



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenni Harju-Keturi e1801305

SAIRAANHOITAJIEN AMMATTIPÄTEVYYS AKUUTTIHOIDON ALUEELLA

Sosiaali- ja terveysala kehittäminen ja johtaminen YAMK
2022

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jenni Harju-Keturi
Opinnäytetyön nimi	Sairaanhoitajien ammattipätevyys akuuttihoidon alueella
Vuosi	2022
Kieli	suomi
Sivumäärä	53 + 2 liitettä
Ohjaaja	Virpi Välimaa

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, millaista osaamista sairaanhoitajilla on Vaasan keskussairaalan akuuttihoidon alueella. Tarkoituksena oli myös tutkia, onko taustamuuttujilla yhteyttä ammatilliseen pätevyysalueeseen akuuttihoidon alueella. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ammattipätevyyslisämisessä. Osaamisen kehittämiseen voidaan saatujen tulosten pohjalta paneutua paremmin niillä osa-alueilla, joilla havaittiin puutteita.

Tutkimuksen mittarina toimi Meretojan (2003) kehittämä Nurse Competence Scale (NCS) mittari, joka koostuu auttamisen, opettamisen ja ohjaamisen, tarkkailutehtävien, tilankehityksen, hoitotoimien hallinnan, laadunvarmistuksen ja työroolin osa-alueista. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat itse ammatillista pätevyyttään ja osaamistaan akuuttihoidon alueella. Tutkimus toteutettiin Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla sekä tehohoidon ja valvonnan osastolla. Tutkimusaineistona käytettiin keväällä 2022 sairaanhoitajilta kerättyjä itsearviointeja ammatillisesta pätevyydestä.

Sairaanhoitajat arvioivat oman ammatillisen pätevyytensä akuuttihoitotyössä hyväksi. Tilankehityksen osa-alueella osaaminen arvioitiin erittäin hyväksi. Suurimmat erot kohdistuivat opettamisen ja ohjaamisen, hoitotoimien hallinnan ja laadunvarmistuksen osa-alueisiin, kun katsotaan keskihajontaa.

Vertailtaessa taustamuuttujia ja pätevyyden osa-alueita toisiinsa ristiintaulukoinnilla ei kukaan neliötestiä toteutunut. Täten todettiin, ettei taustamuuttujien tilastollista yhteyttä osa-alueisiin voitu tutkia, koska p-arvoa ei voitu lukea.

Avainsanat	akuuttihoito, ammatillinen osaaminen, sairaanhoitajan ammattipätevyysmittari
------------	--

ABSTRACT

Author	Jenni Harju-Keturi
Title	Professional Competence of the Nurses in Acute Care Area
Year	2022
Language	Finnish
Pages	53 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Virpi Välimaa

The purpose of this study was to describe what kind of competence nurses have in the acute care area of Vaasa Central Hospital. The purpose was also to investigate whether background variables have a link to professional competence in the acute care area. The aim of the study was to produce information that can be used to increase professional competence. Based on the results obtained, competence development can be better focused on those areas where deficiencies were found.

The measurement scale of the study was the Nurse Competence Scale (NCS), developed by Riitta Meretoja (2003), consisting of aspects of helping role, teaching and coaching, diagnostic functions, managing situations, therapeutic interventions, quality assurance and work role. In this study, nurses self-evaluated their professional competence and competence in the field of acute care. The study was carried out in the emergency department and in the intensive care and observation unit of Vaasa Central Hospital. The self-assessments of professional competence collected from nurses were used as research data in spring 2022.

The nurses rated their own professional competence in acute nursing as good. In the situation management component, the competence was rated as very good. The main differences were in the areas of teaching and coaching, therapeutic interventions and quality assurance when looking at the standard deviation.

When comparing the background variables and components of validity to each other by cross-tabulation, the chi-squared test was not performed. Therefore, it was concluded that the statistical connection of the background variables to the subdivisions could not be studied because the p-value could not be read.

Keywords	acute care, professional competence, nurse competence scale
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	11
	3.1 Akuuttihoito	11
	3.2 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen	13
	3.3 Aikaisemmat tutkimukset, joissa on käytetty NCS-mittaria	17
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
	4.1 Kohderyhmä.....	21
	4.2 Aineiston keruu.....	21
	4.3 Nurse Competence Scale (NCS)	22
	4.4 Aineiston analysointi.....	26
5	TULOKSET	28
	5.1 Taustamuuttajat	28
	5.2 Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys akuuttihoiton alueella	31
	5.2.1 Auttamisen osa-alue	32
	5.2.2 Opettamisen ja ohjaamisen osa-alue.....	33
	5.2.3 Tarkkailutehtävän osa-alue.....	34
	5.2.4 Tilannehallinnan osa-alue	34
	5.2.5 Hoitotoimien hallinnan osa-alue.....	35
	5.2.6 Laadun varmistuksen osa-alue.....	36
	5.2.7 Työrooliin liittyvien tehtävien osa-alue	37
	5.2.8 Taustamuuttajien yhteys sairaanhoidajien ammattipätevyyteen	
	38	
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	40
	6.1 Tutkimustulosten tarkastelua	40

6.2 Eettisyys ja luotettavuus	45
6.3 Validiteetti ja reliabiliteetti	48
6.4 Hyödynnettävyys	49
6.5 Jatkotutkimusehdotukset	50
LÄHTEET	51
LIITTEET	54

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma	28
Kuvio 2. Vastaajien työkokemus terveydenhuoltoalalta	29
Kuvio 3. Työkokemus sairaanhoitajana	30
Kuvio 4. Sairaanhoitajien työkokemus nykyisessä yksikössä	31
Taulukko 1. Sairaanhoitajien itsearviointit auttamisen osa-alueella	32
Taulukko 2. Sairaanhoitajien itsearviointit opettamisen ja ohjaamisen osa- alueella	33
Taulukko 3. Sairaanhoitajien itsearviointit tarkkailutehtävän osa-alueella	34
Taulukko 4. Sairaanhoitajien itsearviointit tilankehallinnan osa-alueella	35
Taulukko 5. Sairaanhoitajien itsearviointit hoitotoimien hallinnan osa-alueella	36
Taulukko 6. Sairaanhoitajien itsearviointit laadun varmistuksen osa-alueella ...	37
Taulukko 7. Sairaanhoitajien itsearviointit työroolin osa-alueella	38

LIITELUETTELO

LIITE 1. NCS-mittari

LIITE 2. Saatekirje

1 JOHDANTO

Terveysthuollon järjestelmistä on tullut yhä monimutkaisempia ja siksi laadukas sairaanhoitajakoulutus ja koulutus työn ohessa ovat entistä tärkeämpiä. Nykyään sairaanhoitajan ammatin suurimpia haasteita ovat ammattipätevyiden kehittäminen, ylläpitäminen ja arviointi. Hoitotyön harjoittaminen vaatii yhä monipuolisemmin tietoja, taitoja ja kykyjä. Näiden haasteiden vuoksi ammattipätevyiden mittaaminen on tärkeää. (Notarnicola, Stievano, De Jesus Barbarosa, Gambalunga, Iacorossi, Petrucci, Pulimeno, Rocco & Lancia 2018, 459.) Sairaanhoitajan tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen ja sairaanhoitaja nähdään hoitotyön asiantuntijana. Työ on hyvin monipuolista, siihen kuuluu muuan muassa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen tukeminen muuttuvissa toimintaympäristöissä terveyden saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Sairaanhoitajan kuuluu toteuttaa ja kehittää hoitotyötä sekä ennaltaehkäisevältä että parantavalta ja kuntouttavalla kannalta. (OPM 2006, 63.) Sairaanhoitajien on siis osattava monipuolisesti suuriakin hoitotyön kokonaisuuksia, jonka vuoksi on tärkeää, että heidän ammattipätevyytään pystytään mittaamaan ja tulosten perusteella suunnittelemaan koulutusta, joka vastaa osaamistarpeeseen.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Vaasan keskussairaalan akuuttihoitossa ja tehohoidon ja -valvonnan osastolla työskentelevät sairaanhoitajat. Pandemian vuoksi sairaanhoitajien työstä on uutisoitu paljon viime aikoina. Etenkin pandemian alussa keväällä 2020 oli paljon puhetta siitä, kuinka sairaanhoitajia koulutettiin nopealla aikataululla lisää teho-osastoille, jotta valmius hoitaa koronapotilaiden lisäksi muita teho-osaston potilaita säilyisi. Tämän lisäksi akuuttihoitossa vaaditaan jatkuvaa tietojen ja taitojen päivittämistä. On esimerkiksi tärkeää osata tehdä nopeita päätöksiä. Ammattipätevyiden jatkuva kehittäminen ja osaamisen arviointi on oleellista. Tämän vuoksi on tärkeää selvittää, millaiseksi sairaanhoitajat kokevat oman osaamisensa tason. Kirjallisuuskatsauksen mukaan Suomessa kehitetyt sairaanhoitajien ammattipätevyysmittarin avulla on tehty vain joitakin tutkimuksia akuuttihoitotilanteiden alueella Suomessa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, millaista osaamista sairaanhoitajilla on Vaasan keskussairaalan akuuttihoidon alueella. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen lisäämisessä. Osaamisen kehittämiseen voidaan saatujen tulosten pohjalta paneutua paremmin niillä osa-alueilla, jolla havaittiin puutteita. Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistonkeruussa Meretojan (2003) Suomessa kehittämää sairaanhoitajien ammattipätevyysmittaria. Meretojan mittaria on käytetty lukuisissa laadukkaissa tutkimuksissa ja sen on todettu olevan hyvä mittari ammattipätevyyden mittaamiseen.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, millaista osaamista sairaanhoitajilla on Vaasan keskussairaalan akuuttihoidon alueella. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ammattipätevyyden lisäämisessä. Osaamisen kehittämiseen voidaan saatujen tulosten pohjalta paneutua paremmin niillä osa-alueilla, joissa havaittiin puutteita.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaista osaamista sairaanhoitajilla on Vaasan keskussairaalan akuuttihoidon alueella?
2. Ovatko taustatekijät yhteydessä sairaanhoitajien osaamiseen Vaasan keskussairaalan akuuttihoidon alueella?

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Seuraavissa kappaleissa käydään läpi tämän opinnäytetyön kannalta tärkeimpiä käsitteitä.

3.1 Akuuttihoito

Tässä työssä akuuttihoitolla tarkoitetaan sekä päivystystä, että tehohoidon ja -valvonnan osastoa. Nämä osastot ovat tiiviissä yhteistyössä keskenään ja hoitavat hyvin monipuolisesti erilaisista elinhäiriöistä kärsiviä potilaita.

Sairaalat ovat monimutkaisia ja usein kaoottisia paikkoja. Tämä monimutkaisuus johtuu osittain potilaiden sairauksien luonteesta, mutta se johtuu myös tekniikoista, jotka eivät ole saumattomasti yhteydessä toisiinsa, kuten sähköiset terveystiedot. Sairaanhoitajat ovat sairaaloiden ensisijaisia hoidon tarjoajia. Heidän aikansa ja osaamisen kohdistaminen vaikuttaa sairaaloiden ja akuuttihoiton toimintaan. Sairaanhoitajien aikaa ei kuitenkaan käytetä tehokkaasti. (Institute of Medicine 2010, 7.)

Sairaanhoitajien työolot ovat äärimmäisen stressaavia. He tarjoavat usein hoitoa toimimattomissa järjestelmissä; he hallitsevat monimutkaista luetteloa lääkärin tilauksista, jotka vaativat jatkuvaa uudelleenpriorisointia; he suorittavat potilaiden valvonnan ja jatkuvan seurannan kriittiset toiminnot; ja he tekevät tämän työn samalla kun etsivät laitteita ja tarvikkeita. Työssä tulee myös usein paljon keskeytyksiä ja häiriötekijöitä. Tarvitaan uusia käytäntömalleja, jotka keskittyvät sairaanhoitajien todelliseen panokseen, ja on muutettava tapaa, jolla järjestään ja annetaan hoitoa. Esimerkiksi Gordon ja Betty Moore -säätiö on rahoittanut Destination Bedside -nimistä hanketta kahdessa Kaiser-laitoksessa Pohjois-Kaliforniassa. Se pyrkii luomaan tehokkaampia työympäristöjä, jotka tukevat saumattomasti sairaanhoitajia ja lääkäreitä potilaan hoidon toteutuksessa. Akuutit hoitoympäristöt muuttuvat teknologian, uusien liiketoimintamallien ja ihmisten tarpeiden muuttuessa.

Uudet akuuttihoitomallit syntyvät joko oletuksena sattumanvaraisesti tai johdonmukaisesti suunnittelun mukaan. Lisäksi joidenkin yhtenäisten uusien mallien näkökohdat näkyvät jo terveydenhuoltojärjestelmässä. (Institute of Medicine 2010, 8-9.) Akuuttihoiton luonteen muuttumisen vuoksi on tärkeää, että keskitytään sairaanhoitajien ammattipätevyyteen ja kehitetään uusia toimintamalleja ammattipätevyyden lisäämiseksi.

Oikeus kiireelliseen hoitoon on määritetty perustuslaissa. Yhteiskunnan turva-verkko ja terveydenhuoltojärjestelmän palvelukulttuurin näyteikkuna on yksi tapa kuvata päivystystä. Päivystyspoliklinikoilla kohdataan hyvin erilaisten ongelmien kirjo, mutta siellä tehdään myös suuria päätöksiä elämään ja kuolemaan liittyen. Henkeä ja terveyttä akuutisti lähestyvän vaaran torjuminen on yksi päivystyksen perustehtävistä. Tämän vuoksi on tärkeää, että työssä on läsnä huippuosaamista, hyvää prosessienhallintaa ja korkea ammattietiikka. (Voipio-Pulkki 2005, 21.) Päivystykseen hakeudutaan yleensä äkillisen sairastumisen tai tapaturmien takia. Kriisi on usein läsnä sekä potilaan että läheisten elämässä, kun sairastutaan ja joudutaan päivystyspoliklinikalle. (Sillanpää & Koponen 2005, 28.) Päivystyspoliklinikalta potilaat siirtyvät jatkohoitoon vuodeosastojen lisäksi tehohoidon ja -valvonnan osastoille.

