

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2012

Irene Rantanen

LÄÄKEHOIDON KOULUTUSMALLI VANHUSTYÖTÄ TEKEVILLE LÄHIHOITAJILLE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

”Neljäkymmentä on nuoruuden vanhuus, viisikymmentä vanhuuden nuoruus.”

✎ Victor Hugo ✎

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Maaliskuu 2012 | 63 sivua ja 11 liitesivua

Irene Rantanen

LÄÄKEHOIDON KOULUTUSMALLI VANHUSTYÖTÄ TEKEVILLE LÄHIHOITAJILLE

Jokainen potilaan hoitoon osallistuva vastaa potilasturvallisuuden toteutumisesta omalta osaltaan. Ammatillinen osaaminen on potilasturvallisuuden, ja näin ollen myös lääkitysturvallisuuden, edellytys.

Vanhuksen lääkehoidon koulutusmallin kehittäminen (VaLKe) –projektin tavoitteena oli tuottaa lääkehoidon koulutusmalli vanhustyötä tekeville lähihoitajille ja tarkoituksena oli lisätä sekä tukea lähihoitajien lääkehoidon osaamista ympärivuorokautisessa hoidossa.

Empiirinen osio koostui Perusosaamisen varmentamisen tuloksista, HaiPro-ilmoituksista sekä Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselystä. Kyselyn tavoitteena oli tuottaa tietoa lähihoitajien vanhuksen lääkehoidon täydennyskoulutustarpeesta ja oppimisen kannalta parhaista oppimistavoista. Tarkoituksena oli selvittää vanhuksen lääkehoidon koulutusmallin sisällön osa-alueet ja kuvata lähihoitajien itsearviointia lääkehoidon osaamisesta. Kyselyn kohderyhmänä olivat ympärivuorokautisen hoidon lähihoitajat (n = 118). Aineiston tilastollinen analyysi toteutettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa käyttäen. Aineistoa kuvattiin prosentuaalisen osuuden (%) avulla. Vastaajat arvioivat osaamisensa tasolle kehittynyt aloittelija ja täydennyskoulutustarve ilmeni kyselyn kaikilla osa-alueilla.

Jatkuva non-stop –periaatteella toteutuva lääkehoidon koulutus nähtiin lääkitysturvallisuutta parantavana menetelmänä. Koulutusmallin laatiminen toimi kehittämismenetelmänä, jonka tavoitteena oli tukea ja lisätä niin lähihoitajien kuin sairaanhoitajienkin olemassa olevaa lääkehoidon osaamista.

ASIASANAT:

Lääkitysturvallisuus, koulutusmalli, osaaminen, lähihoitaja, vanhus

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social services and Health Care | Master of Health Care in Developing and Leadership

March 2012 | 63 pages + 11 appendix pages

Irene Rantanen

ELDERLY PERSONS MEDICATION TRAINING MODEL DEVELOPMENT

Everyone involved in patient work has a responsibility for the realization of the patient safety. Vocational know-how is the premise of patient safety and therefore it is also a requisition for medication safety.

The aim of the project was to produce an elderly persons medication training model to the practical nurses and support the practical nurses know-how of medication.

The empirical part of the thesis is based on the results of the survey called Verification of the basic skills, results of the enquiry into Safe medication of the elderly as well as HaiPro announcements. The aim of the survey about safe medication was to provide information about practical nurses' constant training needs when it is a question of medication with relation to the elderly. Moreover there was a goal to find out best ways for practical nurses to learn new things. The aim was also to clarify the sectors of the contents of the education model that will be created and to describe the practical nurses' self-assessment about the know-how of the medication. The target group of the enquiry was round-the-clock care practical nurses and the statistical analysis of the material was carried out using the Excel spreadsheet. The material was described with the help of the perceptual share (%). The respondents estimated their know-how to the level of advanced beginner and need of continuing education appeared at all the sections of the enquiry.

Constant education was seen to be the best method to improve the safety of medication. The education model created was aimed to work as a developing method which would support and increase the existing medication know-how of the practical nurses as well as the nurses.

KEYWORDS:

Medication safety, medication, training model, know-how, practical nurse, elderly

SISÄLTÖ

SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	3
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Lääkehoito osana potilasturvallisuutta	4
2.2 Lääkehoito hoitotyön osana	6
2.3 Vanhuksen lääkehoidon haasteet	9
2.4 Lääkehoito osana hoitotyötä ja hoitohenkilökunnan koulutus	11
2.5 Ympärivuorokautinen hoito kehittämisprojektin toimintaympäristönä	16
2.6 Kehittämisprojektin prosessi	17
2.7 Perusosaamisen varmentaminen ja HaiPro	19
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO	24
3.1 Soveltavan tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	24
3.2 Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselylomake	24
3.3 Aineiston keruu	27
3.4 Aineiston analysointi	28
3.5 Vastaajien taustatiedot	29
3.6 Lääkehoidon nykyiset toimintatavat lähihoitajien arvioimana	32
3.7 Lääkehoidon osaaminen lähihoitajien itsearviointina	33
3.8 Lähihoitajan oppimistavat	39
3.9 Eettiset kysymykset ja luotettavuus	39
3.10 Johtopäätökset ja pohdinta	42
4 LÄÄKEHOIDON KOULUTUSMALLIN KEHITTÄMINEN	45
4.1 Teoreettiset lähtökohdat ja tavoite	45
4.2 Koulutusmallin kehittämisprosessi	48
4.3 Mallin testaus ja hionta	49
4.4 Lääkehoidon koulutusmalli	50
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN POHDINTA	54
5.1 Tavoitteiden saavuttamisen arviointi	54
5.2 Aika- ja henkilökuntaresurssien käytön arviointi	54
5.3 Projektiorganisaation toimivuuden ja tuloksellisuuden arviointi	55
5.4 Käytettyjen kehittämismenetelmien arviointi	56
5.5 Kehittämisprojektin vaikuttavuuden arviointi	57

6 JATKOEHDOTUKSET	58
LÄHTEET	59

LIITTEET

- Liite 1. Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselylomake.
 Liite 2. Kyselyn tuloksien taulukoita.

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämisprojektin suunnitelma.	17
Kuvio 2. Lääkehoidon osaamisen varmentamisen –tulokset v. 2010.	20
Kuvio 3. HaiPro-ilmoituksen tekijän ammattiryhmä.	21
Kuvio 4. HaiPro-tapahtuman luonne.	21
Kuvio 5. Lääkityspoikkeaman tyyppi.	22
Kuvio 6. Koulutukseen ja perehdytykseen sekä osaamiseen liittyvät tekijät.	22
Kuvio 7. Lääkkeet, joista tehty eniten ilmoituksia vuonna 2010.	23
Kuvio 8. Vastaajien ikä vuosina.	29
Kuvio 9. Vastaajien työkokemus vuosina.	30
Kuvio 10. Viimeksi osallistunut työnantajan järjestämään/kustantamaan lääkehoidon teoriaopetukseen.	31
Kuvio 11. Viimeksi osallistunut työnantajan järjestämään/kustantamaan lääkelaskuopetukseen.	31
Kuvio 12. Lääkehoidon yleisten toimintaperiaatteiden toteutuminen ympärivuorokautisessa hoidossa.	33
Kuvio 13. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat.	34
Kuvio 14. Lääkehuollon tehtävät.	35
Kuvio 15. Lääkehoitoon liittyvä potilasohjaus.	36
Kuvio 16. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi.	37
Kuvio 17. Lääkehoitoon vaikuttavat vanhenemismuutokset.	38
Kuvio 18. Lähihoitajan oppiminen.	39
Kuvio 19. Lääkehoidon koulutusmalli.	51
Kuvio 20. Potilastapausesimerkki riskilääkkeistä.	52
Kuvio 21. Potilastapausesimerkki kivun hoidosta.	52
Kuvio 22. Lääkelaskuesimerkkejä.	53

TAULUKOT

Taulukko 1. Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselylomakkeen rakenne, kysymysten tai väittämien lukumäärät osa-alueittain ja muuttujien mitta-asteikot	26
---	----

1 JOHDANTO

Organisaation johdolla on vastuu potilasturvallisuuden kokonaisuudesta ja toteutuksesta, mutta jokainen hoitoon osallistuva vastaa potilasturvallisuudesta omalta osaltaan. Ammatillinen osaaminen on turvallisen hoidon keskeinen edellytys ja jokaisella terveydenhuollon työntekijällä on vastuu omasta osaamisestaan. Työnantaja vastaa siitä, että työntekijä on saanut perehdytyksen ja koulutuksen tehtäviinsä. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009.)

Lähihoitajatutkinto ei anna lupaa toteuttaa lääkehoitoa, minkä vuoksi kyseinen ammattiryhmä suorittaa kohdeorganisaatiossa erillisen lääkeluvan. Lupakäytäntö perustuu Turvallinen lääkehoito –oppaaseen (STM 2005) sekä toimintayksiköiden lääkehoitosuunnitelmaan. Kaikki lähihoitajat eivät ole saavuttaneet lupavaatimuksia. Sairaanhoidajien määrällisen vähyyden vuoksi tulevaisuuden uhkana on tilanne, ettei työvuorossa ole lääkeluvallista hoitajaa, jolla olisi oikeus toteuttaa potilaiden lääkehoitoa ja jolla voitaisiin katsoa olevan siihen riittävät valmiudet. Lähihoitaja-nimikkeellä tässä työssä tarkoitetaan kaikkia lähihoitaja-vakansseissa työskenteleviä eli myös perushoitaja-, apuhoitaja- ja mielenterveyshoitaja-tutkintonimikkeillä valmistuneita. Termillä täydennyskoulutus tarkoitetaan ammatillista lisäkoulutusta, jolla ei pyritä uuden tutkinnon suorittamiseen, vaan tarkoituksena on ylläpitää ja päivittää työntekijöiden osaamista vastaamaan työn muuttuvia vaatimuksia. Lääkehoidon osa-alueella työ keskittyy vain lääkitysturvallisuuteen.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli tuottaa lääkehoidon koulutusmalli vanhustyötä tekeville lähihoitajille, ja tarkoituksena oli lisätä ja tukea lähihoitajien lääkehoidon osaamista ympärivuorokautisessa hoidossa.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Kirjallisuuskatsauksessa hakusanoina käytettiin lääke*, hoito*, koulut*, potila* ja turvall*. Englanninkielisinä hakusanoina olivat ”drug therapy”, education, nursing ja ”personnel management”. Tiedonhakuja tehtiin Medic-, PubMed- ja Cinahl-tietokannoissa. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin tutkimukset, jotka oli tehty potilasturvallisuuden, lääkehoidon ja hoitohenkilökunnan lääkekoulutuksen näkökulmasta. Ne tutkimukset, jotka käsittelivät lääkehoitoa potilaan näkökulmasta, rajattiin katsauksen ulkopuolelle. Kielellisinä rajauksina olivat englannin- ja suomenkieli. Haut rajattiin vuosiin 2000-2012. Lisäksi lähdeaineistoa löytyi myös manuaalisesti aikaisemmin tehtyjen tutkimuksien lähdeluetteloista.

Kirjallisuuskatsaukseen pohjautuen luotiin teoreettinen viitekehys kehittämisprojektille sekä lopputuotoksena syntyvälle lähihoitajien lääkehoidon koulutusmallille.

2.1 Lääkehoito osana potilasturvallisuutta

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 julkaistiin tammikuussa 2009. Tavoitetilana vuoteen 2013 mennessä on, että hoito on vaikuttavaa ja turvallista. Strategiaan on kirjattu viisi tavoitetta: potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan, potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuus otetaan huomioon terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Terveydenhuoltolain samoin kuin terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain tarkoituksena on toteuttaa ja edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi

haitalliset poikkeamat pyritään tunnistamaan ja niiden johtaminen vaaratapahtumaan estämään. Potilasturvallisuuden yhtenä osa-alueena, hoidon turvallisuuden ja laitteiden käyttöturvallisuuden lisäksi, on lääkehoidon turvallisuus (medication safety). (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.)

Turvallisuuden osa-alueissa voidaan erottaa hoitomenetelmän turvallisuus ja hoitoprosessin turvallisuus. Menetelmän turvallisuus sisältää haittavaikutuksen eli hoitomenetelmästä aiheutuneen haitallisen ja tahattoman vaikutuksen. Normaaliin hoitoon verrattuna haittavaikutus aiheuttaa potilaalle lääketieteellistä haittaa, kuten hoidon pitkittymistä tai hoitokustannuksien kasvua. Hoitoprosessin turvallisuus puolestaan vaarantuu, kun tapahtuu poikkeama suunnitellusta hoitoprosessista. (Stakes ym. 2006.)

Haittatapahtumien kustannuksia Suomen terveydenhuollolle tulee vuosittain noin 400 miljoonaa euroa. Jos huomioon otetaan myös terveydenhuollon ulkopuolelle jäävät kustannukset, kuten ansionmenetykset ja kotitaloustuotannon menetykset, summa on huomattavasti suurempi. Lisäksi haittatapahtumista seuraa paljon inhimillistä kärsimystä, jota ei voida mitata rahassa. (Järvelin, Haavisto & Kaila, 2010.) Lääkehoitoon liittyvät haittatapahtumat aiheuttavat kaikista potilasturvallisuuteen liittyvistä haittatapahtumista toiseksi suurimmat kustannukset (Senst, Achuism, Genest, Cosentino, Ford, Little, Raybon & Bates 2001; Järvelin ym. 2010).

Hyvät johtamiskäytännöt ovat hoitotyön kriittisiä menestystekijöitä. Johtamiseen kuuluvat hyvien hoitotyön toimintaedellytysten luominen, toiminnan linjaaminen ja seuraaminen, arviointi ja kehittäminen sekä hoitotyössä toimivien osaamisen ja hyvinvoinnin edistäminen. Ihmisten johtamisessa korostuvat avoin keskustelu, visioiminen, osallistaminen, innokkuus ja kannustaminen. Ihmisten

johtaminen on suunnan näyttämistä sekä osaltaan potilasturvallisuutta tukevaa toimintaa. (STM 2003; Aarva 2009.)

Johtaminen rakentuu vastavuoroisessa, kieleen ja keskusteluun perustuvassa vuorovaikutuksessa (Hujala 2008). Osastonhoitajat käyttävät johtamistoimintoja useammin kuin sairaanhoitajat, ja he valtuuttavat muutosjohtamisessa sairaanhoitajia toimintaan. Johtamisessa he käyttävät niin sanottua tien näyttämistä harkittuna, suunnitelmallisena ja rohkaisemisena. Rohkaiseminen ilmenee sairaanhoitajien tukemisena, kannustamisena sekä palkitsemisena. Yhteisten visioiden tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisessa käytetään yhteistyötä ja asiantuntijoita. Perustehtävän turvaaminen toteutuu maltillisuutena uudistuksissa. (Vuorinen 2008.)

2.2 Lääkehoito hoitotyön osana

Lääkehoidon turvallisuus rakentuu kahdesta osa-alueesta: lääketurvallisuus (drug safety) ja lääkitysturvallisuus (medication safety). Lääketurvallisuus käsittää pääasiassa lääkkeeseen valmisteen liittyvän turvallisuuden, kun lääkitysturvallisuus puolestaan liittyy lääkkeiden käyttöön ja lääkehoitojen toteuttamiseen. Lääkitysturvallisuus-käsitteen alle kuuluvat myös lääkityspoikkeamat. (Stakes ym. 2006.)

Lääkehoidolla ehkäistään ja parannetaan sairauksia sekä hidastetaan niiden etenemistä. Lisäksi lääkehoidolla ehkäistään sairauksien aiheuttamia lisäsairauksia ja lievitetään sairauden aiheuttamia oireita. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta, minkä toteuttaminen edellyttää hoitohenkilöstöltä lääkehoidon eri vaiheiden ja kokonaisuuden hallintaa. (STM 2005.)

Lääkitysturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot. Periaatteiden ja toimintojen tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Lisäksi käsitteen sisälle kuuluvat toimenpiteet lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi. (Stakes ym. 2006.)

Lääkityspoikkeama (medication error) on tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Se voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten eli ennaltaehkäisevien toimenpiteiden pettämisestä. Pilkkottaessa käsitteitä edelleen pienempiin osiin, löytyy lääkityspoikkeaman alaluokkana lääkehoidon vaaratapahtuma (medication safety incident). Tämä jakautuu edelleen vielä läheltä piti-tilanteisiin (near miss) ja lääkehaittatapahtumiin (adverse drug event, ADE). Läheltä piti-tilanteeksi katsotaan tilanne, josta olisi voinut olla haittaa potilaalle, mutta haitalta vältyttiin. Lääkehaittatapahtumassa haittaa on aiheutunut potilaalle. (Stakes ym. 2006.)

Hoitajille lääkityspoikkeamia tapahtuu kolmessa kategoriassa: lääkkeen käyttökuntoon saattaminen, lääkkeen antaminen ja lääkkeen kirjaaminen. Lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa poikkeamat tapahtuvat lääkkeen laskuvirheissä. Antopoikkeamia ovat yleensä antamaton lääke potilaalle, lääkkeen annostusvirhe, väärän lääkkeen antaminen potilaalle, lääkkeen antaminen väärälle potilaalle ja lääkkeen jakovirhe. (Sipola-Kauppi 2009.)

Heti lääkityspoikkeaman tapahtumisen jälkeen hoitajien tunteet ovat kauhu, pelko ja huoli. Hoitajat pyrkivät lääkehoidossa virheettömyyteen, joten jo pelkkä ajatus mahdollisesta lääkityspoikkeamasta aiheuttaa pelkoa ja kauhua. Poikkeaman tapahtuessa potilaalle saakka koetaan järkytystä ja paniikkiakin. Myöhemmin, poikkeaman jälkeen, ilmeneviä reaktioita ovat pitkäaikainen

ahdistus, vaikeuksia unohtaa kokemukset, tilannekohtaiset reaktiot ja hoitajan välinpitämättömyys. Tunteita helpottavia tekijöitä poikkeaman jälkeen ovat inhimillisyyden tunnistaminen ja keskustelu. Lisäksi jos potilaalle ei aiheudu terveydellistä haittaa lääkityspoikkeamasta, tämän nähdään helpottavan jonkin verran hoitajan tuntemuksia. Yleisimpiä syitä tapahtuneeseen ovat kuormittuneisuus, kokemattomuus, tarkastamattomuus ja inhimillinen virhe. (Sipola-Kauppi 2009.) Lääkityspoikkeamien ehkäisy vaatii moniammatillista yhteistyötä ja poikkeamien ehkäisyllä välttään inhimillisiltä tragedioilta (Snellman 2009).

Lääkehoidon osa-alueella tapahtuvat poikkeamat ovat vakava ja kasvava ongelma. Lääkityspoikkeamat on listattu kolmanneksi yleisimmäksi syyksi toimintakyvyn laskuun ja potilaan kuolemaan ja useimmat tapahtumat liittyvät lääkkeiden anto- tai jakotilanteeseen. Hyvin usein nämä ovat tapahtumia, jotka voitaisiin ennaltaehkäistä. Erityisen haitallisia lääkityspoikkeamat ovat ikääntyneillä henkilöillä. Hoitajien matemaattisen pätevyyden arvioinnin lisäksi hoitajien tulisi olla myös tietoisia mahdollisista haittavaikutuksista, joita lääkkeet voivat aiheuttaa. (Nelson 2000; Banning 2006; Leape 2009; Pryce-Miller & Emanuel 2010.)

Vuonna 2005 Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) käynnisti HaiPro-tutkimushankkeen vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kehittämiseksi Suomen terveydenhuoltoon (STM 2008). Internetpohjainen HaiPro-työkalu vaaratapahtumien raportointiin ja käsittelyyn syntyi Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT), STM:n ja Lääkelaitoksen yhteistyönä (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008).

Järjestelmällinen, yhdenmukainen, yksinkertainen ja syyttelemätön raportointijärjestelmä vaaratapahtumista lisää raportoinia ja raportoinnin laatua.

Vaaratapahtumien käsittely antaa mahdollisuuden oppia virheistä ja tällöin pystytään muuttamaan organisaation rakennetta turvallisemmaksi. (Nelson 2000; Keistinen ym. 2008.) Työympäristön ja toimintatapojen tulee tukea henkilökuntaa siihen, että asiat on helppo tehdä oikein ja virheiden tekeminen on minimaalista (Leape 2009). Raportointi HaiPro-järjestelmällä perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. HaiPro-ilmoituksiin perustuen voidaan parantaa potilasturvallisuutta. (Sipola-Kauppi 2009.)

