

Piia Luostarinen

Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja osaaminen polikliinisessä hoitotyössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

Opinnäytetyö

Lokakuu 2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Piia Luostarinen Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja osaaminen polikliinissä hoitotyössä 58 sivua + 3 liitettä Lokakuu 2016
Tutkinto	Sairaanhoidaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysala
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ohjaaja(t)	Lehtori Antti Niemi
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää toimenpidepoliklinikoilla toimivien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja osaamista heidän itsensä arvioimana sekä suhteessa asiantuntijaryhmän arvioimaan tavoitetasoon. Tarkoituksena oli myös selvittää vaikuttavatko ikä ja työssäoloaika ammatilliseen pätevyyteen polikliinisessä hoitotyössä. Lisäksi opinnäytetyössä kartoitettiin polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden haasteita. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa kyseisille poliklinikoille koulutustarpeiden kohdentamiseen, sairaanhoitajien urakehityksen tukemiseen ja toiminnan kehittämisen perustaksi.</p> <p>Opinnäytetyössä sairaanhoitajat arvioivat itse ammatillista pätevyyttään ja osaamistaan polikliinisessä hoitotyössä. Mittarina käytettiin Meretojan (2003) kehittämää Nurse Competence Scale (NCS) kyselyä, joka koostuu auttamisen, opettamisen ja ohjaamisen, tarkkailutehtävien, tilannehallinnan, hoitotoimien hallinnan, laadun varmistuksen ja työroolin osa-alueista. Tutkimus toteutettiin erään yliopistollisen keskussairaalan kolmella eri poliklinikalla. Tutkimusaineistona käytettiin keväällä 2015 sairaanhoitajilta kerättyjä itsearviointeja ammatillisesta pätevyydestä. Sairaanhoidajien vastauksia verrattiin asiantuntijaryhmän määrittelemään ammattipätevyyden ja osaamisen tavoitetasoon, tavoitetaso määriteltiin NCS-mittarin avulla. Asiantuntijaryhmä koostui kyseisten poliklinikoiden esimiehistä sekä kliinisestä asiantuntijasta. Asiantuntijaryhmältä kerättiin myös avoimilla kysymyksillä tietoa polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden haasteista.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto koostui kahdesta eri aineistosta. Määrällinen aineisto purettiin tilastollisin menetelmin ja siitä saatiin yleisimmät tunnusluvut kuten keskiarvot, hajonnat sekä prosentit. Aineiston normaalijakaumaa testattiin Shapiro-Wilk – testillä. Taustamuuttujien ja summamuuttujien välisien erojen tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin Kruskal-Wallis – testillä. Avoimet kysymykset purettiin teoriaohjaavan sisällön analyysin avulla.</p> <p>Sairaanhoidajat arvioivat oman ammatillisen pätevyytensä polikliinisessä hoitotyössä hyväksi. Iällä ei ollut vaikutusta ammatillisen pätevyyden arviointiin tässä tutkimuksessa. Pidempään nykyisessä työyksikössä työskennelleet sairaanhoitajat arvioivat pätevyytensä paremmaksi hoitotoimien hallinnan ja työroolin osa-alueissa. Sairaanhoidajien omat arvioinnit erosivat asiantuntijaryhmän asettamista ammatillisen pätevyyden ja osaamisen tavoitetasoista useissa kohdissa. Suurimmat erot kohdistuivat hoitotyön ja potilashoidon kehittämisen aihe-alueille. Asiantuntijaryhmä tunnisti polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden haasteina useita eri teemoja. Näitä olivat mm. hoitotyön kehittäminen, kliininen osaaminen, päätöksenteon tukimenetelmien käyttö sekä työrooliin liittyvien taitojen hallinta.</p>	
Avainsanat	ammatillinen pätevyys, NCS-mittari, polikliininen hoitotyö

Author(s) Title	Piia Luostarinen The professional competence of nurses in outpatient nursing
Number of Pages Date	58 pages + 3 appendices October 2016
Degree	Master's Degree
Degree Programme	Health Care and Social Services
Specialisation option	Leadership in Health Care and Social Services
Instructor(s)	Lecturer Antti Niemi
<p>The purpose of this study was to find out the professional competence of nurses in outpatient nursing. In addition, the competence was measured both by self-assessment of the nurses themselves, as well as in relation to the target level set up by a group of experts. The aim was to see if the age or the period of employment influenced the competence of the outpatient nurses. The goal was also to evaluate the future challenges in outpatient nursing.</p> <p>The data was collected by using an electronic meter called the Nurse Competence Scale (NCS). This meter was developed by Riitta Meretoja (2003). The scale is formed from seven competence categories which are helping role, teaching and coaching, diagnostic functions, managing situations, therapeutic interventions, ensuring quality and tasks related to work role.</p> <p>The research was conducted at the three different outpatient clinics. The nurses were interviewed during the spring of 2015. During the study, also a group of experts answered to NCS-meter (Meretoja 2003). These answers form the target level of nurses' professional competence for outpatient nursing. By the use of open-ended questions, I also gathered information on what future challenges the experts fore-saw for outpatient nursing</p> <p>The data collected by the NCS-meter was analyzed by using the SPSS-software and the qualitative data was analyzed by using the deductive content-analysis.</p> <p>The nurses estimated their own professional competence to be good in every seven competence categories. Of background variables (age or work experience) only the working experience was seen to have an influence to the professional competence. In several measures, the nurses' own assessments differed from the targets set up by the team of experts. The group of experts also identified several themes as future challenges for outpatient nursing. These themes were the development of nursing, clinical expertise, the use of decision support techniques and skills related to work role management.</p>	
Keywords	Professional competence, Nurse Competence Scale (NCS), Outpatient care

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Polikliininen hoitotyö, ammatillinen pätevyys ja osaaminen	3
2.1	Polikliinisen hoitotyön erityispiirteet	3
2.2	Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen	6
2.3	Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	13
4	Opinnäytetyön menetelmät	14
4.1	Lähtökohdat ja tutkimusmenetelmät	14
4.2	NCS-mittarin esittely	16
4.3	Aineistonkeruu	16
4.4	Aineistojen analyysit	17
4.4.1	Määrällisen aineiston analyysi	17
4.4.2	Laadullisen aineiston analyysi	18
5	Tulokset	22
5.1	Taustatiedot	22
5.2	Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys polikliinisessä hoitotyössä	24
5.2.1	Auttaminen	25
5.2.2	Opettaminen ja ohjaaminen	26
5.2.3	Tarkkailutehtävä	29
5.2.4	Tilannehallinta	30
5.2.5	Hoitotoimien hallinta	32
5.2.6	Laadun varmistus	34
5.2.7	Työrooli	36
5.3	Polikliinisen hoitotyön haasteet tällä hetkellä ja tulevaisuudessa	39
5.3.1	Polikliinisen hoitotyön osaamishaasteet tällä hetkellä	39
5.3.2	Polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden osaamishaasteet	40
6	Pohdinta	45
6.1	Tutkimustulosten pohdinta	45
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	51
6.3	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	54

Liitteet

Liite 1. NCS-mittari

Liite 2. Käsitekartta

Liite 3. Saatekirje

1 Johdanto

Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys ja osaaminen ovat ajankohtaisia aiheita tämän päivän työelämässä. Tietoisuus ammatillisen pätevyyden ja osaamisen vaikuttavuudesta moniin asioihin on lisääntynyt. Ammatillisesta pätevyydestä ja osaamisesta puhutaan nykyään monissa yhteyksissä; nuorten sairaanhoitajien työhön sitoutumisessa, työhyvinvoinnissa, osaamisen johtamisessa sekä perehdytyksessä. Ammatillinen pätevyys ja osaaminen eivät ole enää ainoastaan urakehityksen työkaluja, vaan enemmänkin elinehto nykypäivän teknologian, tieteen, innovaatioiden ja vaativan työelämän keskellä.

Sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden ja osaamisen haasteeseen on tarttunut myös Sairaanhoitajaliitto yhdessä Ammattikorkeakoululiiton kanssa. Heidän yhteisessä hankkeessaan ”Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus” määritettiin sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset ammattipätevyysdirektiivin mukaan. (Eriksson – Korhonen – Merasto - Moision 2015) Sairaanhoitajaliitto on koonnut myös raportin, jossa kuvataan sairaanhoitajien klinisiä asiantuntijatehtäviä sekä perustellaan niiden tarvetta. Tarkastelu perustuu kansainvälisen sairaanhoitajaliiton määrittelemään Advanced Practice Nursing (APN) – termiin, joka suomessa tunnetaan nimellä laajavastuinen kliininen hoitotyö. Raportissa määritellään kansallisesti klinisten asiantuntijatehtävien edellyttämä koulutus, osaaminen ja nimikkeet. (Kotila ym. 2016)

Nuorten sairaanhoitajien alanvaihtoa sekä ammattipätevyyden kehittymiseen liittyviä työhyvinvointitekijöitä on selvitetty myös laajassa tutkimushankkeessa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Turun yliopiston taholta. Tutkimushanketta (Meretoja ym. 2015) on rahoittanut Työsuojelurahasto. Tutkimushankkeessa oli tavoitteena tuottaa tietoa työelämässä toimivien sairaanhoitajien ammatillisesta pätevyydestä ja pätevyyden kehittämisestä työuran alkuvuosina ja koulutuksen aikana. Tutkimushankkeesta on valmistunut loppuraportti, jossa tutkimuksen johtopäätöksinä todettiin, että hyvä ammattipätevyys ja työhyvinvointia tukeva työympäristö ovat perusta ammatillisesti ja eettisesti korkeatasoiselle potilashoidolle ja työhönsä sitoutuneelle henkilöstölle. (Meretoja ym. 2015) Hankkeet ja raportit puhuvat puolestaan, aihe on ajankohtainen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää toimenpidepoliiklinikoilla toimivien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja osaamista heidän itsensä arvioimana sekä suhteessa asiantuntijaryhmän arvioimaan tavoitetasoon. Tarkoituksena on myös selvittää

vaikuttavatko ikä ja työssäoloaika ammatilliseen pätevyyteen ja osaamiseen polikliinissä hoitotyössä. Lisäksi opinnäytetyössä kartoitetaan polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden haasteita.

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti kiinnostukseni polikliiniseen hoitotyöhön ja tietoisuus sen vaativasta luonteesta. Tutkittua tietoa ja kirjallisuutta juuri polikliinisen hoitotyön ammatillisen pätevyyden ja osaamisen mittaamisesta ja arvioinnista ei juurikaan ole. Osaamiskartoitusten kautta sairaanhoitajien työkuvien avaaminen ja kehittäminen on mahdollista. Ammattitaidon kehittäminen on tärkeää, jotta pystymme vastaamaan haasteisiin, tarjoamaan parasta mahdollista hoitoa ja tukemaan hoitohenkilökunnan työssäjaksamista, sitoutumista työhön ja urakehitystä. Lääketiede kehittyy vauhdilla ja polikliinisen hoidon kannattavuus ja hoidolliset mahdollisuudet sen myötä. Myös koulutuksen kohdentaminen on tärkeä näkökulma ammatillisen pätevyyden ja osaamisen kehittymisen tukemisessa.

2 Polikliininen hoitotyö, ammatillinen pätevyys ja osaaminen

2.1 Polikliinisen hoitotyön erityispiirteet

Poliklinikalla tarkoitetaan usein sairaalan yhteydessä toimivaa vastaanotto-, tutkimus- tai hoitopaikkaa. Polikliinisella hoidolla tarkoitetaan poliklinikkaan liittyvää tai poliklinikalla tapahtuvaa tutkimusta tai hoitoa, johon ei sisälly yöpymistä sairaalassa. Poliklinikalla tapahtuva toiminta on suoritteita, kuten palveluita, toimenpiteitä tai tutkimuksia tai niiden laajempia yhdistelmiä, esimerkiksi hoitajaksoja. (MOT 2015) Polikliinistä hoitoa toteutetaan hyvin erilaisissa toimintaympäristöissä ja eri poliklinikoilla on omia erityispiirteitään. Polikliininen hoitotyö painottuu vahvasti potilaan tai ryhmän ohjaukseen ja neuvontaan, potilaan diagnoosin varmistamiseen erilaisten tutkimusten avulla sekä erilaisiin toimenpiteisiin rajallisessa ajassa. (Fagerholm 2014, 6) Tässä opinnäytetyössä polikliinisella hoitotyöllä tarkoitetaan toimenpidepoliklinikoilla työskentelevien sairaanhoitajien suorittamaa toimenpidepainotteista hoitotyötä.

American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN) -yhdistys on määritellyt teoreettisen polikliinisen hoitotyön mallin. Vuonna 1998 luotua mallia tarkastettiin ja laajennettiin vuonna 2010 uudelleen. Polikliinisen hoitotyön teoreettisessa mallissa potilas nähdään yksilönä, kokonaisvaltaisena toimijana. Keskeistä mallissa on potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus. Mallissa polikliininen hoitotyö jaetaan kahteen eri toimintaympäristöön, terveydenhuollon ulkoiseen toimintaympäristöön ja terveydenhuollon sisäiseen toimintaympäristöön. Ulkoinen terveydenhuollon toimintaympäristö pitää sisällään mm. toimintaa ohjaavat lait ja hallinnon, terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän, tieteen ja teknologian kehityksen, yleiset ympäristötekijät ja väestön terveydentilan, tarpeet, käsitykset ja voimavarat. Sisäinen toimintaympäristö on potilaan hoitopaikka ja hoitajan työympäristö. Toimintaympäristön määrittely auttaa ymmärtämään polikliinisen hoitotyön luonnetta ja erottaa sen muista hoitotyön erikoisaloista. (Mastal 2010, 268–269)

Polikliinisessä hoitotyössä hoitaja kohtaa nopeasti muuttuvia, tuntemattomia ja arvaamattomia tilanteita. Näihin tilanteisiin hoitajan on reagoitava nopeasti. Hoitajat hoitavat monia potilaita lyhyessä ajassa satunnaisesti tai hoidot jatkuvat kuukausien tai vuosien ajan. Näistä syistä teoreettisessa polikliinisen hoitotyön mallissa nähdään hoitajalla kolme erilaista roolia. Hoitaja toimii kliinisessä, organisatorisessa ja ammatillisessa roo-

lissa. Poliklinikalla korostuvat tilanteen mukaan hoitajan eri roolit. Kliinisessä roolissa korostuu hoitajan kyky kriittiseen arviointiin ja taito yhdistellä erilaisia tietoja potilaan hoitoon ja vaatimuksiin. Hoitajat tarvitsevat osaamista hoitotyön suunnittelussa, kykyä hyödyntää näyttöön perustuvaa tietoa ja arvioida asianmukaisesti hoitotuloksia. Organisoimisessa roolissa hoitaja hallinnoi ja koordinoi toimintaa sekä voimavaroja, esimerkiksi henkilökuntaa ja työmäärää. Hoitajan vastuulla on työn sujuminen. Ammatillinen rooli käsittää ammatillisen hoitotyön toiminnan, etiikan ja tiedon organisaation vallitsevista käytännöistä. Ammatillinen rooli edellyttää myös näyttöön perustuvan tiedon käytön hallintaa sekä yleisesti polikliiniseen hoitotyöhön liittyvien tietojen ja taitojen hallintaa. Polikliinisessä hoitotyössä sairaanhoitajat työskentelevät osana moniammatillisia tiimejä ja toimivat tiimivastaavina, joten polikliiniselta hoitajalta vaaditaan kehittävää työtettä ja johtamisen taitoja. (Mastal 2010, 269)

Polikliinisen sairaanhoitajan rooleja on kuvattu myös endoskopiayksikössä toimivan koordinoivan sairaanhoitajan näkökulmasta. Artikkelissa sairaanhoitajan osaamista käsitellään NSC-mittarista (Meretoja 2003) nousseiden seitsemän osa-alueen mukaan. Osa-alueita ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävät, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus ja työrooli. Auttamisen osa-alueessa polikliininen sairaanhoitaja vastaa potilaan yksilöllisestä hoidosta ja varmistaa kotiutuvien potilaiden jatkohoidon. Opettamisen-ohjaamisen osa-alue näkyy hoitajan työssä potilaan suullisella ja kirjallisella ohjaamisella. Ohjaamiseen sisältyy myös kollegoiden ja opiskelijoiden ohjaus sekä muu konsultointityö. Polikliinisen koordinoivan sairaanhoitajan tarkkailutehtävät sisältävät potilaiden esitutkimustulosten tulkintaa, konsultointia ja jatkotoimenpiteistä sopimista. Tilannehallinta korostuu koordinoivan sairaanhoitajan työssä, elektiivisten- ja päivystypotilaiden koordinointi edellyttää hyvää priorisointikykyä ja stressinsietoa. Koordinoivan sairaanhoitajan rooli korostuu myös hoitotyön edustajana moniammatillisessa tiimissä. Hoitotoimien hallinta näkyy tutkimusten ja toimenpiteiden substanssin hallintana. Oman toiminnan ja toimintaympäristön sujuvuuden päivittäinen arviointi, hoito- ja tutkimusohjeiden sekä hoitoprosessien laadinta kuuluu osana koordinoivan sairaanhoitajan laadun varmistuksen osa-alueen hallintaan. Työroolissa korostuvat vahva stressinhallintakyky, konfliktien käsittelykyky, konsulttina ja roolimallina toimiminen. Artikkelissa painotetaan sairaanhoitajan toimintaa koordinoivana osaajana, jolta vaaditaan vahvaa ammattitaitoa ja johtamiskykyä. (Vuorinen – Heino – Meretoja 2009, 411–412)

Fagerlund (2014) kehitti väitöskirjassaan mallin poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoituksen mallinnukseen ja tavoitteena oli tuottaa työkalu polikliinisen hoitotyön johtamiseen. Tutkimuksessaan Fagerlund (2014) kuvaa polikliinisen hoitotyön muutosta. Poliklinikoiden toimintaympäristö on muuttunut; teknologia kehittyminen ja hoitokäytänteiden muutokset ovat siirtäneet potilaiden hoitoa vuodeosastoilta poliklinikoille. Tämän muutoksen myötä hoitajien työnkuvat poliklinikoilla ovat muuttuneet sekä työn vaativuus on kasvanut. Poliklinikalla toimivan sairaanhoitajan asiantuntijuus, työn itsenäisyys ja osamisvaatimuksen ovat myös muuttuneet toimintaympäristön muutoksen myötä. (Fagerlund 2014, 5-8)

Kantelinen (2008) kuvasi pro gradu – tutkimuksessaan sairaanhoitajan työn sisältöä sisätautien ja kirurgian poliklinikalla yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksen mukaan hoitajien työhön sisältyy vaihtelevasti lääkäri–sairaanhoitaja-vastaanottoa sekä puhelin- ja hoitaja-vastaanottoa. Sairaanhoitajan työ sisältää myös hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Hoidon toteutus ja arviointi tapahtuivat poliklinikalla yleisimmin yhteistyössä lääkärin kanssa. Potilaan hoitoa sairaanhoitajat suunnittelivat itsenäisesti ja yhdessä potilaan kanssa. Potilaan ohjaaminen ja opettaminen muodostavat merkittävän osan sairaanhoitajan työstä poliklinikalla. Sairaanhoitajat välittävät tietoa sairauksista sekä niiden hoidosta, erilaisista tutkimuksista, omahoidosta, saatavilla olevasta tuesta sekä sosiaalietuuksista ja maksuista. (Kantelinen 2008, 8-16)

Laakkosen (2004) tutkimuksessa tarkasteltiin hoitokulttuurin merkitystä ammatillisena kasvuympäristönä. Tutkimuksen kohdeympäristönä oli erikoissairaanhoidon poliklinikka ja poliklinikalla toteutettiin sekä ajanvaraustoimintaa että toimenpidetoimintaa. Hoitotyö poliklinikalla eroaa hoitotyöstä vuodeosastolla. Polikliiniselle hoitotyölle on ominaista ennakkoimattomuus (erityisesti päivystyspotilaiden hoito tutkimusyksikössä), vaihtelevaisuus ja hoitokontaktien lyhyys. Toiminta poliklinikalla edellyttää jatkuvaa korkeaa valmiustasoa ja ammatillista erityisosaamista samoin kuin saumatonta eri ammattiryhmien yhteistyötä. Poliklinikkatyössä korostuu myös moniammatillisuus, joksi luetaan ryhmätyö sekä erilaisten ammattilaisten työpanoksen koordinointi. Tutkimuksessa todettiin, että poliklinikoille työhön hakeutuu ja siellä viihtyvät työntekijät, jotka pitävät nopeatempoisesta, vaihtelevasta ja niin ruumiillisesti että henkisestikin vaikeita tilanteita sisältävästä sairaalatyöstä. (Laakkonen 2004, 86–87)

Huttunen (2007) kuvaa pro gradu -tutkimuksessaan polikliinista hoitotyötä sydäntutkimusosastolla angiografiatutkimuksissa. Toimenpidepotilaan hoitotyöhön kuuluu varsinaisen toimenpiteessä avustamisen lisäksi, hoitotyön suunnittelu, potilaan valmistelu tutkimukseen, ohjaus sekä jälkitarkkailu ja kotiutus. Tutkimuksessa hoitajat korostivat potilaan potilastietoihin tutustumisen tärkeyttä. Potilastiedoista pyrittiin selvittämään potilaan aikaisemmat sairaudet, lääkitykset, allergiat, laboratoriotutkimusten poikkeavuudet ja edeltävien tutkimusten toteutuminen. Näitä tietoja hyödyntämällä hoitajat pyrkivät ennakkoimaan mahdollisia potilaan hoitamiseen ja toimenpidevalmisteluihin liittyviä erityispiirteitä ja riskejä. Toimenpidepoliklinikalla oman haasteensa hoitotyölle tuovat lyhyet hoitokontaktit potilaisiin ja useiden erityyppisten potilaiden samanaikainen hoitaminen. Tutkimuksessa hoitajat kuvasivat, että ammatillisen osaamisen ja kokemuksen myötä kehittyvä, niin sanottu, ammatillinen ”silmiä” auttaa potilaiden yksilöllisen hoidon tarpeen arvioinnissa ja toteuttamisessa. Tämä taito korostui varsinkin kiireessä ja äkillisissä työpiirteiden vaihdoissa. (Huttunen 2007, 37–38)

2.2 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen

Työskentely terveydenhuoltoalalla vaatii hyvää ammatillista osaamista. Sairaanhoidajan ammatillisen toiminnan ja osaamisen pohjana ovat erilaiset lait ja säädökset. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä sekä sairaanhoidajan eettiset ohjeet ovat perustana toiminnalle. (L559/1994; A564/1994; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet) Lain tarkoitus on turvata potilasturvallisuus ja taata annetun hoidon laatu. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja. (L559/1994) Sairaanhoidajan eettiset ohjeet tukevat ja ohjaavat päivittäisessä hoitotyössä tehtäviä eettisiä päätöksiä. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet)

Sairaanhoidajakoulutus luo pohjan ammatilliselle osaamiselle ja koulutusta ohjaavat erilaiset säädökset. Euroopan unionin alueella on annettu yhteiset vähittäisvaatimukset yleissairaanhoidajan ammatilliselle osaamiselle. (2013/55/EU) Valtioneuvosto on omassa asetuksessaan (352/2003) linjannut, että ammattikorkeakoulusta valmistuvan sairaanhoidajan tulee täyttää Euroopan yhteisön lainsäädännön asettamat vaatimukset.