Suomessa tehohoitojaksoja on noin 16 000–17 000 vuodessa. Kriittisesti sairaat, vakavasti vammautuneet potilaat tai suuren kirurgisen toimenpiteen läpi käyneet potilaat tarvitsevat tehohoitoa. Tehohoidolla tarkoitetaan peruselintoimintojen tukemista ja erilaisten elintoimintahäiriöiden hoitoa lääkkeillä ja laitteilla. Tehohoidossa käytetään yleensä monia erilaisia hoitomuotoja tukemaan hengitystä, verenkiertoa, aivoja ja viskeraalielimiä tarkan valvonnan lisäksi. Tehohoitoa tarvitsevat potilaat, joiden elintoiminnot ovat vakavasti häiriintyneet tai on uhka, että ne häiriintyvät vakavasti ilman tukihoidoja. Tämän tyyppistä hoitoa tarjotaan yliopistosairaaloissa ja keskussairaaloissa. Lisäksi monissa sairaaloissa on myös valvontaosastoja, joissa tarjotaan kevyempiä hoitomuotoja ja vähäisempiä monito-

rintimahdollisuuksia. (Jalonen 2014, 63.) Nykyään on myös paljon yhdistettyjä teho- hoidon ja- valvonnan osastoja kuten Vaasassa ja Seinäjoella (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut).

3.2 Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen

Perustehtävänä hoitotyössä on ihmisen hoitaminen kokonaisvaltaisesti. Perustana asiantuntijuudelle sairaanhoitajilla on tieto siitä, mitä ja millaista tutkittua tietoa tarvitaan hoidon onnistumiseksi. Sairaanhoitajan tutkinto ei anna siis elinikäistä pätevyyttä hoitotyön tekemiseen, vaan sitä täytyy päivittää jatkuvasti. (Mäkipää & Korhonen 2011, 20-22.)

Ilman ammatillista osaamista terveydenhuoltoalalla työskentely ei ole mahdollista. Erilaiset lait ja asetukset toimivat pohjana sairaanhoitajan ammatilliselle osaamiselle ja toiminnalle. Perustana toimivat erityisesti laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä sekä sairaanhoitajan eettiset ohjeet. (L559/1994; A564/1994; Sairaanhoitajan eettiset ohjeet) Potilasturvallisuuden edistäminen ja terveydenhuollon palveluiden laadun varmistaminen ovat lain tarkoitus. Tietojen ja taitojen ylläpitäminen ja kehittäminen sekä ammattitoimintaan koskeviin säädöksiin ja määräyksiin perehtyminen on määritetty laissa. Myös työnantajan tulee seurata terveydenhuollon työntekijöiden ammatillista kehittymistä ja varmistaa, että saatavilla on tarvittavia ammatillisia täydennyskoulutuksia. Täydennyskoulutuksien lisäksi pitää olla muita ammatillisen kehittymisen menetelmiä, joilla on mahdollista ylläpitää ja kehittää tietoja ja taitoja, jotta ammatinharjoittaminen on turvallista ja asianmukaista. (L559/1994.)

Ammatillinen pätevyys tarkoittaa sitä, että on kykyä suoriutua tehtävästä hyvin sekä oman itsensä että muiden arvioimana. Ihmisillä on erilaisia taitoja senhetki- seen tehtävään, minkä hän on saanut. Kun puhutaan toimintokokonaisuuksien hallinnasta, ei tarkoiteta pelkästään yksittäisten ammatillisten taitojen hallintaa, vaan siihen kuuluvat myös työn kokonaisuuden ja työn kehittämisen hallinta. Täl-

löin ihminen tietää omat rajansa sekä sen mitä hän osaa ja mitä ei, eli itseluottamus on yhteensopiva suoriutumisen kanssa. Pätevyyttä eli kompetenssia on olemassa sekä tietoista että tiedostamatonta. Henkilö, joka tuntee taitonsa ja suorittaa tehtävistään hyvin, on tietoinen toiminnastaan, jolloin kompetenssi on tietoista. Henkilö, joka harjoittaa kykyjään, taitojaan tai tietojaan, ilman sitä, että miettii asioita, ei ole tietoinen toiminnastaan. Näiden lisäksi kompetenssi koostuu kolmesta eri alueesta, joita ovat: ydinpätevyys, erikoispätevyys ja potilaan hoitoon liittyvä pätevyys. (Hildén 2002, 33–34.; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 17.)

Ydinpätevyyteen liittyvät tiedot ja taidot ovat välttämättömiä sairaanhoitajalle. Ilman niitä sairaanhoitaja ei voi suunnitella ja toteuttaa potilaan yksilöllistä hoitoa sekä arvioida potilaan tilaa ja potilaan saamaa hoitoa. Ydinpätevyyteen kuuluvat taidot ovat osa sairaanhoitajan koulutusta. Kun hoitotyöntekijä toteuttaa tarkoituksen mukaista hoitotyötä määrätulle potilasjoukolle, puhutaan erikoispätevyydestä. Esimerkiksi teho-osastotyö vaatii erilaista erikoisosaamista kuin synnytysosasto, eli eri erikoisalueet vaativat eri pätevyystekijöitä. Kun osaa yhdistää ydinpätevyyden ja erikoispätevyyden potilaan yksilöllistä hoitoa suunnitellessa, puhutaan yleispätevyydestä. Hallitakseen nämä pätevyudet sairaanhoitaja tarvitsee yhdistelmän psykomotorisia-, psykososiaalisia- ja ongelmanratkaisutaitoja. Hoidon tuloksien lisääminen ja hoidon komplikaatioiden minimoiminen ovat tulosta näistä taidoista. (Hildén 2002, 34–36.)

Ammattitaitoon liitetään usein seuraavat osaamisalueet: taitotieto, yhteistyötaidot ja yhteiskunnan jäsenyys, arviointi- ja oppimistaidot, ammatillisuus ja persoonallisuus, kehittämis- ja uusintamistaidot sekä yhteiskuntajärjestelmän ymmärtäminen. Osana ammattitaitoa pidetään myös sosiaalisia taitoja sekä organisointi- ja oppimistaitoja. (Iivanainen ym. 2001, 17.)

Tehohoitotyössä kuten muuallakin osaaminen vaihtelee työntekijästä toiseen ja se on yksilöllistä. Jokaisella teho-osastolla on omia erityisosaamisvaatimuksia, jotka liittyvät osaston toimintaan. Critical Care National Network Nurse Leads Forum

(CC3N) Isosta-Britanniasta on nostanut esiin tarpeen systemaattiselle tehohoitajan osaamisen määrittelylle ja laatinut kolmiportaisen osaamisen selityksen. Yhdistelmä taitoja, tietoa, asennetta, arvoja ja teknistä osaamista ovat kompetenssin määritelmä CC3N:n mukaan, ja ne ovat turvallisen ja vaikuttavan tehohoidon lähtökohtana. Myös Lakanmaa on kuvannut suomalaisessa tehohoitotyössä samat kompetenssin määritelmät. Hoitajan työkokemusta ja henkilökohtaisia ominaisuuksia pidetään merkittävänä suomalaisten tehohoitajien ja -lääkäreiden näkökulmasta. (Ritmala-Castrén & Lakanmaa 2020, 37.)

Alimmilla tasoilla tehohoitotyön osaaminen on säännönmukaista ja luotetaan vahvasti ohjeisiin. Toiminta muuttuu tavoitteelliseksi ja suuntautuu hetkelliseen tilanteiden hallintaa, kun hoitaja on pätevällä tasolla. Kun ammattitaitoa tulee lisää ja päästään hoitotyössä taitavalle tasolle, tilanteet nähdään usein selkeämmin ja niitä pystytään tarkastelemaan monipuolisemmin, huomioiden se miten muuttuneet olosuhteet vaikuttavat tilanteeseen. Asiantuntijatasolla olevan hoitajan päätöksenteko on vaistonvaraista ja ongelmat tunnistetaan nopeasti antamatta epäoleellisten asioiden häiritä päätöksentekoa. Pätevälle tasolle tehohoidossa kehitytään noin 3 vuoden aikana. Jotta hoitajan on mahdollista saavuttaa asiantuntijataso, on hänen aktiivisesti lisättävä tieto- ja taitotasoaan. (Ritmala-Castrén & Lakanmaa 2020, 37-38.)

Tehohoitotyön osaamisen kuvaaminen auttaa tehohoitajaa hahmottamaan, mitä hänen tulee osata, millaisella tasolla ja mihin mennessä. Tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisen arvioinnissa auttavat osaamiskuvaukset. Yksilön omalla vastuulla on ammatillinen kehittyminen, joka tapahtuu parhaiten hyvin johdettuna ja tuettuna. Hyvin tuettu ammatillinen kehittyminen parantaa parhaimmillaan tehohoitajien työssä jaksamista ja potilaiden hoidon laatua. (Ritmala-Castrén & Lakanmaa 2020, 38.)

Päivystyksessä työskenteleviltä sairaanhoitajilta vaaditaan samankaltaisia taitoja kuin teholla työskenteleviltä. Teoreettisen tiedon hallinta, taidot, itsenäinen päätöksentekotaito, kriittisyys sekä riittävä kokemus havaita potilaan tarvitsema

hoito, ovat osa päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitotyöntekijän ammatillisuutta. Hoitajan täytyy olla avoin ja vastuullinen, jotta hän kykenisi toimimaan hoitosuhteessa ja tuottamaan hyvää oloa. Empaattisuuden merkitystä korostavat terveydenhuoltopalvelujen käyttäjät. Empaattisuus nähdään aitona kiinnostuksena ja haluna auttaa potilasta, ystävällisenä käytöksenä, myötätuntoisuutena ja iloisuutena. (Sillanpää & Koponen 2005, 28.)

Tyksin erityisvastuualueen tiede- ja tutkimusstrategiassa vuosille 2020–2025 on yhtenä tutkimuksen painopisteenä mainittu hoitohenkilöstön voimavarat. Strategialla pyritään siihen, että hoitotyön osaamisen kehittäminen ja ylläpitäminen erityisesti muutostilanteissa, toiminnan johtamisessa ja hoitotyön osaamisen pysyvyydessä ja kehittymisessä turvataan hoitotieteellisen tutkimuksen avulla Tyksin erityisvastuualueella. (Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen hoitotieteellinen tutkimusohjelma vuosille 2020–2025, 8.) Tämän tavoitteen mukaan olisi siis tärkeää tutkia sairaanhoitajien osaamista eri hoitotyön alueilla. Kaikilla osastoilla ei tarvita samanlaista osaamista.

On tärkeää tiedostaa, että ammattitaitoon kuuluu muutakin kuin vain kädentaitoja. Hoitotyössä on paljon sellaisia työvaiheita, joissa tekniset taidot ja kädentaidot ovat suuressa roolissa. (Iivanainen ym. 2001, 19.) Vahva teoreettinen tausta on perusta, josta sairaanhoitajan kliininen osaaminen koostuu. Teoreettiseen osaamiseen kuuluu hoitotyöhön tarvittavan anatomian, fysiologian, patofysiologian ja lääketieteen osaamisen lisäksi farmakologiaa, ravitsemustieteitä sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden alan osaamista. Hoitotyön toteuttaminen näyttöön perustuvasti vaatii sairaanhoitajalta ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja, hoitotyön auttamismenetelmien ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon hallittamista sekä virheetöntä lääkehoidon toteuttamista. (OPM 2006, 68.) Etenkin päivystyksessä sekä tehohoidon ja valvonnan osastoilla hoidetaan paljon erityyppisiä potilaita ja käsitellään erilaisia lääkkeitä, joten ilman teoreettista tietoa ei voi pärjätä.

Kliinisten taitojen oppimisessa on tärkeää ymmärtää teoreettisen tiedon tarpeellisuus, täytyy kuitenkin ymmärtää, miksi jokin asia tehdään. Hoitotyössä puhutaan paljon hiljaisesta tiedosta. Hiljaisesta tiedosta opitut äänettömät taidot opitaan kokemuksen myötä. Nopeat ratkaisut päätöksenteossa ja intuitiivinen toiminta ovat mahdollista äänettömien taitojen vuoksi. Tilanteissa, joissa käytetään äänettömiä taitoja, toimitaan joustavasti ja loogisesti, mutta toiminnan erittelemine ja perusteleminen jälkeenpäin on hankalaa. Erilaisten toimenpiteiden oppiminen edellyttää suurta määrää teoreettista tietoa. Tiedollinen perusta on osa taitojen oppimista. Ennen taitojen oppimista motoriset taidot ovat kognitiivista toimintaa. Teoreettisen tiedon lisäksi harjoittelulla on suuri merkitys osaamisen oppimiseen. Taitojen oppiminen etenee vähitellen vaihe vaiheelta. (Iivanainen ym. 2001, 19–21.)

3.3 Aikaisemmat tutkimukset, joissa on käytetty NCS-mittaria

Sairaanhoitajien ammatillisesta pätevydestä on tehty paljon tutkimuksia sekä Suomessa että ulkomailla. Meretojan (2003) kehittämää Nurse Competence Scale (NCS) mittaria on hyödynnetty sekä Suomessa että ulkomailla yhtenä työkaluna sairaanhoitajien ammattipätevyyttä selittävässä tutkimuksissa. Mittari on käännetty monelle eri kielelle ja onkin laajimmin hyödynnetty mittari, jolla pystytään mittaamaan sairaanhoitajien ammatillista osaamista eri vaiheissa heidän uraansa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehty vuonna 2017 mittarin käyttöön ja tuloksiin liittyen (Flinkman, Leino-Kilpi, Numminen, Jeon, Kuokkanen & Meretoja). Katsauksessa oli mukana 30 tutkimusta, joissa oli mukana yli 11 000 ammattipätevyysarviota. Tutkimuksista 20 oli tehty Euroopassa ja 10 Euroopan ulkopuolella. Katsauksessa mukana olleet tutkimukset olivat vuosilta 2004–2015. Tässä katsauksessa sairaanhoitajan ammattipätevyysmittari on osoittanut hyvän sisällön pätevyden ja asianmukaisen sisäisen johdonmukaisuuden. Sairaanhoitajan ammattipätevyysmittarin arvo on vahvistettu määritettäessä taustamuuttujien (mm. ikä, koulutus, työvuodet) ja osaamisen välisiä suhteita. Mittaria on käytetty laajalti kokeneiden ja vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ja heidän esimiestensä kanssa ja

sen on todettu olevan hyvä mittari myös uran eri vaiheisiin. Katsauksessa selvisi, että kulttuureiden välisiä eroja tulisi vielä tulevaisuudessa tutkia paremmin. (Flinkman ym. 2017.)

Norjaan on kehitetty oma versio Meretojan kehittämästä NCS-mittarista. Norjalaisessa mittarissa on 46 kysymyskohtaa ja kategorioita siinä on neljä. Tämän mittarin kehittämiseen käytettiin testiryhmänä sairaanhoitajia sekä kunnalliselta puolelta että erikoissairaanhoidosta Norjassa. Saatujen tulosten perusteella tutkimuksessa todettiin, että mittarin kääntäminen toiselle kielelle ei vaikuta saatuihin tuloksiin. Tuloksista voitiin myös päätellä, että mittaria on mahdollista käyttää terveydenhuollon erilaisilla alueilla. (Wangensteen, Johansson & Nordström 2015.)

