

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto
2009

Maria Salmi, Essi Takanen ja Hannah Tallila

LÄÄKEHOIDON TÄYDENNYSKOULUTUS HOITAJIEN KOKEMUKSENA

- Arviointia kehittämishankkeesta



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Salmi Maria, Takanen Essi, Tallila Hannah

LÄÄKEHOIDON TÄYDENNYSKOULUTUS HOITAJIEN KOKEMUKSENA – Arviointia kehittämishankkeesta

Tämä opinnäyte on osa Turun Ammattikorkeakoulun ja erään varsinaissuomalaisen kunnan terveyskeskuksen kanssa yhteistyössä toteuttavaa hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamisen kehittämishanketta. Hanke koostui kolmesta vaiheesta: lääkehoitotaitojen alkumittauksesta, täydennyskoulutuksesta ja lääkehoitotaitojen loppumittauksesta.

Tässä opinnäytetyössä selvitetään hankkeeseen osallistuneiden omakohtaisia kokemuksia lääkehoito-osaamisen arvioinnista, täydennyskoulutuksesta, sekä ideoita koulutuksen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on osaltaan kehittää lääkehoito-osaamisen arviointia ja täydennyskoulutusta erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Täydennyskoulutuskokemusten kartoittaminen osana lääkehoidon kehittämishanketta on merkittävää, sillä ilman sitä kehittämishankkeen arviointi ja tulevien koulutusten tarpeen määrittely sekä suunnittelu ovat vailla pohjaa.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta, käyttäen aineiston keräämiseen puolistrukturoitua kyselylomaketta. Kyselylomake kehitettiin tätä opinnäytetyötä varten perustuen kirjallisuuskatsaukseen sekä lääkehoidon kehittämishankkeen tarpeisiin. Kyselylomake koostui viidestä tutkimusongelmien mukaisesta osaluokasta.

Opinnäytetyön tulosten perusteella toteutettu täydennyskoulutus vastasi vastaajien koulutustarpeita hyvin ja kehitti heidän ammattitaitoaan. Vastauksien perusteella itsenäiset ja pienryhmätehtävät koettiin parhaiten edistäneen oppimista. Vastaajat kertoivat lähes yksimielisesti olevansa nyt tarkempia ja vastuullisempia lääkehoitoa toteuttaessaan. He kertoivat kehittämishankkeen vahvistaneen päätöksentekotaitoja sekä antaneen varmuutta lääkehoidon toteuttamisessa. He tunnistivat tarpeen lääkehoitotaitojen kertaamiselle ja täydentämiselle vuoden–kolmen vuoden välein. He myös kokivat tarvitsevansa edelleen koulutusta lääkelaskuista, lääkkeiden vaikutuksista ja interaktioista, farmakologiasta sekä lääkehoidon käytännön kysymyksistä. Jatkossa täydennyskoulutusta tulisi kehittää tarvelähtöisemmäksi. Toisaalta voidaan myös pohtia tulisiko kaikilta hoitotyöntekijöiltä vaatia tietty perustaso lääkehoitotaidoissa.

ASIASANAT:

lääkehoito, täydennyskoulutus, arviointi, lääkehoito-osaaminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Degree programme in nursing | Nursing
9.10.2009 | 36 + 7
Sulosaari Virpi

Salmi Maria, Takanen Essi, Tallila Hannah

CONTINUING MEDICATION EDUCATION AS AN EXPERIENCE OF HEALTH CARE PERSONNEL - The evaluation of the development project

This study is part of the "Medication Safety" –development project in Turku University of Applied Science. This part of the project consisted of three phases; the pre-evaluation of medication skills, the continuing medication education and the post-evaluation of medication skills. This study is focused on the experiences and development ideas from the nursing staff. The aim of this study is to develop the evaluation of medication skills and continuing medication education in different types of organizations in social and health care field.

The research method used in this study is quantitative. However, the survey developed for this study was semi-structured. The survey was based on the literature review and the needs of the medication skill development project. The survey consisted of five dimensions based on the research questions.

The results of the study indicate that the continuing education program corresponded to the educational needs of the respondents well and improved their clinical competence. Based on the results, the tasks done independently and in small groups were experienced to enhance learning in the most effective manner. When asked how the project influenced the medication skills, most of the respondents agreed to be more precise and responsible in administration of medication in future. The respondents told that the project strengthened their decision-making skills and certainty in medication administration. They recognized the need for regular rehearsing and improving of their drug therapy skills at least every three years. The respondents experienced the need for additional education in medication calculation, the effects and interactions of drugs, pharmacology and basic questions of drug therapy.

In future the continuing medication education should be more developed based on the needs of the nursing staff. In the other hand, the demand for basic level on knowledge in drug therapy skills should be considered.

KEY WORDS:

drug therapy, continuing education, evaluation, medication skills

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	5
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	6
2.1 Lääkehoito	6
2.1.1 Lääkehoidon merkitys osana potilaan kokonaisuhoitoa	6
2.1.2 Lääkityspoikkeama	8
2.1.3 Lääkehoito-osaaminen	9
2.2 Täydennyskoulutus	10
2.2.1 Täydennyskoulutus ammatillisen osaamisen edistäjänä	10
2.2.2 Lääkehoito ja täydennyskoulutus	12
2.2.3 Täydennyskoulutukseen osallistuminen	13
2.2.4 Täydennyskoulutuksen arviointi	14
3 YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA	17
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
4.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat	19
4.2 Kohderyhmä	19
4.3 Täydennyskoulutuksen sisältö ja toteutus	19
4.4 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	20
5 TULOKSET	22
5.1 Aineiston analyysimenetelmä	22
5.2 Tutkimustulokset	22
5.2.1 Kokemukset lääkehoito-osaamisen arvioinnista	22
5.2.2 Kokemukset täydennyskoulutuksen toteutuksesta	23
5.2.3 Kokemukset kehittämishankkeen vaikuttavuudesta lääkehoitotaitoihin	24
5.2.4 Hoitotyöntekijöiden lääkehoitokoulutuksen kehittämissuhteet	25
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	26
6.1 Luotettavuus ja reliabiliteetti	26
6.2 Tutkimuksen eettisyys	28
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	29
7.1 Pohdinta	29
7.2 Johtopäätökset	30
LÄHTEET	
LIITTEET	
LIITE 1: Saatekirje	
LIITE 2: Kyselylomake	
LIITE 3: Toimeksiantosopimus (tutkimuslupa)	
Taulukko 1. Täydennyskoulutuskokemukset	24

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa Turun Ammattikorkeakoulun ja erään varsinaissuomalaisen kunnan terveyskeskuksen kanssa yhteistyössä toteuttavaa hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamisen kehittämishanketta. Kehittämishanke on toteutettu kolmessa vaiheessa: 1) hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaaminen on arvioitu ennen täydennyskoulutusta, 2) täydennyskoulutus on toteutettu ja 3) hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaaminen on arvioitu uudelleen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lääkehoito-osaamisen kehittämishankkeeseen osallistuneiden hoitajien kokemuksia hankkeesta ja siihen kuuluneesta täydennyskoulutuksesta, sekä tuottaa tietoa mahdollisista kehittämistarpeista. Opinnäytetyön tavoitteena on osaltaan kehittää lääkehoito-osaamisen arviointia ja täydennyskoulutusta erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Toteutetun täydennyskoulutuksen arviointi on tärkeää, jotta ymmärrettäisiin tekijöitä, jotka vaikuttavat lääkehoidon täydennyskoulutuksen onnistumiseen (ks. Huotari 2007, 283).

Hoitotyöntekijöiden osaamisen varmentamisella voidaan taata laadukkaat palvelut kuntalaisille. Lääkehoidon täydennyskoulutusta tarvitaan, jotta hoitajien lääkehoito-osaamista ja siten myös hoidon laatua voidaan seurata ja varmistaa. (Veräjänkorva 2003a, 59- 60.)

Terveydenhuollon ammattilaisilla tulee olla riittävällä täydennyskoulutuksella ylläpidetyt tiedot ja taidot. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Laki myös velvoittaa työnantajan luomaan työntekijöilleen edellytykset koulutukseen osallistumiselle. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994); Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö [STM] 2004, 44.)

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Lääkehoito

2.1.1 Lääkehoidon merkitys osana potilaan kokonaishoitoa

Lääkehoidon lähtökohtana on, että lääkehoitoa toteuttava henkilöstö ymmärtää lääkeshoidon merkityksen osana hoidon kokonaisuutta. Terveysthuoltoalan ammattilaisten tulee ymmärtää miksi lääkettä annetaan, mitä lääkettä annetaan, kuinka paljon lääkettä annetaan, sekä miten ja mitä antoreittiä käyttäen lääkehoitoa toteutetaan. Myös lääkeshoidon vaikuttavuuden arviointi on hyvin tärkeää. Lääkehoidon toteuttajan tulee hallita hoidollisten vaikutusten sekä lääkkeiden käsittelyyn, toimittamiseen, hankintaan, säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvät tekijät. Lääkemuotojen ja lääkevalmisteiden sekä niiden ominaisuuksien ymmärtäminen on välttämätöntä, jotta eri lääkemuotoja käsitellään oikealla tavalla lääkettä käyttökuntoon saatettaessa ja potilaalle annosteltaessa. (STM 2006, 47- 48.) Lääkkeiden oikea käyttö perustuu siihen, että annettu lääke auttaa hoidettavaan sairauteen tai oireeseen siten, että lääkkeen haittavaikutukset jäävät lääkeshoidon tehoon nähden riittävän pieniksi. (STAKES & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto [ROHTO] 2006.)

Hoitotyö on laadukasta ja hyvää kun hoitotyön toiminnassa toteutuvat hyvät ja tavoiteltavat ominaisuudet. Koska lääkehoito on sairaanhoitajan työtehtävistä riskialtein, laadukas lääkehoito on merkittävä osa potilaan hyvää hoitoa. Lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvä turvallisuus on keskeinen osa potilasturvallisuutta. Kaikkien terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden periaatteena ja tavoitteena on varmistua hoidon turvallisuudesta, sekä suojata potilasta vahingoittumasta. (ks. Pelkonen & Perälä 1992, 62; Veräjänkorva, Erkko, Ernvall, Koivuniemi & Syrjälä 2004, 11; STAKES & ROHTO 2006.) Hoitotyöntekijöiden osaamisen varmentamisella, ja lääkitysturvallisuuteen liittyvien asioiden kertauksella, pyritään takamaan jatkuva potilasturvallisuuden ja laadukkaan hoitotyön kehittäminen, samalla taaten laadukkaat palvelut asiakkaille (Deans 2005, 33; Hughes & Ortiz 2005, 21).

Lääkehoitoprosessilla tarkoitetaan hoitotyön toimintoja, joihin kuuluvat potilaan tilan arviointi, hoitotyön tavoitteiden asettaminen, lääkkeen antaminen ja lääkkeen vaikutusten tarkkailu, jatkuva potilaiden ohjaus, kotiutuksen suunnittelu, moniammatillinen yh-

teistyö sekä lääkehoidon vaikutusten arviointi (ks. Aitken, Manias & Dunning 2006, 5-11). Turvallisen lääkehoidon ensimmäinen askel on lääkärin toteuttama, näyttöön perustuva, lääkkeen määräys oikeaan vaivaan. Ensimmäinen askel sisältää lääkkeen oikeanlaisen annostelun ja lääkityksen hyödyt sekä sen potentiaalisten riskien huomiointimisen. Turvallisen lääkityksen toteuttamiseksi lääkärin tulee tietää potilaan senhetkiset lääkitykset, vaivat sekä allergiat sekä mahdolliset aikaisemmat lääkkeiden aiheuttamat reaktiot. Toinen askel turvallisen lääkehoidon toteutuksessa on lääkkeiden jakamisesta vastuussa olevalla henkilöllä. Hänen tehtävänä on lääkemääräysten lukeminen, tarkastaminen ja arvioiminen potilaan kannalta. Hänen vastuullaan on oikean annoksen, oikean lääkemuodon sekä oikean ajankohdan arvioiminen. Kolmas askel turvallisessa lääkehoidossa on lääkehoidon toteuttajan. Lääkehoidon toteuttaja on potilaan senhetkisen tilanteen ja lääkityksen viimeinen arvioija, jolloin hän vastaa siitä, saako oikea potilas lääkkeen oikeaa antoreittiä käyttäen, oikeaan aikaan ja oikeasta syystä. Neljäs askel on potilas itse. Hän voi arvioida omasta näkökulmastaan lääkehoidon toteutusta, jos hänellä vain on siitä tarpeeksi tietoa. (ks. Hughes & Ortiz 2005, 14, 19- 20.)

