



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Laura Antila

Akuuttiosaamisen tutkiminen ja kehittäminen Satasairaalan hoito-osastoilla

Kehittämistyö

Syksy 2024

Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Kliininen asiantuntija



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysala ylempi AMK, Kliininen asiantuntijuus

Tekijä: Laura Antila

Työn nimi: Akuuttiosaamisen tutkiminen ja kehittäminen Satasairaalan hoito-osastoilla

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala

Vuosi: 2024

Sivumäärä: 83

Liitteiden lukumäärä: 5

Hoitohenkilökunnan riittävät akuuttihoitotyön taidot ja osaaminen sekä näiden taitojen opettelu ja ylläpitäminen täydennyskoulutuksilla ovat oleellisia sekä potilasturvallisuuden että työturvallisuuden näkökulmasta.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvata Satasairaalan hoito-osastojen hoitohenkilökunnan akuuttihoitotyön osaamistaso ja koulutustarve. Tavoitteena oli selvittää, minkälaiselle koulutukselle on tarve ja luoda suunnitelma jatkokon simulaatioiden suunnittelemista ja toteuttamista varten.

Kehittämistyö toteutettiin Satakunnan hyvinvointialueella Satasairaalassa. Kehittämistyössä käytettiin Webropol-kyselytutkimusta sekä osallistavana menetelmänä SWOT-analyysiä. Kysely toteutettiin konservatiivisen puolen hoito-osastojen hoitohenkilökunnalle sekä valituissa yksiköissä toimiville varahenkilöille. Kyselyssä käytettiin strukturoituja kysymyksiä, Likert-tyyppisiä kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Strukturoitujen ja Likert-tyyppisten kysymysten vastaukset analysoitiin Webropol-ohjelman analysointia apuna käyttäen. Kaaviot kyselyn tuloksista tehtiin wordin kaaviotyökalulla havainnollistamaan tuloksia. Avoimilla kysymyksillä saadut tiedot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. SWOT-analyysissä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia.

Tutkimuksen tuloksena ilmeni, että akuuttihoitotyön simulaatiokoulutukselle koetaan olevan tarvetta enemmän kuin mitä tällä hetkellä tarjotaan. Simulaatio-opetusta pidetään tutkimuksen mukaan hyvänä ja opettavaisena, työtä tukevana opetusmenetelmänä. Simulaatioissa opetetut asiat jäivät paremmin osallistujien mieleen kuin muulla tavalla opetetut asiat. Resurssit koettiin kuitenkin olevan haasteena sille, että saataisiin järjestettyä koulutusta enemmän. Tutkimus osoittaa, että tarve koulutuksille olisi suurta ja työntekijät kaipaisivat erilaisista aiheista täydennyskoulutusta. Kaikenlaiselle akuuttihoitotyön koulutukselle nähtiin olevan tarvetta, mutta erityisesti tarve korostui akuuttitilanteissa johtamisen harjoittelulle sekä akuuttilääkkeiden käytön koulutukselle sekä erilaisiin neurologisiin tilanteisiin liittyen.

Kehittämistyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää jatkossa simulaatiokoulutusten suunnitteluissa.

¹ Asiasanat: potilasturvallisuus, akuuttihoitotyö, simulaatio-opetus, tilannetietoisuus, johtaminen, osaaminen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Master's Degree in Social Services and Health Care, Advanced Clinical Practitioner

Author: Laura Antila

Title of thesis: Research and development of acute expertise in the treatment departments of the Satasairaala Hospital

Supervisor: Mari Salminen-Tuomaala

Year: 2024

Number of pages: 83

Number of appendices: 5

The purpose of this development project was to map and describe the level of acute nursing skills and training needs of the nursing staff in the wards of Satasairaala. The goal of the development project was to find out what kind of training is needed and to create a plan for planning and implementing simulations.

The development project was carried out in the Satakunta Welfare Area at Satasairaala. The development project used the Webropol survey and SWOT analysis as a participative method. The survey was carried out for the nursing staff of the conservative treatment departments and for the substitutes working in the selected units. The survey used structured questions, Likert-type questions and open-ended questions. The answers to the structured and Likert questions were analyzed using the analysis of the Webropol program. Graphs of the survey results were made using Word graph tool to illustrate the results. The information obtained with open questions was analyzed using inductive content analysis. Deductive content analysis was used in the SWOT analysis.

As a result of the research, it appeared that there is a greater need for acute care simulation training than what is currently offered. According to the research, simulation teaching is considered a good and instructive, work-supporting teaching method. Things taught in simulations were better remembered by the participants than things taught in other ways. However, the resources were felt to be a challenge for more training to be organized. The results indicate that the need for training would be great and that employees would need additional training on various topics. It was seen that there was a need for all kinds of training in acute care, but the need was especially emphasized for training in management in acute situations and for training in the use of acute medications and related to various neurological situations.

The research results of the development work can be used in the planning of simulation training in the future.

¹ Keywords: patient safety, acute care work, simulation teaching, situational awareness, lead, competence

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo	6
1 JOHDANTO	8
2 AKUUTTIHOITOTYÖN POTILASTURVALLISUUDEN JA TILANNETIETOISUUDEN EDISTÄMINEN.....	11
2.1 Potilasturvallisuuden varmistaminen	11
2.2 Akuuttihoitotyön osaamisen kehittäminen	13
2.3 Simulaatio-opetus akuuttihoitotyön kehittämisessä	21
2.4 Tilannetietoisuus	23
2.5 Johtamisosaaminen	26
2.6 Osaaminen ja sen ylläpitäminen.....	28
3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	31
4 KEHITTÄMISTYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTUS.....	32
4.1 Aineiston keruu.....	32
4.1.1 Havainnointi	32
4.1.2 Webropol-kyselytutkimus	33
4.1.3 SWOT-analyysi	34
4.2 Aineiston analysointi.....	35
4.2.1 Induktiivinen ja deduktiivinen sisällönanalyysi.....	36
4.2.2 Tilastollisen aineiston analysointi	38
5 TUTKIMUSTULOKSET	40
5.1 Vastaajien taustatiedot	40
5.2 Koulutukseen osallistuminen, oman osaamisen arviointi ja koulutusten tarve	41
5.3 Simulaatiot hyödylliseksi ja hyväksi koettu opetusmenetelmä.....	48
5.4 SWOT-analyysin tulokset	50
6 POHDINTA.....	55
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	55
6.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	58

6.3 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämissideoita	63
LÄHTEET	64
LIITTEET	68

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuva 1. SWOT-analyysialusta.	34
Kuvio 1. Työskentely-yksiköt ennen ja jälkeen osastomuutosten.	40
Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma.	41
Kuvio 3. Kuinka usein vastaaja on päässyt osallistumaan koulutukseen ja kuinka usein koulutusta tulisi järjestää.	42
Kuvio 4. Osastolla tarvittavien akuuttihoitotyöntaitojen osaamistaso hoitajien kokemana, hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito.	43
Kuvio 5. Kommunikaation ja tiimityöskentelyn osaamistaso hoitajien kokemana.	44
Kuvio 6. Erilaisten akuuttitilanteiden tunnistamisen ja hoidon osaaminen hoitajien kokemana.	45
Kuvio 7. Täydennyskoulutuksen tarve hoitajien kokemana, hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito.	46
Kuvio 8. Täydennyskoulutuksen tarve hoitajien kokemana, kommunikaatio ja tiimityöskentely.	47
Kuvio 9. Täydennyskoulutuksen tarve hoitajien kokemana, erilaisten akuuttitilanteiden tunnistaminen ja hoito.	48
Taulukko 1. Peruselintoimintojen systemaattinen tutkiminen (ABCDE-periaate) ja havaittujen häiriöiden hoidon periaatteita.	17
Taulukko 2. NEWS-pisteet ja potilaan riskin arvioiminen. Vasemmassa sarakkeessa olevien osa-alueiden pisteet lasketaan yhteen. Veren happisaturaation pisteytyksessä käytetään skaalaa 2, jos potilaalle on määrätty happisaturaation hoitotavoite 88–92 %, esim. COPD:n vuoksi.	18

Taulukko 3. ISBAR-raportointi.	20
Taulukko 4. SWOT-analyysi, Simulaatiokoulutukseen osallistuminen.	52
Taulukko 5. SWOT-analyysi. Moniammatillisten simulaatioiden järjestäminen (mukana lääkäri ja/tai MET-tiimi).	54
Taulukko 6. Hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteet eurooppalaista ohjeistusta mukailleen.....	59

1 JOHDANTO

Tässä kehittämistyössä tutkitaan ja kehitetään akuuttihoitotyön osaamisen taitoja ja tietoja valituissa yksiköissä. Aihe on tärkeä, sillä hoitajien akuuttihoitotyön osaamistaso voi vaikuttaa sekä positiivisesti että negatiivisesti muun muassa potilasturvallisuuteen ja työturvallisuuteen. Sosiaali- ja terveysministeriön asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian ja toimeenpanosuunnitelman (2022, s.8) mukaan Suomessa on tarjottava jokaiselle asiakkaalle ja potilaalle heidän tarpeitaan vastaavaa turvallista hoitoa ja palvelua. Myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveydenhuoltolaki (2010/1326) määrää, että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lain mukaan toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisella tavalla toteutettua.

Asiakas- ja potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon ja palveluiden turvallisuus terveydenhuollossa sekä suojataan asiakkaita ja potilaita niin, ettei kukaan vahingoitu (Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma, 2022, s. 12–14). Sosiaali- ja terveydenhuollossa on myös huolehdittava tilojen, laitteiden, tietojärjestelmien, tarvikkeiden ja lääkkeiden asianmukaisesta ja turvallisesta käytöstä sekä toimivasta tiedonkulusta. Turvallisuutta edistävien toimien tulee olla näyttöön perustuvia ja mitattavia. Näiden toimien tarkoituksena on ehkäistä virheitä ja tukea ammattilaisia tekemään työtä mahdollisimman laadukkaasti. Hoidon turvallisuus kuuluu osana sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaislaatuun. Hoidon on edistettävä potilaan/asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja sen tulee aiheuttaa mahdollisimman vähän haittaa. Turvallinen hoito on näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa. Lisäksi hoito tulee toteuttaa oikein ja oikea-aikaisesti. Edistämällä turvallisuutta kaikessa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa pystytään välttämään mahdollisimman suuri osa vältettävissä olevista haitoista. Vaara- ja haittatapahtumien määrän pieneneminen vähentää myös inhimillistä kärsimystä sekä kustannuksia. Kouluttamalla ja osaamista lisäämällä saadaan vähennettyä riskejä potilasturvallisuuden vaarantumiselle. Varmistamalla jatkuva tieto ja osaaminen voidaan vähentää riskejä ja estetävissä olevia haittoja. Henkilöstölle on kannattavaa antaa mahdollisuus lisäkouluttautumiseen, jotta palveluita pystyttäisiin jatkossa tuottamaan turvallisemmin. STM:n strategian (2022) mukaan yhtenä tavoitteena ovat hyvinvoivat ja osaavat ammattilaiset.

Tällä kehittämistyöllä saadaan lisättyä potilasturvallisuutta parantamalla akuuttiosaamisen taitoja simulaatioiden avulla. Osaamisen vahvistamisen tarve kartoitetaan kyselyn avulla,

joka toteutetaan rajatulle kohderyhmälle. Kyselyn jälkeen tulokset raportoidaan osastotunnilla, jonka jälkeen käytetään osallistavana menetelmänä vielä SWOT-analyysiä. Jatkosuunnitelmaksi kehittämistyöstä jää simulaatio-opetuskokonaisuuden suunnittelu ja toteutus kehittämistyön pohjalta.

Satakunnan hyvinvointialueella Satasairaalassa tehtiin osastomuutoksia vuoden 2023 syksyllä. Osastomuutokset koskivat yksiköitä, joihin tutkimus kohdistui. Kohderyhmänä kyselylle oli Satasairaalan hoitohenkilökunta seuraavista uusista toimintayksiköistä, jotka aloittivat toimintansa syksyllä 2023: siltaosasto, sisätautien hoito-osastot 1 ja 2. Satasairaalassa jo ennen hyvinvointialuetta on ollut käytössä koulutusmalli hätätilapotilaan tunnistamiseen ja hoitoon liittyen. Nyt mallia on laajennettu joulukuusta 2024 alkaen hyvinvointialueen kaikkiin yksiköihin. Tässä koulutusmallissa yksiköt jaettiin eri tasoihin akuuttihoiton osaamistavoitteiden mukaisesti. Koulutukset on suunniteltu näiden tasojen mukaisesti. Jokaisessa yksikössä on omat akuuttivastaavat, jotka suunnittelevat ja kouluttavat hätätilapotilaan tunnistamisen ja hoidon koulutusmallin mukaisesti koulutuksia omiin yksiköihinsä. Koulutusmalli pitää sisällään tietyt tavoitteet ja sisällöt, jotka tulee jokaisessa koulutuksessa käydä läpi, mutta siitä huolimatta koulutussisällöt ovat olleet yksikkökohtaisesti ja yksikön tarpeen mukaan suunniteltuja ja toteutettuja. Koulutuksissa on voinut aiheissa ja koulutustavoissa olla isojakin eroja. Myös resurssit eri yksiköissä ovat vaikuttaneet koulutusten suunnitteluun ja toteutukseen, toiset yksiköt ovat saaneet järjestettyä enemmän koulutusaikaa kuin toiset, minkä vuoksi toisilla kouluttaminen on ollut säännöllisempää. Tämä tekee ison eron osaamistasoihin. Nyt osastomuutosten myötä, kun työntekijät eivät enää työskentele samoissa työyksiköissä kuin aiemmin, henkilökunta on sekoitettu keskenään ja osaamistarve on muuttunut, voivat osaamisalueet ja koulutustarpeet eri yksiköiden välillä olla hyvinkin erilaiset. Myös hoidettavat potilasryhmät ovat näissä yksiköissä muuttuneet. Sen lisäksi henkilökunnan vaihtuvuus on ollut suurta, uusia työntekijöitä on paljon ja kokeneemmat hoitajat ovat siirtyneet eläkkeelle tai toisiin tehtäviin. Myös akuuttivastaavat ovat jakautuneet nyt uusiin yksiköihin, mikä tarkoittaa, että he kouluttavat jatkossa eri työntekijöitä kuin aiemmin ja akuuttivastaavan parina voi olla uusi, ennestään tuntematon työkaveri. Myös uusia akuuttivastaavia tulee vanhojen tilalle. Näiden asioiden vuoksi tutkimuksen tarve korostuu ja on tärkeä kartoittaa, millaisia koulutustarpeita nousee esiin etenkin nyt muutosten myötä. Tällaisessa isossa organisaatiomuutoksessa on riskinä, että saadaanko jokaiseen uuteen yksikköön riittävä osaamistaso ja saadaanko uusissa yksiköissä hoidettua kaikkia potilaita laadukkaasti, turvallisesti ja asianmukaisesti. Täydennyskoulutuksella on iso merkitys. Akuuttihoitotyön taidot ovat tärkeä osa potilaan

turvallista hoitoa, äkilliset tilanteet tulevat yllättäen ja on tärkeää, että jokaisessa vuorossa on riittävä määrä osaavaa henkilökuntaa. Kouluttamalla henkilökuntaa toimimaan hyvin äkillisissäkin tilanteissa yhdessä tiiminä varmistamme potilasturvallisuuden säilymisen myös jatkossa ja ehkäisemme potilasvahinkoja tapahtumasta. Osaamistaso ja koulutusten yhdenmukaisuus olisi tärkeä saada järjestettyä, jotta potilaiden hoito saataisiin toteutettua mahdollisimman turvallisesti ja laadukkaasti. Koulutus ja osaaminen vaikuttavat myös oleellisesti hoitajien pito- ja vetovoimaan hyvinvointialueen työntekijöinä. Riittävällä täydennyskouluttamisella annamme hoitajille mahdollisuuden ylläpitää ja kehittää taitojaan ja osaamistaan, mikä tekee työstä mielekkäämpää ja antaa työntekijälle mahdollisuuden kehittyä.

Kehittämistyön aiheen tulee olla tutkijalle mielekäs ja kiinnostava, koska tutkimuksen tekeminen vie paljon aikaa ja on haasteellista. Tutkijan mielenkiinto tutkittavaa asiaa kohtaan auttaa viemään tutkimuksen kunnialla loppuun asti ja näin tutkimuksesta tulee mahdollisimman laadukas.

2 AKUUTTIHOITOTYÖN POTILASTURVALLISUUDEN JA TILANNETIETOISUUDEN EDISTÄMINEN

2.1 Potilasturvallisuuden varmistaminen

Potilasturvallisuus on osa terveydenhuollon laatua (Kuisma ym., 2017, s. 67). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen oppaan (2011, s. 7) mukaan potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa tarvitsemansa oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Laajemmin sillä tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Potilasturvallisuuteen liittyy niin potilaan hoidon turvallisuus kuin sairauksien ehkäisy, diagnostiikka, kuntoutus ja lääkitysturvallisuus. Potilasturvallisuuden edistämisen keskeisin lainsäädännöllinen perusta on terveydenhuoltolaki (1326/2010), joka käsittelee terveydenhuollon toiminnan laatua ja potilasturvallisuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriön (www-sivut, i.a.) mukaan asiakas- ja potilasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon ja palvelun turvallisuus ja suojataan asiakkaita ja potilaita vahingoittumasta. Terveydenhuoltolaki (2010/1326) määrää, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Potilasturvallisuuteen liittyen on myös Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559. 18 §), jonka tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua.

Helovuon ym. (2012, s. 6) mukaan potilaan turvallinen hoito vaatii uudenlaista ajattelua riskeistä, osaamisesta, ammattitaidosta ja organisaation toiminnasta. Potilasturvallisuuteen kuuluvat kaikki periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus. Työympäristö, laitteet, tietojärjestelmät, prosessit, organisaatorakenteet, yhteistyö ja toimitatavat muodostavat kokonaisuuden, jonka hallinta on haasteellista turvallisen hoidon varmistamiseksi. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat työntekijöinä osana monimutkaista palvelujärjestelmää, jossa piilee monia riskejä poikkeamien synnylle, minkä vuoksi tulisi yksittäisen ammattihenkilön osaamisen lisäksi tarkastella koko organisaatiota, sen toimintatapoja ja useiden henkilöiden osaamisen yhteisvaikutuksia. Kokonaisvaltainen ymmärrys potilasturvallisuudesta on edellytys sen kehittämiseen.

Potilasturvallisuussuunnitelmassa määritellään sekä terveydenhuollon toimintayksikön johdon että henkilöstön vastuut potilasturvallisuudesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011, s. 12–13). Toimintayksikön johdon tehtävänä on kantaa kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta ja sen edellytyksistä. Sen tulee korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassa ja varmistaa, että työolosuhteet ovat riittävän hyvät, jotta hoito voidaan toteuttaa laadukkaasti ja turvallisesti. Johdon tulee varmistaa, että organisaatiossa on riittävä määrä henkilökuntaa ja riittävä osaaminen. Myös työntekijöiden olisi hyvä osallistua aktiivisesti ja moniammatillisesti potilasturvallisuuden seurantaan ja kehittämiseen. Potilasturvallisuusosaamisella tarkoitetaan työntekijän tietoisuutta potilasturvallisuutta vaarantavista riskeistä ja niiden hallintaan liittyvistä käytännöistä omassa toimintayksikössään sekä kykyä soveltaa niitä työssä. Potilasturvallisuusosaamiseen liittyvät esimerkiksi kommunikaatio ja yhteistyötaidot. Potilasturvallisuussuunnitelmaa laadittaessa on tärkeää miettiä, mitä osaamista ja voimavaroja yksikössä täytyy olla, jotta asetetut tavoitteet saavutetaan. Edellytyksenä potilasturvallisuuden kehittämiseksi on, että johdolla ja henkilöstöllä on riittävät tiedot, taidot ja osaaminen. Tämä varmistetaan muun muassa riittävällä perehdytyksellä, jatkuvalla täydennyskoulutuksella sekä osaamisen seurannalla. Moniammatillisen koulutuksen järjestäminen ja riittävän potilasturvallisuusosaamisen varmistaminen on valtava haaste terveydenhuollon yksiköille.

Erikssonin (2015, s. 19) mukaan potilasturvallisuuden varmistaminen sairaanhoitajan työssä perustuu kliiniseen osaamiseen. Ydinosaamista potilasturvallisuudessa on etiikka sekä menetelmien ja prosessien turvallisuuden hallinta. Lisäksi sairaanhoitajan keskeinen vastuualue hoitotyössä on lääkehoidon turvallinen toteuttaminen ja sen vaikuttavuuden arviointi. Sairaanhoitajan koulutuksessa tulee varmistaa, että valmistuvalla sairaanhoitajalla on terveystalouden laadun ja potilasturvallisuuden edellyttämä osaaminen. Koulutuksen tehtävänä on vahvistaa päätöksenteossa tarvittavia tietoja ja taitoja.

Sairaanhoitajan koulutuksen jälkeen hoitotyöntekijän on tarpeen työelämässä ylläpitää ja kehittää omaa osaamistaan. (Tehyn suositukset ammatillisesta täydennyskoulutuksesta, 2024) Täydennyskoulutuksen suunnittelussa tulee huomioida, että sisällöt ovat tarkoituksenmukaisia. Koulutuksissa hankitun osaamisen tulee tulla näkyväksi ja koko työyhteisön käyttöön. Laadukas ammatillinen täydennyskoulutus on tärkeässä roolissa myös veto- ja pitovoimaa ajatellen. Ammatillisella täydennyskoulutuksella tarkoitetaan aikaisempaa osaamista, koulutusta tai pätevyyttä täydentävää ja ajankohtaistavaa koulutusta. Tarve syventää osaamista tai oppia uutta lähtee työelämästä. Se on keino jatkuvaan ammatillisen osaamisen

ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Sillä varmistetaan ajantasaiset tiedot, taidot ja osaaminen. Työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että työntekijät voivat osallistua tarvittavaan täydennyskoulutukseen osaamisensa ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi.

Akuuttiosaaminen on laaja kokonaisuus ja erikoissairaanhoidossa osastolla akuutteja tilanteita esiintyy, joten sen harjoittelu on tärkeää. Työntekijöiden vaihtuvuus on suurta, uusia työntekijöitä tulee paljon, minkä seurauksena kokemus- ja osaamistaso vaihtelee suurestikin. Sen vuoksi on tärkeää, että sekä vasta hoitotyössä aloittaneet että pidempään töissä olleet hoitajat harjoittelevat yhdessä näitä tilanteita varten, jotta riittävä osaaminen ja ammattitaito saadaan varmistettua. Tehyn selvitysten mukaan keskeisiä osaamistarpeita sosiaali- terveys- ja varhaiskasvatusalalla nyt ja lähitulevaisuudessa ovat muun muassa lääkehoito, vuorovai- kutusosaaminen, kielitaito, digitalisaatio ja terveysteknologia, työturvallisuus, mielenterveys- ja päihdetyö, akuuttihoitotyö, hoidon tarpeen arviointi, gerontologinen hoitotyö sekä lasten hoitotyö ja perhetyö (Tehyn suositukset ammatillisesta täydennyskoulutuksesta, 2024). Osaamisen kehittämisen muotoja voivat olla työpajat, perehdytys, verkko-oppiminen, koulu- tuspäivät, case-oppiminen ja vertaisoppiminen.

Satakunnan hyvinvointialueen (www.satakunnanhyvinvointialue.fi, i.a.) mukaan Satasairaa- lassa sisäisenä ensihoitoryhmänä toimii MET-tiimi. Lyhenne tulee sanoista: Medical Emer- gency Team. MET-tiimissä toimii jokaisessa vuorossa kaksi teho- ja tehovalvontahoitoyksi- kön sairaanhoitajaa ja yksi anestesia lääkäri. MET-numeroon voi soittaa tarvittaessa ja pyytää puhelimitse konsultaatioapua hankalissa tilanteissa tai heidät voi soittaa osastolle avuksi esi- merkiksi elvytystilanteeseen tai muuhun akuuttiin tilanteeseen. MET-tiimille olisi hyvä soittaa jo ennakoivasti, mikäli tilanne näyttää vaikeutuvan tai herää huoli potilaan tilanteen heikkene- misestä. Näin tilanteeseen pystytään mahdollisesti puuttumaan jo ennen kuin tilanne pahe- nee entisestään. Tarvittaessa potilas siirretään vuodeosastolta teho- ja tehovalvontahoitoon, mikäli arvioidaan, että potilas vaatii valvontatasoisempaa hoitoa.