Myös Opetusministeriö on linjannut hoitotyön koulutuksen osaamisvaatimukset, joista sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu. Opetusministeriön mukaan ammatilliseen osaamiseen kuuluvat eettinen osaaminen, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja johtaminen. (Opetusministeriö 2006)

Sairaanhoitajan työssä tarvitaan teoreettista, käytännöllistä ja evidenssiosaamista. Teoreettisella osaamisella tarkoitetaan teoreettisen tiedon hallintaa laaja-alaisesti ja sen käyttämistä ja soveltamista hoitotyössä. Se sisältää ongelmanratkaisukyvyyn, lääketieteellisen osaamisen sekä teoriatietoa potilaan erilaisiin elämäntilanteisiin ja lähtökohtiin. Käytännöllisellä osaamisella tarkoitetaan kädentaitojen osaamista, potilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön ja periaatteiden osaamista ja suunnitelmallisen työskentelyn osaamista. Käytännöllinen osaaminen pitää sisällään myös erilaisten auttamismenetelmien hallinnan, kyvyn tehdä päätöksiä nopeasti muuttuvissa tilanteissa sekä pitkän tähtäimen suunnitelmat vaativissa tilanteissa. Käytännöllisessä osaamisessa korostuvat nykypäivänä myös sairaanhoitajan kyky itsenäiseen työskentelyyn, hyvä tiedonhallinta ja sen soveltamiskyky. Evidenssiosaaminen on kykyä käyttää ja soveltaa teoreettisesti tutkittua tietoa kriittisesti ja mielekkäästi käytännön hoitotyössä. Nykykäsityksen mukaan sairaanhoitajan asiantuntijuuden perusta on näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa yleisesti parhaan ja ajantasaisen tiedon arviointia ja käyttöä yksittäisen potilaan tai koko potilasryhmien terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotyössä. Evidenssiosaaminen edellyttää sairaanhoitajalta riittäviä tiedonhankintataitoja ja kykyä arvioida tiedon luotettavuutta. Myös eri lähteistä saadun tiedon yhdistäminen ja soveltaminen käytännön hoitotyössä kuuluu evidenssiosaamiseen. (Surakka 2009, 81; Mäkipää – Hahtela 2011, 34–35)

Vaikka sairaanhoitajan osaaminen muodostuu teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisesta, sekä tiedon ja käytännön yhdistävästä evidenssiosaamisesta Surakan (2009) mukaan sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostuu myös ammattitaidosta, yksilöllisestä pätevydestä, työelämän laatuvaatimuksista ja asiantuntijuuteen kehittymisestä. Ammatilliseen osaamiseen sisältyy lisäksi yhteistyötaidot, vuorovaikutustaidot sekä yleiset työelämätaidot. Sairaanhoitajan ammatillista osaamista voidaan tarkastella ammatillisen kasvun näkökulmasta. Ammatillinen kasvu on jatkuvaa oppimisprosessia. Työuransa aikana sairaanhoitaja hankkii koulutuksensa lisäksi niitä tietoja ja taitoja, joita

hän tarvitsee voidakseen vastata muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin. (Surakka 2009, 81,92)

Sairaanhoitajien osaamistarpeet ovat muuttuneet hoitotyössä tapahtuneiden muutosten kautta. Hoitotyötä ovat muokanneet niin toimintaympäristön muutokset kuin työelämän, yhteiskunnan ja koko terveydenhuollon kokemat muutokset. Voidaan ajatella, että myös ihmiset ovat muuttuneet. Asiakkaat odottavat enemmän tiettyjä taitoja terveydenhuoltoalan ammattilaisilta. Tiedon määrän lisääntyminen, verkostoituminen, töiden uudelleen organisointi ja johtaminen tuovat painetta uusille osaamistarpeille. Sairaanhoitajan ammatilliset osaamistarpeet vaihtelevat myös erikoisaloittain sekä työyksiköittäin, sillä työn sisältö vaihtelee paljon riippuen siitä, millä erikoisalalla sairaanhoitaja työskentelee. (Hilden 2002, 29-3, 55; Metsämuuronen 2000, 46)

Terveysteknologia luo uusia osaamistarpeita nykypäivän sairaanhoitajalle. Sairaanhoitajilla tulee olla tietoteknisiä perustaitoja, mm. potilastietojärjestelmien tuntemus, käyttöjärjestelmien tuntemus ja sähköpostin käyttäminen. Sairaanhoitajille on avautumassa uusi rooli kehittyneen teknologian ja sähköisten palveluiden kautta, jossa potilas kohdataan virtuaalisesti. Sähköiset terveystalvet ja virtuaaliympäristöt tuovat uudenlaisia osaamisvaatimuksia, pitää hallita verkkotyöskentely ja on osattava käyttää erilaisia järjestelmiä ja ohjelmia. (Rönkkö – Helkiö – Kautonen – Riippa 2016, 46- 49; Metsämuuronen 2000, 109 - 111)

Nykypäivänä puhutaan paljon osaamisen johtamisesta, henkilökunta nähdään työyhteisön voimavarana ja osaaminen työyhteisön pääomana. Jotta osaamista voidaan johtaa ja kehittää, tulisi jokaisessa organisaatiossa määrittellä tarvittava osaaminen ja tunnistaa tulevaisuuden haasteet. Tarvittavan osaamisen määrittäminen tuo pohjan henkilöstön osaamisen kehittämiselle ja kehityskeskusteluille. Tärkeää on myös arvioida henkilökunnan nykyinen osaaminen ja pohtia tulevaisuuden osaamishaasteita. Osaamisen tason määrittäminen on tärkeää, jotta henkilöstön osaamista voidaan hyödyntää. Se auttaa myös kehittämistoimenpiteiden suunnittelussa ja lisää yksittäisen henkilön oppimismotiivaatiota. (Surakka 2009, 86–87; Hilden 2002, 61–63; Lammintakanen – Kinnunen 2006, 15–23)

Sairaanhoitajien osaamisen arvioinnissa voidaan käyttää Riitta Meretojan (2003) kehittämää ammattipätevyysmittaria, Nurse Competence Scale – mittaria (NCS). Tällä mittarilla voidaan sairaanhoitajien ammattipätevyyttä ja osaamista mitata vertailukelpoisesti erilaisissa toimintaympäristöissä. Mittarilla tehtävään arviontiin osallistuu sairaanhoitaja ja hänen esimiehensä. Näin voidaan nähdä millaista osaamista sairaanhoitajalla jo on ja mitä osaamisen alueita tulee kehittää ja arvioida. Systemaattinen ammattipätevyyden arviointi työyhteisössä luo edellytykset osaamisen ja asiantuntijuuden jatkuvalle kehittämiselle. Pelkkä ammattitutkinnon suorittaminen ei nykyään enää riitä, vaan työntekijöiltä vaaditaan koko työuran kestäväää ammatillista kasvua. Työntekijän ammatillinen kasvu sisältää kaikki ne kehittämistoimet, joita työntekijä käyttää oman ammatillisen osaamisensa ylläpitämiseen ja kehittämiseen. (Surakka 2009, 86–87; Hilden 2002, 61–63)

2.3 Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys

Hilden (2002) kuvaa kirjassaan ammatillista pätevyyttä eli kompetenssia kykynä suoriutua tehtävästään hyvin, niin itsensä arvioimana kuin muidenkin arvioimana. Ihmisellä on taitoja suhteessa senhetkiseen tehtävään, joka hänelle on annettu. Tällöin ihmisen itseluottamus on yhteensopiva suorituksen kanssa, hän tietää rajansa, hän tietää mitä osaa ja mitä ei. Kompetenssi voi olla tiedostettua tai tiedostamatonta. Tietoinen kompetenssi tarkoittaa, että esimerkiksi sairaanhoitaja tuntee taitonsa ja suoriutuu tehtävistään hyvin. Tiedostamaton kompetenssi puolestaan tarkoittaa, että sairaanhoitaja harjoittaa kykyjään, taitojaan tai tietojaan vaistomaisesti, miettimättä asioita. (Hilden 2002, 33–34)

Feyn & Miltnerin (kts. Hilden 2002, 35) mukaan kompetenssi eli ammatillinen pätevyys koostuu kolmesta osa-alueesta; ydinpätevyydestä, erikoispätevyydestä ja yleispätevyydestä. Yleispätevyys koostuu tiedoista ja taidoista, joita ilman sairaanhoitaja ei pysty suunnittelemaan ja toteuttamaan potilaan hoitoa sekä arvioimaan potilaan tilaa ja hoitoa. Erikoispätevyyteen sisältyy ne tiedot ja taidot, joita sairaanhoitaja tarvitsee toteuttaessaan hoitotyötä määrätulle potilasjoukolle, eri erikoisalat vaativat eri pätevyystekijöitä. Yleispätevyys yhdistää molemmat pätevyydet, niin ydinpätevyyden kuin erikoispätevyydenkin. Yleispätevyys on ns. potilaan hoitoon liittyvä pätevyys, missä hoitaja yhdistää niin ydinpätevyyden kuin erityispätevyydenkin suunnitellessaan potilaan hoitoa. Näiden pätevyyksien hallintaan sairaanhoitaja tarvitsee psykomotorisia-, psykososiaalisia- ja ongelmanratkaisutaitoja. (Hilden 2002, 33–36)

Meretojan (2003) kehittämässä sairaanhoitajan ammattipätevyysmittarissa, Nurse Competence Scale (NCS), ammattipätevyys määritellään kyvykkyytenä toimia tietyssä työroolissa, kapasiteettinä yhdistää tietoja, taitoja, arvoja ja asenteita työtoiminnassa sekä ammatillisen kasvun vaiheittaisena prosessina. Meretojan (2003) mukaan sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys koostuu seitsemästä ammattipätevyyttä kuvaavasta summa-
muuttujasta. Pätevyysalueita ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävät, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus ja työrooli. Sairaanhoitajan tarvitsee työssään hoitotyön auttamismenetelmiä, kuten käden-, ajattelun- ja päätöksenteon taitoja sekä sosiaalisia taitoja. Opettamis- ja ohjaamistaidot tarkoittavat hoitotyössä potilaan neuvontaa ja informoimista. Sairaanhoitajan tarkkailutaitoihin kuuluvat potilaan tilassa tapahtuvien muutosten havainnointi ja tunnistaminen sekä muutosten dokumentointi. Yhtenä ammattipätevyyden osa-alueena on tilannehallinta. Sairaanhoitajan tilannehallintana voidaan nähdä esimerkiksi elvytystaidot ja hätätilanteissa toimimisen taidot. Hoitotoimien hallintaan kuuluu hoitamiseen välittömästi kuuluvien taitojen hallinta sekä työn organisointiin ja kehittämiseen kuuluvat tehtävät. Toiminnan tuloksellisuuden arviointi kuuluu sairaanhoitajan ammattipätevyyden laadunvarmistuksen osa-alueeseen. Seitsemäntenä ammattipätevyyden osa-alueena on työroolin osa-alue. Siihen kuuluvat kokonaistoiminnan sujuvuudesta huolehtiminen, yhteistyötaidot ja toiminnan kehittäminen. (Surakka 2009, 87; Heikkilä – Ahola – Kankkunen – Meretoja – Suominen 2007, 4-5)

Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys liittyy niihin tietoihin ja taitoihin, joita häneltä edellytetään käytännön hoitotyössä. Sairaanhoitajan ammatillisella pätevyydellä tarkoitetaan kykyä yhdistää toiminnassaan parhaalla mahdollisella tavalla tiedot, taidot, asenteet ja arvot erilaisissa toimintaympäristöissä, jotta lopputuloksena olisi laadukas hoito. Ammatillinen pätevyys tarkoittaa siis yksilön kykyä hallita ammattinsa toiminnallisia kokonaisuuksia. (Kaira 2002, 6; Mäkipeura 2005, 13; Surakka 2009, 81)

Sairaanhoitajien ammatillisesta pätevyydestä on tehty paljon erilaisia tutkimuksia niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Meretojan (2003) kehittämä Nurse Competence Scale (NCS) mittari on käännetty usealla eri kielelle ja sitä on käytetty suomalaisissa ja kansainvälisissä sairaanhoitajien ammattipätevyyttä kuvaavissa tutkimuksissa tutkimusinstrumenttina. NCS-mittari on laajimmin käytetty mittari, jolla voidaan mitata sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä uran eri vaiheissa. Mittarin käytöstä ja tuloksista on

valmistunut systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Flinkman ym. 2016) tänä vuonna. Katsaus sisälsi 30 tutkimusta, joista 20 oli tehty Euroopassa ja 10 Euroopan ulkopuolella. Tutkimukset ovat vuosilta 2004–2015. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksenä voitiin todeta, että NCS-mittari on validi ja johdonmukainen mittari, joka mittaa hyvin sairaanhoitajien ammattipätevyyttä uran eri vaiheissa. Katsauksessa todettiin myös, että taustamuuttajat (mm. ikä, koulutus, työssäoloaika) vaikuttavat pätevyyden arviointiin. (Flinkman ym. 2016)

NCS-mittarin (Meretoja 2003) avulla sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä on tutkittu mm. Italiassa (Dellai - Mortari - Meretoja 2009), Liettuassa (Istomina ym. 2011), Iranissa (Bahreini – Shahamat – Hayatdavoudi – Mirzaei 2011) ja Yhdysvalloissa (O`Leary 2012). Italiassa tehty tutkimus sairaanhoitajien ammatillisesta pätevyydestä NCS-mittaria käyttäen antoi samansuuntaisia tuloksia kuin Suomessa tehdyissä tutkimuksissa. Tutkimukseen osallistui 10 sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät sisätautien- ja kardiologian osastoilla sekä teho-osastolla. Aloittelevat sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa hyväksi ja kokeneemmat sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä erittäin hyväksi. NCS-mittari todettiin myös kulttuurisesti päteväksi ja mittari oli helposti ymmärrettävissä. Mittarin käytettävyyttä ja validiteettia eri kulttuurissa lisäsi haastattelumenetelmän käyttö mittarin rinnalla. (Dellai ym. 2009, 783)

Suomessa NCS-mittarin avulla on selvitetty mm. valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillista pätevyyttä ja siihen yhteydessä olevia oppimisympäristötekijöitä viimeisen harjoittelujakson aikana. Valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat arvioivat ammatillisen pätevyytensä valmistumisvaiheessa hyväksi. Ammattipätevyyden itsearvioinnin todettiin olevan tärkeää koko opiskelun ajan ja se luo pohjan osaamisen kehittämiseksi. (Kajander-Unkuri ym. 2014)

Numminen, Leino-Kilpi, Isoaho ja Meretoja (2015) selvittivät vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja sen yhteyttä työympäristön eettiseen ilmapiiriin, työviihtyvyyteen ja alalla pysymispäätöksiin. Tutkimusinstrumenttina käytettiin NCS-mittaria (Meretoja 2003). Tuloksissa ilmeni, että vastavalmistuneet sairaanhoitajat kokivat eettisen ilmapiirin hyväksi. Vahva eettinen ilmapiiri tuki sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä ja alalla pysymispäätöstä. Ne vastavalmistuneet sairaanhoitajat, jotka arvioivat ammatillisen osaamisensa korkealle kokivat enemmän työtyytyväisyyttä, eivätkä miettineet alan vaihtoa. (Numminen ym. 2015)

Suomessa sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä on tutkittu useissa eri toimintayksiköissä kuten sisätautien, kirurgian, naistentautien ja psykiatrian sekä ensihoidon toimintayksiköissä NCS-mittarin (Meretoja 2003) avulla. Sairaanhoitajat arvioivat eri tutkimuksissa ja toimintaympäristöissä ammatillisen osaamisensa hyväksi kaikissa seitsemässä osa-alueessa. Ainoastaan ensihoidon yksikössä suoritetussa tutkimuksessa ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä hoitotoiminen osa-alueella tyydyttäväksi, muut osa-alueet olivat pätevyydeltään hyviä. Vahvinta ammattipätevyys oli itsearvioutuna psykiatrisen hoitotyön alueella. Heikoimmaksi osa-alueeksi kaikissa tutkimuksissa sairaanhoitajat arvioivat mm. hoitotoimien hallinta osa-alueen sekä laadun varmistuksen. Tutkimuksissa tunnistettiin myös osaamisen kehittämiskohteita ja tuotettiin tietoa mahdollista koulutustarpeista työyksiköihin. (Heikkilä ym. 2007; Numminen – Meretoja – Isoaho – Leino-Kilpi 2013; Meretoja – Leino-Kilpi – Kaira 2004a; Pietiläinen 2011; Räikkönen 2012)

Ammatillinen pätevyys on usein yhteydessä vastaajien taustatekijöihin. Tutkittaessa perioperatiivisten sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä NCS-mittarilla (Meretoja 2003) löytyi merkittävä yhteys iän, alan kirjallisuuden ja julkaisujen seuraamisen, ammatillisen kehittymisen tärkeyden ja koulutustaustan kohdalla. Ammattipätevyytensä selvästi paremmaksi luokittelivat yli 55-vuotiaat opistotasoiset hoitajat, jotka olivat kiinnostuneet alan julkaisuista ja osallistuivat säännöllisesti täydennyskoulutuksiin. Heikommaksi ammattipätevyytensä luokittelivat alle 25-vuotiaat ammattikorkeakoulutasoiset hoitajat, jotka osallistuivat täydennyskoulutuksiin harvemmin ja tutustuivat alan julkaisuihin satunnaisesti. Työkokemuksella ei kuitenkaan ollut merkitsevää yhteyttä ammatilliseen pätevyyteen. (Silvennoinen - Salanterä - Meretoja - Juntila 2012, 22–31)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tehtiin vuosina 2007–2008 sairaanhoitajien osaamiskartoituksia HYKS-sairaanhoitoalueella. Kartoituksesta on julkaistu loppuraportti vuonna 2009. Kartoitukseen osallistui 2078 sairaanhoitajaa 125 työyksiköstä ja neljästä tulosityksiköstä. Esimiesarviointeja tehtiin 1965 sairaanhoitajasta. Kartoituksessa käytettiin Meretojan (2003) kehittämään NCS-mittaria. Kartoituksen tuloksena todettiin, että mukana olleilla sairaanhoitajilla oli vahva osaaminen ja sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa jokaisessa seitsemässä osaamiskategoriassa hyvälle tasolle. Arvioinnit osaamisen laadusta ja tiheydestä kuitenkin erosivat tulosityksiköittäin sekä sairaanhoitajien ja esimiesten arviointien osalta. Esimiehet arvioivat sairaanhoitajien osaamisen laadun ja tiheydet korkeammalle kuin sairaanhoitajat itse. Vahvinta sairaanhoitajien itsearvioitu osaaminen oli auttamistehtävässä ja matalinta laadun varmistus kategoriassa. (Meretoja ym. 2009)

Sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä on tutkittu myös päiväkirurgisessa hoitotyössä. Päiväkirurgisten toimenpiteiden lisääntymiseen ovat vaikuttaneet lääketieteen, teknologian, anestesian ja kivun hoidon kehittyminen. Lyhyet hoitoajat sairaalassa taas asettavat haastetta potilaan ohjaukselle ja koko hoitotyölle. Näiden kautta myös sairaanhoitajien osaamisvaatimukset ovat muuttuneet. Tutkimus toteutettiin kuuden eri sairaalan, kuudessa päiväkirurgisessa yksikössä. Kaikki sairaalat olivat yliopistollisia sairaaloita. Tutkimuksessa käytettiin NCS-mittaria (Meretoja 2003). Sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa kokonaistason hyväksi. Parhaimmaksi sairaanhoitajat arvioivat pätevyytensä auttamisen, tilannehallinnan sekä opettamisen ja ohjaamisen osa-alueilla. Heikoimmaksi sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa hoitotoiminnan hallinnan ja laadun varmistuksen osa-alueilla. (Hamström – Kankkunen – Suominen – Meretoja 2012)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää erikoissairaanhoidon toimenpidepoliiknikoilla työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja osaamista heidän itsensä arvioimana sekä verrata sitä asiantuntijaryhmän arvioimaan tavoitetasoon. Tarkoituksena on selvittää vaikuttavatko ikä ja työssäoloaika ammatillisen pätevyyden ja osaamisen arviointiin polikliinisessä hoitotyössä. Lisäksi opinnäytetyössä kartoitetaan polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden haasteita.

Opinnäytetyössä selvitetään:

1. Millaiseksi sairaanhoitajat arvioivat oman ammatillisen pätevyytensä polikliinisessä hoitotyössä sekä vaikuttavatko ikä ja työssäoloaika ammatillisen pätevyyden ja osaamisen arviointiin?
2. Miten sairaanhoitajien omat arvioinnit eroavat asiantuntijaryhmän asettamista ammatillisen pätevyyden ja osaamisen tavoitetasoista?
3. Millaisia haasteita asiantuntijaryhmä tunnistaa polikliinisen hoitotyön ammatillisessa pätevyydessä ja osaamisessa tällä hetkellä sekä tulevaisuudessa?

