

Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtaminen ikääntyneiden hoidossa hoitotyön johtajien kuvaamana

Katri Halttunen
PRO GRADU -TUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Huhtikuu 2023

*Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.*

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Katri Halttunen

Otsikko: Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtaminen ikääntyneiden hoidossa hoitotyön johtajien kuvaamana

Ohjaaja(t): Professori Riitta Suhonen ja Yliopistolehtori Maija Hupli

Sivumäärä: 58 sivua, 34 liitesivua

Päivämäärä: Huhtikuu 2023

Avainsanat: hoitotyöntekijä, lääkehoidon osaamisen johtaminen, ikääntyneiden hoito

Tutkimuksen aihe, tarkoitus, lähtökohdat: Ikääntyneiden hoidon suositukset ohjaavat välttämään sairaalasiirtoja elämän loppuvaiheen hoidossa. Hoitotyöntekijät toteuttavat yhä vaativampaa lääkehoitoa ikääntyneiden hoidon yksiköissä. Aikaisemman tutkimuksen perusteella lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat ovat yleisiä ja hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisessa havaitaan puutteita ikääntyneiden hoidossa. Tutkimustietoa tarvitaan lääkehoidon osaamisen johtamisesta, jotta lääkitysturvallisuutta voidaan kehittää ikääntyneiden hoidossa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamista ikääntyneiden hoidossa hoitotyön johtajan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada syvälinen ymmärrys lääkehoidon osaamisen johtamisen kokemuksesta ja toiminnoista, joilla yksikön johtaja varmistaa hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen ikääntyneiden hoidossa.

Aineisto ja menetelmät: Tämän laadullisen kuvailevan poikkileikkaustutkimuksen aineisto kerättiin ikääntyneiden säännöllistä palvelua tuottavien yksiköiden johtajien (N=7) teemahaastatteluilla. Aineisto analysoitiin induktiivisella temaattisella analyysillä.

Tulokset: Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisen menettelyt vaihtelivat yksiköissä. Johtajat delegoivat osaamisen johtamisen toimintoja yksikön sairaanhoitajille. Haasteet hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen varmistamisessa viivyttävät lääkelupien suorittamista ja haastavat osaavan henkilöstön riittävyydestä huolehtimista. Yksikön johtaja tarvitsee riittävän sisältöosaamisen ja selkeän organisaation mallin hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamiseen. Hän hyötyy viranomaispalautteesta ja lääkitysturvallisuuden auditoinneista.

Johtopäätökset: Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamiseen ei ole vakiintuneita käytäntöjä ikääntyneiden hoidossa. Lääkehoidon osaamisen johtamista voidaan kehittää viranomaispalautteen, benchmarkkauksen ja laadunhallinnan avulla.

Master's Thesis

Subject: Nursing Science

Author: Katri Halttunen

Title: The nurse managers' description of nursing staff's medication competence management in elderly care units

Supervisors: Professor Riitta Suhonen ja University lecturer Maija Hupli

Number of pages: 58 pages, 34 attachment pages

Date: April 2023

Tiivistelmän tyyli on Abstract.

Keywords: Nursing staff, medication competence management, elderly care

1. **Background:** Nursing staff carries out increasing demand of complex medication treatment in elderly care nursing homes and home care units because of the current recommendations to avoid hospital transitions in the end-of-life care. According to previous research medication errors are common and nursing staff lack medication competence in elderly care. Further research is needed of nursing staff's medication competence management to improve medication safety in elderly care. **Purpose:** The purpose of this study was to describe the medication competence management of the nursing staff in elderly care from the nurse manager's point of view. Through the description we can understand the methods used to verify ja develop nursing staff's medication competence in elderly care.
2. **Methods:** The data of this qualitative descriptive study was collected with individual theme interviews of seven elderly care unit nurse managers (N=7). The data was analyzed with inductive thematic analysis.
3. **Results:** The methods used to verify and develop nursing staff's medication competence varied the units' pharmacotherapy policies. The tasks related to medication competence management are often shared with or delegated to a team leader nurse. Challenges in medication competence verification delay the medication administration license process and cause difficulties in ensuring that there are enough competent nursing professionals working in each shift to administer medicines. It is important that the nurse manager has adequate substance competence of administration of medicines and the support of a clear pharmacotherapy policy from the organization. Medication safety audits and guidance of the local authorities bring added value to medication competence management. **Conclusions:** There is no standardized policy for nursing staff's medication competence management in elderly care. Elderly care units' medication competence management can be developed with authority's feedback, benchmarking and quality control.

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	6
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA	7
2.1	TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1.1	HOITOTYÖNTEKIJÄ	7
2.1.2	LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN JOHTAMINEN	8
2.1.3	IKÄÄNTYNEIDEN HOITO	9
2.2	AIHEALUEESEEN LIITTYVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	10
2.2.1	MENETELMÄT	11
2.2.2	TULOKSET	12
2.3	TUTKIMUSTEN LAADUNARVIOINTI	20
3	TUTKIMUKSEN TARJOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	23
4.1	TUTKIMUSASETELMA	23
4.2	TUTKIMUKSEN TIEDPNANTAJAT JA REKRYTOINTIPROSESSI	23
4.3	AINEISTON KERUU	24
4.4	AINEISTON ANALYYSI	24
5	TUTKIMUSTULOKSET	26
5.1	TIEDONANTAJIEN JA YKSIKÖIDEN KUVAUS	26
5.2	KUVAUS HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN OSAAMISEN JOHTAMISEN TOIMINNOISTA JA KOKEMUKSESTA	26
5.2.1	KOKONAISVASTUUN KANTAMINEN	27
5.2.2	LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN VARMISTAMINEN	29
5.2.3	HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN OSAAMISPROFIILIEIEN TUNNISTAMINEN	32
5.2.4	LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN VAHVISTAMINEN	35
5.2.5	LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN ARVIOINTI	38
5.2.6	LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN JOHTAMISEN KOKEMUS	41
6	POHDINTA	45
6.1	TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	45
6.1.1	HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN OSAAMISEN JOHTAMISEN TOIMINNOT	45
6.1.2	LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN JOHTAMISEN KOKEMUS	47
7	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	49

8	TUTKIMUKSEN EETTISYYS	51
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	52
10	JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	53
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	59
	Liite 1. TIETOKANTAHAUISSA KÄYTETYT HAKUSANAT JA SAADUT TULOKSET	59
	Liite 2. FLOW-KAAVIO	60
	Liite 3. TAULUKKO TUTKIMUKSISTA	61
	Liite 4. TAULUKKO KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOXSISTA	83
	Liite 5. TIEDOTE TUTKIMUKSEN TIEDONANTAJALLE	91
	Liite 6. TEEMAHAASTATTELURUNKO	92

1 JOHDANTO

Iän karttuessa sairaudet voivat lisääntyä ja monisairastavuus ja monilääkitys ovat ikääntyneillä yleisiä ilmiöitä. Ikääntyneet ovatkin merkittävän lääkkeitä käyttävä ryhmä. Ikääntyminen vaikuttaa lääkkeiden vaiheisiin elimistössä ja altistaa haittavaikutuksille. (Bradt ym. 2013, Phillips 2011.) Tapauksissa, joissa ikääntynyt siirtyy ympärivuorokautisen hoivapalvelun piiriin, vastuu lääkehoidon toteutuksesta siirtyy hoitotyöntekijöille. Hoitotyöntekijät toimivat lääkehoidon prosessin viimeisinä varmistajina ja tärkeinä yhdyshenkilöinä potilaan ja lääkärin välillä. He tarvitsevat siis laajaa osaamista ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteistä, jotta lääkehoito voisi toteutua turvallisesti ikääntyneiden pitkäaikaishoidon yksiköissä (Phillips 2011, Vogelsmeier 2017).

Ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoitosuosituksot ohjaavat välttämään sairaalasiirtoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020), jolloin myös saattohoitovaiheen vaativaa lääkehoitoa toteutetaan pitkäaikaishoidon yksiköissä. Turvallisen lääkehoidon toteuttamisen ja erityisesti geriatrisen hoidon erityispiirteiden osaamisen vahvistaminen nimetään myös keskeisinä lääkehoidon (Fimea 2021) ja potilasturvallisuuden (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022) strategisina tavoitteina. Asian ajankohtaisuudesta huolimatta näyttäytyy, että hoitotyöntekijöillä on osaamisen haasteita lääkehoitoprosessin kaikilla osa-alueilla ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa (Karttunen 2020) ja suurin osa ilmoitetuista HaiPro-tapahtumista liittyy lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin (Ruuhilehto ym. 2011).

Viranomaissuosituksot osoittavat hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisen yksikön johtajan vastuuksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021) ottamatta kuitenkaan kantaa tarkempaan toteutukseen. Aikaisempi hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen tutkimus kohdistuu hoitotyöntekijöiden toiminnan tarkasteluun ja lääkehoidon osaamisen johtamisen tutkimus puuttuu. Epäsuhta hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen ja työnvaativuuden välillä osoittaa lääkehoidon osaamisen johtamisen tutkimuksen tarpeen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamista ikääntyneiden hoidossa hoitotyön johtajan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on saada syvälinen ymmärrys lääkehoidon osaamisen johtamisen kokemuksesta ja toiminnoista, joilla yksikön johtaja varmistaa hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen ikääntyneiden hoidossa. Tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyöntekijöiden osaamisen johtamisen ja ikääntyneiden hoidon lääkitysturvallisuuden kehittämisessä.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

2.1 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

2.1.1 HOITOTYÖNTEKIJÄ

Ikääntyneiden hoidossa hoitotyöntekijät työskentelevät lähellä potilasta ja heillä on usein laaja tuntemus potilaan yksilöllisestä tilanteesta. Potilaan toimintakyvyn hiipuessa ikääntymisen myötä, hoitotyöntekijät toimivat lääkehoidon prosessin viimeisinä varmistajina. Hoitotyöntekijöillä on tärkeä rooli lääkehoidon päivittäisessä ohjaamisessa, toteuttamisessa ja vaikutuksen seurannassa. He toimivatkin tärkeinä viestinviejinä potilaan ja lääkärin välillä erityisesti silloin, kun havaitaan tarve lääkityksen muuttamiselle tai halutaan arvioida lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta. (Kim 2021, Vogelsmeier 2017.) Tässä tutkimuksessa hoitotyöntekijällä tarkoitetaan sairaanhoitajaa (laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö) tai lähihoitajaa (terveydenhuollon nimikesuojattu ammattihenkilö).

Sairaanhoitajan ammatin harjoittamiseen vaaditaan sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto tai vastaava ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (myöhemmin Valvira) myöntämä oikeuden harjoittaa ammattia laillistettuna ammattihenkilönä henkilönä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/556, 2 §.) Sairaanhoitaja saa tutkintokoulutuksensa perusteella toteuttaa monipuolisesti lääkehoitoon liittyviä tehtäviä kuten esimerkiksi lääkkeiden tilaaminen, jakaminen ja antaminen luonnollista tietä ja injektioina. Vaativan lääkehoidon toteuttamiseen tarvitaan lisäkoulutus, osaamisen varmistaminen ja kirjallinen, yksikön lääkehoidosta vastaavan lääkärin lupa.

Sairaanhoitajalle vaativaksi lääkehoidoksi luokitellaan esimerkiksi ääreislaskimokatetrin asettaminen, laskimonsisäiset neste- ja lääkehoidot sekä ihonalaisen lääkeannostelijan, kuten kipupumpun käsittely. Sairaanhoitajalle voidaan nimetä myös kokonaisvastuu yksikön lääkehoidon kokonaisuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 32-33.)

Lähihoitajan ammattinimikettä on oikeutettu käyttämään henkilö, jolla on suoritettuna sosiaali- ja terveysalan perustutkinto ja Valviran myöntämä nimikesuojaus. Lähihoitajan ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/556, 2§.) Lähihoitajan ammatilliseen koulutukseen sisältyneet lääkehoidon opinnot riippuvat suuntautumisesta ja he voivat toteuttaa lääkehoitoa siinä laajuudessa kuin se on sisältynyt opintoihin. Lähihoitaja voi esimerkiksi jakaa lääkkeitä asiakas- ja potilaskohtaisiin annoksiin ja antaa lääkkeitä luonnollista tietä eli tabletteina, kapseleina, liuksina, silmä- ja korvatippoina, voiteina, laastareina ja peräpuikkoina. Lähihoitajalle lisäkoulutuksen ja kirjallisen lääkeluvanvaraiseksi vaativammaksi lääkehoidoksi katsotaan esimerkiksi pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet (pkv-lääkkeet), luonnollista tietä annettavat

huumausainelääkkeet, injektioiden antaminen lihakseen ja ihon alle ja lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusion vaihtaminen. Lähihoitaja ei voi vastata lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta yksikössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 35.)

2.1.2 LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN JOHTAMINEN

Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen on monen taidon summa. Lääkehoidon osaaminen hoitotyön opetuksen kontekstissa on määritelty kokonaisvaltaiseksi osaamisalueeksi, jossa 1) farmakologinen tieto, 2) patofysiologian ja anatomian tuntemus, 3) farmakogenetiikan ymmärrys, 4) lääkelaskutaidot, 5) lääkkeiden annostelun osaaminen, 6) kliiniset päätöksentekotaidot, 7) yhteistyötaidot ja 8) tietotekniset taidot yhdistyvät. Lääkehoidon osaamisen kehittyminen vaatii teoreettisia valmiuksia, käytännön osaamista ja päätöksentekotaitoja. Lääkehoidon osaaminen on yhteydessä potilasturvallisuuteen ja parempaan hoidon laatuun. (Thelen 2022.) Vaihtoehtoinen määritelmä toteaa sairaanhoitajan lääkehoidon osaamisen kategorioiksi 1) anatomian ja fysiologian, 2) farmakologian, 3) kommunikaation, 4) moniammatillisen yhteistyön, 5) tiedonhakutaidot ja 6) matemaattiset ja lääkelaskutaidot (Sulosaari ym. 2011).

Osaamisen johtaminen sisältää kaiken sellaisen tarkoituksenmukaisen toiminnan, jonka avulla organisaation tai yksikön osaamista vaalitaan, kehitetään, uudistetaan ja hankitaan. Osaamisen johtamista voidaan siis ajatella kattokäsitteenä kaikelle organisaation tai yksikön osaamisen eri näkökulmille. Osaamisen johtamisen lähtökohtana on sen ydinosaamisen määrittely, jolla yksikössä aiotaan saavuttaa toiminnalle asetetut päämäärät ja tavoitteet. (Lindgren ym. 2004, Viitala 2021.) Osaamisen johtamisessa tulee kyetä arvioimaan myös tulevaisuuden osaamistarpeita eli määrittellä huomisen osaamista tänään ja suunnitella sen kehittämistä. Osaamisen johtamisen tulee kytkeytyä kiinteästi työhyvinvoinnista huolehtimiseen, koska vain hyvinvoiva henkilökunta voi työskennellä täyspainoisena sitoutuneesti, motivoituneesti ja tehokkaasti. (Viitala 2021.)

Viranomaissuosituksen linjaavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä lääkehoitoa toteuttavat koulutetut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Yksikön johtaja vastaa siitä, että jokaisessa vuorossa on riittävästi osaavaa henkilökuntaa ja oikeanlaiset olosuhteet. Hoitotyöntekijöiden lääkehoito-osaamisen tulee olla heidän tehtäviensä edellyttämällä tasolla suhteessa potilaiden tarpeisiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.)

Yksikön johtajan tehtävä on varmistaa työntekijöiden lääkehoidon osaaminen työsuhteen alussa, määräajoin sekä aina tarvittaessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021). Yksikön johtajan tulee huolehtia, että työntekijä saavuttaa työtehtävissä tarvittavan lääkehoidon osaamisen määräajassa ja

kehittymissuunnitelmien laatimisesta ongelmatilanteissa (National Health Service 2020). Myös säännöllistä täydennyskoulutusta tulee olla hoitajien saatavilla. Koska lääkehoito muuttuu jatkuvasti, tulee täydennyskoulutuksen sisältää säännöllistä koulutusta lääkkeistä ja lääkehoidon toteuttamisesta. Vastavuoroisesti jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisella on vastuu oman ammattitaitonsa ajantasaisuudesta eli tarjottuihin täydennyskoulutusmahdollisuuksiin olisi suotavaa myös tarttua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Yksikön johtajan tulee seurata ja arvioida turvallisen lääkehoidon toteutumista yksikössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021). Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava menetelmä, jonka avulla voidaan raportoida ja käsitellä lääkityspoikkeamia (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010). Raporttien seuraaminen ja seurantatietoon perustuva toiminnan kehittäminen on yksikön johtajan tehtävä (National Health Service 2020, Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.) Yksikön johtajan vastuut lääkehoidon osaamisen johtamisessa on koottu kuvioon 1.

Tässä tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisella tarkoitetaan sairaanhoitajien ja lähihoitajien lääkehoidon osaamista ja osaavaa työskentelyä tukevia johtamisen toimia ikääntyneiden hoidon yksikössä.



Kuva 1: Yksikön johtajan vastuut lääkehoidon osaamisen johtamisessa viranomaissuosituksen näkökulmasta. (Fimea 2020, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, National Health Service 2020, Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010).

2.1.3 IKÄÄNTYNEIDEN HOITO

Laki määrittelee ikääntyneellä väestöllä tarkoitettavan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevia henkilöitä. Iäkkäällä henkilöllä fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (Laki ikääntyneen väestön

toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012, 3§.)

Todellisuudessa ikääntymisellä ei kuitenkaan ole yksiselitteistä määritelmää, koska jäljellä oleva toimintakyky ja ikääntymisen kokemus ovat yksilöllisiä.

Ikääntyminen muuttaa monin tavoin elimistön toimintaa vaikuttaen myös lääkkeiden vaiheisiin elimistössä. Tämä voi johtaa muuttuneisiin lääkkeiden vaikutuksiin. (Brandt ym. 2013, Phillips 2011, Vestal 1997.) Iän myötä myös sairaudet voivat lisääntyä ja samalla lisääntyy käytössä olevien lääkkeiden määrä (Phillips 2011). Ikääntyneen monilääkehoito on haasteellista, sillä elimistön muutosten seurauksena siihen liittyy yhteisvaikutusten ja haittavaikutusten riskejä. Kuitenkin useissa tapauksissa monilääkitys on perusteltua ja tuo ikääntyneelle potilaalle hyötyjä. Pelkkä pyrkiminen lääkkeiden vähentämiseen ei siis aina ole optimaalista ja voisi johtaa lääkkeiden alikäyttöön ja sairauksien pahenemiseen. (Pitkälä ym. 2006.)

Joskus ikääntyminen johtaa toimintakyvyn laskuun ja säännöllisen hoivapalvelun tarpeeseen, jolloin myös vastuu lääkehoidon toteuttamisesta siirtyy hoitotyöntekijöille. Ikääntyneiden lääkehoitoa toteuttavat hoitotyöntekijät tarvitsevat osaamista juuri ikääntyneen lääkehoidon erityispiirteistä, seurannasta ja arvioinnista. Lääkehoidon toteutusta ja seurantaa voivat vaikeuttaa muistisairaudet sekä ikääntymisen myötä heikkenevät aistit ja kognitio (Phillips 2011). Tässä tutkimuksessa ikääntyneiden hoidolla tarkoitetaan kotihoitoa, tuettua palveluasumista tai pitkäaikaista laitoshoidoa.

2.2 AIHEALUEESEEN LIITTYVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Kirjallisuuskatsaus kokoaa yhteen, mitä aiheesta jo tiedetään. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tiedon arviointi ja synteesi. (Kangasniemi 2013, Salminen 2011.) Tämän tutkimuksen taustaksi tehtiin laajempi integroiva kirjallisuuskatsaus, koska hoitajien lääkehoidon osaamista ei ole tutkittu johtamisen näkökulmasta ja eikä tietoa haluttu rajata pois tutkimustyyppin perusteella. Integroiva kirjallisuuskatsaus on laaja katsaustyyppi ja mahdollistaa erilaisten tutkimustyyppien ja -asetelmien tuottamien tulosten yhdistelyn. Näin voidaan saavuttaa aiheen laaja ja syvä ymmärrys. Onkin tavallista, että esitetyt tutkimuskysymykset ovat laajoja. Integroivan katsauksen katsotaan koostuvan viidestä vaiheesta, jotka ovat tutkimusongelman nimeäminen, analysoitava aineiston keruu, aineiston laadun arviointi, aineiston analysointi ja tulosten esittäminen. (Whittemore & Knalf 2005.) Tämä integroiva kirjallisuuskatsaus noudattaa edellä esitettyjä vaiheita.

Aihetta tarkasteltiin analysoimalla kansainvälisiä vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita. Tarkastelua jäsennettiin seuraavien tutkimuskysymysten avulla: 1) Miten hoitajien lääkehoidon osaamisen johtamista ikääntyneiden hoidossa on tutkittu? 2) Mitä lääkehoidon osaamisen johtamiseen liittyviä

teemoja voidaan tunnistaa hoitotyöntekijöiden lääkehoidon toteuttamista ikääntyneiden hoidossa käsittelevistä tutkimuksista?

2.2.1 MENETELMÄT

HAKUSTRATEGIA

Tiedonhaku tehtiin Medline/PubMed ja CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) -tietokannoista helmikuussa 2023. Hakulausekkeet muodostettiin yhdistämällä keskeiset hakusanat ikääntyneiden hoito, lääkehoidon osaaminen ja hoitotyöntekijä synonyymeineen ja lähikäsitteineen Boolean operaattoreilla. Hakulausekkeessa on mukana myös lääkehoidon osaamisen johtamista kuvaava hakusana, mutta tulosten niukkuuden takia, haku tehtiin laajempaan ja osaamisen johtamisen hakusanan vaihtoehdona ovat lääkehoidon osaamista kuvaavat hakusanat. Hakulauseketta muokattiin vastaamaan tietokantojen erityispiirteisiin, ja myös tietokantojen omia asiasanoja hyödynnettiin hauissa. Hakulausekkeet tarkistutettiin kirjaston informaattikolla. Hakua rajattiin koskemaan suomen-, ruotsin-, ja englanninkielisiä vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita. Tiedonhaun yksityiskohdat on kuvattu liitetaulukossa (liite 1).

MUKAANOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT

Aineiston valinta perustui taulukon 1 mukaisiin mukaanotto- ja poissulkukriteereihin. Kiinnostuksen kohteena olivat artikkelit, jotka kuvaavat ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa tai kotihoidossa tapahtuvaa hoitajan toteuttamaan lääkehoitoa ja jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Artikkelin tuli käsitellä hoitotyöntekijän lääkehoidon osaamista. Katsauksen ulkopuolelle jätettiin sairaalassa tai perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa tapahtuva lääkehoito sekä muiden potilasryhmien lääkehoitoa käsittelevät artikkelit. Myös artikkelit, joissa lääkehoitoa toteutti potilas, omainen tai joku muu ammattilainen kuin lähi- tai sairaanhoitaja, rajattiin katsauksen ulkopuolelle. Aineistoksi kelpuutettiin tieteelliset ja vertaisarvioidut tutkimusartikkelit, jotka olivat saatavilla ilmaiseksi. Aineistoa ei valikoitu tutkimusasetelman tai metodologian perusteella.

Taulukko 1: Artikkelien mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Käsittelee sairaanhoitajan tai lähihoitajan toteuttamaa lääkehoitoa ja lääkehoidon osaamista.	Käsittelee potilaan itsensä tai muun ammattiryhmän (farmaseutti, lääkäri) tai omaishoitajan toteuttamaa lääkehoitoa.
Käsittelee ammattilaisen toimintaa ikääntyneiden säännöllisen hoivapalvelun piirissä.	Käsittelee jonkun muun potilasryhmän lääkehoitoa tai sairaalassa / perusterveydenhuollon vuodeosastolla tapahtuvaa lääkehoitoa.
Vertaisarvioitu tutkimusartikkeli. Kokoteksti saatavilla ilmaiseksi. Suomen-, ruotsin- tai englanninkielinen.	Kirjallisuuskatsaukset, mielipidekirjoitukset. Kokoteksti maksumuurin takana tai ei saatavilla. Muut kielet.

KIRJALLISUUDEN HAKUPROSESSI

Tietokantahauulla löytyi yhteensä 465 tutkimusta. Eniten viitteitä hakulauseke tuotti Medline-tietokantahaku (N=319). CINAHL-tietokannasta viitteitä löytyi 146. Viitteet siirrettiin Mendeley-viitteidenhallintajärjestelmään, jossa kaksoiskappaleiden poiston jälkeen jäljelle jäi 372 artikkelia. Viitteet käytiin läpi mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella. Otsikoiden perusteella valituista artikkeleista (N=110) luettiin abstraktit. Näiden artikkelien abstraktien perusteella lähempään tarkasteluun päätyi 30 artikkelia. Kokotekstien perusteella poissuljettiin vielä 9 artikkelia, joten lopulliseksi katsausaineistoksi jäi 21 artikkelia. Tiedonhaun ja artikkelien valinnan eteneminen on kuvattu kuviossa liitteessä 2.

2.2.2 TULOKSET

TUTKIMUSTEN KUVAUS

Aineistoksi valittiin 21 vertaisarvioitua tutkimusartikkelia aikaväliltä 1999-2022. Tutkimukset oli tehty Belgiassa (n=2), Australiassa (n=3), Ruotsissa (n=6), Suomessa (n=2), Yhdysvalloissa (n=2), Etelä-Afrikassa (n=2), Irlannissa (n=1), Etelä-Koreassa (n=1), Brasiliassa (N=1) ja Saksassa (n=1).

Valittujen tutkimusten joukossa oli laadullisia, määrällisiä ja lähestymistapoja yhdisteleviä monimenetelmätutkimuksia. Aineistoa tutkimuksissa oli kerätty havainnoimalla, valokuvaamalla, haastattelemalla, kyselylomakkeilla ja analysoimalla lääkehoidon vaaratapahtuma- ja hoitovirheraportteja. Erilaisia tutkittavia tai tiedonantajia olivat hoitotyön johtajat, sairaanhoitajat ja

lähihoitajat. Osassa tutkimuksista tutkittavien/tiedonantajien joukoissa oli myös muuta lääkehoidon toteuttamiseen osallistuva henkilöstöä, kuten hoiva-avustajia, sosiaaliohjaajia, lääkäreitä tai farmaseutteja. Koonti katsauksen artikkeleista on liitteenä (liite 3).

LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN JOHTAMISEEN LIITTYVÄT TEEMAT

Aineiston analyysin perusteella muodostettiin kaksi hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamiseen liittyvää teemaa. Analyysin teemat ovat 1) Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaamisen ja työn vaativuuden suhde sekä 2) Lääkehoidon osaamiseen ja erehtymisen riskiin yhteydessä olevat tekijät. Tulokset on esitetty liitetaulukossa (liite 4).

1) HOITOTYÖNTEKIJÄN LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN JA TYÖN VAATIVUUDEN SUHDE

Teema hoitotyöntekijän lääkehoidon osaamisen ja työn vaativuuden suhde muodostettiin neljästä alateemasta, jotka ovat Sairaanhoidajan työnkuva ja lääkehoidon osaaminen, Työn vaativuutta lisäävät tekijät, Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamispuutteet ja Lääkehoidon täydennyskoulutus. (Taulukko 2.)

Taulukko 2: Teeman Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaamisen ja työn vaativuuden suhde alateemat

Teema	1) Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaamisen ja työn vaativuuden suhde
Alateemat	<ul style="list-style-type: none"> • Sairaanhoidajan työnkuva ja lääkehoidon osaaminen • Työn vaativuutta lisäävät tekijät • Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamispuutteet • Lääkehoidon täydennyskoulutus

Sairaanhoidajan työnkuva ja lääkehoidon osaaminen

Sairaanhoidaja kantaa erityistä vastuuta lääkehoidosta ikääntyneiden hoidossa. Yksikön lääkehoidon toteuttamisen prosesseista vastaa yksi vastaava sairaanhoitaja, jolle muut sairaanhoitajat raportoivat (Kapborg ym. 1999). Sairaanhoidajan työnkuvan sisältö ja vastuut voivat kuitenkin olla epäselviä (Dilles ym. 2010, Johansson-Pajala ym. 2016) ja sairaanhoitajat joutuvat ajoittain työskentelemään osaamisensa ylittäen (Johansson-Pajala ym. 2016). Työn vastuullisuus ja vaativuus kasvavat jatkuvasti sairaanhoidajan roolissa erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin (Kapberg ym. 1999).

Sairaanhoitajat kokevat puutteita lääkehoidon osaamisessaan suhteessa työn vaativuuteen (Johansson-Pajala ym. 2016, Kapborg ym. 1999) ja haastaviin asiakastilanteisiin liittyvää kuormitusta on

enemmän sairaanhoitajilla kuin lähihoitajilla (Nicholson ym. 2022). Lääkärin konsultaatiomahdollisuus tuo turvaa sairaanhoitajalle (Johansson-Pajala 2016). Lääkäreillä voi kuitenkin olla puutteellinen osaamisen geriatristen ja muistisairaiden potilaiden lääkehoidosta, mikä lisää sairaanhoitajien vastuuta potilaasta. Lisäksi potilaalla voi olla useita lääkärikontakteja, jolloin kokonaisvastuu lääkehoidon jatkuvuudesta jää sairaanhoitajalle. (Johansson-Pajala ym. 2016, Wellard ym. 2012.)