Vaasan keskussairaalassa HaiPro otettiin käyttöön toukokuussa 2007. Raportointijärjestelmän käyttöönotto on edellyttänyt jatkuvaa tiedottamista, kattavaa koulutusta sekä johdon vahvaa sitoutumista. Työssä korostettiin erityisesti potilasturvallisuuden teemaa. Henkilökunnasta yli 60 % osallistui koulutuksiin. Vuoden 2008 ensimmäisen neljän kuukauden aikana eniten ilmoituksia tehtiin lääke- ja nestehoitoon liittyen (34,2 % tapauksista). Tapahtumat jakoutuivat jako-, anto-, kirjaamis- ja määräämisvirheisiin. Esimiehille haastavinta oli saada koko henkilökunta mukaan vaaratapahtumista ilmoittamiseen ja ymmärtämään, ettei syyllisiä etsitä, vaan virheistä halutaan oppia. Vaasan keskussairaalan henkilökunta koki ilmoittamisen hyödylliseksi keinoksi vaikuttaa toimintatapoihin. Esteinä koettiin useimmiten kiire ja se, että ilmoituksen tekeminen saattaa tuntua juoruilulta. Käytännössä vaaratapahtumista ilmoittaminen ja käsittely ovat vaikuttaneet esimerkiksi lääkejakeletoimintatapojen muuttamiseen. (Keistinen ym. 2008.)

2.3 Vanhuksen lääkehoidon haasteet

Vanheneminen aiheuttaa elimistössä fysiologisia muutoksia ja nämä osaltaan vaikeuttavat lääkehoidon suunnittelua. Vanhusten lääkehoidossa yksilölliset erot ovat suurempia ja tärkeämpiä kuin monet muut lääkkeiden imeytymiseen, kulkeutumiseen, aineenvaihduntaan ja elimistöstä poistumiseen liittyvät vanhenemismuutokset. Voimakkaimmin vanhuspotilaan lääkehoitoon vaikuttavat lukuisat sairaudet. Lääkkeiden vaikutukset ja sivuvaikutukset voivat

vanhuksella olla odotettua voimakkaampia. Olennaista vanhuksen lääkehoidon haasteissa on siis vanhenemismuutosten tunteminen sekä lisäksi se, mihin lääkehoidolla pyritään. Onko tavoitteena parantaa potilaan ennustetta, lievittää sairauden oireita vai parantaa potilaan toimintakykyä. (Tilvis 2001; Kivelä 2006; Ritmala-Castrén 2006.) Vallalla olevat lääketieteen sisäiset kulttuuriset käsitykset vaikuttavat terveydenhuollon henkilökunnan hoitoa koskeviin käsityksiin (Lumme-Sandt 2002).

Yli 65-vuotiaista suurin osa käyttää jonkinlaisia lääkkeitä. Lääkkeillä on suuri merkitys vanhuksen elämänlaadulle, sillä lääkkeiden avulla moni voi ylläpitää tyydyttävän toimintakyvyn ja elää hyvää elämää. Lääkehoidon perustarkoituksena, iästä riippumatta, on säädellä kemiallisesti elimistön toimintoja kohti fysiologisesti suotuisaa tilaa. (Lumme-Sandt 2002; Ritmala-Castrén 2006; Goebeler 2009.)

Vanheneminen aiheuttaa heikentymistä toimintakyvyssä ja aistitoiminnoissa ja lisäksi altistuminen lääkehoidon aiheuttamille haitoille kasvaa. Vanhuksilla lääkkeiden imeytyminen voi hidastua, jolloin toivottu vaikutus tulee odotettua myöhemmin. Lääkkeen muuttuessa nopeasti jo imeytymisvaiheessa, lääkeainepitoisuus verenkierrossa kasvaa ja monien lääkkeiden vaikutus voi voimistua. Vanhenemismuutoksia elimistössä voi kutsua kuivumiseksi, rasvoittumiseksi ja hyytymiseksi. Elinten solumäärä vähenee ja korvautuu rasvakudoksella, joten elimistön vesimäärä vähenee. Pääsääntöisesti vesiliukoisten lääkkeiden pitoisuus verenkierrossa nousee ja rasvaliukoisten laskee. Tästä aiheutuen rasvaliukoisten, kuten rauhoittavien ja unettomuutta helpottavien, lääkkeiden poistuminen elimistöstä hidastuu ja vaikutusaika pitenee. Lisäksi lääkeaineiden poistumiseen elimistöstä vaikuttavat maksan ja munuaisten toiminnan alentuminen sekä kohde-elinten vanhenemismuutokset. (Tilvis 2001.)

Vanhukset sairastavat paljon ja käyttävät runsaasti lääkkeitä. Monilääkitys on yleistä laitoksissa asuvien vanhusten ja erityisesti iäkkäiden naisten keskuudessa. Yleisimmät sairaudet ovat sydän- ja verisuonisairaudet, ruoansulatusjärjestelmän sairaudet, infektiot, vammat ja dementoiva sairaus. (Hartikainen 2002; Raivio 2007; Goebeler 2009; Hosia-Randell 2010.) Edellämainittuja sairauksia hoidetaan pääasiassa lääkkein ja lääkitykset jäävät herkästi myös pysyviksi. Helsinkiläisten vanhainkotien pitkäaikaishoidossa olevilla asukkailla on käytössä keskimäärin lähes kahdeksan lääkettä päivittäin. Lääkkeiden yhteisvaikutukset eivät näyttäisi olevan ongelma ainakaan laitoshoidossa olevilla vanhuksilla. (Ritmala-Castrén 2006; Hosia-Randell 2010.) Monilääkityksellä tarkoitetaan vähintään viiden lääkkeen samanaikaista käyttöä (Hartikainen 2002).

2.4 Lääkehoito osana hoitotyötä ja hoitohenkilökunnan koulutus

Lääkehoidon oppimisessa ja osaamisessa on todettu olevan puutteita. On ratkaisevan tärkeää, että hoitajilla on riittävät farmakologiset taidot hallitakseen lääkehoitoa virheettömästi. (Grandell-Niemi, Hupli, Leino-Kilpi & Puukka 2005; Lim, Chiu, Dohrmann & Tan 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetusministeriö velvoittavat kouluja yhdenmukaistamaan lääkehoidon opetusta, jotta koulutuksesta valmistuvien lääkehoito-osaaminen vastaisi sille asetettuja vaatimuksia. Yhteinen kommunikaatio ja yhdenmukainen ymmärrys eri käsitteiden sisällölle ja merkitykselle varmistuu, kun lääkehoidon opetuksessa käytettävät käsitteistö pohjaa Stakesin ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdon (2006) julkaisemaan potilasturvallisuussanastoon. Lisäksi kyetään ehkäisemään väärinkäsitysten syntyminen ainakin käsitetasolla. (Veräjänkorva, Paltta & Erkkö 2008.)

Tutkimuksia hoitajien lääkelaskentataidoista on lähes kolmenkymmenen vuoden ajalta. Suomessa ensimmäiset julkaisut lääkelaskentataidoista on tehty vasta 1990-luvun loppupuolella. Lääkelaskentataitojen arviointiin on kehitetty mittari, lääkelaskentataitotesti. Testin mukaan osaaminen vaihtelee suuresti ja

laskutaitojen lisäksi puutteita ilmenee myös farmakologisissa taidoissa. (Grandell-Niemi ym. 2005; Lehtonen 2007.)

Valtaosa tutkimuksista on tehty koskien sairaanhoitajia ja sairaanhoitajaopiskelijoita. Lähihoitajien osaamisesta tutkimuksia on tehty vähemmän. Lähihoitajaopiskelijoiden lääkelaskentaa ja sen opetusta on tutkittu kemian näkökulmasta, jolloin lääkelaskenta on käytännön kemian ongelmien ratkaisua matematiikan avulla. Huono menestys johtuu usein siitä, että kemian käsitteet ja laskut tuntuvat abstrakteilta. Verkko-opetus on koettu oppimista edistäväksi ja hyväksi tueksi lähiopetukselle, mutta lääkelaskennassa heikot opiskelijat eivät kuitenkaan kykene itsenäiseen verkko-opiskeluun, vaan tarvitsevat henkilökohtaista ohjausta. (Tommola 2005.)

STM:ssä, terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa sekä eri kouluissa kaivataan työvälineitä hoitotyön opiskelijoiden lääkehoito-osaamisen varmistamiseen ja osoittamiseen sekä lääkehoidon opetuksen näkyväksi tekemiseen. Lääkehoitopassin avulla pyritään varmistamaan potilasturvallisuuden ja terveystalouden laadun edellyttämä yhtenevä lääkehoito-osaaminen terveysalan koulutuksessa. (Veräjänkorva ym. 2008.) On välttämätöntä, että hoitoalan opiskelijoiden matemaattiset taidot ovat kehittyneet korkealle tasolle, jotta he voivat turvallisesti toteuttaa lääkehoitoa. Oppilaitosten velvollisuus on luoda opetussuunnitelma, mikä tukee teoreettisten taitojen kehittymistä ja vastaa myös käytännön asettamiin haasteisiin. (Emanuel & Pryce-Miller 2009.)

Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää teoreettista ja käytännön osaamista. Lääkäri määrää lääkkeen, mutta määräyksen toteuttajan vastuulle jää havainnoida ja arvioida sekä perustella toimintansa. Näin ollen hoitajilta, jotka yleensä määräyksen toteuttavat, vaaditaan tietoa, kriittistä ajattelua,

psikomotorisia taitoja sekä eettistä ratkaisukykyä. Lisäksi on tarpeellista hallita matemaattiset laskutaidot, itse lääkehoidon prosessi ja ymmärtää lääkehoidon moniulotteisuus. Tällä kaikella halutaan vaikuttaa hoitotyön laatuun. (Veräjänkorva 2003; Pryce-Miller ym. 2009.) Tärkeä lääkityspoikkeamien tapahtumiseen vaikuttava tekijä on työyhteisön asenne virheistä oppimiseen sekä yhdessätyöskentelyn helppous (Chang & Mark 2011).

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon eli lähihoitaja-tutkinnon tavoitteena on, että ammattihenkilöt osaavat kohdata eri elämänvaiheissa olevia asiakkaita ja potilaita yksilöinä ja myös edistää toiminnallaan heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Tavoitteena on myös se, että ammattihenkilö osaa ylläpitää ammattitaitoaan seuraamalla kehitystä ja päivittämällä tietojaan sekä syventää osaamistaan täydennyskoulutuksella. (Opetushallitus 2010.)

Oppiminen on aina luonteeltaan tapahtumasarja eli prosessi, johon sisältyy aktiivista henkistä toimintaa. Se on siis muutakin kuin vain pelkkää tiedon vastaanottamista ja varastoimista. (Tynjälä 2000.) Itseohjautuvuus asioiden oppimisessa korostuu erityisesti aikuisopiskelijoiden opetuksessa. Aikuisen oppimisessa keskeistä on, miten tieto saadaan omakohtaiseksi jokapäiväiseksi käytännön toiminnaksi (Rantanen 2003).

Itseohjautuvuus jaetaan kolmeen eri tasoon. Ensimmäisesessä tasossa oppija tekee aloitteen joko toisten avulla tai itsenäisesti. Toisessa tasossa oppijalla on kriittinen tietoisuus häntä ohjaavista tekijöistä ja kolmannessa tasossa oppija laajentaa kriittisen tietoisuuden koskemaan vallitsevaa yhteiskunnallista todellisuutta ja omaa rooliaan sen osana. Itseohjautuvuuden keskeiset ominaisuudet ovat siten autonomisuus, yhteisöllisyys, kriittinen tiedostaminen ja integroituminen todellisuuteen. Itseohjautuvuuden opetusmenetelmän tulisikin

olla mieluummin keskusteleva tai mahdollistava kuin opettava. (Rantanen 2003.)

Jatkuva hoitajien lääkehoidon koulutus on hyödyllistä lääkityspoikkeamien ehkäisyssä ja potilasturvallisuuden parantamisessa lääkehoidon osa-alueella (Nelson 2000; Veräjänkorva 2003). Terveysthuollon ammattihenkilön on sovellettava ammattitoiminnassaan yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti ja pyrittävä täydentämään niitä jatkuvasti. Henkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan sekä perehtymään työtään koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Lisäksi työnantajan on huolehdittava siitä, että terveysthuollon henkilöstö osallistuu riittävästi terveysthuollon täydennyskoulutukseen ja luotava edellytykset täydennyskoulutukseen osallistumiselle. (Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 1994; Terveysthuoltolaki 2010).

Oppimisen arviointi voidaan jakaa kahteen lähestymistapaan: määrälliseen, jossa huomiota kiinnitetään siihen, kuinka paljon on opittu, ja laadulliseen, joka kohdistuu siihen, mitä, millä tavalla ja miten syvällisesti on opittu ja mitä laadullisia muutoksia oppijan tiedoissa ja taidoissa on tapahtunut. Perinteisesti oppimista on arvioinut opettaja eli opetuksen perusmallina on toiminut behaviorismiin perustuva hyvin kouluttajakeskeinen opetustapa. Nykyisin kiinnitetään enemmän huomiota oppijan itsensä kokemaan ja arvioimaan oppimiseen, jossa oppija itse asettaa tavoitteensa, arvioi niiden saavuttamista ja osaa tunnistaa sekä luoda käsityksen itsestään oppijana. Voidaankin puhua aikuisten oppimisen ohjaamisesta ennemminkin kuin opettamisesta. Oppiminen ei tapahdu tyhjiössä, vaan se on osa kulttuuria ja tapahtuu kulttuurin tuottamilla välineillä ja sen sanelemin ehdoin. Opetus ja oppiminen ovat aktiivista ja luovaa toimintaa, jossa oma ajattelu ja osallistuminen ovat olennaisia. (Eteläpelto & Tynjälä, 1999; Tynjälä 2000.)

Matemaatikko ja systeemianalyysien asiantuntija Stuart Dreyfus ja filosofi Hubert Dreyfus ovat kehittäneet taitojenhankkimismallin, joka perustuu olettamukseen, että taitoa hankkiessaan ja kehittäessään oppija etenee viidessä vaiheessa: noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija (Benner 1989). Tässä työssä samoista vaiheista käytetään nimityksiä: aloittelija, kehittynyt aloittelija, ammattilainen, taitava ja erityisasiantuntija. Nimityksien ja nimitysmääritelmien pohjana on käytetty Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän ammatillisen osaamisen ja johtamisosaamisen hankkeen osaamismäärittelyä (Suhonen, Salminen & Puro 2008). Lisäksi vaiheet tässä opinnäytetyössä jaotellaan lääkehoidon näkökulmasta katsottuna siten, että kolme ensimmäistä ovat lähihoitajien osaamisen tasoja ja kaksi viimeistä kuuluvat sairaanhoitajien osaamiseen. Osaamisen tasojen jaottelun perustana on käytetty olettamusta, että ympärivuorokautisessa hoidossa sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen on vankempaa suhteessa lähihoitajiin, koska sairaanhoitajat toimivat käytännössä lääkehoidon osa-alueiden näyttöjen vastaanottajina.

Aloittelija hallitsee koulutuksensa perusteella ammattinsa perusasiat ja pystyy toimimaan työtehtävissä kokeneemman työparin kanssa tai ohjattuna. Osaamista ja työskentelyä leimaa itsenäisyyden puute ja suuri riippuvuus ohjauksesta. Kehittynyt aloittelija osaa toimia itsenäisesti työtehtävässään ja kykenee vähimmäisvaatimukset täyttäviin suorituksiin. Työ on luonteeltaan kuitenkin suunnittelematonta ja tilannesidonnaista eli ohjauksen ja valvonnan tarve on vielä olemassa. Ammattilainen on työnsä osaaja, joka hallitsee työnsä hyvin. Hän osaa analysoida ja yhdistää asioita, näkee kehittämisalueita ja osaa neuvoa muita samaa tehtävää toteuttavia. Ammattilainen kykenee hallitsemaan tehtäväkokonaisuuksia ja työ on suunniteltua. (Benner 1989; Suhonen ym. 2008.)

Taitava osaaja on työnsä kehittäjä, joka perustelee toimintaansa näyttöön perustuen ja laajentaa osaamistaan. Hän suoriutuu kokonaisista laajoista tehtäväalueista ja kykenee tekemään myös muuta tehtävään olennaisesti liittyvää. Hän on itsenäinen ja työ on tavoitesuuntautunutta. Erityisasiantuntija on huippuosaaja. Hän osaa tulkita ja vertailla eri vaihtoehtoja kriittisesti, ja hänellä on sekä taitoa että kykyä uudistaa osaamistaan. Hän ottaa vastuuta koko työyhteisön työstä ja sen kehittamisestä ja toiminta liittyy vahvasti koko työorganisaation visioon ja strategiaan. (Benner 1989; Suhonen ym. 2008.)

2.5 Ympäri vuorokautinen hoito kehittämisprojektin toimintaympäristönä

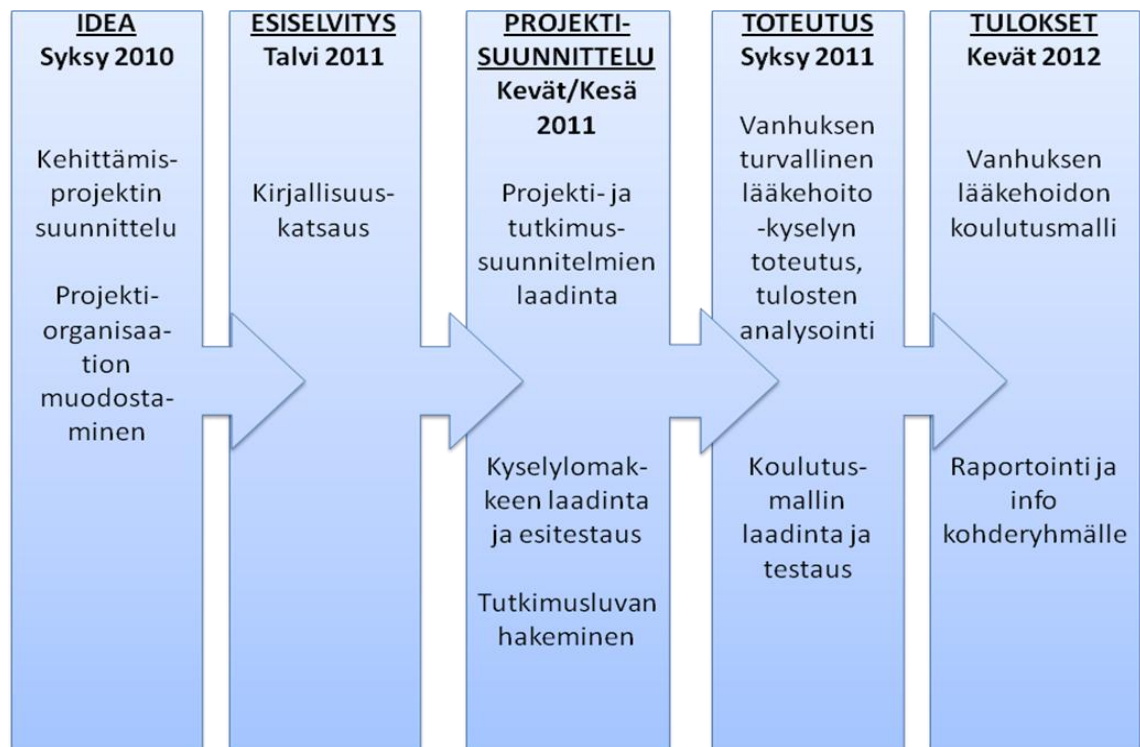
Turun kaupungin Sosiaali- ja Terveystoimen (SoTe) tavoitteena on edistää asukkaiden hyvinvointia ennaltaehkäisevillä palveluilla, tutkimus-, hoito-, perhe- ja kuntoutuspalveluilla sekä vaikuttamalla elinympäristön laatuun. Toteuttamalla näitä tavoitteita SoTe pyrkii myönteisiin muutoksiin turkulaisten psyykkisessä, fyysisessä ja sosiaalisessa hyvinvoinnissa. (Turun kaupunki 2012.)

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin Turun kaupungin Sosiaali- ja Terveystoimen vanhuspalveluiden tulosalueen ympärivuorokautisessa hoidossa. Vanhuspalvelut painottuvat ikääntyvien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä ehkäisevään toimintaan. Avun- ja hoidontarpeen kasvaessa, kun kotona asuminen ei enää onnistu palvelujenkaan turvin, vaihtoehtona on ympärivuorokautinen hoito. Se toteutuu tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa tai pitkäaikaishoidossa ikääntyneen omien voimavarojen mukaan. Osa vanhuspalveluista on suunniteltu erityisesti dementiaoireisille ikäihmisille. (Turun kaupunki 2012.) Vanhuspalvelujen järjestämistä ohjaa Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. (STM 2008.)

