

Tia Wahlström

Lääkehoidon osaaminen Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden yksikkö

Sosiaali- ja terveysalan johtami-
sen tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

12.8.2018

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Tia Wahlström Lääkehoidon osaaminen Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä 67 sivua + 3 liitettä 12.8.2018
Tutkinto	Terveystieteiden tutkinto YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan johtamisen tutkinto - ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ohjaaja(t)	Lehtori Eila-Sisko Korhonen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Keravan, Hämeenlinnan ja Lahden kehitysvammapsykiatrian yksiköiden työntekijöiden lääkehoidon osaamista. Tarkoituksena oli selvittää miten kehitysvammapsykiatrian yksiköiden työntekijät tuntevat vastuunsa ja velvollisuutensa lääkehoidon toteuttamisessa, miten työntekijät osaavat toteuttaa lääkehoitoa koulutuksensa edellyttämällä tavalla sekä miten työntekijät osaavat toteuttaa lääkehoitoa kehitysvammapsykiatrian näkökulmasta.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata kehitysvammapsykiatrian yksiköiden lääkehoidon osaamisen nykytilaa ja sen pohjalta tehdä ehdotus kehitysvammapsykiatrianyksiköille tarpeellisista lääkehoidon lisäkoulutuksista.</p> <p>Opinnäytetyössä kehitysvammapsykiatrian yksiköiden työntekijöiden lääkehoidon osaamista mitattiin kyselylomakkeella. Mittarina toimi opinnäytetyötä varten tehty kysely, joka pohjautui Oili Veräjänkorvan (2003) kehittämään Lääkehoitotaidon kehittäminen perus- ja erikoissairaanhoidossa kyselyyn.</p> <p>Taustatietojen lisäksi lääkehoidon osaamista mitattiin kahdeksalla osa-alueella; lääkehoitoa ohjaavat säädökset, farmasia ja farmakologia, anatomia ja fysiologia, etiikka lääkehoidossa, lääkehoidon matemaattiset perusteet, lääkkeiden hankinta ja käsittely, lääkehoidon toteuttamisen vaiheet sekä subcutaaninen- ja intramuskulaarinen - lääkehoito.</p> <p>Kysely toteutettiin internet-kyselyllä, joka lähetettiin kehitysvammapsykiatrian yksiköiden palvelupäälliköille, jotka välittivät kyselyn linkin työntekijöille. Saatekirje ja linkki kyselyyn lähetettiin 103 työntekijälle ja vastauksia saatiin 43. Vastausprosentiksi tuli 41,7 %.</p> <p>Tulosten perusteella kehitettävää oli farmasian ja farmakologian, anatomian ja fysiologian, lääkehoidon eettisen osaamisen, lääkehoidon matemaattisten perusteiden sekä subcutaanisen ja intramuskulaarisen - lääkehoidon osaamisessa.</p>	
Avainsanat	Lääkehoito, osaaminen, sairaanhoitajat, lähihoitajat, kehitysvammaisuus, psykiatria, kehitysvammapsykiatria

Author(s) Title Number of Pages Date	Tia Wahlström Competence in pharmacotherapy in Eteva Psychiatric Units for Intellectual and Developmental Disabilities 67 pages + 3 appendices 12 August 2018
Degree	Master's Degree
Degree Programme	Health and Social Care Management
Specialisation option	Master of Health Care
Instructor(s)	Eila-Sisko Korhonen, Senior
<p>The purpose of these thesis was to describe the competence of Eteva Psychiatric Units for Intellectual and Developmental Disabilities employees in drug therapy at Kerava, Hameenlinna and Lahti. The aim was to research how well the employees for Eteva Psychiatric Units for intellectual and Developmental Disabilities know their responsibilities, obligations and accomplishments on drug therapy, how employees are able to accomplish drug therapy through their required education and how employees can accomplish the drug therapy according to the point of view of the Psychiatric Units for Intellectual and Developmental Disabilities.</p> <p>The aim of these thesis is to describe the drug therapy competence of the Psychiatric Units for intellectual and Developmental Disabilities Units at present time and to make proposition to the Psychiatric Units for Intellectual and Developmental Disabilities Units for necessary additional education.</p> <p>In these thesis, the drug therapy competence of the Psychiatric Units for Intellectual and Developmental Disabilities Units was measured by a survey. The questionnaire was made for these thesis and is based on the survey by Oili Vernajankorva (2003) about developing Nursing Medication Skills, health care organisations and special health care.</p> <p>In addition to the back round information, the drug therapy competence was measured by the following eight parts of this area legislation governing medicines. pharmacology and pharmacy, anatomy and physiology ethics in medical care, mathematical basics of drug therapy, procurement and treatment of medicines, phases of pharmacotherapy and subcutaneous intramuscular medication.</p> <p>This survey was conducted via internet and was sent to Psychiatric Units for Intellectual and Developmental Disabilities service managers who then forwarded the link to their employees. A cover letter and the link to this questionnaire was then sent to 103 employees and received 43 responses. The response rate was 41.7%.</p> <p>According to the results of this survey, there was more development needed in the Pharmacy and Pharmacology, Anatomy and Physiology, the Ethical competence of drug therapy, the mathematical basis of drug therapy and subcutaneous and intramuscular care.</p>	

Keywords	Drug therapy, competence, nurses, practical nurses, intellectual disability, psychiatry, Psychiatric Units for Intellectual and Developmental Disabilities
----------	--

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen viitekehys	2
2.1	Lääkehoito	3
2.2	Lääkehoidon toteuttaminen	5
2.3	Lääkehoitosuunnitelma sosiaali- ja terveysalalla	7
2.4	Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen	12
2.5	Lähihoitajien lääkehoidon osaaminen	15
2.6	Kehitysvammaisuus ja kehitysvammapsykiatria	17
2.7	Lääkehoito kehitysvammapsykiatriassa	19
2.8	Hoitotyö kehitysvammapsykiatrian yksiköissä	21
3	Opinnäytetyön tutkimusympäristö	25
3.1	Eteva kuntayhtymä	25
3.2	Kehitysvammapsykiatrian yksiköt	25
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tutkimusongelmat ja tavoite	27
5	Opinnäytetyön menetelmät	27
5.1	Kyselylomakkeen muodostaminen	27
5.2	Aineistonkeruun toteutus	29
5.3	Aineiston analysointi	30
6	Tulokset	31
6.1	Taustatiedot	31
6.2	Lääkehoidon ydin alueet	34
6.2.1	Lääkehoitoa ohjaavat säädökset	34
6.2.2	Farmasia ja farmakologia	35
6.2.3	Anatomia ja fysiologia	39
6.2.4	Etiikka lääkehoidossa	42
6.3	Lääkehoidon matemaattiset perusteet	43
6.4	Lääkehoidon käytäntö	46
6.4.1	Lääkkeiden hankinta ja käsittely	46
6.4.2	Lääkehoidon toteuttamisen vaiheet	47
6.4.3	Yhteistyö asiakkaan ja omaisten kanssa	47
6.5	Subcutaaninen- ja intramuskulaarinen - lääkehoito	48

6.6	Taustamuuttujien yhteys lääkehoidon osaamiseen	51
6.6.1	län vaikutus	51
6.6.2	Koulutuksen vaikutus	51
6.6.3	Työkokemuksen vaikutus kehitysvammapsykiatrian yksiköissä	56
7	Pohdinta	59
7.1	Tutkimustulosten pohdinta	59
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	61
7.2.1	Opinnäytetyön eettisyys	61
7.2.2	Opinnäytetyön luotettavuus	62
7.3	Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset	65
7.3.1	Johtopäätökset	66
7.3.2	Jatkokehitysehdotukset	67
	Lähteet	69
	Liitteet	
	Liite 1. Saatekirje	
	Liite 2. Lääkehoidon osaaminen Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä - kyselylomake	
	Liite 3. Tutkimuslupa	

1 Johdanto

Entistä tehokkaampien lääkkeiden ja uusien lääkkeidenantotapojen vuoksi lääkehoidon mahdollisuudet ovat laajentuneet ja lääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Lääkehoitoon on näin ollen alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Kotimaisten ja ulkomaisten tutkimusten perusteella on selvitetty, että hoitajaksojen aikana noin 10% potilaista on kokenut hoitoon liittyvän haittatapahtuman, joista merkittävä osa liittyy lääkehoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:13.)

Valmistuvien sairaanhoitajien, lähihoitajien ja terveydenhoitajien lääkehoidon osaamisessa on tutkimusten ja selvitysten mukaan puutteita. Terveydenhuollon yksiköissä lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät lupakäytännöt ovat kirjavia ja ohjeet vajavaisia. Lääkehoitoa toteutetaan terveydenhuollon toimintayksiköiden lisäksi erilaisissa sosiaalihuollon yksiköissä, joissa lääkehoidon käytännöt vaihtelevat suuresti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:13.)

Sosiaalihuollon yksiköissä työskentelevien työntekijöiden peruskoulutus ei aina sisällä lääkehoitoa ja usein onkin epäselvää kuka lääkehoitoa saa toteuttaa. Lisäksi usein on epäselvää myös millaisia valmiuksia ja minkälaista koulutusta lääkehoidon toteuttaminen työntekijältä vaatii. Toisinaan lääkehoitoa toteuttavat myös lääkehoitoon kouluttamattomat työntekijät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:13.)

Kehitysvammapsykiatrianyksiköissä lääkehoitoon tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota, sillä asiakkailta on monimuotoisia ongelmia kehitysvammaisuuteen, autismin kirjoon, haastavaan tai aggressiiviseen käytökseen, somaattiseen terveydentilaan, päihteiden käyttöön sekä mielenterveyden ongelmiin liittyen. Työntekijöiden tehtävänä on toteuttaa ja arvioida lääkehoitoa tehokkaasti sekä turvallisesti koulutustaustansa vaatimalla tavalla ja lääkehoidon tulee olla yksiköissä tasalaatuista. Näin ollen on syytä tarkastella Kehitysvammapsykiatrian yksiköiden työntekijöiden lääkehoidon osaamisen nykytilannetta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Keravan, Hämeenlinnan ja Lahden kehitysvammapsykiatrian yksiköiden henkilökunnan lääkehoidon osaamista. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdyn kyselyn tulosten perusteella tehdä ehdotuksia kehitysvammapsykiatrianyksiköille tarpeellisista lääkehoidon lisäkoulutuksista.

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu opinnäytetyön keskeisistä käsitteistä, jotka pohjautuvat kirjallisuuteen sekä aikaisempien tutkimusten ja artikkelien tietohakuun muun muassa sairaanhoitajien ja lähihoitajien lääkehoidon osaamiseen.

Teoreettisessa viitekehyksessä ei ole avattu erikseen sosiaalialan ammattihenkilöiden lääkehoidon osaamista, sillä lääkehoidon toteuttaminen on toimintaympäristön luonteesta riippumatta terveydenhuollon toimintaa ja lääkehoidon toteuttamisesta tulee ensisijaisesti vastata terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten sairaan- ja lähihoitajien (Valvira). Teoreettinen viitekehys perustuu ilmiöön perehtymiseen.

Tietohakuja tehtiin suomalaisista Medic- ja Arto-tietokannoista sekä kansainvälisistä Medline-, Cinahl- ja PubMed- tietokannoista. Kirjallisuushaut tehtiin keväällä ja kesällä 2017 ja niiden tarkoituksena oli saada kattava kuvaus tutkimuksista, joissa tarkastelun kohteena oli sairaanhoitajien ja lähihoitajien lääkehoidon osaaminen.

Tietohakujen vuosirajauksena käytettiin vuosia 2007-2017. Hakukriteereinä oli myös, että teoreettiseen viitekehykseen valitun artikkelin piti olla joko suomen- tai englanninkielinen. Taulukossa 1 esitetyillä hakusanoilla ja hakusanayhdistelmillä sekä aikaisemmin mainituilla rajauksilla tietokannoista löytyi yhteensä 1530 osumaa (Medic 251, Arto 57, Medline 370, Cinahl 313, PubMed 490).

Taulukko 1. Tietohakujen hakusanat ja tulokset

Tietokanta	Hakusanat	Tuloksia	Opinnäytetyöhön mukaan otetut lähteet
Medic	sairaanhoi* AND lääkehoi*, lähihoi* AND lääkehoi*, hoitaja AND lääkehoito, lääkehoito AND osaaminen	251	4
Arto	Sanahaku(sairaanhoi?) AND Sanahaku(lääkehoi?)(DATE=2007-2017) , Sanahaku(lähihoi?) AND Sanahaku(lääkehoi?)	57	0
Medline	Nurse AND medication AND competence, Nurse AND medication	370	4

	AND skills, Enrolled nurse AND medication AND competence, practical nursing AND medication AND skills		
Cinahl	Nurses role AND medication AND competence, Nurse AND medication AND skills, Nurses AND medication AND competence, enrolled nurse AND medication AND competence, enrolled nurse AND medication AND skills, practical nursing AND medication AND skills	362	3
PubMed	Nurses AND medication AND competence, Nurses AND medication AND skills	490	3
Muut			2

Alustavassa tarkastelussa lähdeviitteistä poistettiin selkeästi aiheeseen kuulumattomat artikkelit sekä julkaisut, jotka koskivat yksittäisen sairauden lääkehoitoa, intravenoosista lääkehoitoa tai yksittäisen lääkkeen käyttöä. Tämän jälkeen lähteistä valittiin otsikoiden sekä tiivistelmien perusteella tähän opinnäytetyöhön sopivat lähteet. Käytettyjä lähteitä olivat julkaisut, joissa oli erityisesti käsitelty lääkehoidon toteuttamista ja lääkehoidosuunnitelmaa sosiaali- ja terveysalalla sekä sairaan- ja lähihoitajien lääkehoidon osaamista. Lisäksi käytettiin lähteitä, joissa käsiteltiin kehitysvammaisuutta ja kehitysvammapsykiatriaa sekä lääkehoitoa kehitysvammapsykiatriassa. Julkaisujen tarkasteluiden yhteydessä löydettiin artikkelien lähdeluetteloista aiheeseen sopivia julkaisuja, jotka otettiin mukaan opinnäytetyöhön

2.1 Lääkehoito

Terveydenhuollon henkilöstön toiminta sekä lääkehoitoon liittyvät tekijät ovat tarkkaan asetusten ja lakien säätelemiä. Lääkehoidon toteuttamisen perusta on keskeisimpien lääkehoitoon liittyvien säädösten ja ohjeiden tunteminen. Lait ja ohjeet määrittelevät sitä ” millaisia työtehtäviä erilaisen koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattilaiset saavat lääkehoidossa tehdä, miten potilaan oikeudet otetaan huomioon sekä millaiset tuotteet ovat lääkkeitä”. (Taam-Ukkonen - Saano 2012:13,15.)

Suomessa lääkehoitoa ohjeistavat ja valvovat viranomaiset, joihin kuuluvat ministeriö sekä sen alaiset virastot ja toimintayksiköt, jotka toteuttavat lääkehoitoa. Ylin vastuullinen viranomainen Suomessa on sosiaali- ja terveysministeriö (STM). STM johtaa, valvoo ja ohjaa lääkehoitoa sekä lääkehuoltoa laatimalla lakeja, asetuksia ja ohjeita koskien sosiaali- ja terveyshuoltoa. Lakien, asetusten ja ohjeiden tavoitteena on tasavertainen ja turvallinen lääkehoito Suomessa. ”Potilaalla on oikeus asianmukaiseen, laadultaan hyvään, terveydentilansa edellyttämään sekä oikeuksiaan kunnioittavaan hoitoon ja kohteluun. Tämä asettaa terveydenhuollon henkilökunnalle vaatimuksia, joihin muuan muassa lait velvoittavat.” (Taam-Ukkonen - Saano 2012:13,15.)

Mikäli asiakkaan sairauden hoitoon tai terveyden ylläpitoon käytetään lääkettä, puhutaan lääkehoidosta. Lääkehoito on olennainen osa hoitotyötä sekä tärkeä lääketieteellinen hoitokeino. Lääkehoitoa käytetään niin itsenäisenä hoitona kuin muidenkin hoitomuotojen tukena. Lääkehoidon perustana on asiakkaan, lääkärin, proviisorin tai farmaseutin ja hoitohenkilöstön yhteistyö. (Veräjänkorva - Huupponen - Huupponen - Kaukkila - Torniainen 2010:16.)

Lääkkeisiin sekä lääkehoitoihin liittyvä turvallisuus on potilasturvallisuuden kannalta hyvin keskeistä. Turvallinen lääkehoito koostuu kahdesta eri osa-alueesta; lääke- ja lääkitysturvallisuudesta. Lääketurvallisuus koostuu lääkevalmisteen farmakologisista ominaisuuksista, niiden tuntemisesta ja laadukkaasti valmistetuista lääkkeistä. Lääkitysturvallisuus puolestaan koostuu lääkkeiden käytöstä sekä lääkehoitojen toteuttamisesta. (Veräjänkorva - Huupponen - Huupponen - Kaukkila - Torniainen 2010:16.)

Ensisijaisena lääkehoidon tavoitteena on ihmisten sairauksien ehkäiseminen sekä terveyden edistäminen. Lisäksi lääkehoidon tarkoituksena on sairauksien parantaminen, tutkiminen ja etenemisen hidastuminen. Lääkehoidon avulla pyritään myös ehkäisemään sairauksien aiheuttamia komplikaatioita ja lievittämään oireita. Lääkehoito perustuu aina asiakkaan tarpeeseen ja sitä aloitettaessa harkitaan saavutettavissa olevan hyödyn suhde hoidon haittavaikutuksiin. (Veräjänkorva - Huupponen - Huupponen - Kaukkila - Torniainen 2010:17.)

Asiakkaan tai potilaan lääkityksestä päättää lääkäri ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä lääkehoitoa toteuttavat hoitotyöntekijät. Lääkehoitoa toteutetaan monissa erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä, kuten asiak-

kaan kotona, palveluasumisessa, ryhmäkodeissa, sairaaloissa ja vanhainkodeissa. Toimintaympäristöstä huolimatta lääkehoidon toteuttaminen on aina terveydenhuollon toimintaa, ja ensisijaisesti sen toteuttamisesta vastaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten sairaanhoitajien sekä lähihoitajien. (Valvira.)

2.2 Lääkehoidon toteuttaminen

”Lääkehoito on keskeinen lääketieteellinen hoitokeino ja tärkeä osa hoitotyön kokonaisuutta” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 36). Lääkehoito perustuu asiakkaan, lääkärin sekä lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön yhteistyöhön ja on parhaimmillaan toimintayksiköiden ja organisaatioiden rajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä. Lääkehoidon aloittamisesta, muutoksista sekä lopettamisesta päättää lääkäri yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan lääkehoidon tarpeen arvioi lääkäri, joka päättää lääkehoidon toteuttamisesta huomioiden aikaisemmat lääkitykset, sairaudet sekä asiakkaan terveydentilan ja allergiat. ”Onnistunut lääkehoito edellyttää, että lääke on määrätty oikein perusteiden ja että lääkevalinta on oikea.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 36.)

Lääkemääräys on selkeä ja perustuu lääkärin omaan tutkimukseen tai muulla tavalla varmennettuun tietoon lääkehoidon tarpeesta. Sairaanhoidon tai terveydenhoitaja voi osallistua asiakkaan lääkehoidon tarpeen arviointiin. Lääkemääräys sisältää tarpeelliset tiedot lääkehoidon toteuttamiseen, ja lääkehoito toteutetaan lääkärin antamien ohjeiden ja määräysten mukaisesti. Lääkehoitoa toteuttava henkilö ymmärtää määräykset ja ohjeistukset sekä varmistaa, että lääkkeen saa oikea asiakas oikeaan aikaan ja oikeaa annostelutekniikkaa käyttäen. Laadukas lääkehoidon toteuttaminen edellyttää asianmukaisia tietoja ja taitoja terveydenhuollon ja lääkehoidon koulutuksen saaneilta sosiaalihuollon ammattihenkilökunnalta. Tilanteen vaatiessa myös henkilö, jolla ei ole lääkehoidon peruskoulutusta, voi osallistua lääkehoitoon. Kuitenkin on varmistettava, että lääkehoitoa toteuttava henkilö on saanut lääkehoitoon edellyttävät tiedot ja valmiudet lisäkoulutuksella. Hänellä on myös kirjallinen lupa lääkehoidon toteuttamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 36-37.)

Tärkeä osa lääkehoidon kokonaisuutta on sen vaikuttavuuden arviointi. Vaikuttavuutta arvioi sairaala- ja laitoshoidossa lääkehoitoa toteuttava hoitohenkilökunta, joka seuraa asiakkaan vointia ja havainnoi mahdollisia sivuvaikutuksia. Lääkehoidon vaikuttavuutta arvioidaan yhdessä hoitohenkilökunnan, asiakkaan ja lääkärin kanssa. Toteutunut lää-

kehoito ja sen vaikuttavuus dokumentoidaan. Lääkäri arvioi lääkehoidon jatkumisen tai sen muuttamisen sen perusteella, onko tavoiteltu positiivinen muutos saavutettu, onko hoito aiheuttanut asiakkaalle sivuvaikutuksia tai onko lääke vaikuttanut terveydentilaan toivotulla tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 37.) Asiakasta informoidaan lääkkeen oikeasta annostuksesta ja oikeasta annostelutavasta, lisäksi asiakas tietää lääkkeen käyttötarkoituksen sekä on tietoinen lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista. Asiakkaalla on myös tieto siitä, missä tilanteessa hänen on otettava yhteyttä hoitavaan tahoon. Keskeisessä asemassa lääkehoidon onnistumisessa ovat asiakkaan ohjaus ja neuvonta lääkehoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 40-41.)

Eettiset periaatteet ohjaavat hoitajien toimintaa. Lääkehoidon eettiset periaatteet on kerännyt yhteen lääkehoidon tärkeitä moraalisia vaatimuksia ja periaatteet toimivat myös lääkehoidon laatuvaatimuksina. Silloin kun periaatteet toteutuvat, on asiakkaan saama lääkehoito laadukasta ja hyvää. (Veräjänkorva - Huupponen - Huupponen - Kaukkila - Torniainen 2010:84-85.)

Lääkehoidon seitsemän periaatetta tunnetaan kansainvälisesti. Monta vuosikymmentä ne tunnettiin lääkehoidon ”viiden oikean periaatteena”, jotka ovat oikea lääke, oikea annos, oikea antotapa, oikea antoaika ja oikea potilas. Luetteloa laajennettiin vielä kahdella periaatteella, jotka ovat oikea potilaan ohjaus sekä oikea dokumentointi. (Veräjänkorva - Huupponen - Huupponen - Kaukkila - Torniainen 2010:85.)



Kuvio 1. Lääkehoidon seitsemän periaatetta (Veräjänkorva - Huupponen - Huupponen - Kaukkila - Torniainen 2010:85).

Hoitajilta periaatteet vaativat epäsuorasti eli implisiittisesti paljon, vaikka ne eivät olekaan tarkkoja vaatimuksia. Hoitajien on kuitenkin sisäistettävä periaatteet, jotta lääkehoidon poikkeamia pystyttäisiin paremmin välttämään. (Veräjänkorva - Huupponen - Huupponen - Kaukkila - Torniainen 2010:85.)

2.3 Lääkehoitosuunnitelma sosiaali- ja terveysalalla

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 8§:ssa säädetyssä laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmassa on osana lääkehoitosuunnitelma, johon toiminta- ja työyksiköiden lääkehoito perustuu. Lääkehoitosuunnitelmaa käytetään lääkehoitoon osallistuvien työntekijöiden perehdytykseen ja sillä on keskeinen osa lääkehoidon laadun ja turvallisuuden varmistamisessa. Yksikön lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan yksikön toiminnan kannalta kriittisiä ja olennaisia lääkitysturvallisuuden alueita. Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmaa velvoittavat normit, potilasturvallisuusasetus 341/2011, johon kuuluu ”lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistaminen ja niihin varautuminen, turvalliseen lääkehoitoon perehdyttäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako, opiskelija lääkehoidon toteuttajana, lääkehuollon järjestäminen, lääkehoidon toteuttaminen, lääkehoidon vaaratapah-tumissa toimiminen, dokumentointi ja tiedonkulku sekä seuranta- ja palautejärjestel-

mät” sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 5§, johon sisältyy ”potilaan ja omaisten ohjaus ja neuvonta.” (Inkinen - Volmanen - Haikonen 2016:12.)

Lääkehoidon osaamisvaatimukset on kuvattava lääkehoitosuunnitelmaan, josta myös näkyy, miten osaaminen varmistetaan ja miten sitä ylläpidetään. Terveydenhuollon toimintayksiköissä on vastaava lääkäri terveydenhuoltolain (1326/2010) 57§ mukaan ja hän valvoo ja johtaa toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Niissä sosiaalitoimen yksiköissä, joissa toteutetaan lääkehoitoa, on noudatettava samoja periaatteita kuin terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä turvallisen lääkehoidon toteutumisesta ja edellytyksistä johto kantaa vastuun eikä johdon vastuuta voi delegoida. Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman laatimiseen johto yleensä nimeää moniammatillisen työryhmän, joka määrittelee tarvittavat resurssit, vastuunjaon ja keinot suunnitelman toteutumisen ohjaamiseen ja valvomiseen. (Inkinen - Volmanen - Haikonen 2016:12.)

Lääkehoitosuunnitelma ohjaa henkilöstön käytännön lääkehoidon toteuttamista. Toimintayksiköiden esimiehet vastaavat siitä, että yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma on ajantasainen ja että jokainen työntekijä on perehdytetty sen käyttöön. Lääkehoitoon osallistuva työntekijä on vastuussa siitä, että hän toimii lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelmassa keskeistä on, että yksikön asiakkaiden tarvitsema lääkehoito on kuvattuna. Sen perusteella pystytään arvioimaan, minkälaista lääkehoidon osaamista työntekijöillä tulee olla sekä minkälaista henkilöstörakennetta ja -määrää turvallisen lääkehoidon toteuttaminen vaatii. (Valvira.)

Työnantajalla on oikeus päättää mitä lääkehoitoon liittyviä tehtäviä kukin ammattiryhmä tekee sekä riittävätkö ammattihenkilöiden ammatillisessa koulutuksessa saadut valmiudet suoraan tehtävien suorittamiseen vai onko lisäkoulutus tarpeellista. On työnantajan vastuulla, että työntekijöillä on tarvittava osaaminen tehtäviensä suorittamiseen ja että lääkehoito on asiakkaille turvallista. Tämän vuoksi työnantajan on huolehdittava siitä, että yksiköissä on aina riittävästi lääkehoitoon koulutettua ja osaavaa henkilökuntaa. Varsinkin yksiköissä, joissa lääkehoidon toteuttaminen on jatkuvaa, on työnantajan pidettävä huoli siitä, että jokaisessa työvuorossa on terveydenhuollon ammattihenkilöitä riittävästi toteuttamaan lääkehoitoa. Yksiköissä, joissa lääkehoidon toteuttaminen ei ole jatkuvaa, voidaan tarvittaessa kouluttaa henkilökuntaa, joilla ei ole terveydenhuollon koulutusta tai heidän ammatilliseen koulutukseen ei ole sisältynyt lääkehoidon opin-

toja. Lääkehoidon tehtäviin ja toteuttamiseen ei voi osallistua ilman lääkehoidon koulutusta. (Valvira.)