2.2 Akuuttihoitotyön osaamisen kehittäminen

Ala-Kokko ym. (2021, s. 13) mukaan peruselintoimintojen häiriöstä kärsivät, kriittisesti ja hen- keä uhkaavasti sairastuneet potilaat tulisi tunnistaa ja hoito aloittaa viiveettä. Mikäli potilaan heikentynyt kliininen tilanne havaitaan ajoissa ja siihen puututaan välittömästi ja potilas ohja- taan oikeaan hoitopaikkaan, parantaa se potilaan ennustetta ja pienentää tehohoitoon

joutumisen riskiä sekä vähentää raskaiden peruselintoimintojen tukihoidojen tarvetta. Toisissa työyksiköissä hätätilapotilaiden hoitaminen on arkipäivää, mutta toisissa yksiköissä ammattilaiset kohtaavat hätätilapotilaita harvemmin. Harvemmin hätätilapotilaita kohtaavalle ammattilaiselle tilanne voi tulla äkillisesti ja yllättäen, jolloin tilanteessa toimiminen voi olla haastavaa ja henkisesti kuormittavaa. Perustoimintojen häiriöitä aiheuttavien tautitilojen taustoja ja ilmenemismuotoja tulisi opiskella ja välittömiä hoitotoimenpiteitä harjoitella. Osaamista voi kehittää ja parantaa omia sekä työyksikön valmiuksia esimerkiksi simulaatioiden avulla.

Ala-Kokko ym. (2021) mukaan terveydenhuollon ammattilaisen suorittama toistettu tilannearvio on äkillisesti ja kriittisesti sairaan potilaan tärkein hoidollinen työkalu. Sen pohjalta määritetään potilaan keskeisimmät ongelmat ja päätetään hoidon tavoitteet sekä luodaan suunnitelma niiden saavuttamiseksi. Toteutuakseen tämä vaatii ammattilaiselta hyvää päätöksentekokykyä. Päätöksentekoa varten ammattilaisella tulee olla hyvät tekniset ja ei-tekniset taidot. Teknisillä taidoilla tarkoitetaan esimerkiksi teoriaosaamista ja toimenpiteiden hallintaa, kun taas ei-teknisillä taidoilla tarkoitetaan muun muassa ryhmätyötaitoja. Teknisiä ja ei-teknisiä taitoja tulisi harjoitella säännöllisesti.

Niittyvuopion (2022) mukaan akuuttitilanteessa toimimisen edellytyksenä on ihmisen perusfysiologian ja anatomian tunteminen ja potilaan kliinisen tutkimisen hallitseminen. Yleisimmin työssä kohdattavat hätätilanteet näkyvät peruselintoimintojen, kuten kaasujenvaihdon, verenkierron, tajunnantason ja kehon lämpötilan muutoksina. Tämän vuoksi on tärkeää ymmärtää peruselintoimintojen ylläpitoon osallistuvien elinjärjestelmien normaali toiminta ja toiminnan tutkiminen. Kriittisesti sairaan potilaan kliinisessä tutkimisessä käytetään mm. anamneesia, palpointia, auskultointia ja yksinkertaisten vieritutkimusten, kuten esimerkiksi verenpaineen, kuumeen ja sydänsähkökäyrän tulkitsemista.

Salminen-Tuomaalan (2015, s. 24–25) mukaan akuuttihoitotyötä tekevältä hoitajalta odotetaan laajaa tiedollista ja taidollista osaamista ja valmiuksia toimia akuuteissa tilanteissa, joissa hoidetaan kriittisesti sairaita ihmisiä erilaisissa olosuhteissa. Hoitajan tiedot ja kliiniset taidot vaikuttavat merkityksellisen paljon potilasturvallisuuteen. Akuutisti sairaan potilaan tila voi heikentyä nopeasti, minkä vuoksi tilanneherkkyys ja ongelmanratkaisutaidot ovat tärkeitä läheltä piti -tilanteiden ennaltaehkäisemisessä. Akuuttihoitotyötä tekevä tarvitsee kliinisen osaamisen lisäksi myös tiimi-, vuorovaikutus- ja johtamistaitoja. Sairaanhoidajilta, jotka työskentelevät akuuttihoitotyön parissa, vaaditaan jatkuvaa oman osaamisen kehittämistä, koska akuuttihoitotyössä tarvittavat tiedot muuttuvat jatkuvasti. Hoitajilta vaaditaan hyvää

tilanneherkkyttä ja taitoa ennakoida tulevaisuutta. Akuuttihoitotyön asiantuntijuus pitää sisälleen teoreettisen tiedon, käytännön toiminnan ja eettisyyden. Osaamista tarvitaan hoidon tarpeen määrittelyssä, hoidon suunnittelussa, toteutuksessa sekä arvioinnissa ja lisäksi myös hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Myös arviointi- ja päätöksentekokykyä tarvitaan.

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) mukaan potilaalle on annettava kiireellistä hoitoa henkeä tai terveyttä uhkaavassa tilanteessa, vaikka potilaan tahtoa ei saada selvitettyä tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi. Kuitenkin, jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei saa siinä tapauksessa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.

Mäkijärven ym. (2016, s. 8–10) mukaan kriittisesti sairaalla tarkoitetaan hätätilapotilasta. Hätätilapotilaalla on merkittävä tajunnan, verenkierron tai hengityksen häiriö tai oire, joka voi äkillisesti johtaa näihin. Kriittisesti sairas potilas eli hätätilapotilas tulisi tunnistaa ja hoito aloitetaan heti, kun häiriö todetaan. Hoito tulee tehdä tiimityöllä ja parhaalla saatavilla olevalla henkilöstöllä. Hoidon tulee olla ennalta suunniteltua ja harjoiteltua. Kriittinen tila ilmenee hengitystyön lisääntymisenä, hengitysvajauksena, verenkierron heikkenemisenä ja tajunnan tason laskuna. Mitä enemmän häiriöitä todetaan, sitä vakavampi tilanne on. Peruselintoimintojen häiriöt johtavat lopulta sydämenpysähdykseen. Tämä pyritään estämään tunnistamalla ja hoitamalla häiriöt nopeasti.

Niittyvuopion (2022) mukaan hätätilapotilas arvioidaan aina järjestelmällisesti ja kokonaisvaltaisesti kaikkien eri elinjärjestelmien toiminta samanaikaisesti huomioiden. Arviointi toteutetaan kansainvälisen ABCDE-arviointityökalun avulla. Vaikeat peruselintoimintojen häiriöitä aiheuttavat oireyhtymät ja tautitilanteet, kuten esimerkiksi septinen sokki ja vaikea sydämen pumppausvajaus, aiheuttavat muutoksia useissa eri elinjärjestelmissä. Esimerkiksi hengitysvajauksesta kärsivä, monielinvauriotilanteessa oleva ja septisessä sokissa oleva keuhkokuumeipotilas voi kärsiä samanaikaisesti merkittävästä hengitys- ja verenkiertovajauksesta, tajunnantason alenemasta ja akuutista munuaisvauriosta. Eri elinjärjestelmien yhteistoiminnan ymmärtäminen onkin tärkein perustaito kriittisesti sairastuneita potilaita tutkittaessa ja hoidettaessa.

Myös Helmrichin (2021) mukaan potilaan peruselintoimintojen arvioinnin tulee olla rutiinimaista, järjestelmällistä ja vähintään kahdesti päivässä tapahtuvaa. ABCDE-arviointityökalu on tunnettu ja sen kanssa arviointi on nopeaa ja systemaattista. Sen avulla voi tunnistaa

potilaiden hengenvaaralliset tilat jo varhaisessa vaiheessa. ABCDE-arviointityökalu ohjaa keskittymään ongelmien korjaamiseen kiireellisyysjärjestyksessä ennen eteenpäin siirtymistä, näin keskitytään kriittisesti tärkeisiin elintoimintoihin ensin. Pelkästään potilasta katsomalla ja keskustelemalla potilaan kanssa saadaan jo paljon tietoa potilaan tilasta. Vakaalla potilaalla ABCDE-protokolla saadaan käytyä läpi nopeastikin. Jos potilaan vointi on huonompi tai heikenee kesken tutkimuksen, menee aikaa enemmän. Arvioinnin tavoitteena on tunnistaa ja hoitaa hengenvaaralliset sairaudet sekä varmistaa hapen pääsy elintärkeisiin elimiin optimoimalla hengitystä ja verenkiertoa.

Helmrichin (2021) mukaan elvytystilanteessa ABCDE-arviointityökalu on myös hyödyllinen, kun selvitetään sydänpysähdyksen alkusyytä ja laitetaan elvytystoimia tärkeysjärjestykseen elvytystoimien aikana. Alkuarviointi auttaa priorisoimaan hengenvaaralliset ongelmat, jotka tulee hoitaa ennen kuin voidaan saavuttaa elvytyksellä toivottu lopputulos, kuten hengitysteiden este. Hengitysteiden este tulee poistaa, jotta elvytyksellä voidaan saada haluttu lopputulos ja potilaalla on mahdollisuus selviytyä. Rytmintarkistusten aikana on hyvä tehdä yhteenvedo ABCDE-protokollaa käyttämällä. Tämän avulla varmistetaan tiimin kanssa, onko kaikki oleelliset asiat hoidossa.

Sairaanhoitajaliiton sivujen mukaan cABCDE tulee sanoista: Catastrophic haemorrhage, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure. Kyseisellä työkalulla arvioidaan potilaan peruselintoimintoja kliinisissä hoitotilanteissa. Onnistunut potilaan tilan arvioiminen on tärkeä osa potilaan tutkimista ja hoitoa kaikissa tilanteissa. Erityisesti kriittisesti sairastuneiden potilaiden tunnistamisen ja varhaisen hoidon aloituksen kannalta oikein tehty arvio vaikuttaa suuresti potilasturvallisuuteen. cABCDE-menetelmän avulla tilanarvion voi tehdä tarvittaessa aistinvaraisten havaintojen perusteella, mutta arviointia on mahdollista tarkentaa erilaisten mittausten avulla. cABCDE-menetelmää voi käyttää kaikissa potilaskontakteissa tilanteesta ja iästä riippuen. Se sopii sekä kiireettömiin hoitotilanteisiin että henkeä uhkaaviin hätätilanteisiin. Tämä työkalu ohjaa käyttäjää tutkimaan potilaan elintoiminnot ja tekemään hoitotoimenpiteet tärkeysjärjestyksessä kiireellisyyden perusteella. Suomalaisessa elvytyksen Käypä Hoito -suosituksessa todetaan, että potilaan peruselintoimintojen häiriöiden ja yleistilan heikkenemisen tunnistaminen ennen tilan etenemistä sydänpysähdykseen on hoitoketjun ensimmäinen ja merkittävin lenkki. Taulukossa 1 havainnollistetaan cABCDE-periaatteen käyttö vaiheittain.

Taulukko 1. Peruselintoimintojen systemaattinen tutkiminen (ABCDE-periaate) ja havaittujen häiriöiden hoidon periaatteita. (Sov. Ala-Kokko & Liisanantti, 2022)

c = Kriittinen verenvuoto	Näkyvän verenvuodon tyrehtyttäminen
A = Hengitystie	Hengitysteiden avoimuuden varmistaminen
B = Hengitys	Hengitystaajuus, happisaturaatio, hengitysmekaniikka
C = Verenkierto	Syketaajuus, verenpaine, rytmi, iskemiamuutokset EKG:ssä
D = Tajunnan taso	Tajunnan tason arviointi GSC-asteikolla, kivun arviointi, orientaatio (aikaan, paikkaan tai itseensä), verensokerin mittaus
E = Tutkiminen/Paljastaminen	Muu akuutti elintoimintojen häiriö, neurologinen status, raajojen lämpörajat, ihon kunto, diureesi, muu tutkiminen

Mäkijärvi ym. (2023, s. 11–12) mukaan kliininen tutkiminen ja riskinarvio tulisi tehdä hoidon kanssa samaan aikaan ABCD-periaatteen mukaisesti. Riskinarvio voidaan toteuttaa esimerkiksi NEWS-pisteiden avulla. Royal College of Physicians (2012, s. 10–11) mukaan NEWS tulee sanoista national early warning score ja tarkoittaa kansainvälistä varhaisen tunnistamisen pisteytysjärjestelmää. NEWS-pisteiden avulla pystytään tunnistamaan ja reagoimaan tehokkaasti potilaisiin, joilla on akuutti sairaus tai kehittymässä sellainen. NEWS perustuu yksinkertaiseen pisteytysjärjestelmään, jossa pisteytetään fysiologisten mittausten tulokset. Pisteytysjärjestelmän perustana on kuusi fysiologista parametria: hengitystiheys, happisaturaatio, lämpötila, systolinen verenpaine, syketaajuus, tajunnan taso. NEWS-pisteytyksen käyttöä suositellaan akuutin sairauden arvioinnissa potilaiden tullessa akuutisti sairaalaan, mutta myös perusterveydenhuollossa ja sairaaloiden vuodeosastoilla perusseurannassa. NEWS tarjoaa perustan yhtenäiseen ja systemaattiseen seurantaan kaikille sairaalapotilaille. Taulukossa 2 havainnollistetaan, miten NEWS-pisteet ja potilaan riski arvioidaan.

Taulukko 2. NEWS-pisteet ja potilaan riskin arvioiminen. Vasemmassa sarakkeessa olevien osa-alueiden pisteet lasketaan yhteen. Veren happisaturaation pisteytyksessä käytetään skaalaa 2, jos potilaalle on määrätty happisaturaation hoitotavoite 88–92 %, esim. COPD:n vuoksi. (Sov. Mäkijärvi ym., 2023)

Arvioitava osa-alue	Pisteet						
	3	2	1	0	1	2	3
Hengitystaa-juus, krt/min	<8		9–11	12–20		21–24	>25
Veren happi-saturaatio, %	<91	92–93	94–95	>96			
Veren happi-saturaatio, % skaala 2	>97, happi-lisä	95–96, happi-lisä		>93, huo-neilma tai 88–92	86–87	84–85	<83
Lisähappi käy-tössä		kyllä		ei			
Systolinen ve-renpaine, mmHg	<90	91–100	101–110	111–219			>220
Tajunnantaso				nor-maali			akuutti tajun-nan ta-son muutos
Kehon lämpö-tila, °C	<35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	>39,1	
Pisteytyksen perusteella tehtävät hoitolinjaukset							
Kokonaispisteet 5	Potilaan tila tulee arvioida.						
Kokonaispisteet 7 tai mikä ta-hansa yksittäi-nen parametri 3	Hoidon riittävyys tulee arvioida välittömästi (MET-hälytys, hoitavan lää-kärin hälytys)						
Potilaiden riskiluokitus yhteispisteiden perusteella							
0–4 pistettä	Matala riski						
5–6 pistettä	Keskisuuri riski						
>7 pistettä	Korkea riski						

Yon Hee ym. (2024) tekemän tutkimuksen mukaan Triage hoitajilla oli keskeinen rooli päivys-tysosastoilla ja heidän arviointitarkkuutensa vaikutti merkittävästi potilaan hoitoon ja

osastojen tehokkuuteen. Nopeatempoisessa hoitotyössä triagea eli hoidon tarpeen kiireellisyysarviointia tekevillä hoitajilla oli ratkaiseva rooli potilaan hoidossa. Triagessa potilaiden hoito arvioidaan vaikeusasteen perusteella ja tämä vaatii hoitajalta nopeaa päätöksentekoa ja tarkkuutta, sillä tämä arvio voi vaikuttaa merkittävästi kaikkeen hoidon tehokkuudesta resurssien kohdentamiseen ja yleiseen tehokkuuteen. Tutkimuksessa havaittiin, että triage-tuloksissa oli huomattavaa vaihtelua. Vaihteluun vaikutti suurelta osin arvioita tekevien hoitajien pätevyys ja ominaisuudet. Tutkimus osoittaa, että triagehoitajien on parannettava luokittelujensa tarkkuutta jatkuvalla täydennyskoulutuksella. Hoitajilla on oltava laaja tietämys erilaisista sairauksista ja heillä on oltava erinomaiset viestintä- ja asiakaspalvelutaidot. Triagen tarkkuuteen vaikuttavat tekijät vaihtelevat yksittäisistä sairaanhoitajan ominaisuuksista laajempiin systeemisiin ongelmiin. Henkilökohtaisella tasolla sairaanhoitajien kliininen- ja triagekokemus ja koulutus olivat merkittävässä asemassa. Tutkimuksessa havaittiin, että kliininen kokemus oli yksi merkittävistä muuttujista. Toisessa aiemmassa tutkimuksessa mainittiin, että erottelutarkkuus oli parantunut huomattavasti, kun hoitajille oli järjestetty täydennyskoulutuksia ja koulutustilaisuuksia. Potilasturvallisuuteen huomattiin vaikuttavan myös psykologiset tekijät, kuten sairaanhoitajien väsymys, työympäristö ja kognitiiviset tekijät, jotka vaikuttivat päätöksentekokykyyn. Lisäksi myös ammattilaisten välinen kommunikaatio voi vaikuttaa triagetuloksiin. Tarkka triagearviointi taas vaikuttaa suoraan potilasturvallisuuteen.

Ala-Kokko ym. (2021, s. 16) mukaan hätätilapotilaan hoidossa erityisen tärkeää on myös kommunikointi ja tiedonsiirto, jonka tulee olla tehokasta ja pitää sisällään oleellisen tiedon. Monet vaara- ja haittatapahtumat saataisiin vältettyä hyvällä ja toimivalla kommunikaatiolla. Tiimityö-, kommunikaatio-, konsultaatio- ja johtamistaidot kuuluvat jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen vaadittaviin taitoihin. Näitä taitoja tulisi harjoitella ja kehittää säännöllisesti. Olisi tärkeää noudattaa ennalta sovittua viestinnän kaavaa etenkin akuuteissa tilanteissa. Sujuvaan raportointiin on kehitetty ISBAR-työkalu. ISBAR-työkalun tavoitteena on, että samantilaisessa tilanteessa jokainen ammattilainen antaa samansisältöisen raportin, jolloin informaation antaminen ja vastaanottaminen on johdonmukaista ja selkeää. Tätä voidaan käyttää esimerkiksi potilaan luovutustilanteessa hoitoyksiköstä toiseen ja sairaanhoitajan ja lääkärin välisessä kommunikaatiossa. Taulukossa 3 esitetään ISBAR-raportoinnin avainkohdat.

Taulukko 3. ISBAR-raportointi. (Sov. Niemi-Murola ym. 2016, s. 19)

I	Identify, tunnista ja esittäydy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oma nimi, ammatti, yksikkö ▪ Potilaan nimi, ikä, henkilötunnus
S	Situation, tilanne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raportoinnin syy
B	Background, tausta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lyhyesti nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat ▪ Allergiat ▪ Tartuntavaara tai eristys
A	Assessment, nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peruselintoiminnot (hengitystie, hengitys, pulssi, verenpaine, happikylläisyys, tajunnantaso, kipu, lämpötila, iho ym.) ▪ Potilaan tilaan liittyvät muut oleelliset asiat
R	Recommendation, toimintaehdotus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suositukset ▪ Välitön toimenpide ▪ Tarkkailun lisääminen ▪ Toimenpiteet ▪ Siirto toiseen yksikköön ▪ Kuinka kauan...? ▪ Kuinka usein...? ▪ Koska otan yhteyttä? ▪ Onko vielä kysyttävää? ▪ Olemmeko samaa mieltä?

Ala-Kokko ym. (2021, s. 16–17) mukaan myös Closed loop-kommunikaation avulla voidaan välttää väärinymmärryksiä ja kommunikaatiokatkoksia hätätilapotilasta hoidettaessa. Tällä tarkoitetaan kaksisuuntaista kommunikaatiota, jossa esimerkiksi lääkäri ohjeistaa ensin ”hoitajan nimi. Anna potilaalle suonensisäisesti adrenaliinia yksi milligramma”. Hoitaja vastaa tähän ”Annan potilaalle suonensisäisesti yhden milligramman adrenaliinia”. Lääkäri vielä kuittaa tämän kuulluksi sanomalla ”kyllä” tai jos tieto oli väärin, voi lääkäri vielä korjata määräyksen ja Closed loop -kommunikointi käydään silloin uudelleen. Closed loop -kommunikoinnissa tarkoituksena siis on, että viestin tai hoitomääräyksen vastaanottaja toistaa kuullun määräyksen tai viestin ja varmistaa näin kuulleensa ja ymmärtäneensä oikein. Sitten viestintätoimittaja toistaa viestin oikeaksi. Closed loop -kommunikaatio on yksi osa ryhmätyöskentely- ja viestintätaitoja. Kaikkia ryhmätyöskentely- ja viestintätaitoja tulisi harjoitella säännöllisesti. Moniammatilliset simulaatioharjoitukset ovat erinomainen paikka harjoitella näitä taitoja. Niissä voi harjoitella ja arvioida omia toimintamalleja turvallisesti.

2.3 Simulaatio-opetus akuuttihoitotyön kehittämisessä

Lateefin (2010) mukaan simulaatio on harjoittelun ja oppimisen tekniikka, jota voidaan käyttää harjoittelun välineenä useilla eri aloilla, kuten hoitotyössä. Tämän tekniikan avulla voidaan luoda ohjattuja tilanteita, jotka myötäilevät todellisen elämän tilanteita. Simulaatioilla voidaan kehittää hoitotyön ammattilaisten tietoja, taitoja ja asenteita ilman riskiä potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Simulaatio tarjoaa alustan turvalliselle koulutukselle niin potilaille kuin hoitotyön ammattilaisillekin. Lisäksi se on eettinen keino harjoitella käytännön ongelmien ratkaisuja.

Blomgren (2015) kuvaa, että simulaation tarkoituksena on jäljitellä todellisuutta. Onnistuneella simulaatiolla voidaan tehdä abstraktin ja konkretian välille silta sekä helpottaa oppimista. Simulaatioissa opittuja asioita ja käytänteitä voidaan hyödyntää käytännön työssä. Simulaatioissa voidaan harjoitella laajalti erilaisia tilanteita ja opetella niihin erilaisia toimintamalleja. Näin varmistetaan, että toimintamallit ovat tutumpia kiireellisissäkin tilanteissa ja toimiminen näissä tilanteissa onnistuu silloin paremmin. Myös harvoin tapahtuvien tilanteiden opettelu ja kertaaminen onnistuvat hyvin simulaatioiden avulla. Onnistunut simulaatio ei perustu monimutkaisuuteen vaan yksinkertainen ja selkeä simulaatio on usein hyödyllisempi oppimisen kannalta. Simulaatio on oppimiseen käytettävä keino, minkä tarkoituksena on auttaa oppijaa oppimaan ja sen myötä parantamaan potilaiden hoitoa ja potilasturvallisuutta. Simulaation tulisi olla yksinkertainen, mutta myös sellainen, että se muistuttaa oikeaa tilannetta, jotta oikeissa tilanteissa opittuja tietoja ja taitoja voi hyödyntää automaattisesti.

Blomgrenin (2015) mukaan onnistunut simulaatio voi herättää myös erilaisia tunteita, silloin oppiminen tehostuu entisestään. Esimerkiksi jännitys, itsensä voittaminen ja onnistumisen tunteet auttavat oppimista. Kun simulaatio on sujunut hyvin, se lisää myös itseluottamusta, mikä taas parantaa suoriutumista jatkossa. Simulaatioihin tilanteen rakentamisen ja toteuttamisen lisäksi kuuluu myös debriefing eli palautteen antaminen simulaation jälkeen ja oppimistavoitteet ennen harjoitusta. Simulaatioon voi osallistua yksi tai useampi tekijä. Sen lisäksi simulaatioon osallistuu yksi tai useampi tarkkailija. Tarkkailijan tehtävänä on seurata eri toimijoiden toimintaa ja antaa debriefingissä kehittämisideoita. Tilanteet voidaan myös tallentaa videolle ja katsoa video osittain tai kokonaisuutena yhdessä. Palautteen anto auttaa kaikkia käsittelemään simulaatiossa tapahtuneet asiat, siinä läpikäydään koko simulaation kulku, mikä meni hyvin, missä olisi kehittämisen varaa ja mitä tekisi jatkossa toisin samanlaisessa tilanteessa. Lisäksi on hyvä käydä läpi, mitä oppeja osallistujat ottaisivat simulaatiosta

mukaan työelämään. Mikäli simulaatio on mennyt ei-toivotulla tavalla, voidaan simulaatio toteuttaa uudelleen heti palautteen annon jälkeen. Silloin voidaan palautteen mukaisesti yrittää parantaa suoritusta ja näin oppia parempi tapa toimia käytäntöä varten, korvataan väärä tieto uudella.

Blomgrenin (2015) mukaan nykyisin tavanomaisen simulaation lisäksi voidaan simuloida myös virtuaalisesti. Sekä tavanomainen malli, jossa on yksinkertaistettua roolileikkiä, että virtuaalisessa maailmassa toimiminen ovat molemmat hyviä keinoja oppia. Simulaation tulisi olla hyödyllinen kaikille simulaatioon osallistujille ja toimintamalli tulisi valita sen mukaan, mikä missäkin tilanteessa palvelee osallistujia parhaiten käyttötarkoituksineen.