Vuoden 2010 alussa ympärivuorokautisessa hoidossa tehtiin organisaatiomuutoksia. Niiden tuloksena syntyi viisi monimuotoista vanhuskeskusta. Muutoksen tavoitteena oli, että vanhuskeskuksissa on monipuolinen palvelutarjonta, jota yhteistyö kotihoidon, kolmannen sektorin, järjestöjen ja seurakuntien kanssa monipuolistaa. Lisäksi vanhusten siirtoja hoitopaikasta toiseen pyritään vähentämään. (Ahonen 2010.)

2.6 Kehittämisprojektin prosessi

Projektin ideointi käynnistyi syksyllä 2010. Se perustui lähihoitajien lääkelupakäytännön muuttumiseen SoTe:ssa ja siihen, että perusosaamisen varmentamisen läpäisyssä havaittiin ongelmia. Kehittämisprojektin taustalle esitettiin STM:n potilasturvallisuusstrategiaa ja SoTe:n omia linjauksia potilasturvallisuuden edistämiseksi lääkehoidon näkökulmasta. Projekti sai ohjausryhmätyöskentelyn myötä nimen Vanhuksen lääkehoidon koulutusmallin kehittäminen eli VaLKe –projekti. Kehittämisprojektin suunnitelma on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Kehittämisprojektin suunnitelma.

Projektiorganisaation muodostaminen alkoi syksyllä 2010 ja vahvistui keväällä 2011. Kehittämiprojektin projektipäällikkönä toimi raportin kirjoittaja. Ohjausryhmä perustettiin projektia varten. Ohjausryhmän tehtävänä on edistää projektin onnistumisen mahdollisuuksia, johtaa projektin suuria linjoja sekä toimia projektipäällikön apuna esimerkiksi ongelmatilanteiden käsittelyssä. Lisäksi ohjausryhmä antaa oman asiantuntemuksensa projektin käyttöön. (Routasalo 2010; Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011.) Kehittämiprojektin ohjausryhmään liittyivät tutkimus- ja kehitysyksikön ylihoitaja, ympärivuorokautisen hoidon lääkäri, sairaala-apteekin proviisori, yhden yksikön esimies ja häntä sijaistava sairaanhoitaja, työelämämentori ja tutoropettaja.

Projektiryhmän toiminta on tehokkaampaa ja laadukkaampaa, mikäli projektiryhmässä työskentelee alan asiantuntijoita ja kokeneita henkilöitä. Projektiryhmä vastaa osaltaan projektin onnistumisesta. (Routasalo 2010; Paasivaara ym. 2011.) Kehittämiprojektin projektiryhmään kuuluivat projektipäällikkö ja yksi sairaanhoitaja jokaisesta vanhuskeskuksesta eli viisi ympärivuorokautisen hoidon sairaanhoitajaa. Työelämämentori toimi kehittämiprojektin mahdollistajana sekä projektipäällikön henkisenä tukena. Mentorina toimi yhden vanhuskeskuksen johtaja.

Kirjallisuuskatsausvaiheessa talvella 2010 toteutettiin aiheeseen liittyvät tiedonhaut. Samalla etsittiin soveltavan tutkimuksen osiota varten soveltuvaa mittaria. Mittariksi sovellettiin aiemmin luotua Turvallinen lääkehoito naistenklinikalla –kyselylomaketta. Lupa lomakkeen käyttöön ja muokkaukseen saatiin sähköpostitse mittarin kehittäjältä huhtikuussa 2011.

Projekti- ja tutkimussuunnitelmavaihe alkoi keväällä 2011 ja vt. tulosaluejohtaja myönsi tutkimusluvan huhtikuussa 2011. Yksiköiden esimiehille kehittämiprojektista kerrottiin suullisesti toukokuussa 2011. Toukokuussa alkoi

myös keskustelu otoskoon laajuudesta. Projektipäällikön esitellessä projektia ympärivuorokautisen hoidon johtoryhmälle kesäkuun alussa otoskoon laajennus päätettiin toteuttaa. Johtoryhmässä oli paikalla myös tutkimusluvan myöntäjä, joten uutta lupaa ei tarvinnut hakea, koska suunnitelma pysyi muuten alkuperäisenä. Kyselylomake esitettiin kesän 2011 aikana eikä muutoksia testauksen jälkeen jouduttu tekemään. Aineiston keruu aloitettiin Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselylomakkeella syyskuussa 2011.

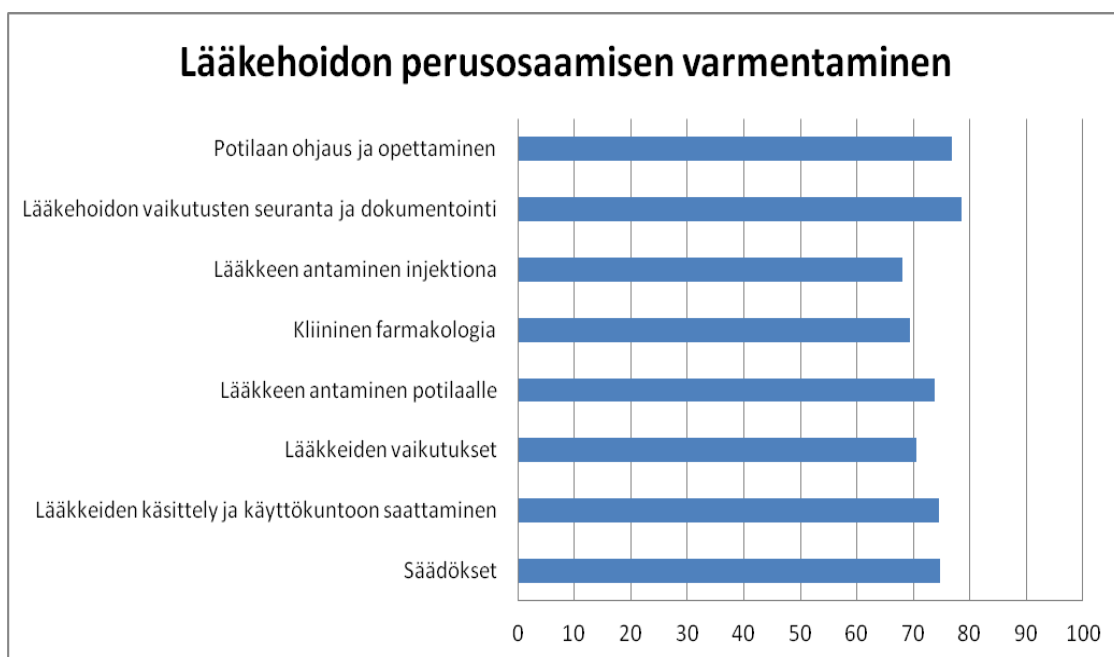
Ensimmäinen projektiryhmäkokoontuminen oli marraskuussa 2011. Projektiryhmän toimintaa oli koulutusmallin koulutussisältöjen tuottaminen. Projektiryhmätyöskentelyssä tuli ilmi monia riskejä, joita ei etukäteen tehdyssä riskianalysissa oltu osattu ottaa huomioon. Aikataulujen yhteensovittaminen tuotti suurta vaikeutta, minkä vuoksi projektipäällikkö kävi henkilökohtaisesti niiden jäsenten luona, jotka eivät päässeet mukaan tapaamisiin. Lisäksi projektiryhmäläisistä yksi jättäytyi jo heti alussa pois ja myöhemmin koulutusosioiden testausvaiheessa projektiryhmän koko pieneni jälleen yhdellä. Riskinä oli kehittämisprojektin viivästyminen. Projektipäällikkö pyrki hallitsemaan sitä omalla aktiivisuudellaan ja koulutusosioiden työstämisellä mahdollisimman paljon projektiryhmätapaamisten ulkopuolella. Projektiryhmäläisissä ilmeni paljon muutosvastarintaa ja projektipäällikkö joutui perustelemaan työn tärkeyttä useaan otteeseen. Samaa muutosvastarintaa voidaan odottaa jatkossa koulutusmallin jalkautusvaiheessa.

2.7 Perusosaamisen varmentaminen ja HaiPro

Kyselyn lisäksi soveltavan tutkimuksen osiossa käytettiin aineistona HaiPro-ilmoituksia sekä Perusosaamisen varmentamisen –tuloksia tukena kyselyn tuloksille.

SoTe:n johtoryhmän (2009) päätöksellä perusosaamisen varmentamisessa hyväksyttiin teoriaosuuden osa-alueiden alarajaksi 80 % eli osa-alueet, joiden

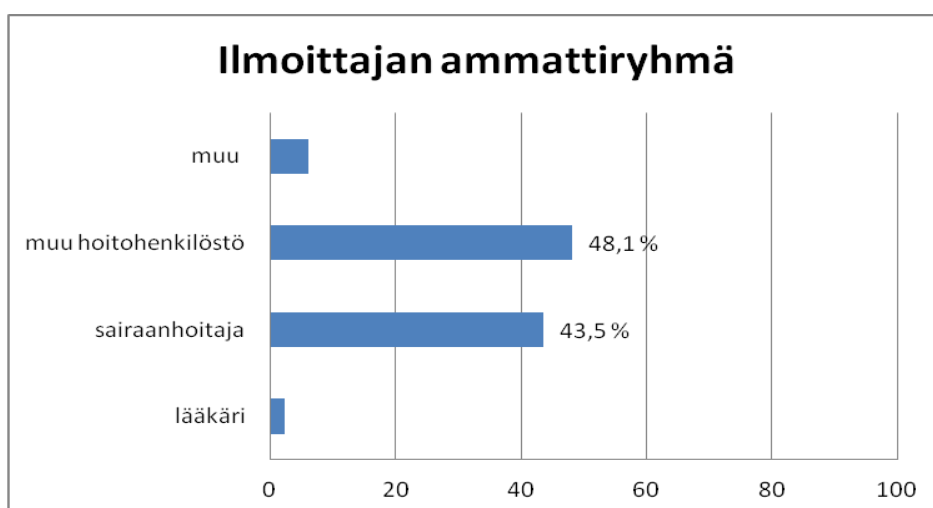
keskiarvo jäi tämän alle, piti uusia. Kuviossa 2 on laskettu koko ympärivuorokautisen hoidon keskiarvot. Kuvioista nähdään, että yksikään osa-alue ei saavuta asetettua 80 % minimirajaa. Lääkelaskut jätettiin aineiston ulkopuolelle, koska tämän kehittämissuorituksen painopiste on lääkehoidon teoreettisessa osaamisessa. Lääkelaskujen hyväksymisraja on 100 %.



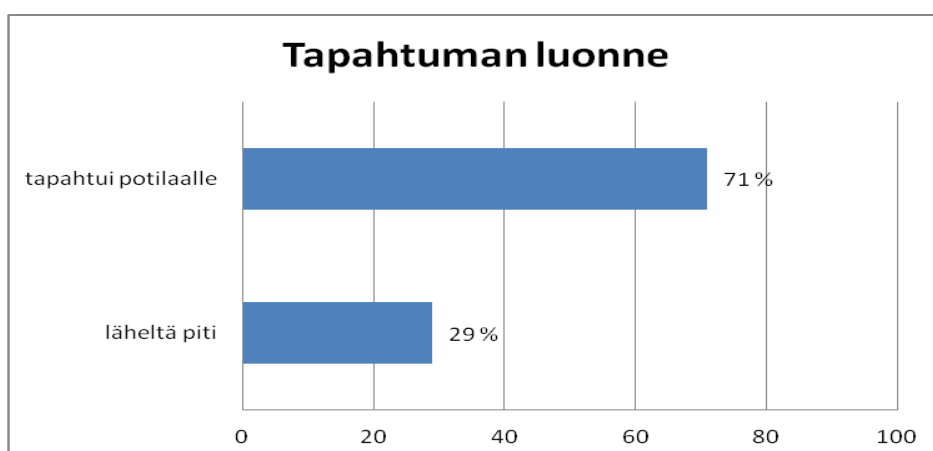
Kuvio 2. Lääkehoidon perusosaamisen varmentamisen –tulokset v. 2010.

Vaaratapahtumien raportointi on yksi työkalu potilasturvallisuuden lisäämisessä. Turun sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä käsitteli järjestelmän käytön tehostamista kokouksessaan syyskuussa 2009 päättäen samalla käsitellä hallintokuntatasoisesti HaiPro-raportteja neljä kertaa vuodessa. Työyksiköt ovat nimenneet henkilöt, joilla on oikeus käsitellä yksikkönsä HaiPro-ilmoituksia ja koulutusta järjestettiin erityisesti ilmoitusten käsittelijöille sekä esimiehille. (Lääkeneuvottelukunta 2010.) Lääkeneuvottelukunnan (2010) mukaan erityisesti vanhuspalveluiden tulosalue, johon ympärivuorokautinen hoitokin kuuluu, on ottanut HaiPro-työkalun omakseen.

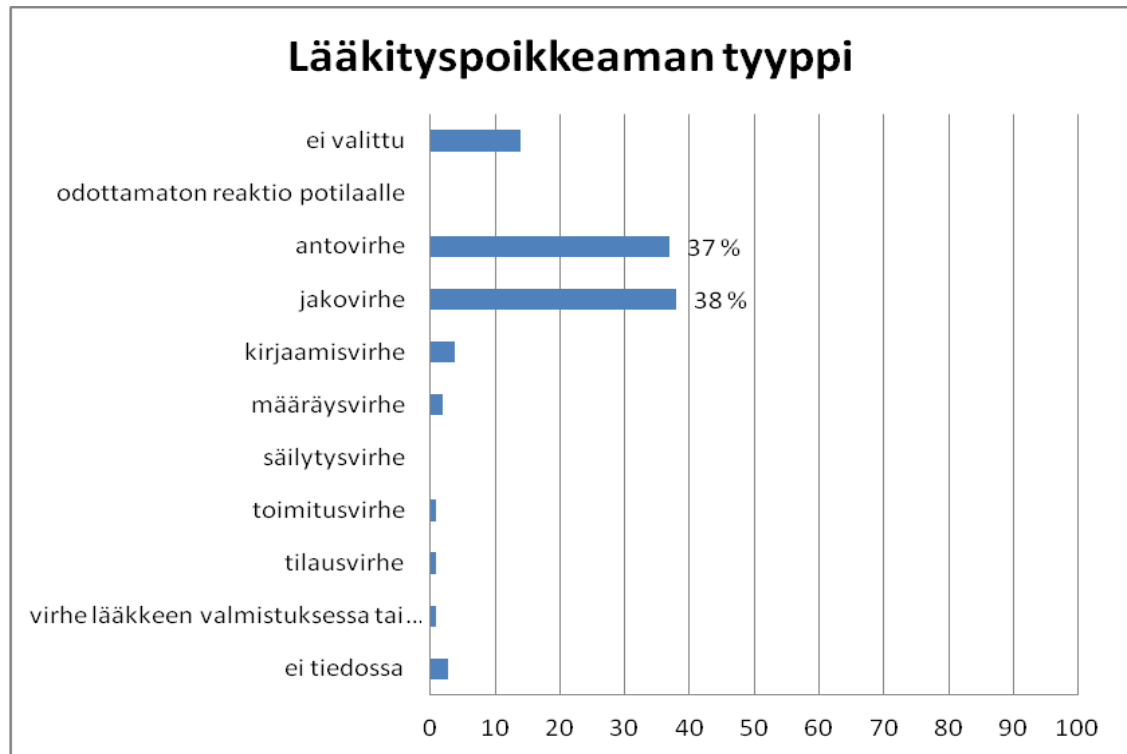
HaiPro-järjestelmä pilotoitiin Turun terveystoimessa vuonna 2008. Raportointikoosteiden säännöllisen käsittelyn tulee sisältyä toimipaikkakoulutukseen. (SoTe jory 2009.) Koko Sosiaali- ja terveystoimessa vuonna 2010 HaiPro-ilmoituksista noin puolet täytti joku muu hoitohenkilöstöön kuuluva kuin sairaanhoitaja (kuvio 3). Tapahtumista 29 % oli läheltä piti – tapauksia ja 71 % tapahtui potilaalle (kuvio 4). Lääkehoitoon liittyvistä poikkeamailmoituksista suurin osa oli jako- tai antovirheitä (kuvio 5). Koulutukseen, perehdytykseen sekä osaamiseen liittyviä myötävaikuttavia tekijöitä oli tunnistettu, joista reilusti yli puolet (85, 7 %) liittyi tietoihin ja taitoihin (kuvio 6). (Ylönen 2010.)



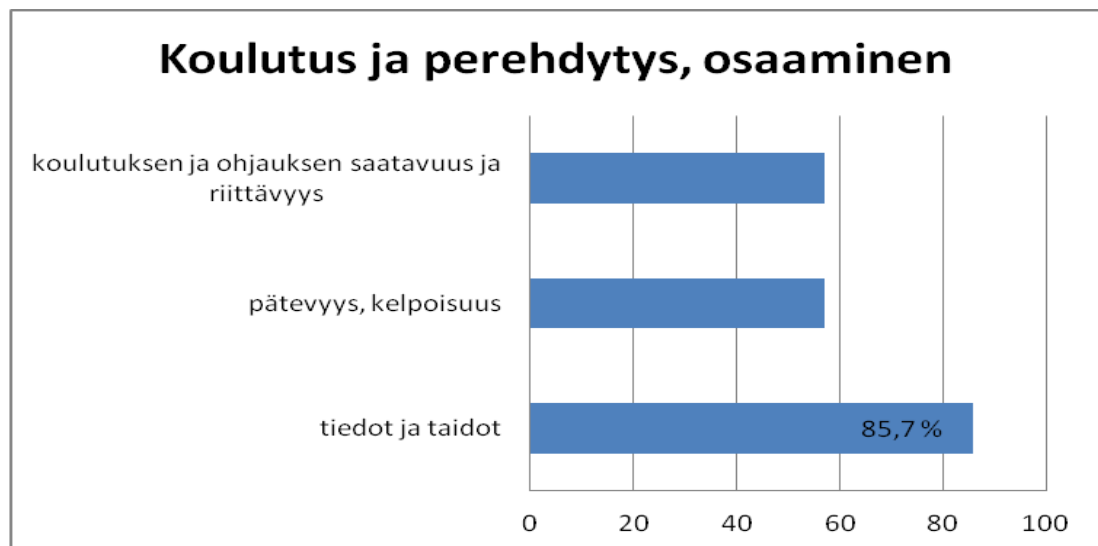
Kuvio 3. HaiPro-ilmoituksen tekijän ammattiryhmä.



Kuvio 4. HaiPro-tapahtuman luonne.

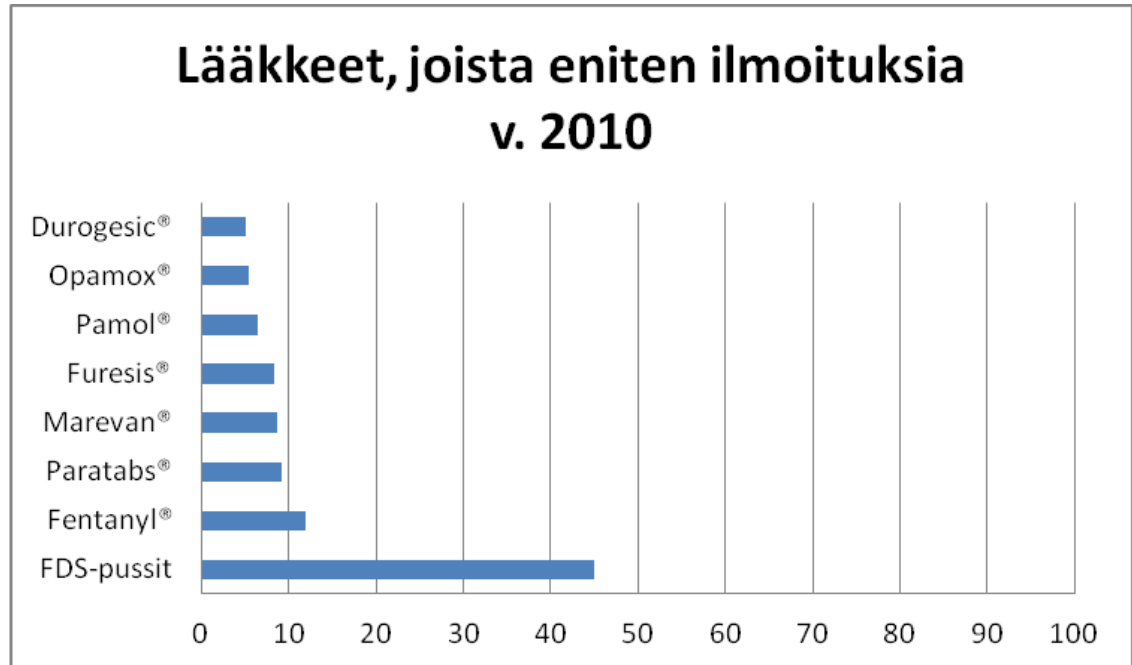


Kuvio 5. Lääkityspoikkeaman tyyppi.