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 2.) on esitetty lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön tehtävät, miten osaaminen varmistetaan sekä milloin on tarve täydennyskoulutuksille. Taulukkoon 2 on otettu mukaan tutkintonimekkeet, joita esiintyy kehitysvammapsykiatrian yksiköiden henkilöstöllä.

Taulukko 2. Asiakasta hoitavassa yksikössä lääkehoidon ja -huollon toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön vastuu lääkehoidossa (tehtävät) sekä edellytykset osallistua lääkehoidon toteuttamiseen (lupakäytännöt). (THL 2016:26-28.)

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö (tutkinto)	Vastuu lääkehoidossa (tehtävät)	Osaamisen varmistaminen ja tarvittava täydennyskoulutus	Näytön vastaanottaja/ Lääkeluvan myöntäjä
Sairaanhoitaja, terveydenhoitaja (AMK)	Potilaan lääkityksen ja riskitietojen selvittäminen, lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen tunnistaminen, lääkehoidon toteutumisen seuranta ja vaikutavuuden arviointi, lääkityksen tarkistus, lääkehoidon dokumentointi ja ohjaus Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille	Lääkehoidon teoriaperusteet (näyttö) Lääkelaskenta (näyttö) Laskimoon annettava neste- ja lääkehoito (näyttö) Lääkkeiden erityisantoreitit (esim. virtsarakkoon, epiduraalitilaan, intraossealisesti) (lisäkoulutus ja näyttö) Ääreislaskimokatetrin asettaminen (näyttö) Muu toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa määritelty erityisosaami-	Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö Luvan myöntäjä: Toimintayksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri

		sen (lisäkoulutus ja näyttö) (esimerkiksi lasten ja iäkkäiden lääkehoito tai akutologia)	
<p>Lääkehoidon koulutuksen saanut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö (esim. lähihoitaja).</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintotoimittajien ammattituntien (esim. psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinto) suorittanut henkilö</p>	<p>Potilaan lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus ja riskitietojen selvittäminen, lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen tunnistaminen, lääkehoidon toteutus, lääkehoidon toteutumisen ja vaikutuksen seuranta, lääkehoidon dokumentointi ja lääkehoidon toteutukseen liittyvä välitön lääkehoidon ohjaus Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaille ja omaisille</p>	<p>Lääkehoidon perusteet (teoriaperusta ja lääkelaskenta) (näyttö)</p> <p>Lääkkeiden tilaaminen ja potilaskohtaisiksi annoksiksi jakaminen (näyttö)</p> <p>Injektiot s.c. ja i.m. (näyttö), ei koske rokottamista</p> <p>Lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfusion vaihtaminen (lisäkoulutus ja näyttö)</p> <p>PKV-lääkehoito (lisäkoulutus ja näyttö)</p> <p>Lääkehoitoon liittyvä toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa määritelty erityisosaaminen (lisäkoulutus ja näyttö) (esimerkiksi lasten tai vanhusten lääkehoito)</p>	<p>Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p> <p>Luvan myöntäjä: Toimintayksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri</p>
<p>Sosiaalialan ammattihenkilö, jonka peruskoulutukseen on sisällytetty laajuudeltaan vähintään nimikesuojatun terveydenhuollon ammattihenkilön lääkehoidon osaamis-</p>	<p>Osallistuminen lääkehoidon toteuttamiseen, mikäli on saanut siihen riittävän lääkehoidon koulutuksen ja osaaminen on varmistettu.</p>	<p>Lääkehoidon perusteet (teoriaperusta ja lääkelaskenta) (näyttö)</p> <p>Lääkkeiden tilaaminen (näyttö)</p> <p>Lääkkeiden jakaminen</p>	<p>Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p> <p>Luvan myöntäjä:</p>

<p>vaatimukset, esim. osa geronomi ja sosionomi AMK-tutkinnon suorittaneista</p>	<p>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</p>	<p>potilaskohtaisiksi annoksiksi (näyttö)</p> <p>Injektio s.c., (näyttö), ei koske rokottamista</p> <p>Valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä (näyttö)</p> <p>Lääkehoitoon liittyvä erityisosaamisen tarve (ikäntyneen lääkehoito, lasten ja nuorten lääkehoito, kehitysvammaishoitoon liittyvä lääkehoito) (lisäkoulutus ja näyttö)</p> <p>PKV-lääkehoito (lisäkoulutus ja näyttö)</p>	<p>Toimintayksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri</p>
<p>Lääkehoitoon koulutamaton henkilöstö (esimerkiksi sosionomi, jolla ei lääkehoidon koulutusta, henkilökohtainen avustaja, hoiva-avustaja, vanginvartija)</p>	<p>Osallistuminen lääkehoidon toteutukseen lisäkoulutuksen jälkeen ohjattuna</p> <p>Tiedon välittäminen potilasta hoitaville ammattihenkilöille</p> <p>Poikkeus: vankilassa toteutettava PKV-lääkehoito</p>	<p>Lääkehoidon perusteet (lisä- koulutus ja näyttö)</p> <p>Valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä (lisäkoulutus ja näyttö)</p> <p>Injektio s.c. (lisäkoulutus ja näyttö), ei koske rokottamista</p> <p>Potilas-, lääke- ja antoreittikohtainen lupa PKV-lääkehoito (lisäkoulutus ja näyttö)</p>	<p>Näytön vastaanottaja: Kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p> <p>Luvan antaja: Potilaan lääkehoidosta vastaava lääkäri</p> <p>Huom. Kyseessä potilas- ja lääkekohtainen lupa</p>

2.4 Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen

Terveydenhuollon ammattihenkilökunnan toiminnan päämääriä ovat terveyden ylläpitämien sekä sen edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairaiden parantaminen ja asiakkaiden kärsimysten lievittäminen. Usein tarvitaan lääkehoitoa, jotta päämääriä voidaan saavuttaa. Terveydenhuollossa edellytetään, että ammattilaisilla on riittävät matemaattiset taidot tarkan, turvallisen ja tehokkaan lääkehoidon toteuttamiseen. Asiakkaan turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa sairaanhoitajilla on tärkeä rooli, sillä he toteuttavat lääkehoitoa päivittäin. Tämän vuoksi sairaanhoitajilta edellytetään lääkehoitoon liittyvien taitojen sekä tietojen hallintaa ja päätöksentekokykyä lääkehoidon suunnittelussa, toteutuksessa sekä arvioinnissa. (Saano – Taam-Ukkonen 2013:13; Grandell-Niemi - Hupli - Puukka - Leino-Kilpi 2005:151). Hoitotyössä lääkehoidon hallinta on yksi riskialttiimmista tehtävistä, jota tehdään asiakkaan hoidossa. Sairaanhoitajan rooli lääkehoidossa on kehittynyt paljon viime vuosina ja sairaanhoitajat ovat nyt mukana lääkkeiden hoidon osa-alueissa, jotka perinteisesti muut ovat aiemmin hoitaneet. (Leufer - Cleary-Holdforth 2013:215.)

Sulosaaren ym. (2009:464) kirjallisuuskatsauksessa nousi esiin yksitoista osaamisaluetta, jotka edustavat sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista. Näitä ovat anatomia ja fysiologia, farmakologia, kommunikaatio, monitieteinen yhteistyö, tiedonhaku, matemaattinen osaaminen ja lääkelaskenta, lääkkeiden hallinta, lääkehoidon koulutus, arviointi, dokumentointi ja lääkitysturvallisuuden edistäminen osana potilasturvallisuutta. Lääketieteen osaaminen edellyttää vankkaa tietopohjaa ja kykyä soveltaa tätä tietoa todellisissa tilanteissa usein monimutkaisten ja dynaamisten asiakaslääkitysprosessien aikana. Päätöksentekokyvyn todettiin olevan tärkeä ja erottamaton osa sairaanhoitajien teoreettista ja käytännön osaamista. (Sulosaari - Suhonen - Leino-Kilpi 2009:464.)

Erityistä huomioita sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisessa on kiinnitettävä lääkelaskentaan, lääkehoidon ohjaukseen sekä lääkehoidon käytännön toteuttamiseen vaadittavaan osaamiseen, koska näiden osa-alueiden osaamisessa on eniten puutteita. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisalueet jaetaan kliiniseen (käytännön), teoreettiseen sekä päätöksenteon osaamiseen. Lääkehoidon osaamisen edellytyksenä ovat hyvät lääkehoidon teoreettiset perustiedot sekä kyky soveltaa niitä käytäntöön ja nämä puolestaan mahdollistavat päätöksenteon osaamisen. Sairaanhoitajat saavat lääkehoidon perusteet ammattitutkinnossa, jotka luovat perustan lääkehoidon käytännön toteuttamiselle sekä vaikuttavalle päätöksenteolle. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:13.) Sairaan-

hoitajien jatkokoulutustarpeet liittyvät silti turvallisen lääkehoidon osaamiseen (Kollan - Turkey 2016:18.) Sairaanhoidajien tulisi jatkaa lääkelaskujen harjoittelua ja palauttaa mieleensä erilaiset lääkelaskut niin usein kuin mahdollista itsenään tehtävien testien avulla (McMullan - Jones - Lea 2009:891).

Sairaanhoidajat tarvitset kykyä soveltaa lääkehoidon juridisia sekä eettisiä perusteita työssään, jotka toimivat edellytyksenä sairaanhoidajan oman roolin ymmärtämiseen ja sen mukaiseen toimimiseen. Niin juridinen kuin eettinen osaaminen edellyttää lääkkeisiin sekä lääkehoidon toteuttamiseen liittyvien lakien, asetusten ja muiden ohjeiden ymmärtämistä. Peruskoulutuksessa eettisistä ohjeista ja lainsäädännöstä saamista opeista muodostuu eettisen osaamisen perusteet. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:13-14.)

Kriittinen ajattelu, kyky arvioida asiakkaan kliinistä tilaa sekä lääkehoidon tarvetta, kyky reagoida muuttuviin tilanteisiin ja kyky tehdä päätöksiä kuuluvat sairaanhoidajan päätöksenteon osaamiseen. Voimassa olevien lakien, ohjeiden ja suositusten mukaisesti sairaanhoidajat ovat osaltaan vastuussa lääkehoidon suunnittelussa, toteuttamisessa sekä arvioinnissa. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:13-14.) Päätöksenteon tueksi sairaanhoidajien osaa hakea tietoa eri lähteistä. Tiedonhakuaidot kuuluvatkin olennaisesti ammatillisen osaamisen ylläpitoon. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:16.)

Sairaanhoidajilla on anatomian ja fysiologian osaamista, jotta he ymmärtävät lääkkeiden vaikutuksia, haittavaikutuksia sekä lääkkeiden eri antotapoja. Myös farmakologian eli lääkeaineopin osaaminen on tärkeää, sillä se on välttämätöntä sille, että sairaanhoidajat kykenevät antamaan asiakkaalle oikealla tavalla lääkkeitä, arvioimaan lääkehoidon vaikuttavuutta sekä ohjaamaan asiakasta. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:13-15.) Lääkehoidon arvioinnilla tarkoitetaan lääkehoidon vaikutusten sekä lääkehoidolle asetettujen tavoitteiden seuraamista. Arviointi on kriittistä sekä suunnitelmallista. Sairaanhoidajille onkin merkittävä rooli lääkehoidon toteutumisen arvioinnissa, joka edellyttää sairaanhoidajilta sairauksien lääkehoidon eli farmakoterapian osaamista. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:15.) Sairaanhoidajat kokivat, että heidän vahvuuksia lääkehoidon soveltamisen periaatteissa olivat; resurssit, oikea annos, miksi lääke annettiin, vaikutusten seuranta sekä se, että huomataan milloin lääkettä ei oltu annettu turvallisesti. (Lim - Honey 2014: 660.)

Se, että sairaanhoitajilla on valmius lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen, kuuluu lääkehoidon toteuttamisen osaamiseen. Sairaanhoitajan tietämys, kokemus sekä ymmärrys asiakkaan lääkehoidosta ja sen vaikutuksista vahvistuvat kliinisen kokemuksen myötä. Poukan (2012:26) mukaan esimerkiksi lääkkeenjako- ja poikkeamat tapahtuvat tilanteissa, joissa hoitajilla on puutteita lääkehoidon osaamisessa. Puutteita on usein kokemattomilla työntekijöillä ja sijaisilla (Poukka 2012:26). Hoitotyön lääkevirheisiin vaikuttavat myös muun muassa häiriötekijät lääkkeiden jaon aikana sekä hoitajien tiedot lääkkeistä. (Brady - Malone - Fleming 2009:697). Sairaanhoitajat hallitsevat lääkehoidon prosessin eri vaiheet, sillä sitä tarvitaan lääkehoidon suunnitteluun, toteuttamiseen sekä arviointiin. Sairaanhoitajat kykenevät arvioimaan asiakkaan hoidon tarvetta, hoidon toteuttamista, vaikutusten seurantaan, dokumentointia sekä raportointia. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:13-15.) Turvalliseen lääkehoidon prosessiin sekä lääkehoidon hallintaan tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Sairaanhoitajat ovatkin itse arvioineet, että he hallitsevat parhaiten moniammatillisen yhteistyön. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:16; Luokkamäki - Vehviläinen-Julkunen - Saano - Härkänen 2016:23.)

Sairaanhoitajat ymmärtävät sekä tiedostavat omat vastuunsa ja velvollisuutensa asiakkaan lääkehoidossa. Asiakkaan lääkehoidosta keskustelu sekä neuvottelu muiden asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa kuuluu sairaanhoitajien vastuisiin. Sairaanhoitajien osaamiseen kuuluu myös yhteistyöosaaminen, jossa sairaanhoitajat konsultoivat tarvittaessa muita asiantuntijoita, kuten lääkäreitä tai farmaseuttia. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:16.)

Lääkehoito on monimutkaista ja siinä teoreettinen tieto- ja lääkelaskentataidot ovat yhtä tärkeitä. (Sneck - Saarnio - Isola - Boigu 2015:200). Turvallisen lääkehoidon toteuttamisen edellytys on lääkelaskentataidot, joihin kuuluvat matemaattiset perustaidot, joita ovat yhteen-, vähennys-, kerto-, ja jakolaskentataidot. Lisäksi tarvitaan ongelmanratkaisutaitoja esimerkiksi lääkeannoksien laskemiseen. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:16.) Lääkitysvirheet ovat olleet yleisimpiä asiakasturvallisuuteen vaikuttavia virheitä, joista yleisin yksittäinen ehkäistävissä oleva syy on laskuvirheet. (Fleming - Brady - Malone 2013:55). Yksikin virhe lääkelaskuissa voi johtaa lääkitysvirheeseen ja aiheuttaa henkeä uhkaavia tilanteita asiakkaille (Grandell-Niemi - Hupli - Puukka - Leino-Kilpi 2005:160). Sairaanhoitajat hallitsevat lääkelaskut kohtalaisesti, mutta kuitenkin pienellä osalla on suuria haasteita niissä (Sneck 2016:87). Matemaattisten taitojen hankkiminen ja ylläpito sairaanhoitajilla, jotka ovat jo työelämässä, on erittäin tärkeä asia lääkitysvirheiden ehkäisemisessä (Brady - Malone - Fleming 2009:697).

Sairaanhoitajilla on tärkeä rooli työryhmän jäsenenä edistää asiakkaan lääkehoidon turvallisuutta. Turvallisen lääkehoidon edistämiseen kuuluu, että sairaanhoitajat tunnistavat lääkehoidon riskitilanteita ja osaavat ennakoida näitä tilanteita. Sairaanhoitajien vastuisiin kuuluu ehkäistä sekä raportoida lääkehoidon vaaratapahtumia sekä oppia niistä. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:16.) Veräjänkorven (2003:122) mukaan kuitenkin näyttää siltä, etteivät sairaanhoitajat tunnista riittävästi lääkehoidon hoitotoiminnoissa potilasturvallisuutta uhkaavia vaaroja.

Sairaanhoitajilta edellytetään hyviä sekä tehokkaita vuorovaikutustaitoja, sillä he työskentelevät osana työryhmää sekä asiakkaan ja tämän omaisten kanssa. Myös lääkehoidon ohjaus perustuu vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa sekä ohjaustaitoihin. Lääkehoidon ohjaamisen merkitys korostuu varsinkin silloin, kun asiakas siirtyy hoitoyksiköstä kotiin. Sairaanhoitajien keskeinen tehtävä asiakkaan ohjauksessa on tukea asiakasta sitoutumaan lääkehoitoon antamalla tälle tai tämän omaiselle tarpeeksi ohjausta lääkehoidon toteuttamisesta ja omahoidosta. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:15-16.) Sairaanhoitajat tosin ovat arvioineet, että he hallitsevat heikoiten yhteistyön potilaan kanssa (Luokkamäki - Vehviläinen-Julkunen - Saano - Härkänen 2016:23).

Lääkehoidon osaamisen tunnistaminen, ylläpitäminen ja kehittäminen kuuluvat sairaanhoitajien etiikkaan. Eettiseen toimintaan kuuluu, että sairaanhoitajat pitävät yllä osaamistaan, pyytävät apua tilanteissa, joissa eivät osaa toimia, ja ilmoittavat havaitsemistaan virheistä sekä läheltä piti - tilanteista. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:37.) Sairaanhoitajilla on kuitenkin puutteita tunnistaa yksikössään esiintyviä lääkehoidon ongelmatilanteita sekä keskustelun tarvetta tilanteista, jotka aiheuttavat ongelmia (Veräjänkorva 2003:123). Sneck ym. (2015:119) mukaan lääkehoidon osaamisen varmistamisprosessi ylläpitää ja parantaa lääkehoidon osaamista sekä taidot ja tiedot päivitetään prosessissa. Sairaanhoitajat ovat vastuussa omasta toiminnastaan. (Saano - Taam-Ukkonen 2013:37.) Sairaanhoitajien eettinen ratkaisu lääkehoidossa voi olla; "eettisiin periaatteisiin perustuva ratkaisu, ammattiosaamiseen perustuva ratkaisu, velvollisuuksiin perustuva ratkaisu, systemaattiseen tietojen keruuseen perustuva ratkaisu, seurauksiin perustuva ratkaisu" (Saano - Taam-Ukkonen 2013:37).

2.5 Lähihoitajien lääkehoidon osaaminen

Lähihoitajien ammatilliseen koulutukseen kuuluu lääkehoidon opintoja, joiden perusteella he voivat toteuttaa lääkehoitoa, kuten jakaa lääkkeitä asiakaskohtaisiksi annoksiksi sekä antaa lääkkeitä luonnollista tietä, mutta ei kuitenkaan pkv-läkkeitä tai huumausaineläkkeitä, ilman erillistä lupaa. Lähihoitajakoulutusta edeltäneisiin vastaaviin ammatillisiin koulutuksiin, kuten perushoitaja, mielisairaanhoitaja ja mielenterveyshoitaja ei sisällynyt yhtä laajalti lääkehoidon opintoja, jonka vuoksi työnantajan on selvitettävä heidän suorittamansa lääkehoidon opinnot sekä osaamisensa yksilöllisesti. (Valvira.) Opinnot antavat lähihoitajille muun muassa valmiudet seurata asiakkaan elintoimintoja sekä toimintakykyä ja tiedottaa sekä kirjata havainnoistaan. Lähihoitaja osaa toteuttaa muisti-, pitkäaikais- ja kansansairauksista, kuten diabetes, epilepsia, mielenterveys- ja päihdesairaudet, sairastavien perushoitoa. He oppivat toteuttamaan lääkehoitoa, annostelemaan sekä antamaan lääkkeitä ja tarkkailemaan niiden vaikutuksia. Lähihoitajat noudattavat toiminnassaan sosiaali- ja terveysalan säädöksiä sekä eettisiä periaatteita. (OPH 2016:39.)

Jatkuvasti hoitajien työnkuva monipuolistuu sekä hoitotyön vaatavuus kasvaa. Lähihoitajat, jotka työskentelevät terveydenhuollossa osallistuvat asiakkaiden lääkehoidon toteuttamiseen. Lähihoitajan työnkuvaan saattaa kuulua lääkkeiden jakaminen asiakaskohtaisiksi annoksiksi ja lääkkeen annostelu asiakkaalle, mutta riippuen toimipisteestä ja jos lähihoitaja on koulutettu tehtävään niin hän voi annostella lääkettä lihakseen, suoneen tai vaihtaa asiakkaan lääkkeettömän perusliuospuussin. (Hujala – Tiainen 2009:14.)

Lähihoitajan työnkuvan laajuuden vuoksi hänen tietää koko lääkehoidon kaaren. Lääkehoidon toteuttamisessa lähihoitaja osaa arvioida asiakkaan vointia ennen lääkkeen annostelua sekä annostelun jälkeen ja ymmärrettävä, miksi ja miten lääkkeitä annostellaan. Lähihoitajalla on tärkeä merkitys siinä, että asiakas ymmärtää saamansa ohjauksen lääkkeen käyttöön liittyen ja tarvittaessa lähihoitaja osaa perustella asiakkaalle hänen saamaansa ohjeistusta. Lähihoitaja voi tukea asiakasta puhumalla hänelle asiakkaan kieltä sekä olemalla helposti lähestyttävä. Koska lääkehoito kehittyy, tulee lääkehoidon osaamista päivittää säännöllisesti täydennyskoulutuksen avulla. (Hujala – Tiainen 2009:14-15.)

Lähihoitajien lääkehoidon taitoihin kuuluvat lääkkeiden annostelu virheettömästi asiakaskohtaisiksi annoksiksi, annosjakelupusseissa olevien lääkkeiden tarkistus sekä lääkkeiden antaminen luonnollista tietä asiakkaalle, injektiona ihon alle (s.c) sekä lihak-

seen (i.m) ja hengitettynä (inh.) annettujen ohjeiden mukaan. Lähihoitajat työskentelevät aseptiikan sekä työ- ja ympäristösuojeluohjeita noudattaen. He osaavat käyttää luotettavia tietolähteitä, kuten lääketietojärjestelmiä tai Pharmaca Fennicaa työnsä tukena ja he osaavat tarkkailla lääkkeiden vaikutuksia, haittavaikutuksia sekä mahdollisia lääkkeiden väärinkäyttöjä osana asiakkaan kokonaisuhoitoa. Lähihoitajat tiedottavat oma-aloitteisesti niin suullisesti kuin kirjallisesti havainnoistaan, ohjaavat ja neuvovat asiakasta muun muassa sähköisen reseptin tulkinnessa, ohjaavat lääkkeiden käytössä, niiden säilyttämisessä, antavat tietoa päihteiden käytön vaikutuksista lääkehoitoon sekä hävittämisestä vastuualueidensa ja säädösten mukaisesti. (OPH 2016:45.)

Salermón (2011:56) pro gradun tuloksista nousi esiin, että lähi- sekä perushoitajien tiedot lääkehoidon perusteista olivat keskimäärin heikot, mutta puolestaan tiedot lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista olivat keskimäärin kohtalaisen hyvät. Lääkehoidon osa-alueista parhaiten, kuitenkin tyydyttävästi hoitajat hallitsivat lääkkeiden säilyttämisen ja käsittelyn sekä lääkelaskut. (Salermo 2011:56.)

Lähihoitajat saavat tutkinnon aikana tiedot ja taidot perustella monipuolisesti ratkaisuja sekä toimintaansa lääkehoitoon liittyen tiedoilla eri lääkkeistä, lääkemuodoista, lääkkeiden antotavoista, lääkeryhmistä, yleisempien lääkkeiden vaikutuksista ja haittavaikutuksista ja lääkkeiden väärinkäytön ilmiöistä. Lähihoitajat noudattavat ja ovat tietoisia lääkehuoltoa koskevista säädöksistä sekä niiden asettamista rajoituksista ja vaatimuksista ja omista oikeuksista sekä velvollisuuksista. Heillä on tarvittava matemaattinen osaaminen lääkehoidon toteuttamiseen. Lähihoitajat osaavat suorittaa virheettömästi lääkelaskennassa annoslaskut ja yksikkömuunnokset. (OPH 2016:47). Salermón (2011:57) pro gradun tuloksista kuitenkin nousi huoli lääkelaskuissa ilmenneistä laskuvirheistä. Heikoiten lääkelaskuista lähihoitajat osasivat laskutehtävät, joissa oli osattava yksikkömuunnoksia. Virheelliset yksikkömuunnokset johtivat herkästi väriin vastauksiin. (Salermo 2011:57.)

2.6 Kehitysvammaisuus ja kehitysvammapsykiatria

Älyllinen kehitysvamma määritellään maailman terveysjärjestön ”(WHO:n) tautiluokituksen, ICD-10:n (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) mukaan tilaksi, jossa yksilön henkinen suorituskyky on epätäydellinen tai estynyt kehitysiässä” (Manninen - Pihko 2009:16). Kehitysiässä, eli alle 18-vuoden iässä ilmaantuvat taidot ovat puutteellisesti kehittyneet jonkin vamman tai sairauden seu-

rauksena siten että, henkilön kognitiiviset taidot, älykkyyttä vaativat toiminnot, kielelliset-, motoriset- sekä sosiaaliset kyvyt ovat vaikeutuneet (Koskentausta 2008:3533; Manninen - Pihko 2009:16). Älyllisesti kehitysvammaisen henkilön ajattelu on usein konkreettista, hänellä on vaikeuksia tunteiden nimeämisessä sekä ongelmanratkaisu ja kyky loogiseen päättelyyn on heikentynyt. Puutteet kielellisissä taidoissa vaikuttavat ymmärrys- ja ilmaisukykyyn ja sitä kautta vuorovaikutukseen ja henkilön käyttäytymiseen. Myös sosiaalisten tilanteiden tulkinta ja niihin liittyvien odotusten mukaan toimiminen on älyllisesti kehitysvammaisella henkilöllä heikentynyt. (Koskentausta 2008:3533.) ”Älyllinen kehitysvammaisuus voi esiintyä joko yksinään tai yhdessä minkä tahansa fyysisen tai psyykkisen tilan kanssa” (Manninen - Pihko 2009:16).

Kehitysvammaisilla henkilöillä on 5-7 kertaisesti suurempi alttius mielenterveyden- sekä käyttäytymishäiriöille, kuin muulla väestöllä. Näitä häiriöitä esiintyy arviolta noin 30-50%:lla kehitysvammaisista henkilöistä (Koskentausta 2008:3533.) Kehitysvammaisilla mielenterveydenhäiriöt ovat jakaantuneet hieman eri tavalla kuin muulla väestöllä. Heillä on todettu muun muassa enemmän autistisia-, tarkkaavuus- ja käytöshäiriöitä sekä psykooseja. Toistuvat epäonnistumiset sekä kielteiset elämäkokemukset altistavat kehitysvammaisia henkilöitä mielenterveydenhäiriöille. Altistavia tekijöitä ovat myös mahdolliset aisti- ja liikuntavammat, epilepsia sekä neuropsykologiset häiriöt, kuten kielelliset- ja tarkkaavuudenhäiriöt sekä hyperaktiivisuus. Nämä tekijät vaikuttavat myös kehitysvammaisen henkilön mielenterveydenhäiriöiden ilmenemiseen. (Koskentausta 2006a:1927-1928.)

Perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa tavanomaiset kehitysvammaisten mielenterveydenhäiriöt. Erikoissairaanhoidon sekä kehitysvammaisten erityispalvelujen työryhmille on syytä keskittää vaativammat ongelmat. (Koskentausta 2006a:1934.) Psykiatriassa erikoissairaanhoidossa voidaan hoitaa asiakasta silloin kun kyseessä on akuutti psykoottinen tai muu vaikea mielenterveydenhäiriö, muu psykiatrista erikoissairaanhoidoa vaativa häiriö asiakkaalla, jolla on riittävät kyvyt kommunikoida sekä käsitellä asioita niin tunnetasolla kuin älyllisellä tasolla. Lisäksi voidaan toteuttaa mielenterveyslain mukaista tahdosta riippumatonta hoitoa. (Koskentausta 2008:3540.)