NCS-mittaria on käytetty Suomessa erilaisissa toimintaympäristöissä, kuten poliklinikoilla, perioperatiivisissa toimintaympäristöissä, päiväkirurgiassa ja ensihoidossa. Polikliinistä hoitotyötä tutkivassa artikkelissa (Luostarinen, Meretoja & Niemi 2019, 30) kerrotaan sairaanhoitajien arvioineen ammattipätevyytensä suurimmalta osin hyväksi. Auttamisen osa-alue oli arvioitu erittäin hyväksi. Pätevyytensä tilastollisesti merkitsevästi korkeammaksi arvioivat pidempään poliklinikoilla työskennelleet työroolin ja hoitotoimien hallinnan osa-alueilla. Sairaanhoitajien oma arvio ammattipätevyydestään poikkesi asiantuntijaryhmän määrittämästä tavoitetasosta. Niin että se oli selkeästi matalampi. Luostarinen ym. mukaan polikliininen erityisosaaminen, monipuolinen potilasohjaus, organisaatiotaidot, hoidon järjestely- ja systeemiosaaminen sekä hoitotyön kehittämisosaaminen ovat tulevaisuuden pätevyysaasteita poliklinikoilla. Näiden ongelmien välttämiseksi polikliinisten sairaanhoitajien ammattipätevyyden nyky- ja tavoitetilan luonnehtiminen on tärkeää. Tiedon avulla täydennyskoulutusten kohdentaminen osataan tehdä oikein. (Luostarinen ym. 2019, 30.)

Salonen, Kaunonen, Meretoja & Tarkka (2007) ovat tehneet tutkimuksen, jonka tarkoituksena on ollut selvittää hiljattain valmistuneiden sairaanhoitajien käsityksiä omasta pätevyystään. Kysely kerättiin käyttämällä NCS-mittaria. Tutkimus

koostui tehohoidossa ja päivystyksessä työskentelevien 235:n sairaanhoitajan vastauksista. Tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli alle 3 vuotta työkokemusta. Hoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä hyväksi. Tutkimuksessa oli tullut esiin tilastollinen merkitsevyys ammatillisen pätevyyden ja iän välillä sekä työkokemuksen ja toimintojen tiheyden osalta. Erityyppisten osastojen välillä oli eroja. Yleisesti valvontayksiköissä ja tehohoidon ja valvonnan osastoilla ammatillinen pätevyys oli korkeampaa kuin teho-osastolla ja päivystyksessä. Päivystysyksiköissä ammatillisen pätevyyden tasot eivät vaihdelleet niin suuresti kuin muissa yksiköissä. Auttamisen osa-alue sai korkeimmat pisteet teho-osastoilla, valvontaosastoilla ja niiden yhdistelmissä. Auttamisen osa-alue ja laadunvarmistuksen osa-alue saivat alhaisimmat pisteet päivystysyksiköissä. Päivystysyksiköissä korkeimmat pisteet tulivat tilannehallinnan osa-alueelta. Tutkimuksen tuloksista voitiin päätellä, että oppimisympäristöllä on suuri merkitys ammatillisen pätevyyden kehittämisessä. Hyvä ilmapiiri osastolla ja kannustava johtamistyyli, voivat vaikuttaa paljonkin ammatillisen pätevyyden kehittämiseen.

Bahreini, Shahamat, Hayatdavoudi & Mirzaei (2011) ovat tehneet tutkimuksen Iranissa, jossa verrattiin kahden eri yliopistollisen sairaalan sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä toisiinsa. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat, jotka työskentelivät tyyppin 1 sairaalassa käyttivät enemmän kliinisiä taitojaan kuin tyyppin 2 sairaalassa työskentelevät. Hoitajien työkokemuksella ei ollut suurta vaikutusta koettuun ammatilliseen pätevyyteen. Tuloksista kävi myös ilmi, että ympäristön ja organisaation monimuotoisuuden osalta hoitajien koulutustarpeet ovat erilaisia ja johtoportaan tulisi olla tästä tietoinen. Bahreinin ym. tutkimuksella saatujen tuloksien pohjalta on mahdollista kehittää kannustinohjelmia ja täydennyskoulutuksia, jotka perustuvat koulutustarpeisiin.

Iranissa on tehty myös toinen tutkimus, jossa on käytetty NCS-mittaria. Tutkimuksen tilastollinen perusjoukko koostui 260 hoitajasta, jotka työskentelivät tehohoitoyksiköissä viidessä eri sairaalassa, jotka olivat sidoksissa Kermanshahin lääketie-

teelliseen yliopistoon. Tutkimukseen osallistui 155 hoitajaa, jotka arvottiin perusjoukosta, jotka täyttivät tutkimuksen kriteerit. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kliinistä pätevyyttä ja siihen liittyviä tekijöitä tehohoidossa työskenteleviltä hoitajilta. Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitajat kokivat ammatillisen pätevyytensä olevan erittäin hyvä. Korkeimmaksi pätevyytensä hoitajat arvioivat tilanteiden hallinnan osa-alueella. Taustamuuttujilla kuten iällä, sukupuolella, akateemisella koulutuksella ja työkokemuksella ei ollut vaikutusta siihen millaiseksi ammatillinen pätevyys koettiin. Johtopäätöksenä tutkimuksessa oli, että tulisi toteuttaa myönteisiä toimenpiteitä kliinisen pätevyyden soveltamisen edistämiseksi. (Faraji, Karimi, Azizi, Janatolmakan & Khatony, 2019.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyönä tehtävä tutkimus on kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin e-lomakekyselyä käyttäen. Kyselylomakkeena käytettiin Meretojan (2003) kehittämää sairaanhoitajien ammattipätevyysmittaria. Seuraavissa kappaleissa on kuvattuna tarkemmin tutkimuksen toteutus.

4.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Vaasan keskussairaalan tehohoidon ja -valvonnan osaston sekä päivystyksen sairaanhoitajat. Nämä osastot valittiin tutkimukseen siksi, että ne kuuluvat akuuttihoiton palvelualueeseen. Leikkausosaston sairaanhoitajat jätettiin tutkimuksesta pois, koska leikkaushoidon alue on erityyppinen kuin tehohoidon ja -valvonnan osasto sekä päivystys. Tutkimus on empiirinen, jossa selvitettiin sairaanhoitajien koettua ammattipätevyyttä tutkimukseen valituilla Vaasan keskussairaalan osastoilla. Henkilökuntaa on yhteensä noin 100, kun otetaan huomioon sekä tehohoidon ja -valvonnan osasto että päivystyksen henkilökunta.

4.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin käyttäen määrällistä kyselylomaketta. Aineisto kehittämistyötä varten kerättiin kyselynä suuren henkilökuntamäärän vuoksi, jotta kaikki saavat tasapuolisen tilaisuuden kertoa omasta ammattipätevyydestään ilman paineita. Kyselyssä käytettiin Riitta Meretojan (2003) Suomessa kehittämää validoitua sairaanhoitajan ammattipätevyysmittaria. Mittarin käyttöön on saatu lupa WileyOnlinelibraryn kautta, jossa mittari on alun perin julkaistu Journal of Advanced Nursing- lehdessä. Kysely suoritettiin e-lomakekyselynä paperisen lomakkeen sijaan. Kysely lähetettiin sähköpostitse ja siihen liitettiin saatekirje, vastaamisaikaa kyselyyn oli kolme viikkoa. Viikkoa ennen vastausajan päättymistä lähetettiin muistutus sähköpostitse. Sen lisäksi, että kysely lähetettiin sähköpostitse, laitettiin

maininta kyselystä tehohoidon ja -valvonnan osaston viikkokirjeeseen, jonka osastonhoitaja lähetti henkilökunnalle.

4.3 Nurse Competence Scale (NCS)

Sairaanhoitajan ammattipätevyysmittari eli Nurse Competence Scale (NCS) on Riitta Meretojan (2003, 5) kehittämä mittari, jonka avulla sairaanhoitajat ja osastonhoitajat pystyvät arvioimaan erilaisissa toimintaympäristöissä sairaanhoitajan ammatillista pätevyyttä. Ammattipätevyys on kyvykkyyttä toimia tietyssä työroolissa, jonka edellytyksenä on, että osaa sovittaa tietoja, osaamista, arvoja ja näkökulmia työtoiminnassa sekä ammatillisen kehittymisen asteittaisena prosessina (Meretoja 2003). Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys muodostuu Meretojan (2003) seitsemästä ammattipätevyyttä kuvaavasta osa-alueesta. Näitä alueita ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus ja työrooli. Sairaanhoitajan työssä tarvitaan erilaista osaamista, kuten kädentaitoja, harkitsemiskykyä ja päätöksentekokykyä sekä sosiaalisia taitoja. Esimerkiksi potilaan neuvonta ja informointi liittyvät hoitotyössä opettamis- ja ohjaamistaitoihin. Potilaan voinnissa tapahtuvien muutoksien havaitseminen ja tunnistaminen sekä niistä kirjaaminen taas ovat osa sairaanhoitajan tarkkailutaitoja. Tilannehallinnan osa-alueeseen voidaan sairaanhoitajalla ajatella kuuluvan esimerkiksi elvytyksen osaaminen ja hätätilanteissa toimiminen. Työn järjestelmällisyys ja sen kehittäminen sekä hoitamisen taidot ovat osa hoitotoimien hallinnan osa-alueita. Laadunvarmistuksen osa-alueeseen kuuluu toiminnan onnistumisen arviointi. Työroolin osa-alueeseen kuuluvat kokonaisuuden selkeydestä huolehtiminen, yhteistyön ylläpitäminen ja työtapojen edistäminen. (Heikkilä, Ahola, Kankkunen, Meretoja & Suominen 2007, 4–5.)

Mittarissa on 73 muuttujaa, jotka on jaettu aiemmin mainittuihin seitsemään pätevyysalueeseen. Jokainen kysymys arvioidaan erikseen VAS-asteikolla ja neliporraisella asteikolla, joka kuvaa toiminnan toistumisen tiheyttä. VAS-asteikon luokat ovat seuraavat: matala (VAS 0-25), kohtalaisen hyvä (VAS 25-50), hyvä (VAS 50-75) ja erittäin hyvä (VAS 75-100) kokonaisammattipätevyys (Meretoja, Isoaho, &

Leino-Kilpi 2004, 128.) Meretoja on käyttänyt Bennerin (1984) mallia ”aloittelijasta asiantuntijaksi” NCS-mittarin kehittämisessä. Bennerin malli kuvaa sairaanhoitajan ammatillista kehittymistä. Mallissa eteneminen kuvataan viidessä vaiheessa aina aloittelijasta asiantuntijaksi. Vaiheita ovat, aloittelija, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Aloittelija ei osaa vielä toimia joustavasti ja toiminta on rajoittunutta. Edistynyt aloittelija pystyy taas jo täyttämään toiminnan kannalta olennaiset vähimmäisvaatimukset. Vastuullisesti ja tietoisesti itselleen tavoitteiden asettaminen on osa pätevän osaajan toimintaa. Kolmea ensimmäistä tasoa edellytetään kaikilta hoitajilta. Neljänteen ja viidenteen tasoon vaikuttavat sairaanhoitajan oma motivaatio ja ammatilliset tavoitteet. (Benner, Tanner & Chesla 1999, 58-70.) Seuraavaksi luettelen millaisia asioita jokainen seitsemästä osa-alueesta sisältää.

Sairaanhoitajilta haetaan erilaista apua kuin muilta ammattiauttajilta. Avun saaminen ja sen pyytäminen ovat kaksi eri asiaa. Avusta ei kuitenkaan aina ole apua. Kaikki eivät pysty tunnustamaan tarvitsevansa tai saaneensa apua. (Benner 1993, 53.) Auttamisen osa-alueeseen kuuluu monia asioita. Auttaja mahdollistaa sellaisen ympäristön potilaille, joka vahvistaa heidän parantumiseen sitoutumistaan. Kun ollaan tekemisissä kivun kanssa, auttaja tarjoaa tukea ja kohtelee inhimillisesti. Kipujen tulkitseminen ja oikeiden kivunhallinta tekniikoiden valinta on myös osa auttajan roolia. Hän on läsnä potilaan sitä tarvitessa ja osaa maksimoida potilaan osallistumaan omaan hoitoonsa. Hän osaa tarjota lohtua ja yhteyttä myös kosketuksen kautta. Auttaja ottaa huomioon myös potilaan omaisten henkiset tarpeet sekä osaa informoida hoitoon liittyvistä asioista. Potilaat saattavat usein olla kriisissä hoitoon jouduttuaan ja auttajan tulee osata ohjata ja tukea potilaita oikeaan suuntaan. (Meretoja 2003, 70; Meretoja ym. 2004, 127.)

Opettamisen ja ohjaamisen tilanteet vaativat ammattiosaamista. Niihin liittyy monia vaatimuksia ja ne edellyttävät erilaisia taitoja, etenkin kun potilas on sairas. Sairaanhoitajien tulee osata opetustilanteissa käyttää omia vahvuuksiaan, kiinnittää huomiota äänensävyynsä, asenteisiinsa, huumoriinsa ja lähestymistapoihinsa.

Opettamista ja ohjaamista ei tule tutkia vain informaation ja ohjeiden antamisena. Olennaista on, että potilaalle opetetaan, miten käsitellä sairauttaan ja antaa mahdollisimman hyvät edellytykset toipumiselle. (Benner 1993, 76-77.) Ohjaamisen ajoitus on tärkeää, jotta pystyy huomaamaan, koska potilas on valmis oppimaan uutta. Kun potilaat ovat valmiita oppimaan, heitä tulee auttaa sisällyttämään sairauden ja toipumisen seuraukset osaksi elämäntyyliään. Kun potilaita opetetaan, tulee selvittää ja ymmärtää potilaan oma tulkinta sairaudestaan. Potilaille tulee tarjota tulkinta heidän tilastaan ja antaa järkeviä perusteluita, miten asioiden kanssa tulee menetellä. Opettamisen lisäksi potilaita tulee ohjata oikeaan suuntaan. Tulee tehdä sairauden kulttuurisesti vältetyt puolet lähestyttäväksi ja ymmärrettäväksi. Potilaiden ja omaisten ohjauksen lisäksi tulee huomioida opiskelijaohjaus ja uusien työntekijöiden ohjaus. (Meretoja 2003, 70,73; Meretoja ym. 2004, 127.)