Kuvio 6. Koulutukseen ja perehdytykseen sekä osaamiseen liittyvät tekijät.

Eniten HaiPro-ilmoituksia vuonna 2010 koko SoTe:ssa tehtiin FDS-pusseihin eli apteekista valmiina tuleviin annospusseihin (45 %), riskilääkkeisiin ja kipulääkkeisiin liittyvistä tapahtumista (kuvio 7). (Ylönen 2010.)



Kuvio 7. Lääkkeet, joista tehty eniten ilmoituksia vuonna 2010.

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO

3.1 Soveltavan tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Vanhuksen turvallinen lääkehoito -kyselyn tavoitteena oli tuottaa tietoa lähihoitajien vanhuksen lääkehoidon täydennyskoulutustarpeesta ja lähihoitajien oppimisen kannalta parhaista oppimistavoista. Tarkoituksena oli selvittää vanhuksen lääkehoidon koulutusmallin sisällön osa-alueet ja kuvata lähihoitajien itsearviointia lääkehoidon osaamisesta. Tulosten perusteella kuvattiin lääkehoidon täydennyskoulutustarpeen kohteita ympärivuorokautisessa hoidossa. Kyselyn kohteena oli koko ympärivuorokautisessa hoidossa työskentelevä lähihoitajien ammattiryhmä.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten lähihoitajat arvioivat työyksikkönsä lääkehoidon toimintaperiaatteiden selkeyden?
2. Millaiseksi lähihoitajat arvioivat itse oman lääkehoidon osaamisensa tason vanhusten lääkehoidossa?
3. Millä vanhuksen lääkehoidon osa-alueilla lähihoitajat tarvitsevat täydennyskoulutusta?
4. Miten lähihoitajat oppivat parhaiten?

3.2 Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselylomake

Täysin kyselyn tarkoitusta vastaavaa valmista kyselylomaketta ei ollut saatavilla, joten kyselyä varten sovellettiin ja muokattiin Ilolan (2010) kehittämää Turvallinen lääkehoito naistenlinikalla -kyselylomaketta. Kyselylomake

pohjautuu STM:n Turvallinen lääkehoito –oppaaseen (2005), mikä löytyy myös lähihoitajien lääkeluvan osioiden taustalta.

Kyselylomake koostui kymmenestä osiosta. Ne sisälsivät kuusi taustakysymystä ja 79 strukturoitua väittämää. Väittämät oli ryhmitelty aihealueittain (taulukko 1) ja niihin vastattiin valitsemalla yksi omia kokemuksia, arviointia tai itsearviointia kuvaava vastausvaihtoehto. Avoimia kysymyksiä ei ollut.

Taulukko 1. Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselylomakkeen rakenne, kysymysten tai väittämien lukumäärät osa-alueittain ja muuttujien mitta-asteikot.

KYSELYLOMAKKEEN RAKENNE, KYSYMYSTEN MÄÄRÄ JA JÄRJESTYSASTEIKOT		
Osio	Kysymysten lkm	Järjestysasteikko
I Taustatiedot	6	Strukturoitu (luettelot) Luokitteluasteikko (kyllä/ei) Avoin (vapaan tekstin kenttä)
II Lääkehoidon yleiset toimintaperiaatteet	11	Järjestysasteikko 1 Täysin eri mieltä 2 Jokseenkin eri mieltä 3 En tiedä 4 Jokseenkin samaa mieltä 5 Täysin samaa mieltä
III Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat	16	Järjestysasteikko
IV Lääkehuolto	9	0 Ei kuulu työtehtäviini
V Lääkehoitoon liittyvä potilasohjaus	7	1 En hallitse, tarvitsen täydennyskoulutusta
VI Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi	8	2 Hallitsen, mutta toivon täydennyskoulutusta
VII Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku	6	3 Hallitsen, en tarvitse täydennyskoulutusta
VIII Lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät	5	
IX Lääkehoitoon vaikuttavat vanhenemismuutokset	9	Järjestysasteikko 1 En hallitse, tarvitsen täydennyskoulutusta 2 Hallitsen, mutta toivon täydennyskoulutusta 3 Hallitsen, en tarvitse täydennyskoulutusta
X Lähihoitajan oppiminen	8	Järjestysasteikko 1 Täysin eri mieltä 2 Jokseenkin eri mieltä 3 En tiedä 4 Jokseenkin samaa mieltä 5 Täysin samaa mieltä

(Mukaillen Ilola 2010)

Kyselylomake esitettiin sähköisenä Webropol®-linkkinä. Esitestaukseen valittiin satunnaisesti viisi lähihoitajaa, jotka työskentelivät muualla kuin vanhuspalveluiden tulosalueella. Esitestauksessa ei muutettavia kohtia tullut ilmi eli vain yksi testaus riitti. Projektipäällikkö vei itse kyselylomakkeen Webropol® -alustalle kesän 2011 aikana. Kysely toteutettiin yksiköiden esimiesten välityksellä.

Kyselyn osiossa II lähihoitajat arvioivat lääkehoidon yleisten toimintaperiaatteiden toteutumista omassa työyksikössään. Arviointiasteikkona käytettiin viisiportaista sanallista arviointiasteikkoa. Lähihoitajien osaamiskartoitus koostui osioista III-IX. Näissä osioissa vastaajia pyydettiin arvioimaan, kuinka hyvin hän hallitsi vanhuksen lääkehoidon osa-alueet omassa työyksikössään. Arviointi tapahtui valitsemalla yksi vastausvaihtoehto, joka kuvasi parhaiten omaa osaamista asteikolla 1-3. Osioissa III-VIII mukana oli myös vastausvaihtoehto 0 = ei kuulu työtehtäviini, koska lähihoitajien on tunnettava ammattiryhmien vastuualueet ja velvollisuudet lääkehoidossa. Arviointiasteikkoon 1-3 päädyttiin kirjallisuuskatsauksen osaamisen tasojen määrittelyyn perustuen.

3.3 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin sähköisen Webropol® -linkin kautta. Yksiköiden esimiehille lähetettiin sähköpostitse vastauslinkki saatekirjeineen ja heitä ohjeistettiin jakamaan kysely edelleen yksikkönsä lähihoitajavakanssien mukaan tutkinnon suorittaneille vähintään kolme kuukautta yhtäjaksoisesti ympärivuorokautisessa hoidossa työskenteille lähihoitajille. Vastaaminen tapahtui nimettömänä. Yksiköiden esimiehiä pyydettiin ilmoittamaan projektipäällikölle monnelleko henkilölle he olivat kyselyn jakaneet, jotta vastausprosentin selvittäminen olisi mahdollista. Lisäksi heille lähetettiin säännöllisin väliajoin sähköpostitse muistutus kyselystä sen aukioloaikana.

Webropol® -kyselyyn päädyttiin kohderyhmän suuruuden vuoksi. Lisäksi sähköisellä kyselylomakkeella koko kohderyhmän saavuttaminen oli helppoa ja jokainen vastaaja saattoi täyttää vastauslomakkeen itselleen sopivana ajankohtana työajalla.

Vastausajankohta kyselyyn oli 12.-18.9.2011, mutta vastausten vähyyden vuoksi vastausaikaa jatkettiin vielä kahdella viikolla eli kyselyn lopullinen päättymispäivä oli 2.10.2011. Vastausprosentti oli lopulta 54,9 % (118/215). Lähetettyjen kyselyjen määrä jäi oletusta (> 500) alhaisemmaksi eli kaikki esimiehet eivät olleet aktiivisia. Tiedotus vastaajille jäi johtajien, esimiesten ja saatekirjeen varaan, koska ympärivuorokautisen hoidon osastojen runsaan määrän (> 40 kpl) vuoksi projektipäällikön olisi ollut mahdotonta kiertää pitämässä suullinen tiedotustilaisuus jokaisessa.

Kyselyn tulokset tuottivat tietoa lääkehoidon osa-alueiden täydennyskoulutustarpeesta sekä lähihoitajien olemassa olevasta osaamisesta itsearviointina. Tutkimustuloksia hyödynnettiin VaLKe -projektissa ympärivuorokautisen hoidon lääkehoidon koulutusmallin laadinnassa.

3.4 Aineiston analysointi

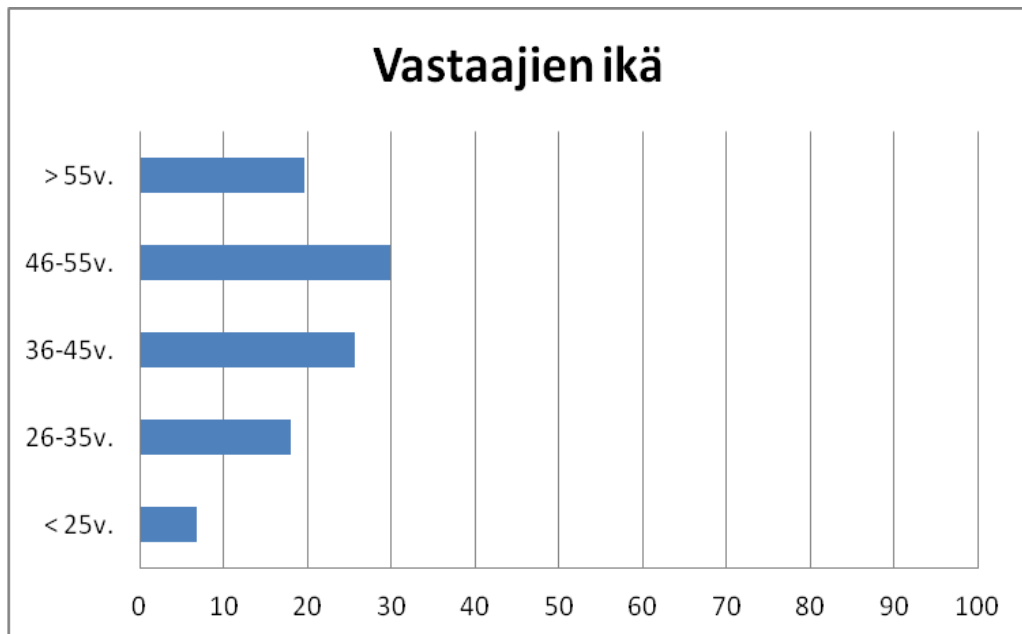
Kyselyn analysointia suoritettiin marraskuusta 2011 helmikuulle 2012. Tilastollinen analyysi toteutettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa käyttäen. Koko aineisto käsiteltiin kokonaisuutena eikä vastauksia jaoteltu pienempiin osiin. Kaikki vastaajat eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin, joten vastausmäärät vaihtelivat välillä 114-118. Aineistoa kuvattiin prosentuaalisen osuuden (%) avulla.

Itsearviointin analyysissä käytettiin sanallista asteikkoa (aloittelija – kehittynyt aloittelija – ammattilainen) Dreyfusin mallin osaamisen tasoista sovellettuna.

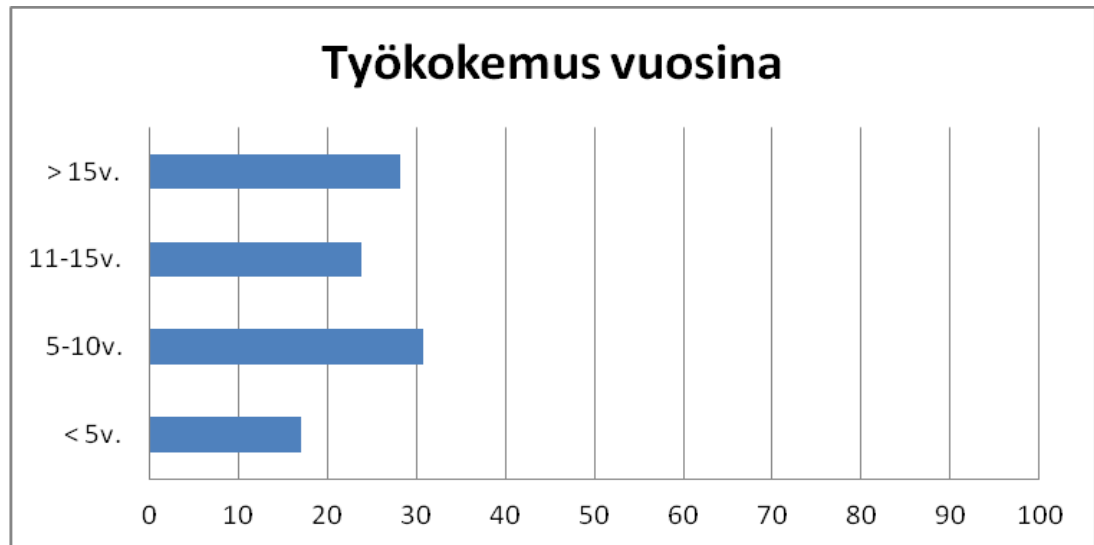
Valtaosa vastauksista sijoittui tasolle kehittynyt aloittelija. Analyysissa huomioitiin myös 0-vaihtoehdon osuus, koska tällä saattoi olla vaikutusta tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen.

3.5 Vastaajien taustatiedot

Valtaosa vastaajista oli 46–55 -vuotiaita (29,9 %) ja 5-10 vuotta (30,8 %) lähihoitajan ammatissa työskennelleitä (kuviot 8 ja 9). Yli puolella (78,6 %) vastaajista lääkelupa oli voimassa. Syiksi, miksi lääkelupaa ei ollut, vastaajat ilmoittivat muun muassa seuraavia: todistuksesta puuttuu allekirjoituksia, tentti ei ole mennyt läpi, aikoja kokeeseen on huonosti saatavilla ja näytöt ovat antamatta. Valtaosa kyselyyn vastaajista (60 %) oli entisen sosiaalitoimen yksiköissä työskennelleitä.

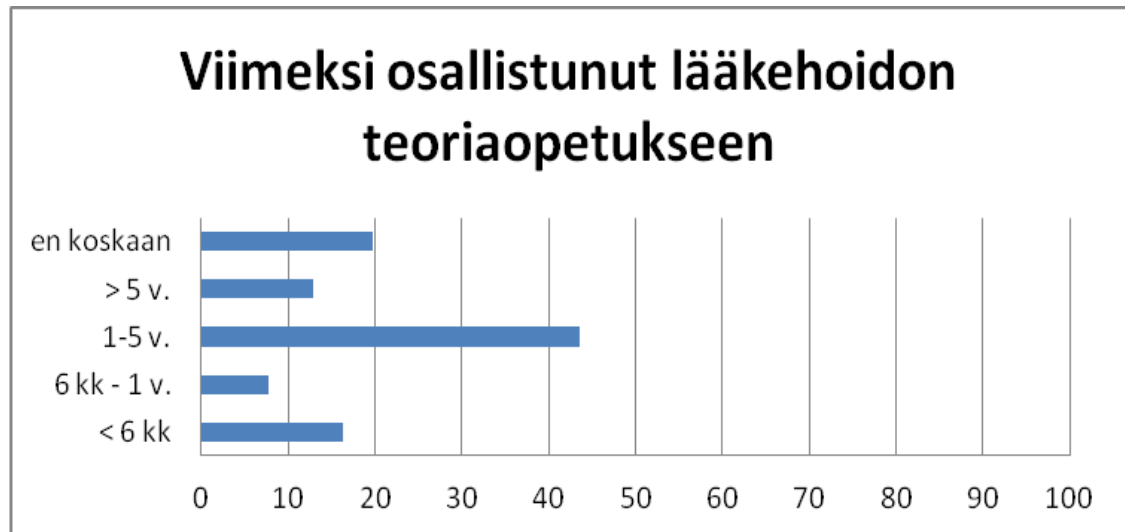


Kuvio 8. Vastaajien ikä vuosina.

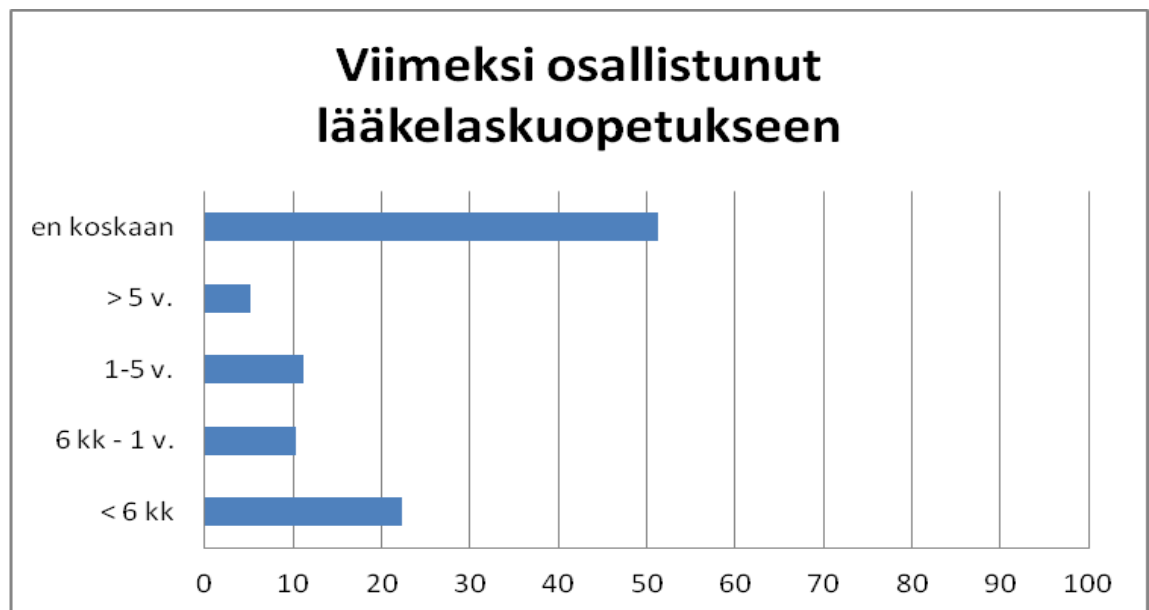


Kuvio 9. Vastaajien työkokemus vuosina.

Kuviot 10 ja 11 kuvaavat, paljonko lähihoitajat olivat osallistuneet työnantajan järjestämään tai kustantamaan lääkehoidon teoria- ja lääkelaskuopetukseen. Kuvioiden perusteella ei selviä, kuinka paljon opetusta mahdollisesti oli järjestetty. Ei koskaan –vastausvaihtoehdon valinneista kymmenen oli kuitenkin vapaan tekstin kenttään kirjannut, että teoriaopetusta ei ole järjestetty ja 16 vastaajista saman vastauksen lääkelaskuopetuksen järjestämisestä. Lääkelaskuopetuksen vapaan tekstin kenttään oli kymmenen vastaajaa ilmoittanut, että ei ole tai ole ollut tarvetta.



Kuvio 10. Viimeksi osallistunut työnantajan järjestämään/kustantamaan lääkehoidon teoriaopetukseen.



