



# Vatsakeskuksen hoitotyön ammattilais- ten kliinisen osaamisen kartoitus

Memmu Eriksson

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Marraskuu 2024

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

Eriksson, Memmu

## Vatsakeskuksen hoitotyön ammattilaisten kliinisen osaamisen kartoitus

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Marraskuu 2024, 59 sivua

Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö YAMK

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

### Tiivistelmä

Erään yliopistollisen sairaalan vatsaosastoilla toteutettiin syksyllä 2023 henkilökunnalle kysely, jossa kartoitettiin hoitohenkilökunnan kliinisen osaamisen tasoa. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa nykytilaa vatsaosaston osastohoitotyön ammattilaisten kliinisen osaamisen tasosta kaikilla niillä erikoisaloilla, mitä osastoilla hoidetaan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa osaamisen nykytilasta ja millä alueilla nousee esiin lisäkoulutuksen tarve. Kyselylomakkeena käytettiin Vatsakeskuksen osastohoitotyön ammattilaisten kliinisen osaamisen- mittaria, joka pohjautui aikaisempaan tutkimustietoon vatsakeskuksen osastohoitotyön ammattilaisten kliinisestä osaamisesta, sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Tarkoituksena tutkimukselle oli tunnistaa osastohoitotyön ammattilaisten osaamisen taso sekä osaamisvajeet, sekä kartoittaa, mitkä taustatekijät vaikuttavat asiaan. Tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään täydennyskoulutustarpeen pohjana, sekä toimintalahtöisen työvuorosunnittelun tukena.

Kysely toteutettiin sähköisellä Webropol- kyselyllä, ja vastaajiksi kutsuttiin kaikki kyseisen yliopistollisen sairaalan vatsakeskuksen osastohoitotyön ammattilaiset (N=112).

Vastauksia tutkimukseen käytettäväksi saapui 66 kappaletta.

Kyseessä oli määrällinen tutkimus, joten tutkimustulokset analysoitiin SPSS- järjestelmällä. Analysoinnin perusteella arvioitiin yleisesti osaamisen tasoa, sekä taustamuuttujien merkitystä osaamiseen. Keskeisiä taustamuuttujia tutkimuksessa oli neljä, ikä, koulutus, ja työkokemus, sekä sosiaali- ja terveysalalta, että kirurgisen potilaan hoitotyöstä. Summamuuttujina käsiteltiin lääkinällisten laitteiden sekä tarvikkeiden osaamista, sekä erikoisalaosaamista potilaan hoitotyössä.

Tuloksissa nousi esille, että vatsakeskuksen osastohoitotyön ammattilaisten osaamistaso kliinisessä hoitotyössä oli pääsääntöisesti hyvää. Osaamistarpeita nousi kuitenkin esiin lääkinällisten laitteiden- ja tarvikkeiden osalta tasaisesti. Yleinen osaaminen hoitotyössä oli hyvällä tasolla, ja kehitystarpeita nousi esiin vain vähän. Kuitenkin mitä enemmän oli kyse erikoisalaosaamisesta, sen voimakkaammin lisäkoulutuksen tarve nousi esiin. Yhtenä selkeimpänä yhdistävänä osaamisvajeena nousi esiin potilaan ohjaaminen, sekä järjestelmien ja mittareiden käyttö kartoituksessa.

Sosiaali- ja terveysalan työkokemus vaikutti jonkin verran kliinisen osaamisen tasoon.

### Avainsanat (asiasanat)

Hoitohenkilöstö, sairaanhoitaja, hoitotyön osaaminen, kliininen osaaminen, osaamisen tunnistaminen.

### Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

Kyselylomake, salassa pidettävä liite työn tilaajan toiveesta.

**Eriksson, Memmu**

### **The survey of clinical competence of nursing professionals at the Abdominal Centre**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, November 2024, 59 pages

Master's Degree Programme in Health Care and Social Managements

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

#### **Abstract**

In the autumn of 2023, a staff survey was implemented in the abdominal departments of a University Hospital, which surveyed the level of clinical competence of the nursing staff. The purpose of the survey was to find out the current state of the level of clinical competence of ward nursing professionals in all the medical field in the departments. The purpose was to produce information about the current state of expertise and identify the level of competence of ward nursing professionals and the competence gaps, as well as to find out which background factors affect the matter and in which areas the need for additional training emerges. The questionnaire used was the Clinical Competence of Abdominal Centre's ward nursing professionals-measure, which was based on previous research data on the clinical competence of Abdominal Centre's ward nursing professionals, as well as the factors affecting it. The research results will be used as a basis for continuing education needs, as well as support for activity-oriented work shift planning.

The survey was carried out using an electronic Webropol survey, and all the ward nursing professionals of a University Hospital Abdominal Center (N=112) were invited as respondents. 66 responses were received for use in the study.

The survey was a quantitative study, so the research results were analyzed using the SPSS system. Based on the analysis, the general level of competence was assessed, as well as the importance of background variables for competence.

The results showed that the level of competence was generally good. However, the need for expertise came up steadily with need of medical equipment and supplies. The general competence in nursing work was at a good level, and only a few development needs emerged. However, the more specialized expertise was involved, the stronger the need for additional training emerged. One of the clearest unifying skill gaps emerged was guiding the patient, as well as the use of systems and meters.

Work experience in the social- and healthcare had some importance for the level of clinical competence.

#### **Keywords/tags (subjects)**

Nursing staff, Nurses, Health competence, Clinical competence, Competency recognition

#### **Miscellaneous (Confidential information)**

Survey, confidential information at the request of the client of the work

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Hoitotyön ammattilaisten osaaminen .....</b>	<b>7</b>
2.1	Kliininen osaaminen .....	8
2.2	Asiantuntijuus hoitotyössä.....	11
2.3	Osaamisen kartoitus.....	12
2.4	Osaamisen johtaminen .....	13
<b>3</b>	<b>Työhyvinvointi.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys .....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Tutkimuksen toteutus.....</b>	<b>16</b>
5.1	Määrällinen tutkimus .....	16
5.2	Kohdejoukko.....	18
5.3	Aineiston keruu .....	18
5.4	Aineiston analyysi.....	19
<b>6</b>	<b>Tulokset.....</b>	<b>20</b>
6.1	Taustamuuttajat.....	20
6.2	Osaamisen arviointi.....	23
6.2.1	Osaaminen yleisempien osastolla olevien lääkinnällisten laitteiden ja -tarvikkeiden käyttämisessä <sup>23</sup>	
6.2.2	Osaaminen kirurgisen potilaan kliinisen tilan arvioinnissa .....	25
6.2.3	Osaaminen diabetestä sairastavan hoitotyössä .....	26
6.2.4	Osaaminen aikuispotilaan kivunhoidossa.....	27
6.2.5	Osaaminen haavanhoidossa .....	29
6.2.6	Osaaminen potilaan neste- ja ravitsemushoidossa.....	31
6.2.7	Osaaminen potilaan erittämiseen liittyvissä asioissa .....	32
6.2.8	Osaaminen avannepotilaan hoidossa ja ohjaamisessa .....	33
6.2.9	Osaaminen aspiraatiokeuhkokuumeen ennaltaehkäisemisessä.....	34
6.2.10	Osaaminen virtsatiekatetri-infektioiden ennaltaehkäisemisessä .....	36
6.2.11	Osaaminen verisuonikatetriperäisten infektioiden ennaltaehkäisemisessä.....	37
6.2.12	Osaaminen ruoansulatuskanavan yläosan kirurgisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa	39
6.2.13	Osaaminen suolistokirurgisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa .....	40
6.2.14	Osaaminen sappi- haima- maksa potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa.....	41
6.2.15	Osaaminen yleisimpien gastroenterologisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa <sup>42</sup>	
6.2.16	Osaaminen yleisimpien urologisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa .....	43

<b>7 Tulosten yhteenveto</b> .....	<b>44</b>
7.1 Pohdinta .....	50
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	51
7.3 Jatkokehitysehdotukset .....	53
<b>Lähteet</b> .....	<b>54</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>59</b>
<b>Salassa pidettävä.</b> .....	<b>59</b>

## Kuviot

Kuvaotsikkoluettelon hakusanoja ei löytynyt.

# 1 Johdanto

Yliopistollisten sairaaloiden vatsakeskuksen osaamiskeskuksissa hoidetaan laaja-alaisesti niin gastrokirurgisia, urologisia, kuin verisuonikirurgisia potilaita (HUS Vatsakeskus, TAYS vatsa ja suolisto, OYS Vatsakeskus, KYS vatsaelinkirurgian palvelut & TYKS vatsaelinkirurgia, urologia ja verisuonikirurgia). Jotta hoito voidaan toteuttaa laadukkaasti ja potilaslähtöisesti, työntekijöiden osaamisen täytyy olla alansa erikoisosaamista, mikä vaatii jatkuvaa kehittämistä, arviointia ja kouluttamista. Hoito toteutetaan osastolla moniammatillisesti, ja siihen osallistuvat useat eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset. Laki terveydenhuollon ammattilaisista määrittää jo osaltaan jatkuvan ammatillisen kehittymisen periaatteet, joka velvoittaa pitämään taidot ja tiedot osaamisvaatimusten vaatimalla tasolla. Organisaatio määrittää osaamistavoitteet ja – tarpeet, sekä huolehtii niiden kartoituksesta ja ylläpidosta. (Kliinisen hoitotyön erikoisalot: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi 2021, 16–18,20.)

Sairaanhoitajan koulutus antaa perusvalmiudet hoitotyöhön, jonka jälkeen työntekijän vastuulla on pitää huolta ammattitaitonsa ylläpidosta, päivittämisestä sekä edistämisestä (Ranta 2011, 101–102). Erikoissairaanhoidon osastot ja erikoisalot tuovat omat tarpeensa hoitotyön ydinosaamiselle, sekä kliiniselle asiantuntijuudelle (Jokiniemi, Pietilä & Mikkonen 2019). Nykypäivänä sairaanhoitajan työnkuva on enemmissä määrin itsenäistä, itseohjautuvaista sekä vastuullista, jolloin korostuu entisestään asiantuntijuus, minkä merkitystä potilasturvallisuuteen, kustannuksellisuuteen, sekä työtyytyväisyyteen ei voida väheksyä (Almarwani & Alzahrani 2023).

Osaamisen varmistamiseksi voidaan toteuttaa osaamisen kartoitusta. Osaamistavoitteet lähtevät aina työyksikön tarpeista, ja niiden kartoittamisesta. Osaamisen kartoittaminen on strateginen työkalu, jolla varmistetaan kehittämisen tarve ja tavat. Kartoitetaan laaja-alaisesti, minkä osa-alueiden osalta lisäkoulutusta tarvitaan, mitä osaamista jo löytyy, ja mihin osa-alueisiin täytyy panostaa enemmän. Osaamisen kehittämisellä tarkoitetaan henkilökohtaisen osaamisen kehittämistä ja syventämistä. Vaikka ammatillinen kehittäminen on jokaisen työntekijän vastuulla, on sen tarpeen arviointi, ja mahdollistaminen työnantajan vastuulla. Kehittämistoiminnassa on tärkeää sen vaikutavuuden jatkuva arviointi ja analysointi. (Viitala 2021, 121–122.)

Tämän opinnäytetyön taustalla on erään yliopistollisen sairaalan vatsaosastolla syksyllä 2023 toteutettu kysely, jolla kartoitettiin tietoa osaamisen nykytilasta ja osaamisvajeista täydennyskoulutuksen sekä toimintälähtöisen työvuorosuunnittelun tueksi. Tuloksia tullaan käyttämään osaston sisäiseen kehittämiseen ja osaamisen tukevaan työhön. Osaamiskartoituksen tuloksia tullaan hyödyntämään aineistona tieteellisessä artikkelissa.

## 2 Hoitotyön ammattilaisten osaaminen

Hoitotyön ammatillinen osaaminen vaatii peruskoulutuksen lisäksi jatkuvaa oman osaamisen arviointia, osaamisen ylläpitoa, sekä tehtäviin vaadittavia erikoistumis-, sekä pätevytymisopintoja, jotta työtä voidaan tehdä sen vaatimalla tasolla (Ranta 2011, 101–103). Työn luonne muokkaa vaadittavia osaamistaitoja työnkuvien ja suositusten muuttuessa, mikä itsessään luo ammattikuntaan moninaiset haasteensa. On sekä esihenkilöiden, työnantajien, mutta myös työntekijöiden vastuulla vastata muuttuviin tilanteisiin kouluttautumalla ja etsimällä tutkittua tietoa itsenäisesti ja aktiivisesti. (Hildén 2002, 29–34.)

Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuuden hankkeessa määriteltiin ammattipätevyysdirektiivin mukaisesti yhdeksän osaamisaluetta, joista ammatillinen osaaminen koostuu. Näitä osaamisalueita olivat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus. Hankkeen taustalla vaikuttaa tarkoitus Euroopan yhteisön ammatti-pätevyysdirektiivin(2013/55/EU) määrittelemät vähittäisvaatimukset yleissairaanhoidon osaamisvaatimuksille. (Sairaanhoitajan tulevaisuus -hanke 2015, 3,7,8.)

Hoitotyön ammattilainen työskentelee sosiaali- ja terveystalveluja määräävän lainsäädännön alaisuudessa. Työn kuvan perustana on Suomen perustuslaki (731/1999), muita määrittäviä lakeja ovat muun muassa laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), terveydenhuoltolaki (1383/2001), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785,1992) sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). (Sosiaali- ja terveystalveluja koskeva lainsäädäntö.) Lisäksi hoitotyön ammattilaisten työtä ohjaa hoitotyön suositukset, minkä tarkoituksena on yhtenäistää toimintamallit eri käytännöissä (Hotus-hoitosuositukset 2024).

Paavilainen, Lakanmaa, Kuusisto, Lundgren-Laine, Salanterä ja Laineen (2021, 210, 217–218) tekemän tutkimuksen mukaan perusosaaminen erikoissairaanhoidon vuodeosastotyöskentelyssä hoitotyön opiskelijoilla ja hoitotyön ammattilaisilla oli hyvällä tasolla. Tutkimuksesta käy ilmi, että aikaisemmin tietoa löytyi hyvin perushoidon kokonaisuudesta, mutta tutkittua tietoa itse perushoidosta löytyy vähän. Tutkimuksen johtopäätöksistä nousee esiin tarve hoitotyön opetuksen kehittämiseen teoreettisen tiedon stimuloivilla keinoilla, jotta hoitotyön ammattilaiset osaisivat soveltaa teoriassa opittua taitoa myös käytäntöön paremmin.

## 2.1 Kliininen osaaminen

Kliininen osaaminen on laaja kokonaisuus, joka sisältää käytännön osaamisen aina psykososiaalisista menetelmistä erikoissairaanhoidon hoitotyön osaamiskuvausten sisältöihin (Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen 2015, 39–41). Pahkala, Lukkarinen ja Kääriäinen (2013, 13) avaavat artikkelissaan kliinisen osaamisen määritelmää, mikä itsessään on enemmän kuin suomenkielinen käännös sanasta antaa ymmärtää. Englanniksi osaamisesta puhutaan kompetenssina, mikä tieteen termipankin selityksen mukaan tarkoittaa valtaa, tai kelpoisuutta antaa päätöksiä. Kuitenkin sanaa on aukaistu myös määritelmällä kelpoisuus. (Tieteen termipankki.)

Pahkalan ja muiden (2013, 13, 19, 22) mukaan hoitotyön opiskelijoiden kliininen osaaminen oli suoraan verrattavissa koulutuksen vaiheeseen. Vastaukset kuitenkin olivat samansuuntaisia, parhaiten opiskelijat kokivat osaavansa farmakologiset taidot, ja heikoiten mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidon. Osaamisessa vaihtelevuus tunnistetaan tutkimuksessa hyvin, kuten myös se, että heikoimmat osaamisalueet ovat niitä, missä tulevaisuudessa on edessä kriittisin kasvu, kuten päihdepotilaat tai kriittisesti sairaat potilaat. Tutkimustulokset tukevat aiempia kansainvälisiä tutkimustuloksia. Taylorin, Bing-Jonssonin, Finnbakkan, Wagensteenin, Sandvikin ja Fagerströmin (2021) mukaan opiskelijoiden kliinisten taitojen opettamiseen täytyy kiinnittää tarkempaa huomiota, jotta saadaan luotettavampia, ammattitaitoisempia kliinisiä taitoja omaavia työntekijöitä. Heidän tutkimuksensa mukaan lähtökohtaisesti paremmat kliiniset taidot omaavien edistyneisyys oli maltillisempaa kuin vähemmällä taidoilla tutkimukseen osallistuneilla, joten koulutuksen aikana erot näiden kahden ryhmät välillä kaventuivat. Tutkimuksen mukaan hoitotyön opiskelijoiden kliiniset taidot paranivat koulutuksen aikana eniten kliinistä harjoittelua varten. Syy taitojen parantamiseen jäi epäselväksi.

Wangensteen, Finnbakk, Adolfsson, Kristjansdottir, Roodbol, Ward ja Fagerström (2018) kuvasivat tutkimuksessaan sairaanhoitajien itsearviointia liittyen kliiniseen osaamiseen. Tutkimus oli toteutettu poikkileikkaustutkimuksena viidessä eri maassa. Tutkimuksesta nousee esiin, että ylemmän korkeakoulutuksen saaneet tutkittavat nostivat omat kliinisen osaamisensa korkeammalle, kuin korkeakoulutuksen/ erikoiskoulutuksen saaneet. Tuloksissa nousee esiin, että tutkittavat kokevat kliinisten taitojen olevan hyvällä tasolla, huonoimmiksi taidoiksi kuvataan farmakologiset taidot, mikä herättää tutkijoissakin huolta. Kuitenkin tutkimuksesta käy myös ilmi, että koulutuksen toive ja tarve oli suurinta näillä alhaisimmiksi tunnistetuilla alueilla. Tutkimuksesta käy myös ilmi, että ylemmän koulutuksen saaneet sairaanhoitajat osasivat kartoittaa osaamistaan kattavammin kuin jatko-opiskelleet sairaanhoitajat. (Wangensteen ym. 2018, 101–105.)

Kliininen osaaminen tarkoittaa oman alan ydinosaamisen osaamista ja hallintaa. Raamit sille antaa useat eri toimijat. Kuitenkin aihealueena kliininen osaaminen on Suomessa suhteellisen uusi aihealue, eikä siitä tutkimuksia juuri tältä tasolta löydykään. Viime vuosikymmenenä asiaan on kuitenkin alettu perehtymään tarkemmin, ja osaamisvaatimuksia on alettu yhtenäistää kansainvälisesti samoilla mittareilla. (Jokiniemi, Pietilä & Mikkonen 2019.)

Jokiniemi ja muut (2019) toteavat tutkimuksessaan, että suomalaiset hyödynsivät vähiten kliinistä hoitotyön osaamistaan verrattuna pohjoismaisiin kollegoihin. Eniten kliiniset asiantuntijat hyödynsivät organisaattorista, eettistä ja ohjaavaa osaamistaan, mikä kuvastaa heidän esimiesorientoitunutta työskentelyään. Tulokset osoittavat, että vähiten hyödynnetään osaamista itsenäisen vastaanoton pitämisessä. Tutkimustuloksissakin todetaan, että kliinisen asiantuntijan roolissa näitä tehtäviä ehkä tarvitaan vähiten, mutta keskustelua on herättänyt ero kliinisen asiantuntijan ja kliinistä hoitotyötä tekevän sairaanhoitajan ero.

Hoitotyö ja hoitotyön kliininen osaaminen perustuu sekä koulutuksen antamaan tietoon, opittuun taitoon, mutta myös kokonaisuudessaan tutkittuun tietoon. Heikkilä, Hupli, Katajisto ja Leino-Kilven (2019) tekemässä tutkimuksessa tarkastellaan hoitajien kantaa ja asenteita tutkimustiedon käyttöön ja sen jalkauttamiseen. Tutkimuksessa käy ilmi, että vaikka pääsääntöisesti tiedostetaan tutkimustiedon tarpeellisuus ja merkityksellisyys, on tutkimustiedon käyttö kenttätöissä vähäistä.

Taustasyistä nousee esiin kiire, priorisointi, sekä aineiston vaikeasti ymmärrettävyys kieliongelmien vuoksi. Merkitystä tutkimustiedon käytölle on myös koulutusasteessa. Tutkimustiedon käyttö ja hyödynnettävyys nousee koulutustason mukaisesti.

Imanipour, Ebadi, Monadi Ziarat ja Mohammadin (2022) tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin osaamisperusteisen lisäkoulutuksen merkitystä kliiniseen osaamiseen. Tutkimuksesta käy ilmi, että tulos on kaksijakoinen, toisaalta on selvää, että osaamisperusteinen koulutus parantaa kliinistä osaamista, mutta toisaalta tulos antaa myös viitteitä siihen, ettei sillä ole kliinisen osaamisen suhteen merkitystä. Tutkimuksesta nousee esiin kliinisen osaamisen taidon yhteys työtyytyväisyyteen. Myös työssä tapahtuvien virheiden osuus laskee, kun ammattitaito on korkealla tasolla omaan työnkuvaan ja sen vaatimiin tehtäviin. (Imanipour ym. 2022, 2–3,8–10.) Ammatillisen osaamisen ja työtyytyväisyyden yhteyttä on tunnustettu jo kauan sitten. Oman työn hallinnan, osaamisen, ja tuen tunne vaikuttaa työssäjaksamiseen, työssä onnistumiseen sekä asiantuntijaksi kehittymiseen. Se vähentää uupumisen sekä kuormittumisen riskiä, sekä parantaa osaltaan työturvallisuutta sekä potilasturvallisuutta. (Ranta 2011, 90–95.)

Almanwarin ja Alzahrinin (2023) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin kliinisen sairaanhoitajan osaamisen kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä. Vaikuttavia tekijöitä nousi esiin useita, kuten esimerkiksi teoreettinen tieto, koulutus, kokemus, päätöksentekotaidot, sekä kliininen arviointikyky. Kliinistä osaamista ei voida eritellä inhimillisistä tekijöistä kokonaan ulos, koska työolosuhteet, ikä, oma motivaatio sekä ihmissuhdetaidot ovat voimakkaasti liitännäisiä kliinisen osaamisen toteuttamiseen ja jalkauttamiseen. Kliinisellä osaamisella ja pätevyydellä on suoranainen yhteys potilasturvallisuuteen ja laadullisen hoidon onnistumiseen. Myös tästä katsauksesta käy ilmi sen merkitys työtyytyväisyyteen, työssäjaksamiseen, työssä pysyvyyteen sekä kollegiaalisuuteen. Korkealla kliinisellä osaamisella varmistetaan korkealaatuinen sekä oikein priorisoitu hoito.

