



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Sairaanhoidtajien ammatillinen pätevyys kirurgisen potilaan hoitotyössä

---

Räikkönen, Anu

2012 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Tikkurila

## Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys kirurgisen potilaan hoitotyössä

Anu Räikkönen  
Sairaanhoitaja ylempi AMK  
Opinnäytetyö  
Helmikuu, 2012

Laurea-ammattikorkeakoulu

Laurea Tikkurila

Sairaanhoitaja ylempi AMK

Terveysten edistäminen, Aluelähtöinen kehittäminen ja johtaminen

Tiivistelmä

Anu Räikkönen

**SAIRAANHOITAJIEN AMMATILLINEN PÄTEVYYS KIRURGISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ**

Vuosi 2012

Sivumäärä 66

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirurgisella poliklinikalla, kirurgisella vuodeosastolla sekä leikkausosastolla työskentelevän sairaanhoitajan ammattipätevyyttä ja osaamisen tasoa suhteessa määritettyyn tavoitetasoon NCS-mittaria (Meretoja 2003) käyttäen. Tavoitteena on tunnistaa osaamisen kehittämiskohteita ja tuottaa tietoa mahdollisista koulutustarpeista työyksiköihin.

Opinnäyteyö oli määrällinen ja kaksiosainen. Ensimmäisessä vaiheessa asiantuntijaryhmä vastasi NCS-mittariin (Meretoja 2003) perustuen näkemykseensä kirurgisen sairaanhoitajan ammattipätevyydestä. Toisessa vaiheessa sairaanhoitajat itse arvioivat omaa osaamistaan NCS-mittarin (Meretoja 2003) avulla. Lopuksi asiantuntijaryhmän näkemystä verrattiin sairaanhoitajien itse arviointeihin.

NCS- mittari koostuu 73 erilaisesta muuttujasta, jotka rakentuvat auttamisen, opettamisen-ohjaamisen, tarkkailutehtävän, tilanteiden hallinnan, hoitotoimien hallinnan, laadunvarmistuksen ja työroolin kategorioihin eli seitsemään ammattipätevyyttä kuvaavaan summamuuttujaan. ( Meretoja 2003.)

Asiantuntija-arviointeja lähetettiin sähköpostitse yhteensä 13 kappaletta 5.5.2011 ja vastausaika oli 20.6.2011 asti. Lomakkeita palautui määräaikaan mennessä asiantuntijaryhmältä 8 kappaletta (53 % ). Sähköinen kysely lähetettiin kaikille sairaanhoitajille, joilla oli vähintään 3 kuukauden työkokemus ja työuraa jäljellä yli 6 kuukautta. Itsearviointilomakkeita lähetettiin sähköpostitse yhteensä 97 kappaletta 5.5.2011. Leikkausosastolle 44 kappaletta, kirurgiselle vuodeosastolle 38 kappaletta ja kirurgiselle poliklinikalle yhteensä 15 kappaletta. Vastausaika oli 20.6.2011 asti. Lomakkeita palautui leikkausosastolta 15 kappaletta (34 % ), kirurgiselta vuodeosastolta 25 kappaletta (66% ), kirurgiselta poliklinikalta 8 kappaletta ( 53 %).

Opinnäytetyö tuotti arvokasta tietoa koskien sairaanhoitajan ammattipätevyyttä ja osaamisen tasoa suhteessa asiantuntijaryhmän asettamaan tavoitetasoon. Tavoitteena oli tunnistaa osaamisen kehittämiskohteita ja tuottaa tietoa mahdollisista koulutustarpeista työyksiköihin. Tähän tavoitteeseen opinnäytetyö vastasi odotetulla tavalla. Erityisesti kehittämisen ja aktiivisen uuden tiedon hankkimisen osa-alueilla sairaanhoitajat itse arvioivat oman osaamisensa heikommalle tasolle kuin asiantuntijaryhmä oli asettanut. Asiantuntijat siis toivoivat sairaanhoitajien kehittävän omaa työtään enemmän kuin mihin sairaanhoitajat kokivat itse pystyvän.

**Avainsanat:** Osaaminen, sairaanhoitajan työ, kirurgisen sairaanhoitajan erityispiirteet, kehittäminen, NCS-mittari

Laurea-University of Applied Sciences Abstract  
 Laurea Tikkurila  
 Master of Health Care  
 Health Promotion, Regional Development and Management

Anu Räikkönen

## NURSES' PROFESSIONAL QUALIFICATIONS IN THE CARE OF A SURGICAL PATIENT

Year	2012	Number of pages	66
------	------	-----------------	----

The purpose of this study was to describe the professional qualifications and level of skills of nurses working in a surgical outpatient unit, a surgical unit, as well as-, in a surgical bed unit, while making reference to a specific target level of the NCS-meter (Meretoja 2003). The aim was to identify development areas and provide information on possible training required in the working units.

The research is quantitative and consists of two parts. In the first part, a group of experts answered to the NCS-meter (Meretoja 2003) based on their perceptions of the surgical nurse's professional competence. In the second part, the nurses evaluated their own know-how with the help of the NCS-meter (Meretoja 2003). In the end a comparison between the perceptions of the group of experts and the nurses' self -assessments was established.

The NCS-meter consists of 73 different variables, which are built up on the seven categories of professional competence, helping, teaching and orientating, monitoring tasks, situation handling, care operations management, quality assurance and work role (Meretoja 2003).

Evaluation questionnaires were sent by email to 13 experts on the 5<sup>th</sup> of May 2011, and the response time was until the 20<sup>th</sup> of June 2011. From these, a total of 8 questionnaires (53%) were returned by the stipulated deadline. The self-assessment forms were sent to all nurses-, who had at least 3 months of work experience and more than 6 months of working career ahead. A total of 97 self-assessment forms were sent by email on the 5<sup>th</sup> of May 2011. 44 forms were sent to the surgical unit, 38 forms to the surgical bed unit, and 15 forms to the surgical outpatient unit. Participants were given time until the 20<sup>th</sup> of June 2011 to answer. A total of 15 forms were returned from the surgical unit (34%), 25 from the surgical bed unit (66%), and 8 from the surgical outpatient unit (53%).

The research produced valuable information concerning the nurses' professional qualifications and level of skills in relation to the group of experts' ambitious objectives. The aim was to identify development areas and provide information on possible training required in the working units. To this objective the research responded as it was expected. In particular, in the areas of development and active acquisition of new knowledge, the nurses rated their skills a weaker level than the one the group of experts had established. Moreover, the experts hoped the nurses to develop more in their own work than what the nurses themselves felt they were able to do.

**Keywords:** Know-how, nurse's work, surgical nurse's characteristics, development, NCS-meter.

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO .....	6
2. AMMATILLINEN OSAAMINEN JA OSAAMISEN KEHITTÄMINEN OSANA KIRURGISEN SAIRAAHOITAJAN TYÖTÄ .....	8
2.1 Osaaminen sairaanhoitajan työssä .....	8
2.2 Sairaanhoitajan työ ja kirurgisen sairaanhoitajan työn erityispiirteet .....	12
2.3 Ammatillisen osaamisen kehittäminen .....	16
3. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	18
4. OPIINÄTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	19
4.1 Lohjan sairaalan kirurgiset hoitoympäristöt tutkimusympäristöinä .....	19
4.2 Aineiston keruu .....	21
4.3 NCS-mittarin esittely .....	22
4.4 Aineiston analyysi .....	22
5. OPINÄYTETYÖN TULOKSET .....	24
5.1 Opinnäytetyön vastanneiden taustatiedot.....	24
5.2 sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys kirurgisella poliklinikalla .....	26
5.2.1 Auttaminen .....	26
5.2.2 Opettaminen.....	27
5.2.3. Tarkkailutehtävät .....	28
5.2.4 Tilannehallinta .....	29
5.2.5 Hoitotoimien hallinta .....	30
5.2.6 Laadun varmistus.....	31
5.2.7 Työrooli .....	32
5.2.8 Kirurgisen poliklinikan sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen yhteenveto kategorioittain .....	33
5.3 Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys leikkausosastolla .....	34
5.3.1 Auttaminen .....	34
5.3.2 Opettaminen.....	35
5.3.3. Tarkkailutehtävät .....	36
5.3.4 Tilannehallinta .....	37
5.3.5 Hoitotoimien hallinta.....	38
5.3.6 Laadun varmistus.....	39
5.3.7 Työrooli .....	40
5.3.8 Leikkausosaston sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen yhteenveto kategorioittain .....	41
5.4 Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys kirurgisella vuodeosastolla .....	42
5.4.1 Auttaminen .....	42
5.4.2 Opettaminen.....	43
5.4.3. Tarkkailutehtävät .....	44
5.4.4 Tilannehallinta .....	45

5.4.5 Hoitotoimien hallinta .....	46
5.4.6 Laadun varmistus .....	47
5.4.7 Työrooli .....	48
5.4.8 Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen yhteenveto kategoriaittain .....	49
6. POHDINTA .....	50
6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	50
6.2 Opinnäytetyön tulosten vertailevaa tarkastelua ja johtopäätökset sekä kehittämiskohdetut .....	53
LÄHTEET .....	55
LIITTEET .....	58
KUVIOT .....	62
TAULUKOT .....	65

## 1. Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirurgisella poliklinikalla, leikkausosastolla ja kirurgisella vuodeosastolla työskentelevän sairaanhoitajan ammattipätevyyttä ja osaamisen tasoa suhteessa määritettyyn tavoitetasoon NCS-mittaria (Meretoja 2003) käyttäen. Tavoitteena on tunnistaa osaamisen kehittämiskohteita ja tuottaa tietoa mahdollisista koulutustarpeista työyksiköihin.

Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa asiantuntijaryhmä asetti tavoitetason NCS-mittariin (Meretoja 2003) perustuen kirurgisen sairaanhoitajan ammattipätevyydestä. Toisessa vaiheessa sairaanhoitajat itse arvioivat omaa osaamistaan NCS-mittarin (Meretoja 2003) avulla. Tuloksissa asiantuntijaryhmän tavoitetaso esitetään yhdessä sairaanhoitajien omien itsearviointien kanssa, tulostan vertailtavuuden vuoksi.

NCS- mittari (Nurse Competence Scale) koostuu seitsemästä ammattipätevyyttä kuvaavasta summamuuttujasta (Meretoja, 2003 ). Pätevyysalueet ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävät, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus ja työrooli. Arviointi tapahtui visuaalis-analogisella asteikolla (VAS) 0-100, jossa 0-25 merkitsee toiminnan matalaa pätevyyttä, VAS 26-50 melko hyvää pätevyyttä, VAS 51- 75 hyvää pätevyyttä ja VAS 76-100 erittäin hyvää pätevyyttä. Toiminnon tiheyttä ja soveltuvuutta työhön kuvaa neliportainen asteikko, jossa 0 merkitsee, ettei kyseinen toiminto ole sovellettavissa työhön ja 3 merkitsee, että toiminto esiintyy työssä usein. Tässä opinnäytetyössä toiminnon tiheys jätettiin arvioimatta. Taustatekijöihin kuuluvat vastaajan ikä, koulutus, työssäoloaika ja työympäristö. ( Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi 2004a. )

Pohtiessani opinnäytetyön aihetta otin yhteyttä Hus Lohjan sairaalan henkilöstöpäällikköön. Neuvottelussa, johon osallistuivat minä sekä henkilöstöpäällikkö, Liisa Astala, opinnäytetyön yhdeksi aiheeksi nousi henkilöstön osaamisen ja osaamisen puutteiden kartoittaminen. Kartoituksen kohteeksi valittiin kirurgisen potilaan hoitotyöhön osallistuvat sairaanhoitajat, jotka työskentelevät poliklinikalla, leikkaussalissa sekä vuodeosastolla. Taustalla osaamispuutteiden kartoitukseen vaikutti se, että nykyajan työelämä odottaa koulutuksesta valmistuvan lähes valmiita asiantuntijoita, joille on asetettu monenlaisia pätevyysvaatimuksia (Lauri 2006, 105). Ammatillinen kasvu on kuitenkin jatkuva oppimisprosessi. Sen kautta yksilö hankkii elämänsä aikana niitä tietoja, taitoja ja kykyjä, joita hyödyntämällä hän voi vastata muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin (Ruohotie 2000, 9 ja 49 ). Omanlaisensa paineen ammattilaiselle asettaa se, että tulevaisuuden koulutettu asiakaskunta tietää mitä haluaa ja osaa vaatia hyvää ja asiantuntevaa palvelua. Tämä edellyttää ammattilaisilta hyvää asiantuntijuutta. (Metsämuuronen 2000; Hätönen 2000. )

Kirurginen hoito on moniammatillista tiimityötä. Lääketieteen ja lääketieteellisen teknologian kehitys viime vuosina on vaikuttanut varsinkin kirurgiseen hoitoon. Anestesiologian kehitys mahdollistaa yhä iäkkäämpien ja moni sairaiden potilaiden kirurgisen hoidon. Koska potilaat ovat entistä iäkkäämpiä ja usein myös huonokuntoisempia, vuodeosaston henkilökunta joutuu työskentelemään kovan työpaineen alaisena. ( Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 9. ) Ennen kuin organisaatiossa olevaa näkyvää ja näkymätöntä osaamista voidaan hyödyntää kokonaisvaltaisesti, on tärkeää perusteellisesti selvittää, mitä osaamista tulevaisuudessa tarvitaan, sekä organisaatiossa jo oleva osaaminen (Hätönen 2003).

## 2. Ammatillinen osaaminen ja osaamisen kehittäminen osana kirurgisen sairaanhoitajan työtä

### 2.1. Osaaminen sairaanhoitajan työssä

Käsitteet kompetenssi, taito, kvalifikaatio, kyky, kapasiteetti, tehokkuus ja taitavuus ovat sidoksissa toisiinsa. Ne ovat tiedon, käyttäytymisen, asenteiden ja arvojen sekoitus ja ne viittaavat jonkin taidon hallintaan. Taidon taustalla taasen on kyky tehdä jokin asia hyvin. ( Ruohotie & Honka 2003, 17.) Ammattitaidosta puhutaan yleensä osaamisena. Osaaminen voidaan määritellä tiedoksi ja taidoksi, joiden avulla henkilö tekee tehtävänsä. Ammatillinen osaaminen on teorian ja käytännön integroitunut kokonaisuus. Sen ilmenemismuoto on sujuva toiminta, johon liittyy työntekijän kyky ratkaista työtilanteessa ilmenevät ongelmat. Ammatillinen osaaminen tarkoittaa työelämän kvalifikaatiovaatimukseen vastaavaa yksilöllistä ammattitaitoa ja pätevyyttä, joka kehittyy koulutuksen ja työelämän myötä asiantuntijuuteen. (Paloposki, Eskola & Heikkilä 2002, 156.)

Osaaminen sisältää aina oletuksen määrätyn alueen hallitsemisesta tai sen riittävästä tunteuksesta (Hätönen 2003). Asiantuntija, ammattilainen, huippuosaja, taitava suoriutuja, ovat synonyymejä sanalle osaava yksilö (Jalava ym. 1999, 11 ). Lähitulevaisuudessa työelämän haasteeksi tulee suurten ikäluokkien poistuminen työvoiman piiristä eläkkeelle, mistä syystä työelämästä poistuu suuri määrä osaamista. Terveystieteiden tutkimuksissa tämä korostuu kokemuksen hiljaisen tiedon ja osaamisen poistumisena. ( Kivinen 2008, 200. ) Myös teknologian kehitys, kansainvälistyminen, uudenlainen hoidon ja hoivan koordinointi luovat paineita uudelle osaamiselle sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen työssä (Metsämuuronen 2000). Yhteiskunnan monimutkaistuessa tarvitaan sen päätöksenteossa eri tasoilla yhä enemmän tietoa ilmiöistä sinänsä, ymmärrystä tapahtumista ja niiden merkityksistä, tietotaitoa eri ilmiöiden ennustamiseen ja hallintaan sekä tietoa, joka vapauttaa vääristä käsityksistä (Lauri & Elomaa 1999 ). Saman asian nostaa esiin myös Hätönen (2003), jonka mukaan monimutkainen ja jatkuvasti muuttuva ympäristö vaatii ihmisiltä työssään moni osaamista ja kokonaisuuden hallintaa sekä osaamista, jossa yhdistyvät niin teoreettinen tieto kuin käytännön kokemus.

Suomessa hoitotyön osaamista ovat tutkineet muun muassa Pelttari (1997) kuvaamalla sairaanhoitajan työtä, sen nykyisiä kvalifikaatiovaatimuksia sekä yhteiskunnallisten muutosten vaikutuksia työhön ja työnkvalifikaatiovaatimukseen. Nousiainen (1998) tutkimalla osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista, Hildén (1999) tarkastelemalla sairaanhoitajan ammatillista pätevyyttä ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavia

tekijöitä, Metsämuuronen (2000) selvittämällä sosiaali- ja terveysalan työn tulevaisuuden osaamistarpeita, Räisänen (2002) tutkimalla valmistuvien sairaanhoitajien, kättilöiden ja terveydenhoitajien kykyä hoitaa potilaita ja asiakkaita, Paloposki, Eskola & Heikkilä (2003) tutkimalla miten valmistuneet sairaanhoitajat arvioivat vanhustyön osaamistaan, Meretoja (2003) kehittämällä väitöstutkimuksessaan Nurse Competence Scale -mittarin (NSC), jolla työelämässä toimivien sairaanhoitajien ammattipätevyyttä voidaan vertailukelpoisesti mitata erilaisissa toimintaympäristöissä, Salmela (2004) vertailemalla tutkimuksessaan valtakunnallisesti sairaanhoitajaopiskelijoiden, hoitotyön opettajien sekä opiskelijoiden käytännön harjoittelua ohjaavien sairaanhoitajien arviointeja ammattikorkeakouluista valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitamisen taidoista ja niiden opetuksen määrästä, Jauhiainen (2004) hakemalla tietoa hoitotyöntekijän (sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön) ammatillisesta osaamisesta ja potilaan tietoyhteiskuntavalmiuksista sekä hoitotyöntekijöiden ja tietotekniikan ammattilaisten yhteistyöstä tulevaisuuden hoitotyössä ja Tuomi (2008) kuvaamalla ja selittämällä sairaanhoitajan ammatillista osaamista lasten hoitotyössä somaattisessa erikoissairaanhoidossa sekä laatimalla mallin sairaanhoitajan ammatillisesta osaamisesta lasten hoitotyössä.

Pelttari (1997) tutkiessaan sairaanhoitajan työn kvalifikaatioita korostaa sairaanhoitajan työn vuorovaikutusvalmiuksia, empaattisuutta, ystävällisyyttä, vastuullisuutta, huolenpitoa, ihmisten monien ongelmien kokonaisvaltaista kohtaamis- ja auttamisvalmiutta sekä kykyä toimia asiakkaan asianajajana. Lisäksi tutkimuksessa painottuvat terveyden edistämismuutokset, jatkuva itsensä ajan tasalla pitäminen ja kehittämisvalmius sekä muutoksen hallinta että johtamisvalmiudet osana sairaanhoitajan työtä. Tutkimuksessa nousee esiin myös laatu ja sen hallinta, jotka ovat tulevaisuudessa osa jokaisen sairaanhoitajan työtä, työn jossa vaatavuus ja raskaus vain lisääntyvät. Sairaanhoitajan tehtävänä onkin tulevaisuudessa ihmisen kokonaisvaltainen hoito ja huolenpito sekä lisäksi edellytetään toimimista aktiivisena vaikuttajana, ei sivusta seuraajana.

Nousiainen (1998) mukaan sairaanhoitajan työn osaamisalueet jaetaan neljään laadullisesti toisistaan poikkeavaan taitoalueeseen. Sairaanhoitajan työtä voidaan tarkastella yhteisössä toimivan ihmisen kokemuksen, hoidon jatkuvuuden, väestön hyvinvoinnin sekä sairaanhoitajan ammatillisen sitoutumisen kannalta. Nousiainen (1998) mukaan sairaanhoitajan on osattava välttää kaavamaista, rutiininomaista tai edeltä käsin liian normitettua työskentelyä käytännön hoitotyössä. Nousiainen (1998) nostaa esiin yhteistyötaidot, ajattelun ja päätöksenteon taidon, kognitiiviset taidot ja toiminnalliset taidot. Yhteistyötaidot kuvaavat sairaanhoitajan taitoa rakentaa yhteistä, tavoitteellista toimintaa hoitosuhteessa asiakkaan/potilaan ja muiden hänen hoitoonsa osallistuvien henkilöiden kanssa. Ajattelun ja päätöksenteon taidoissa korostuu sairaanhoitajan kyky reflektoida osaamistaan käytännön hoitotyön tilanteissa toimintaansa teoreettisen hoitotieteellisentiedon avulla. Kognitiiviset taidot: havaitseminen sekä

rationaalisen tiedon ja kokemuksen yhdistäminen edistävät sairaanhoitajan kykyä toimia joustavasti monenlaisia, yhtäaikaisia taitoja vaativissa tehtävissä. Toiminnallisia taitoja ovat ne sairaanhoitajan taidot, jotka näkyvät havaittavana osaamisena käytännön hoitotyön tilanteissa. Ne ovat perusteltavissa teoreettisen tiedon alueella. Onnistuakseen käytännön hoitotyön tilanteissa sairaanhoitajan on osattava yhdistää toiminnalliset taidot muiden osaamistaitojen alueiden kanssa. Sairaanhoitajan toiminnallisia tietoalueita ovat kommunikaatio-, perushoidolliset, kuntouttavan hoitotyön-, vitaalielintoimintojen ylläpitämiseen liittyvät, ravitsemukseen liittyvät, sekä toimintayksikkökohtaiset erikoisosaamistaidot.

Ammattitaitoisella, asiantuntevalla sairaanhoitajalla on takanaan valtava määrä kokemuksia ja intuitiivinen ote kuhunkin tilanteeseen, hän keskittyy täsmälliseen ongelma-alueeseen pohjimatta hedelmättömiä diagnoosi- ja ratkaisuvaihtoehtoja. Pitkään kokemus ei tee kenestäkään automaattisesti asiantuntijaa vaan asiantuntijaksi kasvu vaatii havaintokykyä ja sen tuomaa informaation systemaattista analyysia. Asiantuntevaksi sairaanhoitajaksi pätevytyksensä työntekijä on käynyt läpi neljä edeltävää vaihetta: noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä ja taitava. (Benner 1993.) Benner (1993, 20) toteaa, että kokemus on asiantuntemuksen edellytys. Matkalla todelliseksi asiantuntijaksi teoria ja käytäntö kietoutuvat keskinäisiksi, toisiaan tukevaksi omaehtoiseksi prosessiksi, jossa kumpaakin osa-alueita kehitetään ja myös arvostetaan (Benner, Tanner & Chesla 1999). Työkokemuksen karttuessa myös käytännön taidot paranevat (Tuomi 2008). Benner (1993) nostaa esiin hoitotyössä tarvittavat 31 eri taitoa, jotka voidaan luokitella seitsemään osa-alueeseen tehtävän ja tarkoituksen samankaltaisuuden mukaan. Nämä hoitotyön osa-alueet ovat: auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, diagnosointi ja potilaiden tarkkailu, nopeasti muuttuvien tilanteiden tehokas hallinta, hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien toteuttaminen ja seuranta, terveydenhoidon laaduntarkkailu ja -varmistus, organisatoriset ja työrooliin liittyvät taidot. Omanlaisensa paineen ammattilaiselle asettaa se, että tulevaisuuden koulutettu asiakaskunta tietää mitä haluaa ja osaa vaatia hyvää ja asiantuntevaa palvelua. Tämä edellyttää myös ammattilaisilta asiantuntijuutta ja kouluttautumista, jotka nähdään myös tulevaisuuden haasteina. (Metsämuuronen 2000; Hätönen 2000.)

Hildén (2002) käyttää kompetenssi käsitettä. Hänen mukaansa kompetenssi eli pätevyys tarkoittaa kykyä suoriutua tehtävästä hyvin sekä ihmisen itsensä että muiden arvioimana. Kompetenssi koostuu Hildénin (2002) mukaan ydinpätevydestä, erikoispätevydestä ja potilaan hoitoon liittyvästä pätevydestä. Ydinpätevytyteen liittyvät tiedot ja taidot ovat välttämättömiä, jotta sairaanhoitaja kykenee suunnittelemaan ja toteuttamaan potilaan yksilöllistä hoitoa sekä arvioimaan potilaan tilaa ja potilaan hoitoa. Erikoispätevytyteen sisältyvät puolestaan ne tiedot ja taidot, joita hoitotyöntekijältä edellytetään, kun hän toteuttaa tarkoituksenmukaista hoitotyötä määrätyleiselle potilasjoukolla. Yleispätevyys kuvaa sitä, miten sairaanhoitaja osaa yhdistää ydinpätevyden ja erikoispätevyden suunnitellessaan potilaan yksilöllistä hoi-

toa. Ydinosaaminen perustuu tietoon terveestä ja sairaasta ihmisestä, tietoon ympäristöstä ja sen merkityksestä ihmisen kehitykselle ja käyttäytymiselle, tietoon ihmisen hoitotyöstä ja siinä käytettävistä menetelmistä ja vaikuttavuudesta (Lauri 2006, 90). Metsämuuronen (2000) puhuu taasen syväosaajista, joita tämän päivän organisaatiot tarvitsevat sekä laaja-alaisista monen taidon hallitsijoista. Meretojan (2003) mukaan ammattipätevyys tulee esiin toiminnallisena kykynä ja kapasiteettina soveltaa tietoja, taitoja, asenteita ja arvoja tiettyyn kontekstuaaliseen työtilanteeseen. Hätösen (2000) mukaan henkilön pätevyyteen vaikuttavat älykyys, tiedolliset valmiudet, fyysiset taidot, arvot, persoonallisuuden piirteet ja motiivit. Kauhasen (2010, 147) mukaan kompetenssi muodostuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta, ihmishuuhdeverkoista sekä arvoista ja asenteista. Hänen mukaansa kokemus on keskeinen osa kokonaisosaamista, se auttaa ymmärtämään uutta tietoa ja oppimaan nopeammin. Tiedot, taidot ja kokemus muodostavat näin yhdessä asiantuntemuksen.