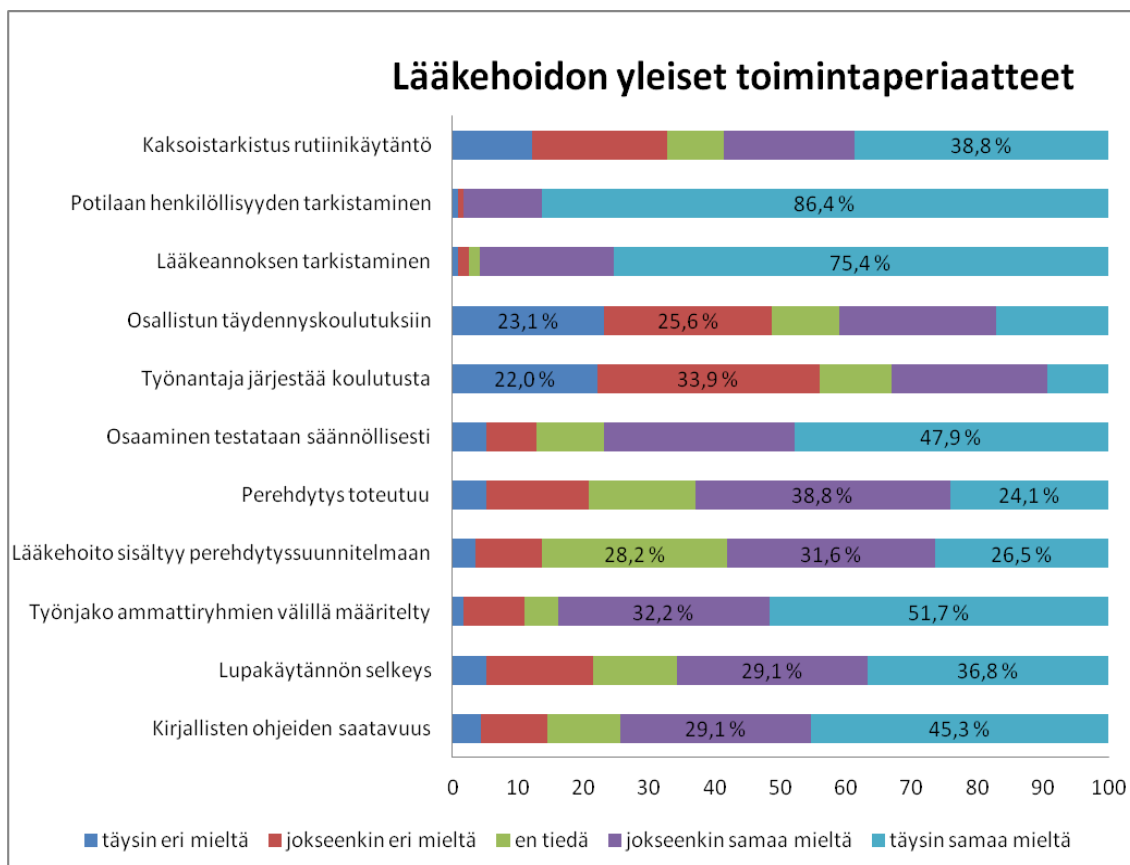
Kuvio 11. Viimeksi osallistunut työnantajan järjestämään/kustantamaan lääkelaskuopetukseen.

3.6 Lääkehoidon nykyiset toimintatavat lähihoitajien arvioimana

Lääkehoidon yleiset toimintaperiaatteet ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä on kuvattu kuviossa 12 lähihoitajien arvioimana. Hieman yli puolet (51,7 %) oli sitä mieltä, että lääkehoitoon liittyvä työnjako eri ammattiryhmien välillä oli määritelty. Kirjallisten ohjeiden todettiin olleen saatavilla, mutta perehdytyksen toteutumisessa oli hajontaa. Vastaajista 28,2 % ei tiennyt sisältyykö lääkehoito työyksikkönsä perehdytysuunnitelmaan ja 38,8 % oli vain jokseenkin samaa mieltä perhedytyksen toteutumisesta työyksikössä.

Lääkehoidon lupakäytännöt koettiin selkeiksi ja osaamista testattiin säännöllisesti. Työnantaja järjesti koulutusta vähän tai ei ollenkaan ja lähihoitajien osallistuminen säännöllisesti lääkehoidon täydennyskoulutuksiin oli myös vähäistä.

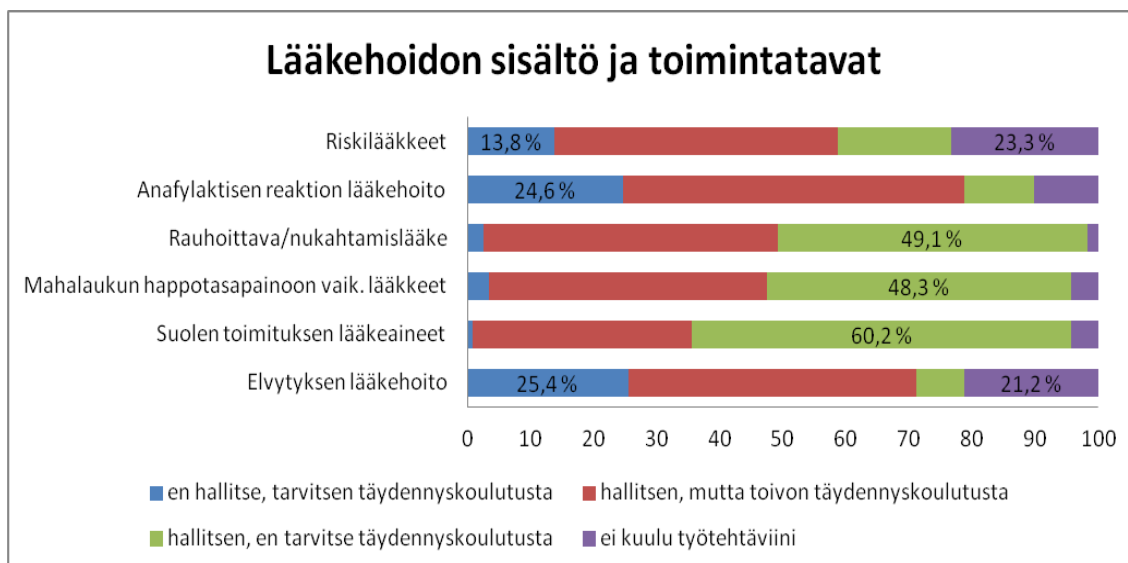
Lähes kaikki vastaajat tarkistivat lääkeannoksen (75,4 %) ja potilaan henkilöllisyyden (86,4 %) ennen lääkehoidon toteutusta. Lääkkeiden kaksoistarkastuksen rutiinikäytännössä oli hajontaa, mutta suurin osa (38,8 %) vastasi kuitenkin olevansa ”täysin samaa mieltä”.



Kuvio 12. Lääkehoidon yleisten toimintaperiaatteiden toteutuminen ympärivuorokautisessa hoidossa.

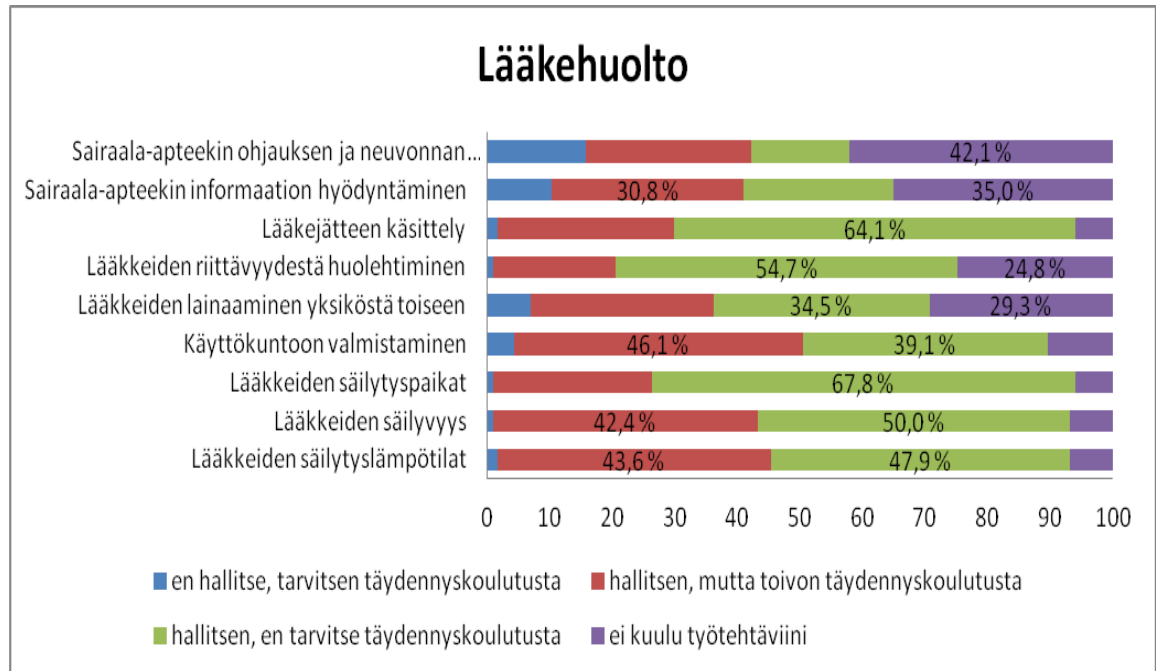
3.7 Lääkehoidon osaaminen lähihoitajien itsearviointina

Ympäri vuorokautisen hoidon lähihoitajat arvioivat hallitsevansa, eivätkä he kokeneet tarvitsevansa täydennyskoulutusta suolen toimitukseen käytettävistä lääkeaineista (60,2 %), mahalaukun happotasapainoon vaikuttavista lääkkeistä (48,3 %) eikä rauhoittavista tai nukahtamista helpottavista lääkkeistä (49,1 %). Elvytyksen lääkehoito (25,4 %), anafylaktisen reaktion lääkehoito (24,6 %) ja riskilääkkeet (13,8 %) koettiin olevan osaamisalueen ulkopuolella ja niihin tarvittiin täydennyskoulutusta. (Kuvio 13.) ”Ei kuulu työtehtäviini” –vaihtoehto korostui elvytyksen lääkehoidon (21,2 %), kivun hoito opioidilääkkein (27,6 %) ja riskilääkkeiden (23,3 %) kohdalla. (Liite 2.)



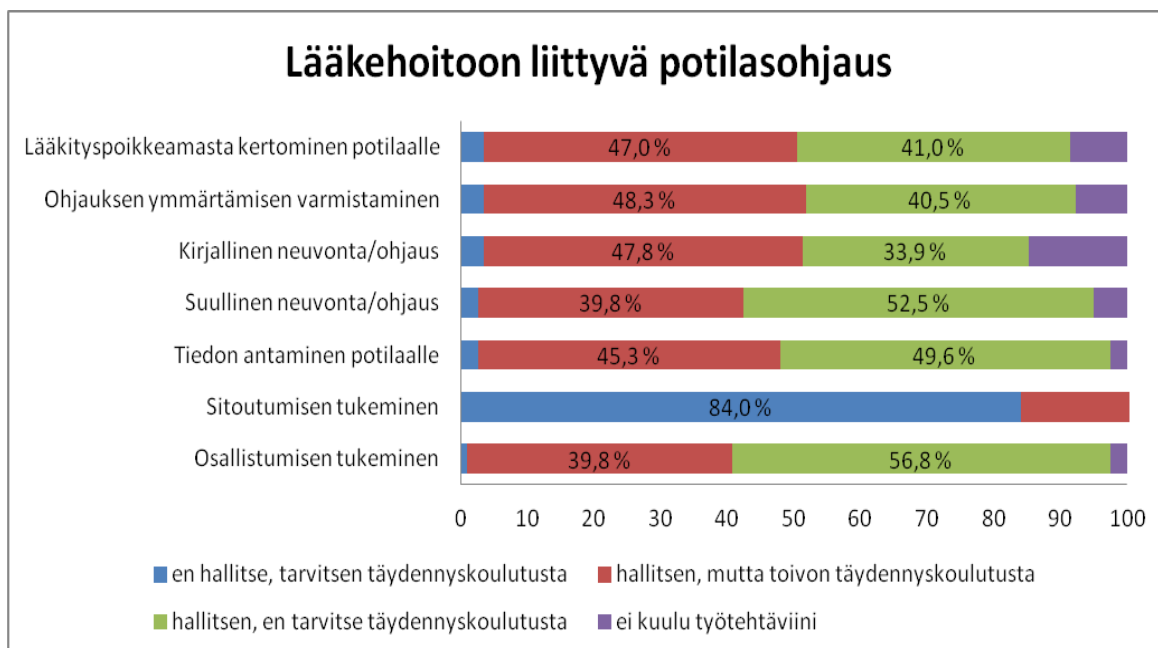
Kuvio13. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat.

Lääkehuoltoon liittyvien tehtävien lähes kaikissa väittämässä lähihoitajat vastasivat hallitsevansa tehtävät hyvin eivätkä kokeneet tarvitsevansa täydennyskoulutusta. Lääkkeiden säilytyslämpötiloista ja lääkkeiden säilyvyydestä lähes puolet kuitenkin toivoi täydennyskoulutusta, vaikka toinen puoli ilmoitti hallitsevansa osa-alueet hyvin eikä tarvinnut koulutusta. Lääkkeiden valmistaminen käyttökuuntoon ilmeni ainoana selkeänä osa-alueena, johon enemmistö halusi täydennyskoulutusta (46,1 %). Lääkehuollon tehtävissä oli myös paljon tehtäväalueita, joita lähihoitajat eivät tunnistaneet kuuluvan työtehtäviinsä, kuten lääkkeiden lainaaminen työyksiköstä toiseen (29,3 %), lääkkeiden riittävydestä huolehtiminen (24,8 %), sairaala-apteekin tuottaman lääkeinformaation hyödyntäminen (35,0 %) sekä sairaala-apteekin lääkehuollon ohjauksen ja neuvonnan hyödyntäminen (42,1 %) omassa työssä. (Kuvio 14.)



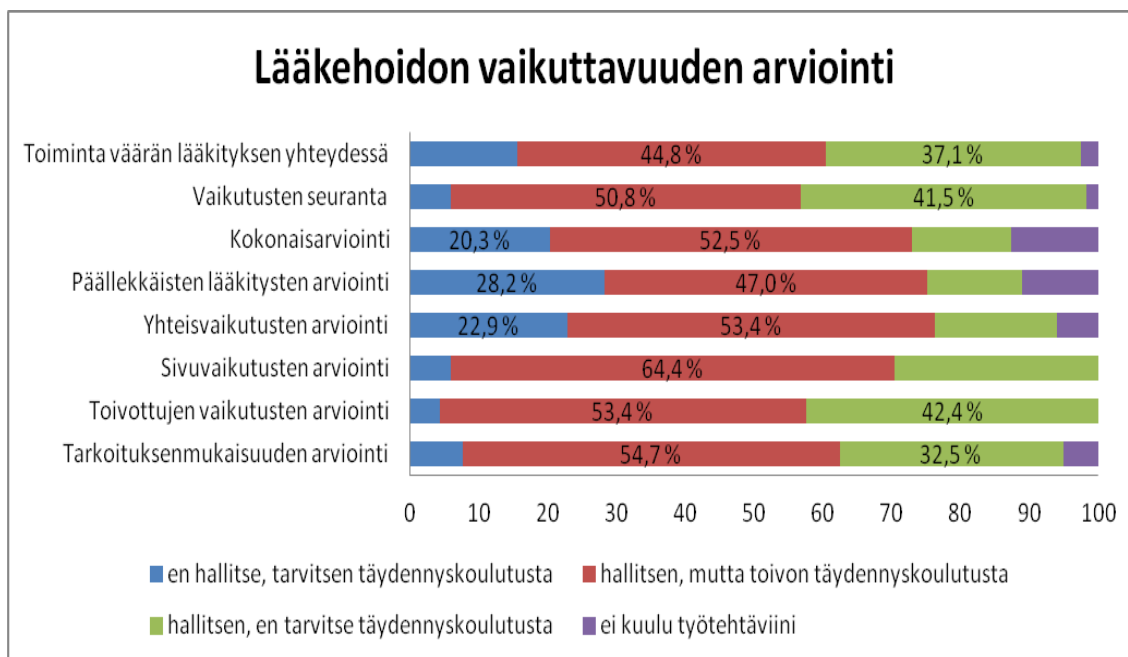
Kuvio 14. Lääkehuollon tehtävät.

Lääkehoitoon liittyvässä potilasohjauksessa täydennyskoulutustarpeen kohteeksi koettiin voimakkaasti potilaan lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen (84 %). Muut osa-alueet jakaantuivat tasaisesti täydennyskoulutustoiheen ja täyden osaamisen hallinnan välille. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Lääkehoitoon liittyvä potilasohjaus.

Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin jokaiseen osa-alueeseen toivottiin täydennyskoulutusta. Osa-alueet, joita ei hallittu ja joihin koettiin tarvittavan täydennyskoulutusta, olivat lääkehoidon yhteisvaikutusten arviointi (22,9 %), päällekkäisten lääkitysten arviointi (28,2 %) ja lääkityksen kokonaisarviointi (20,3 %). Lääkehoidon vaikutusten seuranta (41,5 %) sekä toiminta väärän lääkityksen yhteydessä (37,1 %) olivat parhaiten hallinnassa. (Kuvio 16.)

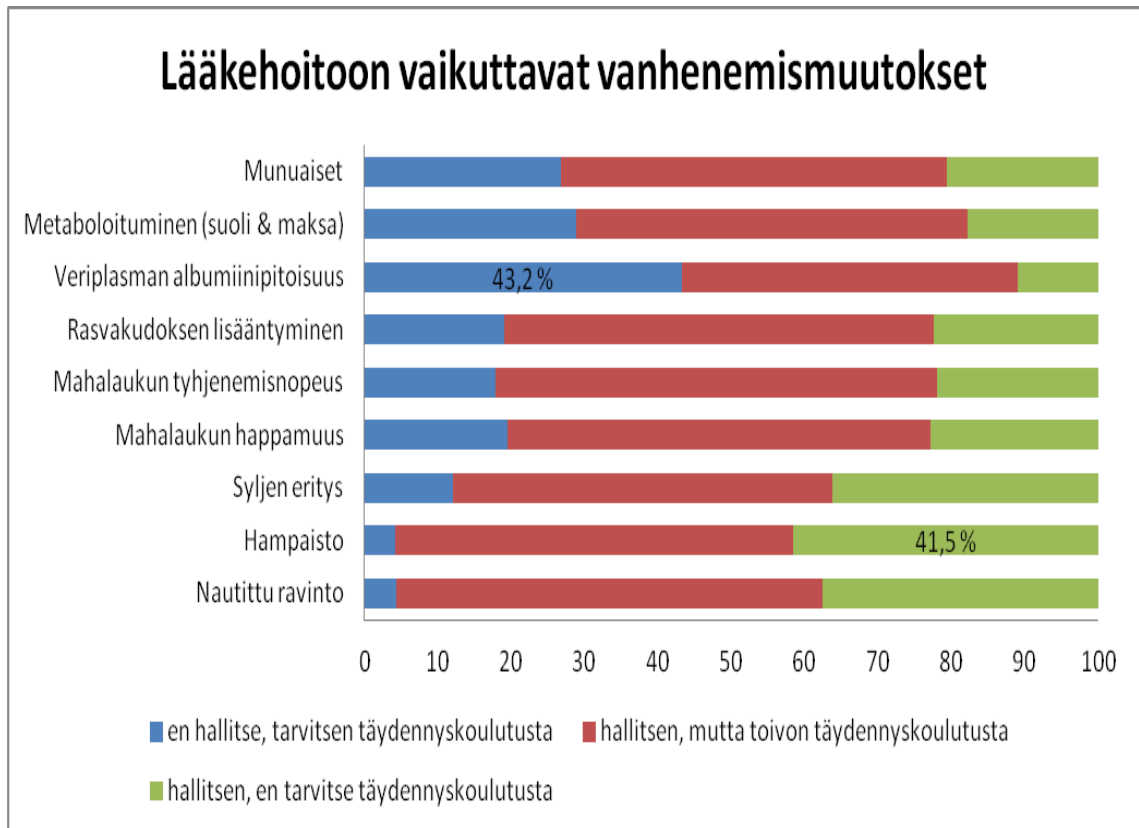


Kuvio 16. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi.

Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku koettiin olevan myös pääosin hyvin hallinnassa. Erityisen hyvin koettiin osattavan lääkehoidon dokumentointi Pegasos-potilastietojärjestelmään (50 %), lääkehoidon raportointi hoitovastuun siirtyessä toiselle hoitotyöntekijälle (65 %) sekä lääkehoidon tiedonkulku eri ammattiryhmien välillä (51,7 %). Lääkemääräyksen kirjaaminen (36,4 %) koettiin kuulumattomaksi lähihoitajien tehtäviin. Työtehtäviin ei myöskään koettu kuuluvan lääkehoidon tiedonkulku eri yksiköiden välillä (25,6 %). (Liite 2.)

Lääkehoidon poikkeamasta ilmoittaminen HaiPro-tietojärjestelmään oli osalle (16,2 %) edelleen vierasta ja siihen koettiin tarvittavan täydennyskoulutusta. Vastaajista 9,4 % ei pitänyt tätä työtehtäväänsä kuuluvana. Muut vastaukset jakaantuivat tasaisesti vaihtoehtojen ”hallitsen, mutta toivon täydennyskoulutusta” ja ”hallitsen, en tarvitse täydennyskoulutusta” kesken. (Liite 2.)