Lääkitystä koskeva yhteistyö muiden hoitotyön ammattilaisten kanssa on oleellinen osa hoitajien toteuttamaa turvallista lääkehoitoa (O'Shea 1999, 503). Lääkehoitoon liittyvän keskustelun syntymiseen ja tiedon jakamiseen liittyy oleellisesti työyhteisön dynamiikka ja ilmapiiri. Jos työyhteisön ilmapiiri estää avoimen kommunikoinnin lääkitykseen liittyvistä asioista, heikentää se oleellisesti potilaalle kohdistetun lääkehoidon turvallisuutta ja vaikeuttaa hoitotyön päätöksentekoa. (Manias, Aitken & Dunning 2005, 354- 355.) Potilaan ohjaaminen liittyen lääkkeisiin ja lääkehoidon toteutukseen on myös oleellista lääkehoidossa. Täsmällisellä tiedonannolla voidaan ehkäistä turhia sairaalakäyntejä ja virheellisestä lääkityksen toteuttamisesta aiheutuvia seurauksia. (Rycroft-Malone, Latter, Yerrel & Shaw:n 2000, 35-39.) Rycroft-Malonen ym. (2000) tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajat kertoivat potilaille määrätystä lääkkeistä niiden nimen, värin, tarkoituksen ja käyttömäärän ja – tiheyden. Lääkkeiden yhteisvaikutuksia ei potilaille selvitetty. Jos henkilökunnan tavoitteena on toteuttaa potilaslähtöistä hoitotyötä, myös potilaiden lääkehoito-ohjaukseen tulisi panostaa muun lääkehoidon toteutuksen ohella.

2.1.2 Lääkityspoikkeama

Turvalliseen lääkehoitoon liittyy lääkkeiden oikea käyttö ja lääkehoidon turvallinen toteuttaminen. Tästä käytetty virallinen käsite on lääkitysturvallisuus. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi. Haittatapahtuma on tapahtuma, joka aiheuttaa potilaalle tilapäisen tai pysyvän ei-toivotun vaikutuksen, joka voi olla fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Lääkitysturvallisuus käsitteen alle kuuluvat lääkityspoikkeamat. Lääkityspoikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. (STAKES & ROHTO 2006.)

Poikkeamat lääkehoidossa voivat johtaa vakaviin seuraamuksiin niin potilaan kuin hoitajankin elämässä. Pahimmillaan niistä voi seurata psyykkisiä traumoja hoitajalle ja kolaus terveydenhuollon ammattilaisten luotettavuudelle. Ne myös maksavat yhteiskunnalle huomattavia summia. (ks. Deans 2005, 29- 33.) Keskimääräinen riski haittatapahtumaan sairaalajakson aikana on 7.5 – 10.4 % (World Health Organization [WHO] 2008, 13- 15) ja jopa puolet näistä liittyvät lääkehoitoon (Barach & Small 2000, 753–763). Erään laajan yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan mahdollisuus lääkityspoikkeamaan lääkehoidossa vaihtelee 1.6 % - 38 % välillä. Jos tämä suhteutettaisiin muihin aloihin, tämä tarkoittaisi USA:ssa esimerkiksi 32,000 sekun vähentämistä väärältä tililtä joka tunti. (Pape 2001, 154.)

Hoitajien tulisi olla tietoisia siitä, minkälaisissa tilanteissa yksilön ja ympäristön tekijät altistavat lääkityspoikkeamille (Brown 2001, 77- 97; Deans 2005, 33). Potilas- ja lääkitysturvallisuutta pyritään edistämään suojauksella, jonka tietoiset ja järjestelmälliset tiettyyn toimintaprosessiin suunnitellut menettelyt auttavat tunnistamaan haitalliset poikkeamat ja näin pyrkivät estämään vaaratapahtuman synnyn (STAKES & ROHTO 2006).

Lääkityspoikkeaman ehkäisemiseksi poikkeamaan johtavia tilanteita tulisi tarkastella myös yksilön ominaisuuksien kannalta. Ihmisen erehtyväisyyttä voidaan pohtia kahdesta näkökulmasta: yksilön ja järjestelmän näkökulmasta. Lähestyttäessä erehdystä yksilön näkökulmasta, siihen vaikuttavat yksilön muisti, keskittymiskyky ja moraalinen taso. (Theresa 2003, 77- 93; Reason 2000, 768- 770.) Lääkityspoikkeamien taustalla on tunnistettu yksilön osaamisen liittyviä tekijöitä (ks. Armitage & Knapman 2003, 133),

joihin täydennyskoulutuksella voidaan vaikuttaa (Veräjänkorva 2003a). Järjestelmän näkökulma keskittyy siihen ympäristöön missä yksilö työskentelee. Järjestelmän tulisi tähän vaikuttamalla estää virheiden tapahtumista ja lievittää lääkehoitopoikkeamien seurauksia. Luotettava järjestelmä tunnistaa yksilön virheiden mahdollisuuden ja pyrkii toimillaan hallitsemaan inhimillisten virheiden syntymistä. Ulkopuolisia lääkehoitopoikkeamiin myötävaikuttavia tekijöitä ovat häiriötekijät, keskittymiskyvyn puute, huono tiedonjako ja lääkehoitostandardien seuraamisen epäonnistuminen. (Reason 2000, 768- 770; Theresa 2003, 77- 93.) Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien ja -tapojen määrittely sekä riittävän hoitohenkilökunnan takaaminen työvuoroihin ovat osa lääkityspoikkeamien ehkäisyä kuuluen esimiehen vastuuseen (O'Shea 1999, 503).

2.1.3 Lääkehoito-osaaminen

Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi hoitajalla on oltava tarpeeksi tietoa omasta lääkehoito-osaamisestaan, jotta hän tunnistaa puutteet tiedoissaan ja osaa vaatia siihen muutosta. Pelkkä tekninen osaaminen ei riitä, vaan lääkehoidon toteuttaminen edellyttää juridiseettisen, farmakologisen, fysiologisen ja patofysiologisen tietoperustan hallintaa. (STM 2006.) Myös virheettömän lääkelaskentataidon ylläpito on tärkeää (O'Shea 1999, 503). Se tietomäärä, jonka hoitajat tarvitsevat lääkkeitä käsitelläkseen, vaihtelee paljon heidän työnkuvansa perusteella (Leathard 2001, 267). Toiminta- ja työyksiköiden lääkehoidossa edellytettävä osaaminen kartoitetaan, koulutustarpeet arvioidaan ja osaamista ylläpidetään, kehitetään ja seurataan terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusta koskevien säännösten ja valtakunnallisen suosituksen mukaisesti. Tämänhetkisen suosituksen mukaan työyksikössä tulee olla perehdyttämissuunnitelma, jossa tulee käydä ilmi yksikölle ominaisia lääkehoitoon liittyviä tavoitteita. Työyksikön tulee arvioida uuden tai määräaikaisen työntekijän valmiudet toteuttaa lääkehoitoa ja sitä, saavuttaako uusi työntekijä perehdyttämissuunnitelman tavoitteet. (STM 2004.)

Aikaisempien tutkimusten perusteella sairaanhoitajien lääkehoito-osaamisessa on tunnistettu puutteita (ks. Ives, Hodge, Bullock & Marriott 1996; Veräjänkorva 2003a; Grandell-Niemi 2005; Aitken ym. 2006). Ndosi ym. (2007) tutki sairaanhoitajien lääkehoito-osaamista lääkeaineopin eli farmakologian näkökulmasta. Tutkimuksessa selvisi, tuki- en aiempaa teoriatietoa, että erityisesti sairaanhoitajien tietämys farmakologiasta on heikkoa ja tarve hoitajien jatkokoulutautumiselle on sen suhteen suuri. Sairanhoitaji-

en tulisi saada lisää opetusta erityisesti niistä lääkeaineista, joita he päivittäin käsittelevät. Tämä lisäisi hoitajien tietoja, taitoja ja itsevarmuutta lääkkeiden käsittelyssä sekä samalla turvallisempaa lääkehoidon toteutusta.

Potilasturvallisuuden takaamiseksi hoitajan tulee osata kirjata tekemänsä hoitotoimenpiteet lääkityksen osalta. Aitkenin ym. (2006) tutkimuksessa selvitettiin lääkehoidon kirjaamista neljältä eri osa-alueelta: lääkehoidon tarpeen arviointi, lääkehoidon suunnittelu, lääkehoidon toteutus sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi. Tutkimuksessa ilmeni johdonmukaisen kirjaamisen puute potilaan tilan tarkkailussa ennen lääkehoidon toteuttamista, sen aikana ja sen jälkeen. Myös keskustelua lääkehoidosta muiden alan ammattilaisten tai potilaiden kanssa oli liian vähän kirjattu. (ks. Aitken, Manias & Dunning 2006, 9.)

Lääkehoito-osaamiseen oli Veräjänkorvan tutkimuksessa (2003a, 59) todettu vaikuttavan muun muassa hoitajien valmistumisajankohta. Lääkehoitotaidot erosivat myös terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien välillä. Myös sukupuolella, mahdollisella aikaisemalla täydennyskoulutuksella ja työkokemuksella oli vaikutusta lääkehoitotaitoihin. (Veräjänkorva 2003a, 59- 60.) Grandell- Niemen (2005) tutkimuksessa hoitajat, jotka olivat suorittaneen ylemmän toisen asteen tutkinnon, menestyivät paremmin lääkehoitotaitoja mittaavassa testissä. Omalla osastollaan yli 20 vuotta työskennelleet sairaanhoitajat menestyivät hyvin kyseisessä testissä.

2.2 Täydennyskoulutus

2.2.1 Täydennyskoulutus ammatillisen osaamisen edistäjänä

Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää, ajantasaistaa ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Laki myös velvoittaa työnantajan luomaan työntekijöilleen edellytykset koulutukseen osallistumiselle. Hoitajan on sovellettava perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), 15§, 18§.) Sairaanhoitajalla on siis laillinen vastuu toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä (ks. Gallagher 2006, 469). Valtioneuvoston päätöksen mukaan työnantajan tulisi järjestää henkilöstölle vuosittain keskimäärin 3-10 päivää täydennys-

koulutusta peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta riippuen (STM 2004, 44).

Täydennyskoulutuksen tavoitteena on henkilökunnan ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen. Ammatillisella täydennyskoulutuksella voidaan vaikuttaa myös toiminnan tuloksellisuuteen, potilasturvallisuuteen sekä edistää henkilökunnan työhön sitoutumista, työmotivaatiota ja tyytyväisyyttä. (STM 2004, 44.) Systemaattinen ammattitaidon ylläpito, kehittäminen sekä tiedon ja taitojen parantaminen on keskeistä (ks. Gallagher 2006, 467- 468).

Täydennyskoulutukseen osallistuvan organisaation tulee kuulua täydennyskoulutusrekisteriin, joka yleensä on sairaanhoitopiirin ylläpitämä. Sen avulla seurataan terveydenhoitohenkilöstön lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä valmiuksia, täydennyskoulutustarpeita ja koulutuksiin osallistumista. Rekisteristä tulisi käydä ilmi lääkehoidon koulutustarjonta, toteutetut koulutukset, henkilöstön koulutukseen osallistuminen ja kustannukset sekä eritasoiseen lääkehoitoon oikeuttavat luvat. (STM 2006.)

Täydennyskoulutuksen suunnittelu tulisi aina aloittaa koulutuksen tarpeen määrittelystä, eli sen selvittämisestä, missä osa-alueessa täydennyskoulutusta kaivataan. Tuloksellisen koulutuksen järjestämiseksi tulee ymmärtää, minkälaiset käytännöt, tekijät ja intressit ovat muovanneet nykyiset olosuhteet. Oleellista on myös se, miten sosiaaliset, poliittiset ja ekonomiset järjestelmät ja organisaatorakenteet vaikuttavat hoitotyön käytäntöihin. (Robertson, Umble, & Cervero 2003, 153.) Koulutuksen tarpeeseen vaikuttavat työntekijän peruskoulutuksen pituus, toimenkuva ja sen muuttuminen, työn vaativuus sekä ammatilliset kehittymistarpeet (STM 2004, 44).