Teoreettinen tiedon ja kliinisen osaamisen yhdistämistä tutkittiin bahrainilaisessa sairaalassa. On huomattu, että vaikka valmistuneet opiskelijat omaavatkin hyvät teoreettiset taidot, kiulu tiedon ja toteutuksen välillä on aika ajoin suurin, ja tämä koetaan kuormittavaksi. Tämä itsessään aiheuttaa konflikteja ja stressaavia tilanteita, kun äkillisesti koulunpenkiltä siirrytään työmaailmaan teoretiedon siivittämänä, ilman käytännön kokemusta. Tutkimuksen tuloksista nousee ilmi, että on

äärimmäisen tarpeen nostaa jo koulutusvaiheeseen kliinistä käytännön työtä, jolloin työntekijällä on myös käytännön pätevyys kliiniseen työskentelyyn. Yksittäisinä asioina nousi esiin autonomian puute, sekä se että opiskelijat eivät harjoitteluissaan päässeet toteuttamaan itse hoitotoimenpiteitä, vaan seurasivat sivussa, kun joku muu teki. (Tareq, Ma, Francis & Maha 2023.)

## **2.2 Asiantuntijuus hoitotyössä**

Luostarinen, Meretoja ja Niemen (2019) tarkastelivat tutkimuksessaan sairaanhoitajien ammattipätevyyttä heidän omasta näkökulmastaan, verraten sitä asiantuntijaryhmän määrittämään tavoitetasoon. Suurimmaksi osaksi ammattikunta arvioi pätevyytensä hyväksi, ja osakseen erittäin hyväksi. Kuitenkin käy ilmi, että sairaanhoitajien arvioima pätevyys jäi asiantuntijoiden asettaman tavoitteen alapuolelle. Ammattipätevyys hoitoalalla on laaja käsite, sisältäen sekä ammatilliset, että kliiniset taidot. Sen sisältöön kuuluu yhteistyötaidot, ohjaamistaidot, asenteet, arvot, itsenäisen työn hallinta, teoretietous, keittämistoiminta, hoitoprosessien hallinta sekä oman erikoisalan asiantuntijuus.

FinAME- asiantuntijuusmallissa on eroteltu esihenkilöt ja asiantuntijaroolissa työskentelevät hoitotyön asiantuntijoista, jotka työskentelevät kliinisessä hoitotyössä. Näyttöön perustuvan hoidon toimintamallin perusteella asiantuntijuus kliinisessä hoitotyössä merkitsee oman erikoisalan tutkimustiedon jalkauttamista käytäntöön, tutkittuun tietoon perustuvien käytänteiden jalkauttamista, niiden kriittistä tarkastelua, toimintamallien käyttöönottoa sekä yhteneväisten käytäntöjen seuranta. (FinAME-asiantuntijuusmalli 2022.)

Tämä tutkimus toteutetaan erikoissairaanhoidon vatsakeskuksessa. Vatsakeskuksessa on useita osaamisaloja: gastrokirurgia, urologia sekä verisuonikirurgia, joten osaamista ja asiantuntijuutta tarvitaan laajasti ja usealta eri erikoisalalta (HUS Vatsakeskus, TAYS vatsa ja suolisto, OYS Vatsakeskus, KYS vatsaelinkirurgian palvelut & TYKS vatsaelinkirurgia, urologia ja verisuonikirurgia). Tämä erikoisala vaatii hoitajilta paljon, ja heidän täytyykin osata perushoidon lisäksi kivunhoito, haavanhoito, neste- ja ravitsemushoito. Heidän täytyy osata arvioida perussairauksien merkitys hoidon kannalta, kliininen tila ja vointi, sekä osata käyttää useita eri lääkinnällisiä ja hoitavia laitteita. Asiantuntijuuden merkitys itsenäisessä työskentelyssä tässä erikoisalassa onkin merkittävä, koska työntekijän osaaminen, asiantuntijuus ja pätevyys edistää potilasturvallisuutta, työtyytyväisyyttä,

tehokkuutta hoidon vaikuttavuutta, joka epäsuorasti vaikuttaa myös tuloksellisuuteen. (Almarwani & Alzahrani 2023.)

## 2.3 Osaamisen kartoitus

Vuonna 2020, World Health Organization julkaisi kattavan raportin maailman hoitotyön tilasta. Tuossa raportissa nousee huoli niin laadukkaiden työntekijöiden riittävydestä, mutta myös heidän koulutuksensa tasosta. (State of world's nursing 2020.) Osaamista voidaan kartoittaa useilla mittareilla ja tutkimuksilla, mutta peruseriaate niissä on sama: laatukriteeristöt pysyvät muuttumattomina, ja niissä on toistettavuuden merkitys. Osaamisen kartoituksen perustana on se, että voidaan taata laatu ja pätevyys siitä huolimatta, mistä koulutuksen ammattiin saa. (Anim-Boaham, Christmals & Armstrong 2022.)

Osaamisen kartoitusta on tutkittu jo useamman vuosikymmenen ajan, ja tulokset kertovat kerta toisensa jälkeen sen olevan epäselvää ja epäsystemaattista, eikä luotettavia yhtenäisiä työkaluja osaamisen kartoittamiseen ole. Tämä osaltaan selittyy myös sillä, että kansainvälisesti eri mailla on eri prioriteetin mitä mitata, sekä eri näkökulmat siihen mitä osaamisessa arvotetaan ja halutaan mitata. (Almarwani & Abdulaziz 2023.)

Hoitotyössä osaamisen kartoittamista täytyy tarkastella usealta eri näkökulmalta. Osaamiseen vaikuttaa sekä ammatillinen, että kliininen osaaminen, asenteet, taidot, kyvyt, tiedon vastaanottamiskyky, ja sen soveltamiskyky. Kuitenkin osaamista kartoittaessa täytyy ottaa huomioon myös ympäristö tuomat työkalut tai niiden puuttuminen. Osaavakaan henkilö ei pysty kaikkeen, jos ammattitaidon käyttöä ei mahdollisteta. Tutkimuksen mukaan perinteisten, eli koulutuksen, kokemuksen sekä teoretiedon lisäksi, osaamiseen vaikuttaa myös työilmapiiri, motivaatio sekä työstressi. (Almarwani & Abdulaziz 2023).

Vuonna 2018 Suomessa aloitettiin hanke nimeltä yleSHarviointi (sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen arvioimisen kehittämisen hanke), jonka tarkoituksena oli varmistaa, että valmistuvien sairaanhoitajien kliininen osaaminen oli riittävää myös kansainvälisellä tasolla. Taustalla tähän oli vaikuttamassa 2017 tehty selvitys, jossa todettiin, ettei valtakunnallista systemaattista arviointia ollut käytössä juurikaan. Lisäksi todettiin, että on tarkoituksenmukaista yhtenäistää valtakunnallisia kriteeristöjä, jotta potilasturvallisuus ja työn laatu ovat tasavertaisia kaikkialla. (Silen-Lipponen,

Kinnunen & Seppänen 2018.) Ghanassa laadun varmistamiseksi on otettu käyttöön hoitotyön lupakoe, jolla varmistetaan kliinisen pätevyyden riittävyys. Lisäksi hoitotyön henkilöstölle suoritetaan arviointi, jolla varmistetaan ulkoisten arvioitsijoiden valvomana arvio osaamisesta. Ghanassa kuitenkin haasteensa luo useat alentavat tekijät, kuten resurssipula valvonnassa sekä tulosten manipulointi. Tämä on tunnistettu haaste, ja luokin osaamisen kartoitukselle sekä varmistamiselle vanhat perusteet ja tarpeet. (Anim-Boamah ym. 2022.)

Chen, Wang ja Zhuin (2023) tekemässä tutkimuksessa hoitotyön ammattilaisten osaamista kartoitettiin perinteisen sipulimallin mukaisesti niin, että sipuli koostui kolmesta pääkerroksesta. Sipulin ydin koostui henkilökohtaisista ominaisuuksista, motivaatioista sekä luontaisista tekijöistä. Keskimäinen kerros koostui arvoista, tunneällyn skaalasta sekä ammatillisista filosofioista. Ulommainen kerros kuvastaa opittavia asioita, kliinistä osaamista, johtamistaitoja ja teoreettista pääomaa. Myös tässä tutkimuksessa kuvastuu laadun varmistamisen tärkeys. Tässä tutkimuksessa korostuu vaikuttavuuden malli sekä se, kuinka vaikuttavuutta voitaisiin lisätä ja laatua varmistaa pureutumalla sipulimallin läpi ytimeen asti. Koulutettavuus ja arvioitavuus heikentyvät sitä mukaan mitä syvemmälle ytimeen tässä mallissa päästään. Ydinosaa, eli motivaation ja henkilökohtaisten vaikuttavuuksien osa-aluetta ei kouluteta millään tavoin hoitotyön koulutuksissa. Tutkimuksesta käy myös ilmi, ettei yhtenäisiä kansainvälisiä standardeja ole hoitotyön osalta, vaan jokainen maa standardoi itse laatunsa. (Chen, Wang & Zhou 2023.)

## 2.4 Osaamisen johtaminen

Osaamisen johtaminen perustuu yhtiön strategiaan ja sisältyy sen määrittelemiin linjauksiin, mitä yhtiön ylemmässä strategiassa haetaan. Ensin täytyy olla selkeä mielikuva siitä, mitkä yhtiön omat visiot, strategiat ja painopisteet ovat, ennen kuin voidaan keskittyä osaamisen ja sen johtamiseen. (Karwhell & Kauffeld 2021; Sydänmaanlakka 2015, 131–133.) On todettu, että osaaminen, siihen panostaminen ja sen tunnustaminen ovat tätä päivää myös yhtiön strategisen toiminnan kannalta, eli osaaminen ja sen johtaminen ovat nykypäivän strategisia kilpailuvaltteja (Karwhell & Kauffeld, 2021; Viitala 2013, 170–171). Sydänmaanlakka (2015) erittelee kirjassaan useita eri tasoja osaamiselle, ja sen kehittämiseksi. Osaamista on yhtiön sisällä monenlaista, mutta käytännössä on kyse ydinosaamisesta monella eri tasolla. Ydinosaamista on aina yhtiön tasolta yksilön tasolle asti, ja tämän kokonaisuuden ja eri tasojen osaamisen johtaminen vaatii kokonaisvaltaista ymmärrystä.

Sekä Viitala (2013) että Sydänmaalakka (2015) nostavat kirjoissaan esiin osaamisen kartastosta ydinosamisen merkityksen. Ydinosamisen perustana toimii yhtiön tavoite siitä, mikä päämäärä halutaan tavoittaa. Ydinosamisesta puhuttaessa puhutaan yksilöllisestä osaamisesta mikä luo lisäarvoa asiakkaan näkökulmasta katsottuna. Puhutaan osaamiskärjistä, jotka tulevat perusosaamisen päälle, tuoden jotain lisäarvoa normaalin toiminnan päälle. Kokonaisuutena ydinosaminen on toiminnan kehityksen luomista kilpailuasetelmassa, jossa ydin jakaantuu organisaatiotason laajasta mittakaavasta, yksilötason konkreettiseen substanssiosaamiseen. (Viitala 2013, 173–175; Sydänmaalakka 2015, 143–147.)

Osaamisella siis on merkittävä vaikutus yhtiön kannattavuuteen ja voi toimia kilpailuvalttina. Tämän myötä on siis tärkeää tunnistaa sen johtamisen merkitys eri aikajännteillä, niin lähitulevaisuudessa, kuin pitkäjänteisesti. (Karhwell & Kauffeld 2021; Viitala 2013, 170). Nykyvalossa tarkasteltuna on huomattu, että osaamisvaatimusten muuttuessa yhtiöiden täytyy ennakoita ja tunnustaa osaamisen merkitys yhä enemmän laatiessaan osaamisstrategiaansa. Tämä inhimillistää työntekijän merkityksen organisaatiolle, ja nostaa hänen arvoaan kilpailevassa ympäristössä. (Karhwell & Kauffeld 2021.) Jotta yksilön substanssiosaamista voitaisiin kohdentaa oikein, sitä täytyy kehittää ja johtaa oikeaan suuntaan, jotta osaamista voidaan hyödyntää kokonaisvaltaisesti oikeassa paikassa oikeaan aikaan (Viitala 2013, 179–182; Viitala 2021, 123).

### **3 Työhyvinvointi**

Työhyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että työntekijä hallitsee työlleen annetut osaamisvaatimukset, työ on tarpeeksi haastavaa ja kehittävä, mutta työntekijä ei kuitenkaan tunne musertuvansa vaatimusten alle. Työn sisällön täytyy olla merkityksellistä, monipuolista ja kiinnostavaa. Jos työntekijälle tulee tunne, ettei hän suoriudu töistään vaaditulla tavalla, tai osaamisessa on selkeää vajeavaisuutta, se alentaa työtyytyväisyyttä. Suuri merkitys työhyvinvoinnin kannalta on työntekijän tunne siitä, että hän voi vaikuttaa työhönsä, sen kuvaan sekä työn lopputulokseen. Se saa työntekijän tuntemaan itsensä merkitykselliseksi, joka nostaa arvokkuuden tunnetta ja työn mielekkyyttä sekä työn imua. (Han 2023; Juuti & Vuorela 2015; 79–82, Manka & Manka 2023, 148–149.)

Työhyvinvointi määritellään kokonaisuudeksi, mikä koostuu useista eri paloista. Terveystä, työilmapiiristä, työkyvystä, tunteesta vaikuttaa työhön, oman työn osaamisesta sekä turvallisuudesta.

Työhyvinvoinnin osa-alueisiin voi vaikuttaa työntekijä itse, kollegat, sekä työnantaja. (Työhyvinvointi.) Työhyvinvointia ja henkilökohtaista hyvinvointia ei voida eritellä toisistaan, vaan ne kulkevat käsikädessä kokonaisuutena. Elämönhallinnan tunne ja onnellisuus vaikuttavat myös suoraan työhyvinvointiin, ja työssä jaksamiseen. On tärkeää, että työhyvinvointia käsitellään positiivisten tuntemusten ja käsitysten kautta, sekä otetaan huomioon, ettei siihen vaikuta ainoastaan konkreettiset asiat, vaan myös työntekijän luomat odotukset (Han 2023, Utriainen, Ala-Mursula & Kyn-gäs 2015.) Manka ja Manka (2023) määrittelee työhyvinvoinnin pääomaksi, johon vaikuttaa yksilön itsensä tuoma pääoma, yhteisön toimivuus sekä organisaation pääoma. Tämä moniulotteinen käsite on yhtiöille strateginen pääoma, jolla luodaan myös ennakoivasti työkykyä edistävä työskente-lyalusta työntekijöille.

Työhyvinvoinnin ja siihen panostamisen on havaittu olevan kannattava sijoitus työyhteisöille. Hyvinvoiva henkilöstö työskentelee tehokkaammin, suorituskyky on parempi ja uupuneisuus vähempää. Näin ollen tämän vaikutus on suoranaista potilaiden hyvinvointiin, potilasturvallisuuteen ja kannattavuuteen. Vastaavasti työhyvinvointia heikentäviä elementtejä, kuten stressiä, huonoja työolosuhteita, kiirettä, ja työn merkityksettömyyttä täytyy myös aktiivisesti työolosuhteista tarkkailla, ja tärkeää näiden osalta onkin selvittää aina juurisyyt taustalta, eikä vain keskittyä itse tuloksen korjaamiseen. Negatiiviset kokemukset ja kokemat altistavat työssä tapahtuville virheille, mikä sekä alentaa entisestään työhyvinvointia sekä nostaa potilasturvallisuusvahinkoja. (Foster 2020, Han 2023, Pappa, Koutelekos, Evangelou, Dousis, Mangoulia, Gerogianni, Zartaloudi, Toulia, Kelesi, Margari, Ferentinou, Stavropoulou & Dafogianni 2023.)

## 4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa erään yliopistollisen sairaalan vatsakeskuksen osastohoitotyön ammattilaisten kliinistä osaamista. Kartoituksen tavoitteena on tuottaa tietoa osaamisen nykytilasta ja osaamisvajesta täydennyskoulutukseen sekä toimintälähtöisen työvuoro-suunnittelun tueksi. Tutkimuksesta saatua tulosta käytetään osaston sisäisessä kehitys- ja osaamisen tukemisen työssä. Tutkimuksen tuloksista tuotetaan tieteellinen artikkeli.

### Tutkimuskysymykset

1. Mikä on yliopistollisen sairaalan vatsakeskuksen ammattilaisten kliinisen osaamisen taso?
2. Missä kliinisen osaamisen osa-alueissa tarvitaan lisäkoulutusta?
3. Antaako taustamuuttujat selitettävyyttä osaamisen tasosta

## 5 Tutkimuksen toteutus

### 5.1 Määrällinen tutkimus

Määrällisessä, eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään selvittämään konkreettisesti syy-seuraussuhdetta tilastollisesti ja taulukollisesti. Sen taustalla vaikuttaa voimakkaasti aikaisempi tutkittu teoria sekä niiden johtopäätökset. (Heikkilä 2014, 15; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139–141.) Suurimpana erona laadulliseen, eli kvalitatiiviseen tutkimukseen on aineiston keruun menetelmät ja se, mitä tuloksella pyritään selittämään, sillä laadullisessa tutkimuksessa käytetään useasti kuvailevampaa, avoimempaa ja määrittelemättömämpää tutkimustyyliä, kuten esimerkiksi avointa haastattelua, kun taas määrällisessä tutkimuksessa etsitään vastausta määrään, niin kuin nimikin viittaa. Laadullisella tutkimuksella pyritään ennemmin selittämään ilmiöitä ja merkityksiä, kun taas määrällisellä tutkimuksella pyritään vastaus löytämään numeraalisin ja laskennallisin perustein. Määrällisessä tutkimuksessa selvitetään olemassa olevaa tilannetta, kun taas laadullisessa kartoitetaan, ole vaikuttavia syitä. On kuitenkin väärin väittää, että nämä kaksi tyyliä kumoaisivat toisiaan, tai niitä olisi erittäin helppo eritellä toisistaan. Kummassakin tutkimustyyliässä on rajapintatapoja selvittää ja tutkia asiaa, mikä hämärtää rajaa entisestään. (Heikkilä 2014, 15; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2, 130092–137.)

Tutkimusmetodin valinnan lisäksi täytyy valita niin sanottu tutkimusstrategia. Millä tavalla haluttu aineisto ja tieto kerätään. Yleisimmät ja tavallisimmat tutkimusstrategiat ovat kokeellinen tutkimus, survey-tutkimus sekä tapaustutkimus. Kokeellisessa tutkimustavassa käsitellään muuttujia, niiden merkitystä toisiinsa. Survey- tutkimuksessa tieto kerätään ennalta valikoidulta joukolta strukturoidulla kyselylomakkeella missä kysymykset ovat etukäteen määriteltäviä. Ja tapaustutkimuksessa keskitytään nimensä mukaisesti yksittäiseen tapaukseen, jota tarkastellaan lähemmin ja tiiviimmin tarkoituksena selittää ilmiötä sen perusteella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 134–135.) Tutkimustyyliä voidaan pääpiirteittäin eritellä empiiriseksi tyyliksi tai teoreettiseksi tyyliksi. Empiirisellä tutkimustyyllillä tuloksia selitetään mittarein tai aistihavaintoina tehtyjä tuloksia. Teoreettisella tutkimustyyllillä selitetään aiemmin saatuja tuloksia, ei reaaliaikaisia. Lisäksi jatkojalostusta voidaan tehdä jakamalla tyyliä perustutkimukseen tai soveltavaan tutkimukseen. Näiden erotteluna voisi nostaa perustutkimuksen olevan enemmän tieteellisissä tutkimuksissa käytettävää, koska perustana on ainoastaan tiedonhankinta, etsitään selkeitä syitä, tutkimusaikaa ei ole selkeästi määriteltä, käytetään ainoastaan yhtä tutkimusmetodia sekä se on suunnattu tieteelliselle yhteisölle. Kun taas soveltavassa tutkimuksessa pyritään ratkaisemaan ongelmia, on tarkkaan määriteltä, tutkimus toteutetaan kentällä, sekä tutkimusmenetelmiä voidaan yhdistää, jotta saadaan selittävää tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 133; Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2017, 15–16.) Näiden lisäksi tutkimusta voidaan tarkastella ajanjaksollisesti niin, että pitkäikäistutkimuksessa tarkastellaan pitkää ajanjaksoa huomioiden ilmiön sekä mennyt että tuleva kehittyminen. Poikkileikkaustutkimuksessa tarkastellaan ainoastaan tiettyä ajanjaksoa. (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2017, 16.)

Tässä työssä tutkimusmetodinä oli määrällinen tutkimus. Tällä tutkimuksella haluttiin saada tarkkaa tietoa asioiden nykytilasta. Tutkimusaineiston kerääminen toteutettiin survey-tutkimuksena, missä tulokset kerättiin kyselylomakkeella. Tutkimus on empiirinen poikkileikkaustutkimus, koska tällä tutkimuksella haluttiin kerätä tämänhetkistä tietoa osaamisen nykytilasta. Tutkimustyylinä on soveltava tutkimus, sillä tutkimustuloksella etsittiin ongelmaan ratkaisua, kysely toteutettiin kentällä, aihe on tullut työn tilaajan toimesta, sekä tutkimuksella oli tarkka aikataulu.

## 5.2 Kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukkona, eli perusjoukkona oli yliopistollisen sairaalan vatsaosaston hoitohenkilökunta. Kohdejoukko oli valikoitunut tarpeesta selvittää heidän osaamisensa ja kehitystarpeidensa nykytila. Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena, jolloin tutkimus kohdistettiin kaikkiin tämän yliopistollisen sairaalan vatsaosaston hoitohenkilökuntaan. Tutkimuksessa on perusteltua käyttää kokonaisotantaa perusjoukon ollessa pieni. (Heikkilä 2014, 12,31.) Kysely lähetettiin 112 työntekijälle, ja kyselyyn vastasi 72 vastaajaa. 6 vastaajista ei halunnut osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistui 66 hoitohenkilökunnan jäsentä.

## 5.3 Aineiston keruu

Tutkimuksessa käytettiin valmista aineistoa, joka on kerätty kyseisen yliopistollisen sairaalan toimesta sähköisen strukturoidun kyselyn avulla. Kyseessä on siis sekundääriaineiston käyttäminen tutkimuksen pohjana. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 186.) Kyselylomake välitettiin kaikille vatsakeskuksen hoitotyön ammattilaisille. Kyselyn pohjana oli aikaisemmin tehty tutkimus osaston osaamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tämän pohjalta luotiin oma vatsakeskuksen osastohoitotyön ammattilaisten kliininen osaaminen -mittari, josta saadun aineiston perusteella tunnistettiin osaamisvajeet sekä arvioitiin, miten taustatekijät, eli muuttujat ovat yhteydessä osaamiseen. Kyselylomakkeessa oli neljä avointa yleiskysymystä liittyen työntekijän taustatietoihin, sekä 36 kysymystä liittyen kliinisen osaamisen kartoitukseen. Suljetut kysymykset ovat monivalintakysymyksiä. (Heikkilä 2014, 47–49.) Ennen kyselyn toteuttamista mittari testattiin asiantuntijapaneelissa (N=6) Asiantuntijapaneeli arvioi lomakkeen kysymysten asiaankuuluvuuden sekä selkeyden. Asiaankuuluvuutta sekä selkeyttä arvioitiin neliasteikollisella mittarilla missä vastausvaihtoehtoina oli asiaankuuluvuuden osalta 1. Asiaankuulumaton, pitää poistaa, 2. Asiaankuuluva, tarvitsee paljon muutoksia, 3. Asiaankuuluva, tarvitsee pieniä muutoksia, sekä 4. Täysin asiaankuuluva. Selkeyttä mitattaessa arviointikriteerit olivat 1. Hyvin epäselvä, täytyy poistaa, 2. Melko selkeä, mutta tarvitsee paljon muutoksia, 3. Selkeä, mutta tarvitsee pieniä muutoksia, sekä 4. Hyvin selkeä. Lisäksi joka osa-alueessa oli avoimen vastauksen mahdollisuus.