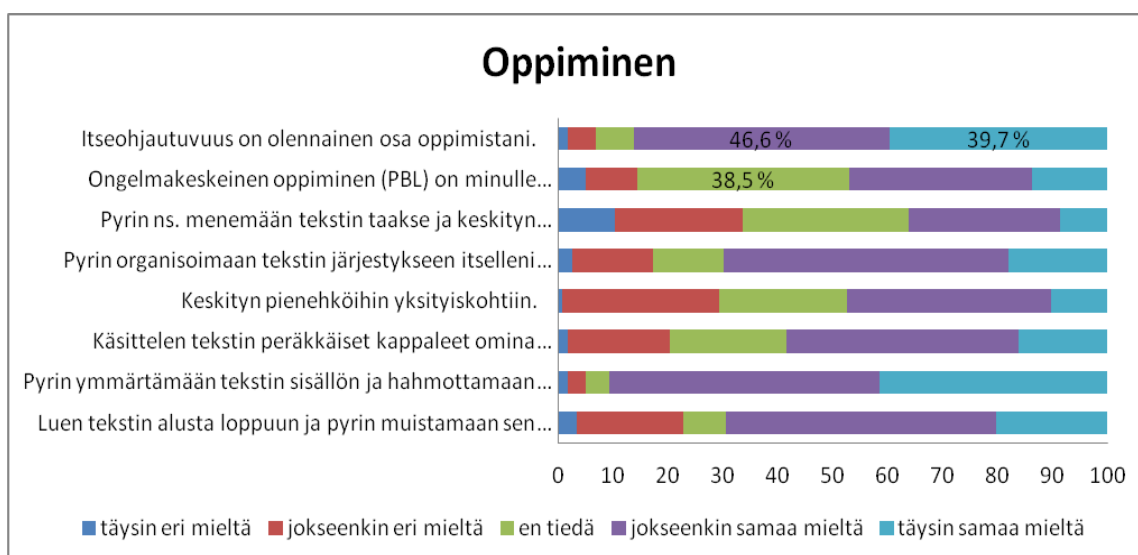
Vanhenemismuutoksista koettiin hyvin tasaisesti olevan täydennyskoulutustarvetta. Parhaiten hallittiin hampaiston (41,5 %) merkitys ja eniten täydennyskoulutustarvetta koettiin olevan veriplasman albumiinipitoisuuden alentumisessa (43,2 %). (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Lääkehoitoon vaikuttavat vanhenemismuutokset.

3.8 Lähihoitajan oppimistavat

Kyselyn viimeisessä osiossa pyrittiin selvittämään, millä menetelmillä lähihoitajat oppivat parhaiten. Väittämät ovat luettavissa kokonaan kyselylomakkeesta (Liite 1.). Lähes kaikkiin vastattiin eniten kohtaan ”jokseenkin samaa mieltä”. Ongelmaperustainen oppimistapa (PBL) oli lähihoitajille vieras (38,5 %) ja itseohjautuvuus koettiin selkeästi hyväksi oppimistavaksi (86,3 %). (Kuvio 18.)



Kuvio 18. Lähihoitajan oppiminen.

3.9 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön (good scientific practice) edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Kyselyn raportointi ja julkaisu toteutettiin rehellisesti, avoimesti, huolellisesti ja tarkasti hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti.

Eettisesti tätä soveltavan tutkimuksen osiota voidaan pitää luotettavana. Vastaajat vastasivat nimettömästi ja vastaaminen oli vapaaehtoista eikä vastaaminen aiheuttanut kenellekään haittaa. Vastaaminen kyselyyn tulkittiin tietoisesti suostumukseksi. Kyselyyn sai vastata työajalla tai itselleen sopivana ajankohtana. Kyselyn yhteyteen liitettiin saatekirje riittävän ennakkotiedon varmistamiseksi (Liite 1). Saatekirjeessä oli myös projektipäällikön yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Aineiston käsittelyn jälkeen vastauslomakkeet hävitettiin. HaiPro-ilmoitusjärjestelmä itsessään on suunniteltu siten, että ilmoituksen tekijää ei voida tunnistaa. Projektipäällikkö sai ilmoituksista käyttöönsä koko ympärivuorokautisen hoidon yhteenvedon. Lisäksi lääkehoidon perusosaamisen varmentamisen –tulokset olivat käytettävissä nimettöminä, jolloin ei käynyt selville, keiden vastauksia projektipäällikkö käsitteli.

Kyselytutkimuksissa selvitetään usein ihmisten mielipiteitä, asenteita ja tottumuksia. Kyselyillä ei kuitenkaan välttämättä saada selville todellisuutta, vaan voidaan vain selvittää, miten ihmiset kokevat jonkin asian tai mitä he ajattelevat jostain. Tutkimustulosten käyttökelpoisuus riippuu siitä, saadaanko vastaus tutkimusongelmaan, mikä on tulosten merkitsevyys todellisuudessa ja miten luotettavia tulokset ovat. Tutkimuksen luotettavuus jaetaan validiteettiin ja reliabiliteettiin. Validiteetti tarkoittaa pätevyyttä eli mittarin kykyä mitata haluttua tutkimuskohdetta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan analyysin johdonmukaisuutta ja mittaustulosten pysyvyyttä. (Karjalainen 2010.)

Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselylomakkeen validiteettia ja reliabiliteettia pyrittiin turvaamaan ennen aineiston keruuta ohjausryhmän arvioinnin ja mielipiteiden sekä esitestauksen avulla. Luotettavuutta lisäsi myös se, että mittaria oli jo aiemmin käytetty. Tavoitteena oli muokata olemassa olevasta mittarista tarkoitukseen sopiva ja toimiva mittausmenetelmä. Kyselyn reliabiliteettia pyrittiin vahvistamaan projektipäällikön suullisilla

tiedotustilaisuuksilla esimiehille ja johtoryhmälle, esimiehille jaetun sähköpostin, saatekirjeen ja kyselylomakkeessa olleiden vastausohjeiden avulla.

Kyselyn keräämisen luotettavuutta heikensi se, että kyselylomake ei tavoittanut kaikkia kohderyhmän jäseniä. Tämä ilmeni esimiesten lähettämien kyselyjen määrässä, sillä he ilmoittivat lähetettäneensä vain 215 lomaketta. Oletus lähihoitajien määrästä koko ympärivuorokautisessa hoidossa oli yli 500. Keruun reliabiliteettia heikensivät käsitteen lähihoitaja suppea määrittely saatekirjeessä, vastaamiseen tarvittu pitkä aika, kysymysten suuri määrä sekä mahdollisesti työyksiköiden fyysinen tilanne (kiire, koneiden vähyys ym.).

Kyselystä saatujen tulosten perusteella kyettiin kuvaamaan ympärivuorokautisen hoidon lähihoitajien lääkehoidon osaamista itsearviointina. Tulosten luotettavuutta heikensi vastausvaihtoehtojen suppea määrä (1-3 ja 0) sekä vastaajien määrän vähyys. Vastausprosentin ollessa 54,9 % tuloksia ei voitu yleistää, mutta ne olivat suuntaa antavia.

Soveltavan tutkimuksen kyselylomakkeen mittaustulosta voidaan pitää luotettavana, jos satunnaiset virheet eivät vaikuta mittaustuloksiin. Jos, ja kuten tässä työssä, havaintoyksiköinä on ihmisiä, niin mittauksen luotettavuutta heikentäviä tekijöitä ovat muun muassa kysymysten väärinymmärtäminen, vastaajan motivaatio, vastaus tilanne, vastausajankohta, vastauspaikka, kysyjän vaikutus annettuihin vastauksiin sekä vastausten virheellinen kirjaaminen. (Taanila 2011.) Nämä tekijät pyrittiin välttämään esitestauksella ja siitä saatavilla kommentteilla, esimiehille annetulla suullisella tiedotuksella ja asian tärkeyden korostamisella sekä saatekirjeellä. Lisäksi vastaavanlainen kyselylomake oli jo aiemmin osoittautunut toimivaksi.

Sähköiset kyselylomakkeet ovat yleistyneet voimakkaasti myös terveydenhuollossa. Vastaamiseen saattoi vaikuttaa vastaajan asenne tietotekniikkaa kohtaan, tietotekniset taidot sekä tietokoneen että sähköpostin käyttömahdollisuudet omalla työpaikalla. Projektipäällikön sekä esitestausryhmän arvioima vastausaika (~ 10 min) ei välttämättä riittänyt vastaamiseen ja vastaajat eivät luultavasti tienneet, että kysely oli myös mahdollista keskeyttää ja jatkaa myöhemmin vastauksien katoamatta. Tätä ei ohjeistuksessa mainittu.

Kyselystä saatu aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Vastaajien sähköpostiosoitteet eivät olleet projektipäällikön käytössä missään vaiheessa eikä henkilötietoja, sukupuolta ja tarkkaa ikää kysytty. Lisäksi aineisto käsiteltiin ja tulokset raportoitiin niin, ettei yksittäistä vastaajaa voitu tunnistaa.

3.10 Johtopäätökset ja pohdinta

Kyselyn tulokset antoivat suuntaa koulutusmallin sisällöksi. Tulokset osoittivat, että täydennyskoulutustarvetta on ja sitä myös toivotaan. Voimassaoleva lääkelupa oli lähes 80 %:lla vastaajista, mikä ei välttämättä kerro koko totuutta ympärivuorokautisen hoidon tilanteesta ja lähihoitajien osaamisesta. Lääkehoidon yleiset toimintaperiaatteet koettiin pääosin selkeiksi kaikissa työyksiköissä. Koulutusta oli ollut vähän tarjolla ja siihen oli myös osallistuttu vähän.

Vastaajat arvioivat kirjallisuuskatsauksen osaamisen tasojen mukaan osaamisensa kehittyneen aloittelijan tasolle. Täydennyskoulutustarve ilmeni läpi koko kyselyn, kaikilla osa-alueilla. Vahvinta osaaminen oli lääkehuollon, dokumentoinnin ja tiedonkulun osa-alueilla. Lääkeaineista ja lääkehoidon toteuttamisesta parhaiten hallittiin suolen toimitus, mahalaukun happatasapainoon vaikuttavat lääkkeet sekä rauhoittava tai nukahtamista helpottava lääkehoito. Lääkehoidon kriittiset painopisteet, kuten elvytyksen

lääkehoito, anafylaktisen reaktion lääkehoito ja riskilääkkeet, koettiin olevan huonosti hallinnassa tai koettiin työtehtäviin kuulumattomiksi.

Lääkehoidon täydennyskoulutukseen osallistumista voidaan kyselyyn perustuen tukea ja tietoa hyödyntää koulutusmallin jalkauttamisessa käytäntöön. Kyselyyn vastaamisen näkökulmasta on syytä pohtia, olisiko pelkän lähihoitaja-nimikkeen lisäksi saatekirjeessä ollut tarvetta puhutella myös perushoitaja- ja mielenterveyshoitajatutkinnon suorittaneita omilla tutkintonimikkeillään kohderyhmän selkeyttämiseksi. Valtaosa heistä kuitenkin työskentelee lähihoitajavakanssilla, joten asiaa ei ennakoon osattu ottaa huomioon. Lisäksi olisiko saatekirjeessä käsite täydennyskoulutus vaatinut selvennystä. Samaa täydennyskoulutuskäsitteen selkeyttä on pohdittu jo mittarin kehittäjän raportissa. Osa vastaajista on voinut ymmärtää täydennyskoulutuksen joksikin erityiseksi vaikka kysymyksessä tarkoitettiin mitä tahansa lääkehoidon koulutusta. (Ilola 2010.)

Lääkehoidon oppimisessa ja osaamisessa on todettu olevan puutteita, niin lääkelaskuissa kuin farmakologisessakin osaamisessa (Veräjänkorva 2003; Grandell-Niemi ym. 2005; Tommola 2005; Lim ym. 2010). Tähän kyselyyn vastanneista valtaosalla lääkelupa oli voimassa ja osaamista testattiin säännöllisesti. Ammattiryhmien työnjako koettiin selkeäksi, vaikka tuloksista tuli ilmi osa-alueita (elvytyksen lääkehoito, anafylaktisen reaktion lääkehoito ja riskilääkkeet), joita ei koettu kuuluvan lähihoitajan työtehtäviin. Ne sisältyvät kuitenkin jokaisen ammattiryhmän osaamisalueen sisälle. Lähihoitajat toivat itsearviointinissa samat osa-alueet voimakkaasti esille alueina, joita ei hallittu ja joihin tarvitaan täydennyskoulutusta.

Jatkossakin ympärivuorokautisessa hoidossa lääkehoidon turvallisuutta ja koulutusmallin vaikuttavuutta seurataan Perusosaamisen varmentamisella,

HaiPro –ilmoitusten ja HR-rekisterin kautta. Kyselylomaketta tulee kehittää edelleen ja lähihoitajien lääkehoidon osaamisen itsearviointikyselyn myöhemmälle toteutukselle on tarvetta. Näin voidaan jatkossa varmistaa todellisen osaamistason sekä lähihoitajien oman osaamisarvioinnin lähestyvän toisiaan. Vastaavanlainen kysely olisi aiheellista suorittaa myös ympärivuorokautisen hoidon sairaanhoitajille.

Johtopäätöksenä Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselyn tuloksista potilasturvallisuuden parantamiseksi osoitettiin vanhuksen lääkehoidon täydennyskoulutustarve lähihoitajille. Koulutustarpeena ilmeni myös ikääntymismuutokset ja niiden vaikutus lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkehoidon yleiset toimintaperiaatteet, esimerkiksi lupakäytäntö, ovat ympärivuorokautisessa hoidossa selkeät, mutta tuloksiin perustuen voidaan päätellä, että hyvällä perehdytyksellä näiden osa-alueiden tietoisuutta voidaan lisätä ja selkeyttää. Lähihoitajien jatkuva lääkehoidon täydennyskoulutus on keskeinen osa potilasturvallisuuden parantamista.

Lääkityspoikkeamailmoitusten tekemistä, käsittelyä ja tiedon hyödyntämistä tulisi tehostaa ja palautteet ottaa aktiivisemmin mukaan osastotunneille käsittelyyn. Näin poikkeamien avulla tuettaisiin myös jatkuvaa lääkehoidon oppimista ja käytäntöjen mahdollisella muutoksella edistettäisiin osaltaan potilasturvallisuutta.

4 LÄÄKEHOIDON KOULUTUSMALLIN KEHITTÄMINEN

4.1 Teoreettiset lähtökohdat ja tavoite

Potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 tarkoituksena on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Terveyden- ja sairaanhoito on vaativaa, minkä vuoksi potilasturvallisuus on toiminnan laadun perusta. Vaaratapahtumat ovat mahdollisia ammattitaitoisesta henkilökunnasta ja toiminnan säätelystä huolimatta. Strategiassa potilasturvallisuutta käsitellään neljästä näkökulmasta, joita ovat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Strategian tavoitteet liittyvät potilaan informointiin ja voimaannuttamiseen, riskien ennakointiin, vaaratapahtumista raportointiin ja niistä oppimiseen, henkilöstön osaamiseen sekä potilasturvallisuustyön riittäviin voimavaroihin. Strategian yhdeksi tavoitteeksi on kirjattu: ”Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa.” Turvallisen hoidon keskeinen edellytys on ammatillinen osaaminen ja jokaisella työntekijällä on vastuu osaamisestaan. Potilasturvallisuuden tulee kuulua sekä perus-, jatko- että täydennyskoulutukseen. (STM 2009.)

Turvallinen lääkehoito –oppaan (2005) tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet ja selkeyttää vastuujako. Oppaan laatimisen taustalla ovat myös kehittämistarpeet työntekijöiden perehdyttämisessä sekä lääkehoidon osaamisen varmistamisessa ja ylläpitämisessä. Lääkitysturvallisuuden parantaminen on keskeinen osa potilasturvallisuusstrategiaa. Lääkehoitosuunnitelma on yksi keino lisätä potilasturvallisuutta. SoTe:ssa vuodenvaihteessa 2007-2008 henkilöstöä koulutettiin lääkehoitosuunnitelmien laadintaan ja vuoden 2010 aikana suunnitelmat auditoitiin. (Turun Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä 2009.)

VaLKe –kehittämiprojektin lähtökohtana oli ajatus, että vanhuksen turvallinen lääkehoito ympärivuorokautisessa hoidossa perustuu projektin aikana syntyvään koulutusmalliin ja jatkuvaluontoiseen lähihoitajien lääkehoidon täydennyskoulutukseen. Koulutusmalli edistää näin ollen osaltaan potilasturvallisuutta. Lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) on kirjattu täydennyskoulutusvelvollisuus: ”Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen.” Lisäksi Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) mainitaan täydennyskoulutusvelvoite, ja koko lain yhtenä tarkoituksena on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta.

Lähihoitajat toteuttavat lääkehoitoa ympärivuorokautisessa hoidossa erillisen lääkeluvan turvin, joka on voimassa aina kolme vuotta kerrallaan. Lääkeluvan saamiseksi lähihoitajat suorittavat Lääkehoidon perusosaamisen varmentamisen, eli niin sanotun lääketentin, sekä antavat lääkehoidon osa-alueisiin liittyviä käytännön näyttöjä. Tentti rakentuu teoriaosuudesta ja lääkelaskuista. Lähihoitajien näytöt toimipaikassa vastaanottaa sairaanhoitaja. Näyttöalueet ovat lääkelupalomakkeen mukaisia ja ne ovat yhteneväiset koko ympärivuorokautisessa hoidossa. Näyttötilanteessa sairaanhoitaja myös esittää tarkentavia kysymyksiä näytön antajalle varmeentaakseen lähihoitajan osaamisen. Perusosaamisen varmentaminen pohjautuu STM:n (2005) Turvallinen lääkehoito –oppaaseen.

Valvira (2012) määrittelee lääkehoidon toteuttamisen vastuut, velvollisuudet ja työnjaon nimikesuojattujen ammattihenkilöiden osalta seuraavasti: ”Lääkehoidon koulutusta saaneet nimikesuojatut terveydenhuollon

ammattihenkilöt voivat jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi ja antaa suun kautta otettavia lääkkeitä. Lisäksi he voivat pistää lääkkeen lihakseen tai ihon alle sekä osallistua suun kautta annettavaan PKV-lääkehoidon toteuttamiseen, kun heidän osaamisensa on varmistettu, heidät on perehdytetty toimintaan ja heille on annettu kirjallinen lupa.” Laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt (esim. sairaanhoitaja) kantavat vastuun potilashoitoon liittyvästä tehtäväjaosta, ohjauksesta, neuvonnasta ja valvonnasta sekä työyksikön lääkehuollon toimivuudesta, kuten lääkkeiden riittävydestä. Kuitenkin jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan (Moilanen 2006).

Lähihoitajatutkinto ei anna kohdeorganisaatiossa oikeutta toteuttaa kokonaisvaltaista lääkehoitoa. Lääkehoidon toteuttaminen perustuu työyksikön lääkehoitosuunnitelmaan, jonka laajuuden määrittää yksikön lääkehoidon vaativuustaso (Moilanen 2006). Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään lupakäytännöt ja osaamisen varmistamiskäytännöt eli lääkehoidon tasot ja tilanteet, joissa peruskoulutuksen lisäksi edellytetään lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttavaa lupaa.

Syyskuussa 2009 sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä on tehnyt päätöksen niin laillistetun kuin nimikesuojatun hoitohenkilöstön lääkehoito-osaamisen varmentamisesta, täydennyskoulutuksen toteutustarpeesta sekä toimialueiden lupakäytännöistä. Teoreettinen osaaminen varmistetaan säännöllisellä kirjallisella kokeella ja käytännön osaaminen näytöllä. (Sote jory 2009.)

Hoitajat lääkehoidon oppijoina rakentavat osaamistaan yhteydessä työympäristöönsä. Aikaisemmat tiedot ja kokemukset vaikuttavat siihen, miten uutta tietoa omaksutaan. Jotta oppimista voisi tapahtua, on olemassa olevat tietorakenteet aktivoitava ja kyettävä liittämään uusi tieto aiemmin opittuun. Konstruktivistien oppimiskäsityksen mukaan opittuun tietoon liittyy aina

elementtejä siitä ympäristöstä, jossa se on opittu. (Tynjälä 2000; Veräjänkorva 2003.)