Hoitajan kouluttautuminen tulisi nähdä jatkumona, eikä jonakin joka loppuu kun opiskelija valmistuu ja rekisteröidään hoitajaksi (ks. Gallagher 2006, 467- 468). Alati muuttuvassa ammatissa ei riitä, että hoitaja on kouluttautunut ja motivoitunut ammatinharjoittaja. Hänen toimintaympäristönsä tulee arvostaa ja tukea täydennyskoulutuksen aktiivisuutta, jotta koulutus on onnistunut. Täydennyskoulutukseen osallistuneen hoitajan on päästävä toteuttamaan oppimaansa, jotta siitä on hyötyä myös työnantajalle. (Nolan, Owens & Nolan 1995, 557, 559.)

Täydenniskoulutus parantaa hoitotyön laatua, tarjoaa hoitajille mahdollisuuden päivittää tietoja, kyseenalaistaa ja muuttaa työpaikan käytäntöjä sekä myös edistää akateemista vakuuttavuutta ja kohentaa hoitotyön asiantuntijuuden asemaa yhteiskunnassa. Täydenniskoulutus parantaa hoitajan asenteita ja taitoja, tietoisuutta omasta toiminnasta, ongelmanratkaisukykyä sekä itsemääräämisoikeuden tunnetta ja kykyä arvostaa omaa ammattia. (ks. Gallagher 2006, 472.)

2.2.2 Lääkehoito-osaaminen ja täydenniskoulutus

Lääkehoidon täydenniskoulutusta tarvitaan, jotta hoitajien lääkehoito-osaamista ja tällöin myös hoidon laatua voidaan seurata ja varmistaa. Koulutuksen avulla voidaan tilastollisesti merkitsevästi parantaa perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöiden farmasian ja farmakologian, anatomian ja fysiologian sekä etiikan taitoja. (Veräjänkorva 2003a, 59- 60 & 2003b, 126) Hoitajan ammattitaitoa ja pätevyyttä ei voida ylläpitää ilman täydenniskoulutusta. Vanhentunut tieto heikentää hoitotyön toteutusta ja pätevyyden puute saattaa pahimmillaan johtaa jopa potilaan kuolemaan. (ks. Gallagher 2006, 469.) Täydenniskoulutuksen merkitys lääkityspoikkeamien ehkäisemisessä on siis merkittävää (O'Shea 1999, 503).

Lääkehoidon koulutustarpeita kartoitettaessa voidaan hyödyntää Sosiaali- ja terveysministeriön laatimia suosituksia lääkehoidon osaamisvaatimuksista, osaamisen varmistamisesta sekä ylläpitämisestä. Suositeltavaa on lääkehoidon tehtävien edellyttämän osaamisen määrittäminen sekä henkilöstön osaamisen kartoittaminen ja koulutustarpeiden arviointi. Toimintayksikkö tulee perehdyttää lääkehoitoon kirjallisen suunnitelman, yksikön ohjeiden sekä peruskoulutuksessa saatujen lääkehoitovalmiuksien varmistamisen avulla. Osaaminen varmistetaan ja sitä seurataan osaamisen testaamisella ja näytöllä. Muita osaamisen arviointimenetelmiä ovat kehityskeskustelut sekä koulutuksen vaikuttavuuden arviointi. (STM 2006.) Selkeän lääkehoidon ohjeistuksen saattavuus työyksikössä lisää sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja (Veräjänkorva 2003b. 126).

Ekblomin & Honkalan (2009) opinnäytetyössä todettiin, että niin lääkehoito-osaamisessa kuin täydenniskoulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota lääkehoidon haasteisiin. Haasteiksi tutkimuksessa todettiin huolimattomuus lääkehoidossa, henkilökuntavaje ja siitä seuraava työntekijöiden kuormittuminen. Myös pelkän muistin varassa toimiminen on riskialtista. Lisähaasteita lääkehoitoon tuo riittämätön lääkehoidon

vaativuuden huomiointi ja sen toteuttajan osaamisen vähäinen arvostus. Lisäksi lääketehtävien liittyvien virheiden tunnistamisen pelko sekä niistä raportointi todettiin tutkimuksessa haasteeksi. Tietojärjestelmiin ja tiedonsiirtoon liittyy myös haasteita, ja näistä yksi on huolimattomuus lääkehoidon merkintöjä tehtäessä. Tulevaisuudessa täydennyskoulutuksessa tulisi tuoda esiin lääkehoidon haasteet ja käsitellä niitä. Tällöin lääketehtävien osallistujille voitaisiin tietoa lisäämällä vähentää. (Ekblom & Honkala 2009, 30-31.)

Veräjänkorvan (2003a, 56) lääkehoidon täydennyskoulutusta koskevassa tutkimuksessa ilmeni, että täydennyskoulutuksen jälkeen esimerkiksi farmakologian ja lääkelääkännän sekä lääkehoidon käytännön kysymysten koulutukselle oli edelleen tarvetta. Myös Grandell-Niemen (2005) tutkimuksessa ilmeni, että lääketehtävien mittaavaan testiin osallistuneet kokivat vaikeimmaksi alueeksi farmakokinetiikan ja farmakodynamiikan. Farmakologia koettiin kuitenkin kiinnostavaksi aiheeksi, eli vastaajat olivat motivoituneita tietämään siitä lisää. Vastaajat tunsivat parhaiten lääkkeiden antomuodot, antotavat ja lääkepakkaukset. (Grandell- Niemi 2005, 691.)

2.2.3 Täydennyskoulutukseen osallistuminen

Hoitajien näkemys täydennyskoulutuksen tarpeellisuudesta on vuosien saatossa kasvanut, kun hoitajuus on ammattina kehittynyt. Tällöin myös työnantajiin kohdistuvat paineet koulutuksen järjestämisestä ovat kasvaneet. Hoitajien oma motivaatio tietojensa ja taitojensa parantamiseen on eräs suurimmista tekijöistä täydennyskoulutukseen osallistumiselle. Koska täydennyskoulutukseen osallistujat ovat valmistuneita hoitajia, aikuisia ihmisiä, heidän tulee tuntea hallitsevansa omaa oppimistaan. Tällöin he hakeutuvat koulutuksiin, jotka heitä kiinnostavat ja vastaavat heidän koulutustarpeitaan. Ne hoitajat, jotka ohjautuvat itse koulutukseen tunnistaessaan kouluttautumisen tarpeensa, näyttävät saavan eniten irti koulutuksesta. Korkeamman asteen koulutuksen suorittaneet hoitajat näyttävät ottavat innokkaammin osaa täydennyskoulutuksiin. (Furzge & Pearcey 1999, 361; Gallagher 2006, 469.) Motivoitua koulutukseen, osallistujille tulisi opettaa hoitotyön laadunvarmistuksen sekä itsenäisen täydennyskouluttautumisen periaatteet. Täydennyskoulutukseen osallistumisen ja näyttöön perustuvan hoitotyön oppimisen tulisi lisäksi palkita hoitotyöntekijä muullakin tavoin kuin pelkästään parantaen osallistujan kliinisiä tietoja ja taitoja. (Robertson, Umble & Cervero 2003, 154.)

Mahdollisuus täydennyskoulutukseen osallistumiseen vaihtelee. Siihen vaikuttavat ensinnäkin osallistumisen rahoitus ja täydennyskoulutuksen mainostaminen, eli onko sen järjestämistä huomattu. Myös osallistujan perheen sitoutuneisuus kouluttautumisen tukemiseen sekä johtoportaan tuki vaikuttavat täydennyskoulutukseen osallistumiseen. Lisäksi joustamattomat työajat ja matkan pituus koulutukseen vaikuttavat osallistumiseen. (ks. Gallagher 2006, 470.) Täydennyskoulutukseen osallistujat tulisi valita harkiten. Kaikilla tulisi olla mahdollisuus ottaa osaa koulutukseen tarpeensa mukaan. Omakustanteista tai omalla vapaa-ajalla käytyä täydennyskoulutusta ei pidetä hoitajien keskuudessa hyvänä, koska se laittaa hoitajat eriarvoiseen asemaan omaisuuden ja yksityiselämän mukaan. (Nolan, Owens & Nolan 1995, 557.)

2.2.4 Täydennyskoulutuksen arviointi

Toteutetun täydennyskoulutuksen arviointi on tärkeää, sillä aikuiskoulutuksen suunnittelun kannalta edellisten koulutusten arviointi tukee niiden tekijöiden, dynamiikkojen ja prosessien ymmärtämistä, jotka vaikuttavat lääkehoidon täydennyskoulutuksen onnistumiseen (ks. Huotari 2007, 283).

Hoitajien täydennyskoulutusta tulisi tutkia kokonaisvaltaisesti ja järjestelmällisesti, jotta kaikki siihen liittyvät osa-alueet (tarve, alkuarviointi, kysely, loppuarviointi jne.) pystyttäisiin arvioimaan ja niiden keskinäiset suhteet ja vaikutukset selvittämään (Bell, Pestka & Forsyth 2007, 189). Täydennyskoulutuksen arvioinnissa tulisi käsitellä *prosessin arviointi*, eli koulutuskokonaisuuden onnistuminen, *sisällön arviointi*, eli tiedon ja taitojen kartuttaminen, *asenteen muutos*, jolla arvioida koulutuksen tulosta ja koulutukseen osallistujan muutosta käyttäytymisessä koulutuksen jälkeen, sekä *täydennyskoulutuksen vaikutuksen arviointi*, eli arvioida lopulta täydennyskoulutuksen jälkeisen palvelun laatua (Furzge & Pearcey 1999, 360).

Suomen sairaanhoitajaliiton mukaan täydennyskoulutuksen tuloksellisuutta voidaan arvioida seuraavista näkökulmista: mitä uusia tietoja, taitoja ja asenteita on opittu, mikä vaikutus opitulla on työsuoritukseen, miten organisaatio hyötyy tuloksista, mitä hyötyä opitusta on potilashoidolle ja laajemmin väestölle (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2003).

Robertsonin ym. (2003) mukaan ei tarvita enää tutkimuksia siitä, onko täydennyskoulutus hyödyllistä. Tulevien tutkimusten tulisi kysyä, parantaako ja edistääkö tietty täydennyskoulutuskokonaisuus todella käytöstä, ja miten kokonaisuuden eri osa-alueet palvelevat toisiaan oppimisen edistämiseksi. Saadaksesen vastauksen siihen, minkälaiset täydennyskoulutukset ovat tuloksellisia, tutkijoiden tulisi selvittää yksityiskohtaisesti miten koulutuksen tarve on määritelty, mitä oppimismenetelmiä siinä on käytetty, kuinka kauan koulutus on kestänyt ja miten koulutus on toteutettu. Tutkimuksen tulisi esittää päätelmiä niin osallistujien tiedoista ja taidoista, käytöksestä kuin hoitotyön tuloksistakin ennen ja jälkeen tutkimuksen. Tulevaisuudessa tutkimuksen pitäisi keskittyä vastavuoroisiin käytäntöihin, itseoppimiseen, tiimioppimiseen ja teknologian käyttöön. Näitä tutkimalla voitaisiin kehittää lyhyitä kurssimuotoisia koulutuksia ja samalla parantaa hoitajien hallinnantunnetta omasta oppimisprosessista. (Robertson, Umble & Cervero 2003, 155.)

Jotta koulutuksen edut kuluihin nähden voitaisiin punnita, työnantajien tulisi tietää, vaikuttaako täydennyskoulutus hoitajiin ja miten, ja minkälaiseen koulutukseen hoitajia kannattaa suunnata (Nolan, Owens & Nolan 1995, 558- 559; Furzge & Pearcey 1999, 361; Gallagher 2006, 470). Palautetta täydennyskoulutuksesta voidaan hankkia erilaisin kyselyin tai haastattelulla koulutuksen jälkeen. Koulutuksen vaikutusta voidaan arvioida henkilökohtaisina tai ryhmän käsityksinä koulutuksen onnistumisesta ja tyytyväisyytenä saatuun koulutukseen, työntekijän toimintatavoissa havaittuina myönteisinä muutoksina sekä työmotivaation ja sitoutumisen lisääntymisenä. Koulutuspalautteen lisäksi voidaan mitata sitä, kuinka hyvin osallistujat menestyvät erilaisissa oppimistavoitteita mittaavissa testeissä. (Suomen Sairaanhoidajaliitto ry 2003.)