Potilaan tilassa tapahtuvia muutoksia ovat useimmiten ensimmäisenä toteamassa ja dokumentoimassa sairaanhoitajat. Huolellista tarkkuutta vaaditaan erilaisissa hoitotoimenpiteissä ja diagnostisissa kokeissa ja usein niiden turvamarginaali on kapea. Tarkkailijan tulee havaita varhaiset varoitusmerkit ja osata ennakoida mahdollisesti eteen tulevia ongelmia. Tarkkailutehtävän mahdollisimman monipuolisen onnistumisen kannalta on tärkeää, että ymmärtää sairauden erityisvaatimukset ja kokemukset sekä osaa ennakoida potilaiden hoitotarpeita tähän pohjautuen. Tarkkailijan tulee myös arvioida potilaiden mahdollisuuksia toipumiseen ja erilaisiin hoitomuotoihin reagoimiseen. Potilaan toipumisen tärkein suoja on se, että sairaanhoitaja tarkkailee huolellisesti ja osaa havaita ongelmat nopeasti. (Benner 1993, 89-90; Meretoja 2003, 70; Meretoja ym. 2004, 127.) Tarkkaileminen ei ole siis niin yksinkertaista, kuin voisija ajatella sen olevan. Huomioitujen asioiden kirjaamiseen tulee kiinnittää myös erityistä huomiota.

Ensimmäiset huononemisen merkit potilaan tilassa havaitsee usein sairaanhoitaja. Ja kun nopea toiminta on välttämätöntä, on potilas onnekas jos tilannetta valvo-

massa on kokenut sairaanhoitaja, jotta virheiltä välttyminen ja päällekkäinen toiminta on minimoitu ennen lääkärin paikalle saapumista. (Benner 1993, 100.) Tilanteiden hallintaan kuuluvat hätätilanteissa toiminen ja ongelman nopea havaitseminen. Hätätilanteiden hallintaan kuuluu tarpeiden ja resurssien nopea yhteensovittaminen sekä potilaskriisitilanteen tunnistaminen ja hallinta, kunnes lääkäri on saatavilla. Tilanteiden hallinta on siis pääasiassa hätätilanteissa toimimista. (Meretoja 2003, 70; Meretoja ym. 2004, 127.)

Toimenpiteiden suorittaminen vaatii erilaisia taitoja. Juuri valmistuneille sairaanhoitajille opettujen toimenpiteiden suorittaminen vaatii usein käytännössä paljon monimutkaisempia taitoja, eivätkä tilanteet ole samanlaisia, vaikka toimenpide sitä itsessään olisi. (Benner 1993, 109.) Hoitotoimien hallintaan kuuluu suonsisäisen hoidon aloittaminen ja ylläpitäminen riskit ja komplikaatiot minimoiden. Kaikkien lääkkeiden antaminen tulee suorittaa tarkasti ja turvallisesti, huomioiden haittavaikutukset, reaktiot, terapeuttiset vasteet, myrkyllisyys ja yhteensopimattomuudet. Hoitotoimien hallintaa lääkehoidon lisäksi kuuluu torjua liikkumattomuuden vaaroja. Tällaisten vaarojen ehkäisyyn luetaan seuraavat: ihon kunnon seuranta, potilaiden liikkuminen ja harjoittaminen liikkuvuuden ja kuntoutuksen maksimoimiseksi ja hengityskomplikaatioiden estämiseksi. Jos estotoimenpiteet ihon hoidon suhteen eivät ole onnistuneet pitää luoda haavojen hoitostrategia, joka edistää paranemismukavuutta ja asianmukaista nesteidenpoistoa haavalta. (Meretoja 2003, 70; Meretoja ym. 2004, 127.)

Laadun varmistuksen osa-alueeseen kuuluu turvallisen lääkehoidon ja sairaanhoidon toteuttamiseksi kehitetty varajärjestelmä. Tulee osata arvioida, mitä lääkkeitä voidaan jättää pois tai lisätä lääkärin määräyksien perusteella. Laadun säilymiseksi on tärkeää saada asianmukaisia ja oikea-aikaisia vastauksia lääkäriltä. Laadun varmistaminen siis liittyy pääasiassa kokonaisuuden toteutuksen osa-alueisiin. Laadun säilyttämiseksi on tärkeää tehdä aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi, jos jokin yllä mainituista alueista ei toteudu laadukkaasti. (Meretoja 2003, 70-73; Meretoja ym. 2004, 127.) Laadunvarmistukseen liittyviä taitoja ei usein huomata

silloin, kun kaikki menee hyvin eikä ole tapahtunut virheitä. Potilaat hyötyvät siitä, että lääkäreiden ja sairaanhoitajien välinen kommunikaatio toimii ja he tekevät yhteistyötä ja toimivat joustavasti. (Benner 1993, 126.)

Työn roolin osa-alueeseen kuuluvat taidot opitaan työssä ja siihen kuuluu monia asioita. Siihen kuuluu koordinoiminen, tilaaminen ja useiden potilaiden tarpeisiin ja pyyntöihin vastaaminen. Pitää kuitenkin priorisoida asiat tärkeysjärjestyksessä. Moniammatillisen tiimin rakentaminen ja ylläpitäminen optimaalisen hoidon tarjoamiseksi. Selviytyminen henkilöstöpulassa ja suuressa vaihtuvuudessa. Työrooliin kuuluu myös työtovereiden jaksamisesta huolehtimisen lisäksi omasta jaksamisesta huolehtiminen ja sen rajallisuus. (Meretoja 2003, 70-73; Meretoja ym. 2004, 127.) Hoitotyöllä on monimutkainen ja vaativa rooli sairaalaympäristössä. Koordinaatio- ja ryhmätyöskentelytaitoja vaaditaan, jotta hoidon jatkuvuus ja turvallisuus on taattu. Hoitajat tarvitsevat organisatorisia ja työrooliin liittyviä taitoja, vaikka heidän työtehtävänsä olisivat itsenäisiä. (Benner 1993, 138-139.)

4.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS- tilasto-ohjelmaa. Aineiston kuvailussa käytettiin frekvenssijakaumia sekä ristiintaulukointia. Aineiston tarkastuksen yhteydessä aineistosta poistettiin yksi vastaaja, koska hän ei ollut vastannut kuin taustamuuttujiin.

Aineistosta saatiin yleisimmät tunnusluvut kuten keskiarvot, hajonnat sekä prosentit. Aineistosta tehtiin myös taulukoita Excel-tilaston avulla ja diagrammeja SPSS- tilasto-ohjelmalla.

Meretojan mittarissa käytettiin VAS-asteikkoa 0-100. Tässä tutkimuksessa käytettiin asteikkoa 0-10, koska kyselyssä ei käytetty janaa vaan valmiita vastausvaihtoehtoja numeroina 0-10 välillä. Tästä johtuen saadut tulokset eivät ole täysin verrattavissa niihin tutkimuksiin, joissa on käytetty VAS- asteikkoa 0-100.

Jokaisesta osa-alueesta tehtiin summamuuttuja ja niiden Cronbachin Alfat tarkistettiin. Kun Cronbach Alpha on vähintään 0.70, summamuuttujan voidaan todeta olevan sisäisesti johdonmukainen. Minkään osa-alueen kohdalla ei ollut mielekästä poistaa yhtään väittämää summamuuttujasta. Auttamisen osa-alueen Cronbachin Alpha 0,838. Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueen Cronbachin Alpha oli 0,858. Tarkkailutehtävän osa-alueen Cronbachin Alpha oli 0,766. Tilannehallinnan osa-alueen Cronbachin Alpha oli 0,844. Hoitotoimien hallinnan osa-alueen Cronbachin Alpha oli 0,862. Laadun varmistuksen osa-alueen Cronbachin Alpha oli 0,793. Työroolin osa-alueen Cronbachin Alpha oli 0,874. Näin ollen kaikilla osa-alueilla oli kysymysten välillä sisäinen johdonmukaisuus ja mittarin voidaan todeta olevan luotettava.

Taustamuuttujien yhteyttä ammattipätevyyteen tutkittiin seitsemän ammattipätevyyttä kuvaavan summamuuttujan mukaan. Taustamuuttujina olivat ikä, työkokemus nykyisessä työyksikössä, työkokemus sairaanhoitajana sekä työkokemus koko terveydenhuoltoalalta. Muuttujat työkokemus nykyisessä yksikössä, koko terveydenhuoltoalalta ja sairaanhoitajana muutettiin luokitteleviksi muuttujiksi. Luokat muodostuivat seuraavasti: 1–4 vuotta, 5–9 vuotta, 10–15 vuotta ja yli 15 vuotta. Näin saatiin edustavat otokset jokaisesta ikäryhmästä.

Aineiston osa-alueiden numeerisista summamuuttujista tehtiin luokittelevia muuttujia, joiden yhteyttä edellä mainittuihin taustamuuttujiin selvitettiin ristiintaulukoinnin avulla. Summamuuttujista tehtiin kahdenlaisia luokittelevia muuttujia. Toisessa oli neljä luokkaa, jotka olivat matala pätevyys, melko hyvä pätevyys, hyvä pätevyys ja erittäin hyvä pätevyys. Lisäksi tehtiin toiset luokittelevat muuttujat, joissa luokat olivat matala pätevyys ja hyvä pätevyys.

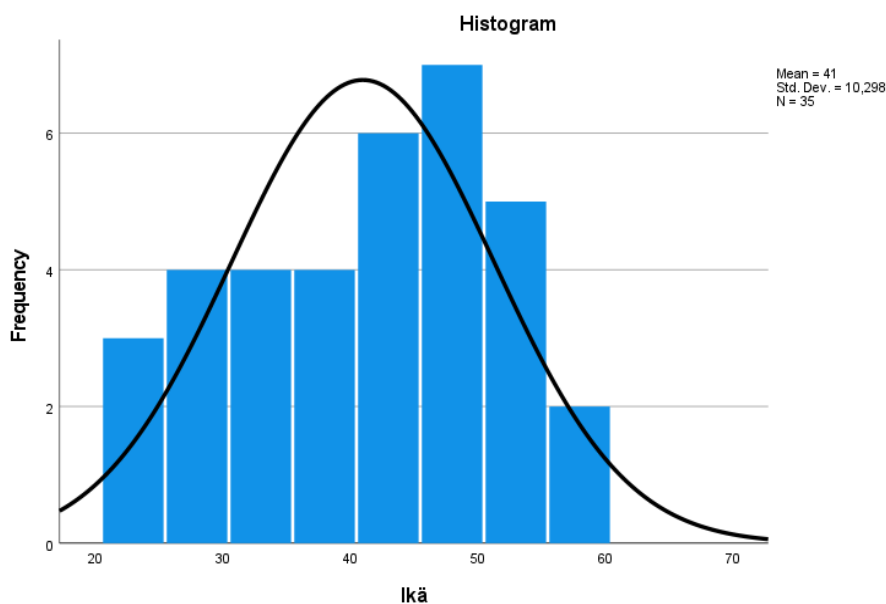
5 TULOKSET

Seuraavissa kappaleissa käydään läpi tutkimuksella saatuja tuloksia taustamuuttujien ja ammatillisen pätevyyden osa-alueiden kautta.

5.1 Taustamuuttujat

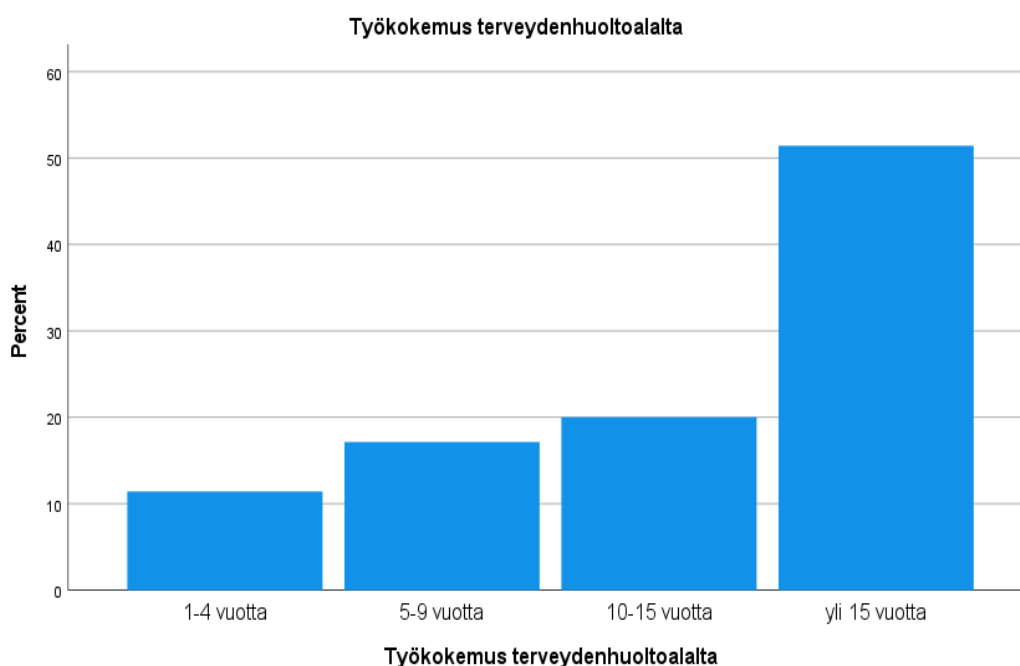
Aineisto koostui 35 sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden ja osaamisen itsearvioinneista akuuttihoidon alueella. Sairaanhoitajista viisi työskenteli päivystyspoliklinikalla ja 29 teho- ja valvontaosastolla. Yksi sairaanhoitaja ilmoitti työskentelevänsä molemmilla osastoilla. Vastaajista naisia oli 29 ja miehiä kuusi.

Nuorin kyselyyn vastanneista oli 23-vuotias ja vanhin 57-vuotias, keski-ikä ollessa 41 vuotta. Vastanneista 34 –vuotiaita tai sitä nuorempia oli 28,6 %, 35–49 –vuotiaita 45,7 % ja yli 50 –vuotiaita 25,7 %. (Kuvio 1.)