4.2 Koulutusmallin kehittämisprosessi

Vanhuksen lääkehoidon koulutusmallin laatimisen lähtökohtana olivat käytännössä, perusosaamisen varmentamisessa sekä HaiPro-ilmoituksissa havaittu lähihoitajien lääkehoidon osaamisen taso. Jatkuva non-stop –periaatteella toimiva lääkehoidon koulutus nähtiin lääkitysturvallisuutta parantavana menetelmänä. Koulutuksen käytännön toteuttajina ovat sairaanhoitajat Dreyfusin mallista sovellettuun osaamistasomäärittelyyn perustuen eli heidän tulee olla työyhteisössä vanhuksen lääkehoidon osaajina tasoilla taitava tai asiantuntija.

Koulutusmallin oppimisen perustana on sosiokonstruktivistinen oppimiskäsitys eli oppiminen ei ole tiedon passiivista vastaanottamista, vaan oppijan omaa aktiivista kognitiivista toimintaa. Oppiminen ei tapahdu tyhjiössä, vaan se on sidottu ympäröivään tilanteeseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Tynjälä 2000.)

Projektiryhmän jäsenet kokoontuivat ensimmäisen kerran marraskuussa 2011. Ensimmäisessä tapaamisessa projektipäällikkö esitteli kyselystä saadut tulokset sekä koulutusmallin rakenteen. Ensimmäisessä tapaamisessa paikalla oli vain kaksi jäsentä, joista toinen jättäytyi projektiryhmästä pois ensimmäisen tapaamisen jälkeen. Muut jäsenet projektipäällikkö tapasi henkilökohtaisesti ennen toista tapaamista, joista yhden jäsenen kanssa tapaaminen ei onnistunut. Projektiryhmän toisessa tapaamisessa koulutusalueet jaettiin jäsenten kesken, joita ryhmän jäsenet työstivät ennen kolmatta tapaamista. Projektipäällikkö osallistui itse kokoajan aktiivisesti projektiryhmätoimintaan ja –työskentelyyn. Projektiryhmätyöskentelyä vaikeutti se, että ryhmään valikoitui

ihmisiä, joilla oli jo paljon muitakin projekteja työn alla. Tätä ei riskikartoituksessa osattu ennakoida ja uhkana oli projektin viivästyminen.

4.3 Mallin testaus ja hionta

Tammikuussa 2012 kivun hoidon ja paikallisesti keskushermoston kautta vaikuttavien (PKV) lääkkeiden koulutusosio testattiin käytännössä yhden projektiryhmäläisen toimesta. Testaus toteutettiin kyseisen sairaanhoitajan omalla työpaikalla. Ennakkotiedoituksena toimi työyhteisön keskinäinen sopimus päivästä, jolloin osastolla oli hyvä miehitystilanne. Osallistujia oli kymmenen lähihoitajaa sekä kouluttajana sairaanhoitaja. Koulutustilaisuus pidettiin osastolla osaston taukotilassa potilaiden päivälevon aikaan. Ajankohta oli rauhallinen, eivätkä hoitajakutsut keskeyttäneet testaustilannetta. Teoreettinen esittely eli johdatus aiheeseen kesti noin 15 minuuttia, jonka jälkeen keskustelua syntyi hyvin. Kokonaisuudessa tilaisuus kesti noin tunnin.

Koulutukseen osallistuneiden asenne oli myönteinen ja he kokivat tuttujen asioiden kertaamisen mielekkääksi. Hyväksi koettiin lyhenteiden käyttö ja niiden auki kertominen. PKV-lääkkeistä kaivattiin tietoa enemmän kuin kipulääkkeistä. Osallistujat esittivät paljon ajatuksia ja kysymyksiä kouluttajalle. Sairaanhoitaja kouluttajana koki myös itse oppivansa lääkehoidosta uutta ja asioiden mieleenpalauttaminen tuntui hyödylliseltä.

Toinen koulutusosio lääkkeiden metaboloitumiseen liittyen testattiin käytännössä maaliskuussa 2012. Koulutuksen testaaja saatiin projektiryhmän ulkopuolelta ja testausympäristönä oli hengityshalvauspotilaita hoitava yksikkö. Koulutustapahtuma järjestettiin osastotunnin yhteydessä ja kokonaiskesto oli noin tunti. Paikalla oli viisi lähihoitajaa, yksi sairaanhoitaja ja kouluttajana yksikön esimies. Aihe koettiin vaikeaksi, koska se vaati paljon taustatietoa. Kouluttaja koki aihealueen vastaavan paremmin lääkärin kuin sairaanhoitajan ammattiosaamista. Projektiryhmän työstämistä powerpoint –dioista puuttuivat

kokonaan käytännön esimerkit ja hoitajien näkökulma asioihin. Tiedon kiinnittäminen hoitotyöhön oli vaikeaa. Lääkelaskut koulutuksen lopussa koettiin hyväksi.

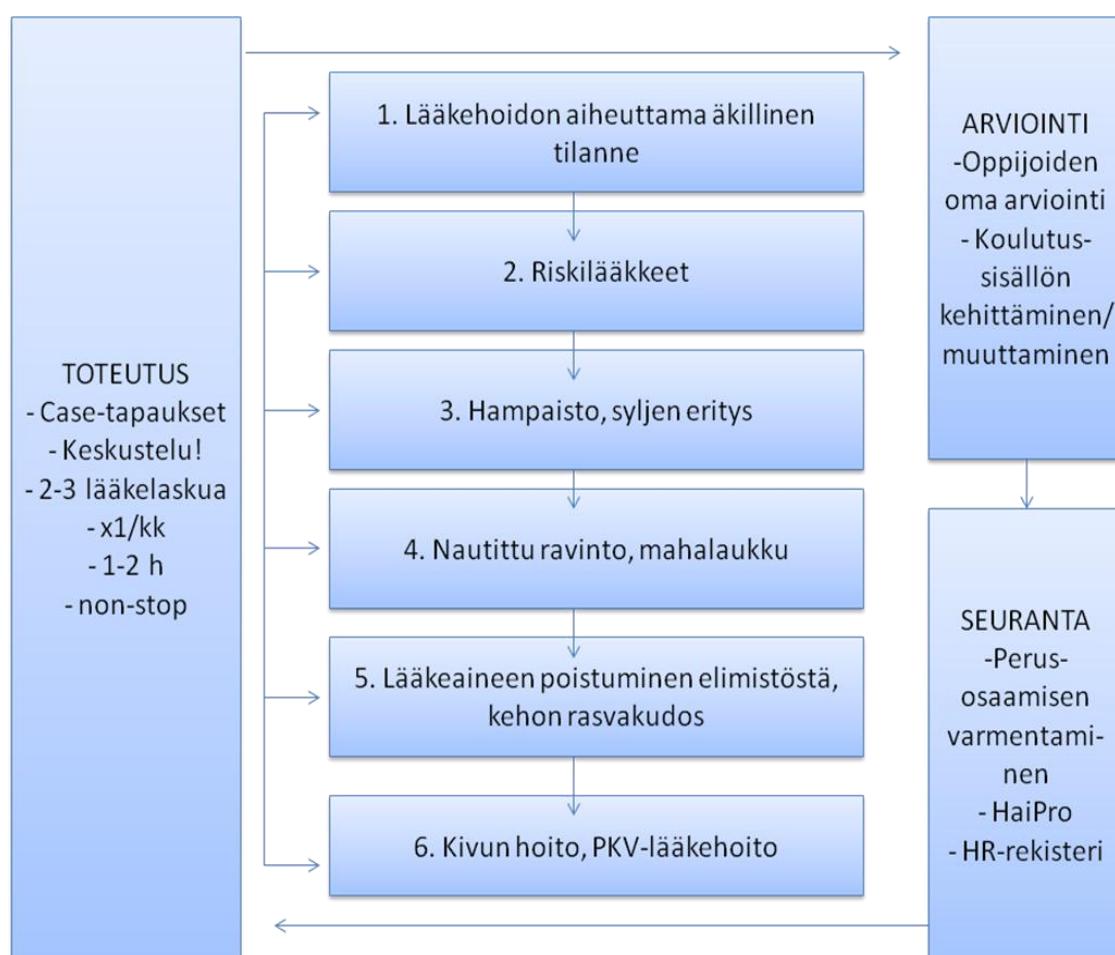
Viimeisessä ohjausryhmäkokouksessa materiaali ja testauskokemukset käytiin läpi. Todettiin, että osa-alueet on tuotava lähemmäs käytännön toimintaa sekä lähihoitajien osaamista ja osaamisvaatimuksia lääkehoitosuunnitelmaan pohjautuen. Lisäksi todettiin case-tapausten merkityksen olevan suurempi kuin teoriaosuuden, joten koulutusosion sisällön lähtökohdaksi otettiin potilastapauksiin perustuvat tilanteet. Projektipäällikkö lähti rakentamaan case-tapauksia HaiPro-ilmoituksista saatavan konkreettisen tiedon ja lääkehoitosuunnitelmassa määriteltyjen osaamisvaatimusten pohjalta. Lisäksi projektipäällikkö täsmensi koulutusmallin osa-alueiden nimikkeitä ja sisältörakenteita.

4.4 Lääkehoidon koulutusmalli

Koulutusmallin tavoitteena on tukea ja lisätä lähihoitajien jo olemassa olevaa lääkehoito-osaamista. Lisäksi koulutusmallia toteuttavien sairaanhoitajien oman osaamisen parantumista tuetaan jatkuvalla tietojen päivityksellä. VaLKe – kehittämisprojektin projektiryhmä työsti olemassa olevaan tietoon perustuen koulutussisältöjä lääkehoidon osa-alueisiin, joiden koulutustarve ilmeni Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselyn tuloksista sekä HaiPro-ilmoituksista ja Perusosaamisen varmentamisen –tuloksista.

Koulutussisällöt on rakennettu case-tapausten ympärille, jolloin keskustelu koulutustilaisuudessa syntyy luontevasti ja kaikkien osallistujien teoreettinen osaaminen tulee ilmi. Koulutusmallin pääpainopiste on teoreettisen tiedon vahvistamisessa ja käytännön potilastilanteiden tunnistamisessa. Lisäksi oppijat arvioivat omaa oppimistaan ja antavat koulutuksesta palautteen, jotta sisältöjä tai menetelmiä voidaan kehittää edelleen. Koulutusmalli on jaettu kuuteen eri

osa-alueeseen, jotka ovat sen verran irrallisia toisistaan, että koulutussarjan suorittamisen voi aloittaa mistä kohtaa tahansa. (Kuvio 19.) Koulutustilaisuudet on suunniteltu järjestettäväksi kerran kuukaudessa eli koko sarjan suorittaminen kestää puoli vuotta. Tällöin koulutuksessa voidaan pitää myös tauko, esimerkiksi kesällä, jolloin valtaosa työntekijöistä lomailee.



Kuvio 19. Lääkehoidon koulutusmalli.

Case-tyyppiset potilastilanteet ovat pääasiassa lääkkeiden anto- ja jakotilanteita, koska HaiPro-ilmoitukseen perustuen näissä tapahtuu eniten poikkeamia. Koulutussisältöesimerkkejä eli potilastapauksia on kuvattuna kuvioissa kaksikymmentä (20) ja 21. Koulutusosio kestää yhdestä kahteen tuntia kerrallaan ja tilaisuuden päätteeksi on suunniteltu laskettavan muutama lääkelasku (Kuvio 22).

Case 1

Riskilääkkeet

- Potilaalla Marevan® -lääkitys. Lisäksi lääkelistalla kivun hoitona Pamol® 500 mg 1 tabl x 3.
- Kivun hoito iltavuoron aikana ei ole ollut riittävää, joten hän on saanut lisäksi Pamol® 500 mg 1 tabl.
- Paljonko yövuoroon tuleva hoitaja voi antaa tarvittaessa vielä lisää paracetamolia? Voiko hän antaa jotain muuta kipulääkettä? Mitä?
- Mikä merkitys potilaan omalla sitoutumisella on antikoagulanttihoidossa?

Kuvio 20. Potilastapausesimerkki riskilääkkeistä.

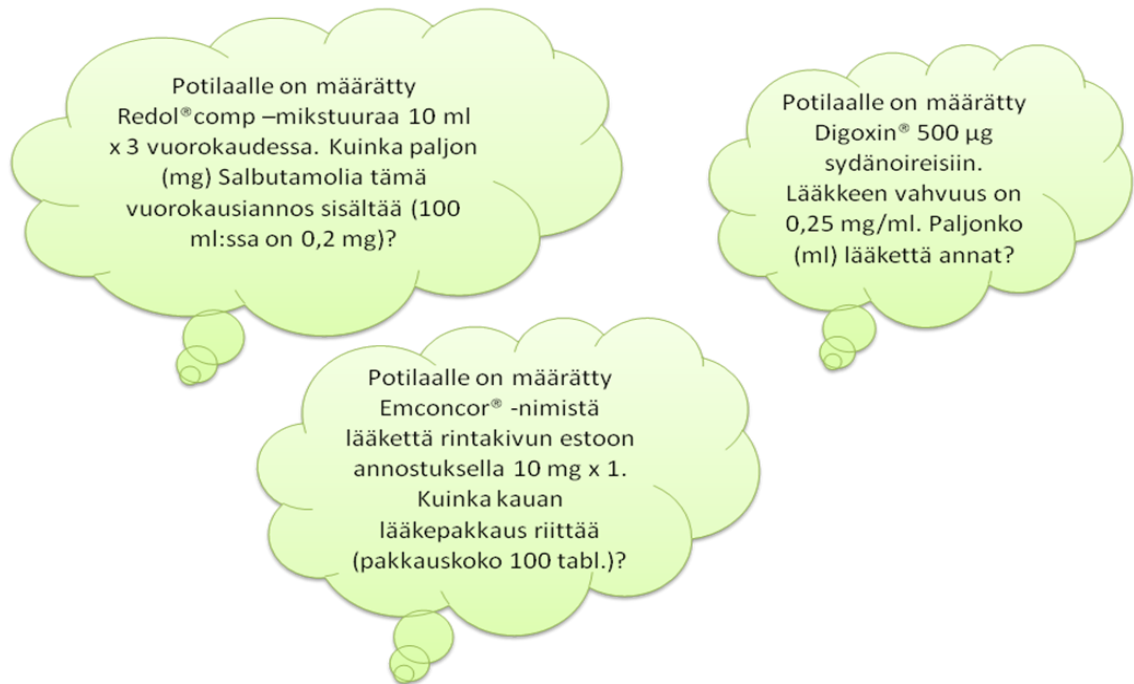
Case 1

Kivun hoito, PKV-lääkehoito

- 90-vuotias dementiaa sairastava vuodepotilas, joka ei kykene kommunikoimaan.
- Löydetään lounasaikaan vuoteestaan kylmän hikisenä ja levottomana. Mittauksessa verenpaine huomattavasti koholla (160/100 mmHg).
- Miten toimit? Miten ja millä lääkitset? Raportointi moniammatillisesti?

Kuvio 21. Potilastapausesimerkki kivun hoidosta.

Lääkelaskuja



Kuvio 22. Lääkelaskuesimerkkejä.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN POHDINTA

5.1 Tavoitteiden saavuttamisen arviointi

VaLKe –kehittämiprojektin tavoitteena oli tuottaa lääkehoidon koulutusmalli vanhustyötä tekeville lähihoitajille ja tarkoituksena osoittaa lääkehoidon koulutustarve ympärivuorokautisessa hoidossa potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Tavoite oli linjassa Potilasturvallisuusstrategia 2009-2013 kanssa sekä SoTe:n johtoryhmän (2009) tekemän päätöksen hoitohenkilökunnan lääkehoitoon liittyvän täydennyskoulutuksen järjestämisestä. Johtoryhmän päätöksen mukaisesti tavoitteena on järjestää SoTe:n omien asiantuntijoiden pitämät samansisältöiset luentokokonaisuudet neljä kertaa vuodessa (SoTe johtoryhmä 2009). Koulutusmalli sekä asiantuntijoiden luennot täydentävät toteutuessaan toisiaan. Vanhuksen turvallisen lääkehoidon kehittämismenetelmänä oli lääkehoidon koulutusmallin kehittäminen lähihoitajille. Osaamisen taso sekä koulutustarve osoitettiin sekä koulutusmallin runko sekä muutamat osiot luotiin ja testattiin käytännössä. Koulutusosioiden sisältöjen työstäminen lopulliseen muotoonsa jatkuu edelleen.

5.2 Aika- ja henkilökuntaresurssien käytön arviointi

Kehittämiprojektin riskianalyyssissa ei huomioitu projektiryhmän aikataulullista ongelmaa eikä jäsenten ajanpuutetta. Näihin ei projektiryhmätyöskentelyn alkaessa enää juurikaan voitu vaikuttaa muuten kuin projektipäällikön omalla aktiivisella työstämisellä. Projektin aikataulu alun alkaen oli suunniteltu väljäksi, joten ajallisesti kyettiin joustamaan parillakin viikolla. Fyysisesti hajallaan oleminen hankaloitti myös osaltaan yhteisten tapaamisten järjestämistä. Projektiryhmäläisten panostus ja resurssit olivat hyvin erilaiset ja yhden ihmisen jättäytyminen heti alussa pois lisäsi muiden työmäärää entisestään, koska hänen tilalleen ei saatu uutta jäsentä. Ajatus, että projektiryhmän myötä työlle saataisiin edustaja joka vanhuskeskukseen, ei toteutunut.

Alkuperäiseen suunnitelmaan oli kyselyn suorittamiselle suunniteltu kaksi viikkoa aikaa, mutta siinä jouduttiin aikataulua muuttamaan kyselyn vaatiessa vastausajaksi vielä kolmannen viikon. Lisäksi tulosten analysointiin tarvittiin suunniteltua enemmän aikaa. Haasteena oli projektipäällikön ajanpuute ja analysoinnin kokemattomuus. Kokemattomuus oli kuitenkin otettu huomioon jo aiemmin projektin riskianalyyseissa, joten tämä ei tullut yllätyksenä. Tulokset olivat kokonaisuudessaan valmiit joulukuussa 2011. Tutoropettajan asiantunteva ohjaus oli olennaista koko projektin etenemisen kannalta.

5.3 Projektiorganisaation toimivuuden ja tuloksellisuuden arviointi

Projektiryhmässä nousi vahvasti esille muutosvastaisuutta, mikä oli riskianalyyseissä tehtäessä otettu huomioon. Projektipäällikkö joutui käyttämään runsaasti energiaa ja aikaa projektin tarpeellisuuden perustelemiselle. Vastaavaa muutosvastaisuutta voidaan odottaa koulutusmallin jalkautusvaiheessa.

Kyselystä saadun palautteen perusteella kävi ilmi, että nimike lähihoitaja aiheutti epäselvyyttä. Vanhan tutkinnon, eli perushoitajat ja mielenterveyshoitajat, suorittaneet eivät mieltäneet itseään lähihoitajaksi. Kysymys oli asenteista, koska lähes kaikkien vakanssinimikkeenä on kuitenkin lähihoitaja. Tähän olisi voitu kyselyn suorittamisen aikana vaikuttaa esimiesten välityksellä, mikäli asia olisi osattu ennakoita.

Projektiorganisaatio oli sitoutunut johtavalta taholta kehittämisprojektiin hyvin ja ilmaissut työn tarpeellisuuden. Ohjausryhmä tuki täysin projektia sekä ohjasi projektipäällikköä myös tutkimuksellisissa ongelmakohtissa, kuten usean eri aineiston vertailussa keskenään. Ohjausryhmä asetti myös koko projektin aikana projektipäällikölle vaatimuksia, eikä mitään tullut valmiina. Ammatillisen kasvun näkökulmasta projektipäällikkö joutui tekemään ajatustyötä välillä runsaastikin. Ohjausryhmä kokoontui viimeisen kerran maaliskuussa 2012.

Projektipäällikkyyks oli projektipäällikölle työn alkaessa täysin vierasta ja uutta. Henkilökohtaista kasvua tapahtui valtavasti ja nykyään omien kehittämiskohteiden tunnistaminen onnistuu aikaisempaa paremmin ja selkeämmin. Projektipäällikkönä toimiminen oli mielenkiintoista, mutta haasteellista. Projektiryhmän vetäminen tuntui hankalalta ja ryhmän motivoiminen osoittautui työläimmäksi toteuttaa. Joustavuus, itseohjautuvuus ja määrätietoinen eteenpäin pyrkiminen olivat projektipäällikön ominaisuuksista ratkaisevimpia ominaisuuksia. Tutoropettajan jämät ohjeistukset kehittämissuorituksen toteuttamisen aikana loivat uskoa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Työelämämentorin tuki ja kannustus erityisesti kehittämissuorituksen alkuvaiheessa loivat raamit työn alkamiselle ja etenemiselle.