Satasairaalan tiloissa on simulaatiokeskus, joka pitää sisällään erilaisia simulaatiohuoneita, kuten kodinomaisen ympäristö, vuodeosaston huone, päivystyspoliklinikka ja ambulanssi. Osa tiloista on muunneltavissa erilaisiin tarpeisiin ja koulutustilanteisiin. Siellä voi harjoitella simulaationuken avulla tai vaihtoehtoisesti yksi ohjaajista voi toimia potilaan roolissa, jolloin tilanteesta saadaan enemmän todentuntuinen. Simulaatiokeskuksessa on mahdollisuus videoida harjoitus ja merkitä videolle kohokohtia, jotka sitten voidaan käydä yhdessä läpi, kun simulaation case on suoritettu. Videon kohokohdat käydään läpi yhdessä osallistujien kanssa jälkipuintiosiossa. Ohjaajille on oma huone, josta he voivat puhua mikrofonien välityksellä toimijoiden kanssa, lisäksi he kuulevat ja näkevät kameroiden ja ikkunan kautta simulaatiotilaan. Simulaatioon osallistuvat tarkkailijat taas ovat eri huoneessa, josta he voivat seurata videon välityksellä reaaliajassa simulaation kulkua. Toteutuksen jälkeen koko ryhmä voi kokoontua yhteisessä tilassa, jossa keskustellaan simulaatiotilanteesta ja oppimiskokemuksista. Yhteisenä pelisääntönä on, ettei simulaatioista jutella jälkikäteen enää vaan kaikki mielen päällä olevat asiat käydään yhdessä läpi simulaation purkutilanteessa. Tämä lisää osallistujien psykologista turvallisuuden tunnetta ja näin kaikki uskaltavat osallistua simulaatioihin mahdollisimman hyvin pelkäämättä, että omasta osaamisesta/osaamattomuudesta puhutaan muille.

Niittyvuopion (2022) mukaan peruselintoimintojen häiriöitä aiheuttavien tautitilojen taustojen ja ilmenemismuotojen opiskelulla sekä alkuvaiheessa tehtävien välittömien hoitotoimenpiteiden opiskelulla pääsee hyvin alkuun. Osaamistasoa syventämällä, työkokemusta keräämällä ja säännöllisellä harjoittelulla simulaatioiden avulla on mahdollista kehittää omaa ammattitaitoa ja parantaa valmiuksia toimia hätätilanteissa ja kriittisesti sairaiden potilaiden kanssa. Niittyvuopio painottaa, että klinisen arvioinnin, diagnostisten tutkimusten ja välittömän hoidon

aloituksen tulee tapahtua samanaikaisesti. Tästä suoriutuminen vaatii harjoittelua ja säännöllinen kouluttautuminen esimerkiksi simulaatiolla on tärkeää kaikille terveydenhuollossa toimiville ammattilaisille.

Salminen-Tuomaala ym. (2020) mukaan simulaatio-opetusta voidaan toteuttaa erilaisina työpajoina, taitopajoina, full scale -simulaatioina ja virtuaalisina simulaatioina. Simulaatioista voidaan saada aidompia hyödyntämällä simulaationukkeja, joiden toimintoja voidaan ohjata tietokoneen avulla ja hyödyntämällä virtuaalitodellisuutta (VR-laseja). Aikaisempien tutkimusten mukaan lisätty todellisuus ja virtuaalitodellisuus ovat lisänneet osallistujien tietoja ja taitoja. Opetuksesta tulee mielekkäämpää ja tehokkaampaa, kun siihen yhdistetään teknologiaa, tämä voi osaltaan vaikuttaa parempaan oppimiseen.

2.4 Tilannetietoisuus

Norri-Sederholmin (2015, s. 7, s.27–28) mukaan tilannetietoisuudella tarkoitetaan sen tietämistä, mitä ympärillä on tapahtumassa, jotta voi päätellä, miten pitäisi toimia. Oikea tieto on siksi merkityksellistä tilannetietoisuuden muodostumiseksi. Hänen mukaansa tilannetietoisuutta on myös se, että tietää, mistä ei ole kysymys ja on tietoinen siitä, mitä ei vielä tiedetä ja mitä pitää ehkä selvittää. Lisäksi se on sitä, että on tietoinen siitä, mistä muut ovat tietoisia ja mitä he eivät tiedä. Tilannetietoisuus koostuu erilaisista vastauksista, joita meillä on mielessä tilanteeseen liittyen, esimerkiksi: Mitä on tapahtumassa? Miksi se tapahtuu? Mitä tapahtuu seuraavaksi? Mitä se tarkoittaa minun tavoitteilleni? Mitä voin tehdä? Tilannetietoisuuteen liittyy myös aina joku tavoite tai tehtävä.

Norri-Sederholm (2015, s. 27–28) on tutkinut tilannetietoisuutta ja hän kertoo, että yksi tilannetietoisuuden tunnetuimpia määritelmiä on Endsleyn määritelmä, jonka mukaan tilannetietoisuus on ympäristössä olevien elementtien havaitsemista ajassa ja paikassa, niiden merkityksen ymmärtämistä sekä ennuste niiden tilanteesta lähitulevaisuudessa. Norri-Sederholmin mukaan tilannetietoisuutta tarvitaan, jotta erilaiset tehtävät voidaan suorittaa mahdollisimman tehokkaasti. Tilannetietoisuuden käsite on alkanut saada huomiota vasta 1980-luvulla erityisesti ilmailualalla. Tilannetietoisuuden puuttuminen on havaittu olleen useasti ilmaonnettomuuden syy. Kiinnostus tilannetietoisuutta kohtaan lisääntyi myös muilla aloilla teknologian kehittymisen myötä, koska se toi mukanaan myös uudenlaisia haasteita.

Endsleyn kehittämän mallin mukaan tilannetietoisuutta kuvataan kolmella tasolla, jotka ovat havaitseminen, ymmärtäminen ja ennustaminen. (Norri-Sederholm, 2015. s. 28) Ensimmäisellä tasolla havaitaan ympäristöstä tilanteeseen liittyvää tietoa ja vihjeitä. Jos tärkeää tietoa ei havaita, on isompi riski väärän tilannekuvan muodostumiselle. Toisella tasolla tulkitaan ja ymmärretään tilanteeseen vaikuttavaa tietoa ja muodostetaan informaatiota datasta. Lisäksi siinä päätetään, onko tieto merkityksellistä toiminnan tavoitteelle. Kolmas eli korkein tilannetietoisuuden taso, on taso, jolla on kyky ennustaa, mitä seuraavaksi voi tapahtua. Tässä mallissa tilannetietoisuus on informaation prosessoinnin ketju ja tilannetietoisuus on kuvattu yksilön toiminnan kognitiivisena mallina dynaamisessa ympäristössä. Tilannetietoisuuteen vaikuttavat sekä tehtävään että yksilöön liittyvät tekijät. Tämän takia kaksi henkilöä, joilla on erilaiset tehtävätiedot tai erilainen osaamisen tausta ja erilaiset kokemukset tai koulutus, voivat tehdä tilanteesta erilaiset johtopäätökset. Lisäksi tähän liittyy tietoisuus omasta itsestä, omista aikeista ja kyvyistä.

Salminen-Tuomaala (2021) on kirjoittanut, että asiakaspalvelutehtävissä olisi tärkeää kehittää tilannetietoisuutta. Sitä tarvitaan eri ikäisten asiakkaiden kanssa toimittaessa myös kliinissä hoitotyössä. Tilannetietoisuutta hoitotyössä tarvitaan etenkin ennakoivassa tilanteen arvioinnissa, jotta toiminta olisi turvallista ja sujuvaa akuuteissa tilanteissa, joissa tarvitaan nopeaa ja tehokasta päätöksentekoa. Tilannetietoisuuden puuttuessa hoitotyössä voivat tilanteet johtaa turvallisuuden vaarantumiseen sekä inhimillisiin virheisiin. Hoitotyössä toimitaan usein moniammatillisesti, esimerkiksi vuodeosastolla voi tulla tilanteita, joissa on paikalla esimerkiksi sairaanhoitaja, lääkäri ja laboratoriohoitaja. Myös eri yksiköistä, esimerkiksi päivystyksestä tai teholta, voi olla osastolla käymässä eri ammattilaisia. Akuuttejakin tilanteita voi tulla yllättäen eri ammattiryhmien ollessa paikalla. Etenkin silloin tilannetietoisuus on tärkeää. Tilannetietoisuustaitoa tarvitaan tällaisissa tilanteissa, jotta saadaan mahdollistettua optimaalinen työskentelyn sujuvuus.

Tilannetietoisuus muodostetaan aina jostain syystä ja joidenkin motiivien ympärille. (Koistinen, 2011. s. 23) Tilannetietoisuus on väline saavuttaa jokin päämäärä. Tilannetietoisuuden syntymiseen vaikuttavat suuresti ne tilannetiedot, joita ihminen havaitsee eri tilanteissa.

Tilannetietoisuuteen voivat vaikuttaa tiedot, joita esimerkiksi hoitaja saa toiselta hoitajalta tai vaikkapa potilaalta. Voi olla tilanne, missä potilas makaa lattialla tajuttomana, ainoa tilanteen nähnyt on toinen potilas, joka soittaa kelloa lattialla olevan potilaan puolesta. Hoitaja voi tässä tilanteessa kysyä tilanteen nähneeltä potilaalta, että mitä on tapahtunut ja onko

kaatunut potilas esimerkiksi lyönyt päätään. Tilannekuvan muodostamiseen vaikuttavat suuresti saadut tiedot tilanteesta. Tietosisältö, mitä eri päätöksentekijä tarvitsee, voi olla eri laajuinen tilanteesta riippuen (Koistinen, 2011. s. 23).

Tilannetietoisuuden syntyminen vaatii mentaalisen mallin muodostamista. (Koistinen, 2011. s. 23–24). Mentaalinen malli on psykologinen esitys ympäristöstä ja oletetusta käyttäytymisestä. Tilannetietoisuutta voidaan kutsua eräänlaiseksi dynaamiseksi mentaaliseksi malliksi, sillä se on jatkuvasti muuttuva malli todellisuudesta, missä havaitaan, ymmärretään ja ennustetaan. Prosessit, joissa mentaaliset mallit muodostuvat, ovat samankaltaisia kaikissa tilanteissa. Kuitenkin kaikille ihmisille mentaalinen malli on aina henkilökohtainen ja se on vahvasti sidoksissa henkilön persoonaan ja luonteeseen. Malli muodostuu aina ihmisen mieleen ja se perustuu havaittuihin tosiasioihin ja omaan kokemukseen. Tästä johtuen tilanteesta muodostunut malli on kaikilla erilainen johtuen muun muassa koulutustaustoista, kokemuksista ja kulttuurieroista.

Tilannetietoisuuden muodostumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa rakenteellisiin ja tieteellisiin tekijöihin. (Koistinen, 2011, s. 24). Rakenteellisilla tekijöillä tarkoitetaan ihmisen kokemushistoriaan ja perintötekijöihin liittyviä tekijöitä, joita ovat muun muassa ikä, koulutus, ammatti, kokemus, luonne, sukupuoli ja arvot. Näiden tekijöiden vuoksi jotkut henkilöt ovat ominaisuuksiltaan parempia kehittämään tilannetietoisuutta. Useisiin rakenteellisiin tekijöihin on vaikea vaikuttaa, kuten esimerkiksi luonteeseen, ikään tai asenteisiin. Koulutukseen ja harjoitteluun sen sijaan voidaan helpommin vaikuttaa. Näillä voidaan parantaa henkilön mahdollisuuksia muodostaa tilannetietoisuutta joissakin tilanteissa.

Tilanteellisilla tekijöillä taas tarkoitetaan asioita, jotka liittyvät yksittäiseen tilanteeseen ja tilanteen olosuhteisiin. (Koistinen, 2011, s. 24–25). Ne vaikuttavat ihmisen kykyyn ja tapaan vastaanottaa informaatiota. Tilanteellisia tekijöitä ovat muun muassa mieliala, aikapaine, väsymys, stressi ja monimutkaisuus. Näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa erilaisia menetelmiä käyttäen. Esimerkiksi väsyneessä tilassa oleva henkilö ei ehkä havaitse tilannetietoja yhtä aktiivisesti kuin virkeä henkilö. Tähän yksi keino vaikuttaa on herätteet. Herätteellä tarkoitetaan visuaalista, auditiivista tai ihmisen muihin aisteihin kohdistettua merkkiä tai signaalia, jolla pyritään saamaan ihminen huomaamaan normaalista tilasta poikkeava asia tai tapahtuma. Herätteillä voidaan auttaa ja nopeuttaa toimijan mahdollisuutta havaita tai tiedostaa tärkeä tieto oikeaan aikaan. Esimerkiksi äänimerkki voi toimia herätteenä jostakin tapahtumasta.

2.5 Johtamisosaaminen

Viitala ja Jylhä (2019, s. 11–12) kuvaavat, että johtamisella tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on saavuttaa haluttu päämäärä. Sen avulla saadaan erilaisia asioita toteutettua tavoitteellisesti. Etenkin isojen ihmisjoukkojen toiminta olisi tehotonta ja kaoottista, mikäli sitä ei johdettaisi hyvin. Johtaminen on hyvää silloin, kun johdettava joukko ihmisiä saavuttaa sen avulla tavoitteena olleen päämäärän sekä kehittyy ja kehittää yrityksen toimintaa ja samalla säilyttää motivaationsa ja työhyvinvointinsa. Heidän mukaansa käsitys johtajuudesta ja johtamiseen keskeisesti liittyvistä asioista on vaihdellut vuosien varrella. Nykyisin johtamisessa korostuvat erityisesti uudistumisen, tehokkuuden ja ihmislähtöisyyden arvot.

Viitalan ja Jylhän (2019, s. 12–13) mukaan johtamalla voidaan vaikuttaa suuresti siihen, miten päämäärät saavutetaan. Tärkeitä asioita johtamisessa on miettiä, että kuinka paljon tarvitaan resursseja ja miten ne hankitaan, miten toimitaan mahdollisimman tuottavasti ja tehokkaasti sekä miten toiminnalla saadaan aikaan halutut tulokset. Hyvällä johtamisella saadaan ihmiset tekemään mahdollisimman tehokkaasti se, mitä on tarkoituksena tehdä. Johtajan tehtävänä on varmistaa, että osaaminen on riittävää. Lisäksi johtajan tulee huolehtia, että motivaatio, hyvät olosuhteet ja työvälineet sekä työntekijöiden fyysiset ja psyykkiset voimavarat ovat kunnossa.

Akuuttitilanteissa sairaalassa toimiessa johtajan roolissa voi toimia kuka vain vuorossa oleva sairaanhoitaja tai lääkäri tilanteen mukaan. Siksi johtamisosaamista tarvitsevat muutkin kuin johtamistehtävissä päätoimisesti työskentelevät. Myös Viitala ja Jylhä (2019) ovat sitä mieltä, että jokainen kohtaa jossain vaiheessa tilanteen, jossa ottaa johtajan roolin ja vaikuttaa sitä kautta muihin tavoitteiden saavuttamiseksi.

Johtamisessa näkyy johtajan oma teoreettinen tieto, käytännöstä hankittu taito, kokemus, arvot, uskomukset ja motiivit. (Viitala & Jylhä, 2019, s. 13) Myös johtajat tarvitsevat koulutuksia, jotta he voivat kehittää omia johtamistaitojaan ja sitä myötä pystyvät johtamaan paremmin. Johtamisella voidaan tarkoittaa myös itsensä johtamista. (Viitala & Jylhä, 2019, s. 14) Jokainen meistä johtaa itseään esimerkiksi asettamalla itselleen tavoitteita, valitsemalla keinoja, toimimalla ja arvioimalla omaa toimintaansa.

Johtaminen muodostuu aina erilaiseksi tilanteen mukaan, koska johtaja luo johtajuutta reaaliajassa. Johtaminen ei tapahdu koskaan yksin vaan se tapahtuu yhdessä johdettavien

kanssa. Johtamisessa tarvitaan taitoa, luovuutta, inspiraatiota ja ahkeruutta ja onnistunut johtajuus on näiden asioiden yhteen laskettu summa. Kehollinen muisti, josta ei olla itse tietoisia, voi myös vaikuttaa johtamiseen. (Viitala & Jylhä, 2019, s. 14)

Aikojen saatossa on pohdittu, mihin johtajia tarvitaan (Viitala & Jylhä, 2019, s. 15). Tutkimusten tuloksena on saatu, että johtajia tarvitaan tekemään päätöksiä ja varmistamaan organisaation toimivuus myös häiriötilanteissa. Johtajan työhön kuuluu huolehtia myös siitä, että organisaatio tuottaa niitä asioita, joita sen kuuluukin tuottaa. Lisäksi johtajan tehtäviin kuuluu suunnitella ja valvoa työn sujumista sekä informoida sekä työntekijöitä että ylempää johtoporasta.

Teoriassa johtaminen jaetaan asioiden johtamiseen ja ihmisten johtamiseen eli johtajuuteen (Viitala & Jylhä, 2019, s. 21–22). Käytännössä kuitenkin ajatellaan, että asiat saadaan toteutettua ihmisten kautta. Asioiden johtaminen on enemmänkin toiminnan suunnittelua ja organisoimista sekä valvontaa. Ihmisten johtamisessa taas keskeisiä asioita ovat tavoitteet, ryhmä, kommunikaatio ja vaikuttaminen.

Johtamisen yksi muoto on operatiivinen johtaminen (Viitala & Jylhä, 2019, s. 27–28). Operatiivinen johtaminen on usein akuuttien asioiden hoitamista ja ongelmien ratkaisua, siinä keskitytään konkreettisiin ja käsillä oleviin asioihin. Päivittäisessä työssä yksi konkreettinen johtamistehtävä on töiden jakaminen työryhmässä. Operatiivista johtamista on myös työtilanteiden johtaminen, ihmisten ohjaaminen ja kannustaminen sekä heidän yhteistyönsä tukeminen.

Kuisman ym. (2017, s. 89) mukaan johtaminen on tavoitteellista vuorovaikutteista sosiaalista toimintaa. Johtamisella pyritään vaikuttamaan siihen, että työntekijät tavoittelevat yhteistä päämäärää. Johtamisen tavoitteena on organisoimalla ja ohjaamalla pyrkiä tehostamaan toimintaa ja sen tuloksia. Operatiivisen johtamisen määritelmä käsittää paitsi yksittäisten tehtävien johtamisen myös niiden etukäteissuunnittelun ja ohjeistamisen.

Kuisman ym. (2017, s. 89–90) mukaan ensihoidolle ja hoitotyölle luonteenomainen potilas-keskeinen lähestymistapa on vaikuttanut yleiseen suhtautumiseen johtamisesta. Aiemmin on ajateltu, että johtamisen merkitys korostuu vain monipotilas – ja suuronnettomuustilanteissa. Johtamista tarvitaan kuitenkin myös tehtävissä, joissa on vain yksi potilas ja yksi yksikkö. Tällöin johtaminen keskittyy pikemminkin yksittäisten suoritusten ja hoidon johtamiseen ja valvontaan. Ensihoidon tilannejohtajan rooli on kaksitahoinen: toisaalta johtaja vastaa tilanteen

operatiivisesta johtamisesta ja toisaalta vaativan ensihoidon toteuttamisesta. Siihen, miten hoidon ja johtamisen roolit painottuvat, vaikuttavat tehtävän luonne, käytettävissä olevan henkilöstön määrä ja osaamistaso sekä johtajan henkilökohtainen kokemus, koulutus ja johtamistaito. Yhden potilaan tehtävässä tavallisemmin korostuu hoitamisen rooli, kun taas monipotilastehtävissä johtaminen ja tehtävien sekä toimenpiteiden delegoiminen muulle kohteessa olevalle henkilöstölle. Johtamisen kannalta haastavimpia päivittäistehtäviä ovat monipotilastilanteet, joissa on muutamia vakavasti loukkaantuneita potilaita. Tehtävän hoitaminen edellyttää tilannejohtajalta aktiivista osallistumista ja yhteistoimintaa muiden viranomaisjohtajien kanssa ja siten koko johtamista.

2.6 Osaaminen ja sen ylläpitäminen

Laukkasen (2020) mukaan sairaanhoitajien tutkintoa säädellään sekä lainsäädännöllä että EU-direktiivillä (2013/55/EU). Euroopan Unionin jäsenvaltioiden sairaanhoitajakoulutusten opintojen laajuus on 180 op, jolla saa pätevyyden toimia yleissairaanhoidosta vastaavana sairaanhoitajana. Suomessa sairaanhoitajakoulutuksen laajuus on 210 op. Sairaanhoitajien osaamisvaatimukset on määritelty EU-direktiivin mukaan yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan (180 op) mukaisesti. Suomessa sairaanhoitajatutkinnon suorittaneille se tarkoittaa, että kaikkien, jotka rekisteröidään sairaanhoitajiksi, on saavutettava nämä kriteerit opintojen aikana. Suomessa sairaanhoitajiksi rekisteröidään kättilöt, terveydenhoitajat, ensihoitajat (AMK) ja diakonissat.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023. 9 §. Henkilöstö) velvoittaa, että henkilöstöllä on oltava toiminnan edellyttämä, asianmukainen koulutus ja riittävä osaaminen ja ammattitaito. Huomioon tulee ottaa tuotettavien palvelujen sisältö ja asiakkaat/potilaat, jotka palvelua käyttävät. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (57/2024) edellyttää, että henkilöstön ammattitaitoa ja osaamista tulee ylläpitää ja kehittää edistää täydennyskoulutuksella. Tällä turvataan asiakas- ja potilasturvalliset ja vaikuttavat, väestön terveyttä ja hyvinvointia edistävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Täydennyskoulutuksella tuetaan myös henkilöstön tehtävärakenteiden ja työnjaon kehittämistä. Täydennyskoulutuksen tulee perustua suunnitelmaan ja sen sisällön on tuettava henkilöstölle asetettuja täydennyskoulutuksen tavoitteita. Täydennyskoulutuksessa tulee huomioida henkilöstön yksilölliset sekä ammattiryhmien koulutus- ja osaamistarpeet. Samassa asetuksessa edellytetään, että henkilöstön tulee voida osallistua riittävästi

ammattitaitoa ja osaamista ylläpitävään ja kehittävään oman alan täydennyskoulutukseen. Hyvinvointialueen tulee huolehtia, että täydennyskoulutuksen määrä on riittävä henkilöstön osaamistarpeiden, täydennyskoulutukselle asetettujen tavoitteiden sekä täydennyskoulutuksen laadun edellytysten varmistamiseksi. Lisäksi hyvinvointialueen tulee seurata systemaattisesti koulutuksen määrän riittävyyttä, koulutukseen osallistumista, koulutuksen sisältöä, laatua ja vaikuttavuutta sekä koulutuksesta aiheutuvia kustannuksia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus on säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) nojalla.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (18 §) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön eli työntekijän ylläpitämään ja kehittämään oman ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja. Myös terveydenhuollon työntekijän työnantajan tulee seurata työntekijän ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että työntekijä voi osallistua tarvittaviin täydennyskoulutuksiin ja menetelmiin, joilla ylläpidetään ja kehitetään tietoja ja taitoja, jotta työntekijä voi harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti.

Laukkasen (2020) mukaan sairaanhoitajien osaamisvaatimukset on jaettu useaan osa-alueeseen. Näitä alueita ovat 1. ammatillisuus ja eettisyys, 2. asiakaslähtöisyys, 3. kommunikointi ja moniammatillisuus, 4. terveyden edistäminen, 5. johtaminen ja työntekijäosaaminen, 6. informaatioteknologia ja kirjaaminen, 7. ohjaus- ja opetusosaaminen sekä hoidon tukeminen, 8. kliininen hoitotyö, 9. näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko, 10. yrittäjäys ja kehittäminen, 11. laadun varmistus, 12. sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja 13. potilas- ja asiakasturvallisuus.

Terveydenhuoltoa ohjataan muun muassa lainsäädännön avulla. Myös Laukkasen (2020) kuvaamien osaamisvaatimusten mukaan sairaanhoitajan tulee osata työskennellä voimassa olevan lainsäädännön ja informaatio-ohjauksen mukaisesti. Työntekijä on vastuussa omasta toiminnastaan ja osaamisestaan sekä oman osaamisensa kehittämisestä. Työntekijän tulee tehdä vain asioita, joihin hän on saanut koulutuksen. Mikäli työntekijä tarvitsee lisäkoulutusta, tulee työntekijän kertoa siitä esihenkilölleen. Myös työnantajalla on vastuu työntekijän osaamisen varmistamisesta ja lisäkoulutuksen tarjoamisesta. Työntekijällä on vastuu seurata myös työyhteisön osaamista ja raportoida siitä tarvittaessa esihenkilölleen, jotta turvallinen hoito ja riittävän osaava henkilökunta saadaan varmistettua jokaiseen vuoroon. Ergonomiasta huolehtiminen sisältyy ammatillisuus ja eettisyys osa-alueeseen. (Laukkanen, 2020) Ergonomiaan on syytä kiinnittää huomiota kaikissa hoitotilanteissa mahdollisuuksien mukaan,

näin ennaltaehkäistään työperäisiä tapaturmia ja loukkaantumisia sekä ylläpidetään työntekijöiden terveyttä.