Ivesin ym. (1996) tutkimuksessa, joka käsitteli vastavalmistuneiden sairaanhoitajien lääkehoidon tietoja, vastaajat kertoivat tärkeimmäksi lääketiedon lähteekseen käytännön kokemuksen jonka he olivat oppineet valmistumisensa jälkeen. He määrittelivät sen hyödyllisemmäksi kuin luentojen, opaskirjojen ja laboratoriotilanteiden avulla opetetut lääkehoidon asiat. Heistä kuitenkin monet vastasivat, että pidempi syventyminen lääkehoidon teoriaan olisi auttanut tiedon omaksumisessa koulutusohjelmassaan. Monista lääkehoidon eriyttäminen muusta opiskeluaineistosta olisi auttanut sen oppimista kuten myös eri oppimismetodien kokeilu. Pätevät luennoijat ja selväkieliset oppikirjojen tekstit helpottivat asioiden omaksumista. Suurin osa vastaajista ei ollut vielä saanut täydennyskoulutusta lääkehoidosta valmistumisensa jälkeen. Tutkimuksessa pääteltiin,

että sairaanhoitajan kyky oppia lääkehoitoon liittyviä asioita on suurin kun vastavalmistunut joutuu ensimmäistä kertaa olemaan vastuussa käytännössä tapahtuvasta lääkkeiden käsittelystä. Sairaanhoidon koulutuksen vuoksi olisi tärkeää tutkia sitä miten ja mistä sairaanhoitajien ja sairaanhoidon opiskelijoiden farmakologian tuntemus koostuu. (Grandell- Niemi 2005, 691.)

Oppimiskokemuksia on tutkittu aiemmin niin kvalitatiivisesti oppimispäiväkirjan sekä erilaisten avoimien kysymysten ja teemahaastattelun avulla. Tutkimuksissa on kokemuksia tarkasteltu sisällönanalyysiä hyväksikäyttäen, sekä kvantitatiivisesti strukturoidun kyselylomakkeen avulla, analysoiden tuloksia tilastollisin menetelmin. (ks. Arifulla & Raimoranta 2008; Kaarevirta 2004; Kuusisto & Tallila 2000; Mikkonen, Pölönen & Vanttinen 2007; Karu, Kosunen & Ojala 2007; Himanen & Ilanne- Parikka 2003; Veräjänkorva 2003a.)

Veräjänkorvan (2008) tutkimuksessa, joka koski sairaanhoitajien lääkehoito-osaamista yliopistosairaalassa, kysyttiin osallistujien kokemuksia täydennyskoulutuksesta. Osallistuneiden mielipidettä ja kokemuksia tarkasteltiin täydennyskoulutuksen tiedottamiseen, sisältöön, sekä sen onnistumiseen liittyvillä kysymyksillä. Vastanneista osa oli tyytyväisiä täydennyskoulutushankkeeseen, mutta joidenkin vastaajien mielestä liian vähäinen informaatio oli syynä puutteellisiin tietoihin koskien täydennyskoulutuksen ajankohdtaa, sisältöä tai sen tarkoitusta. Tästä syystä toivottiinkin hyvissä ajoin toteutettua, tasapuolista tiedonjakoa kaikkien osallistujien kesken. Hankkeeseen sisältyvien lisäopiskelumuotojen, kuten internetissä olevan opetusmateriaalin toimivuus koettiin tärkeänä, mutta joidenkin vastaajien kohdalla juuri tietokoneohjelmoidut, internetissä tapahtuvat kyselyt tai opetus aiheuttivat erityistä stressiä, sekä samalla pelkoa anonymiteetin menettämisestä. (Veräjänkorva 2008, 46- 47.)

Täydennyskoulutukseen osallistuneet kokivat erityistä haasteellisuutta koulutuksen sisältöön tuovan sen, että sairaanhoitajien työtehtävien edellyttämä osaaminen on osastokohtaista ja tästä syystä intressit koulutuksen sisältämiin aiheisiin eriyvät toisistaan. Täydennyskoulutuksen koettiin vaikuttaneen positiivisesti lääkehoito-osaamiseen ja erityisesti lääkelaskutaitoihin. Useat osallistuneista totesivat kuitenkin, että laskutaitojen parantamiseksi ryhmäopetuksesta ei ollut juurikaan apua vaan itsenäinen laskeaminen auttoi parhaiten. (Veräjänkorva 2008, 50- 53.)

Veräjänkorvan projektimuotoista lääkehoidon kehittämistä tutkivassa raportissa täydennyskoulutukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat lääkehoidon täydennyskoulutuksen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi aiheeksi. Osallistujien kehittämissuositukset pitivät sisällään muun muassa tiiviimpää moniammatillista yhteistyötä (myös lääkärit samantyyppiseen koulutukseen), luentojen rakenteiden keventämistä sekä ehdotuksen pienemmistä ryhmistä, joissa voi keskustella aiheesta vapaammin. Osallistujat ehdottivat koulutussisällön jakamista osallistujille etukäteen, jotta näihin olisi voitu kirjoittaa muistiinpanoja. He myös toivoivat enemmän käytännönläheistä tapaa käsitellä hoivasairanhoidolle ominaisia lääkkeitä aiheena. Farmakologian tunteja pidettiin hyvin tärkeänä ja mielenkiintoisena, mutta sen kohdalla toivottiin myös käytännönläheisempää käsittelytapaa, tärkeimpien asioiden esiin nostamista. (Veräjänkorva 2003a, 51.)

Veräjänkorvan (2003) raportissa osallistujat pitivät ikävänä nopeaa, paljon asiaa sisältävää asioiden käsittelyä. He toivoivat myös luennoitsijoilta mahdollisimman selvää ilmaisua. He toivoivat täydennyskoulutuksen hajautettavan pidemmälle aikavälille, ja sijoittuvan enemmän aamupäivän kuin iltapäivän tunneille. Osallistujat pitivät tärkeänä samantyyppisen, kuitenkin pienimuotoisemman, täydennyskoulutuksen järjestämistä lääkehoidosta ainakin 3 vuoden välein. Säännöllisiä luentoja lääkehoidosta kaivattiin työpaikalle, sillä ne mahdollisesti herättäisivät ajattelemaan omaa työtä uudesta näkökulmasta. (Veräjänkorva 2003a, 51, 56.)

Erilaisia oppimismenetelmiä sisältävät koulutukset ovat tuloksellisempia kuin vain yhdenlaisia sisältävät. Aktiivinen oppiminen edistää oppimista paremmin kuin passiivinen. Tarkka koulutustarpeen määrittely ennen koulutuksen järjestämistä edistää oppimista. (Robertson, Umble & Cervero 2003, 153.) Gallagherin (2006) kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että täydennyskoulutus joka sisälsi interaktiivisia työpajoja, vaikutti eniten edistävästi hoitamisen taitoon, kun taas pelkillä luennoilla käyminen vaikutti vähiten taitojen kehittymiseen.

3 YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA

Laadukas lääkehoito on merkittävä osa potilaan hyvää hoitoa. Kaikkien terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden tavoitteena on varmistua hoidon turvallisuudesta, ja

tällä tavoin suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkehoitoon liittyy lääkkeiden hoidollisten vaikutusten sekä käsittelyn, toimittamisen, hankinnan, säilyttämisen ja hävittämisen hallinta. Käsiteltävän lääkkeen tulee auttaa hoidettavaan sairauteen tai oireeseen, lääkkeen haittavaikutusten jäädessä lääkehoidon tehoon nähden riittävän pieniksi.

Lääkehoitoprosessiin kuuluu potilaan tilan arviointi, hoitotyön tavoitteiden asettaminen, lääkkeen antaminen ja lääkkeen vaikutusten tarkkailu, jatkuva potilaiden ohjaus, kotiutuksen suunnittelu, moniammatillinen yhteistyö sekä lääkehoidon vaikutusten arviointi. Avoin keskustelu lääkityksestä niin muiden hoitotyön ammattilaisten kuin potilaankin kanssa on oleellinen osa hoitajien toteuttamaa turvallista ja potilaslähtöistä lääkehoitoa.

Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi hoitajalla on oltava tarpeeksi tietoa omasta lääkehoito-osaamisestaan, tunnistaakseen puutteet tiedoissaan. Hoitajan lääkehoito-osaamisen arvioimiseksi työyksikössä tulee olla lääkehoidon perehdyttämissuunnitelma, josta käy ilmi yksikölle ominaiset lääkehoidon tavoitteet. Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää niin juridiseettisen, farmakologisen, fysiologisen, patofysiologisen kuin lääkelaskentaankin liittyvän tietoperustan hallintaa.

Hoitajien lääkehoito-osaamisen varmentamiseksi ja lääkehoitopoikkeamien ehkäisemiseksi tarvitaan jatkuvaa lääkehoidon täydennyskoulutusta. Lääkehoidon osaamista ja koulutustarpeita tulee kartoittaa säännöllisesti, sillä koulutustarpeen määrittely ennen koulutuksen järjestämistä edistää oppimista. Osaamista voidaan arvioida kehityskeskusteluin ja koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnilla. Täydennyskoulutuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi tulee tarkastella, mitä uusia tietoja, taitoja ja asenteita on opittu, mikä vaikutus opitulla on työsuoritukseen ja miten organisaatio hyötyy tuloksista, sekä mitä hyötyä opitusta on potilashoidolle ja laajemmin väestölle.

Täydennyskoulutusta arvioitaessa tulisi käsitellä koulutuskokonaisuuden onnistuminen ja sen menetelmien vaikutus tietojen ja taitojen karttumiseen. Lisäksi koulutuksen jälkeen tulisi arvioida osallistujan käytöksessä tapahtunutta muutosta, sekä täydennyskoulutuksen jälkeisen palvelun laatua.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lääkehoito-osaamisen kehittämishankkeeseen osallistuneiden hoitajien kokemuksia hankkeesta ja siihen kuuluneesta täydennyskoulutuksesta sekä tuottaa tietoa mahdollisista kehittämistarpeista. Opinnäytetyön tavoitteena on osaltaan kehittää lääkehoito-osaamisen arviointia ja täydennyskoulutusta erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa.

Tutkimusongelmat:

1. Miten lääkehoidon kehittämishankkeeseen osallistuneet kokivat lääkehoito-osaamisen arvioimisen?
2. Miten osallistujat kokivat täydennyskoulutuksen toteutuksen?
3. Miten osallistujat kokevat täydennyskoulutuksen vaikuttaneen lääkehoitotaitoihinsa?
4. Miten osallistujien mielestä lääkehoidon koulutusta tulisi kehittää?
5. Minkälaisesta lääkehoidon täydennyskoulutuksesta osallistujat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta?

4.2 Kohderyhmä

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä ovat erään varsinaissuomalaisen kunnan hoitoyöntekijät (n=53), jotka ottivat osaa lääkehoito-osaamisen kehittämishankkeeseen. Hankkeeseen kuului lääkehoito-osaamisen arvioinnin lisäksi lääkehoidon täydennyskoulutus. Kohderyhmään kuuluu perus- ja lähihoitajia sekä sairaan- ja terveydenhoitajia. Heillä kaikilla oli yksilölliset lähtökohdat lääkehoidon osaamisessa ja tästä syystä erilaiset kehittämistarpeet lääkehoidon osaamisen suhteen. Kohderyhmän lääkehoitotaitoja mitattiin Veräjänkorvan (2003b) laatimalla mittarilla. Opinnäytetyö kohdistettiin vain täydennyskoulutuksen alkumittauksessa, opetuksessa ja loppumittauksessa mukana olleille hoitajille (N=41).

4.3 Täydennyskoulutuksen sisältö ja toteutus

Täydennyskoulutusohjelmassa oppimisen tueksi oli osallistujille järjestetty verkko-

oppimisympäristö, joka mahdollisti itsenäisen opiskelun. Täydennyskoulutusohjelma sisälsi opetusta turvallisuudesta lääkehoidon toteuttamisessa, kliinisestä farmakologiasta sekä lääkkeiden annostelusta ja lääkelaskennasta. Lääkelaskentaan kuuluivat etätehtävinä ja tunneilla läpikäytyt harjoitukset. Lisäksi koulutukseen kuului luentoja eri lääkeaineiden ominaisuuksista, lääkehoidon toteuttamisesta, turvallisesta lääkehoitoprosessista sekä lääkitysturvallisuuden kehittämisestä hoitohenkilökunnan toteuttamana.