Huippuammattilaiselta vaaditaan Metsämuuronen (2000) mukaan raudanlujaa ammattitaitoa, motivaatiotekijöitä, työhön sopeutumista, sosio-kulttuurisia taitoja ja innovatiivisuutta, mutta myös emotionaalista herkkyyttä havaita tilanteita. Alan ammattilaisen on ennen kaikkea hallittava perusosaaminen, sillä se on oleellista työn suorittamisessa hyvin. Paloposken (2003) mukaan Sairaanhoidajat hallitsevatkin parhaiten käytännöllisen osaamisen ja heikoimmin teoreettisen osaamisen. Tutkimukseen mukaan työkokemuksella oli eniten yhteyttä ammatilliseen osaamiseen eli ammatillinen osaaminen kehittyy kokemuksen mukana. Tuomi (2008) nostaa esiin sairaanhoidajan osaamiseen vaikuttavina tekijöinä iän, työ- ja elämäkokemukset sekä koulutuksen, sairaanhoidajan työyhteisön ja organisaation.

Meretojan (2003) mukaan ammattipätevyys on hyvin monimutkainen käsite, mikä vaikeuttaa suuresti tutkimustietojen vertailtavuutta. Työ tuottaa ne vaatimukset, joita työn suorittamiseksi ja kehittämiseksi tarvitaan. Erikoissairaanhoidossa työ on vaativaa ja edellyttää monipuolista osaamista. Vastavalmistuneelta sairaanhoidajalta perehtyminen erikoissairaanhoidossa toteutettavaan hoitotyöhön vie aikaa puolestatoista vuodesta kahteen vuoteen. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2007.) Benner ym. (1999) mukaan kahden vuoden työkokemuksen jälkeen voidaan sairaanhoidajaa sanoa päteväksi. Hoitotyössä ollaan tekemisissä kompleksisen ilmiön kanssa, jolloin alan huippuosaajalta vaaditaan dynaamista asiantuntijuutta. Ilman jatkuvaa työskentelyä, kouluttautumista ja uuden opettelua asiantuntijaosaaminen karkaa osajaltaan. Elinikäisen oppimisen taidot ovatkin asiantuntijaosaamisen ehto. (Tuomi 2005, 81-82)

Nykyajan työelämä odottaa, että koulutuksesta valmistuu lähes valmiita asiantuntijoita, joille on asetettu monenlaisia pätevyysvaatimuksia (Lauri 2006, 105). Ammatillinen kasvu on kuitenkin jatkuva oppimisprosessi. Sen kautta yksilö hankkii elämänuransa aikana niitä tietoja, taitoja ja kykyjä, joita hyödyntämällä hän voi vastata muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin (Ruohotie 2000, 9 ja 49 ).

## 2.2 Sairaanhoidajan työ ja kirurgisen sairaanhoidajan työn erityispiirteet

Luvussa tarkastellaan aluksi sairaanhoidajalle kuuluvia työtehtäviä, jotka myös kirurgisen sairaanhoidajan tulee sisäistää ja lopussa vielä kirurgiselle sairaanhoidajalle kuuluvia erityispiirteitä.

Sairaanhoidon ja hoitotieteen kehittymisen voidaan katsoa alkaneen vuonna 1860, jolloin Florence Nightingale aloitti sairaanhoidajakoulutuksen Englannissa. Hänen näkemyksensä mukaan sairaanhoito on lääketieteen rinnalla oma erillinen ammatti, joka vaatii myös oman itsenäisen koulutuksen. (Lauri & Elomaa 1999.) Florence Nightingalen jälkeen seuraava merkittävämpi vaihe hoitoyön kehittämisessä alkoi 1950-luvulla, jolloin keskeiseksi vaikuttajaksi kohosi Virginia Henderson. Hänen mukaansa sairaanhoidajan tehtävä on auttaa ihmistä, tervettä ja sairasta, kaikissa niissä toiminnoissa, jotka tähtäävät terveyden säilyttämiseen tai saavuttamiseen. Sairaanhoidon tavoitteena on saada potilas riippumattomaksi ulkopuolisesta avusta ja vastuulliseksi omasta hoidosta ja toiminnoista. Näitä toimintoja ovat hengitys, syöminen, erityis, lepääminen, nukkuminen, liikunta, puhtaus, vaatetus, ympäristön turvallisuudesta huolehtiminen, sosiaalisten kontaktien järjestäminen, vapaa tunteiden ilmaisu, hartauden harjoittaminen oman uskonsa mukaan, oppiminen. Nämä tehtävät eivät vuosikymmenien aikana ole sisällöltään juurikaan muuttuneet vaan laajentuneet ja täsmentyneet (Lauri 2006, 10-18, 99.)

Maailman terveysjärjestö on yleiskokouksessaan vuonna 1956 määritellyt viisi perustehtävää, jotka ehdottomasti kuuluvat koulutetulle sairaanhoidajakunnalle. Ensimmäisenä, antaa pätevää hoitoa sairaille ja invalideille ottaen huomioon heidän ruumiilliset, henkiset ja hengelliset tarpeensa siitä riippumatta, annetaanko hoito sairaaloissa, kodeissa, kouluissa vai tehtaissa. Toisena, antaa terveydenhoidollisia neuvoja potilaille ja heidän perheilleen kodeissa, sairaaloissa, parantoloissa, kouluissa ja tehtaissa. Kolmantena, tehdä täsmällisiä huomioita potilaan ruumiillisesta ja henkisestä tilasta sekä niihin vaikuttavista olosuhteista sekä tiedottaa huomionsa toisille terveydenhuoltoryhmän jäsenille. Neljäntenä, valita, kouluttaa ja ohjata alihoidohenkilökuntaa ja järjestää henkilökuntaa kunakin aikana potilaan tarpeiden mukaan sekä viidentenä ottaa osaa toisten terveydenhuoltotarpeiden erittelyyn, tarvittavan huollon määrittelyyn ja suunnitteluun sekä tarvittavien toimenpiteiden harkintaan.

Lait, asetukset ja velvollisuudet ohjaavat sairaanhoidajan työtä. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden yleiset ammattipätevyyskriteerit ovat Suomessa määritelty tutkintokohtaisissa ammattitaitovaatimuksissa. Yleissairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset Euroopan unionin alueella on määritelty ammattipätevyyskriteerit tunnistamista koskevassa Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivissä (2005/36/EY). Terveydenhuollon ammatinharjoittajan osaaminen on monikerroksista. Oman erityisalan asiantuntemuksen perustana

ovat laaja-alaisesti sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan yhteiset lähtökohdat että terveydenhuollossa yleisesti hyväksytyt arvot, toimintaperiaatteet ja toiminnan painotukset. Asiantuntijuudessa korostetaan kriittistä ajattelua, itsenäistä päätöksentekoa ja vastuullisuutta. ( Opetusministeriö 2001. )

Tämän päivän määritelmässä sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen. Sairanhoitaja tukee yksilöitä, perheitä ja auttaa yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä muuttuvissa olosuhteissa ja eri toimintaympäristöissä kuten perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin alueilla. Hän toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. ( Opetusministeriö 2006. )

Hildénin (2002) mukaan sairaanhoitaja tarvitsee työssään vastuunottokykyä, kykyä itsenäiseen työskentelyyn ja itsenäisen päätöksentekoon, laaja-alaista tietopohjaa ja taitoa soveltaa tietoa käytännön hoitotyössä, oman työn arvostusta, monipuolisia ammattitaitoja, suunnittelutaitoja, kehittämistaitoja, arviointitaitoja, ohjaustaitoja, yhteistyötaitoja, laadunhallintataitoja, taitoa ja rohkeutta käyttää omaa asiantuntijuuttaan sekä tiimityötaitoja. Yhteiskunnalliset muutokset ja terveydenhuollossa tapahtuvat uudistukset ovat osaltaan vaikuttaneet myös hoitotyössä tapahtuviin muutoksiin. Hoidettavat potilaat ovat entistä huonokuntoisempia, iäkkäämpiä ja jopa turvattomampia samalla kun he itse haluavat myös vaikuttaa omaan hoitoonsa. Osastojen luonne on monissa paikoissa muuttunut, kun säästö syistä eri erikoisalaja on yhdistetty. Enää ei riitä, että hoitotyöntekijä hallitsee yhden erikoisan alan vaan osaamista on täytynyt laajentaa usean erikoisan alan potilaisiin. Työ on entistä kuormittavampaa ja vaativampaa, samalla kun taloudellinen vastuu ja tulosvaatimukset vain kasvavat (Hildén 1999, 174-182). Organisaatio, jossa hoitotyöntekijät ovat osaavia, motivoituneita ja sitoutuneita, pystyy tarjoamaan asiakaslähtöistä ja laadukasta hoitotyötä, minkä kautta organisaation maine hyvänä palvelujen tuottajana ja hoidon tarjoajana kasvaa (Hildén 2000, 50 ).

Pulkkinen (2000) on väitöstutkimuksessaan kuvannut sairaanhoitajan työn sisältöä, hoitotoimintoja ja niiden vaatavuutta sellaisina kuin ne esiintyvät erikoissairaanhoidon hoitotodellisuudessa. Tutkimuksessa kehitettiin mittari, jolla potilaan hoitoisuutta arvioidaan ja mitataan. Arvioinnin kohteina olivat sairaanhoitajalta vaadittu työpanos sekä erityisosaaminen, joilla vastataan potilaan hoidon tarpeeseen. Hänen mukaan sairaanhoitajan työssä yli puolet on elintoimintoja turvaavia hoitotoimintoja, jotka hoitamisen vaiheiden mukaan jaoteltuina kohdentuvat hoidon tarpeen määrittelyyn ja arvioinnin alueelle. Alaluokkiin jaoteltuna esiin nousivat ravitsemustilan, nestetasapainon ja erittämisen arviointitoiminnot sekä hengityksen ja verenkierron tarkkailutoiminnot. Mikä onkin erityisesti erikoissairaanhoidossa ensisijaista ja jokapäiväistä hoitotodellisuutta. Psykososiaalisia voimavaroja turvaavat hoitotoiminnot muo-

dostivat kolmanneksen hoitotoiminnoista, kun potilaan omat selviytymiskeinot eivät riitä, hoidossa painottui psykososiaalisten voimavarojen tukeminen.

Lauri (2006, 100) nostaa esiin hoitotyössä tarvittavat kommunikointi-, kuuntelu- ja vuorovai-  
kutustaidot, ohjaus- ja opetustaidot sekä taitoa toimia yhteistyössä eri tahojen kanssa ja tu-  
kea ja rohkaista potilaita, asiakkaita sekä heidän perheitään ottamaan vastuuta oman tervey-  
tensä ylläpitämisestä ja edistämisestä sekä sairauksien ehkäisystä, sopeutumaan mahdollisesti  
uuteen elämäntilanteeseen tai kärsimyksen ja kuoleman kohtaamiseen. Räisänen (2002) mu-  
kaan hoitoyön toiminnot ymmärretään yleisesti hoidettavan auttamisessa erilaisissa terveys-  
ongelmissa, elämäntilanteissa ja eri-ikäisenä, työtä myös tehdään erilaisissa toiminnallisissa  
konteksteissa.

Partasen (2002) väitöskirjan mukaan sairaanhoitajan työ on suurimmaksi osaksi potilaan väli-  
töntä tai välillistä hoitoa. Välitön toiminta potilaan luona käsitti potilaan lääkitsemistä, poti-  
laan ja hänen omaistensa ohjausta ja potilaan hygieniasta huolehtimista. Välillinen käsitti  
suullista ja kirjallista raportointia, potilaan lääkityksen tai muun hoidon valmistelua, erilaisia  
potilaan hoitoon liittyviä yhteydenottoja ja neuvotteluja. Pyykkö (1996) nostaa esiin sairaan-  
hoitajalle tärkeitä ominaisuuksia, joita ovat ystävällisyys ja empaattisuus, mutta ne eivät  
yksin riitä, potilaan hoidossa tarvitaan hyviä henkilökohtaisia ominaisuuksia. Hoidossa on  
oleellista, että potilaan ahdistuneisuutta lievitetään tai poistetaan antamalla tietoa ja huo-  
lehtimalla potilaan perustarpeista, kuten levosta, unesta, sosiaalisten suhteiden ylläpitämi-  
sestä, itsetunnon ylläpitämisestä ja hengellisestä tuesta.

Hilden (1999, 180-197 ) nostaa tutkimustuloksissaan myös esiin odotustason. Sillä hänen mu-  
kaansa sairaanhoitajien mielestä työyhteisöt edellyttävät heiltä huomattavasti parempaa  
ammattillista pätevyyttä kuin mitä heillä tällä hetkellä on. Työyhteisöt edellyttävät sairaan-  
hoitajilta muu muassa kykyä käyttää monipuolisesti hoitotyön auttamismenetelmiä. Lisäksi  
työyhteisöt edellyttävät sairaanhoitajilta hyviä muutoksenhallinta-, päätöksenteko-, suunnit-  
telu-, kehittämis- ja arviointitaitoja sekä kykyä itsenäiseen työskentelyyn. Lisäksi sairaanhoi-  
tajilta edellytetään vahvaa oman erikoisalalan tiedonhallintaa ja tiedon soveltamistaitoja. Mer-  
teoja (2003) tuo tutkimustuloksissaan esiin, että osastonhoitajat arvioivat sairaanhoitajien  
ammattipätevyytensä hyväksi. Korkeat pätevyysarviot annettiin tilanteiden hallinnassa sekä  
auttamis- ja tarkkailutehtävissä. Matalinta ammattipätevyyttä tunnustettiin sitä vastoin laa-  
dun varmistamisen alueella.

Tuomen (2005, 49) mukaan hyvän hoidon tavoite on, että potilas paranisi taudistaan tai saira-  
us pysyisi tasapainossa. Hyvä hoitaminen on monimutkainen muoto inhimillistä toimintaa,  
jonka ydin on hoitaja-potilas suhteessa. Tätä toimintaa voidaan tarkastella toimijan ja hänen  
ominaisuuksiensa, toimintamuotojen ja -tapojen, edellytysten ja tavoitteiden näkökulmasta.

Mikään näistä ei ole tärkeämpi kuin toinen: hyvä hoitaminen on näiden kuuden elementin kombinaatio. Edellytyksissä hyvälle hoitamiselle tulee esiin myös tietoperustan merkitys sekä kokemus. ( Leino-Kilpi 1990. ) Kirurgisessa hoitotyössä korostuu potilaan kunnioittaminen, yksilöllisyyden arvostaminen, kuunteleminen ja potilaan ottaminen todesta. Sairastuminen merkitsee ihmiselle elämänlaadun muutosta. Toiset ovat ehtineet valmistautua tilanteeseen enemmän, toiset vähemmän. Kirurgisen hoitotyön tavoitteena on potilaan hyvä hoito hänen tarvitessaan leikkausta tai muuta hoitoa sairauden parantamiseksi tai oireiden lievittämiseksi. ( Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003; 22-24 )

Lääketieteen ja lääketieteellisen teknologian kehitys viime vuosina on vaikuttanut varsinkin kirurgiseen hoitoon. Anestesiologian kehitys mahdollistaa yhä iäkkäämpien ja moni sairaiden potilaiden kirurgisen hoidon. Koska potilaat ovat entistä iäkkäämpiä ja usein myös huonokuntoisempia, vuodeosaston henkilökunta joutuu työskentelemään kovan työpaineen alaisena. ( Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 9. ) Jotta potilaan hoito sujuu ongelmitta, tarvitaan erittäin ammattitaitoista henkilökuntaa koko hoitoprosessin ajan. Sairaanhoidajan työssä oman erityisalan tiedon ja ennen kaikkea alan uusimman tiedon hallinnan katsotaan olevan hyvin merkityksellistä, samoin kyvyn etsiä sovellutuksia uusimmalle tiedolle (Hilden 1999, 181 ).

Pirkkalainen (2003) on tutkinut työhön, työssä ja työstä oppimista ja tuo tutkimuksessaan ilmi, että asiakkaat ovat erittäin tarkkaavaisia ja ammattitaitoisuus ilmentyy asiakkaille annettuna informaationa. Tutkimuksessa tuleekin esiin, että riemua synnyttävä asia on se, että itse todella tietää mistä puhuu. Ei ole tärkeitä osata kaikkea, vaan tärkeitä on luottaa koko organisaation osaamiseen ja omaan kykyyn käyttää tuota organisaatioon osaamista asiakastyössä. Kirurginen hoito on ennen kaikkea moniammatillista tiimityötä, jossa korostuu koko organisaation osaaminen. Kivinen (2008) nostaa esiin luottamuksellisen, avoimen, moniäänisen ilmapiirin, tavoitteisiin ja toimintakäytäntöihin sitoutumisen sekä runsaan tiedon jakamisen, jotka edistävät organisatorisen uuden tiedon ja osaamisen muodostumista. Tämä korostuu kirurgisen potilaan hoitotyössä, jossa potilaan hoitoon osallistuvat niin poliklinikan, leikkausosaston kuin vuodeosaston henkilökunta ja tarvittaessa myös sisätautiosaston valvonta yksikkö.

### 2.3. Ammatillisen osaamisen kehittäminen

Luvussa tarkastellaan arviointia, osaamiskartoitusta, koulutusta, työn ohjausta ja kehityskeskustelua erilaisina mahdollisuuksina osaamisen kehittämiseksi. Monipuolinen kehittämistyö on luonnollinen ja välttämätön osa nykyistä hoitotyötä. Kehittämistyöhön kuuluvat sekä oman työyhteisön kehittäminen, hoitotyön sisällön kehittäminen että oman ammatillisen osaamisen kehittäminen. Hyvä laatu on päämäärä, jota jokainen palveluorganisaatio tavoittelee tänä päivänä. Työn kehittämisen kautta osaaminen lisääntyy ja sitä kautta työ ja hyvinvointi paranevat. Tehokas henkilöstön kehittäminen perustuu siihen, että organisaatiossa tiedetään, mitä osaamista tulevaisuudessa tarvitaan, millä tasolla kunkin työntekijän osaaminen on ja mitä hänen tulisi seuraavaksi oppia. ( Hildén 2002. ) Taito kehittyä tarkoittaa uusien asioiden oppimista, joko teoreettisella tai taitojen soveltamisen tasolla. Kehittymiseen kuuluu taito havaita sen tarve, joko arviointipalautteen, ympäristön muutosten tai reflektoinnin perusteella. Oman osaamisensa arvioinnissa sairaanhoitajalta edellytetään rohkeutta, koska siihen liittyy myös uskallus osoittaa oma tietämättömyytensä. (Nousiainen 1998.)

Ennen kuin organisaatiossa olevaa näkyvää ja näkymätöntä osaamista voidaan hyödyntää kokonaisvaltaisesti, on tärkeää perusteellisesti selvittää, mitä osaamista tulevaisuudessa tarvitaan ja millaista organisaatiossa jo oleva osaaminen on (Hätönen 2003). Kehitystarve määritellään useimmiten kahden kriteerin perusteella, jotka ovat henkilöstön halu ja motivaatio kehittyä tehtävässään sekä yrityksen uuden osaamisen tarve (Hätönen 2000).

Mikään ala ei kehity ilman toiminnan jatkuvaa arviointia ja alalta tuotetun uuden tiedon seuranta ja sen hyödyntämistä käytäntöön (Lauri & Elomaa 1999). Arviointi on osaamisen kehittämisen peruskiviä. Sen avulla tuotetaan tietoa, joka ohjaa kehittämistavoitteiden asettamista. Arviointi tuottaa tietoa siitä, missä ollaan ja mihin ollaan menossa. Yksi osaamisen arviointi on itse arviointia, jolloin henkilö itse arvioi omaa osaamistaan. Itse arviointi tuottaa intuitiivista tietoa henkilön omasta selviytymisestä. (Jalava, Palonen, Keskinen & Konttinen 1999, 62-64.)

Osaamiskartoituksen keskeisenä vaiheena on selvittää työntekijöiden nykyosaaminen suhteessa laadittuun tavoiteosaamiseen (Hätönen 2000; Meretoja ym. 2009). Osaamiskartoitus on yksi osa kokonaisvaltaista henkilöstön kehittämistä. Sitä voidaan käyttää tukemaan työntekijöiden kehittämistä sekä yrityksessä piilevän osaamispotentiaalin tunnistamista. Osaamisen kartoittaminen vaikuttaa työntekijän motivaatioon, tietojen ja taitojen kehittymiseen sekä hänen urakehitykseensä. ( Berglund 2008. ) Osaamiskartoitusten avulla pystytään saavuttamaan sellaista tietoa ja näkemystä, jonka tuloksena esim. koulutukseen hakeutuminen perustuu enemmän perusteltuihin tarpeisiin kuin pelkkiin toiveisiin. Osaamiskartoituksen käyttö tuo

enemmän jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta koulutuksiin ja antaa tietoa perehdytykseen liittyvistä puutteista. (Hakola 2009.)

Benner ym. (1999) pitävät muutaman vuoden työkokemuksen omaavia sairaanhoitajia voimavarana organisaation kehittymisen kannalta. Heidän mukaan järjestetyt tapaamiset hoitotyön johtajien, lääkäreiden ja erilaisten työryhmien kanssa voivat auttaa hoitoyhteisöä käsittelemään potilashoidon keskeistä funktiota. Tuomi (2008) nostaa esiin merkittävämpänä sairaanhoitajien oman ammattitaidon kehittämisen menetelmänä koulutukset ja ammattikirjallisuuden. Kehittämishankkeisiin osallistumista ei sairaanhoitajat Tuomen (2008) tutkimuksen mukaan juurikaan pitänyt tärkeänä oman ammatillisen osaamisen kehittämisen keinona. Sitä vastoin työyhteisöjen kehittymisen kannalta on merkittävää, että sairaanhoitajien kehittämis- ja kehittämisosaamiseen kiinnitetään huomiota urasuunnittelun ja kehityskeskusteluiden yhteydessä.

Hilden (1999, 175) mukaan sairaanhoitajat ylläpitävät ja kehittävät omaa ammatillista pätevyyttään muun muassa lukemalla alan kirjallisuutta, osallistumalla koulutuksiin ja työnohjaukseen sekä käymällä kehityskeskusteluja esimiestensä kanssa. Oman ammatillisen pätevyyden ylläpitoon ja kehittämiseen motivoivat muun muassa työstä saatu palaute, halu olla hyvä sairaanhoitaja ja työn tuomat uudet haasteet.

Hätönen (2000) mukaan suunnitelmallinen henkilöstön kehittäminen takaa sen, että yrityksellä on oikeita henkilöitä oikeissa paikoissa oikeaan aikaan ja että heillä on oikeita taitoja, tietoja ja valmiuksia tehdä sitä työtä, joka on tarkoituksenmukaista. Tuomi (2008) on tutkinut sairaanhoitajien ammatillista osaamista lasten hoitotyössä ja hän nostaa väitöskirjassaan esiin kuinka hoitotyön johtajien odotukset sairaanhoitajien osaamistasoista olivat erilaiset kuin sairaanhoitajien, erityisesti kehittämisosaamisen kohdalla. Sairaanhoitajilta odotettiin hyvää ammatillista osaamista ja motivaation odotettiin olevan erityisen hyvä uusilla sairaanhoitajilla. Sairaanhoitajat itse arvioivat tutkimuksessa oman osaamisensa selkeästi paremmaksi kuin johtajat. Tästä syystä Tuomi (2008) tuo esiin, että ammatillisen ja työyhteisön kehittämisen kannalta osaamisen arviointia kannattaa tehdä sekä hoitotyön johtajien että sairaanhoitajien näkökulmasta. Osaamista tuleekin tarkastella suhteessa toiminnan tavoitteisiin.

### 3. Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirurgisella poliklinikalla ja vuodeosastolla sekä leikkausosastolla työskentelevän sairaanhoitajan ammattipätevyyttä ja osaamisen tasoa suhteessa määritettyyn tavoitetasoon NCS-mittaria (Meretoja 2003) käyttäen. Tavoitteena on tunnistaa osaamisen kehittämiskohteita ja tuottaa tietoa mahdollisista koulutustarpeista työyksiköihin.

Opinnäytetyön tarkoitukseen pyritään tuottamalla vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaiseksi asiantuntijat asettavat sairaanhoitajien tavoitetason kirurgisella poliklinikalla, leikkausosastolla ja kirurgisella vuodeosastolla?
2. Millaiseksi sairaanhoitajat kirurgisella poliklinikalla, leikkausosastolla ja kirurgisella vuodeosastolla arvioivat oman ammatillisen osaamisen?