3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvata Satasairaalan hoito-osastojen hoitohenkilökunnan akuuttihoitotyön osaamistaso ja koulutustarve.

Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää, minkälaiselle koulutukselle on tarve ja luoda suunnitelma jatkoon simulaatioiden suunnittelemista ja toteuttamista varten.

Kehittämistyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaista koulutusta akuuttihoitotyöhön liittyen tarvitaan?
2. Millaiset simulaatiot koetaan hyödyllisiksi?
3. Millaisista akuuttihoitotyön aiheista tarvitaan kertaamista?
4. Millainen on tämän hetken osaamistaso sairaanhoitajien oman kokemuksen perusteella?

4 KEHITTÄMISTYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTUS

Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin monimenetelmätutkimusta, koska tässä tehtiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusta. Monimenetelmätutkimuksen yksiselitteinen määrittely on kohtuullisen haastavaa, koska siitä on otettava huomioon useita erilaisia tutkimuksellisia näkökulmia. (Vilkkä & Mankki, 2024) Johnsonin ym. (2007, 123) mukaan monimenetelmätutkimuksessa tutkija tai tutkijatiimi integroi elementtejä laadullisesta ja määrällisestä tutkimuksesta. Tarkoituksena siinä on laajentaa ja syventää ilmiötä koskevaa ymmärrystä. Tutkija voi yhdistellä laadullisia ja määrällisiä näkökulmia, aineistonkeruu- ja analyysitapoja sekä päätteilytekniikoita. Kun taas *Journal of Mixed Methods Research* -lehdessä kirjoitetaan, että monimenetelmätutkimus määritellään siten, että siinä tutkija kerää ja analysoi aineistoa, yhdistää tuloksia ja tekee johtopäätöksiä käyttämällä sekä laadullisia että määrällisiä lähestymistapoja tai menetelmiä samassa tutkimuksessa. (Sage, 2023)

Tutkimuksessa edettiin osittain etnografisen tutkimuksen kulun mukaisesti. Metsämuurosen (2006, s. 96) mukaan siinä ensin valmistaudutaan. Valmistautuminen tarkoittaa kentälle pääsyä. Valmistautumisvaihe on jo toteutettu, koska tutkija on työskennellyt kyseisessä sairaalassa sisätautien osastolla jo useamman vuoden, joten toimintakulttuurit ovat tiedossa. Metsämuuronen kuvaa, että seuraava vaihe on aineiston keruu, johon kuuluu mm. osallistuva havainnointi, keskustelut, haastattelut, muistiinpanot ja äänittäminen.

4.1 Aineiston keruu

4.1.1 Havainnointi

Yhtenä aineiston keruumenetelmänä käytettiin havainnointimenetelmää alustavaa työtä varten. Tutkimuksen aihe muodostui havainnoinnin tuloksena. Olen töissä ollessani havainnoinut akuuttiosaamisen tason heikentyneen suuren työntekijöiden vaihtuvuuden vuoksi ja covid-19 aiheuttaman koulutusten järjestämiskiellon vuoksi. Kun koulutuksia sai taas alkaa järjestämään vapaammin covidin puolesta, on estävänä tekijänä ollut resurssipula. Koulutusten uudelleen käynnistys on ollut ajoittain hankalaa. Tämä on vaikuttanut hoitajien osaamistason, kun ei ole päässyt osallistumaan lisäkoulutuksiin ja harjoittelemaan asioita turvallisessa ympäristössä.

Metsämuurosen (2006, s. 89) mukaan havainnoiminen on yksi metodeista, jota voidaan käyttää sekä kvantitatiivisessa että kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Se on metodi, jossa tehdään alustavaa työtä esimerkiksi varsinaista lomaketta varten tai perustava menetelmä toisen kulttuurin ymmärtämisessä. Metsämuurosen (2006, s. 117) mukaan havainnointia on kahdenlaista, ilman osallistumista sekä osallistuvaa. Tässä tapauksessa käytettiin osallistuvaa havainnointia, koska sitä voidaan tehdä myös niin, että tutkija on enemmän sisällä työyhteisössä ja ns. toimijan roolissa, kun taas ilman osallistumista tutkijan on enemmän erotuttava ja oltava erillään sekä pysyttävä enemmän tutkijan roolissa ulkopuolisena tarkkailijana.

4.1.2 Webropol-kyselytutkimus

Heikkilän (2014, s. 12–13) mukaan tutkimuksen perusjoukolla tarkoitetaan sitä joukkoa, joka on tutkimuksen kohteena ja josta halutaan tietoa. Tutkimus voi olla kokonaistutkimus tai otantatutkimus. Kokonaistutkimuksessa koko perusjoukko tutkitaan, otantatutkimuksessa taas tutkitaan vain tietty perusjoukon osajoukko eli otos.

Tässä tutkimuksessa toteutettiin havainnoinnin lisäksi aineiston keruu Webropol-kyselyllä seuraaville yksiköille: Siltaosasto, Sisätautien hoito-osasto 1 ja 2 sekä varahenkilöstö. Tutkimus tehtiin kokonaistutkimuksena, sillä kysely lähetettiin kaikille sairaanhoitajille, jotka työskentelevät kyseisillä osastoilla. Tarkoituksena oli tehdä kyselylomake, joka sisältää suljettuja kysymyksiä eli strukturoituja kysymyksiä, Likert-asteikkollisia kysymyksiä sekä 2–3 avointa kysymystä. Liitteessä 1 kyselylomake sekä liitteessä 2 saatekirje.

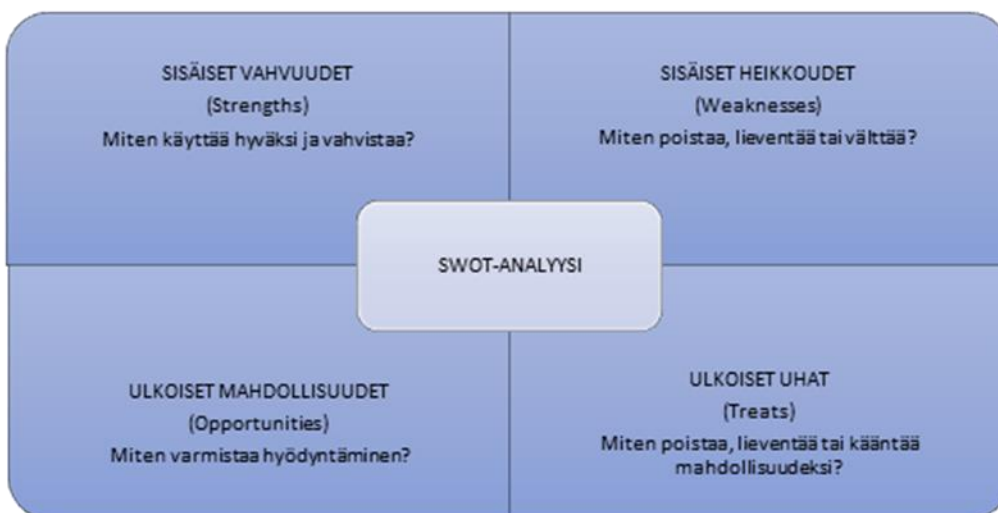
Heikkilän (2014, s. 49 ja s. 51–52) mukaan strukturoiduilla kysymyksillä tarkoitetaan kysymyksiä, joihin on valmiit vastausvaihtoehdot, joista merkitään sopiva tai sopivat vaihtoehdot. Likertin asteikkoa voidaan taas Heikkilän mukaan käyttää mielipideväittämissä. Yleisimmin Likertin asteikkoa käytetään 4- tai 5-portaisena järjestysasteikon tasoisena asteikkona, jossa toisena ääripäänä voi olla esimerkiksi ”täysin samaa mieltä” ja toisena ääripäänä ”täysin eri mieltä”. Vastaajan tehtävänä on valita asteikolta omasta mielestään parhaiten sopiva vaihtoehto. Asteikolla voi olla arvoja enemmänkin kuin viisi. Kysymykset tulisi esittää niin selkeästi, ettei vastaajalle jää epäselväksi, mitä vastauksella tarkoitetaan. Asteikkoon voidaan lisätä myös vaihtoehto ”en osaa sanoa”, niitä vastaajia varten, joilla ei ole kokemusta asiasta. Kyseessä on järjestysasteikon tasoinen muuttuja, jolle ei yleensä keskiarvoa saa laskea. Kuitenkin, jos mielipidetiedustelu pitää sisällään paljon kysymyksiä voidaan keskiarvoja käyttää

yleiskuvan antamiseen ja siksi numerointi kannattaa kysymyksiä tehdessä. Tarkoituksena oli tehdä määrällinen tutkimus, johon tarvitaan yli 150 vastausta.

Kyselylomake lähetettiin tutkimuksen kohteena olevien yksiköiden esihenkilöille ja he jakoivat kyselyn eteenpäin yksiköiden työntekijöille, jotka vastasivat kyselyyn. Ensimmäisessä ryhmässä olivat Sisätautien hoito-osasto 1, Sisätautien hoito-osasto 2 ja Siltaosasto. Kysely oli auki 3 viikkoa, jonka aikana saatiin vastauksia 15 kpl. Tämän jälkeen kyselyyn haettiin muutostutkimuslupa, jonka jälkeen kysely avattiin vielä 2 viikon ajaksi ja kysely lähetettiin myös konservatiivisen puolen varahenkilöstölle ja samalla esihenkilöitä pyydettiin muistuttamaan työntekijöitä vastaamaan kyselyyn lisääjalla. Lisääjän jälkeen kyselyyn vastanneita oli 24.

4.1.3 SWOT-analyysi

SWOT-analyysia voidaan käyttää esimerkiksi jonkin idean hyödynnettävyyden arviointiin (Fields, 2013, s.44). Etuna SWOT-analyysissä on sen helppokäyttöisyys. Tulosten hyödynnettävyys ei kuitenkaan aina ole itsestään selvää. Menetelmän avulla osallistujat määrittelevät arvioinnin kohteen vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Lyhenne ”SWOT” tulee englanninkielisistä sanoista S=strengths, W=weaknesses, O=objectives ja T=threats. Nämä kirjataan nelikenttään. Menetelmässä eri osa-alueita voidaan kartoittaa joustavasti. Arviointiin osallistujat voivat mm. täyttää nelikentän itse, niistä voidaan keskustella ryhmissä tai niitä voidaan kerätä laajoilta joukoilta esim. sähköpostitse. Tämän jälkeen tehdään analyysi ja tulkinta sekä kirjoitetaan raportti. Kuva1 havainnollistaa SWOT-analyysiä.



Kuva 1. SWOT-analyysialusta. (Lindroos & Lohivesi, 2010, s. 220)

SWOT-analyysin kysymykset tässä kehittämistyössä tuotettiin kyselyn tulosten perusteella. Analyysiin osallistui kolme simulaatio-ohjaajakoulutuksen käynnyttä sairaanhoitajaa, joilla kaikilla oli kokemusta simulaatioiden suunnittelusta ja toteutuksesta.

4.2 Aineiston analysointi

Metsämuurosen (2006, s. 96) mukaan aineiston keruun jälkeen tulee aineiston käsittely, muokkaus, lukeminen ja uudelleen kirjoittaminen. Samalla voidaan rakentaa teoriataustaa kehittämistyölle. Kun nämä vaiheet on toteutettu, voidaan aloittaa kenttätyöskentely/tutkimuksen työstäminen.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, s. 65–67) mukaan laadullinen ja määrällinen tutkimus yleensä kuvataan vastakkainasettelun kautta tai laadullinen tutkimus kuvataan kritiikkinä määrälliselle tutkimukselle. Tämä ei kuitenkaan ole niin yksiselitteistä, sillä toisaalta niiden ei tarvitse olla toisiaan poissulkevia, vaan ne voivat olla toisiaan täydentäviä. Monissa suomalaisissa metodioppaissa perusteellaan yhdysvaltalaisiin lähteisiin nojaten, että vastakkainasettelun sijasta kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimuksia voidaan yhdistää. Laadullista tutkimusta tehdessä tulisi aina erikseen määrittää, mitä on tekemässä. Tällaista tutkimusta tekevän tutkijan on tiedettävä, mitä tekee. Tämä ei tarkoita pelkästään tutkimuksen teknistä toteutusta vaan myös tutkijan eettistä vireyttä.

Tuomen ja Sarajärven (2009, s. 18) mukaan laadullisessa tutkimuksessa teoreettisen viitekehyyksen luominen on välttämätöntä. Teoreettisella viitekehyyksellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa tutkimuksen teoreettista osuutta. Teoreettisen viitekehyyksen lisäksi tarvitaan teoriaa myös metodeista, tutkimuksen etiikasta ja luotettavuudesta. Teoria ja viitekehys muodostuvat molemmat käsitteistä ja niiden välisistä merkityssuhteista. Viitekehyyksessä kuvataan tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita, mutta se ei silti ole kuvaus siinä merkityksessä, että siinä lueteltaisiin erilaisia asioita jossakin järjestyksessä ilman käsitteellistä tarkennusta. Viitekehyyksen muodostavat tutkimusta ohjaava metodologia sekä se, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, s. 71) kirjoittavat kirjassaan, että yleisimmät laadullisessa tutkimuksessa käytettävät menetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Näitä erilaisia menetelmiä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisesti, rinnan tai eri tavoin yhdisteltynä tutkimuksen ongelman ja tutkimusresurssien mukaan. Tässä

kehittämistyössä käytetään menetelminä kaikkia edellä mainittuja joissain määrin, minkä vuoksi laadullinen tutkimusote sopii tähän työhön hyvin. Kuitenkin edellä mainittuja aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää myös määrällisessä tutkimuksessa. Aineiston keruun jälkeen analysoidaan kerätty aineisto. Tässä tutkimuksessa kysely pitää sisällään strukturoitujen kysymysten lisäksi avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysilla, joka sopii hyvin laadullisen tutkimusaineiston analysointiin. Myös haastattelut analysoidaan samalla menetelmällä.

Tuomen ja Sarajärven (2009, s. 71) mukaan aineiston keruun jälkeen analysoidaan kerätty aineisto. Tässä tutkimuksessa kysely pitää sisällään strukturoitujen kysymysten lisäksi avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysilla, joka sopii hyvin laadullisen tutkimusaineiston analysointiin. Myös haastattelut analysoidaan samalla menetelmällä.

Tuomen ja Sarajärven (2009, s. 150) mukaan laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohteena olevia ilmiöitä tutkittavien näkökulmasta, laadullinen tutkimus kohdistuu laatuun, ei määrään. Laadullisessa tutkimuksessa eivät yleensä erotu raportin kirjoittamisen eri vaiheet ainakaan yhtä selkeinä kuin määrällisessä tutkimuksessa. Raportissa eri vaiheita voi olla vaikea erotella selkeästi omiksi osa-alueiksi. Esimerkiksi tutkimusaineiston keruu ja analyysi voivat olla kietoutuneina toisiinsa. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa teoreettista viitekehystä ei tarvitse välttämättä kirjoittaa valmiiksi ennen analyysia toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa on tapana tehdä. Teoreettinen viitekehys muodostuu tutkimuksen aikana ja täydentyy analyysiä tehdessä. Myös tutkimustehtävät voivat tarkentua ja muuttua vielä tutkimuksen edetessä. Tässä kehittämistyössä tarkoituksena oli laadullisen tutkimuksen tavoin keskittyä laatuun. Kyselyllä oli tarkoituksena saada tietoa hoitotyötä tekevilta siitä, miten saataisiin jatkossa toteutettua simulaatio-opetusta entistä paremmin ja laadukkaammin, jotta hoito olisi jatkossa laadukkaampaa ja turvallisempaa ja mihin aiheisiin tulisi keskittyä jatkossa.

4.2.1 Induktiivinen ja deduktiivinen sisällönanalyysi

Elo ym. (2022, s. 215–218) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä esimerkiksi keräämällä ihmisten kokemuksia. Tutkimuksessa voidaan kuvailla esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia ja hoitotyön kehittämistä.

Laadullista aineistoa voidaan analysoida teema-analyysillä, joka pitää sisällään samankaltaisuuksia sisällönanalyysiin verrattuna. Näitä kahta verrattaessa on todettu, että sisällönanalyysi mahdollistaa datan kvantifioinnin, jolla saadaan korostettua löydösten merkityksellisyttä. Laadullisissa tutkimuksissa sisällönanalyysi on yksi käytetyimmistä menetelmistä. Sisällönanalyysi sopii hyvin monien erilaisten materiaalien analysointiin. Laadullisen tutkimuksen analysoinnin lisäksi sisällönanalyysi sopii erinomaisesti myös määrällisten tutkimusten avointen kysymysten analysointiin. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Sisällönanalyysissa tavoitteena on tutkimusmateriaalin tiivistäminen, pelkistäminen ja yleiseen muotoon laittaminen ja analyysin tuloksena on yleisimmin luokat tai kategoriat, jotka kuvaavat tarkastelun alla ollutta ilmiötä ja aihetta. Päävaiheina sisällönanalyysissä ovat valmistelu-, analysointi- ja raportointi. Valmisteluvaiheessa valitaan analyysiyksikkö, perehdytään aineistoon ja litteroidaan tarvittaessa. Analyysivaiheessa edetään aineistolähtöisesti ryhmitellen tai teorialähtöisesti poimimalla pelkistyksiä analyysimatriisiin. Raportointivaiheessa tulokset kuvataan tekstin lisäksi visualisoiden ja pohdinnassa peilataan saavutettuja tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin.

Elo ym. (2022) mukaan aineistolähtöisellä eli induktiivisella ja teorialähtöisellä eli deduktiivisella sisällönanalyysillä keskeisenä erona on, että aineistolähtöisessä analyysissä ei ole valmiita luokittelurunkoa, jonka mukaisesti aineistoa analysoidaan, vaan tutkija tekee luokittelun itse aineistonsa mukaisesti. Teorialähtöisessä analyysissä taas luodaan ensin luokittelumatriisi, joka ohjaa analyysin etenemistä.

Kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä saadut tiedot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tuomi ja Sarajärvi (2009, s. 108–111) mukaan laadullinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään, toisessa vaiheessa se litteroidaan eli ryhmitellään ja kolmannessa vaiheessa abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet. Aineiston pelkistämässä analysoitava data voi olla esimerkiksi aukikirjoitettu haastatteluaineisto tai muu asiakirja/dokumentti. Siinä tarkoituksena on pelkistää aineisto siten, että aineistosta karsitaan pois epäollennaiset asiat tutkimukseen liittyen. Siinä voidaan joko tiivistää saatua dataa tai pilkkoa sitä osiin. Käytännössä tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi alleviivaamalla erivärisillä kynillä aukikirjoitetusta aineistosta tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavat ilmaisut. Seuraavaksi ryhmittelyssä käydään tarkasti läpi alkuperäisilmaukset ja etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Luokiksi yhdistetään samaa asiaa tarkoittavat

käsitteet, jotka on ensin ryhmitelty ja sitten nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa tarkoituksena on tiivistää aineistoa yhdistämällä yksittäiset tekijät ja sisällyttämällä ne yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyä seuraa abstrahointi. Siinä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa edetään alkuperäistiedon kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointia jatketaan luokituksia yhdistelemällä, kunnes se ei ole enää sisällön näkökulmasta mahdollista.

Metsämuurosen (2006, s. 125–126) mukaan sisällöllistä analyysiä voidaan helpottaa tekeväällä käsitekartta. Käsitekartan avulla tutkija voi hahmottaa suuren kokonaisuuden ja sen kaikki osat yhtä aikaa. Lisäksi se selkiyttää eri osien välisiä suhteita ja voi nostaa esiin myös oleelliset ja epäoleelliset asiat. Sisällönanalyysissä luokittelu voidaan tehdä kolmessa vaiheessa. Niissä jokaisessa tarkennetaan ja korjataan luokittelua.

Metsämuuronen (2006, s.127) kirjoittaa myös, että sisällön analyysissä aineiston analysointi tapahtuu aineiston ehdoilla, tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Muodostettuja luokkia testataan ja muutetaan tarvittaessa. Siinä pyritään löytämään ydinkategorioita, jotka kokoaisivat alempien lokkien indikaattorit yhteiseksi luokaksi.

Tässä kehittämistyössä toteutettiin induktiivinen sisällönanalyysi Word-työpöytäsovelluksella. Avointen kysymysten vastaukset kerättiin Word-tiedostoon, jossa pelkistettiin ja aloitettiin luokittelu kategorioihin. Luokittelu tapahtui fontin väriä muuttamalla, samaan kategoriaan kuuluvat merkittiin samalla värillä. Tämän hahmottelun jälkeen tehtiin taulukko, johon kirjattiin ylös pelkistetyt ilmaisut, alakategoriat, yläkategoriat ja pääkategoria. Taulukot löytyvät liitteinä 3–5.

SWOT-analyysillä saadut alkuperäiset ilmaisut analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. SWOT-analyysissä käytettiin luokittelun viitekehyksenä seuraavia: mahdollisuudet, uhat, vahvuudet ja heikkoudet. Osallistujien alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja lisättiin taulukoihin. Taulukoihin lisäämisen jälkeen muodostettiin ja nimettiin vielä uudet luokat.

4.2.2 Tilastollisen aineiston analysointi

Mellinin (2006, s. 24) mukaan tilastollinen aineisto koostuu tutkimuksen kohteita ja niiden olosuhteita kuvaavien muuttujien havaituista arvoista. Heikkilän (2014, s. 82 ja 13) mukaan

tutkimuksella saatu tieto muuttujista voidaan pelkistää muutamaankin muuttujaa kuvaavaan tunnuslukuun. Heikkilä on kirjoittanut kirjassaan myös, että muuttujalla tarkoitetaan mitä tahansa mitattavaa ominaisuutta tai muuta suuretta, jonka arvoissa esiintyy vaihtelua. Kun käytetään tunnuslukuja, on riskinä, että osa tiedoista häviää. Kuitenkin etuna on, että suuretkin aineistot saadaan tiiviiseen muotoon. Tunnuslukuja on erilaisia ja niiden valintaan vaikuttaa muuttujan mitta-asteikko. Määrällistä tutkimusaineistoa analysoidaan prosentteina, frekvensseinä ja keskilukuja käyttämällä. Lisäksi voidaan hyödyntää vertailevaa analyysiä ristiintaulukoinnilla ja korrelaatiolla.

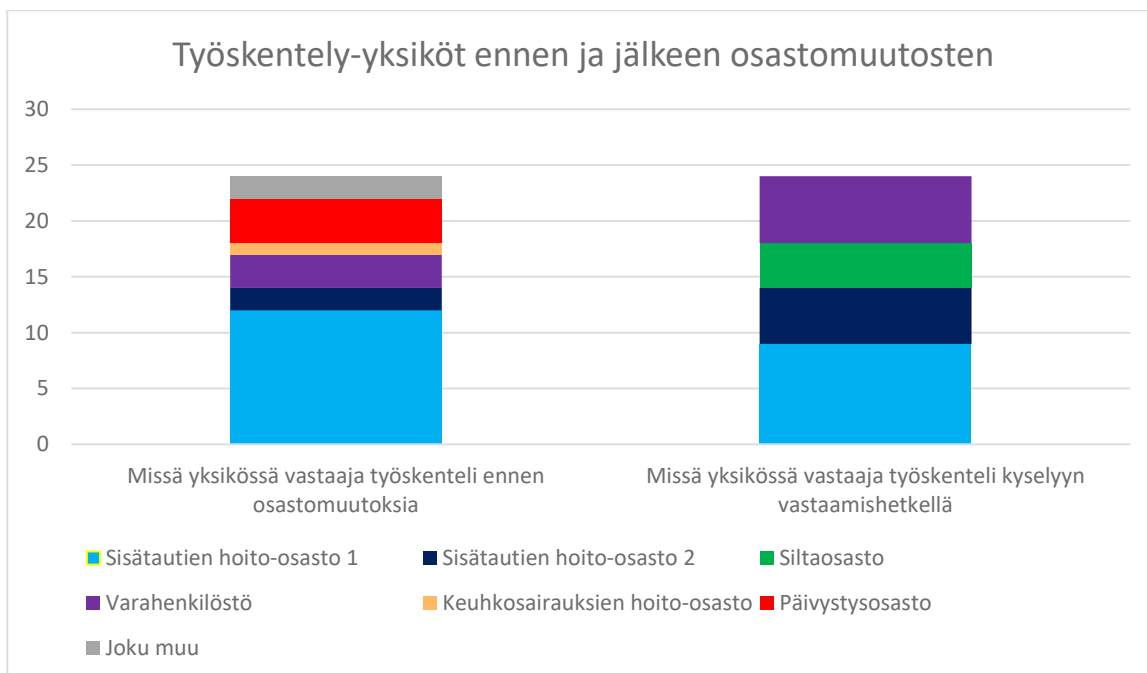
Kyselylomakkeen strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin Webropol-ohjelmistoa apuna käyttäen. Taulukot luotiin itse Word-työpöytäsovelluksessa ja tiedot taulukoihin kerättiin Webropol-raportoinnin kautta. Tilastollisen analysoinnin tulokset kuvattiin prosentteina ja frekvensseinä.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 24 henkilöä, joista yhdeksän (37,5 %) työskentelee sisätautien hoito-osastolla 1, viisi (20,8 %) työskentelee sisätautien hoito-osastolla 2, neljä (16,7 %) työskentelee siltaosastolla ja kuusi (25,0 %) työskentelee varahenkilöstössä. Ennen organisaation osastomuutoksia vastaajista 12 (50,0 %) työskenteli sisätautien hoito-osastolla 1, kaksi (8,4 %) työskenteli Sisätautien hoito-osastolla 2, yksi (4,2 %) työskenteli keuhkosairauksien hoito-osastolla, neljä (16,6 %) työskenteli päivystysosastolla, kolme (12,5 %) työskenteli varahenkilöstössä ja kaksi (8,4 %) työskenteli jossakin muussa kuin edellä mainitussa yksikössä. Kuvio 1 havainnollistaa, miten työntekijöiden sijoittuminen eri yksiköihin muuttui eli työskentely-yksiköt ennen ja jälkeen osastomuutosten.