4 Opinnäytetyön menetelmät

4.1 Lähtökohdat ja tutkimusmenetelmät

Tässä opinnäytetyössä on yhdistetty laadullinen ja määrällinen tutkimusmenetelmä. Näiden kahden menetelmän yhdistämisestä käytetään nimitystä metodologinen triangulaatio. Ideana on tarkastella tutkimuksen aihepiiriä eri suunnista tai eri menetelmillä mahdollisimman kattavan kokonaiskäsityksen muodostamiseksi. Erilaisia menetelmiä pidetään toisiaan täydentävinä, ei niinkään kilpailevina suuntauksina. Tutkittavasta ilmiöstä saadaan metodologisella triangulaatiolla erilaiset aineistot, jotka parhaassa tapauksessa täydentävät ja syventävät toistensa tuloksia. Haasteena triangulaatiossa on kahden eri metodin vaatimat resurssit sekä numeerisen ja sanallisen aineiston yhdistäminen loogiseksi kokonaisuudeksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 75–78; Kylmä – Juvakka 2007, 16–17; Leino-Kilpi 2006, 226–227)

Triangulaatiossa yleensä jompikumpi lähestymistapa on ensisijainen. Ensisijaisena voi olla määrällinen analyysi, jonka lisäksi jotain osaa tutkittavasta asiasta kuvataan kvalitatiivisesti. Tällaisessa tutkimuksessa aineiston keruussa käytetään usein strukturoitua kyselylomaketta, johon liitetään vapaamuotoisia, esseetyyppisiä kysymyksiä. Tässä tutkimuksessa ensisijaisena aineistona on sairaanhoitajilta ja asiantuntijaryhmältä NCS-mittarin (Meretoja 2003) avulla kerätty määrällinen aineisto. Asiantuntijaryhmältä koottu, vapaamuotoinen aineisto täydentää määrällistä aineistoa. Näin pyritään antamaan tutkittaville mahdollisuus ilmaista asioita omilla sanoillaan, eikä ainoastaan tutkijan etukäteen strukturoimalla tavalla. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 75–78; Kylmä – Juvakka 2007, 16–17; Leino-Kilpi 2006, 226–227)

Kvantitatiivinen tutkimus on eri muuttujien mittaamista, tilastollisten menetelmien käyttöä ja muuttujien välisten yhteyksien tarkastelua. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusote näkyy tässä opinnäytetyössä ns. Survey-poikkileikkaustutkimuksena, missä pyritään validoidun, valmiin mittarin avulla kartoittamaan ja kuvailemaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä ja vertailemaan tuloksia. Poikittaistutkimukselle tyypillistä on, että aineisto kerätään kerran eikä tutkittavaa ilmiötä tarkastella suhteessa ajalliseen etenemiseen. Survey-tutkimus viittaa siihen, että kysely on standardoitu eli vakioitu. Vakioimisella tarkoitetaan, että kaikilta tutkimukseen osallistuvilta kysytään sama asiasisältö täysin samalla tavalla. (Gillis – Jackson 2002, 136; Vilkkä 2015, 94; Heikkilä 2008, 15–19)

Tämän tutkimuksen määrällisessä osiossa perusjoukoksi valittiin erään yliopistollisen keskussairaalan yhden osaamiskeskuksen, kolmen eri poliklinikan henkilökunta. Asiantuntijaryhmä koostui kyseisten poliklinikoiden esimiehistä sekä kliinisestä asiantuntijasta. Poliklinikat toimivat lähete- ja jälkitarkastuspoliklinikoina sekä osassa poliklikoita hoidettiin myös päivystyksellisiä toimenpiteitä. Poliklikoilla hoidettiin usean eri erikoisalalan potilaiden lääkärin vastaanottoja sekä toimenpiteitä. Toimenpiteet painottuivat erilaisiin ruoansulatuskanavan ja keuhkoputkien täyhystystutkimuksiin ja -toimenpiteisiin sekä pienkirurgisiin toimenpiteisiin. Myös munuais-, virtsatie- ja haimakivien murskausta suoritettiin yhdellä poliklinikalla. Osassa poliklikoista toimii myös hoitajavastaanottoja, joille ohjautuvat tiettyjen diagnoosiryhmien potilaat erikoisalakohteisesti.

Perusjoukosta tutkimukseen valittiin toimenpidetyötä tekevät sairaanhoitajat, koska tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää toimenpidepainotteista poliklinistä hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja osaamista. Perusjoukosta tehtävä otanta on perustelua silloin, kun se on tarkoituksenmukaista tutkimuskysymysten, tutkimuksen tavoitteiden ja käytettävissä olevien resurssien kannalta. (Vilkkä 2015, 98–99; Heikkilä 2008, 14)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuu tutkimuksessa käytetyn mittarin merkitys. Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–56; Heikkilä 2008, 16) Tässä tutkimuksessa käytettiin Meretojan (2003) väitöstutkimuksessa kehittämää NCS-mittaria (Nurse Competence Scale). Mittarille on todettu vahva näyttö sen luotettavuudesta ja pätevyydestä mitata sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä. (Meretoja – Isoaho – Leino-Kilpi 2004, 124–133) NCS-mittarilla on myös kehitetty malli sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden optimaalisen tavoitetason määrittelyyn. (Meretoja – Koponen 2012) Lupa mittarin käyttöön saatiin Dosentti Riitta Meretojalta.

Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä tutkimukseen osallistuvien subjektiivisesta näkökulmasta. Tutkimus kohdentuukin kuvaamaan ilmiön laatua, ei sen määrää. Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksenmukaista valita tutkimukseen osallistujiksi ne henkilöt, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Osallistujia on yleensä vähän, koska tarkoituksena on saada mahdollisimman rikas ja syvä kuvaus ilmiöstä. Yleinen valintaperuste kvalitatiiviseen tutkimuksen osallistujille onkin laaja ja kattava tieto tutkittavasta asiasta ja ilmiöstä. Jos

osallistujia on paljon ja aineisto on laaja, saattaa aineiston analyysi olla vaikeaa ja oleellisten asioiden löytäminen hankaloituu. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 74, 110; Kylmä – Juvakka 2007, 26–27; Tuomi – Sarajärvi 2009, 85–86) Tässä tutkimuksessa asiantuntijaryhmälle esitetyt avoimet kysymykset pyrkivät saamaan kuvailevia vastauksia polikliinisen hoidon tulevaisuuden haasteista. Asiantuntijaryhmä koostui seitsemästä polikliinisen hoitotyön ammattilaisesta ja asiantuntijasta, joten tutkimusjoukko ei ole suuri, vaan tarkoitus on kerätä kattavaa ja laadukasta kuvausta polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden haasteista.

4.2 NCS-mittarin esittely

Meretoja (2003) on väitöstutkimuksessaan kehittänyt NCS-mittarin (Nurse Competence Scale), jolla mitataan sairaanhoitajien ammattipätevyyttä. Tarkoituksena oli kehittää sairaanhoitajien ammattipätevyyden arviointiin menetelmä, joka erottelee osaamista työuran eri vaiheissa ja erilaisissa toimintaympäristöissä. Mittari pohjautuu sairaanhoitajan itsearviointiin sekä esimiesarviointiin. NCS-mittari koostuu 73 erilaisesta muuttujasta (Liite 1). Ne koostuvat auttamisen, opettaminen-ohjaamisen, tarkkailutehtävän, tilanteiden hallinnan, hoitotoimien hallinnan, laadunvarmistuksen ja työroolin kategorioihin eli seitsemään ammattipätevyyttä kuvaavaan summamuuttujaan. Mittari pohjautuu Bennerin (1984) luomalle pätevyyden viitekehykselle. NCS-mittari on todettu validiksi mittariksi sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden mittaamisessa erilaisissa toimintaympäristöissä. (Meretoja 2003; Meretoja ym. 2004, 126)

Mittarissa arviointi tapahtuu visualis-analogisella asteikolla (VAS) 0-100, jossa 0-25 merkitsee toiminnan matalaa pätevyyttä, 26–50 melko hyvää pätevyyttä, 51–75 hyvää pätevyyttä ja 76–100 erittäin hyvää pätevyyttä. Taustatekijöinä määritellään vastaajan ikä, koulutus, työssäoloaika ja työympäristö. Mittarissa on mukana myös toiminnan tiheyttä ja soveltuvuutta työhön kuvaava neliportainen asteikko, jossa 0 kuvaa, ettei kyseinen toiminto ole sovellettavissa työhön ja 3 merkitsee, että toiminto esiintyy työssä usein. (Meretoja ym. 2004, 124–133; Räikkönen 2012, 22)

4.3 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön aineisto koostuu kahdesta eri aineistosta. Ensimmäinen aineisto koostuu sairaanhoitajilta kerätyistä ammattipätevyyttä mittaavan NCS-mittausten tuloksista. Toi-

nen aineisto koostuu asiantuntijaryhmän NCS-mittarilla määrittämästä ammattipätevyyden tavoitetasosta sekä ammattipätevyyttä kartoittavista avoimista, täydentävistä kysymyksistä.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin keväällä 2015 tehtyjä polikliinisten sairaanhoitajien NCS-mittausten tuloksia. Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien valintakriteerinä oli, että sairaanhoitajan toimenkuvaan kului erilaisissa toimenpiteissä avustaminen tai hoitajavastaanottojen pitäminen. Puhtaasti ajanvaraus- tai ohjaustyössä toimivien sairaanhoitajien vastaukset eivät kuuluneet tutkimusaineistoon. Sairaanhoitajien esimiehet nimesivät poliklinikoilla toimenpidetyötä tekevät sairaanhoitajat. Esimiesten nimilistojen mukaan tutkimuksen tekijälle toimitettiin sairaanhoitajien vastaukset ilman henkilöiden tunnistetietoja. Näin varmistettiin sairaanhoitajien anonymiteetti. Tutkimusjoukon koko oli 65 sairaanhoitajaa (n=65).

Opinnäytetyön yhteydessä tuotettiin asiantuntijaryhmän määrittämä tavoitetaso mittaus NCS-mittarilla (Meretoja 2003) sekä avoimilla kysymyksillä kerättiin täydentävä materiaali. Asiantuntijaryhmään kutsuttiin seitsemän asiantuntijaa. Asiantuntijaryhmä koostui neljästä osastonhoitajasta, kahdesta ylihoitajasta sekä klinisestä asiantuntijasta.

Asiantuntijaryhmälle lähetettiin helmikuussa 2016 sähköpostilla linkki NCS-mittariin (Meretoja 2003) ja avoimiin kysymyksiin. Mittarin mukana lähetettiin ohjeistus mittarin käyttötarkoituksesta sekä mittarin täyttämisestä. Vastausajaksi annettiin kaksi viikkoa. Vastausaikaa jatkettiin kahdella viikolla, koska vastauksia oli tullut kahden viikon vastausajan jälkeen vain yksi. Muistutussähköpostin jälkeen vastauksia saatiin vielä neljä. Asiantuntijaryhmän vastauksia tuli yhteensä viisi (5) kappaletta, vastausprosentiksi tuli 71 %.

4.4 Aineistojen analyysit

4.4.1 Määrällisen aineiston analyysi

Määrällisessä tutkimuksessa analyysimenetelmät perustuvat laskennallisiin ja tilastollisiin menetelmiin. Tutkijan pitää valita analyysimenetelmät niin, että aineistoa käsittely ja raportointi sujuvat hyvin. (Parahoo 2006: 53) Valmis aineisto, jota tässä tutkimuksessa käytettiin, oli kerätty sähköisesti NCS-mittarilla. NCS-mittarin (Meretoja 2003) aineisto purettiin Digium Enterprise – ohjelmiston avulla raakadataksi. Raakadata tallennettiin

IBM SPSS Statistics-tilasto-ohjelmaan (SPSS 23.0). Tulosten SPSS- ohjelmaan siirrossa ja tulkinnassa auttoi tilastotieteen asiantuntija Metropolista. Tallentamisen jälkeen aineisto tarkistettiin. Aineiston tarkastuksen yhteydessä sairaanhoitajien aineistosta poistettiin kaksi vastaajaa, koska vastaajat eivät olleet vastanneet VAS-asteikon muuttujiin.

Aineistosta saatiin yleisimmät tunnusluvut kuten keskiarvot, hajonnat sekä prosentit. Tarkemmat monimuuttuja-analyysit tehtiin tilastollisin menetelmin, SPSS-ohjelmaa hyödyntäen. Aineistosta tehtiin myös taulukoita ja graafisia esityksiä Excel-taulukon avulla. Aineiston normaalijakaumaa testattiin seitsemän ammattipätevyyttä kuvaavan summamuuttujan mukaan. Summamuuttujan vertailuryhmänä oli ikä, työkokemus nykyisessä työpaikassa sekä työkokemus koko terveydenhuoltoalalta. Normaalijakauma testattiin Shapiro-Wilk -testillä, koska se toimii parhaiten pienten otosten ($n < 50$) testinä. Testejä varten ikäjakaumat muutettiin kolmeen ryhmään: 20–39 vuotta, 40–49 vuotta ja yli 50 vuotta. Työkokemuskajakaumat nykyisessä työpaikassa muutettiin kolmeen ryhmään: 0-3 vuotta, 4-9 vuotta ja yli 10 vuotta. Työkokemus koko terveydenhuoltoalalta muutettiin myös kolmeen ryhmään: 0-9 vuotta, 10–15 vuotta ja yli 15 vuotta. Näin saatiin edustavat otokset jokaisesta ikäjakaumasta. Aineisto noudatti normaalijakautuneisuutta suurimassa osassa summamuuttujia ($p > 0,05$), poikkeuksia oli osassa työkokemuksen vertailuryhmissä.

Ryhmien välisien erojen tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin Kruskal-Wallis – testillä, jonka kohdalla ei tarvitse olettaa normaalijakautuneisuutta. Kruskal-Wallis -testi soveltuu hyvin mielipideasteikoille ja pienille otoksille. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 112) Nollahypoteesi (ei tilastollista merkitsevyyttä) jäi voimaan jos $p > 0.05$. Työkokemuksen ja kahden osa-alueen väliltä löytyi tilastollinen merkitsevyys.

4.4.2 Laadullisen aineiston analyysi

Sisällönanalyysiä käytetään yleisesti laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä ja määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa. Sisällön analyysi voidaan määritellä eri tavoin, yleensä se määritellään menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida laadullisia aineistoja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin tehtävä on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä sekä kuvailla sitä. Sisällönanalyysissä aineistoa tiivistetään ja etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja. Tutkimusaineiston laadullisessa sisällönanalyysissä aineisto puretaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi

järjestetään uudeksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti. (Kyngäs – Elo – Pölkki – Kääriäinen – Kanste 2011: 138–139; Kylmä – Juvakka 2007, 110 -112; KvaliMOTV 2016a)

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteet nousevat teoriasta, eikä niitä ns. luoda aineistosta. Teorialähtöistä sisällönanalyysiä ohjaa siis jokin teema tai käsitekartta. Yhtenä sisällönanalyysimuotona pidetään teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Siinä analyysi etenee aineiston ehdoilla, kuten aineistolähtöinen analyysi, mutta aineiston luokittelussa aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Jokaisessa analyysimuodossa kuitenkin pyritään tiivistämään kerättyä laadullista aineistoa niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Aineiston tiivistäminen tapahtuu aineistoa pelkistämällä ja luokittelemalla. (Janhonen – Nikkonen 2003: 23; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135; Tuomi – Sarajärvi 2013, 108–118)

Tässä opinnäytetyössä laadullisen tutkimusaineiston luokittelu tapahtui teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä, aineisto luokiteltiin NSC-mittarista (Meretoja 2003) nousseiden seitsemän osa-alueen mukaan. Aineiston analyysi alkoi perehtymällä tutkimusaineistoon eli lukemalla aineistoa läpi useamman kerran. Näin hahmotettiin aineiston sisältö ja saatiin kokonaiskuvan aineistosta. Tässä vaiheessa ei vielä aloitettu luokitteluun tai käsitteellistämään aineistoa, ainoastaan tutustuttiin siihen.

Aineiston analyysi aloitetaan aineiston litteroinnilla. Aineiston litteroinnissa tutkimukseen osallistuneiden tuottama teksti kirjoitetaan puhtaaksi. Tärkeätä litteroinnissa on se, että saa poimittua aineistosta kaikki tutkimukselle tärkeät ja olennaiset ilmaukset. (KvaliMOTV 2016b) Avoimiin kysymyksiin vastanneet osallistujat olivat kirjoittaneet vastauksensa avoimiin kysymyksiin sähköisesti, joten vastausten litterointi tarkoitti vastausten siirtämistä tekstinkäsittelyohjelmaan jatkokäsittelyä varten.

Aineiston koodaamisessa tutkimusaineiston saman sisältöiset merkitykset ja kuvaukset merkitään esim. samalla värillä. Koodaaminen helpottaa aineiston käsittelyä ja selkiyttää sitä. (KvaliMOTV 2016c) Aineiston koodaaminen ei tässä tutkimusaineistossa noussut merkittävästi esille. Koska tutkimusaineistoa lähestyttiin NCS-mittarin (Meretoja 2003) mukaisen luokittelun pohjalta, oli asiantuntijaryhmä jo vastausvaiheessa kirjoittanut vastuksensa valmiiden osa-alueen mukaan. Laadullisen aineiston käsittely ja purku tapahtui aina osa-alue kohtaisesti, aineistoja ei sekoitettu keskenään. Näin asiantuntijaryhmän vastaamat asiakokonaisuudet säilyivät omissa kohdissaan.

Kun tutkimusaineisto on litteroitu eli kirjoitettu puhtaaksi ja koodattu, alkaa ilmaisujen pelkistäminen. Ilmaisut pyritään pilkkomaan mahdollisimman pelkistettyyn muotoon, mistä niitä voidaan alkaa koostamaan eri alaluokkiin. (Hiltunen 2016; Metsämuuronen 2009, 254) Asiantuntijaryhmän vastaukset olivat pääpiirteittäin hyvin lyhyitä ja napakoita. Pitkiin vastuksiin sisältyi kuitenkin useita aihealueita, joten niitä pilkottiin pienempiin osiin. Näin mahdollistettiin aineiston koostaminen eri alaluokkiin pelkistämisen kautta. Pelkistettyjä ilmauksia tuli yhteensä 88 kappaletta.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäisteksti	Pelkistetty ilmaus
<i>"...aktiivinen suuntautuminen tiedon etsimiseen ja uusien asioiden oppimiseen, ei voi tuudittautua vain rutiinien hallitsemiseen..."</i>	aktiivinen kouluttautuminen ja tiedon etsintä
<i>"...positiivinen asenne uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden ohjaukseen, tärkeä voimavara tulevaisuudessa..."</i>	oikea asenne perehdytykseen
<i>"...perehdytysajat ovat pitkät joten tarvitaan sitoutuneita ja motivoituneita hoitajia..."</i>	pitkä perehdytys vaatii sitoutuneisuutta
<i>"...kyky tunnistaa erilaiset oppijat ja esim. kertaamisen tarpeet sekä erilaiset opettamisen ja ohjaamisen muodot..."</i>	erilaisten oppijoiden ja oppimismetodien tunnistaminen ja ymmärtäminen
<i>"...toimenpidehoitaja aktiivisesti hyödyntää olemassa olevaa tietoa mitä potilaalle on jo ohjattu ja opetettu ennen toimenpidettä (esim polikliinisesti) ja osaa hyödyntää tätä tietoa ja jatkaa potilaan opettamista ja ohjaamista niistä lähtökohdista..."</i>	potilaan ohjauksen tarpeen tunnistaminen ja ohjaamisen kohdentaminen oikeisiin asioihin
<i>"...potilaan ohjaustarpeet sekä potilaan kyky oppia (oppimistapa/tyyli) on todennäköisesti jo tiedossa - toimenpiteessä olevan hoitajan pitää pystyä omaksumaan jo tämä olemassa oleva tieto ja jatkaa potilasta ohjausta yksiköllisesti tämä huomioiden..."</i>	potilaan ohjauksen tarpeen tunnistaminen ja yksilöllisen potilasohjauksen hallitseminen
<i>"...nettiohjauksen, opetusvideoiden yms. uuden teknologian hyödyntäminen..."</i>	teknologian hyödyntäminen

<i>"...erittäin tärkeää dokumentoida mitä potilaalle on ohjattu ja opetettu, jotta potilaan hoitoon seuraavaksi osallistuvilla on tämä tieto käytettävissä..."</i>	potilasohjauksen dokumentointi
<i>"...tieto siitä missä tilanteissa potilaan pitää toimenpiteen jälkeen ottaa yhteyttä ja minne, jos tulee ongelmia..."</i>	jatkohoito-ohjeista huolehtiminen

Aineiston abstrahointi tarkoittaa pelkistettyjen ilmaisujen luokittelua eri alaluokkiin, yläluokkiin ja pääluokkiin. Jokaiselle luokalle on ominaista, että se koostuu samaa tarkoittavista ilmaisuista. Näin saadaan järjestettyä eri luokkia. Abstrahointi on tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon erottelusta. Luokittelun perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö; abstrahointia eli luokittelua jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston näkökulmasta on mahdollista. Abstrahoinnilla tutkimusaineisto järjestetään niin, että se voidaan irrottaa yksittäisestä tapahtumasta ja siirtää yleiselle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. (Hiltunen 2016; Metsämuuronen 2009, 254) Pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin samaa asiaa tai aihetta käsitteleviin alaluokkiin ja niille annettiin luokkia kuvaavat nimet (Taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
aktiivinen kouluttautuminen ja tiedon etsintä	Ammattitaidon ylläpito
oikea asenne perehdytykseen	Perehdytys
pitkä perehdytys vaatii sitoutuneisuutta	
erilaisten oppijoiden ja oppimismetodien tunnistaminen ja ymmärtäminen	
potilaan ohjauksen tarpeen tunnistaminen ja ohjaamisen kohdentaminen oikeisiin asioihin	Potilaan ohjaustarpeen ja omaksumiskyvyn tunnistaminen
potilaan ohjauksen tarpeen tunnistaminen ja yksilöllisen potilasohjauksen hallitseminen	
teknologian hyödyntäminen	Teknologiaosaaminen
potilasohjauksen dokumentointi	Kirjaaminen, dokumentointi
jatkohoito-ohjeista huolehtiminen	

Kaikki saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin toisiinsa muodostaen niistä yläluokkia (Taulukko 3). Yläluokkien muodostamisessa käytiin jatkuvaa dialogia kunkin osa-alueen

teoriapohjasta nousseen yhdistävän tekijän sekä tutkimuskysymyksen kanssa. Jokaisen seitsemän NCS-mittarista (Meretoja 2003) nousseen osa-alueen kohdalla aineiston sisällönanalyysi noudatti samanlaista kaavaa. Jokaisesta osa-alueesta muodostui käsitekartta. Käsitekartasta löytyy esimerkki liitteestä 2 (Liite 2.).

Taulukko 3. Esimerkki alaluokkien ryhmittelystä

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Ammattitaidon ylläpito	Ammattipätevyys	OPETTAMISEN JA OHJAAJAMISEN OSA-ALUE
Perehdytys		
Potilaan ohjaustarpeen ja omaksumiskyvyn tunnistaminen	Potilaanohjaus	
Teknologiaosaaminen	Kliininen pätevyys/osaaminen	
Kirjaaminen, dokumentointi		

5 Tulokset

5.1 Taustatiedot

Aineisto koostui 65 polikliinisen sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden ja osaamisen itsearvioinneista. Sairaanhoitajat työskentelivät kolmella eri poliklinikalla. Vastaajista 62 oli naisia ja 2 miestä. Yksi sairaanhoitaja ei ollut ilmoittanut sukupuoltaan. Vakituudessa työsuhteessa oli 55 sairaanhoitajaa ja 9 toimi sijaisena. Vastaajista 25 ilmoitti suorittaneensa sairaanhoitajan tutkinnon, 19 erikoissairaanhoitajan tutkinnon ja 26 sairaanhoitajaa AMK tutkinnon. Osa sairaanhoitajista oli merkinnyt kaksi ammattitutkintoa. AMK erikoistumisopintoja oli kahdella sairaanhoitajalla. Muita suoritettuja erikoistumisopintoja tai tutkintoja olivat uroterapeutti, kliininen ultraäänihoitaja, IBD-hoitaja, syöpäsairaanhoitajan sekä terveydenhoitaja AMK.

Aineiston ikäjakauma oli jaettu viiteen eri luokkaan. Yksi sairaanhoitaja ilmoitti olevansa 20–25 vuotias, 26–29 vuotiaita aineistosta oli 3 sairaanhoitajaa. Kolmannessa ikäluokassa, 30–39 vuotta, oli 18 sairaanhoitajaa. Eniten sairaanhoitajia oli 40–49 ikäluokassa,

21 hoitajaa. Viimeinen ikäluokka oli yli 50 vuotiaat, heitä tutkimusaineistossa oli 20 sairaanhoitajaa. Aineiston sairaanhoitajien ikäjakauma on havainnollistettuna alla olevassa taulukossa (Taulukko 4). Kaksi sairaanhoitajaa eivät ilmoittaneet ikäänsä.