Lääkinnällisten laitteiden ja -tarvikkeiden osalta pääsääntöisesti asiantuntijapaneeli koki kysymysten olevan täysin asiaankuuluvia, ainoastaan Motomedin kohdalla kaksi vastaajaa kokivat, että ky-

symys tarvitsee pieniä muutoksia. Muilta osin hajanaisuutta oli hieman enemmän, mutta pääsääntöisesti koettiin, että kysymykset olivat asiaankuuluvia, tai että ne olivat asiaankuuluvia joko pienillä tai suurilla muutoksilla. Avoimista vastauksista nousi kommentteja sanamuodoista, joita on lopulliseen kyselylomakkeeseen korjattu sen perusteella (esim. määritellä-> tuntee/ tunnistaa). Lisäksi urologisten sairauksien ja osaamisten osa-alueeseen toivottiin tarkentavia kysymyksiä koskien erilaisia katetreja. Myös nämä on lisätty lopulliseen kyselylomakkeeseen.

## 5.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysitavan määrittää toteutettu aineiston keräystapa. Lisäksi analyysintapaan vaikuttaa se, mitä analyysiltä halutaan. Halutaanko tulosten selittävän ilmiötä vai pyritäänkö analyysin perusteella ymmärtämään. Yleisesti selittävää analyysiä on käytetty määrällisessä tutkimuksessa, kun taas ymmärtämiseen tähtäävää analysointia laadullisen aineiston analysoinnissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 224.) Tässä tutkimuksessa tavoiteltiin selittävyttä, joten aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics (28.0.1.1 (14) - tilastoanalyysiohjelmalla, johon tulokset syötettiin. Analysointi aloitettiin luomalla havaintomatriisi, joka toimii lähtökohtana kaikille analysoinneille. Muuttuvat tekijät määriteltiin ja syötettiin ristiintaulukoitavaksi. (Nummenmaa, Holopainen & Pulkinen 2017, 38, 42–43.) Tilastollisessa tutkimuksessa on hyväksi havaittu ja laajasti käytetty SPSS-ohjelma, joka on kehitetty tilastollisen aineiston analysointiin, ja joka mahdollistaa valtavienkin tilastollisten aineiston syötön analysoitavaksi (Nummenmaa 2009, 50–51). Kuitenkin yleensäkin, myös tässä tutkimuksessa aineistosta saatu tieto syötettiin numeraalisina arvoina analysoivaan ohjelmaan, jonka jälkeen analyysin tulos avattiin lukioille sekä sanalliseen, mutta myös graafiseen muotoon (Valli 2018, 248–253). Analyysin tulokset esitettiin sekä sanallisesti, numeraalisesti, että taulukoiden muodossa.

Taustamuuttujia tähän tutkimukseen nousi kolme. Ikä, työkokemus sosiaali- ja terveydenhuoltoalalta, sekä työkokemus kirurgisen potilaan hoidosta. Itse kyselyssä taustamuuttujia oli enemmän, pääsääntöisesti keskittyen taustakoulutukseen sekä lisäkoulutukseen. Koulutus taustamuuttujana jätettiin pois, koska suurin osa vastaajista (83,3 %) oli koulutukseltaan sairaanhoitajia. Taustamuuttujia ristiintaulukoitiin kliinisen osaamisen kartoitukseen. Taustamuuttujien vaikuttavuuden tilastollinen merkityksellisyys tarkistettiin Khiin neliötestin avulla. Osaamisen kartoituksen kysymyksiä lomakkeessa 134, joka sisälsi kysymyksiä sekä kokonaisuuksista, että eritellyistä osaamis-

alueista. Kokonaisuuksissa hoitotyön osaamisen arvioinnissa, vastausvaihtoehtoja oli neljä, aloitteleva hoitaja, perusosaaja, osaaja ja tehtävänsä laaja-alaisesti osaava. Kiihin neliötestissä odotetut frekvenssit jäivät tällä liian pieniksi, joten osaamispohjat aloitteleva osaaja ja perusosaaja yhdistettiin, sekä osaaja ja laaja-alaisesti tehtäviensä hallitsija yhdistettiin. Näin saatiin 4x3 taulukko pienennettyä 2x3 taulukoksi lukumäärien kasvattamiseksi (Taanila 2019.)

Päätaustamuuttujista iät muutettiin kolmeksi ikäluokaksi. Ikäluokkaan yksi sisältyy 0–29-vuotiaat, ikäluokkaan kaksi sisältyy 30–59-vuotiaat ja ikäluokkaan kolme yli 60-vuotiaat. Prosenttiosuudet jakautuivat ikäluokkien osalta niin, että ikäluokkaan yksi sisältyi vastaajia 11 henkilöä, eli 16,9 %, ikäluokkaan kaksi 49 vastaajaa, eli 75,4 %, ja kolmanteen ikäluokkaan 5 vastaajaa, eli 7,7 %. Yksi vastaajista ei ilmoittanut ikäänsä. Vaikka prosentuaalinen määrä jäi alle 20 % ikäluokissa yksi ja kolme, tutkimuksen sisällön laadun, eli osaamisen kartoittamisen kannalta tämä lajittelu oli järkevintä. Karkeasti ikäluokat on jaoteltu kuvastamaan iän puolesta vasta-alkajia, keski-ikää eli niin sanottua pääryhmää, sekä työuran loppuvaiheen ikäryhmää.

Työkokemukset sosiaali- ja terveysalalta, sekä kirurgisesta hoitotyöstä muutettiin myös kolmeen pääluokkaan. Luokassa yksi työkokemusta oli kertynyt 0–9-vuotta, luokassa kaksi 10–19-vuotta, luokassa kolme 20–40-vuotta.

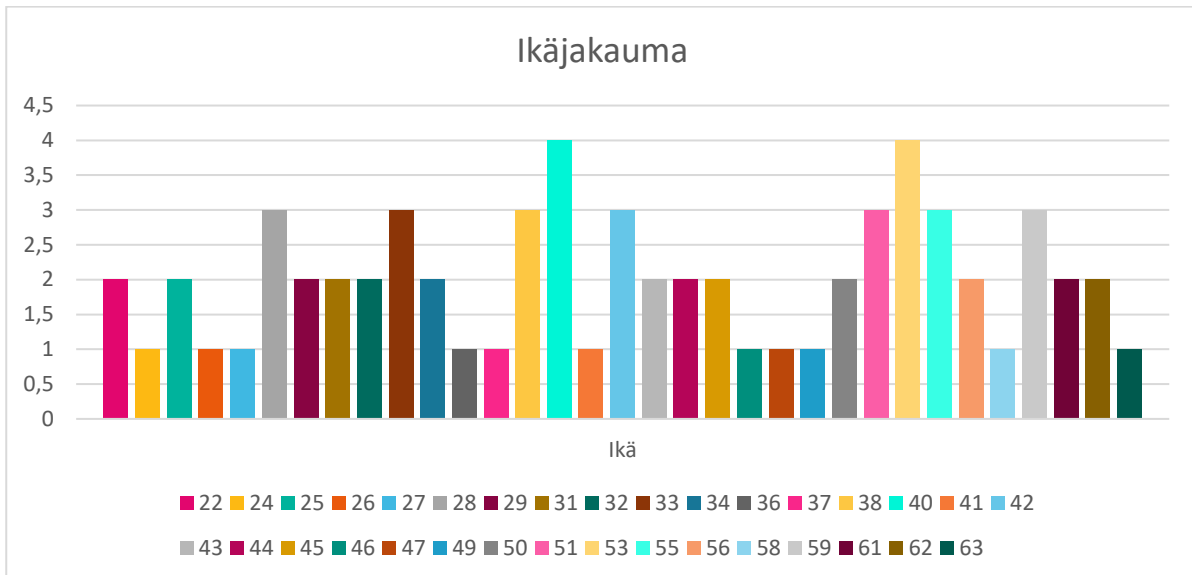
## **6 Tulokset**

Kyselylomake lähetettiin 112 hoitotyön ammattilaiselle, joka kuvastaa osastojen kokonaishenkilökuntamäärää osastoilla 1 ja 2. Osastolla 1 työskenteli vastaajista 50, ja osastolla 2 vastaajista 16. Vastaajista 10 oli merkinnyt kummankin osaston työskentelyalueeseen. Vastauksia kyselyyn tuli 72, eli vastausprosentti oli 64,3 %. Kuusi vastaajista ei halunnut vastauksiaan käytettävän tutkimuksessa, joten tutkimukseen käytettäviä vastauksia tuli 66 kappaletta, eli lopullinen vastausprosentti mitä tutkimukseen pystyttiin hyödyntämään, oli 59 %.

### **6.1 Taustamuuttajat**

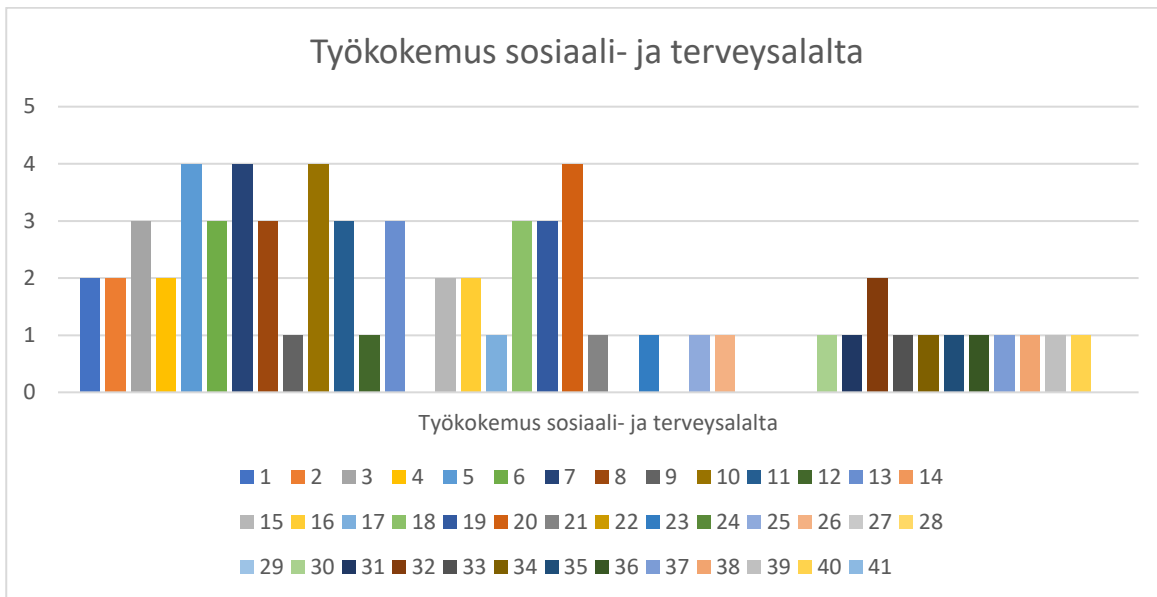
Vastaajien keski-ikä oli 42,92 vuotta (N=65). Nuorin vastaajista oli 22-vuotias, ja vanhin 63-vuotias (kuvio 1). Analysointivaiheessa iät muutettiin ikäluokiksi 0–29, 30–59, sekä 60–63. Suurin osa,

75,4 % vastaajista kuului keskimmäviseen ikäjakaumaan. Ensimmäiseen ikäluokkaan kuului ainoastaan 11 vastaajaa, eli 16,9 %, ja kolmanteen viisi vastaajaa, eli 7,7 %. Yksi ei vastannut tähän lainkaan.



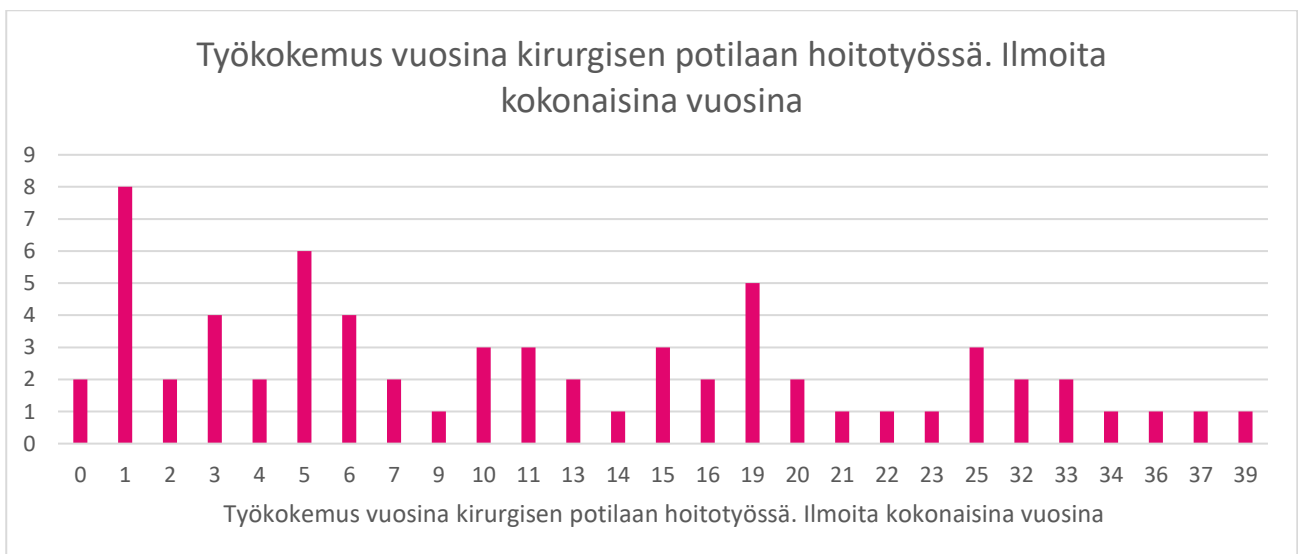
Kuvio 1 Ikäjakauma

Työkokemuksen keskiarvo sosiaali- ja terveysalalta oli 15,58 vuotta. Alin työkokemus oli 1 vuotta, ja korkein 40 vuotta (kuvio 2). Työkokemus sosiaali- ja terveysalalla jaettiin kolmeen luokkaan, joissa luokassa yksi työkokemusta oli 0–9 vuotta. Tähän luokkaa vastaajista sijoittui 36,4 % vastaajista, eli 24 vastaajaa. Toisessa luokassa työkokemusta oli kertynyt 10–19 vuotta. Tähän luokkaan sijoittui 33,3 % vastaajista, eli 22 vastaajaa. Kolmannessa luokassa työkokemusta oli 20–30 vuotta. Tähän luokkaan sijoittui 30,3 % vastaajista, eli 20 vastaajaa (N=66)



Kuvio 2 Työkokemus sosiaali- ja terveysalalta

Kirurgisen hoitotyön työkokemuksen keski-ikä oli 12,74 vuotta. Pienin työkokemus kirurgisesta hoitotyöstä jäi alle vuoteen, ja suurin työkokemuslukema oli 39 vuotta (kuvio 3). Myös tässä työkokemusvuodet jaettiin kolmeen luokkaan samoin arvoin kuin työkokemuksessa sosiaali- ja terveysalalta. Luokkaan yksi sijoittui 47 % vastaajista, eli 31 vastaajaa. Luokkaan kaksi sijoittui 28,8 % vastaajista, eli 19 vastaajaa. Luokkaan kolme sijoittui 24,2 % vastaajista, eli 16 vastaajaa (N=66)



Kuvio 3 Työkokemus kirurgisen potilaan hoitotyöstä

## 6.2 Osaamisen arviointi

Kyselylomakkeessa kysymyksiä oli 134. Ensimmäiset 29 keskittyivät kartoittamaan osastolla yleisimpien ja tärkeimpien hoidossa käytettävien lääkinnällisten laitteiden ja -tarvikkeiden käyttöä. Näiden osalta vastaajat (N=66) arvioivat osaamistaan huonoksi, kohtalaiseksi, hyväksi, kiitettäväksi tai erinomaiseksi. Loput 105 kysymystä käsittelevät osaamista potilaan hoidon ja ohjauksen näkökulmasta. Pää-aihealueita oli 15. Aihealueina ovat kirurgisen potilaan hoito, diabetespotilaan hoito, aikuispotilaan kivunhoito, haavanhoito, neste- ja ravitsemusosaaminen, erittämisen osaaminen, avannepotilaan hoito, aspiraatiokeuhkokuumeen ennaltaehkäisyn osaaminen, virtsatiekatetri- infektioiden ennaltaehkäisyn osaaminen, verisuonikatetriperäisten infektioiden ennaltaehkäisemisen osaaminen, ruoansulatuskanavan yläosan kirurgisten potilaiden hoitotyön osaaminen, suolistokirurgisten potilaiden hoidon osaaminen, sappi-maksa-haima potilaiden hoidon osaaminen, yleisimpien gastroenterologisten potilaiden hoidon osaaminen sekä urologisten potilaiden hoidon osaaminen. Aihealueissa arvioitiin ensin yleisesti omaan osaamista kuvaava vaihtoehto, vaihtoehtoja ovat aloitteleva osaaja, perusosaaja, osaaja, sekä tehtävien laaja-alainen hallinta. Pääotsikot sisältävät myös tarkempia kysymyksiä osaamisesta, jolloin vastaajat arvioivat osaamistaan vaihtoehtoilla huonosti, kohtalaisesti, hyvin, kiitettävästi, tai erinomaisesti.

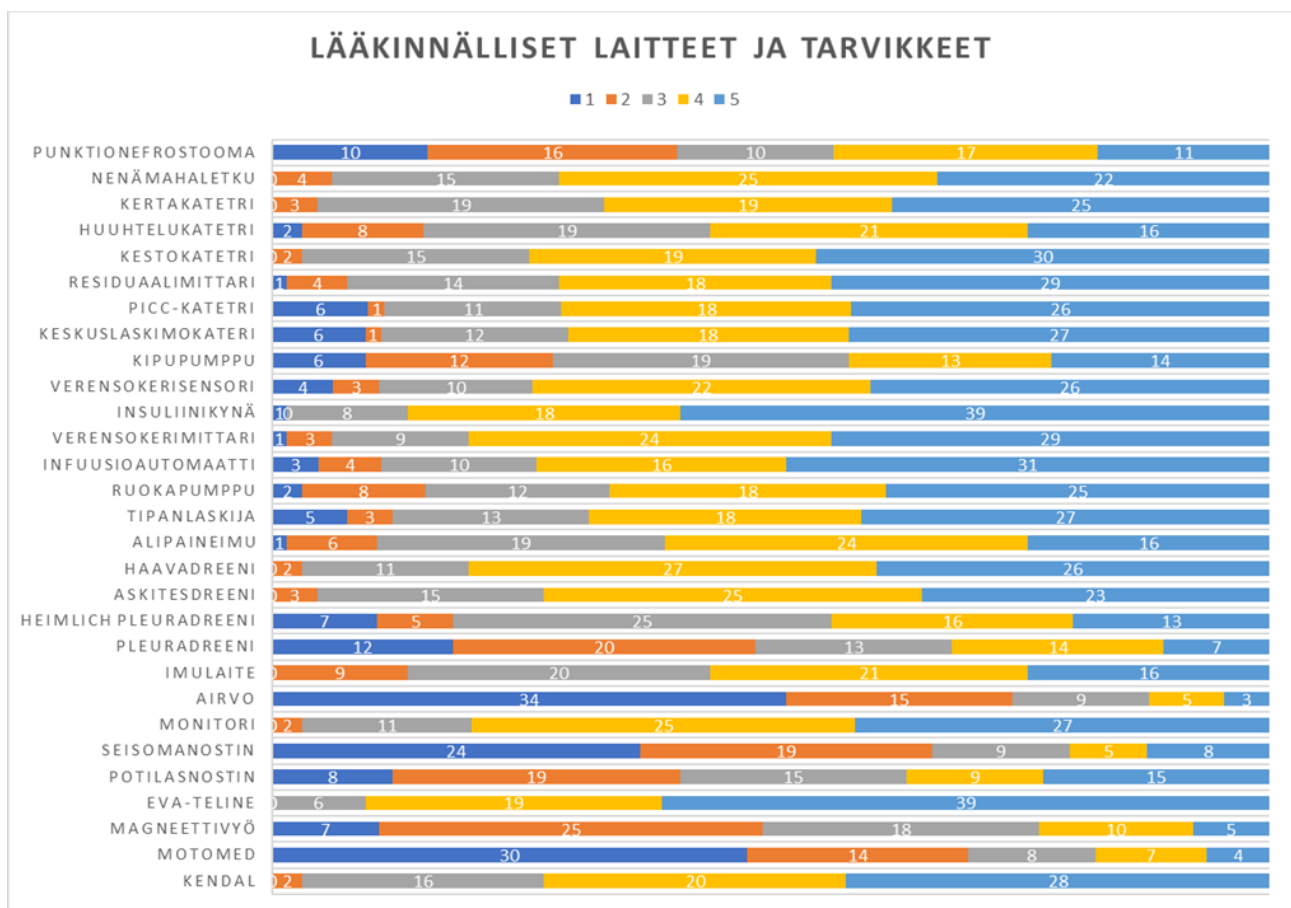
### 6.2.1 Osaaminen yleisempien osastolla olevien lääkinnällisten laitteiden ja -tarvikkeiden käyttämisessä

Kuten kuvioista 4 nähdään, parhaiten koettiin osaavan käyttää Eva-telinettä, jota osasi käyttää erinomaisesti 59,1 % vastaajista, kiitettävästi 28,8 %, hyvin 9,1 % sekä kohtalaisesti 3 %. Insuliinikynää vastaajista erinomaisesti koki osaavansa käyttää 59,1 %, kiitettävästi 27,3 %, hyvin 12,1 %, ja huonosti 1,5 %. Infuusioautomaattia/ ruiskupumppua osasi käyttää erinomaisesti 47 %, kiitettävästi 24,2 %, hyvin 15,2 %, kohtalaisesti 6,1 %, sekä huonosti 4,5 % vastaajista. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta tähän. Kestokatetrointiin käytettäviä virtsatiekatetreja osasi käyttää erinomaisesti 45,5 %, kiitettävästi 28,8 %, hyvin 27,7 %, sekä kohtalaisesti 3 % vastaajista. Verensokerimittaria osasi käyttää erinomaisesti 43,9 %, kiitettävästi 36,4 %, hyvin 13,9 %, kohtalaisesti 4,5 %, sekä huonosti 1,5 % vastaajista. Huonoiten osattiin käyttää Airvoa. Vain 4,5 % vastaajista arvioi osaavansa käyttää erinomaisesti, 7,6 % kiitettävästi, 13,6 % hyvin, 22,7 % kohtalaisesti, ja jopa 51,5 % huonosti. Motomedin käytön taas 45,5 % vastaajista osasi huonosti, 21,2 % kohtalaisesti, 12,1 % hyvin, 10,6 % kiitettävästi ja vain 6,1 % erinomaisesti. 4,5 % eli 3 vastaajaa ei vastannut tähän kysymyseen lainkaan. Seisomanostinta erinomaisesti osasi käyttää 12,1 %, kiitettävästi 7,6 %, hyvin 13,6

%, kohtalaisesti 28,8 %, ja huonosti 36,4 %. Yksi vastaajista jätti vastaamatta tähän. Imulaatikolla olevaa pleuradreeniä arvioi osaavansa käyttää erinomaisesti 10,6 %, kiitettävästi 21,2 %, hyvin 19,7 %, kohtalaisesti 30,3 %, sekä huonosti 18,2 % vastaajista. Punktionefroostoomaa osasi erinomaisesti käyttää 16,7 %, kiitettävästi 25,8 %, hyvin 15,2 %, kohtalaisesti 24,2 %, sekä huonosti 15,2 % vastaajista. Kaksi ei vastannut kysymykseen.