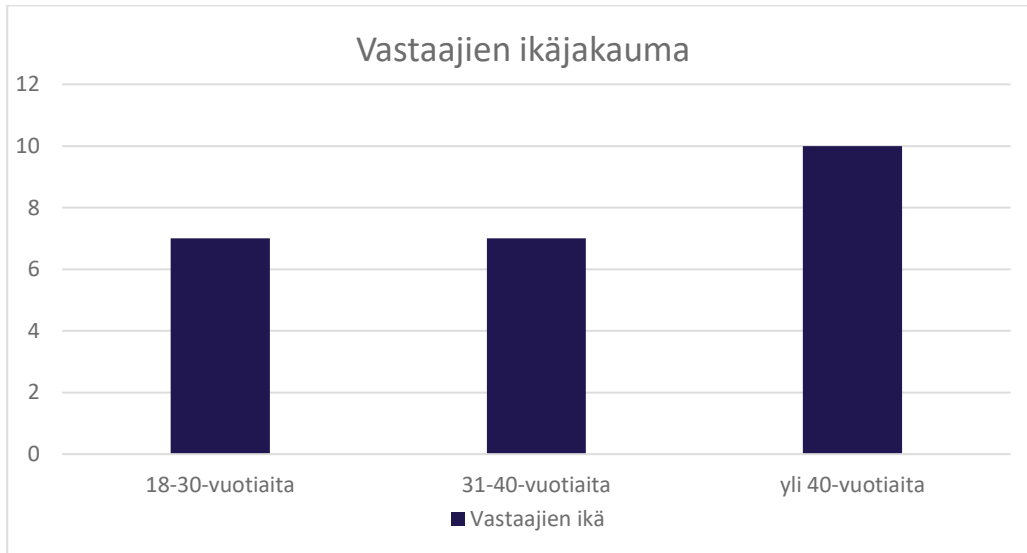
Kuvio 1. Työskentely-yksiköt ennen ja jälkeen osastomuutosten.



Vastaajien ikä jakautui melko tasaisesti. Vastaajista seitsemän (29,2 %) oli 18–30-vuotiaita, seitsemän (29,2 %) oli 31–40-vuotiaita ja 10 (41,7 %) oli yli 40-vuotiaita. Kuvio 2 havainnollistaa vastaajien ikäjakauman. Vastaajista vain yksi (4,2 %) oli työskennellyt sairaanhoitajana kyseisessä organisaatiossa (huomioiden myös ennen hyvinvointialuetta ollut

sairaanhoidopiiri) alle 12 kuukautta. Viisi (20,8 %) oli työskennellyt 1–3-vuotta, 10 (41,7 %) työntekijää oli ollut töissä 4–6-vuotta, kolme (12,5 %) työntekijää oli työskennellyt 7–15-vuotta, kun taas yli 15 vuotta työskennelleitä oli 5 (20,8 %).

Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma.



Vastaajien koulutustasoa kysyttäessä vastauksiksi saatiin, että AMK-tutkinnon suorittaneita oli eniten, heitä oli 18 (75 %), YAMK-tutkinnon oli suorittanut yksi (4,2 %) vastaajista ja opistotason tutkinnon oli suorittanut viisi (20,8 %) vastaajista. Toisen asteen tutkinto ei ollut kenenkään korkein tutkinto eikä myöskään ylempi tiedekorkeakoulututkinto.

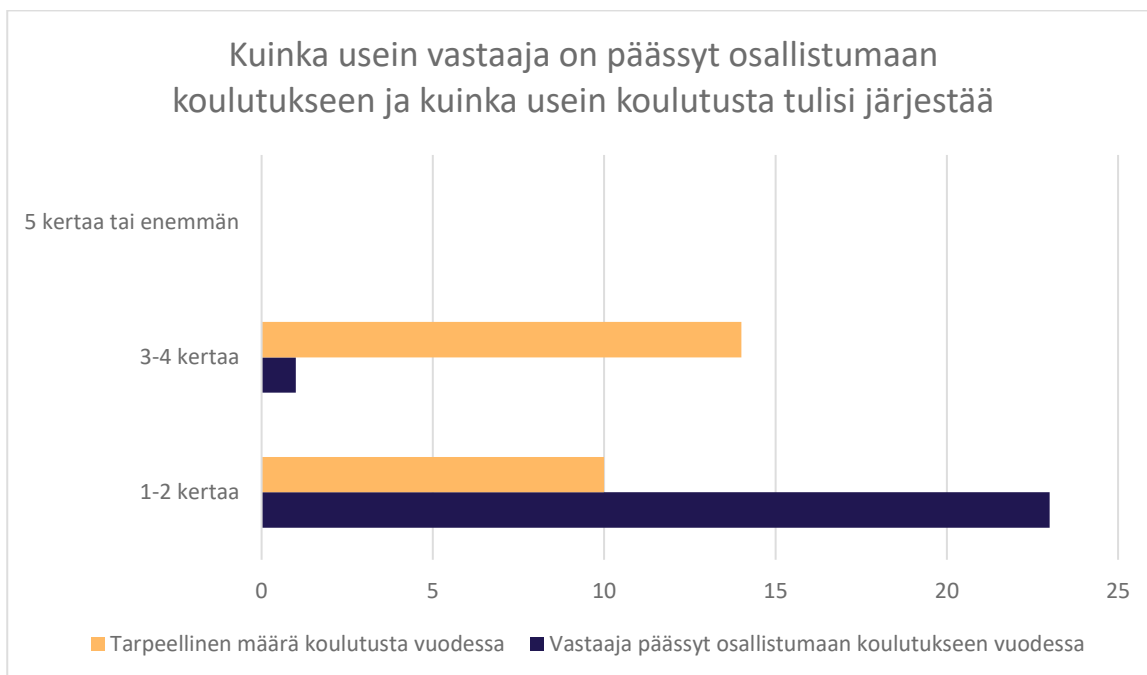
Vastaajilta kysyttiin, kuinka kauan on työskennellyt tässä organisaatiossa eli Satakunnan hyvinvointialueella. Kysymyksessä huomioitiin myös aiempi työskentely Satakunnan sairaanhoidopiirissä ennen organisaatiomuutosta. Vastaajista yksi (4,2 %) oli työskennellyt kyseisessä organisaatiossa alle 12 kuukautta, viisi (20,8 %) 1–3 vuotta, 10 (41,7 %) 4–6 vuotta, kolme (12,5 %) 7–15 vuotta ja viisi (20,8 %) yli 15 vuotta.

5.2 Koulutukseen osallistuminen, oman osaamisen arviointi ja koulutusten tarve

Vastaajista suurin osa eli 23 (95,8 %) oli päässyt osallistumaan työnantajan järjestämään akuuttihoitotyöhön liittyvään koulutukseen 1–2 kertaa vuodessa. Vain yksi (4,2 %) oli päässyt osallistumaan koulutukseen 3–4 kertaa vuodessa. Kukaan vastaajista ei ollut päässyt

osallistumaan aiheen mukaisiin koulutuksiin yli neljää kertaa. 14 (58,3 %) vastaajaa oli sitä mieltä, ettei ollut saanut riittävästi koulutusta akuuttihoitotyöhön liittyen. 10 (41,7 %) vastaajaa taas oli sitä mieltä, että oli saanut riittävästi koulutusta. 14 vastaajaa, jotka olivat sitä mieltä, etteivät ole saaneet riittävästi koulutusta akuuttihoitotyöhön liittyen, ohjattiin vastaamaan kysymykseen, että kuinka usein koulutusta tulisi olla. Tähän saatiin kaikilta 14:lta (100 %) vastaus, että 3–4-kertaa vuodessa olisi riittävä määrä. Kaikki 24 (100 %) vastaajaa olivat sitä mieltä, että simulaatiot ovat hyödyllisiä oppimisen ja oman ammatillisen kehittymisen kannalta. Kuviossa 3 tarkastellaan, kuinka usein vastaaja on päässyt osallistumaan koulutukseen ja kuinka usein koulutusta tulisi vastaajien mielestä järjestää.

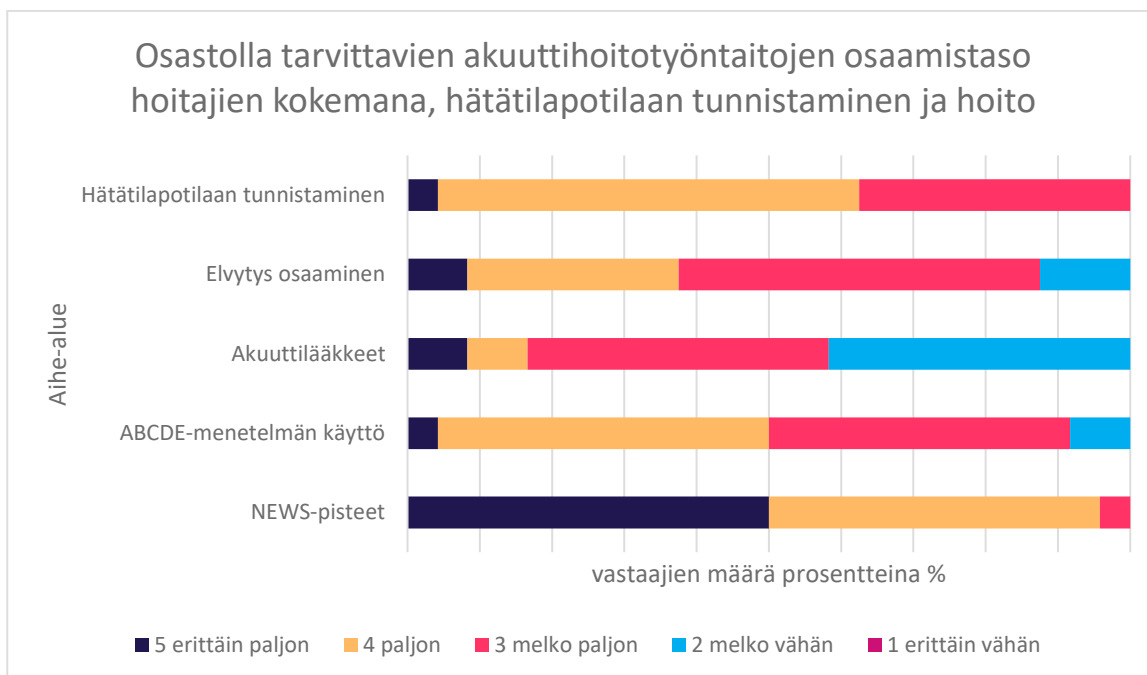
Kuvio 3. Kuinka usein vastaaja on päässyt osallistumaan koulutukseen ja kuinka usein koulutusta tulisi järjestää.



Seuraavat väittämät kuvioissa 4–6 kuvaavat osastolla tarvittavia akuuttihoitotyön taitoja, osallistujat ovat vastanneet Likert-asteikolla kysymyksiin oman osaamistasonsa mukaisesti. Kyselyssä numero 5 tarkoittaa = minulla on osaamista erittäin paljon, numero 4 = minulla on osaamista paljon, numero 3 = minulla on osaamista melko paljon, numero 2 = minulla on osaamista melko vähän ja numero 1 = minulla on osaamista erittäin vähän. Kuvioissa on koottuna koettu osaamistaso prosenttiosuuksina vastaajien määrän mukaisesti.

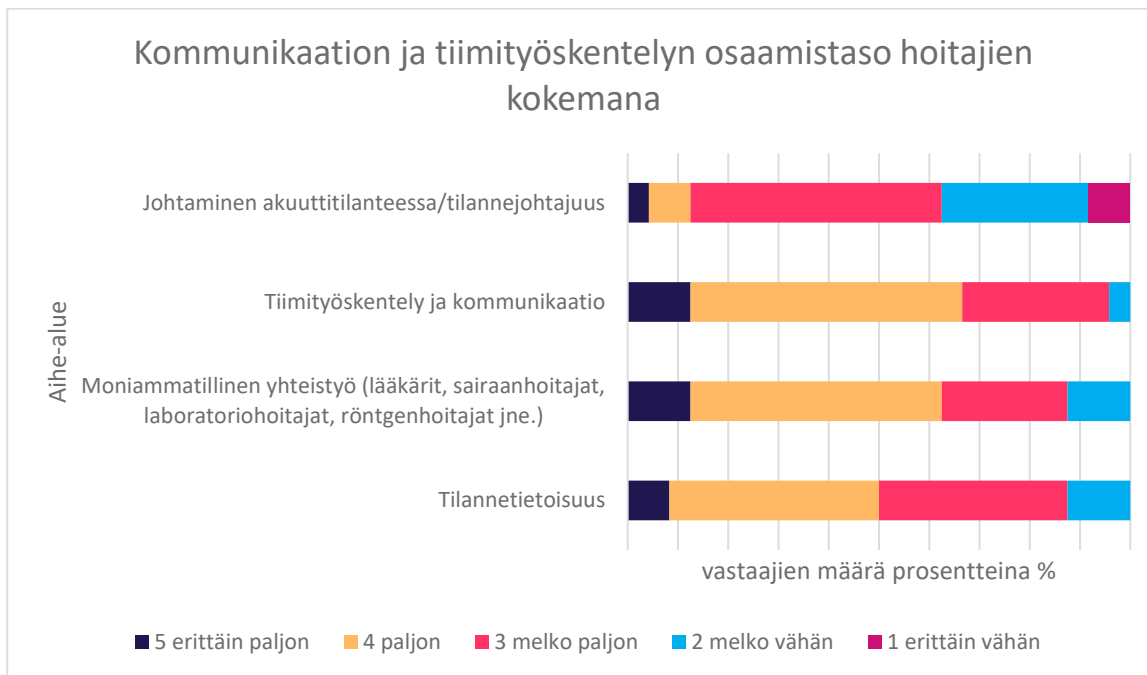
Eniten osaamista koettiin olevan NEWS-pisteiden käytössä ja vähiten osaamista koettiin olevan akuuttilääkkeisiin liittyen. Satakunnan hyvinvointialueen yksiköissä on NEWS-pisteet päivittäisessä käytössä, potilailta lasketaan jokaisessa työvuorossa vähintään kerran NEWS-pisteet, joten tämä tulos vahvistaa sen, että NEWS-pisteiden käyttö koetaan niin, että se osataan erittäin hyvin. ABCDE-menetelmästä osaamista koettiin olevan myös paljon. ABCDE-menetelmää on yksiköiden simulaatioissa opetettu jo paljon ja yksiköiden työntekijöillä on käytössä myös ABCDE-taskukortteja, joita jaettu koulutuksissa ja yksiköiden sisällä akuuttivastaavien toimesta. Elvytysosaamista ja akuuttilääkkeiden suhteen osaamista oli vähemmän. Akuuttilääkkeistä osaamista oli kaikkein vähiten. Kuvio 4 havainnollistaa osastolla tarvittavien akuuttihoitotyöntaitojen osaamistason hoitajien kokemana, hätätilapotilaan tunnistamisen ja hoidon aihealueesta.

Kuvio 4. Osastolla tarvittavien akuuttihoitotyöntaitojen osaamistaso hoitajien kokemana, hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito.



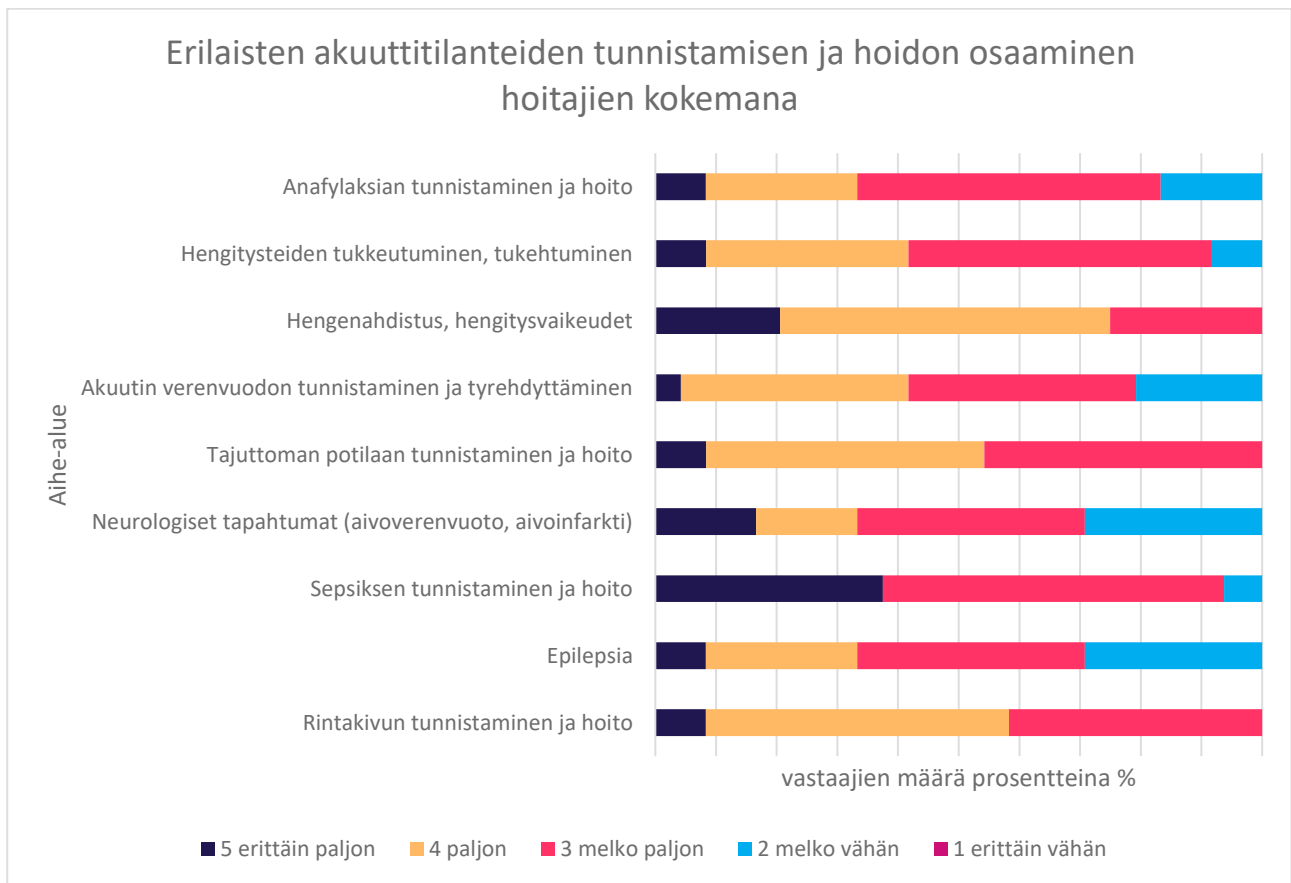
Kuviossa 5 kuvataan kommunikaation ja tiimityöskentelyn koettua osaamistasoa. Akuuttitilanteissa johtamisessa ja tilannejohtajuudessa 8,3 % vastaajista koki osaamista olevan erittäin vähän. Erittäin paljon osaamista omaavansa koki vain 4,2 %:a vastaajista. Vastaajista 50 % koki omaavansa melko paljon ja 29,2 % melko vähän. Tästä voimme päätellä, että johtamistaitoja ja tilannejohtajuutta tulisi harjoitella. Tiimityöskentely ja kommunikaatiotaitoja taas koettiin osaavan paremmin sekä moniammatillista yhteistyötä.

Kuvio 5. Kommunikaation ja tiimityöskentelyn osaamistaso hoitajien kokemana.



Kuviossa 6 havainnollistetaan, miten hoitajat arvioivat oman osaamisensa erilaisten akuuttitilanteiden tunnistamisen ja hoidon suhteen. Yli puolet vastaajista (54,2 %) koki omaavansa paljon osaamista hengenahdistuksen ja hengitysvaikeuksien suhteen. Puolet (50 %) vastaajista koki osaavansa rintakivun tunnistamisen ja hoidon hyvin. Sepsiksen ja hengenahdistuksen/vaikeuksien tunnistamisen ja hoidon taidot erittäin hyvin kokivat osaavansa yli 20 % vastaajista. Neurologiset tapahtumat ja epilepsia nousivat eniten esille osaamisen puutteena, näihin vastasi lähes 30 %, että kokee osaavansa melko vähän näiden asioiden suhteen.

Kuvio 6. Erilaisten akuuttitilanteiden tunnistamisen ja hoidon osaaminen hoitajien kokemana.

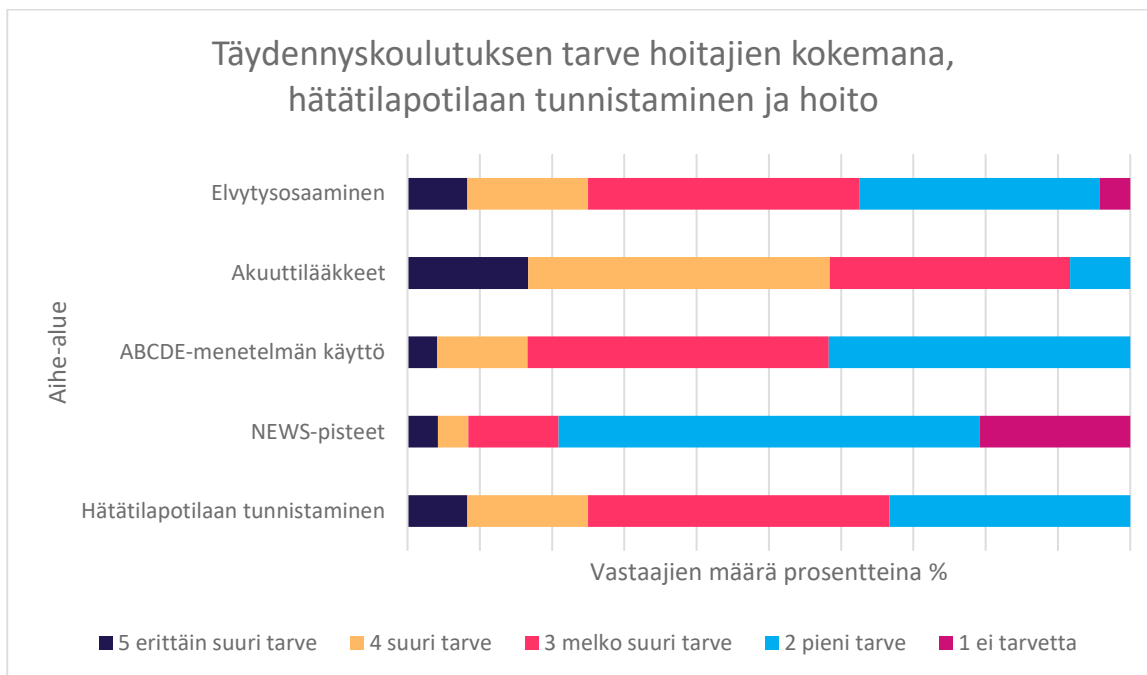


Seuraavaksi vastaajat vastasivat, että mihin osa-alueeseen tarvitsevat lisäkoulutusta omasta mielestään. Kuvioissa 7–9 havainnollistetaan sitä, mihin aihealueisiin koetaan tarvitsevan lisää koulutusta ja mihin ei.