#### 4. Opinnäytetyön empiirinen toteutus

##### 4.1 Lohjan sairaalan kirurgiset hoitoympäristöt tutkimusympäristöinä

Hus Lohjan sairaalan kirurgisen hoitotyön hoitoympäristöt koostuvat kirurgisesta ja ortopedisestä poliklinikasta, leikkausosastosta ja kirurgisesta vuodeosastosta.

Kirurginen ja ortopedinen poliklinikka jakaantuu ajanvaraus- ja päivystyspoliklinikoihin. Hus Lohjan sairaalan ajanvarauspoliklinikalla työskentelee 13 sairaanhoitajaa sekä 1 osastonhoitaja, joka osallistuu kliiniseen hoitotyöhön tarpeen mukaan. Ajanvarauspoliklinikalle potilaat tulevat terveyskeskuksen tai yksityislääkärin läheteellä. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan sairaanhoitajien ammattipätevyyttä nimenomaan ajanvarauspoliklinikoilla, jotka on jaettu suppeiden erikoisalojen mukaan ortopedian-, urologian-, gastroenterologian, verisuoni- ja yleiskirurgian poliklinikoihin sekä korva-nenä- ja kurkkutautien poliklinikkaan.

Potilaiden hoitolinjat arvioidaan poliklinikalla kliinisten ja radiologisten tutkimusten perusteella, ja osa potilaista ohjataan leikkausjonoon leikkaushoitoa odottamaan. Kiireellisen hoidon tarpeessa olevat potilaat voidaan ottaa suoraan poliklinikalta vuodeosastolle. Osa palaa hoito-ohjeiden kera ei-operatiiviseen hoitoon lähettävään yksikköön, joko terveyskeskukseen tai yksityispuolelle. Kirurgian poliklinikkakäynnillä voidaan tehdä myös pieniä toimenpiteitä. (Ukkola ym. 2001, 16.) Hus Lohjan sairaalan kirurgisella poliklinikalla kirjataan vuositasona noin 1250 hoitokäyntiä ja 750 hoitopuhelua.

Ajanvarauspoliklinikalla hoitajan tehtäviin kuuluu huolehtia ajanvarauksista, suorittaa mahdollisten toimenpiteiden esivalmisteluja ja avustaa lääkäreitä pienissä toimenpiteissä. Hyvin hoidettu ja organisoitu poliklinikka mahdollistaa vuodeosaston tehokkaan käyttöasteen tutkimalla potilaat mahdollisimman pitkälle ennen osastohoitojaksoa (Ukkola ym. 2001, 17).

Lisäksi Hus Lohjan sairaalassa toimii yksi osteoporoosihoitaja, jonka osallistuu kirurgisen potilaan hoitoprosessiin tapaamalla lähes poikkeuksetta murtumapotilaita.

Leikkausosasto on kaiken kirurgisen toiminnan keskus. Hus Lohjan sairaalan leikkausosastolla eri erikoisalojen leikkaustiimit ovat yhteisiä, jolloin hoitajien on omaksuttava kaikkien kirurgian alojen erikoislaitteiden käyttö ja erilaisten leikkausten välinevaatimukset niin kirurgian kuin anestesiankin puolella. Leikkausosastolle tulevan potilaan hoito on jo etukäteen suunniteltu. Hyvä poliklinikka- ja leikkausjono järjestelmä syöttää tehokkaasti ja tasaisesti potilaita leikkauksiin. Hus Lohjan sairaalassa on kehitelty viime vuosina Leiko -toimintaa, jossa potilaat tulevat leikkauspäivän aamuna kotoa suoraan leikkausosastolle ja vasta leikkauksen jälkeen

siirtyvät vuodeosastolle. Edeltävästi leiko hoitaja on käynyt potilaan kanssa läpi leikkaukseen liittyvät esivalmistelut haastatteluineen, leikkauskelpoisuus arviointineen ja mahdollisten lisätutkimusten suunnitteluiden osalta yhdessä anestesia- ja leikkaavanlääkärin kanssa. Myös joustavuus on leikkaussalioyöskentelyssä erityisen tärkeässä roolissa, sillä elektiivisten, suunniteltujen leikkausten väliin joudutaan ottamaan usein päivystyspotilaita. ( Ukkola ym. 2001. )

Kirurgisten tekniikoiden ja anestesiamenetelmien kehitys on mahdollistanut leikkausten suorittamisen myös päiväkirurgisesti ja päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus leikkauspotilaista kasvaakin koko ajan. Hus Lohjan sairaalassa leikataan noin 3000 päiväkirurgista potilasta vuodessa, mikä on noin puolet kaikista leikatuista potilaista.

Hus Lohjan sairaalan leikkausosastolla työskentelee 42 sairaanhoitajaa sekä 2 apulaisosastonhoitajaa, jotka osallistuvat myös kliiniseen hoitotyöhön. Lisäksi toiminnasta vastaa 2 osastonhoitajaa, jotka eivät tee kliinistä hoitotyötä. Vuositasolla Hus Lohjan sairaalan leikkausosastolla kirjataan potilaskäyntejä noin 3000 lyhyt- tai normaalikirurgiassa sekä noin 3000 päiväkirurgista potilasta yhteensä vuositasolla siis lähes 6000 potilasta.

HUS Lohjan sairaalan kirurginen vuodeosasto on 63 paikkainen vuodeosasto. Vuodeosasto on jaettu A ja B puoleen. B:llä hoidetaan ortopedisiä ja traumatologisia potilaita. A:lla pehmytkirurgisia, gastroenterologisia, urologisia sekä korva-, nenä- ja kurkkutautipotilaita. Lisäksi osastolla hoidetaan kirurgisia infektio- ja syöpäpotilaita sekä syöpää sairastavia potilaita komplikaatioineen. Kirurgian vuodeosastolle saapuvista potilaista tulee 55 % läheteellä suunnitellusti leikkausjonosta kutsuttuna ja noin 45 % tulee vuodeosastolle ensiapupoliklinikan kautta.

Osastolla työskentelee 42 sairaanhoitajaa sekä 2 apulaisosastonhoitajaa, jotka myös osallistuvat kliiniseen potilastyöhön. Osaston monialaisuuden vuoksi sairaanhoitajilta vaaditaan vankkaa ammattitaitoa laaja-alaisesti koko kirurgian toimialalta, sillä kaikilla sairaanhoitajilla on velvollisuus ammattitaitoa ylläpitääkseen kiittää määrääjain sekä A että B puolella. Toiminnasta vastaa 1 osastonhoitaja, joka ei osallistu kliiniseen potilastyöhön

Vuodeosaston työtä ohjaavia arvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen, tasa-arvo ja itsemääräämisoikeus. Hoitotyön tärkeänä periaatteena on hoidon yksilöllisyys jonka toteuttamistapana on yksilövastuullinen hoitotyö. Tavoitteena on edistää ja tukea potilaan terveyttä ja hyvää elämänlaatua. (Salminen 2011.)

## 4.2 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäinen aineisto kerättiin kirurgisen hoitotyön asiantuntijaryhmältä ja toinen aineisto kirurgiseen hoitotyöhön osallistuvilta sairaanhoitajilta. Ennen aineistonkeruun aloittamista päätettiin koota kirurgisen hoitotyön asiantuntijaryhmä, jonka jäsenet edustavat kirurgisen hoitotyön, lääketieteen ja johtamisen asiantuntijuutta. Ryhmän jäseniksi valittiin kirurgisen poliklinikan osastonhoitaja ja kokenut sairaanhoitaja, leikkausosaston osastonhoitaja ja kaksi kokenutta sairaanhoitajaa sekä kirurgisen vuodeosaston osastonhoitaja ja kaksi kokenutta sairaanhoitajaa. Lisäksi asiantuntijaryhmässä oli mukana yksi erikoislääkäri ja ylihoitaja. Asiantuntijaryhmän valinnan teki henkilöstöpäällikkö Liisa Astala. Ryhmään valitut sairaanhoitajat ovat kokeneita ja taitavia hoitajia, joilla on kirurgisen hoitotyön osaamista ja jotka hallitsevat kirurgisen hoitotyön tietoperustan (Meretoja 2003). Asiantuntijaryhmän jäseniltä edellytettiin myös tulevaisuusorientoitumista ja vankkaa kokemusta edustamastaan ammattialasta ja työyksiköstä, kuten Metsämuuronen (2005) tutkimuksessaan nostaa esiin. Opinnäytetyön aineistonkeruun ensimmäisessä vaiheessa asiantuntijaryhmän jokainen henkilö täytti sähköpostitse lähetettävän kyselyn, jossa he määrittivät halutun tason sairaanhoitajien osaamiselle sähköisellä NCS- mittarilla (Meretoja 2003). Asiantuntija-arvioiteja lähetettiin sähköpostitse yhteensä 13 kappaletta 5.5.2011 ja vastausaikaa oli 20.6.2011 asti. Lomakkeita palautui määräaikaan mennessä asiantuntijaryhmältä 8 kappaletta (53 %).

Toisessa vaiheessa sairaanhoitajat kirurgiselta poliklinikalta, leikkausosastolta ja kirurgiselta vuodeosastolta arvioivat omaa ammattipätevyyttä. Ammattipätevyyttä mitattaessa käytettiin apuna NCS-mittaria (Meretoja 2003), jolloin jokainen sairaanhoitaja täytti itse sähköisen kyselylomakkeen. Sähköinen kysely lähetettiin kaikille sairaanhoitajille, joilla oli vähintään 3 kuukauden työkokemus ja työuraa jäljellä yli 6 kuukautta. Itsearviointilomakkeita lähetettiin sähköpostitse yhteensä 97 kappaletta 5.5.2011. Leikkausosastolle 44 kappaletta, kirurgiselle vuodeosastolle 38 kappaletta ja kirurgiselle poliklinikalle yhteensä 15 kappaletta. Vastausaikaa oli 20.6.2011 asti. Lomakkeita palautui leikkausosastolta 15 kappaletta ( 34 % ), kirurgiselta vuodeosastolta 25 kappaletta ( 66% ), kirurgiselta poliklinikalta 8 kappaletta ( 53 %)

Tuloksia raportoitaessa kuvataan asiantuntijaryhmän määrittämää tavoitetasoa samanaikaisesti sairaanhoitajien omaan arvioon osaamisestaan vertailtavuuden vuoksi ja näin saadaan selville osaamisen taso suhteessa määritettyyn tavoitetasoon hyvin havainnollistettua.

### 4.3 NCS- mittarin esittely

Meretoja (2003) on kehittänyt väitöstutkimuksessaan mittarin sairaanhoitajien ammattipätevyyden arviointiin (NCS - mittari). Mittari pohjautuu sekä itse arviointiin, että esimiesarviointiin. NCS- mittari koostuu 73 erilaisesta muuttujasta, jotka rakentuvat auttamisen, opettamisen-ohjaamisen, tarkkailutehtävän, tilanteiden hallinnan, hoitotoimien hallinnan, laadunvarmistuksen ja työroolin kategorioihin eli seitsemään ammattipätevyyttä kuvaavaan summa- muuttujaan. Mittari perustuu Bennerin (1984) luomalle ammattipätevyyden viitekehyselle.

Arviointi tapahtuu visuaalis-analogisella asteikolla (VAS) 0-100, jossa 0-25 merkitsee toiminnan matalaa pätevyyttä, VAS 26-50 melko hyvää pätevyyttä, VAS 51- 75 hyvää pätevyyttä ja VAS 76-100 erittäin hyvää pätevyyttä. Taustatekijöihin kuuluvat vastaajan ikä, koulutus, työssäoloaika ja työympäristö. ( Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi 2004a. ) Alkuperäisessä mittarissa oli mukana myös toiminnon tiheyttä ja soveltuvuutta työhön kuvaava neliportainen asteikko, jossa 0 merkitsee, ettei kyseinen toiminto ole sovellettavissa työhön ja 3 merkitsee, että toiminto esiintyy työssä usein. Tässä opinnäytetyössä toiminnon tiheys jätettiin kokonaan pois.

NCS- mittaria on käytetty Hus Hyksissä 2004-2006 sairaanhoitajien osaamiskartoituksissa 81 työyksikössä. Mittarin herkkyyttä erotella sairaanhoitajan osaamista erilaisissa toimintaympäristöissä on tutkittu erilaisissa erikoissairaanhoidon Meretoja ym. (2004b), Heikkilä ym. (2007), Mäkipeura ym. (2007), Silvennoinen (2007), Hamström (2009) ja perusterveydenhuollon toimintaympäristöissä Blek-Vehkaluoto (2006), Lahti (2006), Kollin- Mänttari & Vuollo (2007). NCS- mittaria käytetään jatkuvasti tutkimusinstrumenttina lukuisissa kansainvälisissä tutkimushankkeissa.

### 4.4 Aineiston analyysi

Tilastollinen analyysi tehtiin käyttäen Digium Enterprise ohjelmaa. Ohjelman avulla kyselylomake muokattiin sähköiseen muotoon ja raakamatriisin keräsin excel- taulukkoon. Taulukon avulla pystyi helposti laskemaan kunkin kategorian vastausten keskiarvon ja piirtämään havainnollistavat kuvat tekstin tueksi.

Taustamuuttujat numeroin 2-5 sen mukaan onko vastaajalla millainen koulutustausta. Ikäryhmät jaoin 1-5 aivan kuten alkuperäisessä Meretojan ( 2003) tutkimuksessa on jaettuna samoin työkokemuksikä. Työsuhteen muoto oli jaettuna kahteen ryhmään. Kyselylomakkeen kategorioissa vastaajat liikkuvat janaa muuttujien kohdalla 0-100 välillä, miten päteväksi itsensä

arvioivat kyseisten muuttujien kohdalla. Näin excel-tiluktoon nostin kyseisen luvun, johon jana vastaajan kohdalla pysähtyi. Muuttujien kohdalla keskiarvoista nousi toiminnan pätevyys kyseisessä toimintaympäristössä.

## 5. Opinnäytetyöntulokset

Opinnäytetyön tulokset esitetään yhdessä asiantuntijaryhmän asettamien tavoitetasojen kanssa vertailtavuuden vuoksi.

### 5.1 Opinnäytetyöhän vastanneiden taustatiedot

Kirurgisella poliklinikalla itsearviointin teki 8 sairaanhoitajaa, joista 2 oli sairaanhoitajaa, 4 erikoissairaanhoitajaa, 2 sairaanhoitajaa AMK tutkinnon suorittanutta. Kaikki vastanneet olivat vakinaisessa työsuhteessa olevia naisia.

Leikkausosastolla itsearviointin teki 15 sairaanhoitajaa, joista 6 oli sairaanhoitajaa, 6 erikoissairaanhoitajaa ja 6 sairaanhoitaja AMK tutkinnon suorittanutta. Kaksi vastanneista kuului ammattinimikkeen apulaisosastonhoitaja alle. Osa vastaajista oli merkinnyt kaksi ammattitutkintoa. Vakituudessa työsuhteessa leikkausosastolla oli 86,67% vastanneista. Kaikki vastanneet olivat naisia.

Kirurgisella vuodeosastolla itsearviointin teki 23 sairaanhoitajaa, joista 14 oli sairaanhoitajaa, 10 erikoissairaanhoitajaa ja 5 sairaanhoitaja AMK tutkinnon suorittaneita. alle. Osa vastaajista oli merkinnyt kaksi ammattitutkintoa. Kaikki vastanneet olivat vakinaisessa työsuhteessa olevia naisia.

Alla olevassa taulukossa ( taulukko 1 ) havainnollistettuna itsearviointiin osallistuneiden sairaanhoitajien ikä.

Ikä vuosina	Kirurginen poliklinikka	Leikkausosasto	Kirurginen vuodeosasto
20-25 vuotta	0 %	13,33 %	4 %
26-29 vuotta	0 %	0 %	4 %
30-39 vuotta	25 %	26,67 %	24 %
40-49 vuotta	50 %	33,33 %	32 %
yli 50 vuotiaita	25 %	26,67 %	36 %

Taulukko 1: Vastanneiden sairaanhoitajien ikärakanne

Alla olevassa taulukossa ( taulukko 2 ) itsearvointiin osallistuneiden sairaanhoitajien työkokemusvuodet

Työkokemusvuodet	Kirurginen poliklinikka	Leikkausosasto	Kirurginen vuodeosasto
alle 1 vuotta	0 %	6,67 %	4 %
1-3 vuotta	62,5 %	46,67 %	0 %
4-9 vuotta	25 %	13,33 %	16 %
10-15 vuotta	12,5 %	6,67 %	16 %
yli 15 vuotta	0 %	26,67 %	64 %

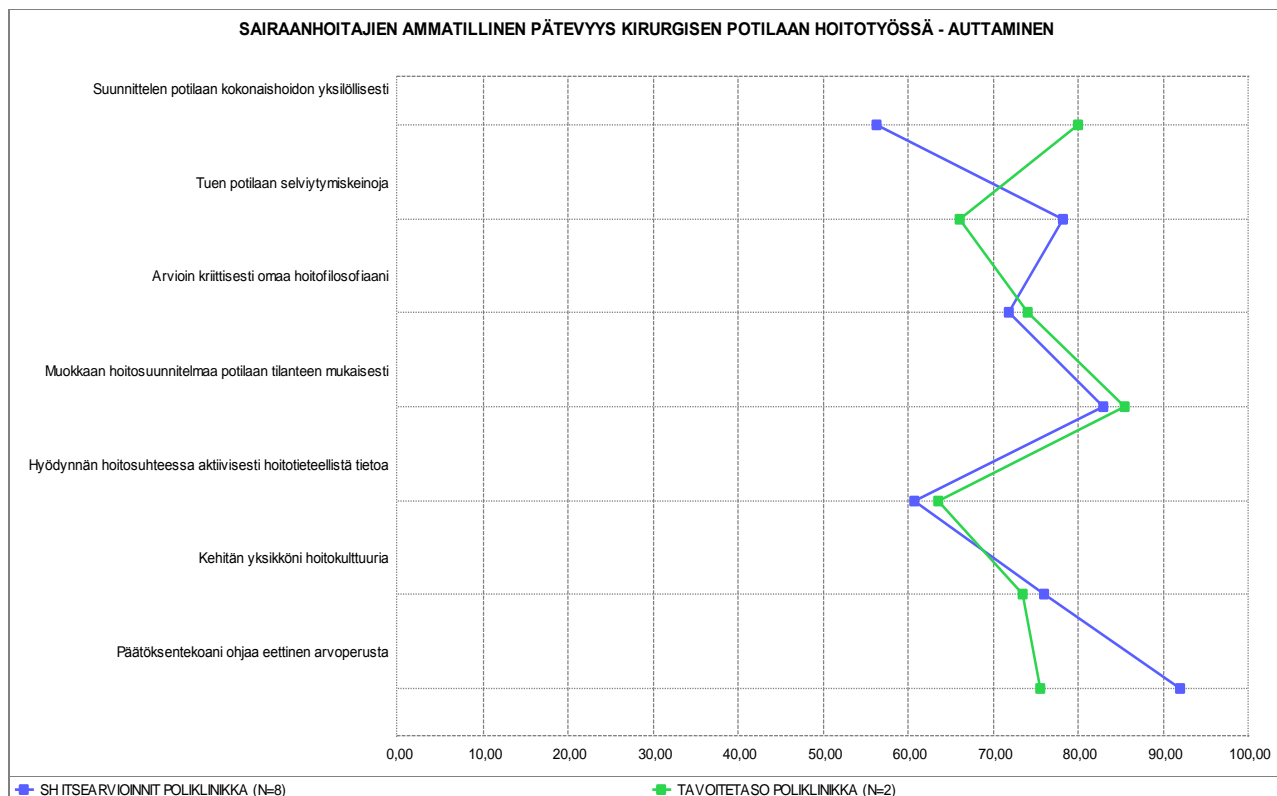
Taulukko 2: Vastanneiden sairaanhoitajien työkokemusvuodet

## 5.2 Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys kirurgisella poliklinikalla

### 5.2.1 Auttaminen

Kirurgisen poliklinikan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa auttamisen kategoriassa hyväksi (VAS 74), joka oli täsmälleen sama, kuin asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso.

Kategorian sisällä kahden muuttujan välillä oli eroa sairaanhoitajien itse arvioinnin ja asiantuntijaryhmän asettaman tavoitetason välillä. Nämä kategorian sisällä olevat muuttujat olivat potilaan kokonaishoidon yksilöllinen suunnittelu, jossa muuttujan kohdalla asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi erittäin hyvän (VAS 80) sairaanhoitajien itse arvioidessa oman osaamisensa hyväksi (VAS 56,25). Toinen muuttuja koski päätöksentekoa, jota ohjaa eettinen arvoperusta. Asiantuntijaryhmä asetti tavoitteen tasolle hyvä (VAS 75.5), mutta sairaanhoitajat itse arvioivat oman osaamisensa tasolle erittäin hyvä (VAS 92).

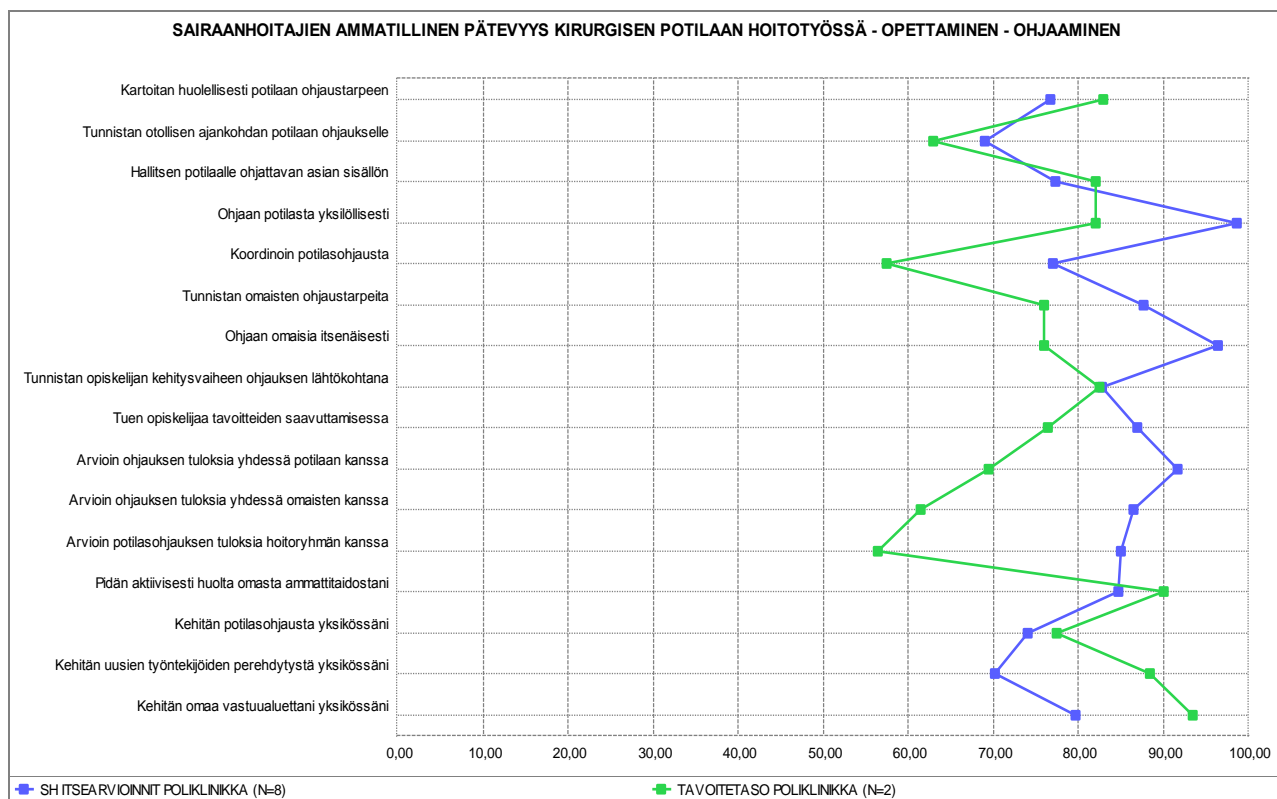


Kuvio 1: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso auttamisen kategoriassa.

### 5.2.2 Opettaminen

Kirurgisen poliklinikan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa opettamisen kategoriassa erittäin hyväksi (VAS 81,20), kun asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi hyvän (VAS 75,97).

Kategorian sisällä kaikki kehittämiseen liittyvät muuttujat jäivät sairaanhoitajien omassa arvioinneissa alle arviointiryhmän asettaman tavoitetason.