Ikähajonnan epätasaisuudesta huolimatta, vastausten suhteen tässä osa-alueessa iällä ei ollut merkitystä, eikä minkään kysymyksen tai ikäryhmän kohdalla ollut merkitsevää poikkeavuutta.

Työkokemuksella niin sosiaali- ja terveysalalla, kuin kirurgisessa hoitotyössäkään ei taustamuuttujana ollut merkityksellistä vaikutusta. Hajonta vastausten kesken oli yhtä suurta ja tasaista kokonaisuuteen verrattuna.



Kuvio 4 Osaamisen arviointi lääkinnällisten laitteiden ja tarvikkeiden osalta

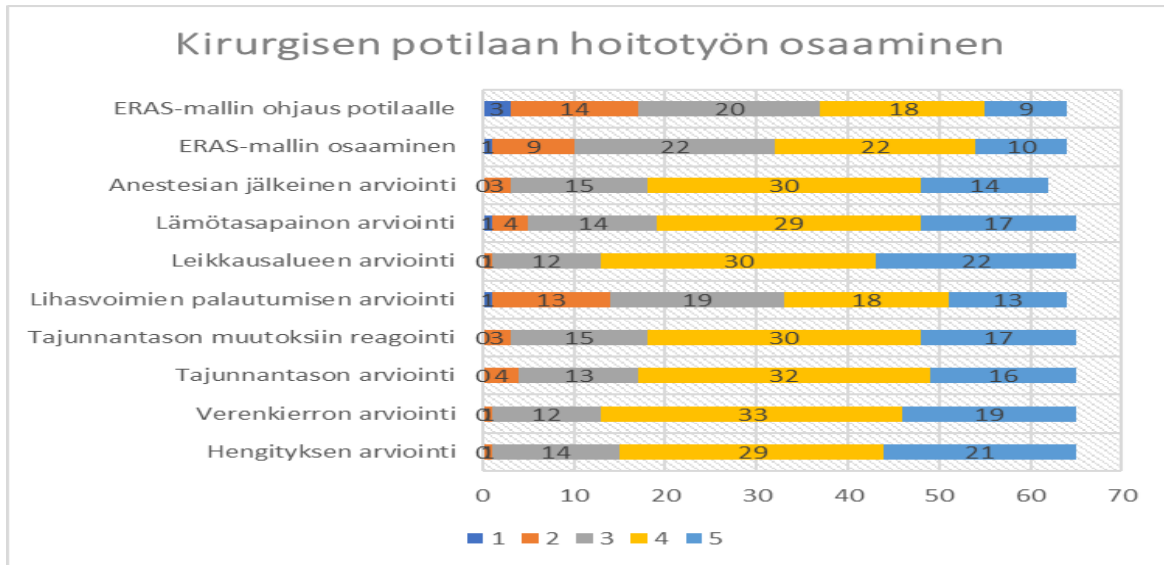
### 6.2.2 Osaaminen kirurgisen potilaan kliinisen tilan arvioinnissa

Osaamistaan kirurgisen potilaan kliinisen tilan arvioinnissa (N=66) 33,3 % koki omaavansa tehtävien laaja-alaisen hallinnan. 57,6 % vastaajista arvioi itsensä osaajaksi, 7,6 % perusosaajaksi, ja 1,5 % aloittelevaksi hoitajaksi.

Kirurgisen potilaan kliinisen tilan arvioinnissa tarkentavina kysymyksinä oli hengityksen arviointi, verenkierron arviointi, tajunnantason arviointi, tajunnantason muutoksiin reagointi, lihasvoimien palautumisen arviointi toimenpiteen jälkeen, leikkausalueen arviointi, lämpötasapainon arviointi, anestesian jälkeen esiintyvien ongelmien arviointi, ERAS- toimintamallin osaaminen, sekä ERAS-toimintamallin ohjaamisen potilaalle arviointi.

Hengityksien arvioinnin koki osaavansa erinomaisesti 31,8 %, kiitettävästi 43,9 %, hyvin 21,2 %, kohtalaisesti 1,5 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Verenkiertoa osasi arvioida erinomaisesti 28,8 %, kiitettävästi 50 %, hyvin 18,2 %, kohtalaisesti 1,5 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Potilaan tajunnan tasoa (GCS- mittaria käyttäen) osasi arvioida erinomaisesti 24,2 %, kiitettävästi 48,5 %, hyvin 19,7 %, kohtalaisesti 6,1 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Potilaan tajunnantason muutoksiin osasi reagoida erinomaisesti 25,8 %, kiitettävästi 45,5 %, hyvin 22,7 %, kohtalaisesti 4,5 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Toimenpiteen (esim. spinaalipuudutus) jälkeistä lihasvoimien palautumista koki osaavansa arvioida erinomaisesti 19,7 %, kiitettävästi 27,3 %, hyvin 28,8 %, kohtalaisesti 19,7 %, ja huonosti 3 % vastaajista. Leikkausaluetta osasi arvioida oman kokemansa mukaan erinomaisesti 33,3 %, kiitettävästi 45,5 %, hyvin 18,2 %, kohtalaisesti 1,5 %, sekä huonosti 1,5 % vastaajista. Lämpötasapainoa osasi arvioida erinomaisesti 25,8 %, kiitettävästi 43,9 %, hyvin 21,2 %, kohtalaisesti 6,1 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen. Anestesian jälkeisiä mahdollisia ongelmia koki osaavansa arvioida erinomaisesti 21,2 %, kiitettävästi 45,5 %, hyvin 22,7 %, kohtalaisesti 4,5 %, ja huonosti 6,1 %. ERAS-toimintamallin (nopeutettu ja optimaalinen kuntoutuminen leikkauksen jälkeen) toteuttamista potilaan hoidossa koki osaavansa erinomaisesti 15,2 %, kiitettävästi 33,3 %, hyvin 33,3 %, kohtalaisesti 13,6 %, ja huonosti 1,5 %. Kaksi vastaajaa ei ollut vastannut kysymykseen. Potilaan ohjaamisen ERAS-toimintamallissa koki osaavansa erinomaisesti 13,6 %, kiitettävästi 27,3 %, hyvin 30,3 %, kohtalaisesti 21,2 %, ja huonosti 4,5 % vastaajista (kuvio

5). Myös tähän kaksi vastaajaa jätti vastaamatta.



Kuvio 5 Kirurgisen potilaan hoitotyön osaaminen

ällä ei taustamuuttujana ollut merkitystä tähän kategoriaan. Hajonta oli tasaista, eikä vastauksista noussut ilmi iän merkitystä kirurgisen potilaan kliinisen tilan arviointiin.

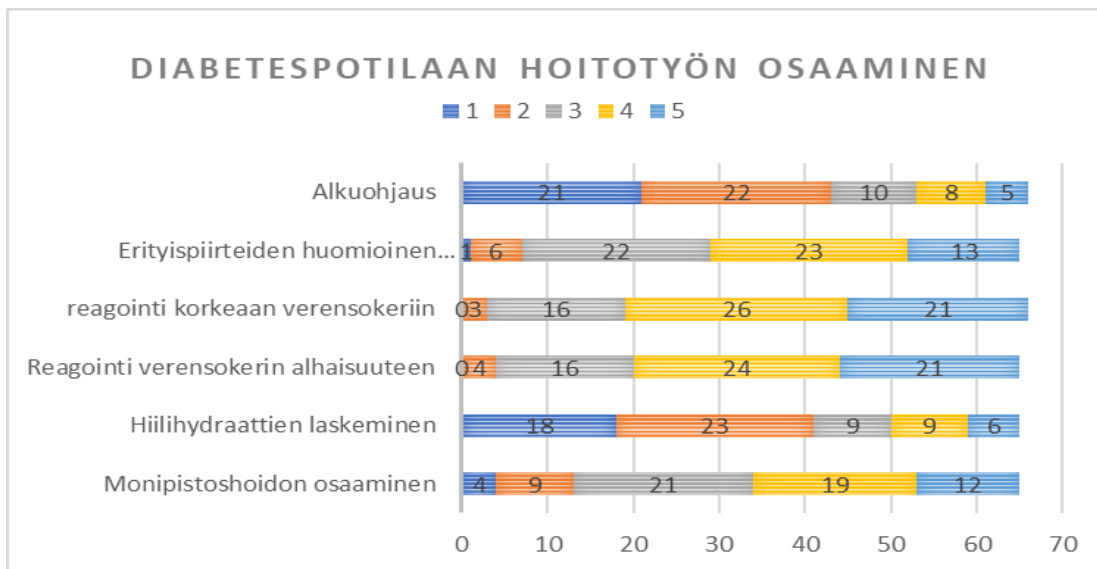
Työkokemuksen osalta sosiaali- ja terveystieteiden alalta, sekä työkokemuksen osalta kirurgisesta hoitotyöstä, hajonta vastasi kokonaisvastausten antamaa kuvaa. Työkokemuksen merkitys ei noussut ratkaisevana esiin osaamisessa, hajonta oli tasaista kokonaisuuteen eikä työkokemusvuosilla ollut merkitystä osaamisen laatuun.

### 6.2.3 Osaaminen diabetestä sairastavan hoitotyössä

Diabetestä sairastavan potilaan hoitotyössä 13,6 % vastaajista koki omaavansa tehtävien laaja-alaisen hallinnan. 39,4 % kuvasi itseään osaajaksi, 43,9 % perusosaajaksi, ja 3 % aloittelevaksi hoitajaksi.

Tarkentavina kysymyksinä diabetespotilaan hoitotyön alaisuudessa tarkasteltiin osaamista monipistoshoitossa, hiilihydraattien laskemisessa, osaamisessa toimia, kun potilaan verensokeri on alhainen tai korkea, osaamisessa huomioida erityistarpeita, kun insuliinidiabeetikko on ravinnotta, sekä osaamista antaa alkuohjaus diabeteksestä.

Monipistoshoittoa koki osaavansa toteuttaa erinomaisesti 18,2 %, kiitettävästi 28,8 %, hyvin 31,8 %, kohtalaisesti 13,6 %, sekä huonosti 6,1 % vastaajista. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen. Hiilihydraatteja osasi laskea erinomaisesti 9,1 %, kiitettävästi 13,6 %, hyvin 13,6 %, kohtalaisesti 34,8 %, ja huonosti 27,3 % vastaajista. Yksi vastaaja jätti vastaamatta. Potilaan verensokerin ollessa alhainen, 31,8 % koki osaavansa toimia tilanteessa erinomaisesti, kiitettävästi 36,4 %, hyvin 24,2 %, kohtalaisesti 6,1 %, sekä huonosti 1,5 % vastaajista. Verensokerin ollessa korkealla, koki osaavansa toimia erinomaisesti 31,8 %, kiitettävästi 39,4 %, hyvin 24,2 %, ja kohtalaisesti 24,2 % vastaajista. Insuliinidiabeetikon erityispiirteitä ravinnotta olon yhteydessä osasi huomioida erinomaisesti 19,7 %, kiitettävästi 24,8 %, hyvin 33,3 %, kohtalaisesti 9,1 %, ja huonosti 1,5 %. Yksi vastaaja jätti tähän vastaamatta. Alkuohjausta diabeteksestä osasi antaa erinomaisesti 7,6 %, kiitettävästi 12,1 %, hyvin 15,2 %, kohtalaisesti 33,3 %, ja huonosti 31,8 % vastaajista (kuvio 6).



Kuvio 6 Diabetespotilaan hoitotyön osaaminen

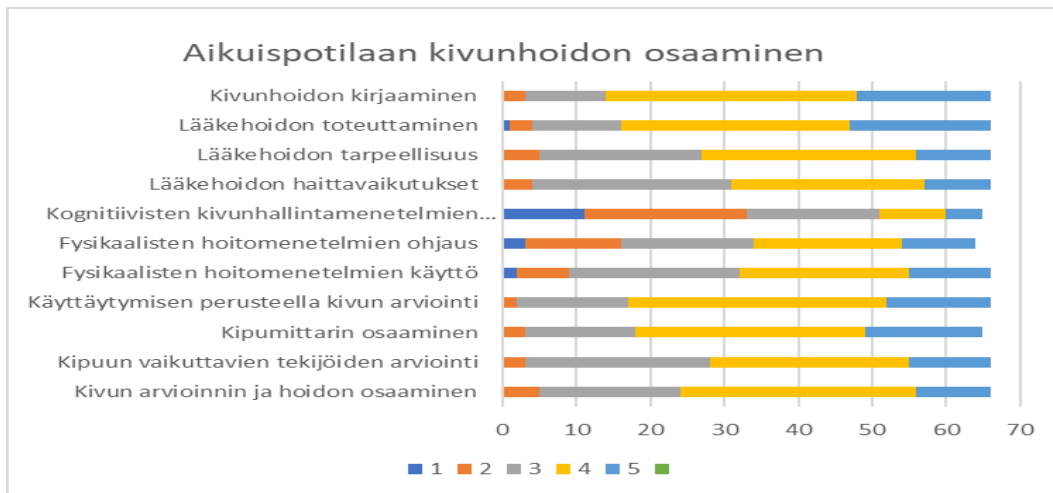
Diabeteksen hoitotyössä korostui jonkin verran työkokemus sosiaali- ja terveysalalta. Kiihitein mukaa työkokemusta alle yhdeksän vuotta omaavat kokivat osaavansa työn huonommin kuin pidempään työskennelleet:  $df\ 2; X^2(2) = 9,304; p = 0,01$

#### 6.2.4 Osaaminen aikuispotilaan kivunhoidossa

Aikuispotilaan kivun hoidon osaamisessa 21,2 % koki omaavansa tehtävien laaja-alaisen hallinnan. 56,1 % koki olevansa osaajia, ja 22,7 % koki olevansa perusosaajia vastaajista.

Kokonaisuuden lisäksi aikuispotilaan kivunhoidossa kartoitettiin vastaajien osaamista kivun arviointiin ja hoitoon liittyvässä ohjauksessa, osaamisessa ottaa huomioon kipuun vaikuttavat tekijät (esim. pelko, ahdistus, masennus, sukupuoli, aiemmat kokemat, yms.) kivun arvioinnissa, osaamista arvioida kipua kipumittarin perusteella, osaamista arvioida potilaan kipua kipukäyttäytymisen (ilmeet, eleet, asento) perusteella, osaamista toteuttaa fysikaalisia menetelmiä (esim. kylmähoito, lämminhoito, asentohoito..) kivunhoidossa, osaamista ohjata potilasta käyttämään fysikaalisia kivunhoitomenetelmiä, osaamista toteuttaa lääkehoidon kognitiivisia kivunhallintamenetelmiä ( mielikuvat, rentoutus, mindfulness..), osaamista arvioida kivun lääkehoidosta johtuvia haittavaikutuksia, osaamista arvioida kivun lääkehoidon tarpeellisuutta ja määrää, osaamista toteuttaa kivun lääkehoitoa lääkärin, ohjeiden, ja potilaan tarpeiden mukaisesti, sekä osaamista kirjata kivunhoitotyön potilasasiakirjoihin.

Osaamistaan ohjata potilasta kivun arviointiin ja hoitoon liittyen, vastaajista 16,7 % koki osaamisensa erinomaiseksi, 48,5 % kiitettäväksi, 28,8 % hyväksi, ja 7,6 % kohtalaiseksi. Potilaan kipuun vaikuttavien tekijöiden kivun arvioinnissa osaamistaan erinomaiseksi kuvasi 16,7 %, kiitettäväksi 40,9 %, hyväksi 37,9 %, ja kohtalaiseksi 4,5 % vastaajista. Kipumittarin käyttöä kivun arvioinnissa osasi käyttää erinomaisesti 24,2 %, kiitettävästi 47 %, hyvin 22,7 %, kohtalaisesti 4,5 %, sekä huonosti 1,5 % vastaajista. Kipukäyttäytymisen perusteella kipua osasi arvioida erinomaisesti 21,2 %, kiitettävästi 53 %, hyvin 22,7 %, sekä kohtalaisesti 3 % vastaajista. Fysikaalisten hoitomenetelmien toteuttamisesta kivunhoidossa osaamisensa koki erinomaiseksi 16,7 %, kiitettäväksi 34,8 %, hyväksi 34,8 %, kohtalaiseksi 10,6 %, sekä huonoksi 3 % vastaajista. Fysikaalisten kivunhoitomenetelmien ohjaamisessa erinomaiseksi osaamisensa koki 15,2 %, kiitettäväksi 30,3 %, hyväksi 27,3 %, kohtalaiseksi 19,7 %, ja huonoksi 4,5 % vastaajista. Kaksi vastaajaa jätti tähän vastaamatta. Kognitiivisten kivunhallintamenetelmien käytössä osaamisensa erinomaiseksi koki 7,6 %, kiitettäväksi 13,6 %, hyväksi 27,3 %, kohtalaiseksi 33,3 %, ja huonoksi 16,7 % vastaajista. Yksi vastaaja ei vastannut tähän kysymykseen. Kivun lääkehoidosta johtuvia haittavaikutuksia osasi arvioida erinomaisesti 13,6 %, kiitettävästi 39,4 %, hyvin 40,9 %, sekä kohtalaisesti 6,1 % vastaajista. Kivun lääkehoidon tarpeellisuutta ja määrää osasi arvioida erinomaisesti 15,2 %, kiitettävästi 43,9 %, kohtalaisesti 33,3 %, ja huonosti 7,6 % vastaajista. Kivun lääkehoidon toteuttamista lääkärin ohjeen ja potilaan tarpeen mukaan erinomaisesti koki osaavansa toteuttaa erinomaisesti 28,8 %, kiitettävästi 47 %, hyvin 18,2 %, kohtalaisesti 4,5 %, sekä huonosti 1,5 % vastaajista. Kivunhoidon kirjaamisen potilasasiakirjoihin osasi erinomaisesti 27,3 %, kiitettävästi 51,5 %, kohtalaisesti 16,7 %, sekä huonosti 4,5 % (Kuvio 7).



Kuvio 7 Aikuispotilaan kivunhoidon osaaminen

Aikuispotilaan kivunhoidossa taustamuuttujilla ei ollut merkitystä.

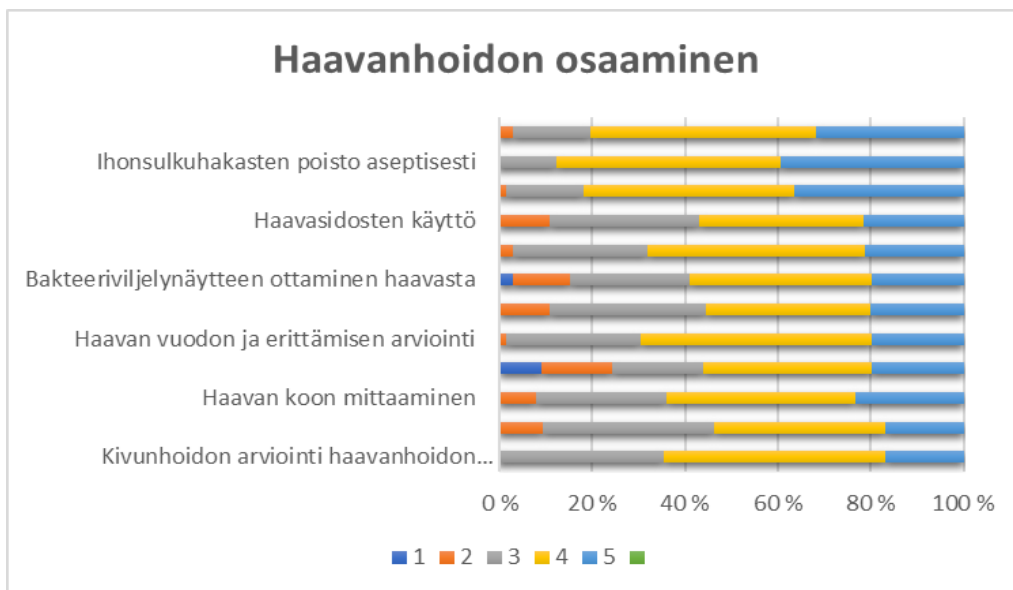
### 6.2.5 Osaaminen haavanhoidossa

Haavanhoidon kokonaisuutta arvioidessaan, 16,7 % vastaajista koki hallitsevansa tehtävänsä laajalaisesti. Osaajaksi kuvasi itseään 60,6 % vastaajista, sekä perusosaajaksi 22,7 % vastaajista.

Haavanhoito- osiossa arvioitiin lisäksi osaamista arvioida kivunhoitoa ennen ja jälkeen haavanhoidon, osaamista arvioida haavan ulkonäköä, osaamista mitata haavan koon, osaamista valokuvata haava potilasjärjestelmään, osaamista arvioida haavan vuotoa ja erittämistä, osaamista toteuttaa haavan puhdistuksen, osaamista toteuttaa haavan bakteeriviljelynäytteen ottamisen ohjeistuksen mukaisesti, osaamista toteuttaa haavanhoitoa aseptisesti, osaamista toteuttaa haavanhoitoa erilaisilla haavasidoksilla, osaamista poistaa ompeleet aseptisesti, osaamista poistaa ihonsulkuhaka- set aseptisesti, sekä osaamista kirjata haavanhoito potilasasiakirjoihin.