Täydennyskoulutuksessa läpikäytiin lääkehoitoon liittyviä säädöksiä, moniammatillisen yhteistyön merkitystä, lääkityspoikkeamia ja vaaratapahtumia. Myös lääkkeen määräämistä ja kirjaamista, annostelua ja lääkelaskentaa, lääkkeen käyttökuntoon saattamista, lääkkeen antamista potilaalle, potilaan ohjausta lääkehoidosta, lääkehoidon seuranta ja dokumentointia sekä lääkehoidon erityiskysymyksiä käsiteltiin. Koulutus sisälsi opetusta lääkkeiden tehosta ja turvallisuudesta, lääkemuodoista ja lääkkeiden vaiheista elimistössä. Koulutuksessa pohdittiin myös lääkehoidon etiikkaa ja eettistä vastuuta, lääkityspoikkeamien ehkäisyä, ja aseptiikkaa lääkkeiden käsittelyssä ja käyttökuntoon saattamisessa.

4.4 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytetään kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta. Kvantitatiivista menetelmää käyttäen tuloksista voidaan hahmottaa täydennyskoulutukseen osallistuneiden mielipiteet koulutuksen onnistumisesta. (ks. Paunonen & Vehviläinen – Julkunen 1997, 19- 20, 227, 215–217.) Kvantitatiiviseen tutkimukseen kuuluvat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista sekä aiemmat teoriat. Tutkimukseen sisältyvien käsitteiden määrittely on keskeistä. Tutkimusongelmista muodostettavien muuttujien tulee soveltua taulukkomuotoon, jolloin aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon helpottuu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 135- 136.)

Opinnäytetyössä käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta (Survey-tutkimus). Survey-tutkimusta voidaan hyödyntää erilaisten toimenpiteiden vaikutusten arvioinnissa eli evaluaatiotutkimuksessa. Surveyllä tarkoitetaan etukäteen strukturoitua aineistonkeruumenetelmää, jossa aineisto kerätään kysely- ja haastattelulomakkein (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1999, 118- 119). Kokemuksia kartoitettaessa on eduksi, jos vastaajat

voivat kertoa mitä heillä todella on mielessään. Tällöin kannattaa kyselyyn lisäksi sijoittaa avoimia kysymyksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 201.) Tässä opinnäytetyössä selvitettiin tutkimuskohderyhmän omakohtaisia kokemuksia lääkehoito-osaamisen arvioinnista ja täydennyskoulutuksesta, sekä kartoitettiin ideoita koulutuksen kehittämiseksi. Survey soveltuikin siis hyvin aineistonkeruumenetelmäksi.

Kyselylomakkeen muodostaminen edellyttää ymmärrettävien ja vakiomuotoisten kysymysten luomista. Luotettavinta tietoa saadaan kysymyksistä jotka koskevat tosiasioita (esim. ikä, sukupuoli), epäluotettavampaa tietoa saadaan käyttäytymistä koskevista kyselyistä (esim. poltatko tupakkaa) ja epäluotettavinta tietoa saadaan kysymyksistä, jotka koskevat mielipidettä ja asennetta. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1999, 118- 119.) Aiemmat kokemukset kyselyihin ja arviointeihin vastaamisesta voivat vaikuttaa vastaamismotivaatioon ja tyyliin vastata (ks. Kaaresvirta 2004, 76). Kysymysten tulisi koskea vastaajien arkea ja kokemusmaailmaa mahdollisimman hyvin. Kyselyn vastausvaihtoehtojen tulee olla täydellisiä ja toisensa poissulkevia. Kyselyyn vastaamisen ei saisi kestää kauemmin kuin 15 minuuttia. Kysymyksiä, joihin sisältyy kaksoismerkityksiä, tulee välttää (ei kysytä kahta eri asiaa samassa kysymyksessä). Kyselylomakkeessa tulisi olla vastausvaihtoehtona myös ”ei mielipidettä”, jotta vastausvaihtoehtoista ei tarvitsisi valita sitä, mikä ei täysin vastaa omaa mielipidettä. Samasta syystä ei/kyllä-kysymyksiä tulisi välttää. Kysymykset tulisi muotoilla niin, että vastaajat varmasti ymmärtävät sanojen merkitykset. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 129- 132, 197- 198.)

Opinnäytetyössä kyselylomake laadittiin kolmen hengen ryhmässä. Kysymykset muodostettiin lääkehoidon kehittämishankkeen tarpeisiin ja sen hetkiseen teoretietoon pohjautuen (Veräjänkorva, 2003a). Kyselylomakkeen teossa käytettiin apuna siihen liittyvää metodikirjallisuutta. Kysymykset eli muuttujat jaoteltiin opinnäytetyön tutkimusongelmien mukaan omiin luokkiinsa. Tällöin se sisälsi viisi eri osa-aluetta; taustamuuttujat, kokemukset lääkehoito-osaamisen arvioinnista, kokemukset täydennyskoulutuksen toteutuksesta, kokemukset kehittämishankkeen vaikuttavuudesta sekä hoitotyöntekijöiden lääkehoitokoulutuksen kehittämis ehdotukset.

Opinnäytetyön kyselylomakkeeseen asetettiin strukturoitujen kysymysten lisäksi avoimia kysymyksiä. Koska vastaajan motivaatio on huipussaan kevyiden alkukysymysten jälkeen (Valli 2007, 104), avoimet kysymykset sijoitettiin tutkimusongelmittain jaoteltu-

jen, strukturoitujen väittämien jälkeen. Kysymyskaavakkeen laadinnan jälkeen se tulisi testata ennen varsinaista käyttöönottoa, jotta kyselyyn vastaamisen epäkohdat selviävät ajoissa (Eskola & Suoranta 1999, 87, 89) mutta tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen esitestausta ei tehty, koska aikaa oli rajoitetusti. Kysely toteutettiin internetissä täytettävällä kyselylomakkeella (LIITE 2), asenneväittämäästeikkoa hyväksikäyttäen.

5 TULOKSET

5.1 Aineiston analyysimenetelmä

Kvantitatiivisessa tutkimusmetodissa päätelmät tehdään aineiston tilastolliseen analysointiin perustuen, esimerkiksi prosenttitaulukoilla. Tutkija muodostaa johtopäätökset tilastollisista tunnusluvuista sanalliseen muotoon. Tulosten merkitsevyyttä voidaan testata tilastollisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 135- 136.) Tässä opinnäytetyössä tulosten analysoimisessa käytettiin apuna SPSS-ohjelmaa. Lisäksi tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää kyselylomakkeen avointen kysymysten sisällön analyysissä. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12). Avoimet vastaukset analysoitiin lukemalla ne moneen otteeseen läpi ryhmässä.

5.2 Tutkimustulokset

Opinnäytetyön kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä vain 9 vastaajaa (n=9, kun N=41), jotka olivat iältään 40- 60-vuotiaita. Vastausprosentti oli vain 22 %. Vastaajista kahdella oli perus- tai lähihoitajan koulutus, kolmella terveydenhoitajan ja neljällä sairaanhoitajan koulutus. Vastaajien työkokemus hoitoalalta vaihteli 10 - 40 vuoden välillä. Työkokemus nykyisessä työpaikassa vaihteli 2 - 20- vuoden välillä.

5.2.1 Kokemukset lääkehoito-osaamisen arvioinnista

Suurin osa (78 %, n=7) kyselyyn vastaajista oli ymmärtänyt lääkehoidon kehittämishankkeen tarkoituksen ja tavoitteet. Täydennyskoulutukseen liitetty lääkehoitotaitojen alkumittaus oli auttanut 78 % vastaajista tunnistamaan puutteet lääkehoitotaidoissaan

ja 67 % motivoitumaan täydennyskoulutukseen. 67 % vastaajista koki, että alkumittauksen väittämät oli kohdennettu melko onnistuneesti koskemaan vastaajien käytännön lääkehoitotyötä. Eräs vastaajista kuitenkin koki, ettei alkumittaus sisältänyt hänen työkuvaansa koskevia kysymyksiä lääkehoidosta. Vastaajista 44 % mukaan alkumittauksen vastausolosuhteet olivat olleet onnistuneet ja 44 % kertoi vastausolosuhteiden olleen melko onnistuneet. Vastaajista 33 % koki, että vastausaikaa oli riittävästi ja 56 % melko riittävästi. 22 % vastaajista ei kokenut alkumittauksen väittämiä selkeiksi, mutta suurin osa eli 56 % koki ymmärtäneensä väittämät hyvin. 44 % vastaajista koki, että täydennyskoulutuksen jälkeen lääkehoitotaitojen loppumittaukseen oli melko helppoa vastata, ja 33 % kertoi vastaamisen olleen hyvin helppoa.

Vastaajilta kysyttiin avoimesti kehitysideoita lääkehoito-osaamisen arviointiin liittyen. 33 % vastaajista kertoi pitävänsä hyvänä säännöllistä lääkehoitotaitojen arvioimista ja kertaamista. Muita ehdotuksia ei ollut.

5.2.2 Kokemukset täydennyskoulutuksen toteutuksesta

Suurin osa (67 %, n=6) vastaajista koki täydennyskoulutuksen edenneen melko johdonmukaisesti ja koki sen sisältämien aihealueiden vastaavan hyvin osallistujien koulutustarpeita. He myös kokivat täydennyskoulutuksen luennoitsijoiden olleen päteviä. 78 % vastaajista koki työpaikan mahdollistaneen osallistumisen hyvin täydennyskoulutukseen. 67 % vastaajista piti täydennyskoulutuksen sisältämän lähiopetuksen määrää melko riittävänä. Vastaajista 78 % koki täydennyskoulutuksen kehittäneen heidän ammattitaitoaan. Heistä 33 % koki käytettyjen opetusmenetelmien edistäneen heidän oppimistaan hyvin, 56 % oli osittain samaa mieltä ja yksi vastaajista oli osittain eri mieltä. Vastaajista 67 % koki täydennyskoulutukseen liittyneen verkko-oppimisympäristön tukevan muita koulutuksen sisältämiä opetusmenetelmiä, vaikkakin vain 44 % oli käyttänyt sitä aktiivisesti. 44 % vastaajista oli järjestetyn täydennyskoulutuksen lisäksi opiskellut jonkin verran itsenäisesti, ja 33 % oli opiskellut tätäkin enemmän itsenäisesti (Taulukko 1).

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin, miten toteutuksessa käytetyt opetusmenetelmät ja -keinot tukivat osallistujien oppimista ja mikä niistä edistivät oppimista parhaiten. Kysymykseen jätti vastaamatta lähes puolet eli 44 %. Osa (n=2) vastaajista piti luentoja tärkeänä opetusmenetelmänä ja toinen heistä piti myös pienryhmätehtävistä. Eräs oli

pitänyt itsenäisiä tehtäviä oppimista parhaimmin edistävänä. Käytännön esimerkeistä oli pidetty myös (n=1). Yksi vastaajista koki verkkotyöskentelyn hieman haasteellisempänä. Vastaajista kolme kertoi kehittämissuhteita täydennyskoulutukselle. Yksi vastaneista ehdotti yksilöllisistä tarpeista lähteviä lähtötestiä ja harjoituksia.

Taulukko 1. Täydennyskoulutuskokemukset

	en osaa sanoa	täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	osittain samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Täydennyskoulutus eteni johdonmukaisesti.	0	0	0	6	3
Täydennyskoulutuksen aihealueet vastasivat tarpeitani.	0	0	0	6	3
Luennoitsijat olivat päteviä	0	0	0	3	6
Olosuhteet työpaikallani mahdollistivat hyvin osallistumiseni täydennyskoulutukseen.	0	0	0	1	7
Lähiopetuksen määrä oli riittävä	0	0	0	6	3
Täydennyskoulutus oli ammatillisesti minua kehittävä.	0	0	0	4	5
Täydennyskoulutuksessa käytetyt opetusmenetelmät edistivät oppimistani.	0	0	1	5	3
Verkko-oppimisympäristö tuki hyvin muita opetusmenetelmiä	0	0	1	6	2
Käytin verkko-oppimisympäristöä aktiivisesti	0	0	5	4	0
Opiskelin myös itsenäisesti	0	0	2	4	3

5.2.3 Kokemukset kehittämishankkeen vaikuttavuudesta lääkehoitotaitoihin

67 % koki kehittämishankkeen vahvistaneen hyvin osallistujien päätöksentekotaitoja ja tuoneen heille lisää varmuutta lääkehoidon toteuttamisessa. Vastaajista 67 % koki täydennyskoulutuksen lisänneen heidän ymmärrystään lääkehoitotaitojen vaikutuksesta potilaiden hyvinvointiin.

