamisen johtamisen tutkimusta on niukasti. Hänen tutkimuksensa mukaan kaikissa organisaatioissa tiedon hankintaa, säilyttämistä ja käyttöä ei ole suunniteltu, eikä niissä ole sovittu yhteisistä toimintatavoista. Hän korostaa, että luotta-

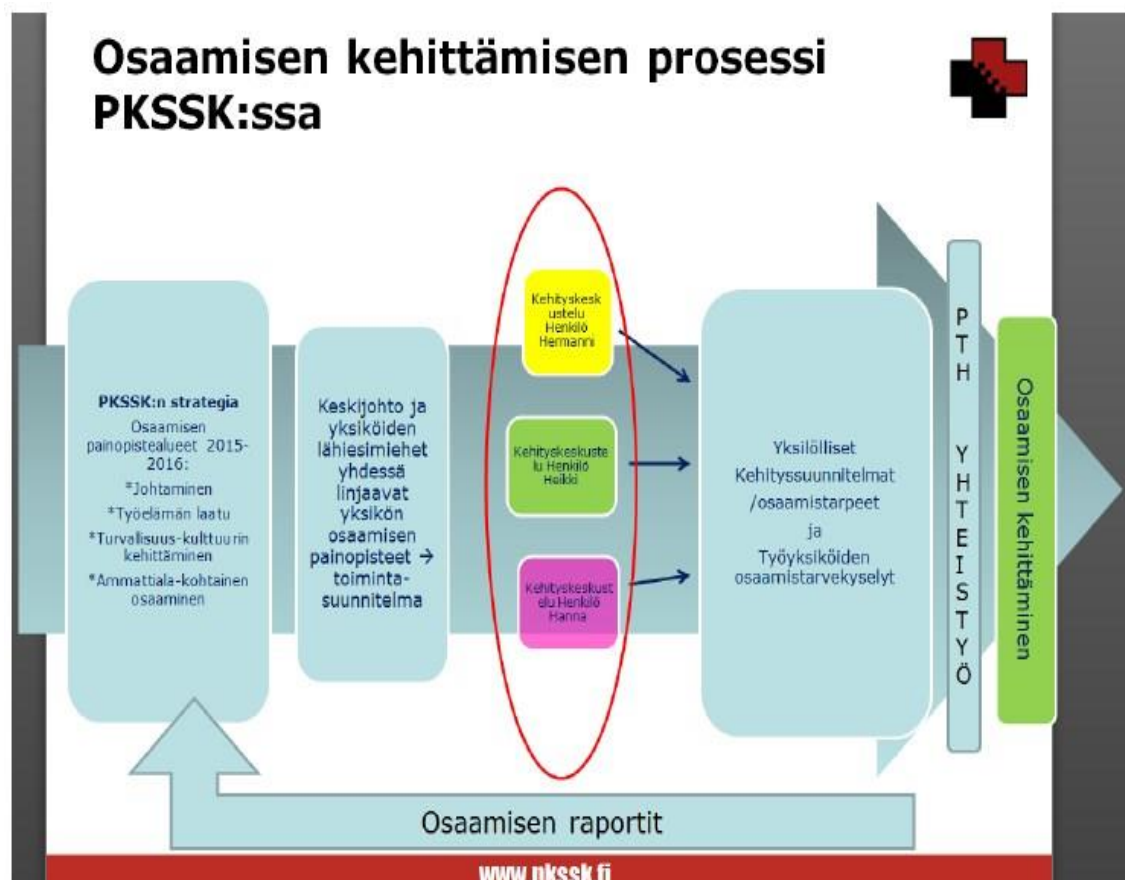
muksellinen, avoin, moniääninen ilmapiiri, tavoitteisiin ja toimintakäytäntöihin sitoutuminen sekä runsas tiedon jakaminen edistävät uuden tiedon ja osaamisen muodostumista.

2.2 Osaamisen johtaminen ja kehittäminen PKSSK:ssa

Organisaation strategian toteuttaminen on osa osaamisen johtamista (Viitala 2008, 67). Organisaation, työyhteisön ja työntekijän toimintaa ohjaavat organisaation visio ja strategia. PKSSK:n strategian 'Parhaat palvelut oikeaan aikaan' lähtökohdalla on varmistaa jäsenkuntien asukkaille kuuluvat palvelut. Strategia-kaudelle on määritelty tukijalkoja, joissa tulee onnistua, että varmistetaan suunta kohti päämääriä. Osaava ja motivoitunut henkilöstö on yksi strategiakauden tukijaloista. (PKSSK strategia 2014 – 2018, 9, 13.)

Osaaminen on keskeinen tekijä PKSSK:n organisaation strategiassa. Organisaation mottona on: Meillä välitetään, meillä osataan! Osaaminen tarkoittaa työn vaatimien taitojen ja tietojen hallintaa sekä niiden soveltamista käytännön työtehtäviin. Henkilöstön osaamisen kehittäminen koko työuran ajan ja osaavan henkilöstön joustavan liikkumisen edistäminen on kuntayhtymän tavoitteena. Osaamisen kehittäminen nähdään jokaisen työntekijän oikeutena ja velvollisuutena ja osana jokaisen esimiesasemassa toimivan työtehtävää. Jokaisella työntekijällä tulee olla mahdollisuus oman osaamisensa kehittämiseen ja urasuunnitteluun. Tämä tarkoittaa sitä, että osaamisen kehittämisen tulee olla jatkuvaa, suunnitelmallista ja systemaattista. Tulevaisuudessa kuntayhtymässä tarvitaan myös vahvempaa moniammatillista suunnittelua osaamisen ennakoimiseksi sekä osaamistarpeiden löytämiseksi. PKSSK:ssa osaamisen kehittämisen tukena toimii ONNI-HR-järjestelmä, josta löytyvät ajantasaiset tiedot henkilöstön täydennyskoulutuksista, voimassa olevista luvista ja pätevyyksistä sekä käydyistä kehityskeskusteluista. (PKSSK Henkilöstösuunnitelma 2015, 12 – 13; PKSSK koulutussuunnitelma 2015, 2.)

PKSSK:ssa osaamisen johtaminen on osa kokonaissuunnittelua. Se sisältää organisaation, yksikön ja työntekijän näkökulmat. Osaamisen johtamisen tavoitteena on osaava ja motivoitunut henkilöstö. PKSSK:n strategian painopistealueita vuosille 2015 - 2016 ovat johtaminen, työelämän laatu, turvallisuuskulttuurin kehittäminen ja ammattialakohtainen osaaminen (kuvio 1). Yksikön toimintasuunnitelma ohjaa työntekijän ja yksikön osaamisen kehittämistä. Tähän yhdistetään organisaation ja työn asettamat osaamisvaatimukset sekä henkilöstön osaamisen kehittämistarpeet. PKSSK:ssa osaamisen kehittämisen menetelminä käytetään tavoitteellista työkiertoa, mentorointia, varjostamista, osaamisen jakamista sekä verkko- ja simulaatio-oppimista. Esiemiestasolla kaikilla on omat koulutuskonaisuudet sekä mahdollisuus jatkuvaan johtamisosaamisen kehittämiseen. (PKSSK koulutussuunnitelma 2015, 3 - 9.)



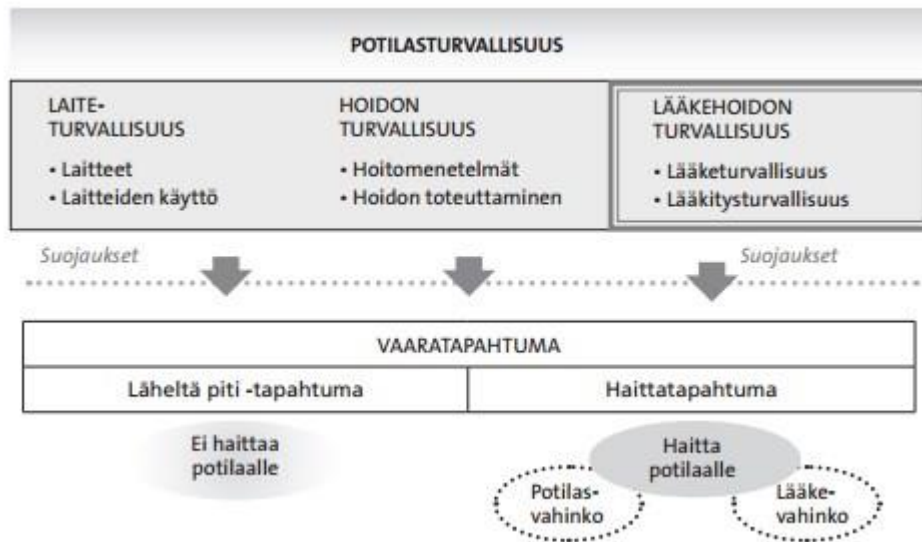
Kuvio 1. Osaamisen kehittämisen prosessi PKSSK:ssa (PKSSK koulutussuunnitelma 2015, 3).

Tämä opinnäytetyö tukee PKSSK:n strategiaa sekä työprosessien kehittämisen, että osaamisen kehittämisen näkökulmasta. Vuoden 2017 alussa nykyinen organisaatio ja sitä kautta myös strategia muuttui Siun sote 2017 - 2018 strategiaksi. Opinnäytetyön aihe kytkeytyy myös uuteen strategiaan, jossa yhtenä kriittisenä menestystekijänä on vaikuttava, laadukas, turvallinen hoito ja palvelu. (Siun sote strategia 2017 - 2018.)

3. Potilasturvallinen lääkehoito

Asiakkaat ovat tietoisia ja vaativat palveluilta laatua sekä turvallisuutta. Terveystenhuollossa on jouduttu kiinnittämään enemmän huomiota henkilöstön ammattitaitoon ja sen ylläpitämiseen potilasvahinkoilmoitusten sekä hoitovirheiden myötä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 13.) Kaikessa terveydenhuollon toiminnassa korostuu potilasturvallisuus. Johtamisen näkökulmasta potilasturvallisuus kuuluu osaksi potilasturvallisuuskulttuuria, jonka kehittäminen on haasteellista. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 230.)

Potilasturvallisuutta voidaan pitää terveyden- ja sairaanhoidon laadun perustana (STM 2010, 9). Turvallinen hoito syntyy, kun se toteutetaan oikein, oikeaan aikaan ja siinä hyödynnetään olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. (STM 2009a, 11 - 12.) Kuviossa 2 on esitetty, kuinka potilasturvallisuus koostuu hoidon turvallisuudesta, lääkitysturvallisuudesta, laiteturvallisuudesta sekä on osa hoidon laatua (STM 2010, 9).



Kuvio 2. Lääkehoidon turvallisuus osana potilasturvallisuutta. (Inkinen ym. 2016,16).

Lääkintöhallituksen yleiskirjeen 1929/1987 kumoutumisen jälkeen vuonna 1993 ei ole ollut olemassa valtakunnallista ohjeistusta eikä erityisiä ohjeita lääkehoidon toteuttamisesta tai eri ammattiryhmien oikeudesta toteuttaa eritasoista lääkehoitoa. Lait, asetukset tai määräykset eivät myöskään ole antaneet suoraan ohjeistusta lääkehoidon koulutukseen, täydennyskoulutukseen, työyksiköissä toteutettavaan lääkehoitoon tai sen työnjakoon. Vaikkakin nämä valtakunnalliset ohjeistukset ovat puuttuneet, ovat lääkehoitoon olleet vaikuttamassa useat lait, asetukset sekä määräykset. Vuonna 2004 sosiaali- ja terveysministeriö (STM) asetti työryhmän laatimaan ohjeet lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Työryhmän laatiman Turvallinen lääkehoito -oppaan (2006) tarkoituksena oli yhtenäistää laadukkaan lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoja sekä määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteutettavissa yksiköissä. (STM 2006, 14, 19, 46 - 47.)

Veräjänkorvan (2003, 46.) mukaan lääkehoidossa on maailmanlaajuisesti todettu ongelmia. Hänen mukaan keskeisimmät ongelmat koostuvat lääkehoidossa tapahtuvista virheistä. Virheisiin puuttuminen ja niiden ennalta ehkäisy on vaikeaa,

koska meiltä puuttuu luotettava tieto virheisiin johtaneista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä.

STM:n mukaan merkittävä osa lääkehoidon haittatapahtumista on kuitenkin ennaltaehkäistävissä. Tämä vaatii systemaattista potilasturvallisuustyötä, jossa on huomioitu kaikki lääkehoitoprosessin vaiheet. Suomen kansallinen potilasturvallisuustyö korostaa lääkehoitosuunnitelman tärkeyttä. Tämä toimii vastuiden jakamisen työkaluna ja sovittaa turvallisen lääkehoidon toimintatavat käytännön työhön hoidettavien potilaiden tarpeiden, käytettävien lääkkeiden ja lääkehoitoa toteuttavien ammattilaisten osaamisen mukaan. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos (THL) on päivittänyt Turvallinen lääkehoito oppaan vuonna 2016. Kaikkien lääkehoitoa toteuttavien sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja työyksiköiden tulee tehdä lääkehoitosuunnitelma osana lakisääteistä laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Lääkehoitosuunnitelma toimii keskeisenä osana lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden perehdytystä sekä lääkehoidon laadun ja turvallisuuden varmistamista. (Inkinen ym. 2016, 10, 12.)

Turvallinen lääkehoito oppaan (2016) mukaan osaaminen on lääkehoidon perusta. Osaaminen ei kuitenkaan yksin riitä takaamaan turvallisuutta. Turvallisen lääkehoidon perustana voidaan pitää ammatillista vastuuta niin toimintayksikön kuin ammattihenkilöiden toiminnan kautta. (Inkinen ym. 2016, 3 - 4.)

3.1 Potilasturvallisuus

Lainsäädäntö terveydenhuollossa määrittää, että toiminnan tulee olla ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista (STM 2009a, 14). Toimintayksikkötasolla potilasturvallisuus koostuu niistä periaatteista ja toiminnoista, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen sekä arvioimalla ja tutkimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla siellä olevia riskejä. (STM 2009a, 11 - 12.)

Potilasturvallisuuden edistämiseen on sitoutunut myös sosiaali- ja terveysministeriö (Heikkilä ym. 2008, 13). Potilasturvallisuustyötä ohjataan potilasturvallisuusstrategian avulla. Sen tarkoituksena on ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin sekä vakiinnuttaa potilasturvallisuuden edistämisen rakenteita ja menetelmiä. Sen tavoitteita ovat:

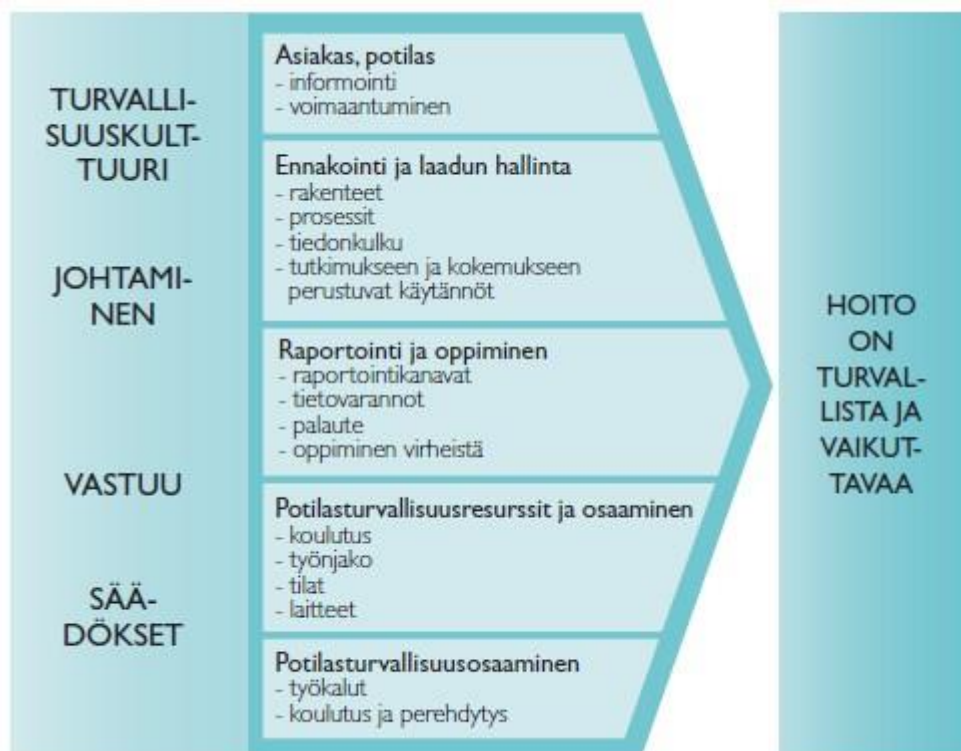
- Potilas mukana potilasturvallisuuden parantamisessa
- Potilasturvallisuutta tulee hallita ennakoivasti ja oppimalla
- Vaaratapahtumista tulee raportoida ja oppia niistä
- Potilasturvallisuuden suunnitelmallinen edistäminen riittävin voimavaroin
- Potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa (STM 2009a, 3.)

Kansallinen potilasturvallisuusstrategia määrittelee, että turvallisella ja laadukkaalla organisaatiolla tulee olla selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointia, seuranta ja käsittelyä varten. Vaaratapahtumista tulee oppia organisaation sisällä. Kerätty tieto kootaan paikallisesti ja alueellisesti palautteeksi, joka käsitellään johdon ja henkilöstön toimesta säännöllisesti. Päämäärä tässä matalan kynnyksen raportoinnissa tulee olla hoidon laadun ja turvallisuuden jatkuva parantaminen. Tämän vuoksi haitta- ja läheltä piti -tapahtumista kertynyt tieto hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. (STM 2010, 6.)

Potilasturvallisuutta voidaan parantaa riskien- ja laadunhallinnalla ja sekä vaaratapahtumien järjestelmällisellä seuraamisella ja analysoinnilla. Tämä tarkoittaa asianmukaisia potilasasiakirjamerkintöjä ja vaaratapahtumien järjestelmällistä raportointia. Avoin ilmapiiri, syiden analysointi syylistämisen sijaan ja seurantatiedon käsittely moniammatillisesti ovat avainasemassa poikkeamista oppimisessa. Potilasturvallisuus tulee ottaa huomioon niin opiskelijaohjauksessa kuin henkilöstön perehdytyksessä ja täydennyskoulutuksessakin. Erityinen huomio tulee kiinnittää hoidon porrastuksen rajapintoihin, tiedonkulkuun hoitokokonaisuuksissa sekä organisaatiouudistusten ja uuden teknologian sekä uusien hoitokäytäntöjen käyttöönoton yhteydessä. (STM 2009b, 43 - 44.)

Potilasturvallisuus on myös maailmanlaajuisen huomion ja kehittämisen kohteena. Suomalaisia terveydenhuollon toimijoita, asiantuntijoita, potilasjärjestöjä sekä alan tutkijoita on mukana maailmanlaajuisessa potilasturvallisuusliikkeessä. (STM 2009a,12.)

Potilasturvallisuutta voidaan käsitellä neljästä näkökulmasta (kuvio 3). Näitä ovat turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuu sekä säädökset. Potilasturvallisuusstrategian visiona on turvallinen ja vaikuttava hoito. Tavoitteet potilasturvallisuusstrategiassa liittyvät potilaan informointiin, riskien ennakointiin, vaaratapahtumien raportointiin sekä niistä oppimiseen, henkilöstön osaamiseen sekä potilasturvallisuustyön riittäviin voimavaroihin. (STM 2009a, 13.)



Kuvio 3. Potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (STM 2009a, 13).

3.1.1 Potilasturvallisuuden johtaminen ja vastuu

Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa on sitä, että yksilöiden ja yhteisön tapa toimia varmistaa aina, että potilaan saama hoito on turvallista. Se sisältää potilaiden turvallista hoitoa edistävien systemaattisten toimintatapojen sekä niitä tukevan johtamisen, arvot sekä asenteet. Tähän kuuluvat myös riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. On todettu, että turvallisuuskulttuuria vahvistamalla saadaan vähennettyä hoitoon liittyviä riskejä sekä potilaille hoidon aikana aiheutuvia haittoja. Tämä kaikki edellyttää yhteisen vastuun ottamista. Pohja turvallisuuskulttuurille luodaan jo ammattihenkilöiden koulutuksessa. Moniammatilliset toimintatavat, avoin ilmapiiri sekä toiminnan jatkuva kehittäminen ovat olennaisia osia potilasturvallisuuden parantamisessa. (STM 2009a, 14.)

Näkyvä vastuunotto potilasturvallisuudesta sekä sen edellytyksistä kuuluvat organisaation johtamiseen toimintayksiköissä. Tämä on vastuu jota johto ei voi delegoida muille. Jotta hoito voidaan toteuttaa turvallisesti, tulee johdon korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassa sekä varmistaa työolosuhteet. Johdolle kuuluu myös varmistaa, että organisaatiossa on riittävästi henkilökuntaa ja että työntekijöillä on riittävästi osaamista työn toteuttamiseen. Niin taloudellisia kuin muitakin päätöksiä tehdessä tulee muistaa potilasturvallisuuden näkökulma. (STM 2009a, 14.)

Organisaation johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta, mutta se on myös kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja potilaiden yhteinen asia. Vastuu potilasturvallisuudesta katsotaan kuuluvan osaksi ammatillisuutta. (STM 2009a, 14.)

3.1.2 Potilasturvallisuus PKSSK:ssa

Vuonna 2015 PKSSK:ssa vietettiin turvallisuuden teemavuotta. Teemaa tuotiin henkilöstölle näkyviin erilaisina tapahtumina, henkilöstön koulutuksina ja turvalli-

suuskulttuurin kehittämisenä. Teemavuoden keskeisimmäksi tavoitteeksi asetettiin lisätä riskien ennakointia työ- ja potilasturvallisuuteen liittyvissä asioissa. Tavoitteeseen pyrittiin pääsemään lisäämällä tietoisuutta turvallisuuskulttuurista ja muokkaamalla asenneilmapiiriä kehittämällä turvallisuuskulttuuria. Tällä tavoin pyrittiin tunnistamaan riskitekijät niin toiminnan suunnittelussa ja johtamisessa kuin jokaisen työntekijän päivittäisessä työssä. (PKSSK tiedote 22.1.2015.)

Organisaatiossa oli jo tiedostettu, että puutteet potilasturvallisuudessa altistavat potilaan tarpeettomille tutkimuksille ja virheelliselle lääkitykselle. Niiden todettiin pidentävän sairaalahoidon pituutta, viivästyttävän taudin määrittystä ja pahimmillaan uhkasivat potilaan henkeä. ”THL (terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) on arvioinut, että koko Suomen erikoissairaanhoidossa potilasturvallisuuden puutteet aiheuttavat vuosittain lähes 400 miljoonan euron kustannukset. Pohjois-Karjalan suhteellinen osuus olisi tästä noin 5 % eli 20 miljoonaa euroa. Pienillä teoilla ja arjen oivalluksilla suurin osa tapaturmista ja potilasvahingoista olisi estettävissä.” (PKSSK tiedote 22.1.2015.)

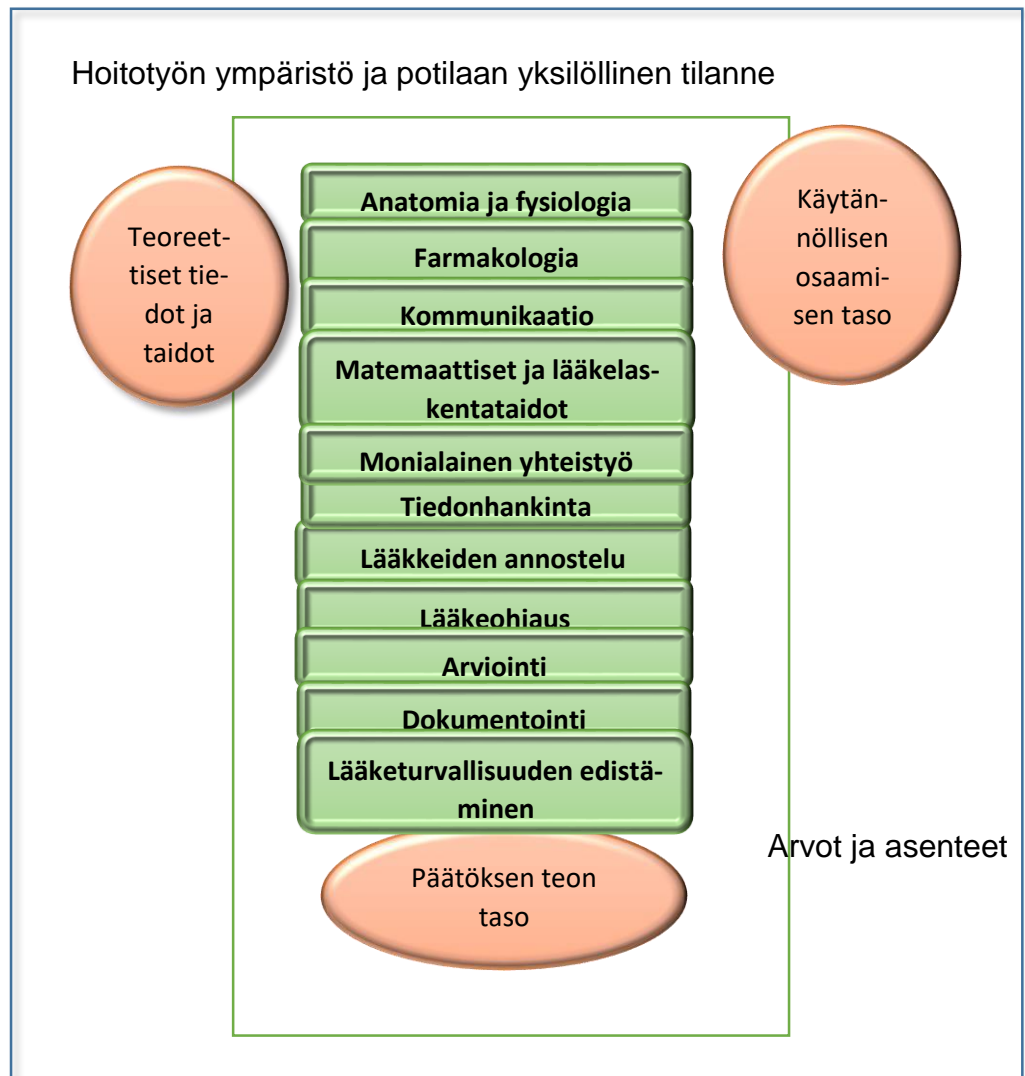
3.2 Lääkehoidon osaaminen

Lääkehoidon osaamiseen liittyvät vaatimukset kasvavat jatkuvasti. Markkinoille tulee koko ajan uusia, tehokkaampia ja toteutukseltaan vaativampia lääkkeitä. Lisäksi yhä vakavammin sairaita ja moniongelmaisempia potilaita hoidetaan lääkehoidon keinoin. Viimeisen vuosikymmenen aikana sairaanhoitajien tehtävänkuva on laajennettu lääkkeenmääräämisoikeudella, joka myös lisää vaatimuksia lääkehoidon osaamisen kentällä. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 13.)

Lääkehoidon osaaminen sitä toteuttavalta ammatilliselta henkilöltä muodostuu terveydenhuollon koulutuksen aikana sekä täydentyy työkokemuksen ja täydennyskoulutuksen kautta vastaamaan työtehtävien vaatimuksia. Työnantajan on säännöllisesti varmistettava, että työntekijä hallitsee työyksikössään ja tehtävässään tarpeelliset työtehtävät. Turvallinen lääkehoito – opas (2016) sisältää kuvauksen, jossa on lueteltu lääkehoitoa toteuttavien eri tahojen tehtävät, osaamisen varmistaminen sekä täydennyskoulutus (liite 2). (Inkinen ym. 2016, 25 - 28.)

Sneckin (2016, 5, 23, 105) väitöskirjassa osaaminen on määritelty yhdistelmäksi tietoja ja taitoja, jotka on saavutettu oppimisen ja kokemuksen avulla. Näiden johdosta sairaanhoitaja hallitsee turvallisen lääkehoidon toteuttamisen. Lääkehoidon katsotaan sisältävän vaiheet lääkkeen tilaamisesta lääkkeen vaikutusten arviointiin saakka. Nämä kaikki sairaanhoitajan tulee hallita. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvioivat oman lääkehoidon osaamisen hyväksi. Sairanhoitajat pitivät lääkehoidon osaamisen varmistamisen prosessia hyväksyttävänä toimintana ja opetusmenetelmänä verkkokurssia pidettiin toimivana. Kuitenkin osa sairaanhoitajista kritisoi nykyistä osaamisen varmistamisen mallia ja sen rinnalle toivottiin enemmän työtehtäviin kohdennettua osaamisen varmistamista. Myös muita opetusmenetelmiä toivottiin verkko-oppimisen rinnalle. Tutkimuksen tenttitulosten perusteella sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista voitiin pitää sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaisena.

Kirjallisuuden mukaan lääkehoidon osaamisen osaamisalueita voidaan jaotella eri tavoin. Sulosaaren, Suhosen ja Leino-Kilven (2011, 464) mukaan lääkehoidon osaaminen on monimutkainen kokonaisuus, johon liittyy niin teoreettisia kuin käytännön tietoja sekä taitoja, toimintaa, yksilöllisiä ominaisuuksia, asenteita ja arvoja (kuvio 4). He ovat määritelleet lääkehoidon osaamisen osa-alueet teoreettisiin tietoihin ja taitoihin, käytännöllisen osaamisen tasoon sekä päätöksen teon tasoon. Nämä kolme sisältävät 11 eri osaamisaluetta, joita ovat anatomia ja fysiologia, farmakologia, kommunikaatio, matemaattiset ja lääkelaskentataidot, monialainen yhteistyö, tiedonhankinta, lääkkeiden annostelu, lääkehoidon ohjaus, arviointi, dokumentointi ja lääketurvallisuuden edistäminen.



Kuvio 4. Lääkehoidon osaamisen osa-alueet (mukaillen Sulosaari 2016, 23).

3.2.1 Lääkehoidon osaamisen teoreettiset tasot

Sneckin väitöskirjan (2016, 25) mukaan teoreettisen osaamisen osa-alueiksi voidaan lukea anatomia ja fysiologia, farmakologinen osaaminen sekä tiedonhaun osaaminen. Sulosaari ym. (2011, 464) laskevat tähän osa-alueeseen kuuluvaksi myös matemaattiset ja lääkelaskennan taidot. Veräjänkorvan (2003, 59, 122) mukaan teoreettiset taidot koostuvat legitiimisistä- (lainmukainen), farmasian- ja farmakologian-, anatomian- ja fysiologian-, matemaattisista- sekä eettisistä taidoista. Hänen mukaansa sairaanhoitajat hallitsevat lääkehoidon toteuttamista ohjaavat lait ja asetukset sekä legitiimiset taidot hyvin.

Perusta turvallisuudelle lääkehoidon toteuttamiselle on lääkehoidon teoreettisessa osaamisessa (Sulosaari, Huupponen, Torniainen, Hupli, Puukka & Leino-Kilpi. 2014, 327). Anatomia ja fysiologia voidaan katsoa kuuluvan osaksi sairaanhoitajan ammatin perusosaamista. Sen hallinta kuuluu olennaisena osana lääkehoidon toteutukseen. Eri sairauksien, iän ja sukupuolen vaikutukset potilaan lääkehoitoon kuuluvat mm. tähän osa-alueeseen. (Sulosaari ym. 2011, 464.)

Sneckin (2016, 104) tutkimuksen mukaan lääkelaskenta ja farmakologia olivat lääkehoidon osa-alueita, joissa sairaanhoitajien osaaminen todettiin olevan muita osa-alueita heikompaa. Veräjänkorvan (2003) tutkimuksen perusteella sairaanhoitajat arvioivat hallitsevansa lääkelaskut, mutta tekevät kuitenkin virheitä helpoissakin lääkelaskuissa. Sneckin (2016, 92) tutkimuksen mukaan lääkelaskutentissä yritysten määrän lisääntyessä tentistä suoriutuminen heikkeni. Materiaalin salliminen eli luvallisesti tiedon hakeminen verkosta tentin aikana ei tutkimuksen perusteella vaikuttanut lääkelaskennan tuloksiin. Tämän perusteella voidaan päätellä, että lääkelaskennan haasteet eivät ratkea sairaanhoitajien tiedonhaku-taitoja parantamalla. Haasteellisemmiksi lääkelaskutehtäviksi osoittautuivat infuusionopeus-, liuos- ja laimennoslaskut. Verkkokursseille osallistuminen, lääkehoidon tentin suorittaminen ja lääkehoidon lisäkoulutus parantavat sairaanhoitajien itsearvioituja lääkelaskennan taitoja Sneckin (2016) mukaan. Sneck (2016) korostaa väitöskirjassaan hoitotyön johtajien haastetta, kun he joutuvat päättämään voiko lääkelaskutentin useampaan kertaan hylätyksi tullut hoitaja osallistua potilaan lääkehoitoon lainkaan.