Taulukko 4. Sairaanhoitajien ikärakenne

Ikä	Lukumäärä	Prosentti
20 - 25 vuotta	1	1,59 %
26 – 29 vuotta	3	4,76 %
30 – 39 vuotta	18	28,57 %
40 – 49 vuotta	21	33,33 %
yli 50 vuotta	20	31,75 %
Yhteensä	63	100 %

Työkokemus terveydenhuollossa kolmella sairaanhoitajalla oli alle 1 vuotta, kahdella sairaanhoitajalla 1-3 vuotta. Seitsemän sairaanhoitajaa ilmoitti työkokemuksekseen 4-9 vuotta ja 14 sairaanhoitajaa 10–15 vuotta. Yli 15 vuoden työkokemuksen terveydenhuollossa ilmoitti 38 sairaanhoitajaa.

Aineiston sairaanhoitajien työkokemus terveydenhuollossa on havainnollistettu alla olevassa taulukossa (Taulukko 5). Yksi sairaanhoitaja ei ilmoittanut työkokemustaan.

Taulukko 5. Sairaanhoitajien työkokemus terveydenhuollossa yhteensä

Työkokemus vuosina	Lukumäärä	Prosentti
alle 1 vuotta	3	4,69 %
1 - 3 vuotta	2	3,13 %
4 - 9 vuotta	7	10,94 %
10 - 15 vuotta	14	21,88 %
yli 15 vuotta	38	59,38 %
Yhteensä	64	100 %

Nykyisessä työyksikössä työkokemuksekseen seitsemän sairaanhoitajaa ilmoittivat alle 1 vuotta. 1 - 3 vuotta työkokemusta oli 14 sairaanhoitajalla. 25 sairaanhoitajaa ilmoitti

työkokemukseen nykyisessä työyksikössä 4 - 9 vuotta, 10 - 15 vuotta oli 13 sairaanhoitajalla. Yli 15 vuotta työkokemusta nykyisessä työyksikössä oli viidellä sairaanhoitajalla.

Aineiston sairaanhoitajien työkokemus nykyisessä työyksikössä on havainnollistettu alla olevassa taulukossa (Taulukko 6). Yksi sairaanhoitaja ei ilmoittanut työkokemustaan nykyisessä työyksikössä.

Taulukko 6. Sairaanhoitajien työkokemus nykyisessä työyksikössä

Työkokemus vuosina	Lukumäärä	Prosentit
alle 1 vuotta	7	10,94 %
1 - 3 vuotta	14	21,88 %
4 - 9 vuotta	25	39,06 %
10 - 15 vuotta	13	20,31 %
yli 15 vuotta	5	7,81 %
Yhteensä	64	100 %

5.2 Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys polikliinisessä hoitotyössä

Tulokset käsitellään auttamisen, opettaminen-ohjaamisen, tarkkailutehtävän, tilanteiden hallinnan, hoitotoimien hallinnan, laadunvarmistuksen ja työroolin osa-alueiden mukaan eli seitsemää ammattipätevyyttä kuvaavan summamuuttujan mukaan. Tutkimusjoukon kokonaismäärä oli 63 vastaajaa, eri osa-alueiden muuttujien kohdilla vastaajien lukumäärät kuitenkin vaihtelivat. Asiantuntijaryhmässä neljä asiantuntijaa vastasi NCS-mittarin muuttujiin, koko asiantuntijaryhmä (n = 5) vastasi avoimiin kysymyksiin.

Tuloksissa vastaukset ilmoitetaan VAS-asteikon mukaan 0-100, jossa 0-25 merkitsee toiminnan matalaa pätevyyttä, 26-50 melko hyvää pätevyyttä, 51-75 hyvää pätevyyttä ja 76-100 erittäin hyvää pätevyyttä. Toiminnan tiheyttä ja soveltuvuutta kuvaava neliporainen asteikko ilmoitetaan välillä 0-3, jossa 0 merkitsee ei sovellettavissa työhön, 1 sovellettavissa hyvin harvoin, 2 sovellettavissa satunnaisesti ja 3 sovellettavissa erittäin usein. (Meretoja ym. 2004, 124-133; Räikkönen 2012, 22) Tuloksissa ilmoitetaan myös jokaisen muuttujan vastausmäärä (n), keskihajontaluku (SD) sekä vaihteluväli (minimi - maksimi).

Aineisto noudatti normaalijakautuneisuutta suurimassa osassa summamuuttujia ($p > 0,05$), poikkeuksia oli osassa työkokemuksen vertailuryhmissä. Iän ja työssäoloajan merkitsevyyttä ammatillisen pätevyyden ja osaamisen arviointiin testattiin Kruskal-Wallis – testillä. Kruskal-Wallis -testin mukaan tilastollinen merkitsevyys löytyi nykyisen työpaikan työkokemuksen ja hoitotoimien hallinnan sekä nykyisen työpaikan työkokemuksen ja työroolin summamuuttujien välillä. Hoitotoimien hallinnan summamuuttujassa $p = 0,024$ ja työroolin summamuuttujassa $p = 0,006$.

5.2.1 Auttaminen

Auttamisen osa-alueessa sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä erittäin hyväksi (VAS 78,3). Auttamisen osa-alueessa vastausten minimi ja maksimi pätevydet olivat VAS 2-100. Korkeimmaksi eli erittäin hyvälle pätevyden tasolle sairaanhoitajat arvioivat pätevyytensä päätöksenteossa, jota ohjaa eettinen arvoperusta (VAS 89,6). Heikoimmaksi pätevyytensä sairaanhoitajat arvioivat hoitotieteellisen tiedon aktiivisessa hyödyntämisessä hoitosuhteessa (VAS 62,4), samassa muuttujassa keskihajonta (SD) oli suurin 27,4. Pienin keskihajonta (SD) 13,5 oli hoitosuunnitelman muokkaamisessa potilaan tilanteen mukaan. Muut vastaukset sijoituivat näiden arvojen välille.

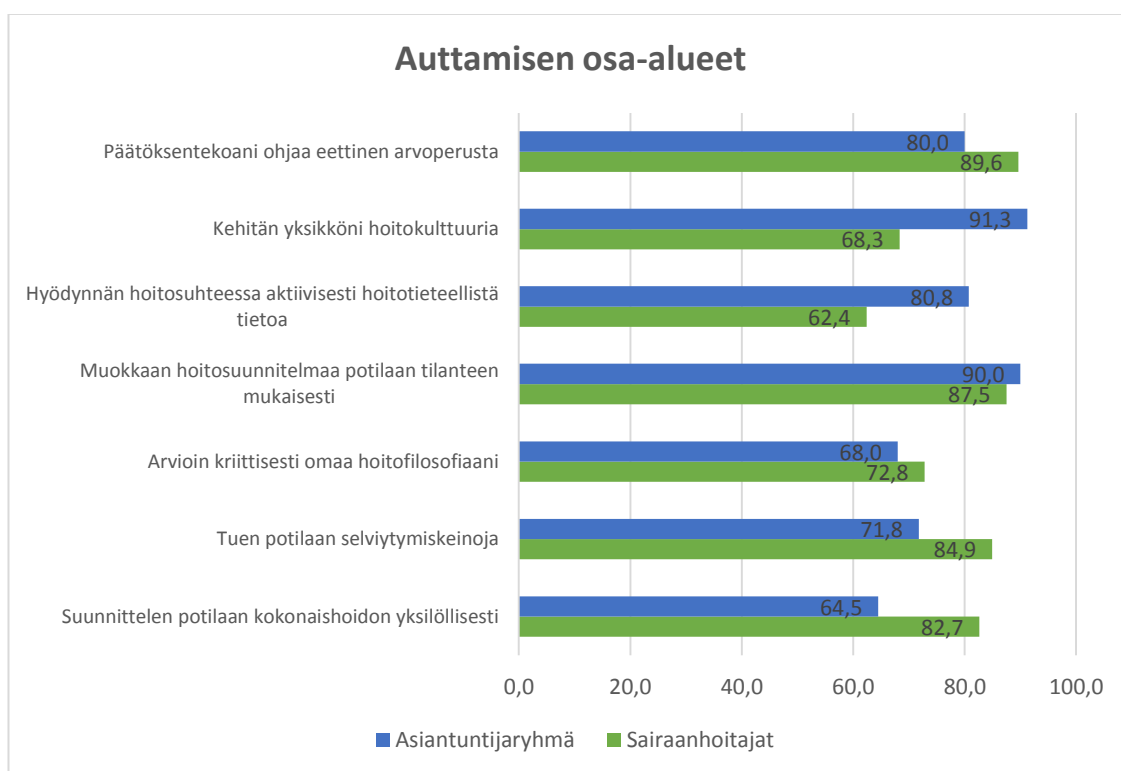
Taulukko 7. Sairaanhoitajien itsearviointit auttamisen osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-25, melko hyvä pätevyys 26–50, hyvä pätevyys 51–75, erittäin hyvä pätevyys 76–100.

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

Auttamisen osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti	63	82,7	19,4	14	100	2,8
Tuen potilaan selviytymiskeinoja	63	84,9	13,7	38	100	2,9
Arvioin kriittisesti omaa hoitofilosofiaani	63	72,8	21,3	8	100	2,4
Muokkaan hoitosuunnitelmaa potilaan tilanteen mukaisesti	63	87,5	13,5	45	100	2,8
Hyödynnän hoitosuhteessa aktiivisesti hoitotieteellistä tietoa	63	62,4	27,4	8	100	2,2
Kehitän yksikköni hoitokulttuuria	63	68,3	26,7	2	100	2,9
Päätöksentekoani ohjaa eettinen arvoperusta	63	89,6	14,2	16	100	2,3
		78,3	19,5			

Suurimmat erot sairaanhoitajien itsearviointien ja asiantuntijaryhmän asettaman tavoitetason välillä olivat hoitotieteellisen tiedon aktiivisessa käytössä hoitosuhteessa sekä hoitokulttuurin kehittämisessä yksikössä. Asiantuntijaryhmän määrittämä tavoitetaso hoitotieteellisen tiedon käytössä oli erittäin hyvä (VAS 80,8) kun sairaanhoitajat arvioivat tason olevan hyvää (VAS 62,4). Työyksikön hoitokulttuurin kehittämisen tavoitetasoksi määriteltiin erittäin hyvä (VAS 91,3), sairaanhoitajat arvioivat pätevyytensä ja osaamisensa hoitokulttuurin kehittämisessä hyväksi (VAS 68,3). Lähimpänä asiantuntijaryhmän määrittämää tavoitetasoa oli hoitosuunnitelman muokkaaminen potilaan tilanteen mukaiseksi. Siinä asiantuntijaryhmä määrittä tavoitetasoksi erittäin hyvä pätevyys (VAS 90,0) ja sairaanhoitajat itsearvioivat pätevyytensä myös erittäin hyväksi (VAS 87,5).



Kuvio 1. Sairaanhoitajien itsearviointit ja asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso auttamisen osa-alueella (VAS 0-100)

5.2.2 Opettaminen ja ohjaaminen

Opettämisen ja ohjaamisen osa-alueessa sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä hyväksi (VAS 71,4). Vastausten minimi ja maksimi pätevyudet olivat VAS 0-100 välillä.

Sairaanhoitajat arvioivat potilaan yksilöllisen ohjaamisen pätevyystason parhaimmaksi eli erittäin hyväksi (VAS 87,0). Heikoimmaksi pätevyytensä sairaanhoitajat arvioivat potilasohjauksen tuloksien arvioimista hoitoryhmän kanssa (VAS 52,8). Suurin keskihajonta (SD) oli potilasohjauksen tulosten arvioimisessa omaisten kanssa (SD 33,6). Pienin keskihajonta (SD) oli potilaalle ohjattavan asian sisällön hallinnassa (SD 16,0). Potilasohjauksen tulosten arviointi, niin omaisten, kuin koko hoitoryhmän kanssa arvioitiin sisältävän työhön hyvin harvoin. Muut vastaukset sijoittuivat näiden arvojen välille.

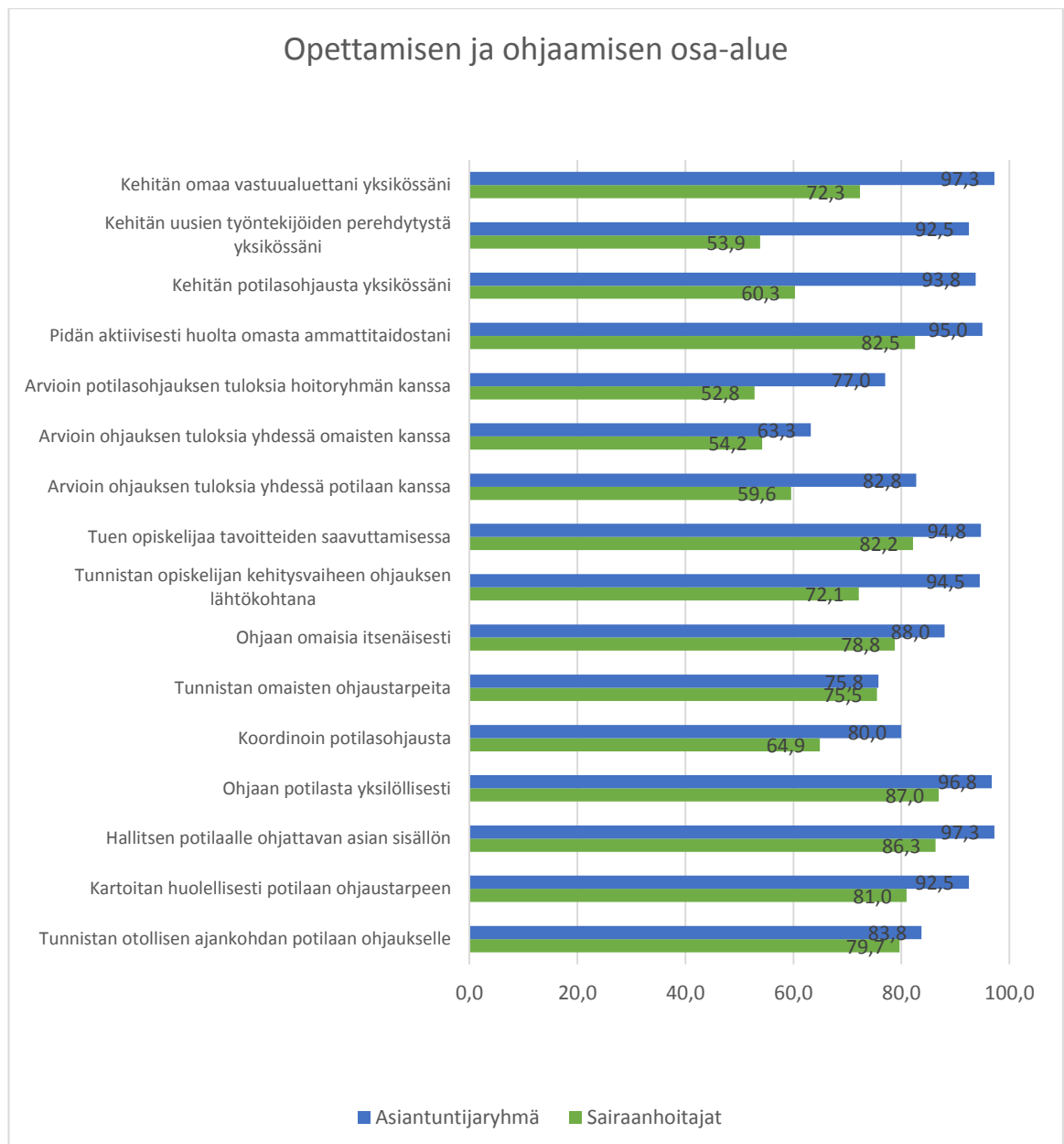
Taulukko 8. Sairaanhoitajien itsearviointit opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-25, melko hyvä pätevyys 26-50, hyvä pätevyys 51-75, erittäin hyvä pätevyys 76-100.

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

Opettämisen ja ohjaamisen osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Tunnistan otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle	63	79,7	20,1	3	100	2,8
Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen	63	81,0	20,1	3	100	2,7
Hallitsen potilaalle ohjattavan asian sisällön	63	86,3	16,0	29	100	3,0
Ohjaan potilasta yksilöllisesti	63	87,0	17,7	4	100	2,8
Koordinoin potilasohjausta	53	64,9	29,7	0	100	1,8
Tunnistan omaisten ohjaustarpeita	62	75,5	23,7	3	100	2,3
Ohjaan omaisia itsenäisesti	63	78,8	25,7	7	100	2,2
Tunnistan opiskelijan kehitysvaiheen ohjauksen lähtökohtana	61	72,1	22,6	7	100	2,2
Tuen opiskelijaa tavoitteiden saavuttamisessa	61	82,2	17,6	20	100	2,2
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa	58	59,6	32,0	0	100	1,8
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä omaisten kanssa	56	54,2	33,6	0	100	1,5
Arvioin potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa	55	52,8	29,0	0	100	1,4
Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani	63	82,5	17,7	19	100	2,7
Kehitän potilasohjausta yksikössäni	63	60,3	31,1	0	100	2,0
Kehitän uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössäni	61	53,9	31,5	0	100	1,8
Kehitän omaa vastuualuettani yksikössäni	61	72,3	25,3	13	100	2,3
		71,4	24,6			

Suurimmat erot sairaanhoitajien itsearvointien ja asiantuntijaryhmän määrittelemille tavoitetasolle olivat kehittämisen osa-alueilla. Suurin ero oli uusien työntekijöiden perehdytyksen kehittämisessä. Asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso oli erittäin hyvä (VAS 92,5), kun sairaanhoitajat arvioivat pätevyytensä hyväksi (VAS 53,9). Myös potilasohjauksen kehittämisen sekä oman vastualueen kehittämisen itsearvioinnit ja tavoitetasot poikkesivat toisistaan. Lähimpänä asiantuntijaryhmän tavoitetasoa (VAS 75,8) sairaanhoitajien itsearvioinnit (VAS 75,5) olivat omaisten ohjaamistarpeen tunnistamisessa.



Kuvio 2. Sairanhoitajien itsearvioinnit ja asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella (VAS 0-100)

5.2.3 Tarkkailutehtävä

Tarkkailutehtävä osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä hyväksi (VAS 70,2). Vastausten minimi ja maksimi pätevyudet olivat VAS 0 -100. Potilaan voinnin monipuolinen analysointi – ammattipätevyys oli sairaanhoitajien itsearvioimana erittäin hyvä (VAS 87,2). Heikoimmaksi ammattipätevyytensä ja osaamisensa sairaanhoitajat arvioivat työyksikön kirjaamisen kehittämisessä (VAS 58,8). Potilaan voinnin arviointia ja henkisen tuen tarpeen tunnistamista arvioitiin esiintyvän työssä erittäin usein. Muut vastaukset sijoittuivat näiden arvojen välille.

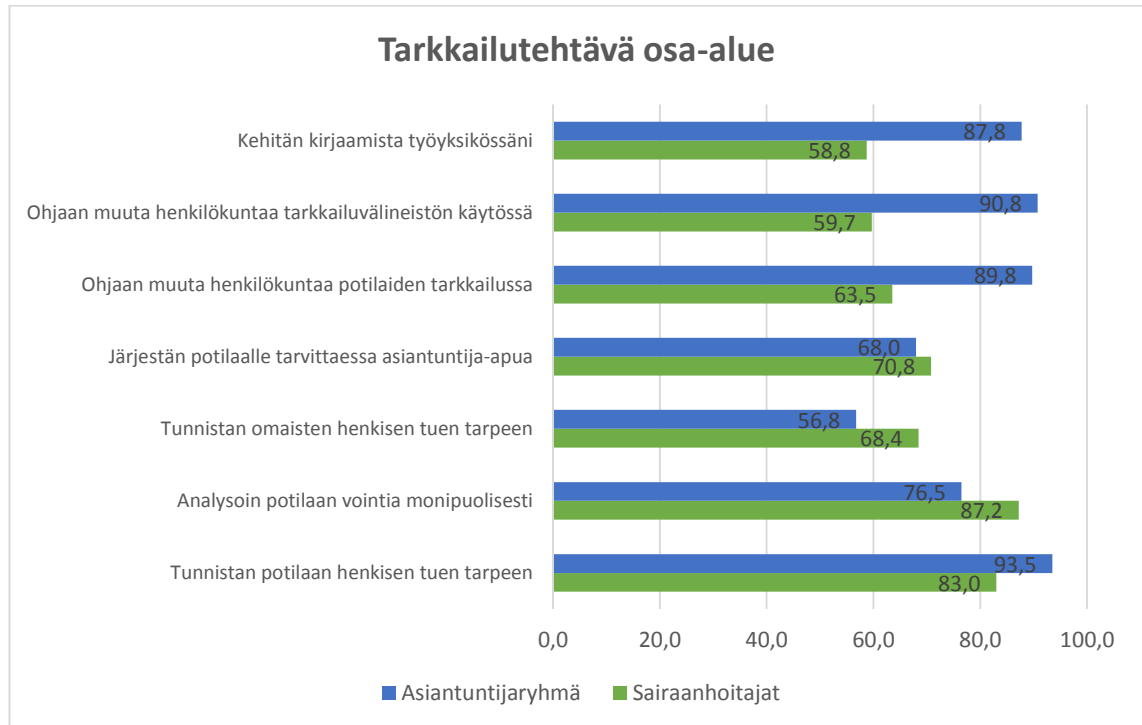
Taulukko 9. Sairaanhoitajien itsearvioinnit tarkkailutehtävä osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-25, melko hyvä pätevyys 26–50, hyvä pätevyys 51–75, erittäin hyvä pätevyys 76–100.
Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein.

Tarkkailutehtävä osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen	63	83,0	15,8	26	100	2,9
Analysoin potilaan vointia monipuolisesti	63	87,2	15,4	24	100	2,8
Tunnistan omaisten henkisen tuen tarpeen	63	68,4	28,4	7	100	2,1
Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua	61	70,8	29,0	3	100	1,9
Ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa	58	63,5	31,3	0	100	1,8
Ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä	58	59,7	34,0	4	100	1,7
Kehitän kirjaamista työyksikössäni	62	58,8	31,2	3	100	1,9
		70,2	26,4			

Asiantuntijaryhmä määrittä korkeimmat tavoitetasot ohjaamisen ja kehittäminen osa-alueilla. Muun henkilökunnan ohjaaminen potilaiden tarkkailussa – ammattipätevyyden tavoitetaso oli erittäin hyvä (VAS 89,8) ja muun henkilökunnan ohjaaminen tarkkailuvälineistön käytössä oli myös erittäin hyvä (VAS 90,8). Sairaanhoitajat itse arvioivat ammattipätevyytensä ohjaamisessa tasolle hyvä. Myös kirjaamisen kehittäminen työyksikössä – ammattipätevyyden tavoitetaso määriteltiin erittäin hyvälle pätevyystasolle (VAS 87,8),

sairaanhoitajat arvioivat pätevyystasokseen hyvän (VAS 58,8). Suurimmat erot asiantuntijaryhmän ja sairaanhoitajien itsearviointien välillä olivat kirjaamisen kehittämisen ja muun henkilökunnan ohjaamisessa tarkkailuvälineiden käytössä.