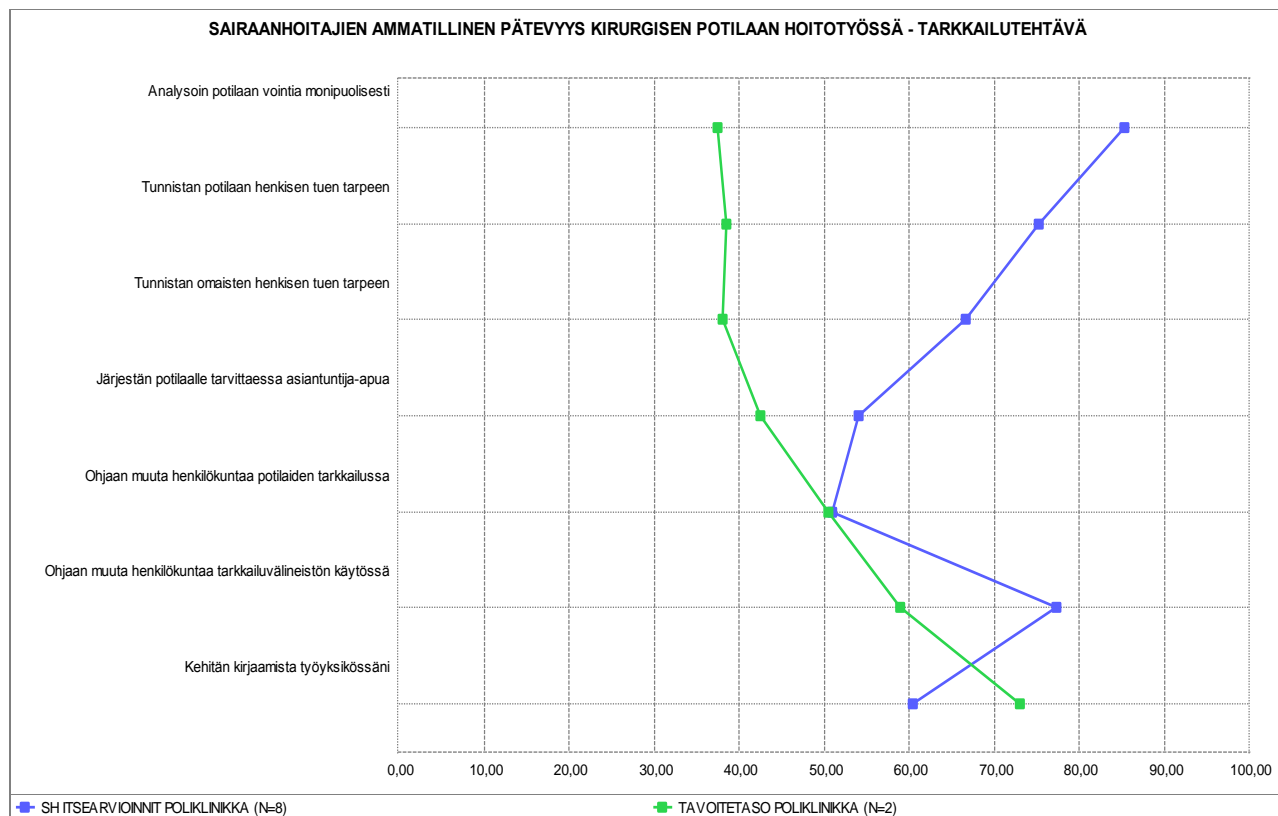
Kuvio 2: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso opettamisen ja ohjaamisen kategoriassa.

### 5.2.3 Tarkkailutehtävät

Kirurgisen poliklinikan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa tarkkailutehtävien kategoriassa hyväksi (VAS 67,48), kun asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi vain melko hyvän (VAS 48,43).

Kategorian sisällä potilaan voinnin monipuolisen analysoinnin tavoitetasoksi asiantuntijaryhmä asetti vain melko hyvän (VAS 37,50). Sairaanhoitajat itse arvioivat oman osaamisensa muuttujan kohdalla erittäin hyväksi (VAS 85,40). Potilaan ja omaisen henkisen tuen tunnistamisessa tavoitetaso oli asetettu myös alemmaksi kuin sairaanhoitajat itse kokivat osaavansa. Tavoitetaso oli melko hyvä, mutta sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa tasolle hyvä.

Vain kirjaamisen kehittämisessä tavoitetaso oli asetettu hieman korkeammaksi, kuin mitä sairaanhoitajat itse kokivat osaavansa.

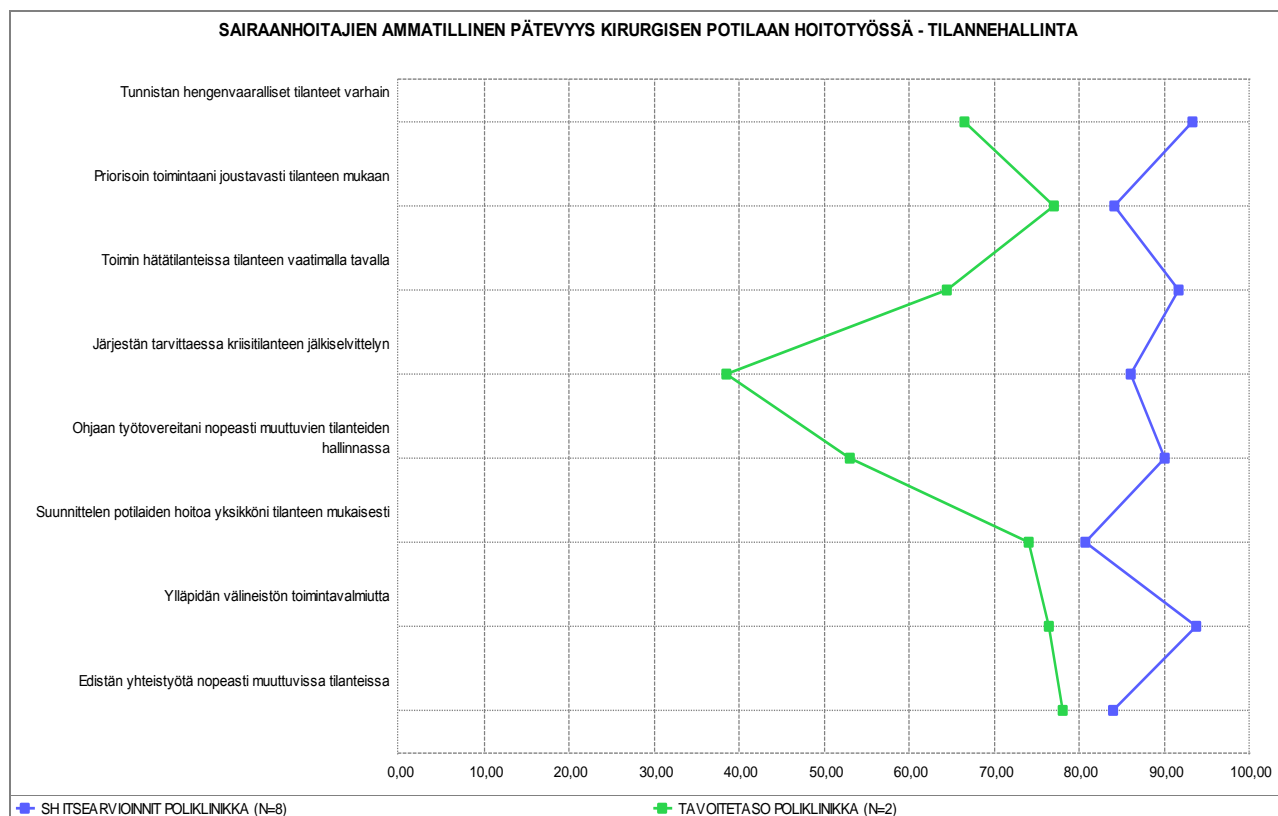


Kuvio 3: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tarkkailutehtävien kategoriassa.

### 5.2.4 Tilannehallinta

Kirurgisen poliklinikan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa tilannehallinnan kategoriassa erittäin hyväksi (VAS 87,71), kun asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi hyvän (VAS 66).

Kategorian sisällä muuttujan hengenvaarallisten tilanteiden varhaisessa tunnistamisessa sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa tasolle erittäin hyvä (VAS 93,33), kun asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi hyvän (66,5). Suurin ero asiantuntijaryhmän ja sairaanhoitajien oman arvioinnin osalta tuli muuttujan järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn. Asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi tason melko hyvä, mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa erittäin hyväksi.

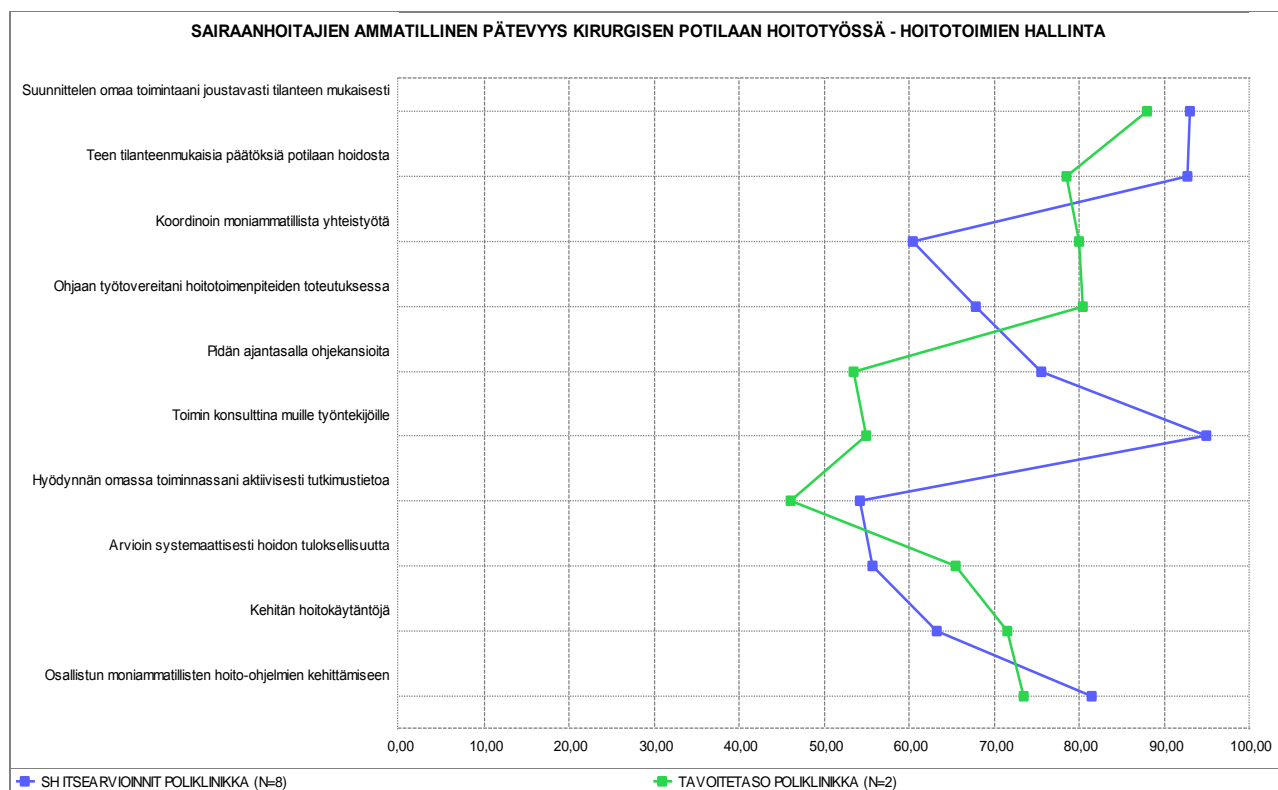


Kuvio 4: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tilannehallinnan kategoriassa.

### 5.2.5 Hoitotoimien hallinta

Kirurgisen poliklinikan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa hoitotoimien hallinnan kategoriassa hyväksi (VAS 72,4), samoin minkä asiantuntijaryhmä oli asettanut tavoitteeksi (VAS 69,2).

Kategorian sisällä olevat eroavaisuudet asiantuntijaryhmän ja sairaanhoitajien välillä tulivat muuttujan, toimin konsulttina muille työntekijöille ja kehittämiseen ja koordinointiin liittyvien muuttujien kohdalla. Sairaanhoitajat itse arvioivat osaavansa toimia konsulttina muille työntekijöille paremmin, kuin mihin asiantuntijaryhmä oli tavoitteen asettanut. Asiantuntijaryhmä taas oli asettanut tavoitteen korkeammaksi kehittämiseen liittyvien muuttujien kohdalla, kuin mitä sairaanhoitajat kokivat osaavansa.

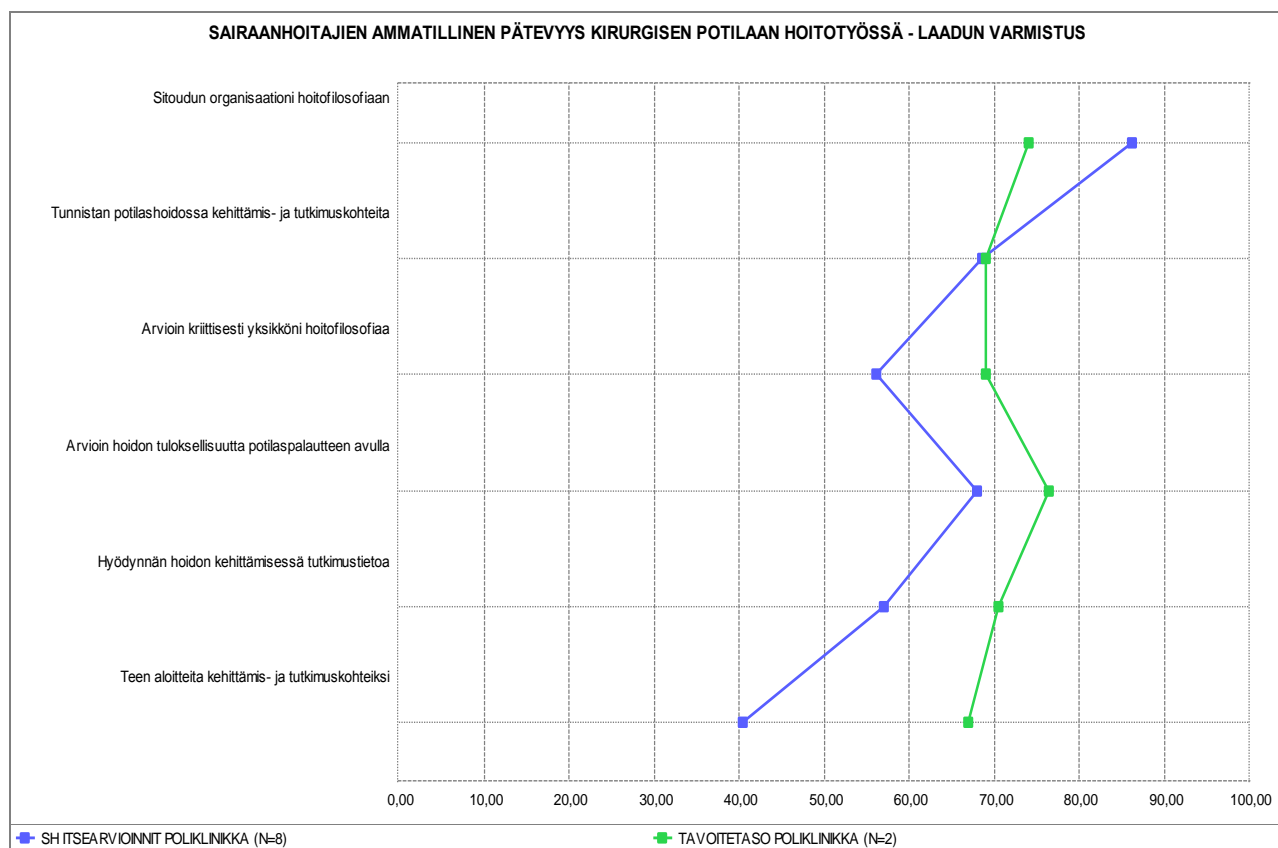


Kuvio 5: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso hoitotoimien hallinnan kategoriassa.

### 5.2.6 Laadun varmistus

Kirurgisen poliklinikan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa laadun varmistuksen kategoriassa hyväksi (VAS 63,75), samoin minkä asiantuntijaryhmä oli asettanut tavoitteeksi (VAS 71,0).

Kategorian ainoa muuttuja, jonka sairaanhoitajat itse arvioivat osaavansa paremmin, kuin minkä asiantuntijaryhmä oletti, oli sitoutuminen organisaation hoitofilosofiaan. Suurin eroavaisuus kategorian sisällä oli muuttujan, teen aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi, tämän muuttujan kohdalla asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi hyvän (VAS 67), mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa melko hyväksi (VAS 40,5).

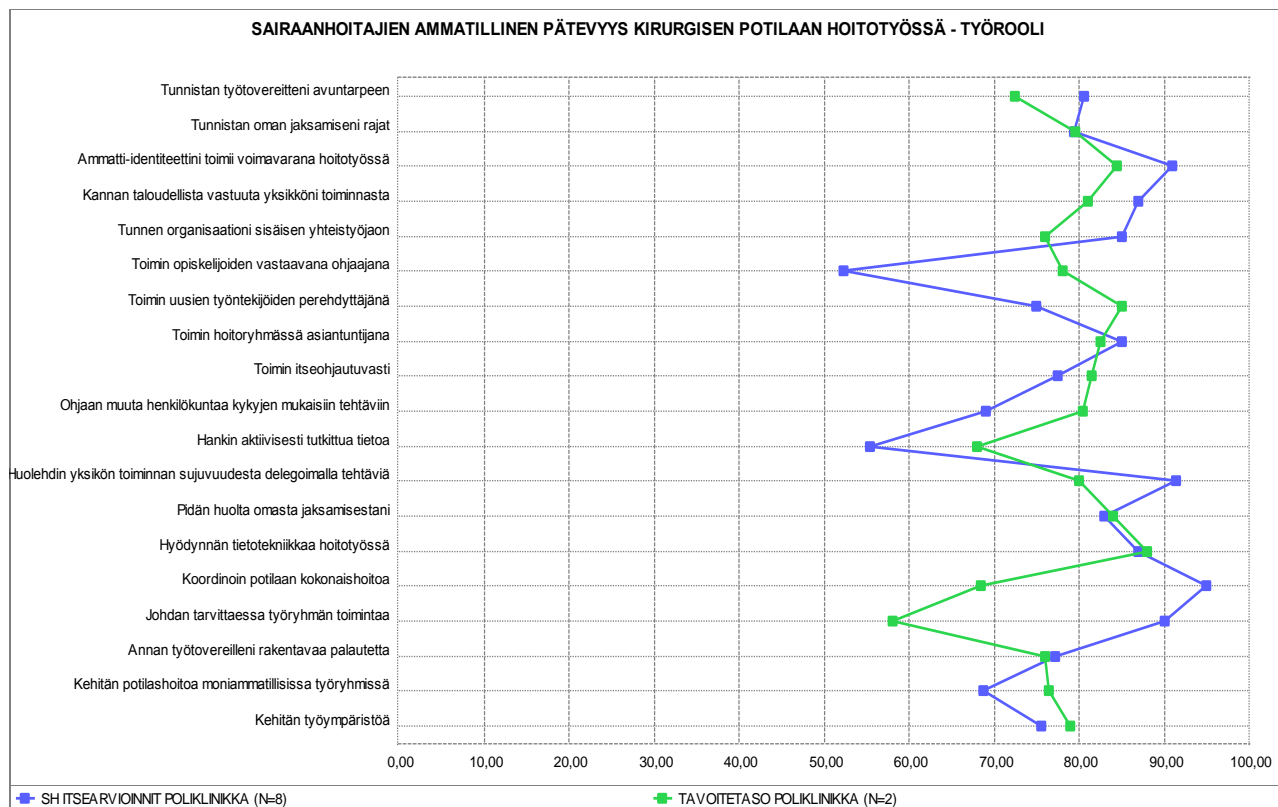


Kuvio 6: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso laadunvarmistuksen kategoriassa.

### 5.2.7 Työrooli

kirurgisen poliklinikan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa työroolin kategoriassa erittäin hyväksi VAS (78,88) saman, jonka asiantuntijaryhmä oli asettanut tavoitteeksi (VAS 77,0).

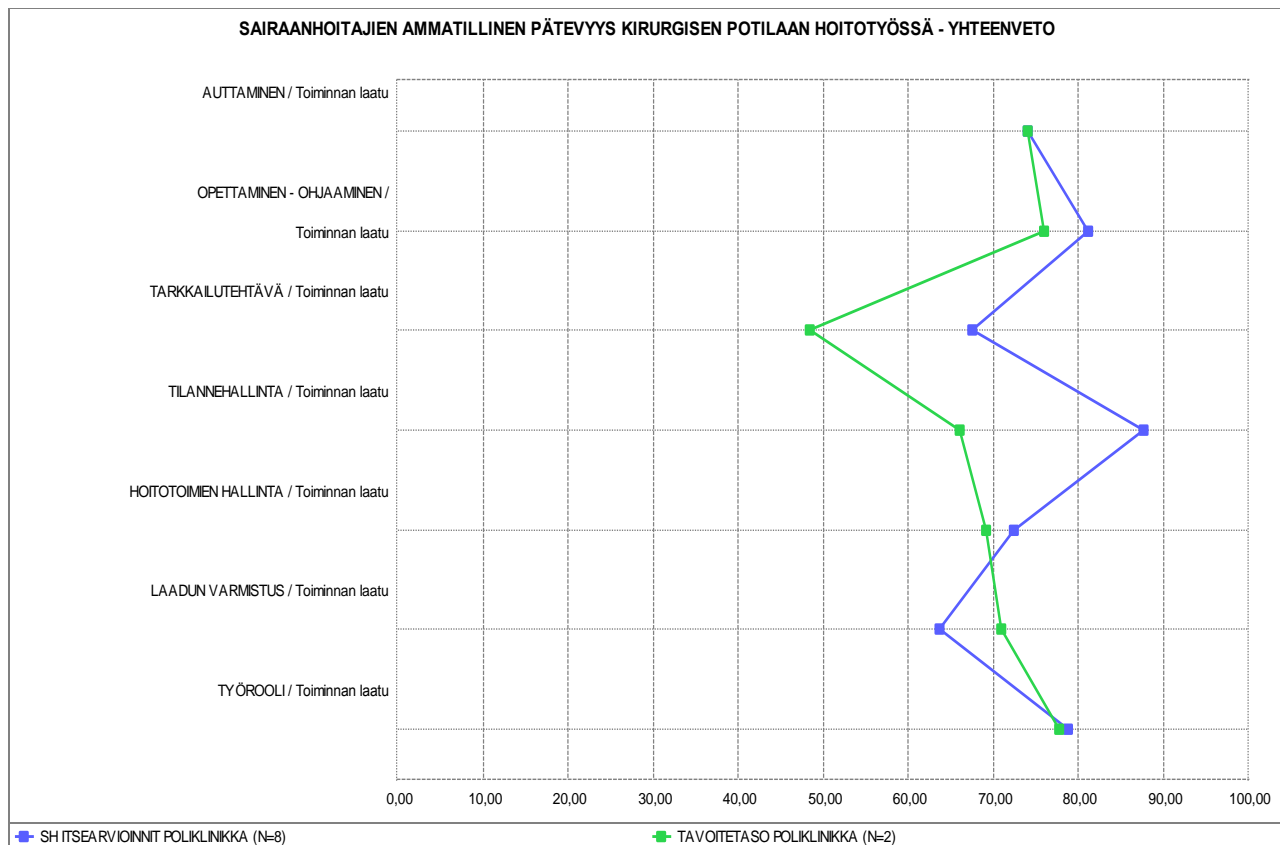
Kolmea muuttuja lukuun ottamatta asiantuntijaryhmän tavoitetaso vastasi sitä mitä sairaanhoitajat itse kokivat osaavansa. Opiskelijoiden vastaavana ohjaajana toimimisen tavoitetaso oli VAS 78, kun sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa VAS 52,33. Kahden muun eroavaisuuden kohdalla sairaanhoitajat itse arvioivat oman osaamisensa paremmaksi, kuin miksi asiantuntijaryhmä oli tavoitetason asettanut. Nämä muuttujat koskivat potillaan kokonaishoidon koordinoitua ja työryhmän toiminnan johtamista tarvittaessa.



Kuvio 7: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso työroolin kategoriassa.

### 5.2.8 Kirurgisen poliklinikan sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen yhteenveto kategorioit- tain

Kirurgisella poliklinikalla sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa paremmaksi kuin asian-  
tuntijaryhmä yhtä kategoriata lukuun ottamatta, tämä kategoriata koski laadun varmistusta.