Erityisesti kehitysvammaisten erityispalvelujen työryhmillä on asiantuntijuutta, riittävän kokemuksen, koulutuksen sekä tieteellisen tutkimuksen kautta. Tavanomaisia käytäntöjä voidaan osaksi soveltaa kehitysvammaisten mielenterveydenhäiriöiden hoidossa sekä arvioinnissa, mutta silti on välttämätöntä tutkia ja kehittää mielenterveyshäiriöiden

ehkäisyä, arviointia, lääkehoitoa sekä muita hoitomenetelmiä kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa. (Koskentausta 2006a:1934.) Kehitysvammaisten erityispalveluissa voidaan hoitaa asiakkaita, joilla on pitkäkestoinen tai vaikea mielenterveyshäiriö ja hänen kommunikaatiotaidot ovat vajavaiset tai hänen hoitonsa muistasyistä ei onnistu erikoissairaanhoidossa. Myös asiakkaat, joilla on pitkäkestoinen tai vaikea käyttäytymisen häiriö, tarve erityisjärjestelyihin asumisen suhteen vaikean käyttäytymisen häiriön vuoksi, kehitysvammaisuuteen liittyy erityisongelmia, kuten harvinaisen kehitysvammaoireyhtymä voidaan hoitaa kehitysvammaisten erityispalveluissa. Myös silloin kun asiakkaalla on sosiaalisia ongelmia, tarvetta perhe- ja verkostotyölle, vaikea aggressiivisuus tai muu käyttäytyminen, jonka hallitseminen vaatii rajoittavien toimenpiteiden käyttöä, mutta edellytyksiä mielenterveystilain mukaiselle tahdosta riippumattomalle hoidolle ei ole ja kun puolestaan kehitysvammalain mukainen erityishuolto vastoin tahtoa tulee kysymykseen, niin asiakas voidaan hoitaa kehitysvammaisten erityispalveluissa. (Koskentausta 2008:3540.)

2.7 Lääkehoito kehitysvammapsykiatriassa

Lääkehoidolla ei voida parantaa kehitysvammaa eikä poistaa sen aikaan saamia toiminnanrajoituksia. Puolestaan kehitysvammaisuuden yhteydessä esiintyviä sekä usein siitä johtuvia sairauksia ja lisävammoja voidaan hoitaa lääkityksellä tai vähentää niiden aiheuttamaa haittaa. Tosin sairauksien ja lisävammojen havaitseminen sekä niiden tärkeyden ymmärtäminen ovat usein ympäristölle hyvin pulmallista, sillä niiden ilmenebismuodot voivat poiketa merkittävästi verrattaessa kehitysvammaisia henkilöitä ei-kehitysvammaisiin henkilöihin. (Aaltonen 2013.)

Kehitysvammaisen henkilön fyysinen tai psyykinen vaiva vie asiakkaalta kaiken jakamisen sekä huomion ja näin ollen muulle kuntoutukselle ei jää voimia. Jotta muu kuin lääkehoidollinen kuntoutus onnistuisi, on lääkehoito toteutettava oikea-aikaisesti ja määritellyn oireen tai sairauden hoitoon on valittu sopiva valmiste. (Aaltonen 2013.)

Koskentaustan (2006a:1928-1929) mukaan kehitysvammaisten potilaiden psykiatristenhäiriöiden hoidossa lääkityksen tulee perustua huolelliseen diagnostiseen arviointiin. Diagnostisen arvion perusteella voidaan määrittää selkeä lääkehoidon aihe. Lääkehoidon lähtökohtana on silloin yleiset indikaation mukaiset hoitosuosituksset. Ongelmana on kuitenkin se, että tarkka psykiatrinen diagnosointi kehitysvammaisella henkilöllä on haasteellista älyllisestä kehitysvammasta johtuen. (Koskentausta 2006a:1929.) Koska

esimerkiksi psykoottinen häiriö, vakava depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai erilaiset ahdistuneisuus häiriöt voivat joskus esiintyä vaikeasti kehitysvammaisella käytösongelmina. (Huttunen 2008:238).

Kehitysvammaisilla sekä autismin kirjon kuuluvilla yksilöillä psykiatriseen arviointiin liittyviä tekijöitä ovat konkreettinen ajattelu, vaikeus tunnistaa sekä nimetä tunteita, rajoittunut tai puuttuva kommunikaatio, rajoittuneet sosiaaliset vuorovaikutuskeinot sekä kehittymättömät keinot ilmaista pahaa oloa, kuten itsensä vahingoittaminen sekä aggressiivisuus. Haasteita asiakkaan psykiatriseen arviointiin ja hoitoon tuovat asiakkaan kyky oman ajattelun ja toiminnan analysointiin sekä uusien toimintamallien omaksuminen on heillä rajallista. Keskustelumutoisesta terapiasta saatu apu on rajoittunutta ja lähiyhteisön ammatilliset vaatimukset korostuvat. Kehitysvammaisten sekä autismikirjon kuuluvien henkilöiden psykiatrinen arviointi ja hoito edellyttävät laaja-alaista moniammatillista näkemystä, joka koostuu ammattihenkilöistä, joilla on erityisosaamista kehitysvammaisuuteen tai autismikirjon häiriöihin liittyen. Moniammatillinen näkemys koostuu erialojen asiantuntijoiden yhteisestä näkemyksestä sekä verkoston yhteistyötä. Kyseisen asiakasryhmän arviointiin, hoitoon ja kuntoutukseen tarvitaan heidän tarpeisiinsa kehitettyjä työvälineitä. (Koskentausta 2012:4).

Asiakkaalla saattaa esiintyä psykiatrisia oireita, jotka voivat olla hyvinkin epäspesifisiä. Samaa oiretta voi esiintyä asiakkaalla monista eri syistä, jolloin oireiden hoito voi olla hyvinkin erilaista. Erityisesti tämän tapaisissa tilanteissa on hyvä seurata systemaattisesti hoitointerventioiden vaikuttavuutta kohdeoireeseen sekä muihin liitännäisoireisiin. (Koskentausta 2006a:1929.) Jos asiakkaan psyykkisen tilan arviointi ja hoito ei ole asianmukaista, eikä haastavia tilanteita selvitetä, saattaa tämä johtaa epäasianmukaiseen psykiatrisen hoitoon (Koskentausta 2012:5).

Lääkehoito määräytyy aina psykiatrisen häiriön mukaan. Suurimmat käytetyt lääkeryhmät ovat masennus-, psykoosi-, ahdistus- sekä mielialaa tasaavat lääkkeet. Lääkehoidolla saadaan usein helpotettua asiakkaan oloa siinä määrin, että asiakas pystyy vastaanottamaan muuta kuntoutusta. Asiakas tarvitsee lääkitystä aloittaessa paljon tukea sekä toivon ylläpitämistä niin hoitavilta henkilöiltä kuin läheisiltään. Psyykenlääkkeiden käytössä useimmat ongelmakohdat ovat liian suuri aloitusannos, kärsimättömyys odottaa positiivisia vaikutuksia ja eri lääkitysten päällekkäisyys. (Aaltonen 2013.)

Kehitysvammaisen henkilön lääkehoitoa valittaessa on huomioitava mahdollisten somaattisten sairauksien lääkehoito sekä lääkkeiden yhteisvaikutukset. Lääkeinteraktioiden sekä haittavaikutusten lisääntymisen vuoksi polyfarmasiaa olisi syytä välttää. Kehitysvammaisilla henkilöillä paradoksaaliset reaktiot ovat mahdollisia ja he ovat usein herkkiä lääkkeiden neurologisille haittavaikutuksille. (Koskentausta 2006a:1929.)

2.8 Hoitotyö kehitysvammapsykiatrian yksiköissä

Kehitysvammaisten psyykkiset oireet ilmenevät toiminnallisempina kuin muilla mielen-terveysasiakkailta, ja sen vuoksi yleiset mielen-terveyspalvelut eivät useinkaan pysty auttamaan näitä asiakkaita. Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä on osaamista niin kehitysvamma-alalta että psykiatrian puolelta. Kehitysvammapsykiatrian yksiköiden erityisosaaminen suuntautuu kehitysvammaisiin, joilla on kommunikaatio-aidoissa puutteita tai joiden hoito muista syistä ei onnistu tai vointi jopa heikkenee erikoissairaanhoidossa. (Arvio – Aaltonen 2011:174.)

Kehitysvamma-alalla työntekijät ovat kärkipäässä työpaikkaväkivaltilastoissa. Tämän vuoksi turvallisuuskoulutuksen merkitys korostuu. Kehitysvammapsykiatriassa väkivallan uhka asettaa erityisvaatimuksia asiakastyöhön sekä henkilökunnan työssä jaksamiseen. (Super 2014:10.) Varsinkin yksiköissä, joissa hoidetaan kehitysvammapsykiatriassa asiakkaita tulee olla turvallisuussuunnitelma, jossa asiakkaiden sekä henkilökunnan turvallisuus on otettu huomioon. Henkilökunnalla on oltava osaamista ennakoita vaaratilanteita, ja jos vaaratilanteita tulee, henkilökunnalla on oltava asianmukaiset taidot niiden hoitamiseksi, esimerkiksi hallitun fyysisen rajoittamisen keinot. Vaaratilanteet dokumentoidaan tarkasti, ja niissä olevaa tietoa on jatkuvasti analysoitava, jotta tilanteita pystyttäisiin paremmin ennaltaehkäisemään. (Arvio – Aaltonen 2011:173.) Lisäksi henkilökunnalla on oltava osaamista käyttää työmenetelmiä sekä keinoja, joilla voidaan vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja välttää rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Henkilökunnan on ymmärrettävä rajoitustoimenpiteiden käytön edellytykset ja osata toteuttaa rajoitustoimenpiteitä turvallisesti ja ihmisarvoa kunnioittavasti. (Sivula 2014:22.)

Henkilökunnan on helpompaa hallita akuutteja väkivaltilanteita, kun ennalta on laadittu toimintaohjeet. Toimintaohjeet auttavat henkilökuntaa toimimaan väkivaltilanteissa rauhallisesti sekä selkeästi. Lisäksi erittäin tärkeää on henkilökunnan yhtenäiset toimintatavat haastavasti käyttäytyvien asiakkaiden hoidossa, sillä ne voivat toimia ei-toivotun

käyttäytymisen sammuttajana ja hyväksytyin käyttäytymisen vahvistajana. (Koskentausta 2006b: 4830.) Henkilökunnan olisi syytä myös hallita yleiseen autismituntoutukseen liittyvät komponentit, kuten selkeä struktuuri, toimintojen jäsentäminen päiväohjelman avulla sekä kuvien käyttö kommunikoinnin tukena sekä helpottamaan tapahtumien ennakointia. Näiden avulla voidaan vähentää autististen asiakkaiden käytösongelmia. (Koskentausta 2006b: 4831.)

Varsinkin lasten kohdalla terapeutin kiinnittäminen monesti auttaa akuutin tilanteen hallinnassa sekä vähentää pidempiaikaista aggressiivisuuden esiintymistä. Myös aikuisten sekä nuorten aggressiivisuuden hoidolliseen hallintaan on olemassa kiinnittämiseen perustuvia menetelmiä. Asiakasta mahdollisesti provosoivat tekijät, niin henkilökunnan käyttäytymiseen kuin ympäristöön liittyvät, on syytä minimoida. Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä on kiinnitettävä huomiota myös niin muiden asiakkaiden kuin henkilökunnan turvallisuuteen muun muassa turvaamalla poistumistiet sekä järjestämällä mahdollisuus hälyttää lisäapua. (Koskentausta 2006b: 4830.)

Kehitysvammapsykiatriasta palvelua järjestettäessä, palvelu määräytyy asiakkaan tarpeiden mukaan (Eteva 2014:40).Huomioon otetaan muun muassa hoidon tarpeen syyt, vammaisuuden aste, ikä sekä asiakkaan omatoimisuus. Tällaisen yksikön toiminnoista hoitotyö on keskeisessä asemassa asiakkaan kokonaiskuntoutuksessa. Hoitotyö kehitysvammapsykiatrian yksiköissä on monivivahteista sekä vaatii monipuolista kasvatuksellista ja sairaanhoidollista osaamista. Tämä johtuu siitä, että hoitotyössä huomioidaan asiakkaan kehitysvammaisuus, mahdolliset lisävammat ja -sairaudet sekä niiden vaikutus hoidon tarpeeseen ja asiakkaan kykyyn osallistua omaan hoitoonsa. (Manninen – Pihko 2009: 336-337.) Hoitotyön ja koko kehitysvammapsykiatrisen palvelun työvälineenä käytetään yksilökeskeistä elämänsuunnittelua (YKS), jota tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa. (Eteva 2014:40).

Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä hoitajilta vaaditaan laaja-alaista osaamista vammaisuudesta, hoitotyöstä sekä ohjaamisesta. Kehitysvammatyö vaatii paljon hoitajien persoonalta sekä edellyttää vankkaa ammattitaitoa. Hoitajilta vaaditaan rohkeutta sekä kärsivällisyyttä ja hoitajilla on oltava hyvät vuorovaikutustaidot. (Super 2014:10.)

Kehitysvammaisten kuntoutuksen taustalla on perinteinen nelijako; lääkinnällinen kuntoutus, pedagoginen eli kasvatuksellinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus sekä sosiaalinen kuntoutus. Sosiaalinen kuntoutus kehitysvammaisilla tarkoittaa yksilöllistä tu-

kemista, arjen ohjausta, perheen tukemista sekä asumisharjoittelua. (Arvio – Aaltonen 2011:178.)

Kehitysvammaisen henkilön hoito on hänen fyysisistä, psyykkisistä sekä sosiaalisista tarpeista huolehtimista. Yksilöllisiin tarpeisiin vastaava perushoito ja liitännäisvammojen sekä pitkäaikais- ja tilapäissairauksien hoito on perustana kuntouttavalle toiminnalle. (Manninen – Pihko 2009:241.) Asiakkaan liitännäissairaudet vaativat hoitajilta tietotaitoa. Kehitysvammaisuuden kanssa monesti esiintyviä liitännäissairauksia ovat muun muassa käyttäytymis- ja mielenterveysongelmat, epilepsia, neuropsykiatriset häiriöt, unihäiriöt sekä muut terveysongelmat. (Super 2014:9-10.) Perushoidon tehtävänä on tunnistaa asiakkaan yksilölliset tarpeet sekä mahdollisuudet ja luoda edellytyksiä itsenäiselle suoriutumiselle ohjaamalla, opettamalla ja auttamalla niissä toiminnoissa, joihin hän ei itsenäisesti kykene. (Manninen – Pihko 2009:241.)

Kehitysvammaisilla asiakkailla ilmenee somaattisia terveysongelmia yhtäläillä kuin kennellä tahansa muulla ihmisellä. Hoitajilla on vastuu asiakkaan terveydentilan seurannasta sekä sairauksien hoidosta. Asiakkaan kanssa työskentelyä vaikeuttaa usein kommunikoinnissa ja ymmärtämisessä olevat erityispiirteet, jotka vaativat erilaisten kommunikointikeinojen osaamista, kuten tukiviittomat, sosiaaliset tarinat, esine- ja kuvakommunikaatio, kommunikaattorit, ilmeet sekä eleet. (Super 2014:9.) Kehitysvammapsykiatriseen työhön usein liittyy jatkuva valppauden vaatimus asiakkaiden alentuneen ymmärryksen aiheuttaman yllätyksellisen käyttäytymisen varalta. Henkilökunnalle tämä usein merkitsee jatkuvaa varuillaan oloa. (Manninen – Pihko 2009:282.)

Kehitysvammaisen asiakkaan tulisi voida vaikuttaa mahdollisimman paljon oman elämänsä ratkaisuihin. Henkilökunnan tulee hyväksyä ja sallia asiakkaalle uudet kokemukset, valinnat sekä jopa vastustaminen turvalliseen rajaan saakka. Henkilökunnan pitää jatkuvasti arvioida, missä rajoissa henkilökunnalla on oikeus sekä toisaalta velvollisuus päättää asiakkaan asioista ja huolehtia hänen hoidostaan, kuntoutuksestaan ja muista asiakkaan elämää liittyvistä järjestelyistä. (Manninen – Pihko 2009:282.)

Hoitotyön tavoitteena on jokaisen asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukainen fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden sekä ominaisuuksien huomioon ottamisen ja vuorovaikutussuhteiden luomisen edistämiseksi käytössä on omaohjaaja/omahoitaja malli. (Manninen -Pihko 2009:337.) Hakkaraisen (2014:9-16) mukaan kehitysvammaisten hoitotyön erityispiirteitä ovat tur-

vallisen sekä luottamuksellisen hoitosuhteen muodostaminen ohjaajan ja kehitysvammaisen välille, asiakkaan ominaisuuksien huomioon ottava kommunikointi, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen sekä niiden toteuttaminen hoitotyössä, hoitajien kehitysvammaisen hoitotyöhön liittyvä erityisosaaminen, asiakkaan kognitiivisen tason huomioiva ohjaus sekä asiakkaan osallistaminen omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon.

Kehitysvammaisten asiakkaiden käyttäytymishäiriöiden sekä psyykkisten sairauksien hoito on vaativaa. Oireiden hoito on kohdistettava konkreettisiin tapahtumiin liittyvää opetukseen ja ohjaukseen. Monipuoliset terapeuttiset menetelmät yhdistettynä lääkehoitoon voi tuottaa hyviä hoitotuloksia. Hoitotyön tehtäviin kuuluukin lääkehoidon huolellinen vaikutusten havainnointi sekä lääkehoidon seuranta. (Manninen – Pihko 2009:337.) Hoitotyössä on erityisesti kiinnitettävä huomioita kehitysvammaisen henkilön psyykenlääkehoidossa haittavaikutuksiin, sillä asiakkaan kyky tunnistaa sekä ilmaista niitä on monesti puutteellista. Kehitysvammaisen asiakkaan lääkehoidossa psykoosilääkkeiden haittavaikutuksista on erityisesti muistettava väsymys, ekstrapyramidaalioireet, antikolinergiset sekä sydänvaikutukset, painonnousu ja metaboliset muutokset, kouristuskyvyn aleneminen, prolaktiinin erityksen lisääntyminen sekä syljenerityksen lisääntyminen. (Koskentausta 2006b: 4831.)

Lääkehoidon merkitys korostuu kehitysvammapsykiatriassa asiakkaiden sairauksien moninaisuuden johdosta. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että lääkehoidon osaamista ylläpidetään jokapäiväisessä työssä. (Super 2014:10.) Esimerkiksi kaikilla hoitajilla, jotka työskentelevät psykiatrian kentällä, on oltava ymmärrystä lääkkeistä, varsinkin psyykenlääkkeistä. (Snowden 2010:185). Kuitenkin, sairaanhoitajien mielestä, jotka työskentelevät mielenterveys puolella, lisäkoulutuksen tarvetta olisi liittyen itsemääräämisoikeuteen sekä lääkehoidon hallintaan. (Koukia - Madianos - Katostaras 2009:327).

Hoitotyö asiakkaiden kanssa, joilla on kaksoisdiagnoosi, on monimutkaista. Hoitajilta vaaditaan taitoa vastata tehokkaasti useisiin lääketieteellisiin tiloihin sekä erilaisiin kognitiivisiin ja kehityshäiriöihin. Avain hoitotyöhön asiakkaiden kanssa, joilla on mielenterveyden häiriö sekä älyllinen kehitysvammaisuus on luoda tehokas vuorovaikutus itse asiakkaan sekä hänen lähiverkostonsa kanssa, yhdistettynä perusteelliseen arviointiin ja kykyyn mukauttaa tuttuja arviointimenetelmiä asiakkaan tarpeisiin. (Harmon - Petrie - Taua 2017:303.)

3 Opinnäytetyön tutkimusympäristö

3.1 Eteva kuntayhtymä

Eteva kuntayhtymä (Eteva) on suomalainen monipuolinen vammaispalvelujen tuottaja, Uudenmaan ja Etelä-Hämeen erityishuollonpiiri. Vuosittain noin 1600 vammaista ja kehitysvammaista henkilöä saavat palvelunsa Etevan kautta. Eteva tuottaa myös palveluja mielenterveyskuntoutujille sekä muille erityistä tukea tarvitseville yksilöille. Toimipaikkoja Etevassa löytyy noin 150 ja asuntoja asiakkaille noin 700, työ- ja päivätoimintaa järjestetään noin 1000:lle asiakkaalle vuodessa. Eteva tarjoaa myös erilaisia asiantuntijapalveluja yli 300:lle asiakkaalle vuosittain. (Eteva.fi.)

3.2 Kehitysvammapsykiatrian yksiköt

Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköt sijaitsevat Hämeenlinnassa, Lahdessa ja Keravalla. Lahdessa sijaitsee myös lapsille ja nuorille suunnattu yksikkö. Kaikki kehitysvammapsykiatrian yksiköt toimivat avohuollon periaatteiden mukaan. Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköissä tuotettu palvelu on suunnattu kehitysvammaisille yksilöille, joilla on vaativia erityistarpeita. Erityistarpeet voivat olla eri syistä johtuvia vakavaan haastavaan käyttäytymiseen-, autismin kirjoon- ja mielenterveydenhäiriöihin liittyviä ongelmia. Kehitysvammapsykiatrian yksiköt tarjoavat asiakkailleen intensiivistä kuntoutusta suunnitellusti sekä apua kriisitilanteissa, jaksojen kesto on aina asiakkaalla yksilöllinen. Kriisi- ja intensiivijakson palvelu määräytyy lähettävän tahon sekä asiakkaan tarpeen mukaan. Kehitysvammapsykiatriasta palvelua voidaan järjestää myös asiakkaan omassa kodissa- ja/tai työympäristössä, jolloin palvelu järjestetään liikkuvana palveluna. (Eteva kuntayhtymä 2014:40.)

Kehitysvammapsykiatrian yksikössä annettava palvelu on suunnitelmallista, tavoitteellista ja määräaikaista sekä palvelu on rinnastettavissa erikoissairaanhoidon. Kehitysvammapsykiatrian yksikössä toimintaympäristö on kodinomaisempi ja työskentelytavat eroavat osittain erikoissairaanhoidosta, esimerkiksi yksilökeskeisen elämänsuunnitelman (YKS) käyttö työvälineenä. Yksilökeskeinen elämänsuunnitelma luodaan yhdessä asiakkaan sekä hänen verkostonsa kanssa ja YKS ohjaa palveluiden sisältöä. (Eteva kuntayhtymä 2014:40.)

Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä ratkaisuja asiakkaiden tilanteisiin haetaan monialaisen asiantuntemuksen avulla, jossa on mukana lähityöntekijöiden lisäksi psykiatri, psykologi sekä toimintaterapeutti. Monialainen työryhmä muodostetaan aina asiakaskohtaisesti tarpeiden mukaan, jolloin siihen voi kuulua myös muita Etevan asiantuntijoita. Psykiatripalvelut kehitysvammapsykiatrian palvelussa tuottaa HYKS:in kehitysvammapsykiatrian yksikkö. Ydinosaamisalueita kehitysvammapsykiatrian yksiköissä ovat yhteisöllisyys, yksilöllisyys, puhetta tukevat ja korvaavat menetelmät, vuorovaikutus, käyttäytymisanalyysi, kehitysvammapsykiatria, autismin kirjo, kriisityö, turvallisuus, monialaisuus, konsultatiivinen työote sekä neuropsykiatrinen kuntoutus. (Eteva kuntayhtymä 2014:40.)

Eteva kuntayhtymälle työntekijöiden osaaminen on tärkeää ja heidän osaamista kehitetään esimerkiksi täydenniskoulutuksilla, jotka vahvistavat sekä tukevat olemassa olevaa osaamista ja antavat taitoja sekä tietoa tulevaisuuden tarpeisiin. Työntekijät voivat osallistua täydenniskoulutustarpeista riippuen Etevan sisäisiin sekä ulkopuolisten tahojen järjestämiin koulutuksiin. (Eteva.fi.)

Työntekijöille järjestetään eritasoisia lääkehoidon koulutuksia, joihin työntekijät osallistuvat 2-5 vuoden välein. Lääkehoidon koulutusta tarjotaan niin lääkehoidon koulutuksen saaneille sekä ohjaajille, joilla on sosiaalialan koulutus, kuten esimerkiksi sosionomi tai yhteisöpedagogi, joihin ei ole kuulunut lääkehoitoa. Lääkehoidon koulutuksissa tavoitteena on saattaa ajan tasalle ohjaajien lääkehoidon osaaminen sekä edistää lääkitysturvallisuutta työssä tai antaa ohjaajalle valmiudet lääkkeen antamiseen asiakkaalle ja lääkkeen jakamiseen asiakaskohtaisiksi annoksiksi dosetteihin. (Etenetti.)

Lääkehoidon koulutuksia on eri tasoisia, joihin henkilöstö osallistuu joko hankkimaan tarvittavan koulutuksen lääkehoitolupiin (esimerkiksi sosionomi) tai päivittääkseen lääkehoidon koulutuksen (esimerkiksi lähihoitajat ja sairaanhoitajat). Lääkehoidon koulutuksien sisältöön kuuluu muun muassa tutustuminen lääkehoitoa toteuttavan henkilökunnan tehtäviin ja vastuualueisiin. Tutustuminen työyksilön lääkehoitosuunnitelmaan ja tiedon haun erilaisiin lähteisiin. Lisäksi koulutuksissa esimerkiksi kerrataan lääkkeiden vaikuttavuuden seurantaa, lääkkeiden yhteisvaikutuksia, lääkehoidon erityispiirteitä sekä kerrataan lääkelaskut. Perustasolla käydään läpi edellä mainittujen lisäksi lääke muodot ja lääkkeiden antotavat, lääkepaukkaus- ja reseptimerkinnot, lääkkeiden käsittelyyn liittyvät asiat, lääkkeen antaminen sekä lääkelaskujen ja ihon alle injektoiden teorian sekä harjoittelun. Lopuksi on osaamisen varmistaminen. (Etenetti.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tutkimusongelmat ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Keravan, Hämeenlinnan ja Lahden kehitysvammapsykiatrian yksiköiden henkilökunnan lääkehoidon osaamista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on vastata kysymyksiin:

- Miten kehitysvammapsykiatrian yksiköiden työntekijät tuntevat vastuunsa ja velvollisuutensa lääkehoidon toteuttamisessa?
- Miten työntekijät osaavat toteuttaa lääkehoitoa koulutuksensa edellyttämällä tavalla?
- Miten työntekijät osaavat toteuttaa lääkehoitoa kehitysvammapsykiatrian näkökulmasta?

Tavoitteena on tulosten perusteella tehdä ehdotuksia kehitysvammapsykiatrianyksiköille tarpeellisista lääkehoidon lisäkoulutuksista.

5 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyö toteutetaan määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Opinnäytetyön avulla kartoitetaan olemassa oleva tilanne, mutta sillä ei pyritä löytämään syitä tilanteelle. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015: 57).