Seuraavissa kuvioissa numero 5 tarkoittaa = tarvitsen lisäkoulutusta erittäin paljon, numero 4 = tarvitsen lisäkoulutusta paljon, numero 3 = tarvitsen lisäkoulutusta melko paljon, numero 2 = tarvitsen lisäkoulutusta melko vähän, numero 1 = minulla ei ole lisäkoulutuksen tarvetta.

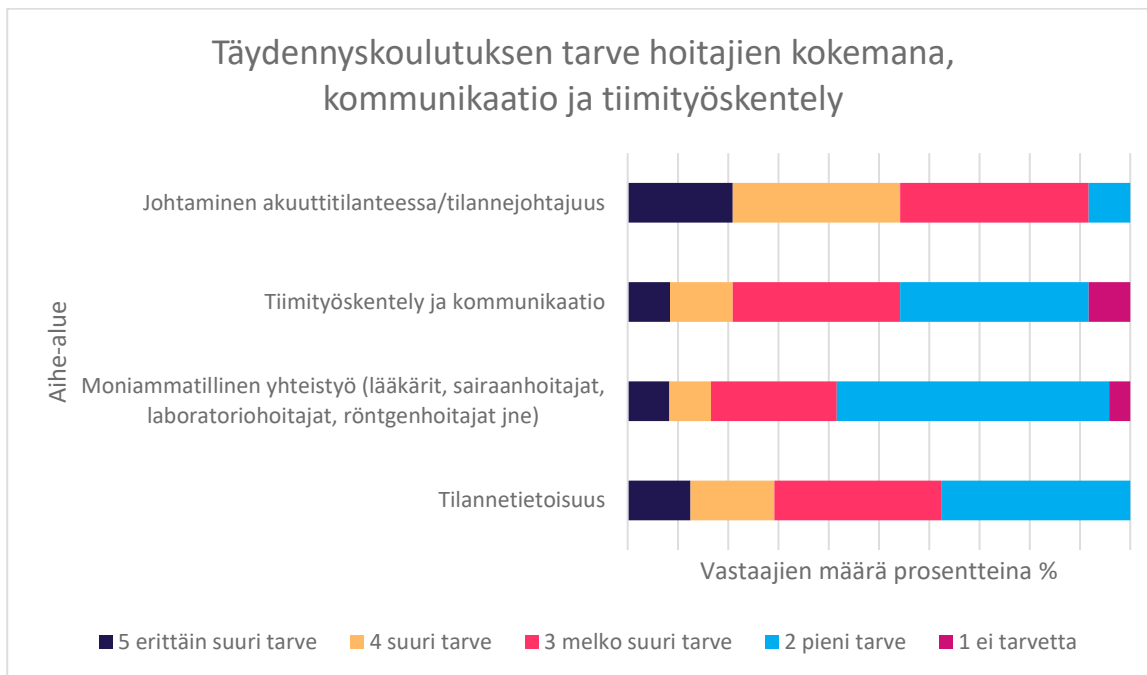
Kuviosta 7 voidaan päätellä, että suurin tarve koulutuksille on akuuttilääkkeiden suhteen, sillä 41,7 % hoitajista vastasi tarvitsevansa paljon lisäkoulutusta akuuttilääkkeistä ja 16,7 % koki tarpeen olevan erittäin suuri. Myös elvytysosaamista ja hätätilapotilaan tunnistamista ja hoitoa tulisi kouluttaa jatkossa enemmän. NEWS-pisteiden suhteen suurin osa (58,3 %) vastaajista kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta vain vähän, 20,8 % vastaajista kokee, ettei tarvitse lisäkoulutusta ollenkaan. Vain 4,2 % kokee tarvitsevansa NEWS-pisteiden suhteen koulutusta erittäin paljon.

Kuvio 7. Täydenniskoulutuksen tarve hoitajien kokemana, hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito.



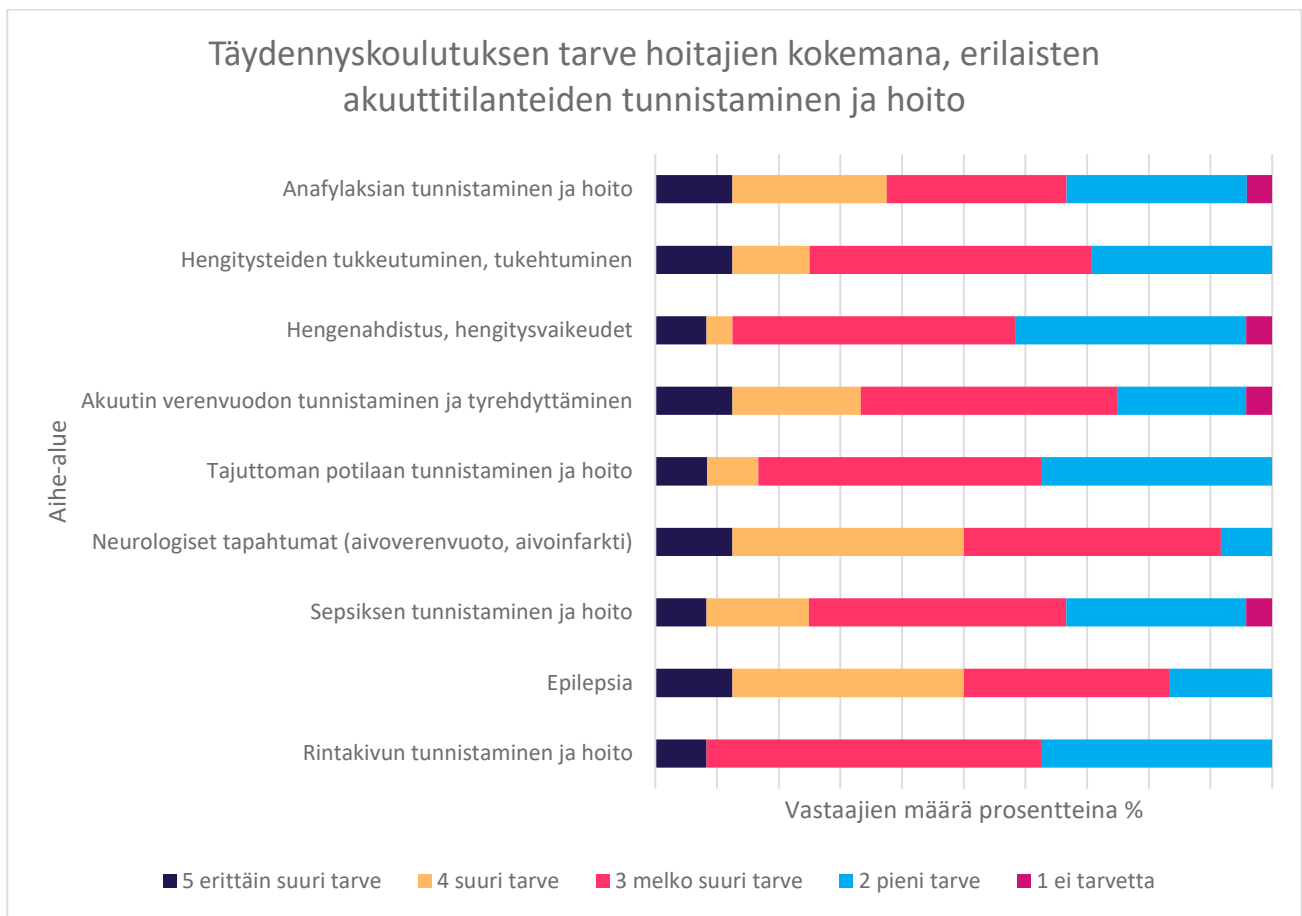
Kuviosta 8 voidaan päätellä, että kaikista aihealueista kaivataan lisäkoulutusta, mutta etenkin johtamista akuuttitilanteissa sekä tilannejohtajuutta tulisi kouluttaa jatkossa enemmän. Myös tilannetietoisuudesta kaivataan lisäkoulutusta.

Kuvio 8. Täydenniskoulutuksen tarve hoitajien kokemana, kommunikaatio ja tiimityöskentely.



Erilaisten akuuttitilanteiden tunnistamisen ja hoidon suhteen lisäkoulutuksen tarve jakautui melko tasaisesti. Neurologiset tapahtumat ja epilepsia korostuivat eniten ja niihin liittyen koettiin olevan suuri tarve lisäkoulutukselle. Kuvio 9 havainnollistaa vastaukset.

Kuvio 9. Täydenniskoulutuksen tarve hoitajien kokemana, erilaisten akuuttitilanteiden tunnistaminen ja hoito.



5.3 Simulaatiot hyödylliseksi ja hyväksi koettu opetusmenetelmä

Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Ensimmäinen avoin kysymys koski simulaatiokoulutukseen liittyviä toiveita vastaajien näkökulmasta. Pääkategoria moniammatilliset säännöllisesti ja rauhallisesti toteutettavat simulaatiot potilascaseja apuna hyödyntäen muodostui seuraavista yläkategorioista: moniammatillinen simulaatio, koulutusten järjestäminen useammin ja säännöllisemmin, hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito sekä erilaiset käytännönläheiset aiheet case-tyyppisesti ja rauhallinen simulaatio. Yläkategoriat muodostuivat seuraavista alakategorioista: moniammatilliset simulaatiot, joissa mukana lääkäri, MET-tiimi, sairaanhoitajat, koko työyhteisö, koulutuksia toivotaan lisää, simulaatiot jäävät hyvin mieleen, säännöllisyys, erilaisia käytännöstä nousseita case-tyyppisiä koulutuksia, hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito sekä rauhallisuus ja aikaa riittävästi.

Toisessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin, mitä aiheita/sisältöjä simulaatiokoulutuksiin toivotaan. Pääkategoria erilaisten hätätilapotilaiden tunnistaminen ja hoito sekä johtaminen ja tiimityöskentely muodostui yläkategorioista: hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito, erilaisia koulutusaiheita (selkeästi rajattuna), akuuttilääkkeet, johtamisosaaminen ja tiimityöskentely, hengitysvaikeuden/-vajauden tunnistaminen ja hoito sekä neurologisten tapahtumien tunnistaminen ja hoito. Yläkategoriat muodostuivat seuraavista alakategorioista: elvytys ja siihen johtavien tilanteiden tunnistaminen, hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito, sepsiksen tunnistaminen ja hoito, rintakipupotilaan tunnistaminen ja hoito, matalan veren-sokerin tunnistaminen ja hoito, verenvuodon tunnistaminen ja hoito, anafylaksian tunnistaminen ja hoito, aiemmin kyselyssä mainitut aiheet hyviä, erilaista sisältöä selkeästi, akuuttilääkkeet, johtaminen ja tiimityöskentely, hengitysvaikeuden/-vajauden tunnistaminen ja hoito sekä trakeostomoidun potilaan hoito, erilaisten aivotapahtumien tunnistaminen ja hoito, neurologisten tapahtumien tunnistaminen ja hoito, epilepsian tunnistaminen ja hoito.

Viimeinen avoin kysymys koski muita vastaajien toiveita simulaatioihin liittyen. Pääkategoriksi muodostui: simulaatioiden järjestäminen säännöllisesti, vähintään 2 kertaa vuodessa, mieluiten 3–4 kertaa vuodessa. Simulaatioiden lisäksi työpajaharjoittelua. Simulaatioit jännittäviä, mutta hyvällä ilmapiirillä ja pienellä ryhmäkoolla paineet pienenevät. Simulaatio on loistava opetusmenetelmä. Pääkategoria muodostui seuraavista yläkategorioista: useammin, vähintään 2 kertaa vuodessa, mieluiten 3–4 kertaa vuodessa, jännittäviä, mutta opettavaisia, työpajaharjoittelua simulaatioiden lisäksi, pienet ryhmät ja rento ilmapiiri. Yläkategoriat muodostuivat seuraavista alakategorioista: jännittäviä, mutta loistavia oppimisen kannalta, useammin, vähintään 2 kertaa vuodessa, mieluiten 3–4 kertaa vuodessa, enemmän aikaa koulutukselle, työpajaharjoittelua simulaatioiden lisäksi, esim. elvytys sekä pienet ryhmät ja rento ilmapiiri. Liitteinä 3, 4 ja 5 ovat induktiivista sisällönanalyysiä kuvaavat taulukot.

Avoimissa vastauksissa korostui, että simulaatioit koetaan hyödyllisiksi ja niitä toivotaan pidettävän niin paljon, kuin mahdollista, harjoittelun koetaan auttavan varautumisessa erilaisiin yllättäviinkin tilanteeseen. Vastauksista eniten korostui, että toivottaisiin moniammatillisia simulaatioita, joissa olisi mukana sairaanhoitajien lisäksi lääkäreitä ja/tai MET-tiimin jäseniä. Myös erilaisia potilascaseja ja tilanteita toivottiin, joita yksiköissä voi tulla vastaan. Simulaatioharjoituksista koettiin olevan apua käytännön työssä etenkin yllättävissä tilanteissa, kun tilannetta on päässyt harjoittelemaan ensin turvallisessa ympäristössä. Simulaatioharjoituksissa tehdyt

asiat jäävät vastaajien mielestä paremmin muistiin, kuin muulla koulutustavalla käydyt asiat. Myös rauhallisuus nostettiin kyselyssä esiin eli toivotaan, että simulaatioihin käytetään riittävästi aikaa ja ympäristö harjoittelulle on rauhallinen. Aihetoiveina nousi esiin jo aiemminkin kyselyssä nousseita aiheita kuten elvytys, epilepsia, aivoverenvuoto ja aivoinfarkti, erilaiset hengitysvaikeudet, rintakipu, sepsis, hengitysvaikeus/hengitysvajaus/tukehtuminen, akuuttilääkkeet, verenvuodot, anafylaksia, johtajuus ja tiimityöskentely myös muiden kuin oman työyksikön välillä. Lisäksi esille tuli aihetoiveena potilaan voinnin romahtaminen äkillisesti, trakeostomoidun potilaan hoito ja matalan verensokerin tunnistaminen ja hoito. Osa aiheista koettiin myös jo tutuiksi, mutta toistot ja kertaus koetaan kuitenkin hyödylliseksi.

Yhtenä avoimena kysymyksenä oli, että mitä muita toiveita simulaatioihin liittyen nousee esiin. Tästä saatiin vastauksiksi, että simulaatioita toivotaan useammin. Simulaatioita toivottiin, että olisi vähintään kaksi kertaa vuodessa ja toiveena jopa 3–4 kertaa vuodessa. Tällä hetkellä harjoituksia vastaajien avoimien kysymysten mukaan vain kerran vuodessa. Myös lyhyempiä työpajatyyppejä harjoituksia toivottiin erilaisista asioista, kuten elvytyspainannasta. Simulaatiot koetaan toisinaan myös jännittäviksi, mutta siitä huolimatta ovat loistavia oppimisen kannalta. Simulaatioissa jännittämiseen koettiin auttavan, että pidetään ryhmät sopivan kokoisina. Myös rento ilmapiiri vaikuttaa vastaajien mielestä simulaation mielekkyyteen positiivisesti.

5.4 SWOT-analyysin tulokset

SWOT-analyysi tehtiin kyselyn tulosten perusteella. Analyysiin osallistui kolme simulaatio-ohjaaja koulutuksen käynnyttä sairaanhoitajaa, joilla kaikilla oli kokemusta simulaatioiden suunnittelusta ja toteutuksesta.

Deduktiivisen analyysin luokittelun perusteena käytettiin SWOT-analyysiä. Deduktiivisen sisällönanalyysin pääkategorioiksi muodostuivat vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. SWOT-analyysissä ensimmäisenä aiheena oli simulaatiokoulutukseen osallistuminen. Tästä aiheesta nousi paljon erilaisia teemoja esiin. Vahvuuksina oli erityisesti potilasturvallisuuden, tiimityön ja kollegiaalisuuden sekä osaamisen paraneminen/lisääntyminen. Heikkouksina nousi esiin negatiivinen asenne simulaatioihin liittyen, mikä voi tarttua muihin osallistujiin ja mikäli simulaatioihin ei pääse osallistumaan, osaaminen heikkenee ja tieto työssä ei ole ajantasaisista. Mahdollisuuksina nähtiin muun muassa, että koko työyksikön osaaminen

vahvistuu, tiimityöskentely paranee ja yksikön pito- ja vetovoimaisuus lisääntyy sekä positii-
visten kokemusten saaminen simulaatioista. Uhkana nähtiin aiemmat huonot kokemukset si-
mulaatiokoulutuksista, resurssit ja se miten koulutuksiin pääsee osallistumaan. Pahimmillaan
motivaatio työtä kohtaan huononee, pelko akuuttitilanteisiin liittyen kasvaa ja epävarmuus
omasta osaamisesta lisääntyy sekä lopulta työpaikan vaihto epävarmuuden kasvaessa. Tau-
lukko 4 havainnollistaa tuloksia simulaatiokoulutukseen osallistumiseen liittyen.

Taulukko 4. SWOT-analyysi, Simulaatiokoulutukseen osallistuminen.

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> + Potilasturvallisuus paranee + Tiimityö paranee + Kollegiaalisuus lisääntyy + Työntekijän oma motivaatio työhön kasvaa + Mahdollisuus oppia uutta ja kehittää omaa osaamistaan + Pito- ja vetovoima lisääntyy + Yksikön toimintavarmuus paranee + Luottamus ja arvostus työntekijöiden välillä paranee + Ajantasainen tieto ja osaaminen + Tiedon jakaminen + Moniammatillinen tiimityöskentely paranee + Oman osaamisen ja työn tarkastelu ja kehittäminen harjoitusten myötä + Ei-tekniiset taidot, kuten kommunikaatio paranee + Saadaan työkaluja oman osaamisen ja yksikön osaamistason arviointiin rakentavasti (esim. akuuttitilanteen jälkeen yhdessä käyty oppimiskeskustelu ja tilanteen läpikäynti, missä onnistuttiin tiiminä ja missä itse onnistui, mitä seuraavalla kerralla tehtäisiin toisin?) + Inhimilliset tekijät, toisen tukeminen työssä 	<ul style="list-style-type: none"> -Osaaminen heikkenee -Tiedot puutteellisia, eivätkä ajantasaisia -Osallistujan asenne huono -Negatiivinen asenne tarttuu muihin -Ei opi toivottua asiaa
Mahdollisuudet	Uhat
<ul style="list-style-type: none"> + Positiivinen kokemus simulaatio-oppimisesta, koulutusmyönteisyys lisääntyy +Osaaminen vahvistuu + Koko yksikön osaamistasoa saadaan kehitettyä, ”osaaminen yksikössä on yhtä hyvä kuin sen heikoin lenkki” +Tieto koulutuksista leviää, tämä lisää työyksikön vetovoimaa + Pitovoima paranee, työntekijät jäävät mielellään yksikköön, jossa saavat kehittää osaamistaan + Käytännön työssä ei pelätä virheiden tekemistä + Yksikön toimintaa saadaan parannettua + Tiimityön vahvistuminen + Saadaan uskallusta puuttua epäkohtiin rakentavasti + Haiprojen tekemiseen rohkaistuminen, ongelmiin puuttuminen ja ymmärryksen lisääntyminen. Koulutusten kautta voidaan kehittää haasteisiin ratkaisuja 	<ul style="list-style-type: none"> -Aiemmat huonot kokemukset pilaavat osallistumisen -Motivaatio ei ole kohdillaan, ei ole halua osallistua koulutukseen aktiivisesti -Resurssit osastolla jäävät liian pieniksi -Koulutus joudutaan perumaan, kun sijaisia ei saada yksikköön harjoituksen ajaksi ja potilasturvallisuutta ei saada taattua -Koko yksikön osaamistaso heikkenee, potilasturvallisuus huononee -Akuuttitilanteissa toimiminen alkaa jännittämään työntekijöitä enemmän ja osaaminen vähenee -Jos ei pääse koulutuksiin, tyytymättömyys työpaikkaa kohtaan lisääntyy, työpaikan vaihto -Motivaatio työtä kohtaan heikkenee

Toinen SWOT-analyysi tehtiin osallistujien kanssa moniammatillisten simulaatioiden järjestämiseen liittyen. Tässä vahvuuksina korostui, että opitaan toimimaan tiimissä ja eri ammattiryhmien kanssa paremmin, halu kehittää omaa ja tiimin toimintaa lisääntyy sekä arvostus toisen työtä kohtaan lisääntyy. Vahvuutena nähtiin myös, että resurssit on helpompi järjestää, kun koulutukseen tarvitaan pienempi määrä jokaisesta yksiköstä. Heikkouksina nousi esiin mahdolliset asenneongelmat, arvostuksen puute, erilaiset yksiköt ja ymmärryksen puute toisen työyksikön toimintatapoihin ja osaamiseen liittyen. Lisäksi koettiin, että jännitys voi simulaatioissa kasvaa, mikäli osallistujina on itselle tuntemattomia ihmisiä omien tuttujen työkaveiden sijasta. MET-tiimin voi olla hankalampi tulla mukaan näihin koulutuksiin omien resurssien vuoksi, koska yksiköitä paljon ja jos kaikkien kanssa tulisi harjoitella yhdessä, ei yhdestä yksiköstä päästä osallistumaan niin usein ja MET-hoitajia ei riittävästi tällöin ole. Lisäksi MET-hoitajilla paljon omia koulutuksia, jotka tärkeitä oman osaamisen ylläpitämisen kannalta. Mahdollisuuksina nähtiin, että kaikki oppii toisiltaan jotain, ymmärrys toisen työstä ja arvostus eri yksiköiden työntekijöiden välillä lisääntyy ja yhteistyö paranee. Lisäksi potilasturvallisuus paranee. Uhkana nähtiin, että osallistujille voi tulla simulaatioissa osaamaton olo, eri tasoisten hoitajien ja yksiköiden vuoksi, vertailu omasta osaamisesta muiden osaamiseen. Tässä nähtiin tärkeänä kouluttajan rooli. Kouluttajan tulisi osata luoda psykologisesti turvallinen tunne kaikille osallistujille ja luottamuksellinen ilmapiiri koulutukseen sekä pyrkiä eri keinoin poistamaan jännitystä osallistujilta. Taulukko 5 havainnollistaa tuloksia moniammatillisten simulaatioiden järjestämiseen liittyen.

Taulukko 5. SWOT-analyysi. Moniammatillisten simulaatioiden järjestäminen (mukana lääkäri ja/tai MET-tiimi).