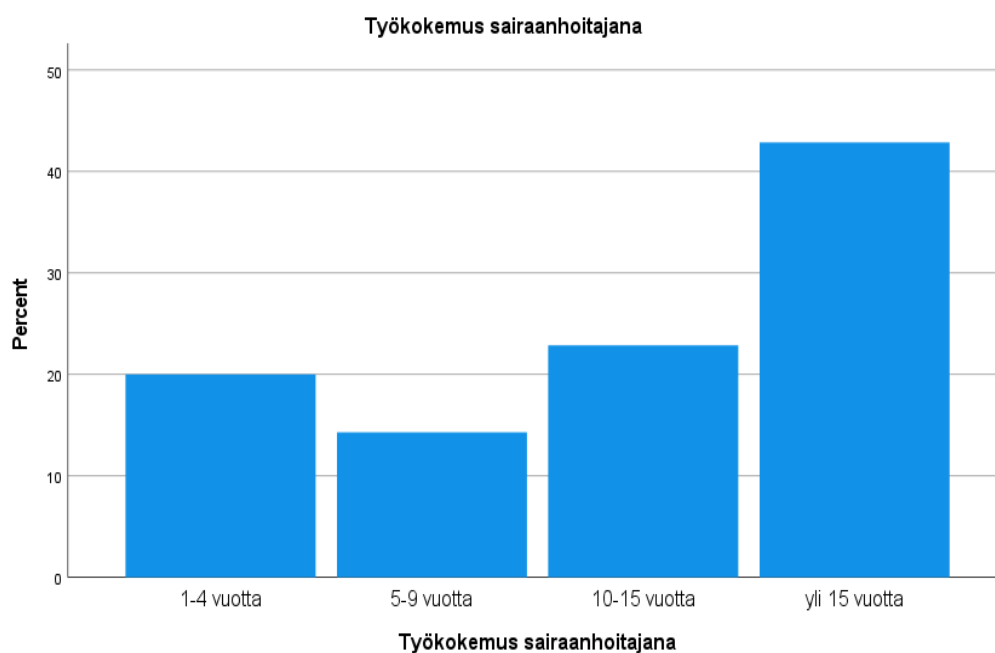
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma

Työkokemus terveydenhuoltoalalta vaihteli 2–35 vuoden välillä. Terveydenhuoltoalan kokemusta oli vastaajilla keskimäärin 17,1 vuotta. Vastaajista 11,4 % oli työkokemusta terveydenhuoltoalalta 1–4 vuotta. Sairaanhoitajia, jotka ilmoittivat työkokemukseksi 5–9 vuotta oli 17,1 % ja 10–15 vuotta terveydenhuoltoalan kokemusta oli 20 %:lla vastaajista. Yli 15 vuotta työkokemusta oli 51,4 % vastaajista. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Vastaajien työkokemus terveydenhuoltoalalta

Työkokemusta sairaanhoitajina vastaajilla oli 1–35 vuotta. Keskimääräinen työkokemus vastaajilla sairaanhoitajina oli 14,6 vuotta. Sairaanhoitajana 1–4 vuotta työskennelleitä oli 20 % vastaajista. Työkokemusta sairaanhoitajana oli 5–9 vuodelle 14,3 % ja 10–15 vuotta 22,9 %. Yli 15 vuoden työkokemus sairaanhoitajana oli 42,9 %:lla vastaajista. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Työkokemus sairaanhoitajana

Kyselyyn vastanneet olivat työskennelleet omassa yksikössään eri pituisia aikoja. Sairaanhoitajien työkokemus nykyisessä yksikössä vaihteli 1–32 vuoden välillä. Työkokemuksen keskiarvo oli 10,4 vuotta. Sairaanhoitajista 45,7 % oli työskennellyt nykyisessä yksikössä 1–4 vuotta. Nykyisessä yksikössä 5–9 vuotta työskennelleitä oli 8,6 % ja 10–15 vuotta olleita 17,1 %. Yli 15 vuotta nykyisessä yksikössä olleita sairaanhoitajia oli 28,6 %. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Sairaanhoitajien työkokemus nykyisessä yksikössä

5.2 Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys akuuttihoidon alueella

Tutkimuksen tulokset käsitellään kaikkien seitsemän osa-alueen ammattipätevyyttä kuvaavan summamuuttujan mukaan. Nämä osa-alueet ovat auttaminen, opettaminen-ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadunvarmistus ja työrooli. Tutkimukseen vastanneiden kokonaismäärä oli 35 vastaajaa. Pakollisia vastauksia olivat ainoastaan taustamuuttujiin liittyvät kysymyksen, joten osa-alueiden muuttujien kohdalla lukumäärät vaihtelivat jonkin verran. Yhden kyselyn tuloksia ei kirjattu lainkaan, koska siinä oli vastattu ainoastaan taustatietoihin.

Tuloksissa vastaukset ilmoitetaan toiminnan laadun osalta asteikolla 0–10. Asteikolla 0–2 merkitsee toiminnan matalaa pätevyyttä, 3–5 melko hyvää pätevyyttä, 6–7 hyvää pätevyyttä ja 8–10 erittäin hyvää pätevyyttä. Toiminnan tiheyttä ja soveltuvuutta kuvaava neliportainen asteikko ilmoitetaan välillä 0–3, jossa 0

merkitsee ei sovellettavissa työhön, 1 sovellettavissa hyvin harvoin, 2 sovellettavissa satunnaisesti ja 3 sovellettavissa erittäin usein. (Meretoja ym. 2004.) Muuttujien vastausmäärä (n), keskihajontaluku (SD) sekä vaihteluväli minimistä maksimiin, ilmoitetaan tuloksissa. Muuttujien vastausmäärä (n) on keskiarvo sekä laadun että tiheyden osalta ja ne on pyöristetty tasaluvuiksi.

5.2.1 Auttamisen osa-alue

Ammattipätevyys arvioitiin hyväksi auttamisen osa-alueella (7,71). Ammattipätevyiden minimi ja maksimit olivat 0–10 välillä. Erittäin hyväksi sairaanhoitajat arvioivat pätevyytensä päätöksenteossa, jota ohjaa eettinen arvoperusta (8,43). Alhaisimmaksi pätevyytensä sairaanhoitajat arvioivat yksikön hoitokulttuurin kehittämisenä (6,91), samassa muuttujassa myös keskihajonta (SD) oli suurin 2,09. Pienin keskihajonta (SD) 1,02 oli hoitosuunnitelman muokkaamisessa potilaan tilanteen mukaan. Muut vastaukset olivat näiden arvojen välissä. Toiminnan tiheyksissä suurimmat arvot olivat potilaan selviytymiskeinojen tukemisen kohdalla ja päätöksentekoa ohjaava eettisen arvoperusta. Pienin tiheys oli yksikön hoitokulttuurin kehittämisessä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Sairaanhoitajien itsearviointit auttamisen osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-2, melko hyvä pätevyys 3-5, hyvä pätevyys 6-7, erittäin hyvä pätevyys 8-10.

Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein

Auttamisen osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti	35	7,69	1,76	2	10	2,77
Tuen potilaan selviytymiskeinoja	34	8,29	1,27	3	10	2,85
Arvioin kriittisesti omaa hoitofilosofiaani	35	7,20	1,30	3	10	2,43
Muokkaan hoitosuunnitelmaa potilaan tilanteen mukaisesti	35	8,31	1,02	6	10	2,80
Hyödynnän hoitosuhteessa aktiivisesti hoitotieteellistä tietoa	35	7,17	1,56	4	10	2,40
Kehitän yksikköni hoitokulttuuria	35	6,91	2,09	0	10	2,17
Päätöksentekoa ohjaa eettinen arvoperusta	35	8,43	1,40	4	10	2,85
		7,71	1,49			

5.2.2 Opettamisen ja ohjaamisen osa-alue

Ammattipätevyys opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella arvioitiin hyväksi (7,07). Ammattipätevyyden pienin ja suurin arvo olivat 0–10 välillä. Erittäin hyväksi sairanhoidajat arvioivat potilaan yksilöllisen ohjaamisen pätevyystason (8,26). Sairanhoidajat arvioivat heikoimmaksi pätevyytensä potilasohjauksen kehittämisen yksikkönsä (4,29). Suurin keskihajonta (SD) oli uusien työntekijöiden perehdyttämisen kehittämisessä yksikössä (SD 2,96). Pienin keskihajonta (SD) oli yksilöllisessä potilasohjauksessa (SD 1,17). Toiminnan tiheyttä arvioitaessa vähiten tehtiin ohjauksen tuloksen arviointia omaisten kanssa ja eniten yksilöllistä potilasohjausta. Potilasohjauksen tulosten arviointi, niin potilaan, omaisten, kuin koko hoitoryhmän kanssa arvioitiin sisältyvän työhön hyvin harvoin. Myös potilasohjauksen koordinointi, potilasohjauksen kehittäminen ja uusien työntekijöiden perehdyttämisen kehittäminen sisältyivät hyvin harvoin työhön. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Sairanhoidajien itsearvioinnit opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-2, melko hyvä pätevyys 3-5, hyvä pätevyys 6-7, erittäin hyvä pätevyys 8-10.

Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein

Opettamisen ja ohjaamisen osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen	35	6,91	1,65	3	10	2,44
Tunnistan otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle	35	7,40	1,61	2	10	2,56
Hallitsen potilaalle ohjattavan asian sisällön	35	7,77	1,22	5	10	2,74
Ohjaan potilasta yksilöllisesti	35	8,26	1,17	5	10	2,82
Koordinoin potilasohjausta	35	5,40	2,48	0	10	1,85
Tunnistan omaisten ohjaustarpeita	34	7,26	1,31	4	9	2,35
Ohjaan omaisia itsenäisesti	34	7,38	1,46	4	10	2,47
Tunnistan opiskelijan kehitysvaiheen ohjauksen lähtökohtana	35	7,31	1,88	0	10	2,53
Tuen opiskelijaa tavoitteiden saavuttamisessa	33	7,82	2,12	0	10	2,73
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa	35	5,83	1,95	2	10	1,94
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä omaisten kanssa	35	5,26	2,16	0	9	1,74
Arvioin potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa	33	5,88	2,20	0	10	1,94
Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani	35	7,71	1,51	3	10	2,79
Kehitän potilasohjausta yksikössäni	35	4,29	2,49	0	9	1,68
Kehitän uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössäni	35	5,40	2,96	0	9	1,85
Kehitän omaa vastuualuettani yksikössäni	35	7,23	2,58	0	10	2,24
		7,07	2,12			

5.2.3 Tarkkailutehtävän osa-alue

Ammattipätevyys tarkkailutehtävän osa-alueella arvioitiin hyväksi (6,96). Ammattipätevyyden pienin ja suurin arvo olivat 0–10 välillä. Erittäin hyväksi sairaanhoitajat arvioivat potilaan voinnin monipuolisen analysoinnin (9,03). Alhaisimmaksi pätevyytensä sairaanhoitajat arvioivat kirjaamisen kehittämisen työyksikössään (4,89). Suuri keskihajonta (SD) oli kirjaamisen kehittämisessä työyksikössä (SD 2,88). Pienin keskihajonta (SD) oli potilaan voinnin monipuolisessa analysoinnissa (SD 1,07). Toiminnan tiheyttä arvioitaessa vähiten tehtiin kirjaamisen kehittämisestä omassa työyksikössä ja eniten potilaan voinnin monipuolista analysointia. Muut tulokset sijoittuvat näiden väliin. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Sairaanhoitajien itsearvioinnit tarkkailutehtävän osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-2, melko hyvä pätevyys 3-5, hyvä pätevyys 6-7, erittäin hyvä pätevyys 8-10.

Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein

Tarkkailutehtävän osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Analysoin potilaan vointia monipuolisesti	35	9,03	1,07	6	10	2,86
Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen	35	8,03	1,58	4	10	2,65
Tunnistan omaisten henkisen tuen tarpeen	35	7,83	1,84	2	10	2,49
Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua	35	8,06	1,66	5	10	2,37
Ohjaan muuta henkilökuntaa potilaan tarkkailussa	35	7,46	1,44	4	10	2,40
Ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä	35	7,12	2,13	0	10	2,17
Kehitän kirjaamista työyksikössäni	35	4,89	2,88	0	9	1,74
		6,96	1,98			

5.2.4 Tilannehallinnan osa-alue

Ammattipätevyys tilannehallinnan osa-alueella arvioitiin erittäin hyväksi (8,04). Ammattipätevyyden pienin ja suurin arvo olivat 0–10 välillä. Sairaanhoitajat arvioivat toimintansa hätätilanteissa tilanteiden vaatimalla tavalla pätevyystasoltaan parhaimmaksi eli erittäin hyväksi (8,66). Heikoimmaksi pätevyytensä sairaanhoitajat arvioivat, kohdassa kriisitilanteiden jälkiselvittelyn järjestämisessä (4,89). Suurin keskihajonta (SD) oli kriisitilanteiden jälkiselvittelyn järjestämisessä (SD 3,09).

Pienin keskihajonta (SD) oli toimiminen hätätilanteissa tilanteiden vaatimalla tavalla (SD 0,91). Toiminnan tiheyttä arvioitaessa vähiten järjestettiin kriisitilanteiden jälkiselvittelyä ja eniten hätätilanteissa toimimista tilanteiden vaatimalla tavalla. Muut vastaukset sijoittuivat näiden arvojen välille. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Sairaanhoitajien itsearvioinnit tilannehallinnan osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-2, melko hyvä pätevyys 3-5, hyvä pätevyys 6-7, erittäin hyvä pätevyys 8-10.

Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein

Tilannehallinnan osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain	35	8,17	1,42	4	10	2,91
Priorisoin toimintaani joustavasti tilanteen mukaan	35	8,63	1,09	6	10	2,97
Toimin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla	35	8,66	0,91	7	10	3,00
Järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn	35	4,89	3,09	0	10	1,46
Ohjaan työtovereitani nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa	35	6,40	2,46	1	10	2,35
Suunnittelen potilaan hoitoa yksikköni tilanteen mukaisesti	35	8,26	1,38	3	10	2,89
Ylläpidän välineistön toimintavalmiutta	35	7,57	2,56	0	10	2,54
Edistän yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa	35	7,91	1,6	4	10	2,63
		8,04	1,51			

5.2.5 Hoitotoimien hallinnan osa-alue

Ammattipätevyys hoitotoimien hallinnan osa-alueella arvioitiin hyväksi (6,16). Ammattipätevyyden pienin ja suurin arvo olivat 0–10 välillä. Sairaanhoitajat arvioivat toimintansa tilanteidenmukaisten päätöksiensä teossa potilaan hoidossa parhaimmaksi eli erittäin hyväksi (8,57). Heikoimmaksi pätevyytensä sairaanhoitajat arvioivat osallistumisessaan moniammatillisten hoito-ohjelmien yhtenäistämiseen (3,88). Suurin keskihajonta (SD) oli kohdassa toimin konsulttina muille työntekijöille (SD 3,11). Pienin keskihajonta (SD) oli tilanteiden mukaisten päätöksiensä teossa potilaan hoidossa (SD 1,09). Toiminnan tiheyttä arvioitaessa vähiten osallistuttiin moniammatillisten hoito-ohjelmien yhtenäistämiseen ja eniten tehtiin tilanteen mukaisia päätöksiä potilaan hoidosta. Potilaskansioiden ajan tasalla pitämistä ja hoitokäytäntöjen kehittämistä oli hyvin harvoin. Muiden vastauksien kohdalla toimintoja oli satunnaisesti. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Sairaanhoidajien itsearvioinnit hoitotoimien hallinnan osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-2, melko hyvä pätevyys 3-5, hyvä pätevyys 6-7, erittäin hyvä pätevyys 8-10.

Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein

Hoitotoimien hallinnan osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaisesti	35	8,43	1,54	4	10	2,94
Teen tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta	35	8,57	1,09	5	10	3,00
Koordinoin moniammatillista yhteistyötä	35	7,80	1,69	3	10	2,37
Ohjaan työtovereita hoitotoimenpiteiden toteutuksessa	35	7,40	1,83	3	10	2,40
Pidän ajan tasalla ohjekansioita	35	5,37	2,72	0	9	1,69
Toimin konsulttina muille työntekijöille	35	5,63	3,11	0	10	2,14
Hyödynnän toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa	35	6,17	2,35	2	10	2,15
Arvioin systemaattisesti hoidon tuloksellisuutta	35	7,15	2,06	2	10	2,51
Kehitän hoitokäytäntöjä	35	5,14	2,77	0	10	1,74
Osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien yhtenäistämiseen	33	3,88	2,83	0	8	1,63
		6,16	2,18			

5.2.6 Laadun varmistuksen osa-alue

Ammattipätevyys laadun varmistuksen osa-alueella arvioitiin hyväksi (6,66). Ammattipätevyyden pienin ja suurin arvo olivat 0–10 välillä. Sairaanhoidajat arvioivat oman sitoutumisensa organisaation hoitofilosofian toteuttamiseen parhaimmaksi eli erittäin hyväksi (8,06). Heikoimmaksi pätevyytensä sairaanhoidajat arvioivat aloitteiden tekemisessä tutkimus- ja kehittämiskohteiksi (5,26). Suurin keskihajonta (SD) oli aloitteiden tekemisessä kehittämis- ja tutkimuskohteiksi (SD 2,87). Pienin keskihajonta (SD) oli tutkimus- ja kehittämiskohteiden tunnistamisessa potilashoidossa (SD 1,59). Toiminnan tiheyttä arvioitaessa vähiten tehtiin aloitteita tutkimus- ja kehittämiskohteiksi ja eniten sitouduttiin organisaation hoitofilosofian toteuttamiseen. Muut vastaukset sijoittuivat näiden tulosten väliin. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Sairaanhoidajien itsearvioinnit laadun varmistuksen osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-2, melko hyvä pätevyys 3-5, hyvä pätevyys 6-7, erittäin hyvä pätevyys 8-10.

Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein

Laadun varmistuksen osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Sitoudun organisaationi hoitofilosofian toteuttamiseen	35	8,06	1,81	3	10	2,71
Tunnistan potilashoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteita	35	7,66	1,59	3	10	2,43
Arvioin kriittisesti yksikköni hoitofilosofiaa	35	6,69	2,13	2	9	2,20
Arvioin hoidon tulokellisuutta potilaspalutteen avulla	35	5,65	2,59	0	9	2,09
Hyödynnän potilashoidon kehittämisessä tutkimustietoa	35	6,44	2,29	2	10	2,11
Teen aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi	35	5,26	2,87	0	10	1,69
		6,66	2,34			

5.2.7 Työrooliin liittyvien tehtävien osa-alue

Ammattipätevyys työroolin osa-alueella arvioitiin hyväksi (7,19). Ammattipätevyyden pienin ja suurin arvo olivat 0–10 välillä. Sairaanhoidajat arvioivat työtovereiden avun tarpeen tunnistamisen parhaimmaksi eli erittäin hyväksi (8,51). Heikoimmaksi pätevyytensä sairaanhoidajat arvioivat toimimisessa opiskelijoiden vastaavana ohjaajana (4,29). Suurin keskihajonta (SD) oli opiskelijoiden vastaavana ohjaajana toimimisessa (3,63). Pienin keskihajonta (SD) oli itseohjautuvasti toimimisessa (SD 1,15). Toiminnan tiheyttä arvioitaessa vähiten toimittiin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana ja eniten tunnistettiin työtovereiden avun tarve. Potilashoidon kehittämistä moniammatillisissa työryhmissä oli hyvin harvoin ja muita kohtia oli satunnaisesti. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Sairaanhoidajien itsearvioinnit työroolin osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-2, melko hyvä pätevyys 3-5, hyvä pätevyys 6-7, erittäin hyvä pätevyys 8-10.

Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein

Työroolin osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Tunnistan työtovereitteni avuntarpeen	35	8,51	1,29	3	10	2,89
Tunnistan oman jaksamiseni rajat	35	7,57	1,87	3	10	2,51
Ammatti-identiteettini toimii voimavarana hoitotyössä	35	8,14	1,24	5	10	2,74
Kannan taloudellista vastuuta yksikköni toiminnasta	35	6,06	2,53	0	10	2,20
Tunnen organisaationi sisäisen yhteistyöjaon	35	7,17	2,19	0	10	2,63
Toimin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana	35	4,29	3,63	0	10	1,69
Toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä	35	6,06	3,11	0	10	2,09
Toimin hoitoryhmässä asiantuntijana	35	5,51	3,23	0	10	2,03
Toimin itseohjautuvasti	35	8,46	1,15	4	10	2,94
Ohjaan muuta henkilökuntaa kykyjen mukaisesti tehtäviin	35	7,12	1,87	2	10	2,34
Hankin aktiivisesti tutkittua tietoa	35	6,26	2,43	0	10	2,23
Huolehdin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä	35	7,00	2,24	0	10	2,43
Pidän huolta omasta jaksamisestani	35	6,91	2,28	2	10	2,46
Hyödynnän tietotekniikkaa hoitotyössä	35	7,97	1,74	3	10	2,54
Koordinoin potilaan kokonaishoitoa	35	7,46	2,05	1	10	2,54
Johdan tarvittaessa työryhmän toimintaa	35	7,46	2,21	1	10	2,34
Annan työtovereilleni rakentavaa palautetta	35	6,46	2,20	2	10	2,11
Kehitän potilashoitoa moniammatillisissa työryhmissä	35	5,14	2,71	0	10	1,89
Kehitän työympäristöä	35	5,86	2,50	0	10	2,00
		7,19	1,90			

5.2.8 Taustamuuttujien yhteys sairaanhoidajien ammattipätevyyteen

Taustamuuttujien yhteyttä sairaanhoidajien ammattipätevyyteen käydään läpi seuraavaksi. Taustamuuttujista ei olla lähdetty vertailemaan tehohoidon- ja valvonnanosastolla ja päivystyksessä työskenteleviä eikä miehiä ja naisia keskenään.

Jokaisen ammattipätevyyttä mittaavan osa-alueen summamuuttujan yhteyttä tutkittiin käyttäen ristiintaulukointia vastaajien ikään, työkokemukseen sairaanhoitajana, työkokemukseen terveydenhoitoalalta ja työkokemukseen nykyisessä yksikössä.

Ristiintaulukoinnissa khiin neliötesti ei toteutunut alkuperäisten neljä luokkaisten ammattipätevyyttä kuvaavien summamuuttujien ja taustamuuttujien välistä yhteyttä tutkittaessa. Näitä alueita olivat matala pätevyys, melko hyvä pätevyys,

hyvä pätevyys ja erittäin hyvä pätevyys. Päätettiin muodostaa uudet summamuuttajat, joissa oli ainoastaan kaksi luokkaa ja nämä luokat olivat matala pätevyys ja hyvä pätevyys. Myöskään kaksiluokkaisia ammattipätevyyttä mittaavia summamuuttajia käytettäessä khiin neliötestiä ei saatu toteutumaan. Täten todettiin, että taustamuuttujien tilastollista yhteyttä ammattipätevyyttä mittaaviin alueisiin ei voitu tutkia, koska p-arvoa ei voitu lukea. Tämä johtuu todennäköisesti liian pienestä aineistosta (n=36).

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, millaista osaamista sairaanhoitajilla on Vaasan keskussairaalan akuuttihoiton alueella. Tarkoituksena oli myös tutkia, onko taustamuuttujilla yhteyttä ammatilliseen pätevyyteen akuuttihoiton alueella. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ammatin pätevyyden lisäämisessä. Osaamisen kehittämiseen voidaan saatujen tulosten pohjalta paneutua paremmin niillä osa-alueilla, joissa havaittiin puutteita. Opinnäytetyön kyselyyn vastanneiden määrä oli pieni, joten tuloksia ei voida yleistää. Opinnäytetyön tuloksia on pyritty vertaamaan aiempaan tutkimukseen, jotta tulosten luotettavuutta on helpompi arvioida. Sekä koulutuksen kautta että työpäikalta saatua tietoa voidaan hyödyntää osaamisen kehittämässä. Tämä tutkimus tuo esiin, millaista osaamista sairaanhoitajat kokevat itsellään olevan.

Pätevyys alalla ei takaa, että osaa jokaisen osa-alueen. Hoitaja, jolla on huonot tekniset taidot voi menettää potilaiden, omaisten ja kollegoiden luottamuksen. Jos hoitajalla on huonot ihmissuhdetaidot, on hänellä hankaluuksia muodostaa suhteita työryhmissä. Hoitaja, joka ei osaa ajatella kriittisesti, voi kokea hankalaksi asioiden priorisoinnin ja akuuteissa tilanteissa toimimisen. (Meretoja 2003, 19.) Nykyään hoitajat tarvitsevat kliinisiä taitoja, ihmissuhdetaitoja, päätöksentekokykyä, opettamistaitoja, teoreettisia taitoja ja yhteistyötaitoja. Tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan yhä enemmän yhteistyö- ja tiimitaitoja, tietämyksen hallintaa, teknologian hallinta- ja kehitystaitoja kuten myös arviointitaitoja. (Meretoja 2003, 45.) Meretojan (2003, 45) tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitajat omaavat laajasti osaamista, ja mitä enemmän tiettyjä asioita tehtiin, sitä paremmaksi oma osaaminen arvioitiin.

Akuuttihoitotyötä tekevät sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä ja osaamisensa hyväksi kuudessa osa-alueessa. Tilannehallinnan osa-alueella sai-

raanhoitajat arvioivat pätevyytensä ja osaamisensa erittäin hyväksi. Akuuttihoitotyötä tekevät sairaanhoitajat toteuttavat erittäin hyvin omaan toimintaan liittyvää tilanteiden hallintaa. Aikaisempiin tutkimustuloksiin verrattuna tämä tulos on yhtenevä myös erilaisissa työympäristöissä työskentelevillä sairaanhoitajilla. (Bahreini ym. 2011; Faraji ym. 2019; Luostarinen ym. 2019; Salonen ym. 2007.)

Akuuttihoitotyötä tekevät sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä parhaimmaksi auttamisen, opettamisen ja ohjaamisen, tilannehallinnan ja työroolin osa-alueilla. Kaikkien osa-alueiden keskiarvot olivat hyvin lähellä toisiaan. Huonoimmaksi osaamisensa sairaanhoitajat arvioivat hoitotoimien osa-alueella. Tulokset ovat samansuuntaisia myös Faraji ym. (2019) tutkimuksessa, jossa korkeimmaksi arvioitiin tilanteidenhallinnan osa-alue ja laadunhallinnan osa-alue. Tässä tutkimuksessa laadunhallinnan osa-alue ei arvioitu yhtä hyväksi. Myös Faraji ym. tutkimuksessa huonoimmaksi ammattipätevyys koettiin hoitotoimien hallinnan osa-alueella.

Auttamisen osa-alueella parhaimmiksi arvioitiin päätöksentekoa ohjaava eettinen arvoperusta, potilaan selviytymiskeinojen tukeminen ja hoitosuunnitelman muokkaaminen potilaskohtaisesti. Tästä voidaan päätellä, että eettinen toiminta koetaan tärkeänä ja sitä myös toteutetaan. Myös jokaista potilasta tuetaan parhaimmaksi koetuilla tavoilla ja potilaiden erilaiset tarpeet otetaan huomioon, kun laaditaan hoitosuunnitelmia. Hoitokulttuurin kehittäminen yksikössä aiheutti eniten keskihajontaa vastauksissa. Tähän varmasti vaikuttaa se, miten hoitokulttuuri koetaan. Mitä asioita siihen koetaan kuuluvan ja miten itse kokee sen, mikä on kehittämistä.

Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella parhaimmaksi koettiin selkeästi potilaiden yksilöllinen ohjaus, mutta heikoimmaksi taas potilasohjauksen kehittäminen yksikössä. Muita heikoksi koettuja asioita olivat potilasohjauksen tuloksien arviointi potilaan ja omaisten kanssa, potilasohjauksen koordinointi ja hoitoryhmän kanssa potilasohjauksen tulosten arviointi. Nämä tulokset kertovat mielestäni

siitä, että kyseessä on akuuttihoiton alue, jossa hoitokontaktit ovat lyhyitä. Palautteen saaminen ohjauksesta voi olla myös haasteellista tämän vuoksi. On myös huomioitava se, miten sairaanhoitajat päivystyksessä ja tehohoidon ja -valvonnan osastolla mieltävät potilasohjauksen ja mitä kaikkea siihen koetaan kuuluvan. Joidenkin mielestä ohjaukseen voi kuulua tulevasta toimenpiteestä kertominen ja jotkut mieltävät kaiken potilasohjaukseen kuuluvaksi. Tästä syystä tulokset asian suhteen voivat vaihdella ja keskihajonta näiden kysymysten kohdalla olikin korkeampi.

Tarkkailutehtävän osa-alueella parhaimmaksi arvioitiin potilaan voinnin monipuolinen analysointi ja heikoimmaksi kirjaamisen kehittäminen yksikössä. Muut kysymykset sijoittuivat näiden väliin eikä niiden keskiarvoissa ollut suuria eroja. Tämä kertoo mielestäni hyvin työn luonteesta, joka on hyvin tarkkailupainotteista. Tämä kertoo myös yksiköistä itsestään, koska työhön kuuluu paljon yhteistyötä eri erikisalojen ja yksiköiden välillä, joten erilaisen tuen tarjoaminen potilaalle on keskeistä. Kirjaamisen kehittäminen rajoittuu usein oman kirjaamisen kehittämiseen. Kirjaamisen kehittäminen voidaan kokea haasteelliseksi omassa yksikössä, jos yhteistä aikaa kehittämiselle ei ole järjestetty.