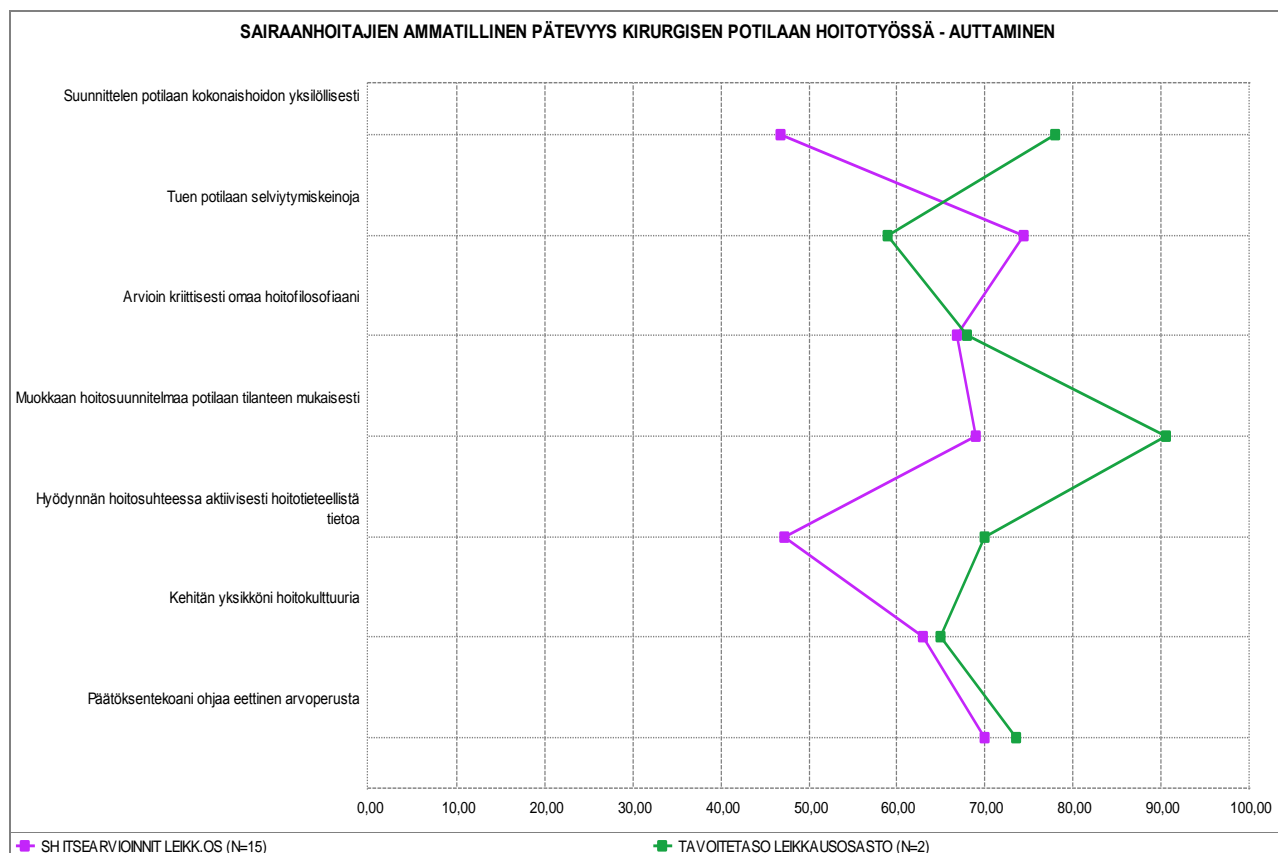
Kuvio 8: Yhteenveto kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointista ja asetetusta ta-  
voitetasosta kategorioittain.

### 5.3 Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys leikkausosastolla

#### 5.3.1 Auttaminen

Leikkausosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa auttamisen kategoriassa hyväksi, (VAS 62,52) tavoitetason ollessa myös hyvä (VAS 72). Tuloksia tarkasteltaessa kahden muuttujan kohdalla sairaanhoitajat itse arvioivat oman osaamisensa melko hyväksi, kun tavoitetason arviointiryhmä oli asettanut erittäin hyväksi tai hyväksi. Toinen muuttuja koski potilaan kokonaisuhoiton yksilöllistä suunnittelua, jossa sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa melko hyväksi (VAS 46,71), kun asiantuntijaryhmä oli asettanut osaamisen tavoitetasoksi jopa erittäin hyvän (VAS 78). Toinen kategorian muuttuja koski aktiivisesti hoitotieteellisen tiedon käyttöä hoitosuhteessa. Sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa melko hyväksi (VAS 47,15), kun tavoitetaso osaamiselle oli asetettu hyväksi (VAS 70).

Hoitosuunnitelmien muokkaamista arvioidessa tavoitetaso oli asetettu erittäin hyväksi (VAS 90,5). Sairaanhoitajat itse arvioivat kuitenkin osaamisensa vain hyväksi (VAS 68,92). Sairaanhoitajat itse arvioivat taasen oman osaamisensa potilaan selviytymiskeinojen tukijana paremmaksi VAS 74,43, kuin asiantuntijaryhmä, joka oli asettanut tavoitteeksi VAS 59.

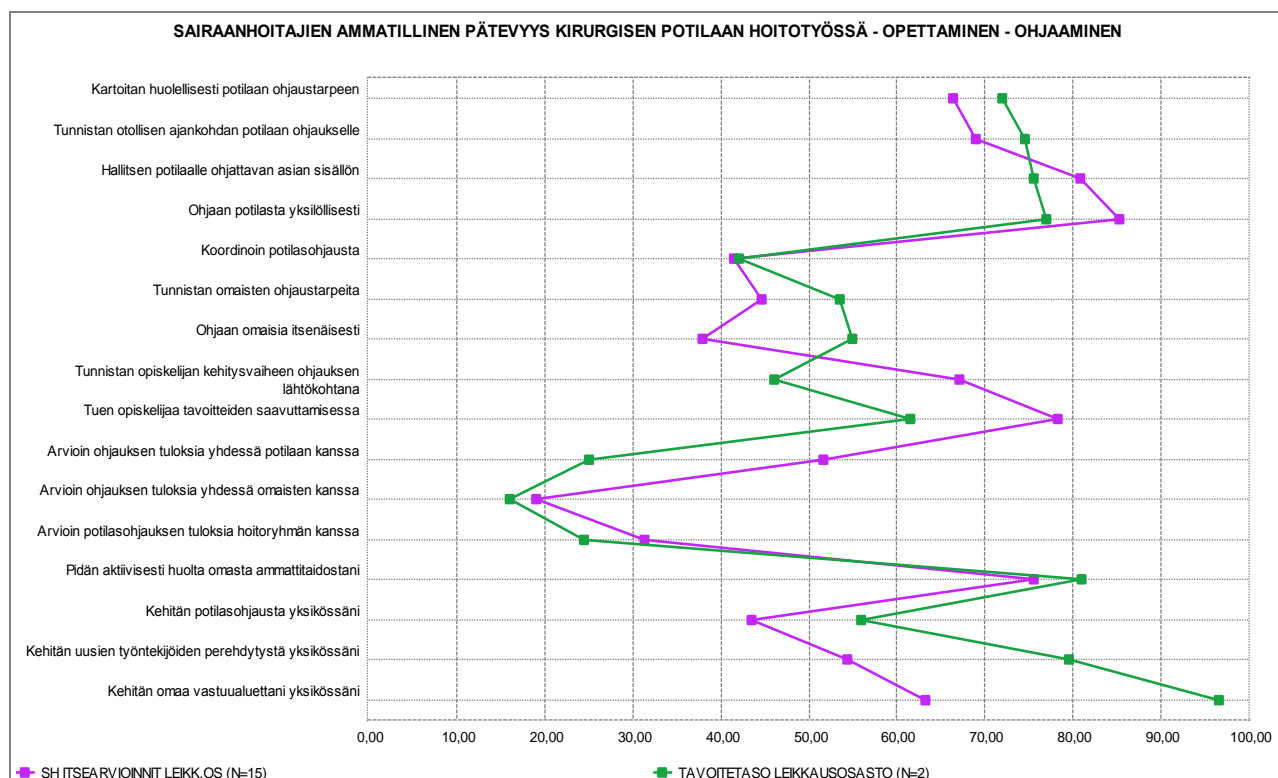


Kuvio 9: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso auttamisen kategoriassa.

### 5.3.2 Opettamien ja ohjaaminen

Leikkausosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa opettamisen ja ohjaamisen kategoriassa hyväksi (VAS 58,73) tavoitetason ollessa hyvä (VAS 58,47).

Asiantuntijaryhmä ja sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisen muutamaa muuttujaa lukuun ottamatta lähes samalla tavalla. Omaisten itsenäisen ohjaamisen osaamisensa sairaanhoitajat itse arvioivat tasolle melko hyvä (VAS 37,89) kun asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso oli hyvä (VAS 55). Sen sijaan opiskelijan kehitysvaiheen tunnistamisen ohjauksen lähtökohtana arvioivat sairaanhoitajat osaamisensa hyväksi (VAS 67,17), kun taas asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi melko hyvän tason (VAS 46). Sairaanhoitajat arvioivat myös osaavansa hyvin (VAS 51,64) arvioida ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa, vaikkakin asiantuntijaryhmän tavoitetaso oli melko hyvän tasolla (VAS 25).

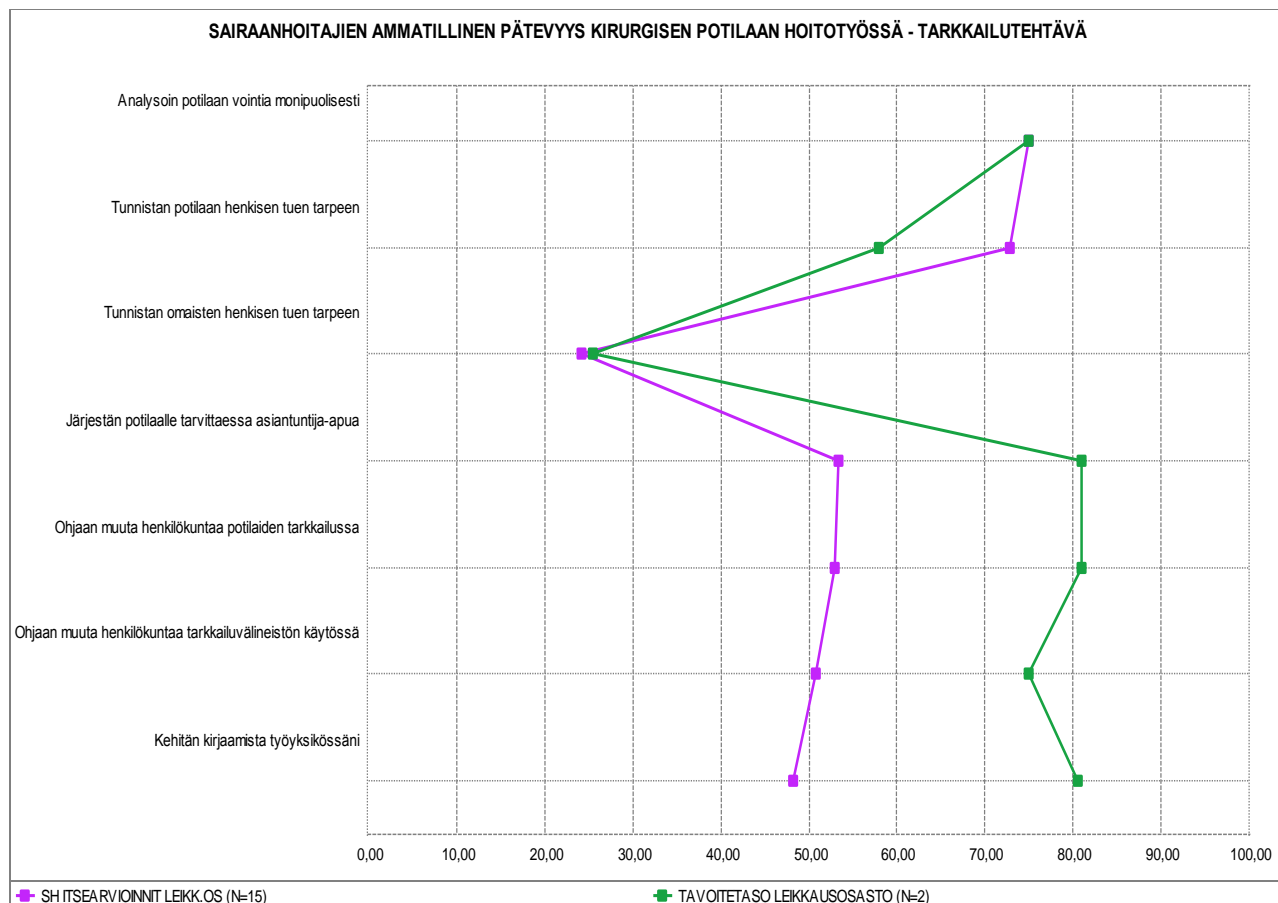


Kuvio 10: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso opettamisen ja ohjaamisen kategoriassa.

### 5.3.3 Tarkkailutehtävät

Leikkausosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa tarkkailutehtävien kategoriassa hyväksi (VAS 55,57) tavoitetason ollessa hyvä (VAS 66,33).

Kategoriassa kahden muuttujan kohdalla asiantuntijaryhmä asettama tavoitetaso oli erittäin hyvän tasolla, kun sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa hyvän tasolle. Nämä kaksi muuttujaa olivat, järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua ja ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa. Tavoitetaso oli molemmissa erittäin hyvä (VAS 81), mutta asiantuntija-apun järjestämisessä sairaanhoitajat arvioivat toimintaansa VAS 53,33 ja muun henkilökunnan tarkkailun ohjeistamisessa VAS 52,92. Kirjaamisen kehittämisessä tavoitetaso osaamiselle oli VAS 80,5 eli tavoitteena oli sairaanhoitajien erittäin hyvä osaaminen työyksikön kirjaamisen kehittämisessä, mutta sairaanhoitajat itse arvioivat oman osaamisensa olevan tasolla melko hyvä (VAS 48,23).

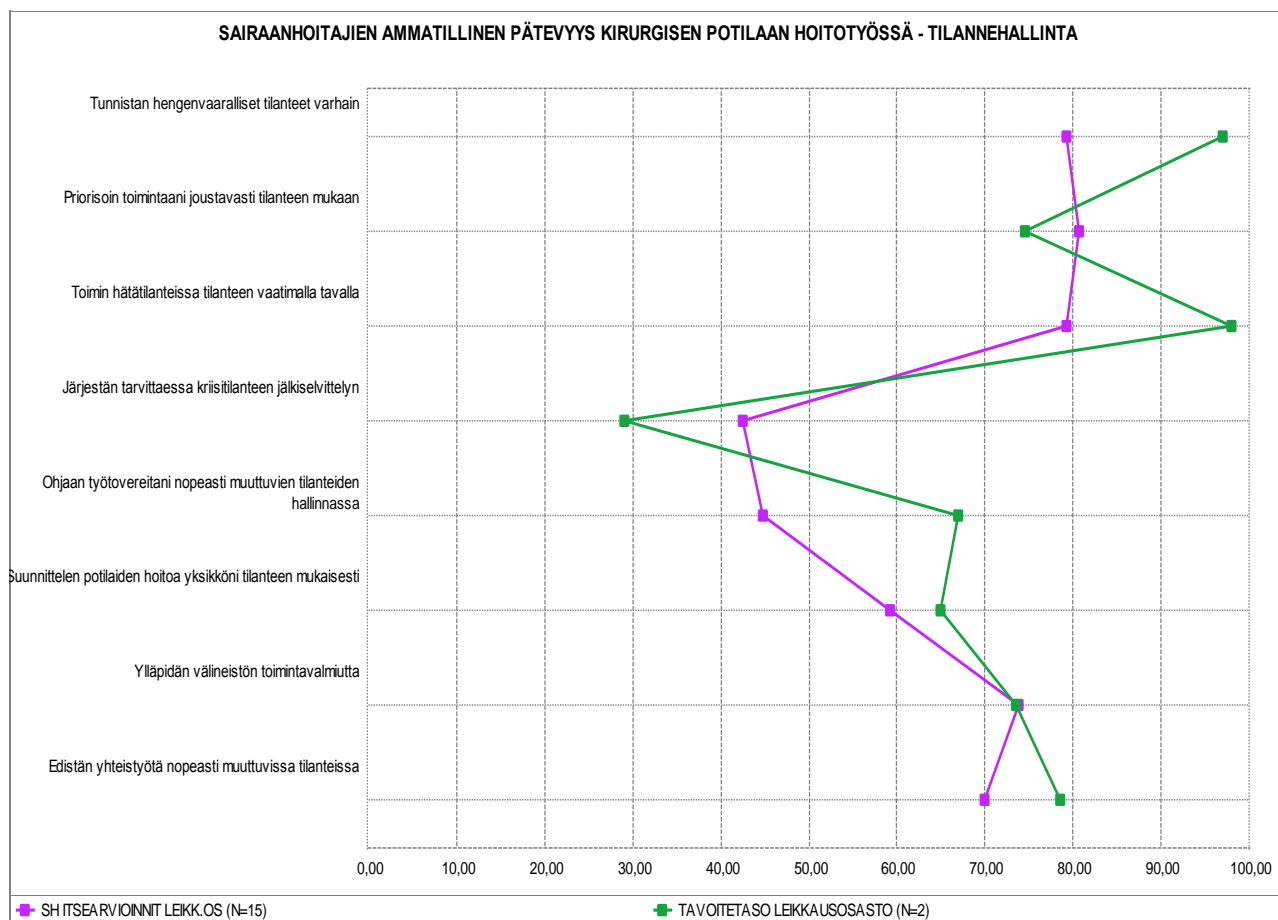


Kuvio11: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tarkkailutehtävien kategoriassa.

### 5.3.4 Tilannehallinta

Leikkausosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa tilannehallinnan kategoriassa hyväksi (VAS 66,83) tavoitetason ollessa hyvä (VAS 75,73).

Tilannehallinnan kategoriassa vain yhden muuttujan kohdalla tavoitetaso erosi sairaanhoitajien omasta osaamisen tasosta. Muuttuja koski työtovereiden ohjaamista nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa. Asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi hyvä (VAS 67). Sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa melko hyväksi (VAS 44,85).

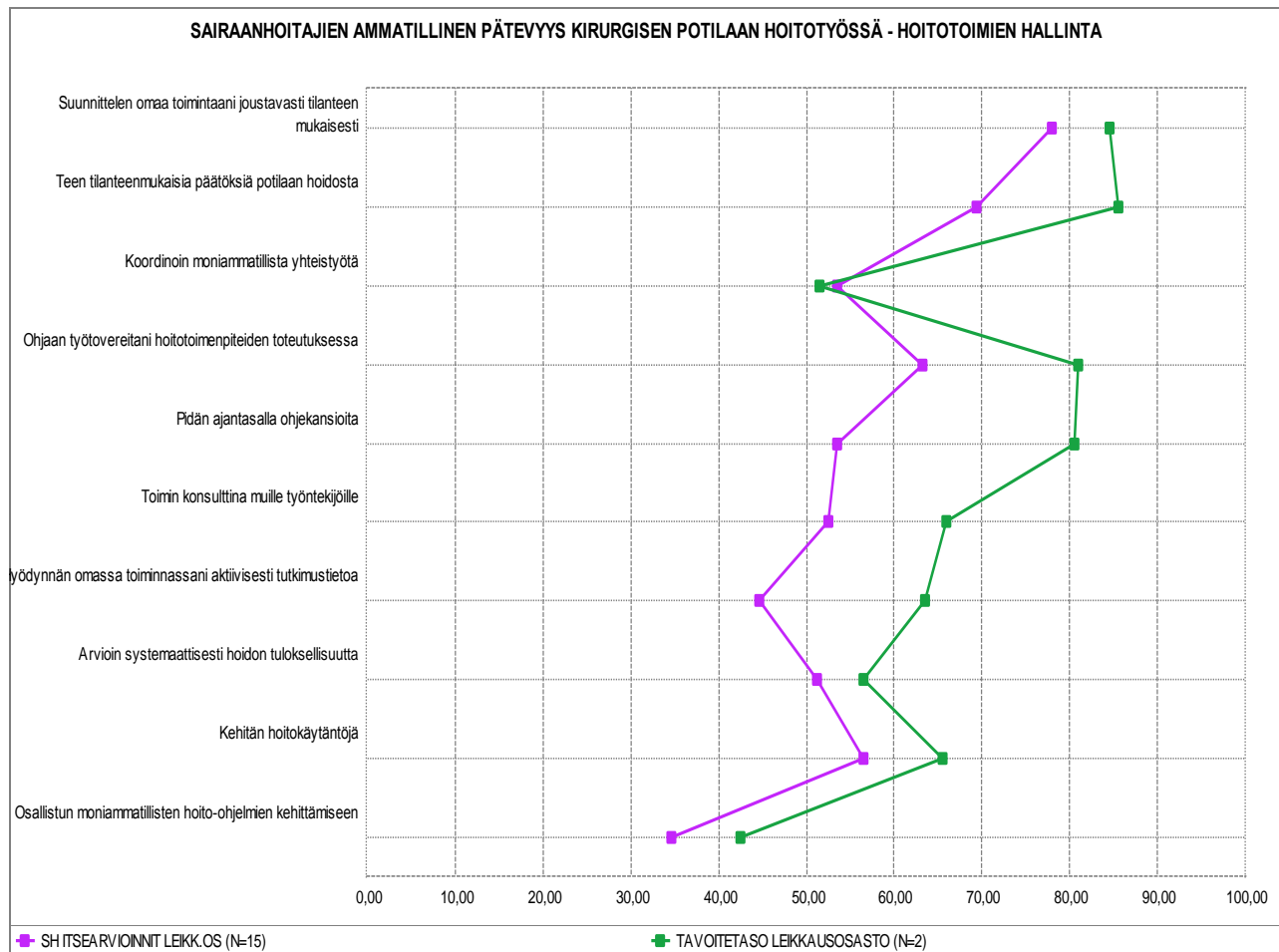


Kuvio 12: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tilannehallinnan kategoriassa.

### 5.3.5 Hoitotoimien hallinta

Sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa hoitotoimien hallinnan kategoriassa hyväksi (VAS 56,16) osaamisen tavoitetason ollessa hyvä (67,70).

Asiantuntijaryhmän mukaan sairaanhoitajien tulisi osata hyödyntää omassa toiminnassaan aktiivisesti tutkimustietoa VAS 63,50, mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaavansa hyödyntää tutkimustietoa melko hyvin (VAS 44, 69). Muut kategorian muuttujat olivat samaa tasoa kuin miksi asiantuntijaryhmä oli ne asettanut.

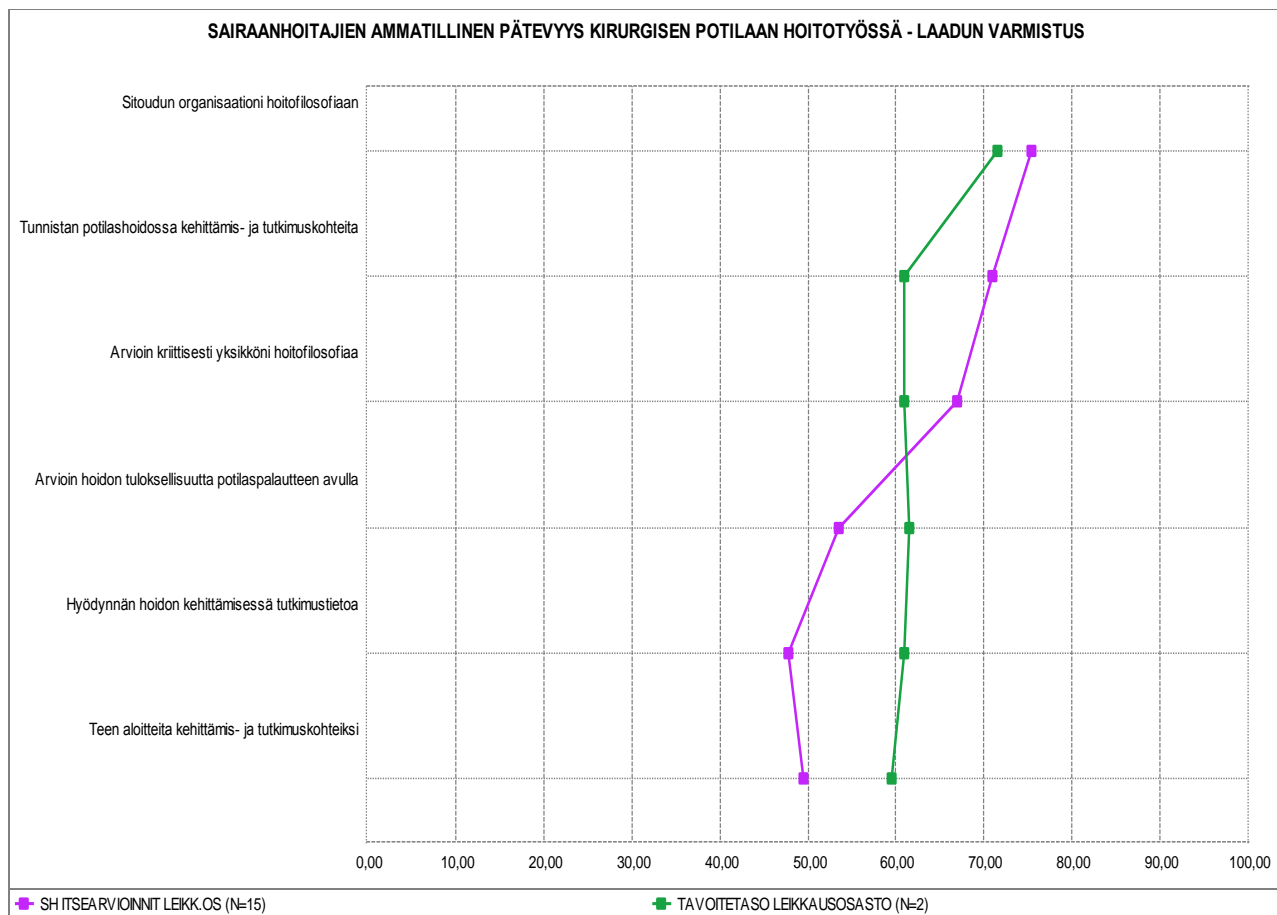


Kuvio13: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso hoitotoimien hallinnan kategoriassa.