Kuvio 3. Sairaanhoitajien itsearviointit ja asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso tarkkailutehtävä osa-alueella (VAS 0-100)

5.2.4 Tilannehallinta

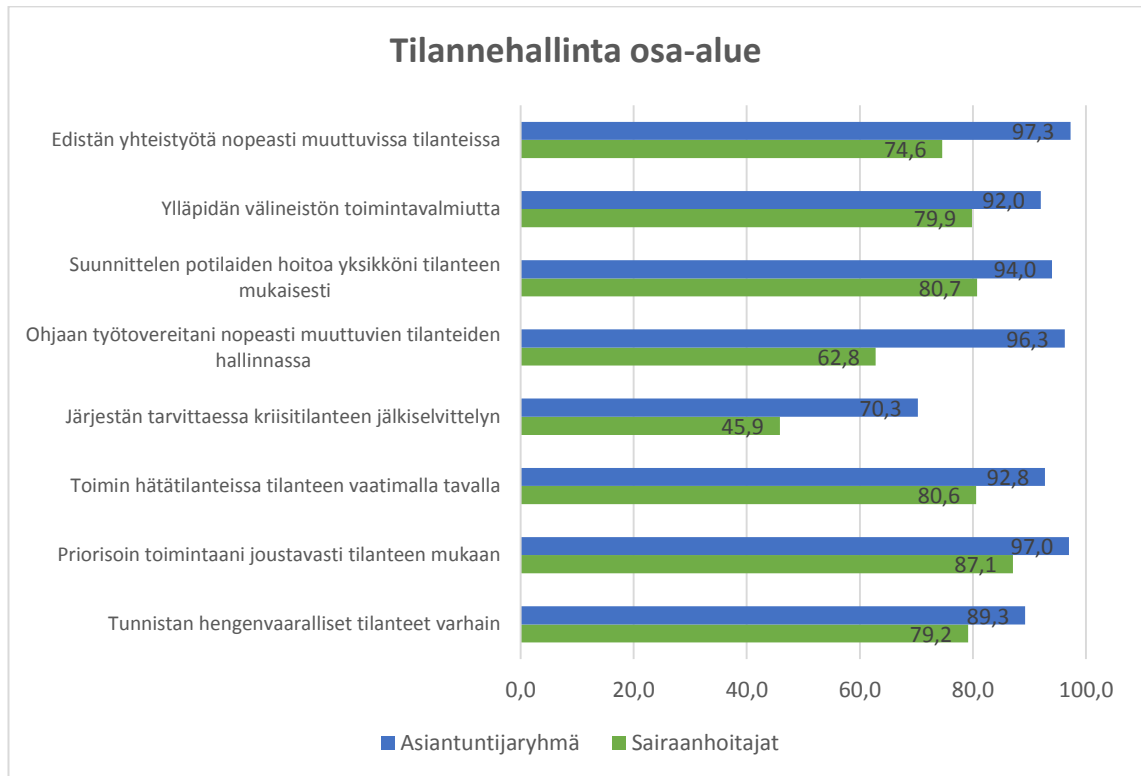
Tilannehallinnan osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä hyväksi (VAS 73,8). Vastausten minimi ja maksimi pätevyudet olivat VAS 0-100. Toiminnan priorisointi joustavasti tilanteen mukaan oli tilannehallinnan osa-alueessa paras ammattipätevyys sairaanhoitajien itsearviointien mukaan. Sairaanhoitajat arvioivat tämän kategorian ammattipätevyyden erittäin hyväksi (VAS 87,1). Heikoimmaksi ammattipätevyytensä sairaanhoitajat arvioivat kriisitilanteen jälkiselvittelyn järjestämisessä (VAS 45,9), tässä ammattipätevyys arviointiin melko hyväksi. Kriisitilanteiden jälkiselvittelyjen järjestämisen tiheys oli 0,8 eli sairaanhoitajat kokivat, ettei väittämä ollut sovellettavissa heidän työhönsä. Muut vastaukset sijoittuivat näiden arvojen välille.

Taulukko 10. Sairaanhoidajien itsearviointitilannehallinta osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-25, melko hyvä pätevyys 26-50, hyvä pätevyys 51-75, erittäin hyvä pätevyys 76-100.
Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein.

Tilannehallinta osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain	62	79,2	19,1	13	100	2,1
Priorisoin toimintaani joustavasti tilanteen mukaan	63	87,1	14,7	24	100	2,8
Toimin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla	62	80,6	20,5	15	100	2,1
Järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn	39	45,9	38,2	0	100	0,8
Ohjaan työtovereitani nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa	57	62,8	32,0	3	100	1,7
Suunnittelen potilaiden hoitoa yksiköni tilanteen mukaisesti	63	80,7	20,3	24	100	2,7
Ylläpidän välineistön toimintavalmiutta	62	79,9	23,1	10	100	2,7
Edistän yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa	63	74,6	23,8	6	100	2,4
		73,8	24,0			

Suurimmat erot tilannehallinnan osa-alueella, sairaanhoidajien itsensä arvioimassa ammattipätevytydessä ja asiantuntijaryhmän asettamassa tavoitetasossa, olivat työtovereiden ohjauksessa nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa sekä kriisitilanteen jälkiselvittelyn järjestämisessä. Asiantuntijaryhmä määrittäi tavoitetasoksi muuttuvien tilanteiden hallinnan ohjauksessa erittäin hyväksi (VAS 96,3) kun sairaanhoidajat arvioivat pätevyytensä hyväksi (VAS 62,8). Sairaanhoidajat arvioivat kriisitilanteiden jälkiselvittelyjen järjestämisessä pätevydekseen melko hyvän (VAS 45,9) kun asiantuntijaryhmä asetti tavoitetasoksi hyvän (VAS 70,3).



Kuvio 4. Sairaanhoitajien itsearvioinnit ja asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso tilannehallinta osa-alueella (VAS 0-100)

5.2.5 Hoitotoimien hallinta

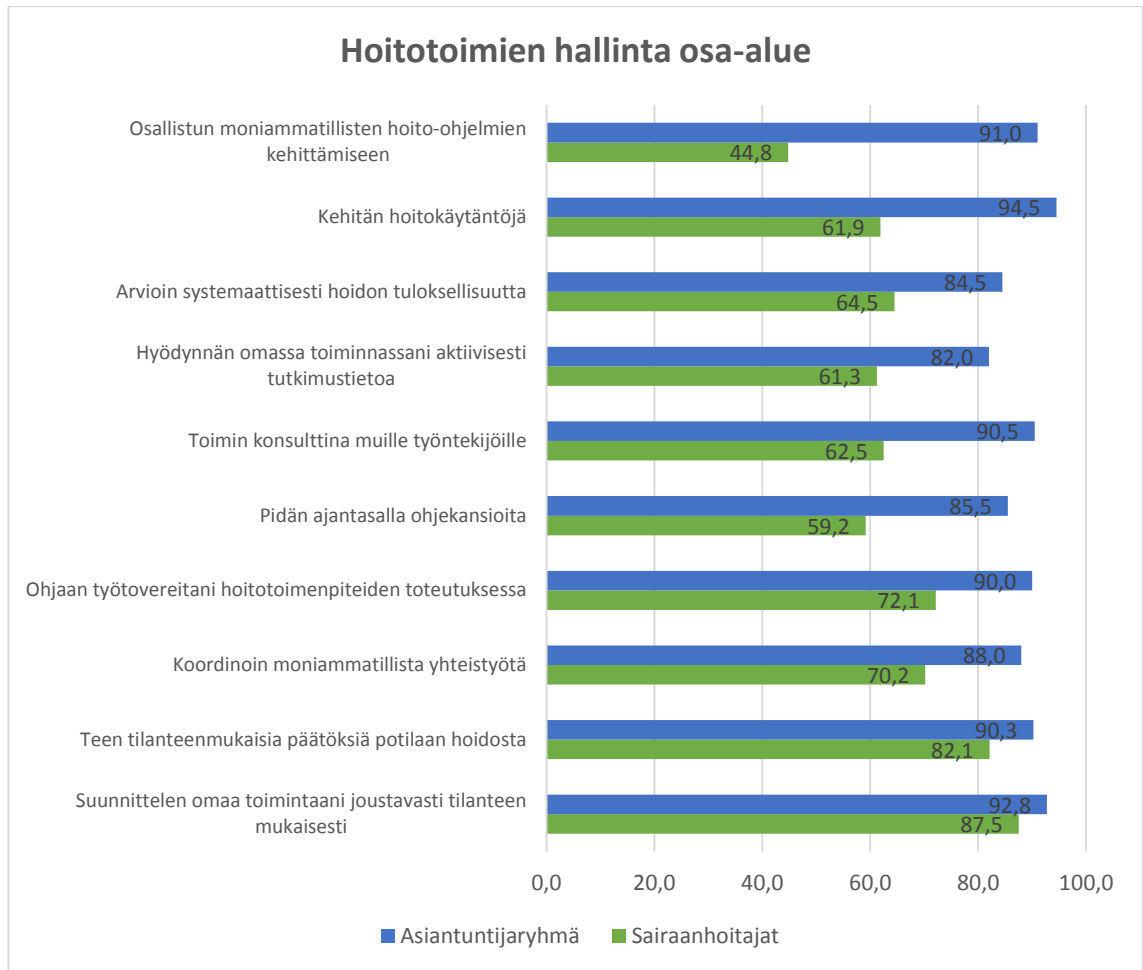
Hoitotoimien hallinnan osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä hyväksi (VAS 66,6). Vastausten minimi ja maksimi pätevydet olivat VAS 0-100. Sairaanhoitajien itsearvioima ammattipätevyys oli paras toiminnan joustavassa suunnittelussa tilanteen mukaan, (VAS 87,5) erittäin hyvä pätevyys sekä tilanteenmukaisten päätösten teko potilaan hoidosta, (VAS 82,1) erittäin hyvä pätevyys. Heikoimmaksi sairaanhoitajat arvioivat pätevyytensä, (VAS 44,8) melko hyvä pätevyys, moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämisessä. Oman toiminnan joustava suunnittelu tilanteen mukaan koettiin olevan sovellettavissa erittäin usein omiin työtehtäviin, toiminnan tiheydeksi arvioitiin 2,9. Muut vastaukset sijoituivat näiden arvojen välille.

Taulukko 11. Sairaanhoidajien itsearvioinnit hoitotoimien osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-25, melko hyvä pätevyys 26–50, hyvä pätevyys 51–75, erittäin hyvä pätevyys 76–100.
Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein.

Hoitotoimien hallinta osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaisesti	63	87,5	14,4	37	100	2,9
Teen tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta	62	82,1	18,1	23	100	2,6
Koordinoin moniammatillista yhteistyötä	58	70,2	31,4	4	100	2,1
Ohjaan työtovereitani hoitotoimenpiteiden toteutuksessa	61	72,1	24,1	14	100	2,1
Pidän ajan tasalla ohjekansioita	59	59,2	33,4	0	100	1,8
Toimin konsulttina muille työntekijöille	58	62,5	35,3	0	100	1,8
Hyödynnän omassa toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa	63	61,3	27,7	6	100	2,1
Arvioin systemaattisesti hoidon tulokellisuutta	60	64,5	28,4	9	100	2,1
Kehitän hoitokäytäntöjä	60	61,9	31,7	0	100	1,9
Osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämiseen	50	44,8	33,3	0	100	1,2
		66,6	27,8			

Asiantuntijaryhmä määrittä korkeimman pätevyystason hoitotoimien hallinta osa-alueella hoitokäytäntöjen kehittämiseksi, (VAS 94,5). Hoitokäytäntöjen kehittämisessä sairaanhoidajat itsearvioivat ammattipätevyytensä hyväksi (VAS 61,9). Toinen asiantuntijaryhmän asettama korkea tavoitetaso oli oman toiminnan suunnittelu joustavasti tilanteen mukaan, (VAS 92,8) erittäin hyvä pätevyys. Sairaanhoidajat olivat arvioineet tämän kategorian pätevyytensä myös erittäin hyväksi (VAS 87,5). Suurin eroavaisuus sairaanhoidajien itsearvioinnissa ja asiantuntijaryhmän määrittämässä tavoitetasossa oli moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämisessä.



Kuvio 5. Sairaanhoitajien itsearviointit ja asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso hoitotoimien hallinta osa-alueella (VAS 0-100)

5.2.6 Laadun varmistus

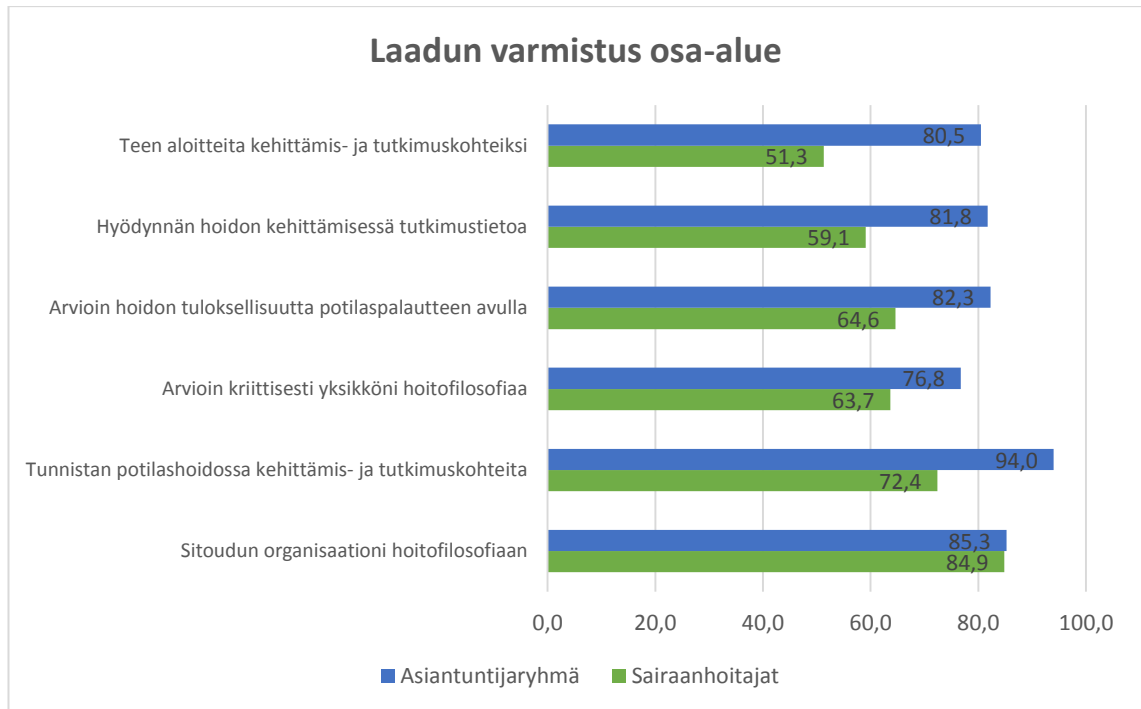
Laadun varmistuksen osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä hyväksi (VAS 66,0). Vastausten minimi ja maksimi pätevydet olivat VAS 0-100. Sairaanhoitajat arvioivat sitoutumisensa organisaation hoitofilosofiaan erittäin hyväksi (VAS 84,9) sekä potilashoidon kehittämis- ja tutkimuskohteiden tunnistamisen erittäin hyväksi (VAS 72,4). Heikoimmaksi sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä aloitteiden tekemisessä kehittämis- ja tutkimuskohteiksi, (VAS 51,3) hyvä pätevyys. Muut vastaukset sijoittuivat näiden arvojen välille.

Taulukko 12. Sairaanhoidajien itsearviointit laadun varmistus osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-25, melko hyvä pätevyys 26–50, hyvä pätevyys 51–75, erittäin hyvä pätevyys 76–100.
Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein.

Laadun varmistus osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Sitoudun organisaationi hoitofilosofiaan	62	84,9	18,9	23	100	2,8
Tunnistan potilashoidossa kehittämissä tutkimuskohteita	63	72,4	25,4	7	100	2,4
Arvioin kriittisesti yksikköni hoitofilosofiaa	62	63,7	27,6	0	100	2,0
Arvioin hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla	60	64,6	31,9	5	100	2,0
Hyödynnän hoidon kehittämisessä tutkimustietoa	62	59,1	30,4	0	100	1,8
Teen aloitteita kehittämissä ja tutkimuskohteiksi	60	51,3	32,1	0	100	1,6
		66,0	27,7			

Suurin poikkeama tavoitetason ja itsearviointin välillä oli aloitteiden teko kehittämissä ja tutkimuskohteiksi. Asiantuntijaryhmän määrittämä tavoitetaso oli erittäin hyvä (VAS 80,5) kun sairaanhoidajien itsearviointi oli hyvä (VAS 51,3). Tavoitetaso ja itsearviointit erosivat toisistaan myös potilashoidon kehittämissä ja tutkimuskohteiden tunnistamisessa. Asiantuntijaryhmä määrittäi tavoitetasoksi erittäin hyvän (VAS 94,0) kun sairaanhoidajat arvioivat pätevyystasokseen hyvän (VAS 72,4). Lähimpänä tavoitetaso ja itsearviointit olivat toisiaan organisaation hoitofilosofiaan sitoutumisessa. Asiantuntijaryhmän määrittämä tavoitetaso organisaation hoitofilosofiaan sitoutumisessa oli erittäin hyvä (VAS 85,3) ja sairaanhoidajien itsearviointi ammattipätevyydestään oli myös erittäin hyvä (VAS 84,9).



Kuvio 6. Sairaanhoitajien itsearviointit ja asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso laadun varmistus osa-alueella (VAS 0-100)

5.2.7 Työrooli

Työroolin osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä hyväksi (VAS 69,0). Vastausten minimi ja maksimi pätevydet olivat VAS 0-100. Sairaanhoitajat arvioivat työrooli osa-alueella parhaimmaksi ammatti-identiteetin toimimisen voimavaarana hoitotyössä, (VAS 86,8) erittäin hyvä pätevyys. Toiseksi parhaimpana sairaanhoitajat arvioivat oman jaksamisen rajojen tunnistamisen (VAS 83,1). Heikoimmaksi ammattipätevyytensä sairaanhoitajat arvioivat opiskelijoiden vastaavana ohjaajana toimimisen, (VAS 49,6) melko hyvä pätevyys. Väittämän soveltuvuudessa omaan toimintaan sairaanhoitajat arvioivat parhaimmaksi oman ammatti-identiteetin toimimisena voimavarana (2,9) ja itseohjautuva toiminta (2,9). Tietotekniikan hyödyntäminen hoitotyössä koettiin myös omaan työhön soveltuvaksi (2,9). Muut vastaukset sijoittuivat näiden arvojen välille.

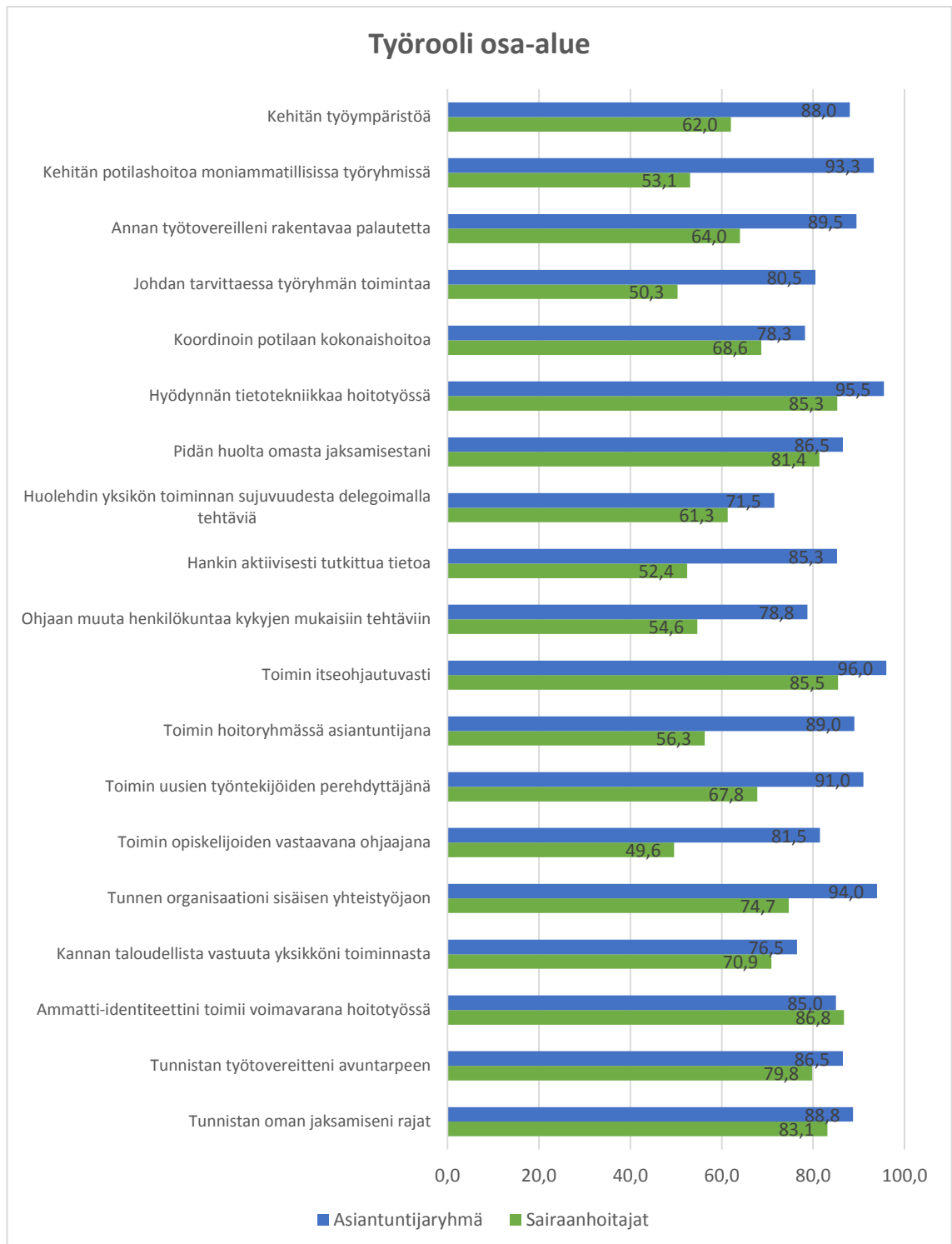
Taulukko 13. Sairaanhoitajien itsearviointit työrooli osa-alueella

Toiminnan laatu: matala pätevyys 0-25, melko hyvä pätevyys 26–50, hyvä pätevyys 51–75, erittäin hyvä pätevyys 76–100.
Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= sovellettavissa hyvin harvoin, 2= sovellettavissa satunnaisesti, 3= sovellettavissa erittäin usein.