Tilannehallinnan osa-alue koettiin kaikista osa-alueista parhaimpana. Kriisitilanteiden jälkiselvittelyn järjestäminen ja työtovereiden ohjaaminen nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa. Tilannetaju ja tilannehallinta kulkevat usein yhdessä. Jos tilannetaju katoaa, olisi hyvä, että työtoveria ohjataan. Tilannetajua ja tilannehallintaa tulisi harjoitella, koska sen oppiminen lisää potilasturvallisuutta. Kriisitilanteiden jälkiselvittely on joskus myös osa sairaanhoitajan työtä. Voi olla hyvin osastosta riippuvaista, miten kriisitilanteiden jälkiselvittely järjestetään. Onko mukana esimerkiksi osaston lääkäri ja osastonhoitaja vai järjestetäänkö jälkiselvittely vain asianosaisten kesken ilman esimiestä. Kun mietitään työtovereiden ohjaamista nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa, tulee mieleen, että koetaanko ohjaaminen negatiivisena asiana ja siksi sen hallitseminen on haastavaa. Sairanhoitajat ovat kuitenkin vastanneet tekevänsä ohjausta satunnaisesti. Voiko siis olla

kyse siitä, että koetaan ohjaamisen olevan hankalaa nopeasti muuttuvissa asioissa siksi, ettei tiedetä miten ohjausta tulisi tehdä.

Hoitotoimien hallinnan osa-alue koettiin kaikista heikoimmaksi. Potilaan hoidossa tilanteen mukaisten päätöksien tekeminen ja oman toiminnan joustava suunnittelu tilanteen mukaisesti koettiin parhaimmiksi. Selkeästi heikoimmaksi koettiin osallistuminen moniammatillisten hoito-ohjelmien yhtenäistämiseen. Myös hoitokäytäntöjen kehittäminen, ohjekansioiden ajan tasalla pitäminen, tutkimustiedon aktiivinen hyödyntäminen ja konsulttina toimiminen muille työntekijöille koettiin heikommaksi kuin muut. Kehittämiseen liittyvät alueet vaikuttavat olevan selkeästi niitä, joita ei koeta vahvoiksi alueiksi eikä niitä koeta tehtävän usein. Johtuuko kehittämisen puute siitä, että aikaa siihen ei ole määritelty työajaksi vai jostain muusta. Onko sairaanhoitajilla tietoa ja halua etsiä tutkittua tietoa käytännön työn tueksi tai kehittämiseksi. Myös Meretojan (2003) tekemässä tutkimuksessa hoitotoimien hallinnan osa-alue koettiin heikoksi. Meretojan mielestä tämä kertoo siitä, että tarvitaan jatkuvaa työpaikkakohtaista koulutusta valmistumisen jälkeen.

Laadun varmistuksen osa-alueella parhaimmaksi arvioitiin organisaation hoitofilosofian toteuttamiseen sitoutuminen. Hyväksi koettiin myös potilashoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteiden tunnistaminen. Heikoimmaksi arvioitiin aloitteiden tekeminen tutkimus- ja kehittämiskohteiksi. Kuten myös edellisellä osa-alueella koettiin myös tässä heikoksi kehittämiseen liittyvät asiat. Kehittämis- ja tutkimuskohteiden tunnistaminen potilashoidossa koettiin kuitenkin hyväksi. Eli onko niin, että tunnistetaan mitä pitäisi kehittää tai tutkia lisää, mutta asiaa ei viedä eteenpäin. Myös hoidon tuloksellisuuden arviointi potilaspalautteen avulla koettiin vain melko hyväksi. Onko niin että potilaspalautetta saadaan vähän johtuen työnluonteesta ja siksi sen hyödyntäminen omassa työssä on vaikeaa. Olisiko palautetta mahdollista kerätä enemmän tai säännöllisemmin, jolloin asioita voitaisiin kehittää tämän puolesta. Tämä oli Meretojan (2003) tutkimuksessa toinen alue, joka koettiin heikoksi.

Työroolin osa-alueella parhaimmiksi koettiin työtovereiden avuntarpeen tunnistaminen, itseohjautuvasti toimiminen ja ammatti-identiteetin toimiminen voimavarana hoitotyössä. Voidaan siis ajatella, että tälläkin alueella tilanteiden tunnistaminen on vahvaa. Myös jokainen kokee olevansa itsenäinen oman toimintansa suhteen. Mielestäni työnluonne on sellainen, että se edellyttää itsenäistä toimintaa ja on hyvä, että se koetaan hyväksi. Avuntarpeen tunnistamisen voi nähdä myös eri tavoin. Avuntarvetta ovat myös pienet asiat päivittäisessä työssä. Tällöin työtoverin huomioon ottaminen ja auttaminen lisäävät työssä jaksamista ja parantavat työilmapiiriä. Vähiten koettiin osaamista opiskelijoiden vastaavana ohjaajana toimimisessa, potilashoidon kehittämistä moniammatillisissa työryhmissä, hoitoryhmässä asiantuntijana toimimisessa ja työympäristön kehittämisessä. Tässäkin osa-alueessa kehittämiseen liittyvät alueet koettiin heikkoina ja niitä, ei tehty niin usein. Työympäristön kehittäminen ei ole ainoastaan esimerkiksi osastonhoitajan tehtävä vaan se kuuluu kaikille. Pienetkin muutokset, esimerkiksi tavaroitten uudelleen sijoittelu, voivat lisätä työn tehokkuutta tai aseptiikkaa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa oli verrattu taustamuuttujien ja ammattipätevyyden yhteyttä, eikä niillä ollut yhteyttä toisiinsa (Bahreini ym. 2011; Faraji ym.2019; Luostarinen ym.2019). Tässä tutkimuksessa ei voitu tutkia taustamuuttujien tilastollista yhteyttä ammattipätevyyteen, koska p-arvoa ei voitu lukea. Tähän vaikutti todennäköisesti se, että tutkittava joukko oli pieni. Täten tuloksien yleistäminen perusjoukkoon ei ole niin luotettavaa kuin se isommalla otoksella olisi. Siitä huolimatta, että summamuuttujista muodostettiin vielä uusi luokkamuuttuja, jossa oli vain kaksi luokkaa, ei p-arvoa voitu silti lukea. Tämän vuoksi toiseen tutkimuskysymykseen ei voida vastata. Tämän vuoksi ei lähdetty myöskään muodostamaan taulukkoja ristiintaulukoinnin tuloksista.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

”Eettiset kysymykset liittyvät koko tutkimukseen aiheen valinnasta tutkimustulosten raportointiin ja tutkimusaineiston säilyttämiseen saakka” (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 227). Tämän tutkimuksen aiheen valinnassa oli tärkeää aiheen ajankohtaisuus.

Kaikkien tieteenalojen tutkijoita ohjaavat yleiset eettiset periaatteet, joita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, aineellisen ja aineettoman kulttuuriperinnön sekä luonnon monimuotoisuuden kunnioittaminen. Tutkimus tulee toteuttaa siten, ettei siitä aiheudu haittaa tutkittaville. Näiden lisäksi Suomessa noudatetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia ohjeita hyvän tieteellisen käytännön suhteen. (TENK 2019, 7.) Tieteellisen toiminnan ytimenä on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka pyrkii vastaamaan siihen, millaisia ovat oikeat säännöt ja miten niitä noudatetaan tutkimusta tehdessä. Tutkimusetiikka on jaettu tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Tieteen sisäinen tutkimusetiikka käsittelee tutkittavan tieteenalan luotettavuutta ja totuudellisuutta. Silloin tarkastelun kohteena on suhde tutkimuskohteeseen, sen päämäärään ja yleisesti koko tutkimusprosessiin. Yleinen sääntö on se, ettei tutkimusainesta keksitä tyhjästä tai väärennetä. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee sitä, millä perusteilla tutkimuksen ulkopuoliset seikat vaikuttavat aiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen valinta. Aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti on tutkittava tarkkaan ja etenkin sitä, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin henkilöihin. Tutkimuseettisenä periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on siitä saatu hyöty. Jos tutkimuksella ei ole mitään hyödyllistä annettavaa ei sen tekemiselle ole mitään eettistä perustetta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Oman aiheeni valinta tuli suoraan käytännöstä, koska on tärkeää tutkia sairaanhoitajien ammattipätevyyttä. Tällaista tutkimusta ei ole myöskään tehty Vaasan keskussairaalaan aiemmin. Tutkimalla am-

mattipätevyyttä saadaan selville, millaisissa asioissa tarvitaan lisää koulutusta. Selvittämällä nämä seikat, on koulutusta helpompi järjestää, kun tiedetään, mitkä alueet vaativat eniten kehitystä. Osastoilla joihin tutkimus tehtiin, tarvitaan paljon osaamista erityyppisillä alueilla. Tällä hetkellä on käytössä jo erilaisia simulaatioharjoituksia. Tutkimuksen avulla olisi selkeää näyttöä jatkaa toimivia sekä kehittää uusia monipuolisia koulutusmenetelmiä ja suunnata esimerkiksi simulaatioharjoitukset tiettyihin aihealueisiin.

Tutkimuslupaa hakiessa on omasta organisaatiosta vielä varmistettava, saako organisaation nimen mainita tutkimusraportissa. Jos nimeä ei saa mainita, niin opinnäytetyön liitteitä tehdessä on huomioitava, ettei nimi näy missään. On tärkeää, että tutkija perehtyy kohdeorganisaation lupamenettelyihin ja osaa toimia laadittujen ohjeiden mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222–223.) Tämän työn kohdalla tarvittiin tutkimuslupahakemus, mutta eettisen toimikunnan lausuntoa ei vaadita, koska tutkimus kohdistuu hoitohenkilöstöön eikä asiakkaisiin. Tässä työssä saatiin lupa mainita organisaation nimi.

Työn teoreettista osuutta tehdessä tulee kiinnittää huomiota siihen, ettei plagioi toisten tekstejä. Tekstiviitteiden tulee olla tehty oikein ja suoria lainauksia tehdessä ne on merkattava selkeästi ja niitä tulee käyttää harkiten. Netistä helposti saatava tieto voi houkutella plagioimaan tekstejä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.) Plagioimisen tarkistamiseksi on käytössä Urkund-ohjelma, joka kertoo, miten paljon työssä on suoria lainauksia muista lähteistä. Plagioimisen välttämiseksi työhön ja aiheeseen perehtyminen vähentää plagioimisen vaaraa. Kun ymmärtää luettavan aiheen, niin sen muuntaminen toiseen muotoon on helpompaa.

Kyselylomakkeet lähetettiin sähköisesti Vaasan keskussairaalan tehohoidon ja –valvonnan osastolle ja päivystykseen, vastausaikaa kyselyyn oli kolme viikkoa. Noudatin opinnäytetyössäni eettisiä periaatteita. Kyselyyn vastanneiden henkilötiedot eivät tulleet missään vaiheessa kyselyä ilmi. Kyselyn vastaukset tuhottiin tutkimuksen jälkeen.

Vastaajien anonymiteetti on aina keskeisessä roolissa tutkimusta tehdessä. On siis pidettävä huoli, etteivät tutkimustiedot päädy kenellekään tutkimuksen ulkopuoliselle henkilölle tutkimusprosessin aikana. Aineisto tulee säilyttää varmassa paikassa, johon kukaan ei pääse käsiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Oman työni kohdalla tein sähköisen kyselyn, koska hoitotyössä ollaan nykyisin paljon tietokoneella, jolloin netissä olevan kyselyn täyttäminen on helpompaa. Itse työskentelen tehohoidon- ja valvonnan osastolla ja siksi koin, että määrällinen kysely oli luotettavuuden ja eettisyyden kannalta paras ratkaisu. Tutkimuksen päätyttyä kyselyn tulokset poistettiin.

Itsemääräämisoikeus on lähtökohtana, kun on kyse tutkimuksista. Tutkimuksesta kieltäytyminen ja osallistumisen vapaaehtoisuus on huolehdittava kaikenlaisessa tutkimustoiminnassa. Tutkimukseen osallistuvalla tulee olla mahdollisuus kysymysten esittämiseen, tietojen antamisesta kieltäytyminen ja tutkimuksen keskeytys. Saatekirjeen tulee olla neutraali, eikä siinä saa olla uhkailua tai palkitsemiseen viittaavaa tekstiä. Tietoinen suostumus tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuvan tulee tietää, mikä tutkimuksen luonne on. Tutkimukseen osallistumisen keskeytys ja siitä kieltäytyminen, ovat asioita, jotka tutkittavan tulee tietää. Tutkittavalle tulee kertoa hänen eettinen vastuunsa ja annettava mahdollisista haitoista ja eduista rehellisesti tietoa. Aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta kerrotaan myös tutkittavalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219; TENK 2019, 8-9.) Tässä tutkimuksessa nämä asiat tulivat esille kyselylomakkeen saatekirjeessä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja vapaaehtoisuuden periaatetta tullaan toteuttamaan tässä tutkimuksessa yllä olevien periaatteiden mukaan. Tutkittavan tietoinen suostumus tulee tutkimuksessa siten esiin, että vastaamalla kyselyyn on ymmärtänyt, mihin on osallistumassa. Erillistä suostumuslomaketta ei siis tarvittu.

Tutkimustuloksia tulkitessa pitää huomioida se, ettei lähdetä keksimään tuloksia tyhjästä. Tulosten kaunisteleminen tai muuttaminen ei ole sallittua. Tämän vuoksi on tärkeää, että tutkimusvaiheet kuvataan mahdollisimman tarkasti. Tuloksia ei

myöskään saa arvottaa, kun kerrotaan saaduista vastauksista. Tuloksien pohdinnan tulee tapahtua vasta pohdinta osiossa ei tuloksia kuvatessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.) Itselläni oli jo jonkinlainen ajatus siitä, millaisia tuloksia tulen saamaan. Minun täytyi kuitenkin muistaa, että omat mielipiteeni eivät tule esille tuloksia avatessani ja tulkitessani.

6.3 Validiteetti ja reliabiliteetti

Tämän tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteettia arvioitaessa mietitään, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä on ollut tarkoitus mitata. Validiteetin lisäksi tulee pohtia myös tutkimuksen ulkoista validiteettia eli sitä, kuinka hyvin saatuja tuloksia voidaan yleistää ulkopuoliseen perusjoukkoon. Pystytäänkö esimerkiksi perusterveydenhuollossa saatuja tuloksia yleistämään erikoissairaanhoidon potilaisiin tai voidaanko ulkomailla saatuja tuloksia yleistää suomalaiseen terveydenhuoltoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Tässä tutkimuksessa tuloksien yleistäminen perusjoukkoon ei ole niin luotettavaa kuin se isommalla otoksella olisi. Tulokset antoivat kyllä samansuuntaisia vastauksia kuin aiemmat tutkimukset sairaanhoitajien ammattipätevyydestä. Isommalla otoksella tulokset olisivat olleet yleistettävämpiä.