5.1 Kyselylomakkeen muodostaminen

Opinnäytetyön aineiston keruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka perustuu opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen, joka perustuu opinnäytetyön ilmiöön perehtymiseen. Kyselylomake pohjautuu myös Oili Veräjänkorvan vuoden 2003 väitöskirjassa Sairaanhoidtajien lääkehoitotaidot - lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen - tutkimuksen sairaanhoidtajien lääkehoitotaidoista kehittämään mittariin. Mittarin muokkaukseen pyydettiin lupa Oili Veräjänkorvalta sähköpostilla, mutta häntä ei tavoitettu. Opinnäytetyössä päädyttiin kuitenkin käyttämään mittaria kyselylomakkeen pohjana, koska mittari on julkinen.

Kyselylomakkeen muokkausta ohjasivat niin kehitysvammapsykiatrian lääkehoidon erityispiirteet, varsinkin psykielääkehoito sekä opinnäytetyön teoreettinen viitekehys. Kyselylomakkeen ensimmäisessä versioissa oli 83 kysymystä, joissa mukana oli avoimia kysymyksiä. Ohjaavan lehtorin kanssa päädyttiin kuitenkin siihen tulokseen, että kyselyä pitää saada tiiviimmäksi ja avoimet kysymykset jätettiin pois, sillä niihin vastaaminen on työlästä sekä avointen vastausten läpikäyminen olisi ollut haastavaa opinnäytetyön tekijälle. Lisäksi muutoksia tehtiin vastausten luokittelujen suhteen ja niin sanottuja turhia kysymyksiä poistettiin.

Tämän opinnäytetyön kyselylomake koostuu kuudesta osasta; vastaajien taustatiedoista, lääkehoidon ydinalueista, lääkehoidon matemaattisista perusteista, lääkehoidon käytännöistä sekä subcutaanisesta- ja intramuskulaarisesta - lääkehoidosta. Kysymyksiä muokkauksen jälkeen valmiiseen kyselylomakkeeseen jäi 73 kappaletta. Osa-aihealueista olivat samoja kuin Oili Verjänkorian (2003: liite 1), mutta pois jätettiin tietotaito IV - lääkehoidon suunnittelussa sekä IV-lääkehoidon hallinta. Tilalle laitettiin kysymyksiä liittyen subcutaanisen ja intramuskulaarisen - injektion antamiseen, sillä IV-lääkehoitoa ei toteuteta tutkimusympäristössä.

Kyselytutkimuksen keskeinen osatekijä on kyselylomake. Uuden teknologian myötä on mahdollista tehdä kyselylomake www-sivuille, joka mahdollistaa vastausten saamisen Internetistä käsittelyä varten suoraan tilasto-ohjelmaan. (Heikkilä 2008: 47.) Tämän opinnäytetyön kyselylomake toteutettiin e-lomakkeena.

Oli kysely minkälainen tahansa, sen kysymykset on syytä suunnitella huolellisesti, koska yksi suurimmista virheiden aiheuttajista on kysymysten muoto. Kyselylomaketta suunniteltaessa on perehdyttävä kirjallisuuteen, tutkimusongelmaa tulee pohtia sekä täsmentää, käsitteet tulee määritellä ja tutkimusasetelma valita. Jo lomakkeen suunnitteluvaiheessa kannattaa huomioida miten aineisto tullaan käsittelemään. (Heikkilä 2008:47.) Tässä opinnäytetyössä osa kysymyksistä perustui Oili Verjänkorian (2003: liite 1) kysymyksiin. Kyselyn kysymyksiä muotoiltiin useaan otteeseen ja apuna toimi ohjaava lehtori sekä Etevan psykiatria konsultoitin liittyen psykiatrian kysymysten paikansa pitävyyteen. Huomioon otettiin myös, se että aineisto analysoidaan SPSS-ohjelmalla.

Siitä huolimatta, että lomake tehdään huolellisesti, se on syytä aina pilotoida. Lomakkeen testaamiseen tarvitaan 5-10 henkilöä, jotka pyrkivät aktiivisesti selvittämään oh-

jeiden ja kysymysten selkeyden sekä yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen käytettävyyden ja lomakkeeseen vastaamisen vaativuuden sekä siihen kuluvan ajan. Testaamisen jälkeen lomakkeen rakenteeseen, kysymysten järjestykseen, muotoiluihin sekä vastausvaihtoehtoihin tehdään tarvittavat muutokset. Vielä muutosten jälkeen kannattaa lomake antaa luettavaksi jollekin muulle kuin itse tutkijalle. (Heikkilä 2008:61.) Opinnäytetyössä käytettävä mittari ei ole uusi, mutta sitä muokattiin, jonka vuoksi se oli tärkeä pilotoida.

Opinnäytetyön kyselylomake pilotoitiin Metropolia ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa 4.10.2017. Pilotointiin osallistui 3 sosiaali- ja terveystieteiden ammattihenkilöä. Pilotoinnin perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin pieniä muutoksia. Kyselylomakkeen loppuun jätettiin tilaa, jotta vastaajat pystyivät jättämään siihen kommentteja. Pilotoinnin lopuksi käytiin keskustelua lomakkeesta ja siinä olevista kysymyksistä. Opinnäytetyön tekijä teki itse muistiinpanot, joiden pohjalta hän teki tarvittavat muutokset kyselylomakkeeseen. Pilotointia sekä opinnäytetyön tekijä arvioivat täyttämällä lomakkeen, että kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 15-20 minuuttia.

Pilotoinnin jälkeen kyselylomake lähetettiin vielä asiantuntijapaneelille, ja he kävivät kyselylomakkeen läpi ja tarkistivat muun muassa, ettei siinä ole asiavirheitä.

5.2 Aineistonkeruun toteutus

Opinnäytetyössä on suositeltavaa käyttää jo olemassa olevia, hyväksi havaittuja sekä standardoituja mittareita. Toisaalta on tärkeää myös arvioida kriittisesti mittarin ikää sekä kontekstisidonnaisuutta. Terveystieteiden ja hoitotyön kehittyvät jatkuvasti, jonka vuoksi esimerkiksi 20 vuotta vanha mittari ei välttämättä enää mittaa oikeita asioita. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015: 190.) Opinnäytetyön internetpohjainen kyselylomake pohjautuu Oili Veräjänkorvan vuoden 2003 väitöskirjassa Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot - lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen - tutkimuksen sairaanhoitajien lääkehoitotaidoista kehittämään mittariin.

Opinnäytetyö on poikittaistutkimus, jossa aineisto kerätään kerran (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:56) internet-kyselyllä, joka on nopea tapa hankkia tietoa. Yleisin tapa välittää tieto kyselystä kaikille perusjoukon jäsenille on sähköposti. (Heikkilä 2008:69.) Kyselyyn pyydettiin osallistumaan kaikkia kehitysvammapsykiatrian yksiköiden työntekijöitä. Saatekirje ja linkki kyselyyn lähetettiin Kehitysvammapsykiatrian yksi-

köiden palvelupäälliköille ja heitä pyydettiin välittämään sähköposti yksiköiden henkilökunnalle.

Kysely toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena ja sen aineisto kerättiin marras-joulukuussa 2017 e-lomakkeella. Saatekirje (Liite 1) lähetettiin sähköpostilla Kehitysvammapsykiatrian yksiköiden kolmelle palvelupäällikölle, jotka välittivät sähköpostin oman yksikkönsä työntekijöille.

5.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoidaan SPSS - ohjelman sekä taulukkolaskentaohjelma Excelin avulla. SPSS on tilastoanalysointiohjelma (Statistical Package for the Social Sciences) ja sen avulla tutkimustuloksista voidaan tehdä graafisia kuvia ja taulukoita.

Aineiston tallentamisen jälkeen se tarkistetaan. Tarkistamisen yhteydessä kiinnitetään huomiota muun muassa puuttuviin arvoihin laskemalla frekvenssit sekä prosentiosuudet jokaiselle muuttujalle. Mikäli puuttuvia arvoja on paljon, arvioidaan, onko niiden korvaaminen koko aineistoista lasketuilla keskiarvoilla analyysin toteuttamista varten tarpeellista. Samalla tarkistetaan mahdolliset tallennusvirheet. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:129.)

Tilastollisen merkitsevyyden arviointi on yksi kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteistä ja sitä käytetään esimerkiksi silloin, kun tarkastellaan vastaajien taustatietojen yhteyttä selitettäviin ilmiöihin. Tutkijan onkin määriteltävä tilastollisen merkitsevyyden taso eli p-arvo. Tässä opinnäytetyössä p-arvo on alle 0.05, jolloin tutkimuksessa on viiden prosentin virhemarginaali, kun tuloksia yleistetään perusjoukkoon. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015: 61.)

Kun selvitetään muuttujien välisiä riippuvuuksia, tutkitaan useimmiten yhteyksiä kahden muuttujan välillä eli pareittain. Muuttujien välisen riippuvuuden tarkastelussa hyödynnetään hajontakaaviota. Yleisimmin käytettävä mitta kahden muuttujan väliselle riippuvuudelle on Pearsonin korrelaatiokerroin eli tulomomenttikerroin. (Heikkilä 2008:90.)

Aineistoa kuvaillaan yleisimmin käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. "Frekvenssi tarkoittaa kuhunkin luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden lukumäärää. Sitä voi-

daan kuvata numeroina esimerkiksi taulukoissa tai kuvioina." (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:132-133.)

Aineistosta voidaan laskea tilastollisia tunnuslukuja, joita ovat hajonnan ja vinouden, sijainnin sekä huipukkuuden tunnusluvut. Sijainnin tunnuslukuja ovat muun muassa moodi, mediaani ja keskiarvo. "Moodi kuvaa jakauman tyypillisintä arvoa tilanteessa, jossa muuttujan arvot ovat suuruusjärjestyksessä. Mediaani taas tarkoittaa suuruusjärjestyksessä olevan aineiston keskimmäistä arvoa. Jos aineiston koko on parillinen mediaania ei voi suoraan määritellä. Tarpeen mukaan voidaan laskea kahden keskimmäisen arvon keskiarvo." (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:134.)

Luottamusväleillä arvioidaan otoskoko. Luottamusväli ilmoittaa välin, jonka sisällä todellinen keskiarvo (tai ryhmien välinen erotus) sijaitsee tietyllä todennäköisyydellä.

"Luottamusvälin laajuuteen vaikuttaa kolme eri tekijää: otoskoko (mitä pienempi tutkittavien määrä, sitä leveämpi luottamusväli), hajonta (mitä suurempi hajonta, sitä leveämpi luottamusväli) ja haluttu luottamuksen aste (mitä suurempi luottamus, sitä leveämpi luottamusväli)." (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:107.)

6 Tulokset

Saatekirje ja linkki kyselyyn lähetettiin 103 työntekijälle ja vastauksia saatiin 43. Vastausprosentiksi tuli 41,7 %.

6.1 Taustatiedot

Kohderyhmänä olivat Etevan kolmen Kehitysvammapsykiatrian yksiköiden työntekijät (N = 103). Kyselyyn vastanneiden (n = 43) ikä jakautui neljään luokkaan. Vastaajista 34,9 % oli 20-29 vuotta, 32,6 % oli 30-39 vuotta, 18,6 % vastaajista oli 40-49 vuotta ja vastaajista pienin osa (14 %) oli yli 49 vuotta.

Vastaajista suurin osa (74,4 %) oli naisia ja loput vastaajista oli miehiä (25,6 %). Suurin osa vastaajista oli koulutukseltaan lähihoitajia (46,5 %), sairaanhoitajia oli 25,6 % ja 27,9 % oli vastannut koulutuksensa olevan "muu". Suurin osa (n = 7) muista ammattinimekkeistä oli sosionomeja. Yli puolet vastaajista (53,5 %) olivat valmistuneet vuosi-

na 2012-2017. Vuosina 2006-2011 oli valmistunut 25,6 % vastaajista ja vuosina 2000-2005 oli valmistunut 7 % vastaajista. Vuosina 1994-1999 oli valmistunut 11,6 % vastaajista ja vähiten (2,3 %) vastaajia oli valmistunut ennen vuotta 1994.

Vastaajia oli jokaisesta työyksiköstä; Kerava (39,5 %), Lahti (37,2 %) Hämeenlinna (23,3 %). Puolet vastaajista (51,2 %) oli työskennellyt Kehitysvammapsykiatrian yksikössä 1-5 vuotta. Vain 2,3 % oli työskennellyt Kehitysvammapsykiatrian yksikössä yli 10 vuotta.

Suurin osa vastaajista (46,5 %) oli käynyt lääkehoidon koulutuksen alle vuosi sitten ja 23,3 % oli käynyt koulutuksessa 1-3 vuotta sitten. Yli puolet vastaajista (55,8 %) olivat käyneet Etevan järjestämän lääkehoidon koulutuksen. Lähes kolmannes vastaajista (30,2 %) oli viimeksi saanut lääkehoidon koulutusta opiskelujen yhteydessä. Suurin osa vastaajista (60,5 %) oli vakinaisessa työsuhteessa ja 39,5 % oli määräaikaisessa työsuhteessa.

Vastaajista puolella (51,2 %) oli yksikössään lääkkeiden jakolupa, 30,2 % oli yksikössä kaikki lääkeluvat ja vain 2,3 % ei ollut lainkaan lääkehoitolupia. Suurin osa vastaajista (65,1 %) koki, että heidän lääkehoidon osaamisensa oli hyvää. Ainoastaan 4,7 % vastaajista koki lääkehoidon osaamisensa olevan erinomaista ja vain 2,3 % koki, ettei hallitse lääkehoitoa lainkaan. Vastaajien taustatiedot on esitetty Taulukossa 3.

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot

Taustamuuttuja	f	%
Ikä (n = 43)		
20-29 vuotta	15	34,9
30-39 vuotta	14	32,6
40-49 vuotta	8	18,6
yli 49 vuotta	6	14
Sukupuoli (n = 43)		
mies	11	25,6
nainen	32	74,4
Koulutus (n = 43)		
sairaanhoidtaja	11	25,6
lähihoitaja	20	46,5
muu	12	27,9
Valmistumisvuosi (n = 43)		
ennen vuotta 1994	1	2,3

1994-1999	5	11,6
2000-2005	3	7
2006-2011	11	25,6
2012-2017	23	53,5
Työyksikkö (n = 43)		
Kerava	17	39,5
Lahti	16	37,2
Hämeenlinna	10	23,3
Työkokemus Kehitysvammapsykiatriassa (n = 42)		
alle 1 vuotta	6	14
1-5 vuotta	22	51,2
6-10 vuotta	13	30,2
yli 10 vuotta	1	2,3
Osallistunut lääkehoidon koulutukseen (n = 42)		
alle vuosi sitten	20	46,5
1-3 vuotta sitten	10	23,3
4-5 vuotta sitten	8	18,6
yli 5 vuotta sitten	4	9,3
Kenen järjestämä lääkehoidon koulutus oli (n = 41)		
Eteva	24	55,8
Aikaisemman työpaikan	4	9,3
Olen viimeksi saanut lääkehoidon koulutusta opiskelujeni yhteydessä	13	30,2
Työsuhde (n = 43)		
vakainainen	26	60,5
määräaikainen	17	39,5
Lääkeluvat (n = 43)		
lääkkeiden antolupa	3	7
lääkkeiden jakolupa	22	51,2
lääkkeiden jakolupa ja i.m injektioilupa	4	9,3
kaikki lääkeluvat yksikössäni	13	30,2
ei ole lääkehoitolupia	1	2,3
Lääkehoidon osaaminen (n = 43)		
erinomaista	2	4,7
hyvää	28	65,1
kohtalaista	12	27,9
en hallitse lääkehoitoa lainkaan	1	2,3

6.2 Lääkehoidon ydin alueet

Tulokset käsitellään lääkehoitoa ohjaavien säädöksen, farmasian ja farmakologian, anatomian ja fysiologian sekä etiikka lääkehoidossa osa-alueiden mukaan eli neljää lääkehoidon ydinaluetta kuvaavan summamuuttujan mukaan.

6.2.1 Lääkehoitoa ohjaavat säädökset

Lääkehoitoa ohjaavien säädöksen tuntemista mitattiin kahdeksalla väittämällä, joista suurin osa oli oikein - väärin väittämiä. Oikein- väärin väittämien vastauksien jakauma on esitetty taulukossa 4.

Kaikki vastaajat (100 %) olivat sitä mieltä, että lääkelaki pyrkii ylläpitämään ja edistämään lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä. Myös seuraavaan väittämään "lääkevalvonnalla varmistetaan, että kuluttajien käyttämät lääkkeet ovat tehokkaita, turvallisia ja täyttävät laatuvaatimukset", kaikki vastaajat (100 %) vastasivat "oikein".

Vastaajista valtaosa (79,1 %) oli sitä mieltä, että lääkärin lisäksi asiakkaan voimassa olevan lääkityksen voi tarkistaa kuka tahansa asiakkaan lääkehoitoon osallistuva työntekijä ja 20,9 % oli sitä mieltä, että sairaanhoitaja voi lääkärin lisäksi tarkistaa asiakkaan voimassa olevan lääkityksen. Lähes kaikki vastaajista (97,7 %) tiesi, että lääkehoidon vaikutuksia seuraavat asiakkaan lisäksi kaikki hänen hoitoonsa osallistuvat työntekijät.

Lähes kaikki vastaajista (97,7 %) vastasivat "oikein" väittämään "asiakasta, omaista tai muuta hänen lääkehoidostaan vastaavaa henkilöä informoidaan lääkitykseen tehdyistä muutoksista, uusista lääkkeistä, käyttöohjeista ja mahdollisista vaikutuksista"

Kaikki vastaajat (100 %) vastasivat "oikein", väittämään "asiakkaalle täytyy turvata mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin, myös lääkehoitoon". Lähes kaikki vastaajat (97,7 %) vastasivat "oikein" väittämään "asiakkaalle voidaan antaa lääkehoitoa tahdosta riippumatta, silloin kun asiakas ei kykene teke-

mään ratkaisuja hoidostaan ja huolenpidostaan ja lääkäri on tehnyt rajoitustoimenpiteen käytöstä kirjallisen ohjeen".

6.2.2 Farmasia ja farmakologia

Farmasian ja farmakologian osaamista mitattiin 11 monivalintakysymyksellä. Taulukossa 5 on esitetty vastauksien jakaumat oikeiden ja väärin vastausten mukaan.

Suurin osa vastaajista (90,7 %) oli sitä mieltä, että ruoka ja juoma voivat vaikuttaa suun kautta otettavien lääkeaineiden imeytymiseen. Vastaajista 7 % oli sitä mieltä, että imeytymiseen voi vaikuttaa ruoka ja 2,3 % oli sitä mieltä, että imeytymiseen voi vaikuttaa juoma.

Lähes kaikki vastaajat (93 %) tiesi, että lääkkeen kumulaatio on vaarana pitkäaikaiskäytössä. 4,7 % vastaajista oli sitä mieltä, että lääkkeen kumulaatio on vaarana kertannostelussa. Kysymykseen jätti vastaamatta 2,3 % vastaajista.

Suurin osa vastaajista (90,7 %) tiesi, että resistentti tarkoittaa lääkkeen toivotun vaikutuksen vähenemistä. 4,7 % vastaajista oli sitä mieltä, että resistentti tarkoittaa lääkkeen toivotun vaikutuksen voimistumista ja 2,3 % oli sitä mieltä, että resistenssi ei tarkoita kumpaakaan. 2,3 % vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

Kysymykseen "ns. trisykliset masennuslääkkeet aiheuttavat hoidon alussa melko usein:", jakoi mielipiteitä. 32,6 % vastaajista tiesit, että hoidon alussa melko usein ilmenee suun kuivumista, ummetusta, virtsaamisvaikeutta ja näköhäiriöitä. 34,9 % vastaajista puolestaan oli sitä mieltä, että hoidon alussa melko usein ilmenee ummetusta, painon nousua ja käsien vapinaa. 20,9 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoidon alussa melko usein ilmenee vatsakipua, pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta ja 7 % vastaajista oli sitä mieltä, että oikea vastaus oli pahoinvointia, oksentelua ja ruokahaluttomuutta. 4,7 % vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

67,4 % vastaajista tiesi, että riskilääkkeille on ominaista kapea hoitoalue. 25,6 % vastaajista vastasi, että riskilääkkeille on ominaista, että niille kehittyy herkästi toleranssi ja 2,3 % vastaajista vastasi, että ominaista on leveä hoitoalue. 4,7 % vastaajista oli virheellisesti sitä mieltä, että mikään annetuista vaihtoehdoista ei ole riskilääkkeille ominaista.

Kysymykseen "bentsodiatsepiinien käyttö saattaa aiheuttaa paradoksaalisia reaktioita, kuten:" osasi vastata vastaajista 74,4 % oikein, valiten vaihtoehdon "rauhattomuutta, kiihtyneisyyttä, ärtyisyyttä sekä aggressiivisuutta". 11,6 % vastaajista vastasi virheellisesti, että paradoksaalisia reaktioita voi olla uneliaisuus, sekavuus sekä huimaus. 7 % vastaajista oli sitä mieltä, että paradoksaaliset reaktiot voi olla uneliaisuus, johon voi liittyä ataksiaa, sekavuutta sekä heikotusta. 4,7 % vastaajista koki, että paradoksaaliset reaktiot voivat olla huimausta, päänsärkyä, kaksoiskuvia sekä lihasheikkoutta. Kysymykseen jätti vastaamatta 2,3 % vastaajista.

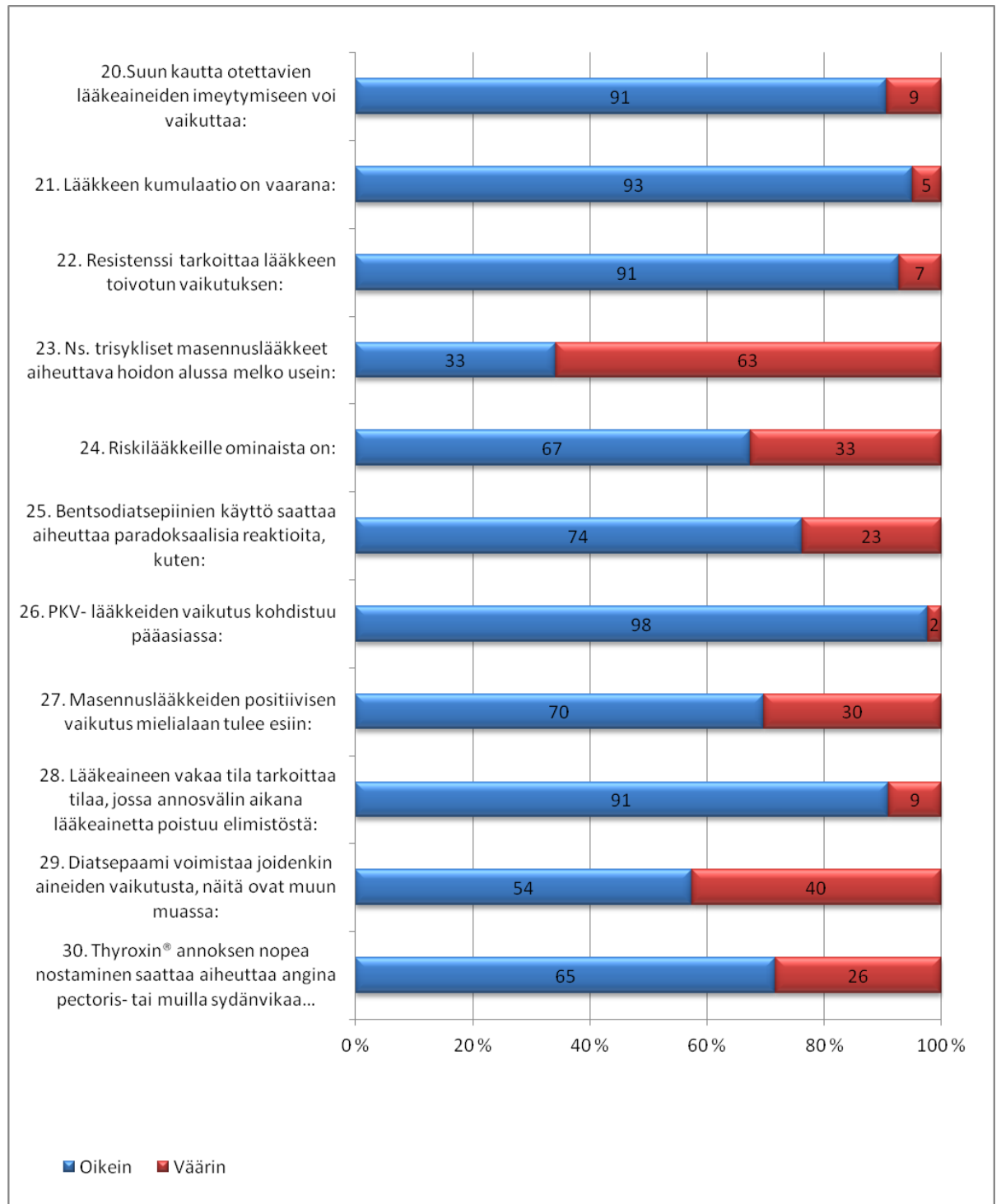
Kysymykseen "PKV-lääkkeiden vaikutus kohdistuu pääasiassa" oli neljä vastausvaihtoehtoa. Vastaukset jakoutuivat kahden vaihtoehdon välille. Lähes kaikki vastaajista (97,7 %) tiesi, että vaikutus kohdistuu pääasiassa keskushermostoon. 2,3 % oli kuitenkin virheellisesti sitä mieltä, että vaikutus kohdistuu pääasiassa hengityselimistöön.

Masennuslääkkeiden positiivisen vaikutuksen alkamista mielialaan - kysymykseen vastasi oikein 69,8 % vastaajista vastaamalla vaikutuksen alkavan muutaman viikon jälkeen lääkkeen aloittamisesta. 23,3 % vastaajista oli sitä mieltä, että positiivinen vaikutus alkaa vasta noin viiden viikon kuluttua lääkkeen aloittamisesta. Virheellisesti 4,7 % luuli, että positiivinen vaikutus mielialaan alkaa parin päivän kuluttua ja 2,3 % vastaajista luuli, että vaikutus alkaa muutaman tunnin kuluttua lääkkeen otosta.

90,7 % vastaajista tiesi, että lääkeaineen vakaa tila tarkoittaa tilaa, jossa annosvälin aikana lääkeainetta poistuu elimistöstä lääkeannosta vastaava määrä. Virheellisesti 9,3 % vastaajista luuli, että annosvälin aikana lääkeaineet poistuu elimistöstä lääkeannosta pienempi määrä.

Diatsepaami voimistaa joidenkin aineiden vaikutusta, näitä ovat muun muassa - kysymykseen 53,5 % vastaajista osasi vastata, että näitä aineita ovat antipsykootit, unilääkkeet ja antihistamiinit. 23,3 % vastaajista oli virheellisesti sitä mieltä, että diatsepaami voimistaa digoksiinin, levodopan ja morfiinin vaikutusta. 9,3 % vastaajista oli sitä mieltä, että diatsepaami voimistaa ehkäisytablettien, disulfiraamin ja omepratsolin vaikutusta. 7 % vastaajista vastasi, että diatsepaami vahvistaa kofeiinin, teofylliinin ja tupakkatuotteiden vaikutusta.