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> + Oppii toimimaan tiimissä ja eri ammattiryhmien kanssa + Oppii toimimaan yhdessä toisten kanssa ja ymmärtämään oman roolinsa tilanteissa + Ymmärrys muiden ammattiryhmien rooleista ja osaamisesta lisääntyy + Halu kehittää itseä ja tiimin toimintaa lisääntyy + Eri tasoisten hoitajien ja yksiköiden osaaminen käännetään vahvuudeksi, nähdään asioiden toinenkin puoli + Toisen työn arvostus lisääntyy + Tiimityö paranee ja hyödynnetään kaikkien osaamista + Ystävällisyys ja arvostus muita kohtaan lisääntyy + Pieni määrä osallistujia per yksikkö, joten resurssit helpompi järjestää 	<ul style="list-style-type: none"> - Asenneongelmat - Ylimielisyys - Arvostuksen puute - Erilaiset yksiköt, ymmärryksen puute toisen yksikön toimintatapoja tai osaamista kohtaan. - Jännitys harjoitustilanteessa - Vain pieni osa pääsee osallistumaan koulutukseen - MET-tiimin jäseniä vain vähän, joten samat henkilöt joutuvat usein samaan harjoitukseen. - Vaikea saada koulutusaikaa riittävästi MET-tiimin jäsenille, koska heidän tulee harjoitella paljon myös omia protokollia ja tilanteita.
Mahdollisuudet	Uhat
<ul style="list-style-type: none"> + Kaikki oppii toisiltaan jotain + Ymmärryksen lisääntyminen toisen osaamisesta ja toimintatavoista + Potilasturvallisuus paranee + Toimintatapojen muutos yhtenäisemmäksi +Toisten tukeminen tilanteissa +Tutuksi tuleminen eri yksiköiden välillä +Uskallus sanoa asioita ääneen ja kyseenalaistaa tarvittaessa lisääntyy + Hierarkian väheneminen + Keskustelu + Luottamus eri toimijoiden välillä lisääntyy + Palautteen antaminen ja saaminen toiminnan kehittämiseksi + Kynnys toisen tiimin kanssa toimimiseen laskee + Yhteistyön parantuminen + Johtajuuden opettelu mahdollistuu + Psykologisen turvallisuuden luominen onnistuu 	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistujalle tulee osaamaton olo - Epävarmuus omasta ammattitaidosta lisääntyy, vertailu muihin - koulutustilanteessa toisilleen vieraita henkilöitä, ei uskalleta kysyä/sanoa asioista - Nolaamisen/nolatuksi tulemisen pelko - Jännitys myös oikeissa tilanteissa lisääntyy, jos kokemukset harjoittelusta huonot - kouluttajan ammattitaidon riittämättömyys, kun eri tasoisia harjoittelijoita - kouluttaja ei osaa poistaa jännitystä tilanteesta, jolloin harjoitus voi herkemmin epäonnistua - Psykologisen turvallisuuden luominen epäonnistuu - Resurssien riittämättömyys

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tekstissä tilannetietoisuus -otsikon alla olevien lähteiden perusteella pohdin, että hoitajan tilannetietoisuuteen vaikuttaa monikin asia. Esimerkiksi väsymys etenkin yövuorossa voi olla iso haaste, kun tilanteet osastoilla voivat tulla nopeastikin ja väsymys hidastaa ajatuksen kulua ja näin vaikuttaa päätöksentekoon huomattavasti. Väsyneenä ei myöskään välttämättä tule huomattua kaikkia tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä. Stressi ja aikapaine ovat myös hoitoalalla yleisiä. Etenkin akuutissa tilanteessa, kuten elvytyksessä, on kiire toimia, kuitenkin olisi tärkeää osata toimia näissäkin tilanteissa rauhallisesti ja systemaattisesti. Tilanne voi pahimmillaan kärjistyä niin, että monta ihmistä tekee samoja asioita ja oleelliset asiat jäävät huomioimatta. Tällaisissa tilanteissa tarvittaisiin hyvää johtamista ja tilannetietoisuutta. Yhden hoitajista tulisi ottaa johtajuus ja saada kaaos hallintaan. Hänen tehtävänänsä olisi selvittää nopeasti tilannekuva ja alkaa ohjeistaa muita sen perusteella, mitä havainnoi siinä tilanteessa. Ohjeistuksen tulisi tapahtua ytimekkäästi ja selkeästi, ohjeet annetaan nimetyille henkilöille. Esimerkiksi ”Liisa, hae elvytyškärry” ja ”Pekka, aloita painelu”. Tilannekuva tällaisessakin tilanteessa vaihtuu koko ajan ja tilannetietoisuutta pitää ylläpitää jatkuvasti havainnoiden ympäristöä, potilaan tilaa, hoitajien/lääkärien toimintaa. Tilannetietoisuuteen tällaisessa tilanteessa voi vaikuttaa myös esimerkiksi paikalla ollut omainen. Omainen kannattaisi tällaisessa tilanteessa ohjata pois tilanteesta ja hänen kanssaan olisi hyvä ohjata joku hoitajista juttelemaan, mikäli tilanteessa on tarpeeksi väkeä hoitamaan elvytystä jo.

Hoitajan tilannetietoisuuteen vaikuttaa myös esimerkiksi saatu raportti työvuoron alussa, potilaan taustan tunteminen, muun hoitohenkilökunnan kokemus sekä oma kokemus ja osaaminen. Yövuorojen lisäksi haasteita tuovat pitkät työpäivät. 14 tunnin työpäivä on pitkä ja etenkin, jos kiireen vuoksi ei ehdi taukoja pitämään, on keskittyminen koetuksella ja tämä vaikuttaa havainnointiin huomattavasti. Myös tilanteet, joissa monta asiaa tapahtuu päällekkäin, ovat haastavia. Silloin tilannetietoisuutta tarvitaan todella paljon, jotta osataan hahmottaa asiat niin, että kiireellisimmät asiat saadaan hoidettua ensin. Hoitaja tarvitsee työssään tilannetietoisuutta mielestäni jatkuvasti, jokaisessa työvuorossa. Organisoitaitaitoa vaaditaan ja hoitajan työnkuva on niin laaja, että erilaisia tilanteita on jatkuvasti, sekä helpompia että vaikeampia tilanteita. Tilannetietoisuutta voidaan harjoitella hoitotyössäkin esimerkiksi

simulaatioiden avulla. Lisäksi kokemusta kertyy työvuosien myötä. Koulutuksilla saa myös apua tilannetietoisuustaitoihin.

Teoriaviitekehystä kirjoittaessani pohdin myös, että johtamistaitoa tarvitaan osastolla työskennellessä esimerkiksi akuuttitilanteessa, jossa toimii useampi sairaanhoitaja ja mahdollisesti myös lääkäri, tulee yhden työntekijän ottaa johtajan rooli. Ilman johtajaa tällaisessa tilanteessa menee aikaa hukkaan ja avun saanti voi myöhästyä. Johtajan tehtävänä akuutissa tilanteessa on selvittää tilannekuva ja varmistaa, että kaikki tietävät, mitä tekevät, ja ohjata muita toimimaan. Johtajan on hyvä pysyä hieman etäämmällä tilanteesta, sillä tilanteen näkee kokonaisuutena paremmin etäämmältä ja näin hän pystyy paremmin ohjaamaan tilanteessa toimivia hoitajia ja lääkäreitä. Johtajana voi olla hoitaja tai lääkäri tilanteen mukaan. Johtajan on tärkeää tehdä myös erilaisia päätöksiä ja olla johdonmukainen ja selkeä. Jokaisen olisi hyvä harjoitella johtamistaitoja. Niitä voidaan harjoitella esimerkiksi teoriaan tutustumalla ja simulaatioiden avulla.

Tutkimuksen tuloksena ilmeni, että akuuttihoitotyön simulaatio koulutukselle koetaan olevan tarvetta enemmän kuin mitä tällä hetkellä tarjotaan. Tällä hetkellä vastaajista 95,8 % oli saanut akuuttihoitotyön koulutusta simulaatio-opetusmenetelmällä 1–2 kertaa vuodessa ja 4,2 % vastaajista saanut koulutusta 3–4 kertaa vuodessa. Avoimien kysymysten perusteella vastaajista iso osa oli saanut vain kerran vuodessa simulaatio-opetusta. Simulaatio-opetusta toivottiin jatkossa 2–4 kertaa vuodessa toteutettavaksi. Simulaatio-opetusta pidetään tutkimuksen mukaan hyvänä ja opettavaisena, työtä tukevana opetusmenetelmänä. Simulaatioissa opetetut asiat jäivät paremmin osallistujien mieleen kuin muulla tavalla opetetut asiat. Resurssit koettiin kuitenkin olevan haasteena, sille, että saataisiin järjestettyä koulutusta enemmän. Mielestäni tähän tulisi kuitenkin aktiivisesti etsiä ratkaisuja, jotta simulaatioita saataisiin toteutettua nykyistä enemmän. Tutkimus osoittaa, että tarve koulutuksille olisi suurta ja työntekijät kaipaivat erilaisista aiheista täydennyskoulutusta. Simulaatioiden avulla saataisiin mm. parannettua potilasturvallisuutta, yhtenäistettyä käytäntöjä, parannettua pito- ja vetovoimaa hoitohenkilöstön näkökulmasta sekä työssä jaksamista.

Koulutusten aiheeksi toivottiin muun muassa akuuttilääkkeiden käyttöön liittyvää koulutusta. Saastamoisen (2023, s. 11) mukaan lääkehoidon osaaminen on yksi sairaanhoitajan työn tärkeimmistä osa-alueista. Lääkitysvirheitä esiintyy paljon ja tämä osoittaa, että puutteita osaamisessa on. Perusosaaminen saavutetaan sairaanhoitajakoulutuksen aikana ja samalla

luodaan pohja jatkuvalla oppimiselle. Työelämässä vaadittu kattavampi osaaminen saadaan riittävällä täydennyskoulutuksella ja monipuolisella työkokemuksella.

SWOT-analyysissä aiheina oli simulaatiokoulutukseen osallistuminen ja moniammatillisten simulaatioiden järjestäminen. Näissä pääteemoiksi tuli potilasturvallisuus, osaaminen, tiimityöskentely, jännitys, pelko ja negatiiviset aiemmat simulaatiokokemukset. Lisäksi pelättiin, että osaaminen heikkenee, mikäli simulaatioihin ei pääse osallistumaan riittävän usein. Toisaalta taas koettiin, että simulaatioiden avulla opitaan toimimaan tiimissä paremmin ja eri ammattiryhmien kanssa. Resurssit nähtiin haasteena, koulutuksiin ei aina ole mahdollisuutta osallistua. Koen itse, että simulaatiota voitaisiin opetusmenetelmänä hyödyntää yhä enemmän erilaisissa koulutuksissa. Simulaatio sopii erinomaisesti akuuttihoitotyön koulutuksiin, mutta myös esimerkiksi potilaan/asiakkaan kohtaamisen harjoitteluun, esimerkiksi muistisairaana tai aggressiivisen potilaan kohtaamisen harjoitteluun tai muuhun hoitotyön koulutukseen. Mielestäni olisi erittäin tärkeää panostaa sairaanhoitajien täydennyskoulutuksiin ja kuten tutkimus osoitti, myös kyselyyn vastanneet hoitajat pitivät tätä tärkeänä.

Pohdintaani ja oman tutkimukseni tuloksia tukee Salminen-Tuomaalan ym. (2018) tekemä tutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden käsityksiä moniammatillisen simulaatio-opetuksen tarpeista. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa käyttäjälähtöistä tietoa moniammatillisen simulaatiopedagogisen täydennyskoulutuksen kehittämiseksi. Kyseisen tutkimuksen mukaan sekä hoitajat että lääkärit tarvitsevat simulaatio-opetusta, jonka tavoitteena on kliinisten hoitotilanteiden hallinnan edistäminen, joka sisältää tiedollisten ja taidollisten valmiuksien sekä viestintä- ja ohjaustaitojen kehittämistä ja moniammatillisen yhteistyön edistämistä simulaatiomenetelmää hyödyntäen. Hoitajat ja lääkärit kokevat tutkimuksen mukaan tarvitsevansa moniammatillista yhteistyötä edistävää simulaatio-opetusta, kohdennettuna erityisesti akuutteihin tilanteisiin tai harvoin tapahtuviin ja haasteellisiin tilanteisiin.

Tervajärvi ym. (2022) tekivät tutkimuksen, jonka aiheena oli onnistunut simulaatio ja ohjaajan rooli simulaatiokoulutuksessa. Simulaatio-ohjaajakoulutukseen osallistui eri simulaatiokokemuksen omaavia henkilöitä. Osalla ei ollut simulaatioista kokemusta lainkaan, osatta taas kokemusta oli kertynyt paljon. Taustojen erilaisuudesta huolimatta osallistujat kokivat simulaation hyvänä oppimismenetelmänä. Tulosten perusteella simulaatiot voivat parhaimmillaan tuoda itseluottamusta omaan työhön. Vastauksista nousi esiin myös ohjaajan rooli, pahimmillaan simulaatiotilanne voi epäonnistua. Vastauksien pohjalta tutkijat kokosivat onnistuneet

simulaation osatekijät, joita olivat ilmapiiri, ohjaaja, rakenne ja reflektio. Omassa kehittämistyössäni näistä esiin tuli myös ilmapiiri ja ohjaajan merkitys. Ilmapiiri parhaimmillaan vähensi jännitystä simulaation aikana ja paransi oppimiskokemusta. Huonoimmillaan ilmapiiri taas lisäsi jännitystä ja loi negatiivisen kuvan simulaatiosta. Ohjaajalla koettiin olevan tässä merkitys. Myös Tervajärven ym. (2022) mukaan ilmapiiri auttaa luomaan simulaatiotilanteesta fyysisesti ja psyykkisesti turvallisen kokemuksen sekä mahdollistaa myös virheiden tekemisen ilman, että tarvitsee pelätä muiden osallistujien reaktiota. Turvallisessa ilmapiirissä osallistujat pystyvät paremmin tuomaan esille omia ajatuksiaan ja mielipiteitään. Tämä on erityisesti oppimiskeskustelun kannalta oleellinen asia. Tutkimuksesta ilmeni myös, että keskustelulle tulisi varata riittävästi aikaa eikä tilanteessa saisi olla kiireen tuntua. Sama tutkimustulos tuli tästä omasta kehittämistyöstänikin. Toivottiin rauhassa toteutettuja simulaatioita.

6.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Kuten Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisusarjassa sanotaan: Hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita ovat eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s.11) Taulukossa 6 havainnollistetaan näitä edellä mainittuja peruseriaatteita. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään menettelytapoja, joilla pidetään huoli siitä, että hyvä tieteellinen käytäntö toteutuu koko tieteellisen toiminnan elinkaaren ajan. Hyvät tieteelliset menettelytavat voidaan liittää kahdeksaan tieteelliseen toiminnan alueeseen. Näitä ovat 1. toimintaympäristö, 2. koulutus, ohjaus ja mentorointi, 3. tieteellisen työn tekeminen, 4. eettisyys ja ennakointi, 5. tutkimusaineistojen käsittely ja hallinta, 6. yhteistyö, 7. tekijyys, julkaiseminen ja viestintä sekä 8. asiantuntija- ja arviointitehtävät.

Taulukko 6. Hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteen eurooppalaista ohjeistusta mukailen. (Sov. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023).

Luotettavuus	Hyvän laadun varmistaminen suunnittelussa, menetelmissä, analyyseissä ja voimavarojen käytössä.
Rehellisyys	Suunnittelu, toteutus, arviointi sekä raportointi ja viestintä toteutetaan avoimesti, oikeudenmukaisesti, puolueettomasti ja yksityiskohtia salaamatta.
Arvostus	Arvostusta osoitetaan kollegoita, tieteellisen toiminnan osapuolia, yhteiskuntaa, ekosysteemejä, ympäristöä ja kulttuuriperintöä kohtaan.
Vastuunkanto	Vastuuta kannetaan tieteellisen toiminnan koko elinkaaresta, joka alkaa ideasta ja ulottuu hallintaan, koulutukseen, ohjaukseen, toteutukseen, julkaisemiseen ja vaikutuksiin.

Tutkimuksessa tulisi aina ottaa huomioon tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 125) Tutkimuksen ja etiikan yhteys on kahtalainen. Toisaalta tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta taas eettiset kannat voivat vaikuttaa tutkijan työssään tekemiin ratkaisuihin. Tieteellinen toiminta voi toisinaan tarvita erilaisia lupia, suostumuksia ja eettistä ennakoarviointia ennen kuin tutkimusaineiston keruu voidaan aloittaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s. 13) Tieteellinen toiminta tulee toteuttaa oman tieteenalan sääntöjen ja ohjeistusten mukaisesti sekä HTK-ohjetta noudattaen. Tieteellinen toiminta ei saa vaarantaa tutkijoiden tai tutkittavien terveyttä ja turvallisuutta.

Eettinen kestävyys on tutkimuksen luotettavuuden toinen puoli. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 127) Tutkijan on huolehdittava siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas ja että valittu tutkimusasetelma on sopiva sekä raportointi hyvin tehty. Eettisyys kiertyy muodollisesti tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereihin. Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus.

Metsämuurosen (2006, s. 121) mukaan laadullisen aineiston analysointiin ja tulkintaan liittyy riskinä se, jos tutkijalla on hyvin voimakas ennako-oletus tutkimustuloksesta jo valmiiksi. Mikään aineisto ei saa tutkijan ajatusta muuttamaan, mikäli tutkija itsepintaisesti säilyttää

käsityksensä alkuperäisestä oletuksestaan. Tutkija kuitenkin itse kirjoittaa koko aineiston, joten tutkimuksen luotettavuus voi vaarantua ennako-oletuksista. Tutkijan on siksi todella tärkeää pitää huoli siitä, etteivät subjektiiviset ennakkokäsitykset muuta sitä aineistoa, jota analysoidaan.

Esittelin aiheeni Satasairaalan Henkilöstön kehittämispäällikölle ja simulaatiokoordinaattorille ja keskustelin aiheesta heidän kanssaan. Heidän molempien mielestä aiheeni oli tarpeellinen ja ajankohtainen. Monella osastolla simulaatiot ovat jääneet koronan jälkeen tauolle, eikä niitä olla uudelleen aloitettu järjestämään. Sairaalassa kuitenkin ohjeistuksena on, että jokaisen konservatiivisella osastolla työskentelevän tulisi osallistua vähintään kerran vuodessa hätätilapotilaan tunnistaminen/hoito ja elvytysosaaminen -koulutusmallin mukaiseen simulaatiokoulutukseen, jossa harjoitellaan akuuttihoitotyön taitoja. Tarkoituksena oli, että tämä kehittämissyö edesauttaisi myös samalla sitä, että osastot taas aktivoituisivat uudelleen simulaatioita järjestämään.

Tutkimuksen tulee olla validi. (Heikkilä, 2014, s. 27) Validius tarkoittaa systemaattisen virheen puuttumista. Tutkimuksessa on tärkeää mitata sitä, mitä on ollut tarkoitus selvittää. Tutkijan tulisi määrittää täsmälliset tavoitteet tutkimukselleen, ettei lähde tutkimaan vääriä asioita. Validilla eli pätevällä mittarilla toteutetut mittaukset ovat keskimäärin oikeita. Mittaustuloksista ei voi tulla valideja, mikäli mitattavat käsitteet ja muuttujat ei ole tarkoin määriteltä. Validius on varmistettava huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulla. Tutkimuskysymyksiä laatiessa on varmistettava, että tutkimuskysymykset mittaavat oikeita asioita yksiselitteisesti ja, että ne kattavat koko tutkimusongelman. Lisäksi on hyvä määrittää perusjoukko tarkasti. Validin tutkimuksen toteutumista edesauttaa myös edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti.

Kehittämistyön validiuteen ja luotettavuuteen pyrittiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksessa käytettiin ainoastaan luotettavia lähteitä teoreettisen viitekehyksen luomisessa. Luotettavuuteen vaikutettiin myös käyttämällä aina mahdollisimman uusia lähteitä, jotta niiden tiedot ovat paikkansa pitäviä ja ajantasaisia. Tutkimussuunnitelma toteutettiin huolellisesti ja tarkasti.

Reliabiliteetti eli luotettavuus on käsite, joka tarkoittaa tulosten tarkkuutta. (Heikkilä, 2014, s. 28) Tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Tutkimukselta odotetaan, että se on luotettava. Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan, että se on toistettavissa oleva

samanlaisin tuloksin uudelleen tehtynä. Aina kuitenkin ei yhteiskunnallisten muutosten vuoksi voi saada samaa tulosta samanlaisesta tutkimuksesta eri ajankohtana tehtynä. Tutkijan tulee olla koko tutkimuksen ajan tarkka ja kriittinen. Virheitä voi sattua missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, esimerkiksi tietoja kerätessä, käsiteltäessä tai tuloksia analysoitaessa.

Heikkilän (2014, s. 45) mukaan kyselylomakkeen luominen on tärkeä osa tutkimusta ja sen onnistumista. Nykyisin tietotekniikka on mahdollistanut kyselylomakkeiden luotettavamman käytön. Kun kysely tehdään tietokoneella, ei yksittäiset paperit mene niin herkästi hukkaan, mikä vaikuttaisi oleellisesti tutkimuksen tulokseen ja sitä myötä luotettavuuteen. Toisaalta taas on riskinä, ettei kaikki osaa käyttää uusia verkossa tehtäviä kyselyitä ja se vaikuttaa taas kyselyyn vastaajien määrään. Kun kyselyyn vastataan internetlomakkeiden avulla, mahdollistaa se tutkijalle erilaisen tulosten analysoinnin. Vastaukset saadaan suoraan tilasto-ohjelmaan käsittelyä varten ja voidaan saada tulosjakaumat suoraan raporttina. Kuitenkin oleellista on, että vaikka kysely olisi verkossa tai paperilla, on kannattavaa suunnitella kysymykset huolellisesti. Kysymysten väärä muoto on yksi suurimmista virheiden aiheuttajista. Ennen aineiston keruuta tulisi sopia kaikkien kumppaneiden kanssa vähintään aineistojen omistus- ja käyttöoikeuksista, käsittelystä, säilyttämisestä ja mahdollisesta avaamisesta sekä tarkennetaan sopimuksia tarvittaessa tutkimuksen edetessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s. 13)

Kehittämistyössä luotettavuuteen olisi voinut vaikuttaa se, että kehittämistyö tehtiin tutkijan vanhalla työpaikalla ja osa työntekijöistä oli tutkijalle jo entuudestaan tuttuja työkavereita. Tutkimusta tehdessä on tärkeää noudattaa voimassa olevaa lainsäädäntöä sekä salassapitoon, luottamuksellisuuteen ja vaitioloon liittyviä velvoitteita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s. 13–14) Työntekijät voivat kokea olevansa tarkastelun alla ja heistä voi tuntua, että osaamista arvioidaan kriittisesti eivätkä siksi uskalla vastata kyselyyn. Tutkimuksen luotettavuuteen ja tuloksiin voi vaikuttaa se, jos kaikki ei uskalla vastata kyselyyn epävarmuuden tai arvioinnin kohteeksi joutumisen aiheuttaman pelon vuoksi. Keinona tässä oli, että kysely toteutettiin anonyymina, jolloin vastauksia ei voitu yhdistää yksilöön. Kysely kohdistui tutkijalle tutun osaston lisäksi myös muille konservatiivisen puolen osastoille, joiden työntekijät eivät olleet tutkijalle tuttuja. Osallistavana menetelmänä käytetty SWOT-analyysi pidettiin vapaaehtoisille osallistujille. Luotettavuuteen voi vaikuttaa myös se, että kyselyyn ei saatu tarpeeksi korkeaa vastausprosenttia. Tähän pyrittiin vaikuttamaan tekemällä helppoja kysymyksiä, joihin on nopea vastata työn ohessa. Lisäksi kyselyyn vastaamista markkinoitiin ja kannustettiin

työntekijöitä aktiivisesti vastaamaan sekä muistuteltiin vastauksen antamisesta tietyn ajan kuluessa. Esihenkilöitä pyydettiin lähettämään kyselyä uudelleen työntekijöille.

Objektiivisuus eli puolueettomuus tulee ottaa huomioon tutkimusta tehdessä. (Heikkilä, 2014, s. 28–29) Tutkimukseen ei saa vaikuttaa tutkijan omat mielipiteet missään vaiheessa tutkimusta. Etenkin haastattelututkimuksissa puolueettomuuteen tulee panostaa. Haastattelija ei saa johdatella vastaajia vastaamaan tietyllä tavalla. Lisäksi tutkimusta tehdessä avoimuus on tärkeää. Tietoja kerätessä tulee kertoa tutkittaville, mihin tarkoitukseen tietoja käytetään ja millä tavalla. Tutkimusraportissa tulee olla näkyvillä kaikki tärkeät tulokset ja johtopäätökset, tähän ei saa vaikuttaa tutkija tai toimeksiantaja.

Kehittämistyön raportointi tehtiin mahdollisimman hyvin ja tutkija oli eettisesti sitoutunut tutkimukseen koko tutkimusprosessin ajan. Kehittämistyö vertaisarvioitiin ja lisäksi ohjaava opettaja arvioi tutkimuksen etenemistä säännöllisesti, mikä lisää luotettavuutta. Hyvää raporttia kirjoitettaessa tulee huolehtia, että tutkija kunnioittaa tutkittavien yksityisyyttä ja ammattisalaisuutta ja varmistaa, ettei nämä asiat vaarannu. (Heikkilä, 2014, s.29) Heikkilän (2014, s. 29) ohjeen mukaan noudatettiin tietosuojaa ja pidettiin tutkittaville annetut lupaukset, kuten sen, ettei yksittäisten vastaajien tuloksia tunnisteta.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisusarjan mukaan tutkimuksella tulee edistää aineistojen avoimuutta ja jatkokäyttöä mahdollisuuksien mukaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s. 14). Kehittämistyötäni voidaan hyödyntää myös jatkossa. Tutkimuksen pohjalta voidaan jatkossa toteuttaa simulaatioita osaamisvaatimusten ja kehittämistarpeiden mukaisesti. Keräämäni palautteen pohjalta taas voidaan jatkossa kehittää simulaatioita vielä paremmiksi ja ottaa huomioon yhä enemmän osallistujien toiveita.