Reliabiliteettia pohdittaessa taas mietitään kuinka pysyviä saadut tulokset ovat. Mittarin kykyä tuottaa säädettyjä tuloksia kutsutaan mittaamisen reliabiliteetiksi. Mittaamalla samalla mittarilla eri aineistoissa tutkimusilmiötä voidaan arvioida mittaamisen reliabiliteettia. Samansuuntaiset tulokset kertovat siitä, että mittari on reliabeeli. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190.) Tästä tutkimuksesta tekee luotettavan se, että siinä on käytetty valmiiksi validoitua mittaria, jolloin tiedetään, että mittari on validi ja reliabeeli. Lisäksi tutkimuksesta tekee luotettavan se, että jokaisella osa-alueella on mitattu Cronbachin Alpha. Cronbachin Alpha kertoi osa-alueiden kysymysten välillä olevasta sisäisestä johdonmukaisuudesta. Saatu tulos lisää tutkimuksen luotettavuutta.

6.4 Hyödynnettävyys

Saatujen tulosten pohjalta voidaan lähteä kehittämään uusia toimintamalleja ammattipätevyyden lisäämiseksi. Saatujen tulosten pohjalta voidaan nostaa esille joidakin alueita, joihin työpaikan sisäisissä koulutuksissa voitaisiin keskittyä. Hyödynnettävyyttä voidaan lähteä pohtimaan esimerkiksi erilaisten teemojen kautta.

Yhtenä teema voisi olla laatu, koska laadun varmistuksen osa-alue oli toisiksi heikoin alue. Teema voisi pitää sisällään kaikkea kehitykseen liittyviä asioita, kuten hoitokulttuurin ja käytänteiden kehittämistä. Ja käytössä voisi olla esimerkiksi jonkinlaisia teemaviikkoja kehitykselle. Esimerkiksi jos viikon aiheena on perushoito, niin kaikki voisivat viikon aikana jättää ideoita nimettömänä laatikkoon perushoidon kehittämisideoista. Viikon päätteeksi osastonhoitaja, kliininen asiantuntija tai muu vastuuhenkilö kävisi vastaukset läpi ja etsisi tulneiden vastausten pohjalta tutkittua tietoa aiheista. Ja tätä kautta lähdettäisiin tuomaan uusia toimintatapoja ja kehittämään uusia käytäntöjä.

Toisena teemana voisi olla moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Voittäisiin järjestää esimerkiksi tämänkin suhteen teemaviikkoja, jolloin esimerkiksi eri alan ammattilaiset, joiden kanssa osasto tekee yhteistyötä käyvät esittäytymässä ja kertomassa, missä kaikissa asioissa heihin voi olla yhteydessä. Ja myös määritettyjen vastuualueiden mukaan voisi hoito-ohjeita yhtenäistää yhteistyötä apuna käyttäen. Kuitenkin usein unohdetaan, miten monipuolisesti eri alan ammattilaiset ovat osana sekä päivystyshoitotyössä että tehohoidon- ja valvonnan osastolla.

Kolmantena teemana koulutuksille voisi olla ohjaaminen, joka sisältäisi potilaan, omaisten, työtovereiden ja opiskelijaohjauksen näkökulman ohjauksen kehittämiseen ja tulosten arviointiin. Myös kirjaamisen kehittäminen tulisi olla yhtenä koulutusalueena.

Tilannehallinnan alueen ollessa paras voidaan todeta, että erilaisiin hätätilanteisiin valmistautuminen koetaan hyväksi ja tällä alueella vaikuttaisi olevan sopivasti koulutuksia, jotta ammattipätevyys pysyy korkeana. Tämän alueen suhteen on siis hyvä jatkaa kuten aiemminkin.

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa samasta aiheesta voisi tehdä tutkimuksen, mutta isommalle joukolle esimerkiksi erikseen päivystyksen hoitajille ja tehohoidon ja –valvonnan osastoille ympäri Suomen. Näin saataisiin lisää tietoa, miten erilaisiin potilasryhmiin erikoistuneet hoitajat kokevat osaamisensa. Olisi myös mielenkiintoista nähdä miten näiden osastojen tulokset eroavat yliopistosairaaloissa työskentelevien ja keskussairaalassa työskentelevien henkilöiden välillä.

Sairaanhoitajan ammattipätevyysmittaria voisi myös jatkossa käyttää säännöllisenä työkaluna esimerkiksi vuosittain kehityskeskusteluiden yhteydessä. Näin olisi myös ehkä helpompi itse nähdä missä asioissa kokee kehittyneensä enemmän ja ne, joissa ei ole muutosta. Ja miten sellaisia alueita voisi lähteä kehittämään, jossa ei ole juurikaan tapahtunut muutosta.

LÄHTEET

A 564/1994. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. Verkkodokumentti. Viitattu 7.8.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>

Bahreini, M., Shahamat, S., Hayatdavoudi, P. & Mirzaei, M. 2011. Comparison of the clinical competence of nurses working in two university hospitals in Iran. *Nursing and Health Sciences* 13, 282–288.

Benner, P. 1993. *Aloittelijasta asiantuntijaksi*. Juva. WSOY.

Benner, P, Tanner, C.A. & Chesla, C.A. 1999. *Asiantuntijuus hoitotyössä*. Porvoo. WSOY.

EPSHP. Tehostettu hoito. Viitattu 19.8.2022. https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/hoidot_ja_tutkimukset/tehostettu_hoito

Faraji, A., Karimi, M., Azizi, S.M., Janatolmakan, M. & Khatony, A. 2019. Evaluation of clinical competence and its related factors among ICU nurses in Kermanshah-Iran: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences* 6, 421–425.

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L. & Meretoja, R. 2017. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing* 73, 5, 1035–1050.

Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meretoja, R. & Suominen, T. 2007. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* 19, 1, 3–11.

Hildén, R. 2002. *Ammatillinen osaaminen hoitotyössä*. Tampere. Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. *Hoitamisen taito*. Keuruu. Tammi.

Institute of Medicine. 2010. The current and future state of acute care. Teoksessa *A summary of the October 2009 forum on the future of nursing: Acute care*, 7–14. E-kirja. Viitattu 8.1.2022. <https://www.nap.edu/catalog/12855/a-summary-of-the-october-2009-forum-on-the-future-of-nursing>.

Jalonen, J. 2014. Tehohoito. Teoksessa *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*, 61–70. Toim. Niemi-Murtola, L., Jalonen, J., Junntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. Porvoo. Bookwell.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. Verkkodokumentti. Viitattu 7.8.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Luostarinen, P., Meretoja, R. & Niemi, A. 2019. Sairaanhoidajien ammattipätevyys polikliinisessä hoitotyössä ja tulevaisuuden pätevyysaasteet. *Tutkiva Hoitotyö*. 17, 3, 30–39.

Meretoja, R. 2003. Nurse Competence Scale. Väitöskirja. Turku. Turun yliopiston julkaisuja.

Meretoja, R., Isoaho H. & Leino-Kilpi, H. 2004. Nurse Competence Scale: Development and Psychometric Testing. *Journal of Advanced Nursing* 47, 2, 124–133.

Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa *Sairaanhoitaja asiantuntijana – Hoitotyön vuosikirja 2011*, 12–23. Toim. Ranta, I. Helsinki. Fioca.

Notarnicola, I., Stievano, A., De Jesus Barbarosa, M.R., Gambalunga, F., Iacorossi, L., Petrucci, C., Pulimeno, A., Rocco, G. & Lancia, L. 2018. Nurse Competence Scale: psychometric assessment in the Italian context. *Ann Ig* 30, 458–469.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvityksiä 2006: 24, Helsinki. Viitattu 2.1.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80112>.

Ritmala-Castrén, M. & Lakanmaa, R-L. 2020. Tehohoitajan ammatillisen kehittämisen malli. *Tehohoito* 38, 1, 37–39.

Salonen, A.H, Kaunonen, M., Meretoja, R. & Tarkka, M.-T. 2007. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management* 15, 792–800.

Sillanpää, K. & Koponen, L. 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa *Potilaan hoito päivystyksessä*, 23–31. Toim. Koponen, L. & Sillanpää, K. Helsinki. Tammi.

Suikkala, A., Miettinen, M., Holopainen, A., Monti, L. & Laaksonen, K. 2004. Sairaanhoidajan kliininen urakehitys – Ura- ja kehityssuunnitelman malli ja menetelmät. Sipoo. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastualueen hoitotieteellinen tutkimusohjelma vuosille 2020–2025. Viitattu 21.8.2021. https://www.vsshp.fi/fi/tutkijoille/tiede-ja-tutkimusstrategia/Documents/TYKS_erva_Hoitotiet.%20tutkimusohjelma%202020-2025_final.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Viitattu 1.7.2022.
https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Voipio-Pulkki, L-M. 2005. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa Potilaan hoito päivystyksessä, 18–22. Toim. Koponen, L. & Sillanpää, K. Helsinki. Tammi.

Wangensteen, S., Johansson, I.S. & Nordström, G. 2015. Nurse Competence Scale – Psychometric testing in a Norwegian context. *Nurse Education in Practice* 15, 1, 22–29.

LIITTEET

LIITE 1

NCS-mittari

Nurse Competence Scale (NCS) Copyright © Riitta Meretoja (2003, 72.)

Auttaminen

1. Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti
2. Tuen potilaan selviytymiskeinoja
3. Arvioin kriittisesti omaa hoitofilosofiaani
4. Muokkaan hoitosuunnitelmaa potilaan tilanteen mukaisesti
5. Hyödynnän hoitosuhteessa aktiivisesti hoitotieteellistä tietoa
6. Kehitän yksikköni hoitokulttuuria
7. Päätöksentekoani ohjaa eettinen arvoperusta

Opettaminen - ohjaaminen

8. Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen
9. Tunnistan otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle
10. Hallitsen potilaalle ohjattavan asian sisällön
11. Ohjaan potilasta yksilöllisesti
12. Koordinoin potilasohjausta
13. Tunnistan omaisten ohjaustarpeita
14. Ohjaan omaisia itsenäisesti
15. Tunnistan opiskelijan kehitysvaiheen ohjauksen lähtökohtana
16. Tuen opiskelijaa tavoitteiden saavuttamisessa
17. Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa
18. Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä omaisten kanssa
19. Arvioin potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa
20. Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani
21. Kehitän potilasohjausta yksikössäni
22. Kehitän uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössäni
23. Kehitän omaa vastuualuettani yksikössäni

Tarkkailutehtävä

24. Analysoin potilaan vointia monipuolisesti
25. Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen
26. Tunnistan omaisten henkisen tuen tarpeen
27. Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua
28. Ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa
29. Ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä
30. Kehitän kirjaamista työyksikössäni

Tilannehallinta

31. Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain
32. Priorisoin toimintaani joustavasti tilanteen mukaan
33. Toimin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla
34. Järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn
35. Ohjaan työtovereitani nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa
36. Suunnittelen potilaiden hoitoa yksikköni tilanteen mukaisesti
37. Ylläpidän välineistön toimintavalmiutta
38. Edistän yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa

Hoitotoimien hallinta

39. Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaisesti
40. Teen tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta
41. Koordinoin moniammatillista yhteistyötä
42. Ohjaan työtovereitani hoitotoimenpiteiden toteutuksessa
43. Pidän ajan tasalla ohjekansioita
44. Toimin konsulttina muille työntekijöille
45. Hyödynnän omassa toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa
46. Arvioin systemaattisesti hoidon tuloksellisuutta
47. Kehitän hoitokäytäntöjä
48. Osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämiseen

Laadun varmistus

49. Sitoudun organisaationi hoitofilosofiaan
50. Tunnistan potilashoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteita
51. Arvioin kriittisesti yksikköni hoitofilosofiaa
52. Arvioin hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla
53. Hyödynnän hoidon kehittämisessä tutkimustietoa
54. Teen aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi

Työrooli

55. Tunnistan työtovereitteni avuntarpeen
56. Tunnistan oman jaksamiseni rajat
57. Ammatti-identiteettini toimii voimavarana hoitotyössä
58. Kannan taloudellista vastuuta yksikköni toiminnasta
59. Tunnen organisaationi sisäisen yhteistyöjaon
60. Toimin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana
61. Toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä
62. Toimin hoitoryhmässä asiantuntijana
63. Toimin itseohjautuvasti
64. Ohjaan muuta henkilökuntaa kykyjen mukaisiin tehtäviin
65. Hankin aktiivisesti tutkittua tietoa
66. Huolehdin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä
67. Pidän huolta omasta jaksamisestani

68. Hyödynnän tietotekniikkaa hoitotyössä
69. Koordinoin potilaan kokonaishoitoa
70. Johdan tarvittaessa työryhmän toimintaa
71. Annan työtovereilleni rakentavaa palautetta
72. Kehitän potilashoitoa moniammatillisissa työryhmissä
73. Kehitän työympäristöä

LIITE 2

SAATEKIRJE

SAIRAAHOITAJIEN AMMATTIPÄTEVYYS AKUUTTIHOIDON PALVELUALUEELLA

Olen sairaanhoitaja ja opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen (yamk) koulutusohjelmassa. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön teko. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla, millaista osaamista sairaanhoitajilla on Vaasan keskussairaalan akuuttihoidon alueella. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ammattipätevyyden lisäämisessä. Osaamisen kehittämiseen voidaan saatujen tulosten pohjalta paneutua paremmin niillä osa-alueilla, joissa havaitaan puutteita.

Sähköpostin ohessa on linkki kyselylomakkeeseen, johon toivon Teidän tutustuvan ja vastaavan. Kyselylomake on tarkoitettu tehohoidon ja –valvonnan osastolla sekä päivystyksessä työskenteleville sairaanhoitajille. Kyselyyn vastaaminen vie noin 10-15 minuuttia. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista, mutta vastaamalla autatte kehittämään osastoanne. Vastaukset käsitellään nimettöminä, eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään vaiheessa tutkimustuloksia käsiteltäessä. Kyselylomakkeena käytetään Meretojan (2003) kehittämää validoitua mittaria.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Virpi Välimaa. Olen saanut tutkimusluvan Vaasan keskussairaalan akuuttihoidon alueen ylihoitajalta.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni. Vastausaikaa kyselyyn on kolme viikkoa. Pyydän ystävällisesti vastaamaan kyselyyn 5.4 mennessä.

KIITOS OSALLISTUMISESTA!

Jenni Harju-Keturi
puh.0407331057
s-posti: jenni.harju-keturi@ovph.fi

Vaasan ammattikorkeakoulu
Ylempi amk-tutkinto
Sosiaali- ja terveysala