Ikääntyneiden hoidossa sairaanhoitaja on vastuussa suuresta määrästä potilaita (Bielsten ym. 2022, Johansson-Pajala ym. 2016). Lisäksi sairaanhoitajat kantavat vastuuta muun henkilöstön lääkehoidon osaamisesta ja heillä on paljon toimistotöitä (Johansson-Pajala 2016). Kotihoidossa sairaanhoitajan aikaa kuluu lääkitystietojen selvittämiseen (Bielsten ym. 2022, Holmqvist ym. 2018), mikä vähentää potilaan tarkkailuun käytettävissä olevaa aikaa (Johansson-Pajala 2016). Sairanhoitaja joutuu perustamaan lääkehoitoon liittyvää päätöksentekoaan myös muiden ammattilaisten havaintoihin, jolloin sairaanhoitajalle muodostuu välikäden rooli lääkärin ja muun henkilöstön välille (Johansson-Pajala ym. 2016). Sairanhoitajan on pakko delegoida lääkehoidon toimintoja muulle henkilöstölle, jotta potilaat saavat lääkkeitä ajallaan (Bielsten ym. 2022, Johansson-Pajala ym. 2016). Ilta- ja yövuorossa lääkehoitoa delegoidaan enemmän avustavalle henkilöstölle (Nicholson ym. 2022).

Lääkehoitoon liittyvien tehtävien delegoinnista ei aina ole kirjallisia ohjeita, työnjako on epäselvä ja vaihtelee yksikkökohtaisesti (Kapborg ym. 1999). Sairanhoitajia on kritisoitu delegoinnista (Kapborg ym. 1999), koska avustavalla henkilökunnalla ei ole riittävää osaamista lääkkeiden vaikutuksen ja fysiologian yhteyden ymmärtämiseen (Bengtsson ym. 2021, Johansson-Pajala ym. 2016, Kapborg ym. 1999). Sosiaalihuollon lähijohtajat voivat painostaa sairaanhoitajia delegointiin, vaikka uudet työntekijät eivät vielä ole ehtineet perehtyä työhön ja lääkehoidon osaamista ei ole varmistettu (Bielsten ym. 2022). Lääkehoitoon liittyviä tehtäviä saatetaan delegoida omaisille tai avustavalle henkilökunnalle ilman, että osaamista varmistetaan (Kapborg ym. 1999). Sosiaalihuollon ammatillaiset (non-licensed staf) tarvitsisivat lisää koulutusta, jotta voivat arvioida tilannekohtaisia riskejä, vaikka sairaanhoitaja kantaakin kokonaisvastuun (Bengtsson ym. 2021).

Työn vaativuutta lisäävät tekijät

Ikääntyneiden lääkehoidon toteuttamisen osaamisvaatimukset kasvavat jatkuvasti. Ikääntyneiden hoidossa toteutetaan yhä vaativampaa lääkehoitoa, kuten kipupumppuhoitoa, laskimonsisäisiä antibiootteja ja Parkinson-lääkitystä keskuslaskimokatetriin. Riskinarviointi on tarpeen, koska kotona ei saavuteta sairaalaolosuhteiden kontrollia. Kotihoidon ja kotisairaalan vastuujako vaativamman lääkehoidon suhteen voi olla hämärtynyt. (Bielsten ym. 2022.) Hoitotyöntekijällä ei ole aina selvyyttä siitä, mitkä alueet lääkehoidon toteuttamiseen kuuluvat. Dillesin ym. (2010) tutkimuksessa havaittiin,

että 80 % hoitotyöntekijöistä koki lääkkeiden vaikutusten seuraamisen ja 76 % lääkkeiden haittavaikutusten havainnoinnin osaksi työtään.

Ikääntyneiden hoidossa potilaaseen liittyvinä lääkehoidon vaativuutta lisäävinä tekijöinä voidaan tunnistaa lääkkeitä kieltäytyminen (Dilles ym. 2010, Nicholson ym. 2022, Wellard ym. 2012) ja potilaan terveydentilaan liittyvät haasteet kuten muistisairaana potilaan käytöshäiriöt (Lemay ym. 2013), nielemisvaikeudet (Foroug ym. 2020, Motta ym. 2018, Wellard ym. 2012), diabetes (Wellard ym. 2012) sekä potilaat, joilla on ravintoletku (Motta ym. 2018).

Hoitajien lääkehoidon osaamispuutteet

Työn vaativuuden ja hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen välillä voidaan havaita epäsuhtaa. Hoitotyöntekijöillä on puutteita lääkehoidon tietopohjassa, kuten farmakologian (Dilles ym. 2010, Kapborg ym. 1999), ruoka-lääke ja lääke-lääke yhteisvaikutusten (Dilles ym. 2010, Lim ym. 2010) ja lääkkeiden haittavaikutusten (Dilles ym. 2010) osaamisessa. Hoitajien tiedot lääkehoitoon liittyvistä suosituksista ja sääntelystä vaihtelevat (Kapborg ym. 1999).

Osaamispuutteita tunnistetaan myös lääkkeiden oikeaoppisen murskaamisen (Foroug ym. 2020, Motta ym. 2018), näyttöön perustuvan tiedon hakutaidoissa (Foroug ym. 2020) sekä lääkehoitoon liittyvien seurantojen toteuttamisessa, kuten diabeteksen lääkehoidossa ja verensokerin seurannassa (Wellard ym. 2012). Kuitenkin verensokerin seuranta toteutui Nicholsonin ja Damonsin tutkimuksessa (2022) ennen insuliinin annostelua 96 % vastaajista eli melkein aina. Pulssia ja verenpainetta ei kuitenkaan aina tarkisteta ennen niiden hoitoon liittyvän lääkkeen annostelua. Pulssi tarkastetaan todennäköisemmin, jos siihen on saatu koulutus.

Myös hoitotyöntekijät itse kokevat osaamisvajetta lääkehoidon tiedoissa ja taidoissa. 36,7 % sairaanhoitajista, 28,6 % lähihoitajista ja 21,4 % hoiva-avustajista raportoivat heikot tai riittämättömät tiedot lääkkeiden vaikutuksista ja haittavaikutuksista (Nicholson ym. 2022). Sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisää osaamista lääkkeiden haittavaikutuksiin (Johansson-Pajala ym. 2016), hoidon diagnostiikkaan (Johansson-Pajala ym. 2016) ja psykiatrisiin (Kapborg ym. 1999) liittyen. Kuitenkin sairaanhoitajat tunsivat antipsykoottien riskit lähihoitajia paremmin (Lemay ym. 2013). Laksatiivi- ja antipsykoottihoitojen hallinta ja lopettaminen kuvattiin haastavina hallita (Timmons ym. 2021).

Läkehoidon toteuttamiseen liittyvistä taidoista hoitotyöntekijät yksilöivät tarvitsevansa lisää osaamista lääkkeiden annosteluun mukaan lukien ruiskupumppujen käyttöön ja lääkkeenotossa avustamiseen liittyen (Timmons ym. 2021). Hoitotyöntekijät eivät aina saa riittävää koulutusta

lääkkeiden antamisesta ravintoletkuun ja jokainen toteuttaa tätä omalla tavallaan (Bobbo Motta ym. 2018). Härkäsen ym. (2021) tutkimuksessa lääkehoidon vaaratapahtuman taustalla oli se, että hoitotyöntekijä ei osannut käyttää insuliinikynää.

Lääkehoidon täydennyskoulutus

Aineistossa hoitotyöntekijöiden lääkehoidon täydennyskoulutus kuvataan puutteelliseksi, eikä vakiintuneita täydennyskoulutuskäytäntöjä ei ole luotu ikääntyneiden hoidossa.

Täydennyskoulutuksen tarve vaihtelee yksiköittäin (Timmons ym. 2021) ja täydennyskoulutukseen on käytettävissä rajalliset resurssit (Johansson-Pajala ym. 2016). Lääkehoidon koulutus yksiköissä on riittämätöntä (Kapborg ym. 1999), sitä ei ole aina tarjolla kaikille (Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022) tai sitä tarjotaan harvoin (Nicholson ym. 2022). Timmonsin ym. (2021) tutkimuksessa 41 % hoitotyöntekijöistä oli saanut täydennyskoulutusta lääkehoitoon liittyen ja Nicholsonin ym. (2022) mukaan lähihoitajat (28,6 %) raportoivat puutteellista koulutusta useammin kuin sairaanhoitajat (11,7 %). Viimeisestä koulutuksesta kulunut aika oli voimakkaasti yhteydessä siihen, kokiko hoitotyöntekijä tietonsa heikoksi tai riittämättömäksi, mutta myös taitoihin, kuten siihen osasiko hän lääkelistan päivittämisen käytännöt (Nicholson & Damons 2022).

Lääkehoidon täydennyskoulutuksen tarjoamisella voidaan todeta olevan hyötyjä. Koulutus sitouttaa turvallisiin käytäntöihin lääkehoidossa ja estää suosituksista poikkeamista. Koulutus auttaa työn organisoinnissa (Sefidani Forough ym. 2020). Lääkehoidon koulutusinterventiolla voidaan lisätä hoitajan ikääntyneiden lääkehoitoon liittyviä tietoja, herkkyyttä lääkehoidon tarkkailuun ja tietoisuutta lääkehoidon riskeistä. Lääkehoidon koulutusinterventio lisää hoitajien herkkyyttä raportoida lääkehoitoon liittyviä havaintoja lääkärille (Lim ym. 2010).

Hoitajat kokevat lääkehoidon täydennyskoulutuksen hyödylliseksi työnsä kannalta (Lim. ym. 2010) ja ovat kiinnostuneita osallistumaan lääkehoidon täydennyskoulutukseen (Lemay ym. 2013). Lemaysin ja kumppaneiden (2013) tutkimuksessa suurin osa (83 %) hoitotyön johtajista piti hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa kouluttamista dementiaa sairastavien käytöshäiriöiden hoitoon tärkeänä. Puolet johtajista piti lääkehoidon toteuttamiseen, lääkkeiden haittavaikutuksiin ja yhteisvaikutuksiin liittyvää tietoa hoitotyöntekijöille relevanttina. Lääkehoidon täydennyskoulutusta voisi hoitotyön johtajien mielestä pitää farmaseutti (Sefidani Foroug ym. 2020).

2) HOITOTYÖNTEKIJÄN LÄÄKEHOIDON OSAAMINEN JA EREHTYMISEN RISKIIN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Teeman hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen ja erehtymisen riskiin yhteydessä olevat tekijät muodosti neljä alateemaa, jotka ovat Hoitotyöntekijään ja työtapoihin liittyvät tekijät, Osaavan henkilöstön riittävyys ja resursointi, Organisaatio ja yhteistyö ja Virhetilanteet lääkehoidon toteuttamisessa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3: Teeman Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen ja erehtymisen riskiin yhteydessä olevat tekijät

Teema	2) Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen ja erehtymisen riskiin yhteydessä olevat tekijät
Alateemat	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitotyöntekijään ja työtapoihin liittyvät tekijät • Osaavan henkilöstön riittävyys ja resursointi • Organisaatio ja yhteistyö • Virhetilanteet lääkehoidon toteuttamisessa.

Hoitotyöntekijään ja työtapoihin liittyvät tekijät

Hoitotyöntekijän heikko motivaatio ja vastuunotto lisäävät erehtymisen mahdollisuutta lääkehoidon toteuttamisessa (Dilles ym. 2010). Karttusen ym. (2020) tutkimuksessa havaittiin, että hoitotyöntekijät poikkeavat suosituksista tietoisesti lääkehoitoa toteuttaessaan. Suosituksista poiketaan liittyen lääkkeiden ja murskaamiseen, potilaan henkilöllisyyden varmistamiseen, muokatun lääkkeen antamiseen, antojankohdan noudattamiseen, lääkkeen antamisessa suhteessa ruokaan, lääkkeenoton varmentamiseen, antoiheen arviointiin, lääkevasteen seurantaan ja kirjaamiseen.

Riskikohdat liittyvät myös työn luonteeseen, työskentelytapoihin tai työympäristöön. Lääkehoidon virheille altistavat puuttuvat kaksoistarkistukset (Kapborg ym. 1999, Karttunen ym. 2020, Strube-Lahmann ym. 2022). Kaksoistarkistuksen suorittaminen nostaa virheettömän työskentelyn mahdollisuuden kolminkertaiseksi (Strube-Lahmann ym. 2022). Nicholsonin ja Damonsin (2022) tutkimuksessa havaittiin kuitenkin, että 31 % hoitotyöntekijöistä ei tarkastanut valmiiksi jaettuja lääkkeitä ennen niiden antamista potilailla.

Lääkehoidon virheille altistavat myös puutteelliset rutiinit, puutteellinen kirjaaminen. (Kapborg ym. 1999) ja hoitotyöntekijän stressi (Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022). Holqvistin ja kumppaneiden (2018) havainnointitutkimuksessa riskikohtana tunnistettiin se, että hoitajat tekevät muita asioita samaan aikaan lääkehoidon toimintojen, kuten lääkkeiden antamisen ja jakamisen,

kanssa. Virheille altistavat myös muuttuvat ja vieraat työtehtävät (Kapborg ym. 1999) ja keskeytykset lääkkeenantokierroilla (Wellard ym. 2012, Holmqvist ym. 2018). Huonoksi koettu työympäristö on yhteydessä suurempaan lääkityspoikkeamien määrään kuin hyväksi koettu työympäristö (Choi ym. 2021).

Virheille altistaa niin ikään hoitotyöntekijän vanhentunut lääkehoidon osaaminen (Nicholson ym. 2022). Koulutus voi kuitenkin toimia suojauksena. Strube-Lahmanin ja kumppaneiden (2022) tutkimuksessa havaittiin, että ne hoitotyöntekijät, jotka olivat saaneet lääkehoidon koulutusta kahden vuoden sisällä, tekivät vähemmän virheitä lääkehoidossa kuin ne, joiden lääkehoidon koulutuksesta oli yli kaksi vuotta. Virheettömän lääkehoidon toteuttamisen mahdollisuus jopa kaksinkertaistuu niillä hoitajilla, jotka ovat saaneet lääkehoidon koulutusta kahden vuoden sisällä. Sairaanhoidajien jatkokoulutuksella ei kuitenkaan ole havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä lääkityspoikkeamien määrään (Choi ym. 2021). Ammatillinen koulutus tai työkokemus ei ollut yhteydessä siihen, miten hyvin hoitotyöntekijä arvioi toteuttavansa lääkehoitoa (Karttunen ym. 2020).

Hoitotyöntekijän itsearvio vahvasta lääkehoidon osaamisesta on yhteydessä parempaan lääkehoidon toteuttamiseen käytännössä. Karttunen ym. (2020) osoittivat, että mitä paremmin hoitotyöntekijä hallitsee farmakologian, infektioiden torjunnan ja lääkelaskennan tietoperustat ja taidot, sitä paremmin hän arvioi toteuttavansa lääkehoitoa. Tutkimuksessa havaittiin myös, että vanhemman ikäryhmän hoitajat toteuttivat lääkehoitoa huolellisemmin kuin nuoremmat ikäryhmät tarkasteltaessa lääkkeiden käyttökuntoon saattamista, lääkkeiden antamista, tarkistuksia ja potilasohjausta. Hoitajan huolellisuutta lisäsi myös se, jos hän antoi lääkkeitä potilaille harvemmin kuin kolme kertaa viikossa.

Osaavan henkilöstön riittävyys ja resursointi

Ikääntyneiden hoidossa tilapäisten henkilöstöratkaisujen yhteys lääkehoidon vaaratapahtumiin on voitu tunnistaa tutkimuksissa. Lääkehoitoa toteuttavilla sijaisilla ei aina ole riittävää lääkehoidon osaamista (Bielsten ym. 2022, Härkänen ym. 2020, Schildmeijer ym. 2019, Sefidani Foroug ym. 2020), lääkehoidon perehdytystä tai suoritettua lääkelupaa (Härkänen ym. 2020). Tilapäinen henkilöstö ei aina tunne potilaan erityistarpeita, mikä voi vaikeuttaa lääkehoidon seurantaa (Schildmeijer ym. 2019, Sefidani Forough ym. 2020). Lääkehoidon osaaminen on todettu puutteelliseksi myös vastavalmistuneilla työntekijöillä (Sefidani Foroug ym. 2020) ja lääkityspoikkeamailmoitusten analyyseistä on voitu tunnistaa myös opiskelijan tekemiä lääkitysvirheitä, jolloin opiskelijan ohjaus on ollut puutteellista (Härkänen ym. 2020).

Resurssivajeen syiksi on tunnistettu hoitajapula ja lisääntynyt työmäärä ikääntyneiden hoidossa (Dilles ym. 2010, Härkänen ym. 2020, Nicholson ym. 2022). Työnantaja voi kuitenkin pitää resurssit pieninä

myös kustannussyistä (Kapborg ym. 1999) ja niukka resursointi voi olla normaali käytäntö, kuten se, että sairaanhoitaja on vastuussa suuresta määrästä potilaita (Johansson-Pajala ym. 2016, Kapborg ym. 1999) ja että, lääkkeenantokierrosta on vastuussa yksi hoitotyöntekijä (Nicholson ym. 2022, Wellard ym. 2012). Resurssivaje aiheuttaa hoitotyöntekijöille kiirettä (Dilles ym. 2010, Härkänen ym. 2020, Nicholson ym. 2022) ja aikapaine kuormitusta ja stressiä (Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022, Sefidani Foroug ym. 2020, Wellard ym. 2012). Nicholson ym. (2022) havaitsivat, että työmäärään liittyvää kuormitusta on enemmän lähihoitajilla kuin sairaanhoitajilla.

Kiire altistaa virheille (Härkänen ym. 2020, Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022) ja ajaa poikkeamaan suosituksista (Karttunen 2020, Sefidani Foroug ym. 2020). Resurssivaje lisää delegointia avustavalle henkilökunnalle ja omaisille (Bengtsson ym. 2021, Johansson-Pajala ym. 2016, Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022). Lääkehoidon toimintoja delegeitaessa riskinä tunnustetaan kielimuuri (Bielsten ym. 2022). Choi ym. (2021) havaitsivat, että jokainen lisätty vastuupotilas sairaanhoitajaa kohti lisää myös lääkityspoikkeamien määrä (Choi ym. 2021). Johtaja voi helpottaa kiirettä osallistamalla lääkehoidon toteuttamiseen ja toimimalla hoitotyöntekijöiden päätöksenteon tukena (Sefidani Foroug ym. 2020). Annosjakelu vähentää stressiä hoitajilla ja vähentää käyntien tarvetta tuetussa palveluasumisessa (Kapborg ym. 1999). Toisaalta annosjakelu vieraannuttaa lääkehoidosta, koska silloin sairaanhoitaja jakaa harvemmin lääkkeitä itse (Johansson-Pajala ym. 2016).

Organisaatio ja yhteistyö

Juurisyys hoitotyöntekijöiden lääkehoidon toteuttamisen poikkeamiin voi olla myös organisaation rakenteissa. Bengtsson ym. (2021) totesivat MTO-juurisyysanalyysin perusteella, että lääkehoidon toteuttaminen ja erityisesti lääkkeiden antaminen ikääntyneiden hoidossa on yleisesti ottaen riskialtista. Lääkehoidon osaamisen johtamista ikääntyneiden hoidossa on kritisoitu. Toimintatavat on kuvattu väljiksi ja omavalvontaa ja tarkastusmenettelyjä puutteellisiksi (Kapborg ym. 1999). Nicholson ja Damonsin (2022) tutkimuksessa 27,6 % hoitotyöntekijöistä raportoi, ettei heille ole osoitettu, milloin lääkehoitosuunnitelmaa ja lääkehoidon ohjeistuksia tulisi lukea ja 13,8 % kuvasi, että ovat lukeneet nämä asiakirjat vain työsuhteen alussa.

Potilastietojärjestelmät eivät aina mahdollista ajantasaisen lääkitystiedon siirtymistä sairaalasta hoivayksikköön (Schildmeijer ym. 2019) tai niissä ei ole lääkehoidon toteuttamisen kannalta relevantteja toimintoja (Wellard ym. 2012). Puutteellinen tiedonkulku on riski ikääntyneiden lääkehoidon toteutumiselle (Bielsten ym. 2022, Kapborg ym. 1999, Wellard ym. 2012). Wellard ym. (2012) totesivat, että potilastietojärjestelmä ei aina mahdollista selkeää verensokerin seuranta ja siihen liittyvää tiedonkulkua. Hoitotyöntekijät kokevat sen, että heillä ei ole käytössään ajantasaisia lääkitystietoja, esteenä turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle (Dilles ym. 2010). Lääkitystiedon

epäselvyydet altistavat virheille (Bielsten ym. 2022, Dilles ym. 2010, Schildmeijer ym. 2019) ja tietojen selvittäminen on aikaa vievää luoden kiirettä (Bielsten ym. 2022, Holmqvist ym. 2018). Hoitajilla ei ole myöskään aina käytössään luotettavia lääkitystiedon lähteitä (Sefidani Foroug ym. 2020) tai konsultointimahdollisuuksia (Dilles ym. 2010).

Puutteellinen tiedonkulku voi johtua myös katkoksista ammattilaisten välillä. Lääkärien vaihtelevat hoitokäytännöt (Wellard ym. 2012), useat lääkärikontaktit ja kokonaisvastuun epäselvyys (Wellard ym. 2012) voivat aiheuttaa lääkitystiedon epäselvyyksiä. Myös työyhteisön konfliktit lisäävät kuormitusta ja kasvattavat virheriskiä lääkehoidon toteuttamisessa (Nicholson ym. 2022).

Virhetilanteet lääkehoidon toteuttamisessa

Tutkimustulokset lääkehoitoon liittyvistä virhetilanteista vaihtelevat. Vaaratapahtumailmoitusten mukaan yleisin virhe on, että lääke jää antamatta (Kapborg ym. 1999, Pierson ym. 2007) ja tämä on niin yleistä, että virhettä ei aina raportoida (Kapborg ym. 1999). Kapborg ym. (1999) totesi, että vaaratapahtumailmoitusten perusteella yleisin lääkkeen antoon liittyvä virhe on väärä annos ja yleisin virhe delegoitaessa on, että potilaalle annetaan väärä lääke tai väärä vahvuus. Nicholson ym. (2022) tarkasteli asiaa keräämällä aineiston hoitotyöntekijöiltä kyselylomakkeella. Hoitajien raportoimina yleisimmät lääkepoikkeamat olivat, että lääkkeen anto, antoaihe, antamatta jättämisen syy tai annettu lääkemäärä jää kirjaamatta, lääkemuutos jää päivittämättä lääkelistalle tai, että tarvittaessa annosteltava lääke jää antamatta. Holmqvistin ym. (2018) havainnointitutkimuksessa virheitä ja läheltä piti -tilanteita havaittiin useimmin, kun lääkkeitä jaettiin potilaskohtaisiin annoksiin.

Lääkehoidon virheiden yleisyyteen ikääntyneiden hoidossa viittaisi se, että Nicholsonin & Damonsin (2022) tutkimuksessa 82,9 % hoitajista oli havainnut vanhentuneita lääkelistoja, väärin jaettuja tai vanhentuneita lääkkeitä. Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamispuitteita (Pierson ym. 2007) ja yksikön riskilääkkeitä (Härkänen ym. 2020) voidaan tunnistaa lääkehoidon vaaratapahtumailmoitusten tarkastelussa. Lääkehoidon vaaratapahtumailmoituksia ei kuitenkaan aina tehdä. Lääkityspoikkeamia ei usein raportoida ajanpuutteen takia ja vasta toistuvat virheet johtavat toimenpiteisiin, koska sairaanhoitajalla ei ole aikaa ilmoitusten käsittelyyn (Bengtsson ym. 2021). Virheiden esiintuomista voidaan vältellä myös seurausten pelossa (Motta ym. 2018).

2.3 TUTKIMUSTEN LAADUNARVIOINTI

Tähän integroivaan kirjallisuuskatsaukseen valittiin erilaisin lähestymistavoin ja tutkimusasetelmin tehtyjä tutkimuksia. Tästä syystä katsauksen laadunarviointii valittiin Mixed Methods Appraisal Tool

(MMAT, versio 2018), joka on suunniteltu erilaisia tutkimustyyppejä kattaville systemaattisille katsauksille. MMAT sisältää kysymyslistoja, joiden avulla on mahdollista arvioida kriittisesti laadullisia, määrällisiä ja monimenetelmätutkimuksia. Lisäksi työkalussa on kaksi yhteistä johdattelevaa kysymystä, joilla voidaan kartoittaa työkalun sopivuutta kyseisen alkuperäistutkimuksen arviointiin. MMAT on tarkoitettu empiiristen tutkimusten arviointiin eikä se sovellu teoreettisen tutkimuksen tai katsausartikkelien arviointiin. (Hong ym. 2018.)

MMAT-arviointityökalun laatinut työryhmä kannustaa pelkän pistelaskun sijasta laatutekijöiden syvällisempään analysointiin ja kuvaukseen. Laadunarvioinnilla ei tavoitella erilaisten alkuperäistutkimusten arvottamista, eikä enemmän heikkouksia omaavia artikkeleita suositeta suljettavan katsauksen ulkopuolelle. (Hong ym. 2018.) Tässä katsauksessa kukin alkuperäistutkimus arvioitiin sen metodologiaan sopivan arviointilistan kysymysten avulla. Mikäli Kyllä-vastausta ei ole jostain kysymyksestä voitu antaa, on laatuun vaikuttavia tekijöitä kuvattu sanallisesti perustellen artikkelit kokoavassa liitetaulukossa 3. Laadunarvioinnin luotettavuutta olisi lisännyt toisen arvioijan tuki, mutta aikataulullisista syistä on laadunarvioinnin tässä katsauksessa tehnyt tutkija yksin.

Yleisesti ottaen valitut tutkimukset olivat kohtalaisen laadukkaita ja 18/21 tutkimusta sai viisi, kuusi tai täydet seitsemän Kyllä-vastausta. Syynä laadun heikkenemiseen oli useimmin tutkittavien tai tiedonantajien pieni otoskoko, matala vastausprosentti tai suuri kato. Tällöin tulosten siirrettävyys tai yleistettävyys kärsivät. Vertailevissa tutkimuksissa osallistujia ei aina satunnaistettu tutkimusryhmiin tai taustatekijöiden vaikutusta tuloksiin ei tarkasteltu. Tarkastelussa olleiden koulutusinterventioiden pilottitestausta ei aina suoritettu tai se toteutettiin hyvin pienimuotoisesti. Tutkittavat ilmiöt saattoivat olla myös hyvin monitahoisia, jolloin kyselylomakkeisiin jouduttiin tekemään rajauksia. On siis mahdollista, että jotkut näkökulmat kadotettiin tai niiden painoarvo väheni. Yhtä tutkimusta lukuun ottamatta tutkimuksen laatuun vaikuttavia vahvuuksia ja heikkouksia oli pohdittu ja raportoitu julkaisussa.

3 TUTKIMUKSEN TARJOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamista ikääntyneiden hoidossa hoitotyön johtajan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on saada syvälinen ymmärrys lääkehoidon osaamisen johtamisen kokemuksesta ja toiminnoista, joilla yksikön johtaja varmistaa hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen ikääntyneiden hoidossa.

Aihetta lähestytään seuraavan tutkimuskysymyksen avulla. Minkälaista on hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtaminen ikääntyneiden hoidossa hoitotyön johtajan kuvaamana?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 TUTKIMUSASETELMA

Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen. Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamista ei ole aikaisemmin tutkittu hoitotyön johtajien näkökulmasta ja induktiivinen lähestymistapa mahdollistaa johtamisen kokemuksen ja siihen vaikuttavien tekijöiden ymmärtämisen. (Gray & Grove 2021.)

Tutkimusasetelmana on kuvaileva poikkileikkaustutkimus, jossa ikääntyneiden säännöllistä palvelua tarjoavien yksiköiden johtajia haastatellaan etäratkaisuin toteutetulla teemahaastattelulla.

Tiedonantajat valitaan harkinnanvaraisella otannalla. Aineisto analysoitiin induktiivisella temaattisella analyysillä (Braun & Clarke 2006).

4.2 TUTKIMUKSEN TIEDONANTAJAT JA REKRYTOINTIPROSESSI

Tutkimuksen tiedonantajina olivat ikääntyneiden hoivayksiköiden johtajat (N=7). Ikääntyneiden hoivayksiköiden johtajia kutsuttiin mukaan tutkimukseen Tehyn Akateemiset, Esimiehet ja Johtajat (2022) ja Gerontologinen hoitotyö (2022) -Facebook-ryhmistä sekä Akavan sairaanhoitajat ja TaJa (Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat) ry:ksi. (2022) jäsenrekisterin kautta. Lupa rekrytointiin pyydettiin ryhmien ylläpitäjiltä kirjallisena Messenger-viestillä 24.8.2022 ja rekisterin yhteishenkilöltä sähköpostitse 9.11.2022.

Tiedonantajia haettiin kirjoittamalla Facebook-ryhmän seinälle ilmoitus elokuussa 2022, jossa annettiin tietoa tutkimuksesta ja siitä, millaisia tiedonantajia tähän tutkimukseen haetaan. Rekrytointi rekisterin kautta tapahtui jäsenkirjeen välityksellä marraskuussa 2022, jossa oli kutsuviesti tutkimukseen. Tutkimukseen ilmoittauduttiin sähköpostilla tai Facebookin viestitoiminnon kautta. Tutkimuskutsua Facebook-ryhmissä toistettiin kaksi kertaa syys- ja marraskuussa 2022.