Työrooli osa-alue	n	ka	SD	Min	Max	Tiheys
Tunnistan oman jaksamiseni rajat	63	83,1	17,5	22	100	2,6
Tunnistan työtovereitteni avuntarpeen	62	79,8	19,6	19	100	2,8
Ammatti-identiteettini toimii voimavarana hoitotyössä	63	86,8	16,5	22	100	2,9
Kannan taloudellista vastuuta yksiköni toiminnasta	59	70,9	29,6	0	100	2,4
Tunnen organisaationi sisäisen yhteistyöajan	61	74,7	25,0	11	100	2,6
Toimin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana	47	49,6	39,1	0	100	1,1
Toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä	59	67,8	30,8	0	100	1,9
Toimin hoitoryhmässä asiantuntijana	51	56,3	36,8	0	100	1,5
Toimin itseohjautuvasti	63	85,5	17,9	0	100	2,9
Ohjaan muuta henkilökuntaa kykyjen mukaisesti tehtäviin	53	54,6	37,5	0	100	1,5
Hankin aktiivisesti tutkittua tietoa	63	52,4	30,9	2	100	2,0
Huolehdin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä	58	61,3	31,4	1	100	1,8
Pidän huolta omasta jaksamisestani	63	81,4	19,3	26	100	2,8
Hyödynnän tietotekniikkaa hoitotyössä	62	85,3	18,0	30	100	2,9
Koordinoin potilaan kokonaishoitoa	54	68,6	32,0	0	100	2,0
Johdan tarvittaessa työryhmän toimintaa	50	50,3	35,8	0	100	1,2
Annan työtovereilleni rakentavaa palautetta	63	64,0	26,6	8	100	2,1
Kehitän potilashoitoa moniammatillisissa työryhmissä	51	53,1	31,2	0	100	1,4
Kehitän työympäristöä	62	62,0	28,8	5	100	2,0
		67,8	27,6			

Suurin poikkeama tavoitetason ja itsearviointin välillä oli potilashoidon kehittämisessä moniammatillisessa työryhmissä, asiantuntijaryhmä arvioi pätevyyden erittäin hyväksi (VAS 93,3) kun sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä hyväksi (VAS 53,1). Asiantuntijaryhmän tavoitetaso ja sairaanhoitajien arvioinnit olivat yhteneväiset ammatti-

identiteetin toimimisena voimavarana hoitotyössä, molemmat ryhmät arvioivat pätevyyden erittäin hyväksi.



Kuvio 7. Sairaanhoitajien itsearvioinnit ja asiantuntijaryhmän asettama tavoitetaso työrooli osa-alueella (VAS 0-100)

5.3 Polikliinisen hoitotyön haasteet tällä hetkellä ja tulevaisuudessa

Tulokset polikliinisen hoitotyön haasteista käsitellään kahdessa osassa, osaamishaasteet tällä hetkellä ja osaamishaasteet tulevaisuudessa. Tulevaisuuden osaamishaasteet on jaoteltu NCS-mittarin (Meretoja 2003) mukaisen seitsemän ammattipätevyyttä kuvaavan summamuuttujan mukaan.

5.3.1 Polikliinisen hoitotyön osaamishaasteet tällä hetkellä

Tämän hetkisinä haasteina toimenpidepolikliinisessä hoitotyössä asiantuntijaryhmä nosti esille neljä pääluokkaa, joita olivat **hoitotyön kehittäminen, kliininen osaaminen, päätöksenteon tukimenetelmien käyttö ja työrooliin liittyvien taitojen hallinta.**

Hoitotyön kehittämisen haasteina koettiin potilaan ohjaukseen liittyvät haasteet sekä potilashoidon kehittäminen. Potilasohjauksen haasteina nähtiin mm. uusien potilas ohjaustapojen hallinta ja laadukas potilasohjaus.

”Potilasohjaus ja sen varmistaminen, että potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen.”

”...potilaiden ohjausosaaminen.”

Potilashoidon kehittämisen osaamishaasteina nostettiin esille motivaatio kehittämistyötä kohtaan sekä uusien vastaanottomallien kehittäminen.

”Motivaatio olla mukana kehittämässä potilashoitoa.”

”...virtuaalivastaanottojen kehittäminen.”

Kliininen osaaminen nähtiin yhtenä tämän hetkisistä osaamishaasteista. Kliiniseen osaamisen haasteiksi nostettiin teknologiaosaamisen, kirjaaminen / dokumentointi, eri erikoisalojen tunteminen, poikkeamien tunnistaminen sekä potilaan hoitoprosessin tunteminen. Kirjaamisessa painotettiin oikean ja olennaisen tiedon löytämistä. Eri erikoisalojen tuntemisessa koettiin tärkeäksi laaja tieto monesta eri erikoisalasta, mutta myös syvä perehtyminen osaan erikoisaloista.

”Potilaan hoidon laadun ja jatkuvuuden turvaamiseksi potilaslähtöisesti olennaisien asioiden dokumentointi.”

”Laaja ja osittain hyvin syväosaaminen.”

Potilaan hoitoprosessin tuntemisessa painottui potilaan hoitopolun hahmottaminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon sekä työnjaon tunteminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

”Potilaan koko hoitoajasta vain pieni osa on erikoissairaanhoidossa, hoitajien pitäisi kyetä arvioimaan mitkä potilaan terveysongelmista on niitä mihin erikoissairaanhoidossa pyritään vaikuttamaan (ja mitkä ovat sellaisia jotka hoidetaan perusterveydenhuollossa).”

Päätöksenteon tukimenetelmien käytössä tämän hetkisinä osaamishaasteina painotettiin näyttöön perustuvan tiedon käyttöä ja kykyä arvioida hoidon näyttöön perustuvuutta. Myös yhtenäisten toimintamallien sisäistäminen koettiin osaamishaasteena.

”Halu ja kyky arvioida onko hoitaminen näyttöön perustuvaa”

”Kyky toimia yhtenäisten toimintamallien mukaisesti.”

Työrooliin liittyvien taitojen hallinta sisälsi asiantuntijaryhmän mukaan työyhteisötaidot, kansainvälisyysosaamisen, ammattitaidon ylläpidon, itsensä johtamiskyvyn ja päätöksentekokyvyn. Osaamishaasteena nähtiin mm. vuorovaikutustaidot ja tiimityötaito, uudenoppiminen ja osaamisen päivittäminen sekä perehdyttäminen. Itsenäinen työskentely, päätöksenteko, joustavuus ja töiden organisointi olivat myös haasteita tämän päivän toimenpidepoliiklinisessa hoitotyössä.

”Vuorovaikutustaidot niin asiakkaisiin kuin työyhteisöön päin.”

”Poliklinikalle siirtynyt uusia sairaanhoitajan työtehtäviä, jotka edellyttävät uuden oppimista ja osaamisen päivittämistä: kirurgisen potilaan preoperatiivinen arviointi, lääkehoidon osaaminen, itsenäinen ohjaustyö jne.”

”Kyky olla oman työnsä johtaja / asiantuntija.”

5.3.2 Polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden osaamishaasteet

Auttamisen osa-alueen tulevaisuuden pätevyys- ja osaamishaasteiksi nousi kaksi yläluokkaa asiantuntijaryhmän vastuksista. Niitä olivat **potilaan osallistaminen ja ohjaus** sekä **päätöksenteon tukimenetelmien käyttö**.

Potilaan osallistamisessa ja ohjauksessa nähtiin osaamishaasteina potilaan motiivointi omahoitoon sekä potilaan tukeminen. Myös teknologia nähtiin haasteena, mutta

myös keinona osallistaa potilasta. Potilasohjauksessa nostettiin esille taito keskittyä oleelliseen lyhyen hoitosuhteen aikana.

"Hyödynnetään mm uutta teknologiaa, joka mahdollistaa potilaan osallistumisen (auttaa myös itse itseään)."

"Kykyä nähdä oleellisin ohjattava / neuvottava asia lyhyen hoitosuhteen aikana."

Päätöksenteon tukimenetelmien käytössä pätevyys- ja osaamishaasteiksi koettiin hoidon suunnittelu ja tutkimustiedon käyttö. Hoidon suunnittelussa painotettiin asioiden priorisointia, avun kohdentamista ja potilaiden kokonaistilanteen hahmottamista. Tutkimustiedon käytössä korostettiin tunnuslukujen ja vaikuttavuuden arviointia sekä näyttöön perustuvan tiedon käyttöä.

"Ymmärrystä potilaiden kokonaistilanteesta."

"Hoitajien pitää oppia lukemaan, tulkitsemaan, analysoimaan potilaiden hoitoon liittyviä tunnuslukuja ja tekemään tarvittavia muutoksia niiden pohjalta..."

Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella asiantuntijaryhmän vastauksista nousi kolme pääluokkaa. Pätevyys- ja osaamishaasteina nähtiin **ammattillinen pätevyys, potilaanohjaus** ja **kliininen osaaminen**.

Ammatillisessa pätevyyydessä asiantuntijaryhmä painotti ammattitaidon ylläpitoa ja perehdytystä. Ammattitaidon ylläpitämisessä aktiivinen kouluttautuminen ja tiedon etsintä koettiin haasteeksi tulevaisuuden toimenpidepoliinisessä hoitotyössä. Perehdytyksessä painotettiin sitoutuneisuutta sekä oikeaa asennetta.

"Aktiivinen suuntautuminen tiedon etsimiseen ja uusien asioiden oppimiseen, ei voi tuudittautua vain rutiinien hallitsemiseen."

"Positiivinen asenne uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden ohjaukseen, tärkeä voimavara tulevaisuudessa."

Potilaanohjauksessa esille nostettiin hoitajan taidot potilaan ohjaustarpeen ja omaksumiskyvyn tunnistamisessa. Ohjaustaidoissa painotettiin kykyä nähdä potilaan yksilöllinen ohjauksen tarve, ohjauksen kohdentaminen oikeisiin asioihin sekä erilaisten oppijien ja oppimismetodien tunnistaminen ja ymmärtäminen.

"Kyky tunnistaa erilaiset oppijat ja esim. kertaamisen tarpeet sekä erilaiset opettamisen ja ohjaamisen muodot."

Kliinisen osaamisen pääluokassa esille nousivat kirjaaminen / dokumentointi sekä teknologiaosaaminen. Kirjaamisessa tärkeiksi osaamishaasteiksi tulevaisuudessa koettiin potilasohjauksen dokumentointi sekä jatkohoito-ohjeista huolehtiminen. Teknologiaosaaminen nähtiin teknologian hyödyntämisenä ohjustilanteissa.

”Erittäin tärkeää dokumentoida mitä potilaalle on ohjattu ja opetettu, jotta potilaan hoitoon seuraavaksi osallistuvilla on tämä tieto käytettävissä.”

”Nettiohjauksen, opetusvideoiden yms. uuden teknologian hyödyntäminen.”

Tarkkailutehtävä osa-alueelta toimenpidepoliiklinisen hoitotyön tulevaisuuden pätevyys- ja osaamishaasteiksi nousi kaksi pääluokkaa, **kliininen osaaminen** ja **työkokemus**.

Kliinisen osaamisen haasteina nähtiin potilaan voinnin tarkkailu ja muutoksiin reagointi myös teknologiaosaaminen nähtiin osaamishaasteena. Potilaan voinnin tarkkailussa korostui lyhyiden hoitosuhteiden tuomat vaatimukset sekä kyky nähdä konsultoinnin tärkeys. Teknologiaosaamisessa esille tuotiin laitteiden oikeaoppinen käyttö sekä tekniset taidot.

”Koska potilaskontaktit ovat lyhyitä tulee tarkkailun kohdistua oikein ja ammattimaisesti”

”Kyky ymmärtää tilanne, jolloin on syytä informoida esim. toimenpidettä tekevää lääkäriä potilaan voinnin muutoksesta.”

Työkokemus nähtiin pätevyys- ja osaamishaasteena juuri tarkkailuntehtävien näkökulmasta. Vuodeosasto-osaamista korostettiin ja sen työn tuoma kokemus ja varmuus koettiin hyvänä.

”Kokemus vuodeosastotyöstä ennen toimenpideyksikköön tuloa antaa varmuutta tähän asiaan.”

Tilannehallinta osa-alueen tulevaisuuden pätevyys- ja osaamishaasteiksi nousi kolme pääluokkaa. Niitä olivat **henkilökohtaiset ominaisuudet / ammatti-identiteetti, sosiaaliset taidot ja asiantuntijuus**.

Henkilökohtaiset ominaisuudet ja ammatti-identiteetti – pääluokassa nostettiin esille nopea reagointikyky, tilannetaju, paineensietokyky, omatoimisuus, tilanteiden jälkiselvittelytaito sekä vastuuntunto. Näitä painotettiin erityisesti nopeasti vaihtuvissa tilanteissa polikliinisessä hoitotyössä.

"Toimenpideyksikössä odotetaan kykyä reagoida muuttuviin tilanteisiin nopeasti, hermostumatta."

"...vastuullisuutta työympäristöstä"

Sosiaalisissa taidoissa nostettiin esille empaattisuus, joka ilmenee avuntarpeen havaitsemisena ja auttamishaluna.

"...ja halu auttaa toisia, jos omat työt tehty."

Asiantuntijuudessa painotettiin itseohjautuvaa tiedonhankintaa.

Hoitotoimien hallinnan osa-alueelta löytyi kolme pääluokkaa tulevaisuuden pätevyys- ja osaamishaasteiksi. Niitä olivat **hoitotyön ja lääketieteen kehittyminen, työn organisointi ja hoitotyön kehittäminen**.

Hoitotyön ja lääketieteen kehittämisessä painotettiin lääketieteen kehittymistä, sairaanhoitajien toimenkuvien muutoksia ja osaamisvaatimuksia. Lääketieteen kehittyminen nähtiin erityisesti toimenpiteiden kehittymisen näkökulmasta. Osaamisvaatimusten koettiin muuttuvan tulevaisuudessa polikliinisen ympäristön muutoksen mukana.

"Lääketiede / toimenpiteet kehittyvät jatkuvasti."

"Polikliininen ympäristö muuttuu kovalla vauhdilla, osaamisvaatimukset kasvavat."

Työn organisointi nousi esille Lean-ajattelumallin sekä potilasturvallisuuden näkökulmasta. Asiantuntijaryhmä nosti Lean-ajattelumallin esille työn sujuvoittamisen kannalta.

"...kyky "liinata" / sujuvoittaa asioita mutta kuitenkin potilasturvallisuutta unohtamatta."

Hoitotyön kehittäminen hoitotoimien hallinnan osa-alueella nähtiin jatkuvana kehittämisenä, haluna kehittää hoitotyötä sekä kouluttautumisenä.

"...profiloida hoitotyön kehittämistä toimenpideyksikössä."

Laadun varmistuksen osa-alueella nousi asiantuntijaryhmän vastauksista kolme pääluokkaa. Pääluokkia olivat **päätöksenteon tukimenetelmien käyttö, hoitotyön kehittäminen ja henkilökohtaiset ominaisuudet.**

Päätöksenteon tukimenetelmien käyttö sisälsi näyttöön perustuvan tiedon etsimisen ja hyödyntämisen sekä vaikuttavuuden arvioinnin.

"Tarvitaan lisää polikliinista hoitotyön tutkimusta, vaikuttavuuden arviointia ja näkökulmaa terveyshyötyyn. Eli mikä on toimintamme vaikuttavuus."

Hoitotyön kehittämisen haasteena nähtiin ymmärrys hoitotyön kehittämisen tärkeydestä ja hoitotieteen roolista lääketieteen rinnalla.

"Lääketieteelliset tutkimukset ja sovellukset nousevat toimenpideyksikössä herkemmin hoitotyön kehittämisen edelle"

Henkilökohtaiset ominaisuudet nousivat esille innovatiivisuuden ja vuorovaikutustaitojen kautta. Asiantuntijaryhmä korosti innovatiivista työtettä sekä avoimuutta ja kykyä kuunnella.

"...avoimuus ja kyky kuunnella muita hoitotiimin jäseniä ja auttaa ideoiden jatkojalostamisessa."

Työroolin osa-alueella asiantuntijaryhmä nosti esille tulevaisuuden osaamishaasteiksi neljä pääluokkaa. Näitä olivat **jatkuva kehittäminen, työyhteisötaidot, kliininen ammattitaito ja työ organisointi.**

Jatkuvassa kehittämisessä asiantuntijaryhmä toi esille hoitotyön kehittämisen sekä työympäristön kehittämisen. Hoitotyön kehittämisessä mainittiin jatkuvuus sekä omatoimisuus kehittämistä kohtaan. Työympäristön kehittämisessä korostettiin kykyä tarkastella työympäristöä sekä halua kehittää sitä.

"...jatkuva kehittäminen osa työnkuvaa."

"Potilashoidon lisäksi työrooliin tulisi aina kuulua myös kyky tarkastella / parantaa työympäristöä."

Työyhteisötaidot nousivat myös tulevaisuuden haasteeksi polikliinisessä hoitotyössä. Niissä korostettiin palautteenantokykyä, vastuualueutyöskentelyä, joustavuutta työtehtävien ja toimintaympäristöjen kohdalla sekä joustavuutta työajoissa. Palautteenantokyvissä painotettiin rakentavan palautteenannon taitoa ja vastuualueutyöskentelyssä nostettiin esille myös kehittämisenäkökulma.

”...halu ottaa kantaakseen jokin vastuualue ja kehittää työtä sitä kautta.”

”Kyky ja halu muuttaa työaikoja, jotta potilaiden hoidon tarve ja hoitajat kohtaavat toisensa optimaalisesti.”

Kliininen ammattitaito sisälsi laaja- ja kapea-alaisen ammattitaidon sekä prosessien ymmärtämisen. Prosessien ymmärtämisellä tarkoitettiin erikoissairaanhoidon roolin ymmärtämistä koko terveydenhuollossa ja sekä yhteistyön perusterveydenhuollossa.

”Ymmärrystä erikoissairaanhoidon merkityksestä koko terveydenhuollolle.”

Työn organisoinnissa asiantuntijaryhmä nosti esille tulevaisuuden haasteina vastuuhoitajaroolit sekä työnjohdon merkityksen. Työnjohdon ja vastuuhoitajien merkityksenä mainittiin aktiivinen läsnäolo, joka auttaa työn sujuvuudessa sekä lisää turvallisuuden tunnetta.

”Työnjohdon / vastuuhoitajien vankka mukana oleminen, ohjailu tarvittaessa, helpottaa toimenpidehuoneiden töiden läpiviemistä.”

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää toimenpidepoliklinikoilla toimivien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja osaamista heidän itsensä arvioimana sekä suhteessa asiantuntijaryhmän arvioimaan tavoitetasoon. Tarkoituksena oli myös selvittää vaikuttavatko ikä ja työssäoloaika ammatilliseen pätevyyteen ja osaamiseen polikliinisessä hoitotyössä. Lisäksi opinnäytetyössä kartoitettiin polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden haasteita.

Polikliinistä toimenpidepainotteista hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä ja osaamisensa hyväksi kuudessa osa-alueessa. Auttamisen osa-alueessa polikliiniset sairaanhoitajat arvioivat pätevyytensä ja osaamisensa erittäin hyväksi. Polikliinistä hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat toteuttavat erittäin hyvin yksilöllistä hoitotyötä ja heidän päätöksentekoaan ohjaa eettinen arvoperusta. Tämä tutkimustulos on yhtenevä aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Sairaanhoitajat erilaisissa toimintaympäristöissä arvioivat aikaisemmissa tutkimuksissa ammatillisen pätevyytensä hyväksi kaikissa seitsemässä osa-alueessa. (Heikkilä ym. 2007; Numminen ym. 2013; Meretoja ym. 2004a; Meretoja ym. 2009; Räikkönen 2012)

Polikliinisessä hoitotyössä työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä parhaimmaksi auttamisen, tilannehallinnan sekä opettamisen ja ohjaamisen osa-alueilla. Päiväkirurgista hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat arvioivat aiemmassa tutkimuksessa pätevyytensä parhaimmaksi juuri samoilla osa-alueilla. (Hamström ym. 2012) Polikliinisessä hoitotyössä, kuten myös päiväkirurgisessa hoitotyössä, tunnusomaista ovat lyhyet hoitosuhteet ja useiden erityyppisten potilaiden samanaikainen hoitaminen. (Huttunen 2007, 37–38; Laakkonen 2004, 86–87; Mastal 2010, 269)

Tilannehallinnalle tyypillistä koordinoitua, kykyä kriittiseen arviointiin ja taitoa yhdistellä erilaisia tietoja potilaan hoitoon ja vaatimuksiin sisältyy polikliiniseen hoitotyöhön. (Vuorinen ym. 2009, 411–412; Mastal 2010, 269) Tilannehallinnan osa-alueessa polikliinistä hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa parhaaksi oman toiminnan joustavassa priorisoinnissa ja potilaan hoidon suunnittelussa yksikön tilanteen mukaan.

Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueessa polikliiniset sairaanhoitajat arvioivat parhaaksi pätevyysalueekseen potilaan yksilöllisen ohjauksen ja ohjauksen sisällön hallinnan. Polikliininen hoitotyö painottuukin vahvasti potilaan tai ryhmän ohjaukseen ja neuvontaan. Opettamisen-ohjaamisen osa-alue näkyy polikliinisen sairaanhoitajan työssä potilaan suullisella ja kirjallisella ohjaamisella. Ohjaamiseen sisältyy myös kollegoiden ja opiskelijoiden ohjaus. (Fagerholm 2014, 6; Vuorinen ym. 2009, 411–412) Nämä kaikki tukevat tulosta, että polikliinistä hoitotyötä tekevillä sairaanhoitajille kehittyy hyvä ammatillinen pätevyys juuri auttamisen, tilannehallinnan ja opettamisen ja ohjaamisen osa-alueille.

Heikoimmaksi ammattipätevyytensä osa-alueeksi toimenpidepainotteista polikliinistä hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat arvioivat laadun varmistuksen osa-alueen. Laadunvarmistuksen osa-alueeseen nähdään kuuluvaksi toiminnan tuloksellisuuden arviointi,

oman toiminnan ja toimintaympäristön sujuvuuden päivittäinen arviointi sekä hoito- ja tutkimusohjeiden ja hoitoprosessien laadinta. (Heikkilä ym. 2007, 4-5; Vuorinen ym. 2009, 411–412) Tulos on samansuuntainen kuin useissa muissakin aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on todettu; heikoimmaksi sairaanhoitajat arvioivat pätevyytensä juuri laadun varmistuksen osa-alueella. Tutkimusten mukaan myös hoitotoiminen hallinta kuuluu sairaanhoitajien heikoimpiin pätevyyden osa-alueisiin. (Heikkilä ym. 2007; Numminen ym. 2013; Meretoja ym. 2004a; Hamström ym. 2012)

Myös tässä tutkimuksessa polikliinista hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat arvioivat yhdeksi heikoimmaksi pätevyysalueekseen hoitotoimien hallinnan. Tämä on yllättävää, sillä toimenpidepainotteinen polikliininen hoitotyö profiloituu sisällöllisesti pitkälti hoitotoimien hallintaan. Hoitotoimien hallintaan sisältyy hoitamiseen välittömästi kuuluvien taitojen hallinta sekä työn organisointiin ja kehittämiseen kuuluvat tehtävät. Hoitotoimien hallinta näkyy esim. poliklinikalla koordinoivan sairaanhoitajan työssä tutkimusten ja toimenpiteiden substanssin hallintana. (Heikkilä ym. 2007, 4-5; Vuorinen ym. 2009, 411–412) Hoitotyön hallinnan osa-alueessa polikliiniset sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa korkeammalle oman toiminnan suunnittelussa ja tilanteenmukaisten päätösten teossa. Matalammaksi hoitajat arvioivat pätevyytensä moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämisessä ja ohjekansioiden päivittämisessä.