Farmakologia eli lääkkeiden imeytymisen ja eliminaation vaiheiden hallinta on yksi keskeinen osa sairaanhoitajan lääkehoidon teoreettisessa osaamisessa. Tämän lisäksi sairaanhoitajan tulee tietää lääkkeiden toivotut ja mahdolliset haittavaikutukset. Lääkkeen antomuoto vaikuttaa myös potilaan lääkehoidon toteutukseen ja lääkkeen biologiseen hyväksikäytettävyyteen sekä tehoon. Lääkehoidon muuttuessa yhä monimutkaisemmaksi, sairaanhoitajien tiedonhakutaidot korostuvat (Sulosaari ym. 2011, 468 - 470).

3.2.2 Lääkehoidon käytännöllisen osaamisen ja päätöksen teon taidon tasot

Sulosaaren ym. (2011, 471) ja Veräjänkorvan (2003, 20) mukaan lääkehoidon käytännön osaaminen voidaan katsoa koostuvaksi lääkkeiden hankinnasta, annostelusta, lääkehajauksesta, arvioinnista, dokumentoinnista, kommunikaatiosta, monialaisesta yhteistyöstä sekä turvallisen lääkehoidon edistämisestä. Veräjänkorvan mukaan (2003, 32) lääkehoidon käytännön taitoja ohjaa lääkehoidon klasinen sääntö niin sanottu ”viiden oikean lääkehoidon periaate”. Tämän periaatteen mukaan oikea lääke- oikealla annostuksella- oikeaan aikaan- oikealla antotavalla- oikealle potilaalle on oleellista myös tämän päivän lääkehoitotaidon vaatimuksissa.

Sneckin (2016, 95, 105 - 106) tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät taitonsa hyviksi. Lääkkeiden käsittely, annostelu ja aseptiikan taidot olivat paremmat kuin muut lääkehoidon osa-alueet. Verkkokursseille ja – tentteihin osallistuneet sairaanhoitajat kokivat hallitsevansa lääkehoidon osa-alueet paremmin kuin ne, jotka eivät olleet osallistuneet kurssille tai tentteihin. Edellä mainitun perusteella osaamisen varmistamisen prosessi parantaa sairaanhoitajien itsearvioitua lääkehoidon osaamista. Lääkehoidon osaaminen oli myös sitä parempaa, mitä useammin sairaanhoitaja työssään lääkehoitoa toteutti. Myös sairaanhoitajien liikkuvuus eri työyksiköiden välillä on suositeltavaa, koska näin sairaanhoitajat pääsevät toteuttamaan vaativaa neste- ja lääkehoitoa monipuolisesti. Tämän avulla lääkehoidon osaamista saadaan laajennettua kapea-alaisesta erityisosaamisesta. Sneckin (2016) tutkimus osoitti myös, että nuoret hoitajat eivät kokeneet teknisiä laitteita vaikeiksi käyttää. Edellä mainittu osoittaa sen, että osaaminen ei lisäännä ainoastaan työkokemuksen lisääntyessä, vaan myös kliininen kokemus lisää osaamista.

Sneckin (2016, 96) tutkimuksen mukaan lääkehoidon arviointi ja dokumentoinnin taidot olivat myös sairaanhoitajien itsearvioimana hyvät. Verkkokurssin suorittaminen paransi myös näitä taitoja. Lääkehoidon turvallisuuden ja etiikan taidot hallittiin sairaanhoitajien itsearvioinnin perusteella paremmin kuin muut lääkehoidon osa-alueet.

3.2.3 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen PKSSK:ssa

PKSSK:n lääkehoidon osaamisen varmistamisen tarkoituksena on yhtenäistää työyksiköiden toiminta- ja menettelytavat sekä varmistaa potilasturvallisuus lääkehoidon toteuttamisessa. Tätä toimintaa ohjeistaa PKSSK:n yleiskirje 1/2014 (Liite 3), joka määrittää mm. lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavat opinnot. Lääkehoidon toteuttamiseen vaadittavat opinnot suoritetaan PKSSK:n verkko-oppimisympäristössä (www.verkkarit.fi). Tätä kokonaisuutta kutsutaan nimellä LOVE eli lääkehoidon osaaminen verkossa. Lääkeosaamisen perusteet (LOP)- osion sekä eResepti- koulutuksen suorittavat kaikki lääkehoitoon osallistuvat. Näiden lisäksi sairaanhoitajat suorittavat oman työyksikön vaatimuksien mukaisesti suomensäisen neste- ja lääkehoito (IV), epiduraalisen lääkehoidon- (EPI) sekä verensiirtojen toteuttamisen- osiot (ABO) sekä tarvittaessa muut täydennyskoulutusosiot. Luvat koostuvat neljästä osasta; LOVE teoriaopinnoista, verkkotentistä, käytännön näyttökokeista sekä osastonhoitajan/lääkärin kanssa käytävästä keskustelusta. Lupa on voimassa 5 vuotta. Tämän jälkeen teoria ja tentit on suoritettava uudelleen, mutta näyttöjä ei tarvitse antaa uudestaan. (PKSSK Lääkehoidon opas 2015, 1 - 2.) Vuoden 2017 aikana on tapahtumassa muutos näyttökokeisiin liittyen. Jatkossa nykyisen kolmen onnistuneen näyttökokeen tilalle tulee yksi onnistunut näyttö. (LOVe- näyttöjen arviointiperusteet 2016.)

Organisaatiossa noudatetaan talon yleistä lääkehoitosuunnitelmaa, mutta jokainen yksikkö on kirjannut omaa toimintaansa ohjaavat erityispiirteet ja tarpeet siihen erikseen. Käytäntö on, että jokaisessa yksikössä ovat samat hyvän lääkehoidon yleiset toimintaperiaatteet ja toimintatavat käytössä. Työyksiköiden lääkehoitosuunnitelmaan on myös kirjattu lääkehoitoon liittyvät tavoitteet, jotka työntekijän sekä opiskelijan tulee hallita. Perehdytysvaiheen aikana työyksikön esimiehen tai perehdytyksestä vastaavan henkilön tulee varmistaa, että työntekijällä on peruskoulutuksen antamat valmiudet suorittaa lääkehoitoa. Perehdytyksen päättymisvaiheessa esimiehen tulee varmistaa, että työntekijä on hankkinut riittävät taidot toimintayksikön lääkehoidosta ja saavuttanut asetetut lääkehoidon toteuttamisen tavoitteet. Vain kyseessä olevan työyksikön lääkehoitoon perehtynyt henkilö voi toteuttaa lääkehoitoa. (PKSSK Lääkehoidon opas 2015, 1 - 2.)

4. Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on aloittaa kehittämään sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen arvioimiseen sopivaa mittaria Pohjois-Karjalan keskussairaalaan osaamisen johtamisen ja potilasturvallisuuden tueksi. Tarkoituksena on muokata pilottikyselylomake Veräjänkorvan (2003) kehittämän mittarin (liite 1) pohjalta ja testata mittaria valittujen osastojen sairaanhoitajilla Pohjois-Karjalan keskussairaalaan erikoissairaanhoidon alueella. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa mittarin toimivuudesta ja kehittämistarpeista sekä laatia suositukset mittarin edelleen kehittämiseksi.

Veräjänkorvan (2003) mittaria ei tässä opinnäytetyössä käytetty kokonaisuutena, koska siitä puuttui tähän päivään soveltuvia osia ja sen valmistumisesta oli jo yli kymmenen vuotta.

Opinnäytetyön kehittämistehtävät:

- Muokata työryhmän avulla Veräjänkorvan (2003) mittaria Pohjois-Karjalan keskussairaalaan sopivaksi.
- Selvittää osallistavien menetelmien avulla pilottimittarin toimivuutta käytännössä sekä sen kehittämistarpeita.
- Laatia kehittämisprosessin tuotoksena kehittämis ehdotukset mittarin edelleen kehittämisestä.

5. Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö lähestymistapana

On erilaisia tapoja kytkeä tutkimus ja kehittäminen. Tämän opinnäytetyön kehittämisen lähestymistavaksi valittiin tutkimuksellinen kehittämistyö. Tutkimuksellinen kehittämistyö lähtee käyntiin muun muassa organisaation kehittämistarpeista tai halusta muutokseen. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on luonnostella, kehitellä ja ottaa käyttöön uusia, erilaisia ratkaisuja. Siihen liittyy monesti käytännön ongelmien ratkaisua ja uusien ideoiden, käytäntöjen, tuotteiden tai palvelujen tuottamista. Kehittämistyötä kuvataan monesti prosessina, koska kehittäminen on aikaa vievää ja koostuu selkeistä vaiheista. Kehittämistyön tarkastelu prosessina helpottaa myös toimimaan järjestelmällisemmin. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 19, 22.) Tässä opinnäytetyössä oli keskeistä osallistava kehittäminen, yhdessä tekeminen, tiedon tuotanto sekä oppiminen. Kehittämisprosessin tähtäimessä oli saada osallistavan toiminnan kautta työryhmältä ja pilottiosastojen sairaanhoitajilta ehdotuksia lääkehoidon osaamisen arviointiin sopivan mittarin kehittämiseksi.

Tutkimuksellisuuteen kytkeytyy tieteellinen ajattelu ja tutkimusvälineiden käyttö, kun taas kehittäminen viittaa enemmän toimintaan, jossa tavoitellaan kehittymistä tai muutosta parempaan (Heikkilä ym. 2008, 22 - 24). Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla kuvataan tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan yhteyttä ja se paikantuu tutkimuksen ja kehittämistoiminnan risteykseen. Kehittämistoiminnan toteutuksessa on kyse siitä, miten asetettu tavoite voidaan saavuttaa. Kehittämistoiminnassa lähtökohta, kohde, laajuus ja organisointitapa voivat vaihdella paljon. Kehittäminen on luonteeltaan käytännöllistä asioiden korjaamista, parantamista ja edistämistä. Kehittäminen tähtää myös uuden taidon ja tiedon siirtoon, joten onnistunut kehittäminen voi levitä myös muiden organisaatioiden ja toimijoiden keskuuteen. (Toikko & Rantanen 2009, 14 – 16, 21, 59.)

Tutkimuksellista kehittämistyötä ohjaavat käytännölliset tavoitteet, joihin haetaan teoriasta tukea. Teoria on tärkeä väline kehittämiskohteen ja ratkaisujen taustojen ymmärtämisessä. Tutkimuskirjallisuus auttaa kehittämisen kohteen aihepiirin ymmärtämisessä ja rajaa sekä määrittää kehittämisen tavoitteita. Tutkimuksellisen kehittämistyön ja tieteellisen tutkimuksen ero liittyykin toiminnan tavoitteeseen eli siihen, halutaanko saada aikaan parannuksia käytäntöön tai uusia ratkaisuja vai tuottaa ilmiöistä uutta teoriaa. Tutkimuksellisuus tulee esille kehittämistyössä niin, että kehittäminen etenee järjestelmällisesti, analyttisesti ja kriittisesti. (Ojasalo ym. 2014, 19 - 21, 30.)

Tutkimuksellista kehittämistoimintaa katsotaan seuraavista näkökulmista: kehittämisprosessi, toimijoiden osallisuus ja tiedontuotanto. Vaikka näkökulmat poikkeavatkin hieman toisistaan, ne kuitenkin määrittävät kehittämistoiminnan ajatusta. Kehittämistoiminnan metodinen ydin rakentuu näiden näkökulmien kautta. Prosessinäkökulmasta ajatellen kehittäminen menee eteenpäin toiminnan perustelusta ja organisoinnista toteutuksen kautta arviointiin. Prosessin kulkua joudutaan usein korjaamaan ja suuntaamaan uudelleen. (Toikko & Rantanen 2009, 9 - 11.)

Tutkimusprosessi jaetaan useampaan vaiheeseen ja sen aikana tehdään erilaisia valintoja ja päätöksiä. Ratkaisevia päätöksiä tehdään ideatasolla ja sitoutumisessa. Koska kaikki ei ole aina ennakoitavissa, saatetaan toteuttamisvaiheessa joutua muuttamaan prosessin alussa tehtyjä ratkaisuja. Tutkimukseen kuuluva kirjoittaminen on osa tutkimusprosessia ja vie sitä eteenpäin. Tutkimusprosessi etenee vielä tutkimustulosten jälkeenkin, joten tutkimuksen jatkuvuus on tärkeää. (Vilkkä 2015, 56 - 58.)

Kehittämistoiminnassa korostetaan erityisesti osallisuutta. Kehittämiseen liittyy läheisesti yhteistoiminnallisuus ja sosiaalinen näkökulma. Kehittämisessä on osallisena useita eri ammattiryhmiä edustavia henkilöitä, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. (Alasoini 2006, 38; Heikkilä ym. 2008, 55.)

Toimijoiden osallistumisen näkökulmasta kehittämistoiminta rakentuu yleensä useiden eri toimijoiden sitoutumiseen ja aktiiviseen osallistumiseen. Kehittämissä käydään läpi erilaisia näkemyksiä ja sovitetaan niitä yhteen. Osallistumisella tarkoitetaan myös kehittäjän osallistumista todelliseen toimintaan, jolloin kehittäjä ei ole vain ulkopuolinen toimija, vaan pyrkii aidosti vuoropuheluun käytännön toimijoiden kanssa. Tiedontuotannon näkökulmasta tutkimus voi liittyä kehittämiseen kolmella tavalla. Tutkimusta voidaan käyttää apuna, kun tuotetaan arviointitietoa esimerkiksi kehittämistoimien onnistumisesta. Tutkimustiedon avulla voidaan myös pyrkiä rakentamaan hyviä käytäntöjä ja tukea kehittämistoimintaa, jolloin puhutaan tutkimusavusteisesta kehittämisestä. Tutkimus ja kehittäminen liittyvätkin näin toisiinsa ja tutkimuksellisuus edistääkin kehittämistoiminnan toteutusta, tulosten käyttökelpoisuutta sekä siirrettävyyttä. (Toikko & Rantanen 2009, 9 - 11.)

Kehittämisprosessi voidaan käsittää esimerkiksi erilaisten mallien kautta. Tämän opinnäytetyön kehittämisprosessin etenemiseen sopii parhaiten lineaarinen malli, koska kehittäminen on edennyt hyvin suoraviivaisesti eteenpäin. Lineaarista mallia voidaan kuvata myös kehänä. Kehittämisprosessi koostuu erilaisista tehtäväkokonaisuuksista, joita ovat perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja levittäminen. (Toikko & Rantanen 2009, 56, 64 - 65.) Tämän opinnäytetyön kehittämisprosessi on edennyt Toikon ja Rantasen (2009) kehittämisprosessia mukaillen.

Kehittäminen edellyttää perusteluja siihen, mitä ja miksi kehitetään. Varsinainen kehittäminen vaatii myös toiminnan organisointia, jolloin määritellään, kuka tekee mitään ja millä resursseilla. Kehittäminen vaatii myös kehittävää toimintaa ja kehittämiseen liittyy toiminnan arviointi. Kehittämisellä on myös pyrkimys levittää uusia palveluita ja tuotteita. (Toikko & Rantanen 2009, 56 - 57.)

Kuviossa 5 kuvataan kehittämisprosessia, joka etenee vaiheittain lähtötilanteesta/perustelusta suunnittelun, organisoinnin ja toteutuksen kautta arviointiin ja tulosten jalkauttamiseen sekä juurruttamiseen. Tarkempi aikataulullinen kehittämistyön prosessinkuvaus esitetään kappaleessa 5.5.1.



Kuvio 5. Opinnäytetyön kehittämisprosessin vaiheet (mukaillen Toikko & Rantanen 2009).

Aihe opinnäytetyöhön ja **perusteltu** tarve kehittämiseen nousi lääkehoitoon liittyvien potilasturvallisuusilmoitusten myötä. **Lähtötilanteessa** todettiin, ettei sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen arvioimiseen ole sopivaa keinoa/mittaria PKSSK:n alueella. Kehittämistyön **suunnittelu ja organisointi** piti sisällään opinnäytetyöaiheen rajaamisen, kehittämistehtävän tarkemman määrittelyn, asiantuntijatyöryhmän kokoamisen ja pilottikyselyn laatimisen. Tämän jälkeen suunniteltiin lähestymistapaa ja käytettäviä menetelmiä.

Toteutusvaihe koostui asiantuntijatyöryhmän työskentelystä sekä pilottimittarin toteuttamisesta käytäntöön. Toteutusvaiheessa valmistettiin suunnitelman mukaisesti kehittämis ehdotukset varsinaiselle mittarille. **Arviointivaihe** koostui

muun muassa kehittämistyössä käytetyistä eri kehittämismenetelmien arvioinnista. Lisäksi opinnäytetyöntekijät toteuttivat reflektoivaa arviointia koko kehittämisprosessin ajan ja pyysivät myös sisäistä arviointia kehittämisprosessiin osallistuneilta. **Pilottimittarin tulosten jalkauttaminen** ja kooste mittarin kehittämis ehdotuksista esitellään erillisenä kaaviona kappaleessa 7. Mittarin **kehittämis-ehdotuksien toteuttaminen ja valmiin mittarin juurruttaminen käytäntöön** ei kuulu enää tähän kehittämisprosessiin. Opinnäytetyöntekijöiden osalta kehittämisprosessi päättyy mittarin kehittämis ehdotusten esittelyvaiheeseen.

5.2 Kehittämistyön toimintaympäristö ja osallistujat

Tämän opinnäytetyön kehittämisprosessi on kohdentunut lähtötilanteessa Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) alaisuudessa toimivaan Pohjois-Karjalan keskussairaalaan. PKSSK järjesti erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon palveluja Pohjois-Karjalan keskussairaalassa sekä Honkalampi-keskuksessa vuoden 2016 loppuun saakka. Vuoden 2016 aikana psykiatrian klinikka Paiholasta muutti myös fyysisesti Pohjois-Karjalan keskussairaalan yhteyteen. (Siun sote 2016.) Vuoden 2014 lopussa PKSSK:n palveluksessa oli yhteensä 2970 henkilöä, joista vakinaisia 81,8 % ja määräaikaista 18,2 %. Eriasteisia sairaanhoitajia tästä määrästä oli 1361. (PKSSK henkilöstökertomus 2014, 3.) Vuoden 2017 alusta alkaen PKSSK:n organisaatio muuttui Siun soteksi, jolloin 14 kunnan sosiaali- ja terveystyöpalvelut erikoissairaanhoidon mukana lukien muuttivat ”saman kattojärjestön” alle. Tämä yhteinen organisaatio tuottaa palveluita 170 000 asukkaalle. Työntekijöitä Siun sotessa tulee olemaan yli 6 000 kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Pohjois-Karjalan maakunnan lisäksi Siun soteeseen kuuluu Heinävesi Etelä-Savon maakunnasta. (Siun sote 2016.)

Keskeisinä toimijoina kehittämisprosessissa ovat olleet asiantuntijatyöryhmän jäsenet sekä pilottiosastojen sairaanhoitajat. Työryhmän kokoonpano haluttiin pitää tiiviinä ja pienenä, että jokainen saisi oman äänensä kuuluviin. Työryhmään toivottiin osallistujia moniammatillisesti eri ammattiryhmistä, jotta mittarin kehittämiseen tulisi tietoa useammasta eri näkökulmasta. Opinnäytetyön toimeksiantaja

esittikin työryhmään henkilöitä, joilla oletettiin olevan eniten näkemystä aihepiiristä ja kykyä tuottaa mittarin kehittämiseen laadukasta ja ajantasaista tietoa. Asiantuntijatyöryhmään kutsuttiin opinnäytetyöntekijöiden lisäksi viisi muuta jäsentä. Kutsutut jäsenet olivat hallintoylihoitaja, asiantuntijaohjaaja, potilasturvallisuuskoordinaattori, lääkehoitotyöryhmän jäsenenä toimiva ylihoitaja ja kehittämissiantuntija kehittämissyksiköstä. Osallistuminen työryhmään oli vapaaehtoista. Sairaanhoitajia ei tässä vaiheessa osallistettu mukaan työryhmätyöskentelyyn, koska ajateltiin että toteutettavassa pilottikyselyssä heidän mielipiteensä ja ehdotuksensa saadaan riittävän kattavasti esille.

Pilottikyselyyn valittiin PKSSK:n kaksi palvelualueetta ja näistä kummastakin kolme osastoa. Näiden kuuden osaston sairaanhoitajia pyydettiin vastaamaan pilottikyselyyn. Henkilöstötoimistosta saadun tiedon mukaan näillä osastoilla työskenteli yhteensä 210 sairaanhoitajaa.

5.3 Tutkimuksellisen kehittämistyön tukena käytetyt menetelmät

Edellytyksiä tutkivalle kehittämiselle on tutkimusmenetelmien hallitseminen ja kyky soveltaa tutkimusotteita sekä menetelmiä käytännön tilanteissa (Heikkilä ym. 2008, 38). Kehittämistyön tueksi saadaan eri menetelmillä erilaisia näkökulmia ja erilaista tietoa. Kehittämistyössä käytetään monipuolisesti erilaisia, toisiaan täydentäviä menetelmiä ja menetelmäosaamista tarvitaankin jo kehittämiskohteen tunnistamisesta lähtien. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä olemassa oleva teoria ja menetelmät auttavat kehittämisen tavoitteiden saavuttamisessa. Tutkimuskirjallisuuden mukaan menetelmät jaetaan määrällisiin (kvantitatiivisiin) ja laadullisiin (kvalitatiivisiin). Käyttämällä useita menetelmiä, kysymys kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen eroista ei ole kovin tärkeää. (Ojasalo ym. 2014, 11, 20, 40). Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen voidaan katsoa täydentävän toisiaan ja tutkimusote voi koostua näistä molemmista (Kananen 2011, 15).

Kanasen (2011, 142 – 143) mukaan kvantitatiivinen tutkimus tuo tutkimukseen mukaan laajuutta ja kvalitatiivinen taas syvyyttä. Kvantitatiivista tutkimusta voidaan käyttää kvalitatiivisen tutkimuksen edellä esimerkiksi silloin, kun halutaan

kerätystä määrällisestä tiedosta jalostaa uutta tietoa haastattelemalla, havainnoimalla tai jollain muulla taustaselvittelyllä. Tässä kehittämistyössä oli pääasiassa kvalitatiivisen tutkimusotteen piirteitä. Pilottikysely oli kvantitatiivinen.

Osallistumista edistävien menetelmien tavoitteena on vahvistaa yhteisen toiminnan kautta toteutuvaa sosiaalista vuorovaikutusta ja kehittämisen moniäänisyyttä (Ojasalo ym. 2014, 160 - 161). On etu, jos käyttäjät ja toimijat pystyvät osallistumaan kehittämistoimintaan esimerkiksi henkilökohtaisen näkemyksen tai kokemuksen perusteella. Osallistamisen ja osallistumisen käsitteet ovat hyvin lähellä toisiaan. Osallistamisessa tarjotaan mahdollisuuksia ja osallistumisessa voidaan taas hyödyntää mahdollisuuksia. Osallistumisesta on monenlaista hyötyä kehittämistoiminnassa, etenkin tuloksellisuuden näkökulmasta. Tärkeimpien sidosryhmien ottaminen mukaan jo alusta lähtien suunnitteluun ja päätöksentekoon pidetään yhtenä tuloksellisuuden ehtona. Tällä tavoin voidaan varmistaa eri tahojen näkökulmat mahdollisimman hyvin ja samalla lisätään sitoutumista kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 89 - 91, 99.) Tässä kehittämissuunnitelmassa on hyödynnetty osallistamisen menetelminä aivoriihimenetelmää (brainstorming), kyselyä sekä SWOT-analyysiä.

5.3.1 Aivoriihi

Yhtenä luovan ongelmaratkaisun standardimenetelmistä voidaan pitää aivoriiheä. Tässä menetelmässä on tarkoituksena tuottaa ideoita ryhmässä. Tätä menetelmätapaa voidaan kutsua myös ideointityöpajaksi. Yleensä ryhmän koko on noin 6-12 henkilöä, jossa vetäjän johdolla pyritään ideoimaan uusia lähestymistapoja tai ratkaisuja johonkin ongelmaan. Tavoitteena on kerätä ideoita ilman kritiikkiä ja kirjata syntyneet ideat ylös. (Ojasalo ym. 2014, 44, 160 - 161.)

Ryhmän koolla on erityisesti merkitystä aivoriihityöskentelyssä. Suuressa ryhmässä on vaarana, että osa ryhmän jäsenistä jättäytyy ulkopuoliseksi tarkkailijoiksi, jolloin sitoutuminen toimintaan vähenee. Pienen ryhmän haittapuolena on taas ehkä ryhmän jäsenten vaikeus löytää lennokkaita ideoita. Ryhmän vetäjän rooli vaikuttaa myös keskeisesti aivoriihen tuloksellisuuteen. (Ojasalo ym. 2014,

44, 160 - 161.) Ensimmäisessä työryhmätapaamisessa hyödynnettiin aivoriihimemetelmää pilottimittarin suunnittelun ja muotoilemisen tukena.

5.3.2 Kysely

Tavallisin aineistonkeruumenetelmä määrällisessä tutkimuksessa on kyselylomake. Kyselylomakkeen etuna voidaan pitää sitä, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Riskinä on taas matala vastausprosentti. Kyselylomake voidaan lähettää sähköpostitse, mutta tällöin kaikilla perusjoukkoon kuuluvilla tulisi olla mahdollisuus sekä internetin että sähköpostin käyttöön. (Vilka 2015, 94 - 95.) Sähköisen tiedonkeruun vahvuksina nähdään nopeus, vaivattomuus ja edullisuus (Ojasalo ym. 2014, 128). Toisena osallistavana menetelmänä kehittämistyössä käytettiin kyselyä. Kysely toteutettiin Webropol® sovellusohjelmalla ja välitettiin sähköpostitse mittarin esitestaajalle sekä pilottiosastojen osastonhoitajien kautta sairaanhoitajille.

Kyselytutkimuksessa lähdetään liikkeelle tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin. Kyselyn suunnittelussa toteutuu monia vaiheita ja heti alussa tulee tarkasti suunnitella, minkälaista tietoa tarvitaan. (Ojasalo ym. 2014, 41, 130.) Kyselylomakkeen kautta toteutetussa tutkimuksessa korostuu ennakkosuunnittelun merkitys, koska tutkittaville ei voi tehdä tarkentavia kysymyksiä tai havaintoja jälkikäteen. Kyselylomake on rakennettava niin, että vastaaja ymmärtää kysymykset juuri niin kuin on tarkoitettu. (Valli 2015, 239.)

Metsämuurosen (2005, 58) mukaan mittari tarkoittaa testipatteristoa, jonka avulla tuotetaan tietoa tutkittavalta alueelta. Mittari voi koostua yhdestä ainoasta kysymyksestä tai yhdestä tai useammasta osiosta. Tarkoitus näissä kaikissa on kuitenkin havainnoida ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti.

Kyselylomakkeen suunnittelu pohjautuu kehittämistyön tavoitteisiin. Lomakkeeseen otetaan mukaan vain sellaiset kysymykset, jotka tarvitaan työn tavoitteiden saavuttamiseksi. Lomakkeen pituudella ja ulkoasun selkeydellä on merkitystä sekä vastaajalle että tietojen tallentajalle. Kysymysten tulisi olla yksiselitteisiä ja

vastausohjeiden mahdollisimman yksityiskohtaisia. Lomake tulee testata ja saattekirjeen sisältökin on tärkeä kyselyn onnistumisen kannalta. (Ojasalo ym. 2014, 130 - 132.)

5.3.3 SWOT-analyysi

SWOT analyysiä eli nelikenttämenetelmää (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) sovelletaan useilla eri tieteenaloilla (Vuorinen 2013, 88). SWOT menetelmällä tarkoitetaan kehittämistyökalua, jolla kartoitetaan jonkun asian mahdollisuuksia (O), uhkia (T), vahvuuksia (S) ja heikkouksia (W) niin sanotun nelikentän avulla. SWOT-analyysin etuna voidaan pitää sen helppokäyttöisyyttä sekä muunneltavuutta. (Virtanen 2007, 189 - 190.)

Sisäiset asiat (S ja W) ovat tässä hetkessä esillä olevia asioita. Ulkoiset asiat (O ja T) ovat tulevaisuuden haasteita. SWOT-analyysi on yhteen vetävä analyysi, jonka tarkoituksena on tuottaa ensin analyysiä ja sitten valintoja sekä toimintasuunnitelmia. SWOTin avulla esiin voi nousta myös keskeisiä teemoja. SWOTiin asioiden merkitseminen on subjektiivinen valinta ja jotkut asiat voivat olla yhtä aikaa sekä heikkouksia, että vahvuuksia. (Vuorinen 2013, 88 - 94.)

SWOT-analyysiä hyödynnettiin toisessa työryhmätapaamisessa pilottimittarin kehittämisehdotuksien läpikäymisen välineenä. Opinnäytetyöntekijät arvioivat myös kehittämisprosessia kyseessä olevan menetelmän avulla.

5.4 Kehittäjien rooli tutkimuksellisessa kehittämistyössä

Kehittämistyötä tehdään yleensä ryhmässä ja tavallisesti kehittämistyön tekijä toimii ryhmän jäsenenä (Ojasalo ym. 2014, 40). Tässä kehittämistyössä molemmat opinnäytetyöntekijät olivat organisaatiossa työskenteleviä työntekijöitä. Tämän myötä molemmilla oli sekä omakohtaisia kokemuksia että ammattilista näkemystäkin aiheesta.

Osallistumisella on kaksi eri väylää, jossa käytännön toimintaan osallistuvat sekä kehittäjät että toimijat, mutta osallistumisessa on aste-eroja. Joskus tutkimuksellisessa kehittämisessä korostetaan kehittäjien ja toimijoiden tiivistä yhteistyötä, mutta joskus päädytään etäisempään vuorovaikutukseen. Kehittäjän rooli voi olla erilaista ja kehittäjä voidaankin nähdä räätäli-konsulttina, kehittäjä-työntekijänä tai fasilitaattorina (muutosprosessin asiantuntija). Useissa kehittämistoiminnan lähestymistavoissa voivat kehittäjät olla aktiivisia toimijoita ja toimijat aktiivisia kehittäjiä. Jokainen tuo omat näkökantansa ja kysymyksen asettelunsa kehittämis-yhteisöön, jossa niitä yhdessä pohditaan. (Toikko & Rantanen 2009, 89 - 91.) Opinnäytetyöntekijöiden rooli oli osallistava, mutta molemmat toimivat myös aktiivisina osallistujina kehittämistoiminnassa. Opinnäytetyöntekijät toimivat tässä työssä eräänlaisina räätäli-konsulttina keräten tietoa, analysoiden sitä ja tehden perusteltuja ehdotuksia päättävälle tahoille.

5.5 Kehittämisprosessin suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaihetta pidetään tärkeimpänä yksittäisenä osana, joka vaikuttaa tutkivan kehittämisen onnistumiseen. Että hanke toteutuisi toiveiden ja tavoitteiden mukaisesti, tulee suunnitteluun kiinnittää huomiota. Suunnittelun tarkoituksena on resurssien koordinoiminen, aikataulujen arvioiminen ja niissä pysyminen, työskentelyn tehostaminen sekä oikeiden asioiden tekemisen mahdollistaminen oikealla tavalla. (Heikkilä ym. 2008, 68.)

Tässä opinnäytetyössä kehittämisprosessin suunnitteluvaihe koostui aiheen tarkennuksesta ja erityisesti aihepiirin rajaamisesta. Suunnitteluvaiheessa mietittiin tutkimustehtäviä ja pohdittiin myös kehittämisen tukena käytettäviä menetelmiä. Toikon ja Rantasen (2009, 57 – 59) mukaan suunnitteluvaiheessa on, merkityksellistä osata perustella kehittämisen tarpeellisuus ja aiheen yleinen merkittävyys. Tämän opinnäytetyön aihe on noussut organisaation tarpeesta ja sen strategialähtöisestä halusta aloittaa kehittämään osaamisen johtamisen tueksi mittaria sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen arvioimiseen.

Kehittämisteeman ajankohtaisuudella on myös olennainen vaikutus merkittävyyteen. Opinnäytetyön aihe nousi opinnäytetyöntekijöiden tietoisuuteen alkuvuodesta 2016 PKSSK intran sivujen kautta, jossa esiteltiin vapaina olevia YAMK opinnäytetyön aiheita. Opinnäytetyön tekijät ottivat yhteyttä asiantuntijaohjaajaan ja hänen kauttaan aihe varmistui. Suunnitteluvaiheessa tarkennettiin toimeksiantajan vaatimuksia ja toivomuksia aiheen suhteen sekä haettiin koulun ja toimeksiantajaorganisaation yhdenmukaisia näkemyksiä. Vilkkakin (2015, 59) toteaa, että toimeksiantajan tutkimusideat voivat olla laveita kuvauksia siitä, mitä halutaan tietää ja niitä joudutaan täsmentämään yhdessä.