Tutkimukseen mukaan otettiin ikääntyneiden säännöllistä palvelua tuottavien hoivayksiköiden johtajia, joiden alaisuudessa työskentelee säännöllisesti lääkehoitoa toteuttavia hoitotyöntekijöitä (sairaanhoitajia ja lähihoitajia). Tutkimukseen osallistuvalla johtajalla 1) oli vähintään vuoden mittainen työkokemus esihenkilötehtävästä ja 2) hänen työnkuvaansa kuului hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtaminen. Tiedonantajia pyrittiin rekrytoimaan erilaisista ikääntyneiden säännöllisen hoivapalvelun yksiköistä sekä julkisen että yksityisen palveluntuottajan organisaatioista kokonaisvaltaisen ja rikkaan ymmärryksen saavuttamiseksi. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin sairaaloiden ja terveysasemien vuodeosastot. Mukaanottokriteerit täyttävälle tiedonantajille toimitettiin

sähköpostilla sähköinen tiedote tutkittavalle (liite 5). Tutkimukseen ilmoittautuneiden kanssa sovittiin haastatteluaika sähköpostin välityksellä.

4.3 AINEISTON KERUU

Aineisto kerättiin yksilöhaastattelulla elokuun ja marraskuun 2022 välisenä aikana. Teemahaastattelu valittiin menetelmäksi, koska aihetta on tutkittu vähän, jolloin vastauksia olisi vaikea sitoa valmiisiin vastausvaihtoehtoihin (Hirsijärvi & Hurme 2022). Teemahaastattelurunko kehitettiin integroivan kirjallisuuskatsauksen pohjalta (Halttunen 2021) ja se on tämän tutkimusraportin liitteenä (liite 6).

Haastattelut toteutettiin Zoom-verkkokokoustyökalua hyödyntäen. Etähaastattelu valittiin, koska se mahdollistaa kiireisten yksiköiden johtajien tavoittamisen joustavasti sekä paikkaan liittyvistä rajoitteista vapautumisen (Irani 2019). Ensimmäiset haastattelut (1 ja 2) toimivat pilottitutkimuksena ja niiden aikana teemahaastattelurunko (liite 6) todettiin toimivaksi. Videokokoushaastattelut tallennettiin Turun yliopiston Seafile-pilvipalveluun, jolloin aineistoon voitiin palata myöhemmin. Haastattelut toteutettiin haastateltavan ja tutkijan sopimana ajankohtana. Tapaamiseen varattiin aikaa yksi tunti, joka oli riittävä.

Haastatteluissa kaikille tiedonantajille esitettiin samat kysymykset. Haastateltavat kuitenkin kuvasivat lääkehoidon osaamisen johtamista varsin vapaalla kerronnalla. Tutkija kysyi tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä ja veti yhteen vastausten keskeistä sisältöä keskustelun lomassa. Jos kysymys oli haastava, tutkija selvensi, mitä sillä tarkoitettiin poimimalla esimerkkejä tiedonantajan aikaisemmin kertomista asioista.

4.4 AINEISTON ANALYYSI

Aineisto koostui tallennetuista videokokoushaastatteluista kuvalla ja äänellä. Zoom aineisto tallentuu mp4-muotoisena video- ja m4a-muotoisena äänitiedostona. Aineisto analysoitiin induktiivisella temaattista analyysillä (Braun & Clarke 2006) syyskuun 2022 ja maaliskuun 2023 välisenä aikana. Ensin videoaineistoon tutustuttiin katsomalla haastattelut. Sitten äänitiedostot litteroitiin hyödyntäen Microsoft Word online-tekstinkäsittelyohjelman litterointitoimintoa. Ohjelman litteroiman tekstin oikeellisuus tarkistettiin ja muokattiin manuaalisesti haastatteluvideoiden perusteella. Myös mahdollinen sanaton viestintä kirjattiin tekstiin sulkeissa (*esim. tiedonantaja kohauttaa olkiaan*).

Seuraavaksi litteroitu tekstiaineisto koodattiin systemaattisesti poimimalla lääkehoidon osaamisen johtamista kuvaavia alkuperäisilmaisuja taulukkoon. Alkuperäisilmaisun keskeinen sisältöä kuvattiin lauseella tai muutaman sanan yhdistelmällä. Tässä vaiheessa ei tehty aineiston tulkintaa ja jokainen

asia koodattiin erikseen siten, että kaikki asiasisältö säilyi. Yksi tekstikohta saattoi saada yhden tai useita koodeja. (Braun & Clarke 2006, Taulukko 4.)

Taulukko 4: Esimerkki litteroidun tekstiaineiston koodauksesta

Alkuperäisilmaus	Koodi
"Sen lisäksi meillä on käytössä tällaiset niinku lääkehoitoklinikat koko (<i>organisaatiossa</i>). Joihin toki saa ilmoittautua vapaaehtoisestikin, mutta minä myöskin ilmoittelen sinne sitten ihmisiä sen mukaan, jos musta näyttää siltä, että nyt esimerkiksi tietyn tyyppiset poikkeamat niin kun toistuu, niin sitten tavallaan hankitaan sitä kautta sitä lisää lisäkoulutusta, että noista lääkehoitopoikkeamista oppiminen on varmasti yks semmoinen mitä viikottain käydään tiimipalaverissa läpi."	1) Omaa lääkehoidon osaamista voi kehittää vapaaehtoisesti. 2) Johtaja voi ohjata hoitotyöntekijän täydennyskoulutukseen. 3) Lääkehoidon poikkeamista voidaan oppia. 4) Lääkehoitopoikkeamia seurataan ja ne käydään läpi viikoittain.

Koko aineistosta muodostettiin yhteensä 486 koodia. Seuraavaksi koodeista etsittiin yhtäläisyyksiä ja koodeja järjesteltiin yhdistellen niitä alateemoiksi taulukon avulla (Taulukko 5).

Taulukko 5: Esimerkki alateemojen muodostamisesta.

Koodi	Alateema
Työkokemus lisää herkkyyttä tunnistaa yhteisvaikutuksia ja muita hälytysmerkkejä.	Työkokemuksen merkitys
Lähihoitajan lääkehoidon osaaminen voi olla vanhentunutta.	
Hoivakodissa työskennelleellä lähihoitajalla ei välttämättä ole kokemusta lääkkeiden jakamisesta.	
Hoivakodissa työskennelleellä lähihoitajalla ei välttämättä ole kokemusta insuliinin pistämisestä.	
Hoivakodissa työskennelleellä lähihoitajalla ei välttämättä ole kokemusta insuliiniannoksen arvioinnista.	
Hoivakodissa työskennelleellä sairaanhoitajalla on ymmärrys insuliinihoidon toteuttamisesta.	

Alateemoja ryhmiteltiin edelleen alustaviksi teemoiksi, minkä jälkeen palattiin vielä alkuperäiseen aineistoon ja koodausta, teemojen muodostusta ja ryhmittelyä tarkistettiin ja hiottiin. Teemoille annettiin kuvaavat nimet. (Braun & Clarke 2006.)

Muodostettuja teemoja ryhmiteltiin edelleen pääteemoiksi (Taulukot 6-11). Pääteemat muodostavat analyysin tulokset, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Tulokset muodostavat kuvaukset hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisen toiminnoista ja kokemuksesta. (Braun & Clarke 2006.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 TIEDONANTAJIEN JA YKSIKÖIDEN KUVAUS

Tutkimuksen tiedonantajat (N=7) olivat 32-59-vuotiaita. Kuusi heistä oli naisia ja yksi mies. Kaikki vastaajat olivat pohjakoulutukseltaan sairaanhoitajia. Neljällä tiedonantajalla oli lisäksi ylempi korkeakoulututkinto, kuten sairaanhoitaja Yamk tai terveystieteiden maisterin tutkinto. Kahdella tiedonantajalla oli lisäksi toinen alempi korkeakoulututkinto, kuten tradenomi tai terveystieteiden kandidaatin tutkinto. Tiedonantajien esihenkilökokemus vaihteli 2,5 ja 10 vuoden välillä.

Kaikki tutkimuksen tiedonantajat toimivat ikääntyneiden säännöllistä palvelua tuottavat yksikön johtajina. Kuusi yksiköistä tuotti ikääntyneiden tehostettua palveluasumista ja yksi ikääntyneiden kotihoitoa. Kuusi yksiköistä oli yksityisen ja yksi julkisen palvelutuottajan omistuksessa. Yksiköiden koot vaihtelivat henkilöstömäärän suhteen 21-32 välillä ja asiakasmäärän suhteen 31-45 välillä. Asiakkaiden kuvattiin olevan pääosin yli 65-vuotiaita ikääntyneitä henkilöitä, mutta asiakkaiden joukossa oli myös muutamia nuorempia henkilöitä. Asiakasrakenteeseen kuului avuntarpeen suhteen erilaisia henkilöitä, kuten muistisairaita ja vammaisasiakkaita. Neljä yksikköä sijaitsi Varsinais-Suomessa, kaksi Uudellamaalla ja yksi Kanta-Hämeessä.

Johtajat kuvasivat, että kaikissa yksikössä on käytössä dosettijakelu. Lisäksi neljässä seitsemästä yksiköstä oli käytössä lisäksi koneellinen annosjakelu. Kaikissa yksiköissä lääkehoidon toteuttaminen oli rajattu hoitotyöntekijöiden eli lähihoitajien ja sairaanhoitajien tehtäväksi. Muu henkilöstö ei osallistunut lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkkeitä yksiköissä annosteltiin luonnollista tietä ja injektiona ihon alle tai lihakseen. Lisäksi yksikössä annosteltiin pkv-lääkkeitä, huumausaineeksi luokiteltuja valmisteita ja rokotteita. Tätä vaativampaa lääkehoitoa toteutti tarvittaessa kotisairaala.

5.2 KUVAUS HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN OSAAMISEN JOHTAMISEN TOIMINNOISTA JA KOKEMUKSESTA

Analyysin perusteella muodostettiin kuusi hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamista ikääntyneiden hoidossa kuvaavaa pääteemaa. Pääteemat ovat 1) Kokonaisvastuun kantaminen, 2) Lääkehoidon osaamisen varmistaminen, 3) Hoitotyöntekijöiden osaamisprofiilien tunnistaminen, 4) Lääkehoidon osaamisen vahvistaminen, 5) Lääkehoidon osaamisen arviointi ja 6) Lääkehoidon osaamisen johtamisen kokemus.

5.2.1 KOKONAISVASTUUN KANTAMINEN

Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisen toiminnot jakaantuvat yksikön johtajan ja yksikön sairaanhoitajien kesken. Tutkimukseen osallistuneet yksikön johtajat perustelivat tehtävien delegointia sillä, etteivät he itse osallistuneet hoitotyöhön ja asiakkaiden lääkehoidon toteuttamiseen. Riippui yksiköstä, olivatko toiminnot delegoitu yhdelle vastaavalle tai useammalla tiimivastaavalle tai lääkevastaavalle sairaanhoitajalle. Pääteeman kokonaisvastuun kantaminen muodostaa kaksi teemaa, jotka ovat Kokonaisvastuun kantaminen sairaanhoitajalle delegoiduista toiminnoista ja Yksikön lääkehoidon osaamisen valvonta (Taulukko 6).

Taulukko 6: Pääteema Kokonaisvastuun kantaminen teemat ja alateemat.

Pääteema	Kokonaisvastuun kantaminen	
Teema	Kokonaisvastuun kantaminen sairaanhoitajalle delegoiduista toiminnoista	Yksikön lääkehoidon osaamisen valvonta
Alateema	<ul style="list-style-type: none"> - Arjen lääkehoidon ja osaamisen seuranta - Arjen lääkehoidon ohjaus ja koordinointi - Lääkehoidon epäkohtien puheeksi otto - Vastuu riskialttiista ja vaativista lääkehoidon tehtävistä. - Vastuu lääkehoidon osaamisen kehittämisessä. - Vastuut lääkelupaprosessissa - Tehtävät lääkehoidon suunnittelussa 	<ul style="list-style-type: none"> - Sairaanhoitajan työn tuki ja mahdollistaja - Kokonaiskuvan hallinta - Osaamispuutteisiin puuttuminen

Sairaanhoitajalle delegoidut lääkehoidon osaamisen johtamisen toiminnot

Teeman Kokonaisvastuun kantaminen sairaanhoitajille delegoiduista toiminnoista alateemat ovat Arjen lääkehoidon ja osaamisen seuranta, Arjen lääkehoidon ohjaus ja koordinointi, Lääkehoidon epäkohtien puheeksi otto, Vastuu riskialttiista ja vaativista lääkehoidon tehtävistä, Vastuu lääkehoidon osaamisen kehittämisessä, Vastuut lääkelupaprosessissa ja Tehtävät lääkehoidon suunnittelussa. Johtajat kuvasivat sairaanhoitajan olevan "johtajan kätyri kentällä". Sairaanhoitajat suorittavat arjen lääkehoidon toteuttamisen omavalvontaa, jolloin yksikön hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen tilanteesta pysytään ajan tasalla. Sairaanhoitajat koordinoivat arjen lääkehoidon toteuttamista ja antavat tarvittaessa hoitotyöntekijöille ohjausta.

Sairaanhoitajat havainnoivat arjen lääkehoidon toteuttamista, ottavat havaitsemansa epäkohdat esille ja tuovat viestiä kehityskohdista yksikön johtajalle. Sairaanhoitaja pystyy puuttumaan ja reagoimaan osaamispuutteisiin liittyviin haasteisiin käytännön hoitotyöstä käsin. Sairaanhoitaja osallistuu lääkehoidon vaaratapahtumailmoitusten käsittelyyn ja tarvittaessa antaa palautetta hoitotyöntekijöille. Yksiköstä riippuen tiettyjä riskialttiita tai vaativia lääkehoidon tehtäviä oli rajattu sairaanhoitajan tehtäväksi. Tällaisina mainittiin lääkeinjektion pistäminen lihakseen, rokottaminen, asiakkaiden lääkelistan päivittäminen ja lääkemuutosten tekeminen asiakastietojärjestelmään.

Sairaanhoitajalle delegoidaan myös lääkelupaprosessiin ja lääkehoidon osaamisen kehittämiseen liittyviä tehtäviä. Lääkelupaprosessissa sairaanhoitaja valvoo hoitotyöntekijöiden lääkehoidon teoria- ja lääkelaskuosaamisen verkkokurssien tenttejä, ottaa vastaan käytännön osaamisen näyttöjä ja toimittaa kootun esityksen suorituksista lääkärille hyväksyttäväksi. Johtajien kuvausten perusteella riippuu sairaanhoitajan työkokemuksesta ja valmiuksista, suoriutuuko tämä delegoiduista tehtävistä itsenäisesti vai tarvitaanko lääkelupaprosessin läpiviemiseen johtajan tukea. Sairaanhoitajat osallistuvat lääkehoidon osaamisen kehittämiseen perehdyttämällä ja kouluttamalla hoitotyöntekijöitä lääkehoitoon liittyen. Sairaanhoitaja voi päivittää myös yksikön lääkehoitosuunnitelmaa, mikäli hänellä oli riittävä kielitaito.

Yksikön lääkehoidon osaamisen valvonta

Teema johtajan toiminnot lääkehoidon osaamisen johtamisessa muodostuivat alateemoista Tuki ja mahdollistaja, Kokonaiskuvan hallinta ja Osaamispuutteisiin puuttuminen. Yksikön johtaja tukee sairaanhoitajia delegoitujen lääkehoidon osaamisen johtamisen toimintojen suoriutumisessa. Johtaja osoittaa sairaanhoitajalle lääkehoidon osaamisen johtamisen vastuut ja kouluttaa tämän delegoituihin tehtäviin. Johtaja ja sairaanhoitaja käyvät lääkehoitoon liittyviä asioita läpi säännöllisesti. Tarvittaessa johtaja tsemppaa sairaanhoitajaa ja koordinoi tälle tarvittavat resurssit.

Yksikön johtajan vastuulla on varmistaa, että yksiköllä on ajantasainen lääkehoitosuunnitelma ja, että yksikön hoitotyöntekijöiden lääkeluvat ovat kunnossa. Yksikön lääkelupien kokonaiskuvaa ja voimassaoloa voidaan seurata esimerkiksi Excel-taulukon tai HR-järjestelmän avulla. Johtajat aikatauluttavat lääkelupaan kuuluvia suoritteita, kun lupia oli aika hankkia tai uusia. Vaikka lääkelupaprosessiin kuuluvien tenttien valvomiset on delegoitu sairaanhoitajan tehtäväksi, osallistuu johtaja tenttien valvomiseen tilanteissa, kun sairaanhoitajan työkokemus tai työtilanne ei sitä mahdollista. Johtajat myös ratkaisevat mahdolliset lääkelupien suorittamiseen liittyvät oppimisen haasteet ja haastatteluissa johtajat kertoivat, että he tarjoavat tarvittaessa hoitotyöntekijälle omaa apuaan asioiden opiskeluun. Johtaja hyväksyy lääkehoidon osaamisen varmistamisen kurssitodistukset allekirjoituksellaan.

Yksikön johtajat reagoivat yksikössä havaittuihin osaamispuutteisiin. Johtajat kuvasivat, että lääkehoidon osaamisen johtamiseen kuuluu jatkuvaa seurantaa. Johtaja puuttuu toistuviin virheisiin ja huolimattomuuteen lääkehoidossa. Virheisiin ja osaamispuutteisiin liittyen johtaja käy keskustelua hoitotyöntekijöiden kanssa ja viime kädessä johtajalla oli oikeus ohjata työntekijä uusimaan lääkelupaan liittyvät suoritukset.

5.2.2 LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN VARMISTAMINEN

Pääteeman Lääkehoidon osaamisen varmistamisen osalta muodostettiin kolme teemaa, jotka ovat Lääkelupaprosessin johtaminen, Näkemys lääkehoidon osaamisen varmistamisesta ja Näkemys lääkeluvan ja käytännön osaamisen suhteesta (Taulukko 7).

Taulukko 7: Pääteeman Lääkehoidon osaamisen varmistaminen teemat ja alateemat

Pääteema	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen		
Teema	Lääkelupaprosessin johtaminen	Näkemys lääkehoidon osaamisen varmistamisesta ja vaatimustasosta	Näkemys lääkeluvan ja käytännön osaamisen suhteesta
Alateema	<ul style="list-style-type: none"> - Lääkelupien suorittamisen koordinointi - Lääkehoidon teoriaosaamisen varmistaminen - Lääkehoidon käytännön osaamisen varmistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Näkemys teoriaosaamisen varmistamisesta - Näkemys teoriakurssien vaatimustasosta ja sisällöstä - Kielimuuri ja oppimisen haasteet - lääkehoidon teoriaosaamisen varmistamisessa 	<ul style="list-style-type: none"> - Näkemys lääkeluvan merkityksestä - Näkemykset lääkehoidon osaamisvaatimuksista

Lääkelupaprosessin johtaminen

Teeman Lääkelupaprosessin johtamisen alateemat ovat Lääkelupien suorittamisen koordinointi, Lääkehoidon teoriaosaamisen varmistaminen ja Lääkehoidon käytännön osaamisen varmistaminen. Johtajat kuvasivat yksikön lääkelupaprosessia varsin yhtenäisesti. Lääkehoidon toteuttaminen vaatii lääkehoidon vastuulääkärin myöntämää lääkelupaa. Lääkelupaa varten työntekijältä vaaditaan teoriaosaamisen kurssseja ja käytännön osaamisen näyttöjä. Lääkelupa on voimassa 5 vuotta. Lääkelupa on osoitus siitä, että hoitotyöntekijän osaamisen on varmistettu. Ilman lääkelupaa ei saa osallistua lääkehoidon toteuttamiseen missään tilanteessa.

Kaikissa johtajien kuvauksissa hoitotyöntekijän lääkehoidon teoriaosaaminen varmistetaan yhdistelemällä saman vakiintuneen palvelutarjoajan verkkokoulutuksia. Vaadittujen kurssien määrä ja sisältö kuitenkin vaihtelivat. Kaikissa yksiköissä lääkelupaa varten suoritetaan lääkehoidon osaamisen perusteet -kurssikokonaisuus, joka sisältää lääkehoidon teoriaa, lääkelaskuja ja pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavan lääkehoidon teoriaa. Joissain yksiköissä osaksi lääkelupaa vaadittiin lisäksi kivun lääkehoidon ja/tai ikääntyneiden lääkehoidon teoriaa käsitteleviä kurssseja. Joidenkin yksiköiden käytäntö oli, että tilapäinen henkilökunta suoritti lääkehoidon osaamisen perusteet ja vakituinen henkilökunta suoritti lisäksi ikääntyneiden lääkehoidon teoriakurssseja. Sairaanhoidajan lääkelupaan saatettiin vaatia rokottamisen teoriaosaamisen kurssi. Yksiköissä oli omia linjauksia myös siitä, kuinka kauan verkkokurssit olivat voimassa. Joissain yksiköissä kurssisuoritukset hyväksyttiin osaksi lääkelupaa viiden vuoden ajan, mutta toisissa yksiköissä kolmen vuoden ajan, jos sama kurssi oli tentitty toisessa organisaatiossa.

Johtajien mukaan käytännön lääkehoidon osaaminen varmistettiin valvotuilla näyttökokeilla. Tiedonantajien kuvauksissa vaaditut näytöt vaihtelivat sisällöllisesti. Vakiintuneita näyttökokeita olivat lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin, Pkv-lääkehoidon toteuttaminen ja injektion antaminen ihon alle (s.c.). Lisäksi näyttökokeita saatettiin vaatia lääkkeen antamisesta suun kautta (p.o.), inhalaationa ja lihasinjektiona (i.m.). Lähihoitaja antoi sairaanhoitajaa enemmän näyttöjä. Sairaanhoitajilta voitiin vaatia rokotusnäytön antamista. Vaadittujen toistojen määrä kunkin näyttökokeen sisällä vaihteli yhden ja kolmen välillä. Näytöt annettiin omaan yksikköön, vaikka uudella hoitotyöntekijällä olisi voimassa oleva lääkelupa aikaisemmasta toimipaikasta.

Yksikössä voi olla asetettu esimerkiksi kahden kuukauden aikaikkuna, jonka sisällä hoitotyöntekijän tuli suorittaa lääkelupa. Johtajat kertoivat, että lääkelupaprosessiin kuluvan ajan hallinta voi olla haastavaa ja joskus lääkelupien suorittaminen kesti kauan. Lääkeluvan saamista viivytti se, jos osaamispuutteita havaittiin ja hoitotyöntekijä ei läpäissyt teorialenttejä tai käytännön osaamisen näyttöjä.

Lääkelupien suorittamisen venyminen on haaste yksikön henkilöstösuunnittelun kannalta, koska johtajan on varmistettava, että jokaisessa työvuorossa työskentelee riittävästi lääkeluvallisia hoitotyöntekijöitä ja päivittäinen lääkehoito voidaan toteuttaa suunnitellusti. Johtajat painottivat, että lääkehoidon osaamisen varmistamisen tulee olla mutkatonta. Huomioiden työntekijöiden vaihtuvuuden nykypäivän hoitoalalla on tärkeää, että lääkeluvat voidaan saada nopeasti kuntoon. Tässä suhteessa lääkelupaprosessi miellettiin vaativaksi prosessiksi ja työvuorosuunnittelu haastavaksi palapeliksi.

Näkemys lääkehoidon osaamisen varmistamisesta ja vaatimustasosta

Teeman Näkemys lääkehoidon osaamisen varmistamisesta ja vaatimustasosta alateemat ovat Näkemys teoriaosaamisen varmistamisesta, Näkemys teoriakurssien vaatimustasosta ja sisällöstä, Kielimuuri ja oppimisen haasteet lääkehoidon teoriaosaamisen varmistamisessa. Johtajat kokivat osaamisen varmistaminen verkkokoulutusten avulla helpoksi systeemiksi. Toisaalta useiden verkkotenttien järjestämistä pidettiin työllistävänä, ja jos hoitotyöntekijä ei läpäise tenttejä, on uusiminen mahdollista vasta 5 vuorokauden karenssiajan kuluttua. Tämä viivästyttää lääkeluvan saamista ja vaatii työvuorojärjestelyjä, jotta valvottu tenttimahdollisuus jälleen voidaan järjestää. Johtajat kuvasivat, että voi olla haastavaa motivoida hoitotyöntekijöitä suorittamaan lääketentit tavoiteaikataulussa. Hoitotyöntekijälle on osoitettava määräaika, koska heillä ei aina ole oma-aloitteisuutta sopia lääketenttien suorittamisesta.

Johtajat pitivät lääketenttien vaatimustasoa yleisesti ottaen kovana. Monille hoitotyöntekijöille tuotti vaikeuksia päästä läpi teoria- ja laskutenteistä. Myös ikääntyneiden lääkehoidon osiot koettiin

vaikeiksi. Johtajat näkivät kuitenkin, että ikääntyneiden lääkehoidon verkkokurssit antavat hyvät valmiudet käytännön työtä ajatellen ja lääkehoidon kurssien tuleekin sisältää laajemmin juuri omaan työhön liittyvää sisältöä. Lisäksi johtajat toivat esiin, että ikääntyneiden lääkehoidon kursseissa voisi olla sisältöä myös lääkkeettömistä vaihtoehdoista, koska lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia esimerkiksi muistisairaana potilaan rauhoittamisessa.

Johtajat kertoivat, että lääkehoidon tiukat osaamisvaatimukset toivat omat haasteensa myös siksi, että suuri osa hoitotyöntekijöistä on ulkomaalaistaustaista. Ulkomaalaistaustaisten hoitotyöntekijöiden kielihaasteet vaikeuttavat luetun ymmärtämistä lääkehoidon materiaalin opiskelussa ja kysymysten ymmärtämistä verkkotentteissä. Johtajien mukaan ulkomaalaistaustaisen työntekijän luetun ymmärtämistä tenttitilanteessa voidaan tukea selkokielistämällä kysymyksiä, kääntämällä kysymyksiä englanniksi tai pyytämällä tätä kertomaan kysymys omin sanoin ennen vastaamista. Erityisesti verkkotenttien kielteiset kysymysmuodot ja väittämät voivat olla vaikeita ymmärtää ja tuottavat vaikeuksia myös hoitotyöntekijöille, jolla on lukihäiriö. Myös heidän luetun ymmärtämisestään voitiin varmistua tenttitilanteessa niin, että hoitotyöntekijä muotoili kysymyksen omin sanoin valvojalta ennen vastaamista.

Matemaattisten haasteiden kuvattiin olevan hoitotyöntekijöillä yleisiä riippumatta kulttuuritaustasta. Johtajat kokivat haastavana keksiä, miten opettaa ja tukea hoitotyöntekijöitä lääkelaskuissa. Johtajat kertoivat tarjoavansa tukiopetusta, mutta että harva tarttuu tarjoukseen. Vaihtoehtona saatettiin ehdottaa myös lääkelaskujen itseopiskelua internetin videopalveluista. Johtajat korostivat, että lääkelaskuhaasteiden kanssa painiva hoitotyöntekijä tarvitsi lempeää tukea, ettei tämä mene tilanteesta enempää lukkoon.

"On enemmän sääntö kuin poikkeus, että hoitajalla on haastetta lääkelaskuissa." (Tiedonantaja 6).

Lääkeluvan ja käytännön osaamisen suhde

Teeman Lääkeluvan ja käytännön osaamisen suhde alateemat ovat Näkemys lääkeluvan merkityksestä ja Näkemykset lääkehoidon osaamisvaatimuksista. Yleisesti ottaen johtajat olivat sitä mieltä, että lääkelupaprosessi on selkeä ja varmistaa riittävän osaamisen. Lääkehoidon verkkotenttejä kuitenkin myös kritisoitiin siitä, että teoriaosaaminen unohtuu helposti eikä aina siirry käytännön osaamiseksi. Lisäksi verkkotenttien teknistä toteutusta arvioitiin.

"Monivalintatentin läpäiseminen arvaamalla on epätodennäköistä, mutta mahdollista eikä tämä kerro osaamisesta mitään." (Tiedonantaja 6).

Vastaavaa kritiikkiä kohdistettiin käytännön osaamisen näyttökokeiden tarpeellisuuteen ja niiden antamiin käytännön valmiuksiin. Toistuvien näyttöjen vastaanottaminen kokeneelta hoitotyöntekijältä tuntui tarpeettomalta. Toisaalta johtajat selvensivät, että lääkehoidon näytöt annettuaankin, hoitotyöntekijän osaaminen voi olla suppea suhteessa lääkehoidon laajuuteen ikääntyneiden hoidon yksikössä. Harvoin eteen tulevien lääkehoidon osa-alueiden osaamista kuten lääkeinjektioita antamista lihakseen, on vaikea pitää yllä, vaikka näytöt olisikin annettu aikaisemmin. Tämän takia pidettiin tärkeänä, että kun lihaspistoja yksikössä annetaan, niitä antaisi mahdollisimman moni, jotta osaamista ja uskallusta on tarpeen vaatiessa jokaisessa työvuorossa.

Yhteenvetona johtajat korostivat, että lääkelupien suorittaminen on lopulta vain pieni hetki ja lupa on voimassa viisi vuotta. Ei siis voida luottaa siihen, että lääkelupa takaa lääkehoidon onnistumisen.