Kivunhoidon tarpeen ennen ja jälkeen haavanhoitoa osasi arvioida erinomaisesti 16,7 %, kiitettävästi 47 %, hyvin 24,8 %, ja kohtalaisesti 1,5 % vastaajista. Haavan ulkonäköä osasi arvioida erinomaisesti 16,7 %, kiitettävästi 36,4 %, hyvin 36,4 %, kohtalaisesti 9,1 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Haavan koon osasi omasta mielestään mitata erinomaisesti 22,7 %, kiitettävästi 39,4 %, hyvin 27,3 %, kohtalaisesti 7,6 %, ja huonosti 3 % vastaajista. Potilasjärjestelmään haavan osasi valokuvata erinomaisesti 19,7 %, kiitettävästi 36,4 %, hyvin 19,7 %, kohtalaisesti 15,2 %, ja huonosti 9,1 %

vastaajista. Haavan erittämistä ja vuotoa osasi arvioida erinomaisesti 19,7 %, kiitettävästi 50 %, hyvin 28,8 %, ja kohtalaisesti 1,5 % vastaajista. Haavan puhdistuksen osasi toteuttaa erinomaisesti 19,7 %, kiitettävästi 34,8 %, hyvin 33,3 %, kohtalaisesti 10,6 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Ohjeistuksen mukaisesti bakteeriviljelyn haavasta osasi ottaa erinomaisesti 19,7 %, kiitettävästi 39,4 %, hyvin 25,8 %, kohtalaisesti 12,1 %, ja huonosti 3 % vastaajista. Haavan hoidon antiseptisesti osasi erinomaisesti toteuttaa 21,2 %, kiitettävästi 47 %, hyvin 28,8 %, ja kohtalaisesti 3 % vastaajista. Erilaisilla haavasidoksilla haavanhoitoa osasi toteuttaa erinomaisesti 21,2 %, kiitettävästi 24,8 %, hyvin 31,8 %, kohtalaisesti 10,6 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Ompeleiden poisto aseptisesti osasi toteuttaa erinomaisesti 36,4 %, kiitettävästi 45,5 %, hyvin 16,7 %, ja kohtalaisesti 1,5 % vastaajista. Ihonsulkuhakasten poiston aseptisesti osasi toteuttaa erinomaisesti 39,4 %, kiitettävästi 48,5 %, ja hyvin 12,1 % vastaajista. Haavanhoidon kirjaamisen potilasasiakirjoihin osasi toteuttaa erinomaisesti 31,8 %, kiitettävästi 48,5 %, hyvin 16,7 %, ja kohtalaisesti 3 % vastaajista (kuvio 8).



Kuvio 8 Haavanhoidon osaamisen arviointi

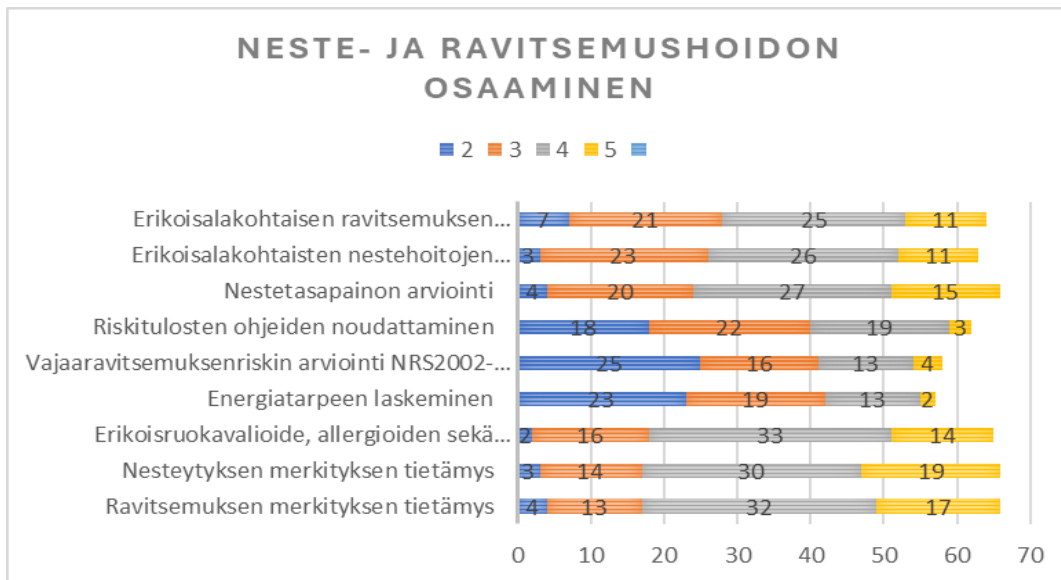
Haavanhoidon osaamisen arvioinnissa taustamuuttujista eroavaisuutta nousi esiin ainoastaan työkokemuksesta sosiaali- ja terveysalalta. Eroa ei tässäkään osa-alueessa ollut paljoa, mutta Khiites-tin mukaan vähiten työkokemusta omaavat kokivat osaamisensa jonkin verran huonommaksi:  $df=2$ ;  $\chi^2(2) = 7,911$ ;  $p=0,19$ . Muiden taustamuuttujien kohdalla hajonta oli tasaista ja merkityksetöntä kokonaisuutta tarkastellen.

## 6.2.6 Osaaminen potilaan neste- ja ravitsemushoidossa

Potilaan neste- ja ravitsemushoidossa 19,7 % koki omaavansa tehtäviensä laaja-alaisen hallinnan. 57,6 % koki olevansa osaajia, ja 22,7 % koki olevansa perusosaajia.

Neste- ja ravitsemusosiossa tarkasteltiin vastaajien tietämystä ravitsemuksen ja nesteytyksen merkityksestä sairaalassa olevan potilaan hoidossa. Lisäksi tarkasteltiin osaamista huomioida henkilökohtaiset erityisruokavaliot, allergiat, sekä ruokailutottumukset. Osiossa kysyttiin vastaajan osaamista laskea potilaan vuorokauden energiatarpeen, arvioida potilaan vajaaravitsemuksen riskiä NRS2002- riskiarvioinnilla, vajaaravitsemuksen riskiarvioinnissa saatavien ohjeiden toteuttamista, nestetasapainon arviointia, erikoisala- ja toimenpidekohtaisten nestehoitojen toteuttamisen osaamista, sekä osaamista toteuttaa potilaan erikoisala- ja toimenpidekohtaista ravitsemushoitoa.

Ravitsemuksen merkityksen potilaan hoidossa tiedosti erinomaisesti 25,8 %, kiitettävästi 48,5 %, hyvin 19,7 %, ja kohtalaisesti 6,1 % vastaajista. Potilaan henkilökohtaisten erityisruokavalioiden, allergioiden ja ruokailutottumusten huomioinnissa osaamisensa vastaajista koki erinomaiseksi 21,2 %, kiitettäväksi 50 %, hyväksi 24,2 %, kohtalaiseksi 3 %, ja huonoksi 1,5 %. Potilaan vuorokauden energiatarpeen osasi laskea erinomaisesti 3 %, kiitettävästi 19,7 %, hyvin 28,8 %, kohtalaisesti 34,8 % ja huonosti 12,1 % vastaajista. Yksi vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen. Potilaan vajaaravitsemuksen riskiä NRS2002- riskiarvioinnilla osasi arvioida erinomaisesti 6,1 %, kiitettävästi 19,7 %, hyvin 24,2 %, kohtalaisesti 37,9 %, ja huonosti 12,1 % vastaajista. Vajaaravitsemuksen riskiarvioinnista saatavia ohjeitä koki osaavansa toteuttaa erinomaisesti 4,5 %, kiitettävästi 28,8 %, hyvin 33,3 %, kohtalaisesti 27,3 %, ja huonosti 4,5 % vastaajista. Yksi vastaaja ei vastannut tähän kysymykseen. Potilaan nestetasapainoa osasi arvioida erinomaisesti 22,7 %, kiitettävästi 40,9 %, hyvin 30,3 %, ja kohtalaisesti 6,1 % vastaajista. Potilaan erikoisala- ja toimenpidekohtaista nestehoitoa osasi toteuttaa erinomaisesti 16,7 %, kiitettävästi 39,4 %, hyvin 34,8 %, kohtalaisesti 4,5 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Potilaan erikoisala- ja toimenpidekohtaista ravitsemushoitoa osasi toteuttaa erinomaisesti 16,7 %, kiitettävästi 37,9 %, hyvin 31,8 %, kohtalaisesti 10,6 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista (kuvio 9). Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen.



Kuvio 9 Neste- ja ravitsemushoidon osaaminen

Neste- ja ravitsemushoidon osaamisessa taustamuuttujilla ei ollut merkitystä. Hajonta oli tasaista, ja peilasivat kokonaisuutta.

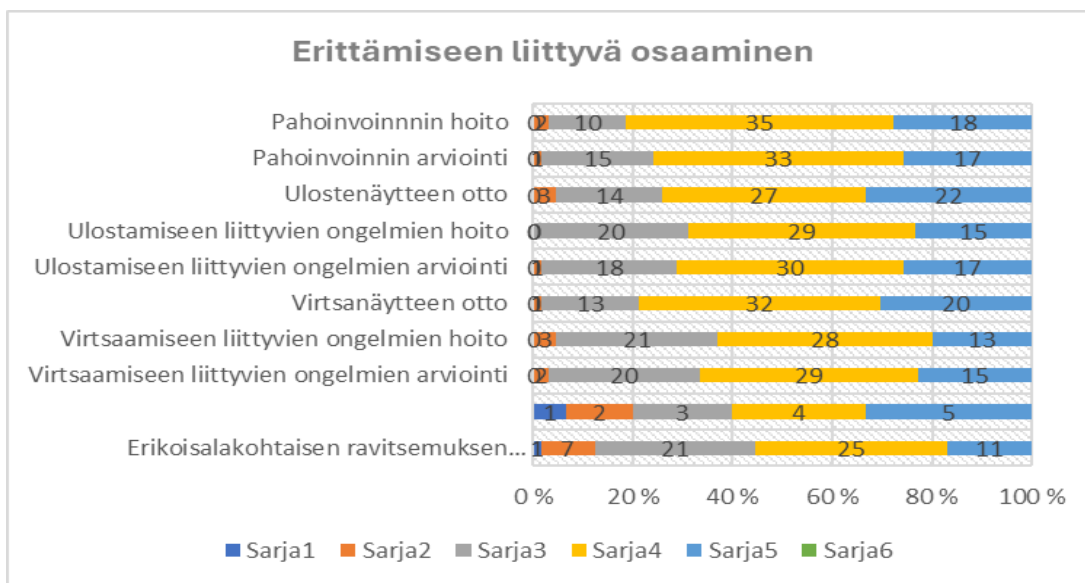
### 6.2.7 Osaaminen potilaan erittämiseen liittyvissä asioissa

Potilaan erittämiseen liittyvässä hoidossa tehtävänsä laaja-alaisesti koki hallitsevansa 22,7 % vastaajista. 63,6 % vastaajista koki olevansa osaajia, ja 13,6 % perusosaajia.

Erittämiseen liittyvän hoidon osaamisessa kartoitettiin osaamista arvioida potilaan virtsaamiseen liittyviä ongelmia, osaamista hoitaa potilaan virtsaamiseen liittyviä ongelmia, osaamista toteuttaa virtsanäytteen ottamisen ohjeistuksen mukaisesti, osaamista arvioida potilaan ulostamiseen liittyviä ongelmia, osaamista hoitaa potilaan ulostamiseen liittyviä ongelmia, osaamista toteuttaa ulostenäytteen ottamista ohjeistuksen mukaisesti, osaamista arvioida potilaan pahoinvointia, ja osaamista hoitaa potilaan pahoinvointia.

Potilaan virtsaamiseen liittyviä ongelmia osasi arvioida erinomaisesti 19,7 %, kiitettävästi 42,4 %, hyvin 31,8 %, ja kohtalaisesti 4,5 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Virtsanäytteen ottamisen ohjeistuksen mukaisesti arvioi osaavansa erinomaisesti 30,3 %, kiitettävästi 48,5 %, hyvin 19,7 %, ja koh-

talaisesti 1,5 % vastaajista. Ulostamiseen liittyviä ongelmia osasi arvioida erinomaisesti 25,8 %, kiitettävästi 45,5 %, hyvin 27,3 % ja kohtalaisesti 1,5 % vastaajista. Potilaan ulostamiseen liittyviä ongelmia osasi hoitaa erinomaisesti 22,7 %, kiitettävästi 43,9 %, hyvin 30,3 %, ja kohtalaisesti 3 % vastaajista. Ulostenäytteen ottamisen ohjeistuksen mukaisesti osasi toteuttaa erinomaisesti 33,3 %, kiitettävästi 40,9 %, hyvin 21,2 %, ja kohtalaisesti 4,5 % vastaajista. Potilaan pahoinvointia osasi arvioida erinomaisesti 25,8 %, kiitettävästi 50 %, hyvin 22,7 %, ja kohtalaisesti 1,5 % vastaajista. Potilaan pahoinvointia osasi hoitaa erinomaisesti 27,3 %, kiitettävästi 53 %, hyvin 15,2 %, kohtalaisesti 3 % ja huonosti 1,5 % vastaajista (kuvio 10).



Kuvio 10 Erittämiseen liittyvä osaaminen

Potilaan erittämiseen liittyvässä hoitotyön osaamisessa ei taustamuuttujilla ollut merkitystä. Hajoitus oli kokonaisuutta kuvaavaa, eikä eroja noussut iän tai työkokemuksen osalta.

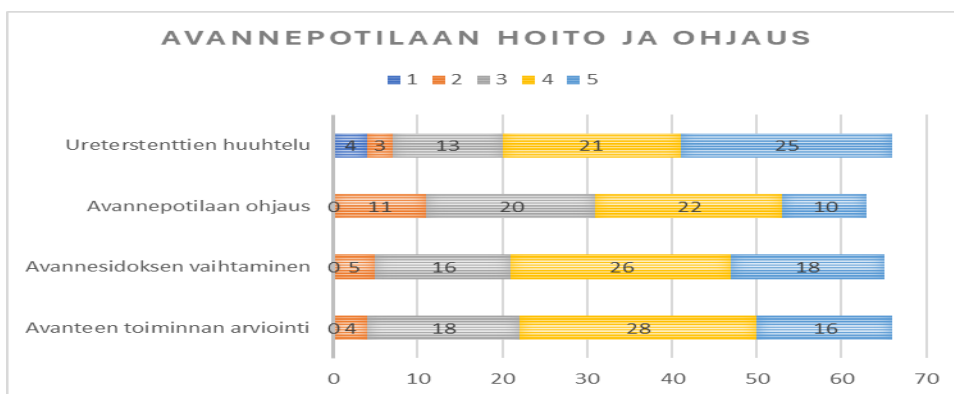
### 6.2.8 Osaaminen avannepotilaan hoidossa ja ohjaamisessa

Avannepotilaan hoidossa ja ohjaamisessa vastaajista koki hallitsevansa tehtävänsä laaja-alaisesti 12,1 %. 66,6 % koki olevansa osaajia, 19,7 % perusosaajia, ja 1,5 % aloittelevia hoitajia.

Avannepotilaan hoitamisessa ja ohjaamisessa kartoitettiin alaryhminä avanteen toiminnan arvioinnin osaamista, avannesidoksen vaihtamisen osaamista, avannepotilaan ohjaamista avanteeseen ja

sen hoitoon liittyvissä asioissa, sekä osaamista huuhdella virtsa-avannepotilaan ureterstentit lääkärin ohjeen mukaan.

Avanteen toiminnan arviointia koki osaavansa tehdä erinomaisesti 24,2 %, kiitettävästi 42,4 %, hyvin 27,3 %, ja kohtalaisesti 6,1 % vastaajista. Avannesidoksen osasi vaihtaa erinomaisesti 27,3 %, kiitettävästi 39,4 %, hyvin 24,2 %, kohtalaisesti 7,6 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Avannepotilasta avanteen sen hoitoon liittyvissä asioissa osasi ohjata erinomaisesti 15,2 %, kiitettävästi 33,3 %, hyvin 30,3 %, kohtalaisesti 16,7 %, ja huonosti 4,5 % vastaajista. Virtsa-avanteen ureterstentit lääkärin ohjeen mukaan osasi huuhdella erinomaisesti 37,9 %, kiitettävästi 31,8 %, hyvin 19,7 %, kohtalaisesti 4,5 %, ja huonosti 6,1 % vastaajista (kuvio 11).



Kuvio 11 Avannepotilaan hoitotyön osaaminen

Avannepotilaan hoitotyön osaamisessa taustamuuttujien osalta hajonta oli tasaista ja vastasi kokonaiskuvaa. Iällä tai työkokemuksella ei ollut selittävää merkitystä osaamiseen.

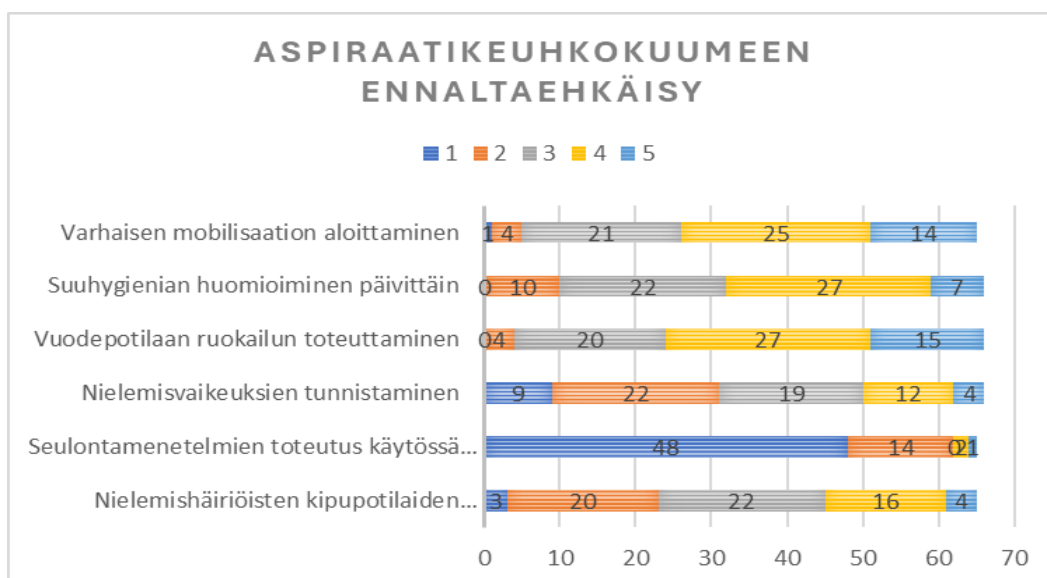
### 6.2.9 Osaaminen aspiraatiokeuhkokuumeen ennaltaehkäisemisessä

Aspiraatiopneumonian ennaltaehkäisemisessä tehtävänsä laaja-alaisesti koki hallitsevansa 6,1 % vastaajista. Osaajaksi itsensä kokivat 45,5 %, perusosaajaksi 43,9 %, ja aloittelevaksi hoitajaksi 4,5 % vastaajista.

Aspiraatiopneumonian ennaltaehkäisevässä osaamisessa tarkasteltiin alaryhminä osaamista tunnistaa nielemishäiriöiset kipupotilaat (esim. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat, Parkinsonin tauti),

osaamista toteuttaa nielemisen seulontamenetelmää nielemishäiriöisille kipupotilaille organisaatiossa olevalla mittarilla (esim. Volyyminviskositeetti-testillä) ja konsultoida poikkeavuuksista, osaamista tunnistaa nielemisvaikeudet (esim. Yskiminen, kakistelu syödessä, ruoan pyöriminen suussa, hitaus nielemisen käynnistymisessä, tarve nielaista bolusta useaan kertaan), osaamista toteuttaa vuodepotilaan ruokailutilanteen (istuma-asento syödessä ja pian ruokailun jälkeen), osaamista huomioida päivittäisen mekaanisen suuhygienian potilaan hoidossa ja avustaa potilasta tarvittaessa aspiraatiopneumonian ennaltaehkäisemiseksi, sekä osaamista aloittaa mahdollisimman varhaisen mobilisaation aspiraatiopneumonian ennaltaehkäisemiseksi.

Nielemishäiriöiset potilaat osasivat tunnistaa erinomaisesti 6,1 %, kiitettävästi 24,2 %, hyvin 33,3 %, kohtalaisesti 30,3 %, ja huonosti 4,5 % vastaajista. Yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Nielemisen seulonta-arviointimenetelmää nielemishäiriöriskipotilaille osasi toteuttaa erinomaisesti 1,5 %, kiitettävästi 3 %, kohtalaisesti 21,2 %, ja huonosti 72,7 % vastaajista. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen. Nielemisvaikeudet osasivat tunnistaa erinomaisesti 6,1 %, kiitettävästi 18,2 %, hyvin 28,8 %, kohtalaisesti 33,3 %, ja huonosti 13,6 % vastaajista. Vuodepotilaan ruokailutilanteen osasivat toteuttaa erinomaisesti 22,7 %, kiitettävästi 40,9 %, hyvin 30,3 %, sekä kohtalaisesti 6,1 % vastaajista. Päivittäisen mekaanisen suuhygienian huomioinnin potilaan hoidossa, ja siinä avustamisen tarvittaessa, osasi erinomaisesti 10,6 %, kiitettävästi 40,9 %, hyvin 33,3 %, ja kohtalaisesti 15,2 % vastaajista. Mahdollisimman varhaisen mobilisaation osasivat aloittaa erinomaisesti 21,2 %, kiitettävästi 37,9 %, hyvin 31,8 %, kohtalaisesti 6,1 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista (kuvio 12). Yksi ei vastannut kysymykseen.



## Kuvio 12 Aspiraatiokeuhkokuumeen ennaltaehkäisyn osaaminen

Aspiraatiokeuhkokuumeen ennaltaehkäisemisessä Khiitestin mukaan enemmän työkokemusta omaavat sosiaali- ja terveysalalta kokivat osaavansa hoitaa potilaita jonkin verran paremmin kuin alle yhdeksän vuotta työkokemusta omaavat:  $df=2$ ;  $X^2(2) = 7,549$ ;  $p= 0,023$ . Muilla taustamuuttujilla, iällä tai työkokemuksella kirurgisen potilaan hoitotyöstä, ei ollut merkitystä verrattain kokonaisuuteen.