Aihe vaikutti alkuun hyvin laajalle ja pitkälti pelkästään tutkimukselliselle opinnäytetyölle, joten koulun vaatimusten mukaan aiheeseen haettiin kehittämisen näkökulmaa sekä selvää aihealueen rajausta. Jo tässä vaiheessa oli ilmiselvää, että opinnäytetyön aihealueen laajuuden vuoksi opinnäytetyön tekeminen kahdestaan oli järkevintä. Metsämuuronen (2005, 29) toteaa, että aihepiirin rajaus on tärkeää, jotta löydetään aihepiiristä mielenkiintoinen tehtävä, jota halutaan tutkia.

Metsämuurosen (2005, 32) mukaan kirjallisuuden avulla tulee löytää tutkimustehtävään soveltuva teoreettinen pohja, joka jäntevöittää tutkimusta sekä keskittää työn sen oleelliseen ytimeen. Teorian avulla myös tutkija löytää työn tärkeät työkalut eli käsitteet, joiden oikeellisuudesta riippuu tulosten hyvyys. Suunnitteluvaiheessa opinnäytetyöntekijät hakivat tietoa ja tutustuivat tarkemmin aiheeseen liittyvään teoreettiseen ja kirjoitettuun tietoon. Tietoa haettiin myös käytännöstä muun muassa kysymällä neuvoja organisaation opetuskoordinaattorilta sekä asiantuntijaohjaajalta, että tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin. Myös tutkimussuunnitelman runkoa laadittiin ja etsittiin tausta- ja teoretietoa lisää. Tässä vaiheessa opinnäytetyöntekijät löysivät Veräjänkorvan (2003) väitöskirjan ja mittarin, joka havaittiin hyödylliseksi tässä kehittämistyössä. Suunnitteluvaihe piti sisällään useita tapaamisia asiantuntijaohjaajan kanssa, joissa pohdittiin yhdessä kehittämisprosessissa käytettäviä menetelmiä sekä Veräjänkorvan (2003) mittarin soveltuvuutta tähän yhteyteen. Mittari valittiin mukaan, koska se kohdentui myös sairaanhoitajiin ja oli jaoteltu sopiviin osa-alueisiin. Lisäksi aiempiin tutkimuksiin tutustuessa havaittiin, että useissa tutkimuksissa oli käytetty Veräjänkorvan (2003) mittaria pohjana.

Karelia ammattikorkeakoulu tarjosi ohjaavan opettajan ja opinnäytetyön ohjausryhmän (YAMK-opiskelijoista koostuva vertaisohjausryhmän) opinnäytetyön tekemisen tueksi. PKSSK:n opetus- ja tutkimuskoordinaattori on ollut tämän opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa yhtenä asiantuntijana rajaamassa raameja aihealueelle. Aihealue myös rajautui selkeämmin tutkimuslupien yhteydessä tehdyn tutkimussuunnitelman kautta. Kuviossa 6 on kuvattu kehittämisprosessin aikataulu.



Kuvio 6. Opinnäytetyön kehittämisprosessin aikataulu.

5.6 Kehittämisprosessin organisointivaihe

Käytännön toteutuksen suunnittelua ja valmistelua tarkoitetaan kehittämistoiminnan organisoinnilla. Organisoinnin yhteydessä määritellään resurssit, joilla pyritään tavoitteeseen. Tärkeä osa kehittämistoiminnan organisointia on toimijoiden määrittely. Lähtökohtana pidetään sitä, että toimintaan osallistuisivat kaikki, joita kehittäminen jollain tavalla koskettaa. Keskeiset toimijat voivat muodostaa työryhmän. Työryhmä vastaa käytännön kehittämistoiminnasta. (Toikko & Rantanen 2009, 58 - 59.) Opinnäytetyön teoriapohjaa suunniteltiin ja aihetta rajattiin loppukeväästä 2016. Tutkimussuunnitelmaa korjattiin aiheen rajauksen suhteen muutama kertaan. Veräjänkorvalta haettiin myös kirjallisesti lupaa mittarin käyttöön. Lupa mittarin käyttöön saatiin tutkijalta suullisesti puhelimitse. Samalla valmisteltiin yhdessä asiantuntijaohjaajan kanssa asiantuntijatyöryhmän kokoonpanoa sekä heille esiteltävän pilottikyselyn runkoa. Tässä vaiheessa myös esivalmisteltiin ensimmäisen työryhmätapaamisen sisältöä. Ennen ensimmäistä työryhmätapaamista alkuperäistä mittaristoa muokattiin yhdessä asiantuntijaohjaajan kanssa käymällä kysymykset läpi ja pohdittiin niiden soveltuvuutta tähän tarkoitukseen. Tuolloin osa kysymyksistä jätettiin suoraan pois ja osaa muokattiin tähän pilottimittariin sopivaksi.

Tutkimussuunnitelma tehtiin kirjallisena. Tämän opinnäytetyön tutkimussuunnitelma vastaa kehittämisprosessissa perinteisen tutkimuksen tutkimussuunnitelmaa. Tutkimuslupaa haettaessa toimeksiantajaorganisaatio edellytti, että tutkimussuunnitelman tulee olla valmis ja organisaatiossa hyväksytty. Tutkimussuunnitelman tuli pitää sisällään suunnitellut aineistonkeruumenetelmät, aikataulun, osallistettavat ammattiryhmät ja yksiköt, eettisyyden sekä kehittämistavoitteen. Toimeksiantajana opinnäytetyölle oli PKSSK (hallintoylihoitaja). Käytännön asiantuntijaohjaajana toimi PKSSK:ssa työskentelevä farmaseutti.

Toimeksiantosopimus (liite 4) kirjoitettiin huhtikuussa 2016 ja tutkimuslupa varmistui organisaatiolta toukokuussa 2016. Yksi merkittävä asia tämän opinnäytetyön onnistumisen kannalta sekä osa tämän opinnäytetyön kehittämistoiminnan organisointia oli asiantuntijatyöryhmän kokoaminen organisaatiossa työskentele-

vistä henkilöistä. Tutkimusluvan varmistumisen jälkeen opinnäytetyöntekijät pääsivät kutsumaan ensimmäisen työryhmätapaamisen koolle kesäkuussa 2016. Työryhmän jäseniä lähestyttiin etukäteen puhelimitse ja heiltä tiedusteltiin kiinnostusta työryhmään osallistumisesta sekä kysyttiin ehdotusta sopivasta tapaamispäivämäärästä. Kaikki työryhmän jäsenet ilmaisivat jo tässä vaiheessa kiinnostuksensa aiheeseen ja kokivat aiheen tärkeänä. Viikkoa ennen ensimmäistä työryhmätapaamista työryhmän jäsenille lähetettiin sähköpostitse saatekirje (liite 5) pilottikyselyn keskeisestä sisällöstä sekä tutkimussuunnitelma, joka sisälsi pilottikyselyn kysymykset.

5.7 Kehittämispöcessin toteutusvaihe

Kehittämistoiminnan toteutus koostuu priorisoinnista, kokeilusta ja mallintamisesta sekä joskus myös ideoinnista tai sen uudelleen tarkastelusta. Toteutus pyritäänkin rajaamaan sekä kohdentamaan niin tarkasti kuin mahdollista, jonka jälkeen voidaan aloittaa konkreettinen kokeilutoiminta. Kehittämistoimintaa kutsutaan konkreettiseksi tekemiseksi. (Toikko & Rantanen 2009, 59 - 60.)

Kehittämispöcessin toteutusvaihe koostui asiantuntijaohjaajan kanssa käydyistä tapaamisista ja työryhmätapaamisista sekä pilottikyselyn toteuttamisesta. Asiantuntijaohjaajan kanssa kokoonnuttiin kahdeksan kertaa, joissa käytiin läpi pilottimittarin kehittämiseen liittyviä asioita sekä tehtiin väliarviointia. Kokouksia pidettiin koko kehittämispöcessin ajan sekä aina ennen työryhmätapaamisia, joita oli kaksi.

5.7.1 Ensimmäinen työryhmätapaaminen

Koska kyselylomakkeen kysymysten muotoilu on aikaa vievää, eikä yleensä onnistu heti, kannattaa niitä muotoilla ja täsmentää yhdessä tutkimusryhmän muiden henkilöiden kanssa (Vilkkä 2015, 108). Ensimmäisessä työryhmätapaamisessa olikin tavoitteena suunnitella kyselylomaketta ja yhdessä ideoida ja muokata pilottikyselyyn tulevia kysymyksiä sekä valita käytettävä otantamenetelmä.

Työryhmään osallistuivat kaikki kutsutut paitsi opinnäytetyön toimeksiantajana toimiva hallintoylihoitaja. Työryhmätapaaminen pidettiin kesäkuussa 15.6.2016.

Kysymykset käytiin kohta kohdalta läpi ja opinnäytetyöntekijät kirjasivat syntyneitä ideoita ylös. Samalla kysymyksiä muokattiin Veräjänkorvan (2003) väitöskirjan mittariston pohjalta ja mukaan nostettiin kysymyksiä, joita Veräjänkorvan (2003) mittaristossa ei ollut ja jotka koettiin työryhmässä tärkeäksi. Kyselyn muokausrunkona käytettiin jo alustavasti asiantuntijaohjaajan kanssa muokattua mittaristoa. Ilmapiiri oli lämmin ja keskusteleva, jokainen ilmaisi avoimesti mielipiteensä. Työryhmä halusi muuttaa pilottimittarin kyselyasteikkoa joidenkin kysymysten osalta yksinkertaisemmaksi. Veräjänkorva (2003) oli käyttänyt mittarissaan kahta eri asteikkoa: Likert- viisiportaista asteikkoa ja kolmiportaista kyllä, ei tai ei mielipidettä - asteikkoa. Hän oli tehnyt mittarille myös luotettavuusmittaukset. (Veräjänkorva 2003, 66, 118.)

Jotta voidaan vastata tutkimusongelmaan riittävän kattavasti, tulee pohtia tutkimusaineiston riittävää kokoa. Otos koostuu tilastoyksiköistä eli havaintoyksiköistä, kuten ihmisistä. Perusjoukko sisältää kaikki havaintoyksiköt, joista halutaan tietoa. Perusjoukon koko vaikuttaakin siihen, halutaanko tehdä kokonaistutkimus, jossa koko perusjoukko valitaan mukaan tutkimukseen vai käytetäänkö otantamenetelmää. (Vilka 2015, 98.)

Tässä opinnäytetyössä pilottikyselyn otantamenetelmänä päätettiin käyttää harkinnanvaraista otantaa, joka soveltuu hyvin kyselylomakkeiden testaukseen. Mukaan valittiin osastot, joissa työskenteli volyymiltään suurimmat määrät sairaanhoitajia ja otoskooksi kaavailtiin noin 300 sairaanhoitajaa. Edellä mainitun lisäksi osastojen valintaan vaikutti osastoilla toteutunut lääkehoitojen runsas lukumäärä. Näillä oletettiin olevan vaikutusta myös vastausprosenttiin. Pilottikyselyyn päätettiin osallistaa kaksi erikoissairaanhoidon palvelualueita ja opinnäytetyöntekijöiden vastuulle jäi valita mukaan osastot näistä alueista.

Veräjänkorvan (2003, 117 - 118) kyselyn pituuden epäiltiin olevan ehkä yhtenä syynä heikohkoon vastausprosenttiin. Veräjänkorvan mittari sisälsi yhteensä 124

kysymystä. Puuttuvia tietoja Veräjänkorvan tutkimuksessa oli vähän, mutta vastaajat olivat käyttäneet melko paljon vastausvaihtoehtoa "en osaa sanoa" tai "ei mielipidettä". Lomakkeen jatkokehittelyssä mainittiin erityisesti, että jatkossa on syytä tarkentaa kysymysten määrää sekä muokata lomaketta lyhemmäksi. Tämän vuoksi asiantuntijatyöryhmä halusi erityisesti kiinnittää huomioita pilottikyselyn pituuteen, sen vastaamiseen menevään aikaan sekä vastausvaihtoehtoihin.

Pilottimittariin tuli kuitenkin melko paljon kysymyksiä, yhteensä 87 kappaletta. Asiantuntijaryhmä koki tämän määrän suureksi ja halusi sen vuoksi muuttaa osassa kysymyksissä asteikon "kyllä" ja "ei" vaihtoehtoiksi ja poistaa vastaajilta mahdollisuuden valita vaihtoehdon "en tiedä". Tällä asiantuntijatyöryhmä oletti pilottikyselyn tuovan vastaajille selkeämmät vastausvaihtoehdot. Tämän toivottiin myös muuttavan kyselyyn vastaamisen helpommaksi ja nopeammaksi sekä toisaalta siinä tulisi ilmi vastaajien todellinen osaaminen. Työryhmässä sovittiin, että asiantuntijaohjaajan vastuulle jäi lääkelaskujen muokkaaminen, koska hänellä oli siihen paras asiantuntemus. Tapaamisen lopussa osallistujilta pyydettiin kirjallista arviota työryhmätyöskentelystä. Ensimmäiselle työryhmätapaamiselle asetetut tavoitteet saavutettiin työryhmän mielestä hyvin.

Tapaamisen jälkeen sovittiin, että opinnäytetyöntekijät lähettävät muokatun pilottikyselylomakkeen työryhmän jäsenille sähköpostitse. Näin jokainen pystyi vielä rauhassa pohtimaan ja arvioimaan kysymyksiä sekä antamaan palautetta ennen pilottikyselyn lähettämistä.

5.7.2 Pilottikyselyn muokkaaminen ja toteuttaminen

Optimaalisen mittarin rakentamisen perusta alkaa aina teoriasta eli tutustutaan siihen, mitä jo tiedetään tutkittavasta ilmiöstä. Jos teorian perusteella voidaan luoda keskeiset käsitteet ja niiden mitattavissa olevat määritelmät eli operationalisoinnit, on tästä enää askel mittarin varsinaiseen luomiseen. Hyvästä mittarista puhuttaessa on hyvä pitää mielessä, että eroa kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen mittarin välille ei kannata tehdä. Yksinkertaisemmillaan mittarin rakentaminen

lähtee jäsennellystä kysymyksestä tai toimeksiannosta, johon halutaan etsiä vastausta. Jos käsitteiden muokkaaminen mittariksi epäonnistuu, mittaamme väärää asiaa. On myös muistettava, että kvantitatiivisella mittarilla saadaan selville vain osa totuudesta. (Metsämuuronen 2002, 22 - 23, 26.)

Kyselylomakkeen pohjana tulee aina olla kehittämistyön tavoitteet, jotka tulee olla tekijöillä selvillä ennen kyselyn suunnittelun alkamista. Kyselylomakkeeseen tulee sisällyttää vain sellaisia kysymyksiä, joilla saavutetaan asetetut tavoitteet. Kyselytutkimuksissa suositellaan kehittämistehtävän kannalta kattavaan, mutta kuitenkin yksinkertaiseen sekä helppotajuiseen kysymyksenasetteluun. (Ojasalo ym. 2014, 130 - 131.)

Kehitysprosessi hyvässä mittarissa on varsin pitkä. Kehitys alkaa mittarin raakaversiosta, kollegoiden ja ystävien korjausehdotuksista sekä mittariin tehtävillä korjauksilla. Mittari tulee testata pienimuotoisella pilottitutkimuksella. Tässä on tarkoituksena poistaa varsinaisesta mittarista pois huonoja osioita, joilla ei ole vastaajia erottelevaa merkitystä tai ovat muuten monimerkityksellisiä ja huonoja. Pitkää mittaria voidaan pitää luotettavuustarkastelujen perusteella luotettavampana kuin lyhyttä. (Metsämuuronen 2005, 59.)

Kyselylomakkeet voidaan luokitella käytettävien kysymystyyppien mukaan. Kyselylomakkeet, joissa käytetään pääasiassa avoimia kysymyksiä, kutsutaan kvalitatiivisiksi kyselylomakkeiksi. Lomakkeita, jotka sisältävät pääasiassa suljettuja kysymyksiä kutsutaan kvantitatiivisiksi kyselylomakkeiksi. Käytännössä suurimmassa osassa kyselyitä käytetään sekä avoimia että suljettua kysymyksiä. Tätä kutsutaan sekamuotoiseksi kyselylomakkeeksi. (Johnson & Christensen 2014, 199.) Tämän opinnäytetyön kyselylomake sisälsi pääasiassa suljettuja kysymyksiä, joten sen perusteella kyselylomake voidaan luokitella kvantitatiiviseksi kyselylomakkeeksi.

Toisinaan voi käyttää valmiiksi suunniteltuja ja muissa tutkimuksissa hyväksi havaittuja kyselylomakkeita tai peräti standardoituja testejä. Tällöin on kuitenkin hyvä tarkastaa asianomaiselta, voiko lomakkeita käyttää ja käyttäminen täytyy

dokumentoida selkeästi. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2011, 19.) Metsämuuronen (2005, 58) ja Valli (2015, 239) suosittelevat käyttämään valmista mittaria, jos sen validiteetti ja reliabiliteetti on tutkittu ja kuvattu. Näin saadut tulokset ovat yleensä vertailukelpoisia muiden samalla mittarilla saatujen tuloksien kanssa. Valmista mittaria käytettäessä on ensiarvoisen tärkeää selvittää, mitä se tarkkaan ottaen mittaa, ja mikä on ollut alkuperäinen kohderyhmä. Suositeltavaa on myös tarkistaa mittarin sopivuus omaan aineistoon laskemalla sen reliabiliteetin arvo, koska ajan kuluessa yhteiskunta muuttuu ja samojen ilmiöiden vertaaminen eri ajankohtana vaikeutuu. (KvantiMOTV, 2008.)

Tässä opinnäytetyössä pilottimittarin pohjana käytettiin Veräjänkorvan (2003) tekemää mittaria. Veräjänkorvan (2003, 57) kyselylomake oli rakennettu niin, että kaikilla vastaajilla oli ammatillisen peruskoulutuksen perusteella samanlaiset mahdollisuudet vastata lääkehoitoa koskeviin kysymyksiin nykyisestä toimipaikasta ja siellä toteuttavasta lääkehoidon luonteesta huolimatta. Tämä oli yksi syy miksi juuri tämä mittari valittiin pilottikyselyn pohjaksi.

Veräjänkorvan (2003) mittaria ei tässä opinnäytetyössä käytetty kokonaisuutena, koska siitä puuttui tähän päivään soveltuvia osia esimerkiksi LOVE- opintoihin liittyvät kysymykset. Mittarin valmistumisesta oli myös jo melko kauan (13 vuotta), joten lääkehoidon osaamisen kentällä on tässä välissä ehtinyt tapahtua mahdollisesti muitakin muutoksia. Lisäksi tutkija itse oli väitöskirjassaan tehnyt päätelmät, ettei mittari sellaisenaan sovellu käyttöön, vaan vaatii muokkausta joiltakin osin. Tämän asian hän toi esille myös käydyssä puhelinkeskustelussamme.

Opinnäytetyöntekijät jatkoivat pilottikyselylomakkeen muokkausta ensimmäisen työryhmätapaamisen jälkeen kesän 2016 aikana. Muokkausta jatkettiin loppukesästä 2016 yhdessä asiantuntijaohjaajan kanssa. Muokattuun pilottikyselylomakkeeseen ei saatu työryhmätapaamisen jälkeen kuin yksi ehdotus sähköpostitse. Tämä ehdotus liittyi taustatietokysymykseen työyksiköstä, johon kaivattiin palvelualueen tarkennusta. Ehdotus liittyi enemmänkin mittarin jatkokehittelyyn pilotoinnin jälkeen, joten pilottimittariin ei tältä osin tehty muutoksia. Tässä vaiheessahan oli valittu vain kaksi palvelualueetta osallistumaan pilottikyselyyn.

Tutkimusta tehdessä tulee otoksen valintaan kiinnittää tarkkaa huomiota. Otos vaikuttaa ratkaisevasti tulosten yleistettävyyteen ja luotettavuuteen. Otoksen tulisi olla edustava eli sen tulisi vastata mahdollisimman kattavasti perusjoukkoa. On olemassa erilaisia otantatekniikoita, joiden avulla otanta voidaan tehdä. Jos havaintoyksiköt valitaan jotenkin muuten kuin otantatekniikkaa käyttämällä, kuten harkinnanvaraisesti valikoiden, kutsutaan tutkimusjoukkoa tällöin näytteeksi. (Tähtinen ym. 2011, 13.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin harkinnanvaraista otantaa. Harkinnanvarainen otanta sopii käytettäväksi kyselylomakkeiden testaukseen, esitutkintaan, näkemyksen saamiseen ja ideoiden sekä hypoteesien kehittelyyn. Harkinnanvaraisessa otannassa otantayksiköt poimitaan harkitusti niin, että tulos olisi mahdollisimman objektiivinen ja tasapuolinen. Tällöin ei kuitenkaan toteudu otannan perusedellytys, jossa jokaisella otantayksiköllä olisi yhtä suuri mahdollisuus tulla otokseen valituksi. Vaikka harkinnanvaraisessa otannassa voidaankin puhua näytteestä, voidaan tälläkin menetelmällä saada melko luotettavia tuloksia. Menetelmän käyttäminen kuitenkin vaatii perusjoukon ja aihealueen tuntemista, ja tulosten tulkinnassa on noudatettava erityistä varovaisuutta. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 36.)

Väliarviota tehdessä todettiin, että ensimmäisessä työryhmätapaamisessa valitut neljä osastoa eivät riitä kattamaan noin 300 sairaanhoitajan otoskokoa, joten osastojen lukumäärää kasvatettiin vielä kahdella. Osastojen lukumääräksi valikoitui kuusi osastoa. Kuudella osastolla arvioitiin keskimäärin työskentelevän työryhmän esittämän otoskoon (300) mukainen määrä sairaanhoitajia. Henkilöstötoimistolta myöhemmin saadun tiedon mukaan kyseessä olevilla osastoilla työskenteli yhteensä 210 sairaanhoitajaa.

Kyselylomakkeen ulkoasu, yleisilme sekä selkeys vaikuttavat myös vastaamis päätökseen (Kananen 2011, 30). Opinnäytetyön tekijät käyttivät kyselylomakkeen ylätunnisteessa toimeksiantajaorganisaation logoa sekä nimeä. Tällä haluttiin vahvistaa kyselyyn osallistujille kyselyn virallisuuden tunnetta. Erillistä lupaa logon käyttämiselle ei kysytty, koska kyse oli organisaation toimeksiannosta.

Pilottimittarin kyselylomake koostui 87 kysymyksestä. Kysymykset olivat monivalintaa, strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia. Osa kysymyksistä valittiin suoraan Veräjänkorvan (2003) mittarista ja joitakin kysymyksiä muokattiin ulkoasullisesti tähän päivään ja kyselyasteikkoon sopiviksi. Joitakin osa-alueita, kuten LOVE-lääkehoidon osaaminen verkossa- lupakoulutusta koskevia kysymyksiä ei Veräjänkorvan (2003) mittarissa ollut mukana. Tämä osa-alue nostettiin mukaan Luokkamäen (2015) pro gradusta, jossa oli myös käytetty Veräjänkorvan (2003) aineistoa tutkimuksen pohjana. Osa-alue koettiin kuitenkin asiantuntijatyöryhmässä tärkeäksi ja haluttiin mukaan kyselyyn. Myös Juurisen (2007) pro gradusta, jossa oli myös käytetty Veräjänkorvan mittaria tutkimuksen pohjana, nostettiin muutama kysymys pilottikyselyyn. Juurinen (2007) oli muuttanut jo valmiiksi osan Veräjänkorvan (2003) kysymyksistä Likert-asteikosta strukturoituun muotoon.

Pilottikyselylomake jaettiin kolmeen osaan. Kyselylomakkeen osa yksi koostui taustatietokysymyksistä ja sisälsi kysymykset 1-17. Kyselylomakkeen aloituskysymysten haluttiin olevan helppoja, jotta motivaatio kyselyyn vastaamiseen säilyisi alusta alkaen. (KvantiMOTV 2010.)

Taustatiedoissa kysyttiin vastaajien ikää, sukupuolta, työhistoriaa ja koulutukseen liittyviä asioita. Nämä peruskysymykset löytyivät myös Veräjänkorvan mittarista. Asiantuntijatyöryhmä halusi nostaa taustatietokysymyksiin myös vastaajien kokemuksen iv- lääkehoidoista, lääkevastaavana toimimisesta, osastofarmaseutin olemisesta osastolla, lääkehoiduksesta työyksiköissä, viimeisestä vastaajan omasta lääkehoidon lisäkoulutuksesta sekä millaisia ongelmia on kohdannut lääkehoidon yhteydessä. Tähän kysymykseen haluttiin vastausvaihtoehdoiksi potilasturvallisuusilmoituksessa olevat lääke- ja nestehoidon alaluokat. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 54.) Pilottikyselyn alussa haluttiin kartoittaa tarkoituksella vastaajien omaa näkemystä ennen teoriaosion suorittamista, lääkehoidon osaamiseen liittyvän koulutuksen tarpeesta, oppimismenetelmistä sekä oma arvio lääkehoidon osaamisesta.

Osa kaksi sisälsi yleisiä kysymyksiä lääkehoidosta sisältäen lääkehoidon ydinalueen. Tästä osasta kysymykset 18 - 41 kohdistuivat farmakologiseen ja lääkehoidon osaamiseen sekä lääkehoidon matemaattisiin perusteisiin. Tämä osuus testasi vastaajien teoretietoja sekä matemaattisia taitoja. Mieliopidekysymykset omasta osaamisesta liittyen farmakologiseen ja lääkehoidon osaamiseen jätettiin tästä pois. Kysymykset 24 - 41 olivat asiantuntijaohjaajan muokkaamia ja laatimia.

Osa kolme sisälsi kysymykset lääkehoidon käytännöstä ja etiikasta. Tämän osan kysymykset 42 - 48 koskivat lääkehoidon käytäntöä ja etiikkaa, kysymykset 49 - 54 lääkkeiden hankintaa ja käsittelyä, kysymykset 55 - 56 lääkehoidon toteuttamista, kysymykset 66 - 70 yhteistyötä potilaan kanssa, kysymykset 71 - 75 moniammatillista yhteistyötä ja kysymykset 76 - 83 LOVE- lääkehoidon osaaminen verkossa- lupakoulutusta. Kysymyksillä 84 - 87 haettiin mielipidettä ja näkemystä kyselylomakkeen sisällöstä ja toimivuudesta.

Avoimet kysymykset sopivat esitutkimukseen, etenkin jos vaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta (Vilkka 2015, 106). Vastaukset avoimissa kysymyksissä saattavat olla useista virkkeistä koostuvia tarinoita, ranskalaisin viivoin tiivistettyjä vastauksia tai yksittäisiä sanoja. Nämä ovat monesti sisällöltään hyvin kirjavia, joten näiden luokittelu numerokoodauksin ole helppoa. Tutkijan tulee kuitenkin jollain keinoin löytää vastauksista yhtäläisyyksiä eritellen niitä eri sisältöluokkiin. Luokitusta voidaan jo määritellä ennakoita, mutta tavallisesti ne luokitellaan avoimeen kysymykseen saatujen vastauksien pohjalta. Käytännössä avoimiin kysymyksiin vastataan harvoin. (KvantiMOTV, 2011.) Juuri tästä syystä kysymyksiä ja vapaita tekstikenttiä käytettiin tässä pilottikyselyssä maltillisesti. Vapaat tekstikentät keskitettiin sellaisiin kohtiin, joista haluttiin saada vastaajilta perusteluja vastausvaihtoehtoon tarkemmin. Pilottikyselyssä oli yksi avoin kysymys ja siihen vastaaminen oli vapaaehtoista.

Johdattelevat kysymykset tuottavat vääristyneitä vastauksia, ja tämän vuoksi kysymysten asettelu haluttiin pitää mahdollisimman neutraalina. Väärinymmärryksen riskiä pyrittiin pienentämään selkeyttämällä vastausohjeita sekä muotoile-

malla kysymykset selkeiksi. Kysymysten määrä Web-sivuilla pyrittiin järjestämään niin, että kyselyyn vastaaminen onnistui ilman sivun rullaamista ja kysymykset etenivät loogisesti ylhäältä alaspäin. Suurin osa kysymyksistä asetettiin pakollisiksi. Kanasen (2011, 39) mukaan vastaajaa ei pitäisi kuitenkaan pakottaa tai laskea vastaamaan kysymyksiin, joihin hänellä ei ole tietoa, koska harva vastaaja haluaa osoittaa tietämättömyytensä. Oikea kysymystekniikka varmistaa vastaajan tietämyksen asiasta. Tämän perusteella jo tässä vaiheessa tiedostettiin, että nämä valinnat saattaisivat vaikuttaa vastausprosenttiin, samoin kuin se, että kyselyä ei voinut välitallentaa. Kyselyssä ei myöskään ollut mahdollisuutta enää palata takaisin edelliselle sivulle. Tällä haluttiin välttyä siltä, että vastaaja päätyisi muuttamaan mielipidettään omasta osaamisestaan teoriakysymyksiin vastaamisen jälkeen.

Pilottikysely toteutettiin sähköisesti Webropol®-kyselylomakesovelluksen avulla. Webropol®-ohjelmaan opinnäytetyöntekijät saivat tunnukset toimeksiantajaorganisaation kautta. Koulutusta ohjelman käyttöön ei saatu, mutta ohjelma opasti selkokielellä jo heti alkuun, kuinka kyselylomakkeen runko saatiin aloitettua. Lisäksi sähköinen opaskirja, W-pol käyttöopas, löytyi helposti nettihauilla. Tämä opasti, kuinka kysely julkaistiin ja sen asetuksia saatiin muutettua.

Vilka (2015, 108) toteaa, on kyselylomake testattava ennen varsinaista mittauksia eli perusjoukkoa vastaava ihminen tai ihmiset arvioivat kyselylomakkeen kriittisesti. Onnistunut testaus vaatii, että testaaja perustelee kommenttejaan. Ennen varsinaisen pilottikyselyn lähettämistä suoritettiin esitestaus yhdellä sairaanhoitajalla. Esitestaajaa pyydettiin kellottamaan pilottikyselyyn käytetty aika ja kommentoimaan kyselyä yleisesti lomakkeen lopussa. Esitestauksen mukaan kyselyyn meni vastaajalta aikaa noin 30 minuuttia. Kyselystä haluttiin tehdä sen pituinen, että mahdollisimman moni jaksaisi ja pystyisi vastaamaan siihen kesken kiireisenkin työpäivän. On todettu, että liian pitkällä kyselyllä on heikentävä vaikutus vastaamishalukkuuteen. Keskimääräisenä vastausaikana pidetään noin 15 - 20 minuuttia. (Ojasalo ym. 2014, 131.) Tämän perusteella kyselylomakkeen pituutta ei haluttu yhtään pidemmäksi.

Varsinaiseen pilottikyselyyn tehtiin esitestauksen perusteella nousseet muutokset. Muutamien kysymysten (kysymykset 12 ja 42) asettelua muutettiin selkeämmäksi. Pilottikyselylomakkeen liitteeksi laadittiin saatekirje (liite 6) kyselyyn vastaajille. Saatekirjeellä haluttiin selvittää mikä on tutkimuksen tarkoitus, kertoa osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä motivoida vastaajia kyselyyn vastaamiseen. Saatekirjeessä oli myös arvioitu kyselyyn menevä ajankäyttö sekä kerrottu ettei kyselyä ollut mahdollisuus välitallentaa eli keskeyttää. Tällä haluttiin mahdollistaa kyselyyn osallistuvien ajankäytön ennakointi, koska kyselyyn vastaaminen oli lupa suorittaa työaikana. Luvasta vastata kyselyyn työaikana ei erikseen mainittu saatekirjeessä, koska työntekijöiden oletettiin käyttävän työ sähköpostia ainoastaan työpaikalla ollessaan. Saatekirjeessä haluttiin myös korostaa, ettei kyseessä ole tentti, vaan pilottikyselyn tarkoituksena on olla osa lääkehoidon osaamisen kehittämistä. Varsinainen sähköinen kyselylomake (liite 7) oli valmis syyskuussa 2016.

Syksyllä 2016 lähetettiin webropol®-pilottikysely. Vastausaikaa oli kolme viikkoa ja tämä kohdentui 26.9 - 16.10.2016 väliselle ajanjaksolle. Linkki sähköiseen kyselyyn saatekirjeen kera lähetettiin sähköpostilla valittujen osastojen osastonhoitajille. Saatekirje oli lisätty myös johdannoksi ennen varsinaista kyselyä webropol®-ohjelmaan.

Webropol®-ohjelma mahdollisti reaaliaikaisen vastauskertymien tarkastelun. Ensimmäisen viikon jälkeen vastaajia oli vain 11. Opinnäytetyöntekijät lähettivät muistutusviestin toisella vastausviikolla osastohoitajien välityksellä, jotta vastaajilla olisi aikaa vastata vielä kyselyyn. Tällä tavoin pyrittiin muistuttamaan vastaamisen tärkeydestä ilman painostusta. Kyselylinkki päätettiin jättää auki vielä viikoksi vastausajan umpeutumisen jälkeen ja näin saatiin vielä yksi vastaus mukaan tutkimukseen.