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin vastaajien kokemuksia siitä, miten täydennyskoulutus vaikutti heidän toimintaansa lääkehoidon toteuttamisessa. Osa (n=2) vastaajista kertoi olevansa nyt tarkempi ja vastuullisempi lääkehoidon toteuttajana. Lisäksi kaksi vastasi olevansa nyt varmempi lääkehoidon toteuttajana:

”Kiinnitän entistä tarkempaa huomiota lääkehoidon toteutukseen ja pyrin noudattamaan ohjeita tarkasti”.

”Olen varmempi, koska tiedän perusasiat. Tiedän mistä haen tietoa. Osaamiseni on lisääntynyt mm. laskuissa”

Eräs vastaajista kertoi täydennyskoulutuksen motivoivan myös lisäkouluttautumiseen. Koska yhdellä vastaajista toimenkuvaan ei lääkehoito juurikaan kuulunut, täydennyskoulutuksella ei ollut suurta vaikutusta hänen lääkehoidon toimintaan.

5.2.4 Hoitotyöntekijöiden lääkehoitokoulutuksen kehittämisehdotukset

Avoimissa kysymyksissä kysyttiin vastaajien ehdotuksia täydennyskoulutuksen opetusmenetelmien ja koulutuksen laajuuden suhteen. 33 % vastaajista piti pienryhmissä toteutetusta opiskelusta ja 44 % painottivat itsenäisen ja aktiivisen työskentelyn merkitystä asioiden oppimisessa. Perinteiset luennot olivat 33 % vastaajista mieleisiä opetusmenetelmiä. Eräs vastaajista korosti sitä, kuinka lähiopetusta tulisi antaa yhdessä vain saman ammattinimikkeen omaaville.

Vastaajista 44 % piti pidemmälle ajanjaksolle hajautetusta täydennyskoulutuksesta, mutta 33 % piti tiiviistä koulutusviikosta. Eräs vastaajista koki hajautetusti järjestetyissä koulutuksissa aikataulujen sovittamisen työn suhteen helpommaksi. Vastaajista 67 % toivoi lääkehoidon täydennyskoulutusta järjestettävän noin vuoden – kolmen vuoden välein. Myös uusien, lääkehoitoon liittyvien asioiden käsittelyä osastolla toivottiin useammin, esimerkiksi kahden kuukauden välein.

Läkehoidon täydennyskoulutusta vastaajat kokivat tarvitsevansa edelleen lääkelaskeista (22 %) sekä lääkkeiden vaikutuksista (22 %) ja interaktioista (n=1). Myös insuliineista (n=1) ja i.v.-lääkkeistä (n=1) toivottiin lisäkoulutusta. Vastaajista 67 % ei ollut

kertonut yleisiä kehittämis ehdotuksia täydennyskoulutukselle. Eräs vastaajista koki yksilölliset tarpeet (lähtötaso, harjoitukset) huomioonottavan koulutuksen tarpeelliseksi.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

6.1 Luotettavuus ja reliabiliteetti

Tämän opinnäytetyön vastausten kato oli suuri ja vastausprosentti jäi hyvin pieneksi (22 %). Vastausten kato vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Kun kato on yli 20 % otoksesta, häviö katsotaan merkittäväksi. Rungas kato vaikuttaa muun muassa kyselyn edustavuuteen. (ks. Anttila 1996, 238,367.) On mahdollista, että opinnäytetyössä vastaajat edustivat vain niitä, jotka yleensä helposti motivoituvat erilaisiin kyselyihin, tai niitä, joiden tietomäärä oli vahvempi kysyttävän aiheen suhteen tai, että heillä oli yksinkertaisesti enemmän aikaa vastaamiseen. (Anttila 1996, 367; Grandell-Niemi 2005, 692.) Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa erityisesti se, että täydennyskoulutuksen toteuttamisesta oli kulunut useita kuukausia ennen tämän aineiston keräämistä. Vastaamiseen ovat saattaneet vaikuttaa kyselylomakkeen täyttöön varatun ajan määrä, vastausolosuhteet, vastaajien motivaatio sekä vastaamiseen laaditun ohjeistuksen ymmärtäminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 195- 204.) Kyselyn toteuttamiseen saattoi vaikuttaa myös se, etteivät opinnäytetyön tekijät olleet missään vaiheessa suoraan yhteydessä vastaajiin. Tämä saattoi osaltaan heikentää täydennyskoulutukseen osallistuneiden motivaatiota kertoa kokemuksistaan ja esittää kehittämisideoita opinnäytetyön tekijöille.

Tutkimuksen reliabiliteettiin, eli toistettavuuteen, liittyy erityisesti mittarin, eli tässä työssä kyselylomakkeen luotettavuus, sekä se, miten vastaajiin liittyvät tekijät vaikuttavat vastaamiseen. Kyselylomakkeen muodostaminen edellyttää ymmärrettävien ja vakio-muotoisten kysymysten luomista. Survey-aineisto voi olla virheellistä, jos vastaajalla ei ole selkeää mielipidettä kysyttävästä asiasta, mutta hän siitä huolimatta vastaa kysymykseen. Survey-kysymyksen kohdalla vastaajat saattavat ymmärtää kysymysten tarkoituksen eri tavoin. Kerätty tieto on myös sitä luotettavampaa, mitä kiinnostuneempia vastaajat ovat kysytyistä asioista. Luotettavinta tietoa saadaan kysymyksistä jotka koskevat tosiasioita, epäluotettavampaa tietoa saadaan käyttäytymistä koskevista kyselyistä ja epäluotettavinta tietoa saadaan kysymyksistä, jotka koskevat mielipidettä ja

asennetta. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1999, 118- 119.) Aiemmat kokemukset kyselyihin ja arviointeihin vastaamisesta voivat vaikuttaa vastaamismotivaatioon ja tyyliin vastata (ks. Kaaresvirta 2004, 76). Opinnäytetyössä kyselylomakkeeseen vastanneet olivat kaikki yli 40-vuotiaita, mutta kyselylomakkeen laatijat huomattavasti nuorempia. Tämä saattoi jo itsessään vaikuttaa kysymysten ymmärrettävyyteen. Kyselyn toteuttaminen internetissä saattoi aiheuttaa stressiä ja pelkoa anonymiteetin menettämisestä, erityisesti koska vastaajat saattoivat edustaa internettiin tottumatonta sukupolvea.

Kysymyskaavakkeen laadinnan jälkeen se tulisi testata ennen varsinaista käyttöönottoa, jotta kyselyyn vastaamisen epäkohdat selviävät ajoissa (Eskola & Suoranta 1999, 87, 89). Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen perusteelliseen testaamiseen ei ajanpuutteen vuoksi ollut mahdollisuutta. Kyselylomake laadittiin keväällä ja tarkoituksena oli saada se kohderyhmälle ennen kesälomia, jotta mahdollisimman moni heistä tavoitettaisiin. Vasta kyselylomakkeen muodostamisen jälkeen tuli täydennyskoulutuksen tutkimisesta uutta teoretietoa esiin, jota olisi voitu hyödyntää kysymyksiä laadittaessa. Aineiston analysointiin vaadittu aika vähensi kyselylomakkeeseen käytettävän ajan määrää. Kuitenkin, kyselylomakkeen reliabiliteetin ja luotettavuuden vahvistamiseksi, hyödynnettiin sen laatimisvaiheessa opinnäytetyön ohjaajan tietotaitoa sekä seminaariryhmän tarjoamaa ulkopuolista näkökulmaa aiheeseen, opinnäytetyön tekijöiden oman pohdinnan lisäksi.

Opinnäytetyössä aiottiin käyttää sisällönanalyysiä avointen vastausten käsittelemiseen. Yleensä tutkimuksen tulosten luotettavuuden arvioimiseksi lukijoille raportoidaan sisällönanalyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai -kategoriat. Näiden lisäksi tuloksissa kuvataan kategorioiden sisällöt eli se mitä kategoriat tarkoittavat. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12.) Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista vastausten vähäisen määrän vuoksi. Tästä syystä ryhmä päätyi omaa harkintaansa käyttäen koamaan oleellisimman tiedon vastauksista.

Vastaajien vähäisen määrän ($n = 9$) vuoksi tuloksia ei siis voida yleistää laajemmin lääkehoidon täydennyskoulutukseen. Toteutetun lääkehoidon kehittämishankkeen sekä täydennyskoulutuksen arvioimisen kannalta ovat tulokset kuitenkin suuntaa-antavia.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys voidaan jakaa tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin, eli anonymiteettiin, sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin, eli raportointiin. Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisyys näkyy mm. tutkittavan kohteen turvallisuutena osallistua tutkimukseen, eli osallistuminen ei saa aiheuttaa fyysistä psyykkistä tai sosiaalista vahinkoa. Hyöty tutkimuksesta on oltava suurempi kuin siitä aiheutuva haitta. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja sen keskeyttäminen mahdollista. (Paunonen & Vehviläinen – Julkunen 1997, 27.) Koska tässä opinnäytetyössä vastaajia oli vain 9, se asetti haasteita vastaajien anonymiteetin suojaamiseksi opinnäytetyön raportoinnissa. Erityisesti sisällönanalyyseissä tulisi raportoida avoimien kysymysten vastauksia, mutta tässä työssä sen toteuttamista piti tarkoin harkita, koska vaarana oli vastaajan identiteetin paljastuminen.

Tässä opinnäytetyössä vastaajille kirjoitettiin saatekirje (LIITE 1), jossa kerrottiin, mitä tutkitaan ja miksi, keitä opinnäytetyön tekijät ovat, miten kyselylomakkeeseen vastataan ja kuinka kauan siihen on aikaa vastata, sekä korostettiin sitä, että tutkimus on vapaaehtoinen, luottamuksellinen ja siinä säilyy vastaajan anonymiteetti. Opinnäytetyössä käytettävän tutkimusaineiston käsittelyyn ja säilytykseen on ollut oikeus ainoastaan opinnäytetyötä tekevällä tutkimusryhmällä.(ks. Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 296.) Internetissä tehtävän kyselyyn on saattanut liittyä pelko tietojen tallentumisesta siten, että ulkopuoliset tahot pystyisivät lukemaan vastauksia vaarantaen niiden anonymiteetin. Vastaustilanteessa saattoi olla tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavia seikkoja, kuten vastaamiseen käytetty aika ja mahdollinen ulkopuolinen painostus vastaamiseen. Nämä saattoivat aiheuttaa ahdistusta vastaajassa.

Tutkimusta voidaan pitää vilpillisenä, jos tutkimusaineistosta jätetään jokin osa pois silloin kun se ei puhu teorian puolesta. Epäeettisestä tutkimuksesta voi olla haittaa seuraaville tutkimuksille, koska sitä käytetään lähteenä tietämättä sen epäluotettavuudesta. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 77- 78.) Opinnäytetyössä pyrittiin tuomaan ilmi kaikki vastaukset, mutta muutamien avoimien kysymysten kohdalla vastaukset eivät liittyneet kysytyyn asiaan eikä tästä syystä niiden raportointia nähty tarpeelliseksi. Esimerkiksi kysyttäessä miten vastaajat kehittäisivät lääkehoito-osaamisen arviointia, eräs vastaajista kommentoi itse kyselylomakkeen virheellistä rakennetta.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Pohdinta

Hoitajan motivoituminen koulutukseen riippuu siitä, kuinka hyvin hän ymmärtää koulutuksen tavoitteet ja tarkoituksen, ja kuinka tarpeelliseksi hän aiheen itselleen kokee (Furzge & Pearcey 1999; Gallagher 2006, 469; Robertson, Umble & Cervero 2003, 154). Kysyttäessä kokemuksia lääkehoito-osaamisen arvioinnista, vastaajat olivat ymmärtäneet hyvin lääkehoidon kehittämishankkeen tarkoituksen ja tavoitteet. Lääkehoito-osaamisen alkumittaus, joka toteutettiin ennen hankkeen aloitusta, auttoi suurinta osaa vastaajista tunnistamaan omat puutteensa lääkehoitotaidoissaan. Lääkehoidollisen koulutustarpeen arvioinnissa suositeltavaa on hoitajien lääkehoidon tehtävien edellyttämän osaamisen määrittäminen (STM 2006). Lääkehoito-osaamisen alkumittaus ei kuitenkaan kaikilta osin soveltunut vastaajien toimenkuvan ja työtehtävien mittaamiseen. Tärkeää on kuitenkin pohtia, tulisiko kaikilta terveydenhuollon ammattilaisilta vaatia samantasoisia lääkehoidon perusvalmiuksia, joita ylläpitää ja säilyttää työnkuvasta huolimatta.