"Se että yksikössä on lääkeluvat, ei tarkoita yhtään mitään." (Tiedonantaja 1).

Johtajat näkivät lääkehoidon vaikeustasoa nostavana tekijänä sen, että hoidon linjausten mukainen elämän loppuvaiheen lääkehoito toteutetaan yhä useammin hoivakodissa. Näin ollen loppuvaiheen lääkehoidon osaaminen, kuten esimerkiksi morfiinin annostelu ihon alle (s.c.) pitää hallita ja osata.

"Niinku niinku enimmäkseen se hoito, että usein on kirjattukin ihan, että vältetään sairaalasiirtoja ja ja tota nyt koronan myötähan tuli se, että kaikille asukkaille tehtiin hoidon rajaukset ja hoidon linjaukset. Niin niin tota se lääkehoito tietysti sen myötä sit kanssa, et se vedetään niinku loppuun asti siel hoitokodissa, et se niinku tekee sitä haastetta siihen." (Tiedonantaja 7).

Johtajien mielestä ikääntyneiden hoidon yksikön hoitotyöntekijä tarvitsee lisäksi lääkelistan lukemisen, lääkehoidon kirjaamisen ja lääkkeiden vaikutuksen seuraamisen osaamista. Johtajat kuvasivat, että erityisesti lähihoitajan rooli lääkehoidon toteuttajana on vaativa, koska vastuu yksikön lääkehoidon toteuttamisesta jää heille silloin, kun sairaanhoitajat eivät ole töissä.

5.2.3 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN OSAAMISPROFIILIN TUNNISTAMINEN

Pääteema Hoitotyöntekijöiden osaamisprofiilien tunnistaminen kokoaa yhteen hoitotyöntekijöihin liittyviä asioita, joita johtajien mielestä tuli ottaa huomioon lääkehoidon osaamisen johtamisessa. Pääteemaan Hoitotyöntekijöiden osaamisprofiilien tunnistaminen liittyen muodostettiin teemat Hoitotyöntekijän taustan ja suhtautumisen merkitys sekä Tutkinnon ja työkokemuksen merkitys (Taulukko 8).

Taulukko 8: Pääteeman Hoitotyöntekijöiden osaamisprofiilien tunnistaminen teemat ja alateemat

Pääteema	Hoitotyöntekijöiden osaamisprofiilien tunnistaminen	
Teema	Hoitotyöntekijän taustan ja suhtautumisen merkitys	Tutkinnon ja työkokemuksen merkitys.
Alateema	- Hoitotyöntekijän epävarmuus - Kulttuuri ja kielitaito	- Koulutuksen antama lääkehoidon osaaminen - Työkokemuksen merkitys

Hoitotyöntekijän taustan ja suhtautumisen merkitys

Teeman Hoitotyöntekijän taustan ja suhtautumisen merkitys alateemat ovat Hoitotyöntekijän epävarmuus ja Kulttuuri ja kielitaito. Johtajat kertoivat haastattelussa, että lääkehoidon osaamisen johtamisessa oli huomioitava hoitotyöntekijän mahdollinen epävarmuus lääkehoidon toteuttajana. Epävarmuudet huomattiin usein perehdytyksessä ja epävarman hoitotyöntekijän lääkeluvan suorittaminen saattoi viivästyä, jos tämä vältteli lupaan kuuluvien suoritusten antamista.

Epävarmuutta voi esiintyä lääkeluvan suorittamisen jälkeenkin esimerkiksi injektioiden pistämiseen liittyen ja epävarmaa hoitotyöntekijää opastetaan tarvittaessa kädestä pitäen. Johtaja voi huomioida hoitotyöntekijän epävarmuuden myös työvuorojärjestelyissä niin, että aamuvuoron hoitotyöntekijä pistää injektion, jos iltavuorolainen ei sitä mielellään tee. Johtajat painottivat ohjeistavansa hoitotyöntekijöitä aina kysymään apua tai neuvoa kollegalta tilanteissa, joissa he kokevat epävarmuutta.

"Joo ja sitten tota me ollaan sitä yritetty niin kun tavallaan niinku kouluttaa työntekijät sellaiseen, et aina pitää kysyä, jos on epävarma, että mieluummin niin päin, kun se että touhuilee itsekseen ja sitten todetaan, et pieleen meni ihan vaan sen takia, että ei ole käynyt kysymässä." (Tiedonantaja 7).

Johtajat ottivat ulkomaalaistaustaisten hoitotyöntekijöiden kielimuurin esille myös tässä yhteydessä. Kielihaasteet vaikuttivat lääkehoidon osaamiseen myös lääkeluvan suorittamisen jälkeen. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien kohdalla olemassa on riski, että he eivät ymmärrä lääkehoidon ohjeita samalla tavalla kuin suomenkieliset. Kielimuuuri voi vaikeuttaa myös lääkehoitosuunnitelman luetun ymmärtämistä, jolloin yksikön käytännöt ja työnjako jäävät hoitotyöntekijälle epäselviksi. Kielitaidon heikkoudesta huolimatta johtajat pitivät ulkomaalaistaustaisten hoitajien lääkehoidon tietotaitoa hyvänä.

"Kielitaito on isoin kysymys hoitotyöntekijän lääkehoidon osaamisessa." (Tiedonantaja 3).

Tutkinnon ja työkokemuksen merkitys

Teeman tutkinnon ja työkokemuksen merkitys alateemat ovat Koulutuksen antama lääkehoidon osaaminen ja Työkokemuksen merkitys. Johtajat toivat esiin huolensa siitä, että lähihoitajien

lääkehoidon koulutus ei vastaa työelämän vaatimuksiin ikääntyneiden hoidossa. Lähihoitajien lääkehoidon osaaminen on heikommalla tasolla kuin aikaisemmin työelämään siirryttäessä ja työpaikkojen rooli lääkehoitoon perehdyttämisessä on suurempi kuin muutama vuosi sitten. Lääkehoidon asioiden opettelu voidaan joutua aloittamaan perusteista.

"..kyl mä niinku oon havainnut semmoisen, et tota lähihoitajat tulee niinku entistä raakileempana tänne työelämään niinku monella tapaa, mutta tää lääkehoito on yksi osa alue mikä on niinku heikommalla osaamisella valmistumisen jälkeen." (Tiedonantaja 7).

Myös ammattiryhmien lääkehoidon osaamisen välinen ero nostettiin silmiin pistävänä asiana haastatteluissa. Lähihoitajien lääkehoidon osaaminen on verrattain sairaanhoitajia heikompaa ja osaamisen varmistaminen työlämpi prosessi siinä, kun sairaanhoitajat usein suorittavat kaikki lääkehoidon kurssit kerralla.

"Kyllä mun mielestä meillä on osaavia hoitajia niinku ylipäätään alalla, mutta ehkä se että, aika suuri ero on ammattiryhmien välillä. Että se on niinku mun mielestä aika, minkä on niinku huomannut, et vaik niinku, et lähihoitajat osaa hyvin perushoidon, mutta siinä huomaa ehkä sen lääkehoidon niinku että siinä on tosi iso ero sitten siinä osaamisessa." (Tiedonantaja 6).

Johtajat kuvasivat haastatteluissa myös työkokemuksen merkitystä lääkehoidon osaamisessa. Hoitotyöntekijän työkokemus lisää herkkyyttä tunnistaa yhteisvaikutuksia ja muita hälytysmerkkejä lääkehoidon toteuttamisessa. Johtajat arvioivat hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamista työhistorian perusteella ja tekivät tämän perusteella päätöksiä, millaisiin lääkehoidon tehtäviin hoitotyöntekijän valmiudet riittävät.

"Me tiedetään jotkut hoitajat, jotka on kokeneita ja on vaikka sairaanhoitajana hoivakodissa, niin me tietysti ymmärretään, että niillä on niinku se ymmärrys (insuliinihoidon toteuttamisesta)." (Tiedonantaja 2).

Johtajat toivat esiin myös lähihoitajan asenteen ja motivaation yhteyden lääkehoidon osaamiseen. Toiset lähihoitajat ovat innokkaita oppimaan, kun taas toisilla kiinnostuksen puute johtaa siihen, että he välttelevät lääkehoidon osaamisen kehittämisen tilaisuuksia.

"He ei halua haluu oppii välttämättä lisää. Ja sitten se, että miten saa sitten heidät, jos he eivät ole valmiita ottamaan uusia asioita vastaan niin siitä, että miten he pystyy toteuttamaan turvallista lääkehoitoa, jos heidän käsitykset asioista on yhdeksänkymmentäluvulta." (Tiedonantaja 1.)

Johtajat kuvasivat, että se, jos lähihoitaja ei ota vastuuta esimerkiksi lääkeluvan uusimisesta, voi olla haaste koko yksikön toiminnan kannalta. Lääkeluvan uusimisen viivyttäminen voi johtaa syiden sepittämiseen ja poissaoloihin. Haasteena näyttäytyvät myös henkilöt, jotka ajattelevat osaavansa, eivätkä olleet valmiita kehittymään.

"Ymmärrän, että jos on 40 vuotta ollut hoitoalalla, niin ei ehkä enää samalla tavalla kiinnosta, mut että saisi olla kuitenkin sitä innostusta. Se on ydintehtävä kuitenkin." (Tiedonantaja 1.)

Johtajat kuvasivat lääkehoidon toteuttamisen osaksi hoitotyön ydinosaaamista ja siksi oman lääkehoito-osaamisen kehittämisestä tulisi olla kiinnostunut. Kiinnostuksesta ja oma-aloitteisuudesta tulisi palkita.

"He imee sitä tietoa kaikilta niin se on just semmoinen, että mun mielestä niinku täytyy kannustaa ja palkita myöskin sitä, että niinku sitä on mielenkiintoa." (Tiedonantaja 1.)

5.2.4 LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN VAHVISTAMINEN

Pääteema Lääkehoidon osaamisen vahvistaminen kuvaa yksikössä lääkeluvan lisäksi annettavan lääkehoidon koulutuksen johtamista. Pääteemaan liittyen muodostettiin teemat Yksikön lääkehoitoon perehdyttäminen ja Lääkehoidon täydennyskoulutus (Taulukko 9).

Taulukko 9: Pääteeman Lääkehoidon osaamisen vahvistaminen teemat ja alateemat.

Pääteema	Lääkehoidon osaamisen vahvistaminen	
Teema	Yksikön lääkehoitoon perehdyttäminen	Lääkehoidon täydennyskoulutus
Alateema	<ul style="list-style-type: none"> - Perehdytyksen järjestäminen - Perehdytyksen työkalut 	<ul style="list-style-type: none"> - Täydennyskoulutuksen pitäjät - Täydennyskoulutuksen lähtökohdat - Täydennyskoulutuksen järjestäminen - Täydennyskoulutuksen aiheet ja menetelmät

Yksikön lääkehoitoon perehdyttäminen

Teeman Yksikön lääkehoitoon perehdyttäminen alateemat ovat Perehdytyksen järjestäminen ja Perehdytyksen työkalut. Johtajat kuvasivat, että yksiköiden lääkehoidon perehdytystä antavat sairaanhoitajat tai kokeneet lähihoitajat. Lääkehoidon perehdytyksessä käydään läpi talon tavat ja asiakkaiden lääkkeet. Johtajat toivat esiin, että perehdytyksen aikatauluttaminen ei ole aina mutkatonta hoitoalalla vallitsevan kiireen takia. Jos lääkehoidon perehdytystä ei syystä tai toisesta voitu järjestää sille suunniteltuna ajankohtana, se saattoi jäädä toteutumatta.

"..että se kolme perehdytyspäivää on ainakin niinku palautteen mukaan ollut riittävä, mutta sitten ne on yleensä aina ne kolme päivää kun hupsista kolme työntekijää sairastuu ja sitten se perehdytys jää vaillinaiseksi. Niin niissä just niinku yleensä, muuten se arjen perehdytys onnistuu, mutta sitten helpolla siinä kohtaa just se lääkehoidon perehdytys on se, mikä tuppaa niinku ehkä jäämään."
(Tiedonantaja 6.)

Johtajien mukaan, lääkehoidon perehdytystä jäsentämään käytetään yksiköissä lääkehoidon perehdytyskorttia tai -lomaketta. Lääkehoidon perehdytyksessä käydään kattavasti läpi yksikön lääkehoidon prosessi ja perehdytyskortin tai -lomakkeen avulla voidaan varmistua siitä, että jokainen hoitotyöntekijä saa saman tiedon. Samaa lääkehoidon perehdytyskorttia käytetään kaikissa organisaation vastaavissa yksiköissä ja kukin yksikön johto huolehti siitä, että sisältö muokataan oman yksikön lääkehoitoa kuvaavaksi.

Lääkehoidon täydenniskoulutuksen järjestäminen

Teeman Lääkehoidon täydenniskoulutuksen järjestäminen alateemat ovat Täydenniskoulutuksen pitäjät, Täydenniskoulutuksen lähtökohdat, Täydenniskoulutuksen järjestäminen ja Täydenniskoulutuksen aiheet ja menetelmät. Johtajien kuvausten perusteella lääkehoidon täydenniskoulutuskäytännöt ikääntyneiden hoidossa ovat vaihtelevia.

Lääkehoidon täydenniskoulutusta pitävät yksikön ja organisaation sisäiset toimijat, mutta myös ulkopuolisia kouluttajia voidaan hyödyntää. Yksikön sisäisinä kouluttajina toimivat yksikön sairaanhoitajat. Johtajat eivät pidä koulutusta itse, koska eivät toteuta lääkehoitoa osana omaa työkuvaansa. Organisaation kouluttajina kuvattiin laatulääkäri tai muu organisaation asiantuntija. Organisaation ulkopuolelta koulutusta saadaan sairaala- tai avoapteekin edustajalta tai muulta kouluttajalta. Lääkehoidon osaamista voidaan kehittää myös kaupallisissa verkko-oppimisympäristöissä.

Johtajat kuvasivat haastatteluissa täydenniskoulutuksen lähtökohtia. Hoitotyöntekijä voi kehittää omaa lääkehoito-osaamistaan oma-aloitteisesti tai johtaja voi ohjata hoitotyöntekijän lääkehoidon täydenniskoulukseen. Toive täydenniskoulutuksen järjestämisestä voi tulla myös lääkäriltä. Johtaja ohjaa hoitotyöntekijän lääkehoidon täydenniskoulutukseen, jos havaitaan osaamisen kehittämisen tarve. Tällöin johtaja tekee sisältöön liittyvät ratkaisut yhdessä hoitotyöntekijän kanssa keskustellen. Täydenniskoulutuksen lähtökohta voi olla myös se, että yksikköön tarvitaan tiettyä lääkehoidon erityisosaamista. Tällöin koulutukseen valitaan esimerkiksi uudet hoitotyöntekijät, vastaava sairaanhoitaja tai muutoin nimetyt hoitotyöntekijät. Lääkehoidon täydenniskoulutuksen suunnittelua

määrittävänä tekijänä mainittiin myös tarjonta, jolloin täydennyskoulutukseen ohjataan, mikäli sopivaa on tarjolla. Toisaalta haastateltavat toivat myös esiin, että tarjonta saattoi olla suppeakin.

"..mutta tota meillä yleensä vuosittain on, sanotaan että 3-4 hoitajaa niin osallistuu tai suorittaa tämmöisen saattohoitokoulutuksen ja tota siellä tietysti tulee sitten se saattohoitolääkitys, tulee siinä." (Tiedonantaja 7.)

Johtajat selvensivät, että lääkehoidon täydennyskoulutusta järjestään ensisijaisesti talon sisäisenä koulutuksena. Yksikön sairaanhoitajilla oli lääkehoidon osaamista, jota voitiin jakaa ja sairaanhoitajia vastuutettiin mielellään koulutussuunnitteluun ja koulutusten pitämiseen. Johtajat näkivät sairaanhoitajan vahvuutena käytännön työn tuntemuksen ja sen, että yksikön sisällä lääkehoitoa voitiin käydä läpi käytännön tasolla. Johtajan rooli on toimia mahdollistajana eli varmistaa, että sairaanhoitajalla on edellytykset sisäisen koulutuksen järjestämiseen muun työn ohella.

"Meillä on verrattain sillain hyvää osaamista täällä, niinku täytyy olla siitä onnellinen, niin niin sitä täytyy mun mielestä myöskin hyödyntää. Ja mulla on sen tyyliset sairaanhoitajat he myös niinku tykkää, että koska kyllä mä itse koen tavallaan että eihän mul.. mä en tee sitä niinku käytännön työtä niin paljoa, niin se mun osaamiseni tavallaan on sit just tämmöisessä, että mä pystyn mahdollistamaan niitä, että mä en ehkä itse itse sitten kuitenkaan enää lähtisi kouluttaan." (Tiedonantaja 1.)

Haastateltavien mukaan ulkoista kouluttajaa käytetään tarvittaessa. Organisaatiot voivat tarjota yksiköilleen lääkehoidon koulutusta, jonka sisältö oli suunniteltu lääkehoidon vaaratapahtumiin perustuen. Käytettyjä menetelmiä ovat etäratkaisut, jossa koulutus pidetään verkkokokoustyökalun välityksellä.

Johtajat kuvasivat haastatteluissa järjestettyjen lääkehoidon täydennyskoulutuksen aiheita. Keskeisinä lääkehoidon kokonaisuuksina haastatteluissa toistuivat saattohoito ja kivun hoito. Hoitotyöntekijät saavat täydennyskoulutusta myös ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteisiin, lääkkeiden haittavaikutusten havainnointiin, lääkkeiden vaikutusten seuraamiseen ja lääkehoidon kirjaamiseen liittyen. Koulutusta annetaan myös yksikön tyypillisistä lääkkeistä ja riskilääkkeistä. Käytännönläheisempinä aiheina mainittiin injektien antamisen ja inhalaation ottamisen apuvälineiden käytön koulutus. Epäsuorasti lääkehoidon osaamistakin lisäävänä mainittiin ulkomaalaistaustaisten hoitotyöntekijöiden saama kielikoulutus.

5.2.5 LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN ARVIOINTI

Pääteema Lääkehoidon osaamisen arviointi muodostettiin teemoista Lääkehoidon osaamispuutteiden tunnistaminen ja Lääkehoidon virhetilanteiden johtaminen ja ehkäisy (Taulukko 10).

Taulukko 10: Pääteeman Lääkehoidon osaamisen arviointi teemat ja alateemat

Pääteema	Lääkehoidon osaamisen arviointi	
Teema	Lääkehoidon osaamispuutteiden tunnistaminen	Lääkehoidon virhetilanteiden johtaminen ja ehkäisy
Alateema	<ul style="list-style-type: none"> - Johtajan arvioi osaamista - Sairaanhoidajan viestiä osaamisesta - Osaamispuute kollegan tai asiakkaan havaitsemana 	<ul style="list-style-type: none"> - Lääkehoidon epäkohtiin suhtautuminen - Näkemys virheeseen liittyvän henkilökohtaisen palautteen antamisesta - Riskien tunnistaminen ja hallinta

Lääkehoidon osaamispuutteiden tunnistaminen

Teeman Lääkehoidon osaamispuutteiden tunnistaminen alateemat ovat Johtaja arvio osaamista, Sairaanhoidajan viesti osaamisesta ja Osaamispuute kollegan tai asiakkaan havaitsemana. Johtaja havainnoi yksikön osaamista suoraan ja epäsuorasti niin, että tieto osaamispuutteesta tuli joltain toiselta. Haastatteluissa kuvattiin, että johtaja voi havaita osaamispuutteen yksikköä kiertäessään. Tällöin osaamispuute otetaan hoitotyöntekijän kanssa puheeksi. Johtajat painottivat, että on tärkeä kartoittaa havaitun osaamisalueen tilanne myös laajemmin, koska lisäkoulutuksen tarvetta aiheesta voi olla myös muilla hoitotyöntekijöillä. Osaamispuutteiden havaitseminen tapahtuu tavallisimmin lääkeluvan suorittamisen aikana.

Johtaja voi havaita osaamispuutteen myös lääkehoidon vaaratapahtumailmoituksen perusteella. Tämä tapa kuitenkin painottui haastatteluissa vähemmän. Hoitotyöntekijän omaa kokemusta lääkehoidon osaamisesta voidaan käsitellä vuosittain kehityskeskustelussa. Johtajien mielestä pienen yksikön johtajan etu on se, että hän pystyy arvioimaan kunkin hoitotyöntekijän kyvyt tapauskohtaisesti.

Haastatteluissa painottui johtajien kuvaus siitä, lääkehoidon osaamisen arviointi tapahtuu johtajan ja sairaanhoidajan yhteistyössä. Johtajat pitävät yksikön sairaanhoitajia tärkeinä viestintuojina ja hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisesta käydään säännöllistä keskustelua. Sairaanhoidaja arvioi uuden työntekijän osaamista vastaanottaessaan käytännön osaamisen näyttöjä. Sairaanhoidajat tekevät havaintoja myös seuraten lääkehoidon toteuttamista yksikön arjessa. Päätöksenteossa johtajat pitivät kuitenkin tärkeänä, että sairaanhoidajan havaintoa selviteltiin tarkemmin.

"Ja tavallaan sitten se tiettyssä määrissä se joko, että se jalkaudut itsesi sinne havainnoimaan tai sitten että sä pystyt niin kun sä saat havainnot muualta ja sitten sen perusteella niinku otat niistä asioista selvää, että koska mun mielestä sekään ei ole sitten niinku reilua, että jos tiimivastaava vaikka tuo

mulle jonkun tiedon niin mä ihan niin kun sillä mä laput päässä menen niin kun siihen, että mä en niinku itse havainnoi sitä sitten." (Tiedonantaja 1.)

Sairaanhoitajan lisäksi palaute osaamispuutteesta voi tulla myös hoitotyöntekijän kollegalta. Myös tässä suhteessa johtajat painottivat kriittisen suhtautumisen merkitystä, mutta myös sitä, että kollegiaalisuus voi toimia myös viestin tuomisen esteenä. Kollegan työn jäljen tarkastaminen kuvattiin myös osana lääkehoidon prosessia ja kaksoistarkastuksia oli sisällytetty esimerkiksi lääkkeiden jakamiseen. Tiedon osaamispuutteesta voi kertoa johtajalle myös asiakas.

"Niin tota ensimmäisenä nyt tulee mieleen, kun oli niinku tämmöinen napapiikin pistäminen ... Asiakas toi esiin esiin, että hoitaja niin kun käyttäytyy siinä tavallaan, tai hän ei käyttäydy niinku ammatillisesti. Mikä sitten johtui siitä, että kun se tilanne käytiin läpi, että hän jännittää sitä ihan hirveästi." (Tiedonantaja 1.)

Lääkehoidon virhetilanteiden johtaminen

Teeman Lääkehoidon virhetilanteiden johtaminen alateemat ovat Lääkehoidon epäkohtiin suhtautuminen, Näkemys virheeseen liittyvän henkilökohtaisen palautteen antamisesta ja Riskien tunnistaminen ja hallinta. Johtajat suhtautuivat lääkehoidon virhetilanteisiin järjestelmän vikoina ja kantoivat vastuutta hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisesta. Johtajien mielestä yksikön lääkehoidon prosessin pitäisi olla niin hiottu, ettei se anna mahdollisuutta erehtymiselle.

"Ja ainahan silloin tavallaan siinä systeemissä on joku vika. Koska jos joku niinku unohtaa jonkun, niin periaatteessa siinä, mä ajattelen sen aina, että siinä systeemissä on joku vika. Että vaikka hoitajan oletettaisi niinku lukevan lääkelistaa, niin tavallaan mä ajattelen, että se on kuitenkin mun tehtävä, olisi niinku varmistaa, että se niinku onnistuu." (Tiedonantaja 2.)

Johtajat suhtautuivat lääkehoitoon liittyviin virheisiin riskeinä, joilla voi olla vakavat seuraukset. Johtamisessa nähtiin tärkeänä, että virheisiin puututaan mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti. Virheisiin puuttumisessa huomiota kiinnitetään ensisijaisesti siihen, mitä virheistä voidaan oppia koko yksikön toiminnan kannalta. Johtajat korostivat, että lääkehoidon virheentekijän kohtaamisessa on tärkeää ymmärtäväinen ote ja sen korostaminen, että virheen jälkeen tulee olla armollinen myös itselle. Pelottavaksi johtajat kuvasivat sen, jos virheitä salattiin.

"Että kun me kaikki tehdään virheitä ja tehdään virheitä myös lääkehoidossakin. Että musta se on niinku vanhakantaista, että mitä kouluissa opetetaan, että sitä niinku virhettä ei saa tehdä. No eihän sitä saisikaan tehdä, mutta kun ei se ole totta. Kyllä nyt kaikki tehdään siinä myös lääkehoidossa virheitä ja välissä niissä voi käydä huonostikin siinä virheessä. Mutta kun se valitettavasti vaan on,

mutta ehkä enemmänkin olisi tärkeämpää, että miten me reagoidaan niihin virheisiin, mitä me voidaan niissä oppia ja ja miten oikein me toimitaan sen jälkeen, niin se on se ehkä se tärkeämpi." (Tiedonantaja 3.)

Johtajilla oli erilaisia mielipiteitä siitä, kuinka tärkeää on antaa henkilökohtaista palautetta virheen tehneelle hoitotyöntekijälle. Osa johtajista piti tärkeämpänä sitä, että järjestelmää kehitetään, koska virhe voisi käydä kelle tahansa, jos järjestelmä ei tue virheettömyyttä. Toisten mielestä yleinen palaute ei aina tavoita niitä, joita se koskee, ja siksi virhe käydään aina läpi asianosaisten kanssa.

Johtajat olivat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että palautteen tarkoitus on johtaa oppimiseen eikä syyllisten hakemiseen. Virheen jälkeen hoitotyöntekijälle annetaan ohjeistusta. Johtajat toivat kuitenkin esiin, että toistuvakaan ohjeistus ei aina johda toimintatavan muutokseen ja samojen asioiden toistaminen voi herättää johtajassa avuttomuuden ja turhautumisen tunteita.

"Että sitten kun se on niinku moneen kertaan sanottu ja edelleen sitten tapahtuu, niin en mä tiedä sit niin kun, miten se sitten pitäisi niinku ohjeistaa." (Tiedonantaja 2.)

"Se on välillä aika puuduttavaa, että jos sä joudut koko ajan niinku sanomaan samoista, kun tuntuu siitä, että joudut kertaamaan samoja asioita. Ja väistämättä sitä se hoitotyön johtaminen on, että ja muidenkin asioiden, mutta myös tän asian tiimoilta, että sitä joutuu kertaamaan sitä asiaa, että lukekaa sitä lääkelistaa, kun annatte lääkkeitä. Että joka kertahan sun pitää katsoa se lääkelista ja sen mukaan antaa ne lääkkeet. Että ei voi antaa vaan sitä, mitä siellä pussissa on tai mikä on dosetissa sen päivän kohdalla. Meillä on annosjakelu isoilta osin, niin että pitää lukea sitä lääkelistaa. Sehän voi olla muuttunut." (Tiedonantaja 3.)

Johtajat liittivät haastatteluissa osaamisen arviointiin riskienhallinnan. Johtajan pitää voida tunnistaa yksikön lääkeshoidossa ne tilanteet, jossa erehtymisen mahdollisuus on suuri ja joissa liikutaan osaamisen rajamailla. Riskien arviointi koetaan helpommaksi pienessä yksikössä.

Riskialttiina tilanteina haastatteluissa nimettiin lääkemuutokset, joihin hoitotyöntekijät eivät aina osanneet reagoida. Johtajat arvioivat riskejä hoitajan osaamisen ja asiakkaan lääkeshoidon vaativuuden perusteella. Annosjakelun kuvattiin pienentävä erehtymisen mahdollisuutta, mutta johtajien mielestä annosjakeluun siirtyminen ei vähennä hoitotyöntekijöiden osaamisen tarvetta. Annosjakelu voi myös johtaa oikomiseen, jolloin lääkelistaa ei tarkisteta mahdollisten muutosten varalta ennen lääkkeenantoa.

Johtajat toivat riskien tunnistamisen yhteydessä esiin myös kulttuurin merkitystä. Eri maalaisten hoitotyöntekijöiden kohdalla on eroja siinä, kuinka virheitä, osaamispuutteita ja ymmärtämättömyyttä tuotiin esiin tai jäädäänkö niitä piilottelemaan. Piilottelu nähdään merkittävänä riskinä lääkehoidon kannalta. Työyhteisön hyvä henki ja toisten välinen kunnioitus voiivat pienentää virheen tekemiseen liittyvää häpeää ja toisten pelkoa.

5.2.6 LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN JOHTAMISEN KOKEMUS

Pääteema Lääkehoidon osaamisen johtamisen kokemus muodostettiin teemoista lääkehoidon osaamisen johtamisen keskeiset alueet, Näkemys lääkehoidon osaamisen johtamista ohjaavat tekijöistä ja kokemus lääkehoidon osaamisen johtamisen kokonaisvastuusta (Taulukko 11).

Taulukko 11: Pääteeman Lääkehoidon osaamisen johtamisen kokemus teemat ja alateemat.