5.7.3 Toinen työryhmätapaaminen

Ennen toista työryhmätapaamista opinnäytetyöntekijät kävivät läpi pilottimittarin vastaukset (N=20) ja tekivät niistä koosteen. Tämä kooste esiteltiin ennen työryhmätapaamista asiantuntijaohjaajalle. Toisen asiantuntijatyöryhmän tapaamisen ajankohdaksi valittiin 10.11.2016. Tapaamiseen kutsuttiin mukaan samat työryhmän jäsenet kuin ensimmäisessäkin tapaamisessa. Kutsu tapaamiseen välitettiin sähköpostitse ja samalla heille lähetettiin myös linkki webropolin® pilottikyselyyn sekä pyydettiin vastaamaan. Viestissä kerrottiin, ettei kyse ole osaamisen kartoituksesta vaan tarkoituksena on saada konkreettisia kehittämissuhteita mittarin kehittämiseen. Työryhmän jäseniä pyydettiin varaamaan vastaamiseen aikaa noin puoli tuntia sekä ottamaan muistiinpanovälineet viereen kommenttien kirjoittamista varten.

Työryhmätapaamiseen osallistuivat samat henkilöt kuin ensimmäisessäkin tapaamisessa yhtä lukuun ottamatta. Häneltä saatiin kuitenkin kommentit pilottimittarista ja sen kehittämisestä sähköpostitse. Tapaaminen aloitettiin esittelemällä opinnäytetyöntekijöiden tekemä powerpoint kooste pilottimittarin vastauksista. Tämän jälkeen työryhmässä käytiin läpi pilottimittarin kehittämissuhteita SWOT-analyysin avulla. Tarkoituksena oli tunnistaa pilottimittarin vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet sekä uhkat. Jokaiselle työryhmän jäsenelle annettiin SWOT-taulukko, johon heitä pyydettiin ensin itsenäisesti viiden minuutin ajan miettimään otsikon mukaisia asioita. Itsenäisen ajattelutuokion jälkeen nämä ajatukset koottiin yhteen samalla keskustellen.

Pilottimittarin esitestaajaa pyydettiin myös täyttämään SWOT-taulukko pilottimittarin kehittämissuhteista. Tutkimuseettisistä syistä esitestaajan kehittämissuhteita ei tuoda tässä yksittäisinä kehittämissuhteina esiin vaan taulukkoon 1 on yhdistetty työryhmän ja esitestaajan näkemykset pilottimittarin kehittämisestä.

Taulukko 1. SWOT- analyysi esitestaajan ja työryhmän näkemyksistä pilottimittarin kehittämisestä.

<p>VAHVUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selkeä mittari • Saadaan tietoa, ei olla "minusta tuntuu" tiedon varassa • Vastaja havahtuu jo vastatesaan • Samanlainen mittari kaikille • Onnistuessaan lääkeosaaminen paranee ja hoidon turvallisuus kehittyy • Webropol helppo ympäristö toteuttaa kysely ja analysoida tuloksia • Pidetään tärkeänä • Kertoo mittaroinnin kohteesta (substanssi, henkilö) enemmän ja perusteellisemmin kuin LOVE • Tunnistetaan osaamisen kriittiset kohdat • Monipuolisia tehtäviä liittyen lääkelaskuihin ja lääkkeen antoon. Hyvä oli muistutella asioita mieleen, sillä osa ei tule vastaan joka päivä. 	<p>HEIKKOUEDET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aivan liian pitkä • Kysymysten selkeys / yksiselitteisyys • Mittaako mitattavaa asiaa? • Onko luotettava? • Ajankäyttöongelmat yksiköissä • Kysymykset voi ymmärtää väärin => kysymyksenasettelu kriittinen • Vastavatko ihmiset "tosissaan" kyselyyn • Pohjustus tehtäviin uupui alkuinfossa (millaisia tehtäviä mittari pitää sisällään?)
<p>MAHDOLLISUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saadaan kuva osaamisesta ja tarpeet kehittymiseen • Saadaan selville hoitajien lääkeosaamisen taso ja tarpeellinen kehittäminen sekä koulutus • Voisi saada laajempaan käyttöön • Muokattavissa tarkoituksenmukaisempaan suuntaan palautteen perusteella • Linkitys LOVen sisältöön • Säännöllisen seurannan mahdollisuudet • Tilastotietojen saaminen kyselyn tuloksista => sovellettavissa osaamisen kehittämisessä ja ylläpidossa • Hyvä ja suhteellisen nopeasti vastattava työkalu osaamisen varmistamiseen 	<p>UHAT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kyselyyn ei vastata • Mittari on työläs täyttää • Mittarin esiintuomiin osaamispuutteisiin ei reagoida • Ajankäyttöongelmat yksiköissä • Pidetäänkö mittarointia ollenkaan tärkeänä/tarpeellisena • Mielletään LOVen jatkeeksi, vaikka ei ole • Tehtävien vaihtuvuus, satunnaiskysymykset? Ulkoa opettelu mahdollisuus?

Työryhmä ja esitestaaja kokivat mittarin vahvuudeksi sen selkeyden sekä sen, että se toimii kaikille sairaanhoitajille samanlaisena. Lisäksi webropol® ympäristönä koettiin helpoksi toteuttaa kysely ja analysoida siitä saatuja tuloksia. Onnistuessaan mittarista on mahdollisuus saada näyttöön perustuvaa tietoa sekä sen avulla voidaan parantaa lääkehoidon osaamista ja hoidon turvallisuutta. Lisäksi mittari antaa mahdollisuuden tunnistaa lääkehoidon osaamisessa sen kriittiset kohdat. Mahdollisuutena nähtiin myös se, että mittaroinnin avulla saadaan kohteesta enemmän ja perusteellisempaa tietoa kuin LOVE-opinnoista. Tätä kautta myös vastaaja itsessään saattaa ”herätä” kesken vastaamisen huomaamaan osaamisen kehittämisen tarpeen itsessään. Lääkelaskuja ja tehtäviä lääkkeen annon suhteen pidettiin monipuolisina. Koettiin, että asioita oli hyvä muistutella mieleen, sillä osa ei tule vastaan joka päivä työelämässä.

Työryhmä pohti myös mittarin heikkouksia. Heikkoutena nähtiin mittarin pituus sekä kysymysten selkeys ja yksiselitteisyys. Kysymykset ovat mahdollista ymmärtää väärin. Heräsi kysymys, mittaako mittari oikeasti mitä sen tulee mitata ja onko se luotettava? Heikkoutena on myös ajankäytönongelmat yksiköissä. Ja tätä kautta heräsi myös kysymys, onko vastaajat ”tosissaan” vastatessaan, koska kiire voi heikentää motivaatiota vastaamiseen. Pohjustus tehtäviin uupui alkuinfossa. Alkuun olisi kaivattu tietoa siitä millaisia tehtäviä mittari pitää sisällään.

Mittarin mahdollisuuksina nähtiin sen kautta saatava kuva sairaanhoitajien osaamisesta ja kehittymisestä sekä koulutustarpeiden määrittely. Mittarin mahdollisuutena on myös sen laajentaminen jatkossa kattavampaan käyttöön. Mittari on myös helposti muokattavissa tarkoituksenmukaisempaan suuntaan saadun palautteen perusteella. Mittarin mahdollisuutena nähtiin myös linkitys LOVE-verkko-opintojen sisältöön. Se antaa myös mahdollisuuden säännölliseen seurantaan. Mittarista on myös mahdollisuus saada laajempaa tilastotietoa tulevaisuudessa, jonka kautta osaamisen kehittäminen ja ylläpito on sovellettavissa. Mittari koettiin hyväksi työkaluksi osaamisen varmistamisessa ja se koettiin myös suhteellisen nopeaksi vastattavaksi.

Työryhmä ja esitestaaja kokivat mittarin uhkatekijöiksi sen täyttämisen/vastaamisen työläyden sekä ajankäytönongelmat yksiköissä. Uhkana nähtiin myös se, että

siihen ei vastata. Uhkaksi koettiin myös, että mittarin esiintuomiin osaamispuutteisiin ei reagoida, varsinkaan jos mittarointia ei koeta tärkeänä ja tarpeellisena. Uhkana on myös mittarin väärinymmärtäminen LOVE-opintojen jatkeeksi, vaikkei sitä ole niin tarkoitettu. Heräsi myös kysymys vaihtuvatko tehtävät mittarissa usein, ovatko kysymykset satunnaiskysymyksiä? Onko vastaukset mahdollisuus opetella ulkoa? Joten mittaako mittari tällöin osaamista? Muita huomioita, joita nousi pilottimittaukseen liittyen, oli saatekirjeen sisällön yhdenmukaistaminen vastaajien puhuttelun osalta. Saatekirje tulee yhdenmukaistaa joko sinuttelu tai teitittely muotoon.

5.8 Kehittämisen prosessin arviointivaihe

Arviointia pidetään tutkimuksellisen kehittämistyön viimeisenä vaiheena ja kehittämisen prosessin analyttisimpänä osa-alueena, joka kohdistuu kehittämistoiminnan perustelujen, organisoimien ja toteutuksen analysointiin. Arviointia tehdään kehittämisen prosessin aikaisemmissakin vaiheissa, jolloin se suuntaa kehittämistyötä ja toimii palautteena siihen osallistuneille. Kehittämistoiminnan arviointi sekä suuntaa kehittämistoiminnan prosessia, että tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta. Arviointia voidaan tehdä myös toimijoiden osallistumisen näkökulmasta, jolloin pyritään antamaan ääni kaikille kehittämisen sidos- ja eturyhmille. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on tärkeää raportoida osallisille etenemisestä koko prosessin ajan, jolloin kehittämistyö etenee ja on mahdollista saada palautetta kehittämiseen liittyen. (Toikko & Rantanen 2009, 61, 82; Ojasalo ym. 2014, 25, 47.)

Loppuarvioinnissa nähdään, miten kehittämistyössä oikein onnistuttiin. Arvioinnissa toteutuu suunnitelmallinen tiedonkeruu ja kerätyn tiedon analysointi. Saatujen tulosten perusteella voidaan arvioida kehittämistoimien vaikutuksia sekä kehittämisen etenemistä. Arvioinnissa voidaan tarkastella kehittämistoiminnan suunnittelua, tavoitteiden ymmärrettävyyttä ja niiden saavuttamista, käytettyjä menetelmiä, toiminnan johdonmukaisuutta ja vuorovaikutusta sekä sitoutumista. Kehittämistoiminnan aikaansaannoksia arvioidessa voidaan tarkastella esimer-

kiksi lopputuloksen merkittävyyttä, yksinkertaisuutta, helppokäyttöisyyttä ja toistettavuutta. (Ojasalo ym. 2014, 47.) Arvioinnissa käytetään joko sisäistä tai ulkoista arviointia tai molempia. Sisäisessä arvioinnissa hankeorganisaatioon kuuluvat tekevät arvioinnin ja siinä voidaan käyttää itse- tai ryhmäarvioinnin menetelmiä. Ulkoista arviointia käytetään yleensä suurissa hankkeissa ja sen tekee tällöin joku ulkopuolinen, kuten konsultti. (Heikkilä ym. 2008, 131.)

Tässä opinnäytetyössä prosessin arviointi itsearvioinnin lisäksi painottui sisäiseen arviointiin. Itsearvioinnin kautta arvioimme prosessia kokonaisuutena sen kaikkien vaiheiden aikana. Sisäistä arviointia olemme saaneet asiantuntijatyöryhmältä ja kyselyyn vastanneilta kirjallisesti.

Opinnäytetyön arviointia tehtiin alusta asti aiheen tarkentamisesta lähtien. Aihetta rajattiin alussa yhdessä muutamaa otteeseen asiantuntijaohjaajan ja koulutuskoordinaattorin kanssa. Suunnitteluvaiheessa opinnäytetyöntekijät olisivat kovanneet toimeksiantajaorganisaation puolelta jo selvää ja tarkkaa aihealuetta rajasta. Tämä olisi helpottanut ja nopeuttanut kehittämisprosessin alkuvaihetta.

Kehittämistoiminta on myös sosiaalinen prosessi ja osallistavina menetelminä käytettiin kyselyä sekä aivoriihettä. Mittarin kehittämisen ja muokkaamisen opinnäytetyöntekijät kokivat haasteellisena sekä aikaa vievänä prosessina. Pohdimme alussa, olisimmeko käyttäneet aivoriihen sijasta Learning Cafe tyylistä menetelmää, jossa olisimme kutsuneet organisaatiosta sairaanhoitajia yhteiseen pilottimittarin kehittämishetkeen. Aikaisemmissa samaan organisaatioon kohdennetuissa kehittämistöissä oli käytetty kyseenomaista menetelmää ja saimmekin tietoomme, että näihin tilaisuuksiin ei oltu saatu oikein osallistujia. Tämän perusteella koimme pilottikyselyn tekemisen sähköpostitse parhaaksi menetelmäksi. Pilottikyselyyn vastattiin odotetusti, vaikkakin toivoimme vastaajia olevan enemmän.

Aivoriihi sopi mielestämme erittäin hyvin pienen työryhmän työskentelyyn. Molemmat tapaamiskerrat onnistuivat tavoitteisiin nähden hyvin. Työskentelyyn käytetty aika nähtiin sopivana, koska kaikki selkeästi jaksoivat ideoida ja muokata kysymyk-

siä kyselylomakkeeseen ensimmäisessä työryhmätapaamisessa. Toiseen työryhmätapaamiseen osallistuivat samat henkilöt yhtä lukuun ottamatta. Vaikka häneltä saatiinkin kommentit sähköpostin välityksellä, olisi hänen mielipiteensä ja ehdotuksensa tulleet mahdollisesti laajemmin esille työryhmässä työskennellessä. Opinnäytetyöntekijät pohtivatkin jälkikäteen olisiko toisen työryhmätapaamisen ajankohta pitänyt muuttua, jotta kaikkien osallistuminen olisi mahdollistunut.

Asiantuntijaohjaaja pidettiin koko ajan tasalla, joten myös häneltä saimme arviointia ja palautetta kehittämisprosessin eri vaiheisiin liittyen. Kehittämisprosessin kaikki vaiheet ovat vaatineet arvioinnin suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Väliarviointit ovat myöskin ohjanneet kehittämisen suuntaa. SWOTin käyttöä toisessa työryhmätapaamisessa ei alun perin suunniteltu. Tähän päädyttiin kuitenkin pilottikyselystä saadun heikon vastausprosentin jälkeen. Tällä menetelmällä haluttiin saada lisää kehittämis ehdotuksia mittariin liittyen. SWOT menetelmä koettiin helpo-
na ja nopeana työvälineenä aineiston kokoamisen suhteen niin opinnäytetyöntekijöiden kuin työryhmän jäsentenkin mielestä. SWOTin avulla saatiin rikastettua aineistoa, joka olisi muuten jäänyt melko laimeaksi.

Toteutuksessa jätimme pois alkuperäisessä suunnitelmassa olleen kolmannen työryhmätapaamisen. Alasuutari (2011, 276) sanookin, että etenkin laadullista tutkimusta suunnittelevan on hyvä ennalta jo valmistautua siihen, että aina ei kaikki ennakkosuunnitelmissa olleista asioista toteudu.

Opinnäytetyöntekijät kokivat hyvänä asiana, että työryhmä oli moniammatillinen ja työryhmässä oli eri kokemuksen omaavia henkilöitä. Kun ihmisiä työskentelee yhdessä useista eri toimijaryhmistä, syntyy laajemmin ideoita ja eri näkökulmia. Työryhmän jäsenet pitivät myös työryhmän kokoonpanoa ja kokoa sopivana. Opinnäytetyön aihe koettiin myös ajankohtaiseksi ja merkitykselliseksi. Työryhmätapaamisen toteutustapaa pidettiin toimivana ja sopivana. Työryhmätapaamisissa saavutettiin asetetut tavoitteet.

Yhteistyö kaikkien opinnäytetyöhön osallistuneiden kesken on ollut sujuvaa ja olemme saaneet tarvittaessa tukea. Keskinäistä työskentelyämme ajatellen yhdessä opinnäytetyön tekeminen on ollut sujuvaa ja toisiamme tukevaa. Tämän työn

etenemisessä olemme joutuneet erityisesti huomioimaan käytettävissä olevat resurssit mukaan lukien ajankäytön. Yhteisen ajan etsiminen on luonut omat haasteensa, vaikka aikataulullisesti onnistuimmekin yllättävän hyvin. Opinnäytetyöntekijät saivat käyttää kehittämisprosessin edistämiseen jonkin verran myös työaika. Sähköiset työskentely- ja jakoalustat ovat mahdollistaneet yhdessä tekemisen etätyöskentelynä reaaliaikaisesti. Tutkimuskirjallisuus auttoi opinnäytetyön aihepiirin ymmärtämisessä. Aihealueen havaittiin olevan tutkimuksen ja kehittämisen kohteena, koska tuoreitakin ja parasta aikaa valmisteilla olevaa tutkimustietoa oli saatavilla.

Opinnäytetyön kokonaisuutta tarkastellessa arvioidaan erityisesti, onko sille asetetut kehittämistavoitteet täyttyneet. Mielestämme kehittämisprosessi tuotti hyvin tietoa mittarin jatkokehittämisestä. Pilottimittarin esitestaajalta ja testaajilta (työryhmän jäsenet ja sairaanhoitajat) saatiin hyviä ehdotuksia ja kommentteja mittarin kehittämistä varten. Testaajat osasivat mielestämme kriittisesti arvioida mittarissa ilmenneitä puutteita sekä kysymyksiä. Arvioinnissa oli kiinnitetty huomiota kysymysten ja vastausvaihtoehtojen selkeyteen sekä yksiselitteisyyteen, vastausvaihtoehtojen toimivuuteen, kyselylomakkeen pituuteen ja vastaamisessa käytettyyn aikaan.

Saimme tuotettua tietoa mittarin toimivuudesta ja kehittämistarpeista sekä laadimme suositukset mittarin edelleen kehittämiseksi. Tavoitteet saavutettiin aikataulullisesti erittäin järkevässä ajassa ja sopivilla menetelmillä. Työryhmätyöskentelyllä oli suuri vaikutus kehittämisprosessin toteutuksen onnistumisen kannalta. Myös asiantuntijaohjaajan aihealueen tuntemus ja työpanos on edesauttanut kehittämisprosessin eri vaiheissa. Ojasalo ym. (2014, 23) toteaa, että opiskelijan kehittämistyö kestää tavallisesti melko lyhyen aikaa, kun taas käytäntöjen muuttaminen kestää melko pitkään. Tässä kehittämisprosessissa ei vielä tällä kehittämisellä saatu varsinaista muutosta aikaan lääkehoidon osaamista tarkasteltaessa, mutta kehittäminen on saatettu hyvälle alulle.

Opinnäytetyön tekijät laativat SWOT- eli nelikenttäanalyysin kehittämistyön vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhkista. Tätä työkalua käyttäessä

itsearviointin toteutuksena on kuitenkin tärkeää muistaa, että analyysin yhteydessä tehdyt johtopäätökset konkretisoidaan myös kehittämistoimenpiteiksi. Kaikista neljästä ulottuvuudesta on mahdollisuus löytää kehittämistoimenpiteiden aihioita. (Virtanen 2007, 189 - 190.) Tässä opinnäytetyössä vahvuuksina nähtiin molempien opinnäytetyöntekijöiden mielenkiinto aiheeseen, ammatillinen ja henkilökohtainen kokemus aiheesta sekä organisaation johdon näkemys aihealueen tärkeydestä. Kehittämisprosessin vahvuutena nähtiin myös aktiivinen sekä asiantunteva asiantuntijaohjaajan tuki. Myös moniammattillisen työryhmän tuomat erilaiset näkökulmat koettiin vahvuuksina. Mahdollisuutena nähtiin opinnäytetyön tekeminen yhdessä, mutta toisaalta heikkoutena yhteisen ajan löytyminen. Heikkoutena nähtiin myös aiemman kokemuksen puuttuminen mittarin laatimisesta sekä kehittämistyön tekemisestä. Heikkoutena nähtiin myös pilottikyselystä tiedottaminen osastoilla, jolloin sitouttamista kehittämiseen olisi voinut tapahtua enemmän. Uhkaksi koettiin, että mittarin kehittäminen jää kesken, johdon tuen puute, valmiin mittarin mahdollinen käyttöönnottomuus tulevaisuudessa sekä heikko vastausprosentti. Nämä on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. SWOT-analyysi opinnäytetyöntekijöiden näkemykset kehittämissessistä.

<p>VAHVUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhdessä tekeminen ▪ Mielenkiinto aiheeseen ▪ Molempien opinnäytetyöntekijöiden ammatillinen ja henkilökohtainen kokemus aiheesta ▪ Organisaation johdon näkemys aihealueen tärkeydestä ▪ Aktiivinen ja asiantunteva asiantuntijaohjaaja ▪ Moniammatillinen työryhmä eli näkökulmia eri osaamisalueilta 	<p>HEIKKOUEDET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhteisen ajan löytäminen ▪ Aiemman kokemuksen puuttuminen mittarin laatimisesta ja kehittämistyön tekemisestä ▪ Pilottikyselyn tiedottamisessa ei onnistuttu riittävän hyvin
<p>MAHDOLLISUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opinnäytetyön tekeminen yhdessä ja rikkaus löytää erilaisia näkökulmia 	<p>UHKAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittarin kehittäminen jää kesken ▪ Johdon tuen puute ▪ Heikko vastausprosentti ▪ Valmiin mittarin mahdollinen käyttöönottamattomuus tulevaisuudessa

6. Pilottimittauksen toteutus, tulokset ja niiden analysointi

6.1 Pilottimittauksen toteutus

Tässä opinnäytetyössä ei ollut tarkoitus analysoida saatuja tuloksia lääkehoidon osaamisen kannalta vaan keskittyä analysoimaan mittarin toimivuutta ja tarkoituksenmukaisuutta sekä hakea näkökulmia mittarin kehittämiseen. Pilottikysely toteutettiin sähköisesti Webropol® - ohjelmalla ja siitä tulleet vastaukset saatiin tallennettuina suoraan suojattuun tietokantaan. Webropol®- kyselylomakesovelluksen ominaisuuksiin kuuluu raportointityökalu, jonka avulla tulosten suodatus ja ristiintaulukointi olisivat olleet mahdollisia. Tätä toimintoa on mahdollisuus hyödyntää jatkossa. (W-pol käyttöopas 2010, 4.) Ohjelmaan syötetyt tulokset olivat opinnäytetyöntekijöiden käytössä reaaliajassa.

Kyselylomakkeeseen vastanneiden määrää kutsutaan toteutuneeksi otokseksi ja sitä arvioidaan aina suhteessa perusjoukkoon. Toteutuneesta otoksesta pitäisi saada samanlainen tutkimustulos kuin tutkittaessa koko perusjoukko kokonaistutkimuksella. Jos todetaan, että toteutunut otos ei riitä tutkimusongelmaan vastaamiseen ja tuloksen yleistämiseen, voidaan aineiston keräys uusua. Voidaan kuitenkin miettiä miltä osin vastaajien määrä riittää tutkimusongelmaan nähden. Tullee myös arvioida, miten lomakkeisiin on vastattu eli onko puutteita. (Vilkkä 2015, 100 - 101.)

Pilottikyselyn julkinen linkki toimitettiin osastohoitajien kautta pilottiosastojen sairaanhoitajille. Määräaikaan mennessä vastaajia oli 19 kappaletta. Vastausajan umpeutumisen jälkeen saatiin vielä yksi vastaus. Tämä hyväksyttiin mukaan pienen vastausprosentin takia. Näin vastaajia kertyi yhteensä 20 kappaletta. Vastausprosentin laskemista varten opinnäytetyöntekijöiden tuli tiedustella uudelleen osastohoitajilta, kuinka monelle he olivat linkin välittäneet. Neljä osastohoitajaa ilmoitti lukumäärän, kuinka monelle he olivat kyselyyn liittyvän linkin lähettäneet. Kahdelta osastohoitajalta ei saatu vastausta muistutusviestistä huolimatta. Opinnäytetyöntekijöille tulleen tiedon mukaan kyselylinkki välitettiin 93 sairaanhoitajalle. Tämän mukaan vastausprosentiksi muodostui 21,5 %.

Pilottimittarin kysymyksien 1 - 83 (osiot: taustatiedot, lääkehoidon ydinalue, lääkehoidon käytäntö ja etiikka) vastauksia ei analysoida tässä opinnäytetyössä lääkehoidon osaamisen näkökulmasta, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli pilottimittarin kehittäminen. Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä vastaajien lääkehoidon osaamisen tasoa. Kysymyksistä 1 - 83 on nostettu mukaan analysointiin vain niitä osioita, joilla opinnäytetyöntekijöiden mielestä on merkitystä mittarin kehittämisen kannalta. Kyselylomakkeen kysymyksillä 84 - 87 haettiin mielipidettä kyselylomakkeen sisällöstä ja toimivuudesta. Kysymykset 84 - 86 olivat monivalintakysymyksiä ja kysymys 87 oli avoin kysymys.

Yksiulotteinen frekvenssijakauma eli suora jakauma kertoo havaintoaineistossa muuttujan eri luokkien yleisyyden (Heikkilä 2014, 144). Strukturoitujen kysymysten vastaukset on esitetty suorina jakaumina ja niiden kuvaamisessa on käytetty taulukoita. Vapaan vastauskentän sekä avoimen kysymyksen vastaukset olivat

pääosin lyhyitä, muutamien lauseen pituisia, mutta joukossa oli myös pidempiä vastauksia. Tämä aineisto on analysoitu mukailten ja käyttämällä apuna aineistolähtöistä teemoittelua. Moilasan & Rähän (2015, 61) mukaan aineistolähtöisessä teemoittelussa aineistosta tulee etsiä teemoja joista tutkittavat puhuvat.

Teemoittelussa keskeisiä aiheita muodostetaan etsimällä tekstimassasta yhdistäviä tai erottavia seikkoja. Teemoittamisessa aineisto pelkistetään niin, että aineistosta etsitään olennaisimmat asiat ja esiin nostetaan tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Teemoilla siis viitataan tekstin sisältöön, mutta ei sen yksittäisiin kohtiin (Moilanen & Rähä 2015, 61). Käytännössä tämä tarkoittaa aineiston pilkkomista ja järjestämistä erilaisten aihepiirien mukaan. Toisin sanoen aineistoa pelkistetään. Tätä voidaan pitää sopivana aineiston analysointitapana silloin, kun tavoitteena on jonkun käytännön ongelman ratkaiseminen ja halutaan saada olennaista tietoa. (Eskola & Suoranta 2006, 174 - 180.)

Teemoittelussa tulee teksti lukea useaan kertaan tarkoituksena löytää myös rivien välistä keskeisiä merkityksiä (Moilanen & Rähä 2015, 61). Avoimen kysymyksen sekä vapaakentän vastaukset luettiin useaan kertaan läpi. Tätä seurasi aineiston pilkkominen ja jakaminen eri aihepiireihin. Kumpikin avoin kysymys ja vapaakenttä teemoiteltiin erikseen. Lopuksi aineisto vielä ryhmiteltiin ja jokaiselle ryhmälle annettiin nimi, joka kuvasti sitä. Vaarana teemoittelussa on se, että tulkitsija tuo tekstiin mukaan sellaisia teemoja, joita siellä ei oikeasti ole. Tämän vuoksi tutkijan tulee pysyä uskollisena tekstille. Tutkijalla tuleekin ollakin tässä tehtävässä mukana kumppani, joka kriittisesti tarkastelee tulkintojen pätevyyttä. (Moilanen & Rähä 2015, 62.)

6.2 Pilottimittauksen vastaajien taustatiedot

Webropolista ® saatavien taustatietojen mukaan vastaajat olivat lyhyimmillään käyttäneet vastaamisen aikaa 12 minuuttia ja pisimmillään 1,29 tuntia. Keskimääräinen vastausaika oli noin 34 minuuttia. Vastaajat työskentelivät vuodeosastoilla kolmivuorotyössä. Yövuoron aikaan (klo 21.15 - 7.15) vastanneita kaikista vastaajista (N=20) oli kahdeksan. Aamuvuoron (klo 7 - 15) aikaan vastanneita oli kahdeksan ja iltavuoron (klo 14 - 21.15) aikaan viisi.

Pilottimittarin linkki oli avattu 32 kertaa lähettämättä vastausta. Tämä ei kuitenkaan kerro siitä onko tässä lukumäärässä myös sellaisia vastaajia, jotka ovat kuitenkin lopulta vastanneet kyselyyn.

Palvelualue A:lta tuli yhteensä yhdeksän vastausta ja palvelualue B:ltä yksitoista vastausta. Tutkimuseettisistä syistä tässä opinnäytetyössä ei kerrota mitkä palvelualueet olivat valittuina mukaan pilottikyselyyn.

Taulukosta 3 näkyy vastaajien ikärakenne. Vastaajista suurin osa eli 80 % oli 25 - 45 vuotiaita. Kaikki vastaajat olivat naisia ja sairaanhoitajakoulutuksen saaneita, koska myös terveydenhoitajakoulutus sisältää sairaanhoitajan ammattipätevyyden. Vastaajista 75 % olivat valmistuneet viimeisen 16 vuoden sisällä (taulukko 4). Suurimmalla osalla (85 %) vastaajista työsuhte oli vakinainen. Taulukosta 5 käy selville, että 60 % vastaajista oli työskennellyt 1 - 5 vuotta nykyisellä osastolla tai työyksikössä.

Taulukko 3. Vastaajien ikä (N=20).

	N	Prosentti
18-20	0	0%
21-24	0	0%
25-35	9	45%
36-45	7	35%
46-55	3	15%
56-65	1	5%
66-	0	0%

Taulukko 4. Vastaajien valmistumisvuosi (N=20).

	N	Prosentti
2015- tai sen jälkeen	1	5%
2010-2014	6	30%
2000-2009	8	40%
1990-1999	4	20%
1980-1989	1	5%
1970-1979	0	0%
Ennen 1970	0	0%
En ole vielä suorittanut tutkintoa	0	0%

Taulukko 5. Kuinka kauan vastaajat työskennelleet nykyisellä osastolla/työyksikössä (N=20)?

	N	Prosentti
Alle 1 vuotta	0	0%
1-5 vuotta	12	60%
6-10 vuotta	4	20%
Yli 10 vuotta	4	20%

Tulosten perusteella kaikkien vastaajien (N=20) työnkuvaan kuului toteuttaa laskimonsisäistä neste- ja lääkehoitoa, mutta kukaan vastaajista ei toiminut työyksikössään lääkevastaavana. Vastausten perusteella kaikkien vastaajien (N=20) työyksikössä työskenteli osastofarmaseutti. Kysymyksessä 12 tiedusteltiin vastaajilta, kuinka pitkä aika heillä oli viimeisestä lääkehoitoon liittyvästä lisäkoulutuksesta. Tähän kysymykseen pyydettiin vastaajia huomioimaan, ettei LOVE-opintoja laskettu mukaan. Yli puolella (60 %) vastaajista viimeisestä lääkekoulutuksesta oli aikaa yli kolme vuotta (taulukko 6).

Taulukko 6. Vastaajien (N=20) viimeinen lääkehoitoon liittyvä lisäkoulutus (ei LOVe-opinnot).

	N	Prosentti
Alle ½ vuotta	0	0%
½ - 2 vuotta	8	40%
3-5 vuotta	6	30%
Yli 6 vuotta	6	30%

Vastaajilta (N=20) tiedusteltiin myös, millaisiin ongelmiin he olivat törmänneet lääkehoitoa toteuttaessa. Tässä kysymyksessä vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto. Valittujen vastausten lukumäärä oli yhteensä 83. Vastausvaihtoehdot tässä kysymyksessä olivat samat kuin lääkityspoikkeamissa Haipro-ohjelmassa. Kaikki vastaajat olivat törmänneet jakovirheeseen ja 90 % kirjaamisvirheeseen. Myös antovirhe (75 %) ja määräysvirhe (70 %) olivat useamman vastaajan vastauksena. Nämä näkyvät koostettuna taulukosta 7.

Taulukko 7. Millaisiin ongelmiin vastaajat (N=20) olivat törmänneet lääkehoitoa toteuttaessa?

	N	Prosentti
Antovirhe	15	75%
Jakovirhe	20	100%
Kirjaamisvirhe	18	90%
Määräysvirhe	14	70%
Säilytysvirhe	7	35%
Toimitusvirhe	1	5%
Tilausvirhe	3	15%
Valmistus- ja käyttökuntoonsaattovirhe	3	15%
Odottamaton reaktio potilaalle	2	10%
Jotain muuta:	0	0%
Ei ongelmia	0	0%

Millaista lääkehoidon osaamiseen liittyvää koulutusta vastaajat (N=20) haluaisivat jatkossa saada. Tähänkin kysymykseen vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto. Valittujen vastausten lukumäärä oli 66. Puolet vastaajista kokivat farmakologian ja toksikologian sekä kivunhoidon lääkkeillä koulutuksen tarpeelliseksi (taulukko 8).