Thyroxin® annoksen nopea nostaminen saattaa aiheuttaa angina pectoris- tai muilla sydänvikaa sairastavilla asiakkailla - kysymykseen 65,1 % vastaajista osasi vastata oikein vastaamalla annoksen nopean noston aiheuttavan angina pectoris- oireiden ja sydämen vajaatoiminnan lisääntymistä, hermostuneisuutta, vapinaa, hikoilua, aivo- tromboosia ja psykoosia. 18,6 % oli sitä mieltä, että annoksen nopea nosto saattaa aiheuttaa sydämen nopealyöntisyyttä, rytmihäiriöitä, ripulia ja laihtumista. 7 % oli puolestaan sitä mieltä, että annoksen nopea nostaminen saattaa aiheuttaa lämmönsietokyvyn alenemista, unettomuutta ja kiihtymistä.



Kuvio 2. Farmasian ja farmakologian väittämien oikein ja väärin vastaukset

6.2.3 Anatomia ja fysiologia

Anatomian ja fysiologian osaamista mitattiin 6 monivalintakysymyksellä.

Kysymykseen "Entero-lääkevalmisteet tulee ottaa tyhjään mahaan runsaan nesteen kera, koska" suurin osa (69,8 %) vastaajista vastasi virheellisesti, että näin ne pääsevät nopeasti imeytymään mahalaukusta verenkiertoon. Oikein vastasi vastaajista 30,2 % vastaten, että ruokailun yhteydessä ne saattavat jäädä mahalaukkuun useiksi tunneiksi.

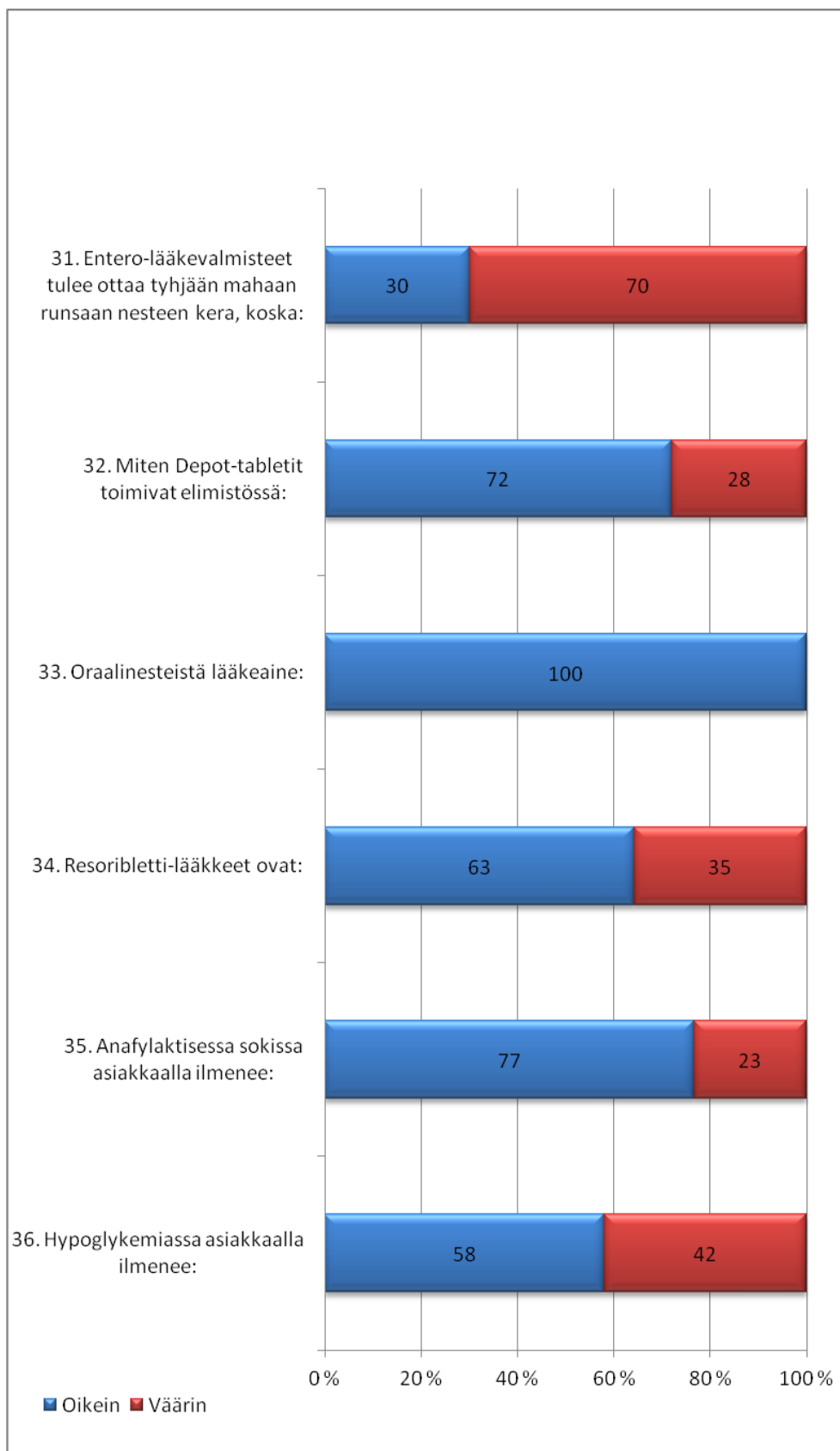
Kysymykseen "Miten Depot-tabletit toimivat elimistössä" valtaosa (72,1 %) vastaajista vastasi oikein, että ne liukenevat suolistossa ja niiden vaikutus on monesti hidasta. 18,6 % vastaajista oli sitä mieltä, että ne liukenevat ruokatorvessa hitaasti ja vaikuttavat pitkään. 7 % vastaajista vastasi virheellisesti, että ne imeytyvät mahalaukussa ja vaikutus alkaa nopeasti. 2,3 % vastaajista oli sitä mieltä, että ne imeytyvät suun limakalvolta verenkiertoon ja vaikuttavat nopeasti.

Kaikki vastaajat (100 %) osasi vastata oikein, että oraalinesteistä lääkeaine imeytyy paremmin ja nopeammin kuin kiinteästä valmisteesta.

Väittämään "Resoribletti-lääkkeet ovat:" vastaajista reilu puolet (62,8 %) osasi vastata, että ne ovat kielen alle liukenemaan tarkoitettuja tabletteja. 30,2 % vastaajista oli sitä mieltä, että resoribletit ovat suussa imeskeltäviksi tarkoitettuja tabletteja. Pieni osa (2,3 %) vastaajista oli sitä mieltä, että ne ovat veteen liuotettuina otettaviksi tarkoitettuja valmisteita. Loppu osa (2,3 %) vastaajista oli sitä mieltä, että resoribletit ovat suolisto-liukoisia tabletteja. Väittämään jätti vastamaatta 2,3 % vastaajista.

"Anafylaktisessa sokissa asiakkaalla ilmenee:"- väittämään suurin osa (76,7 %) vastaajista tiesi, että asiakkaalla ilmenee tällöin sydämen tiheä lyöntisyys, ihon punoitus, verenpaineen laskua ja sydämen rytmihäiriöitä. 9,3 % vastaajista oli sitä mieltä, että anafylaktisessa sokissa asiakkaalla ilmenee näön hämärtymistä, näkemistä kahtena ja tajuttomuutena. 7 % vastaajista vastasi, että asiakkaalla ilmenee sydämen tiheä lyöntisyys, hikoilua ja heikotusta. Toiset 7 % vastaajista oli sitä mieltä, että anafylaktisessa sokissa esiintyy suun alueen turvotusta, hikoilua, oksentamista ja heikotusta.

Väittämään "hypoglykemiassa asiakkaalla ilmenee:", vastaajista reilu puolet (58,1 %) tiesi, että siinä ilmenee väsymystä, uupumusta, huimausta ja epätavallista tai riitaisaa käytöstä. Vastaajista 32,6 % oli sitä mieltä, että hypoglykemiassa esiintyy uupumusta, janoa, suun kuivumista ja huimausta. Vastaajista 7 % vastasi, että tällöin ilmenee kuumetta, janoa ja lisääntynyttä virtsamäärää. 2,3 % vastaajista oli sitä mieltä, että hypoglykemiassa esiintyy motorista levottomuutta, ahdistuneisuutta ja suun kuivumista.



Kuvio 3. Anatomian ja fysiologian väittämien oikein ja väärin vastaukset

6.2.4 Etiikka lääkehoidossa

Lääkehoidon eettistä osaamista mitattiin 7 monivalintakysymyksellä.

Vastaajilta tiedusteltiin, kuinka usein heidän työyksikössään käydään yhdessä läpi yksikön lääkehoidon läheltä piti- ja poikkeamatilanteet. Noin puolet (55,8 %) kertoi, että läheltä piti- ja poikkeamatilanteet käydään yksikössä läpi kerran kuukaudessa. Vastaajista 25,6 % vastasi, että läheltä piti- ja poikkeamatilanteita ei käydä lainkaan läpi yksikössä. 9,3 % vastaajista kertoi, että tilanteet käydään läpi kerran kolmessa kuukaudessa ja 4,7 % kertoi, että ne käydään läpi joka toinen kuukausi. Kysymykseen jätti vastaamatta 4,7 % vastaajista.

Vastaajista 74,4 % vastasi pitävänsä huolta lääkehoitotaitojensa säännöllisestä päivittämisestä 3-5 vuoden välein. 14 % vastaajista vastasi pitävänsä huolta lääkehoitotaitojensa säännöllisestä päivittämisestä 1-2 vuoden välein. Vastaajista 7 % oli sitä mieltä, että lääkehoitotaitoja tarvitsee päivittää 6-10 vuoden välein. 4,7 % vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

Vastaajista lähes kaikki (93 %) vastasi "kyllä" väittämään "Opiskelen lääkehoitoon liittyviä asioita työpaikallani". 4,7 % vastaajista ei opiskele lääkehoitoon liittyviä asioita työpaikalla. 2,3 % vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

"Toivoisin työyksikössäni keskustelua lääkehoidon ongelmatilanteista" väittämään vastasi suurin osa (90,7 %) vastaajista "kyllä". 7 % vastaajista ei toivo työyksikössä keskustelua lääkehoidon ongelmatilanteista. 2,3 % vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

Vastaajista reilu puolet (55,8 %) kertoi konsultoineensa lääkäriä ollessaan epätietoinen asiakkaalle määrätystä lääkkeestä ja 41,9 % vastaajista konsultoi sairaanhoitajaa. 2,3 % vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

Vastaajista 44,2 % tiesi, että perusta aseptiselle työskentelylle lääkehoidossa on huolellinen käsienpesu. 32,6 % vastaajista oli sitä mieltä, että perusta aseptiselle työskentelylle on käsidesinfektio ja 23,3 % oli sitä mieltä, että tehdaspuhtaiden käsineiden käyttö riittää.

Vastaajista peräti puolet (51,2 %) vastasi virheellisesti, että jakaessani tabletteja ja muita peroraalisesti annosteltavia lääkkeitä käytän suojakäsineitä ja apuna pinsettejä tai jakelulusikkaa. Vastaajista 46,5 % vastasi pesevänsä ja desinfioivansa kädet ennen lääkkeiden käsittelyä ja käyttävänsä apuna pinsettejä tai jakelulusikkaa.

6.3 Lääkehoidon matemaattiset perusteet

Lääkehoidon matemaattisia perusteita mitattiin kolmella yksikönmuunnostehtävällä ja kolmella annoslaskutehtävällä. Vastaukset on esitetty "oikein" ja "väärin" vastauksilla ja ne on havainnollistettu pylväskuvioiden avulla.

Vastaajista 67,4 % osasi vasta oikein, että 500 µg on milligrammoina 0,5 mg. Vastaajista 20,9 % oli sitä mieltä, että 500 µg on 0,05 mg. 7 % vastaajista vastasi, että tulos on 5 mg ja 2,3 % vastasi, että 500 µg on peräti 50 mg. Vastaajista 2,3 % jätti vastaamatta kysymykseen.

Yli puolet (67,4 %) vastaajista tiesi, että 20 mg grammoina on 0,02 grammaa. Osa vastaajista (30,2 %) oli sitä mieltä, että 20 mg on 0,2 grammaa. 2,3 % vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

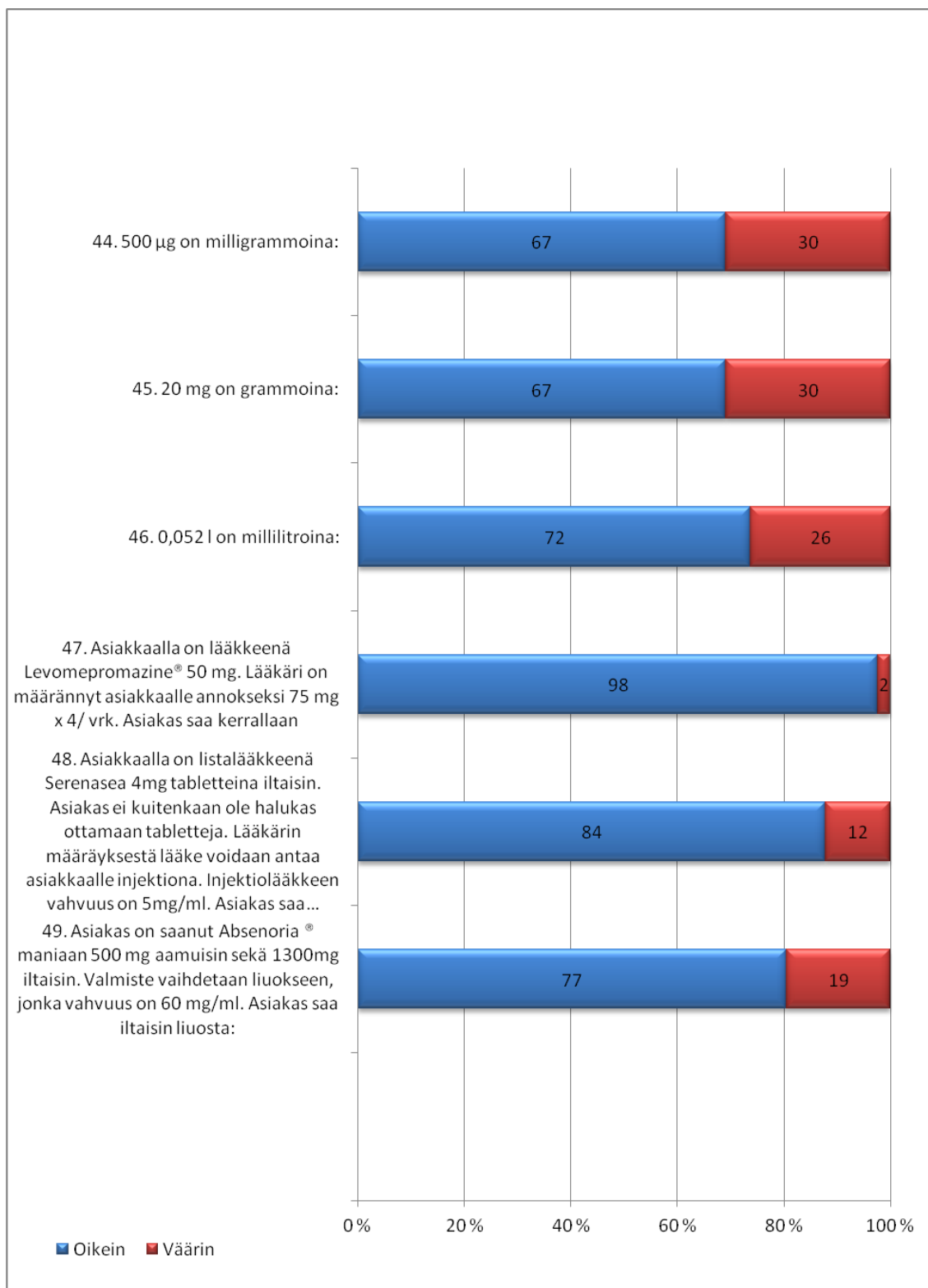
Suurin osa (72,1 %) tiesi, että 0,052 litraa on millilitroina 52 millilitraa. 14 % vastaajista oli sitä mieltä, että 0,052 litraa on 5,2 millilitraa. Osa vastaajista (9,3 %) vastasi, että 0,052 litraa on 0,52 millilitraa ja 2,3 % vastaajista vastasi, että se on 520 millilitraa. Kysymykseen jätti vastamaatta 2,3 % vastaajista.

Lähes kaikki (97,7 %) vastaajista vastasi oikein siihen, että jos asiakkaalla on lääkkeenä Levomepromazine® 50 mg. Lääkäri on määrännyt asiakkaalle annokseksi 75 mg x 4/ vrk niin asiakas saa kerrallaan 1,5 tablettia. Vastaajista 2,3 % oli sitä mieltä, että asiakas saisi 2,5 tablettia.

Kysymykseen "Asiakkaalla on listalääkkeenä Serenasea 4 mg tabletteina iltaisin. Asiakas ei kuitenkaan ole halukas ottamaan tabletteja. Lääkäri määrääksestä lääke voidaan antaa asiakkaalle injektiona. Injektiolääkkeen vahvuus on 5 mg/ml. Asiakas saa lääkettä", osasi vastata oikein 83,7 % vastaajista, ollen sitä mieltä, että asiakas saa lääkettä 0,8 ml. 7 % vastaajista oli sitä mieltä, että asiakas saa lääkettä 2 ml. 2,3 % vastaajista vastasi, että asiakas saa lääkettä 1,2 ml ja toiset 2,3 % vastaajista oli sitä

mieltä, että asiakas saa lääkettä 0,5 ml. Kysymykseen jätti vastaamatta 4,7 % vastaajista.

Kysymykseen "Asiakas on saanut Absenoria ® maniaan 500 mg aamuisin sekä 1300mg iltaisin. Valmiste vaihdetaan liuokseen, jonka vahvuus on 60 mg/ml ", osasi vastaajista suurin osa (76,7 %) vastata oikein, että asiakas saa iltaisin liuosta 21,6 ml. 9,3 % vastaajista oli sitä mieltä, että asiakas saa liuosta 12,5 ml. 7 % vastaajista puolestaan vastasi, että asiakas saa liuosta 2,16 ml ja 2,3 % vastasi, että liuosta annetaan 15 ml. Kysymykseen jätti vastaamatta 4,7 % vastaajista.



Kuvio 4. Lääkehoidon matemaattisten perusteiden väittämien oikein ja väärin vastaukset

6.4 Lääkehoidon käytäntö

Tulokset käsitellään lääkkeiden hankinnan ja käsittelyn, lääkehoidon toteuttamisen vaiheiden sekä yhteistyö asiakkaan ja omaisten kanssa osa-alueiden mukaan eli kolmea lääkehoidon käytäntöä kuvaavan summamuuttujan mukaan.

6.4.1 Lääkkeiden hankinta ja käsittely

Lääkkeiden hankintaan ja käsittelyyn liittyvää osaamista mitattiin kuudella monivalintakysymyksellä. Vastaukset on esitetty "oikein" ja "väärin" vastauksilla ja ne on havainnollistettu pylväskuvioiden avulla.

Kaikki vastaajat (100 %) totesivat, että jos he huomaavat lääkkeitä jakaessa, että lääke on vähissä, he huolehtivat että lääkettä tilataan lisää.

"Yksikköni lääkekaappi sisältää sovitun peruslääkevalikoiman, joka on määritelty" -kysymykseen vastaajista suuri osa (74,4 %) vastasi, että peruslääkevalikoima on löytyy yksikön lääkehoitosuunnitelmassa. 25,6 % vastasi, että peruslääkevalikoima on määritelty Etevan lääkehoitosuunnitelmassa.

Suurin osa (83,7 %) vastaajista oli sitä mieltä, että yksikön lääkekaappia hoidetaan asian mukaisesti kerran kuussa. Vastaajista 9,3 % oli kuitenkin sitä mieltä, että lääkekaappia hoidetaan silloin kun on tarve.

Lähes kaikki (81,4 %) vastaajista tiesi, että tavallisin lääkkeiden säilytyslämpötila on +15 - +25 C. Vastaajista 14 % oli sitä mieltä, että tavallisin säilytyslämpötila on +8 - +15 C.

Lähes kaikki (95,3 %) vastaajista tiesi, että asiakkaan käyttämättä jääneet lääkkeet toimitetaan apteekkiin hävitettäväksi. Kysymykseen jätti vastaamatta 4,7 % vastaajista.

Vastaajista lähes kaikki (95,3 %) vastasi "kyllä" väitteeseen "Tarkistan aina ennen lääkkeenjakoja, että lääke ei ole vanhentunut". 2,3 % vastaajista vastasi, että ei tarkista onko lääke vanhentunut. Kysymykseen jätti vastaamatta 2,3 % vastaajista.

6.4.2 Lääkehoidon toteuttamisen vaiheet

Lääkehoidon toteuttamisen vaiheita tiedusteltiin kuudelle "kyllä, ei" - väittämällä.

Suurin osa (79,1 %) vastaajista vastasi "kyllä" väittämään "Hallitsen lääkemääräyksen vastaanottamisen ja kirjaamisen". 20,9 % vastaajista koki, että ei hallitse lääkemääräyksen vastaanottamista ja kirjaamista.

Lähes kaikki (90,7 %) vastaajista koki, että he hallitsevat lääkevalmisteiden annostelun asiakaskohtaisiin annoksiin. Vastaajista 7 % koki, että ei hallitse annostelua asiakaskohtaisiin annoksiin. Kysymykseen jätti vastaamatta 2,3 % vastaajista.

Vastaajista 72,1 % koki hallitsevansa lääkkeiden erilaiset antotavat. 27,9 % puolestaan koki, että ei hallitse lääkkeiden erilaisia antotapoja.

Lähes kaikki (97,7 %) vastaajat kertoivat seuraavansa asiakkaan ohjeenmukaista lääkkeen ottamista. Kysymykseen jätti vastaamatta 2,3 % vastaajista.

Kaikki vastaajat (100 %) vastasivat seuraavansa asiakkaan tilaa lääkkeen annon jälkeen.

Suurin osa (86 %) vastaajista koki tunnistavansa asiakkaan voinnissa lääkkeen vaikutusten aiheuttamat muutokset. Puolestaan 14 % vastaajista koki, että ei tunnista lääkkeen aiheuttamia muutoksia.

6.4.3 Yhteistyö asiakkaan ja omaisten kanssa

Yhteistyötä asiakkaan ja omaisten kanssa mitattiin kuudella kysymyksellä, joista kaksi oli monivalintakysymystä ja loput "kyllä, ei"- kysymyksiä.

Vastaajista suurin osa (72,1 %) koki, että heillä on riittävät tiedot ja taidot asiakkaan lääkehoidon ohjaukseen ja opetukseen. Kuitenkin 27,9 % koki, että heillä ei ole riittäviä ohjaus- ja opetustaitoja.

Suurin osa (72,1 %) vastaajista käytti asiakkaan ja hänen läheisten lääkehoidon ohjauksen tukena tutkittuun tietoon perustuvia lääkeinformaatiolähteitä. Vastaajista 20,9 % totesi, että ei anna ohjausta, vaan pyytää sairaanhoitajaa tekemään sen. 7 % vastaajista kertoi käyttävänsä ohjauksen tukena internetistä löytyviä pakkausselosteita.

Lähes kaikki (90,7 %) vastaajista kertoi selvittävän asiakkaalle hänen lääkehoitoaan ja käytti tarvittaessa ohjauksen tukena vaihtoehtoisia kommunikointimenetelmiä. Vastaajista 7 % vastasi tähän kysymykseen "ei", Vastaajista 2,3 % jätti vastaamatta kysymykseen.

Suurin osa (86 %) vastaajista oli sitä mieltä, että asiakkaan ja hänen läheistensä lääkeneuvonta kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka osallistuvat asiakkaan lääkehoidon prosessiin. Vastaajista 11,6 % oli sitä mieltä, että lääkeneuvonta kuuluu lääkärille ja sairaanhoitajalle. 2,3 % vastaajista koki, että lääkeneuvonta kuuluu vain lääkärille.

Lähes kaikki (90,7 %) vastaajista vastasi "kyllä" väittämään; varmistan aina, että asiakas tai hänen läheisensä on ymmärtänyt saamansa lääkehoidon ohjauksen ja opetuksen. 7 % vastaajista vastasi väittämään "ei". 2,3 % vastaajista jätti vastaamatta väittämään.

Väittämään "Selvitän asiakkaalle lääkehoidon mahdollisia sivuvaikutuksia", vastaajista suurin osa (88,4 %) vastasi "kyllä". Vastaajista 9,3 % vastasi "ei" ja 2,3 % vastaajista jätti vastaamatta väittämään.

6.5 Subcutaaninen- ja intramuskulaarinen - lääkehoito

Subcutaanista ja intramuskulaarista- lääkehoidon osaamista mitattiin kuudella monivaihtokysymyksellä. Vastaukset on esitetty "oikein" ja "väärin" vastauksilla ja ne on havainnollistettu pylväskuvioiden avulla.

"I.M injeksiota antaessa venytetään asiakkaan ihoa pistokohdasta, jolloin;" - kysymykseen vastaajista 46,5 % vastasi oikein, että tuolloin otteen irrottamisen jälkeen lääkkeen vuotaminen ulos pistoreiästä estyy. 27,9 % vastaajista oli sitä mieltä, että näin toimittaessa neula menee varmasti tarpeeksi syvälle ja lääkeaine pääsee oikeaan paikkaan. Vastaajista 20,9 % puolestaan oli sitä mieltä, että pistokohta pysyy hyvin

paikoillaan ja pistäminen on sujuvampaa. 2,3 % vastaajista oli sitä mieltä, että näin toimittuna injektio pistäminen ei tunnu asiakkaasta niin kivuliaalta. Vastaajista 2,3 % jätti vastaamatta kysymykseen.