Pääteema	Lääkehoidon osaamisen johtamisen kokemus		
Teema	Lääkehoidon osaamisen johtamisen keskeiset alueet	Näkemys lääkehoidon osaamisen johtamista ohjaavat tekijöistä	Kokemus lääkehoidon osaamisen johtamisen kokonaisvastuusta
Alateema	- Tilanteen tasalla oleminen ja reagointi - Hyvä johtamistapa - Johtajan substanssiosaaminen	- Lääkehoidon osaamisen johtamisen malli - Palaute ja tuki	- Johtajan vastuun kokeminen - Delegoitujen johtamisen toimintojen vastuun kokeminen

Lääkehoidon osaamisen johtamisen keskeiset alueet

Teeman Lääkehoidon osaamisen johtamisen keskeiset alueet alateemat ovat Tilanteen tasalla oleminen ja reagointi, Hyvä johtamistapa ja Johtajan substanssiosaaminen. Johtajat tähdensivät, että johtajan täytyy tuntea kokonaiskuva yksikön lääkehoidon osaamisesta. Siksi johtajan pitää tuntea riskit ja olla valppaana tunnistamaan ja reagoimaan osaamisen kehittämisen tarpeisiin. Johtajan on tärkeää seurata arjen lääkehoidon toteuttamisesta ja olla läsnä hoitotyöntekijöille tarvittaessa.

Hyvää johtamistapaa kuvattiin haastatteluissa. Lääkehoidon osaamisen johtamisesta pitää olla kiinnostunut ja kokea asia ylipäätään tärkeänä. Vaikka johtajan vastuulla on yksikön lääkeluvista huolehtiminen määräajassa, on johtamisessa säilytettävä lempeä suhtautuminen osaamisen varmistamisen haasteisiin. Tärkeinä kuvailtiin keskustelu hoitotyöntekijöiden ja johtajan välillä. Koska haastatellut johtajat eivät osallistu käytännön lääkehoidon toteuttamiseen, he arvottivat korkealle johtajan ja sairaanhoitajan välisen yhteistyön lääkehoidon osaamisen johtamisessa. Yhteistyö edellyttää toimivaa vuorovaikutusta ja keskinäistä luottamusta.

Haastatteluissa tuotiin keskeisenä asiana esiin, että lääkehoidon osaamisen johtaminen edellyttää sisältöosaamista. Johtajien mielestä sisältöosaaminen rakentuu sairaanhoidon ja lääkehoidon tutkintokoulutuksesta ja työkokemuksesta. Johtajalla tulee olla käsitys arjen hoitotyöstä, lääkehoidon toteuttamisesta ja perusymmärrys lääkkeistä. Johtamista helpottaa, kun tuntee asiakkaat ja heidän lääkkeensä ja oma sisältöosaaminen antaa valmiudet käydä asiakkaiden lääkehoitoon liittyvää keskustelua. Substanssiosaamisen lisäksi tärkeänä pidettiin sitä, että johtaja tuntee lääkehoidon osaamista koskevan säädösperustan.

"Mun ajatus on se, että pitää olla oma substanssiosaaminen. Elikkä koulutus pohja. Että ehkä enemmän ongelmat tulee sitten siinä kohtaa, kun siellä onkin sosionomitaustainen, kenellä ei ole sitä sairaanhoidon osaamista, niin silloin siinä varmasti tarvitaan sitten niitä sairaanhoitajia enemmän. Että tota. Niin kyllä terveydenhuollon johtajana pitäisi olla terveydenhuollon ammattilainen. Sanotaan näin." (Tiedonantaja 5.)

"No kyllä mun mielestä niinku, et jos mä mietin omaa vaikka tehtävänkuvaa, et vaikka mä oon täysin siellä toimistossa, niin kyllä mulla pitää olla käsitys siitä, et mitä se arjen hoitotyö on ja mitä se lääkehoito siel on, et jotta mä pystyn myöskin että enhän mä voi edes ottaa kantaa mihinkään poikkeamiin tai mihinkään, jos mä jos se on mulla ihan niinku kysymysmerkki, että mitä se lääkehoito todellisuudessa on." (Tiedonantaja 6.)

Johtajat toivat esiin myös sen, että kukin johtaja lopulta johtaa yksikön lääkehoidon osaamista tyylillään, osana muuta johtamista. Lääkehoidon osaamisen johtaminen ei ollut asia, josta he olisivat aikaisemmin käyneet keskustelua.

Näkemys lääkehoidon osaamisen johtamista ohjaavista tekijöistä

Teeman Näkemys lääkehoidon osaamisen johtamista ohjaavista tekijöistä alateemat ovat Lääkehoidon osaamisen johtamisen malli ja Palaute ja tuki. Johtajien mielestä oli tärkeää, että yksikön lääkehoidon osaamisen johtamiseen saadaan organisaatiolta selkeä toimintamalli, jota yksikön johtaja saa yksikössä soveltaa. Organisaation malliin on auki kirjoitettu, mitä yksikön lääkehoidon osaamisen johtaminen pitää sisällään. Johtajat mieltävät organisaation asettamat lääkehoidon osaamisvaatimukset tiukiksi, mutta samalla johtajat luottavat organisaation konseptiin ja pitävät sitä omaa johtamista selkiyttävänä tukipilarina. Johtajat kuvasivat, että yksikössä pitää olla selkeät raamit lääkehoidon osaamisen johtamiseen. Yksikön lääkehoitosuunnitelma kertoo, mitkä vastuut kenelläkin on.

Johtajien mukaan omaa lääkehoidon osaamisen johtamista voi kehittää palautteen avulla. Palautetta saattoi antaa yksikön lääkehoidon vastuulääkäri, organisaation oma laatutiimi, lääkitysturvallisuuden auditointeja tekevä sairaala-apteekki tai ohjauskäyntejä tekevä valvontaviranomainen. Laatutiimit

tiedottavat ja toimittavat ohjeita valtakunnallisista muutoksista ja tarkastavat yksiköiden lääkehoitosuunnitelmia. Yksikön lääkehoitosuunnitelmat pohjaavat organisaation lääkehoitosuunnitelmaan. Halutessaan johtaja voi kysyä neuvoa tai vahvistusta organisaation farmaseutilta tai laatu tiimiltä. Neuvoja johtajat kertoivat tarvitseensa lääkehoitosuunnitelman päivittämiseen ja lääkehoitoa koskevien viranomaisohjeiden tulkintaan silloin, kun käytäntöihin tehtiin muutoksia.

"Joo ja just ehkä sitten, että jos muuttaa sitä käytännön toimintaa jotenkin, niin että saa sen varmistuksen että. Että ettei sitten teekään niinku jonkun lain vastaisesti tai jonkun suosituksen vastaisesti." (Tiedonantaja 6.)

Johtajat eivät olleet saaneet perehdytystä lääkehoidon osaamisen johtamiseen. Organisaation näkökulmasta yksikön johtajan valmius lääkehoidon osaamisen varmistamiseen saavutetaan, kun hän suorittaa yksikön lääkeluvan.

"Että kyllä se on jokainen tavallaan ja sitten se, että miten meillä esimerkiksi perehdytyksessä otetaan huomioon tällaiset niinku lääkehoidon osaamisen johtamisen asiat, niin ei mitenkään." (Tiedonantaja 1.)

Palautteesta johtajat puhuivat kaikilta osin positiiviseen sävyyn ja kaikki palaute koettiin hyödyllisenä. Kehitysehdotuksena haastatteluissa tuotiin esiin, että omaa lääkehoidon osaamisen johtamiseen voisi tuoda lisäarvoa se, jos hyviä käytäntöjä vaihdettaisiin (benchmarkkaus).

Kokemus lääkehoidon osaamisen johtamisen kokonaisvastuusta

Teeman Kokemus lääkehoidon osaamisen johtamisen kokonaisvastuusta alateemat ovat Johtajan vastuun kokeminen ja Delegoitujen johtamisen toimintojen vastuun kokeminen. Johtajat tiedostivat kantavansa kokonaisvastuun lääkehoidon osaamisen johtamisesta yksikössään. Lääkehoidon osaamisen johtaminen koettiin laajaksi ja haastavaksi alueeksi. Vastuun kantamista kuvailtiin pelottavaksi ja musertavaksikin. Johtajan kokonaisvastuuta myös kritisoitiin, koska johtaja ei osallistunut käytännön hoitotyöhön tai asiakkaiden lääkehoidon toteuttamiseen.

"Niin onhan se tietty hirveän vastuullinen tehtävä ja sitten jotenkin tuntuu just niinku hölmöltä se, et mulla on se kokonaisvastuu sillä tavalla siitä, no toki lääkärillä on vastuu, mutta niinku, mutta myös siellä yksikön johtajalla on vastuu siitä lääkehoidosta, vaikka mä en käytännössä näe kun sitä lääkehoitoa toteutetaan." (Tiedonantaja 4.)

Johtajat painottivat, että johtajan ja sairaanhoitajan välisen työnjaon tulee olla selkeä. Haastatteluissa esitettiin myös mielipiteitä, joiden mukaan kokonaisvastuu lääkeluvista tulisi olla yksikön sairaanhoitajilla johtajan sijaan.

"No siis just ehkä niinku mikä kaikista parasta mun mielestä olisi tai järkevintä, koska mä itse en osallistu tuohon hoitotyöhön, että se, että saataisiin kehitettyä se prosessi siihen malliin, että meidän sairaanhoitajat niinku osaisivat tai pystyisivät ottaa sen vastuun siitä, että he niinku ottaisivat tän niinku lääkehoidon tai nää lääkelupien niinku sen kokonaisvastuun, että me saataisiin hyvä järjestelmä tänne, että tota. Tai sitten kun me saadaan heidät hyvin perehdyttyä niin, että olisi mun mielestä niinku kaikista paras, että sairaanhoitajilla olisi se kokonaisvastuu." (Tiedonantaja 4.)

Johtajat kokivat, että lääkehoidon osaamisen johtamisen toimintojen delegointi säästää aikaa, mutta ei poista johtajan vastuuta. Siksi delegointia kuvailtiin suuren vastuun antamiseksi sairaanhoitajille. Delegointi vaatii johtajalta suurta luottamusta sairaanhoitajan kykyihin ja harmaan alueen sietämistä. Johtajat kuitenkin peräänkuuluttivat myös sitä, että johtamisessa on tärkeää luottaa ja antaa hoitotyöntekijöille rauha tehdä työnsä.

"No se on tavallaan helppookin, mutta tota siellä on aina se osa alue mitä mikä ei tule koskaan näkyviin. Että enemmänkin ehkä vaatii semmoista tietynlaista harmaan alueen sietämistä." (Tiedonantaja 5.)

"Voihan se tuntua välillä vähän musertavaltakin, että siinä olisi vähän valtava vastuu ja semmoinen suo, josta ei ehkä pääse läpi, mutta sitten ehkä jossakin määrin pitää vaan luottaa niihin osaajiin, jotka siellä työyhteisössä on ja antaa niitä niitten niinku pärjätä ja ehkä se liikaa puuttuminen tai semmoinen niinku tarpeeton, jos se ei ole niinku hätää, niin ei sitten sotkeentua semmoiseen, niin ehkä ihan näin." (Tiedonantaja 3.)

6 POHDINTA

6.1 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamista ikääntyneiden hoidossa hoitotyön johtajan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada syvä ymmärrys lääkehoidon osaamisen johtamisen kokemuksesta ja toiminnoista, joilla yksikön johtaja varmistaa hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen ikääntyneiden hoidossa. Aikaisempi tutkimus keskittyy tarkastelemaan lääkehoitoa hoitotyöntekijöiden toiminnan ja seurantatietoasiakirjojen kautta. Aihetta ei ollut tutkittu hoitotyön johtajien näkökulmasta, vaikka tunnistetut kehityskohdat kiinteästi liittyvät johtamiseen. Tämä tutkimus antoi äänen ikääntyneiden hoitotyön johtajille ja tuo uutta tietoa.

6.1.1 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN OSAAMISEN JOHTAMISEN TOIMINNOT

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että hoitotyönjohtajat delegoivat lääkehoidon osaamisen johtamisen toimintoja yksikön sairaanhoitajille. Johtajat kuitenkin kantavat kokonaisvastuuta hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisesta eli siitä, että hoitotyöntekijöiden osaaminen varmistetaan niin, että he suorittavat lääkeluvat ja että heidät perehdytetään yksikön lääkehoitoon. Suoritettu lääkelupa ei kuitenkaan aina takaa riittävää osaamista suhteessa työn vaativuuteen. Tulokset ovat linjassa aikaisemman kirjallisuuden kanssa, jossa niin ikään huomataan lääkehoidon osaamisen ja työn vaativuuden kesken. (Dilles ym. 2010, Foroug ym. 2020, Johansson-Pajala ym. 2016, Kapborg ym. 1999, Lemay ym. 2013, Lim ym. 2010, Motta ym. 2018, Nicholson ym. 2022, Nicholson & Damons 2022, Timmons ym. 2021, Wellard ym. 2012).

Tämä voisi selittyä sillä, että hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaaminen koostuu yhdistelmästä tietoja ja taitoja kuten farmakologinen tieto, patofysiologian ja anatomian tuntemus, farmakogenetiikan ymmärrys, lääkelaskutaidot, lääkkeiden annostelun osaaminen, kliiniset päätöksentekotaidot, yhteistyötaidot, kommunikaatio, tiedonhakutaidot ja tietotekniset taidot (Sulosaari ym. 2011, Thelen 2022). Kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitotyöntekijöiden lääkelupa sisältää lääkehoidon teoriaa ja lääkelaskuja sekä käytännön osaamisen näyttöjä. Joissain yksiköissä hoitotyöntekijöiden ikääntyneiden lääkehoidon ja kivun lääkehoidon osaamisen varmistetaan osana lääkelupaa, mutta tämä ei ole vakiintunut käytäntö. Lääkelupaprosessissa varmistetaan siis vain osa hoitotyöntekijän lääkehoidon osaamisesta eikä koulutus kaikissa yksiköissä kata ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteitä. Havaittiin myös, että vakiintunut verkkotentteihin perustuva lääkehoidon osaamisen varmistaminen ei palvele erilaisia oppijoita, kuten esimerkiksi ulkomaalaistaustaisia,

lukihäiriöisiä tai matemaattisista haasteista kärsiviä hoitotyöntekijöitä. Tällöin johtajan on keksittävä keinot tukea oppista.

Lääkeluvan suorittaminen on haaste johtamisen kannalta myös silloin, jos vasta valmistuneen lähihoitajan lääkehoidon osaamisen lähtötaso on matala. Silloin koulutustarve on suuri ja tämä aiheuttaa viivettä ja vie työyksikön resursseja. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaamisen lähtötaso kuvattiin hyväksi. Myös aikaisempi kirjallisuus tunnistaa vastaavaa ammattiryhmien välistä eroa lääkehoidon osaamisessa (Nicholson ym. 2022). Viranomaissuosituksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021) todetaankin, että lähihoitajan tutkintoon sisältyy lääkehoidon opintoja vaihtelevasti ja vastuu lähtötason selvittämisestä ja osaamisen varmistamisesta on yksikön johdolla. Suuri koulutustarve kuormittaa yksiköitä ja lähihoitajan tutkintokoulutuksen lääkehoidon opintojen sopeuttaminen vaatisi varmasti oppilaitosten ja työelämän tiiviimpää yhteystyötä.

Lääkelupaprosessiin liittyvien aikataulullisten haasteiden ja hoitajapulan takia voi olla mahdollista, että käytännön työssä on myös hoitotyöntekijöitä, joiden osaamista ei ole varmistettu tai joiden perehdytys on jäänyt vaillinaiseksi. Tämä vaikeuttaa työvuorosunnittelua ja kuormittaa kokeneempia hoitotyöntekijöitä. Vastaavia havaintoja löytyy myös aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta (Dilles ym. 2010, Härkänen ym. 2020, Nicholson ym. 2022). Aikaisemman kirjallisuuden tunnistamaa lääkehoidon toimintojen delegointia avustavalle henkilökunnalle ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan tullut esille ja lääkehoidon toiminnot oli rajattu hoitotyöntekijöiden tehtäväksi viranomaissuosituksen mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.)

Aikaisemmassa kirjallisuudessa hoitotyön johtajia on kritisoitu puutteellisesta lääkehoidon osaamisen seurannasta (Kapborg ym. 1999). Sitä vastoin tämän tutkimuksen perusteella johtajat seuraavat yksikössään hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamista monikanavaisesti havainnoimalla, keskustellen, kuunnellen ja vaaratapahtumaraportoinnin perusteella. Arviointia tehdään myös riskienhallinnan kautta ennakoivalla otteella ja hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaaminen otetaan huomioon resursoinnissa ja päivittäisessä työnjaossa. Jatkuva seuranta ja tilanteen tasalla oleminen nostettiin keskeiseksi lääkehoidon osaamisen johtamisen toiminnoksi. Seurantakäytännöt olivat vaihtelevia ja jäsentämättömiä. Myös epäkohtiin puuttumisen käytännöt vaihtelivat.

Aikaisemman kirjallisuuden perustella hoitotyöntekijät eivät saa riittävää lääkehoidon täydennyskoulutusta ikääntyneiden hoidossa (Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022) ja, että täydennyskoulutuksen tarjoamisella voitaisiin vähentää riskejä lääkehoidon toteuttamisessa ja lisätä osaamista (Lim ym. 2010, Sefidani Forough ym. 2020). Tämän tutkimuksen perusteella lääkehoidon täydennyskoulutusta kuitenkin järjestetään ja yksikön johtajan rooli on olla täydennyskoulutuksen mahdollistaja. Johtajat pitävät saattohoitoa, kivun hoitoa ja käytännön taitojen vahvistamista

keskeisinä lääkehoidon täydennyskoulutuksen aiheina ikääntyneiden hoidossa. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Lemay ym. 2013) mainittu muistisairautta sairastavan lääkehoito tuli tässä tutkimuksessa esille täydennyskoulutustarpeena. Täydennyskoulutuskäytännöt olivat kirjavia ja tarjonta rajallista. Voi myös olla, että johtajan ja hoitotyöntekijän näkemykset siitä, mikä määrä täydennyskoulutusta on riittävä, eroavat.

Tämä tutkimuksen perusteella lääkehoidon osaamisen johtamisen toiminnot vaativat tarkempaa määrittelyä ikääntyneiden hoidossa. Suhteessa viranomaissuositusten yksikön johtajan vastuisiin lääkehoidon osaamisen johtamisessa (Kuva 1), tässä tutkimuksessa johtamisen toimintoina tulivat esille lääkehoitosuunnitelman laatiminen ja sen mukaisen toiminnan valvonta, osaavan henkilökunnan riittävydestä huolehtiminen, henkilökunnan osaamisen varmistaminen ja dokumentointi, seuranta- ja palautejärjestelmään perustuva toiminnan kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen. Sen sijaan tässä tutkimuksessa lääkehoidon osaamisen johtamisen kuvailuun liittyen ei mainittu hoitotyöntekijöiden luotettavan lääkitystiedonhaun osaamisen kehittämistä tai mahdollistamista. Myöskään lääkitystietojen ajantasaisuudesta huolehtimista ei mainittu haastatteluissa johtamiseen liittyvänä asiakokonaisuutena. Aikaisemmassa tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden puutteelliset tiedonhalutaidot ja tietolähteiden saatavuus (Foroug ym. 2020) ja lääkitystietojen epäselvyydet tunnistetaan lääkehoidon vaaratapahtumille altistavina tekijöinä (Bielsten ym. 2022, Dilles ym. 2010, Schildmeijer ym. 2019).

6.1.2 LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN JOHTAMISEN KOKEMUS

Läkehoidon osaamisen johtamisen kokemuksesta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Läkehoidon osaamisen johtaminen ei ole osa yksikön johtajien perehdytystä eikä siihen aina ole selkeää mallia organisaatiolta. Johtajat olivat tietoisia vastuistaan, mutta tuntevat, että käytännön toteutus jää kunkin johtajan sovellettavaksi.

Läkehoidon osaamisen johtamiseen liittyy paljon delegointia, koska johtaja ei osallistu käytännön työhön. Siksi toimintojen laatu riippuu siis paljon myös yksikön sairaanhoitajien valmiuksista ja ammattitaidosta. Vastuukysymykset osin myös hämärtyvät ja sairaanhoitaja voi käytännössä huolehtia yksikön hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen kehittämisestä ja seurannasta varsin itsenäisesti oman työnsä ohessa. Tämä voi olla yhteydessä aikaisempiin tutkimustuloksiin, jossa sairaanhoitaja kokee työnkuvansa vastuullisuuden suureksi (Dilles ym.2010, Johansson-Pajala ym. 2016, Kapborg ym. 1999, Wellard ym. 2013). Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tullut esiin sitä, että sairaanhoitajat työskentelisivät osaamisensa ylittäin (Johansson-Pajala ym. 2016). Johtajat kuvaavat itsensä

sairaanhoitajan tukijoina ja tsemppaajina ja mikäli sairaanhoitajalla ei ole lääkehoidon osaamisen johtamisen toiminnoista suoriutumiseen edellyttävää osaamista, johtajat tekevät työt itse.

Lääkehoidon osaamisen johtamisessa tärkeää ovat selkeä työnjako, kommunikaatio ja luottamussuhde yksikön johtajan ja sairaanhoitajan välillä. Strukturoimaton ja paljolti delegoitu lääkehoidon osaamisen johtaminen voi olla haavoittuvaista. Johtajan ydintehtävä on olla perillä lääkehoidon osaamisen tilanteesta yksikössään ja kuitenkin samalla johtajan työ koostuu pääosin hallinnollisesta työstä, mikä haastaa seuranta. "Harmaan alueen sietäminen" on siis osa lääkehoidon osaamisen johtamista. Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että yksikön johtajat kokevat hyötyvänsä organisaation tuesta ja viranomaispalautteesta. Lääkehoidon osaamisen johtamista voidaan kehittää lääkitysturvallisuuden auditointien avulla ja vaihtamalla hyviä käytäntöjä. Mahdollisesti lääkehoidon osaamisen johtamisen kehittämisen avulla voitaisiin kaventaa kuilua hoitotyöntekijöiden työn vaatavuuden ja lääkehoidon osaamisen välillä. Tämä voisi edistää lääkitysturvallisuutta ikääntyneiden hoidossa.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan *Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research* -kriteerien pohjalta (Tracy 2010.) Tutkimuksen aihe voidaan nähdä ajankohtaisena ja relevanttina. Tutkimus tarjoaa uutta tietoa lääkehoidon osaamisen johtamisesta, mikä voidaan todeta tutkimuksen taustaksi tehdyn varsin laajan kirjallisuuskatsauksen ja tulosten tarkastelun perusteella.

Tutkimustuloksena muodostettiin kuvaus lääkehoidon osaamisen johtamisen toiminnoista ja kokemuksesta. Tutkimuksen tiedonantajien määrä jäi pieneksi (N=7), mutta toisaalta tiedonantajat edustivat erilaisia yksiköitä, julkista ja yksityistä sektoria sekä erilaisia maantieteellisiä sijainteja. Täydellistä saturaatiota ei tällä otannalla saavutettu. Osa asiakokonaisuuksista toistui haastatteluissa, mutta jokaisessa haastattelussa tuli esiin myös uusia näkökulmia. Tämä voi tosin johtua myös ilmiön luonteesta. Lääkehoidon osaamisen johtamiseen ei tämän tutkimuksen perusteella ole vakiintuneita käytäntöjä ja jokainen johtaja toimii omalla tavallaan. Kukin tiedonantaja kuvasi omaa toimintatapansa ja kokemustaan, joka on aina yksilöllinen. Ehkä lääkehoidon osaamisen johtamisen toiminnoista olisi saatu syvällisempi käsitys, jos yksikön johtaja ja sairaanhoitajat olisivat osallistuneet haastatteluihin yhdessä, koska monet toiminnot on delegoitu. (Tracy 2010.)

Johtajat ilmoittautuivat itse tutkimukseen. Tämä saattoi valikoida tiedonantajiksi hoitotyön johtajia, jotka lääkehoidon osaamisen kokevat tärkeäksi ja jotka siihen työssään satsaavat. Näin ollen tutkimustulokset eivät välttämättä kuvaa lääkehoidon osaamisen johtamisen haasteita tyhjentävästi. Osin rekrytoinnissa on voinut tapahtua lumipallo-otantaakin eli jo osallistunut tiedonantaja on vinkannut saman organisaation toiselle esimiehelle. Tämä on voinut aiheuttaa valikoitumista ja aiheuttaa toistoa aineistoon. Toisaalta laadullisen tutkimuksen edellytys on, että tiedonantajilla on käsitys tai kokemus tutkittavasta ilmiöstä. Siksi tämän tutkimus käytti tarkoituksenmukaista otantaa ja kaikkien tiedonantajien sopivuus varmennettiin mukaanottokriteerein. (Tracy 2010.)

Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut olivat linjassa tutkimuksen tarkoituksen kanssa ja ne todettiin toimiviksi. Kaikki teemahaastattelut (Hirsijärvi & Hurme 2022) toteutuivat suunnitellusti eikä teknisiä haasteita ollut. Teemahaastattelurunko (Liite 6) perustui systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen (Halttunen 2021) eikä sitä muutettu tutkimuksen aikana. Tosin tutkija on haastattelijana kokematon ja tällä on voinut olla vaikutusta siihen, missä määrin tarkentavia kysymyksiä esitettiin. Induktiivinen teema-analyysi (Braun & Clarke 2006) soveltui tämän tutkimuksen analyysimenetelmäksi, koska tutkimuskysymys oli laaja. Analyysin eteneminen ja vaiheet on kattavasti raportoitu, mikä lisää prosessin läpinäkyvyyttä ja mahdollistaa sen arvioinnin. Analyysin luotettavuutta lisäsi myös se, että koodien nimeämistä ja kokonaisuuksien muodostamista tarkasteltiin tutkimusryhmässä. (Tracy 2010.)

Tulokset on pyritty raportoimaan mahdollisimman totuudenmukaisina. Tulosten tulkintaa vahvistamaan tuotiin suoria sitaatteja haastatteluista ja tulosten kokonaisuutta havainnollistettiin tuomalla raporttiin taulukoita. Tutkijan hoitotieteeseen yhdistyvä farmaseuttinen tausta on voinut vaikuttaa siihen, kuinka hän aineistoa tulkitsee ja mitä asioita hän painottaa. Tutkijalla on oman toiminnan tarkastelusta huolimatta voinut olla ennakkokäsityksiä siitä, millaista lääkehoidon osaamisen johtamisen toimintojen tulisi olla. Samalla todetaan, että tutkimusraportista tulee aina tekijänsä näköinen ja tutkijan aito kiinnostus asiantuntemus omavalintaiseen aiheeseen on voinut tuoda tarkasteluun myös syvyyttä. Tutkimuksen analyysin vaiheet on kuvattu kattavasti tässä tutkimusraportissa, mistä tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen systemaattisuus voidaan todeta. (Tracy 2010.)

Tämän tutkimuksen tulokset kuvaavat tämän tutkimuksen tiedonantajien lääkehoidon osaamisen johtamisen toimintoja ja kokemusta. Tutkimustulosten siirrettävyyteen etenkin johtamisen toimintojen osalta on suhtauduttava varauksin, koska lääkehoidon erityispiirteet, laatu ja laajuus vaihtelevat ikääntyneiden yksiköissä. Samalla osaamisen johtamisen kokemus on aina yksilöllinen. (Tracy 2010.) Tosin viranomaissuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021) ovat samat ja pitkälti määrittävät johtajan vastuut kaikissa yksiköissä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan pitää käytännön hoitotyön kannalta hyödyllisinä, koska niiden avulla voidaan kehittää hoitotyön johtamista (Tracy 2010).

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2023) noudatettiin kaikissa tutkimusvaiheissa ja tutkimuksen valintojen eettisyyttä tarkasteltiin kriittisesti koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen menetelmälliset valinnat ja kulku kuvataan kattavasti tässä tutkimusraportissa, mikä mahdollistaa toiminnan arvioinnin jälkikäteen.

Tiedonantajien rekrytointi tapahtuu Facebook-ryhmien ylläpitäjien ja rekisterin yhteishenkilön luvalla. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tiedonantajien tietoja sekä haastatteluaineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti. Kaikille tutkimuksen tiedonantajille toimitettiin tutkimustiedote (Liite 5), jossa on kattavat tiedot tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tavoitteista, menetelmistä, aineiston ja tietojen käsittelystä, rahoituksesta ja tutkijoiden sidonnaisuuksista sekä mahdollisesta julkaisemisesta. Lisäksi kaikki osallistujat saivat nähtäväkseen tutkimuksen tietosuojaselosteen. (EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2016/679, TENK 2023).

Ennen haastattelujen aloittamista tutkija kävi vielä läpi tutkimukseen liittyvät tiedot ja tiedonantajilla on mahdollisuus esittää kysymyksiä. Haastateltavilta pyydettiin ennen haastattelujen aloittamista tietoon perustuva suostumus, joka oli mahdollista peruuttaa missä vaiheessa tahansa. Tietoon perustuva suostumus tallentui haastattelutallenteelle. (TENK 2023.)