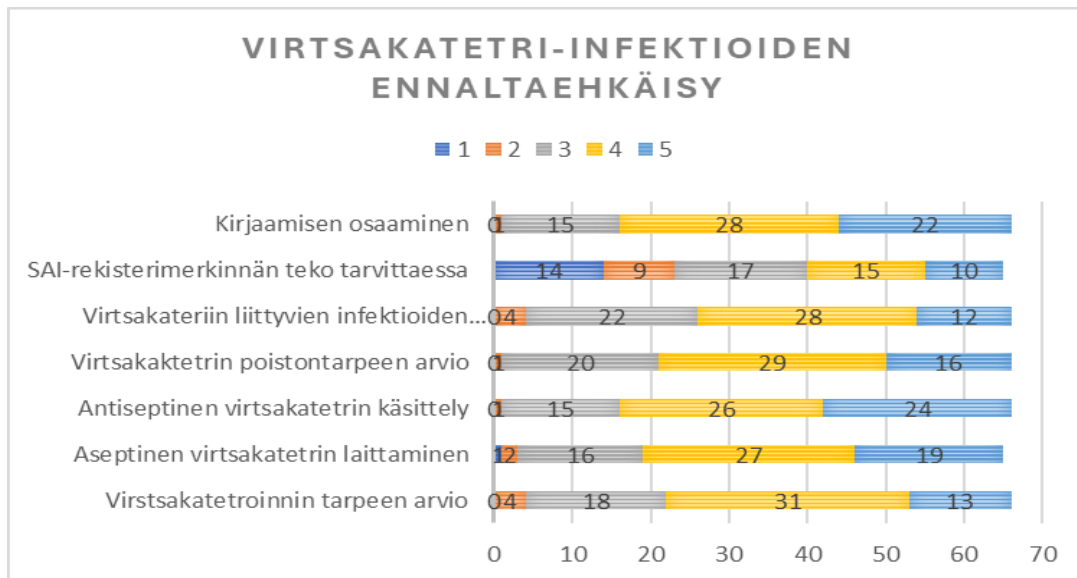
### 6.2.10 Osaaminen virtsatiekatetri-infektioiden ennaltaehkäisemisessä

Virtsatiekatetri-infektioiden ennaltaehkäisemisessä tehtävänsä laaja-alaisesti kokivat hallitsevansa 19,7 % vastaajista. Osaajiksi kokivat itsensä 63,6 %, ja perusosaajiksi 16,7 % vastaajista.

Virtsatie-infektioiden ennaltaehkäisemisessä tarkasteltiin alakysymyksinä osaamista arvioida potilaan virtsakatetroimisen tarpeen (esim. Virtsaumpi, balanssin seuranta, haavojen kontaminaatioiden estäminen tai rakkohuuhtelut), osaamista asettaa virtsatiekatetri aseptisesti (mm. Hyvä käsihygienia, steriilit käsineet ja tehdaspuhtaat käsineet ja steriili instrumentti katettrin asettamista varten, ym.), osaamista käsitellä virtsakatetria antiseptisesti (mm. Hyvä käsihygienia, keräyspussi vaihdetaan vain tarpeen mukaan, käytetään tyhjennettäviä virtsapusseja, pussit pidetään telineessä, ym.), osaamista arvioida virtsakatettrin poiston tarpeen, osaamista arvioida virtsatiekatetriin liittyvän infektio oireet (esim. Kuume, alavatsa/kylki/selkäkipu, kirvely, sekavuus, yleiskunnon alentuminen.), osaamista merkitä hoidon aikana alkaneen virtsatieinfektion SAI-rekisteriin (sairalan infektioiden seuranta) tai vastaavaan, ja osaamista kirjata virtsatiekatetriin liittyvät tiedot potilasasiakirjoihin (katetroinnin syy, ajankohta, kuka laittoi, ja milloin poistettu).

Potilaan virtsatiekatetroinnin tarpeen osasi arvioida erinomaisesti 19,7 %, kiitettävästi 47 %, hyvin 27,3 %, ja kohtalaisesti 6,1 % vastaajista. Virtsatiekatettrin asentamisen aseptisesti kokivat osaavansa erinomaisesti 28,8 %, kiitettävästi 40,9 % hyvin 24,2 %, kohtalaisesti 3 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Yksi ei vastannut kysymykseen. Virtsatiekatettrin käsittelyn antiseptisesti osasi erinomaisesti 36,4 %, kiitettävästi 39,4 %, hyvin 22,7 % ja kohtalaisesti 1,5 % vastaajista. Virtsatiekatettrin poiston tarpeen osasi arvioida erinomaisesti 24,2 %, kiitettävästi 43,9 %, hyvin 30,3 %, ja kohtalaisesti 1,5 % vastaajista. Virtsatiekatetriin liittyvät infektio-oireet osasivat arvioida erinomaisesti 18,2 %, kiitettävästi 42,4 %, hyvin 33,3 %, ja kohtalaisesti 6,1 % vastaajista. SAI-rekisteriin osasi

hoidon aikana alkaneen infektion merkitä erinomaisesti 15,2 %, kiitettävästi 22,7 %, hyvin 25,8 %, kohtalaisesti 13,6 %, ja huonosti 21,2 % vastaajista. Yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Potilasasiakirjoihin virtsatiekatetriin liittyvät tiedot osasivat kirjata erinomaisesti 33,3 %, kiitettävästi 42,4 %, hyvin 22,7 %, ja kohtalaisesti 1,5 % vastaajista (kuvio 12).



Kuvio 13 Virtsakatetri- infektioiden ennaltaehkäisemisen osaaminen

Virtsatiekatetri- infektioiden ennaltaehkäisemisen osaamisessa ei taustamuuttujista noussut miikään tekijä merkitykselliseksi. Hajonta oli tasaista, erot merkityksettömät, ja kokonaisuus tasaista eri muuttujien kesken.

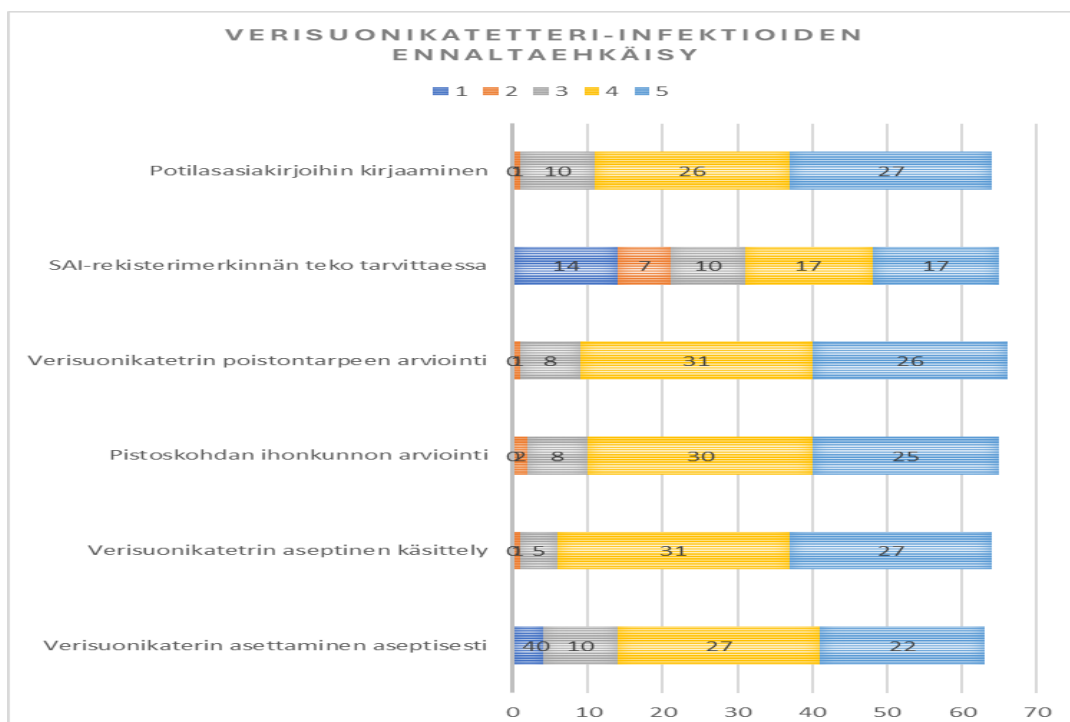
### 6.2.11 Osaaminen verisuonikatetriperäisten infektioiden ennaltaehkäisemisessä

Verisuoniperäisten infektioiden ennaltaehkäisemisessä tehtävänsä laaja-alaisesti kokivat hallitsevansa 27,3 % vastaajista. Osaajiksi kuvasivat itseään 51,5 % %, ja perusosaajiksi 21,2 % vastaajista.

Tarkentavina kysymyksinä kysyttiin osaamista asettaa verisuonikatetri aseptisesti (hyvä käsihygienia, pistoskohdan desinfektio, katetrin kiinnitys), osaamista käsitellä verisuonikatetriä aseptisesti (mm. Hyvä käsihygienia, injektioportin desinfektio, katetrin ulostulokohdan puhdistaminen.), osaamista arvioida pistoskohdan ihonkuntoa (punoitus, kuumotus, erityis, kipu, turvotus) verisuonialkuisen infektion /epäilyn tunnistamiseksi, osaamista arvioida verisuonikatetrin poiston tarpeen,

osaamista merkitä verisuonikatetri alkuisen infektion SAI-rekisteriin tai vastaavaan, sekä osaamista kirjata verisuonikatriin liittyvät tiedot potilasasiakirjoihin (katetroinnin syy, ajankohta, kuka laittoi, poistamisajankohta).

Aseptisesti verisuonikatetrin osasivat asettaa erinomaisesti 33,3 %, kiitettävästi 40,9 %, hyvin 15,2 %, kohtalaisesti 6,1 % ja huonosti 4,5 % vastaajista. Verisuonikatetrin käsittelyn aseptisesti kokivat osaavansa erinomaisesti 40,9 %, kiitettävästi 47 %, hyvin 7,6 %, kohtalaisesti 1,5 % ja huonosti 3 % vastaajista. Katetrin pistoskohdan ihonkunnan arviointia kokivat osaavansa tehdä erinomaisesti 37,9 %, kiitettävästi 45,5 %, hyvin 12,1 %, kohtalaisesti 3 % ja huonosti 1,5 % vastaajista. Verisuonikatetrin poistontarpeen osasivat arvioida erinomaisesti 39,4 %, kiitettävästi 47 %, hyvin 12,1 % ja kohtalaisesti 1,5 % vastaajista. SAI-rekisteriin verisuonikatetrialkuisen infektion osasivat merkitä erinomaisesti 25,8 %, kiitettävästi 25,8 %, hyvin 15,2 %, kohtalaisesti 10,6 %, ja huonosti 21,2 % vastaajista. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen. Potilasasiakirjoihin verisuonikatriin liittyvät tiedot osasivat kirjata erinomaisesti 40,9 %, kiitettävästi 39,4 %, hyvin 15,2 %, kohtalaisesti 1,5 %, ja huonosti 3 % vastaajista (kuvio 14).



Kuvio 14 Verisuonikatetriperäisten infektioiden ennaltaehkäisemisen osaaminen

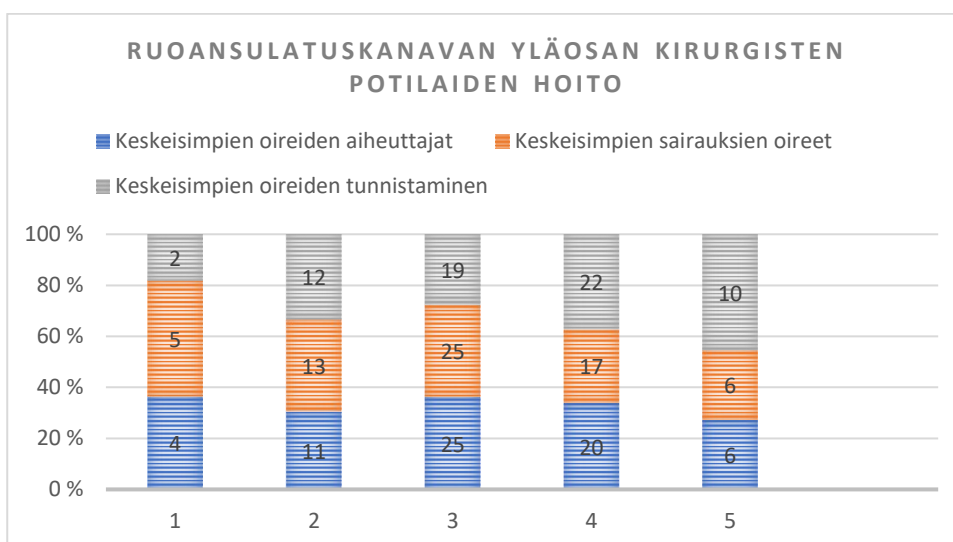
Taustamuuttujien osalta eroa kokonaisuuteen ei ollut.

### 6.2.12 Osaaminen ruoansulatuskanavan yläosan kirurgisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa

Ruoansulatuskanavan yläosan kirurgisten potilaiden hoitamisessa ja ohjaamisessa tehtävänsä laaja-alaisesti kokivat hallitsevansa 15,2 % vastaajista. Osaajiksi kokivat itsensä 51,5 %, ja perusosaajiksi 21,2 % vastaajista.

Ruoansulatuskanavan yläosan kirurgisen potilaan hoitamisessa ja ohjaamisessa, tarkentavina kysymyksinä tarkasteltiin tietämystä yleisimpien ruoansulatuskanavan yläosien sairauksine keskeisimmistä oireiden aiheuttajista (mm kasvaimet, anatomiset muutokset, elämäntavat, lääkitykset, traumat ym.), osaamista tunnistaa keskeisimmät ruoansulatuskanavien yläosien sairauksien oireet, sekä osaamista tunnistaa potilaan lääkehoidon erityispiirteet ruoansulatuskanavan yläosan leikkauspotilailla.

Yleisimpien ruoansulatuskanavan yläosien sairauksien keskeisimmät oireiden aiheuttajat kokivat tietävänsä erinomaisesti 9,1 %, kiitettävästi 30,3 %, hyvin 37,9 %, kohtalaisesti 16,7 % ja huonosti 6,1 % vastaajista. Keskeisimmät ruoansulatuskanavien yläosien sairauksien piirteet osasivat tunnistaa erinomaisesti 9,1 %, kiitettävästi 25,8 %, hyvin 37,9 %, kohtalaisesti 19,7 %, ja huonosti 7,6 % vastaajista. Potilaan lääkehoidon erityispiirteet ruoansulatuskanavan yläosan leikkauspotilailla osasi tunnistaa erinomaisesti 15,2 %, kiitettävästi 33,3 %, hyvin 28,8 %, kohtalaisesti 18,2 %, ja huonosti 3 % (kuvio 15). Yksi ei vastannut kysymykseen.



Kuvio 15 Ruoansulatuskanavan yläosan kirurgisten potilaiden hoitotyön osaaminen

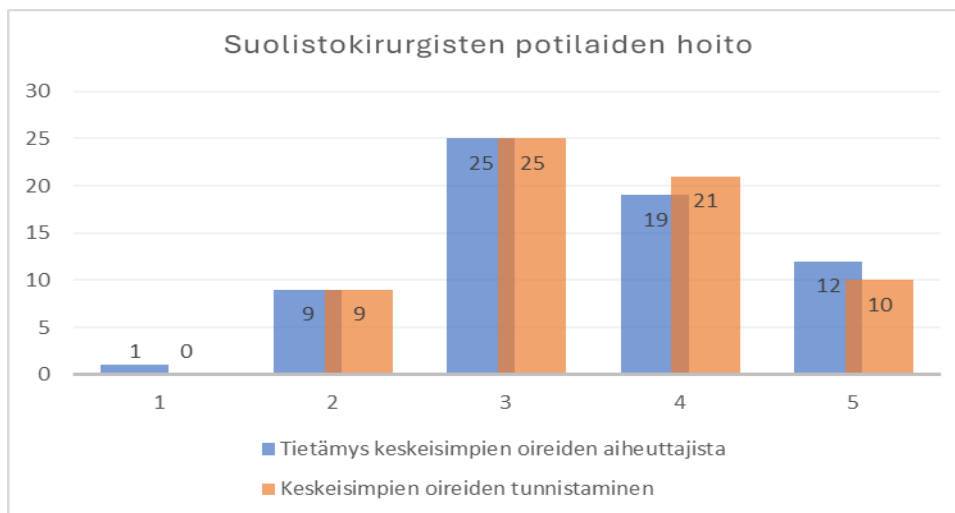
Tässä osa-alueessa taustamuuttujilla ei ollut merkitystä kokonaisuudessa. Hajonta oli tasaista, eikä eroavaisuudet olleet merkityksellisiä.

### 6.2.13 Osaaminen suolistokirurgisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa

Suolistokirurgisen potilaan hoidossa ja ohjaamisessa tehtävänsä laaja-alaisesti kokivat hallitsevansa 15,2 % vastaajista. Osaajaksi kokivat itsensä 53 %, perusosaajaksi 27,3 %, ja aloittelevaksi hoitajaksi 4,5 % vastaajista.

Tarkentavina kysymyksinä tarkasteltiin tietämystä yleisimpien suolistosairauksien keskeisimpien oireiden aiheuttajista (mm. Kasvaimet, leikkauksien jälkeiset muutokset, divertikuloosi, tulehdukset, traumat.), sekä osaamista tunnistaa keskeiset suolistosairauksien oireet.

Yleisimmät suolistosairauksien oireiden aiheuttajat tiesivät erinomaisesti 18,2 %, kiitettävästi 28,8 %, hyvin 37,9 %, kohtalaisesti 13,6 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista. Keskeisimmät suolistosairauksien oireet osasivat tunnistaa erinomaisesti 15,2 %, kiitettävästi 31,8 %, hyvin 37,9 %, kohtalaisesti 13,6 %, ja huonosti 1,5 % vastaajista (kuvio 16).



Kuvio 16 Suolistokirurgisten potilaiden hoitotyön osaaminen

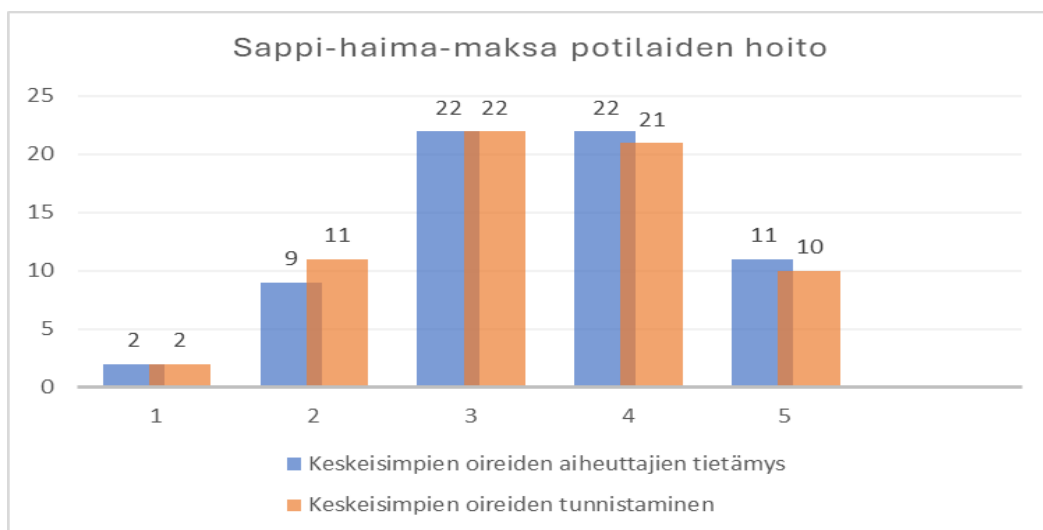
Khiitestin mukaan työkokemuksella sosiaali- ja terveysalalla oli jonkin verran tässä osa-alueessa merkitystä:  $df=2$ ;  $\chi^2(2) = 5,971$ ;  $p = 0,051$ . Muuten hajonta oli tasaista, eikä eroavaisuudet olleet merkityksellisiä.

### 6.2.14 Osaaminen sappi- haima- maksa potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa

Sappi-haima-maksa kirurgisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa tehtävänsä laaja-alaisesti koki hallitsevansa 18,2 % vastaajista. Osaajiksi kokivat itsensä 48,5 %, perusosaajiksi 28,8 %, ja aloitteleviksi hoitajiksi 4,5 % vastaajista.

Alakysymyksinä tarkasteltiin tietämystä yleisimpien sappi-haima-maksa-kirurgisten potilaiden oireiden keskeisimmistä aiheuttajista (mm. Kasvaimet, elintavat, tulehdukset.), sekä osaamista tunnistaa sappi-haima-maksasairauksien keskeisimmät oireet.

Sappi-haima-maksa-kirurgisten potilaiden oireiden yleisimmät keskeiset aiheuttajat tiesivät erinomaisesti 16,7 %, kiitettävästi 33,3 %, hyvin 33,3 %, kohtalaisesti 13,6 %, ja huonosti 3 % vastaajista. Sappi-haima-maksasairauksien keskeisimmät oireet osasivat tunnistaa erinomaisesti 15,2 %, kiitettävästi 31,8 %, hyvin 33,3 %, kohtalaisesti 16,7 %, ja huonosti 3 % vastaajista (kuvio 17).



Kuvio 17 Sappi-haima-maksa kirurgisten potilaiden hoitotyön osaaminen

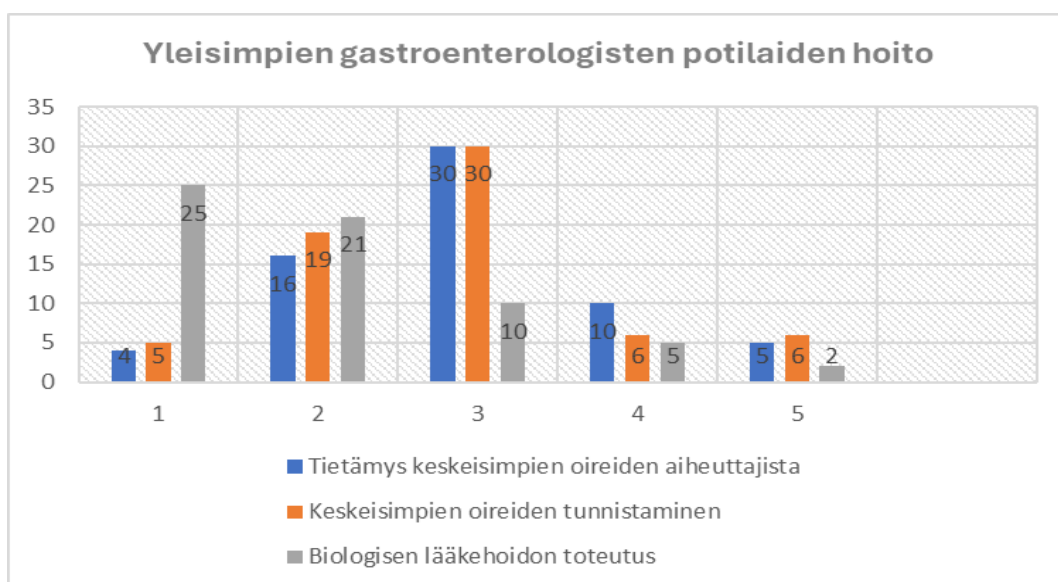
Sappi-haima-maksa kirurgisten potilaiden hoitotyössä sosiaali- ja terveysalan työkokemuksella oli merkitystä jonkin verran, Khiitestin mukaan alle yhdeksän vuotta työkokemusta omaavat kokivat osaavansa tämän osa-alueen jonkin verran huonommin kuin pidemmän työkokemuksen omaavat:  $df=2$ ;  $\chi^2(2) = 7,585$ ;  $p=0,23$ . Muilla taustamuuttujilla ei kokonaisuuden osalta ollut merkityksellisyttä.