Aiemmassa tutkimuksessa on todettu sairaanhoitajien taustatekijöillä olevan vaikutusta pätevyyden arviointiin. Perioperatiivisten sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä tutkittaessa NCS-mittarilla (Meretoja 2003) löytyi merkittävä yhteys iän, alan kirjallisuuden ja julkaisujen seuraamisen, ammatillisen kehittymisen tärkeyden ja koulutustaustan kohdalla. (Silvennoinen ym. 2012, 22–31) Tässä tutkimuksessa selvitettiin iän ja työkokemuksen vaikutusta pätevyyden arviointiin. Taustatekijöistä iällä ei todettu olevan vaikutusta polikliinista hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien pätevyyden itsearviointiin. Myöskään koko terveydenhuollosta saatu työkokemus ei vaikuttanut ammatillisen pätevyyden arviointiin. Tilastollisesti merkittävä yhteys löytyi työroolin ja nykyisessä työyksikössä saadun työkokemuksen välillä. Nykyisessä työyksikössä 0-3 vuotta työskennelleet arvioivat pätevyytensä työroolin osa-alueella melko hyväksi tai hyväksi, kun taas 4-9 vuotta ja yli 10 vuotta nykyisessä työyksikössä työskennelleet arvioivat pätevyytensä hyväksi tai erittäin hyväksi. Työrooli osa-alue sisältää useita vastuualuerooleja sekä oman ammatti-identiteetin kasvuun liittyviä muuttujia, joten on luonnollista, että pidempään nykyisessä työyksikössä työskennelleet arvioivat osaamisensa korkeammalle juuri työrooli osa-alueessa.

Toinen tilastollinen merkitsevyys löytyi nykyisessä työyksikössä saadun työkokemuksen ja hoitotoiminnan hallinnan välillä. Sairaanhoidajat, jotka olivat työskennelleet nykyisessä työyksikössä 4-9 vuotta tai yli 10 vuotta arvioivat pätevyytensä hoitotoiminnan osa-alueessa paremmaksi kuin 0-3 vuotta työskennelleet. Tämä tilastollinen merkitsevyys selittyy luonnollisella työssäoppimisella ja työkokemuksella. Mielenkiintoista on kuitenkin se, etteivät 4-9 vuotta nykyisessä työyksikössä työskennelleiden pätevyyden arvioinnit eronneet suuresti yli 10 vuotta työskennelleiden arvioinneista. Voisi siis päätellä, että tietty pätevyystaso saavutetaan noin neljän vuoden työssä olon jälkeen. Tämä tulos on samansuuntainen mitä Bennerin (1993) aloittelijasta asiantuntijaksi kehittymisen viitekehityksessä on todettu. Sairaanhoidajan pätevyyden kehittyminen aloittelijasta pätevän hoitajan tasolle tapahtuu yleensä yhden tai useamman vuoden kuluessa. Useissa työpaikoissa pätevän taso saavutetaan noin kolmen vuoden kuluttua. (Surakka 2009: 85.)

Sairaanhoidajien itsearviointit ja asiantuntijaryhmän määrittämät tavoitetasot erosivat toisistaan suurimassa osassa muuttujia. Aiemmassa tutkimuksessa on myös todettu esimiesten arvioivan sairaanhoidajien ammatillisen pätevyyden ja osaamisen korkeammalle kuin sairaanhoidajat itse arvioivat. (Meretoja ym. 2009) Auttamisen osa-alueessa suurimmat erot tavoitetason ja itsearviontien välillä olivat hoitotieteellisen tiedon käytön ja hoitokulttuurin kehittämisen kohdilla. Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueessa suurimmat eroavaisuudet olivat työn kehittämisessä. Näitä olivat uusien hoitajien perehdyttämisen kehittäminen, potilasohjauksen kehittäminen sekä oman vastuualueen kehittäminen. Tarkkailutehtävien osa-alueessa suurimmat erot löytyivät kirjaamisen kehittämisen ja kollegoiden ohjaamisessa tarkkailuvälineiden käytössä. Tilanhallinnan osa-alueessa suurin ero kohdistui ohjaamiseen. Hoitotoiminnan hallinnan osa-alueessa suurin ero tavoitetasossa ja itsearvioinneissa kohdistui käytänteiden kehittämiseen. Moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittäminen ja yleisesti hoitokäytäntöjen kehittäminen erosivat eniten. Laadun varmistuksen osa-alueessa erot korostuivat potilashoidon kehittämis- ja tutkimuskohteiden tunnistamisessa ja kehittämisaloitteiden teossa. Työroolin osa-alueessa tavoitetaso ja itsearviointit erosivat eniten potilashoidon kehittämisessä ja tutkitun tiedon aktiivisessa hankinnassa.

Yhteistä näissä kaikissa osa-alueissa, tavoitetason ja itsearviontien erojen välillä on sama aihealue. Jokaisessa osa-alueessa suurimmat erot kohdistuivat kehittämisen aihealueelle. Asiantuntijaryhmä asetti tavoitetason korkeammalle kuin sairaanhoidajat it-

searvioivat ammatillisen pätevyytensä ja osaamisensa. Nykypäivän johtamisessa korostuu osallistaminen ja henkilökunnan vastuuttaminen, joka näkyy asiantuntijaryhmän asettamina, korkeina tavoitetasoina määrityksinä juuri kehittämisen osa-alueissa. Työntekijät nähdään oman työnsä parhaimpina kehittäjinä ja heiltä odotetaan aktiivista kehittämistä ns. yrittäjäshenkeä. Myös ajatus ylhäältä-alas johdetusta muutoksesta ja kehittämisestä ei korostu asiantuntijaryhmän tavoitetasoissa vaan suunta on juuri päinvastoin. Sairaanhoidajia vastuutetaan ja päätöksentekovastuuta siirretään ”alemmas”.

Sairaanhoidajat eivät itsearvioinneissa arvioineet osaamistaan ja pätevyyttään kehittämisen osa-alueissa yhtä korkealle tasolle. Tämä voi johtua ajattelutapojen eroista, miellettäenkö arkityön keskellä tehdyt kehittämistoimet hoitotyön kehittämiseksi vai onko kehittämistä vain ns. kirjallinen ja moniammatillinen ryhmätyöskentely? Osittain myös kiireinen työtahti ja riittämättömyyden tunne hoitotyössä voidaan kokea kehittämisen esteinä. Myös urautuminen vanhoihin tapoihin jarruttaa hoitotyön kehittämistä. Sairaanhoidajilla saattaa myös istua tiukemmin ns. hierarkkinen ajatus ylhäältä johdetusta muutos- ja kehittämistyöstä, ajatus oman työn johtajuudesta voi olla vielä osalle vierasta. Yllättävää on se, että sairaanhoidajat kyllä tunnistavat kehittämiskohteet, mutta aloitteiden teko kehittämis- ja muutoskohteista ontuu. Johtuuko tämä urautumisesta, kiireestä vai jostain aivan muusta? Myös hoitoalalle olisi toivottavaa ammatillisen itsetunnon kohotus, jotta oma työ nähtäisiin tärkeänä ja arvokkaana, joka ansaitsee tulla kehitetyksi.

Asiantuntijaryhmältä kootuissa polikliinisen hoitotyön tämän hetken ja tulevaisuuden haasteissa korostuivat osittain samat teemat; hoitotyön kehittäminen, kliininen osaaminen, päätöksenteon tukimenetelmien käyttö ja työrooliin liittyvien taitojen hallinta. Hoitotyön kehittäminen korostui useassa kohdassa ja se koettiin yhtenä tärkeimmistä haasteista niin nykyhetkellä kuin tulevaisuudessakin. Hoitotyön kehittämisessä korostui sairaanhoidajien toimenkuvien ja osaamisvaatimusten muutokset, potilashoidon ja potilasohjauksen kehittäminen, työympäristön kehittäminen sekä vahva halu ja kiinnostus hoitotyön kehittämiseen.

Kliininen osaaminen nähtiin tulevaisuuden osaamishaasteena, mutta myös tämän hetken osaamishaasteena. Kliininen osaaminen pitää sisällään monimuotoisia haasteita kuten teknologiaosaamisen, kirjaamisen/dokumentoinnin, potilaan voinnin tarkkailun, muutoksiin reagoinnin ja hoitoprosessien ymmärtämisen. Teknologiaosaaminen nousi vastauksissa esille. Se korostui aitona ja todellisena tulevaisuuden osaamishaasteena. Tek-

nologiaosaaminen ja terveysteknologia luovat uusia osaamistarpeita nykypäivän sairaanhoitajalle. Sähköiset terveysteolliset palvelut ja virtuaaliympäristöt tuovat uudenlaisia osaamisvaatimuksia. Tekniikasta tulee osa työtä. Laitteet kehittyvät, viestintäteknologia kehittyy ja lisääntyy, etädiagnostiikka mahdollistuu ja konsultointi helpottuu. Viestintäteknologia mahdollistaa potilaiden suoran palautteen. Hoitajien pitää hallita verkkotyöskentely ja on osattava käyttää erilaisia järjestelmiä ja ohjelmia. (Rönkkö ym. 2016, 46- 49; Metsämuuronen 2000, 109 - 111)

Päätöksenteon tukimenetelmien käyttö sisältyi moniin vastauksiin polikliinisen hoitotyön haasteissa. Hoidon suunnittelu, tutkimustiedon käyttö, näyttöön perustuvan tiedon etsiminen ja hyödyntäminen, vaikuttavuuden arviointi ja yhtenäisten toimintamallien sisäistäminen nähtiin sisältyvän päätöksenteon tukimenetelmiin. Näyttöön perustuvan tiedon hankinta ja hyödyntäminen korostuvat nykypäivän hoitotyössä ja tulevaisuudessa. Mäkipään ja Hahtelan (2011) mukaan näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen terveydenhuollossa on terveystieteellinen haaste sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Näyttöön perustuva tieto on haaste myös yksittäiselle sairaanhoitajalle. Ei riitä, että tutkittua tietoa on helposti saatavilla, vaan yksittäisen sairaanhoitajan tulee hallita taidot ja valmiudet löytää se tieto ja toteuttaa näyttöön perustuvaa toimintaa.

Työrooliin liittyvien taitojen hallinta sisälsi osaamishaasteita, jotka korostuvat nyky-yhteiskunnassa. Työrooliin liittyvinä osaamishaasteina nähtiin työyhteisötaidot, ammattitaidon ylläpito, itsensä johtaminen, päätöksentekokyky ja kansainvälisyysosaaminen. Itsensä johtaminen ja päätöksentekokyky korostuvat jatkuvasti enemmän. Metsämuuronen (2000) on todennut, että sairaanhoitajilta on aina odotettu kykyä tehdä nopeita päätöksiä muuttuvissa tilanteissa, mutta tulevaisuudessa päätöksentekoa hajautetaan alemmalle hierarkiatasolle, mikä lisää tarvetta itsenäiseen päätöksentekokykyyn. Nykypäivän kiireinen työtahti lisää tarvetta tietoiseen itsensä johtamiseen, kyky keskittyä oleelliseen vähentää burn-outia. Myös potilaiden ongelmien moninaisuus lisää hoitajien tarvetta priorisointiin ja sitä kautta päätöksentekokyky korostuu.

Kansainvälisyysosaaminen on yksi tärkeimmistä polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden osaamishaasteista. Tulevaisuudessa yhä useampi potilas puhuu äidinkielenään muuta kuin suomea. Tämä koskee myös kollegoita, tulevaisuudessa moni kollega saattaa olla ulkomaalainen. Metsämuuronen (2000) on jo 2000-luvun alussa omassa tutkimuksessaan korostanut kansainvälisyysosaamista aidoksi tulevaisuudenosaamiseksi. Rajat aukeavat, maailma pienenee, pakolaisten virta on loppumaton. Tämä kaikki lisää painetta

terveydenhuollon kansainvälisyysosaamiselle. Kansainvälisyysosaaminen sisältää kieli- taidon lisäksi oppia eri kulttuureista, tavoista, lainsäädännöistä ja uskonnoista. Kaikkea ei tarvitse eri kulttuureista osata, mutta voidakseen auttaa ja kohdata eri kulttuurista tul- leen potilaan on tunnettava hänen kulttuurinsa ja uskontonsa sallimat ja kieltävät asiat. (Metsämuuronen 2000, 107–109)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimukselle on asetettu tiettyjä normeja, joihin tulisi pyrkiä. Eettisyys liittyy myös tutki- muksen laatuun, tutkimussuunnitelman pitää olla laadukas ja tutkimusasetelman sopiva ja raportointi laadukasta ja kaatavaa. Hyvässä tutkimuksessa näkyy eettinen sitoutumi- nen. Tutkimuksen eettisessä arvioinnissa pitää arvioida myös tutkimuksen luotettavuutta ja samalla on tuotava esille tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tekijät. Tässä vai- heessa tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus kulkevat tiiviisti yhdessä. Luotettavuuden arviointi on tärkeä osa koko tutkimuksessa. (KvaliMOTV 2016d; Kylmä – Juvakka 2007, 154–155; Tuomi – Sarajärvi 2013, 126–127)

Tutkimuseettiset näkökulmat voidaan karkeasti jakaa kolmeen osaan: tutkimusaihe, ai- neistonkeruumenetelmä sekä analyysi ja raportointi. Jo aiheen valinnassa on otettava huomioon eettiset seikat, onko tutkimus oikeutettu ja saadaanko sillä tuotettua uutta tie- toa tai kuvattua tuntematonta ilmiötä. (KvaliMOTV 2016f; Kylmä – Juvakka 2007, 144– 155; Tuomi – Sarajärvi 2013, 140–141) Tämän opinnäytetyön aiheen ideoinnissa tarve nousi organisaation sisältä ja tukee organisaation tavoitteiden saavuttamista. Myös po- likliinisen hoitotyön tunnettavuus on vielä melko heikkoa, joten tämä opinnäytetyö avaa polikliinisen hoitotyön maailmaa sairaanhoitajien pätevyys- ja osaamisvaatimusten kan- nalta. Tutkimus tuo organisaatioon tärkeätä tietoa sairaanhoitajien ammatillisen pätevyy- den ja osaamisen tasosta ja auttaa koulutarpeiden suunnittelussa ja kohdentamisessa. Tutkimuksen eettiseen tarkasteluun kuuluvat myös lupakäytänteet. Tutkimukselle haet- tiin lupaa kyseisen Yliopistollisen keskussairaalan tutkimuslupakäytännön mukaisesti. Lupa NCS-mittarin käyttöön saatiin mittarin kehittäjältä Dosentti Riitta Meretojalta.

Toinen kriittisen tarkastelun kohde on aineistonkeruumenetelmä. Mahdollistaako valittu menetelmä tiedon saamisen? Tutkimusmenetelmien valinnassa tulee arvioida menetel- mien sopivuus juuri kyseiseen ilmiöön, saadaanko haluttu tieto valituilla menetelmillä ja ovatko menetelmät eettisesti oikeutettuja. (KvaliMOTV 2016f; Kylmä – Juvakka 2007, 144–155) Tämän työn kohdalla eettisyysnäkökulma nousi esille valmiin aineiston käytön

yhteydessä. Valmiiksi kerätyn aineiston käytössä tulee huomioida vastaajien anonymiteetin säilyminen. Sairaanhoidtajien esimiehet nimesivät poliklinikoilla toimenpidetyötä tekevät sairaanhoidajat. Esimiesten nimilistojen mukaan tutkimuksen tekijälle toimitettiin sairaanhoidtajien vastaukset ilman henkilöiden tunnistetietoja. Näin varmistettiin sairaanhoidtajien anonymiteetti. Valmiin aineiston käytössä pitää varmistaa myös aineiston jatkokäytön luvallisuus ja turvata myös tässä käytössä vastaajien henkilöllisyys. Valmiin aineiston käyttöä tukee eettinen ajatus siitä, että jo hankittua tietoa jatkokäytetään ja näin ”kentällä” olevien työntekijöiden resursseja säästetään. Tutkimuksessa kerättiin myös avoimien kysymysten avulla tietoa tulevaisuuden pätevyys- ja osaamishaasteista polikliinisessä hoitotyössä. Asiantuntijaryhmälle lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, vapaaehtoinen osallistuminen sekä yhteystiedot mahdollisten kysymysten varalle. Asiantuntijaryhmän anonymiteetti turvattiin toteuttamalla kysely nimettömänä. Avoimet kysymykset olivat ”upotettuina” sähköiseen NCS-mittariin. Näin kysymyksiin oli mahdollisuus vastata samalla kerralla. Tutkimusaineisto jäi vain tutkijan käyttöön. Sähköisessä kyselykaavakkeessa oli kuitenkin melko paljon vastattavaa, NCS-mittarin muuttujia 73 sekä yhdeksän avointa kysymystä. Asiantuntijaryhmään kutsuttiin poliklinikoiden hallinnollisissa sekä esimies- ja asiantuntijatehtävissä toimivia henkilöitä, joiden kiireinen työtahti saattoi vaikuttaa tutkimukseen osallistujien määrään.

Kolmas eettinen näkökulma on analyysin ja raportoinnin eettisyyden arviointi. Analyysivaiheessa on tärkeää arvioida eettisyyttä. Tutkimuksen tekijän pitää analyysivaiheessa pitäytyä tekemästä omia tulkintoja materiaalista. Tutkimuksen hyvään laatuun kuuluu jatkuva tietoisuus eettisten ratkaisujen seurauksista. Tutkija on velvollinen raportoimaan tulokset mahdollisimman rehellisesti, mutta kuitenkin suojeltava tutkittavien anonymiteettiä. (KvaliMOTV 2016f; Kylmä – Juvakka 2007, 144–155)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineistoja oli kaksi, määrällinen ja laadullinen. Molemmat aineistot analysoitiin eri menetelmillä. Määrällisen aineiston analyysi sisälsi numeerista dataa ja sen käsittely vaati määrällisten analyysimenetelmien osaamista. Määrällinen aineisto oli kerätty kolmelta eri poliklinikalta ja yhdistävänä tekijänä oli sairaanhoidtajien toimenpidepainotteinen työ. Sairaanhoidtajien työnkuvat kuitenkin vaihtelivat eri poliklinikoilla ja sisälsivät erilaisien toimenpiteiden valmisteluja ja avustamista. Myös poliklinikoiden hoitajavastaanotot olivat sisällöltään erilaisia. Nämä seikat saattavat vaikuttaa eri summamuuttujien hajontaan sekä toiminnan tiheyteen ja sitä kautta tutkimuksen luotettavuuteen. Laadullisen aineiston sisällönanalyysissä näkyy tutkijan kädenjälki. Pitkä työkokemus polikliinisestä hoitotyöstä osittain auttoi nostamaan sisällönanalyysin sivu-

ja pääluokkia, mutta tietyt ennako-odotukset saattoivat välillä rajata objektiivista näkemystä aineistosta.

Tutkimustulosten raportointi on tutkimuksen tekijän eettinen velvoite, johon liittyy vahvasti myös eettinen näkökulma. Yksi tutkimuksen eettinen periaate on oikeudenmukaisuus ja se toteutuu, kun tärkeät tutkimustulokset raportoidaan. Eettinen raportointi tarkoittaa avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen kaikkien vaiheiden raportoinnissa. Lukijan tulee saada tieto, miten tieto on hankittu ja miten luotettavasta tiedosta on kyse. Tämä tarkoittaa tasapainoilemista riittävän ja liian informaation antamisen välillä. (Kylmä – Juvakka 2007, 154–155; Metsämuuronen 2009, 263–264; Tuomi – Sarajärvi 2013, 141) Tässä opinnäytetyössä tulokset on kerrottu Meretojan (2003) NCS-mittarin sisältämän seitsemän ammattipätevyyttä kuvaavan summamuuttujan mukaan. Tämä raportointitapa lisää tutkimuksen raportoinnin loogisuutta ja luettavuutta. Tutkimustulosten raportoinnissa noudatetaan hyviä eettisiä periaatteita, tulokset kuvataan puhtaina tuloksina ja tutkijan arvioinnit ja tulkinnat erotetaan pohdintalukuun.

Eettisyyteen liittyy myös tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan tekemät päätökset. Uskotavuus perustuu hyviin tieteellisiin käytäntöihin, joita tutkijan odotetaan tekevän. Näitä päätöksiä ovat esim. mahdollisimman tuoreiden lähdemateriaalien käyttö ja lähdekirjallisuuden viittaamisen oikeellisuus. (Tuomi – Sarajärvi 2013, 134–135) Tässä opinnäytetyössä lähdekirjallisuutena on pyritty käyttämään korkeintaan kymmenen vuotta vanhaa kirjallisuutta. Lähteeksi on kuitenkin kelpuutettu myös 2000-luvun alun kirjallisuutta, koska Riitta Meretoja on kehittänyt NCS-mittarin vuonna 2003 ja julkaisuajankohtaan on luonnollisesti liittynyt aiheeseen liittyvää kirjallisuutta.

Tutkimuksen luotettavuudessa keskeisiä käsitteitä ovat reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti-käsite kuuluu yleensä määrälliseen, kvantitatiiviseen tutkimukseen. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin tai menetelmän luotettavuutta saada tarkoitettuja tuloksia ja tutkimuksen toistettavuutta. Laadullisen tutkimuksen reliabiliteettia on usein vaikea todentaa, sillä laadullisen tutkimuksen toistettavuus vaihtelee suuresti. Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteettia voidaan paremmin määrittellä pohtimalla esimerkiksi tulosten analysoinnin tarkkuutta ja perehtyneisyyttä. (KvaliMOTV 2016d; Kylmä – Juvakka 2007, 154–155; Tuomi – Sarajärvi 2013, 126–127) Tässä tutkimuksessa käytetty NCS-mittari (Meretoja 2003) on todettu validiksi mittariksi, joka mittaa ja erottelee luotettavasti sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä. NCS-mittarilla tuotettu määrällinen tutkimusaineisto olisi helposti ja luotettavasti toistettavissa. Laadullisen aineiston kohdalla reliabiliteetti

kysymystä voi pohtia tulosten sisällön analyysin kohdalla. Laadullinen aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällön analyysillä, missä yhdistävät luokat nousivat NCS-mittarin seitsemästä ammattipätevyyttä kuvaavasta summamuuttujasta. Jokaisen osa-alueen vastaukset käsiteltiin omana kokonaisuutenaan, näin varmistettiin asiakokonaisuuksien kohdistuminen oikeisiin yhdistäviin luokkiin.