Tietosuoja huomioitiin suunnitelmallisesti koko tutkimuksen tekemisen ajan. Tutkija suoritti itse tutkittavien rekrytoinnin ja aineiston keruun. Rekrytointivaiheessa kerätyt henkilötiedot olivat vain tutkijan tiedossa ja niitä käsiteltiin Zoom-haastattelujen sopimiseksi ja toteuttamiseksi. Tallennettu Zoom-haastatteluaineisto ja litteroitu tekstiaineisto tallennettiin salasanoilla suojattuun Turun yliopiston Seafire-pilvipalveluun. Aineisto oli tutkijan ja hänen ohjaajiensa nähtävissä. Aineistoa käsiteltiin analyysin ja raportin tuottamiseksi. Analyysivaiheessa tunnistetiedot poistettiin. Tutkimusaineistoa säilytetään viisi vuotta jatkotutkimuksen tai artikkelin kirjoituksen mahdollistamiseksi. (EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2016/679.)

Haastateltavien henkilöllisyys suojattiin eikä hoivayksiköitä tai organisaatiota mainita nimeltä. Näin ollen tutkimustuloksia ei voida yhdistää tiettyihin henkilöihin, eikä tutkimuksesta voi aiheutua haittaa tiedonantajille. Tiedonantajat kohdattiin haastatteluissa arvostaen eikä heitä johdateltu. Tutkija tarkasteli myös omaa toimintaansa, jotta tämän omat valinnat tai mielipiteet eivät johdatelleet haastateltavia tai ohjanneet analyysin tekoa. Kaikki tutkimustulokset raportoitiin ja raportoinnissa noudatettiin johdonmukaista lähdeviittaustapaa. (TENK 2023.)

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamiseen ei ole vakiintuneita käytäntöjä ikääntyneiden hoidossa. Johtaja kantaa vastuuta myös monista sairaanhoitajalle delegoiduista toiminnoista ja delegointi on usein välttämätöntä yksikön johtajan hallinnollisen työnkuvan takia. Lääkehoidon osaamisen johtaminen vaatii siis "harmaan alueen sietämistä". Lääkehoidon osaamisen johtamista voitaisiin jäsentää organisaation mallin avulla, jossa toiminnot ja vastuunjako on aukikirjoitettu. Yksikön johtaja hyötyy organisaation asiantuntijoiden palautteesta, konsultaatiotuesta ja lääkitysturvallisuuden auditoinneista, Lääkehoidon osaamisen johtamista voidaan kehittää viranomaispalautteen, organisaation sisäisen laadunhallinnan ja benchmarkkauksen avulla.

10 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa lääkehoidon osaamisen johtamisen toiminnoista ja kokemuksesta yksikön johtajan näkökulmasta. Lääkehoidon osaamisen johtamista voisi tarkastella organisaation näkökulmasta, koska yksiöiden toiminta nojaa organisaation ohjeisiin ja resursseihin. Tulevaisuudessa olisi tärkeää kehittää hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen malli ikääntyneiden hoitoon, jonka avulla johtamisen sisältöä voitaisiin vielä selkiyttää ja jäsentää. Mallia voisi kehittää ja testata tutkimuksen avulla.

LÄHTEET

- Bengtsson, M., Ekedahl, A.-B. I., & Sjöström, K. (2021). Errors linked to medication management in nursing homes: an interview study. *BMC Nursing*, 20(1), 69–69. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00587-2>
- Bielsten, T., Odzakovic, E., Kullberg, A., Marcusson, J., & Hellström, I. (2022). Controlling the Uncontrollable: Patient Safety and Medication Management From the Perspective of Registered Nurses in Municipal Home Health Care. *Global Qualitative Nursing Research*, 9, 233339362211087–23333936221108700. <https://doi.org/10.1177/23333936221108700>
- Brandt, N. J., Hanna, K., & Walters, S. (2013). Medication management and older adults: Opportunities and challenges. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(2), 3–7. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130109-01>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Choi, S., Cho, E., Kim, E., Lee, K., & Chang, S. J. (2021). Effects of registered nurse staffing levels, work environment, and education levels on adverse events in nursing homes. *Scientific Reports*, 11(1), 21458–21458. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-00946-8>
- Dilles, T., Elseviers, M. M., Van Rompaey, B., Van Bortel, L. M., & Stichele, R. R. V. (2011). Barriers for Nurses to Safe Medication Management in Nursing Homes: Barriers in Medication Safety. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01386.x>
- Fimea (2021) Lääkkeen käyttäjä lääkeinformaation keskiöön – Kansallinen lääkeinformaatiostrategia 2021–2026. Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 02/2021. PDF-julkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7299-16-6> (19.4.2023)
- Gerontologinen hoitotyö. (2022) Facebook-ryhmä. <https://www.facebook.com/groups/349072311912680/members> (6.4.2022)
- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th edition.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285–291. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
- Halttunen K. (2021) Hoitajien lääkehoidon osaamisen johtaminen ikääntyneiden hoidossa. Kandidaattitutkielma Turun Yliopisto.
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (2022). *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö* ([2. painos]). Helsinki: Gaudeamus.
- Holmqvist, M., Ekstedt, M., Walter, S. R., & Lehnbohm, E. C. (2018). Medication management in municipality-based healthcare: A time and motion study of nurses. *Home Healthcare Now*, 36(4), 238–246. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000671>

- Härkänen, M., Franklin, B. D., Murrells, T., Rafferty, A. M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2020). Factors contributing to reported medication administration incidents in patients' homes – A text mining analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3573–3583. <https://doi.org/10.1111/jan.14532>
- Irani, E. (2019). The Use of Videoconferencing for Qualitative Interviewing: Opportunities, Challenges, and Considerations. *Clinical Nursing Research*, 28(1), 3–8. <https://doi.org/10.1177/1054773818803170>
- Johansson-Pajala, R.-M., Jorsäter Blomgren, K., Bastholm-Rahmner, P., Fastbom, J., & Martin, L. (2016). Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: a qualitative study of medication management. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), 37–45. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132891>
- Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen E. (2013) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291-301.
- Kapborg, I., & Svensson, H. (1999). The nurse's role in drug handling within municipal health and medical care. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 950–957. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01184.x>
- Karttunen, M., Sneck, S., Jokelainen, J., & Elo, S. (2020). Nurses' self-assessments of adherence to guidelines on safe medication preparation and administration in long-term elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 108–117. <https://doi.org/10.1111/scs.12712>
- Kim, J., & Parish, A. L. (2021). Nursing: polypharmacy and medication management in older adults. *Clinics in Integrated Care*, 8, 100070–. <https://doi.org/10.1016/j.intcar.2021.100070>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista. 980/2012. <https://finlex.fi/fi/laki/smur/2012/20120980> (18.4.2023)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/556. <https://finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940559> (18.4.2023)
- Lemay, C. A., Mazor, K. M., Field, T. S., Donovan, J., Kanaan, A., Briesacher, B. A., ... Tjia, J. (2013). Knowledge of and Perceived Need for Evidence-Based Education About Antipsychotic Medications Among Nursing Home Leadership and Staff. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(12), 895–900. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.08.009>
- Lim, L. M., Chiu, L. H., Dohrmann, J., & Tan, K.-L. (2010). Registered nurses' medication management of the elderly in aged care facilities. *International Nursing Review*, 57(1), 98–106. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00760.x>
- Lindgren, R., Henfridsson, O., & Schultze, U. (2004). Design Principles for Competence Management Systems: A Synthesis of an Action Research Study. *MIS Quarterly*, 28(3), 435–472. <https://doi.org/10.2307/25148646>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Reprint—Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873–880. <https://doi.org/10.1093/ptj/89.9.873>

Motta, A. P. G., Guerreiro, J. M., Gobbo, A. F. F., Kusumota, L., Atila, E., Shasanmi, R. O., & Gimenes, F. R. E. (2018). Case study: using participatory photographic methods for the prevention of medication errors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2483–2488. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0040>

National health service, NHS (2020) Medicines Management Competencies for First Level Registered Nurses and Nursing Associates. National Health Service. PDF-julkaisu. <https://ee494c7bcaebc61df9a5-e19ab9a66520ad61c29310eafb66e6e6.ssl.cf3.rackcdn.com/content/uploads/2017/09/1.-MMCompOverview-V03-May-2020.pdf> (19.4.2023)

Nicholson, E. C., & Damons, A. (2022). Is medication administration in the elderly influenced by nurses' demographics in South Africa? *Health SA = SA Gesondheid*, 27(1), 1750–1750. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1750>

Nicholson, E. C., & Damons, A. (2022). Linking the processes of medication administration to medication errors in the elderly. *Health SA = SA Gesondheid*, 27(3), 1704–1704. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1704>

Pitkälä K., Hosia-Randell H., Raivio M., Savikko N. & Strandberg T. (2006) Vanhuksen lääkehoidon karikoita. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 122 (12), 1503-1512.

Phillips R. (2011) The challenge of medication management in older adults. *Nursing made incredibly easy!* 9 (1), 24-31.

Pierson, S., Hansen, R., Greene, S., Williams, C., Akers, R., Jonsson, M., & Carey, T. (2007). Preventing medication errors in long-term care: results and evaluation of a large scale web-based error reporting system. *Quality & Safety in Health Care*, 16(4), 297–302. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.022483>

Salminen A. (2011) Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisu 62. *Julkisjohtaminen* 4. Vaasan yliopisto, Vaasa.

Strube-Lahmann, S., Müller-Werdan, U., Klingelhöfer-Noe, J., Suhr, R., & Lahmann, N. A. (2022). Patient safety in home care: A multicenter cross-sectional study about medication errors and medication management of nurses. *Pharmacology Research & Perspectives*, 10(3), e00953–n/a. <https://doi.org/10.1002/prp2.953>

Schildmeijer, K., Wallerstedt, B., & Ekstedt, M. (2019). Healthcare Professionals' PERCEPTIONS of RISK. *Home Healthcare Now*, 37(2), 97–105. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000717>

Sefidani Forough, A., Lau, E. T. L., Steadman, K. J., Kyle, G. J., Cichero, J. A. Y., Serrano Santos, J. M., & Nissen, L. M. (2020). Factors affecting Australian aged care facility workers in administering oral medication to residents with swallowing difficulties. *Research in Nursing & Health*, 43(4), 419–430. <https://doi.org/10.1002/nur.22042>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088> (19.4.2023)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2020) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 – Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja

terveysministeriön julkaisuja 2020:29. PDF-julkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1> (19.4.2023)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2021). Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6. PDF-julkaisu. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y (18.4.2021)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2022) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. PDF-julkaisu. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM_2022_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y (19.4.2023)

Sulosaari, V., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2011). An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 464–478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03228.x>

Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

Tehyn Akateemiset, Esimiehet ja Johtajat. Facebook- ryhmä. (2022) <https://www.facebook.com/groups/tehyn.akateemiset/members>. (13.4.2023)

Thelen, M. (2022). Medication competence: a concept analysis. *Nurse Education Today*, 111, 105292–105292. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105292>

Timmons, S., O’Loughlin, C., Buckley, C., Cornally, N., Hartigan, I., Lehane, E., ... Coffey, A. (2021). Dementia palliative care: A multi-site survey of long term care STAFF’S education needs and readiness to change. *Nurse Education in Practice*, 52, 103006–103006. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103006>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-julkaisu. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf (21.4.2023)

Verrue, C., Petrovic, M., Mehuys, E., Boussery, K., Somers, A., Spinewine, A., ... Vander Stichele, R. (2011). Organization of the Medication Management Process in Belgian Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(4), 308–311. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.06.010>

Vestal, R. E. (1997). Aging and pharmacology. *Cancer*, 80(7), 1302–1310. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19971001\)80:73.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19971001)80:73.0.CO;2-B)

Viitala, R. (Riitta L., & Hyppönen, A. (2021). *Henkilöstöjohtaminen : Keskeiset käsitteet, teorit ja trendit*. Helsinki: Edita.

Vogelsmeier, A., Anderson, R. A., Anbari, A., Ganong, L., Farag, A., & Niemeyer, M. (2017). A qualitative study describing nursing home nurses sensemaking to detect medication order discrepancies. *BMC Health Services Research*, 17(1), 531–531. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2495-6>

Wellard, S. J., Rasmussen, B., Savage, S., & Dunning, T. (2013). Exploring staff diabetes medication knowledge and practices in regional residential care: triangulation study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1933–1940. <https://doi.org/10.1111/jocn.12043>

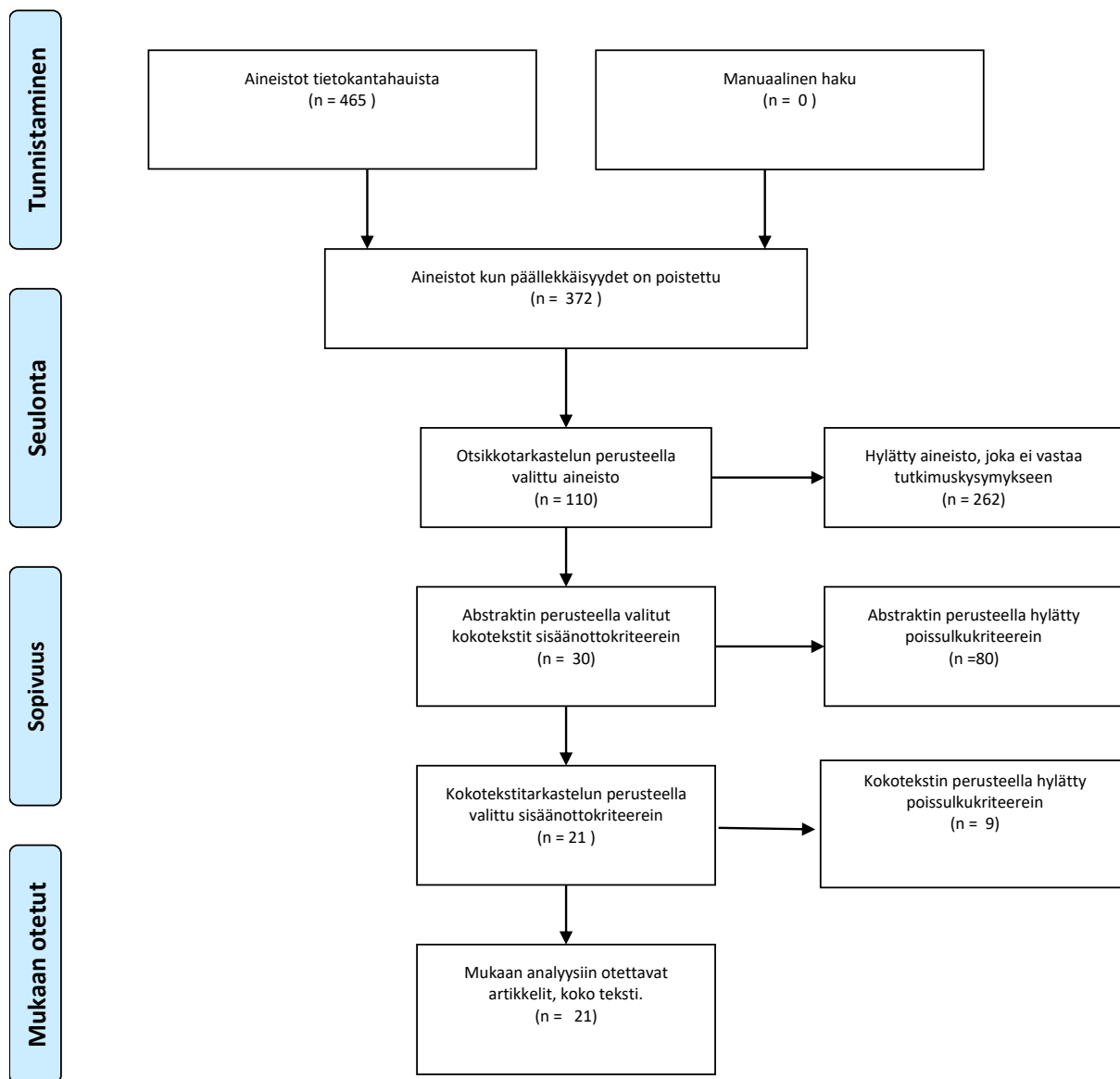
Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

LIITTEET

Liite 1. TIETOKANTAHAUISSA KÄYTETYT HAKUSANAT JA SAADUT TULOKSET

Päivämäärä	Tietokanta ja rajaukset	Hakulauseke	Tulokset
20.3.2023	CINAHL journal article, peer reviewed articles, suomen ja englannin kieli	("gerontological care" OR "elderly care" OR "nursing home*" OR "care home*" OR "long term care" OR "residential care" OR "aged care facility" OR "home care nursing" OR "home health care" OR "home healthcare" OR MH "Nursing Homes+" OR MH "Home Health Care+") AND ("medication competence management" OR "medication safety" OR "drug safety" OR "medication administration process" OR "medication management" OR "management of medicines" OR "medication error prevention" OR MH "Medication Management" OR "Medication Knowledge Asses*" OR "Medication competence" OR "Medication competency" OR "verification of medication competenc*" OR "medication skil*" OR "medication competency management") AND (nurse* OR MH "Nurses+")	146
8.3.2023	Medline/PubMed suomen, ruotsin ja englannin kieli	("gerontological care" OR "elderly care" OR "nursing home*" OR "care home*" OR "long term car*" OR "residential car*" OR "aged care facility" OR "home care nursing" OR "home health car*" OR "home healthcar*" OR "Residential Facilities"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR "Long-Term Care"[Mesh] OR "Nursing Homes"[Mesh]) AND ("medication safety" OR "drug safety" OR "medication administration process" OR "medication management" OR "management of medicines" OR "medication therapy management" OR "medication error*" OR "medication error prevention" OR "Medication competence" OR "Medication competency" OR "medication skill*" OR "Medication Errors"[Mesh]) AND (nurse* OR "Nurses"[Mesh])	319

Liite 2. FLOW-KAAVIO



Kuvio 1: Tiedonhaun vaiheet (Moher ym. 2009)

Liite 3. TAULUKKO TUTKIMUKSISTA

Kirjoittaja(t), maa ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusasetelma	Osallistujat (n, ikäjakauma/keski-ikä)	Tiedonkeruu menetelmä	Pääasialliset tulokset	MMAT Kyllä-vastaukset
Dilles ym. 2010 Belgia	Tunnistaa ja vertailla hoivakodissa työskentelevien hoitajien kokemia esteitä turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle.	Monimenetelmätutkimus.	<p>Laadullinen: Tarkoituksenmukainen otanta hoivakoteja (N=6) sijainnin perusteella. Hoivakodissa työskentelevät sairaanhoitajat (N=12) muodostivat asiantuntijaraadin.</p> <p>Määrällinen: Kyselytutkimukseen osallistui hoitajia (sairanhoitajia, lähihoitajia ja osastonhoitajia) (N=246) ja hoiva-avustajia (N=270) ikääntyneiden hoivakodeista (N=20).</p>	<p>Asiantuntijaraati tunnisti lääkehoidon haasteita, jotka voivat johtaa lääkityspoikkeamiin. Tähän perustuen muodostettiin kysely.</p> <p>Kyselytutkimuksessa vastaajat arvottivat esteiden relevanssia ja merkittävyyttä.</p>	<p>Asiantuntijaraadin tunnistamat esteet turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle: liittyivät hoitajaan, organisaatioon, moniammatilliseen yhteistyöhön tai potilaaseen ja omaisiin. Hoitaja: Haasteet liittyivät puutteelliseen farmakologian osaamiseen, motivaatioon ja vastuunottoon. Organisaatio: kiire ja hoitajapula, keskeytykset, puutteelliset ohjeet ja standardoimattomat toimintatavat. Moniammatillinen yhteistyö: heikot konsultointimahdollisuudet, erimielisyydet ja kommunikaatio, lääkitystiedon epäselvyydet. Potilas: terveydentilan tuomat haasteet, lääkkeitä kieltäytyminen.</p> <p>Kysely: 80 % hoitajista koki lääkkeiden vaikutusten seuraamisen osaksi työtään. 76 % koki, että haittavaikutusten havainnointi on osa</p>	5/7 Kaikkia asiantuntijaraadissa tunnistettuja esteitä turvalliseen lääkehoidolle sisällytetty kyselylomakkeeseen. Ei pilotointia. Otokokoa ei perustella. Osalla teemoista havaittiin suurta vaihtelua ja taustatekijöiden (vastaajien ja hoivakotien erot)

					työtä. Keskeytykset suurin este, työhön liittyy aikapainetta. Ei riittävästi tietoa ruoka-lääke ja lääke-lääke yhteisvaikutuksista tai haittavaikutuksista.	vaikutusta ei pystytty selittämään.
Sefidani Forough ym. 2020 Australia	Selvittää ikääntyneiden hoivakodissa työskentelevien hoitajien työtapoihin liittyviä tekijöitä annosteltaessa lääkkeitä potilaille, joilla on nielemisvaikeuksia.	Laadullinen kuvaileva tutkimus.	Tarkoituksenmukainen otanta (N=17) ikääntyneiden hoivakodissa työskenteleviä hoitotyön johtajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja hoiva-avustajia, jotka työssään osallistuvat lääkehoidon toteuttamiseen.	Semi-strukturoidut haastattelut, jotka analysoitiin Leximancer software kvantitatiivisella sisällönanalyysillä.	Läkkeenanto potilaalle, jolla on nielemisvaikeuksia voi olla aikaa vievää ja sairaanhoitajat ja lähihoitajat kokevat aikapainetta ja työkuormitusta. Lääkkeitä murskataan vastoin ohjeistuksia. Hoitotyön esimies katsoi, että aikaa voisi hallita työssä paremmin työn organisoinnilla ja priorisoinnilla. Tämä vaatisi koulutusta ja koulutus estäisi suosituksista poikkeamista. Henkilökuntaa on liian vähän ja osittain henkilökunta on vasta valmistuneita, joilla ei ole riittävää osaamista lääkkeiden murskaamisesta. Tilapäinen henkilökunta ei tunne potilaita. Tietoa murskaamisen mahdollisuudesta tai vaihtoehtoisista lääkemuodoista ei ole aina saatavilla ja konsultointimahdollisuudet rajallisia. Tietoa haetaan kaupallisesta halukoneesta.	6/7. Tutkimuksen tarkoitus ilmaistu, muttei selkeää tutkimuskysymystä.

					Hoitotyön johtajat painottivat, että hoitajat tarvitsevat koulutusta lääkkeen antamisesta potilaille, joilla on nielemisvaikeuksia ja lääkkeiden oikeaoppisesta murskaamisesta. Ajanpuutetta johtajat pyrkivät ajoittain helpottamaan osallistumalla itse lääkkeenjakaan. Lisäksi esimiehet pyrkivät olemaan hoitajien tukena päätöksenteossa ja ennakoimaan mahdollisia haasteita lääkehoidossa. Johtajat ehdottivat farmaseuttien pitämää koulutusta.	
Schildmeijer ym. 2019 Ruotsi	Selvittää terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä riskeistä kotihoidossa.	Laadullinen kuvaileva tutkimus.	Terveydenhuollon ammattilaiset (N=20): 6 lääkäriä, 11 sairaanhoitajaa ja 3 hoiva-avustajaa ruotsalaisessa kunnallisessa kotihoidossa.	Fokusryhmähaastattelut ja yksilöhaastattelut, joissa avoimia kysymyksiä. Tallennettu haastatteluaineisto analysoitiin sisällön analyysillä.	Läkehoidon toteuttaminen kotihoidossa on vaativaa ja riskialtista. Tiedonkulku on puutteellista (erilaiset potilastietojärjestelmät ja rikkiäinen puhelin). Lääkelistat eivät ole ajan tasalla. Sairaalasta ei saada muuttuneita lääkitystietoja. Hoitajat eivät tunne potilaita. Potilailla on kotona paljon myös käytöstä poistuneita lääkkeitä. Lääkevaihto haastaa lääkkeiden tunnistamista. Resurssipulaa korjataan osaamattomilla sijaisilla.	6/7 Tutkimuksen tarkoitus on kuvattu. Ei selkeää tutkimuskysymystä.
Härkänen ym. 2020	Kuvata lääkityspoikkeamia	Retrospektiivinen	Kotihoidon lääkehoitoon liittyvät HaiPro-ilmoitukset	HaiPro-lääkityspoikeamailmoit	Tavallisin lääkityspoikkeama kotihoidossa on, että lääke jää antamatta. Riskilääkkeitä, joihin	5/7. Ei selkeää tutkimuskysymystä.

Suomi	kotihoitossa ja tunnistaa lääkityspoikkeamien yhteydessä esiintyviä termejä.	kuvaileva tutkimus.	(n= 19,752) vuosina 2013-2018 Helsingissä.	usten tekijöiden ja tyyppien tilastollinen kuvailu ja vapaatekstiosuuskien tekstilouhinta (SAS® Text Miner).	poikkeamia useimmiten liittyy, voidaan tunnistaa. Useimmin ilmoitettu syy poikkeamalle on huono tiedonkulku. Hoitajilla saattaa olla niin kiire, etteivät ehdi antaa lääkkeitä tai lääkkeiden anto unohtuu. Osaamiseen ja koulutukseen liittyvät virheet liittyvät useimmin tilapäisiin henkilöstöratkaisuihin. Sijaisilla ei aina ole riittävästi perehdytystä tai lääkelupaa ja lääke jää antamatta. Joskus lääke jäi antamatta, koska hoitajalla ei ollut annosteluun liittyvää osaamista (esim. insuliinikynän käyttö). Lääkepoikkeamista erottuu myös opiskelijan tekemiä lääkitysvirheitä, joissa ohjaajan valvonta oli puutteellista. Osaamisvaje ja kiire olivat yhteydessä toisiinsa siten, että aina osaavaa henkilöstöä ei ole saatavilla.	Analyysimenetelmä suhteellisen uusi, mutta hyväksi ja validiksi todettu. Termit ovat tutkijoiden valitsemia, jolloin tietoa mahdollisesti voi jäädä havaitsematta.
Johansson-Pajala ym. 2016 Ruotsi	Selvittää ikääntyneiden kunnallisissa hoivakodeissa työskentelevien sairaanhoitajien	Laadullinen kuvaileva tutkimus.	Tarkoituksenmukainen otanta ruotsalaisia ikääntyneiden kunnallisissa hoivakodeissa (N=5) työskenteleviä sairaanhoitajia (N=21).	fokusrhmähaastattelua 5 erilaisessa pitkäaikaishoidon ympäristöissä. Haastatteluaineistolle	Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon sairaanhoitajan vastuuta lääkeshoidossa ei ole tarkkaan määritelty ja tämä aiheuttaa "välikäden roolin" lääkärin ja muu henkilöstön välillä. Sairaanhoitajat joutuvat suorittamaan ajoittain myös lääkeshoidon tehtäviä, joihin heillä ei ole	7/7 5 tietoon perustuvan suostumuksen antaneista hoitajista oli pois

	<p>kokemuksia lääkehoidon toteuttamisesta, lääkitysturvallisuuden näkökulmasta tarkastellen.</p>			<p>tehtiin laadullinen sisällönanalyysi.</p>	<p>tarvittavia tietoja ja osaamista. Sairaanhoitaja vastaa suuresta määrästä potilaita ja joutuu siksi tekemään päätöksiä muun henkilökunnan havaintoihin perustuen. Tämä vaatii suurta keskinäistä luottamusta ja sairaanhoitajat eivät aina luota siihen, että avustavan henkilökunnan kompetenssi riittää lääkehoidon haittavaikutusten seurantaan. Sairaanhoitajat kokevat puutteita osaamisessaan suhteessa työn vaativuuteen. Sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisää osaamista lääkkeiden vaikutuksiin, haittavaikutuksiin ja hoidon diagnostiikkaan liittyen. Syynä rajalliset resurssit täydennyskoulutukseen. Annosjakelu ja geneerinen substituoitio vieraannuttavat lääkehoidosta, koska sairaanhoitaja jakaa yhä harvemmin lääkkeitä itse. Muulla henkilökunnalla ei ole osaamista lääkehoidon ja fysiologian yhteyden ymmärtämiseen ja resurssit eivät mahdollista sairaanhoitajan tarkkailevan suurta määrää potilaita osastolla. Sairaanhoitajat kantavat vastuuta muun henkilöstön osaamisesta. Lääkäreillä voi olla</p>	<p>haastatteluista, mutta saturaatio saavutettiin kuitenkin pidetyissä haastatteluissa.</p>
--	--	--	--	--	---	---

					puutteellinen osaamisen geriatrinen ja muistisairaiden potilaiden lääkehoidosta, mikä lisää sairaanhoitajien vastuuta potilaasta. Lisäksi potilaalla voi olla useita lääkärikontakteja, jolloin vastuu kokonaislääkehoidosta jää sairaanhoitajalle. Lääkärin konsultaatiomahdollisuus tuo turvaa sairaanhoitajalle. Sairaanhoitajalla on paljon toimitöitä, joka vähentää potilaan tarkkailuun käytettävissä olevaa aikaa	
Kapborg ym. 1999 Ruotsi.	Analysoida hoitajien lääkehoitoon liittyviä hoitovirheitä ja saavuttaa ymmärrys lääkehoidon virhetilanteiden juurisyistä sekä niitä ennaltaehkäisevistä keinoista.	Retrospektiivinen laadullinen tutkimus.	Lääkehoitoon liittyvien hoitovirhetapaukset (N=68). Haastattelut: Tarkoituksenmukainen otanta kunnallisessa sairaanhoidossa (hoivakodit, tuettu palveluasuminen) työskentelevät ruotsalaiset sairaanhoitajat (N=8).	Asiakirja-analyysi 1 aluehallintoviraston alaisuudessa raportoiduista lääkehoidon virhetapauksista. Puolistrukturoidut haastattelut.	Asiakirja-analyysi: Yleisin lääkkeen antoon liittyvä virhe on väärä annos. Hoitajien mukaan virheille altistavat stressi ja vieraammat työtehtävät. Delegointi avustavalle henkilökunnalle yleistä. Yleisin virhe delegoitaessa on, että annetaan väärä lääke tai väärä vahvuus. Lääkehoidon virheille altistavat puuttuvat kaksoistarkistukset, puutteelliset rutiinit ja puutteellinen kirjaaminen. Hoitajia on kritisoitu delegoinnista, koska avustavalla henkilökunnalla ei ole riittävää osaamista.	6/7 Analyysin vahvuuksia ja heikkouksia tai tutkijan roolia ei ole pohdittu tutkimuksessa.