### 6.2.15 Osaaminen yleisimpien gastroenterologisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa

Gastroenterologisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa tehtävänsä laaja-alaisesti kokivat hallitsevansa 10,6 % vastaajista. Osaajia kokivat olevansa 34,8 %, perusosaajia 42,4 %, ja aloittelevia hoitajia 12,1 % vastaajista.

Tarkentavina kysymyksinä tarkasteltiin tietämystä yleisimpien gastroenterologisten potilaiden oireiden keskeisimmistä aiheuttajista (mm. Stressi, elämäntavat, tulehdukset ym.), osaamista tunnistaa keskeisimmät gastroenterologisten sairauksien oireet, sekä osaamista toteuttaa biologista lääkettä potilaalle lääkärin määräysten mukaisesti.

Gastroenterologisten potilaiden oireiden yleisimmät keskeisimmät aiheuttajat tunnisti erinomaisesti 7,6 %, kiitettävästi 15,2 %, hyvin 45,5 %, kohtalaisesti 24,2 %, ja huonosti 6,1 % vastaajista. Yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Keskeisimmät gastroenterologisten sairauksien oireet osasi tunnistaa erinomaisesti 9,1 %, kiitettävästi 9,1 %, hyvin 45,5 %, kohtalaisesti 28,8 %, ja huonosti 7,6 % vastaajista. Biologista lääkettä lääkärin määräysten mukaisesti osasi toteuttaa erinomaisesti 3 %, kiitettävästi 7,6 %, hyvin 15,2 %, kohtalaisesti 31,8 %, ja huonosti 37,9 % vastaajista (kuvio 18). Kolme vastaajaa ei vastannut kysymykseen.



Kuvio 18 Gastroenterologisten potilaiden hoitotyön osaaminen

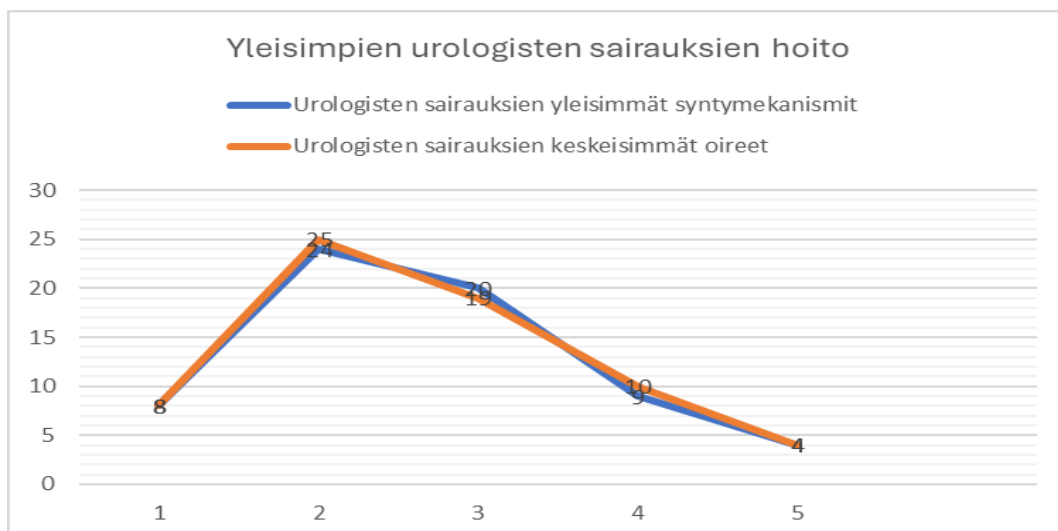
Gastroenterologisten potilaiden hoitotyössä myös työkokemus sosiaali- ja terveysalalla vaikutti osaamisen kokemaan jonkin verran. Kiihdestin mukaan alle yhdeksän vuotta työkokemusta omaavat kokivat osaavansa työn jonkin verran huonommin kuin enemmän työkokemusta omaavat:  $df=2$ ;  $X^2(2) = 9,536$ ;  $p=0,008$ . Muilla taustamuuttujilla ei merkityksellisyyttä ollut kokonaisuuteen, vaan hajonta oli tasaista.

### 6.2.16 Osaaminen yleisimpien urologisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa

Urologisten potilaiden hoidossa ja ohjaamisessa tehtävänsä laaja-alaisesti kokivat hallitsevansa 9,1 % vastaajista. Osaajiksi itsensä kokivat 37,9 %, perusosaajiksi 36,4 %, ja aloitteleviksi hoitajiksi 16,7 % vastaajista.

Täydentävinä kysymyksinä tarkasteltiin osaamista määritellä yleisimpien urologisten potilaiden keskeisimmät syntymekanismit (mm. Traumat, kasvaimet, leikkauksista/anatomiasta johtuvat muutokset.), sekä osaamista tunnistaa keskeiset urologisten potilaiden oireet ja muutokset oireissa.

Yleisimpien urologisten potilaiden keskeisimmät syntymekanismit osasivat määritellä erinomaisesti 6,1 %, kiitettävästi 13,6 %, hyvin 30,3 %, kohtalaisesti 36,4 %, ja huonosti 12,1 % vastaajista. Yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Keskeisimmät urologisten potilaiden oireet ja oireiden muutokset, osasivat tunnistaa erinomaisesti 6,1 %, kiitettävästi 15,2 %, hyvin 28,8 %, kohtalaisesti 37,9 %, ja huonosti 12,1 % vastaajista (kuvio 19).



## Kuvio 19 Urologisten potilaiden hoitotyön osaaminen

Urologisen potilaan hoitotyössä iällä tai kirurgisen hoitotyön työkokemuksella ei noussut merkityksellistä eroa esiin. Hajonta oli tasaista ja mukaili kokonaisuutta. Työkokemuksella sosiaali- ja terveydenhuoltoalla oli merkitystä jonkin verran, tässäkin Kiihtestin mukaan alle yhdeksän vuotta työkokemusta omaavat kokivat osaamisensa huonommaksi kuin pitempään työskennelleet:  $df=2$ ;  $\chi^2(2) = 6,156$ ;  $p = 0,46$ .

## 7 Tulosten yhteenveto

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää erään yliopistollisen sairaalan vatsaosaston henkilökunnan osaamista kliinisessä hoitotyössä, osaamisalueiden puutteita, sekä kehitystarpeita. Tuloksia osastolla tullaan käyttämään jatkossa lisäkoulutuksen tarpeen ja osaamisen kehittämisen perustana, sekä toimintalähtöisen työvuorosunnittelun tueksi. Kyselylomakkeessa oli 29 osastoilla yleisimmin käytettävien lääkinnällisten laitteiden ja tarvikkeiden osaamista kartoittavaa kysymystä, sekä 15 pääaihetta potilaan hoitotyöhön liittyen, sisältäen 90 tarkentavaa kysymystä.

Lääkinnällisten laitteiden ja tarvikkeiden kohdalla hajonta vastauksissa oli suurta. Vastauksia arvioitiin kahden parhaimman vastausvaihtoehdon, erinomainen ja kiitettävä, ja kahden huonoimman vastausvaihtoehdon, kohtalainen ja huono, välillä. Parhaiten vastaajat arvioivat osaavansa käyttää eva-telinettä, johon 87,9 % vastaajista vastasi osaavansa käyttää laitetta joko kiitettävästi tai erinomaisesti. Seuraavaksi parhaiten vastaajat kokivat osaavansa käyttää insuliinikynää, jonka vastaajat kokivat hallitsevansa 86,4 % joko kiitettävästi tai erinomaisesti. Myös leikkausalueelta tulevaa laskuputkea, dreeniä sekä verensokerimittaria, vastaajista 80,3 % koki osaavansa käyttää joko kiitettävästi tai erinomaisesti.

Ääripään lisäksi osaamista yli 50 % henkilöstöstä löytyi pumppusukkien käytössä, missä suurin osa, 72,7 % arvioi osaamisensa kiitettäväksi tai erinomaisesti. Potilasmonitoria osasi myös käyttää erinomaisesti tai kiitettävästi 78,8 % vastaajista. Askitesdreeniä 72,7 %, alipaineimulaitetta 60,6 %, imulaitteita 56 %, tipanlaskijaa 68,2 %, ruokapumppua 65,2 %, infuusiopumppua 71,2 %, verensokerisensoria 72,7 %, keskuslaskimokatetria 68,2 %, PICC- katetria 66,7 %, virtsan residuaalimittaria 71,2 %, kestokatetreja 71,2 %, huuhtelukatetreja 56 %, kertakatetreja 66,7 %, sekä nenämahaletkua 71,2 % vastaajista.

Huonoiten osaamista löytyi airvon käytön kohdalla, jossa 74,2 % vastaajista koki osaavansa käyttää laitetta joko huonosti tai kohtalaisesti. Vähäistä osaamista löytyi myös motomedin kohdalla, jossa vastaajista 66,7 % koki osaavansa käyttää laitetta joko huonosti tai kohtalaisesti. Lisäksi seisomanostinta koki osaavansa käyttää kohtalaisesti tai huonosti 65,2 % vastaajista, ja vain 19,7 % hallitsi laitteen kiitettävästi tai erinomaisesti.

Myös tämän ääripään lisäksi koulutustarve nousi esiin magneettivöiden osalta, missä osaamisensa koki huonoksi tai kohtalaiseksi 48,5 % vastaajista. Potilasnostinta huonosti tai kohtalaisesti osasi käyttää 40,9 %, imulaatikolla olevaa pleuradreeniä 48,5 %, kipupumppua 27,3 %, ja punktionefrostoomaa 39,4 % vastaajista.

Lääkinnällisten laitteiden ja tarvikkeiden suhteen taustamuuttujilla ei juurikaan ollut merkitystä tulokseen. Kokema osaamisesta siis pääsääntöisesti oli sama iästä, koulutuksesta, ja työkokemuksesta riippumatta. Prosenttierot osaamisten suhteen olivat suuret, joten lisäkoulutuksen tarve nousi selkeästi esiin tässä osa-alueessa lähes jokaisessa kohdassa. Ainoastaan muutama laitteen kohdalla, eva-telineen, dreenin, verensokerimittarin ja insuliinikynän kohdalla ei nouse lisäkoulutustarvetta kuin muutaman vastaajan kohdalla.

Potilaan hoitotyössä parhaiten osaamista löytyi kirurgisen potilaan kliinisen tilan arvioinnissa, jossa 90,9 % vastaajista koki hallitsevansa tehtävänsä laaja-alaisesti, tai olevansa osa-alueen osaaja. Myös erittämiseen liittyvässä kokonaisarvioinnissa 86,3 % koki hallitsevan tehtävänsä laaja-alaisesti tai olevansa osaaja. Lisäksi selkeästi osaamista löytyi neste- ja ravitsemushoidossa (77,3 %), avannepotilaan hoidossa (78,8 %), virtsatieinfektioiden ennaltaehkäisyssä (83,3 %), verisuonikateteriperäisten infektioiden ennaltaehkäisyssä (78,8 %), aikuispotilaan kivunhoidossa (77,3 %), sekä haavan hoidossa (77,3 %).

Huonoiten kokonaisuuksista hallittiin gastroenterologisten potilaiden ohjaus ja hoito, jossa 54,4 % kuvasi itseään aloittelevaksi hoitajaksi tai perusosaajaksi. Myös urologisten potilaiden kohdalla osaamista arvioitiin perusosaajaksi tai aloittelevaksi hoitajaksi 53,1 % vastauksista.

Suurinta hajonta oli aspiraatiokeuhkokuumeen ennaltaehkäisyssä, missä 53 % kuvasi osaavansa tehtävänsä laaja-alaisesti tai olevansa osaaja, kun taas 45,9 % koki olevansa vasta-alkajia tai perusosaajia. Myös diabetespotilaan hoitotyön kohdalla hajonta oli suurta, osaamista löytyi 53 %, ja vain perusteet koki osaavansa 46,9 % vastaajista. Muissa osa-alueissa osaaminen oli prosentuaalisesti parempaa, mutta lisäkoulutusta selkeästi tarvitaan myös näille osa-alueille. Ruoansulatuskanavan yläosan kirurgisten potilaiden hoidon koki osaavansa 61 %, ja osaamisensa huonommaksi koki 39,4 %. Samansuuntaiset prosentit nousevat esiin myös suolistokirurgisten potilaiden kohdalla sekä sappi-haima-maksa potilaiden kohdalla.

Kun kliinisen osaamisen pääaiheiden sisältöä tarkastelee tarkemmin, parhaiten osaamista löytyy erittämiseen liittyvissä asioissa. Alakysymyksissä erinomaista tai kiitettävää osaamista löytyi jokaisessa vastauskohdassa yli 60 %. Parhaiten hallittiin potilaan pahoinvoinnin hoitaminen, missä 80,3 % koki osaavansa osa-alueen kiitettävästi tai erinomaisesti. Huonoiten erittämisen kokonaisuudessa osattiin hoitaa virtsaamiseen liittyvät ongelmat, tässäkin kohdassa kuitenkin 62,1 % kuvasi osaamistaan erinomaiseksi tai kiitettäväksi. Kokonaisuudessaan erittämisen osa-alueessa ei nousut esiin suuremmalle kehittämisen tarpeelle.

Erittämisen jälkeen parhaimmin koettiin osaavan haavanhoidon kokonaisuus, jossa joko kiitettävästi tai erinomaisesti osaamista oli 50 % jokaisessa osa-alueessa. Hajonta tässä alueessa kuitenkin oli suurempaa kuin erittämisen osiossa. Parhaiten haavanhoidossa osattiin ihosulkuhakasten poisto aseptisesti, siinä 87,9 % vastaajista koki osaamisensa kiitettäväksi tai erinomaiseksi. Myös potilasasiakirjamerkinnän ja ompeleiden poisto aseptisesti onnistui yli 80 % vastaajista kiitettävästi tai erinomaisesti. Huonoiten osaamista löytyi haavan valokuvaamisessa potilasjärjestelmään, missä 24,2 % koki osaavansa sen huonosti tai kohtalaisesti. Muuten huonosti tai kohtalaisesti koki osaavansa n.10 % vastaajista haavan koon mittauksen, haavan ulkonäön arvioinnin, haavan puhdistuksen, haavasidosten käytön sekä bakteeriviljelyn ottamisen. Muuten vastauksissa nousi esiin osaaminen hyvin, joten tästä voi päätellä, että haavanhoidon taso on tällä hetkellä hyvin laadukasta ja osaavaa osaston henkilökunnan kesken.

Myös kivunhoidon osa-alueessa osaaminen korostui vastauksissa. Kahta vastausta lukuun ottamatta osaamisen taso oli yli 50 % vastauksista. Parhaiten osattiin kirjata kivunhoitotyö potilasasia-

kirjoihin, tämän koki osaavansa erinomaisesti tai kiitettävästi 78,8 % vastaajista. Huonoiten osattiin toteuttaa lääkehoidon kognitiivisia kivunhallintamenetelmiä, tämän osa-alueen koki osaavan joko kohtalaisesti tai huonosti 50 % vastaajista, ja vain 21,2 % koki olevansa tässä erinomaisia tai kiitettäviä. Tämän lisäksi lisäkoulutustarve nousi esiin fysikaalisten kivunhoitomenetelmien toteuttamisessa ja ohjaamisessa. Muuten aikuispotilaan kivunhoito koettiin osaavan joko erinomaisesti, kiitettävästi tai hyvin, mikä tässä osa-alueessa oli yleisimmin käytetty vastausvaihtoehto.

Kirurgisen potilaan kliinisen tilan arvioinnissa osaaminen oli myös keskivertoa parempaa. Parhaiten osattiin arvioida potilaan verenkiertoa sekä leikkausaluetta, minkä kokivat osaavansa erinomaisesti tai kiitettävästi 78,8 % vastaajista. Erinomaista tai kiitettävää osaamista löytyi myös potilaan hengityksen arvioinnissa (75,7 %), potilaan tajunnantason arvioinnissa (72,7 %), tajunnantason muutoksiin reagoinnissa (71,3 %), lämpötasapainon arvioinnissa (69,7 %), sekä anestesialeikkauksen jälkeisten mahdollisten ongelmien arvioinnissa (66,7 %). Keskivertoa osaamista löytyi eniten ERAS- toimintamallin toteuttamisessa, missä osaaminen hajaantui tasaisesti kaikkien vastausvaihtoehtojen välillä. Myös lihasvoimien palautumista toimenpiteen jälkeen osattiin arvioida pääsääntöisesti hyvin tai kiitettävästi. Huonoiten osaamista löytyi ERAS-mallin ohjaamisessa potilaalle, jossa 25,7 % koki osaavansa sen huonosti tai kohtalaisesti, 30,3 % hyvin, ja 40,9 % kiitettävästi tai erinomaisesti. Tässä osa-alueessa osaaminen painottui voimakkaasti hyvän, kiitettävän ja erinomaisen välille, ja osaamista koettiin kohtalaiseksi tai huonoksi vain kahdessa kohdassa yli 20 % vastaajista. Osaamista täytyisi siis tässä osa-alueessa kehittää ERAS- toimintamallin ohjaamisessa sekä lihasvoimien palautumisen arvioimisessa toimenpiteen jälkeen.

Neste ja ravitsemuksen hoidossa osaaminen oli keskivertaista, eli hyvää. Parhaiten osattiin ravitsemuksen merkityksellisyys sairaalassa olevan potilaan hoidossa, jonka koki osaavansa erinomaisesti tai kiitettävästi 74,8 % vastaajista. Myös nestehoidon merkitys tunnistettiin samalla tavalla. Huonoiten osattiin arvioida potilaan vajaaravitsemuksen riskiä NRS 2002- mittarilla, vastaajista koki osaavansa tämän huonosti tai kohtalaisesti 50 %. Arvioinnista saatavia ohjeita koki osaavansa toteuttaa huonosti tai kohtalaisesti 31,8 % vastaajista. Myös energiatarpeen laskemisen koki osaavansa huonosti tai kohtalaisesti 46,9 % vastaajista. Näille osa-alueille lisäkoulutus näyttäytyy tarpeellisena. Muuten neste- ja ravitsemushoidon osaaminen osastolla on arvioitu joko hyväksi, kiitettäväksi tai erinomaiseksi.

Verisuonikatetriperäisten infektioiden ennaltaehkäisyssä osaaminen oli joka alueella erinomaista tai kiitettävää yli 50 %. Parhaiten osattiin käsitellä verisuonikatetria aseptisesti, minkä osasi kiitettävästi tai erinomaisesti 87,9 % vastaajista. Ainoa kohta missä osaaminen koettiin huonoksi tai kohtalaiseksi, oli verisuonialkuisen infektion merkintä SAI-rekisteriin, tässä vastausprosentti oli 31,8 %. Muissa osa-alueissa ei tässä kohtaa noussut lisäkoulutuksen tarvetta, vaan osaaminen koettiin pääsääntöisesti hyväksi, kiitettäväksi tai erinomaiseksi.

Virtsakatetri-infektioiden ennaltaehkäisemisessä osaaminen myös oli kiitettävää tai erinomaista yli 60 % muissa vastauksissa, paitsi SAI-rekisteriin merkitsemisessä, missä osaamisensa huonoksi tai kohtalaiseksi koki osaamisensa 34,8 %, hyväksi 25,8 %, sekä kiitettäväksi tai erinomaiseksi 37,9 %. Tämä oli ainoa tässä kategoriassa missä nousee lisäkoulutuksen tarve esiin.

Sappi-haima-maksa kirurgisten potilaiden hoidossa hajonta oli suurempaa ja osaaminen jakaantui tasaisesti. Pääsääntöisesti osaaminen koettiin hyväksi tai kiitettäväksi. Tietonsa oireiden aiheuttajista huonoksi tai kohtalaiseksi koki osaamisensa 16,6 %, ja oireiden tunnistamisessa 19,7 % vastaajista.

Suolistokirurgisen potilaan hoidossa osaaminen oli myös pääsääntöisesti hyvää, kiitettävää, tai erinomaista. 15,1 % vastaajista koki osaamisensa tässä kategoriassa huonoksi tai kohtalaiseksi.

Avannepotilaan hoitotyössä osaaminen oli kiitettävää tai erinomaista yli 60 % kaikissa muissa kohdissa, paitsi vannepotilaan ohjaamisessa hoitoon liittyvissä asioissa, jossa osaamisensa koki huonoksi tai kohtalaiseksi 21,2 %, hyväksi 30,3 % ja kiitettäväksi tai erinomaiseksi 48,5 % vastaajista. Kokonaisuutena tämä alue siis koetaan hallitsevan hyvin, lisäkoulutuksen tarve keskittyy ohjaamisen osaamiseen.

Ruoansulatuskanavan yläosan kirurgisten potilaiden hoitotyössä osaaminen koettiin pääsääntöisesti hyväksi. Tässä osa-alueessa noin 20 % koki osaavansa hallinnan huonosti tai kohtalaisesti, ja 40 % kiitettävästi tai erinomaisesti. Verrattain muihin osa-alueisiin, osaaminen erinomaisesti on hyvin vähäistä tässä osa-alueessa. Selkeitä lisäkoulutuksen kohtia ei nouse esiin, mutta tuen ja osaamisen vahvistamisen tarve tarpeellista.

Diabetespotilaan hoidossa lisäkoulutuksen tarve nousi esiin alkuohjauksen antamisessa diabetespotilaalle. 65,1 % vastaajista koki osaamisensa huonoksi tai kohtalaiseksi. Vain 19,7 % kiitettäväksi tai erinomaiseksi. Myös hiilihydraattien laskemisessa 62,1 % koki osaamisensa huonoksi tai kohtalaiseksi, ja vain 22,7 % kiitettäväksi tai erinomaiseksi. Parhaiten diabetespotilaan hoidossa osattiin toimia, kun verensokeri on korkealla, tässä osaamisensa kiitettäväksi tai erinomaiseksi koki 71,2 % vastaajista. Muuten osaamisen taso keskivertaista, pääosin osaamista kuvattiin hyväksi, mutta tukea työhön ja osaamiseen tarvitaan.

Gastroenterologisen potilaan hoitotyössä lisäkoulutuksen tarve nousee esiin biologisen lääkehoidon toteuttamisessa. Tämän osa-alueen koki osaavansa huonosti tai kohtalaisesti 69,7 % vastaajista. Gastroenterologisen potilaan hoidossa osaamisensa koki hyväksi 45,5 % ja huonoksi tai kohtalaiseksi 30,3 % vastaajista. Myös ohjauksen osalta prosentit olivat samanlaiset. Tälle kokonaisuudelle lisäkoulutus on siis tarpeen.