Taulukko 8. Millaista lääkehoidon osaamiseen liittyvää koulutusta vastaajat (N=20) haluaisivat jatkossa saada?

	N	Prosentti
Lääkkeiden jako	0	0%
Läakelaskut	6	30%
Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen	7	35%
Solusalpaajien käyttökuntoon saattaminen ja käsittely	4	20%
Mikrobilääkkeiden (ja radiolääkkeiden) käyttökuntoon saattaminen	4	20%
Farmakologia ja toksikologia	10	50%
Läakedosetti	0	0%
Potilaan lääkelista	4	20%
Lasten, vanhusten ja muiden erityisryhmien lääkehoito	7	35%
PKV lääkkeet	5	25%
Kivunhoito lääkkeillä	10	50%
Pistoshoitot	4	20%
Rokotus ja rokotteet	5	25%
Joku muu	0	0%

Taulukosta 9 käy ilmi millaiseksi vastaajat arvioivat oman lääkehoidon osaamisen. Vastauksen perusteella keskiarvo omasta osaamisesta oli 8,33.

Taulukko 9. Vastaajien (N=20) oma arvio lääkehoidon osaamisesta.

	N	Prosentti
4	0	0%
5	0	0%
6	0	0%
7	1	5%
8	11	55%
9	8	40%
10	0	0%

6.3 Pilottimittarin sisällön kehittämiseen liittyvät kysymykset

Kysymyksessä 84 tiedusteltiin vastaajilta, oliko kysely helppo, sopiva vai vaikea. Vastaajien (n=20) mielestä kyselyn koki sopivaksi 10 vastaajaa ja vaikeaksi 10 vastaajaa (taulukko 10). Ne vastaajat, jotka kokivat kyselyn vaikeaksi, kysyttiin vielä perusteluja, minkä koki kyselyssä vaikeana. Vastaajien mielestä vaikeina koettiin lääkelaskut, joita ei käytännön työssä ollut koskaan tarvinnut (mm. laimennoslaskut). Lisäksi lääkkeisiin liittyvät kysymykset koettiin osittain vaikeina:

- "lääkelaskut, joita en ole käytännön työssä koskaan tarvinnut, esim. laimennus"
- "Lääkkeisiin liittyvät kysymykset vaikeita osittain"
- "Jotkut lääkelaskut ja kysymykset vaikeita, tuli varmasti vääriä vastauksia"
- "Lääkekysymykset kimuranttisia"
- "Osan lääkehoidon kysymyksistä. Työssä ei puhuta antagonistista ja agoneista ym., niin niiden tarkoitus unohtuu helposti"
- "Kaikkia vaikuttavia aineita en tunnista"
- "Osa kysymyksistä vaatisi ns. "nippelitiedon" hallintaa"

Taulukko 10. Millaisena vastaajat kokivat kyselyn (N=20)?

	N	Prosentti
Helppo	0	0%
Sopiva	10	50%
Vaikea	10	50%

Kysymyksessä 85 tiedusteltiin vastaajien mielipidettä kyselyn tarpeellisuudesta viisiportaisella Likert-asteikolla, jossa vastausvaihtoehdot olivat: täysin eri mieltä, melko erimieltä, en osaa sanoa, melko samaa mieltä, täysin samaa mieltä. Vastaajista (n=20) täysin samaa mieltä oli 7. Melko samaa mieltä oli 7. Vastaajista 3 ei osannut sanoa mielipidettä ja melko eri mieltä oli 3 vastaajaa. Nämä vastaukset on esitetty taulukossa 11. Opinnäytetyöntekijöiden näkemyksen mukaan kysely koettiin tarpeellisenä. 70 % vastaajista olivat joko melko tai täysin samaa mieltä kyselyn tarpeellisuudesta.

Taulukko 11. Kokivatko vastaajat (N=20) kyselyn tarpeellisenä?

	N	Prosentti
Täysin eri mieltä	0	0%
Melko eri mieltä	3	15%
En osaa sanoa	3	15%
Melko samaa mieltä	7	35%
Täysin samaa mieltä	7	35%

Kysymyksessä 86 tiedusteltiin vastaajien mielipidettä, oliko kysymysten asettelu ymmärrettävää (taulukko 12). Vastaajista (n=20) oli täysin samaa mieltä 3 vastaajaa, melko samaa mieltä 13 vastaajaa ja melko eri mieltä 4 vastaajaa. Opin- näytetyöntekijöiden näkemyksen mukaan vastaajat kokivat kysymysten asettelun ymmärrettävänä. 80 % vastaajista olivat melko tai täysin samaan mieltä kyselyn ymmärrettävyyden suhteen. Mittarin kehittämisen suhteen on kuitenkin huomioi- tava, että vastaajista oli neljä sitä mieltä, että mittarin kysymykset eivät ole täysin ymmärrettävissä.

Taulukko 12. Oliko kysymysten asettelu vastaajista (N=20) ymmärrettävä?

	N	Prosentti
Täysin eri mieltä	0	0%
Melko eri mieltä	4	20%
En osaa sanoa	0	0%
Melko samaa mieltä	13	65%
Täysin samaa mieltä	3	15%

Pilottimittarissa kysymyksellä 87 tiedusteltiin vastaajilta avoimella kysymyksellä kehittämissuhteita kyselyyn liittyen. Kysymykseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Tähän saatiin kehittämissuhteita seitsemältä vastaajalta:

- "Vastaamiin kysymyksiin voisi tulla oikein-väärin"
- "Olisi voinut kertoa, että tässä joutuu lääketenttiin..."
- " Viimeisen osion kysymyksiä jouduin vähän miettimään, tarkoitettiinko samaa mieltä/eri mieltä"
- "iv.tentit parityöskentelyksi tai jotenkin helpommaksi suorittaa"
- "Monissa kysymyksissä vastausvaihtoehdoksi kaipasi kolmannen vaihtoehdon kyllä- ja ei-vaihtoehtojen lisäksi.. Asiat pyrkii tekemään tietyllä tavalla, mutta poikkeuksia esim.potilaasta ym.johtuen tulee. "
- "Osassa kysymyksissä olisi saanut olla useampi vaihtoehto kuin ei ja kyllä "
- "Osaan kysymyksistä pitäisi olla enemmän vastausvaihtoehtoja, kuten "en tiedä", "K-lisää ei tarvitse, jos veriarvot ok".
- Osa kysymyksistä ei relevantteja sh:n työssä, koska lääkärin kuuluu määrätä/tietää asia. Osassa kysymyksistä vastausvaihtoehto "kyllä/ei" ei sopinut kysymyksen muotoiluun tai vastaus voidaan tulkita päinvastoin kuin tarkoitettu."

Opinnäytetyöntekijöiden päätelmän mukaan jatkossa mittarin vastausvaihtoehtoihin tulee kiinnittää huomioita ja arvioida niitä kriittisesti. Pilottimittarin vastauksia analysoitiin mukailien teemoittelun periaatteita ja tätä kautta vastauksien yhteiseksi tekijäksi nousi pilottimittarin sisältöön liittyvät kehittämissuhteet

7. Opinnäytetyön tuotoksena mittarin kehittämissuhteet

Tässä kappaleessa opinnäytetyöntekijät analysoivat pilottimittarista saatuja tuloksia sekä kahdesta pidetystä työryhmätapaamisesta saatua aineistoa mittarin kehittämisen näkökohdista. Nämä kehittämissuhteet löytyvät koostettuna kaaviona 1. Kaavion työstämisessä apuna käytettiin samaa mukailtua teemoittelun periaatetta kuin pilottikyselyn avoimien kysymysten kohdalla, koska molempien aineisto oli suppeahko. Vilkan (2005, 126) mukaan kuitenkin laadullisessa tutkimusmenetelmässä tutkimusaineiston koolla ei ole väliä. Tutkimuksen aineiston kokoa säätelee aineiston laatu, ei määrä. Tässäkin opinnäytetyössä laadullisen

tutkimusaineiston tavoite oli toimia apuvälineenä tulokinnan muodostamisessa tutkittavasta aiheesta.

Työryhmän ja esitestaaajan swot-vastaukset sekä pilottikyselyn avoimen kysymyksen sekä vapaakentän vastaukset luettiin useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijät pilkkoiivat aineiston ja jakoivat aineiston eri aihepiireihin. Jokainen swot- kenttä, avoin kysymys sekä vapaakentän vastaukset teemoiteltiin erikseen. Lopuksi aineisto vielä ryhmiteltiin ja jokaiselle ryhmälle annettiin nimi, joka kuvasti sitä. Tämän perusteella mittarin kehittämisen yläkäsitteiksi saatiin kolme teemaa; **mittarin sisältöön-, mittarin fyysiseen ympäristöön- sekä mittarin käyttöön liittyvät kehittämissuhteet.**

Opinnäytetyön tulosten perusteella mittarin kehittämistä pidettiin yleensäkin tärkeänä ja ajankohtaisena. Sen avulla on mahdollisuus saada jatkossa näyttöön perustuvaa tietoa lääkehoidon osaamisen tasosta ja parantaa lääkehoidon turvallisuutta. Mittarilla on myös mahdollisuus tukea esimiesten osaamisen johtamista lääkehoidon osa-alueella. Aivan kuten Sneekin (2016, 104) on todennut omassa tutkimuksessaan, lääkehoidon osaamisen varmistaminen parantaa sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista ja lääkitysturvallisuutta. Osaamisen varmistamisen organisointi tulee olla hyvin suunniteltua ja perusteltua ja se toimii yhtenä avaintekijänä esimiestyössä.

7.1 Mittarin sisältöön liittyvät kehittämissuhteet

Joissakin saaduissa vastauksissa toivottiin tarkempaa pohjustusta mittarin tehtäviin jo alkuinfossa tai saatekirjeessä. Tähän opinnäytetyöntekijät ehdottavatkin jatkossa kiinnitettävän erityisesti huomiota. Vilkkakin (2015, 152 - 153) toteaa, että vaikka saatekirjettä ei yleensä mielletäkään osaksi tutkimusta ja sen arviointia, voi se loppujen lopuksi vaikuttaa koko tutkimuksen onnistumiseen ratkaisevasti. Saatekirje toimii vastaajille ensikontaktina koko tutkimukseen ja moni tutkittava miettii jo tässä vaiheessa, osallistuuko tutkimukseen vai ei. Saatekirjeen

perusteella tutkittavat arvioivat tutkimuksen hyötyä ja arvoa heille itselleen. Saatekirjeen visuaalinen ilme ja sen sisältö vaikuttavat tutkittavien päätöksentekoon merkittävästi.

Useampi vastaaja oli myös osoittanut mittarin kehittämisehdotuksessa epävarmuuden joidenkin kysymysten ja vastausvaihtoehtojen kohdalla. Opinnäytetyöntekijöiden päätelmän mukaan jatkossa mittarin vastausvaihtoehtoihin tulee kiinnittää huomioita ja arvioida niitä kriittisesti. Vastausasteikko "kyllä/ei" ei välttämättä sovellu kaikkiin kysymyksiin. Vastausvaihtoehtojen karsimisella kyllä- ei vaihtoehtoiksi pyrittiin alun perin pilottitutkimuksessa helpottamaan vastaajien kyselyyn käytettävää aikaa. Opinnäytetyöntekijöiden mielestä Likert-asteikolla voisi korvata kuitenkin kyllä-ei vastausvaihtoehdot. Tällöin saataisiin helpommin parannusta kaipaaviin osa-alueisiin. Veräjänkorvan (2003, 117 - 118) tutkimuksessa puuttuvien vastausten määrä oli vähäinen, vaikka kysymyksiä ei ollut asetettukaan pakollisiksi. Vastaajat olivat käyttäneet kuitenkin melko paljon vastausvaihtoehtoa "en osaa sanoa" tai "ei mielipidettä", jolla saattoi olla tutkimuksen validiteettiin heikentävä vaikutus. Tämä tulee opinnäytetyöntekijöiden mielestä ottaa huomioon varsinaisen mittarin vastausvaihtoehtoja pohtiessa. Metsämuurosen (2005, 61) mukaan testit, joilla on tarkoitus mitata jotain tiettyä ominaisuutta (esimerkiksi asennetta/motivaatiota) tai saada tietoa muuttujan arvojen välisistä eroista pyritään tekemään intervalliasteikoilla. Tyypillisin näistä on 5-7 portainen Likert-asteikko. Tätä käytetään mittareissa, joissa koehenkilön halutaan itse arvioivan omaa käsitystään jonkun väitteen tai kysymyksen sisällöstä. Mittarin skaala jakaantuu normaalisti erittäin voimakkaasti eri mieltä- erittäin voimakkaasti samaa mieltä akselille.

Työryhmässä esiin nousi kysymys mittarin luotettavuudesta ja mittaako mittari mitattavaa asiaa. Tämä ohjaa opinnäytetyöntekijät ehdottamaan varsinaiselle mittarille luotettavuusmittauksia. Veräjänkorvan (2003) mittaristolle oli suoritettu luotettavuusmittaukset, mutta koska tämän pilottikyselyn kysymyksistä osaa muokattiin alkuperäisestä muodostaan, tulee varmistaa, että mittari mittaa juuri sitä mitä sen halutaan mittaavan.

Pilottimittarin vastausten perusteella nousi vastaajilta myös ehdotus, että teoreettisten kysymysten vastaamisen jälkeen vastaajille näkyisi heti oikeat vastaukset. Tämä tukisi opinnäytetyöntekijöiden mielestä samalla vastaajien reaaliaikaista oppimista. Jos opetus on hyvin suunniteltu ja toteutettu, se lisää sairaanhoitajien motivaatiota oppimista kohtaan sekä myönteistä suhtautumista osaamisen varmistamiseen, toteaa Sneck (2016, 105) tutkimuksessaan. Opinnäytetyöntekijät nostavatkin tämän yhdeksi mittarin kehittämisehdotuksista.

Tässä lääkehoidon osaamisen arviointi mittarissa haetaan vastaajien lääkehoidon osaamisen perustasoa. Mittari sisältää lääkehoidon perustason kysymyksiä. Opinnäytetyöntekijät pohtivatkin, voisiko osa farmakologisesta ja lääkehoidon osaamisen sekä lääkehoidon matemaattisista lääkelaskuista olla erikoisalojen spesifisiä kysymyksiä? Tällä tavoin saisi lääkehoidon osaamisesta näyttöä myös spesifisiltä omilta erikoisaloilta. Satunnaiskysymyksillä tai kysymysten vuosittain vaihtumisella pystyisi poistamaan sen mahdollisuuden, että kyselyyn vastaajat olisivat ”opetelleet ulkoa” mittarin tehtäväosuudet. Nämä edellä mainitut seikat ovat myös nostettu varsinaisen mittarin kehittämisehdotuksiin. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että lääkehoidon lisäkoulutuksesta oli yli puolella vastaajista yli kolme vuotta. Opinnäytetyöntekijöiden mielestä valmiilla lääkehoidon osaamisen arviointi mittarilla voidaan jatkossa myös nähdä, kuinka kauan viimeisestä lääkehoidon koulutuksesta työntekijällä on suhteessa työssäoloaikaan. Mittarilla voidaan myös osoittaa vastaajien oma käsitys osaamisentasosta ja siitä, vastaako se todellisuutta. Nämä molemmat ovat opinnäytetyöntekijöiden mielestä vahvoja perusteita kehittää lääkehoidon osaamisen arvioimiseen mittari, saattaa mittarin kehittäminen loppuun ja jalkauttaa se käytäntöön.

Opinnäytetyöntekijät ehdottavat varsinaiseen mittariin välitallennus mahdollisuutta. Tämä helpottaa kyselyyn vastaamista ja sen loppuun suorittamista. Kysymyksissä takaisin paluuta ei tässä vaiheessa suositella, koska kyselyssä on tarkoituksena saada vastaajilta subjektiivinen mielipide ensin omasta lääkehoidon taitotasosta ennen teoreettista lääkehoidon osuutta. Tällä poistetaan mahdollisuus, että vastaaja muuttaisi mielipiteensä osaamisensa tasosta teoreettisiin kysymyksiin vastaamisen jälkeen.

Opinnäytetyöntekijät eivät pidä kyselyn pituutta ja työläyttä ongelmana, jos sen täyttämisen mahdollistetaan esimiehen tukemana. Metsämuurosenkin (2005, 109) mukaan pitkä mittari on luotettavampi kuin lyhyt. Veräjänkorvan (2003, 117) tutkimuksessa käytetty mittari oli pitkä ja tutkija oli pohtinut johtopäätöksissä tutkimuksen luottavuutta ja totesi, ettei pituudella ollut heikentävää vaikutusta tulosten luotettavuuteen. Tutkija kuitenkin toteaa, että mittarin pituudella on saattanut olla vaikutusta kyselyn pintapuoliseen vastaamiseen. Tutkija ehdottaakin, että jatkossa on syytä tarkentaa kysymysten määrää ja muokata kyselyä lyhemmäksi. Veräjänkorvan mittari sisälsi yhteensä 124 kysymystä, pilottimittarissa näitä vähennettiin 87 kysymykseen. Opinnäytetyöntekijät ehdottavatkin mittarin pituuden suhteen ”kultaisen keskitien etsimistä” jatkossa.

7.2 Mittarin fyysiseen ympäristöön sekä mittarin käyttöön liittyvät kehittä-misehdotukset

Työryhmässä nousi esiin ehdotus keskustelussa lääkehoidon osaamisen mittarin liittämistä osaksi LOVE-verkko-opintoja sekä lähiesimiehen kanssa vuosittain käytävää kehityskeskustelua. Tämä poistaisi opinnäytetyöntekijöiden mielestä mittarin vastaamiseen liittyvän ajankäytön ongelman kesken kiireisen työnteon. Koska aineistonkeruumenetelmänä käytettävää kyselyä voidaan Vilkan (2015, 95) mukaan kerätä myös jossakin tapahtumassa tai kasvokkain, ehdotamme kyselyä liitettävän osaksi esimiehen kanssa vuosittain käytävää henkilökohtaista kehityskeskustelua tai LOVE-läkehoidon osaamisen verkkokoulutusta. Vuosittain tehdyllä mittauksella esimiehillä olisi mahdollisuus saada työväline lääkehoidon osaamisen tason arvioinnin säännölliseen seurantaan ja kartoitukseen. Lisäksi viiden vuoden välein tapahtuvan LOVE- verkko-opintojen suoritusten yhteydessä olisi mahdollisuus kerätä näyttöön perustuvaa tietoa vastaajien lääkehoidon lähtötasosta, jos vastaajat suorittavat mittariin vastaamisen ennen varsinaisia LOVE-opintoja. Opinnäytetyöntekijöiden mielestä tällä tavoin vastausprosenttia olisi mahdollisuus saada kasvamaan. Kasvokkain käytettävä metodi vaatii kuitenkin resursseja, kuten aikaa ja työvoimaa. Webropol ®- sovellusohjelmaa työryhmän jäsenet pitivät ympäristönä helppona toteuttaa kysely sekä analysoida siitä saatuja vastauksia.

Työyhteisöissä kaivataan ja tarvitaan selkeää esimiehisyyttä. Alaisten kannalta hämmentävin tilanne on, jos esimies ei ota tehtävää kantaakseen. Kykeneminen osaamisen johtamiseen on vahvasti esimiehen henkilökohtainen tiedostamiskyky. (Viitala 2005, 332.) Esimiesten sitouttaminen ja motivoiminen osaamisen johtamiseen on tärkeää. Henkilöstön osaamisen varmistaminen on osa esimiesten työtä ja organisaation johdolla sekä esimiehillä on tärkeä rooli henkilöstön osaamisen kehittämisessä ja sen mahdollistamisessa. Johtamisen avulla voidaan siis tukea yksilön oppista, mutta myös jokaisen työntekijänkin on tärkeää arvioida ja kehittää omaa osaamistaan, että pärjää ja pystyy hallitsemaan työnsä.

Opinnäytetyöntekijät ovat samaa mieltä kuin Sneck (2016, 105) siitä, että organisaatioiden lääkehoidon suunnitelmissa tulisi olla ohjeistus, millaisia lääkehoidon tehtäviä lääkelaskutentissä hylätyn saanut sairaanhoitaja saa toteuttaa. Vaikka hänen tutkimuksessaan vain pienelle osalle sairaanhoitajista tuotti haasteita lääkelaskut, tulee näiden sairaanhoitajien tunnistamiseen sekä täsmäkouluttamiseen käyttää resursseja. On todettu, että pienikin puute osaamisessa voi johtaa vakaviin poikkeamiin potilaan lääkehoidossa.

Vilka (2015, 108) toteaa, että toiminnan ja sen muutoksen seuraaminen työelämässä pitkällä aikavälillä on tärkeää. Joten kertatutkimus ei ole välttämättä ratkaisu erilaisten ongelmien tai kysymysten selvittämisessä. Opinnäytetyöntekijöidenkin mielestä sairaanhoitajien lääkehoidonosaamisen arvioimiseen ja tason selvittämisessä ei riitä kertamittaus vaan mittauksia tulisi tehdä säännöllisesti, kysymyksiä vaihdellen, jolloin osaamisen taso saadaan tarkemmin ja todennetusti esille. Viitala (2005, 153) toteaa osaamisen arvioimisen olevan tärkeää, jotta osaamista voidaan hyödyntää, kehittämistoimenpiteitä suunnitella ja virittää henkilön oppimismotivaatiota. Samoja vaikutuksia on mielestämme myös osaamistason mittaamisessa. Kun tiedetään tarkemmin henkilökohtainen lääkehoidon osaamisen tilanne, voidaan yksilöä tarvittaessa tukea oppimisessa ja osaamisen tason tunnistaminen saattaa lisätä henkilökohtaista opiskelumotivaatiotakin. Subjektiiivinen tunne omasta osaamisentasosta voi olla vääristynyt, mutta mittauksella voidaan saada todellinen osaamisen taso esille. On tärkeää paikantaa ne

osaamisalueet, joita täytyy vahvistaa ja johon johto voi perustellusti kohdistaa voimavaroja (Viitala 2005, 153). Mittaustulos on siis johdollekin tärkeä tieto, jolloin voidaan vahvistaa osaamista alueilla, jotka sitä vaativat.

Sneckin (2016, 106) tutkimustulosten perusteella sairaanhoitajien osaaminen on sitä parempaa, mitä useammin he työssään lääkehoitoa toteuttavat. Tämä tukee sairaanhoitajien liikkumista eri työyksiköiden välillä, koska näin sairaanhoitajat pääsevät toteuttamaan lääkehoitoa monipuolisesti. Tällä voidaan myös estää se, että lääkehoidon osaaminen ei muutu kapea-alaiseksi erityisosaamiseksi. Myös tämä tulos tukee lääkehoidon osaamisen arviointiin mittarin kehittämistä osaamisen varmistamisen tueksi esimiehille. Sairaanhoitajien lääkehoidon systemaattinen osaamisen varmistamisen ylläpitäminen ja kehittäminen ovat tärkeää, mutta mahdollista. Kaikille yhtenäiset ja pakolliset tentit sekä näytöt voivat herättää vastustusta, mutta toimintamallin käyttöönottoa voidaan perustella potilasturvallisuudella. (Sneck 2016, 106.)

Sneck (2016,104) on myös todennut tutkimuksensa osoittaneen sen, että lääkehoidon osaamisen varmistaminen parantaa sairaanhoitajien käsitysten mukaan heidän omaa lääkehoidon osaamista ja lääkitysturvallisuutta. Hänen tutkimuksensa tulokset osoittivat myös sen tärkeyden, että osaamisen varmistamisen organisoinnin tulee olla hyvin suunniteltua ja perusteltua. Näyttöön perustuvan tutkimustiedon perusteella voidaan myös kehittää lääkehoidon opetusta.



Kaavio 1. Kooste mittarin kehittämissuhteista.

8. Pohdinta

8.1 Kehittämisen prosessin ja tuotosten tarkastelua

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haasteellinen, mutta myös antoisa tehtävä. Molemmat ehdotivat aloittaa opinnäytetyöprosessin yksin, omien aiheiden parissa. Opintojen keskivaiheella ilmeni, että työn tekeminen kahdestaan oli jopa suositeltavaa. Kun toisen opinnäytetyön aihe ei sitten edennytkään toivotulla tavalla ja toinenkaan aihe ei yksin tehtynä tuntunut mielekkäältä, oli selvää valita kokonaan uusi aihe. Tässä vaiheessa päädyimme yhdessä etsimään uutta aihetta, johon molemmilla olisi kiinnostusta. Opinnäytetyöntekijöiden mielestä sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen arviointi on tärkeää myös lääkehoidon opetusta ja koulutusta suunniteltaessa. Esimiestyön kautta oli tullut tuntuma, että käytännön kentällä lääkehoidon osaamisen mittaaminen verkkotentein ei olisi kaikkia ammattialoja ja palvelualueita palveleva toiminto. Yleensä kehittämistyö saa alkunsa organisaation johdon tyytymättömyydestä vallitsevaan tilanteeseen. Aloite kehittämiseen voi myös saada alkunsa henkilöstön taholta. (Kirjonen 2009, 118 - 119.)

Opinnäytetyön lähestymistavaksi valitun tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohtana on tutkimuksen ja kehittämisen samanaikainen tekeminen. Työssä käytettiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusmetodia. Ajatus tukee tutkimuksellista kehittämistyötä, jossa määrällisen ja laadullisen tutkimuksen ero ei nouse kovin suureksi. Myös käytetyt osallistavat menetelmät tukevat sitä. Opinnäytetyöntekijöiden mielestä tässä kehittämissuorituksissa kehittämisen osuus on prosentuaalisesti suurempi kuin tutkimuksellinen osuus.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa mittarin toimivuudesta ja kehittämistarpeista sekä laatia suositukset mittarin edelleen kehittämiseksi. Opinnäytetyössä oli tehtävänä muokata työryhmän avulla jo olemassa olevaa Veräjänkorvan (2003) mittaria Pohjois-Karjalan keskussairaalaan sopivaksi ja selvittää osallistettavien menetelmien avulla pilottimittarin toimivuutta käytännössä

sekä sen kehittämistarpeita. Edellisten lisäksi tehtävänä oli laatia kehittämissessin tuotoksena kehittämisehdotukset mittarin edelleen kehittämisestä. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite saavutettiin hyvin.

Tämän pilottimittarin tulokset sekä työryhmätapaamisista koottu aineisto osoittivat, että mittari toimii valmistuessaan hyvänä apuvälineenä osoittamaan lääkehoidon osaamisen tasoa. Vaikka saatuja tuloksia voidaankin pitää suuntaa antavina, osoitti pilottimittari jo nyt, että vastaajat voivat arvioida oman osaamisen tasonsa paremmaksi kuin se käytännössä on. Osa vastaajista arvioi oman lääkehoidon osaamisen tason kouluarvosana-asteikolla 7 – 9 välille (kts. taulukko 9, sivu 66). Kuitenkin näiden vastaajien joukosta löytyi myös niitä, joilla oli virheitä lääkelaskutehtävissä. Tulokset osoittivat myös, että yli puolella vastaajista oli viimeisestä lääkehoitoon liittyvästä lisäkoulutuksesta aikaa yli kolme vuotta (kts. taulukko 6, sivu 64). Myös tämän perusteella voidaan päätellä, että on tarpeellista mitata lääkehoidon osaamisen tasoa, jos koulutuksesta on kulunut useita vuosia.

Opinnäytetyöntekijät pohtivat syitä miksi vastausprosentti muodostui pilottikyselyssä heikoksi. Aina on riski, kun välikäsien kautta lähetetään vastauslinkki. Sähköposti voi jäädä "matkan varrelle" tai viestin välittäminen voi unohtua työn kiireessä. Yhtenä syynä voi olla myös esimiesten heikko sitoutuminen opinnäytetyön aiheeseen. Esimiestyön tulisi kuitenkin olla esimerkillistä eli osaamista tulee osata johtaa ja näyttää esimerkkiä. Opinnäytetyöntekijät olisivat voineet ehkä myös markkinoida opinnäytetyön aihetta esimiespalaverissa tai valittujen osastojen osastotunneilla työntekijöille. Tällöin aihe olisi ehkä avautunut paremmin, esimiehet olisivat saaneet neuvoa linkin lähettämiseen ja kyselyyn vastaamisen tärkeys olisi voinut tulla esille tätä kautta. Johdon sitoutuminen ja sitouttaminen on tärkeää.

Yksi vastausprosenttiin vaikuttanut tekijä on voinut olla myös työntekijöiden kiire perustehtävien hoidossa. Tämä on voinut aiheuttaa sen, että vastaamiseen ei ole ollut mahdollisuutta kesken kiireisen työpäivän. Kysely on koettu ehkä liian pitkäksi ja koska siinä ei ollut välitallennus mahdollisuutta, on se voinut olla myös yksi vastaamattomuuden syy. Myös jatkuvan kehittämisen aiheuttama vastausväsymys on voinut aiheuttaa monelle kiinnostumattomuutta.

Opinnäytetyöntekijöille heräsikin kysymys olisiko mittarin välitalennus ja keskeyttämismahdollisuus voineet lisätä vastausaktiiviteettiä? Jos kysely olisi ollut mahdollista tehdä jonkun koulutustilaisuuden yhteydessä, olisiko tällä voinut olla myös vastausprosenttiin positiivinen vaikutus. Saatekirjeessä kyselyn vastaajille olisi voinut olla hyvä mainita, että kyselyyn voi osallistua työaikana. Tämä olisi saattanut myös lisätä vastaushalukkuutta kyselyyn merkittävästi. Opinnäytetyöntekijät pohtivat myös olisiko vastausprosentti ollut korkeampi, jos sairaanhoitajia olisi esimiestasolta voimakkaammin velvoitettu vastaamaan kyselyyn. Toisaalta tämä koettiin eettisesti vääräksi, joten tämän kaltaiseen toimintaan ei ryhdytty. Lisäksi ”pakottaminen” olisi voinut vaikuttaa myös virheellisesti tutkimustuloksiin, jolloin vastaaja ei välttämättä paneudu kyselyyn omasta halustaan.

Heikkilä (2014, 67) toteaa, että edustavan otoksen saaminen sähköpostikyselyssä on haastavaa, ellei kohderyhmään kuuluvien sähköpostiosoitteita ole tiedossa. Henkilökohtainen yhteydenotto sähköpostilla ja henkilökohtaisen linkin välittäminen kyselyn vastaajille olisi varmistanut, ettei kyselyyn voi vastata kuin kerran. Julkisen linkin kautta vastaajilla on ollut mahdollisuus vastata kyselyyn useamman kerran. Toisaalta taas julkisen linkin avulla vastaajia ei pystytä tunnistamaan, joka taas tukee eettisyyttä. Henkilökohtaisen linkin kautta olisi kuitenkin ollut helpompi tarkastaa kuka on jo vastannut ja kenelle henkilökohtainen muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta tulee lähettää. (W-pol käyttöopas 2010, 3). Tässä kyselyssä muistutusviesti lähetettiin koordinoitusti pilottiosastojen osastohoitajien välityksellä kaikille.

8.2 Osaamisen johtamisen ja kehittämisen tarkastelua

Kuten Rissanen ja Lammintakanenkin (2015, 250 – 252) toteavat, organisaatiossa on välillä hyvä pohtia, mikä on ydinosaamista, jota tulee vaalia ja kehittää. Kun työnantajan tehtävänä on luoda kehittymiselle suotuisat olosuhteet, niin edellytetään työntekijältäkin omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Osaamisen kehittäminen vahvistaa työhyvinvointia ja työn merkitystä. Oppimista edistävän ilmapiirin kehittäminen on yksi osaamisen johtamisen ulottuvuus. Työyhteisön ilmapiirillä on

suuri vaikutus oppimiseen. Oppiminen onnistuu parhaiten luottamusta ja turvallisuutta sisältävässä ilmapiirissä, jonka kehittämiseen esimies voi asemansa puolesta vaikuttaa. (Viitala 2005, 316 - 317.)

Yhteiskunta kehittyy suuntaan, jossa tiedolla johtamisella on tärkeä asema. Tällöin tutkimustaitojen hallinta korostuu myös työelämässä työskentelevien keskuudessa. (Vilka 2015, 10.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä on nykyään suuntaus pyrkiä tietoon perustuvaan kehittämiseen. Tiedolla tarkoitetaan esimerkiksi tutkimustietoa. Oleellinen kysymys johtamisessa on, miten saatu tutkimustieto hyödynnetään toiminnan muuttamisessa. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 34.) Mielestämme mittaus on yksi osaamisen johtamisen ja kehittämisen keino. Ongelmana voidaan kuitenkin todeta johdon tai esimiesten sitoutumattomuus kehittämiseen. Vaarana on, että saatua mittaustulosta ei osata hyödyntää ja hyödyllinen tieto tarvittavista kehittämistoimista jää toteuttamatta. Tällöin osaaminen ei kehity eikä yksilön oppimista tueta johtamisen näkökulmasta.