Organisaatioon liitetyt syyt: henkilöstövaje, puutteellinen koulutus ja riittämätön johtaminen. Ongelmia ovat puutteellinen tiedonkulku, väljät toimintatavat sekä omavalvonnan ja tarkistusmenettelyjen puute. Valvontalautakunnan mukaan lääkehoidon prosesseja tulee kehittää käytännöstä käsin. Toiminnan ohjaus tulee perustua laadunhallintajärjestelmään. Poikkeamia tulee raportoida ja käsitellä säännöllisesti.

Haastattelut: Yleisin virhe on se, että lääke jää antamatta. Näitä ei useimmiten raportoida. Lääkehoidon toteuttamisen prosesseista vastaa yksi vastaava sairaanhoitaja, jolle muut sairaanhoitajat raportoivat. Lääkehoitoon liittyviä tehtäviä saatetaan delegoida omaisille tai avustavalle henkilökunnalle ilman, että osaamista varmistetaan, erityisesti resurssivajeessa. Työnantaja pitää resurssit pieninä kustannussyistä. Lääkehoitoon liittyvien tehtävien delegoinnista ei ole kirjallisia ohjeita, työnjako on epäselvä ja vaihtelee

					<p>yksikkökohtaisesti. Annosjakelu vähentää stressiä hoitajilla ja vähentää käyntien tarvetta tuetussa palveluasumisessa. Hoitajien tiedot lääkehoitoon liittyvistä suosituksista ja sääntelystä vaihtelevat. Hoitajat kokevat suurimmiksi syiksi lääkitysvirheiden taustalla kiireen, stressin ja muuttuvat työolosuhteet, joihin liittyy uusia toimintoja.</p> <p>Osa sairaanhoitajista kokee lääkehoidon osaamisensa puutteelliseksi. Jatkuvaa täydennyskoulutusta ei ollut tarjolla kenellekään haastatelluista hoitajista. Koulutuksen tarvetta nimettiin liittyen psykelääkkeisiin ja yleiseen farmakologiaan. Työn vastuullisuus ja vaatavuus kasvaa jatkuvasti sairaanhoitajan roolissa erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin.</p>	
Karttunen ym. 2020. Suomi	Kuvata ja selittää lääkehoidon turvallista toteuttamista ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa lääkehoitoon	Kvantitatiivinen kuvaileva poikkileikkauksellinen tutkimus.	Yhden sairaanhoitopiirin kunnallisen ikääntyneiden pitkäaikaishoidon yksiköiden lääkehoitoon osallistuva hoitohenkilöstö (sairanhoitajat (N=92), lähihoitajat (N=362) ja muu	Kehitettiin lääkehoidon turvallisen toteuttamisen mittari. Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisesti (Webropol) tätä tutkimusta varten	Lähes kaikilla lääkehoidon toteuttamisen osaluilla ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa havaittiin haasteita. Hoitajat poikkeavat lääkehoidossa suosituksista tietoisesti (lääkkeiden puolittaminen ja murskaaminen, potilaan henkilöllisyyden varmistaminen, muokatun lääkkeen antaminen, antoajankohdan	6/7 Mittarin esitestausaineisto oli pieni ja yksipuolinen mittarin rakennevaliditeetin

	osallistuvan hoitohenkilöstön näkökulmasta.		henkilöstö (N=38) yht. N=492) 27 kunnan alueelta.	kehitettyllä kyselylomakkeella. Mittarissa väittämiä ja avoimia kysymyksiä.	noudattaminen, lääkkeen antaminen suhteessa ruokaan, lääkkeenoton varmentaminen, antoaiheen arviointi, lääkevasteen seuranta ja kirjaaminen). Hoitajan parempi farmakologian, infektioiden torjunnan ja lääkelaskennan osaaminen oli yhteydessä parempaan itsearvioon lääkehoidon toteuttamisesta. Tutkintokoulutuksella tai työhistorialla ei havaittu olevan merkitystä. Vanhemman ikäryhmän hoitajat toteuttivat lääkehoitoa (käyttökuntoon saattaminen, lääkkeiden antaminen, tarkistukset ja potilasohjaus) huolellisemmin kuin nuoremmat ikäryhmät. Hoitajat, jotka antoivat lääkkeitä potilaille harvemmin kuin kolme kertaa viikossa, olivat huolellisempia antaessaan lääkkeitä potilaille kuin lääkkeitä potilaille vähintään kolme kertaa viikossa antavat hoitajat. Rutiininomaisia tarkastuksia lääkehoidossa ei tehdä riittävästi.	tilastollista tarkastelua voitu tehdä esitestausvaiheessa. Turvallinen lääkehoito -mittari todettiin muokkauksen jälkeen lääkehoidon turvallisen toteuttamisen periaatteet hyvin huomioivaksi, toimivaksi ja luotettavaksi.
Lim ym. 2010 Australia	Arvioida sairaanhoitajien lääkehoidon toteutukseen ja	kvasi-kokeellinen ennen-jälkeen	Ikääntyneiden hoitolaitoksissa työskentelevät sairaanhoitajat (pre test N=58, post test N=40)	23-osainen tietotesti-pohjainen kyselylomake, 1 tunnin kestävä opetustuokio ja	Ennen koulutusinterventiosta havaittiin puutteita lääkehoidon toteuttamiseen liittyvissä tiedoissa ja lääkehaittojen tuntemuksessa. Koulutusinterventio lisäsi sairaanhoitajien	4/7 Pieni otanta vapaaehtoisia hoitajia. Kato

	<p>lääkehaittoihin liittyviä tietoja ikääntyneiden hoivakodeissa. Arvioida koulutusohjelman vaikutusta hoitajien farmakologian osaamiseen ja lääkehaittojen ehkäisyyn sekä kehittää koulutusohjelmaa.</p>	<p>tutkimus, ei satunnaistettu, ilman vertailuryhmää.</p>		<p>itseopiskelupaketti. Sama kyselylomake (+ 5 uutta avointa kysymystä) tehtiin toistamiseen 4 viikkoa myöhemmin.</p>	<p>lääkehoidon tietoja tilastollisesti merkittävässä määrin. Koulutus lisäsi tietoa ikääntyneiden lääkehoidosta monipuolisesti. Herkkyys lääkehoidon tarkkailuun ja tietoisuus lääkehoidon riskeistä lisääntyivät. Hoitajat raportoivat herkemmin vaikutusten havainnoistaan lääkärille. Hoitajat kokivat hyötynsä koulutuksesta.</p>	<p>suurehko 18. Yksilöiden tuloksia ei verrattu, ainoastaan ryhmien.</p>
<p>Pierson ym. 2007 Yhdysvallat.</p>	<p>Tarkastella sähköisen häiritsemättömän käytettävyyttä, soveltuvuutta ja rajoitteita ikääntyneiden hoivakodissa.</p>	<p>Tietyn raportointijärjestelmän arviointitutkimus.</p>	<p>23 hoivakotia North Carolinassa (vapaaehtoisuusotanta) testasi järjestelmää 4 kk ajan.</p>	<p>Järjestelmään 4 kk aikana syötettyjen lääkityspoikkeamien (n=631) analyysi sekä arviointikysely (n=20).</p>	<p>Raporttien analyysi: Yleisin virhe oli se, että lääke jää antamatta. Raporteista saadaan myös tietoa virheen vakavuudesta, ammattiryhmistä (lähihoitajat yleisin) ja pystyttiin tunnistamaan yksikön riskilääkkeitä. Arviointikysely: Sähköinen järjestelmä koettiin helppokäyttöiseksi ja hyödylliseksi, koska sillä voidaan tunnistaa kehityskohteita sekä täydennyskoulutustarpeita yksikössä.</p>	<p>5/7 Tutkimukseen valittu vapaaehtoiset, ei satunnaistettu otanta. Analyysimenetelmä ei ole kuvattu.</p>

Wellard ym. 2012 Australia	Kuvata diabeteksen lääkehoidon toteutumista hoivakodissa.	Monimenetelmät tutkimus	Sairaanhoitajia (N=18, lähihoitajia (N=32) ja hoiva-avustajia (N=15) yht. (N=68) ja diabetesta sairastavia asukkaita (N=20) kahdesta julkisomisteisesta australialaisesta ikääntyneiden hoivakotipalveluja tuottavasta organisaatiosta.	<p>Määrällinen aineisto: Kysely diabetekseen liittyvistä tiedoista. Kvantitatiivinen data-analyysi SPSS-ohjelmalla.</p> <p>Laadullinen aineisto: focusryhmähaastattelut. Laadullinen sisällönanalyysi.</p> <p>Diabeetikkoasukkaiden potilastietojen tarkastelu.</p>	Sairaanhoitajat menestyivät tietotestissä lähihoitajia paremmin. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää. Kaikilla ammattiryhmillä havaittiin puutteellisia tietoja diabeteksen lääkehoidosta. Lääkekierrosta vastuussa on yksi hoitaja. Nielemisvaikeudet, lääkkeenotosta kieltäytyminen ja keskeytykset hidastavat kiertoa, mikä aiheuttaa stressiä hoitajalle. Hoitajilla voi olla puutteelliset tiedot verensokerin seurannasta ja verensokeria laskevista lääkkeistä. Koulutusta saadaan liian vähän. Potilastietojärjestelmä ei mahdollista selkeää verensokerin seurantaa ja siihen liittyvää tiedonkulkua. Lääkärikäyntien käytännöt saattoivat vaihdella tai asukkaalla saattoi olla useita lääkäreitä, jolloin kokonaisvastuu hoidosta oli epäselvä.	4/7 Pieni määrällinen aineisto. Ei esitetty selkeitä tutkimuskysymyksiä tai perusteluja monimenetelmätutkimukselle.
Verrue ym. 2011 Belgia	Kuvata lääkehoidon prosessin organisointi belgialaisissa hoivakodeissa.	Kuvaileva poikkileikkaus tutkimus.	Hoivakodin johtajat (N=76) ja vastaavat sairaanhoitajat (N=112) 76 belgialaisessa hoivakodissa. Satunnaistettu otos.	Stukturoidut haastattelut. Moniammatillisesti kehitetty strukturoitu kyselylomake, jossa	Linjaa kokonaiskuvan siitä kuinka lääkehoito ikääntyneiden hoivakodissa järjestetään. 69,7 % :ssa hoivakodeista oli lääkityspoikkeamien raportointijärjestelmä ja suurimmassa osassa raporttien sisältöä käytettiin toiminnan	6/7 Strukturoidut haastattelut eivät aina tavoita kaikkia näkökulmia

				oma osionsa hoivakodin johtajalle ja vastaavalle sairaanhoitajalle.	kehittämiseen. Kaikissa hoivakodeissa lääkelista ei ollut sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Hoitajat saattoivat tilata reseptilääkkeitä, vaikka niihin ei ollut voimassa olevaa reseptiä. Sairaanhoitajien lisäksi lääkkeitä antavat hoiva-apulaiset ja hoitotyön opiskelijat. Lääkkeiden murskaaminen on yleistä ja ennen tätä 21% hoitajista konsultoivat selvittääkseen murskaamisen mahdollisuuden. Tähän tarvitaan täydennyskoulutusta.	kuvailevassa tutkimuksessa.
Nicholson ym. 2022 Etelä-Afrikka	Kuvata hoitotyöntekijöiden iän, työkokemuksen, koulutuksen ja taitojen yhteyttä lääkehoidon toteuttamiseen ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Julkaisu on osa	Kvantitatiivinen ei kokeellinen kuvaileva poikittaistutkimus.	Ositettu otanta julkisen (N=10) ja yksityisen (N=18) palveluntuottajan ikääntyneiden hoivakodeissa (Yht. N= 28) työskentelevät hoitotyöntekijät (N=123). Satunnaistettu ryhmät. Sairaanhoitajat (N=60), lähihoitajat (N=35) ja hoivaavustajat (N=28).	Suljettuja väittämiä sisältävä sähköinen kyselylomake. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla tilastollisesti.	35 % vastaajista ei ollut saanut lääkehoitoon liittyvää koulutusta 5 vuoteen. 26 % kuvasi, ettei ollut saanut koulutusta tavanomaisten lääkkeiden sivuvaikutuksista. 22,8 % ei ollut saanut koulutusta tavanomaisten lääkkeiden vaikutusmekanismeista. 68,3 % ei ollut saanut koulutusta ennen lääkkeiden antoa suoritettavista tarkistuksista. Lähihoitajat (28,6 %) ja hoivaavustajat (32,1 %) raportoivat puutteellista koulutusta useammin kuin sairaanhoitajat (11,7 %). 20,3 % oli saanut koulutusta tietokoneen käyttöön.	5/7 Vain osa tuloksista esitetty kuviona taulukkona. Etelä-Afrikan palvelujärjestelmän erityispiirteet huomioitava tiedon yleistettävyyttä arvioitaessa. Kyselyn suljetut väittämät eivät

suurempaa tutkimushanketta.

70 % sairaanhoitajista ja 45,7 % lähihoitajista raportoi, että tietää aina, miten lääkkeet vaikuttavat. Hoiva-avustajat raportoivat, että he joskus tietävät lääkkeiden vaikutuksesta. 36,7 %, sairaanhoitajista, 28,6 % lähihoitajista ja 21,4 % hoiva-avustajista raportoi heikot tai riittämättömät tiedot lääkkeiden vaikutuksista ja haittavaikutuksista. Tilastollisessa analyysissä havaittiin, että viimeisestä koulutuksesta kulunut aika korreloi voimakkaasti sen kanssa, kokiko hoitotyöntekijä tietonsa heikoksi tai riittämättömäksi.

Työn kuormitus liittyi eniten lisääntyneeseen työmäärään (75,6 %), työyhteisön konflikteihin (67,5 %), haastaviin asiakastilanteisiin (66,7 %), paperityöt (65,9 %), asiakkaan hoitotyön vaatimusten kasvu (62,6 %), Sairaanhoitajat kokivat haastavat asiakastilanteet kuorimittavimmaksi (75,0 %) ja lähihoitajat lisääntyneen työmäärän (71,4 %).

välttämättä tavoita kaikkia näkökulmia kuvailevassa tutkimuksessa. COVID19-pandemia on vaikuttanut vastaajien määrään ja toimintaan ikääntyneiden hoivakodeissa.

Päivävuorossa sairaanhoitajat ja lähihoitajat hoitavat pääasiassa lääkehoidon toteuttamisen, ilta- ja yövuoroissa sekä henkilöstövajeessa hoiva-avustajien osallistuminen lisääntyy. 75 % raportoi, että suorittaa lääkkeenantokierron yksin ja että tämä ei aiheuta epämukavuutta.

Yleisimmät lääkepoikkeamat ovat lääkkeen anto, antoihe, antamatta jättämisen syy tai annettu lääkemäärä jää kirjaamatta, lääkemuuotos jää päivittämättä, tarvittaessa annosteltava lääke jää antamatta. Poikkeamien myötävaikuttaviksi tekijöiksi raportoitiin stressi (42,3 %), työkuorma (39 %) ja osaavan henkilöstön puute (36,6 %), aikapaine (33,3 %), puutteellisen tiedot siitä kuinka lääkkeet vaikuttavat (30,9 %) ja koulutuksen puute (21,1 %).

Vanhentunut osaaminen voi puutteelliseen tietoon lääkkeiden vaikutuksista ja haittavaikutuksista. Puutteellinen farmaseuttinen tieto voi johtaa virheisiin lääkehoidossa.

<p>Nicholson & Damons 2022 Etelä-Afrikka</p>	<p>Tarkastella lääkehoitoa toteuttavien hoitotyöntekijöiden näkemyksiä lääkityspoikkeamista.</p>	<p>Kvantitatiivinen ei kokeellinen kuvaileva poikittaistutkimus.</p>	<p>Ositettu otanta julkisen (n=10) ja yksityisen (n=18) palveluntuottajan ikääntyneiden hoivakodeissa (N= 28) työskentelevät hoitotyöntekijät (N=123). Satunnaistettu hoivakodit. Sairaanhoidajat (n=60), lähihoitajat (n=35) ja hoivaavustajat (n=28).</p>	<p>Sähköinen kyselylomake, joka sisälsi suljettuja Likert-tai dikotomisen asteikon väittämiä. Tilastollinen analyysi SPSS-ohjelmalla.</p>	<p>27,6 % hoitotyöntekijöistä raportoi, että heille ei ole osoitettu milloin lääkehoitosuunnitelma ja lääkehoidon ohjeistuksia tulisi lukea. 13,8 % kuvasi, että ovat lukeneet em. vain työsuhteen alussa. Pulsssia ja verenpainetta ei aina tarkisteta ennen niiden hoitoon liittyvän lääkkeen annostelua. Verensokerin seuranta toteutui ennen insuliinin annostelua 96 % vastaajilla. Pulssi tarkastettiin todennäköisemmin, jos siihen oltiin saatu koulutus. 31 % ei tarkastanut valmiiksi jaettuja lääkkeitä ennen niiden antamista potilailla. 82,9 % oli havainnut vanhentuneita lääkelistoja, väärin jaettuja tai vanhentuneita lääkkeitä. Se miten pitkä aika hoitajan lääkehoidon koulutuksesta oli korreloi siihen osasiko hän lääkelistan päivittämisen käytännöt. Se että hoitajat eivät tunne yksikön lääkehoidon käytäntöjä ja ohjeita altistaa virheille ja toiminnan laadun vaihtelulle. Lääkehoidon tietopohja ja koulutus on riittämätöntä.</p>	<p>5/7 Suljetut kysymykset. Vastaukset perustuvat vastaajien arvioon, eivät lääkepoikkeamaraportteihin. Etelä-Afrikan palvelujärjestelmän erityispiirteet huomioitava tietojen yleistettävyyttä arvioitaessa. Covid19-pandemian on vaikuttanut toimintaan ja otoskokoon.</p>
--	--	--	---	---	---	--

<p>Bengtsson ym. 2021 Ruotsi</p>	<p>Tarkastella vastaavien sairaanhoitajien, sairaanhoitajien ja hoiva-avustajien näkemyksiä lääkehoitoon liittyvistä virheistä ikääntyneiden hoidossa.</p>	<p>Laadullinen deduktiivinen lähestymistapa.</p>	<p>Palvelutalossa (n=7) asuvien ikääntyneiden lääkeshoidon toteuttamiseen osallistuvat hoitotyöntekijät (N=21), vastaavat sairaanhoitajat (n=7), sairaanhoitajat (n=7) ja hoiva-avustajat/sosiaalialan työntekijät (n=7).</p>	<p>Semi-strukturoidut yksilöhaastattelut, joissa avoimia kysymyksiä lääkeshoidon toteuttamisesta ja riskeistä. Deduktiivinen sisällönanalyysi perustuen MTO-juurisyyanalyysityökaluun.</p>	<p>MTO-juurisyyanalyysin perusteella lääkeshoidon toteuttaminen ja erityisesti lääkkeiden antaminen ikääntyneiden palveluasumisessa on riskialtista. Virheiden taustalla on yksilöön ja työoloihin liittyviä syitä. Sairaanhoitajan täytyy delegoida lääkeshoidon toteuttamisen tehtäviä. Hoitotyöntekijöitä ja hoiva-avustajilta/sosiaalialan työntekijöiltä puuttuu lääkeshoidon toteuttamiseen tarvittavia tietoja ja taitoja. Hoiva-avustajat/sosiaalialan työntekijät suoriutuvat mekaanisesta lääkkeen antamisesta, mutta eivät hahmota lääkeshoidon ja fysiologian yhteyttä tai lääkeshoidon riskejä. Hoiva-avustajat/sosiaalialan työntekijät tarvitsisivat lisää koulutusta, jotta voivat arvioida tilannekohtaisia riskejä, vaikka sairaanhoitaja kantaakin kokonaisvastuun. Sosiaalialan koulutettu henkilö voi olla haluton toteuttamaan lääkehoitoa eikä aina noudata ohjeita. Lääkityspoikkeamia ei usein raportoida ajanpuutteen takia ja vasta toistuvat virheet</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					johtavat toimenpiteisiin, koska sairaanhoitajalla ei ole aikaa ilmoitusten käsittelyyn.	
Timmons ym. 2021 Irlanti	Osa suurempaa tutkimushanketta, jonka tarkoituksena on muodostaa tilannekuva dementiapotilaiden saattohoidon toteutusta tukevan koulutusinterventio n implementointia varten. Tarkastella rakenteita, resurssien allokointia ja henkilöstörakennetta, henkilökunnan koulutusta ja koulutustarpeita sekä henkilökunnan muutoshalukkuutta.	Kuvaileva ja vertaileva poikkileikkaustutkimus.	Dementiaa tai kognition alenemaa sairastaville potilaille pitkäaikaishoitoa tarjoavat hoivayksiköt. Tarkoituksenmukainen otanta, kolmen ikääntyneiden hoivakodin henkilökunta. Hoitajat N=32, hoiva-avustajat N=27, muut terveydenhuollon ammattilaiset N=10.	Kyselylomake, jossa kysymyksiä liittyen hoivayksiköön, resursseihin ja potilaisiin. Kyselylomake henkilökunnalle. Aineiston analyysi SPSS tilasto-ohjelmalla.	41 % hoitajista oli saanut täydennyskoulutusta lääkahoitoon liittyen. Lisäkoulutuksen tarpeeksi hoitajat nimesivät lääkkeiden annostelun mukaan lukien ruiskupumppujen käytön ja lääkkeenotossa avustamisen. Lääkkeinä mainittiin laksatiivi- ja antipsykoottihoidojen hallinta ja lopettaminen. Koettu lääkehoidon lisäkoulutuksen tarve oli merkittävästi suurempi yhdessä tutkimuksen yksiköissä.	5/7 Paikallinen ja pieni otos. Kyselylomake kehitetty hoitajille, mutta vastaajina myös muita ammattilaisia.

<p>Choi ym. 2021 Etelä-Korea</p>	<p>Tarkastella hoitotyöntekijöiden henkilöstömäärän, työympäristön ja koulutustason vaikutusta vaaratapahtumien esiintymiseen hoivakodeissa.</p>	<p>Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus.</p>	<p>Etelä-korealaisissa hoivakodeissa (N=62) työskentelevät sairaanhoitajat (N=216).</p>	<p>Kyselylomake ja kansalliset terveystietotiedot (hoivakotien taustatiedot).</p>	<p>Kun lisätään yksi vastuupotilas/sairaanhoitaja lisääntyy myös lääkityspoikkeamien määrä. Huonoksi koettu työympäristö oli yhteydessä suurempaan lääkityspoikkeamien määrään kuin hyväksi koettu työympäristö. Sairaanhoitajien koulutustasolla ei havaittu tilastollisesti merkittävää vaikutusta lääkityspoikkeamien määrään.</p>	<p>5/7 Lääkityspoikkeamien määrät perustuvat sairaanhoitajien arvioon. Tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia ole raportoitu.</p>
<p>Bielsten ym. 2022 Ruotsi</p>	<p>Tarkastelee sairaanhoitajien näkemyksiä lääkitysturvallisuuden toteutumisesta kunnallisessa kotihoidossa.</p>	<p>Laadullinen kuvaileva tutkimus.</p>	<p>Kotihoidoissa työskentelevät sairaanhoitajat (N=6) kolmesta kotihoidon yksiköstä kolmen ruotsalaisen kunnan alueelta.</p>	<p>Vignette-menetelmä, yksilöhaastattelut.</p>	<p>Sairaanhoitajilla ei ole käytössään ajankohtaisia lääkitystietoja, kun potilas kotiutuu sairaalasta. Tällöin riski on, että sairaanhoitaja jakaa lääkkeitä väärin. Aikaa meni lääkitystietojen selvittämiseen sairaalasta. Sairaanhoitajien on pakko delegoida lääkkeiden antamista ja injektoiden antamista, jotta potilaat saavat lääkkeet ajallaan. Delegoinnin haasteena sijaiset ja kielimuuri. Sosiaalihuollon johtajat painostavat sairaanhoitajia delegointiin, vaikka uudet työntekijät eivät vielä ole ehtineet perehtyä työhön ja lääkehoidon osaamista ei ole</p>	<p>5/7 Vignettien käyttö on voinut rajata kuvauksia. Pieni määrä informanteja, joista puolet oli samasta hoivayksiköstä. Rajallinen siirrettävyys.</p>

					<p>varmistettu. Hoiva-avustajilla ei ole riittävästi tietoa lääkkeiden vaikutuksista.</p> <p>Kotona toteutetaan yhä vaativampaa lääkehoitoa kuten kipupumppuja, i.v. antibiootteja, parkinsonlääkitystä keskuslaskimokatetriin. Riskinarviointi on tarpeen, koska kotona ei saavuteta sairaalaolosuhteiden kontrollia. Kotihoidon ja kotisairaalan vastuujako vaativamman lääkehoidon suhteen on käytännössä hämärtynyt.</p>	
<p>Holmqvist ym. 2018 Ruotsi</p>	<p>Lisätä ymmärrystä kuinka kotihoidon sairaanhoitajan lääkehoidon toteuttamiseen käytetty aika jakaantuu.</p> <p>Tutkimuksessa tarkasteltiin päivittäistyön keskeytyksiä, virheitä ja useiden</p>	<p>Työntutkimus (Time and motion study)</p>	<p>Kotihoidossa työskentelevät hoitajat neljän etelä-ruotsalaisen kunnan alueelta (N=27).</p>	<p>Hoitajien lääkehoidon toteuttamisen havainnointi aamuvuoron ensimmäisen 5 tunnin ajan arkipäivinä.</p> <p>Havaintojen tallennus tabletilla. Aneiston tallennus WOMBAT softwareen.</p>	<p>Lääkehoidon toteuttaminen vie viidenneksen hoitotyöhön käytetystä ajasta aamuvuorossa. Riskikohtana havaittiin paljon keskeytyksiä ja se, että hoitajat tekevät muita asioita samaan aikaan lääkehoidon toimintojen kuten lääkkeiden antamisen ja jakamisen kanssa.</p> <p>Kotihoidon hoitajat käyttävät vähemmän aikaa lääkehoidon toteuttamiseen kuin hoivakodissa. Hoivakodissa käytetään enemmän aikaa lääkehoidon kirjaamiseen ja lääkitystietojen selvittämiseen. Havainnointijaksolla virheitä ja</p>	<p>5/7</p> <p>Havainnoitiin vain aamuvuoron hoitajia.</p>

	työtehtävien samanaikaista hoitamista ja verrattiin hoivakodin kontekstiin.				läheltäpiti-tilanteita havaittiin liittyen useimmin, kun lääkkeitä jaettiin potilaskohtaisiin annoksiin. Mikään havaituista virheistä ei tapahtunut keskeytyksen tai "multi-taskaamisen" aikana.	
Motta ym. 2018 Brasilia	Tarkastella voisiko osallistava valokuvausmenetelmä toimia lääkitysturvallisuuden edistäjänä hoitajilla, jotka annostelevat lääkkeitä ravintoletkun kautta.	Laadullinen osallistava valokuvamenetelmä hyödyntävä tutkimus.	Hoivakodissa työskentelevä henkilöstö, joka toteutti lääkehoitoa: sairaanhoitaja (N=1), hoitoteknikko (N=1), hoiva-avustajat (N=2)	1. Haastattelut, 2. havainnointi, valokuvaus 3. valokuvien pohjalta käyty keskustelu. 4. havainnointi, valokuvaus ja haastattelut 4 kuukautta ensimmäisen tiedonkeruun jälkeen.	Lääkkeiden annostelu ruokintaletkun kautta ohjeiden saatavuus ja tunnettuus yksikössä lisää lääkitysturvallisuutta. Hoitajat eivät saa riittävää koulutusta lääkkeiden antamisesta ravintoletkuun ja jokainen toteuttaa tätä omalla tavallaan. Havaittuja poikkeamia olivat useiden lääkkeiden murskaaminen samassa astiassa, ravintoletkun paikan tarkistamatta jättäminen sekä se, että letkua ei huuhdella lääkkeenannon jälkeen. Poikkeamista voi seurata letkun tukkeutuminen ja virheen korjaamiseen kuluu paljon aikaa. Virheiden esiintuomista vältetään seurausten pelossa. Lääkkeiden annosteluun ruokintaletkun kautta ei ole vakiintunutta koulutuskäytäntöä.	5/7 Pieni otanta. Tutkimus ei tarjoa kuvauksen, muttei siirrettävää tietoa eikä varsinaisesti tietoa siitä, paraniko lääkitysturvallisuus tutkimuksen myötä.