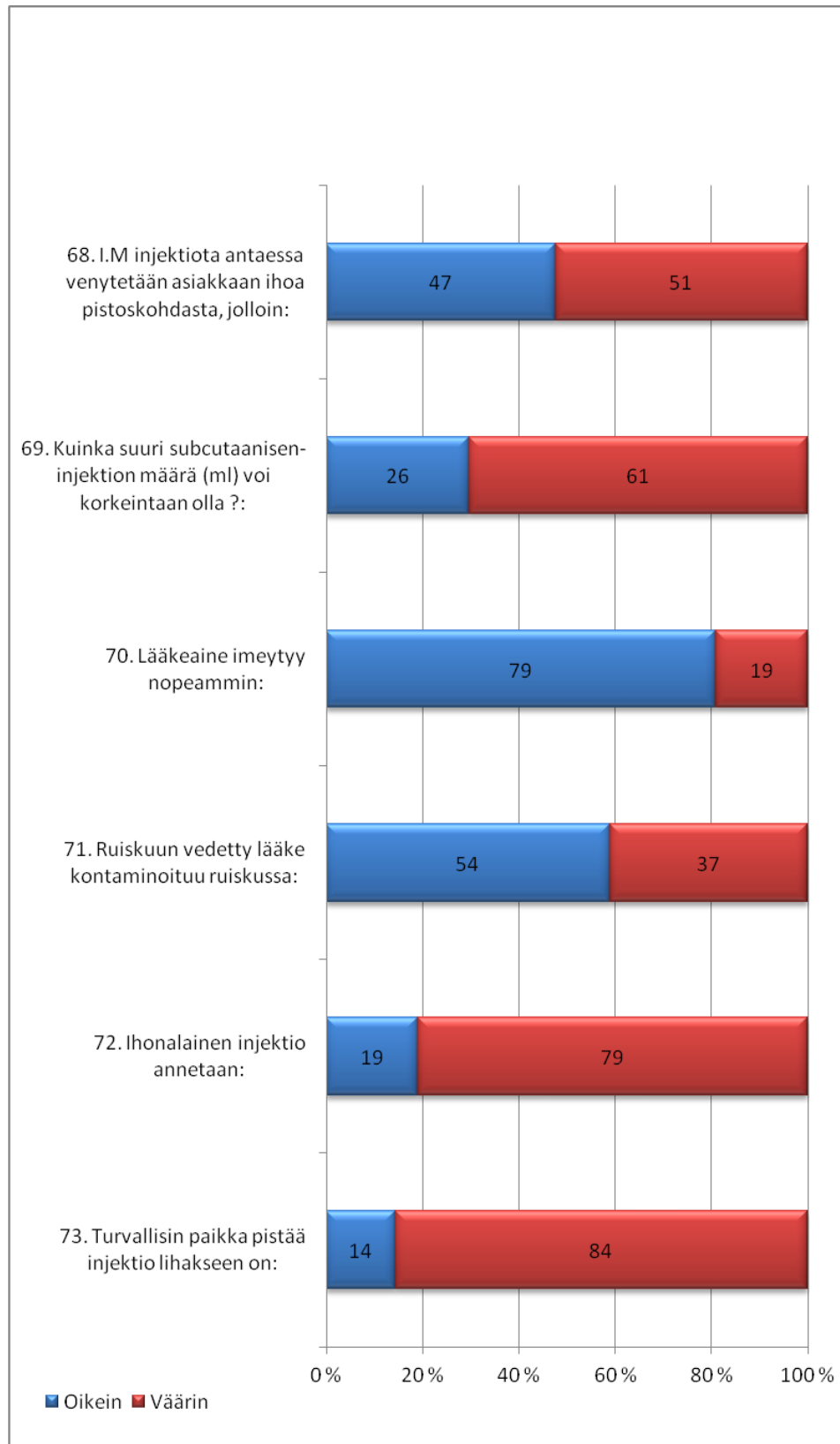
Vastaajista 25,6 % tiesi, että subcutaanisen injektio korkein määrä (ml) voi olla 2 ml. Saman verran (25,6 %) vastaajia oli sitä mieltä, että suurin määrä voi olla 2,5 ml. Vastaajista 20,9 % oli sitä mieltä, että määrä voi olla 1 ml. Vastaajista 14 % oli sitä mieltä, että määrä voi olla 5 ml. 14 % vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

Vastaajista suurin osa (79,1 %) tiesi, että lääkeaine imeytyy nopeammin lihakseen annettavalla injektioilla. 18,6 % vastaajista oli sitä mieltä, että lääkeaine imeytyy nopeammin ihonalaiskudokseen annettavalla injektioilla.

Reilu puolet (53,5 %) vastaajista tiesi, että ruiskuun vedetty lääkeaine kontaminoituu ruiskussa 20 minuutissa. Vastaajista 23,3 % oli sitä mieltä, että kontaminoituminen tapahtuu 40 minuutissa. Vastaajista 7 % oli sitä mieltä, että kontaminoitumiseen kuuluu 60 minuuttia ja vastaajista toiset 7 % oli sitä mieltä, että kontaminoituminen tapahtuu vasta 120 minuutissa.

Vastaajista pieni osa (18,6 %) tiesi, että ihonalaisen injektio voi antaa sekä 90 ° - että 45 ° kulmassa. Suurin osa (51,2 %) vastaajista oli sitä mieltä, että 45 ° kulma on oikea. 27,9 % vastaajista oli sitä mieltä, että oikea kulma on 90 °. Vastaajista 2,3 % jätti vastaamatta kysymykseen.

Vastaajista vain 4,7 % tiesi, että suora reisilihas on turvallisin injektio antopaikka yhdessä ulomman reisilihaksen (vastaajista 14 % tiesi tämän) kanssa. Yli puolet (58,1 %) vastaajista oli sitä mieltä, että turvallisin injektio antopaikka on selänpuoleinen pakara-alue. Vastaajista 20,9 % oli sitä mieltä, että injektio on turvallisinta antaa vatsanpuoleiseen pakara-alueeseen. 2,3 % vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen.



Kuvio 5. Subcutaanisen ja intramuskulaarisen monivalintakysymysten oikein ja väärin vastaukset

6.6 Taustamuuttujien yhteys lääkehoidon osaamiseen

Taustamuuttujien yhteyttä lääkehoidon osaamiseen selvitettiin käyttämällä ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä.

6.6.1 Iän vaikutus

Ikä vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,026$) siihen miten vastaajat vastasivat siihen, miten he huolehtivat lääkehoitotaitojen säännöllisestä päivittämisestä. Tyypillisesti kaikissa ikäryhmissä huolehdittiin lääkehoitotaitojen päivittämisestä 3-5 vuoden välein. Eroja on suhteellisessa osuudessa, 20-29-vuotiaat 69,2 % ($n=9$), 30-39-vuotiaat 78,6 % ($n=11$), 40-49-vuotiaat 100 % ($n=8$) ja yli 49-vuotiaat 66,7 % ($n=4$).

Taulukko 4. Iän vaikutus siihen, miten vastaajat huolehtivat lääkehoitotaitojen säännöllisestä päivittämisestä

			1.Ikäsi:				Total
			20-29 vuotta	30-39 vuotta	40-49 vuotta	yli 49 vuotta	
Tarkka Khiin neliötesti $p=0,026$							
38. Huolehdin lääkehoitotaitoni säännöllisestä päivittämisestä:	1-2 vuoden välein	f	4	0	0	2	6
		%	30,8%	0,0%	0,0%	33,3%	14,6%
	3-5 vuoden välein	f	9	11	8	4	32
		%	69,2%	78,6%	100,0%	66,7%	78,0%
	6-10 vuoden välein	f	0	3	0	0	3
		%	0,0%	21,4%	0,0%	0,0%	7,3%
Total		f	13	14	8	6	41
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.6.2 Koulutuksen vaikutus

Koulutus vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,022$) siihen, miten vastaajat vastasivat, miten masennuslääkkeiden positiivinen vaikutus mielialaan tulee esiin. Tyypillisesti vastaajat kokivat, että positiivinen vaikutus mielialaan tulee esiin muutaman viikon jälkeen lääkkeen aloittamisesta. Eroja on suhteellisessa osuudessa, sairaanhoitajissa

45,5 % (n=5), lähihoitajissa 75 % (n=15) ja muun koulutustaustan omaavissa 83,3 % (n=10).

Taulukko 5. Koulutuksen vaikutus siihen, miten vastaajat tunnistavat milloin masennuslääkkeiden positiivinen vaikutus mielialaan tulee esiin

Tarkka Khiin neliötesti p=0,022			3.Viimeisin koulutuksesi:			Total
			sairaanhoitaja	lähihoitaja	muu	
27.Masennuslääkkeiden positiivinen vaikutus mielialaan tulee esiin:	muutaman tunnin kuluttua lääkkeen otosta	f	0	0	1	1
		%:	0,0%	0,0%	8,3%	2,3%
	parin päivän kuluttua lääkkeen aloittamisesta	f	0	2	0	2
		%	0,0%	10,0%	0,0%	4,7%
	vasta noin viiden viikon kuluttua lääkkeen aloittamisesta	f	6	3	1	10
	%	54,5%	15,0%	8,3%	23,3%	
muutaman viikon jälkeen lääkkeen aloittamisesta	f	5	15	10	30	
	%	45,5%	75,0%	83,3%	69,8%	
Total	f	11	20	12	43	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Koulutus vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,003$) siihen, miten vastaajat vastasivat ollessaan epätietoisia asiakkaalle määrätystä lääkkeestä ketä silloin konsultoi. Suurin osa vastaajista konsultoi lääkärinä kyseisessä tilanteessa. Eroja on suhteellisessa osuudessa, sairaanhoitajissa 100 % (n=11), lähihoitajissa 40 % (n=8) ja muun koulutustaustan omaavissa 45,5 % (n=5).

Taulukko 6. Koulutuksen vaikutus siihen ketä vastaajat konsultoivat, kun olen epätietoinen asiakkaalle määrätystä lääkkeestä

Tarkka Khiin neliötesti p=0,003			3.Viimeisin koulutuksesi:			Total
			sairaanhoitaja	lähihoitaja	muu	
41. Ollessani epätietoinen asiakkaalle määrätystä lääkkeestä konsultoin::	sairaanhoitajaa	f	0	12	6	18
		%	0,0%	60,0%	54,5%	42,9%
	lääkärinä	f	11	8	5	24
		%	100,0%	40,0%	45,5%	57,1%
Total	f	11	20	11	42	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Koulutus vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,007$) siihen, miten vastaajat vastasivat missä on määritelty yksikön lääkekaapin sisältämä peruslääkevalikoima.

Sairaanhoitajista 81,8 %, ($n=9$) ja lähihoitajista 90% ($n=18$) ja muun koulutuksen omaavista 41,7 % ($n=5$) vastasivat, että se on määritelty yksikön lääkehoitosuunnitelmassa.

Taulukko 7. Koulutuksen vaikutus siihen, miten vastaajat tietävät mistä löytyy yksikön sovittu peruslääkevalikoima

Tarkka Khiin neliötesti p=0,007			3.Viimeisin koulutuksesi:			Total
			sairaanhoitaja ja	lähihoitaja ja	muu	
51. Yksikköni lääkekaappi sisältää sovittun peruslääkevalikoiman, joka on määritelty:	yksikön lääkehoitosuunnitelmassa	f	9	18	5	32
		%	81,8%	90,0%	41,7%	74,4%
Etevan lääkehoitosuunnitelmassa		f	2	2	7	11
		%	18,2%	10,0%	58,3%	25,6%
Total	f	11	20	12	43	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Koulutus vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,008$) siihen, miten vastaajat vastasivat miten he hallitsevat lääkemääräysten vastaanottamisen ja kirjaamisen.

Sairaanhoitajista 100 % (n=11), lähihoitajista 85 % (n=17) ja muun koulutustaustan omaavista 50 % (n=6) kokivat hallitsevansa lääkemääräyksen vastaanottamisen ja kirjaamisen.

Taulukko 8. Koulutuksen vaikutus siihen, miten vastaajat hallitsevat lääkemääräyksen vastaanottamisen ja sen kirjaamisen

Tarkka Khiin neliötesti p=0,008			3.Viimeisin koulutuksesi:			Total
			sairaanhoitaja	lähihoitaja	muu	
56.Hallitsen lääkemääräyksen vastaanottamisen ja kirjaamisen:	kyllä	f	11	17	6	34
		%	100,0%	85,0%	50,0%	79,1%
	ei	f	0	3	6	9
		%	0,0%	15,0%	50,0%	20,9%
Total		f	11	20	12	43
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Koulutus vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi (p=0,034) siihen, miten vastaajat vastasivat miten he hallitsevat lääkevalmisteiden annostelun asiakaskohtaisiin annoksiin. Kaikki sairaanhoitajat 100 % (n=11) ja kaikki lähihoitajat 100 % (n=19) sekä muun koulutustaustan omaavista 75 % (n=9) olivat sitä mieltä, että he hallitsevat annostelun asiakaskohtaisiin annoksiin.

Taulukko 9. Koulutuksen vaikutus siihen miten vastaajat hallitsevat lääkevalmisteiden annostelun asiakaskohtaisiin annoksiin

Tarkka Khiin neliötesti p=0,034			3.Viimeisin koulutuksesi:			Total
			sairaanhoitaja	lähihoitaja	muu	
57.Hallitsen lääkevalmisteiden annostelun asiakaskohtaisiin annoksiin:	kyllä	f	11	19	9	39
		%	100,0%	100,0%	75,0%	92,9%
	ei	f	0	0	3	3
		%	0,0%	0,0%	25,0%	7,1%
Total		f	11	19	12	42
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Koulutus vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi (p=0,008) siihen, miten vastaajat vastasivat miten he hallitsevat erilaiset lääkkeiden antotavat. Kaikki sairaanhoitajat 100 % (n=11), lähihoitajista 75 % (n=15) ja muun koulutuksen omaavista 41,7 % (n=5) vastasivat hallitsevansa kaikki lääkkeiden antotavat.

Taulukko 10. Koulutuksen vaikutus siihen, miten vastaajat hallitsevat lääkkeiden erilaiset antotavat

Tarkka Khiin neliötesti p=0,008			3.Viimeisin koulutuksesi:			Total
			sairaanhoitaja	lähihoitaja	muu	
58.Hallitsen lääkkeiden erilaiset antotavat:	kyllä	f	11	15	5	31
		%	100,0%	75,0%	41,7%	72,1%
	ei	f	0	5	7	12
		%	0,0%	25,0%	58,3%	27,9%
Total	f	11	20	12	43	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Koulutus vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,000$) siihen, miten vastaajat vastasivat mitä he käyttävät asiakkaan ja hänen läheisten lääkeshoidon ohjauksen tukena. Sairaanhoitajista lähes kaikki 90,9 % ($n=10$), lähihoitajista suurin osa 85 % ($n=17$) ja muun koulutustaustan omaavista 33,3 % ($n= 4$) käytti tutkittuun tietoon perustuvia lääkeinformaatiolähteitä.

Taulukko 11. Koulutuksen vaikutus siihen, mitä vastaajat käyttävät lääkehoidon ohjauksen tukena

Tarkka Khiin neliötesti p=0,000			3.Viimeisin koulutuksesi:			Total
			sairaanhoitaja	lähihoitaja	muu	
63. Asiakkaan ja hänen läheisten lääkehoidon ohjauksen tukena käytän:	tutkittuun tietoon perustuvia lääkeinformaatiolähteitä	f	10	17	4	31
		%	90,9%	85,0%	33,3%	72,1%
	en anna ohjausta, pyydän sairaanhoitajaa tekemään sen	f	0	1	8	9
		%	0,0%	5,0%	66,7%	20,9%
	internetistä löytyviä pakkauselosteita	f	1	2	0	3
		%	9,1%	10,0%	0,0%	7,0%
Total	f	11	20	12	43	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Koulutus vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,030$) siihen, miten vastaajat vastasivat mikä on turvallisin paikka pistää injektio. Tyypillisesti vastaajat vastasivat selänpuoleisen pakara-alueen. Eroja oli suhteellisessa osuudessa sairaanhoitajista 45,5 % ($n=5$), lähihoitajista 65 % ($n=13$) ja muun koulutustaustan omaavista 63,6 % ($n=7$).

Taulukko 12. Koulutuksen vaikutus siihen miten vastaajat tietävät turvallimmman paikan pistää injektio

Tarkka Khiin neliötesti p=0,030			3.Viimeisin koulutuksesi:			Total
			sairaanhoitaja	lähihoitaja	muu	
73. Turvallisin paikka pistää injektio lihakseeseen on:	suora reisilihas	f	0	2	0	2
		%	0,0%	10,0%	0,0%	4,8%
	vatsanpuoleinen pakaralihas	f	6	2	1	9
		%	54,5%	10,0%	9,1%	21,4%
	ulompi reisilihas	f	0	3	3	6
		%	0,0%	15,0%	27,3%	14,3%
	selänpuoleinen pakara-alueen	f	5	13	7	25
		%	45,5%	65,0%	63,6%	59,5%
Total	f	11	20	11	42	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

6.6.3 Työkokemuksen vaikutus kehitysvammapsykiatrian yksiköissä

Työkokemus kehitysvammapsykiatriassa vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,018$) siihen, että vastaajat konsultoivat lääkäriä ollessaan epätietoisia asiakkaalle määrätystä lääkkeestä. Eroja on suhteellisessa osuudessa vastaajista, jotka olivat olleet yksiköissä töissä alle 1 vuotta 16,7 % ($n=1$), 1-5 vuotta 76,2 % ($n=16$), 6-10 vuotta 46,2 % ($n=6$) ja yli 10 vuotta 0 % ($n=0$).

Taulukko 13. Työkokemuksen vaikutus siihen, ketä vastaaja konsultoi ollessaan epätietoinen asiakkaalle määrätystä lääkkeestä

Tarkka Khiin neliötesti p=0,018			6. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kehitysvammapsykiatrian yksikössä:				Total
			alle 1 vuotta	1-5 vuotta	6-10 vuotta	yli 10 vuotta	
41. Ollessani epätietoinen asiakkaalle määrätystä lääkkeestä konsultoin::	sairaanhoitajaa	f	5	5	7	1	18
		%	83,3%	23,8%	53,8%	100,0%	43,9%
	lääkäreitä	f	1	16	6	0	23
		%	16,7%	76,2%	46,2%	0,0%	56,1%
	Total	f	6	21	13	1	41
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Työkokemus kehitysvammapsykiatriassa vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,008$) siihen, että vastaajat kokivat, että yksikön lääkekaappia hoidetaan asian mukaisesti kerran kuussa. Eroja oli suhteellisessa osuudessa alle 1 vuotta 40 % ($n=2$), 1-5 vuotta 95 % ($n=19$), 6-10 vuotta 100 % ($n=13$) ja yli 10 vuotta 100 % ($n=1$).

Taulukko 14. Työkokemuksen merkitys siihen, kuinka usein vastaajat kokivat, että yksikön lääkekaappia hoidetaan asianmukaisesti

			6. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kehitysvammapsykiatrian yksikössä:				Total
			alle 1 vuotta	1-5 vuotta	6-10 vuotta	yli 10 vuotta	
Tarkka Khiin neliötesti $p=0,008$							
52. Yksikköni lääkekaappia hoidetaan asian mukaisesti:	kerran kuussa	f	2	19	13	1	35
		%	40,0%	95,0%	100,0%	100,0%	89,7%
	silloin kun on tarve	f	3	1	0	0	4
		%	60,0%	5,0%	0,0%	0,0%	10,3%
Total		f	5	20	13	1	39
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Työkokemus kehitysvammapsykiatriassa vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,049$) siihen, että vastaajat kokivat selvittävänsä asiakkaalle hänen lääkehoitoaan ja tarvittaessa käyttävät tukena vaihtoehtoisia kommunikointimenetelmiä. Eroja oli suhteellisessa osuudessa alle 1 vuotta 100% ($n=6$), 1-5 vuotta 90,5 % ($n=19$), 6-10 vuotta 100 % ($n=13$) ja yli 10 vuotta 0 % ($n=0$).

Taulukko 15. Työkokemuksen merkitys siihen, käyttääkö tarvittaessa vastaaja vaihtoehtoisia kommunikointi menetelmiä asiakkaan lääkehoiduksen tukena

			6. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kehitysvammapsykiatrian yksikössä:				Total
			alle 1 vuotta	1-5 vuotta	6-10 vuotta	yli 10 vuotta	
Tarkka Khiin neliötesti $p=0,049$							
64. Selvitän asiakkaalle hänen lääkehoitoaan ja tarvittaessa käytän tukena	kyllä	f	6	19	13	0	38
		%:	100,0%	90,5%	100,0%	0,0%	92,7%
	ei	f	0	2	0	1	3
		%	0,0%	9,5%	0,0%	100,0%	7,3%

vaihtoehtoisia kommunikointi menetelmiä::						
Total	f	6	21	13	1	41
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Työkokemus kehitysvammapsykiatriassa vaikuttaa tilastollisesti merkittävästi ($p=0,028$) siihen, että injeksiota annettaessa venytetään asiakkaan ihoa pistokohdasta, jolloin otteen irrottamisen jälkeen lääkkeen vuotaminen ulos pistoreiästä estyy. Eroja esiintyy suhteellisessa osuudessa alle 1 vuotta 16,7 (n=1), 1-5 vuotta 71,4 % (n=15), 6-10 vuotta 23,1 % (n=3) ja yli 10 vuotta 0 % (n=0).

Taulukko 16. Työkokemuksen merkitys siihen, mitä mieltä vastaajat olivat siitä, että miksi asiakkaan ihoa venytetään I.M injeksiota annettaessa

			6. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kehitysvammapsykiatrian yksikössä:				Total
			alle 1 vuotta	1-5 vuotta	6-10 vuotta	yli 10 vuotta	
Tarkka Khiin neliötesti $p=0,028$							
68. I.M injeksiota annettaessa venytetään asiakkaan ihoa pistokohdasta, jolloin:	pistokohta pysyy hyvin paikoillaan ja pistäminen on sujuvamp	f	1	1	6	1	9
		%	16,7%	4,8%	46,2%	100,0%	22,0%
	injektion pistäminen ei tunnu asiakkaasta niin kivuliaalta	f	0	1	0	0	1
		%	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%	2,4%
	otteen irrottamisen jälkeen lääkkeen vuotaminen ulos pistoreiästä estyy	f	1	15	3	0	19
		%	16,7%	71,4%	23,1%	0,0%	46,3%
	neula menee varmasti tarpeeksi syvälle ja lääkeaine pääsee o	f	4	4	4	0	12
		%	66,7%	19,0%	30,8%	0,0%	29,3%
Total	f	6	21	13	1	41	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

7 Pohdinta

7.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Keravan, Hämeenlinnan ja Lahden kehitysvammapsykiatrian yksiköiden henkilökunnan lääkehoidon osaamista. Tarkoituksena oli selvittää miten kehitysvammapsykiatrian yksiköiden työntekijät tuntevat vastuunsa ja velvollisuutensa lääkehoidon toteuttamisessa, miten työntekijät osaavat toteuttaa lääkehoitoa koulutuksensa edellyttämällä tavalla sekä miten työntekijät osaavat toteuttaa lääkehoitoa kehitysvammapsykiatrian näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kehitysvammapsykiatrian yksiköiden lääkehoidon osaamisen nykytilaa ja sen pohjalta tehdä ehdotus kehitysvammapsykiatrianyksiköille tarpeellisista lääkehoidon lisäkoulutuksista.

Farmasian ja farmakologian osaamista mitattiin 11 monivalintakysymyksellä, joissa jokaisessa oli yksi oikea vastausvaihtoehto. Suurimpaan osaan monivalintakysymyksistä vastaajat osasivat vastata oikein. Kuitenkin parannettavan varaa on esimerkiksi tietämyksestä siitä, millaisia oireita trisyklisten masennuslääkkeiden aloitus saattaa aiheuttaa. Yhteenvetona voi todeta, että henkilökunta tarvitsisi lisäkoulutusta farmasiasta ja farmakologiasta sekä varsinkin psykolääkkeiden käytöstä ja niiden mahdollisista haittavaikutuksista. Kuviosta 2 näkee vielä havainnollistettuna farmasian ja farmakologian väittämien oikein ja väärin vastaukset. Veräjänkorvan (2003:122) mukaan sairaanhoitajien farmasian ja farmakologian taidot olivat keskimäärin hyvät.

Anatomian ja fysiologian osaamista mitattiin 6 monivalintakysymyksellä, joissa jokaisessa oli yksi oikea vastausvaihtoehto. Kysymyksiin tuli oikeita vastauksia, mutta silti huolestuttavan paljon väärää vastauksia muun muassa siihen miten esimerkiksi enterolääkevalmisteet otetaan. Henkilökunnalla on selvästi tarvetta saada lisäkoulutusta siitä, miten erilaiset lääkevalmisteet otetaan, esimerkiksi veden kanssa tyhjään vatsaan vai ruoan kanssa. Kuviosta 3 näkee vielä havainnollistettuna anatomian ja fysiologian väittämien oikein ja väärin vastaukset. Veräjänkorvan (2003:123) tutkimuksessa nousi myös esiin, että sairaanhoitajat tarvitsevat lisää koulutusta farmakodynamiikasta ja farmakokinetiikasta, jotta he ymmärtäisivät paremmin lääkkeen vaikutusten yhteyksiä lääkkeiden antotapoihin. Puolestaan Sneekin (2016:63) tutkimuksessa kävi ilmi, että

psykiatrian ja kehitysvammahuollon yksiköiden hoitajat vastasivat fysiologian ja anatomian kysymyksiin useammin oikein kuin muiden yksiköiden hoitajat.

Lääkehoidon eettistä osaamista mitattiin 7 monivalintakysymyksellä, joissa jokaisessa oli yksi oikea vastausvaihtoehto. Yleisesti vastauksista sai sen kuvan, että työntekijöiden aseptinen omatunto ei ole kunnossa. Esimerkiksi alle puolet vastaajista vastasi, että perusta aseptiselle työskentelylle lääkeshoidossa on huolellinen käsienpesu. Myös huolta aiheuttaa se, että alle puolet vastaajista vastasi pesevänsä ja desinfioivansa kädet ennen lääkkeiden käsittelyä ja käyttävänsä apuna pinsettejä tai jakelulusikkaa. Työntekijöille olisi tarpeellista saada lisäkoulutusta aseptisestä työskentelystä lääkkeiden parissa. Lisäksi noin puolet työntekijöistä vastasi, että lääkeshoidon läheltäpiti- ja poikkeamatilanteet käydään yksikössä läpi kerran kuukaudessa, mutta huolestuttavaa oli se, että vastaajista 26,6 % vastasi, että läheltäpiti- ja poikkeamatilanteita ei käydä lainkaan läpi yksikössä. Vastauksista nousi myös esiin, että työntekijät toivovat keskustelua lääkeshoidon ongelmatilanteista. Veräjänkorvan (2003:123) mukaan puolestaan sairaanhoitajat eivät tunnista riittävästi toimipaikassaan esiintyviä lääkeshoidon ongelmatilanteita ja tarvetta keskustelulle ongelmia aiheuttavista tilanteista.

Lääkehoidon matemaattisia perusteita mitattiin kolmella yksikönmuunnostehtävällä ja kolmella annoslaskutehtävällä. Yhdessäkään yksikkömuunnos- tai annoslaskutehtävässä ei ollut 100 % oikein. Kuvioista 4 näkee vielä havainnollistettuna lääkeshoidon matemaattisten perusteiden väittämien oikein ja väärin vastaukset. Myös Sneck (2016:87) on todennut, että sairaanhoitajat hallitsevat lääkelaskut kohtalaisesti, mutta kuitenkin pienellä osalla on suuria haasteita niissä. Myös Salerno (2011:56) on havainnut, että lähihoitajat osasivat tyydyttävästi lääkelaskut. Salermon (2011:57) mukaan lähihoitajat osasivat heikoiten laskutehtävät, joissa oli yksikkömuunnoksia. Veräjänkorva (2003:124) on tutkimuksessaan havainnut, että sairaanhoitajien lääkelaskujen osaaminen oli keskimäärin hyvää, mutta virheellisiä suorituksia kuitenkin esiintyi. Sairaahoitajille eniten vaikeuksia tuotti yksikkömuunnokset. Näin ollen henkilökunnan olisi tärkeää harjoitella enemmän lääkelaskuja, varsinkin yksikkömuunnoksia, jotka nousivat muissakin tutkimuksissa esille.