Aspiraatiokeuhkokuumeen ennaltaehkäisemisessä lisäkoulutuksen tarve nousee selkeästi esiin nielemisen seulonta-arviointimenetelmän käytössä nielemishäiriöpotilaille. Tässä osa-alueessa 93,9 % vastaajista kokee osaamisensa huonoksi tai kohtalaiseksi. Myös nielemisvaikeuksien tunnistamisessa 46,9 % koki osaamisensa huonoksi tai kohtalaiseksi. Nielemishäiriöpotilaiden tunnistamisessa osaamisensa koki huonoksi tai kohtalaiseksi 34,8 % vastaajista. Nämä kolme osa-aluetta nousevat selkeästi esiin lisäkoulutuksen tarpeen suhteen. Muiden osa-alueiden kohdalla osaaminen oli tasaisempaa ja arvioitiin joko hyväksi, kiitettäväksi tai erinomaiseksi.

Osaamisalueiden pääluokat ja taustamuuttujat ristiintaulukoitiin osaamisen selitettävyyden mahdollisuuden vuoksi. Ainoa merkitsevä taustamuuttuja oli työkokemus sosiaali- ja terveysalalta. Tämän merkitsevyys nousi esiin diabeteksen hoitotyössä ( $df=2$ ;  $X^2(2)=9,304$ ;  $p=0,01$ ), haavanhoidossa ( $df=2$ ;  $X^2(2)=7,911$ ;  $p=0,19$ ), aspiraatiopotilaan hoitotyössä ( $df=2$ ;  $X^2(2)=7,549$ ;  $p=0,023$ ), suolisto-kirurgisen potilaan hoitotyössä ( $df=2$ ;  $X^2(2)=5,971$ ;  $p=0,051$ ), sappi-haima-maksa kirurgisen potilaan hoitotyössä ( $df=2$ ;  $X^2(2)=7,585$ ;  $p=0,23$ ), gastroenterologisen potilaan hoitotyössä ( $df=2$ ;  $X^2(2)=9,536$ ;  $p=0,008$ ), sekä urologisen potilaan hoitotyössä ( $df=2$ ;  $X^2(2)=6,156$ ;  $p=0,46$ ). Jokaisen kohdalla erot olivat pienet, ja ero nousi esiin alle yhdeksän vuotta työkokemusta omaavien kohdalla.

## 7.1 Pohdinta

Kuten Paavilainen, Lakanmaa, Kuusisto, Lundgren-Laine, Salanterä ja Laine (2021, 210, 217–218) toteavat tutkimuksessaan, perusosaaminen erikoissairaanhoidon vuodeosastotyöskentelyssä hoitotyön ammattilaisilla oli hyvällä tasolla. Näin käy ilmi myös tässä tutkimuksessa. Pääsääntöisesti osaaminen on hyvää, mutta tiettyjä toistuvuuksia nousee ilmi osaamisen kehittämisen tarpeesta. Näitä toistuvuuksia ovat rekistereiden ja järjestelmien käyttö sekä potilaan ohjaaminen. Myös eri potilasryhmien välillä osaamisessa on eroa, ja kehitettävät osa-alueet nousivat esiin selkeästi.

Osaaminen hyvää oli yleistettävimpien potilasryhmien osalta, kuten kirurgisen potilaan hoitotyön, kivunhoidon tai haavanhoidon kohdalla. Osaaminen heikkeni, mitä spesifimpään ryhmään menttiin, kuten esimerkiksi diabetes, tai aspiraatiokeuhkokuumeen ennaltaehkäisy. Tämä nostaa esiin sen, että yleisosaaminen on hyvällä tasolla, mutta osastolla olevien erikoisalojen osaamista ja tietämystä täytyy kehittää ja lisä koulutukselle on tarve. Tällä voi tulevaisuudessa olla merkityksellisyttä sillä henkilökunnan osaaminen on tulevaisuuden kilpailuvalteista. Kuten Karhwell & Kauffeld 2021, sekä Viitala 2013 toteavat, osaamisella on merkittävä vaikutus yhtiön kannattavuuteen ja voi toimia kilpailuvalttina. Osaamisvaatimusten muuttuessa yhtiöiden täytyy ennakoita ja tunnustaa osaamisen merkitys yhä enemmän (Karhwell & Kauffeld 2021; Viitala 2013, 170). Erikoisalaosastoilla on tärkeää, että yksilön substanssiosaaminen kohdennetaan oikein, joten sitä täytyy kehittää ja johtaa oikeaan suuntaan, jotta osaamista voidaan hyödyntää kokonaisvaltaisesti (Viitala 2013,179–182; Viitala 2021, 123).

Suurin ryhmä lisäkoulutuksen tarpeesta nousi esiin lääkinnällisten laitteiden ja tarvikkeiden kohdalla. Eroavaisuudet olivat suuria ja osaaminen koettiin hyväksi vain muutamilla osa-alueilla, kun taas koulutuksen tarve tunnistettiin suurimmassa osassa.

Mielenkiitoseksi yksityiskohdaksi nousee se, ettei taustamuuttujilla saatu juuri lisäarvoa tai merkityksellisyyttä vastauksiin. Eroavaisuudet olivat pieniä, yksittäisiä osia. Ainoa yleistettävyyys minkä tuloksista voisi nostaa esiin, että sosiaali- ja terveysalan työkokemuksella on merkitystä osaamisen tasoon, alle yhdeksän vuotta työkokemusta omaavat kokivat osaamisensa huonommaksi kuin pidemmään työskennelleet. Tämä kuitenkin ei toistunut kaikissa osaamislukissa. Taylorin, Bing-Jonssonin, Finnbakkan, Wagensteenin, Sandvikin ja Fagerströmin (2021) tutkimuksessa lähtökoh-

taisesti paremmat kliiniset taidot omaavien edistyneisyys oli maltillisempaa kuin vähemmillä taidoilla tutkimukseen osallistuneilla, joten koulutuksen aikana erot näiden kahden ryhmät välillä kaivat. Myöskään tässä tutkimuksessa ei noussut esiin kirurgisen työkokemuksen merkityksellisyys kliinisiin taitoihin. Enemmän merkitystä oli työkokemuksella itse sosiaali- ja terveysalalla kuin kirurgisen hoitotyön työkokemuksella.

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Luotettavuutta, eli rehabiliteettia voidaan kuvailla usealta eri näkökulmalta. Yksi näkökulma on vastaajien luotettavuus, voiko vastaajilta odottaa johdonmukaisia vastauksia. Toisesta näkökulmasta täytyy huomioida se, saataisiinko sama tulos eri mittaria käyttämällä. Kolmantena täytyy huomioida kysymysten laadullisuus ja merkityksellisyys tutkimuksen kannalta, vastaako kysytyt kysymykset tutkimuksen tarkoitusta. Ilman todistettavaa luotettavuutta ei voida tuottaa laadullista tieteellistä tutkimusta. (Kerlinger & Lee 2000, 642, 662.) Mittarin ja mitattavan välinen luotettavuussuhde, eli validiteetti kuvaa työn asianmukaisuutta. Edustaako työn sisältö tutkimuksen tarkoitusta, onko lähtöistä laadukasta ja luotettavaa, onko taustatyö tehty vaaditulla tarkkuudella, sekä onko tarkoituksenperäisyys perusteltua. Vaikkakin näistä kahdesta puhutaan erillään, ne ovat silti hyvin sidoksissa toisiinsa. Mittarit ja mittaustulokset ilman todistettua validiteettia eivät ole luotettavia. (Kerlinger & Lee 2000, 666–667,686.) Vastaajien luotettavuus tässä tutkimuksessa on hyvä, koska kyseessä on heidän erityisalansa, ja voitaisiin ajatella, että vastausten johdonmukaisuus ja luotettavuus tässä on laadukasta. Kyselylomakkeen kysymykset on luotu aiemmin tehdyn tutkimuksen perusteella, joten niiden merkityksellisyys on tutkittu jo aiemmin. Myös tulosten varmistaminen eri mittarilla olisi toteutettavissa tarkkojen ja kohdistettujen kysymysten vuoksi. Tutkimuksessa käytetty mittari analysoitiin ensin asiantuntijapaneelin toimesta keväällä 2023. Paneelissa asiantuntijoita oli kuusi kappaletta. Arviointikriteereinä oli väittämien asiaankuuluvuus, sekä väittämien selkeys, joita mitattiin neliasteikollisella mittarilla. Väittämien asiaankuuluvuutta arvioitaessa vaihtoehdot olivat 1. Asiaankuulumaton, pitää poistaa, 2. Asiaankuuluva, tarvitsee paljon muutoksia, 3. Asiaankuuluva, tarvitsee pieniä muutoksia, sekä 4. Täysin asiaankuuluva. Selkeyttä mitattaessa arviointikriteerit olivat 1. Hyvin epäselvä, täytyy poistaa, 2. Melko selkeä, mutta tarvitsee paljon muutoksia, 3. Selkeä, mutta tarvitsee pieniä muutoksia, sekä 4. Hyvin selkeä. Lisäksi joka osa-alueessa oli avoimen vastauksen mahdollisuus.

Reabiliteetin mittaaminen onnistuu kahdella eri tavalla, mitattaessa sisäistä rehabiliteettiä, tai ulkoista rehabiliteettiä. Kumpaakin rehabiliteettiä voidaan todentaa mittarin toistettavuudella, ja tässä tutkimuksessa kyselylomake on toistettavissa myös muiden hyvinvointialueiden vatsaosastolla, koska erikoisalajat ovat vakioita, ja osaamistavoitteet samat. Validiteettia voidaan mitata vastausprosentin kattavuuden perusteella, mitä korkeampi vastausprosentti on, ja mitä suurempi otanta saadaan, sen luotettavampaa tutkimustulosta saadaan. (Heikkilä, T. 2014, 178.) Kyselylomake lähetettiin 112 henkilökunnan jäsenelle mikä vastasi kokonaisotantaa. Vastauksia kertyi 72 kappaletta, joista kuusi ei antanut lupaa vastausten käytölle, joten tutkimukseen hyödynnettäviä vastauksia oli 66, eli vastausprosentti jäi 59 %.

Tutkimukselle on asetettu myös tietyt eettiset kriteeristöt. Virstanpylväinä tässä ovat tutkijan rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus tutkimus- ja taustatyötä tehdessä, sekä tulosten arvioinnissa. Itse työn kannalta tämä merkitsee sitä, että teksti on omaa, ei muilta lainattua, tulokset julkistetaan avoimesti, ja tutkittuun tietoon perustuen. Raportoinnin täytyy myös olla selkeää ja avointa, eikä se saa missään nimessä olla harhaanjohtavaa tai johdattelevaa. Tutkijan täytyy muistaa kunnioittaa muiden työtä sekä tutkimuksen aikana, että sen jälkeen. Tutkimustulos ei siis saa olla muita alentavaa tai vähättelevää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24,26.)

Myös tutkittavien kannalta eettisyyden huomioiminen on tärkeää. Tutkimus ei saa loukata ketään tai kenenkään itsemääräämisoikeutta. Täytyy olla huolellinen, ettei kenenkään henkilökohtaisia tietoja loukata ja päätös tutkimukseen osallistumisesta on tehty tarvittavilla asiaan liittyvillä tiedoilla. Yleisestikin päätös osallistua tutkimukseen on vapaaehtoinen, eikä saa vaikuttaa tutkittavan työhön, toimenkuvaan tai niiden tulevaisuuteen millään lailla. Myös tässä eettisesti tehdyllä taustatyöllä on suuri merkitys, ettei tutkimukseen osallistuvakaan tule harhaan johdetuksi. (Hirsjärvi, Remes & Rajavaara 2009, 23–25.) Tässä tutkimuksessa kuusi vastaajista ei halunnut, että heidän vastauksiaan käytettäisiin tutkimukseen, ja ne jätettiin toivomuksen mukaisesti tutkimuksen ulkopuolelle.

Tässä tutkimuksessa osallistujia oli selkeästi informoitu tutkimuksen tarkoituksesta ja käytettävyydestä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä osallistumattomuus vaikuttanut millään lailla. Tutkimukseen osallistumisen sai myös keskeyttää ilman syytä, milloin halusi. Tutkimuksessa kerättävät henkilökohtaiset tiedot eivät tulleet tutkittavan käyttöön, joten vastaajia ei voinut

tunnistaa. Kyselyn toteuttaja tallensi tutkimusrekisteriin ainoastaan tutkimuksen kannalta välttämättömät tiedot.

Tutkimusaineisto säilytettiin tutkijan omalla tietokoneella salasanojen takana. Tutkimusaineistoon ei koskenut kukaan muu kuin tutkija, ja se tullaan hävittämään kahden vuoden kuluttua tutkimuksen valmistumisesta JAMKin ohjeiden mukaisesti.

### **7.3 Jatkokehitysehdotukset**

Tämä tutkimus oli rajattu koskemaan ainoastaan kliinistä osaamista. Kuten Almarwani & Abdulaziz (2023) toteavat, hoitotyössä osaamista täytyy tarkastella usealta eri näkökulmalta. Osaamiseen vaikuttaa sekä ammatillinen, että kliininen osaaminen, asenteet, taidot, kyvyt, tiedon vastaanottamiskyky, ja sen soveltamiskyky. Kuten myös Chen, Wang ja Zhuin (2023) tekemässä tutkimuksessa hoitotyön ammattilaisten osaamista kartoitettiin ajatuksella, että osaaminen koostuu kolmesta pääkerroksesta kuten sipuli. Sipulin ydin koostui henkilökohtaisista ominaisuuksista, motivaatioista sekä luontaisista tekijöistä. Keskimmäinen kerros koostui arvoista, tunneälyn skaalasta sekä ammatillisista filosofioista. Ulommainen kerros kuvastaa opittavia asioita, kliinistä osaamista, johtamistaitoja ja teoreettista pääomaa.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin ainoastaan ylimpään kerrokseen, sekä yhteen näkökulmaan. Jos halutaan oppia sekä tiedostaa mitkä asiat vaikuttavat osaamiseen ja oppimiseen, täytyy ottaa huomioon kaikki näkökulmat sekä kerrokset. Jatkotutkimusaiheena olisikin hyvä kartoittaa tarkemmin syitä taustalta, mihin osaaminen perustuu, sillä tällä tutkimuksella saatiin selville ainoastaan tämänhetkinen tilanne ja taso, ei syitä taustalta.

## Lähteet

Almarwani, A.M. & Alzathrani, N.S. 2023. Factors affecting the development of clinical nurse's competency: A systematic review. *Nurse education in practice; Kidlington* vol 73, no 1, (11/2023):103826. Viitattu 15.3.2024. DOI:10.1016/j.nepr.2023.103826.

Anim-BOamah, O. Christmals, CD, & Armstrong, SJ. 2022. The Clinical Nursing Competency Assessment System of Ghana: Perspectives of Key Informants. *Sage Open*, 12(2). Viitattu 15.3.2024. <https://doi.org/10.1177/21582440221089960>.

Chen, M., Wang, A. & Zhun, B. 2023. Exploring the core competencies of clinical nurses in chinese tertiary hospitals: a qualitative content analysis. *BMC Nurs* 22, 166 (2023). Viitattu 24.3.2024. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01337-2>.

FinAME-asiantuntijuusmalli 2022. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 15.3.2024. <https://hoitus.fi/tutkimusnaytto-kayttoon/tukiranteet-ja-toimintamallit/finame-asiantuntijuusmalli/> .

Foster, S. 2020. Supporting nurses' wellbeing. *British Journal of Nursing*, 2020; 29 (20): 1223-1223. Viitattu 4.4.2024. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.20.1223>.

Han, S. 2023 Nurses' job crafting, work engagement, and well-being: a path analysis. *BMC Nurs* 22, 405 (2023). Viitattu 4.4.2024. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01573-6>.

Heikkilä, A., Hupli, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2019. Research utilization competence of nurses' working in university hospitals. *Tutkiva Hoitotyö; Helsinki* vol 17, Iss. 1, (2019): 3–11. Viitattu 3.3.2024. Yliopistosairaaloiden hoitotyöntekijöiden tutkimustiedon käytön osaaminen – ProQuest.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hotus- hoitosuositukset. Kirjoittajat Siltanen, K.& Heikkilä, K. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 1.3.2024. Saatavilla <https://hotus.fi/hoitosuositukset/>.

HUS Vatsakeskus. Viitattu 8.11.2024. <https://www.hus.fi/tietoa-meista/potilashoidon-organisaatio/vatsakeskus>

Imanipour, M., Ebadi, A., Monadi Ziarat, H., & Mohammadi, M. M. (2022). The effect of competency-based education on clinical performance of health care providers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 28(1), e13003. <https://doi.org/10.1111/ijn.13003>.

Jokiniemi, K., Pietilä, A-M. & Mikkonen, S. 2019. Suomalaisten kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden osaaminen: Arviointi validoidulla ydinosaamismittarilla. *Hoitotiede*; Helsinki vol 34, (2019): 28–36. Viitattu 3.3.2024. Suomalaisten kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden osaaminen: Arviointi validoidulla ydinosaamismittarilla - pdf (journal.fi).

Juuti, P. & Vuorela, A. 2015. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Karwehl, L.J. & Kauffeld, S. 2021. Traditional and new ways in competence management: Application of HR analytics in competence management. *Gr Interakt Org* 52, 7–24 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11612-021-00548-y>.

Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. 2000. Foundations of behavioral research. 4.edition. Orlando:Harcourt College Publishers.

Kliinisen hoitotyön erikoisalot: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi 2021. Valtioneuvoston julkaisut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuarkisto Valto. Viitattu 17.4.2024. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163719>.

KYS vatsaelinkirurgian palvelut. Viitattu 8.11.2024. <https://pshyvinvointialue.fi/vatsaelinkirurgian-palvelut>

Luostarinen, P., Meretoja, R. & Niemi, A. 2019. Sairaanhoidajan ammattipätevyys polikliinisessa hoitotyössä ja tulevaisuuden pätevyysaasteet. Tutkiva hoitotyö: Helsinki. Vol 17, Iss 2, (2019): 30–39. Viitattu 15.3.2024. [Luostarinen ym TUTHO 2 2019.pdf \(theseus.fi\)](#).

Manka, M-L. & Manka, M. 2023. Työhyvinvointi. 3. uudistettu painos. Helsinki: Alma Talent Oy.

Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 1. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nummenmaa, L., Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2017. Tilastollisten menetelmien perusteet. 1.–3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

OYS Vatsakeskus. Viitattu 8.11.2024. [OYS Vatsakeskus](#)

Paavilainen, S., Lakanmaa, R-L., Kuusisto, H., Lundgren-Laine, H., Salanterä, S. & Laine, H. 2021. Perushoidon osaamisen ja toteutumisen arviointi erikoissairaanhoidon vuodeosastolla- hoitotyön opiskelijoiden ja hoitotyöntekijöiden näkökulma. Hoitotiede-lehti, 33 (4), 209–219. Viitattu 15.3.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128969/78005>.

Pahkala, T., Lukkarinen, H. & Kääriäinen, M. 2013. Hoitotyön opiskelijoiden kliininen osaaminen. Tutkiva hoitotyö: Helsinki. Vol 25, Iss1, (2013): 12–23. Viitattu 24.3.2024. [Hoitotyön opiskelijoiden kliininen osaaminen | Hoitotiede \(journal.fi\)](#).

Pappa, D., Koutelekos, I., Evangelou, E., Dousis, E., Mangoulia, P., Gerogianni, G. & Dafogianni, C. 2023. Investigation of nurses' wellbeing towards errors in clinical Practice—The role of resilience. *Medicina*, 59(10), 1850. <https://doi.org/10.3390/medicina59101850>.

Ranta, I., (toim) 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki; Fioca Oy.

Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus- hanke. Ammatti- korkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2015. Viitattu 1.3.2024.

<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/03/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>.

Sílen-Lipponen, M., Kinnunen, P. & Seppänen, S. 2018. Sairaanhoitajien osaaminen varmistetaan valtakunnallisella kokeella. Tutkiva hoitotyö; Helsinki. Vol 16, Iss 2, (2018):38–40. Viitattu 24.3.2024. [Sairaanhoitajien osaaminen varmistetaan valtakunnallisella kokeella - ProQuest](#).

Sosiaali- ja terveystalvelu koskeva lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveystministeriö. Viitattu 1.3.2024 <https://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto>.

State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs, and leadership. Technical document. Health Workforce (HWF). WHO. Viitattu 15.3.2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.

Sydänmaanlakka, P. 2012. Älykäs organisaatio. 8.painos. Helsinki: Talentum Media Oy.

Taanila, A. 2019. Ristiintaulukointi ja khiin neliötesti. Akin menetelmäblogi. Päivitetty 17.4.2019. Viitattu 24.11.2024. <http://tilastoapu.wordpress.com/2011/10/14/6-ristiintaulukointi-ja-khiin-nelio-testi/>

Taref, A., MA, Y. V., Fancis, O. & Maha, M. 2023. Exploring the gap between school of nursing theoretical foundations and clinical practice. Journal of Professional Nursing. Vol 49, (1) (2023)158-164. Viitattu 15.3.2024. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.10.002>.

Taylor, I, Bing-Jonsson, P.C., Finnbakk, E., Wagensteen, S., Sandvik, L. & Fagerström, L. 2021. Development of clinical competence – a longitudinal survey of nurse practitioner students. BMC Nurs 20, 130(2021). Viitattu 1.3.2024. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00627>.

TAYS vatsa ja suolisto. Viitattu 8.11.2024. <https://www.pirha.fi/palvelut/sairaalat-tays/vatsa-ja-suolisto>

Tieteen termipankki 1.3.2024: Oikeustiede: kompetenssi. (Tarkka osoite: <https://tieteentermi-pankki.fi/wiki/Oikeustiede:kompetenssi>.)

TYKS vatsaelinkirurgia, urologia ja verisuonikirurgia. Viitattu 8.11.2024. [Tyks Vatsaelinkirurgia, urologia ja verisuonikirurgia | TYKS](#)

Työhyvinvointi. Sosiaali- ja terveysministeriö STM. Viitattu 3.4.2024. [Työhyvinvointi - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#).

Utriainen, K., Ala-Mursula, L. & Kyngäs, H. 2015. Hospital nurses' wellbeing at work: A theoretical model. *Journal of nursing management*, 23(6), pp. 736–743. doi:10.1111/jonm.12203

Valli, R. 2018. Numerot ja niiden tulkinta määrällisessä tutkimuksessa. Julkaisussa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 5.uudistettu painos. Toim. Valli, R. Jyväskylä: PS-kustannus.

Viitala, R. 2021. Henkilöstöjohtaminen. Keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 4.painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Yanhua, C. & Watson, R. 2011. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse education today*. 31 (8) 832-836. Viitattu 24.3.2024. <https://doi.org.ezproxy.jamk.fi:2443/10.1016/j.nedt.2011.05.003>.

Wagensteen, S., Finbakk, E., Adolfsson, A., Kristijansdottir, G., Roodbol, P., Ward, H. & Fagerström, L. 2018. Postgraduate nurses' self-assessment of clinical competence and need for further training. A European cross-sectional survey. *Nurse education today*. 62 (4) 101-106. Viitattu 15.3.2024 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.020>.

## LIITTEET

### **Salassa pidettävä.**

Vatsakeskuksen osastohoito työn ammattilaisten kliininen osaaminen.