### 5.3.6 Laadun varmistus

Leikkausosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa laadun varmistuksen kategoriassa hyväksi (VAS 61,08) asiantuntijaryhmän asettaman tavoitetason ollessa hyvä (VAS 62,58).

Tutkimustiedon hyödyntämisessä hoidon kehittämisessä tavoitetaso oli VAS 61, mutta sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa melko hyväksi (VAS 47,77). Samoin aloitteiden tekemisessä kehittämis- ja tutkimuskohteiksi asiantuntijaryhmä asetti tavoitteen korkeammaksi VAS 59,5, kuin mitä sairaanhoitajat itse arvioivat osaavansa VAS 49,54.

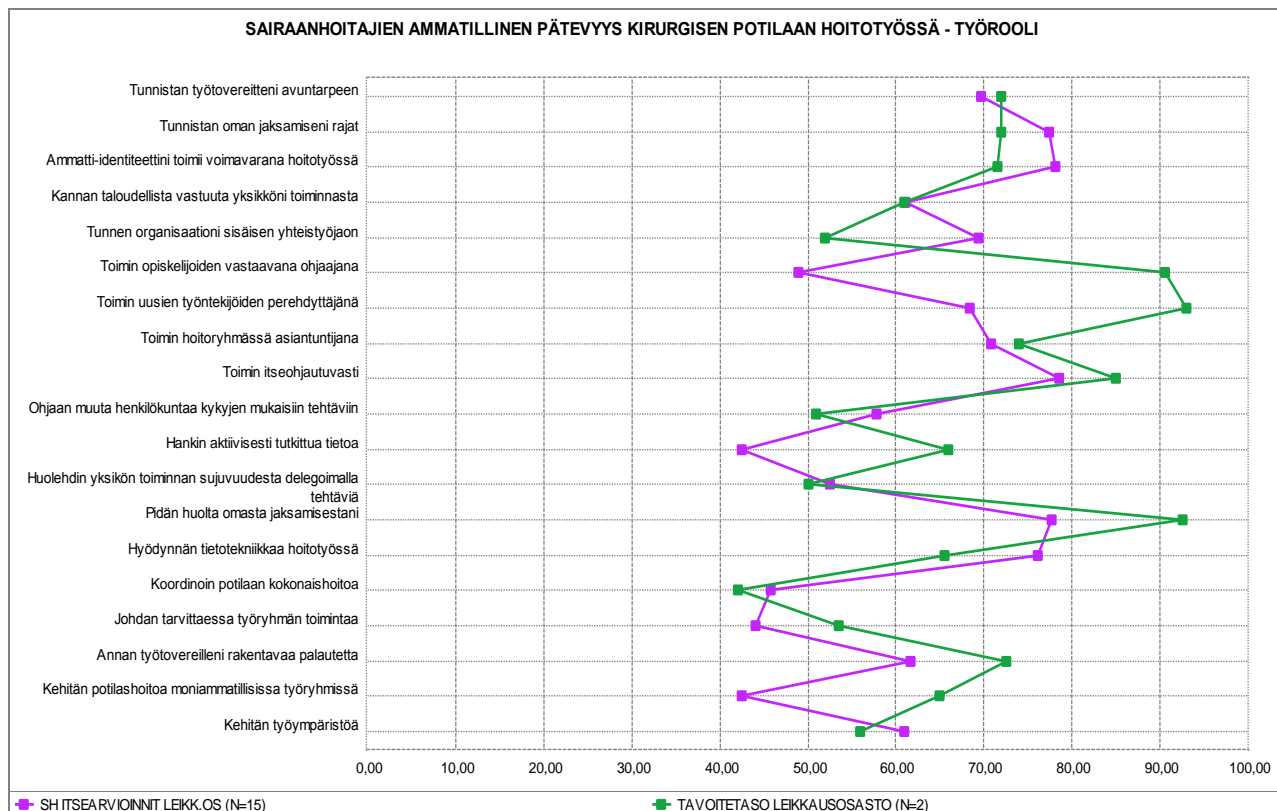


Kuvio14: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso laadun varmistuksen kategoriassa.

### 5.3.7 Työrooli

Leikkausosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa koko kategoriassa hyväksi (VAS 63,04) tavoitetason ollessa hyvä (69,34).

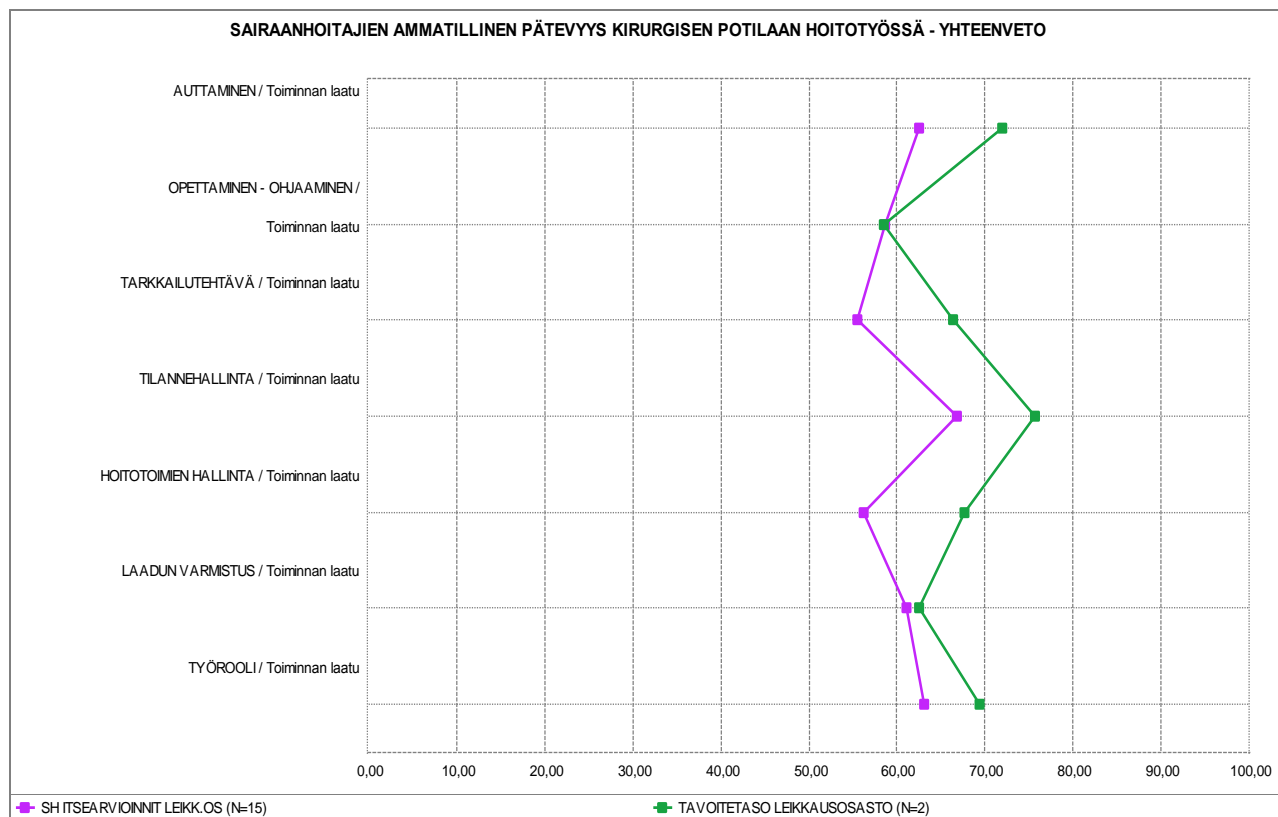
Suurin eroavaisuus sairaanhoitajien osaamisen ja asiantuntijaryhmän asettaman tavoitetason välillä oli muuttujan, toimin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana kanssa. Tavoitteeksi asiantuntijaryhmä asetti erittäin hyväksi (VAS 90,5), mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa melko hyväksi (VAS 48,92). Toinen muuttuja, jonka osaamisen asiantuntijaryhmä asetti korkeammaksi, kuin mihin sairaanhoitajat itse omaa osaamisensa arvioivat oli, toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä. Asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi erittäin hyvän (VAS 93), mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa hyväksi (VAS 68,38).



Kuvio 15: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso työroolin kategoriassa.

### 5.3.8 Leikkausosaston sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen yhteenveto kategorioiden

Asiantuntijaryhmän asettamien tavoitteiden ja leikkausosaston sairaanhoitajien itsensä arvioissa omaa osaamistaan suurimmat erot tulivat esiin eri kategorioiden sisällä niiden muuttujien osalta, jotka koskivat tutkitun tiedon hyväksikäyttöä omassa työssänsä sekä mahdollisia tutkimuskohteita ja halusta kehittää omaa työtään. Asiantuntijat selkeästi haluaisivat sairaanhoitajien osaavan käyttää paremmin hyväkseen tutkittua tietoa työssänsä. Kaikilta muilta osin asetettu taso vastasi sairaanhoitajien osaamista kaikissa kategorioissa. Siinä missä kategorioiden sisällä olevien muuttujien taso oli asetettu matalaksi arvioivat myös sairaanhoitajat osaamisensa muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta matalaksi ja päinvastoin. Kokonaisosaamisen tavoitteeksi asiantuntijaryhmä asetti hyväksi (VAS 66,74) ja sairaanhoitajat itse arvioivat kokonaisosaamiseen hyväksi (VAS 60,71). Asetettu tavoitetaso oli siis sama kuin, miksi sairaanhoitajat oman osaamisensa arvioivat.



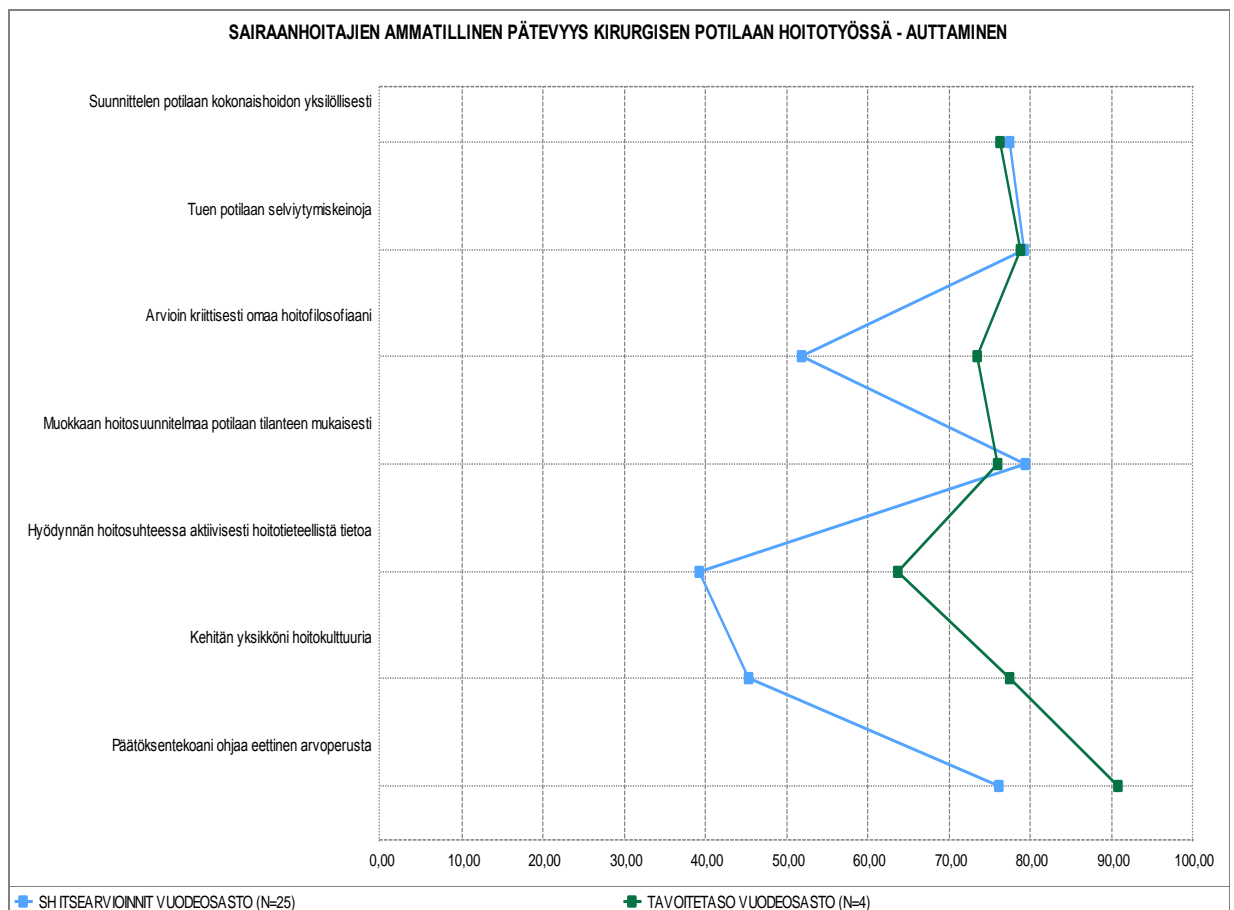
Kuvio16: Yhteenveto Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointista ja asetetusta tavoitetasosta kategorioiden.

## 5.4 Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys kirurgisella vuodeosastolla

### 5.4.1 Auttaminen

Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa auttamisen kategoriassa hyväksi (VAS 64,14), tavoitetason ollessa erittäin hyvä (VAS 76,64).

Hoitotieteellisen tiedon aktiivista hyödyntämistä olisi asiantuntijaryhmä halunnut sairaanhoitajien osaavan hyvin (VAS 63,75), mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa melko hyväksi (VAS 39,32). Samoin yksikön hoitokulttuurin kehittämisen osalta asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi erittäin hyvän (VAS 77,50). Sairaanhoitajat kuitenkin itse arvioivat osaamisensa vain melko hyväksi (VAS 45,37).

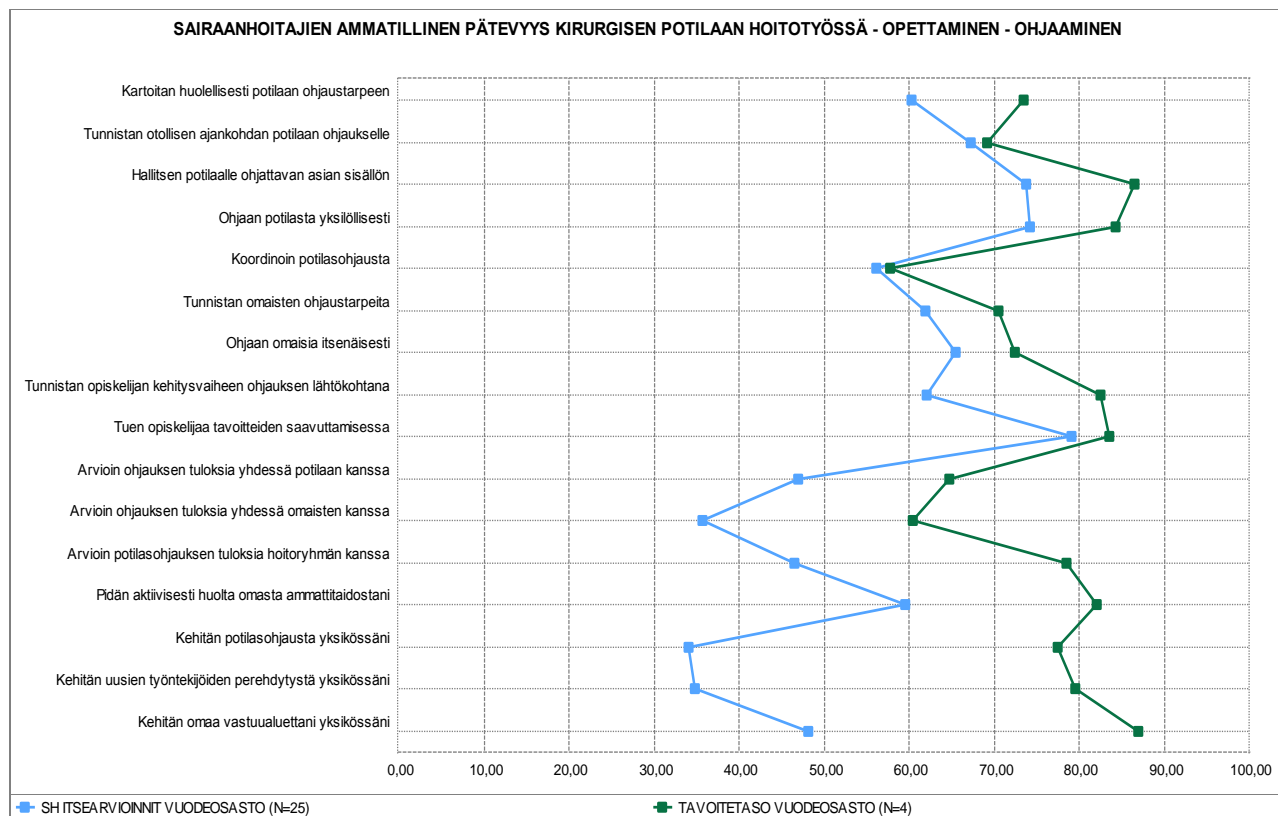


Kuvio 17: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso auttamisen kategoriassa.

#### 5.4.2 Opettaminen ja ohjaaminen

Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa opettamisen ja ohjaamisen kategoriassa hyväksi (VAS 56,87), tavoitetason ollessa hyvä (VAS 75,63).

Ohjauksen tuloksia arvioidessa yhdessä potilaan, omaisten ja hoitoryhmän kanssa oli asiantuntijaryhmä asettanut osaamisen tason huomattavasti korkeammaksi kuin mitä sairaanhoitajat itse kokevat osaavansa. Asiantuntijat odottivat sairaanhoitajien osaavan arvioida antamaansa ohjausta joko hyvin tai erittäin hyvin, mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa tasolle melko hyvä. Myös kehittämisen osa-alueella asiantuntijaryhmä asetti tavoitteeksi osaamiselle erittäin hyvän, mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa vain melko hyväksi.

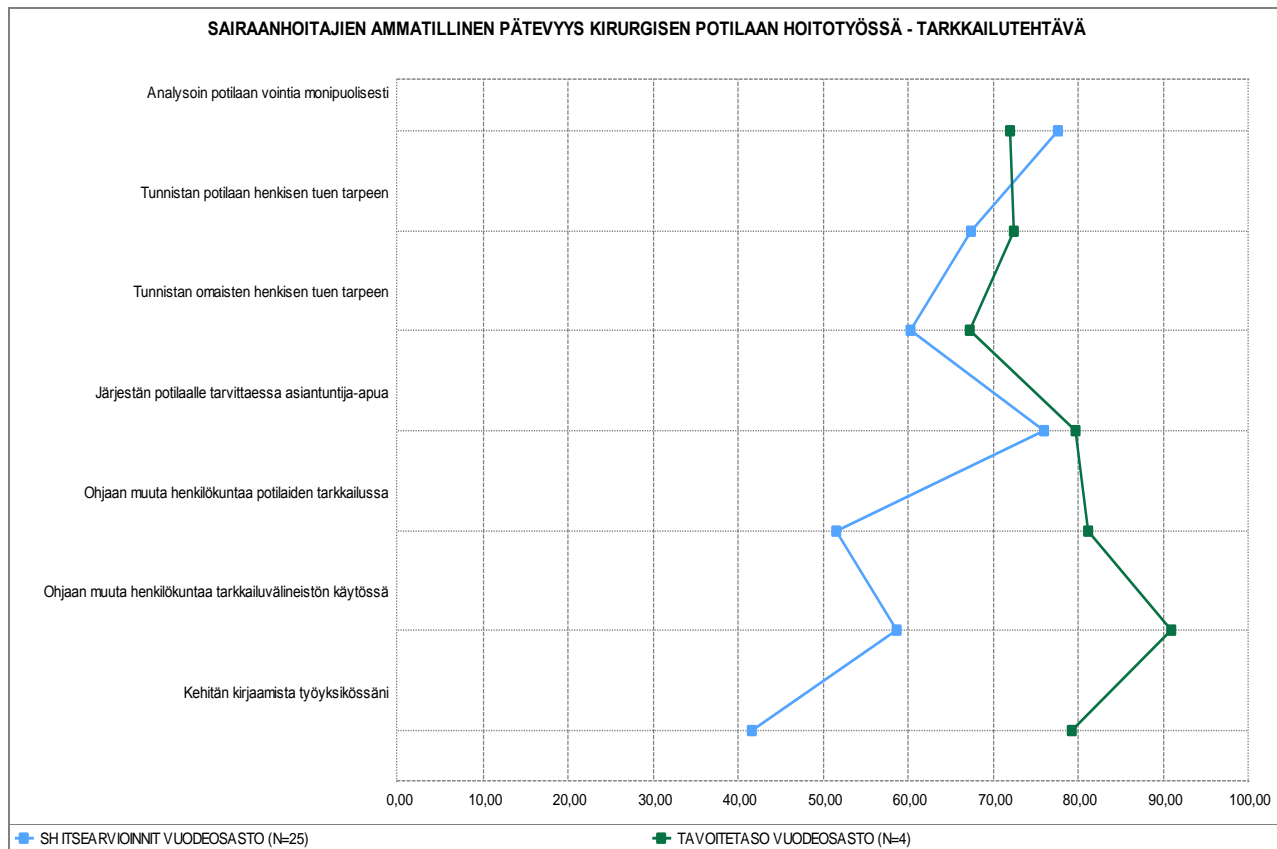


Kuvio 18: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso opettamisen ja ohjaamisen kategoriassa.

### 5.4.3 Tarkkailutehtävät

Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa tarkkailutehtävien kategoriassa hyväksi (VAS 62,06), asiantuntijaryhmä asetti tavoitetason kuitenkin erittäin hyväksi (VAS 77,07).

Suurimmat eroavaisuudet kategorian sisällä tuli kolmen muuttujan kohdalla. Nämä muuttujat olivat, ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa, ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä sekä kehitän kirjaamista työyksikössäni. Kaikissa kolmessa muuttujassa asiantuntijaryhmä odotti sairaanhoitajien osaavan asian erittäin hyvin, mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaavansa asian vain hyvin tai melko hyvin.

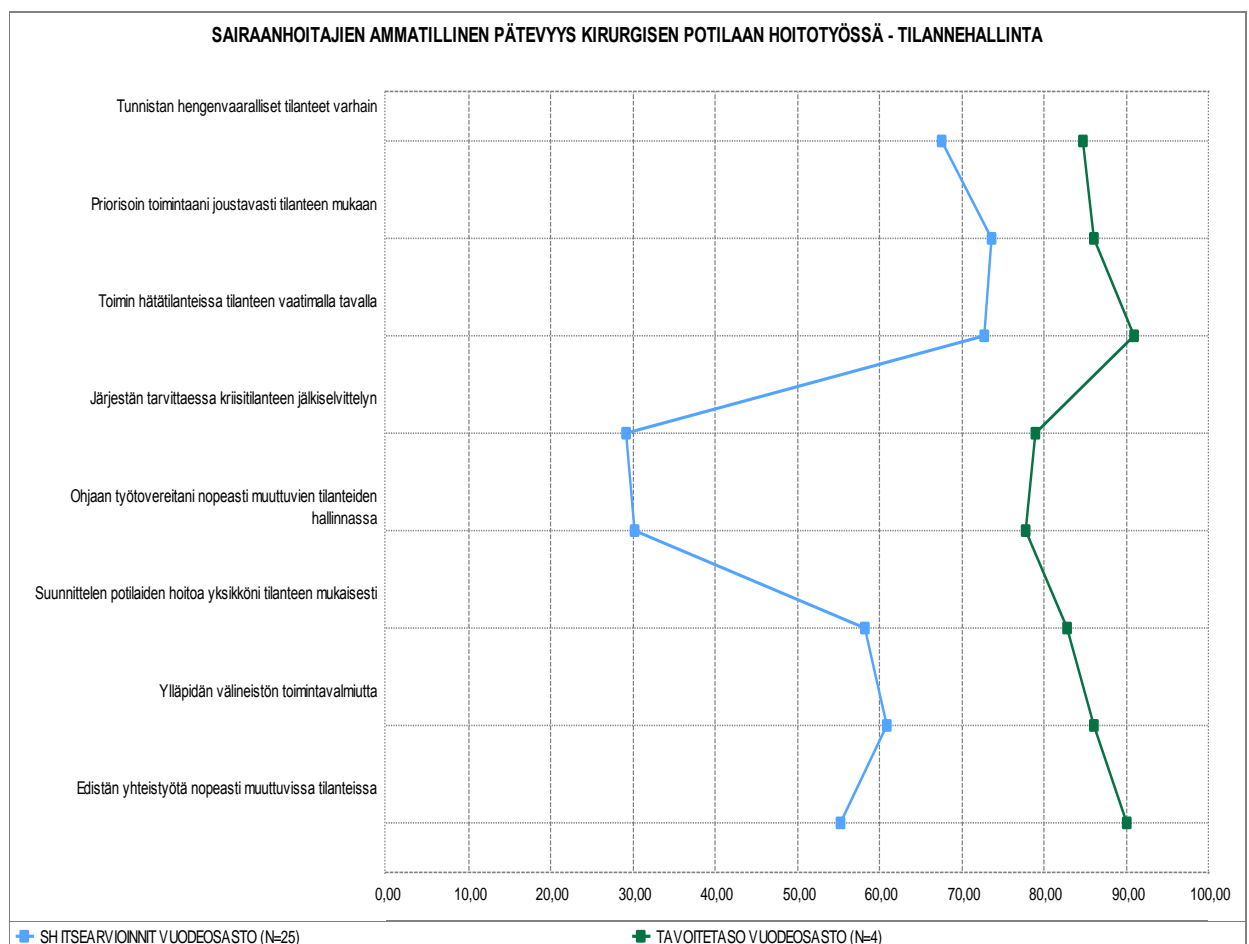


Kuvio 19: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tarkkailutehtävien kategoriassa.