5.4 Käytettyjen kehittämismenetelmien arviointi

Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselyn muokkaus vain kerran aiemmin käytössä olleesta kyselystä toi mukanaan riskitekijöitä. Kysely oli uudehko ja sitä käytettiin tässä kehittämissuorituksessa täysin erilaisessa työympäristössä kuin mihin se alun perin on luotu. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan esitestauksella ja ohjausryhmän arvioinnilla. Esitestaus suoritettiin sähköisesti tutkinnon suorittaneilla lähihoitajilla, jotka työskentelivät muualla kuin vanhuspalveluiden tulosalueella. Tämä saattoi vaikuttaa käsitteiden ja asioiden ymmärrettävyyteen sekä selkeyteen eikä välttämättä paljastanut mahdollisia epäselviä kohtia. Esitestauksessa ei korjaustarpeita tullut ilmi, joten alkuperäisen kyselylomakkeen muokkauksen jälkeen merkittäviä muutoksia ei tehty.

Kyselyn vastausprosentti ei yltänyt tavoitetasolle. Syynä saattoi olla esimiesten sitoutuneisuus, lähihoitaja-käsitteen laajuuden väärinymmärrys sekä lähihoitajien asenne kyselyjä sekä ylipäänsä lääkelupaantulleita muutoksia kohtaan. Osa koki kyselyn myös liian pitkäksi ja osa-alueiden olevan oman työnkuvan ulkopuolella.

5.5 Kehittämiprojektin vaikuttavuuden arviointi

VaLKe –kehittämiprojektin tuotoksena syntyi Vanhuksen lääkehoidon koulutusmalli. Vanhuksen turvallinen lääkehoito –kyselyn avulla kyettiin osoittamaan lähihoitajien vanhuksen lääkehoidon täydennyskoulutustarve sekä lähihoitajien oppimisen näkökulmasta parhaat oppimistavat. Vanhuksen lääkehoidon koulutusmallin sisällön osa-alueet saatiin selville ja lähihoitajien lääkehoidon osaamista kuvattiin heidän itsearviointinaan.

Vanhuksen lääkehoidon koulutusmallin kehittäminen oli osaltaan ympärivuorokautisen hoidon potilasturvallisuutta parantava projekti. Koulutusmalli mahdollistaa niin lähihoitajien kuin sairaanhoitajien jatkuvan lääkehoidon täydennyskoulutuksen sekä osaamisen ylläpidon. VaLKe –projektin tuottama koulutusmalli ei ole vielä käytännön toiminnan työkaluna, joten projektin päättymisen jälkeen alkaa mallin ”jalkautustyö” käytäntöön.

Lähihoitajien osaamista seurataan edelleen perusosaamisen varmentamisella sekä SoTe:n johtoryhmän (2009) päätöksellä henkilöstön lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä valmiuksia, täydennyskoulutustarpeita ja koulutukseen osallistumista seurataan HR-rekisterin avulla.

6 JATKOEHDOTUKSET

Kehittämiprojektin tuottaman koulutusmallin koulutusosioiden sisältöjen työstäminen jatkuu edelleen erityisesti projektipäällikön toimesta. Koulutusmallin laaja-alaisemman näkökulman ja jalkautuksen saavuttamiseksi moniammatillisen työryhmän käynnistäminen olisi tarpeen. Työryhmätyöskentelyn myötä löytyisivät varmasti myös innokkaat ja asialle omistautuneet koulutuksen toteuttajat.

Koulutusosiot lähihoitajille suunnatussa koulutusmallissa rakentuvat case-tapausten ympärille ja sairaanhoitajan oma ammattitaito vaatii näin ollen myös vahvistusta, jotta hän kykenee viemään koulutusosiot keskustellen läpi. Tämän kehittämiprojektin jatkona teoreettisen ja syvällisemmän koulutuspaketin tuottaminen sairaanhoitajille olisi varmasti tarpeellinen. Näin tuettaisiin myös sairaanhoitajien osaamista ja saavutettaisiin Bennerin osaamistasoihin perustuvat osaamistasot.

LÄHTEET

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos.

Ahonen, S. 2010. Tulosaluejohtajan luento: Ympäri vuorokautisen hoidon esimiehet. Esitetty 5.9.2010.

Banning, M. 2006. Medication errors: professional issues and concerns. *Nursing older people* 04/2006 vol 18 no 3. s. 27-32.

Benner, P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Juva: WSOY.

Chang, Y. & Mark, B. 2011. Effects of learning climate and registered nurse staffing on medication errors. *Nursing Research* 01-02/2011, s. 32-39.

Emanuel, V. & Pryce-Miller, M. 2009. Exploring the factors contributing to drug errors and how to improve knowledge. *Nursing times* 11/2009, s. 16-18.

Eteläpelto, A. & Tynjälä, P (toim.). 1999. Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia.

Goebeler, S. 2009. Health and Illness at the Age of 90. Academic dissertation. University of Tampere. Faculty of Medicine.

Grandell-Niemi, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. & Puukka P. 2005. Finnish nurses' and nursing students' pharmacological skills. *Journal of Clinical Nursing* 06/2005, s. 685-694.

Hartikainen, S. 2002. Iäkkään monilääkitys. Aikakauskirja *Duodecim* 2002, vol118 no 4, s. 385-391.

Hosia-Randell, H. 2010. Perspectives on Prescribing in Nursing homes in Helsinki. Academic dissertation. University of Helsinki. Faculty of Medicine.

Hujala, A. 2008. Johtamisen moniäänisyys – Johtaminen vuorovaikutuksena ja puhuntana hoivayrityksissä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Ilola, T. 2010. LäKSy – Lääkitysturvallisuuden kehittäminen synnytysosastolla. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Kliininen asiantuntija.

Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen Lääkärilehti 12/2010 vsk 65, s. 1123-1127.

Karjalainen, L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otava.

Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen Lääkärilehti 44/2008 vsk 63, s. 3785-3789.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen – selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.

Leape, LL. 2009. Errors in medicine. Clinica Chimica Acta 06/2009, vol 1, no 404, s. 2-5.

Lehtonen, H. 2007. Sairaanhoidajaopiskelijoiden lääkelaskentataidot. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Matematiikan ja tilastotieteen laitos.

Lim, LM., Chiu, LH., Dohrmann, J. & Tan, K. 2010. Registered nurses' medication management of the elderly in aged care facilities. International Nursing Review 01/2010, s. 98-106.

Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Lääkeneuvottelukunta. 2010. Viitattu 1.2.2012 www.netku.fi

Moilanen, R. 2006. Turvallinen lääkehoito –valtakunnallinen opas. Lähihoitajatapahtuma, kulttuuritalo 29.9.2006, Helsinki. Viitattu 1.2.2012 www.superliitto.fi

Nelson, B. 2000. Medication errors: problem process NOT a problem nurse. Minnesota Nursing Accent 09/2000 vol 72, no 8, s. 9-15.

Opetushallitus. 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. Ammatillisen perustutkinnon perusteet. Vaasa: Oy Fram Ab.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma.

Pryce-Miller, M. & Emanuel, V. 2010. Ongoing education would boost competency in drug calculations. Nursing times 08-09/2010, s. 8.

Rantanen, T. 2003. Itseohjautuvuus ammatillisen kasvun tukena – Autuas mahdollisuus vai armoton pakko. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta.

Raivio, M. 2007. Pitfalls in the Treatment of Persons with Dementia. Academic dissertation. University of Helsinki. Faculty of Medicine.

Ritkala-Castrén, M. 2006. Ikääntyneiden lääkehoidon haasteet. Sairaanhoidaja 05/2006.

Routasalo, P. 2010. A2B Näyttöön perustuvan toiminnan menetelmät II. Projekti. Esitetty syksyllä 2010.

Senst, BL., Achuism, LE., Genest, RP., Cosentino, LA., Ford, CC., Little, JA., Raybon, SJ. & Bates, DW. 2001. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. American Journal of Health-System Pharmacy 2001 Jun 15; vol 58, no 12, s. 1126-1132.

Sipola-Kauppi, I. 2009. ”Apua, minäkö tein virheen?” – Sairaanhoidajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2003:18. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2009:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä. 2009. Kokouspöytäkirja 22.9.2009.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes. Stakesin työpapereita 28/2006- Helsinki: Valopaino Oy.

Suhonen, R., Salminen, L. & Puro, M. 2008. Ammatillisen osaamisen ja johtamisosaamisen arviointi, kehittäminen ja ylläpitäminen FSTKY:ssä vuoteen 2010. Loppuraportti.

Taanila, A. 2011. Määrällisen aineiston kerääminen. Viitattu 1.4.2011 <http://myy.helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>

Terveysturvallisuuslaki. 30.12.2010/1326.

Tilvis, R. 2001. Vanhusten lääkehoito. Teoksessa: Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto oy.

Tommola, H. 2005. Verkko-opiskelun käyttö lähiopetuksen tukena lähihoitajien lääkelaskennan opiskelussa. Pro gradu-tutkielma. Kemian laitos. Helsingin yliopisto.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 4.4.2011 <http://pro.tsv.fi/tenk/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>

Turun kaupunki. Viitattu 13.3.2012 <http://www.turku.fi>

Tynjälä, P. 2000. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita.

Valvira. 2012. Lääkehoidon toteuttaminen – henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako. Viitattu 1.2.2012 www.valvira.fi

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidtajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa toim. Väitöskirja. Turku.

Veräjänkorva, O., Paltta, H. & Erkko, P. 2008. Tavoitteena turvallinen lääkehoito. Sairaanhoitaja 02/2008.

Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Ylönen, M. 2010. HaiPro-yhteenveto 1.10.-30.12.2010.

Hyvä lähihoitaja!

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa lähihoitajien lääkehoidon osaamisen tasosta. Tarkoituksena on selvittää onko lääkehoidon täydennyskoulutukselle tarvetta. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Potilasturvallisuusstrategiaan 2009-2013. Lupa aineiston keruuseen on saatu vt. tulosaluejohtajalta 28.4.2011.

Sinun vastauksesi ovat arvokasta tietoa ja vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen vastaajan näkemykset ole tunnistettavissa. Ole ystävällinen ja vastaa 18.09.2011 mennessä oheisen linkin kautta. Linkin takaa löytyy Webropol®-kyselylomake. Mikäli linkki ei avaudu tästä viestistä klikkaamalla, kopioi se ja syötä internetin osoitekenttään.

<https://www.webropolsurveys.com//S/E4B248676FB3E2B7.par>

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen.

Vastauksistasi kiittäen

Irene Rantanen

Sairaanhoidtaja/ yamk-opiskelija

puh. 0505742004

irene.rantanen@students.turkuamk.fi

Vanhuksen turvallinen lääkehoito ympärivuorokautisessa hoidossa

I TAUSTATIEDOT

Valitse sinua koskeva vaihtoehto.

1. Ikäsi *

- < 25 v.
- 26-35 v.
- 36-45 v.
- 46-55 v.
- > 55 v.

2. Työkokemuksesi vuosina lähihoitajan ammatissa *

- < 5 v.
- 5-10 v.
- 11-15 v.
- > 15 v.

3. Kumman alaisuuteen työyksikkösi kuului ennen Sosiaali- ja Terveystoimen yhdistymistä? *

- Sosiaalitoimi
- Terveystoimi

4. Koska viimeksi olet osallistunut nykyisen työnantajasi järjestämään / kustantamaan lääkehoidon teoriaopetukseen? *

- < 6 kk
- 6 kk - 1 v.
- 1-5 v.
- > 5 v.
- en koskaan, miksi? _____

5. Koska viimeksi olet osallistunut nykyisen työnantajasi järjestämään / kustantamaan lääkelaskuopetukseen? *

- < 6 kk
- 6 kk - 1 v.
- 1-5 v.
- > 5 v.
- en koskaan, miksi? _____

6. Onko sinulla tällä hetkellä voimassaoleva lääkelupa? *

- kyllä
- ei, miksi? _____

II LÄÄKEHOIDON YLEISET TOIMINTAPERIAATTEET**7. Arvioi lääkehoidon yleisiä toimintaperiaatteita työyksikössäsi. Vastaa valitsemalla omia kokemuksiasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. ***

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en tiedä, 4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Lääkehoidon kirjalliset ohjeet on saatavilla työyksikössäsi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon lupakäytäntö on selkeä työyksikössäsi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoitoon liittyvä työnjako eri ammattiryhmien välillä on määritelty työyksikössäsi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoito sisältyy työyksikköni perehdytysuunnitelmaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon perehdytys toteutuu työyksikössäsi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon osaaminen testataan työyksikössäni säännöllisesti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työnantaja järjestää riittävästi lääkehoitoon liittyvää koulutusta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osallistun itse säännöllisesti lääkehoidon täydennyskoulutuksiin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistan lääkeannoksen aina ennen lääkehoidon toteutusta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistan potilaan henkilöllisyyden aina ennen lääkehoidon toteutusta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden kaksoistarkastus on rutiinikäytäntö työyksikössäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III LÄÄKEHOIDON SISÄLTÖ JA TOIMINTATAVAT**8. Arvioi kuinka hyvin hallitset työyksikkösi lääkehoidon toimintatavat. Vastaa valitsemalla omaa osaamistasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. ***

1= en hallitse, tarvitsen täydennyskoulutusta, 2= hallitsen, mutta toivon täydennyskoulutusta, 3= hallitse, en tarvitse täydennyskoulutusta ja 0= ei kuulu työtehtäviini

	1	2	3	0
Työyksikössäni hoidettavien potilaiden lääkehoidon erityispiirteet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni käytettävät lääkevalmisteet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elvytyksen lääkehoito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kivun lääkehoito (muu kuin opioidilääkkeet).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kivun hoito opioidilääkkein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verenkiertoon vaikuttavat lääkkeet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet (esim. Klexane®, Marevan®).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabeteksen lääkehoito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiootit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viruslääkkeet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pahoinvoinnin lääkehoito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suolen toimitukseen käytettävät lääkeaineet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mahalaukun happotasapainoon vaikuttavat lääkkeet (esim. Nexium®, Somac®).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauhoittava / nukahtamista helpottava lääkehoito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anafylaktisen reaktion lääkehoito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riskilääkkeet (esim. Durogesic®, Levemir®).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IV LÄÄKEHUOLTO**9. Arvioi, kuinka hyvin hallitset työyksikkösi lääkehuollon tehtävät. Vastaa valitsemalla omaa osaamistasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. ***

1 = en hallitse, tarvitsen täydenniskoulutusta, 2 = hallitsen, mutta toivon täydenniskoulutusta, 3 = hallitsen, en tarvitse täydenniskoulutusta ja 0 = ei kuulu työtehtäviini

	1	2	3	0
Lääkkeiden säilytyslämpötilat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden säilyvyys.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden säilytyspaikat työyksikössäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden valmistaminen käyttökuntoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden lainaaminen työyksiköstä toiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden riittävydestä huolehtiminen (esim. lääkkeen loppumisesta tiedottaminen lääketilauksen tekemistä varten).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkejätteen käsittely työyksikössäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaala-apteekin tuottaman lääkeinformaation (esim. tiedotteet) hyödyntäminen omassa työssäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaala-apteekin antaman lääkehuollon ohjauksen ja neuvonnan hyödyntäminen omassa työssäni (esim. farmaseutin konsultointi).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VI LÄÄKEHOITON LIITTYVÄ POTILASOHJAUS**10. Arvioi kuinka hyvin hallitset työyksikkösi lääkehoitoon liittyvät potilasohjauksen tehtävät. Vastaa valitsemalla omaa osaamistasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. ***

1 = en hallitse, tarvitsen täydenniskoulutusta, 2 = hallitsen, mutta toivon täydenniskoulutusta, 3 = hallitsen, en tarvitse täydenniskoulutusta ja 0 = ei kuulu työtehtäviini.

	1	2	3	0
Potilaan lääkehoitoon osallistumisen tukeminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoitoon liittyvän tiedon antaminen potilaalle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suullinen lääkehoidon neuvonta / ohjaus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjallinen lääkehoidon neuvonta / ohjaus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon ohjauksen ymmärtämisen varmistaminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkityspoikkeamasta kertominen potilaalle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VII LÄÄKEHOIDON VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI

11. Arvioi kuinka hyvin hallitset lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin työyksikössäsi. Vastaa valitsemalla omaa osaamistasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. *

1 = en hallitse, tarvitsen täydennyskoulutusta, 2 = hallitsen, mutta toivon täydennyskoulutusta, 3 = hallitsen, en tarvitse täydennyskoulutusta ja 0 = ei kuulu työtehtäviini

	1	2	3	0
Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden arviointi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon toivottujen vaikutusten arviointi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon sivuvaikutusten arviointi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon yhteisvaikutusten arviointi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päällekkäisten lääkitysten arviointi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkityksen kokonaisarviointi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon vaikutusten seuranta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toiminta väärän lääkityksen yhteydessä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VIII LÄÄKEHOIDON DOKUMENTOINTI JA TIEDONKULKU

12. Arvioi kuinka hyvin hallitset työyksikkösi lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun tehtävät. Vastaa valitsemalla omaa osaamistasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. *

1 = en hallitse, tarvitsen täydennyskoulutusta, 2 = hallitsen, mutta toivon täydennyskoulutusta, 3 = hallitsen, en tarvitse täydennyskoulutusta ja 0 = ei kuulu työtehtäviini.

	1	2	3	0
Tietosuoja lääkehoidon yhteydessä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkemääräyksen kirjaaminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läákehoidon dokumentointi Pegasos-potilastietojärjestelmään.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läákehoidon raportointi hoitovastuun siirtyessä toiselle hoitotyöntekijälle (esim. työvuorojen vaihteessa).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läákehoidon tiedonkulku eri yksiköiden välillä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läákehoidon tiedonkulku eri ammattiryhmien välillä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IX LÄÄKEHOIDON SEURANTA- JA PALAUTEJÄRJESTELMÄT

13. Arvioi kuinka hyvin hallitset työyksikkösi lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät työyksikössäsi. Vastaa valitsemalla omaa osaamistasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. *

1 = en hallitse, tarvitsen täydennyskoulutusta, 2 = hallitsen, mutta toivon täydennyskoulutusta, 3 = hallitsen, en tarvitse täydennyskoulutusta ja 0 = ei kuulu työtehtäviini.

	1	2	3	0
Läákehoitoon liittyvästä poikkeamasta ilmoittaminen HaiProjärjestelmään.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läákehoitoon liittyvästä poikkeamasta ilmoittaminen potilaalle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läákehoitoon liittyvien poikkeamien käsittely työyksikössäsi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läákehoitopoikkeamasta oppiminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läákehoidon kehittämisedellytykseni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

X LÄÄKEHOITOON VAIKUTTAVAT VANHENEMISMUUTOKSET

14. Arvioi kuinka hyvin hallitset vanhenemismuutosten erityispiirteet lääkehoidossa. Vastaa valitsemalla omaa osaamistasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. *

1 = en hallitse, tarvitsen täydennyskoulutusta, 2 = hallitsen, mutta toivon täydennyskoulutusta ja 3 = hallitsen, en tarvitse täydennyskoulutusta

	1	2	3
Nautittu ravinto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hampaisto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syljen erityys.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mahalaukun happamuuden aleneminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mahalaukun tyhjenemisnopeus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehon rasvakudoksen suhteellinen lisääntyminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veriplasman albumiinipitoisuuden alentuminen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden metaboloituminen suolen seinämästä ja maksan kautta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Munuaisten verenkierto ja kyky suodattaa virtsaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

X AIKUISEN LÄHIHOITAJAN OPPIMINEN**15. Arvioi lääkehoidon oppimistasi. Vastaa valitsemalla omia kokemuksiasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. ***

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en tiedä, 4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Luen tekstin alusta loppuun ja pyrin muistamaan sen mahdollisimman alkuperäisessä muodossa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pyrin ymmärtämään tekstin sisällön ja hahmottamaan kokonaisuuksia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsittelen tekstin peräkkäiset kappaleet omina kokonaisuuksina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskityn pienehköihin yksityiskohtiin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pyrin organisoimaan tekstin järjestykseen itselleni sopivan periaatteen nojalla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pyrin ns. menemään tekstin taakse ja keskityn kirjoittajan tarkoituksien ja johtopäätösten arviointiin ja arvosteluun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ongelmakeskeinen oppiminen (PBL) on minulle mielekäs ja tehokas tapa oppia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Itseohjautuvuus (= oma aktiivisuus) on olennainen osa oppimistani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kyselyn tuloksien taulukoita