Osaaminen on keskeinen tekijä PKSSK:n organisaation strategiassa. Tärkeä tavoite organisaatioissa on oppimaan oppiminen, jolla kehitetään kykyä vaikuttaa tulevaisuuteen. Pohjana organisaation tulevaisuuden visiolle on tosiasioiden tunnistaminen ja nykytilan analysointi. (Heikkilä ym. 2008, 40.) Opinnäytetyön aihe on mielestämme ajankohtainen, koska lääkehoidon osaaminen ja turvallisuus ovat kansainvälisestikin keskeisenä osana hoitotieteen tutkimuksen kohteita. Potilasturvallisuuden parantamiseen käytetään tänä päivänä terveydenhuollossa todella paljon resursseja. Haasteita tulevaisuudessa varmasti asettaakin työntekijöiden ammattitaidon ajan tasalla pitäminen. Tulevaisuutta voidaan kuitenkin ennakoida, jos ja kun mitataan lääkehoidon osaamisen tasoa. Tällöin voidaan paremmin myös varautua tulevaan. Valmista mittaria voidaan mielestämme jatkossa hyödyntää organisaatioiden lääkehoidon osaamisen johtamisessa ja kehittämisessä.

Johtamisen näkökulmasta ajateltuna osaamisen johtamisen teoriaan opinnäytetyöntekijät tutustuivat kattavasti. Opinnäytetyön tekeminen antoi paljon myös ammatillisen kasvun näkökulmaa ja se kertasi yhteen aikaisempia opintoja. Koimme

kuitenkin tehneemme melkoisen urakan, koska vaihdoimme molemmat opinnäytetyön aihetta kesken opintojen. Tästä syystä suosittelimme YAMK opintoihin, että tulevaisuudessa opinnäytetyön aihe tulisi eteen jo alkumetreillä, joko niin, että koulu voisi tarjota aihetta tai opiskelijalla olisi tiedossa aihe mahdollisimman pian. Se helpottaisi niin sanottua kasvamista aiheeseen ja opinnoista saisi parhaan mahdollisen hyödyn ensitaipaleesta lähtien.

8.3 Eettisyys ja luotettavuus

8.3.1 Eettisyys

Ensisijainen kehittämistoiminnan päämäärä terveydenhuollossa on potilaisiin kohdistuvan toiminnan parantaminen. Tällöin kehittämistehtävän rajaamisessa ja määrittelyssä tulee olla tarkka, että kysymyksenasettelu olisi myös eettisesti sopeva. On tärkeää, että tutkittavia tai kehittämistoimintaan liittyviä ihmisiä kohdellaan ihmisarvoa kunnioittavasti, oikeudenmukaisesti ja niin, että heille pyritään tekemään hyvää. Ihmisten on myös voitava itse päättää kehittämishankkeisiin osallistumisesta, joten itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistuvien ihmisten henkilötietoja ei saa paljastaa missään vaiheessa tutkimusta. Oleellinen kohta eettisesti kestävässä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa ovat asiallisesti, rehellisesti, perustellusti ja huolella tiedotetut tulokset. Myös lähdekritiikki lisää eettistä turvallisuutta. (Heikkilä ym. 2008, 44 - 46.)

Tutkimuksen tekeminen kytkeytyy tutkimusetiikkaan, joka kulkee tutkimusprosessin mukana koko ajan: ideoinnin ja tutkimustulosten kautta tiedottamiseen. Pienikin tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida laadukkaasti. Tutkimusetiikka eli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen tarkoittaa yleisesti sovittuja pelisääntöjä muun muassa kollegoja, tutkimuskohdetta ja toimeksiantajaa kohtaan. Hyvä tieteellinen käytäntö on sitä, että tutkija toteuttaa eettisesti kestäviä eli tiedeyhteisön hyväksymiä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös tutkijan noudattavan vilpittömyyttä, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössään ja tutkimustulosten esittämisessä sekä toiminnassaan toisia tutkijoita kohtaan. Myös tutkimuksen avoimuudessa ja

kontrolloitavuudessa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Vilka 2015, 41 - 42, 45 - 46.)

Tutkimusaiheen valintaa pohtiessa tulee eettisyys pitää mielessä eli minkä tutkiminen on todellisuudessa edes tarpeellista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26). Tämän opinnäytetyön aiheen valinta on työelämälähtöinen kehittämistehtävä, joten se on jo aiheena todettu tarpeelliseksi ja perustelluksi. Lisäksi opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti PKSSK:n organisaation toimijoiden näkemykset siitä, minkälainen kehittämistehtävä oli juuri sillä hetkellä ajankohtainen ja tärkeäksi koettu. PKSSK:n kanssa tehtiin toimeksiantosopimus ennen toteutusvaihetta, samoin tutkimussuunnitelma. Tämän opinnäytetyön toteuttaminen ei vaatinut eettisen toimikunnan lausuntoa, koska kyseessä ei ollut potilaisiin kohdistuva tutkimus.

Tietoinen osallistuminen on myös eettisesti merkittävä asia. Tässä opinnäytetyössä kaikki osallistujat olivat vapaaehtoisesti mukana. Opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä muun muassa varjeltu ja kunnioitettu tutkittavia. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuttanut haittaa tutkimukseen osallistujille. Työryhmään osallistuminen oli vapaaehtoista. Työryhmänjäseniltä saadut arvioinnit olivat myös nimettömiä. Opinnäytetyöntekijöillä ei ole tietoa, miltä osastoilta kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat olivat, eivätkä missään vaiheessa saaneet tietoonsa kyselyyn vastaajien henkilöllisyyksiä. Lisäksi kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Opinnäytetyössä huomioitiin, ettei mitään mahdollisia yksilöitäviä tietoja julkaistu. Täten salassapitovelvollisuus ja anonymiteetin vaatimus on täyttynyt.

Alun perin opinnäytetyöntekijät tiedustelivat mahdollisuutta saada pilottiosastojen sairaanhoitajien sähköpostiosoitteita, mutta tämä koettiin eettisesti vääränä ja tutkimuskäytäntöjen vastaisena toimintana. Tällöin päädyttiin välittämään pilottikysely valittujen palvelualueiden osastojen sairaanhoitajille osastonhoitajien välityksellä. Kyselyyn osallistettavien palvelualueiden ja osastojen tietoja ei ole julkaistu tässä opinnäytetyössä anonymiteetin säilymistä varmistamiseksi. Tarkkojen taustatietokysymysten esittäminen heti mittarin alussa voi herättää kyselyyn vas-

taajassa ristiriitaisia tuntemuksia anonyymiteettiin liittyen, mutta toisaalta kyselylomakkeen alussa se helpottaa kyselyyn vastaamisen orientoitumista vastaamisen helppouden vuoksi. (KvantiMOTV 2010.)

Toimeksiantajaorganisaation ohjeistuksen mukaan kyselyyn vastaajilta ei tarvinnut pyytää kirjallista suostumusta vastaamisesta ja tulosten käytöstä, koska kyselyn saatekirje sisälsi selvästi kyselyn tarkoituksen sekä tiedon tutkimukseen osallistumisen keskeyttämisen mahdollisuudesta. Vastaajien oletettiin antaneen suostumuksensa kyselyn tekemiseen vastatessaan itse kyselyyn. Kyselyyn liitetty saatekirje (liite 6) sisälsi tiedot tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Opinnäytetyöntekijöiden yhteystiedot olivat kyselyyn osallistuvien saatavilla. Vastaajille kerrottiin ennen aineistonkeruuta avoimesti mistä oli kysymys. Opinnäytetyöntekijät eivät olleet tietoisia, jos joku vastaajista oli kieltäytynyt kyselyyn vastaamisesta.

Tutkimustulokset on esitetty rehellisesti ja kaikki tässä tutkimuksessa esitetty perustui kerättyyn aineistoon. Tutkimustulokset on esitetty muuttamatta niiden merkitystä. Aineisto on säilytetty niin, ettei niihin ole ulkopuolisilla ollut pääsyä ja aineisto tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

8.3.2 Luotettavuus

Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa pääasiassa käyttökelpoisuutta. Luotettavuus kohdistuu tutkimusmenetelmiin, -prosessiin ja -tuloksiin. Kehittämistoiminnan aikana syntyvän tiedon tulisi olla hyödyllistä. Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta kuvataan reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden kautta, kun taas laadullisen tutkimuksen alueella puhutaan vakuuttavuuden käsitteestä. Aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuuteen vaikuttaa myös toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen kehittämisprosessiin. (Toikko & Rantanen 2009, 121 - 124.) Mielestämme monipuolinen, moniammatillinen ja työskentelyyn sitoutunut työryhmä lisäsi luotettavuutta kehittämistehtävässä. Työryhmätyöskentelyyn valitut henkilöt tuottivat tähän kehittämistehtävään ainutkertaista ja laadukasta tietoa oman kokemuksen ja tietämyksen kautta.

Yksi keino arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä, on tarkka ja yksityiskohtainen selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2004, 217). Tämän kehittämistehtävän luotettavuutta on pyritty parantamaan kuvaamalla kehittämistyön jokainen vaihe tarkasti ja huolellisesti. Opinnäytetyöntekijät ovat dokumentoineet koko kehittämistehtävän ajan kehittämistoiminnan tapahtumia päiväkirjaan. Näihin muistiinpanoihin on ollut hyvä palata kehittämisprosessin edetessä.

Mittarin kokonaisluotettavuus koostuu tutkimuksen validiteetista ja reliabiliteetista. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa ilmenee hyvin vähän satunnaisuutta. (Heikkilä 2014, 176 - 177; Vilka 2015, 194.) Otannalla on merkitystä, kun halutaan parantaa tutkimuksen luotettavuutta (Metsämuuronen 2005, 53). Kuten jo aiemminkin todettu, niin otos vaikuttaa ratkaisevasti tulosten yleistettävyyteen ja luotettavuuteen. Tässä opinnäytetyössä otoskoko oli mielestämme edustava ja se vastasi kattavasti perusjoukkoa. Otokooksi pohdittiin kehittämisprosessin alussa noin 300 sairaanhoitajaa, mutta työryhmätyöskentelyn ja väliarvioinnin jälkeen otoskooksi muodostui 210 sairaanhoitajaa. Otokoko nähtiin kuitenkin riittäväksi pilottikyselyyn ja tämän vuoksi osastojen lukumäärää ei lähdetty enää lisäämään. Uusintamittausta ei myöskään katsottu tarpeelliseksi, koska työryhmätapaamisista saatu lisäaineisto todettiin riittävän kattavaksi mittarin kehittämiseen. Lisäksi opinnäytetyöntekijät havaitsivat sekä sairaanhoitajien että työryhmän jäsenten vastauksista samaa yhdenmukaisuutta, joten uusintamittaus ei ehkä olisi tuonut lisäarvoa tähän aineistoon. Asiaa pohdittiin myös asiantuntijaohjaajan kanssa ja tästä asiasta olimme samaa mieltä.

Mittauksen luotettavuus (reliabiliteetti) tarkoittaa mittarin luotettavuutta eli kykyä ei-sattumanvaraisten tulosten tuottamiseen. Tutkimuksen osalta mittaus on sisäisesti reliabeli, jos tutkimusta tehdessä sama tilastoyksikkö mitataan useasti ja mittaustulokset ovat samat. Mittaustulosten poiketessa toisistaan, tulosten satunnaisvaihtelu kuvaa mittauksen reliabiliteetista. (Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 26; Vilka 2015, 194.) Mittauksen oikeellisuus tai pätevyys (validiteetti)

kertoo, mitataanko sitä, mitä on haluttu mitattavan. Validiteetti liittyy myös teoriaan ja sen käsitteisiin. Sisäinen validiteetti tarkoittaa, että vastaako mittaus tutkimuksen teoriaosassa esitettyjä käsitteitä. (Holopainen ym. 2004, 26; Vilkkä 2015, 193.) Koko kehittämistehtävän luotettavuuden peruspilari on tietoperusta. Pohjana on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoreita sekä laadukkaita asiantuntijoiden kirjoittamia lähteitä ja tutkimuksia. Lähdemateriaali koostuu niin ulkolaisista kuin kotimaisista lähteistä.

Lomakkeen esitestausta parantaa tutkimuksen reliäabeliutta ja toisaalta myös validiutta (Tähtinen ym. 2011, 24). Pilottikyselyn esitestausta on yksi tekijä luotettavuuden lisäämisessä. Pilottimittari esitestattiin yhdellä sairaanhoitajalla ennen varsinaista kyselyn lähettämistä. Yleisesti ottaen pilottikysely itsessään lisää luotettavuutta, koska siinä arvioidaan monia asioita, kuten teknisten ratkaisujen toimivuutta jne. Asiantuntijatyöryhmän osallistaminen kyselylomakkeen muokkaamiseen lisäsi myös mittarin luotettavuutta. Luotettavuutta lisäsi myös työryhmän jäsenten vastaaminen pilottikyselyyn, jolloin saatiin lisää mielipiteitä ja kehittämissuhteita mittarista. Validiteettiin vaikuttaa myös, millä tavalla tutkittavat ovat ymmärtäneet mittarin, kyselylomakkeen ja kysymykset. Tätä asiaa opinnäyte-työntekijöiden on kuitenkin vaikea arvioida. Toki toisessa työryhmätapaamisessa käytiin suullisesti läpi pilottimittarin kysymyksiä ja tätä kautta kysymysten yksiselitteisyyttä eli kysymykset kysyvät sitä mitä niiden pitää kysyä.

Validiteetti voidaan jakaa ulkoiseen- ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan, onko tutkimus yleistettävissä muihin ryhmiin. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta, kuten sitä, onko teoria valittu oikein, mitataanko sitä mitä tarkoitus, ovatko käsitteet oikeita ja niin edelleen. (Metsämuuronen 2005, 35.) Tämän kehittämistehtävän tutkimuksellinen osuus oli kysely, joka kohdistui sairaanhoitajiin. Aineisto kerättiin rajatulta osallistujaryhmältä eli Pohjois-Karjalan keskussairaalan kahden palvelualueen osastojen sairaanhoitajilta. Riskinä ulkoiselle validiteetille ja yleistettävyydelle on, ettei osallistujia ollut lainkaan perusterveydenhuollosta, joten tuloksia ei voida sellaisenaan yleistää kaikkialle terveydenhuollossa. Sähköisen kyselylomakkeen etuna voidaan pitää sitä, että kysymykset voidaan asettaa pakollisiksi. Näin ollen puuttuvia vastauksia ei ole. On kuitenkin huomioitava, että pakollisuus vastata jokaiseen

kysymykseen voi myös pienentää vastausprosenttia. Tämän kyselyn avoimet kysymykset olivat vapaaehtoisia.

Pilottimittaria suunniteltiin huolella asiantuntijaohjaajan ja työryhmän kanssa. Metsämuuronen (2005, 59) toteaa, että pitkä mittari on monesti luotettavampi kuin lyhyt ja on suositeltavaa käyttää valmista mittaria, jonka reliabiliteetti ja validiteetti on tutkittu. Joten vaikka osa vastaajista kokikin mittarin turhan pitkäksi, on sillä luotettavuuden kannalta merkitystä. Kyselylomakkeen sisällön luotettavuutta lisäsi, että pilottimittarin pohjana käytettiin testattua mittaria. Ainoa asia, johon mittarin luotettavuudessa tulee jatkossa kiinnittää huomiota, on tarkistaa laskemalla mittarin sopivuus omaan aineistoon laskemalla reliabiliteetin arvo.

Lääkelaskujen validiteettia lisäsi se, että kysymykset laati alan asiantuntija. Jatkossa näille kysymyksille tulisi tehdä kuitenkin luotettavuusmittaukset, kuten faktorianalyysi ja Cronbachin alfa-kerroin. Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida, vaikka uusintamittausten tai rinnakkaismittausten avulla: voidaan verrata eri mitaustulosten vastaavuutta tai voidaan verrata esimerkiksi sitä, saako kaksi tai useampi arvioitsija samanlaisia tuloksia. Mittarin tai sen osioiden sisäistä homogeenisuutta voidaan mitata esimerkiksi Cronbachin alfa -kertoimella, missä kerroin voi saada arvoja nolasta ykköseen. Mitä lähempänä ykköstä kertoimen arvo on, sitä yhdenmukaisempia mittariin kuuluvat kysymykset tai muuttujat keskenään ovat. Hyvä mittari sisältää vähemmän sattumaan perustuvaa ainesta ja mittari myös mittaa tarkemmin tutkittavaa ilmiötä. (Johnson ym. 2014, 169 - 170; Tähtinen ym. 2011, 53.) Veräjänkorvan (2003) mittarin sisäistä johdonmukaisuutta oli arvioitu Cronbachin alfakertoimen avulla ja tästä saatujen tietojen perusteella oli mittarista poistettu muuttujia.

Faktorianalyysi perustuu muuttujien väliseen korrelaatioon. Siinä samaan uuteen muuttujaan valikoituvat alkuperäisistä muuttujista ne, joihin vastaajat vastasivat samansuuntaisesti. Faktorianalyysi soveltuu hyvin aineistossa olevien eri ominaisuuksien ja ulottuvuuksien määrittelyyn. (Tähtinen ym. 2011, 168, 171.) Alkuperäisen Veräjänkorvan (2003) mittarin sisältöön liittyvää validiteettia oli selvitetty konfirmatorisen faktorianalyysin avulla. Tällä analyysillä selvitettiin, vahvistiko aineisto laadittua mallia. Analyysin perusteella malli ja osiot näyttivät sopivilta ja

väitöskirjan mittari sai tulokset, jonka mukaan tutkimusaineisto oli varsin yhteensopiva teoreettisen mallin kanssa. Koska opinnäytetyöntekijät käyttivät edellä mainittua testattua mittaria oman pilottimittarin pohjana, ei edellä mainittuja mittauksia katsottu tässä vaiheessa enää tarpeellisiksi.

8.4 Kehittämisen prosessin tulosten levittäminen ja kehittämisen jatkumo

Usein tulosten levittäminen edellyttää oman prosessin, joten se ei aina sisälly kehittämisen prosessin sisälle. Tuotteistamisen, kuten kehitettävän työmenetelmän tai –prosessin mallintamisen avulla, voidaan edistää tulosten levittämistä. Uuden toimintatavan hyväksyttävyyttä testataan monesti vielä koko organisaation tasolla. Levittämistoiminta edellyttää, että palvelun tai tuotteen loppukäyttäjät sitoutetaan pidempiin sosiaalisiin prosesseihin. (Toikko & Rantanen 2009, 62 - 63.) Mittarin jatkokehittäminen, käyttöönotto ja juurruttaminen osaksi osaamisen johtamisen apuvälineistöä jää toimeksiantajaorganisaation vastuulle.

Vastuu tehdystä tutkimuksesta, tutkimuksen uskottavuudesta ja jatkuvuudesta muiden yhteisöjen silmissä on tutkijalla ja tutkimusryhmällä. Jatkuvuuden turvaamista edesauttaa tutkimuksesta tiedottaminen ja tutkimustulosten julkistaminen. (Vilkkä 2015, 49 - 50.) Kehittämisen prosessimme tavoitteena oli tuottaa tietoa pilot-tikyselystä saatujen vastausten avulla mittarin toimivuudesta ja laatia suositukset mittarin edelleen kehittämiseksi. Näemme opinnäytetyömme tuotoksen osana laajempaa ja pitkän aikavälin kokonaisuutta, jossa niin johdon kuin henkilöstönkin tulee olla motivoitunut kehittämään käytäntöjä. Jatkossa valmista mittaria voidaan hyödyntää organisaation osaamisen johtamisen tukena sekä toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä. Valmis opinnäytetyön tuotos on tarkoitus esitellä asi-antuntijatyöryhmälle ja toimeksiantajalle kevään 2017 aikana.

Opinnäytetyön kehittämisen prosessin rinnalla toimeksiantajaorganisaatio on myös muuttunut. Kehittämisen prosessin alussa keväällä 2016 ollut PKSSK muuttui 1.1.2017 Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymäksi. Näin kaikki alueen 14 kunnan sosiaali- ja terveyspalvelut sekä keskussai-

raala yhdistyivät samaan organisaatioon. (Siun sote 2016). Sinänsä tällä organisaation muutoksella ei ole ollut vaikutusta kehittämisprosessimme jatkumoon. Opinnäytetyöntekijät näkevätkin organisaation laajentumisen positiivisena mahdollisuutena tulevaisuudessa valmiin mittarin käytön laajentamiseen ja levittämiseen erikoissairaanhoidon ulkopuolelle.

Toiminnan kehittämistä pidetään dynaamisena prosessina, joten kehittämisen elinkaaren tulisi jatkua hankkeen päättymisen jälkeenkin. Että kehittämisen tulokset saadaan elämään käytännössä, vaaditaan myös esimiehiltä muun muassa strategiasuuntautunutta johtamista ja kehittämismyönteisyyttä. Esimies voi omalla esimerkillään kannustaa henkilöstöä uudistuvaan toimintaan. (Heikkilä ym. 2008, 132, 135.)

8.5 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisideat

Alasuutarin (2011, 277) mukaan tutkimusprosessi ei lopu siihen, kun tutkimusongelma saadaan selville tai ratkaistuksi. Tutkimuksesta saadut vastaukset ovat aina vain osa totuutta. Joskus tutkimuksesta saatavat vastaukset herättävät uusia kysymyksiä ja mahdollisesti myös teoreettisia ongelmanasetteluja. Näin ollen yhden tutkimuksen loppu voi synnyttää uuden tutkimuksen alun.

Tarvetta jatkotutkimukselle ja kehittämiselle on, joten toivomme tästä viriävän vähintäänkin uuden opinnäytetyöaiheen, jossa mittaria muutosten jälkeen vielä testattaisiin ja saatettaisiin käyttökuntoon. Kehittäminen voisi jatkossa edetä myös niin, että uuden työryhmän kokoonpanoon kuuluisi myös eri palvelualueiden sairaanhoitajia. Näin työryhmään saisi myös käytännön kenttätöiden näkemystä mittarin kehittämiseen. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla myös sairaanhoitajien kokemien lääkehoidon ongelmien sekä niihin liittyvän päätöksenteon tutkiminen.

Opinnäytetyöntekijöiden mieleen nousi ajatus mittaamisen säännöllisyydestä. Olisi todella tärkeää arvioida sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja niin teoreettisia kuin käytännön taitoja vuosittain. Todennäköisesti tällöin mittari valmistuessaan tarvitsisi joidenkin henkilöiden työpanosta, etenkin, jos testaus olisi säännöllistä

ja mittarin kysymyksiä halutaan vaihdeltavan. Veräjänkorva (2003, 129) ehdottaa oman tutkimuksensa jatkotutkimusosiossa myös, että jatkossa olisi tärkeää arvioida sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja säännöllisesti kaikissa lääkehoidon teoreettisissa taidoissa niin hoidon kuin hoitotyön laadunkin osoittamiseksi. Tätä kautta saadaan syvällistä ja selkeää tietoa lääkehoidon taitovaatimuksista terveydenhuollon organisaatioon ja hoitotyön johtajille.

Yksi vaihtoehto olisi mittarin kehittämiseksi noussut ehdotus sisällyttää kysely osana LOVE- verkkokoulutusta. Opinnäytetyöntekijöille heräsikin kysymys olisiko tässä mahdollista hyödyntää LOVE- verkkokoulutuksen vastaustilastoja yhdistämällä niitä tämän mittarin tuloksiin? Jos LOVE-verkkokoulutusportaaliin yhdistäminen ei ole mahdollista eikä vastaaminen henkilökohtaisen kehityskeskustelun yhteydessä esimiehen kanssa mahdollistu, opinnäytetyöntekijät pohtivat voisiko kyselyyn vastaamisen sisällyttää jonkin osastotunnin yhteyteen. Tällöin kaikille osallistettaville annettaisiin aikaresurssi tutkimukseen osallistumiselle. Jos taas lääkehoidon osaamista halutaan edelleen mitata sähköpostin kautta lähetettävän linkin välityksellä, vastausprosenttiin voisi ehkä vaikuttaa lähettämällä henkilökohtainen vastauslinkki jokaiselle vastaajalle. Näin olisi helpompi myös seurata vastausmäärien kasvua tai hidastumista ja tätä kautta sitten muistuttaa kyselyyn vastaamisesta ilman välikäsiä.

Yleistettävyyden kannalta olisi suositeltavaa ottaa mittari käyttöön ehdotettujen muutosten jälkeen ja osoittaa kysely koko erikoissairaanhoidon alueen sairaanhoitajille. Tähän kuuluisivat kaikki erikoissairaanhoidon palvelualueet. Lääkehoidon osaamisen mittaamista voisi myös jatkossa laajentaa koko Siun soten alueelle koskemaan kaikkia lääkehoitoon osallistuvia hoitohenkilöstöä. Tämä vaatisi kyselylomakkeen taustatietokohtaan ammattinimikkeiden valintamahdollisuuksia lisäämistä. Jatkossa lääkehoidon osaamisen mittaamista tulisi myös laajentaa perusterveydenhuollon alueelle eli yhteisen Siun soten alueelle. Kyselyä voisi joko kohdentaa sairaanhoitajille tai laajentaa sitä koskemaan kaikkia lääkehoitoon osallistuvia ammattiryhmiä.

Tulevaisuus tuo paljon haasteita ja muutoksia myös lääkehoidon osaamisen kentällä. LOVE- klinisten näyttökriteereissä on tapahtumassa tulevan vuoden aikana

merkittävä muutos. Entisen kolmen näyttösuorituksen tilalle on tulossa yksi onnistunut ja virheetön suoritus. Tämä tarkoittaa valtakunnallisesti merkittävää muutosta näytön antamisessa sekä vastaanottamisessa lääkehoidon osaamiseen liittyen. (LOVe- näyttöjen arviointiperusteet 2016.) Myös nämä muutokset tulisi huomioida tulevaisuudessa lääkehoidon osaamisen mittaria kehitettäessä.

Toivomme, että opinnäytetyö toisi lisäarvoa lääkehoidon osaamisen kehittämiseen ja mittari valmistuessaan palvelisi esimiehiä. Se, miten pitkälle opinnäytetyön kehittämisideat kantavat tulevaisuudessa, jää nähtäväksi. Valmistuessaan mittaria voidaan mielestämme hyödyntää osaamisen johtamisen tukena ja koko Siun sotien alueella etsittäessä keinoja lääkehoidon osaamisen turvaamiseen. Valmis mittari voidaan jatkossa liittää myös osaksi lääkehoidon osaamisen kehittämissuunnitelmaa.

Lähteet

- Ahokallio-Leppälä, H. 2016. Osaamisen keskiössä. Ammattikorkeakoulun uusi paradigma. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Alasoini, T. 2006. Osallistava ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R & Karjalainen, V. (toim.) 2009. Kehittämistyön risteyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 35-52.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Porvoo: WSOY.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. Porvoo: WSOY.
- Holopainen, M., Tenhunen, L. & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Järvenpää: Yrityssanoma Oy.
- Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Väitöskirja. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43678/isbn9789522147172.pdf>. 1.10.2016.
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S.(toim.). 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy.
- Johnson, B. & Christensen, L. B. 2014. Educational research: quantitative, qualitative, and mixed approaches. Fifth edition. Thousand Oaks, Calif, SAGE Publications.
- Juurinen, K. 2007. Lääkehoidon osaaminen ja toimintatavat osana lääkehoidon turvallisuutta. Kuopion yliopisto. Farmaseuttinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.
- Kananen, J. 2011. KVANTI. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Kirjonen, J. 2009. Kehittäminen asiantuntijatyönä. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R & Karjalainen, V. (toim.) 2009. Kehittämistyön risteyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 117 - 134.
- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -taloudenlaitos. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1068-3/urn_isbn_978-951-27-1068-3.pdf 12.10.2016.
- Knuuttila, J., Ruuhilahti, K. & Wallenius, J. 2007. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Terveydenhuollon laadunhallinta. Terveydenhuollon vaara tapahtumien raportointi. Helsinki: Yliopistopaino.
- KvantiMOTV. 2008. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>. 29.10.2016.

- KvantiMOTV. 2010. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Kyselylomakkeen laatiminen. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>. 8.10.2016.
- KvantiMOTV. 2011. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Postikyselyaineiston kokoaminen. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/postikysely/postikysely.html#avoimet>. 29.10.2016.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- LOVe- näyttöjen arviointiperusteet. 2016.
- Luokkamäki, S. 2015. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen. Pro gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Lääkintöhallituksen yleiskirje 1929/1987.
- Martin, V., Charlesworth, J. & Henderson, E. 2010. Managing in health and social care. Abingdon: Routledge.
- Maukonen, M. 2016. Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat PKSSK: Joensuu. Power-point esitys. 15.3.2016.
- Metsämuuronen, J. 2002. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metodologia- sarja 6. Helsinki.
- Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Moilanen, P. & Rähä, P. 2015. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 2, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-Kustannus, 52-73.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyönmenetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- PKSSK. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Henkilöstökertomus 2014.
- PKSSK Henkilöstösuunnitelma vuodelle 2015.
- PKSSK Koulutussuunnitelma 2015.
- PKSSK Lääkehoidon opas. 2015. Turvallinen lääkehoito Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä versio 7.
- PKSSK Parhaat palvelut oikeaan aikaan PKSSK:n strategia 2014 – 2018 (2030).
- PKSSK tiedote 22.1.2015. PKSSK:ssa vuosi 2015 on turvallisuuden teemavuosi. http://www.pkssk.fi/en/ajankohtaista/-/asset_publisher/4Pcu/content/pkssk-ssa-vuosi-2015-on-turvallisuuden-teemavuosi. 16.10.2016
- PKSSK:n yleiskirje 1/2014 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen PKSSK:ssa
- Rissanen, S. & Lammintakanen J. (toim.) 2015. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. 22.11.2016.
- Siun sote. 2016. <http://www.siunsote.fi/etusivu/siun-sote/mika-siun-sote/> 8.10.2016
- Siun sote strategia 2017-2018.

- Sneck, S. 2016. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki.
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009a. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki.
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki.
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset. Raportointityövalio kunta 2006–2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:18. Helsinki.
- Sulosaari, V., Suhonen R & Leino-Kilpi H. 2011. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *J Clin Nurs* 20(3-4): 464–478.
- Sulosaari, V. & Leino-Kilpi, H. 2013. Mitä on lääkehoidon osaaminen? Teoksessa: *Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja & lääkehoito. 2013. Sairaanhoidajaliitto. Keuruu: Otavan kirjapaino oy. 13-17.*
- Sulosaari, V., Huupponen R, Torniainen K, Hupli M, Puukka P & Leino-Kilpi H (2014) Medication education in nursing programmes in Finland – findings from a national survey. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia* 21(4): 327–335.
- Sulosaari, V. 2016. Medication competence of nursing students in Finland. *Turun yliopisto. Väitöskirja. Terveydenhuoltolaki 8 § 1326/2010.*
- Toikko, T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. *Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.*
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. *Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C:20.*
- Valli, R. 2015. Tulkintoja erilaisiin vastauskäyttäytymisiin. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 2, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. *Jyväskylä: PS-Kustannus, 239-254.*
- Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. *Väitöskirja. Turun Yliopisto.*
- Viitala, R. 2008. *Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.*
- Viitala, R. 2013. *Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Publishing Oy.*
- Vilka, H. 2015. *Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.*
- Virtanen, P. 2007. *Arviointi - Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.*
- Vuorinen, T. 2013. *Strategiakirja - 20 työkalua. Helsinki: Talentum Media Oy.*
- W-pol käyttöopas 2010. <http://www.webropol.com/materiaalit/w-pol.pdf> 26.9.2016.

KYSELYLOMAKE B/INTERVENTIOTUTKIMUS
30.8.2002

Liite 2 1(6)

Hyvä sairaanhoitaja

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun terveystoimi ja Turun yliopiston hoitotieteen laitos tekevät yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun terveysalan hoitotyön koulutusohjelman kanssa tutkimusta ammatissaan toimivan sairaanhoitajan, kättilön ja terveydenhoitajan lääkehoitotaidosta. *Tutkimuksen tarkoituksena* on kartoittaa ja kehittää hoitajien osaamista lääkehoidon toteuttamisessa. *Tutkimushankkeen tavoitteena* on parantaa potilaan lääkehoidon laatua vaikuttamalla hoitajien asenteisiin, toimintaedellytyksiin ja tietotaitoon. Tutkimushankkeeseen liittyy osana allekirjoittaneen väitöskirjatutkimus.