#### 5.4.4 Tilannehallinta

Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa tilannehallinnan kategoriassa hyväksi (VAS 56,96), asiantuntijaryhmän asettaessa tavoitetason kuitenkin erittäin hyväksi (VAS 84,48). Koko kategorian kaikissa muuttujakohdissa asiantuntijaryhmä asetti tavoitetason korkeammaksi kuin mihin sairaanhoitajat ylsivät omissa arvioinneissaan.

Selkeimmät eroavaisuudet asiantuntijaryhmän asettaman tavoitetason suhteen olivat kriisitilanteiden jälkiselvittelyn järjestämisessä sekä työtovereiden ohjaamisessa nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Molemmissa muuttujissa tavoitetaso oli asetettu erittäin hyväksi, mutta sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa vain melko hyväksi.

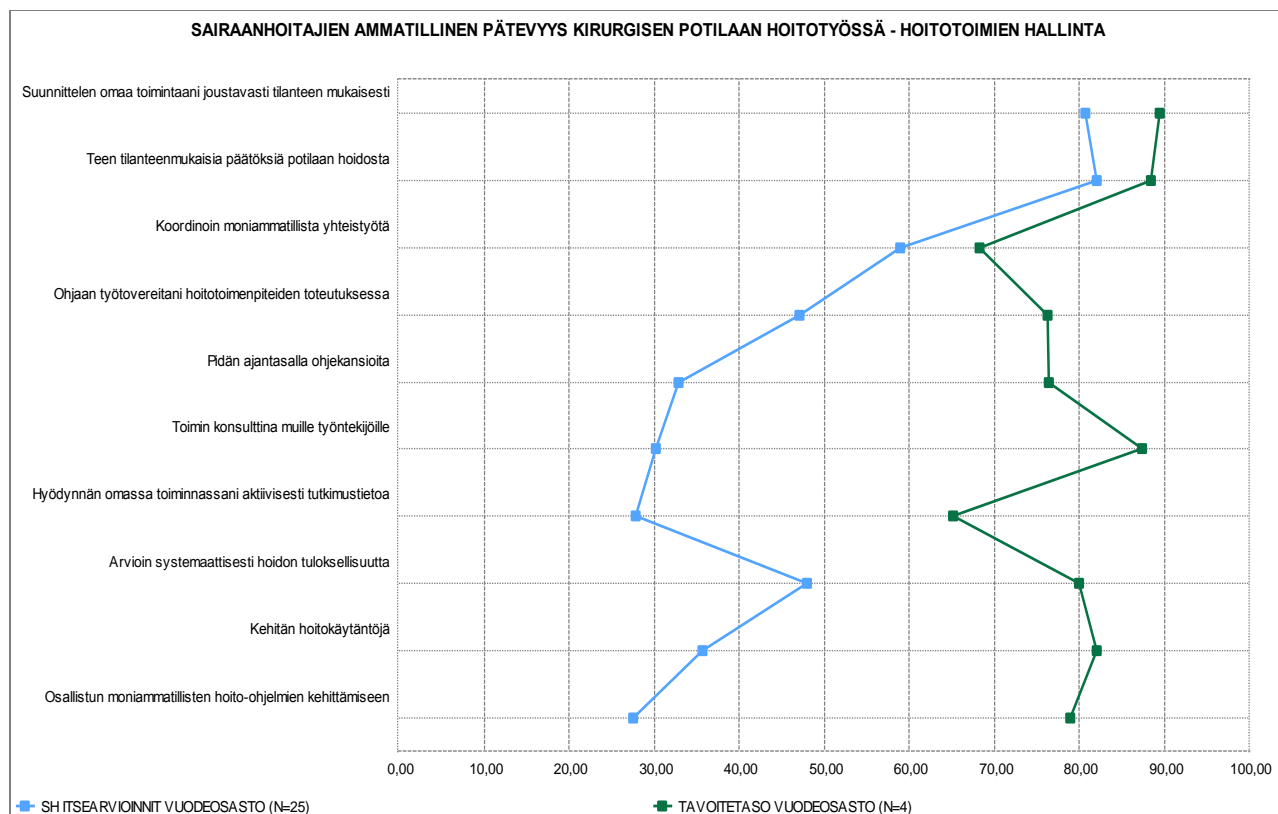


Kuvio 20: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tilannehallinnan kategoriassa.

### 5.4.5 Hoitotoimien hallinta

Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa hoitotoimien hallinnan kategoriassa melko hyväksi (VAS 47,89), kun asiantuntijat asettivat tavoitetasoksi erittäin hyvän (VAS 79,05).

Seitsemän muuttujan kohdalla sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa melko hyväksi, kun asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso olisi ollut erittäin hyvä. Tavoitetasosta eniten jäätiiin muuttujien, pidän ajan tasalla ohjekansioita, toimin konsulttina muille työntekijöille, hyödynnän toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa, kehitän hoitokäytäntöjä ja osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämiseen kohdalla.

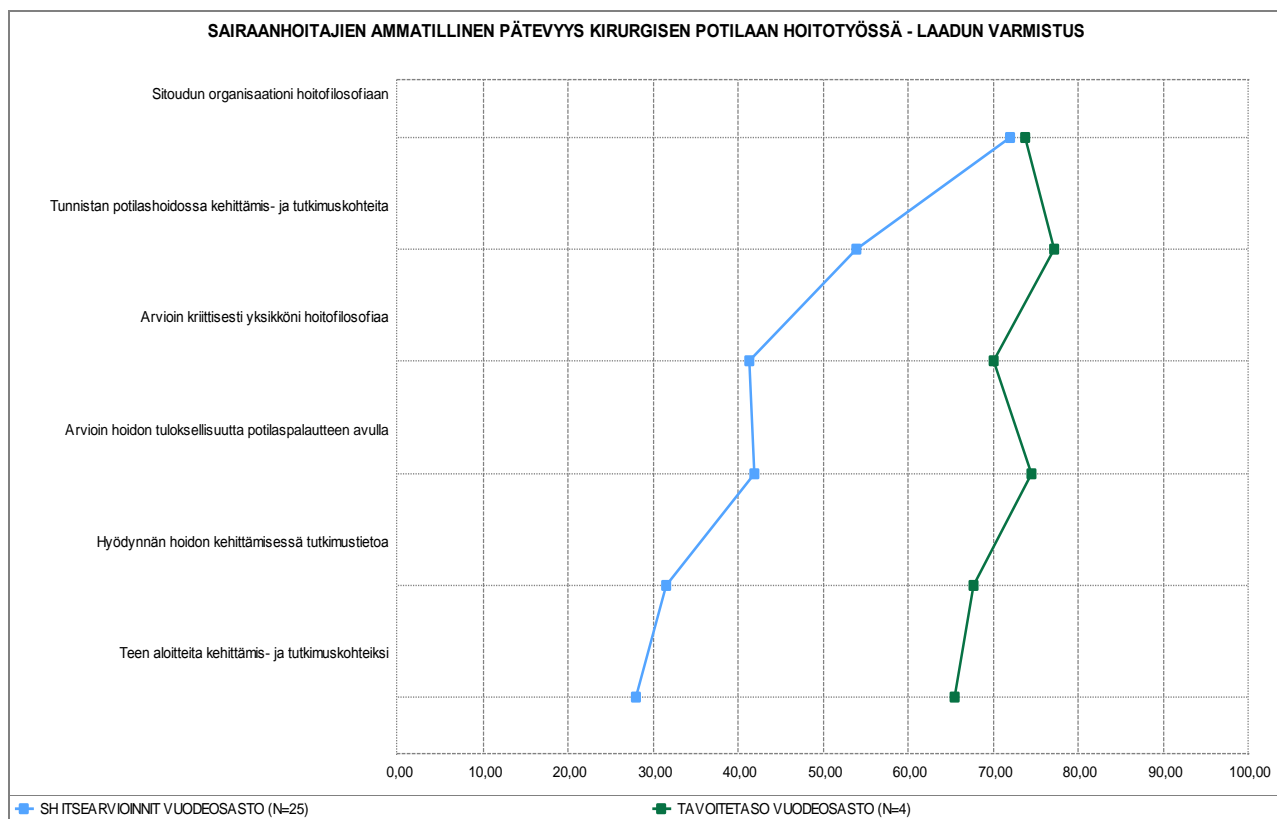


Kuvio 21: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso hoitotoimien hallinnan kategoriassa.

#### 5.4.6 Laadun varmistus

Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa laadun varmistuksen kategoriassa melko hyväksi (VAS 45,11), kun asiantuntijat asettivat tavoitetasoksi hyvän (VAS 71,46).

Neljän muuttujan kohdalla sairaanhoitajat itse arvioivat oman osaamisensa olevan tasolla melko hyvä, kun asiantuntijat asettivat osaamisen tavoitetasoksi hyvän.

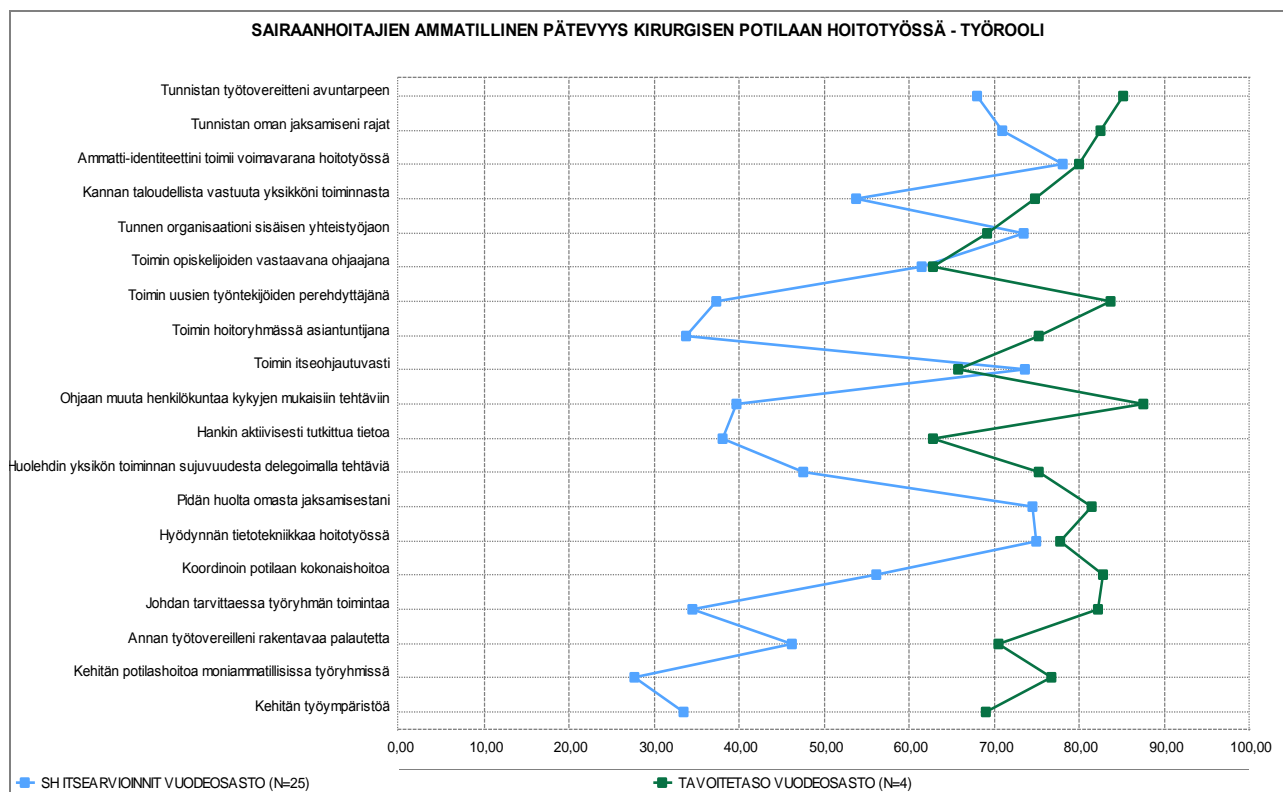


Kuvio 22: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso laadun varmistuksen kategoriassa.

### 5.4.7 Työrooli

Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa koko kategoriassa hyväksi (VAS 54,17). Asiantuntijaryhmä asetti kategorian tavoitteen myös hyväksi (VAS 75,76).

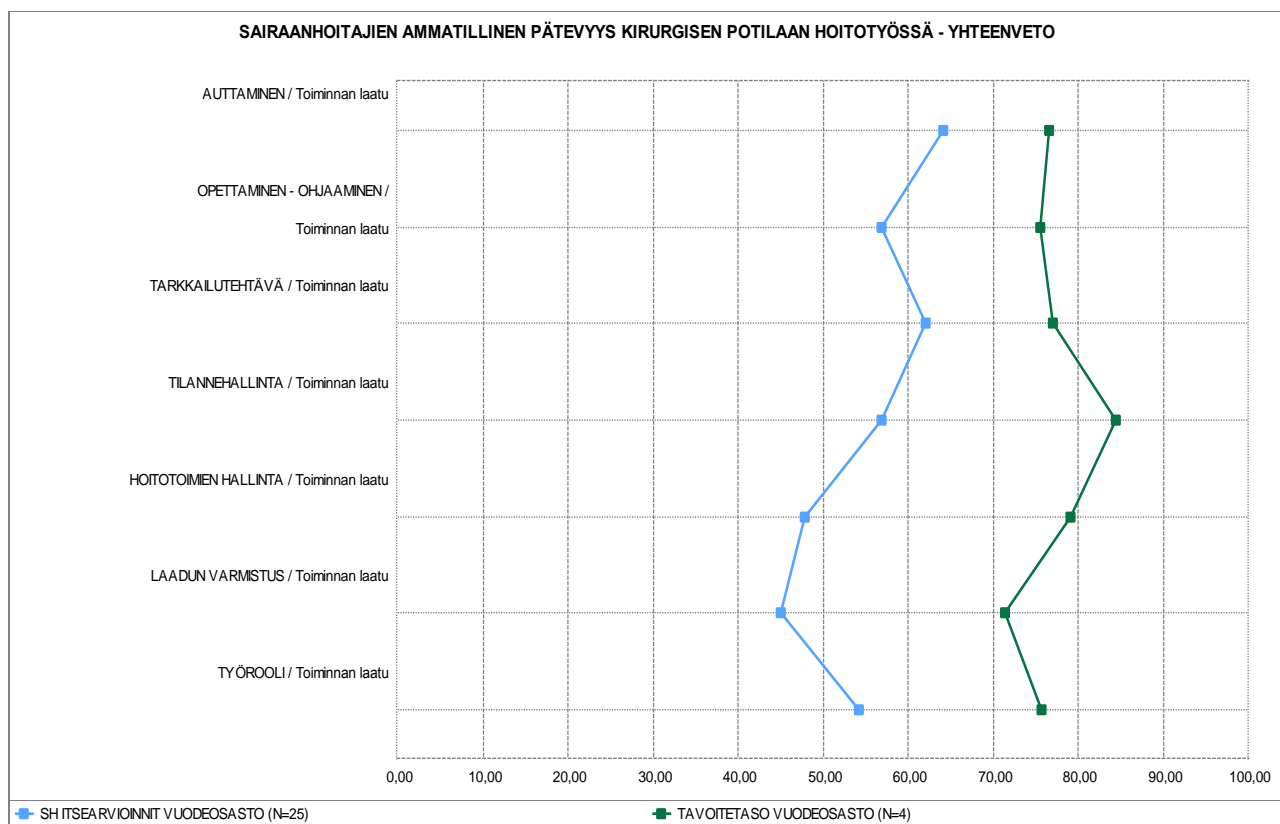
Kehittämisen osa-alueella samoin kuin itsensä asettamisen opetus tai ohjaus tehtäviin kokivat sairaanhoitajat selviytyvänsä tehtävästä melko hyvin, kun asiantuntijaryhmä oletti sairaanhoitajien yltävän hyvälle tai erittäin hyvälle tasolle.



Kuvio 23: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso työroolin kategoriassa.

#### 5.4.8 Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen yhteenveto kategoriittain

Kaiken kaikkiaan kirurgisella vuodeosastolla sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa heikommaksi kuin mihin asiantuntijaryhmä tason oli asettanut.



Kuvio 24: Yhteenveto kirurgien vuodeosaston sairaanhoitajien itsearvioinnista ja asetetusta tavoitetasosta kategoriittain.

## 6. Pohdinta

### 6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetti ja validiteetti ovat mittarin tärkeimmät ominaisuudet. Reliabiliteetilla arvioidaan mittausvirheettömyyttä, validiteetti ilmaisee, miten hyvin tutkimuksessa käytetty mittausmenetelmä mittaa juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2002, 213).

Ihmistieteissä mittaaminen on usein epäsuoraa. Tutkittava käsite ei sellaisenaan ole mitattavissa, kyseessä on siis piilomuuttuja. Mitataan jotain muuta, josta voidaan tehdä johtopäätöksiä kyseisen piilomuuttujan suhteen. Mittaamisen tarkoitus onkin, että tutkija pystyy muuttamaan yksilön käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä kvantitatiivisiksi mittaluvuiksi. Mittaaminen siis ihmistieteissä on harvoin absoluuttista, sen sijaan se on vertailevaa. Mittaamiseen liittyy usein myös virhelähteitä esimerkiksi havainnoista, mittauslaitteesta, koodauksesta, tietokoneeseen syötöstä ja niin edelleen. ( Erätuuli ym. 1996, 36-37 ) Paunonen & Vehviläinen-Julkusen (1997, 206) mukaan tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetty mittari. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen ja sen tulee pystyä erottelemaan käsitteistä eri tasot sekä kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. Mittarin tulee myös mitata sitä mitä sen tulisi mitata. Tilastollisin menetelmin saadaan tuloksia, mutta niiden ymmärtäminen ja oikea tulkinta edellyttävät tutkimuskohteen tuntemista laajemmassakin mielessä kuin vain käytetyn aineiston antaman kuvausten rajoissa. Määrällistä tutkimusta ei siis voi ajatella ilman teoriaa. ( Tuomi 2007, 95. ) Tutkimuksen luotettavuutta mittaa myös se, miten hyvin tutkija on onnistunut operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle eli miten onnistuneesti tutkija on kyennyt siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet käytettyyn mittariin. ( Vilka 2007, 150 )

Meretojan ( 2003 ) luoma mittari ( NCS ) sairaanhoitajien ammattipätevyydestä on luotu väitöskirjassa 2003 ja erittäin monessa tutkimuksessa validiksi todettu ( Meretoja & Leino-Kilpi 2003, Meretoja ym. 2004a, Meretoja ym. 2004b, Heikkilä ym. 2007, Salonen ym. 2007, Mäkipoura ym. 2007 ). Tähän perustuen myös itse koen sairaanhoitajien ammattipätevyyttä mittaessa, että mittari on täysin validi ja mittaa juuri sitä mitä sen on tarkoitus mitata. NCS-mittari ( Meretoja 2003 ) on hyvin laaja-alaisesti ammattipätevyyttä mittaava mittari, sillä sen sisältämät 73 väittämää on nostettu ammatillisilta pätevyysalueilta, jotka perustuu Bennerin ( 1984 ) luomalle ammattipätevyyden viitekehyselle. Tästä syystä katsonkin, ettei omaa opinnäytetyötäni ajatellen ollut mielekästä käyttää mitään muuta mittaria, kuin jo valmiiksi validiksi todettua mittaria. Saaden näin luotettavia vastauksia ja erityisesti tuloksia jotka ovat luotettavia.

Sähköisen lomakkeen täyttämiseen oli arvioitu kuluvan aikaa keskimäärin 20 minuuttia, joka on sopiva aika ajatellen ihmisten kykyä keskittyä ja rauhassa viedä kysely alusta loppuun yhdellä kertaa. Jotta sähköisen lomakkeen täytössä ei tulisi ongelmia lomakkeen täytön suhteen oli tarkoituksen mukaista pitää yhdessä sovittu koulutustilaisuus missä esiteltiin NCS- mittari niin henkilökunnalle kuin asiantuntijaryhmällekkin( Meretoja 2003 ). Koulutustilaisuudet pidettiin kaikille yhteisesti ja vielä jokaiselle vastaajaryhmälle erikseen talven ja kevään 2011 aikana. Jokainen tutkimus sisältää lukuisia kohtia, joissa tutkijan tulee käyttää eettistä pohdintaa. Näitä ovat tutkimuslupaan liittyvät kysymykset, tutkimusaineiston keruuseen liittyvät ongelmat, tutkimuskohteen hyväksikäyttö, osallistumiseen liittyvät ongelmat sekä tutkimuksesta tiedottaminen. (Eskola & Suoranta 1998, 52-53.)

Erätuuli ym. ( 1996, 98) nostaa esiin kaksi seikkaa tutkimustulosten luotettavuudesta. Miten luotettavia ovat saadut tulokset, eli miten hyvin tulokset vastaavat todellisuutta. NCS-mittaria ( Meretoja 2003 ) käytettäessä on luotettava siihen, että sairaanhoitajat vastaavat rehellisesti esitettyihin väittämiin. Toinen Erätuulen ym. ( 1996, 98) esiin nostama seikka on saadaanko tutkimuksessa käytetyllä menetelmällä todella vastaukset tutkimusongelmiin. Nämä molemmat näkökohdat ovat ongelmallisia ihmistieteissä. Meretojan ( 2003 ) luoma NSC-mittari on hyvin monessa tutkimuksessa validiksi todettu ja tästä syystä uskon, että mittaria käytettäessä saadaan vastaukset esitettyihin tutkimusongelmiin.

Pätevässä tutkimuksessa ei saa olla systemaattista virhettä. Tämä tarkoittaa tapaa, jolla tutkittavat ovat ymmärtäneet mittarin, kyselylomakkeen ja kysymykset. Tulokset vääristyvät, mikäli vastaaja ei ajattelekaan, kuten tutkija oletti. Validiutta tulee tarkastella jo tutkimusta suunniteltaessa. (Vilka 2005, 161.) Tieteellisiä tuloksia ei pidä yleistää tutkimusten pätevyysalueen ulkopuolelle. Yhteiskunnan monimuotoisuudesta ja vaihtelevuudesta johtuen yhden tutkimuksen tulokset eivät välttämättä ole päteviä toisena aikana tai toisenlaisissa olosuhteissa. (Heikkilä 2005, 30.) Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että otos on edustava ja tarpeeksi suuri, vastausprosentti on korkea ja kysymykset mittaavat oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelman. Analysoinnissa käytettävä tilasto-ohjelma ei ota millään tavalla huomioon vastauskadon osuutta. Se ei myöskään ota huomioon sitä, kuinka hyvin kysymysten avulla saatiin selvitettyä tutkittava asia tai kuinka yksiselitteisiä kysymykset olivat. Tutkijan on itse tehtävä nämä arviot. ( Heikkilä 2005, 188.) Tutkimustulokset ovat sattumanvaraisia, jos otoskoko on pieni. Kyselytutkimuksissa kannattaakin etukäteen huomioida joskus suureksikin nouseva poistuma eli kato, jolla tarkoitetaan lomakkeen palauttamatta jättäneiden määrää.( Heikkilä 2005,30. ) Yhtä paljon kuin tulee miettiä omaa eettistä toimintaa opinäytetyön tekijänä. Tulee myös miettiä miten tutkittava eettisesti toimii. Vastaako hän rehellisesti annettuihin kyselylomakkeen kysymyksiin ja näin ollen antaa omalla vastauksellaan

merkittävää tietoa tutkimus kohteesta. Sitoutuuko tutkittava vastaamaan koko kyselylomakkeen kysymyksiin alusta loppuun asti huolella, jolloin tulokset ovat luotettavia. Vastaavatko kaikki kohderyhmästä vai jääkö vastausprosentti kovin pieneksi elivät pitävätkö kaikki sairaanhoitajat ammattipätevyysmittarista saatuja tuloksia niin tärkeinä oman työn kehittämisen kannalta että vastaavat annettuihin kysymyksiin. ( Aadland 1993, 25. )Tässä opinnäytetyössä lomakkeita palautui kirurgiselta poliklinikalta 8 kappaletta ( 53 % ), leikkausosastolta 15 kappaletta ( 34 % ), kirurgiselta vuodeosastolta 25 kappaletta ( 66% ), ja asiantuntijaryhmältä 8 kappaletta ( 53 % ). Ja katsonkin, että edustettava joukko on kohtalaisen hyvä. Leikkausosastolla vastausprosentti olisi saanut olla suurempi, mutta vastaajaryhmä kattoi hyvin lähes kaikki ikäryhmät ja kokemusvuodet.