Kyselyyn vastanneiden mielestä täydennyskoulutus vastasi heidän koulutustarpeitaan hyvin ja kehitti heidän ammattitaitoaan. Tämentyyppinen täydennyskoulutus oli siis tuloksellista (Robertson, Umble & Cervero 2003, 155). On tärkeää, että organisaatio mahdollistaa hoitajan osallistumisen täydennyskoulutukseen (Gallagher 2006, 470). Kyselyn vastauksista ilmeni myös se, että työpaikka oli mahdollistanut hoitajien täydennyskoulutukseen osallistumisen hyvin.

Erilaiset opetusmenetelmät koulutuksessa edistävät aiheen oppimista (Robertson, Umble & Cervero 2003, 153; Veräjänkorva 2003a, 51). Interaktiiviset oppimistilanteet vaikuttavat hoitotaitojen kehittymiseen parhaiten ja luennot huonoiten (ks. Gallagher 2006, 469). Kyselyn vastauksien perusteella itsenäiset sekä pienryhmätehtävät koettiin parhaiten edistäneen oppimista. Yllättäen myös luentoja pidettiin tärkeänä osana oppimista. Käytännön esimerkkejä pidettiin tärkeänä, vastaten näin Veräjänkorvan (2003) tutkimuksen tuloksia.

Sosiaali- ja Terveysministeriön (2004) säädösten mukaan oleellinen osa turvallista lääkehoitoa on, että hoitajalla on tarpeeksi tietoa omista lääkehoitotaidoistaan ja osaa näin

tunnistaa puutteet ja lisäkoulutuksen tarpeen. Gallagher (2006) toteaa täydennyskoulutuksen parantavan hoitajan tietoisuutta omasta toiminnastaan, lisäävän hänen ongelmaratkaisukykyään, sekä itsemääräämisoikeuden tunnettaan. Kysyttäessä kehittämissankkeen vaikuttavuudesta lääkehoitotaitoihin, vastaajat kertoivat lähes yksimielisesti olevansa nyt tarkempia ja vastuullisempia lääkehoitoa toteuttaessaan. Myös Veräjänkorva (2003, 59- 60) on todennut tutkimuksessaan täydennyskoulutuksen lisäävän merkittävästi hoitotyöntekijöiden lääkehoitotaitoja. Opinnäytetyössä kyselyyn vastanneet kertoivat täydennyskoulutuksen vahvistaneen heidän päätöksentekotaitojaan sekä antaneen varmuutta lääkehoidon toteuttamisessa. Täydennyskoulutuksen kerrottiin motivoineen myös lisäkoulutukseen.

Täydennyskoulutukseen osallistuneet hoitajat olivat tyytyväisiä koulutusmuotoon. Useimmat heistä pitivät pidemmälle ajanjaksolle hajautetusta koulutuskokonaisuudesta, sillä aikataulujen sovittaminen työn suhteen oli näin helpompaa. Joustavat työajat mahdollistavat hoitajien tasapuolisen osallistumisen täydennyskoulutukseen. Omakustanteista tai omalla vapaa-ajalla käytyä koulutusta ei pidetä hyvänä, sillä se laittaa hoitajat eriarvoiseen asemaan omaisuuden ja yksityiselämän mukaan. (Nolan, Owens & Nolan 1995, 557.)

Hoitotyöntekijöiden ajanmukaiset lääkehoitotaidot edellyttävät säännöllistä täydennyskoulutusta (Veräjänkorva 2003a, 60), sillä vanhentunut tieto heikentää hoitotyön toteutusta (Gallagher 2006, 469). Koulutukseen osallistuneet hoitajat tunnistivatkin tarpeen erityisesti lääkehoitotaitojen kertaamiselle ja täydentämiselle noin vuoden – kolmen vuoden välein. Kyselyyn vastanneet kokivat tarvitsevansa edelleen koulutusta erityisesti lääkelaskuista sekä lääkkeiden vaikutuksista ja interaktioista. Myös Veräjänkorvan (2003) tutkimuksessa kävi ilmi, että farmakologian ja lääkelaskennan koulutukselle on eniten kysyntää.

7.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia kyseisen täydennyskoulutuksen tuloksellisuutta ja näin osaltaan kehittää lääkehoito-osaamisen arviointia ja täydennyskoulutusta erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Tuloksellisuuden selvittämiseksi muodostettiin teoriaan pohjautuva kysely, jonka avulla operationalisoitiin tutkimusongelmat. Kyselyn muodostamisen jälkeen tuli esiin kuitenkin uutta teoriatietoa siitä, että

täydennyskoulutuksen tutkimisessa tulisi keskittyä erityisesti siihen, minkälainen täydennyskoulutus on vaikuttavaa. Opinnäytetyöhön laaditulla kyselykaavakkeella olisi vielä yksityiskohtaisemmin voinut selvittää osallistujien kokemuksia ja kehittämisideoita koulutuksen tarpeen määrittelystä, oppimismenetelmien käytöstä, koulutuksen kestosta ja sen toteutuksesta. (ks. Robertson, Umble & Cervero 2003, 155.) Tutkimusongelmiin kyselyllä saatiin kuitenkin vastaukset, joiden puitteissa voidaan todeta koulutuskokonaisuuden olleen onnistunut ainakin kyselyyn vastanneiden kokemuksena.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen pohjalta voidaan todeta, että Suomessa tulisi lisätä täydennyskoulutuksen tutkimista nimenomaan sen sisällön arvioimisen näkökulmasta. Lääkehoidon täydennyskoulutusta arvioidaan, jotta koulutus olisi mahdollisimman laadukasta ja hoitajien ammattiosaamista vahvistavaa. Täydennyskoulutuskokemusten kartoittaminen osana lääkehoidon kehittämishanketta on merkittävää, sillä ilman sitä, kehittämishankkeen arviointi ja tulevien koulutusten tarpeen määrittely sekä suunnittelu ovat vailla pohjaa.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että täydennyskoulutus vastasi kyselyyn vastanneiden koulutustarpeita hyvin ja kehitti heidän ammattitaitoaan. Eräs vastaajista koki, ettei täydennyskoulutukseen sisältynyt lääkehoitotaitojen alkumittaus kuitenkaan kaikilta osin sisältänyt hänen työnkuvaansa koskevia kysymyksiä lääkehoidosta. Tästä voisi päätellä, että jo alkumittauksen kysymyksiä tulisi tarkemmin eritellä hoitajien työnkuvan perusteella. Alku- ja loppumittauksessa hyödynnetään Veräjänkorvan (2003b) muodostamaa valmista lääkehoitotaitojen mittaria, jota voidaan muuttaa kohderyhmän tarpeita vastaaviksi.

Vastauksien perusteella itsenäisten ja pienryhmätehtävien koettiin parhaiten edistyneen oppimista. Kuitenkin myös luennoitsijoiden koettiin olevan päteviä, ja myös luennoista koettiin olleen hyötyä. Täydennyskoulutuksessa tulisi siis panostaa luennoitsijoiden pätevyYTEEN. Oppituntien sisältöön tulisi panostaa siten, että vuorovaikutteinen ja aktiivinen oppiminen mahdollistuisi.

Vastaajat kertoivat lähes yksimielisesti olevansa nyt tarkempia ja vastuullisempia lääkehoitoa toteuttaessaan. He kertoivat kehittämishankkeen vahvistaneen päätöksentekotaitoja, sekä antaneen varmuutta lääkehoidon toteuttamisessa. Sisällöllisesti tämän-

tyyppinen koulutuskokonaisuus on onnistunut kehittämään yksilön ominaisuuksia lääkehoidon toteuttajana.

Vastaajat tunnistivat tarpeen lääkehoitotaitojen kertaamiselle ja täydentämiselle vuoden–kolmen vuoden välein. He myös kokivat tarvitsevansa edelleen koulutusta lääkelaskuista, lääkkeiden vaikutuksista ja interaktioista, farmakologiasta sekä lääkehoidon käytännön kysymyksistä. Nämä edellä mainitut aihealueet ovat niitä, joihin tulevissa täydennyskoulutuksissa tulisi keskittyä. Organisaatioiden tulisi tiedostaa tarve säännölliselle lääkehoidon koulutukselle ja tarjota niitä henkilökunnalleen vähintään vuoden–kolmen vuoden välein.

Olisi ollut hyödyllistä, jos kysely olisi voitu toteuttaa lähempänä täydennyskoulutusta. Tällöin vastausprosentti olisi saattanut olla korkeampi. Nyt lääkehoidon kehittämishankkeen suunnittelijat ja toteuttajat voivat arvioida vain hyvin pienen otoksen perusteella työnsä tulosta. Kuitenkin myös tämän työn pohjalta on mahdollista kehittää täydennyskoulutuksen sisältöä.

LÄHTEET

- Aitken, R., Manias, E. & Dunning, T. 2006. Documentation of medication management by graduate nurses in patient progress notes: A way forward for patient safety. *Collegian* 13(4), 5-11.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo P. 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta – taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Arifulla, D. & Raimoranta, M. 2008. Aikuisopiskelijoiden kokemuksia projektissa toimimisesta ja oppimisesta – osana SARAKE – hankkeen opinnäytetöiden tekoa. Turun ammattikorkeakoulu. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelut.
- Armitage G. & Knapman H. 2003. Adverse events in drug administration: a literature review. *Journal of Nursing Management* 11(2), 130–140.
- Barach P. & Small SD. 2000. Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near miss reporting systems. *British Medical Journal* 320(7237), 759–763.
- Bell, D., Pestka, E. & Forsyth, D. 2007. Outcome evaluation: Does continuing education make a difference? *The Journal of Continuing Education in Nursing* 38(4), 185–190.
- Brown, M-M. 2001. Managing Medication Errors by Design - Planning and Design in Critical Care. *Critical Care Nursing Quarterly* 24(3), 77-97.
- Deans, C. 2005. Medication errors and professional practice of registered nurses. *Collegian* 12(1), 29-33.
- Eklom, S. & Honkala, M. 2009. Turvallinen lääkehoito – lääkehoitopoikkeamiin liittyvät haasteet lääkitysturvallisuuden kehittämisessä. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelut.
- Eskola J. & Suoranta J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Finnlex 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. [viitattu 30.9.2009]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Furzge, G. & Pearcey, P. 1999. Continuing education in nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced nursing* 29(2), 355-367.
- Gallagher, L. 2006. Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today* 27(2006), 466-473.
- Grandell-Niemi, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2005. Finnish nurses' and nursing students' pharmacological skills. *Journal of Clinical Nursing* 14(6), 685–694.
- Himanen, O. & Ilanne-Parikka, P. 2003. Täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen – vastaus Dehkon haasteisiin? DEHKO-raportti 2003:1. Tampere: Suomen Diabetesliitto Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Hughes, R. & Ortiz, E. 2005. Medication errors: Why they happen, and they can be prevented. *American Journal of Nursing* 105(3), 14- 24.