Tutkimus on kaksivuotinen (vv. 2001 - 2002). Sen ensimmäisessä vaiheessa toukokuussa 2001 toteutettiin lääkehoitotaitojen alkukartoitus ja tällöin siihen ottivat osaa Turun terveystoimen kaikkien sektoreiden sairaanhoitajat, kättilöt ja terveydenhoitajat sekä TYKS:n sisätautiklinikan kaikkien vuodeosastojen ja Loimaan aluesairaalan sisätautosaston 2 sairaanhoitajat. Saatujen tietojen pohjalta suunniteltiin lääkehoidon täydennyskoulutusohjelma. Tutkimuksen toinen vaihe toteutetaan kokeellisena tutkimuksena vuoden 2002 aikana siten, että siihen osallistuvat Turun terveystoimen hoivasairaanhoiton sairaanhoitajat ja TYKS:n sisätautiklinikan hematologisen osaston O15 ja infektio-osaston O14 sairaanhoitajat. Nämä sairaanhoitajat ovat tammikuussa 2002 täyttäneet kyselylomakkeen kokeellisen tutkimusvaiheen alkumittausta varten. Alkumittauksen vastausprosentti oli erittäin hyvä (91 %). Noin puolet hoivasairaanhoiton sairaanhoitajista ja kaikki hematologisen osaston sairaanhoitajat ovat tutkimuksen koeryhmänä ja heille järjestettiin lääkehoidon täydennyskoulutus keväällä 2002. Loput hoivasairaanhoiton sairaanhoitajista sekä infektio-osaston sairaanhoitajat ovat tutkimuksen kontrolliryhmänä ja heille koulutus järjestettäneen tutkimuksen päätyttyä. *Kontrolliryhmän merkitys tutkimuksessa on yhtä tärkeä kuin koeryhmän*, jotta saadaan selville toteutetun täydennyskoulutuksen vaikutus lääkehoitotaitoon.

Tutkimuksen loppumittaus toteutetaan syys- ja lokakuun vaihteessa 2002. Lomakkeet on koodattu, jotta voidaan selvittää tutkimuksellisin keinoin mahdolliset muutokset lääkehoitotaidoissa. Henkilöllisyytesi ei tule esiin tietojen käsittelyn missään vaiheessa. Kyselyyn on saatu asianmukaiset tutkimusluvut. Tutkimuksen tuloksellisuuden ja luotettavuuden kannalta on erittäin tärkeää, että vastaat tutkimuksen loppumittauskyselyyn. *Sinulla on oikeus lukea lomakkeen täyttämiseen käyttämäsi aika työajaksi*. Loppuraportti hankkeesta valmistuu vuoden 2003 aikana, minkä jälkeen se on saatavissa Turun AMK:n Ruiskadun toimipisteen kirjastosta sekä hankkeen yhteistyökumppaneiden kirjastoista. Tutkimustuloksista tullaan tiedottamaan hankkeessa mukana olevilla toiminta-alueilla. Tutkimukseen liittyvä väitöskirja valmistuu vuoden 2003 aikana.

Ole ystävällinen ja täytä lomake huolellisesti viikkojen 39 - 40 eli 23.9. - 6.10.2002 aikana. Sulje täyttämäsi lomake sen mukana olevaan kirjekuoreen. Näin varmistat henkilöllisyytesi säilymisen tuntemattomana. Jätä kirjekuori toimipaikassasi sovitun keräyspaikkaan, josta kirjekuoret joko lähettikeskuksen toimesta toimitetaan tutkijalle (näin menetellään hoivasairaanhoiton toimipisteissä) tai tutkija noutaa osastolta kirjekuoret (näin menetellään TYKS:ssä osastoilla O14 ja O15).

Turussa 30.8.2002
Lisätietoja antaa tarvittaessa:
Olli Veräjänkorva
TTL tutkija
Turun ammattikorkeakoulu, terveysala, hoitotyön koulutusohjelma
Ruiskatu 8; PL. 20, 20701 Turku
Puh. 01055 35509; Sähköposti: oli.verajankorva@turkuamk.fi

Liite 2 2(6)
Koodi _____

LÄÄKEHOITOTAIDON KEHITTÄMINEN
PERUS- JA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Vastaa kysymyksiin ympäröimällä mielestäsi sopiva vaihtoehto. Ellei toisin mainita, ympyröi vain yksi vaihtoehto kussakin kysymyksessä.

OSA 1: TAUSTATIEDOT

10. Ikäsi _____ vuotta
11. Sukupuolesi
nainen 1
mies 2
12. Peruskoulutusohjasi
Lukio /yo 1
Peruskoulu 2
Keskikoulu 3
13. Viimeinen kouluarvosanasi matematiikassa (keskikoulussa, peruskoulussa tai lukiossa)
10-10 1
8-8 2
6-6 3
alle 5 4
14. Ammatillinen koulutuksesi (jos olet suorittanut useampia tutkintoja, merkitse tässä vain viimeisin)
Sairanhoitaja 1
Kättilö 2
Terveydenhoitaja 3
15. Valmistumisvuotesi
Ennen 1960 1
1960-1987 2
1987-1999 3
2000- 4
7. Oletko suorittanut jonkun muun terveysalan opistoasteen tai ammattikorkeakoulututkinnon (vrt. kysymys 5)?
Minkä tutkinnon? _____
8. Olet hankkinut lääkehoitoon liittyvää lisäkoulutusta sairaanhoitaja-/kättilö-/ terveydenhoitajatutkinnon jälkeen
Kyllä 1
En 2
9. Työsuhteesi on
Vakinainen virkasuhde/työsuhde 1
Määräaikainen työsuhde 2

Vastaa väittämiin ympäröimällä mielipidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto. 1= alle 1 vuotta, 2 = 1-5 vuotta, 3 = 6-10 vuotta, 4 = yli 10 vuotta

10. Viimeisestä lääkehoitoon liittyvästä lisäkoulutuksestasi on aikaa 1 2 3 4
11. Työkokemuksesi sairaanhoitajana/kättilönä/terveydenhoitajana 1 2 3 4
12. Työkokemuksesi tällä osastolla /nykyisessä toimipisteessä 1 2 3 4

© Olli Veräjänkorva. 2002

Liite 2 3(6)

Arvioi, missä määrin olet seuraavista väittämistä samaa tai eri mieltä. Valitse jokaiseen väittämään valitsemalla mielipidettäsi lähinnä vastaava vaihtoehto. 1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä.

13. Lääkehoito on mielestäsi helppoa	1	2	3	4	5
14. Käytät säännöllisesti työssäsi jotakin lääkehoitoon liittyvää opasta (esim. Farmacia Fennicaa tai rokotusopasta)	1	2	3	4	5
15. Lääkehoito vaatii erityisosaamista	1	2	3	4	5
16. Työpaikallasi on käytössä lääkehoitoa koskeva selkeä ohjeisto	1	2	3	4	5
17. Lääkehoito vaatii päivittäisestä työajastasi suuren työpanoksen	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset liittyvät toimipaikkaasi. Valitse alla olevista vaihtoehdoista (kysymykset 18-20) nykyinen toimipaikkasi. Ympyröi siis vain yksi kohta kysymyksissä. Vaihtoehtoja on paljon, joten ole tarkkana valintaasi tehdessäsi!

18. Toimipaikkasi on Turun terveystoimessa hoivasairaanhoidon läntisellä sektorilla (jos et toimi tällä sektorilla, siirry eteenpäin kysymykseen 19)	
Kurjenmäkikoti 1 yläkerta ja pienasunnot	1
Kurjenmäkikoti 1 alakerta	2
Kurjenkunas tai Kurjenlinna os. 12	3
Kurjenlinna osastot 13, 14 tai 16	4
Kurjenpesä tai Hoivapartio	5
19. Toimipaikkasi on Turun terveystoimessa hoivasairaanhoidon itäisellä sektorilla (jos et toimi tällä sektorilla, siirry eteenpäin kysymykseen 20)	
Kurjenmäkikoti 2 yläkerta	1
Kurjenmäkikoti 2 alakerta	2
Peiponpesä 2 tai Kurjenlinna os.11	3
Mäntykoti osastot 1-3	4
Peiponpesä 1, Päiväsairaala tai Kurjenlinna os. 15	5

20. Toimipaikkasi TYKS:n sisätautiklinikassa (jos et työskentele TYKS:ssä, siirry eteenpäin seuraavaan kysymykseen)

Os. 014	1
Os. 015	2

OSA 2. LÄÄKEHOIDON YDIN -ALUE

Seuraavassa on lääkehoidon ydinalueeseen liittyviä väittämiä. Arvioi, missä määrin olet seuraavista väittämistä samaa tai eri mieltä. Valitse jokaiseen väittämään valitsemalla mielipidettäsi lähinnä vastaava vaihtoehto. 1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä.

A. LÄÄKEHOITOJA OHJAAVAT SÄÄDÖKSET

21. lääkelaki pyrkii varmistamaan mahdollisimman turvallisen ja tarkoituksenmukaisen lääkehoidon toteuttamisen	1	2	3	4	5
22. lääkevalvonnalla varmistetaan, että kuluttajan käyttämät lääkkeet ovat tehokkaita, turvallisia ja täyttävät laatuvaatimukset	1	2	3	4	5
23. säädökset velvoittavat minua seuraamaan ja arvioimaan lääkehoidon vaikutusta	1	2	3	4	5
24. laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa minua merkitsemään potilas-asiakirjoihin tarpeelliset tiedot lääkehoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi.	1	2	3	4	5
25. lääkäri vahvistaa kirjallisesti myös potilaille tilapäisesti ja satunnaisten oireiden lievitykseen annettavat lääkkeet	1	2	3	4	5
26. hallitsen lääkehoidon selvittämisen potilaalle siten, että hän on riittävästi ymmärtänyt hänelle määrätyn lääkehoidon tarkoituksen	1	2	3	4	5
27. säädökset velvoittavat minua aina tarkistamaan lääkkeen ja annoksen oikeellisuuden	1	2	3	4	5

B. FARMAKOLOGIA

I TIEDOT FARMAKOLOGIASTA

28. suun kautta otettavan lääkkeen imeytymiseen vaikuttavat sekä ruoka että lääkkeen ottamisen yhteydessä käytetty juoma	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

© OiliVeräjänkorva. 2002.

Liite 2 4(6)

Arvioi, missä määrin olet seuraavista väittämistä samaa tai eri mieltä. Valitse jokaiseen väittämään valitsemalla mielipidettäsi lähinnä vastaava vaihtoehto. 1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä.

29. lääkkeen ylläpitopitoisuus tarkoittaa vakaata tilaa, jolloin annosvälin aikana lääkeainetta eliminoituu annosta vastaava määrä	1	2	3	4	5
30. lääkeaineiden yhteisvaikutukset voivat ilmetä elimistössä niiden etenemisen eri vaiheissa	1	2	3	4	5
31. pitkäaikaislääkehoidossa on vaarana lääkeaineen kumulaatio	1	2	3	4	5
32. digitalismyrkytyksen oireita ovat erityyppiset rytmihäiriöt, ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja oksentelu, väsymys, ärtyneisyys ja värinäön häiriöt	1	2	3	4	5
33. kaliumia säästävien diureettien käyttöön liittyy hyperkalemian vaara etenkin munuaisten vajaatoiminnan, samanaikaisen kaliumkorvaushoidon tai kaliumia sisältävien suolavalmisteiden käytön yhteydessä	1	2	3	4	5
34. marevan® -annostelu on hoitoalueella kun potilaan INR -arvot pysyvät alueella 2-3	1	2	3	4	5
35. teofylliinin haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu, vatsakivut, joskus unettomuus sekä suuria annoksia käytettäessä ja laskimoon ruiskutettaessa saattaa esiintyä sydämen rytmihäiriöitä	1	2	3	4	5
36. litalginin® anto voi heikentää munuaisten toimintaa ja laskea verenpainetta	1	2	3	4	5
37. diatsapaami voimistaa muiden aineiden kuten alkoholin, antipsykoottien, barbituraattien, unilääkkeiden, opioidien, antikonsulanttien, ansiolyyttien, antihistamiinien ja yleisanestesia-aineiden aiheuttamaa keskushermoston lamaa	1	2	3	4	5
38. ns. trisykliset masennuslääkkeet aiheuttavat hoidon alussa melko yleisesti suun kuivumista, ummetusta, virtsaamisvaikeutta ja näköhäiriöitä sekä etenkin vanhuksilla muistihäiriöitä ja sekavuutta	1	2	3	4	5
39. thyroxin® -annoksen nopea nostaminen saattaa aiheuttaa angina pectoris- tai muilla sydänvaurioilla sairastavilla potilailla sekä erityisesti vanhuksilla ko. sairauksien oireiden lisääntymistä, hermostuneisuutta, vapinaa, hikoilua, aivotromboosia ja psykoosia	1	2	3	4	5
40. hallitsen toimipaikkasani käyttävät keskeiset lääkevalmisteet, niiden farmakologiset ominaisuudet, sivu- ja yhteisvaikutukset ja kontraindikaatiot	1	2	3	4	5
41. hallitsen yleisimmin käytettyjen lääkkeiden normaaliannokset ja vaikutusajat	1	2	3	4	5
42. hallitsen hyvin erilaisten kipulääkkeiden käytön	1	2	3	4	5
43. hallitsen käytössä olevien kipulääkkeiden sivuvaikutukset	1	2	3	4	5
44. hallitsen ensiaputoimenpiteet potilaan saadessa anafylaktisen sokin siten, että oireiden ilmaantuessa annan aina ensin adrenaliinia ja sitten kortisonia	1	2	3	4	5
45. en koskaan anna potilaalle lääkettä, joka on minulle vieras ja jonka vaikutusta en tunne	1	2	3	4	5
46. hallitsen antibioottien aiheuttamat yliherkkyysoireet ja osaan toimia niiden sattuessa	1	2	3	4	5
C. ANATOMIA JA FYSIOLOGIA					
47. suun kautta entero-lääkevalmisteet tulee ottaa tyhjään mahaan runsaan nesteen kera halutun lääkevaikutuksen aikaansaamiseksi	1	2	3	4	5
48. depot-tablettien ja kapselien hienontaminen hävittää niiden odotetun kesto-vaikutuksen	1	2	3	4	5
49. erilaisten tablettien yhdessä murskaaminen saattaa heikentää lääkkeiden tehoa	1	2	3	4	5
50. shokkipotilaalle ja elvytyksen yhteydessä ihonalaisen injektioiden käytöllä ei saavuteta riittävä hoitovastetta	1	2	3	4	5
51. anafylaktisessa shokissa potilaan perifeerinen verenkierto häiriintyy ja verenpaine laskee	1	2	3	4	5
52. im. injektioita antaessani venytän potilaan ihoa pistoskohdasta, jolloin otteen irrottamisen jälkeen lääkkeen vuotaminen pistoreiästä ulos estyy	1	2	3	4	5
53. annan resoribletti-lääkettä potilaalle siten, että lääkeaine imeytyy suun limakalvolta verenkiertoon tuhoutumatta ruoansulatuskanavassa tai maksassa	1	2	3	4	5
54. hallitsen potilaan parenteraalisesti toteutettavan lääkehoidon	1	2	3	4	5
55. hallitsen insuliinin imeytymisen vaihtelut eri pistosalueilla	1	2	3	4	5
56. hallitsen potilaan ravitsemustilan seurannan	1	2	3	4	5
57. hallitsen turvallisen injektion annon potilaan lihakseen	1	2	3	4	5
58. hallitsen turvallisen inhovaisen injektionannon kehon eri alueille	1	2	3	4	5

© OiliVeräjänkorva. 2002.

Liite 2 5(6)

Arvioi, missä määrin olet seuraavista väittämistä samaa tai eri mieltä. Valitse jokaiseen väittämään valitsemalla mielipidettäsi lähinnä vastaava vaihtoehto. 1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä.

D. ETIIKKA LÄÄKEHOIDOSSA

59. olen toiminnallani lääkehoidossa aiheuttanut potilaalle vaaratilanteen	1	2	3	4	5
60. uskallan tunnustaa osaamattomuuteni lääkehoidossa	1	2	3	4	5
61. tiedän mitkä lääkehoidon virheet voivat aiheuttaa potilaalle vaaratilanteen	1	2	3	4	5
62. raportoin minulle työssäni tapahtuvat lääkehoidon vaaratilanteet	1	2	3	4	5
63. huolehdin lääkehoitotaitoni säännöllisestä täydentämisestä	1	2	3	4	5
64. opiskelen lääkehoitoon liittyviä asioita työpaikallani	1	2	3	4	5
65. käytän omaa asiantuntemustani lääkehoidon toteuttamiseen liittyvissä päätöksissä	1	2	3	4	5
66. minun tulee ottaa huomioon taloudellisuus lääkehoidossa	1	2	3	4	5
67. toivoisin toimipaikallani keskustelua lääkehoidon ongelmatilanteista	1	2	3	4	5
68. en turhan herkästi soita lääkärille kysyäkseen ohjetta lääkehoidosta	1	2	3	4	5
69. hoitajana minun ei tule puuttua lääkärin antamaan määräykseen potilaan lääkkeen annostelun määrästä ja toistettavuudesta esim. kipuilevan potilaan kohdalla	1	2	3	4	5
70. käytän ns. hoitajakonsultaatia tarvittaessa lisätietoa lääkehoidosta	1	2	3	4	5
71. konsultoin lääkärää ollessani epävarma potilaalle määrätystä lääkkeestä	1	2	3	4	5
72. konsultoin sairaala-apteekin henkilökuntaa lääkehoitoon liittyvissä ongelmatilanteissa	1	2	3	4	5
73. voin aina halutessani tarkistaa vastuulääkäriltä lääkehoitoasioista	1	2	3	4	5
74. käsitellessäni lääkkeitä otan huomioon aseptiikan vaatimukset työskentely-tilojen osalta	1	2	3	4	5
75. osaan käsitellä lääkepakkauksia siten, että lääkevalmisteet säilyvät aseptisesti moitteettomana pakkauksesta ottamisesta potilaalle antamiseen asti	1	2	3	4	5
76. huolellinen käsiin pesu on perusta aseptiselle työskentelylle lääkehoidossa	1	2	3	4	5
77. jakaessani tabletteja sekä muita peroraalisesti annosteltavia lääkkeitä käytän aina annostelulaskikaa tai muuta apuvälinettä	1	2	3	4	5
78. lääkkeiden säilyvyyttä avatuissa pakkauksissa voivat heikentää useat tekijät	1	2	3	4	5

OSA 3: LÄÄKEHOIDON MATEMAATTISET PERUSTEET

Seuraavassa on lääkelaskuihin liittyviä väittämiä. Arvioi, missä määrin olet niistä samaa tai eri mieltä. Valitse jokaiseen väittämään valitsemalla mielipidettäsi lähinnä vastaava vaihtoehto. 1 = kyllä, 2 = en. Valitse 0, mikäli sinulla ei ole asiasta mielipidettä tai et osaa vastata.

79. Potilaalle määrätään hengenahdistukseen teofyllaminiumia iv. annettavaksi 500 mg/vrk. Apteekki toimittaa lääkettä valmiina infuusiona 100 ml:n keittosuola-pussissa, jossa ko. lääke on Theodur® 2 mg/ 100 ml:aan keittosuolaa (NaCl). Lisäät ko. keittosuolapussin kaksi (2) ampullia Dalacina, jotta potilas saa hänelle määrätyn kerta-annoksen. Huolehdit, että potilas saa saman annoksen vielä kaksi kertaa saman vuorokauden aikana?	1	2	0
80. Tablettissa on vaikuttavaa lääkeainetta 0.13 mg. Potilaalle on määrätty annettavaksi lääkettä 65 mikrogrammaa (µg) x 3. Annat potilaalle 1½ tablettia kerrallaan, jolloin hän saa 4½ tablettia/vrk?	1	2	0
81. Potilaalle määrätään antibiootihoidoksi Dalacin® 600 mg x 3 iv. vrk:ssa. Osastolla on käytettävissä ampullakoko 2 ml, jossa lääkevahvuus 150 mg/ml. Määrätty lääkeannos tiputetaan infuusiona lisätynä 100 ml:aan keittosuolaa (NaCl). Lisäät ko. keittosuolapussin kaksi (2) ampullia Dalacina, jotta potilas saa hänelle määrätyn kerta-annoksen. Huolehdit, että potilas saa saman annoksen vielä kaksi kertaa saman vuorokauden aikana?	1	2	0
82. Puudutuksen aikana potilas saa kipuun Petidiniä® 50 mg/ml –injektioiuosta. Hänen on määrä saada 15 mg petidiniä iv. Annat potilaalle ko. lääkettä 0.6 ml?	1	2	0
83. Heparin®-injektionesteeseen vahvuus on 25 000 IU/ml. Potilaan on saatava 5000 IU kertainjektiona. Vedät ruiskuun heparinia 0.3 ml ja annat annoksen potilaalle?	1	2	0
84. Lonkalleikkauksen jälkeen on kipulääkkeeksi määrätty Panadol®, C kappaletta. Annustusohjeena on 1-2 tablettia tarvittaessa 3-sti päivässä. Potilaan käyttäessä lääkettä maksimiannoksen päivässä, lääkepakkaus kestävä vajaan 17 päivää?	1	2	0
85. Potilaalle on annettava Fentanyl® siten, että hän saisi vaikuttavaa ainetta 600 µg. Annat potilaalle Fentanyl®-annoksen 6mg?	1	2	0

© Olli Veräjänkorva. 2002.

Liite 2 6(6)

OSA 4: LÄÄKEHOIDON KÄYTÄNTÖ

Seuraavassa on lääkehoidon käytäntöön liittyviä väittämiä. Arvioi, missä määrin olet seuraavista väittämistä samaa tai eri mieltä. Valitse jokaiseen väittämään valitsemalla mielipidettäsi lähinnä vastaava vaihtoehto. 1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä.

A. LÄÄKKEIDEN HANKINTA JA KÄSITTELY

86. turvaan lääkkeiden jatkuvan saannin suunnitelmallisella lääkkeiden tilaamisella toimipaikkaani	1	2	3	4	5
87. toimipaikkani lääkekaappi sisältää aina sovitun peruslääkevalikoiman	1	2	3	4	5
88. toimipaikkani lääkekaappia hoidetaan asianmukaisesti	1	2	3	4	5
89. luen kaikki sairaalan apteekin toimipaikkaani lähettämät tiedotteet	1	2	3	4	5
90. osaan säilyttää toimipaikkassani käytettäviä lääkkeitä siten, että niiden teho säilyy moitteettomana	1	2	3	4	5

91. pidän elvytyksessä käytettävät lääkkeet käyttökunnossa ja niitä säilytän niitä oikein

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

B. LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMISEN VAIHEET

92. lääkärin antamat lääkemääräykset ovat selkeitä	1	2	3	4	5
93. hallitsen lääkemääräyksen vastaanottamisen ja kirjaamisen	1	2	3	4	5
94. hallitsen lääkevalmisteiden annostelun potilaskohtaisiin annoksiin	1	2	3	4	5
95. hallitsen lääkkeiden erilaiset antotavat	1	2	3	4	5
96. hallitsen lääkkeiden laimentamisen	1	2	3	4	5

97. osaan toimia siten, että antaussani potilaalle injektioita lääkkeen tunnistettavuus säilyy toimenpiteen loppuun asti

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

98. seuraan potilaan ohjeenmukaista lääkkeen ottamista

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

99. seuraan potilaan tilaa lääkkeen annon jälkeen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

100. huomioon iän vaikutukset lääkitykseen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

101. tunnistan potilaan voimissa lääkkeen vaikutusten aiheuttamat muutokset

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

102. raportilla saan selkeän kuvan potilaan lääkehoidosta

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

103. sairauskertomuksesta saan selkeän kuvan potilaan lääkehoidosta

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

104. huomioon lääkehoidon vaikutuksia dementia –potilaan vointiin, koska hän ei välttämättä osaa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

itse kertoa tuntemuksiaan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

C. YHTEISTYÖ POTILAAN KANS-SA

105. hallitsen lääkehoidon dokumentoinnin

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

106. minulla on riittävät tiedot ja taidot potilaan lääkehoidon ohjaukseen ja opetukseen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

107. selvitan potilaalle hänen lääkehoitoaan hänen sitä erikseen kysymättä

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

108. opetan potilaalle dosetin käytön

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

109. opetan iäkästä henkilöä tunnistamaan lääkkeensä ulkonäöltä, mikäli hän ei muista käytössään olevien lääkkeiden nimiä

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

110. muistamattoman, sekavan ja/tai dementoituneen potilaan siirtäessä kotiin tai muuhun hoitopaikkaan selvitan lääkehoidon asiat hänen hoidostaan vastaavalle henkilölle

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

111. varmistan aina, että potilas on ymmärtänyt saamansa lääkehoidon ohjauksen ja opetuksen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

112. selvitan potilaalle lääkehoidon mahdollisia sivuvaikutuksia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

113. annan potilaan lääkehoitoon liittyvää ohjausta myös puhelimitse

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OSA 5: INTRAVENÖÖSI –NESTE – JA LÄÄKEHOITO

Seuraavassa on intravenöosi –neste- ja lääkehoitoon liittyviä väittämiä.

114. suonensisäisen neste- ja lääkehoitoon antamiseen liittyvä ns. iv –lupa –asia on minulle tuttu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

115. käytän työajastani paljon aikaa iv –lääkehoitoon

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

116. hallitsen kaikki osastollani käytettävät iv –antibiootit

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

117. hallitsen antibioottien laimennukset

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

118. hallitsen useiden iv –antibioottien tiputusjärjestyksen ja yhteensopivuuden suunnittelun

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

119. hallitsen osastollani käytettävien iv –lääkkeiden sivuvaikutukset

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

120. hallitsen oma-aloitteisesti iv –lääkityksen toteutuksen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

121. hallitsen perunesteen valinnan aloittaessani potilaan iv –nestehoitoa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

122. hallitsen iv –lääkkeitä antaussani niiden mahdollisuudet aiheuttaa saostumia ja tiedän miten silloin toimin

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

123. hallitsen elvytyksessä annettavien iv –lääkkeiden käytön

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

124. hallitsen nesteiden siirrossä käytettävien infuusioautomaattien käytön

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kiitos vastauksestasi!

© Olli Veräjänkorva. 2002.

Lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön tehtävät ja lupakäytäntö
(Turvallinen lääkehoito –opas 2016)

Potilasta hoitavassa yksikössä lääkehoidon ja -huollon toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön vastuu lääkehoidossa (tehtävät) ja edellytykset osallistua lääkehoidon toteuttamiseen (lupakäytäntö). Työnantaja voi halutessaan varmistaa työntekijän osaamisen myös muilta osin.

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö (tutkinto)	Vastuu lääkehoidossa (tehtävät)	Osaamisen varmistaminen ja tarvittava täydennyskoulutus	Näytön vastaanottaja / Lääkeluvan myöntäjä
Sairaanhoitaja, jolla on oikeus rajattuun lääkkeenmääräämiseen	Sama kuin sairaanhoitajalla Lisäksi lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen tunnistaminen, hoidon tarpeen arviointi, oireenmukaisen hoidon suunnittelu ja toteuttaminen, lääkkeen määrääminen STM:n asetuksen (1088/2010) mukaisesti ja lääkehoidon ohjaus Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava tai johtava lääkäri antaa kirjallisen määräyksen niistä asetuksen 1088/2010 liitteen 1 mukaisista lääkkeistä, joita sairaanhoitaja voi määrätä toimintayksikössä.	Valtioneuvoston asetuksen (1089/2010) ja sen mukaiset näytöt koulutuksen aikana sekä opetussuunnitelman yhtenäiset perusteet, joita sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen koulutusta toteuttavat ammattikorkeakoulut ja yliopistot noudattavat	Luvan myöntäjä: VALVIRA
Suuhygienisti, jolla oikeus Pro Auctore-määräykseen	Lääkkeiden tilaaminen vastaanototoinnista varten, lääke- ja lääkiturvallisuus Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille	Hyväksytysti suoritettu valtioneuvoston asetuksen mukainen koulutus	Luvan myöntäjä: VALVIRA

Lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön tehtävät ja lupakäytäntö
(Turvallinen lääkehoito –opas 2016)

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö (tutkinto)	Vastuu lääkehoidossa (tehtävät)	Osaamisen varmistaminen ja tarvittava täydennyskoulutus	Näytön vastaanottaja / Lääkeluvan myöntäjä
Optikko, jolla oikeus Pro Auctore-määräykseen	<p>Laakkeiden tilaaminen vastaanototoimintaa varten, lääke- ja lääkiturvallisuus</p> <p>Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille</p> <p>Laäkehoidon toteuttaminen ja potilasohjaus silmien tutkimukseen liittyen</p>	Hyväksytysti suoritettu Valtioneuvoston asetuksen mukainen koulutus	Luvan myöntäjä: VALVIRA
Sairaanhoidtaja, katilo, terveydenhoitaja, ensihoitaja (AMK)	<p>Potilaan lääkityksen ja riskitietojen selvittäminen, lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen tunnistaminen, lääkehoidon toteutuksen suunnittelu, toteutus, lääkehoidon toteutumisen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi, lääkityksen tarkistus, lääkehoidon dokumentointi ja ohjaus</p> <p>Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille</p>	<p>Laäkehoidon teoriaperusteet (näyttö)</p> <p>Laäkelaskenta (näyttö)</p> <p>Laskimoon annettava neste- ja lääkehoito (näyttö)</p> <p>Rokottaminen (näyttö)</p> <p>Laäkkeiden erityisantoreitit (esim. virtsarakkoon, epiduraalitiilaan, Intraosseaalisesti) (lisäkoulutus ja näyttö)</p> <p>Aäreislaskimokatetrin asettaminen (näyttö)</p> <p>Muu toimintayksikön lääkehoidosuunnitelmassa 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>
Röntgenhoitaja, suuhygienisti	<p>Laäkehoidon toteuttaminen ja potilasohjaus</p> <p>Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille</p>	<p>Laäkehoidon perusteet teoriaperusta (näyttö)</p> <p>Laäkelaskenta (näyttö)</p> <p>Injektiot s.c. ja i.m. (näyttö)¹</p> <p>Tehtävään liittyvä muu erityisosaaminen (esimerkiksi röntgenhoitaja: iv-varjoaineet tai suuhygienisti: Infiltraatiopuudutus) (lisäkoulutus ja näyttö)</p>	<p>Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p> <p>Luvan myöntäjä: Lääkehoidosta toimintayksikössä vastaava röntgenlääkäri tai hammaslääkäri</p>
Muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö Bioanalyytikko	<p>Laäkehoidon toteuttaminen ja vaikutusten seuranta erityistilanteissa, mikäli on saanut siihen tarvittavan koulutuksen ja osaaminen on varmistettu</p> <p>Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille</p>	Laäkehoitoon liittyvä erityisosaamisen tarve tehtävänkuvan perusteella esimerkiksi kliinisen fysiologian laboratoriossa (lisäkoulutus ja näyttö)	<p>Näytön vastaanottaja: Kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p> <p>Luvan myöntäjä: Toimintayksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri</p>

Lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön tehtävät ja lupakäytäntö
(Turvallinen lääkehoito –opas 2016)

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö (tutkinto)	Vastuu lääkehoidossa (tehtävät)	Osaamisen varmistaminen ja tarvittava täydennyskoulutus	Näytön vastaanottaja / Lääkeluvan myöntäjä
Lääkehoidon koulutuksen saanut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö (esim. lähihoitaja). Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintotavoitteisen ammattitutkinnon (esim. psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinto) suorittanut henkilö	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 Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille	Lääkehoidon perusteet (teoriaperusta ja lääkelaskenta) (näyttö) Lääkkeiden tilaaminen ja potilaskohtaisiksi annoksiksi jakaminen (näyttö) Injektiot s.c. ja i.m. (näyttö) ¹ Lääkkeettömän, perusluosta sisältävän jatkoinfuusion vaihtaminen (lisäkoulutus ja näyttö) PKV-lääkehoito (lisäkoulutus ja näyttö) Lääkehoitoon liittyvä toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa määritelty erityisosaaminen (lisäkoulutus ja näyttö) (esimerkiksi lasten tai vanhusten lääkehoito)	Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö Luvan myöntäjä: Toimintayksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri
Sosiaalialan ammattihenkilö, jonka peruskoulutukseen on sisällytetty laajuudeltaan vähintään nimikesuojatun terveydenhuollon ammattihenkilön lääkehoidon osaamisvaatimukset, esim. osa geronomi ja sosionomi AMK-tutkinnon suorittaneista	Osallistuminen lääkehoidon toteuttamiseen, mikäli on saanut siihen riittävän lääkehoidon koulutuksen ja osaaminen on varmistettu. Lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen tunnistaminen, lääkkeiden antaminen ohjeiden mukaisesti, lääkehoidon toteutumisen ja vaikutuksen seuranta ja lääkehoidon dokumentointi yksikön ohjeiden mukaisesti. Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille	Lääkehoidon perusteet (teoriaperusta ja lääkelaskenta) (näyttö) Lääkkeiden tilaaminen (näyttö) Lääkkeiden jakaminen potilas-kohtaisiksi annoksiksi (näyttö) Injektio s.c. (näyttö) ¹ Valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä (näyttö) Lääkehoitoon liittyvä erityisosaamisen tarve (ikäntyneen lääkehoito, lasten ja nuorten lääkehoito, kehitysvammaishoitoon liittyvä lääkehoito) (lisäkoulutus ja näyttö) PKV-lääkehoito (lisäkoulutus ja näyttö)	Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö Luvan myöntäjä: Toimintayksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri
Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö (esimerkiksi sosionomi, jolla ei lääkehoidon koulutusta, henkilökohtainen avustaja, hoiva-avustaja, vanginvartija)	Osallistuminen lääkehoidon toteuttamiseen lisäkoulutuksen jälkeen ohjattuna Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille Poikkeus: vankilassa toteutettava PKV-lääkehoito	Lääkehoidon perusteet (lisäkoulutus ja näyttö) Valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä (lisäkoulutus ja näyttö) Injektio s.c. (lisäkoulutus ja näyttö) ¹ Potilas-, lääke- ja antoreittikohtainen lupa PKV-lääkehoito (lisäkoulutus ja näyttö)	Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö Luvan antaja: Potilaan lääkehoidosta vastaava lääkäri Huom. Kyseessä potilas- ja lääkekohtainen lupa

¹ Ei koske rokottamista



Yleiskirje 1/2014 (kumoo yleiskirjeen 4/2013)

LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN VARMISTAMINEN PKSSK:SSA

Lääkehoidon osaamisen varmistamisen tarkoituksena on yhtenäistää Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän työyksiköiden toiminta- ja menettelytavat sekä varmistaa potilas-/asiakasturvallisuus lääkehuollon toteuttamisessa.

Lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavat opinnot suoritetaan PKSSK:n verkko-oppimisympäristössä www.verkkarit.fi, jossa lääkehoidon osaamisen kokonaisuus on nimeltään LOVE (lääkehoidon osaaminen verkossa).

Kaikki lääkehoitoon osallistuvat suorittavat Lääkeosaamisen perusteet (LOP) -osion. Lisäksi sairaanhoitajat suorittavat työyksikön vaatimusten mukaisesti suonensisäinen neste- ja lääkehoito- (IV), epiduraalisen lääkehoidon- (EPI) sekä verensiirtojen toteuttamisen -osiot (ABO) sekä muut tarvittavat täydennyskoulutusosiot. Kaikilta lääkehoitoon osallistuvilta vaaditaan eResepti-koulutus annettujen ohjeiden mukaisesti.

Osastonhoitajat suorittavat oman yksikkönsä vaatimusten mukaiset lääkehoidon opinnot ja näytöt.

Lääkehoitoon kouluttamattomat henkilöt, joiden peruskoulutukseen ei kuulu lääkeopintoja, suorittavat MiniLOP-verkkokurssin, mikäli osallistuvat lääkehoitoon. Kurssin teoriaopinnot ja käytännön näytön suoritettuaan he saavat työyksikössään potilas- ja/tai asiakaskohtaisen lääkkeenantoluvan.

Ennen täydennyskoulutusosioiden suorittamista tulee olla suoritettuna vähintään LOP-osio hyväksytysti.

Luvat koostuvat neljästä osasta: LOVE **teoria**opinnoista, verkkotentistä ja käytännön **näytöistä**, jotka tehdään työyksikössä sekä osastonhoitajan ja / tai lääkärin kanssa käytävästä **keskustelusta**. Näytöt ja erityisnäytöt annetaan niistä osioista, joita työntekijä tarvitsee lääkehoitoa toteuttaessaan. Lisätietoja löytyy lääkehoito-oppaasta.

Lupa on voimassa **5 vuotta**, jonka jälkeen on suoritettava teoria ja tentit uudelleen. Näyttöjä ei tarvitse antaa uudestaan.

Yksityiskohtaiset ohjeet löytyvät lääkehoito-oppaasta Intranetistä ja Verkkareista.

LINJAUKSET

- Täydennyskoulutusvelvoite on lakisääteistä eikä siitä voi kieltäytyä.
- Esimiehet suunnittelevat oman henkilöstönsä kouluttautumisen.
- Pitkä- ja lyhytaikaiset sijaiset suorittavat lääkehoidon osaamisen varmistamisen samalla tavalla kuin vakinainen henkilöstö.
- Määräaikaisesti projekti- tai muissa vastaavissa tehtävissä olevat laillistetut ammattihenkilöt päivittävät lääkehoidon osaamisensa heti palattuun potilastyöhön.
- Työnantaja järjestää tarvittaessa tukiovetusta keskitetysti koulutusyksikön kautta.
- Jos potilastyössä toimiva laillistettu ammattihenkilö tai terveyden- ja sosiaalihuollon nimikesuojattu ammattihenkilö ei päivitä lääkehoidon osaamistaan annettuun määräaikaan

Pohjois-Karjalan keskussairaala
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 3744

Psykiatriclinikan klinikka
Sairaالاتie 6
80850 PATHOLA
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 4763

Honkalampi-keskus
Ylämyllyntie 94
80400 YLÄMYLLY
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 7100



POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO-
JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

YLEISKIRJE

10.2.2014

mennessä, hänen työtehtävänsä määritellään uudestaan, jolloin palkkaus määräytyy tehtävien vaativuuden mukaisesti.

- Osastonhoitajat suorittavat myös yksikössään vaadittavat LOVe-opinnot näyttöineen.
- Uudet työntekijät aloittavat opinnot heti työsuhteen alkaessa ja varmistavat osaamisensa 4 kk kuluessa.
- Niiden, jotka jäävät eläkkeelle 4 kk kuluessa, ei tarvitse varmistaa osaamistaan, mikäli he eivät tule toimimaan sijaisina eläkkeellä ollessaan.
- Virkavapaan tms. pitkän poissaolon jälkeen (1 vuosi) opinnot aloitetaan heti ja varmistetaan osaaminen 4 kk kuluessa.
- Työnantaja antaa sovitus työaikaa opintojen suorittamiseen (LOP 4t, IV 2 t, ABO 2t, EPI 2t) ja muut lisäosat 2 h / verkkokurssi. Sama työaika on käytettävissä, kun lupia uusitaan.

Uutta:

- 5 v. uusintanäyttöjä ei tarvitse antaa.
- Lääkehoidon osaaminen yli osastorajojen tulee turvata perehdytyksellä ja osastonhoitajan / osastonfarmaseutin ja tarvittaessa osastonlääkärin ohjauksen mukaan.
- Erytisnäytöt annetaan yksikkökohtaisen tarpeen mukaan:
 - o hemodialyysin näyttökoe
 - o sädeyksikkö: röntgenhoitajien im-luvat,
 - o teho-osasto: kiilapaineen mittausnäytöt ja teoria, dialyysinäytöt ja teoria
 - o 3c: vastasyntyneen calmetointi
 - o lasten lääkitysosaaminen

Tämä yleiskirje on voimassa 10.2.2014 alkaen toistaiseksi.

Joensuussa 10. päivänä helmikuuta 2014

Antti Turunen
Johtajaylilääkäri

Johanna Bjerregård Madsen
Hallintoylihoitaja

Jakelu ylihoitajat, osastonhoitajat, koulutusyksikkö, verkkarit, intranet

Pohjois-Karjalan keskussairaala
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 3744

Psykiatriclinikan klinikka
Sairaalatie 6
80850 PAIHOLA
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 4763

Honkalampi-keskus
Ylämyllyntie 94
80400 YLÄMYLLY
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 7100



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Toimeksiantajan edustaja:	Hallintoylihoitaja Johanna Bjerregård Madsen
Osoite:	Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Puhelinnumero:	0503877680
Sähköposti:	johanna.BjerregardMadsen@pkssk.fi
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Karelia, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulu- tus YAMK
Opiskelijanumero ja nimi:	1401071/1401094 Nina Utriainen/Mari Tikka
Puhelinnumero:	0400672570/ 0503476608
Sähköposti:	nina.utriainen@pkssk.fi / maritikka@hotmail.com
Toimeksiantajan sitoumukset	
<ul style="list-style-type: none"> - Toimeksiantaja tukee opiskelijoita opinnäytetyön suorittamisessa antamalla työn suorittamiseen tarvittavia tietoja ja sisäisiä aineistoja tarpeelliseksi katsomallaan tavalla. - Toimeksiantaja vastaa aineiston keruusta aiheutuvista kustannuksista (kopiointikulut sekä työryhmätapaamisista koituvista kustannuksista). - Yhteyshenkilö on farmaseutti Virva Volanen, joka seuraa (ei ohjaa) työn edistymistä toimeksiantajan mukaisesti. - Organisaation nimen voi mainita opinnäytetyössä. - Opinnäytetyön tekijöillä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus. PKSSK saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota. - Ennen opinnäytetyön julkaisemista toimeksiantajalle on varattava tilaisuus tarkastaa opinnäytetyöstä PKSSK:n toimintaa koskeva osuus. Opinnäytetyön tekijät ovat velvollisia korjaamaan mahdolliset puutteet/virheet edustajan niin vaatiessa. - Opinnäytetyön tekijät esittelevät opinnäytetyönsä työtä avustaneelle työryhmälle. 	
Opiskelijan sitoumukset	
<ul style="list-style-type: none"> - Opiskelijat tuottavat opinnäytetyönä tuotoksen Pohjois-Karjalan keskussairaalan esimiehille hoitohenkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistamiseksi. - Opiskelija noudattaa työn toteuttamisessa PKSSK:n, Karelia-AMK:n ja yleisiä kehittämistyön ohjeita ja sääntöjä. 	

Opinnäytetyön ohjaus PKAMK:ssa

Ohjaaja: Yliopettaja Pirjo Vesa

Opinnäytetyön julkisuus

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.

Allekirjoitukset

Päiväys 8.4.2016	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Nina Utriainen NINA UTRIAINEN Mari Tikka MARI TIKKA
Päiväys 13.4.2016	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Johanna Bjerregård Madsen Hallintoylihoitaja

Saatekirje työryhmän jäsenille

9.6.2016

Pilottitutkimus - PKSSK:n hoitohenkilöstön lääkehoidon osaamisen arvioimiseen sopivan mittarin kehittäminen ja pilottikysely

Hyvä työryhmän jäsen

Opiskelemme Karelia ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyömme tutkimuksellisenä kehittämistyönä Pohjois-Karjalan keskussairaalan erikoissairaanhoidon alueelle PKSSK:n toimeksiantamana. Teitä pyydetään osallistumaan työryhmään, joka toimii osana opinnäytetyön kehittämistyötä. Työryhmätapaamisia on 2-3 kertaa kesä-lokakuun 2016 aikana. Ensimmäinen työryhmätapaaminen on 15.6.2016 klo 13-16 talo 13/3 krs:n muotokuvahuoneessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää PKSSK:lle lääkehoidon osaamisen arvioimiseen sopiva mittari jo olemassa olevaa mittaria muokkaamalla. Ensimmäisessä työryhmätapaamisessa on tarkoitus yhdessä muokata ja ideoida pilottikyselylomakkeeseen tulevia kysymyksiä Veräjänkorvan (2003) väitöskirjan mittariston pohjalta. Mittaristo löytyy tässä sähköpostissa olevan tutkimussuunnitelman liitteestä. Ensimmäiseen työryhmätapaamiseen toivoisimme teidän tutustuvan valmiiseen mittaristoon ja miettivän mitkä olisivat keskeisiä aihealueita/kysymyksiä PKSSK:lle kehitettävään pilottimittariin. Opinnäytetyöntekijät työstävät pilottimittarin kysymyksiä lisää kesän 2016 aikana yhdessä asiantuntijaohjaajan kanssa. Pilottikysymyksiin voidaan kysyä tarvittaessa työryhmän mielipiteitä vielä sähköpostitse tai niitä on mahdollista käydä läpi toisessa työryhmätapaamisessa ennen varsinaisen pilottikyselyn lähettämistä.

Tätä mittaria on tarkoitus testata Pohjois-Karjalan keskussairaalan erikoissairaanhoidon alueella syksyllä 2016 webropol-kyselynä. Tavoitteena on tuottaa tietoa mittarin toimivuudesta ja laatia suositukset mittarin edelleen kehittämiseksi. Pilottikysely kohdennetaan ja rajataan koskemaan kahta erikoissairaanhoidon palvelualueutta ja siellä työskenteleviä sairaanhoitajia. Kummastakin palvelualueesta valitaan 1-2 osastoa, jotta otoskooksi tulisi noin 300 sairaanhoitajaa. Rajausta voidaan tarkentaa lisää työryhmätapaamisessa. Mittaria voidaan jatkossa hyödyntää osaamisen johtamisen tukena ja koko PKSSK:n alueella etsittäessä keinoja lääkehoidon osaamisen turvaamiseen. Mittari voidaan jatkossa liittää myös osaksi lääkehoidon osaamisen kehittämissuunnitelmaa.

Osallistumisenne on erittäin tärkeää tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen saavuttamisen kannalta. Työryhmään osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua kevään 2017 aikana. Valmis opinnäytetyö ja pilottimittari tullaan julkaisemaan Theseus-verkkoportaalissa. **Ystävällisin terveisin,**

Mari Tikka ja Nina Utriainen

Karelia YAMK Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

mari.tikka@pkssk.fi

0503476608

nina.utriainen@pkssk.fi p.

p. 0400672570

Opinnäytetyön ohjaaja:

Pirjo Vesa, Yliopettaja, Karelia AMK Pirjo.Vesa@karelia.fi

Toimeksiantajan edustaja:

Johanna Bjerregård Madsen,

PKSSK Hallintoylihoitaja

johanna.bjerregardMadsen@pkssk.fi

Asiantuntijaohjaaja:

Virva Volanen,

PKSSK, farmaseutti

virva.volanen@pkssk.fi

Saatekirje pilottitutkimukseen osallistuville**10.9.2016**

Pilottitutkimus - Pohjois-Karjalan keskussairaalan sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen arvioimiseen sopivan mittarin kehittäminen pilottikyselyn avulla

Hyvä sairaanhoitaja

Kiitos osallistumisestasi pilottikyselyyn, jonka tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista Pohjois-Karjalan keskussairaalaissa. Kyseessä ei ole lääkehoidon tentti vaan tarkoituksena on pilottikyselystä saatujen vastausten pohjalta kehittää Pohjois-Karjalan keskussairaalaan mittari, jonka avulla voidaan selvittää sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista ja löytää keinoja lääkehoidon osaamisen turvaamiseksi. Pilottitutkimus on PKSSK:n toimeksianto ja sille on myönnetty tutkimuslupa.

Vastauksenne on erittäin tärkeä tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen saavuttamisen kannalta. Pilottitutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkittavilla on tutkimuksen aikana oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Tutkimuksen järjestelyt ja tulosten raportointi ovat luottamuksellisia. Tutkimuksesta saatavat tutkittavien tiedot tulevat ainoastaan tutkijoiden käyttöön ja tulokset julkaistaan tutkimusraporteissa siten, ettei yksittäistä tutkittavaa voi tunnistaa. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua kevään 2017 aikana. Opinnäytetyö ja pilottitutkimustulokset tullaan julkaisemaan Theseus-verkkoportaalissa.

Kyselyyn voi vastata 26.9.-16.10.2016 välisenä aikana.

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 30 minuuttia.

Kyselyä ei voi välitallentaa.

Ystävällisin terveisin,

Mari Tikka ja Nina Utriainen

Karelia YAMK Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

mari.tikka@pkssk.fi

nina.utriainen@pkssk.fi

p. 0503476608

p. 0400672570

Opinnäytetyön ohjaaja:

Pirjo Vesa, Yliopettaja, Karelia AMK, Pirjo.Vesa@karelia.fi

Toimeksiantajan edustaja:

Johanna Bjerregård Madsen

Hallintoylihoitaja, PKSSK

johanna.bjerregardMadsen@pkssk.fi

Asiantuntijaohjaaja:

Virva Volanen

Farmaseutti, PKSSK

virva.volanen@pkssk

Pohjois-Karjalan keskussairaalan sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen arvioimiseen sopivan mittarin kehittäminen ja pilottikyselyn avulla

LÄÄKEHOIDON OSAAMINEN, PILOTTIKYSELY

OSA1) TAUSTATIEDOT

1. Ikä:
 1. 18-20
 2. 21-24
 3. 25-35
 4. 36-45
 5. 46-55
 6. 56-65
 7. 66-

2. Sukupuoli:
 1. Nainen
 2. Mies

3. Ammatillinen koulutus
 1. Kätilö
 2. Sairaanhoitaja
 3. Terveystenhoitaja
 4. Ensihoitaja
 5. Anestesiahoitaja
 6. Laboratoriohoitaja
 7. Röntgenhoitaja
 8. Lähihoitaja/perushoitaja/mielenterveyshoitaja
 9. Joku muu _____

4. Valmistumisvuosi
 1. 2015- tai sen jälkeen
 2. 2010-2014
 3. 2000-2009
 4. 1990-1999
 5. 1980-1989
 6. 1970-1979
 7. Ennen 1970
 8. En ole vielä suorittanut tutkintoa

5. Työsuhteeni on
 1. Vakinainen
 2. Määräaikainen

6. Millä palvelualueella työskentelet?
 1. Diagnostiset palvelut
 2. Operatiivinen
 3. Konservatiivinen
 4. Psykiatrinen
 5. Päivystys
 6. Rekrytointiyksikkö
 7. Sosiaalipalvelut

7. Työyksikkö, jossa työskentelet
 - 1) Poliklinikka
 - 2) Vuodeosasto
 - 3) Akuuttihoito
 - 4) Psykiatria/ kehitysvamma
 - 5) Hallinto
 - 6) Muu _____

8. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisellä osastolla/työyksikössä?
 1. Alle 1 vuotta
 2. 1-5 vuotta
 3. 6-10 vuotta
 4. Yli 10 vuotta

9. Toteutan työssäni laskimonsisäistä neste- ja lääkehoitoa?

1. Kyllä
2. Ei

10. Oletko lääkevastaava?

1. Kyllä
2. Ei

11. Osastollani työskentelee osastofarmaseutti

1. Kyllä
2. Ei

12. Viimeisestä lääkehoitoon liittyvästä lisäkoulutuksestani on aikaa? (Ei koske LOVE-opintoja).

1. Alle ½ vuotta
2. ½ - 2 vuotta
3. 3-5 vuotta
4. Yli 6 vuotta

13. Olen törmännyt seuraaviin ongelmiin lääkehoitoa toteuttaessani? (voit valita useamman vaihtoehdon)

1. Antovirhe
2. Jakovirhe
3. Kirjaamisvirhe
4. Määräysvirhe
5. Säilytysvirhe
6. Toimitusvirhe
7. Tilausvirhe
8. Valmistus- ja käyttökuntoonsaattovirhe
9. Odottamaton reaktio potilaalle
10. Jotain muuta:
11. Ei ongelmia

14. Minkälaista lääkehoidon osaamiseen liittyvää koulutusta haluaisit jatkossa saada? (voit valita useamman vaihtoehdon)

1. Lääkkeiden jako
2. Lääkelaskut
3. Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen
4. Solusalpaajien käyttökuntoon saattaminen ja käsittely
5. Mikrobilääkkeiden (ja radiolääkkeiden) käyttökuntoon saattaminen
6. Farmakologia ja toksikologia
7. Lääkedosetti
8. Potilaan lääkelista
9. Lasten, vanhusten ja muiden erityisryhmien lääkehoito
10. PKV lääkkeet
11. Kivunhoito lääkkeillä
12. Pistoshoidot
13. Rokotus ja rokotteet
14. Joku muu _____

15. Minkälainen menetelmä sopisi parhaiten lääkehoidon oppimiseen?

1. Työpaja
2. Verkkokoulutus
3. Perinteinen luento
4. Itsenäinen opiskelu
5. Simulaatio
6. Henkilökohtainen opetus
7. Joku muu _____

Arvioi asteikolla yleisesti lääkehoito-osaamistasi

16. Oma arvio lääkehoidon osaamisestani valitse osaamistasi kuvaava kouluarvosana 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

17. Työyksikössäni on lääkehoitoa koskeva selkeä ohjeistus

1. Kyllä
2. Ei

OSA2) YLEISTÄ LÄÄKEHOIDOSTA / LÄÄKEHOIDON YDIN ALUE**Farmakologinen ja lääkehoidon osaaminen sekä lääkehoidon matemaattiset perusteet**

teet Valitse oikea vaihtoehto.

18. Suun kautta otettavien lääkeaineiden imeytymiseen voi vaikuttaa
- a) ruoka
 - b) juoma
 - c) kumpikin
 - d) ei kumpikaan
 - e) en tiedä
19. Lääkeaineen vakaa tila tarkoittaa tilaa, jossa annosvälin aikana lääkeainetta poistuu elimistöstä
- a) lääkeannosta suurempi määrä
 - b) lääkeannosta pienempi määrä
 - c) lääkeannosta vastaava määrä
 - d) en tiedä
20. Lääkeaineen kumulaatio on vaarana
- a) pitkäaikaikäkäytössä
 - b) kerta-annostelussa
 - c) en tiedä
21. Verensokeriarvo hyperglykemiassa on normaaliarvoon verrattuna
- a) matalampi
 - b) korkeampi
 - c) ei kumpikaan
 - d) en tiedä
22. Verrattaessa depottabletin ja tavallisen tabletin vaikutuksen alkamista, depottabletin vaikutus alkaa
- a) hitaammin
 - b) nopeammin
 - c) yhtä nopeasti
 - d) en tiedä
23. Resistenssi tarkoittaa lääkkeen halutun vaikutuksen
- a) voimistumista
 - b) vähenemistä
 - c) ei kumpaakaan
 - d) en tiedä
- Monivalintakysymyksissä voit valita useamman vaihtoehdon..
24. Lääkitys lopetetaan asteittain annosta pienentäen seuraavan/seuraavien kohdalla:
- a) β -salpaajat
 - b) SSRI-lääkkeet
 - c) systeemiset glukokortikoidit
 - d) paikalliset glukokortikoidit
25. Kalsiumsalpaajien yleisiä haittavaikutuksia ovat
- a. alaraajaturvotus
 - b. kuiva yskä
 - c. sykkeen aleneminen
 - d. rytmihäiriöt
26. Riskilääkkeitä ovat
- a. verenpainelääkkeet
 - b. opioidit
 - c. antikoagulantit
 - d. litium

27. Tarvitset 500ml 5 %:sta glukoosiliuosta. Sinulla on kuitenkin käytettävissäsi vain 500ml 20 %:sta glukoosiliuosta. Miten toimit? Valitse oikea vaihtoehto.

- a) otan 200ml 20 %:sta glukoosiliuosta ja lisään siihen steriiliä vettä 300ml
- b) otan 150ml 20 %:sta glukoosiliuosta ja lisään siihen steriiliä vettä ad 300ml
- c) otan 50ml 20 %:sta glukoosiliuosta ja lisään siihen steriiliä vettä 450ml
- d) otan 125ml 20 %:sta glukoosiliuosta ja lisään siihen steriiliä vettä ad 500ml

Monivalintakysymyksissä voit valita useamman vaihtoehdon.

28. Lääkille sopimattomia lääkkeitä ovat

- a. amoksisilliini
- b. amiloridi
- c. amlodipiini
- d. amitriptyliini

29. Lääkeannos on titrattava seuraavan/seuraavien kohdalla:

- a. paroksetiini
- b. gabapentiini
- c. sitalopraami
- d. pregabaliini

30. Verenvuotoriskiä lisäävät

- a. ASA
- b. fluoksetiini
- c. tramadoli
- d. enoksapariini

31. Antikolinergisiä haittoja ovat

- 1. ripuli
- 2. ummetus
- 3. syljen liikaeritys
- 4. suun kuivuminen

32. Lääkeinfuusion vahvuus on 0,5 mg/ml ja infuusion kokonaismäärä 250ml. Potilas tarvitsee lääkettä 40mg tunnissa. Mikä on infuusionopeus? Valitse oikea vaihtoehto.

- a) 1,33 ml/min
- b) 1,5 ml/min
- c) 1,25 ml/min
- d) 2 ml/min

Monivalintakysymyksissä voit valita useamman vaihtoehdon.

33. Mikrobilääkekuuri on käytettävä loppuun, koska

- a. kesken jätetty hoito lisää resistenttien mikrobikantojen syntymistä
- b. muuten jälkitautilien riski kasvaa
- c. muuten tauti voi uusiutua
- d. kaikki edellä mainitut

34. Serotonergisia lääkkeitä ovat

- a. oksikodoni
- b. mirtatsapiini
- c. tematsapaami
- d. kodeiini

35. Reuman hoidossa metotreksaatti (per os) annostellaan

- a. kerran kuukaudessa
- b. joka toinen viikko
- c. kerran viikossa
- d. joka toinen päivä

36. Kaliumlisää tarvitaan käytettäessä

- a. furosemiidiä
- b. spironolaktonia
- c. losartaania
- d. hydroklooritiatsidia

37. Potilas tarvitsee tablettimuotoista lääkettä 5 mg/kg/vrk. Potilas painaa 30kg ja lääke on annettava 3 kertaa vuorokaudessa. Mikä on potilaan kerta-annoksen koko, kun yhdessä tabletissa on lääkeainetta 25mg? Valitse oikea vaihtoehto.

- a) 4 tablettia
- b) 3 tablettia
- c) 2 tablettia
- d) 1 tabletti

Monivalintakysymyksissä voit valita useamman vaihtoehdon.

38. Laajakirjoisia mikrobilääkkeitä ovat

- 1. kefaleksiini
- 2. metronidatsoli
- 3. fenoksimetyylipenisilliini
- 4. doksisykliini

39. Maitotuotteiden kanssa ei saa ottaa

- 1. siprofloksasiinia
- 2. varfariinia
- 3. risedronaattia
- 4. kalsiumsalpaajia

40. Antagonistinen yhteisvaikutus tarkoittaa, että

- 1. lääkeaineiden yhteisvaikutuksen summa on yhtä suuri kuin niiden yksittäisvaikutukset
- 2. lääkeaineiden yhteisvaikutuksen summa on suurempi kuin niiden yksittäisvaikutukset
- 3. lääkeaineiden yhteisvaikutuksen summa on pienempi kuin niiden yksittäisvaikutukset
- 4. lääkeaineiden yhteisvaikutuksen summa ei eroa niiden yksittäisvaikutuksista

41. Astmaatikoille huonoja verenpainelääkkeitä ovat

- 1. kardioselektiiviset β -salpaajat
- 2. epäselektiiviset β -salpaajat
- 3. kaikki β -salpaajat
- 4. ACE-estäjät

OSA3) LÄÄKEHOIDON KÄYTÄNTÖ JA ETIIKKA

Lääkehoidon käytäntö ja etiikka

42. En anna potilaalle lääkettä, joka on minulle vieras ja jonka vaikutusta en tunne

- 1. Kyllä
- 2. Ei

43. Olen toiminnallani aiheuttanut potilaalle lääkehoitoon liittyvän vaaratilanteen

- 1. Kyllä
- 2. Ei

44. Uskallan tunnustaa osaamattomuuteni lääkehoidossa

- 1. Kyllä
- 2. Ei

45. Olen huomannut työyksikössäni tapahtuvan lääkitysvirheitä

- 1. Kyllä
- 2. Ei

46. Kirjaan minulle työssäni tapahtuvat lääkehoidon vaaratilanteet HaiProon

- 1. Kyllä
- 2. Ei

47. Kirjaan tietooni tulleet lääkityksen haittavaikutukset potilastietojärjestelmään

- 1. Kyllä
- 2. Ei

48. Opiskelen lääkehoitoon liittyviä asioita työajalla
1. Kyllä
 2. Ei

Lääkkeiden hankinta ja käsittely

49. Työyksikköni lääkekaapin sisältö tarkistetaan ja puhdistetaan kuukausittain
1. Kyllä
 2. Ei

50. Tila, jossa lääkkeet saatetaan käyttökuntoon on asianmukainen
1. Kyllä
 2. Ei

51. Työyksikössäni on riittävän rauhallinen tila jakaa lääkkeitä
1. Kyllä
 2. Ei

52. Jakaessani lääkkeitä minua ei häiritä
1. Kyllä
 2. Ei

53. Löydän lääkekaapista helposti etsimäni tuotteen?
1. Kyllä
 2. Ei

54. Tarkistan potilaan voimassa olevan lääkityksen aina potilastietojärjestelmästä?
1. Kyllä
 2. Ei

Lääkehoidon toteuttaminen

55. Lääkärin antamat lääkemääräykset ovat yksiselitteisiä/selkeitä
1. Kyllä
 2. Ei

56. Lääkärin antamat lääkemääräykset ovat aina kirjallisia
1. Kyllä
 2. Ei

57. Annan lääkkeen potilaalle henkilökohtaisesti
1. Kyllä
 2. Ei

58. Tunnistan potilaan kysymällä nimeä ja henkilötunnusta tai tarkastamalla henkilöllisyyden potilasrannekkeesta ennen lääkkeen antoa
1. Kyllä
 2. Ei

59. Seuraan potilaan ohjeenmukaista lääkkeen ottamista
1. Kyllä
 2. Ei

60. Seuraan potilaan vointia lääkkeen annon jälkeen
1. Kyllä
 2. Ei

61. Huomioin iän vaikutukset lääkitykseen
1. Kyllä
 2. Ei

62. Tunnistan potilaan voinnissa lääkkeen vaikutusten aiheuttamat muutokset
1. Kyllä
 2. Ei

63. Raportilla (myös hiljainen raportointi) saan selkeän kuvan potilaan lääkehoidosta
1. Kyllä
 2. Ei

64. Potilastietojärjestelmästä saa ajan tasalla olevan tiedon potilaan lääkehoidosta
1. Kyllä
 2. Ei

65. Hallitsen lääkehoidon dokumentoinnin

1. Kyllä
2. Ei

Yhteistyö potilaan kanssa

66. Osaan ohjata potilasta tai hänen omaistaan potilaan lääkehoitoon liittyvissä asioissa

1. Kyllä
2. Ei

67. Varmistan, että potilas tai hänen omaisensa on ymmärtänyt saadun lääkehoidon ohjauksen ja opetuksen

1. Kyllä
2. Ei

68. Selvitän potilaalle tai hänen omaiselleen lääkehoidon mahdollisia haittavaikutuksia

1. Kyllä
2. Ei

69. Muistamattoman tai alaikäisen potilaan siirtyessä muualle, selvitän lääkehoidon asiat hänen hoidostaan vastaavalle henkilölle

1. Kyllä
2. Ei

70. Annan potilaalle lääkehoitoon liittyvää ohjausta hänen sitä kysyessään

1. Kyllä
2. Ei

Moniammatillinen yhteistyö

71. Konsultoin lääkäriä ollessani epätietoinen potilaalle määrätystä lääkkeestä

1. Kyllä
2. Ei

72. Konsultoin sairaala-apteekin (tai lääkekeskuksen) henkilökuntaa lääkehoitoon liittyvissä ongelmatilanteissa

1. Kyllä
2. Ei

73. Saan lääkäreiltä, farmaseuteilta ja hoitotyön kollegoilta tarvittaessa tukea lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä

1. Kyllä
2. Ei

74. Lääkehoidon ongelmatilanteita ja lääkehoitoon liittyviä kysymyksiä käsitellään työyksikössäni

1. Kyllä
2. Ei

75. Lääkehoitoon liittyviä haipro-raportteja (potilasturvallisuusilmoitus) käsitellään osastollani säännöllisesti

1. Kyllä
2. Ei

LOVe - Lääkehoidon osaaminen verkossa –lupakoulutus

- 76.** Olen suorittanut viimeisen viiden vuoden aikana LOP – Lääkehoidon osaamisen perusteet -koulutuksen
1. kyllä
 2. suoritus kesken
 3. ei
- 77.** Olen suorittanut viimeisen viiden vuoden aikana IV – Suoneen annettavan lääke- ja nestehoidon -koulutuksen
1. kyllä
 2. suoritus kesken
 3. ei
- 78.** Olen suorittanut viimeisen viiden vuoden aikana EPI – Epiduraalisen lääkehoidon osaaminen -koulutuksen
1. kyllä
 2. suoritus kesken
 3. ei
- 79.** Olen suorittanut viimeisen viiden vuoden aikana ABO – Verensiirron -koulutuksen
1. kyllä
 2. suoritus kesken
 3. ei
- 80.** Olen kokenut LOVe – Lääkehoidon osaaminen verkossa -lupakoulutuksen hyödylliseksi
1. Kyllä
 2. Ei _____ miksi?
- 81.** LOVe – Lääkehoidon osaaminen verkossa -lupakoulutus on lisännyt tietoisuuttani/osaamistani lääkehoidosta
1. Kyllä
 2. Ei
- 82.** Saan riittävästi aikaa LOVe –opintojen lukemiseen ja suorittamiseen?
1. Kyllä
 2. Ei
- 83.** Saan riittävästi tukea (ja tarvittaessa tukiopetusta) LOVen suorittamiseen?
1. Kyllä
 2. Ei

Lopuksi

- 84.** Kysely oli mielestäni
1. Helppo
 2. Sopiva
 3. Vaikea > Minkä koit vaikeana? _____
- 85.** Kysely oli mielestäni tarpeellinen
4. Täysin eri mieltä
 5. Melko eri mieltä
 6. En osaa sanoa
 7. Melko samaa mieltä
 8. Täysin samaa mieltä
- 86.** Kysymysten asettelu oli mielestäni ymmärrettävää
9. Täysin eri mieltä
 10. Melko eri mieltä
 11. En osaa sanoa
 12. Melko samaa mieltä
 13. Täysin samaa mieltä
- 87.** Kehittämisehdotuksia kyselyyn liittyen? _____