Subcutaanista ja intramuskulaarista- lääkeshoidon osaamista mitattiin kuudella monivalintakysymyksellä, joissa jokaisessa oli yksi oikea vastausvaihtoehto. Tässä osiossa oli huolettavan paljon väärä vastauksia, esimerkiksi ainoastaan alle puolet tiesi miksi I.M injektiota annettaessa käytetään z-tekniikkaa. Lisäksi yli puolet (58,1 %) vastaajista oli

sitä mieltä, että turvallisin injektio-antopaikka on selänpuoleinen pakara-alue. Vastajien tietämys subcutaanisen injektio-osaamisesta oli heikkoa. Henkilökunta tarvitsee ehdottomasti lisäkoulutusta subcutaanisen ja intramuskulaarisen injektio-antoteorian ja käytännön toteuttamisesta. Kuviosta 5 näkee vielä havainnollistettuna subcutaanisen ja intramuskulaarisen monivalintakysymysten oikein ja väärin vastaukset. Ojalan & Kaukilan (Sairaanhoitaja-lehti 10/2008) mukaan aikaisempien tutkimusten mukaan valtaosa hoitohenkilökunnasta toteuttaa antotekniikkaa intramuskulaarista injektio-antamisesta, joka ei ole turvallista nykyisten tutkimusten mukaan. Injektio-antoon liittyvä ongelma on se, että yleisesti injektio-antoon käytetään pakaran ulkoislänkeljänneksen käyttöä. Kyseinen alue injektio-antopaikkana huonosti valittu ja vaarallinen, mikäli injektio osuu iskiashermoon.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

7.2.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuskäytännöt vaihtelevat eri organisaatioissa, mutta yleensä tutkimusta varten haetaan lupa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:222.) Eteva kuntayhtymällä tutkimuslupaa haetaan korkeakoulu- ja tutkimustyöryhmältä. Ennen tutkimusluvan hakemista tehtiin tutkimussuunnitelma ja se esitettiin hyväksyttäväksi opinnäytetyötä ohjaavalle lehtorille. Tutkimuslupahakemukseen liitettiin tutkimussuunnitelma, saatekirje sekä ensimmäinen versio kyselylomakkeesta. Eettistä otetta tutkimuskohteeseen noudatettiin anomalla tutkimuslupa Eteva kuntayhtymältä 26.10.2017 sekä pyytämällä lupaa Oili Veräjänkorvalta lääkehoidonmittariston muokkaukseen. Eteva kuntayhtymältä saatiin hyväksytty tutkimuslupa 1.11.2017 (liite 3). Oili Veräjänkorvaa ei tavoitettu, siitä huolimatta opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään hänen lääkehoidonmittaristoaan muokattuna, koska mittari on julkinen.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin pyrkien luotettavuuteen ja rehellisyyteen. Opinnäytetyön kirjallisessa raportissa noudatettiin Metropolia ammattikorkeakoulun antamia kirjallisen työn ohjeita sekä opinnäytetyön kulkua ohjasi Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) eettiset periaatteet.

Opinnäytetyötä on pyritty tekemään hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla, jotta opinnäyte ja sen tulokset olisivat uskottavia. Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tulosten keräämisessä, tulosten

tallentamisessa sekä tulosten esittämisessä ja opinnäytetyön ja sen tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä on otettu asianmukaisella tavalla huomioon muiden tutkijoiden työt ja saavutukset niin, että muiden tutkijoiden työtä on kunnioitettu ja heidän julkaisuihinsa on viitattu asianmukaisella tavalla sekä heidän saavutuksilleen on annettu niille kuuluva merkitys ja arvo omassa työssä ja sen tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta.)

Opinnäytetyötä on tehty kahdeksan eettisen vaatimuksen perusteella. Vaatimus älyllisestä kiinnostuksesta, toisin sanoen opinnäytetyön tekijän on oltava aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015: 211.) Tämän opinnäytetyön aihe kehittyi työntekijän kiinnostuksesta lääkehoitoon, sen osaamiseen ja toteuttamiseen sekä haluun saada lisää informaatiota aiheesta. Tunnollisuuden vaatimus eli opinnäytetyön tekijän on paneuduttava tunnollisesti alaansa, jotta hänen keräämänsä sekä välittämänsä informaatio olisi mahdollisimman luotettavaa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015: 211.) Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten kerättiin aineistoa mahdollisimman laajasti, tutustuen niin kirjallisuuteen kuin tutkimuksiin ja sen kautta perehdyttiin tutkittavaa ilmiöön.

Opinnäytetyön tekijältä vaaditaan rehellisyyttä eli työn tekijä ei saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015: 211.) Opinnäytetyön raportoinnissa viitataan aina toisten kirjoittajien tutkimuksiin sekä teoksiin asianmukaisella tavalla eikä niitä esitetä omina ajatuksina.

Opinnäytetyössä tulee eliminoida vaara eli sellaisesta tutkimuksesta tulee pidättäytyä, joka voi aiheuttaa kohtuutonta vahinkoa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:212.) Opinnäytetyön tuloksilla pyritään selvittämään lääkehoidon osaamisen tilaa kehitysvammapsykiatrian yksiköissä, jotta sitä pystyttäisiin kehittämään ja näin lisäämään lääkehoidon- ja asiakasturvallisuutta yksiköissä.

7.2.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan opinnäytetyön tulosten tarkkuutta, jolloin tulokset eivät voi olla sattumanvaraisia. Lisäksi vaaditaan toistettavuutta samanlaisiin tuloksiin. (Heikkilä 2008: 30.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kyselyn pohjana jo ole-

massa olevaa mittaria, joten tuloksia pystyy osittain vertaamaan esimerkiksi Veräjänkorvan 2003 tutkimuksen tuloksiin. Opinnäytetyön kyselyn pystyy toistamaan vain jos Suomeen tulee kehitysvammapsykiatrian yksiköitä.

Opinnäytetyön tekijän on oltava koko tutkimuksen ajan kriittinen ja tarkka, sillä virheitä voi tapahtua muun muassa tietoja syötettäessä, käsiteltäessä sekä tuloksia tulkittaessa. Apuja tämän opinnäytetyön tilasto-ohjelman käyttöön saatiin Metropolia ammatti- korkeakoulun tilastotieteen lehtorilta. Myös tulosten tulkintaan saatiin lehtorilta neuvoja. Tärkeää on osata käyttää vain sellaisia analysointimenetelmiä, jotka hallitaan hyvin. Tässä opinnäytetyössä yhtenä ongelmana oli se, että tekijän kvantitatiivinen osaaminen oli heikkoa. (Heikkilä 2008:30.)

Opinnäytetyön tulokset voivat olla sattumanvaraisia, mikäli otoskoko jää kovin pieneksi. Varsinkin kyselytutkimuksissa pitää huomioida jo otantaa suunniteltaessa, että kato voi nousta suureksi. (Heikkilä 2008:30.) Tässä opinnäytetyössä ei voitu laajentaa otoskoko, sillä Eteva kuntayhtymällä ei ole enempää kehitysvammapsykiatrian yksiköitä tai siihen verrattavia yksiköitä. Katoa pyrittiin minimoimaan sillä, että työn tekijä kävi yhdessä yksikössä ja toisen yksikön kanssa piti skype-neuvottelun, joissa opinnäytetyön aihetta ja lääkeshoidon merkitystä käytiin läpi. Kolmannen yksikön kanssa ei onnistunut skype-neuvottelu, sitä yritettiin uudestaan, mutta aikatauluja ei saatu sopimaan yhteen.

Luotettavuuteen voivat vaikuttaa se, että onko opinnäytetyön tekijän englanninkielen taito ollut riittävä, kun englanninkielisiä tutkimuksia on käännetty suomeksi sekä onko tietojenhaun tekniikka ollut riittävän hyvää.

Tulosten luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että kyselyyn vastaajat ovat saattaneet valikoitua sen mukaan, onko vastaaja ollut kiinnostunut lääkeshoidosta. Lisäksi kyselyyn vastaamatta jättäneiden palautteen mukaan kysely koettiin liian vaikeaksi.

Opinnäytetyötä tehdessä on huomioitava objektiivisuus eli puolueettomuus. Jokaiseen opinnäytetyöhön liittyy tekijän subjektiivisia valintoja tutkimusmenetelmästä, kysymysten muotoilusta analysointimenetelmistä sekä raportointitavasta. On mahdollista, että huolellisellekin opinnäytetyön tekijälle voi tapahtua tahattomia virheitä työtä tehdessä, mutta anteeksiantamatonta on tahallinen tulosten vääristely tai se, että jättää helposti saatavilla olevien kontrollikeinoja käyttämättä. Opinnäytetyön tulokset eivät saa riippua tekijästä eikä tekijä voi antaa omien moraalisten tai poliittisten vakaumustensa vaikut-

taa tutkimusprosessiin. Objektivisen tutkimuksen tuloksia ei muuta tutkijan vaihtaminen. (Heikkilä 2008:31.) Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt siihen, että oma asenne ei ole vaikuttanut opinnäytetyön tuloksiin. Opinnäytetyön tekijä sai apuja lehtoreilta niin tutkimusmenetelmän valintaan, kysymysten muotoiluun sekä tulosten analysointiin. Tekijälle on voinut sattua virheitä, koska kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän hallinta ei ole vielä parhaalla mahdollisella tasolla.

Opinnäytetyötä tehdessä avoimuus on tärkeää. Kun tietoja kerätään, tulee osallistujille selvittää tutkimuksen tarkoitus ja mihin sitä käytetään sekä se, että osallistuminen on vapaaehtoista. (Heikkilä 2008: 31-32; Burns 2000:18.) Kaikille, joita pyydettiin osallistumaan opinnäytetyön kyselyyn, toimitettiin saatekirje (liite 2), jossa annettiin osallistujille tarvittavat tiedot. Osallistujille on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:219.) Tätä varten saatekirjeessä oli opinnäytetyön tekijän sekä lehtorin yhteystiedot. Lisäksi skype-neuvottelulla ja Keravan yksikössä pidetyssä infotilaisuudessa oli mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyöhön liittyen.

Myös luottamuksellisuus on tärkeää. Tämä tuodaan esille osallistujille siten, että heille kerrotaan mihin opinnäytetyön tekijä käyttää kyselyistä saatuja tietoja. Myös se, että vastaukset esimerkiksi henkilökohtaisiin kysymyksiin ja tutkimuksesta saadut tulokset ovat luottamuksellisia ja nimettömiä. Valmiin opinnäytetyön lukija ei pysty päättämään yksilön henkilöllisyyttä. (Burns 2000: 20.) Saatekirjeessä mainittiin, että kyselyyn vastaan nimettömänä ja kyselystä saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Lisäksi esiin tuotiin, että tietoja käytetään vain tämän opinnäytetyön tekemiseen.

Opinnäytetyön tuloksia raportoidessa huolehditaan siitä, että kenenkään yksityisyyttä ei vaaranneta. Osallistujille annetut lupaukset ehdottamasta luottamuksellisuudesta muistetaan raportoitaessa, eikä tuloksista voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. (Heikkilä 2008: 32.) Mikäli käy niin, että kyselystä saatu aineisto jää pieneksi, turvataan osallistujien anonymiteetti kuvaamalla heidän taustatietonsa keskiarvoina eikä vaihteluväleinä. Lisäksi aineistosta saattaa myös erottua pieniä alaryhmiä, kuten miespuoliset työntekijät. Tällöin eettisesti aiheellista ei ole ryhmittäisten erojen raportointi osallistujien tunnistettavuuden vuoksi. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015: 221.) Infotilaisuudessa sekä skype-neuvottelussa tuotiin, esiin, ettei yksittäisiä henkilöitä voi tunnistaa opinnäytetyön kirjallisesta raportista. Koko raportin kirjoittamisen ajan on pidetty mielessä se, ettei yksittäistä henkilöä voi tuloksista tunnistaa.

Lisäksi tutkimusprosessin aikana pidetään huoli siitä, että kyselyiden tuloksia ei anneta prosessin ulkopuolisille sekä kyselyistä saatu aineisto säilytetään tietokoneella salasanalla suojattuna (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015: 221). Tämän opinnäytetyön tulokset ovat olleet vain opinnäytetyön tekijän ja tilastotieteen lehtorin nähtävillä siinä vaiheessa kun tietoja käytiin läpi SPSS-ohjelman avulla.

Opinnäytetyön raportissa esitetään kaikki tärkeät tulokset sekä johtopäätökset (Heikkilä 2008:31-32). Opinnäytetyön tuloksia julkaistaessa on oltava avoin (Burns 2000: 21). Raportissa tuodaan ilmi käytetyt menetelmät sekä epätarkkuusriskit ja niiden vaikutus tulosten yleistettävyyteen (Heikkilä 2008: 31-32). Opinnäytetyössä on nostettu esiin viisi tärkeintä kyselyn tulosta ja raporttiin kirjottaessa on pyritty tarkkuuteen. Käytetyt menetelmät on tuotu aikaisemmin jo esiin ja se, että opinnäytetyön tekijällä ei ole tilastolliset menetelmät kovinkaan tutut.

Koko opinnäytetyön luotettavuuden perusta on mittarin sisältövaliditeetti. Mikäli mittari on valittu väärin ja se ei mittaa haluttua tutkimusilmiötä, on mahdotonta saada luotettavia tuloksia siitä huolimatta, että muut luotettavuuden osa-alueet olisivatkin kunnossa. Sisältövaliditeettia arvioitaessa analysoidaan muun muassa mittaako mittari sitä ilmiötä, jota sen on tarkoitus mitata, onko käsitteet operationalisoitu luotettavasti, onko valittu mittari oikea sekä millainen on mittarin rakennevaliditeetti eli mittarin teoreettinen rakenne. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:190.) Opinnäytetyössä käytetty mittari ei ole uusi ja sillä aikaisemmin mitattu juuri lääkehoidon osaamista. Mittari muokattiin vain tutkimuskohteeseen sopivaksi.

Kun mietitään, mittaako mittari oikeata ilmiötä, arvioidaan, onko mittari riittävän laaja vai jääkö mittaamatta jokin tutkimusilmiön osa-alue. Yleisesti on hyvä tarkastella sitä, että onko tutkimusilmiö selvärajainen, jotta sitä voi mitata luotettavasti. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015:190.) Tässä opinnäytetyössä oli selvä rajaus mittauskohteen suhteen. Näin ollen kun mittari vielä muokattiin tutkimuskohteeseen sopivaksi ja se pilotoitiin niin saatiin aikaan mittari, joka mittasi oikeata ilmiötä.

7.3 Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset

7.3.1 Johtopäätökset

Tulosten perusteella koulutustarvetta on farmasian ja farmakologian osalta psyyke-lääkkeiden käyttämisestä, niiden vaikutuksista sekä yhteisvaikutuksista muiden lääkkeiden kanssa. Myös farmasian ja farmakologian perusteita mittaava kysymys riskilääkkeiden hoitoalueesta antoi vaikutelman, että farmasian ja farmakologian perusteet eivät välttämättä ole kovin hyvin hallinnassa ja niiden kertaaminen esimerkiksi liittyen siihen miksi tiettyä lääkettä käytetään tietyn sairauden hoitoon sekä sairauksien perustiedot olisi syytä olla hallussa.

Anatomian ja fysiologian tulosten perusteella kävi ilmi, että esimerkiksi suurin osa työntekijöistä ei tunne kunnolla miten eri lääkevalmisteet kuuluu ottaa, esimerkiksi ruoan tai juoman kanssa vai tyhjään vatsaan. Myös hypoglykemian tunnistamisessa hieman vajaa puolella oli ongelmia.

Lääkehoidon eettisen osaamisen tulosten perusteella yksiköissä olisi parannettavaa lääkehoidon läheltäpiti - ja poikkeamatilanteiden läpikäymiseen. Puolet kuitenkin kertoi, että tilanteet käydään läpi yksikössä kerran kuukaudessa, mutta huolestuttavaa oli se, että pieni osa vastaajista totesi, että niitä ei käydä lainkaan läpi yksikössä. Työntekijät toivat tuloksissa esiin, että he toivovat työyksiköissään keskustelua lääkehoidon ongelmatilanteista. Lääkehoidon käytäntöön liittyen parannettavan varaa oli työntekijöiden aseptisessä osaamisessa, sillä esimerkiksi alle puolet tiesivät, että perusta aseptisella työskentelyllä on lääkehoidossa on huolellinen käsienvpesu. Lisäksi työntekijöistä alle puolet myönsivät pesevänsä ja desinfioivansa kädet ennen lääkkeiden käsittelyä ja käyttävänsä apuna pinsettejä tai jakelulusikkaa.

Lääkehoidon matemaattisia perusteiden tulosten perusteella kaikkien työntekijöiden on syytä harjoitella lisää lääkelaskuja, sillä yhteenkään lääkehoidon matemaattisten perusteiden laskuun tai yksikkömuunnokseen ei tullut 100 % oikeita vastauksia. Sairaan- ja lähihoitaja kouluissa kuitenkin odotetaan 100 % oikeita vastauksia ja näin on myös lääkehoidon päivittämiskoulutuksissa.

Subcutaanista ja intramuskulaarista- lääkehoidon osaamista mittaavien tulosten perusteella on parannettavan varaa muun muassa siksi, että alle puolet työntekijöistä tiesi miksi z-tekniikkaa käytetään i.m injeksiota annettaessa. Huolta aiheutti se, että vain 25,6 % työntekijöistä tiesi kuinka suuren määrän (ml) injektionestettä voidaan pistää

subcutaanisesti sekä pieni osa tiesi, että subcutaanisen injektion voi antaa sekä 90 ° - että 45 ° kulmassa. Tietämyksessä oli myös ongelmia lääkeaineen kontaminoitumisesta ruiskuun vetämisen jälkeen. Eikä turvallisinta i.m injektiopaikkaa tiennyt kuin hieman alle 5 % työntekijöistä.

Tulosten perusteella voi vetää johtopäätöksen, jonka mukaan tämän hetkinen lääkeshoidon koulutus kehitysvammapsykiatrian työntekijöille ei ole riittävä. Toki myös työntekijät ovat itse vastuussa oppimisestaan. Etevan sairaanhoitajille järjestettiin ilmeisemmin ensimmäisen kerran koulutuskeskus Salpauksen injektio-koulutus. Koulutuksessa käytiin läpi teoriaa sekä harjoiteltiin antamaan yksi injektio suoraan reisilihakseen sekä yksi injektio ventrogluteaaliseen pakaralihakseen. Käytännön työssä yleensä injektion antotilanteet ovat sellaisia, joissa asiakasta joudutaan kiinni pitämään vatsalleen, jolloin selän puoleinen pakaralihaksen ulkoislänkeljänne on ainoa paikka, johon injektio voidaan pistää.

7.3.2 Jatkokehitysehdotukset

Jatkossa olisi hyvä kiinnittää huomiota siihen, että jokaisessa yksikössä olisi yhtäläiset käytänteet läheltä piti- ja lääkehoitopaikkoamatilanteiden läpikäyntiin. Myös lääkehoidon ongelmatilanteista yksiköissä olisi jatkossa hyvä keskustella avoimesti esimerkiksi yhteisöpalavereissa.

Lääkehoidon koulutuksissa olisi hyvä jatkossa huomioida psykiatriassa käytettävät lääkkeet sekä kehitysvammaisilla yleisimmin esiintyvien sairauksien lääkehoito. Jotta kouluttaminen olisi mahdollisimman tehokasta, voisi Eteva miettiä kehitysvammapsykiatrian työntekijöiden kohdalla LOVE Lääkehoidon osaaminen verkossa palvelua, koska se sisältää erilaisia lääkehoidon osaamisen koulutuksia, kuten LOP - lääkehoidon osaamisen perusteet, joka sisältää muun muassa aseptiikkalääkehoidossa ja lääkelaskenta sekä lääkelaskujen harjoitustentti, ennen lopullista verkkotenttiä, jossa on myös lääkelaskut. (LOVE Lääkehoidon osaaminen verkossa)

PSYK - Mielenterveyden häiriöiden ja päihderiippuvuuksien lääkehoito, joka sisältää muun muassa "mielenterveyden häiriöiden ja päihderiippuvuuksien hoidossa käytettävät lääkkeet sekä mielenterveyden häiriöiden ja päihderiippuvuuksien lääkehoito" ja tämä verkkokurssi sisältää myös verkkotentin. (LOVE Lääkehoidon osaaminen verkossa)

MiniLOP – Lääkehoidon osaamisen perusteet lääkehoitoon kouluttamattomille sisältää muun muassa "normistot lääkehoidon perustana, mikä on lääke?, lääkehuolto ja aseptiikka lääkehoidossa." Lopussa on teorialentti. (LOVE Lääkehoidon osaaminen verkossa)

Toisena vaihtoehtona on muuttaa nykyisten lääkehoidon koulutusten sisältöä vastaamaan enemmän kehitysvammapsykiatrian tarpeita

Jatkokehitysehdotuksena on myös, että kaikki työntekijät kävisivät injektio­koulutuksen, joka on kehitysvammapsykiatrian yksiköiden käytännön kannalta toteutettavissa. Mahdollisesti myös AVEKKI-kouluttajat voisivat antaa mielipiteensä, miten pystyttäisiin antamaan injektiot turvallisempaan injektio­paikkaan. Lisäksi injektio­antamisen ylläpitoa voisi harjoitella yksiköissä samaan tapaan kuin AVEKKI-kertauksia pidetään.

Lähteet

Aaltonen, Seija 2013. Lääkehoito kuntoutuksessa. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. <<http://verneri.net/yleis/laakehoito-kuntoutuksessa>> Luettu 3.8.2017

Arvio, Maria – Aaltonen, Seija 2011. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Duodecim

Brady, Anne-Marie - Malone, Anne-Marie - Fleming, Sandra 2009. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 2009, 17, 679-697

Burns, B. Robert 2000. Introduction to research methods. SAGE Publications Ltd

Duodecim Terveysportti <www.terveysportti.fi> Luettu 3.8.2017

Ernvall, Sirpa - Pulli, Antero - Salonen, Anne-Marie - Nurminen, Marja-Leena - Kaukkila, Hanna-Sisko 2011. Lääkelaskenta. Helsinki: WSOY

Etenetti. Eteva kuntayhtymän sisäinen intra. Luettu 3.8.2017

Eteva kuntayhtymä 2014. Palvelutuotteet 2015. Yhtymähallitus. Verkkodokumentti <<http://docplayer.fi/4147495-Palvelutuotteet-2015-eteva-kuntayhtyma-yhtymahallitus-12-6-2014-42-pta-liite-23-yhtymahallitus-28-8-2014-55-pta-liite-28.html>> Luettu 26.9.2016

Eteva <<http://eteva.fi/Eteva/>> Luettu 25.9.2016

Fimea - Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus. Lääkityksen tarkistus. Verkkodokumentti <https://www.fimea.fi/documents/542801/819016/27933_Laakityksen_tarkistus.pdf> Luettu 3.8.2017

Finlex <<https://www.finlex.fi/fi/>> Luettu 3.8.2017

Fleming, Sandra - Brady, Anne-Marie - Malone, Anne-Marie 2013. An evaluation of the drug calculation skills of registered nurses. *Nurse Education in Practice* 14 (2014) 55-61

Grandell-Niemi, Heidi - Hupli, Maija - Puukka,Pauli - Leino-Kilpi, Helena. 2005. Finnish nurses' and nursing students' mathematical skills. *Nurse Education today* (2006) 26, 151-161

Hakkarainen, Katja 2014. Kehitysvammaisen hoitotyön erityispiirteet. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kandidaatintutkielma

Harmon, Charles - Petrie, Philip - Taua, Chris. Intellectual disabilities. Teoksessa Evans, Katie - Nizette, Debra - O'Brien, Anthony 2017. *Psychiatric and mental health nursing*. Elsevier. 303

Heikkilä Tarja. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hujala, Noora – Tiainen, Anna-Maija 2009. Lääkehoito lähihoitajan työssä. Helsinki: Edita

Huttunen Matti O. 2008. Psykenlääkeopas. Duodecim.

Inkinen, Ritva – Volmanen, Petri – Haikonen, Suvi (toim) 2016. Turvallinen lääkehoito – opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.

< https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1 > Luettu 25.4.2017

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kol, Emine - Ilaslan, Emine - Turkey, Mehtap 2016. Training needs of clinical nurses at an university hospital in Turkey. Nurse Education in Practice 22 (2017) 15-20

Koskentausta, Terhi 2006a. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt – mitä etsitään ja miten hoidetaan? Duodecim 2006;122:1927–35

Koskentausta, Terhi 2006b. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen. Suomen Lääkärilehti 46/2006 vsk 61

Koskentausta, Terhi 2008. Kehitysvammaisten psyykkiset oireet selvitettävä moniammatillisesti. Suomen Lääkärilehti 42/2008 vsk 63

Koskentausta, Terhi.2012. Verkkodokumentti.

<<http://www.eteva.fi/Global/Tiedostot/Eteva/Kehitysvammapsykiatria/Kehitysvammaisen%20psykiatrinen%20arviointi%20Koskentausta%2029%2011%2012.pdf>> Luettu 26.9.2016

Koukia, Evmorfia - Madianos, Michael G - Katostaras, Theofanis 2009. On The Spot” Interventions by Mental Health Nurses in Inpatient Psychiatric Wards in Greece. Issues in Mental Health Nursing. 30(5):327-36, 2009 May.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita

Lim, Anecita Gigi - Honey, Michelle 2014. New Zealand newly graduated nurses medication management: results of a survey. Nurse Education in Practice 14 (2014) 660-665

Leufer, Therese - Cleary-Holdforth, Joanne 2013. Let's do no harm: Medication errors in nursing: Part 1. Nurse Education in Practice 13 (2013) 213-216

Luokkamäki, Sanna - Vehviläinen-Julkunen, Katri - Saano, Susanna - Härkänen, Marja 2015. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen heidän itsensä arvioimana. Tutkiva hoitotyö 2016 vol.14 no.2 s.23-32

LOVE Lääkehoidon osaaminen verkossa. Verkkosivu. < <http://laakeosaaminen.fi/> > Luettu 24.7.2018

McMullan, Miriam - Jones, Ray - Lea, Susan 2010. Patient safety: numerical skills and

drug calculation abilities of nursing students and Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66 (4), 891–899.

Manninen, Anja – Pihko, Helena 2009. *Kaski Markus (toim.). Kehitysvammaisuus*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit

Muunnin.com <<http://muunnin.com/>> Luettu 3.8.2017

Nurminen, Marja-Leena 2008. *Lääkehoito*. Helsinki: WSOY

Ojala, Sanna - Kaukkila, Hanna-Sisko 2008. *Sairaanhoitaja-lehti* 10/2008. Verkkodokumentti. <<https://sairaanhoitajat.fi/lehti/jutut/injektionanto-lihakseen-milla-miten-jamihin-pistat/>> Luettu 24.4.2018

OPH. Opetusministeriö. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Verkkodokumentti. <<https://eperusteet.opintopolku.fi/eperusteet-service/api/dokumentit/2596782>> Luettu 1.8.2017

Poukka, Johanna 2012. *Lääkityspoikkeamatilanteisiin yhteydessä olevat tekijät terveyskeskuksen vuodeosastolla hoitajien kuvaamana*. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Pro Gradu

Saano, Susanna – Taam-Ukkonen, Minna 2013. *Lääkehoidon käsikirja*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Salermo, Erika 2011. *Lähi- ja perushoitajien lääkehoito-osaaminen vanhustyössä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos. Pro Gradu.