- Huotari, V. 2007. Aikuiskoulutuksen suunnittelu ja arviointi. Teoksessa Collin, K. & Paloniemi, S. (toim.) Aikuiskasvatus tieteenä ja toimintakenttinä. Juva: WS Bookwell, 249-283.
- Ives, G. Hodge, K., Bullock, S. & Marriott, J. 1996. First year RNs' actual and self-rated pharmacology knowledge. *Australian Journal of Advanced Nursing* 14(1), 13-19.
- World Health Organization [WHO]. 2008. World Alliance for Patient Safety – summary of the evidence on patient safety: Implications for research. World Health Organization. Spain.
- Kaaresvirta, P. 2004. Oppiminen työelämäprojekteissa – Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden kokemukset työelämäprojekteissa oppimisesta. Oulu: Oulu University press.
- Karu, M., Kosunen, H. & Ojala, T. 2007. Sairaanhoidajien ammatillisten kehittämistarpeiden kartoitus Länsi- Tallinnan keskussairaalan kirurgian klinikalla. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Kuusisto, P. & Tallila, M-L. 2000. Lasten kivunhoidon toteutuminen vanhempien kokemana lasten kirurgisella osastolla. Opinnäytetyö. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelut.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede*. 11(1), 3-12.
- Leathard, H. 2001. Understanding medicines: conceptual analysis of nurses' needs for knowledge and understanding of pharmacology (Part I). *Nurse Education Today* 21(4), 266–271.
- Leino-Kilpi, H. Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY
- Manias, E., Aitken, R. & Dunning, T. 2005. Graduate nurses' communication with health professionals when managing patients' medications. *Journal of Clinical Nursing* 14(3), 354-362.
- Mikkonen, J., Pölonen, S. & Vääntinen, N. 2007. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen Palkan terveydenhuollon kuntayhtymässä – kyselytutkimus laitoshoidon sairaanhoidajille. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Jyväskylä.
- Ndosi, M. & Newell, R. 2007. Issues affecting patient safety and well-being - nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *Journal of Clinical Nursing* 18(208), 570-580.
- Nolan, M., Owens, R. & Nolan, J. 1995. Continuing professional education: identifying the characteristics of an effective system. *Journal of Advanced Nursing* 21(3), 551-560.
- O'Shea E. 1999. Factors contributing to medication errors: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 8(5), 496–504.
- Pape, M. 2001. Searching for the Final Answer: Factors Contributing to Medication Administration Errors 32(4), 152–160.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Teoksessa Paunonen M., Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Tutkimussuunnitelman laadinta kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, 36-48.
- Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.
- Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 1992. *Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet*. Helsinki: Kirjayhtymä.

Reason, J. 2000. Human error: models and management. *British Medical Journal* 320(7237), 768-770.

Robertson, M., Umble, K., & Cervero, R., 2003. Impact studies in continuing education for health professions: Update. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 23(3), 146-156.

STAKES & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto [ROHTO] 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. [viitattu 29.8.2009]. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Rycroft-Malone, J., Latter, S., Yerrel, P. & Shaw, D. 2000. Nursing and medication education. *Nursing Standard* 50(14), 35- 39.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveysthuollon etiikka – Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2004. Terveysthuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito- Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. [viitattu 30.9.2009]. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf

Suomen Sairaanhoidajaliitto ry 2003. Sairaanhoidajan kliininen urakehitys-projekti. Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset [viitattu 4.11.2008]. http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/11894/file/laatuvaatimukset.pdf

Theresa M. 2003. Medsurg nursing: Official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses. Applying airline safety practices to medication administration 2(12), 77-93.

Valli, J. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I – metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy, 102- 125.

Veräjänkorva, O. 2003a. Projektityöskentely hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen kehittämisessä. Turun ammattikorkeakoulun, Turun yliopiston ja terveysalan työelämän yhteistyöhankkeen loppuraportti. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelut.

Veräjänkorva, O. 2003b. Sairaanhoidajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisu. Turku: Painosalama oy.

Veräjänkorva, Erko, Ervall, Koivuniemi & Syrjälä 2004. Laadukasta lääkehoidon opetusta ja oppimista. Seurantatutkimus lääkehoidon opetuksen ja oppimisen kehittämisestä. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelut.

Veräjänkorva, O. 2008. Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelut.

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja!

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Turun ammattikorkeakoulusta. Opiskelemme hoitotyön koulutusohjelmassa ja valmistumme jouluna 2009. Opinnäytetyömme liittyy Turvallinen lääkehoito – hankkeeseen, jossa myös Teidän kuntanne ja työyksikkönne on mukana. Lääkehoito-osaamisenne arvioitiin ja tämän jälkeen toteutettiin täydennyskoulutus, jonka jälkeen osaamistanne arvioidaan uudelleen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata kehittämishankkeeseen osallistuneiden hoitajien kokemuksia hankkeesta ja siihen kuuluneesta täydennyskoulutuksesta sekä tuottaa tietoa mahdollisista kehittämistarpeista.

Korostamme että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Vastausaika kyselyyn on kaksi viikkoa. Toivomme kuitenkin, että vastaatte hyvissä ajoin, jotta saisimme tarvitsemamme aineiston jatkaaksemme työn tekoa. Toteutamme työn niin, että vastaajan anonymiteetti säilyy. Opinnäytetyössä ei tulla käyttämään työyksikkönne nimeä. Kyselyn vastausten käsittelyyn ja säilytykseen on oikeus ainoastaan opinnäytetyötä tekevällä ryhmällä. Kyselyn tulokset raportoidaan opinnäytetyön valmistuttua kirjalliseen muotoon. Jos kyselyyn vastaamisessa on ongelmia, pyydämme teitä ottamaan yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin tai opinnäytetyön ohjaajaan Virpi Sulosaareen.

Palautteen antaminen hankkeesta on tärkeää, koska sen avulla tulevaa täydennyskoulutustarjontaa voidaan kehittää. Lääkehoidon täydennyskoulutuksen arvioimista tarvitaan, jotta hoitajien lääkehoito-osaamista, ja samalla hoidon laatua, voidaan ylläpitää ja vahvistaa.

Yhteistyöstä kiittäen,

Maria Salmi: maria.salmi@students.turkuamk.fi

Essi Takanen: essi.takanen@students.turkuamk.fi

Hannah Tallila: hannah.tallila@students.turkuamk.fi

KYSELYKAAVAKE

Kokemukset Lääkehoito-osaamisen kehittämishankkeesta

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Tässä kyselyssä selvitetään kokemuksiasi Turun ammattikorkeakoulun kanssa toteutettuun lääkehoito-osaamisen kehittämishankkeeseen osallistumisesta sekä tarpeitasi lääkeshoidon täydennyskoulutuksesta. Lomake koostuu kysymyksistä, joihin annetaan valmiita vastausvaihtoehtoja sekä avoimista kysymyksistä, joihin voit vastata omin sanoin. Vastauksesi on meille erittäin tärkeä. Vastaamiseen menee aikaa noin 15 minuuttia.

1. Ikäsi _____

2. Koulutuksesi

() perus-/ lähihoitaja

() terveydenhoitaja

() sairaanhoitaja

() Jokin muu, mikä _____

3. Työkokemuksesi vuosina hoitoalalta

4. Työkokemuksesi vuosina nykyisessä työpaikassasi

5. Seuraavassa kysytään mielipiteitäsi lääkehoito-osaamisen arviointiin liittyen.

5. Ymmärsin lääkehoito-osaamisen kehittämishankkeen tarkoituksen ja tavoitteet ennen alkumittautusta.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Ymmärsin hankkeen tarkoituksen ja tavoitteet ennen alkumittautusta.	()	()	()	()	()
Lääkehoitotaitojen alkumittaus auttoi minua tunnistamaan puutteita taidoissani.	()	()	()	()	()
Lääkehoitotaitojen alkumittaus motivoi minua osallistumaan aktiivisesti täydennyskoulutukseen.	()	()	()	()	()
Lääkehoito-osaamistani arvioiva kyselylomake sisälsi väittämiä aiheista, jotka sisältyvät käytännön työhöni	()	()	()	()	()
Vastausolosuhteet olivat sopivat	()	()	()	()	()
Vastausaikaa oli riittävästi	()	()	()	()	()
Kyselylomakkeen väittämät olivat selkeitä	()	()	()	()	()
Lääkehoitotaitojen loppumittaukseen vastaaminen oli täydennyskoulutuksen jälkeen helpompaa	()	()	()	()	()

6. Miten kehittäisit lääkehoito-osaamisen arviointia? Voit kirjoittaa tähän myös muita kommentteja lääkehoito-osaamisen arviointiin liittyen.

7. Seuraavassa kysytään mielipiteitäsi hankkeessa toteutetusta lääkehoidon täydennyskoulutuksesta

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Täydennyskoulutus eteni johdonmukaisesti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Täydennyskoulutuksen aihealueet vastasivat tarpeitani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luennoitsijat olivat päteviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olosuhteet työpaikallani mahdollistivat osallistumiseni täydennyskoulutukseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Olosuhteet työpaikallani mahdollistivat hyvin osallistumiseni täydennyskoulutukseen. () () () () ()

Lähiopetuksen määrä oli riittävä () () () () ()

Täydennyskoulutus oli ammatillisesti minua kehittävä. () () () () ()

Täydennyskoulutuksessa käytetyt opetusmenetelmät edistivät oppimistani. () () () () ()

Verkko-oppimisympäristö tuki hyvin muita opetusmenetelmiä () () () () ()

Käytin verkko-oppimisympäristöä aktiivisesti () () () () ()

Opiskelin myös itsenäisesti () () () () ()

8. Miten toteutuksessa käytetyt opetusmenetelmät ja -keinot tukivat oppimistasi ja mikä niistä edisti omaa oppimistasi parhaiten (luennot, itsenäiset tehtävät, pienryhmät lääkelaskennassa, verkko-oppimisympäristö)?

9. Miten kehittäisit hankkeessa toteutettua täydennyskoulutusta

10. Muita kommentteja täydennyskoulutuksen toteutukseen liittyen?

11. Seuraavassa on väittämiä liittyen kokemuksiin täydennyskoulutuksen vaikutuksesta lääkehoitotaitoihisi

Täysin eri mieltä Osittain eri mieltä Osittain samaa mieltä Täysin samaa mieltä En osaa sanoa

Kehittämishanke vahvisti lääkehoitoon liittyviä päätöksentekotaitojani

Olen nyt varmempi lääkehoidon toteuttaja kuin ennen täydennyskoulutusta

Ymmärrän nyt paremmin miten lääkehoitotaitoni vaikuttavat potilaiden hyvinvointiin

12. Kerro omin sanoin, miten koet lääkehoidon täydennyskoulutuksen vaikuttaneen omaan toimintaasi koulutuksen jälkeen

13. Millaisia opetusmenetelmiä pidät hyvänä lääkehoidon koulutuksen toteutuksessa?

14. Olisitko kiinnostunut hajautetusti järjestetystä koulutuksesta vai pidätkö parempana tiiviisti toteutettua koulutuskokonaisuutta (esim. muutamia lähiopetustunteja kuukaudessa tai yksi tiivis koulutusviikko)?

15. Kuinka usein lääkehoidon täydenniskoulutusta tulisi mielestäsi järjestää? _____

16. Mistä lääkehoidon aihealueista koet tarvitsevasi lisää koulutusta?

17. Kerro omin sanoin kehittämisehdotuksia täydenniskoulutukselle

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Sopijaosapuolet:

Toimeksiantajan nimi _____

Toimeksiantajan osoite _____

Yhteyshenkilö/asema _____

Yhteystiedot puh. _____ e-mail _____

Opiskelija: MAIRA SALMI, ESSI TAKANEN, HANNAH TALLILA

Yhteystiedot puh. 040-5719305 e-mail maria.salmi@students.turkuamk.fi

Osoite LÄNTINENPITÄJKATU 14 | 31 20100 TKU

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa:

Opinnäytetyön aihe: HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET TÄYDENNYS-
KOULUTUKSESTA JA KOULUTUKSEN KEHITTÄMISTARPEET

Alkamisaika: 1.9.2008 Työ on valmis 1.11.2009

Muuta: OPINNÄYTETYÖN TARKOITUKSENA ON SELVITTÄÄ
HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA LÄÄKKEHOITO-
OSAAMISEN KEHITTÄMISHANKKEESEEN OSALLISTU-
MISESTA.
YHTEISTYÖKUMPPANIN KANSSA ON SOVITU, ETTEI
ORGANISAATION NIMETÄ KÄYTETÄ OPINNÄYTETYÖN
RAPORTOINNISSA.

Opinnäytetyön ohjaajana Turun AMK:ssa toimii VIRPI SULOSAARI
Puh. 044-9074569

Päiväys ja allekirjoitukset:

4.5.2009
Päiväys

Toimeksiantajan edustaja

Hannah Tallila
Opiskelija

Emi Tamm