Tutkimus vei tutkijalta paljon aikaa, mutta oli tutkijan mielestä aiheena mielenkiintoinen. Webropol-kyselyn kysymykset kirjattiin tutkimussuunnitelman liitteeksi. Ohjaava opettaja sekä tutkija tarkistivat kysymykset ennen kuin ne siirrettiin webropol-sivulle. Epähuomiossa kysymykseen ”Kuinka usein olet saanut koulutusta akuuttihoitotyöhön liittyen työnantajasi järjestämänä?” oli jäänyt laittamatta vastausvaihtoehdoksi 0 kertaa. Tämä on mahdollisesti vääristänyt tulosta merkittävästikin. Vastaajista suurin osa oli vastannut tähän kysymykseen 1–2 kertaa vuodessa. Näistä vastaajista osa ei välttämättä ole saanut koulutusta ollenkaan, mutta eivät saaneet sitä laitettua vastaukseksi, koska tämä vastausvaihtoehto puuttui eikä kyseisen kysymyksen kohdalla ollut myöskään vapaata tekstikenttää eikä kysymystä päässyt

ohittamaan. Tämä virhe olisi todennäköisesti havaittu ajoissa, mikäli kysely olisi esitettävä ensin pienellä ryhmällä. Nyt kyselyn tarkisti ohjaava opettaja ja tutkija ennen kyselyn lähettämistä ja tämä ei riittänyt. Samassa kysymyksessä olisi myös jälkikäteen tarkasteltuna ollut hyvä olla erikseen vaihtoehdot 1 kertaa vuodessa ja 2 kertaa vuodessa. Näin tutkimuksesta olisi saatu tarkempi. Avoimissa kysymyksissä tuli esiin, että moni on saanut koulutusta vain kerran vuodessa.

Webropol-kyselylomake lähetettiin esihenkilöiden kautta sähköpostitse kaikille valituissa yksiköissä työskenteleville sairaanhoitajille. Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista. Mikäli tutkimusta jatkettaisiin vielä simulaatiointerventiona, tulisi ryhmiin jako tehdä satunnaistetusti. Kyselyyn saatiin vastauksia vain 24, mikä oli vähemmän kuin mitä tutkimukselta odotettiin. Matalaan vastausprosenttiin todennäköisesti vaikutti osastoilla silloin parhaillaan käynnissä olleet organisaatiomuutokset ja tästä aiheutunut väsymys ja tietämättömyys tulevasta hoitajien keskuudessa.

6.3 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämideoita

Tämän tutkimuksen pohjalta jatkotutkimuksen aiheena olisi suunnitella ja toteuttaa simulaatiointerventiot, jonka jälkeen uusi kysely valitulle kohderyhmälle. Näin saataisiin selvitettyä, miten paljon simulaatio-opetuksella saataisiin kehitettyä työntekijöiden osaamista akuuttihoitotyön taitoihin liittyen. Tutkimuksen aikana tutkijalle tuli mieleen mielenkiintoisena aiheena simulaatioihin liittyen, että olisi tärkeä tutkia moniammatillisia simulaatioita tarkemmin. Toiminnallisena tutkimuksena voisi toteuttaa moniammatillisen ketjusimulaation ja kerätä tästä osallistujilta kokemuksia ja selvittää, mitä hyötyä ja haittaa koulutuksessa nähdään olevan. Myös esihenkilöille voisi toteuttaa kyselyn siitä, miten he näkevät ja kokevat simulaatioiden tärkeyden esihenkilön näkökulmasta ja miten olisi mahdollista kehittää yksikön työntekijöiden osaamista jatkossa enemmän simulaatioiden avulla.

LÄHTEET

- Ala-Kokko, T. & Liisanantti J. (2022). *Toimintaperiaatteet hätätilapotilaan tilan arvioinnissa ja hoidossa. Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito*. Duodecim.
<https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/phh00038>
- Ala-Kokko, T., Alahuhta, S., Hyppölä, H., Kaartinen, J. & Savolainen, T. (toim.). (2022). *Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito*. Duodecim.
- Asiakas- ja potilasturvallisuus strategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. (2022). *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2022:2. Valtioneuvoston julkaisuarkisto Valto*.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM_2022_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Blomgren, K. (2015). Simulaatiot – melkein leikkiä, melkein totta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2015;131(23):2239–44. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12860>
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 2022, 34 (4), 215–225.
<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987/78028>
- Eriksson, E. ym. (2015). *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuushanke*. Bookwell Oy.
<https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Fields, M. (2013). Järjestöarvioinnin ilmiansuuntia-opas. Opintokeskus Sivis. <https://www.ok-sivis.fi/media/ilmiansuuntia-materiaali/jarjestoarvioinnin-ilmiansuuntia-sivis.pdf>
- Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus*. Edita.
- Helmrich, S. (2021). *Why you should use an ABCDE approach to patient assessment*. Medacast. <https://medcast.com.au/blog/why-you-should-use-an-abcde-approach-to-patient-assessment>
- Helovuori, A. ym. (2012). *Potilasturvallisuus*. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 1 (2), 123.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1558689806298224>
- Koistinen, M. (2011). *Tilannetietoisuus ja tilannekuva operatiivisessa liikenteen hallinnassa*. Liikennevirasto. https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/121715/lts_2011-54_978-952-255-072-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Puolakka, T. (2017). *Ensihoito*. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992.
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta. 741/2023.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230741#Pidm46651395131120>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 559/1994.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lateef, F. (2010). Simulation-based learning: Just like the real thing. *Journal of emergencies, trauma, and shock* 3(4), 348–352.
https://journals.lww.com/onlinejets/Fulltext/2010/03040/Simulation_based_learning_Just_like_the_real.9.aspx
- Laukkanen, A. (2020). Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. *Blogit Savonia*. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>
- Lindroos, J-K. & Lohivesi, K. (2010). *Onnistu strategiassa*. WSOYpro.
- Mellin, I. (2006). *Tilastolliset menetelmät*.
<https://math.aalto.fi/opetus/sovtoda/oppikirja/Johdanto.pdf>
- Metsämuuronen, J. (2006). *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Helsinki: International Methelp.
- Mäkijärvi, M., Alakare, J., Harjola, V-P., Päivä, H., Tuukkanen, J. & Valli, J. (toim.). (2023). *Akuuttihoito-opas*. Duodecim.
- Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. ja Vaula, E. (2016). *Akuuttihoito-opas*. Duodecim.
- Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vahtera, A. & Vakkala, M. (toim.). (2016). *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Duodecim.
- Niittyvuopio, M. (2022). *Hätätilapotilaan arviointi. Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/phh00301>
- Niittyvuopio, M. (2022). *Peruselintoimintojen hoito terveydenhuollon ammattilaisen ydinosaamisena. Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito*. Duodecim.
<https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/phh00300>
- Norri-Sederholm, T. (2015). *Tilanne päällä! Tiedon tarpeesta jaettuun tietoon – Hätäkeskuspäivystäjän ja ensihoidon kenttäjohtajan tilannetietoisuus*. [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1694-5>

Royal College of Physicians. (2020). National Early Warning Score (NEWS). Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. *Royal College of Physicians*.

Saastamoinen, T. (2023). *Simulaatiopeli lääkehoidon oppimismenetelmänä. Monimenetelmätutkimus sairaanhoitajaopiskelijoille ja hoitotyön opettajille*. [Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-4911-0>

Sage. (2023). *Journal of Mixed methods Research. Journal description*. <https://journals.sagepub.com/author-instructions/MMR>

Sairaanhoitajat liiton www-sivut. (i.a.). *cABCDE – peruselintoimintojen arviointityökalu*. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/amatilliset-tyokalut/>

Salminen-Tuomaala, M. (2015). Simulaatio-opetuksella varmuutta akuuttihoitotyön taitoihin. Kokoamateoksessa: Haasio, A., Zechner, M. & Päällysaho, S. (toim.). *Internet, verkkopalvelut ja tietotekniset ratkaisut opetuksessa ja tutkimuksessa- julkaisusarja*, 24–35. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/103048/A22.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salminen-Tuomaala, M. (2021). Tilannetietoisuuden kehittäminen kliinisessä hoitotyössä. *Julkaisut SEAMK*. <https://lehti.seamk.fi/hyvinvointi-ja-luovuus/tilannetietoisuuden-kehittaminen-kliinisessa-hoitotyossa/>

Salminen-Tuomaala, M., Hallila, J., Saarikoski, S. & Tapio, T. (toim.). (2020). *Tietoa, taitoa ja teknologiaa – kehittämisspolkuja sosiaali- ja terveysalalla. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Akuuttihoitotyön simulaatio-opetuksen autenttisuuden edistäminen sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana*. 242–254. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020092575810>

Salminen-Tuomaala, M., Rouvala, C., Sankelo, M., Junttila, T. & Vuorenmaa, K. (2018). Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden käsityksiä moniammatillisen simulaatio-opetuksen tarpeista. *Hoitotiede* 2018, 30 (4), 311–323. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/160076/Salminen-Tuomaala_Hoitohenkilokunnan.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Satakunnan hyvinvointialueen www-sivut. (i.a.). Teho- ja tehovalvontahoito. <https://satakunnanhyvinvointialue.fi/palvelut/sairaala/tehoahoito/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (i.a.). Asiakas- ja potilasturvallisuus. <https://stm.fi/asiakas-ja-potilasturvallisuus>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta. 57/2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2024/20240057>

Tehyn suositukset ammatillisesta täydennyskoulutuksesta. (2024). https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehy_n_suositukseset_ammattillisesta_lisa_ ja_taydennyskoulutuksesta_id_14071.pdf

- Tervajärvi, L., Räsänen, M. & Hutri-Kähönen, N. (2022). Onnistunut simulaatio ja ohjaajan rooli simulaatiokoulutuksessa. *TAMKjournal*, 10.8.2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022081255157>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2011). *Potilasturvallisuusopas – potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi*. 7, 12–13. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80154/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>
- Tevere. Työ, elämä, valmennus. (i.a.). <https://tevere.fi/negatiivinen-aivoriihi/>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Vilkkä, H. & Mankki, V. (2024). *Johdatus monimenetelmätutkimukseen*. Santalahti-kustannus.
- Yon Hee, S., Kangbum, L. & Kyeongmin, J. (2024). BMC Nursing. Research Open Access. *Factors influencing the classification accuracy of triage nurses in emergency department: analysis of triage nurses' characteristics*. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-02334-9>

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomakkeen kysymykset

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Taulukko 7. Simulaatiokoulutukseen liittyvät toiveet vastaajien näkökulmasta.

Liite 4. Taulukko 8. Vastaajien toiveita sisällöstä/aiheista simulaatiokoulutukseen.

Liite 5. Taulukko 9. Muut vastaajien toiveet simulaatioihin liittyen.

Liite 1. Kyselylomakkeen kysymykset

1. Missä yksikössä työskentelet tällä hetkellä?

- Sisätautien hoito-osasto 1
- Sisätautien hoito-osasto 2
- Siltaosasto
- Varahenkilöstö

2. Missä yksikössä työskentelit ennen syksyllä 2023 tapahtunutta muutosta?

- Sisätautien hoito-osasto 1
- Sisätautien hoito-osasto 2
- Keuhkosairauksien hoito-osasto
- Päivystysosasto
- Varahenkilöstö
- Joku muu, mikä?

3. Mihin ikäryhmään kuulut?

- 18–30-vuotiaat
- 31–40-vuotiaat
- yli 40-vuotiaat

4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt sairaanhoitajana tässä organisaatiossa?
Huomioi mukaan myös aiempi työskentelysi Satakunnan sairaanhoitopiirissä.

- Alle 12 kuukautta
- 1–3 vuotta
- 4–6 vuotta
- 7–15 vuotta
- yli 15 vuotta

5. Mikä on korkein koulutuksesi?

- Toisen asteen tutkinto (esim. perushoitaja, lähihoitaja)
- Opistotason tutkinto (esim. sairaanhoitaja, terveydenhoitaja)
- AMK-tutkinto (esim. sairaanhoitaja AMK, terveydenhoitaja AMK)
- YAMK-tutkinto (esim. sairaanhoitaja YAMK, terveydenhoitaja YAMK)
- Ylempi tiedekorkeakoulututkinto (maisteri tai ylempi)

6. Kuinka usein olet saanut koulutusta akuuttihoitotyöhön liittyen työnantajasi järjestämänä?

- 1–2 krt/vuosi
- 3–4 krt/vuosi
- 5 krt tai enemmän/vuosi

7. Oletko mielestäsi saanut riittävästi koulutusta akuuttihoitotyöhön liittyen?

- Kyllä
- En

8. Jos vastasit "en", niin kuinka usein mielestäsi olisi riittävä määrä?

- 1–2 krt/vuosi
- 3–4 krt/vuosi
- 5 krt tai enemmän/vuosi?

9. Koetko simulaatiot hyödyllisiksi oppimisen ja oman ammatillisen kehittymisen kannalta?

- kyllä
- en

10. Seuraavat väittämät kuvaavat osastolla tarvittavia akuuttihoitotyön taitoja, vastaa väittämiin oman osaamistasosi mukaan:

	<i>minulla on osaamista erittäin paljon</i>	<i>minulla on osaamista paljon</i>	<i>minulla on osaamista melko paljon</i>	<i>minulla on osaamista melko vähän</i>	<i>minulla on osaamista erittäin vähän</i>
<i>Elvytys osaaminen</i>	5	4	3	2	1
<i>ABCDE-menetelmän käyttö</i>	5	4	3	2	1
<i>NEWS-pisteet</i>	5	4	3	2	1
<i>Hätätilapotilaan tunnistaminen</i>	5	4	3	2	1

<i>Johtaminen akuutti-tilanteessa /tilannejohtajuus</i>	5	4	3	2	1
<i>Tiimityöskentely ja kommunikaatio</i>	5	4	3	2	1
<i>Moniammatillinen yhteistyö (lääkärit, sairaanhoitajat, laboratoriohoitajat, röntgenhoitajat jne)</i>	5	4	3	2	1
<i>Tilannetietoisuus</i>	5	4	3	2	1
<i>Akuuttiläkkeet</i>	5	4	3	2	1
<i>Anafylaksian tunnistaminen ja hoito</i>	5	4	3	2	1
<i>Hengitysteiden tukkeutuminen, tukehtuminen</i>	5	4	3	2	1
<i>Hengenahdistus, hengitysvaikeudet</i>	5	4	3	2	1
<i>Akuutin verenvuodon tunnistaminen ja tyrehtyttäminen</i>	5	4	3	2	1
<i>Tajuttoman potilaan tunnistaminen ja hoito</i>	5	4	3	2	1

<i>Neurologiset tapah- tumat (aivoveren- vuoto, aivoinfarkti)</i>	5	4	3	2	1
<i>Sepsiksen tunnistami- nen ja hoito</i>	5	4	3	2	1
<i>Epilepsia</i>	5	4	3	2	1
<i>Rintakivun tunnistami- nen ja hoito</i>	5	4	3	2	1

11. Vastaa seuraaviin väittämiin lisäkoulutuksen tarpeesta oman tarpeesi mukaan:

	<i>tarvitsen lisäkou- lutusta erittäin paljon</i>	<i>tarvitsen li- säkoulu- tusta paljon</i>	<i>tarvitsen lisäkoulu- tusta melko paljon</i>	<i>tarvitsen li- säkoulu- tusta melko vä- hän</i>	<i>minulla ei ole lisä- koulu- tuksen tarvetta</i>
<i>Elvytys osaami- nen</i>	5	4	3	2	1
<i>ABCDE-menetel- män käyttö</i>	5	4	3	2	1
<i>NEWS-pisteet</i>	5	4	3	2	1
<i>Hätätilapotilaan tunnistaminen</i>	5	4	3	2	1

*Johtaminen
akuuttitilanteessa
/tilannejohtajuus*

5 4 3 2 1

*Tiimityöskentely
ja kommunikaatio*

5 4 3 2 1

*Moniammatillinen
yhteistyö (lääkä-
rit, sairaanhoita-
jat, laboratorio-
hoitajat, röntgen-
hoitajat jne)*

5 4 3 2 1

Tilannetietoisuus

5 4 3 2 1

Akuuttilääkkeet

5 4 3 2 1

*Anafylaksian tun-
nistaminen ja
hoito*

5 4 3 2 1

*Hengitysteiden
tukkeutuminen,
tukehtuminen*

5 4 3 2 1

*Hengenahdistus,
hengitysvaikeu-
det*

5 4 3 2 1

*Akuutin veren-
vuodon tunnista-
minen ja tyrehdyt-
täminen*

5 4 3 2 1

*Tajuttoman poti-
laan tunnistami-
nen ja hoito*

5 4 3 2 1

<i>Neurologiset tapahtumat (aivo-verenvuoto, aivoinfarkti)</i>	5	4	3	2	1
<i>Sepsiksen tunnistaminen ja hoito</i>	5	4	3	2	1
<i>Epilepsia</i>	5	4	3	2	1
<i>Rintakivun tunnistaminen ja hoito</i>	5	4	3	2	1

12. Tähän voit vapaasti kertoa, millaista simulaatiokoulutusta haluaisit?

13. Mitä sisältöjä/aihealueita toivoisit, että simulaatioissa käsitellään?

14. Muita toiveita simulaatioihin liittyen?

Liite 2. Saatekirje

Hei,

Opiskelen Seinäjoen ammattikorkeakoulussa Kliinisen asiantuntijan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Tällä lomakkeella informoin opinnäytetyönä tehtävästä tutkimuksesta, johon liittyen toivon teidän osallistuvan Webropolilla toteutettavaan kyselyyn. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata Satasairaalan konservatiivisen vastualueen hoitohenkilökunnan akuuttihoitotyön osaamistaso ja koulutustarve. Tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan akuuttiosaamista konservatiivisella vastualueella. Tutkimustulosten perusteella on tarkoituksena toteuttaa simulaatio-opetusta hoitohenkilökunnalle.

Olisi erittäin tärkeää, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn, jotta tutkimuksesta saadaan kattava määrä vastauksia ja näin tutkimuksesta tulee laadukas. Juuri sinun kertomasi kokemus on tärkeässä roolissa. Tutkimukseen osallistuminen on kuitenkin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisesta voi kieltäytyä missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Anonymitteetti turvataan koko tutkimuksen ajan ja sen jälkeen. Nimiä ei tutkimuksessa käsitellä. Vastaukset kyselyihin annetaan anonyymisti.

Kysely lähetetään kaikille hoitajille, jotka työskentelevät seuraavilla osastoilla: Sisätautien hoito-osasto 1, Sisätautien hoito-osasto 2 ja keuhkotautien hoito-osasto ja päivystysoosasto.

Mikäli sinulle tulee kysyttävää tutkimukseen liittyen, ole rohkeasti yhteydessä.

Yhteistyöterveisin, Laura Antila (laura.antila@seamk.fi)

Liite 3. Taulukko 7. Simulaatiokoulutukseen liittyvät toiveet vastaajien näkökulmasta.

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Moniammatillinen, lääkärin kanssa yhdessä toteutettava	Moniammatilliset simulaatiot, joissa mukana lääkäri, MET-tiimi, sairaanhoitajat, koko työyhteisö.	Moniammatillinen simulaatio	Moniammatilliset säännöllisesti ja rauhallisesti toteutettavat simulaatiot potilasosajia apuna hyödyntäen.
Koko työyhteisö osallistuu			
Moniammatillisuutta, lääkäreitä ym. mukaan			
Toivoisin moniammatillista simulaatiota			
Enemmän simulaatioita, joihin osallistuu muitakin kuin sairaanhoitajia osastolta, esim lääkäreitä, MET-tiimi ym.			
Kaikki koulutus on tervetullutta, niin paljon kuin vain mahdollista, ne ovat aina hyödyksi. Simulaatiot jäävät eri tavalla mieleen, joten muistin avulla niistä voi olla apua yllättävissä tilanteissa.	Koulutuksia toivotaan lisää, simulaatiot jäävät hyvin mieleen.		

Haluaisin simulaatioita järjestettävän useammin. Koen, että on tärkeää varsinkin erikoissairaanhoidossa osata varautua eri tilanteisiin.			
Kaikki koulutukset ja simulaatiot tervetulleita		Koulutusten järjestäminen useammin ja säännöllisesti.	
Säännöllisiä case-tyylisiä koulutuksia	Säännöllisyys		
Eri tapauksia, joista voisi oppia miten eri tilanteissa toimitaan	Erilaisia käytännöstä nousseita case-tyyppisiä koulutuksia.		
Yleistä koulutusta.			
Erilaisia potilascaseja ja tilanteita		Hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito sekä erilaiset käytännönläheiset aiheet case-tyyppisesti.	
Tilanteita, joihin eri osastoilla voi törmätä.			
Elvytys, neurologiset tapahtumat, rintakivun hoito	Hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito		
Akuutti tilanteet			
Rauhassa toteutettavaa simulaatiota	Rauhallisuus ja aikaa riittävästi	Rauhallinen simulaatio	

Liite 4. Taulukko 8. Vastaajien toiveita sisällöstä/aiheista simulaatiokoulutuksiin.

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Elvytys	Elvytys ja siihen johtavien tilanteiden tunnistaminen		
Elvytys sekä siihen johtavien tilanteiden harjoittelu			
Elvytys			
Elvytystä			
Erilaisten hätätilapotilaiden hoitoa	Hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito	Hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoito	
Hätätilapotilaan tunnistamista			
Potilaan voinnin äkillinen romahtaminen			
Akuutti tilanteet			
Sepsis	Sepsiksen tunnistaminen ja hoito		
Sepsiksen tunnistaminen tärkeä, kun sitä on melko paljon meidän potilailamme ja siinä monenlaisia erilaisiakin oireita voi olla			

Rintakipu	Rintakipupotilaan tunnistaminen ja hoito		Erilaisten hätätilapotilaiden tunnistaminen ja hoito sekä johtaminen ja tiimityöskentely
Matala verensokeri	Matalan verensokerin tunnistaminen ja hoito		
Verenvuodot	Verenvuodon tunnistaminen ja hoito		
Anafylaksia	Anafylaksian tunnistaminen ja hoito		
Aiemmin kyselyssä mainitut koulutusaiheet hyviä, osastoilla paljon tämän tyyppisiä potilaita, joiden oireet hyvä ajoissa tunnistaa. Asiat tuttuja, mutta toistot ja kertaukset luovat varmuutta työskentelyyn.	Aiemmin kyselyssä mainitut aiheet hyviä, erilaista sisältöä selkeästi	Erilaisia koulutusaiheita, selkeästi rajattuna	
Kyselyssä edellä mainittuja aiheita			
Kaikki sisällöt ovat tervetulleita			
Selkeä sisältöistä			
Akuuttilääkkeistä	Akuuttilääkkeet	Akuuttilääkkeet	
Koulutusta lääkkeistä			

Johtajuusasioita	Johtaminen ja tiimityöskentely	Johtamisosaaminen ja tiimityöskentely	
Tiimityöskentely muidenkin kuin oman osaston hoitajien välillä			
Erilaiset hengitysvaikeudet	Hengitysvaikeuden/-vajauden tunnistaminen ja hoito sekä trakeostomoidun potilaan hoito	Hengitysvaikeuden/-vajauden tunnistaminen ja hoito	
Hengitys vaikeus/hengitysvajaus			
Tukehtuminen/hengitysvaikeus			
Trakeostomoidun potilaan hoito			
Aivoverenvuoto/aivoinfarkti-potilaan tunnistaminen.			
Neurologisten tapahtumien tunnistaminen, epilepsia ym.	Neurologisten tapahtumien tunnistaminen ja hoito		
Epilepsia	Epilepsian tunnistaminen ja hoito		
Epilepsia			

Liite 5. Taulukko 9. Muut vastaajien toiveet simulaatioihin liittyen.

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Useammin, vaikka ne ovat vähän jännittäviä tilanteita niin ne ovat loistavia oppimisen kannalta.	Useammin. Jännittäviä, mutta loistavia oppimisen kannalta.		
Simulaatioita olisi hyvä olla ainakin se 2x/vuodessa, tällä hetkellä vain 1x/vuodessa.			
Simulaatioita saisi olla 3–4 kertaa vuoden aikana.	Useammin, vähintään 2 kertaa vuodessa, mieluiten 3–4 kertaa vuodessa.	Useammin, vähintään 2 kertaa vuodessa, mieluiten 3–4 kertaa vuodessa.	Simulaatioiden järjestäminen säännöllisesti, vähintään 2 kertaa vuodessa, mieluiten 3–4 kertaa vuodessa. Simulaatioiden lisäksi työpajaharjoittelua. Simulaatiot jännittäviä, mutta hyvällä ilmapiirillä ja pienellä ryhmäkoolla paineet pienenevät. Simulaatio on loistava opetusmenetelmä.
Voisi olla enemmän aikaa per simulaatio ja useammin. Tärkeää ylläpitää akuuttiosaamista.	Enemmän aikaa koulutukselle ja useammin.	Jännittäviä, mutta opettavaisia.	
Lyhyempiä työpajoja lisäksi mm. perus elytyspainantaa non-stop ajatuksella.	Työpaja-harjoittelua simulaatioiden lisäksi, esim. elvytys.	Työpaja-harjoittelua simulaatioiden lisäksi.	
Pienet ryhmät ovat mielestäni kivoja, ei tule niin paljoa paineita.			

<p>Niissä simulaatioissa, joissa olen ollut, on ollut aina rento ilmapiiri, toivon niin jatkossakin olevan.</p>	<p>Pienet ryhmät ja rento ilmapiiri.</p>	<p>Pienet ryhmät ja rento ilmapiiri.</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	--