Sivula, Sirkka 2014. *Kehitysvammaisen henkilön itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen*. Kehitysvammapsykiatrian koulutuspäivä. Helsinki 10.4.2014 Kehitysvammaisten Tukiliitto ry. Verkkodokumentti <http://www.eteva.fi/Global/Tiedostot/Eteva/Kehitysvammapsykiatria/Kehitysvammaisen_henkilön_itsemaaraamisoikeus_ja_sen_rajoittaminen_SivulaKVTL.pdf> Luettu 4.10.2017

Sneck, Sami 2016. *Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen*. Oulun yliopisto. Väitöskirja

Sneck, Sami - Isola, Arja - Saarnio, Reetta 2015. Nurses' perceptions of verification of medication competence. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2015, Vol. 5, No. 6

Sneck, Sami - Saarnio, Reetta - Isola, Arja - Boigu, Risto 2015. Medication competency of nurses according to theoretical and drug calculation online exams: A descriptive correlational study. *Nurse Education Today* 36 (2016) 195–201

Snowden, Austyn 2010. Integrating Medicines Management Into Mental Health Nursing in UK. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 24, No. 3 (June), 2010: pp 178–188

Sulosaari, Virpi - Suhonen, Riitta - Leino-Kilpi, Helena 2009. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 464–478

Super 2014. *Eettisesti toimien, itsenäisyyttä tukien - Selvitys superilaisista vammais-palveluissa*. Verkkodokumentti

<https://www.superliitto.fi/site/assets/files/32852/super_vammaisty_n_selvitys_low.pdf>
Luettu 4.10.2017

Taam-Ukkonen, Minna – Saano, Susanna 2012. Turvallisen lääkehoidon perusteet.
Helsinki: Sanoma Pro Oy

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa 2016. Verkkodokumentti. <
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1> Luettu 25.4.2017

Turvallinen lääkehoito – Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa; Sosiaali- ja terveysministeriö oppaita 2005:32

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti
< http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf> Luettu 3.8.2017

Valvira. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Verkkodokumentti
<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen> Luettu 20.9.2017

Veräjänkorva, Oili 2003. Sairaanhoidtajien lääkehoitotaidot - Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopisto. Väitöskirja

Veräjänkorva, Oili - Huupponen, Risto - Huupponen, Ulla - Kaukkila, Hanna-Sisko - Torniainen, Kirsti 2010. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOYpro Oy

Taulukko 2. THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa 2016. Verkkodokumentti. < https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1> Luettu 25.4.2017

Saatekirje

Arvoisa kehitysvammapsykiatrian yksikön työntekijä,

Työyksikössänne toteutetaan kyselytutkimus liittyen opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kartoittaa Kehitysvammapsykiatrian yksiköiden henkilökunnan lääkehoidon osaamista.

Vastaamalla kyselylomakkeeseen annat tärkeää tietoa, jonka avulla voidaan kehittää Kehitysvammapsykiatrian yksiköiden lääkehoidon osaamista.

Pyydän teitä ystävällisesti täyttämään alla olevasta linkistä löytyvän sähköisen kyselylomakkeen. Vastaamisaika on 13.11-03.12.2017.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja kyselystä saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Tietoja käytetään vain tämän opinnäytetyön tekemiseen.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen vie aikaa noin 15–20 minuuttia.

Painettuasi tietojen lähetys - kohdasta "tallenna" -painiketta vastauksesi kirjautuvat opinnäytetyön tekijän käyttöön.

Kyselyn löydät tästä osoitteesta:

<https://elomake.metropolia.fi/lomakkeet/20515/lomake.html>

Kiitos osallistumisestasi!

Keravalla 10.11.2017

Tia Wahlström, sairaanhoitaja Keravan kehitysvammapsykiatrian yksikkö

Sairaanhoitaja, Terveystieteiden AMK

Sosiaali- ja terveysalan johtamisen tutkinto-ohjelma, YAMK

Metropolia ammattikorkeakoulu

tia.wahlstrom@metropolia.fi

Ohjaajani:

Lehtori: Eila-Sisko Korhonen

Metropolia ammattikorkeakoulu

eila-sisko.korhonen@metropolia.f

Lääkehoidon osaaminen Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä - kyselylomake

Tervetuloa vastaamaan Lääkehoidon osaaminen kehitysvammapsykiatrian yksiköissä - kyselyyn. Vastaamiseen kuluu noin 15-20 minuuttia aikaa. Kyselyä ei voi tallentaa keskeytyneenä, joten varaathan aikaa niin, että saat vastattua koko kyselyyn kerralla!

Taustatiedot

Vastaa kysymyksiin valitsemalla oikea vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus

1. Ikäsi

- alle 20 vuotta
- 20-29 vuotta
- 30-39 vuotta
- 40-49 vuotta
- yli 49 vuotta

2. Sukupuolesi

- mies
- nainen

3. Viimeisin koulutuksesi

- sairaanhoitaja
- lähihoitaja
- perushoitaja
- muu, mikä muu?

4. Valmistumisvuotesi

- ennen vuotta 1994
- 1994-1999
- 2000-2005
- 2006-2011
- 2012-2017

5. Työyksikkösi

- Kerava

- Lahti
- Hämeenlinna

6. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kehitysvammapsykiatrian yksikössä

- alle 1 vuotta
- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- yli 10 vuotta

7. Kuinka monta vuotta sitten olet viimeksi osallistunut lääkehoidon koulutukseen

- alle vuosi sitten
- 1-3 vuotta sitten
- 4-5 vuotta sitten
- yli 5 vuotta sitten

8. Kenen järjestämä lääkehoidon koulutus oli

- Eteva
- aikaisemmin työpaikan järjestämä
- olen viimeksi saanut lääkehoidon koulutusta opiskelujeni yhteydessä

9. Työsuhteesi on

- vakinainen
- määräaikainen

10. Minulla on

- lääkkeiden antolupa
- lääkkeiden jakolupa
- lääkkeiden jakolupa ja i.m injektioilupa
- kaikki lääkeluvat yksikössäni
- ei ole lääkehoitolupia

11. Lääkehoidon osaamiseni on mielestäni

- erinomaista
- hyvää
- kohtalaista

- en hallitse lääkehoitoa lainkaan

Lääkehoitoa ohjaavat säädökset

Vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla mielestäsi oikea vaihtoehto

12. Lääkelaki pyrkii ylläpitämään ja edistämään lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksen mukaista lääkkeiden käyttöä

- oikein
- väärin

13. Lääkevalvonnalla varmistetaan, että kuluttajien käyttämät lääkkeet ovat tehokkaita, turvallisia ja täyttävät laatuvaatimukset

- oikein
- väärin

14. Lääkärin lisäksi asiakkaan voimassa olevan lääkityksen voi tarkistaa

- sairaanhoitaja
- lähihoitaja
- kuka tahansa asiakkaan lääkehoitoon osallistuva työntekijä

15. Lääkehoidon vaikutuksia seuraavat asiakkaan lisäksi

- lääkäri
- sairaanhoitajat ja lähihoitajat
- kaikki hänen hoitoonsa osallistuvat
- sairaanhoitajat

16. Lääkitykseen liittyvien riskitietojen, kuten lääkeallergioiden, tarkistaminen ei ole lakisääteinen tehtävä

- oikein
- väärin

17. Asiakasta, omaista tai muuta hänen lääkehoidostaan vastaavaa henkilöä informoidaan lääkitykseen tehdyistä muutoksista, uusista lääkkeistä, käyttöohjeista ja mahdollisista vaikutuksista

- oikein
- väärin

18. Asiakkaalle täytyy turvata mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin, myös lääkehoitoon

- oikein
- väärin

19. Asiakkaalle voidaan antaa lääkehoitoa tahdosta riippumatta, silloin kun asiakas ei kykene tekemään ratkaisuja hoidostaan ja huolenpidostaan ja lääkäri on tehnyt rajoitustoimenpiteen käytöstä kirjallisen päätöksen

- oikein
- väärin

Farmasia ja farmakologia

Vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla mielestäsi oikea vastaus annetuista vastausvaihtoehdoista

20. Suun kautta otettavien lääkeaineiden imeytymiseen voi vaikuttaa

- ruoka
- juoma
- ruoka sekä juoma
- ei kumpikaan

21. Lääkkeen kumulaatio on vaarana

- pitkäaikaiskäytössä
- kerta-annostelussa

22. Resistenssi tarkoittaa lääkkeen toivotun vaikutuksen

- voimistumista
- vähenemistä
- ei kumpaakaan

23. Ns. trisykliset masennuslääkkeet aiheuttava hoidon alussa melko usein:

- vatsakipua, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta
- suun kuivumista, ummetusta, virtsaamisvaikeutta ja näköhäiriöitä
- ummetusta, painon nousua ja käsien vapinaa
- pahoinvointia, oksentelua ja ruokahaluttomuutta

24. Riskilääkkeille ominaista on
- kapea hoitoalue
 - leveä hoitoalue
 - että niille kehittyy herkästi toleranssi
 - ei mikään edelle mainituista
25. Bentsodiatsepiinien käyttö saattaa aiheuttaa paradoksaalisia reaktioita, kuten:
- uneliaisuutta, johon voi liittyä ataksiaa, sekavuutta sekä heikotusta
 - huimausta, päänsärkyä, kaksoiskuvia sekä lihasheikkoutta.
 - rauhattomuutta, kiihtyneisyyttä, ärtyisyyttä sekä aggressiivisuutta
 - uneliaisuutta, sekavuutta sekä huimausta
26. PKV- lääkkeiden vaikutus kohdistuu pääasiassa
- hengityselimistöön
 - keskushermostoon
 - tuki- ja liikuntaelimistöön
 - lihaksistoon
27. Masennuslääkkeiden positiivisen vaikutus mielialaan tulee esiin
- muutaman tunnin kuluttua lääkkeen otosta
 - parin päivän kuluttua lääkkeen aloittamisesta
 - vasta noin viiden viikon kuluttua lääkkeen aloittamisesta
 - muutaman viikon jälkeen lääkkeen aloittamisesta
28. Lääkeaineen vakaa tila tarkoittaa tilaa, jossa annosvälin aikana lääkeainetta poistuu elimistöstä
- lääkeannosta pienempi määrä
 - lääkeannosta suurempi määrä
 - lääkeannosta vastaava määrä
29. Diatsepaami voimistaa joidenkin aineiden vaikutusta, näitä ovat muun muassa
- antipsykoottit, unilääkkeet ja antihistamiinit
 - kofeiini, teofylliini ja tupakkatuotteet
 - ehkäisytabletit, disulfiraami ja omepratsoli
 - digoksiini, levodopa ja morfiini
30. Thyroxin® annoksen nopea nostaminen saattaa aiheuttaa angina pectoris- tai muilla sydänvikaa sairastavilla asiakkailla
- sydämen hidasyöntisyyttä, ummetusta ja painon nousua
 - liikkeiden ja ajatusten hidastumista, aloitekyvyttömyyttä ja uneliaisuutta

- angina pectoris -oireiden ja sydämen vajaatoiminnan lisääntymistä, hermostuneisuutta, vapinaa, hikoilua aivotromboosia ja psykoosia

Anatomia ja fysiologia

Vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla mielestäsi oikea vastaus annetuista vastaus-vaihtoehtoista

31. Entero-lääkevalmisteet tulee ottaa tyhjään mahaan runsaan nesteen kera, koska

- näin ne pääset nopeasti imeytymään mahalaukusta verenkiertoon
- ruokailun yhteydessä ne saattavat jäädä mahalaukkuun useiksi tunneiksi

32. Miten Depot-tabletit toimivat elimistössä

- ne liukenevat suolistossa ja niiden vaikutus on monesti hidasta
- ne liukenevat ruokatorvessa hitaasti ja vaikuttavat pitkään
- ne imeytyvät mahalaukussa ja vaikutus alkaa nopeasti
- ne imeytyvät suun limakalvolta verenkiertoon ja vaikuttavat nopeasti

33. Oraalinesteistä lääkeaine

- imeytyy paremmin ja nopeammin kuin kiinteästä valmisteesta
- imeytyy huonosti ja hitaammin kuin kiinteästä valmisteesta

34. Resoribletti-lääkkeet ovat

- ovat suussa imeskeltäviksi tarkoitettuja tabletteja
- ovat veteen liuotettuina otettaviksi tarkoitettuja valmisteita
- kielen alle liukenemaan tarkoitettuja tabletteja
- ovat suolistoliukoisia tabletteja

35. Anafylaktisessa sokissa asiakkaalla ilmenee

- raskasta hengitystä, janoisuutta, virtsaamistarpeen lisääntymistä sekä väsymystä
- sydämen tiheä lyöntisyttä, iho punoittaa, verenpaineen laskua ja sydämen rytmihäiriöitä

- näön hämärtymistä, näkemistä kahtena ja tajuttomuutta
- lihas- ja alavatsakrampeja, huimausta ja kylmä hikisyyttä

36. Hypoglykemiassa asiakkaalla ilmenee

- kuumetta, janoa ja lisääntyneet virtsamäärät
- motorista levottomuutta, ahdistuneisuutta ja suun kuivumista
- väsymystä, uupumusta, huimausta ja epätavallista tai riitaisaa käytöstä
- uupumusta, janoa, suun kuivumista ja huimausta

Etiikka lääkehoidossa

Vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla mielestäsi oikea vastaus annetuista vastauksista

37. Työyksikössäni käydään yhdessä läpi yksikön lääkehoidon läheltä piti- ja poikkeamatilanteet

- kerran kuukaudessa
- joka toinen kuukausi
- kerran kolmessa kuukaudessa
- ei lainkaan

38. Huolehdin lääkehoitotaitoni säännöllisestä päivittämisestä

- 1-2 vuoden välein
- 3-5 vuoden välein
- 6-10 vuoden välein
- lääkehoitotaitojani ei tarvitse päivittää

39. Opiskelen lääkehoitoon liittyviä asioita työpaikallani

- kyllä
- en

40. Toivoisin työyksikössäni keskustelua lääkehoidon ongelmatilanteista

- kyllä
- en

41. Ollessani epätietoinen asiakkaalle määrätystä lääkkeestä konsultoin:

- sairaanhoitajaa
- lääkäriä
- farmaseuttia

42. Perusta aseptiselle työskentelylle lääkehoidossa on

- huolellinen käsienpesu
- käsidesinfektio
- tehdaspuhtaiden käsineiden käyttö

43. Jakaessani tabletteja ja muita peroraalisesti annosteltavia lääkkeitä

- jaan lääkkeet paljain käsin
- käytän suojakäsineitä ja apuna pinsettejä tai jakelulusikkaa
- pesen ja desinfion kädet ennen lääkkeiden käsittelyä ja käytän apuna pinsettejä tai jakelulusikka

Lääkehoidon matemaattiset perusteet

Vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla mielestäsi oikea vastaus annetuista vastausvaihtoehdoista

44. 500 µg on milligrammoina

- 0,5 mg
- 5 mg
- 0,05 mg
- 50 mg

45. 20 mg on grammoina

- 2 g
- 0,02 g
- 0,2 g
- 20 g

46. 0,052 l on millilitroina

- 0,52 ml
- 5,2 ml
- 520 ml
- 52 ml

47. Asiakkaalla on lääkkeenä Levomepromazine® 50 mg. Lääkäri on määrännyt asiakkaalle annokseksi 75 mg x 4/ vrk. Asiakas saa kerrallaan

- 2 tablettia
- 1,5 tablettia
- 1 tabletin
- 2,5 tablettia

48. Asiakkaalla on listalääkkeenä Serenasea 4mg tabletteina iltaisin. Asiakas ei kuitenkaan ole halukas ottamaan tabletteja. Lääkärin määräyksestä lääke voidaan antaa asiakkaalle injektiona. Injektiolääkkeen vahvuus on 5mg/ml. Asiakas saa lääkettä

- 2 ml
- 1,2 ml
- 0,8 ml
- 0,5 ml

49. Asiakas on saanut Absenoria ® maniaan 500 mg aamuisin sekä 1300mg iltaisin. Valmiste vaihdetaan liuokseen, jonka vahvuus on 60 mg/ml. Asiakas saa iltaisin liuosta

- 2,16 ml
- 21,6 ml
- 12,5 ml
- 15 ml

Lääkkeiden hankinta ja käsittely

Vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla mielestäsi oikea vastaus annetuista vastausvaihtoehdoista

50. Lääkkeitä jakaessani huomaan, että lääke on vähissä

- huolehdin, että lääkettä tilataan lisää
- en tee asialle mitään
- lääke varmaan riittää seuraavaan kertaan, seuraava lääkkeenjakaaja voi tilata lääkettä

51. Yksikköni lääkekaappi sisältää sovitun peruslääkevalikoiman, joka on määritelty

- yksikön lääkehoitosuunnitelmassa
- Etevan lääkehoitosuunnitelmassa

52. Yksikköni lääkekaappia hoidetaan asian mukaisesti

- kerran kuussa
- joka toinen kuukausi
- silloin kun on tarve

53. Tavallisin lääkkeiden säilytyslämpötila on

- +15 - 25 C
- +8 - 15 C

54. Asiakkaan käyttämättä jääneet lääkkeet

- laitain toisen asiakkaan lääkkeisiin, koska hänelle on käytössä sama lääke samalla vahvuudella
- toimitan ne apteekkiin hävitettäväksi
- laitain ne yksikön lääkekaappiin tulevaisuuden varalle

55. Tarkistan aina ennen lääkkeenjakoja, että lääke ei ole vanhentunut

- kyllä
- en

Lääkehoidon toteuttamisen vaiheet

Vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla kyllä tai ei

56. Hallitsen lääkemääräyksen vastaanottamisen ja kirjaamisen

- kyllä
- ei

57. Hallitsen lääkevalmisteiden annostelun asiakaskohtaisiin annoksiin

- kyllä
- ei

58. Hallitsen lääkkeiden erilaiset antotavat

- kyllä
- ei

59. Seuraan asiakkaan ohjeenmukaista lääkkeen ottamista

- kyllä
- ei

60. Seuraan asiakkaan tilaa lääkkeen annon jälkeen

- kyllä
- ei

61. Tunnistan asiakkaan voinnissa lääkkeen vaikutusten aiheuttamat muutokset

- kyllä
- ei

Yhteistyö asiakkaan ja omaisten kanssa

Vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla mielestäsi oikea vastaus annetuista vastausvaihtoehdoista

62. Minulla on riittävät tiedot ja taidot asiakkaan lääkehoidon ohjaukseen ja opetukseen

- kyllä
- ei

63. Asiakkaan ja hänen läheisten lääkehoidon ohjauksen tukena käytän

- tutkittuun tietoon perustuvia lääkeinformaatiolähteitä
- en anna ohjausta, pyydän sairaanhoitajaa tekemään sen
- internetistä löytyviä pakkausselosteita

64. Selvitän asiakkaalle hänen lääkehoitoaan ja tarvittaessa käytän tukena vaihtoehtoisia kommunikointi menetelmistä

- kyllä
- ei

65. Asiakkaan ja hänen läheistensä lääkeneuvonta kuuluu

- vain lääkärille

- kaikille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka osallistuvat asiakkaan lääkehoidon prosessiin
- lääkärille ja sairaanhoitajalle

66. Varmistan aina, että asiakas tai hänen läheisensä on ymmärtänyt saamansa lääkehoidon ohjauksen ja opetuksen

- kyllä
- ei

67. Selvitän asiakkaalle lääkehoidon mahdollisia sivuvaikutuksia

- kyllä
- ei

Subcutaaninen- ja intramuskulaarinen - lääkehoito

Valitse annetuista vaihtoehdoista mielestäsi oikea vaihtoehto

68. I.M injektiota antaessa venytetään asiakkaan ihoa pistoskohdasta, jolloin

- pistokohta pysyy hyvin paikoillaan ja pistäminen on sujuvampaa
- injektioon pistäminen ei tunnu asiakkaasta niin kivuliaalta
- otteen irrottamisen jälkeen lääkkeen vuotaminen ulos pistoreiästä estyy
- neula menee varmasti tarpeeksi syväälle ja lääkeaine pääsee oikeaan paikkaan

69. Kuinka suuri subcutaanisen- injektioon määrä (ml) voi korkeintaan olla ?

- 1 ml
- 2 ml
- 2,5 ml
- 5 ml

70. Lääkeaine imeytyy nopeammin

- lihakseen annettavalla injeksiolla
- ihonalaiskudokseen annettavalla injeksiolla

71. Ruiskuun vedetty lääke kontaminoituu ruiskussa

- 20 minuutissa
- 60 minuutissa
- 40 minuutissa
- 120 minuutissa

72. Ihonalainen injektio annetaan

- 90 ° kulmassa
- 45 ° kulmassa
- kumpikin kulma käy

73. Turvallisin paikka pistää injektio lihakseen on

- suora reisilihas
- vatsanpuoleinen pakaralihas
- ulompi reisilihas
- selänpuoleinen pakara-alue

Tutkimuslupa

ETEVA

Päätöspöytäkirja

§ 34 / 2017

Kunnallisasiat

Viranomaisen/päätöksentekijä	Pirjo Riikonen, tulosaluejohtaja/Erityispalvelut		
Esittelijä	Marketta Salminen, kehittämisspäälikkö		
Yksikkö	Yksikön nimi Erityispalvelut	Paikkakunta Mäntsälä	
Otsikko	Tutkimuslupa Tia Wahlströmin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen YAMK-opinnäytetyöhön: Lääkehoidon osaaminen Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä		
Esittely	Esitän tutkimusluvan myöntämistä Tia Wahlströmin opinnäytetyölle. Tarkemmat perustelut ovat liitteessä. Etevasta opinnäytetyön ohjaajaksi esitän Keravan kehitysvammapsykiatrian palvelupäälikkö Anne Koskimäkeä.		
Esittely tai puolto	Päiväys 26.10.2017	Nimi Marketta Salminen	Virka-asema Kehittämisspäälikkö
Päätös perusteluineen	<input checked="" type="checkbox"/> Päätän esityksen mukaan.		
	Päiväys 1.11.2017	Alekirjoitus 	Virka-asema Tulosaluejohtaja
Nähtävänä	Paikka <input type="checkbox"/> Hallintorakennus <input checked="" type="checkbox"/> Viranhaltijan työhuone	Päivämäärä	
Tiedoksianto Täytetään otteeseen, jos päätös jätetään erityistiedoksiantona kuntalain 137 § tarkoitetulle asianosaiselle. Tämä alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen.	Asianosainen Tia Wahlström, tia.wahlstrom@metropolia.fi.	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi sähköisesti	
		<input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä	
		<input type="checkbox"/> Lähetetty todisteellisena tiedoksiantona (velvoittavat)	
	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle	Vastaanottajan alekirjoitus	
	<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten		
	Tiedoksiantopäivämäärä 1.11.2017	Tiedoksiantaja 	
Tiedoksianto muille	<input type="checkbox"/> Taloushallinto <input checked="" type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> Palkanlaskenta <input type="checkbox"/> Hallinto-yksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Marketta Salminen <input checked="" type="checkbox"/> Anne Koskimäki <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Eteva kuntayhtymä

Karhukuja 1

04600 Mäntsälä

PL 43

04601 Mäntsälä

p. 020 692 100

www.eteva.fi

etunimi.sukunimi@eteva.fi

Y-tunnus

0203300-9

ETEVA

Päätöspöytäkirja

§ 34 / 2017

Kunnallisasiat

Viranomaisen/päätöksentekijä	Pirjo Riikonen, tulosaluejohtaja/Erityispalvelut		
Esittelijä	Marketta Salminen, kehittämisspäällikkö		
Yksikkö	Yksikön nimi Erityispalvelut	Paikkakunta Mäntsälä	
Otsikko	Tutkimuslupa Tia Wahlströmin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen YAMK-opinnäytetyöhön: Lääkehoidon osaaminen Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä		
Esittely	Esitän tutkimusluvan myöntämistä Tia Wahlströmin opinnäytetyölle. Tarkemmat perustelut ovat liitteessä. Etevasta opinnäytetyön ohjaajaksi esitän Keravan kehitysvammapsykiatrian palvelupäällikkö Anne Koskimäkeä.		
Esittely tai puolto	Päiväys 26.10.2017	Nimi Marketta Salminen	Virka-asema Kehittämisspäällikkö
Päätös perusteluineen	<input checked="" type="checkbox"/> Päätän esityksen mukaan.		
	Päiväys 1.11.2017	Allekirjoitus 	Virka-asema Tulosaluejohtaja
Nähtävänä	Paikka <input type="checkbox"/> Hallintorakennus <input checked="" type="checkbox"/> Viranhaltijan työhuone	Päivämäärä	
Tiedoksianto Täytetään otteeseen, jos päätös jätetään erityistiedoksiantona kuntalain 137 § tarkoitetulle asianosaiselle. Tämä alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen.	Asianosainen Tia Wahlström, tia.wahlstrom@metropolia.fi.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi sähköisesti		
	<input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä		
	<input type="checkbox"/> Lähetetty todisteellisena tiedoksiantona (velvoittavat)		
	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle	Vastaanottajan allekirjoitus	
	<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten		
	Tiedoksiantopäivämäärä 1.11.2017	Tiedoksiantaja 	
Tiedoksianto muille	<input type="checkbox"/> Taloushallinto <input checked="" type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> Palkanlaskenta <input type="checkbox"/> Hallinto-yksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Marketta Salminen <input checked="" type="checkbox"/> Anne Koskimäki <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Eteva kuntayhtymä

Karhukuja 1
04600 MäntsäläPL 43
04601 Mäntsälä

p. 020 692 100

www.eteva.fi
etunimi.sukunimi@eteva.fiY-tunnus
0203300-9

Oikaisuvaatimusohjeet

Päätöksen lyhytmuoto voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen voi tehdä **asianosainen** eli se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa tai kuntayhtymän **jäsenkunta tai sen jäsen**.

Oikaisuvaatimus osoitetaan Eteva kuntayhtymän yhtymähallitukselle ja on toimitettava ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä osoitteella PL 43, 04610 Mäntsälä, käyntiosoite Karhukuja 1, 04600 Mäntsälä, puh. 020 692 100, kirjaamo@eteva.fi.

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Määräaikaa laskettaessa ei tiedoksisaantipäivää lueta määräaikaan. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon sähköisellä tiedonantoa käytettäessä, jollei muuta näytetä, sitä päivänä, jolloin päätöksen ohjesivakirjoineen sisältävä sähköinen viesti on vastaanottajan käytettävissä tämän vastaanottolaitteessa siten, että viestiä voidaan käsitellä. Tällaisena ajankohtana pidetään kolmatta päivää viestin lähettämispäivästä. Jos tiedoksiarvio toimitetaan postitse kijeeltä vastaanottajalle, vastaanottajan katsotaan saaneen asiasta tiedon seitsemän päivän kuluessa kijeen lähettämispäivästä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Jäsenkunnan ja sen jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.

Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava:

muutoksenhakijan nimi, postiosoite, kotikunta ja puhelinnumero
päätös, johon haetaan muutosta
mitä kohdin päätökseen haetaan muutosta ja mitä muutoksia siihen vaaditaan tehtäväksi
muutosvaatimuksen perusteet.

Oikaisuvaatimus on sen tekijän allekirjoitettava ja siihen on liitettävä päätös, johon oikaisua haetaan joko kopiona tai alkuperäisenä ja asiakirjat, joihin vedetään.

Jos muutoksenhakijan puhevaltaa käyttää hänen laillinen edustajansa tai esimiehensä tai jos laatijana on joku muu henkilö, oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava myös allekirjoittajan ammatti, asuin- ja postiosoite. Asiakirjat on toimitettava viranomaisen asiantuntijalleen postitse, sähköisesti tai lähtien välityksellä lähettäjän omalla vastuulla. Postin asiakirjat on jätettävä niin ajoissa, että ne ehtivät perillä ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Jos määräajan viimeinen päivä on pyhäpäivä tai muu sellainen päivä, jolloin virastoissa ei työskennellä, saa oikaisuvaatimuksen toimittaa ensimmäisenä arkipäivänä sen jälkeen.

Eteva kuntayhtymä
Karhukuja 1
04600 Mäntsälä

PL 43
04601 Mäntsälä

p. 020 692 100

www.eteva.fi
etunimi.sukunimi@eteva.fi

Y-tunnus
0203300-9