Opinnäytetyöni kohdalla eettisiä arvoja ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, tasa-arvoisuus, vastuullisuus ja rehellisyys. Jotka tulevat esiin tutkittavien oikeuden mukaisella kohtelulla antaa luotettavaa tietoa tutkimuksen etenemisestä ja ennen kaikkea mihin tarkoitukseen sairaanhoitajan ammattipätevyyttä arvioivaa mittaria käytetään. Perehtyneisyys oli erittäin tärkeää ennen osaamiskartoituksen toteutusta. Kävinkin opinnäytetyöhöni osallistuvien kanssa tiedotustilaisuudessa läpi osaamiskartoituksen tarkoitusta, tavoitteita ja toteutusta sekä tutustuimme NCS- mittariin (Meretoja ym. 2009 ). Oma vastuullisuus ja rehellisyys taasen tulevat esiin tavalla tuoda esiin tutkimustulokset luotettavasti ja ennen kaikkea rehellisesti kantaen myös vastuun siitä, että tutkimukseen osallistuvien intymiteettiä säilyy. Tämä on varmistettu sillä, että missään opinnäytetyön vaiheessa en ole ollut tietoinen kyselyyn osallistuneiden henkilöllisyydestä. Tutkimusaineisto toimitettiin minulle raakaversiona, jolloin siitä oli poistettu henkilötiedot. Olen myös havainnoivin kuvin tuonut esiin tutkimustuloksia, jotta luotettavuus säilyy parhaiten eikä mitään johtopäätöksiä ole tehty omiin tuntemuksiin vedoten.

Erityisen tärkeää on ollut miettiä, kenen tarpeesta ja kenen ehdoilla opinnäytetyön aihe on valittu. Mitä eettisiä kysymyksiä aiheen toteuttaminen tuo tullessaan? Kun lähtökohtana on sairaanhoitajien ammattipätevyyden mittaaminen, varsinaista tutkimuslupaa anottaessa noudatetaan sairaalan omaa toimintaohjetta, johon virallinen tutkimussuunnitelma liitettiin. Kun opinnäytetyö koskee ihmisiltä kerättävää aineistoa, on ennen opinnäytetyön toteutukseen ryhtymistä huolellisesti arvioitava henkilöille koituvat ennakoitavissa olevat riskit ja haitat verrattuna odotettavissa olevaan hyötyyn. Tässä kohtaa yhdyn Noora Hakolaan (2009), joka tutkimuksessaan on nostanut esiin, että osaamiskartoitusten avulla voidaan kartoittaa omaa osaamista ja saavuttaa sellaista tietoa ja näkemystä, jonka tuloksena esim. koulutukseen hakeutuminen perustuu enemmän perusteltuihin tarpeisiin kuin pelkkiin toiveisiin. Osaamiskartoituksen käyttö tuo enemmän jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta koulutuksiin ja antaa tietoa perehdytykseen liittyvistä puutteista. ( Hakola 2009. ) Hyöty on siis työyhteisölle ja

sairaanhoidajalle itselleen kiistaton. Omaa itseäni ajatellen on mielekästä tehdä opinnäytetyö, josta on todellista hyötyä työyhteisölle.

Mitä tulee julkaisemiseen liittyviin kysymyksiin, nyrkkisääntö on, että kirjoittaja on vastuussa oman tekstinsä sisällöstä ja muotoseikoista. Tästä syystä on suotavaa, että kirjoittaja työstää tekstinsä niin valmiiksi ja hyväksi kun vain pystyy. (Kinnunen & Löytty 2006, 340. ) Ja näin olen parhaani mukaan myös yrittänyt toimia.

## 6.2 Opinnäytetyön tulosten vertailevaa tarkastelua ja johtopäätökset sekä kehittämiskohteet

Tämä opinnäytetyö tuotti arvokasta tietoa koskien sairaanhoitajan ammattipätevyyttä ja osaamisen tasoa suhteessa asiantuntijaryhmän asettamaan tavoitetasoon. Tavoitteena oli tunnistaa osaamisen kehittämiskohteita ja tuottaa tietoa mahdollisista koulutustarpeista työyksiköihin. Tähän tavoitteeseen opinnäytetyö vastasi odotetulla tavalla.

Erityisesti kehittämisen ja aktiivisen uuden tiedon hankkimisen osa-alueilla sairaanhoitajat itse arvioivat oman osaamisensa heikommalle tasolle kuin asiantuntijaryhmä oli asettanut. Asiantuntijat siis toivoivat sairaanhoitajien kehittävän omaa työtään enemmän kuin mihin sairaanhoitajat kokivat itse pystyvänsä. Pelttari nosti jo vuonna 1997 tekemässään väitöskirjassaan esiin laadun ja sen hallinnan, jotka jo silloin asetettiin osaksi tulevaisuuden sairaanhoitajan työtä. Tulevaisuuden sairaanhoitajalta Pelttari (1997) nosti esiin edellytyksen toimimista aktiivisena vaikuttajana, ei vain sivusta seuraajana. Tämä kyseinen edellytys nousi esiin myös tässä opinnäytetyössä asiantuntijaryhmän määrittäessä tavoitetasoa, jonka mukaan se oletti kirurgisen sairaanhoitajan osaavan hankkia uutta tietoa ja kehittää omaa työtään paremmin, kuin mihin sairaanhoitajien omat kyvyt riittivät. Laadun varmistamisen kategoriassa jäätiin alle tavoitetason kaikissa kolmessa työyksikössä. Myös Hilden (1999, 180-197 ) korosti väitöskirjassaan edellytyksiä joita sairaanhoitajilta odotettiin eli hyviä muutoksenhallinta-, päätöksenteko-, suunnittelu-, kehittämis- ja arviointitaitoja sekä kykyä itsenäiseen työskentelyyn.

Paloposken (2003) mukaan sairaanhoitajat hallitsevat parhaiten käytännöllisen osaamisen ja heikoimmin teoreettisen osaamisen. Samansuuntaisia tuloksia tuli esiin myös tässä opinnäytetyössä jossa tarkkailutehtävät kohdalla sairaanhoitajat kokivat osaamisensa olevaan hyvää.

Paloposken (2003) Tutkimuksen mukaan työkokemuksella on eniten yhteyttä ammatilliseen osaamiseen eli ammatillinen osaaminen kehittyy kokemuksen mukana. Tuomi (2008) nostaa esiin sairaanhoitajan osaamiseen vaikuttavina tekijöinä iän, työ- ja elämäkokemukset. Mie-

lenkiintoinen seikka nousi esiin tässä opinnäytetyössä. Nimittäin kaikkein kriittisemmin itseään arvioivat kirurgisen vuodeosaston henkilökunta, jossa kuitenkin vastanneista työntekijöistä 64% omasi yli 15 vuotta työkokemusta kyseisessä yksikössä. Kirurgisella poliklinikalla sitä vastoin sairaanhoitajat pitivät omaa osaamistaan parempana kuin asiantuntijaryhmän asettama tavoite, vaikkakin vastanneista 62,5%:lla oli työkokemusta kyseisessä yksikössä vain 1-3 vuotta.

Kokonaisosaamisen tavoitteeksi asiantuntijaryhmä asetti kirurgisella poliklinikalla tavoite-tasoksi hyvän (VAS 71,14) ja sairaanhoitajat arvioivat kokonaisosaamisensa erittäin hyväksi (VAS 76,01) eli yli asetetun tavoitetason. Leikkausosastolla tavoitetaso oli asetettu hyväksi (VAS 66,74) ja sairaanhoitajat itse arvioivat kokonaisosaamiseen myös hyvän (VAS 60,71). Asetettu tavoitetaso oli siis sama kuin, miksi sairaanhoitajat oman osaamisensa arvioivat. Kirurgisella vuodeosastolla kokonaisosaamisen tavoitetason asiantuntijaryhmä oli asettanut erittäin hyväksi (VAS 76,97) ja sairaanhoitajat itse arvioivat osaamisensa hyvälle tasolle (VAS 55,24). Arvioivatko kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajat itseään kriittisemmin ja miksi asiantuntijat olivat asettaneet vain kirurgisen vuodeosaston tavoitteeksi tason erittäin hyvä? Mielenkiintoista ja osaltaan tähän voi vaikuttaa Ukkolan ym. ( 2001 ) esiin nostama seikka, jossa kirurginen hoito on moniammatillista tiimityötä. Heidän mukaansa lääketieteen ja lääketieteellisen teknologian kehitys viime vuosina on vaikuttanut varsinkin kirurgiseen hoitoon. Anestesiologian kehitys mahdollistaa yhä iäkkäämpien ja moni sairaiden potilaiden kirurgisen hoidon. Koska potilaat ovat entistä iäkkäämpiä ja usein myös huonokuntoisempia, vuodeosaston henkilökunta joutuu työskentelemään kovan työpaineen alaisena. Ja varmaankin tästä samasta syystä tavoitetaso sairaanhoitajien osaamisessa oli asetettu korkeammaksi kuin muiden kirurgiseen hoitotyöhön osallistuvien sairaanhoitajien osaaminen.

Nyt osaamista kartoitettiin Lohjan sairaalassa kirurgisen potilaan hoitotyöhön osallistuvien sairaanhoitajien osalta. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia sisätautisten potilaiden hoitoon osallistuvien sairaanhoitajien osaamista suhteessa asetettuun tavoitetasoon ja näin saada osaaminen näkyväksi ja koulutustarpeet esiin koko Lohjan sairaalan osalta.

## LÄHTEET

- Aadland, E. 1993. Sosiaali- ja terveydenhoitoalan etiikka. 2. painos. Otava. Helsinki
- Benner, P. 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Kolmas painos. Wsoy. Juva.
- Benner, P & Tanner, C & Chesla, C. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. 1. painos. WSOY. Juva.
- Berglund, Maria. 2008. Osaamiskartoitus osana henkilöstön kehittämistä. Case St1 Oy. Maisterin tutkinnon tutkielma. Helsingin kauppakorkeakoulu.
- Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1996. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. 1.-2. painos. Kirjapaino Oy. Rauma.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.
- EU. 2005. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EYY, ammattipätevyyden tunnistaminen. <http://eurlex.europa.eu>.
- Hakola, Noora. 2009. Systemaattinen osaamiskartoitus kehityskeskustelussa osastonhoitajien kuvaamana. Pro Gradu. Tampereen yliopisto.
- Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meretoja, R & Suominen, T. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto hoitotieteenlaitos. Hoitotiede Vol. 19, no 1/-07.
- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. painos. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Hilden, R. 1999. Sairaanhoidajan ammattipätevyys ja ammatillisen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammer-Paino oy. Tampere.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. 6.-8., painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Wsoy. Helsinki.
- Hätönen, H. 2000. Osaava henkilöstö - nyt ja tulevaisuudessa. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Hätönen, H. 2003. Osaamiskartoituksen kehittäminen. Helsinki. Edita prima Oy.
- Jalava, U., Palonen, T., Keskinen, S. & Kontkanen, L. 1999. Osaaminen yrityksessä. PAINOSALAMA Oy. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Kauhanen, J. 2010. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. 10. painos. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Kinnunen, M. & Löytty, O. 2006. Reilua julkaisutoimintaa. Teoksessa: Etiikkaa ihmistieteille. s. 340. Toim. Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. Hakapaino Oy. Helsinki.

- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa - Knowledge Management in Health Care Organizations. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Kvist, T & Vehviläinen-Julkunen, K. 2007. Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaaminen erikoissairaanhoidossa hoitotyön johtajien arvoimana. Tutkiva hoitotyö 5, 4-9
- Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Lauri, S & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. 3.-4. painos. WSOY. Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. 1990. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163. Helsinki.
- Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamisterpeet. SoTeKeKo. 2. tarkistettu painos. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Meretoja, R. 2003. Nurse Competence Scale. Väitöskirja. Turun yliopisto. Annales Universitatis Turkuensis. Sarja D, osa 578. Turku.
- Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H. 2004a. Nurse competence scale: development and psychometric testing. Journal of Advanced Nursing 47 (2), 124-133.
- Meretoja, R., Harjula, T., Lehto, R., Timonen, L., Kallakorpi, S., Orvomaa, P-L., Kotila, J. & Kangas, R. 2009. Sairaanhoitajien osaamiskartoitukset HYKS-sairaanhoitoalueella 2007-2008. Loppuraportti. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.
- Moilanen, R. 2001. Oppivan organisaation mahdollisuudet. Helsinki: Tammi.
- Marjala, P. 2009. Työhyvinvoinnin kokemukset kartomuksellisellisinä prosesseina- narratiivinen arviointitutkimus. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Nousiainen, I. 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Opetusministeriö. 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon - koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät.
- Paloposki, S., Eskola, N. & Heikkilä, J. 2003. Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arvio teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisesta. Hoitotiede. Vol. 15. n 4/03. s. 155-165.
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. painos. WSOY. Juva.
- Pelttari, P. 1997. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes. Tutkimuksia 80. Väitöskirja.
- Pirkkalainen, J. 2003. Työhön, työssä, työstä oppiminen toimijuus ja työn muutos. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

- Pulkkinen, M-L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopiston julkaisu- ja. Turku.
- Pyykkö, A. 1996. Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyö. Ammattitaidon kehittyminen. Sairaanhoidtaja 69 ( 9 ), 14-16.
- Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. 1. painos. WS Bookwell Oy. Juva.
- Ruohotie, P. & Honka, J. 2003. Ammatillinen huippuosaaminen. Skills-julkaisu 2/2003. Saarijärven Offset Oy. Saarijärvi.
- Räisänen, A. 2002. Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Salminen, R. [WWW.hus.fi/](http://WWW.hus.fi/) Lohjan sairaala/kirurgia. Lainattu 16.11.2010
- Tuomi, J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue - Johdatus tieteelliseen tekstin ymmärtämiseen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. 1. painos. WSOY. Porvoo.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Tammi. Helsinki.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Helsinki.
- Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki.
- Väärälä, R. 1995. Ammattikoulutus ja kvalifikaatiot. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Rovaniemi. ’

## Liitteet


HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPUOLI

## OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Räikkönen Anu	
	Virka/ toimi tai oppiarvo/ koulutus/ taito: s: s Sairaanhoidaja	
	HUS:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/ puh/ gsm anu.raikkonen@drainternet.net	
	Kotiosoite Stråhlenkuja 10 08700 Lohja	
	Yliopisto, ja laitos/ Ammattikorkeakoulu/ oppilaitos, jossa opiskelee Laurea	
	Yliopiston laitos/ Ammattikorkeakoulu/ oppilaitoksen osoite Rata tie 22 01300 Vantaa	
Opinnäytetyön ohjaaja/ oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja( t), ohjaajien opintavot ja yhteystiedot ( sähköpost/ puh/ oin) Anne Vesterinen, Yliopettaja/ Principal Lecturer, KL, THM, SHO, SH, TH/ LicEd, MSc, PGDN, RN, Public Health Nurse, +358 40 830 8145, Anne.Vesterinen@laurea.fi	
	Opinnäytetyön ohjaaja( t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/ virka/ toimi Kallio Arja	
	Työaikaan osoite Sairaanhoidaja	
	Sähköpostiosoite/ puh/ gsm arja.kallio@hus.fi	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tilausalue, tulostyöskikka/ tai tilausala, jossa vastuuhenkilö työskentelee HUS Lohjan sairaala	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa SAIRAANHOITAJIEN AMMATTILLINEN PÄTEVYYS KIRURGISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ	
	Lyhyt selvitys opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa ( kirjainkoko 10) Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoidajan ammattipätevyyttä kirurgisella poliklinikalla, leikkausosastolla sekä kirurgisella vuodeosastolla NCS-mittaria ( Meretoja 2003) apuna käyttäen ja selvittää sairaanhoidajan osaamisen taso suhteessa määritettyyn tavoitetasoon.	
	Asiasanat ( max 5 kpl) Ammatillinen osaaminen sairaanhoidajann työssä, sairaanhoidajan työn erityispiirteet,	
Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input checked="" type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön toteutuspaikka <input type="checkbox"/> Lääketieteellinen <input type="checkbox"/> Hammaslääketieteellinen <input type="checkbox"/> Hoitotieteellinen <input type="checkbox"/> Terveystieteellinen <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Opinnäytetyö on osa ajempaa HUS -harkkainta? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä?	Arvioitu aloituspvm. 1.4.2011	Arvioitu päättymispvm. 1.12.2011
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konserninhallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja astentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyytiälän sairaanhoidoalue <input checked="" type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoidoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Depto <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistö Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintätekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Serviisi <input type="checkbox"/> HUS-Tähtikeskus <input type="checkbox"/> HUSGLAD <input type="checkbox"/> Ravintola <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalakeskus Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	

Kohdeyritys <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaleet <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien havainnointyksikköjen määrä
Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheutako oppinäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Oppinäytteen hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välittömät sovellettavuusarvo toimintaan, mihin <input type="checkbox"/> Ei välittömää sovellettavuutta
Oppinäytteen tekijän sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportimaan oppinäytteeni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 28.2.2011  Oppinäytteen tekijä/tekijät nimenselvennys Anu Räikkönen		Päiväys 28.2.2011  HUS:n vastuhenkilö nimenselvennys Arja Kallio

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (ks. JYL 1/2010, kohta 4.3)

<b>LOMAKE- PÄÄTÖS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että <hr/> <hr/>
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *) <hr/> <hr/>
	*) Oikeusvalvomonjoka liitteessä
Tutkimusluvan alkamispäivä	Tutkimusluvan päättymispäivä
Päiväys  Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys Arja Kallio	Päiväys <hr/> Tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa nimenselvennys

**Tarvitavat liitteet**

- Oppinäytteen suunnitelma ja selvitys oppinäytteen suorittamisesta HUS:ssa  
 Aineiston keruulomake  
 Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

**Lisäksi tarvittaessa**

- Oppinäytettä suorittava muu henkilöstö  
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma  
 Hakemus tietojen saanniksi salassa pidettävistä asiakirjoista  
 Vainiolosituksien/salassapito- ja käyttäjäsuostumus  
 Tutkittavan tiedote ja suostumus  
 Eettiseen toimikunnan lausunto  
 STM:n lupa  
 Henkilökortteiseloste

Opinnäytetyön tekijä	Opinnäytetyöntekijä tai -tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot
Opinnäytetyön ohjaaja	1 Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot 2 Muu nimetty ohjaaja ja yhteystiedot
HUS:n vastuuhenkilö	Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomais määräysten ja HUS:n määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä aloitusluvan myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämistä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat avainhenkilöt ao. tutkimusyksiköistä  Jos tutkimus kohdistuu - sairaanhoitoalueen juseaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta - usealle sairaanhoitoalueelle tai koko HUS:iin, vastuuhenkilö voidaan nimetä konsernihallinnosta.
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä. Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan osim. pro gradu, kliininen hoitotiede Opinnäytetyön suorituspaiikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään. Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvaamaan esim. Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asakirjat N=10. Aineiston keruumenetelmät luokitellaan
Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa	Selosta: - miten opinnäytetyö tapahtuu HUS:n toimintana ja ketkä osallistuvat opinnäytetyön tekemiseen (esim. haastateltavat henkilöt tai kyselyyn vastaavat henkilöt); - mitä tietoja opinnäytetyössä kerätään esim. sairaalan toiminnasta, sairaalan asialapereista, henkilökunnasta, potilaista tai omaisista; - mitä riskejä tai valvontaa vaarallisia asioita opinnäytetyö sairaalassa aiheuttaa; - mitä tietoja sairaalan henkilökunta tarvitsee opinnäytetyön tapahtumista. Hyväksytty selostus HUS:n vastuuhenkilöllä.
Asiasanat	Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot	Kuvataan, mitkä muut tahokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolena
Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia HUS:lle	Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavonmaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitusluvan myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu. HUS:n kannalta merkittävistä kustannuksissa eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastattelu-aika/hlö), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapainotuskulut yms. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisenä liitteenä.
Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset HUS:n toimintaan	Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaikutuksista HUS:n toimintaan. Tietoa voidaan korjata opinnäytetyön tutkimusluvan myöntämisen yhteydessä.
Eettinen arviointi	Lupaa valmisteleva henkilö tai luvan myöntäjä arvioi tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa.
Allekirjoitukset	Opinnäytetyön tekijän, HUS:n vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti harkittava puoltajan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksensä tai viranhaltijapäätöksensä.
Liitteet	Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa), aloituslomake ja kyselyhaastattelulomakkeen saatekirje. Viranhaltijapäätöstä valmisteleva henkilö tai luvan myöntäjä vaatii ohjeen perusteella tarvittavat muut liitteet ja pyytää ne hakijalta, mikäli ne eivät ole hakemuksen liitteenä.

## Liite 2

Riitta Meretoja (riitta\_meretoja@hus.fi)  
TtT, kehittämisspäällikkö  
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
Konsernin tutkimusjohto  
PL 100, 00029 Helsinki

SOPIMUS

**SOPIMUS SAIRAANHOITAJIEN AMMATTIPÄTEVYYSMITTARIN  
(Nurse Competence Scale, NCS) KÄYTÖSTÄ**

Suostun siihen, että NCS –mittaria voidaan käyttää empiirisen tutkimuksen tiedonkeruuvälineen seuraavilla ehdoilla:

- NCS -mittari säilytetään varsinaisten ammattipätevyysmuuttujien osalta alkuperäisessä muodossa. Ammattipätevyyttä mitataan toiminnan laadun osalla VAS -asteikolla (0-100 mm) ja toiminnan tiheyden osalla neliportaisella asteikolla (0-3).
- Kaikissa tutkimukseen ja sen raportointiin liittyvissä dokumenteissa tulee olla mittarin suhteen korrektilähdeviitteet. Mittarin suomenkielinen versio on julkaistu väitöskirjassa: Meretoja R. 2003. Nurse Competence Scale. Väitöskirja, Turun yliopiston julkaisu, Annales Universitatis Turkuensis, sarja D, osa 578, Turku.
- Mittarilla kerättyjä tietoja voidaan esittää taulukoissa ja tekstissä ja yksittäiset osiot voivat esiintyä niissä sellaisinaan. Mittaria ei voi kuitenkaan julkaista enää ludestaan esim. artikkelin liitteenä, koska suomenkielisen version julkaisuoikeudet ovat Turun yliopiston Annales julkaisusarjalla.
- Tekijä toimittaa Meretojalle yhden kappaleen tutkimusraportista tai artikkelista, jossa NCS -mittaria on käytetty tutkimusvälineenä.

Mittarin käyttäjän nimi	<u>ANU RÄIKKÖNEN</u> <u>AMU</u> allekirjoitus
Tutkimuksen taustayhteisö	<u>HUS KESKINEN SAIRAUS</u>
Osoite	<u>SAIRAALAN 3 OSTEEN KATU</u>
Tutkimuksen / tutkimusprojektin nimi	<u>SAIRAANHOITAJIEN AMMATTILUEN</u> <u>PÄTEVYYS KASVAMISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ</u>
Myönnän luvan mittarin käyttöön	<u>Riitta Meretoja</u> Riitta Meretoja
Päiväys	<u>8.12.2011</u>

Täytä tämä sopimusohje kahtena kappaleena ja lähetä ne lomakkeen yläreunassa olevaan osoitteeseen. Soudutuaasi em. ohjeisiin yksi allekirjoitettu sopimuspaperi lähetetään sinulle takaisin.

## KUVIOT

Kuvio 1: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso auttamisen kategoriassa.

Kuvio 2: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso opettamisen ja ohjaamisen kategoriassa.

Kuvio 3: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tarkkailutehtävien kategoriassa.

Kuvio 4: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tilannehallinnan kategoriassa.

Kuvio 5: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso hoitotoimien hallinnan kategoriassa.

Kuvio 6: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso laadunvarmistuksen kategoriassa.

Kuvio 7: Kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso työroolin kategoriassa.

Kuvio 8: Yhteenveto kirurgien poliklinikan sairaanhoitajien itsearvioinnista ja asetetusta tavoitetasosta kategoriittain.

Kuvio 9: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso auttamisen kategoriassa.

Kuvio 10: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso opettamisen ja ohjaamisen kategoriassa.

Kuvio 11: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tarkkailutehtävien kategoriassa.

Kuvio 12: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tilannehallinnan kategoriassa.

Kuvio 13: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso hoitotoimien hallinnan kategoriassa.

Kuvio 14: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso laadunvarmistuksen kategoriassa.

Kuvio 15: Leikkausosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso työroolin kategoriassa.

Kuvio 16: Yhteenveto leikkausosaston sairaanhoitajien itsearvioinnista ja asetetusta tavoitetasosta kategoriittain.

Kuvio 17: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso auttamisen kategoriassa.

Kuvio 18: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso opettamisen ja ohjaamisen kategoriassa.

Kuvio 19: Kirurgisen vuodeosaston itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tarkkailutehtävien kategoriassa.

Kuvio 20: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso tilannehallinnan kategoriassa.

Kuvio 21: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso hoitotoimien hallinnan kategoriassa.

Kuvio 22: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso laadunvarmistuksen kategoriassa.

Kuvio 23: Kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearviointi ja asetettu tavoitetaso työroolin kategoriassa.

Kuvio 24: Yhteenveto kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien itsearvioinnista ja asetetusta tavoitetasosta kategoriittain.

**TAULUKOT**

Taulukko 1: Vastanneiden sairaanhoitajien ikärakenne

Taulukko 2: Vastanneiden sairaanhoitajien työkokemusvuodet