					Tarvittaessa kysyvä saa suullista ohjausta kollegalta.	
Strube-Lahmann ym. 2022 Saksa	Selvittää kuinka usein lääkehoidon vaaratapahtumia esiintyy ja ovatko ne yhteydessä koulutukseen, laadunvarmistusmenetelmiin kuten kaksoistarkastuksen tekemiseen.	Kvantitatiivinen poikittaistutkimus	Kotihoidossa työskentelevät sairaanhoitajat (N=485).	Paperiset kyselylomakkeet.	Ne hoitajat, jotka olivat saaneet lääkehoidon koulutusta 2 vuoden sisällä tekivät vähemmän virheitä lääkehoidossa kuin ne, joiden lääkehoidon koulutuksesta oli yli 2 vuotta. Virheitä sattui useammin hoitajille, jotka eivät noudattaneet kaksoistarkastuskäytäntöjä toteuttaessaan lääkehoitoa. Virheettömän lääkehoidon toteuttamisen mahdollisuus jopa kaksinkertaistuu niillä hoitajilla, jotka ovat saaneet lääkehoidon koulutusta 2 vuoden sisällä. Kaksoistarkastuksen suorittaminen nostaa virheettömän työskentelyn mahdollisuuden kolminkertaiseksi.	5/7 Otoskoon määritys perustuu arvioihin. Virheiden määrä perustuu itsearviointiin.
Lemay ym. 2013 Yhdysvallat	Kuvata hoitajien ja hoitotyön johtajien antipsykoottilääkitykseen liittyviä 1) tietoja, 2) asenteita ja uskomuksia antipsykoottilääkityksen ja		Connecutilaisissa hoivakodeissa (N=68) työskentelevät hoitotyöntekijät (sairaanhoitajat, lähihoitajat ja hoiva-avustajat) (N=779) ja esihenkilöt (N=138).	Kyselylomake (2), esihenkilöille omansa ja työntekijöille omansa. SPSS tilastollinen analyysi. Avoimien kysymysten deduktiivinen luokittelu.	Esihenkilöiden keskuudessa tietotaso antipsykoottihoidon riskeistä oli matala. 24 % hoivakodin esihenkilöistä tunnisti vähintään yhden antipsykoottien haittavaikutuksen. 62 % Johtajista olivat tyytyväisiä hoitotyöntekijöiden saamaan koulutukseen asukkaiden käytöshäiriöiden hallinnasta. 40 % johtajista näki, että hoitotyöntekijät voisivat painottaa	5/7 Hoivakotien satunnaistamista ei kuvata, työntekijöiden valinnasta vastasi hoivakodin esihenkilö. 4

	<p>lääkkeettömien keinojen tehosta ikääntyneillä dementikoiden käytöshäiriöihin ja 3) mahdollisia lisäkoulutustarpeita .</p>				<p>lääkkeettömiä keinoja nykyistä enemmän. 83% johtajista piti hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa kouluttamista dementiaa sairastavien käytöshäiriöiden hoitoon tärkeänä. Puolet johtajista piti lääkehoidon toteuttamiseen, lääkkeiden haittavaikutuksiin ja yhteisvaikutuksiin liittyvää informaatiota hoitotyöntekijöille relevanttina.</p> <p>Sairaanhoitajat tunsivat antipsykoottien riskit muita ammattiryhmiä paremmin. Vähän yli puolet hoitotyöntekijöistä näki koulutuksensa riittäväksi ja että psykoosilääkkeet tehosivat hyvin käytöshäiriöihin. 37 % koki, että osaa rahoittaa muistisairaalan lääkkeettömin keinoin. 90% hoitotyöntekijöistä oli kiinnostunut dementian lääkehoidon täydennyskoulutuksesta.</p>	<p>hoivakotia ei palauttanut yhtään hoitotyöntekijöiden kyselylomaketta tutkijoille ja vastausprosentti oli 25 %.</p>
--	--	--	--	--	--	---

Liite 4. TAULUKKO KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSISTA

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN JA TYÖN VAATIVUUDEN SUHDE	HOITOTYÖNTEKIJÄN LÄÄKEHOIDON OSAAMISEEN JA EREHTYMISEN RISKIIN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT
<p>HOITAJIEN LÄÄKEHOIDON OSAAMISPUUTTEET</p> <ul style="list-style-type: none"> • farmakologian osaaminen (Dilles ym. 2010, Kapborg ym. 1999) • tiedot ruoka-lääke ja lääke-lääke yhteisvaikutuksista (Dilles ym. 2010, Lim ym. 2010) • tiedot lääkkeiden haittavaikutuksista (Dilles ym. 2010) • lääkkeiden oikeaoppinen murskaaminen (Foroug ym. 2020, Motta ym. 2018) • näyttöön perustuvan tiedon hakutaidot (Foroug ym. 2020) • tiedot diabeteksen lääkehoidosta ja verensokerin seurannasta. (Wellard ym. 2012) Verensokerin seuranta toteutui ennen insuliinin annostelua 96 % vastaajilla. (Nicholson & Damons 2022) • Pulssia ja verenpainetta ei aina tarkisteta ennen niiden hoitoon liittyvän lääkkeen annostelua. Pulssi tarkastettiin todennäköisemmin, jos siihen oltiin saatu koulutus. (Nicholson & Damons 2022) • Sairaanhoidajat kokevat tarvitsevansa lisää osaamista lääkkeiden vaikutuksiin liittyen (Johansson-Pajala ym. 2016) • 36,7 %, sairaanhoidajista, 28,6 % lähihoitajista ja 21,4 % hoiva-avustajista raportoi heikot tai riittämättömät tiedot lääkkeiden vaikutuksista ja haittavaikutuksista. (Nicholson ym. 2022) 	<p>HOITAJAAN JA TYÖTAPOIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoitajan heikko motivaatio ja vastuunotto (Dilles ym. 2010) • Hoitajat poikkeavat lääkehoidossa suosituksista tietoisesti (lääkkeiden puolittaminen ja murskaaminen, potilaan henkilöllisyyden varmistaminen, muokatun lääkkeen antaminen, antoajankohdan noudattaminen, lääkkeen antaminen suhteessa ruokaan, lääkkeenoton varmentaminen, antoaiheen arviointi, lääkevasteen seuranta ja kirjaaminen). (Karttunen ym. 2020) • Lääkehoidon virheille altistavat puuttuvat kaksoistarkistukset (Kapborg ym. 1999, Karttunen ym. 2020, Strube-Lahmann ym. 2022) • Kaksoistarkistuksen suorittaminen nostaa virheettömän työskentelyn mahdollisuuden kolminkertaiseksi. (Strube-Lahmann ym. 2022) • 31 % ei tarkastanut valmiiksi jaettuja lääkkeitä ennen niiden antamista potilailla. (Nicholson & Damons 2022) • Lääkehoidon virheille altistavat puutteelliset rutiinit (Kapborg ym. 1999) • Lääkehoidon virheille altistaa puutteellinen kirjaaminen. (Kapborg ym. 1999) • Hoitajien mukaan virheille altistaa stressi (Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022) • Virheille altistavat muuttuvat työolosuhteet ja vieraat työtehtävät (Kapborg ym. 1999)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sairaanhoidajat kokevat tarvitsevansa lisää täydennyskoulutusta lääkkeiden haittavaikutuksiin liittyen. (Johansson-Pajala ym. 2016) • Sairaanhoidajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta hoidon diagnostiikkaan liittyen. (Johansson-Pajala ym. 2016) • Sairaanhoidajat kokevat lisäkoulutuksen tarvetta liittyen psykelääkkeisiin (Kapborg ym. 1999). • Sairaanhoidajat tunsivat antipsykoottien riskit muita ammattiryhmiä paremmin. (Lemay ym. 2013) • Lisäkoulutuksen tarpeeksi hoitajat nimesivät lääkkeiden annostelun mukaan lukien ruiskupumppujen käytön ja lääkkeenotossa avustamisen. Lääkkeinä mainittiin laksatiivi- ja antipsykoottihoidojen hallinta ja lopettaminen. (Timmons ym. 2021) • Hoitajalla ei ollut osaamista insuliinikynän käyttöön (Härkänen ym. 2020) • Hoitajat eivät saa riittävää koulutusta lääkkeiden antamisesta ravintoletkuun ja jokainen toteuttaa tätä omalla tavallaan. (Bobbo Motta ym. 2018) • Lähihoitajilla ja avustavalla lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvalla henkilöstöllä ei ole osaamista lääkehoidon ja fysiologian yhteyden ymmärtämiseen. (Bengtsson ym. 2021, Johansson-Pajala ym. 2016) • Hoitajien tiedot lääkehoitoon liittyvistä suosituksista ja sääntelystä vaihtelevat. (Kapborg ym. 1999) • 80 % hoitajista koki lääkkeiden vaikutusten seuraamisen osaksi työtään. 76 % koki, että haittavaikutusten havainnointi on osa työtä. (Dilles ym. 2010) | <ul style="list-style-type: none"> • Virheille altistavat keskeytykset lääkekierrolla (Wellard ym. 2012, Holmqvist ym. 2018) • Riskikohtana havaittiin se, että hoitajat tekevät muita asioita samaan aikaan lääkehoidon toimintojen kuten lääkkeiden antamisen ja jakamisen kanssa. (Holmqvist ym. 2018) • Vanhentunut lääkehoidon osaaminen altistaa virheille (Nicholson ym. 2022) • Huonoksi koettu työympäristö oli yhteydessä suurempaan lääkityspoikkeamien määrään kuin hyväksi koettu työympäristö. (Choi ym. 2021) • Sairaanhoidajien koulutustasolla ei havaittu tilastollisesti merkittävää vaikutusta lääkityspoikkeamien määrään. (Choi ym. 2021) • Ne hoitajat, jotka olivat saaneet lääkehoidon koulutusta 2 vuoden sisällä tekivät vähemmän virheitä lääkehoidossa kuin ne, joiden lääkehoidon koulutuksesta oli yli 2 vuotta. Virheettömän lääkehoidon toteuttamisen mahdollisuus jopa kaksinkertaistuu niillä hoitajilla, jotka ovat saaneet lääkehoidon koulutusta 2 vuoden sisällä. (Strube-Lahmann ym. 2022) • Mitä paremmin hoitaja hallitsee farmakologian, infektioiden torjunnan ja lääkelaskennan tietoperustat ja taidot, sitä paremmin hän arvioi toteuttavansa lääkehoitoa. (Karttunen ym. 2020) • Ammattikoulutuksella tai työkokemuksella ei havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä siihen, miten hyvin hoitaja arvioi toteuttavansa lääkehoitoa. • Vanhemman ikäryhmän hoitajat toteuttivat lääkehoitoa (käyttökuntoon saattaminen, lääkkeiden antaminen, tarkistukset ja potilasohjaus) huolellisemmin kuin nuoremmat ikäryhmät. (Karttunen ym. 2020) |
|--|---|

	<ul style="list-style-type: none"> • Ne hoitajat, jotka antoivat lääkkeitä potilaille harvemmin kuin kolme kertaa viikossa, noudattivat suosituksia huolellisemmin antaessaan lääkkeitä potilaille kuin ne, jotka antoivat lääkkeitä potilaille vähintään kolme kertaa viikossa. (Karttunen ym. 2020)
<p>LÄÄKEHOIDON VAATIVUUTTA LISÄÄVÄT TEKIJÄT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan terveydentilan tuomat haasteet ja lääkkeitä kieltäytyminen (Dilles ym. 2010, Nicholson ym. 2022, Wellard ym. 2012) • Dementiaa sairastavat potilaat, joilla on käytöshäiriöitä (Lemay ym. 2013) • Potilaat joilla on nielemisvaikeuksia (Foroug ym. 2020, Motta ym. 2018, Wellard ym. 2012) • Potilaat joilla on diabetes (Wellard ym. 2012) • Potilaat joilla on ravintoletku (Gobbo Motta ym. 2018) • Kotona toteutetaan yhä vaativampaa lääkehoitoa kuten kipupumppuja, i.v. antibiootteja, Parkinson-lääkitystä keskuslaskimokatetriin. Riskinarviointi on tarpeen, koska kotona ei saavuteta sairaalaolosuhteiden kontrollia. Kotihoidon ja kotisairaalan vastuujaako vaativamman lääkehoidon suhteen on käytännössä hämärtynyt. (Bielsten ym. 2022) 	<p>OSAAVAN HENKILÖSTÖN RESUSSOINTI JA SAATAVUUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilapäiset henkilöstöratkaisut: osaamisvaje (Bielsten ym. 2022, Sefidani Foroug ym. 2020, Härkänen ym. 2020, Schildmeijer ym. 2019) • Tilapäiset henkilöstöratkaisut: puutteellinen perehdytys (Härkänen ym. 2020) • Tilapäiset henkilöstöratkaisut: Ei tunne potilaan erityistarpeita (Sefidani Forough ym. 2020, Schildmeijer ym. 2019) • Vastavalmistuneet työntekijät: puutteellinen osaaminen (Sefidani Foroug ym. 2020) • Lääkepoikkeamista erottuu myös opiskelijan tekemiä lääkitysvirheitä, joissa ohjaajan valvonta oli puutteellista. (Härkänen ym. 2020) • Kielimuuri delegoitaessa lääkehoidon toimintoja (Bielsten ym. 2022) • Työnantaja pitää resurssit pieninä kustannussyistä. (Kapborg ym. 1999) • Lääkekierrosta on vastuussa yksi hoitaja (Nicholson ym. 2022, Wellard ym. 2012) • Resurssivaje lisää delegointia avustavalle henkilökunnalle ja omaisille. (Bengtsson ym. 2021, Johansson-Pajala ym. 2016, Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022) • Annosjakelu vähentää stressiä hoitajilla ja vähentää käyntien tarvetta tuetussa palveluasumisessa. (Kapborg ym. 1999)

	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajien kiire johtuu hoitajapulasta ja lisääntyneestä työmäärästä. (Dilles ym. 2010, Härkänen ym. 2020, Nicholson ym. 2022) • Kiire aiheuttaa painetta kuormitusta ja stressiä hoitajille (Sefidani Foroug ym. 2020, Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022, Wellard ym. 2012) • Työmäärään liittyvää kuormitusta on enemmän lähihoitajilla kuin sairaanhoitajilla (Nicholson ym. 2022) • Kiire ajaa poikkeamaan suosituksista (Sefidani Foroug ym. 2020, Karttunen 2020) • Kiire altistaa virheille (Härkänen ym. 2020, Kapborg ym. 1999, Nicholson ym. 2022) • Johtaja voi helpottaa kiirettä osallistamalla lääkehoidon toteuttamiseen ja toimimalla päätöksenteon tukena. (Sefidani Foroug ym. 2020) • Kun lisätään yksi vastuupotilas/sairaanhoitaja lisääntyy myös lääkityspoikkeamien määrä. (Choi ym. 2021)
<p>TÄYDENNYSKOULUTUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Täydennyskoulutuksen tarve vaihtelee yksiköittäin. (Timmons ym. 2021) • Koulutus estäisi suosituksista poikkeamista (Sefidani Foroug ym. 2020) • Koulutus auttaisi työn organisoinnissa (Sefidani Forough ym. 2020) • Koulutusta voisi pitää farmaseutti (Sefidani Foroug ym. 2020) • Täydennyskoulutukseen on rajalliset resurssit. (Johansson-Pajala ym. 2016.) • Lääkehoidon koulutus yksiköissä on riittämätöntä (Kapborg ym. 1999) • Sairaanhoitajalle ei ole tarjolla lääkehoidon täydennyskoulutusta (Kapborg ym. 1999) 	<p>ORGANISAATIO JA YHTEISTYÖ</p> <ul style="list-style-type: none"> • konsultointimahdollisuuksien puute (Dilles ym. 2010) • Hoitajilla ei ole käytössään luotettavia lääkitystiedon lähteitä (Foroug ym. 2020) • Lääkitystiedon epäselvyydet (Dilles ym. 2010, Schildmeijer ym. 2019, Bielsten ym. 2022) • Puutteellinen tiedonkulku (Kapborg ym. 1999, Wellard ym. 2012, Bielsten ym. 2022) • Lääkärin vaihtelevat hoitokäytännöt (Wellard ym. 2012) • Useat lääkärikontaktit ja kokonaisvastuun epäselvyys (Wellard ym. 2012) • Työyhteisön konfliktit lisäävät kuormitusta (Nicholson ym. 2022)

- Lääkehoidon täydennyskoulutusta ei ole tarjolla kaikille tai sitä tarjotaan harvoin (Nicholson ym. 2022).
- 41 % hoitajista oli saanut täydennyskoulutusta lääkehoitoon liittyen. (Timmons ym. 2021)
- Lähihoitajat (28,6 %) ja hoiva-avustajat (32,1 %) raportoivat puutteellista koulutusta useammin kuin sairaanhoitajat (11,7 %). (Nicholson ym. 2022)
- Lääkehoidon koulutusinterventioilla voidaan lisätä hoitajan ikääntyneiden lääkehoitoon liittyviä tietoja, herkkyyttä lääkehoidon tarkkailuun ja tietoisuutta lääkehoidon riskeistä. (Lim ym. 2010)
- Lääkehoidon koulutusinterventio lisää hoitajien herkkyyttä raportoida lääkehoitoon liittyviä havaintoja lääkärille. (Lim ym. 2010)
- Hoitajat kokevat lääkehoidon koulutusinterventioita hyödylliseksi työnsä kannalta. (Lim. ym. 2010)
- Viimeisestä koulutuksesta kulunut aika korreloi voimakkaasti sen kanssa, kokiko hoitotyöntekijä tietonsa heikoksi tai riittämättömäksi. (Nicholson ym. 2022)
- Se miten pitkä aika hoitajan lääkehoidon koulutuksesta oli korreloi siihen osasiko hän lääkelistan päivittämisen käytännöt. (Nicholson & Damons 2022)
- Suurin osa (83 %) hoitotyön johtajista piti hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa kouluttamista dementiaa sairastavien käyttöshäiriöiden hoitoon tärkeänä. Puolet johtajista piti lääkehoidon toteuttamiseen, lääkkeiden

- Puutteellinen johtaminen (Kapborg ym. 1999)
- Väljät toimintatavat (Kapborg ym. 1999)
- Omavalvonnan ja tarkistusmenettelyjen puute (Kapborg ym. 1999)
- Potilastietojärjestelmä ei mahdollista selkeää verensokerin seuranta ja siihen liittyvää tiedonkulkua. (Wellard ym. 2012)
- Potilastietojärjestelmät eivät mahdollista ajantasaisen lääkitystiedon siirtymistä sairaalasta hoivayksikköön. (Schildmeijer ym. 2019)
- 27,6 % hoitotyöntekijöistä raportoi, että heille ei ole osoitettu milloin lääkehoitosuunnitelma ja lääkehoidon ohjeistuksia tulisi lukea. 13,8 % kuvasi, että ovat lukeneet em. vain työsuhteen alussa. (Nicholson & Damons 2022)
- Virheiden esiintuomista vältetään seurausten pelossa. (Gobbo Motta ym. 2018)

<p>haittavaikutuksiin ja yhteisvaikutuksiin liittyvää informaatiota hoitotyöntekijöille relevanttina. (Lemay ym. 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90% hoitotyöntekijöistä oli kiinnostunut dementian lääkehoidon täydennyskoulutuksesta. (Lemay ym. 2013) 	
<p>SAIRAANHOITAJAN TYÖNKUVA JA OSAAMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sairaanhoidajan työnkuvan (sisältö ja vastuut) epäselvyydet (Dilles ym.2010, Johansson-Pajala ym. 2016) • Sairaanhoidajalla välikäden rooli lääkärin ja muun henkilöstön välillä (Johansson-Pajala ym. 2016) • Sairaanhoidaja joutuu ajoittain työskentelemään osaamisensa ylittäen. (Johansson-Pajala ym. 2016) • Sairaanhoidajat kokevat puutteita lääkehoidon osaamisessaan suhteessa työn vaativuuteen. (Johansson-Pajala ym. 2016, Kapborg ym. 1999) • Lääkärin konsultaatiomahdollisuus tuo turvaa sairaanhoidajalle. (Johansson-Pajala 2016) • Lääkäreillä voi olla puutteellinen osaamisen geriatrinen ja muistisairaiden potilaiden lääkehoidosta, mikä lisää sairaanhoidajien vastuuta potilaasta. Lisäksi potilaalla voi olla useita lääkärikontakteja, jolloin vastuu kokonaislääkehoidosta jää sairaanhoidajalle. (Johansson-Pajala ym. 2016, Wellard ym. 2012.) • Sairaanhoidajat kantavat vastuuta muun henkilöstön osaamisesta (Johansson-Pajala 2016.) 	<p>VIRHETILANTEET LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMISESSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaaratapahtumailmoitusten perusteella yleisin lääkkeen antoon liittyvä virhe on väärä annos. (Kapborg ym. 1999) • Vaaratapahtumailmoitusten perusteella yleisin virhe delegoitaessa on, että annetaan väärä lääke tai väärä vahvuus. (Kapborg ym. 1999) • Vaaratapahtumailmoitusten perusteella yleisin virhe on, että lääke jää antamatta. (Pierson ym. 2007) • Yleisin virhe on se, että lääke jää antamatta. Näitä ei useimmiten raportoida. (Kapborg ym. 1999) • Yleisimmät lääkepoikkeamat ovat lääkkeen anto, antoihe, antamatta jättämisen syy tai annettu lääkemäärä jää kirjaamatta, lääkemuutos jää päivittämättä lääkelistalle tai, että tarvittaessa annosteltava lääke jää antamatta. (Nicholson ym. 2022) • 82,9 % hoitajista oli havainnut vanhentuneita lääkelistoja, väärin jaettuja tai vanhentuneita lääkkeitä. (Nicholson & Damons 2022) • Lääkityspoikkeamia ei usein raportoida ajanpuutteen takia ja vasta toistuvat virheet johtavat toimenpiteisiin, koska sairaanhoidajalla ei ole aikaa ilmoitusten käsittelyyn. (Bengtsson ym. 2021)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sairaanhoidajalla on paljon toimistotöitä, joka vähentää potilaan tarkkailuun käytettävissä olevaa aikaa. (Johansson-Pajala 2016.)• Kotihoidossa sairaanhoidajan aikaa kuluu lääkitystietojen selvittämiseen (Bielsten ym. 2022, Holmqvist ym. 2018)• Lääkehoidon toteuttamisen prosesseista vastaa yksi vastaava sairaanhoitaja, jolle muut sairaanhoitajat raportoivat. (Kapborg ym. 1999)• Lääkehoitoon liittyvien tehtävien delegoinnista ei ole kirjallisia ohjeita, työnjako on epäselvä ja vaihtelee yksikkökohtaisesti. (Kapborg ym. 1999)• Sairaanhoidaja on vastuussa suuresta määrästä potilaita, jolloin hänen on pakko delegoida lääkehoidon toimintoja muulle henkilöstölle. (Johansson-Pajala ym. 2016.)• Sairaanhoidajien on pakko delegoida lääkkeiden antamista ja injektioiden antamista, jotta potilaat saavat lääkkeet ajallaan. (Bielsten ym. 2022)• Työn vastuullisuus ja vaativuus kasvaa jatkuvasti sairaanhoidajan roolissa, erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin. (Kapberg ym. 1999)• Ilta- ja yövuorossa lääkehoitoa delegoidaan enemmän avustavalle henkilöstölle. (Nicholson ym. 2022)• Sairaanhoidajia on kritisoitu delegoinnista, koska avustavalla henkilökunnalla ei ole riittävää osaamista. (Kapborg ym. 1999)• Lääkehoitoon liittyviä tehtäviä saatetaan delegoida omaisille tai avustavalle henkilökunnalle ilman, että osaamista varmistetaan (Kapborg ym. 1999) | <ul style="list-style-type: none">• Havainnointijaksolla virheitä ja läheltäpiti-tilanteita havaittiin liittyen useimmin, kun lääkkeitä jaettiin potilaskohtaisiin annoksiin. (Holmqvist ym. 2018)• Osaamispuutteita voidaan tunnistaa lääkehoidon vaaratapahtumailmoituksista. (Pierson ym. 2007)• Riskilääkkeitä voidaan tunnistaa lääkehoidon vaaratapahtumailmoituksista. (Härkänen ym. 2020)• Virheiden esiintuomista vältetään seurausten pelossa. (Gobbo Motta ym. 2018) |
|--|--|

- Hoiva-avustajat/sosiaalialan työntekijät tarvitsisivat lisää koulutusta, jotta voivat arvioida tilannekohtaisia riskejä, vaikka sairaanhoitaja kantaakin kokonaisvastuun. (Bengtsson ym. 2021)
- Sosiaalihuollon johtajat painostavat sairaanhoitajia delegointiin, vaikka uudet työntekijät eivät vielä ole ehtineet perehtyä työhön ja lääkehoidon osaamista ei ole varmistettu. (Bielsten ym. 2022)
- Haastaviin asiakastilanteisiin liittyvää kuormitusta on enemmän sairaanhoitajilla kuin lähihoitajilla (Nicholson ym. 2022)

Liite 5. TIEDOTE TUTKIMUKSEN TIEDONANTAJALLE

Hyvä ikääntyneiden hoivayksikön johtaja,

Pyydän Teitä osallistumaan Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtaminen ikääntyneiden hoidossa - tutkimukseen. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamista ikääntyneiden hoidossa hoitotyön johtajan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on saada syvälinen ymmärrys niistä johtamisen toiminnoista, joilla yksikön johtaja varmistaa hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen ikääntyneiden hoidossa. Sovitte tutkimuksen tiedonantajaksi, jos 1) toimitte ikääntyneiden säännöllistä hoivapalvelua tuottavan yksikön johtajana 2) vastaatte säännöllisesti lääkehoitoa toteuttavien hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisesta ja 3) Teillä on vähintään vuoden mittainen työkokemus lääkehoidon osaamisen johtamisesta Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän osuuttanne siinä.

Jos päätätte osallistua tutkimukseen, se tarkoittaa osallistumista yksilöhaastatteluun, joka toteutetaan Zoom-videokokouksena. Haastatteluun voi siis osallistua etäyhteydellä omalta toimipaikalta. Haastattelun toteuttamiseen tarvitaan rauhallinen tila, tietokone tai mobiililaitte ja toimiva verkkoyhteys. Aikaa haastatteluun arvioidaan kuluvan noin 1 tunti. Tutkija suorittaa haastattelut ja ne tallennetaan aineistoon palaamisen mahdollistamiseksi.

Aihetta ei ole aikaisemmin tutkittu hoitotyön johtajan näkökulmasta. Tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisen ja lääkitysturvallisuuden kehittämiseen ikääntyneiden hoidossa. Voi kuitenkin olla, että hyöty Teille jää vähäiseksi. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman erillistä perustelua. Henkilötietonne sekä muut tunnistettavat tiedot ovat ainoastaan tutkijan ja hänen ohjaajiansa tiedossa eikä niitä luovuteta ulkopuolisille tahoille. Turun yliopisto vastaa tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta. Tietojen käsittelyssä noudatetaan EU:n yleistä tietosuojasetusta. Saatte halutessanne tutkimuksen tietosuojaselosteen nähtäväksenne.

Kaikkia Teitä koskevia tietoja käsitellään luottamuksellisesti niin, ettei yksittäistä tiedonantajaa, yksikköä tai organisaatiota voida tunnistaa tutkimusraportista. Rekrytoinnissa kerätyt henkilötiedot ja haastattelutallenteet hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Pseudonymisoitu tekstiaineisto aineisto säilytetään 5 vuotta jatkotutkimuksen mahdollistamiseksi. Tutkija vastaa tutkimuksen kuluista. Tutkimuksen tulokset raportoidaan Turun yliopiston pro gradu -tutkielmana keväällä 2023. Tutkimuksesta voidaan kirjoittaa tieteellinen artikkeli. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, pyydän ilmoittamaan siitä tutkimuksen toteutuksesta vastaavalle yhteyshenkilölle sähköpostilla tai Facebookin viestitoiminnon kautta. Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta.

Tutkimuksen toteutuksesta vastaava yhteyshenkilö:

Katri Halttunen
TtM-opiskelija,
Hoitotieteen laitos 20014 Turun yliopisto,
kshalt@utu.fi, puh. [REDACTED]

Ohjaajat ja tutkimuksesta vastaavat henkilöt:

Riitta Suhonen
Professori
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
riitta.suhonen@utu.fi

Maija Hupli
Yliopisto-opettaja
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
maija.hupli@utu.fi

Liite 6. TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot: Ikä, sukupuoli, koulutustausta, työkokemus tästä toimesta, työskentely-yksikön tyyppi ja sijainti, henkilöstörakenne ja määrä, potilaiden/asiakkaiden määrä.

Minkälaista lääkehoitoa hoitotyöntekijät yksikössä toteuttavat ja miten?

Miten yksikön johtaja huolehtii siitä, hoitotyöntekijöiden osaamista kehitetään? Miten yksikön lääkehoidon erityispiirteet huomioidaan osaamisen kehittämisen suunnittelussa?

Miten huolehditte siitä, että hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen varmistetaan?

Miten toteutate hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen seurannan?

Mitä laadukas lääkehoidon osaamisen johtaminen edellyttää?

Millaisia haasteita olette kohdanneet hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisessa?

Millaisia kehitysajatuksia teillä on liittyen hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamiseen?

Minkälaiseksi luonnehtisitte hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen johtamisen kokemuksen kokonaisuutena?

Haluaisitteko lisätä vielä jotain, josta emme ole keskustelleet?

© Katri Halttunen 2022