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä; tutkimus tutkii, sitä mitä on luvattu, onko tutkimus tehty huolellisesta ja onko tutkimus tulokset oikeita. Laadullisessa tutkimuksessa validiteettia korostetaan enemmän kuin reliabiliteettia. Validiteetti on hyvä silloin, kun tutkimuksen kohderyhmä ja kysymykset ovat oikeita ja tutkimuskysymyksiin saadaan näiden avulla vastaukset. (Tuomi - Sarajärvi 2013, 136; KvaliMOTV 2016e) Tässä opinnäytetyössä käytettiin valmiiksi NCS-mittarilla (Meretoja 2003) kerättyä määrällistä aineistoa. Määrällinen aineisto oli kerätty sairaanhoitajilta keväällä 2015 esimiehen kanssa käytäviä kehityskeskusteluja varten. Se, etteivät sairaanhoitajat tienneet vastatessaan, että aineistoa käytetään tutkimuskäytössä, voi näkyä vastauksissa. Suhautuminen kehityskeskusteluihin tai vastaavasti tutkimusaineistoon voi ohjata vastaajan kiinnostusta ja aktiivisuutta vastattavaan kyselyyn tai mittariin. Aiemmin kerätyllä aineistolla saatiin kuitenkin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Toinen tutkimusjoukko oli polikliinisen hoitotyön asiantuntijaryhmä. Asiantuntijaryhmä osoitti perehtyneisyyttä ja asiantuntijuutta polikliinisen hoitotyön tuntemuksessa ja kaikkiin asetettuihin tutkimuskysymyksiin oli löydettävissä vastaukset, niin määrällisen kuin laadullisenkin aineiston kohdalla.

6.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erikoissairaanhoidon toimenpidepoliklinikoilla työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja osaamista sekä verrata sitä asiantuntijaryhmän arvioimaan tavoitetasoon. Tarkoituksena oli selvittää vaikuttaako ikä ja työssäoloaika ammatillisen pätevyyden ja osaamisen arviointiin ja mitä osaamishaasteita polikliininen hoitotyö kohtaa tulevaisuudessa.

Johtopäätöksinä voidaan todeta:

1. Sairaanhoitajat arvioivat oman ammatillisen pätevyytensä polikliinisessä hoitotyössä hyväksi. Iällä ei ollut vaikutusta ammatillisen pätevyyden ja osaamisen arvi-

ointiin tässä tutkimuksessa. Työssäoloaika nykyisessä työyksikössä vaikutti sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden ja osaamisen arviointiin hoitotoimien hallinnan ja työroolin osa-alueissa.

2. Sairaanhoitajien omat arvioinnit erosivat asiantuntijaryhmän asettamista ammatillisen pätevyyden ja osaamisen tavoitetasoista useissa kohdissa. Suurimmat erot kohdistuivat hoitotyön ja potilashoidon kehittämisen aihe-alueille.

3. Asiantuntijaryhmä tunnisti polikliinisen hoitotyön tulevaisuuden haasteina useita eri teemoja. Näitä olivat mm. hoitotyön kehittäminen, kliininen osaaminen, päätöksenteon tukimenetelmien käyttö sekä työrooliin liittyvien taitojen hallinta.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää henkilöstöjohtamisessa ja henkilökunnan koulutuksen kohdentamisessa ja urakehityksen tukemisessa. Työntekijöiden osallistamista ja vastuuttamista työympäristön ja hoitotyön kehittämisessä tulisi lisätä. Tämä haastaa päivittäisjohtamisen, sillä usein päivittäinen resurssien jakaminen kohdistuu varsinaiseen hoitotyöhön ja kehittämistehtävät jäävät taka-alalle. Työvuorosunnittelun tärkeys korostuu, sekä hoitajien itsensä johtaminen, taito ja halu suunnitella omaa työtään. Koulustarve polikliinista, toimenpidepainotteista hoitotyötä tekeillä sairaanhoitajilla kohdistuu laadun varmistuksen ja hoitotoimien hallinnan osa-alueille.

Eriyksen tärkeää on kohdistaa huomio jo pidempään työssä olleiden sairaanhoitajien urakehitykseen. Urakehitystä tukemalla voidaan lisätä hoitohenkilökunnan sitoutumista työhön ja lisätä työhyvinvointia. Usealta työpaikalta löytyy perehdytysuunnitelmat opiskelijoille sekä uusille työntekijöille, mutta systemaattinen urakehityksen seuranta, alkuperhdytyksen ohittaneille, pätevätason sairaanhoitajille puuttuu. Esimiehen olisi erittäin tärkeää tunnistaa työntekijässä tämä vaihe, jotta yhdessä työntekijän kanssa voisi suunnitella kehittymistä ja tarkentaa kiinnostuksen kohteita. Usein pätevätason sairaanhoitajilla esiintyy levottomuutta ja kyllästymisen tunnetta nykyiseen työympäristöön ja nykyisiä työtehtäviä kohtaan. (Surakka 2009, 85)

Kehittämiskohteena tämän opinnäytetyön pohjalta nousee polikliinistä hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien ”urakehitys-mallin” luominen. Kohdeorganisaatioissa olisi tärkeää kehittää työkalu osaamisen johtamisen tueksi ja hoitajien oman työssäoppimisen ja ura-

kehityksen apuvälineeksi. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) ammattiuramalli AURA on ollut apuna sairaanhoitajien osaamisen kehittämisessä ja urakehityksessä jo 20 vuoden ajan. Uramallissa henkilöstön osaamisen kehittymistä arvioidaan perehtyvän, suoriutuvan, pätevän, taitavan ja asiantuntijan osaamisvaatimusten avulla. (AURA ammattiura sairaanhoitajana 2016; Hoitohenkilöstön ammattiuraohjelmat 2016.)

Konkreettisesti, eri työympäristöihin kuvatut ja sisällöllisesti avatut osaamisvaatimukset ja -tasot helpottaisivat ja yhdenmukaistavat itse-, esimies- ja vertaisarviointia sekä toimisivat osaamiskartoitusten pohjana. Tavoitteena voisi olla käytännönläheinen työväline polikliinista hoitotyötä tekeville sairaanhoitajille, ”urakehitys-malli”. ”Urakehitys-mallin” avulla voisi helpottaa sairaanhoitajan omaa urakehityksen suunnittelua ja todentamista sekä selkiyttää esimiehen roolia kehityksen tukijana. Esimies voisi yhdessä työntekijän kanssa yksilöllisesti arvioida kriteerien mukaista urakehitystä. ”Urakehitys-mallin” avulla voisi asettaa tavoitteita kehitykselle ja suunnitella seuraavaan uravaiheeseen sopivat tehtävät ja siihen kuuluvat vaatimukset. ”Urakehitys-mallin” avulla esimies voisi ennakoita organisaationsa osaamistarpeet laaja-alaisesti.

Oikein kohdennetulla koulutuksella ja urakehityksen tukemisella saavutetaan monia hyötyjä. Koulutuksen ja urakehityksen avulla parannetaan palveluiden laatua, potilasturvallisuutta ja asiakastyytyväisyyttä sekä lisätään toiminnan vaikuttavuutta. Sillä edistetään myös henkilöstön työhön sitoutumista, työmotivaatiota ja työtyytyväisyyttä.

Lähteet

A 564/1994. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. Verkkodokumentti. Luettu 13.10.2016. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>>

A 352/2003. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista. 2003. Verkkodokumentti. Luettu 13.10.2016. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030352>>

AURA ammattiura sairaanhoitajana. 2016. Verkkodokumentti. Verkkodokumentti. Luettu 21.10.2016. <<http://intranet.hus.fi/henkilosto/Henkilöston-osaaminen/Urapolut-ja-tyokierro/Documents/AURA-ammattiuramalli.pdf>>

Bahreini, Masoud – Shahamat, Shohreh – Hayatdavoudi, Paritchehr – Mirzaei, Mostafa 2011. Comparison of the clinical competence of nurses working in two university hospitals in Iran. *Nursing & Health Sciences*. 2011;13:282–288.

Benner, Patricia 1984. Aloittelijasta asiantuntijaksi. WSOY:n graafiset laitokset, Juva. Suom. Kristiina Toivanen. Sairaanhoitajien koulutussäätiön julkaisu. 3. painos. Alkuperäisteos: From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice.

Dellai, Marisa – Mortari, Luigina – Meretoja, Riitta 2009. Self-assessment of nursing competencies – validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; 23: 783–791.

EU 2013. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. Verkkodokumentti. Luettu 13.10.2016. <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:FI:PDF>>

Eriksson, Elina – Korhonen, Teija – Merasto, Merja – Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus-hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Verkkodokumentti. Luettu 2.10.2016. <<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>>

Fagerholm, Nina 2014. Sairaaloitten somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitus – tunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus. Väitöskirja. Itäsuomen yliopisto. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1604-4/urn_isbn_978-952-61-1604-4.pdf>

Flinkman, Mervi - Leino-Kilpi, Helena - Numminen, Olivia - Jeon, Yunsuk - Kuokkanen, Liisa - Meretoja, Riitta 2016. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*. Accepted for publication 27 September 2016.

Gillis, Angela – Jackson, Winston 2002. *Research for Nurses: Methods and Interpretation*. F.A. Davis Company. Philadelphia.

Hamström, Niina - Kankkunen, Päivi - Suominen, Tarja - Meretoja, Riitta 2012. Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice* (18), 501–508.

Heikkilä, Anne - Meretoja, Riitta - Ahola, Nina - Suominen, Tarja - Kankkunen, Päivi 2007. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätauti-, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* Vol.19.1/2007, s. 3 – 11.

Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. 7.painos. Edita. Helsinki.

Hilden, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammi. Tampere.

Hiltunen, Leena 2016. Graduaineiston analyysi. Verkkodokumentti. Luettu 15.4.2016
<http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/aineiston_analysointi2.pdf>

Hoitohenkilöstön ammattiuraohjelmat. 2016. Verkkodokumentti. Luettu 21.10.2016.
<[http://intranet.hus.fi/henkilosto/Henkiloston-osaaminen/Urapolut-ja-tyokierto/Documents/Hoitohenkilöstön % 20ammattiuraohjelmat.pdf](http://intranet.hus.fi/henkilosto/Henkiloston-osaaminen/Urapolut-ja-tyokierto/Documents/Hoitohenkilöstön_%20ammattiuraohjelmat.pdf)>

Huttunen, Kirsi 2007. Strateginen suunnittelu sydäntutkimusosastolla esimerkkinä angiografiapotilaan hoitotyön kehittäminen. Opinnäytetutkielma. Tampereen yliopisto.

Istomina, Natalja – Suominen, Tarja – Razbadauskas, Artūras – Martinkėnas, Arvydas – Meretoja, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2011. Competence of Nurses and Factors Associated With It. Medicina (Kaunas) 2011;47(4):230-7.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. painos. Juva: WSOY.

Kaira, Anna-Maija 2002. Sairaanhoidajanammattitaito sairaanhoitajien itsensä ja osastonhoitajien kuvaamana. Pro Gradu-tutkielma. Turun Yliopisto.

Kajander-Unkuri, Satu – Meretoja, Riitta – Katajisto, Jouko - Saarikoski, Mikko - Salmi-nen, Leena - Suhonen, Riitta - Leino-Kilpi, Helena 2014. Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. Nurse Education Today. May; 34(5):795–801.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kotila, Jaana – Axelin, Anna – Fagerström, Lisbeth – Flinkman, Mervi – Heikkinen, Katja – Jokiniemi, Krista - Korhonen, Anne – Meretoja, Riitta – Suutarla, Anna 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Verkkodokumentti. Luettu 2.10.2016 <<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>>

KvaliMOTV 2016a. Sisällönanalyysi. Verkkodokumentti. Luettu 10.5.2016
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html>

KvaliMOTV 2016b. Litterointi. Verkkodokumentti. Luettu 20.3.2016.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html>

KvaliMOTV 2016c. Koodaus. Verkkodokumentti. Luettu 20.3.2016.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_2.htm>

KvaliMOTV 2016d. Reliabiliteetti. Verkkodokumentti. Luettu 10.5.2016
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_2.html>

KvaliMOTV 2016e. Validiteetti. Verkkodokumentti. Luettu 10.5.2016
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_1.html>

KvaliMOTV 2016f. Hyvä tutkimuskäytäntö. Verkkodokumentti. Luettu 10.5.2016.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html>

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2); 138 – 148.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. Verkkodokumentti. Luettu 13.10.2106. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P18>>

Laakkonen, Arja 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. <<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67361/951-44-5923-7.pdf?sequence=1>>

Lammintakanen, Johanna – Kinnunen, Juha 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveystalouksissa. Teoksessa Miettinen Merja (toim.) *Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006*. Gummerus. Helsinki.

Leino-Kilpi, Helena 2006. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen–Julkunen, Katri (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 225–228.

Mastal, Margaret Fisk 2010. Ambulatory Care Nursing: Growth as a Professional Specialty. *Nursing Economic* 28(4): 267–269.

Meretoja, Riitta 2003. Nurce Competence Scale. Väitöskirja, Turun yliopiston julkaisuja, *Annales Universitatis Turkuensis, sarja D, osa 578*. Turku.

Meretoja, Riitta - Harjula, Tuula - Lehto, Ritva - Timonen, Leena - Kallakorpi, Susanna - Orvomaa, Pirkko-Liisa - Kotila, Jaana - Kangas, Riitta 2009. Sairaanhoidajien osaamiskartoitukset HYKS-sairaanhoidoalueella 2007–2008. Loppuraportti. HUS, HYKS-sairaanhoidoalue.

Meretoja, Riitta – Isoaho, Hannu – Leino-Kilpi, Helena 2004. Nurce Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 47 (2), 124–133.

Meretoja, Riitta - Koponen Leena 2012. A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing* 68 (2), 414–422.

Meretoja, Riitta – Leino-Kilpi, Helena – Kaira, Anna-Maija 2004a. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management* 12, 329–336.

Meretoja, Riitta – Leino-Kilpi, Helena - Numminen, Olivia - Kajander-Unkuri, Satu - Kuokkanen, Liisa - Flinkman, Mervi - Ruoppa, Eija 2015. Sairaanhoidajien ammattipätevyys ja siihen yhteydessä olevat työhyvinvointitekijät. Hanke 113083, loppuraportti.

Verkkodokumentti. Luettu 2.10.2016. <<http://www.hus.fi/tutkijalle/tutkimushankkeet/koulutuksesta%20ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4n/julkaisut/Documents/Loppuraportti%20-%20sairaanhoitajien%20ammattip%C3%A4tevyys%20ja%20siihen%20yhteydess%C3%A4%20olevat%20ty%C3%B6hyvinvointiteij%C3%A4t.pdf>>

Metsämuuronen, Jari 2000. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala. ESR-julkaisut. Edita. Helsinki.

Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus. Jyväskylä.

MOT. 2015. Elektroninen sanakirja. Verkkodokumentti. Luettu 7.10.2015. <<https://mot-kielikone-fi.ezproxy.metropolia.fi/mot/metropolia/netmot.exe?motportal=80>>

Mäkipää, Sanna – Hahtela, Nina 2011. Tieto ja asiantuntijuus sairaanhoitajan työssä. Teoksessa Ranta liri (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Fioca Oy. Helsinki.

Numminen, Olivia – Meretoja, Riitta – Isoaho, Hannu – Leino-Kilpi, Helena 2013. Professional competence of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.22(9-10), 1411–1423.

Numminen, Olivia - Leino-Kilpi, Helena - Isoaho, Hannu - Meretoja, Riitta 2015. Ethical climate and nurse competence – newly graduated nurses' perceptions. *Nursing Ethics* Vol.22(8), 845–859.

O'Leary, Jerry 2012. Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. *Journal of Nursing Management*; 20:607–614.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Verkkodokumentti. Luettu 1.10.2015. <<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>>

Parahoo, Kader 2006. *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. Second edition. Palgrave Macmillan. NY.

Pietiläinen, Jonna 2011. Ensiohittajien ammatillinen pätevyys ja täydennyskoulutus-tarve. YAMK opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Räikkönen, Anu 2012. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys kirurgisen potilaan hoito-työssä. YAMK opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu.

Rönkkö, Ilona – Helkiö, Kirsti – Kautonen, Merita – Riippa, Iiris 2016. Teknologia haas-taa ja helpottaa terveydenhuollossa. Teoksessa Pirhonen Kaija (toim.) Teknologia sosi-aali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Fioca Oy. Helsinki.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 2014. Sairaanhoitajaliitto. Verkkodokumentti. Luettu 13.10.2016. <<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>>

Silvennoinen, Ann-Sofie – Salanterä, Sanna – Meretoja, Riitta – Juntila, Kristiina 2012. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys perioperatiivisessa toimintaympäristössä. Tutkiva Hoitotyö vol. 10 (3) 2012.

Surakka, Tuula 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammala.

STM Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Verkkomateriaali. Luettu 4.10.2015.
<<http://stm.fi/tyohyvinvointi>>

Säilä, Tiina 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit – tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Jyväskylä.

Vuorinen, Riitta – Heino, Eila – Meretoja, Riitta 2009. Endoscopy nurse as a patient care coordinator: the expanded role of the competent nurse in the gastroenterology setting. Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates. Vol.32(6), pp.410–413.

NCS-mittari

Nurse Competence Scale (NCS) Copyright © Riitta Meretoja (2003)

Auttaminen

- Laatu, 11. Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti
- Laatu, 12. Tuen potilaan selviytymiskeinoja
- Laatu, 13. Arvioin kriittisesti omaa hoitofilosofiaani
- Laatu, 14. Muokkaan hoitosuunnitelmaa potilaan tilanteen mukaisesti
- Laatu, 15. Hyödynnän hoitosuhteessa aktiivisesti hoitotieteellistä tietoa
- Laatu, 16. Kehitän yksikköni hoitokulttuuria
- Laatu, 17. Päätöksentekoani ohjaa eettinen arvoperusta

Opettaminen - ohjaaminen

- Laatu, 18. Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen
- Laatu, 19. Tunnistan otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle
- Laatu, 20. Hallitsen potilaalle ohjattavan asian sisällön
- Laatu, 21. Ohjaan potilasta yksilöllisesti
- Laatu, 22. Koordinoin potilasohjausta
- Laatu, 23. Tunnistan omaisten ohjaustarpeita
- Laatu, 24. Ohjaan omaisia itsenäisesti
- Laatu, 25. Tunnistan opiskelijan kehitysvaiheen ohjauksen lähtökohtana
- Laatu, 26. Tuen opiskelijaa tavoitteiden saavuttamisessa
- Laatu, 27. Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa
- Laatu, 28. Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä omaisten kanssa
- Laatu, 29. Arvioin potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa
- Laatu, 30. Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani
- Laatu, 31. Kehitän potilasohjausta yksikössäni
- Laatu, 32. Kehitän uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössäni
- Laatu, 33. Kehitän omaa vastuualuettani yksikössäni

Tarkkailutehtävä

- Laatu, 34. Analysoin potilaan vointia monipuolisesti
- Laatu, 35. Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen
- Laatu, 36. Tunnistan omaisten henkisen tuen tarpeen
- Laatu, 37. Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua
- Laatu, 38. Ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa
- Laatu, 39. Ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä
- Laatu, 40. Kehitän kirjaamista työyksikössäni

Tilannehallinta

- Laatu, 41. Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain
- Laatu, 42. Priorisoin toimintaani joustavasti tilanteen mukaan
- Laatu, 43. Toimin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla
- Laatu, 44. Järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn
- Laatu, 45. Ohjaan työtovereitani nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa
- Laatu, 46. Suunnittelen potilaiden hoitoa yksikköni tilanteen mukaisesti
- Laatu, 47. Ylläpidän välineistön toimintavalmiutta
- Laatu, 48. Edistän yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa

Hoitotoimien hallinta

- Laatu, 49. Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaisesti
- Laatu, 50. Teen tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta
- Laatu, 51. Koordinoin moniammatillista yhteistyötä
- Laatu, 52. Ohjaan työtovereitani hoitotoimenpiteiden toteutuksessa
- Laatu, 53. Pidän ajan tasalla ohjekansioita
- Laatu, 54. Toimin konsulttina muille työntekijöille
- Laatu, 55. Hyödynnän omassa toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa
- Laatu, 56. Arvioin systemaattisesti hoidon tuloksellisuutta
- Laatu, 57. Kehitän hoitokäytäntöjä
- Laatu, 58. Osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämiseen

Laadun varmistus

- Laatu, 59. Sitoudun organisaationi hoitofilosofiaan
- Laatu, 60. Tunnistan potilashoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteita
- Laatu, 61. Arvioin kriittisesti yksikköni hoitofilosofiaa
- Laatu, 62. Arvioin hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla
- Laatu, 63. Hyödynnän hoidon kehittämisessä tutkimustietoa
- Laatu, 64. Teen aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi

Työrooli

- Laatu, 65. Tunnistan työtovereitani avuntarpeen
- Laatu, 66. Tunnistan oman jaksamiseni rajat
- Laatu, 67. Ammatti-identiteettini toimii voimavarana hoitotyössä
- Laatu, 68. Kannan taloudellista vastuuta yksikköni toiminnasta
- Laatu, 69. Tunnen organisaationi sisäisen yhteistyöjaon
- Laatu, 70. Toimin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana

- Laatu, 71. Toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä
- Laatu, 72. Toimin hoitoryhmässä asiantuntijana
- Laatu, 73. Toimin itseohjautuvasti
- Laatu, 74. Ohjaan muuta henkilökuntaa kykyjen mukaisiin tehtäviin
- Laatu, 75. Hankin aktiivisesti tutkittua tietoa
- Laatu, 76. Huolehdin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä
- Laatu, 77. Pidän huolta omasta jaksamisestani
- Laatu, 78. Hyödynnän tietotekniikkaa hoitotyössä
- Laatu, 79. Koordinoin potilaan kokonaishoitoa
- Laatu, 80. Johdan tarvittaessa työryhmän toimintaa
- Laatu, 81. Annan työtovereilleni rakentavaa palautetta
- Laatu, 82. Kehitän potilashoitoa moniammatillisissa työryhmissä
- Laatu, 83. Kehitän työympäristöä

Käsitekartta

Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueen käsitekartta

YHDISTÄVÄ	PÄÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTETTY ILMAISU
OPETTAMISEN JA OHJAAMISEN OSA-ALUE	AMMATILLINEN PÄTEVYYS	Ammattitaidon ylläpito	Aktiivinen kouluttaminen ja tiedon etsintä.
		Perehdytys	Oikea asenne perehdytykseen. Pitkä perehdytys vaatii sitoutuneisuutta.
	POTILAANOHJAUS	Potilaan ohjaustarpeen ja omaksumiskyvyn tunnistaminen	Erialaisten oppijoiden ja oppimismetodien tunnistaminen ja ymmärtäminen.
			Potilaan ohjauksen tarpeen tunnistaminen.
			Ohjaamisen kohdentaminen oikeisiin asioihin.
			yksilöllisen potilasohjauksen hallitseminen.
	KLIININEN OSAAMINEN	Teknologiaosaaminen	Teknologian hyödyntäminen.
			Kirjaaminen, dokumentointi

Saatekirje

Hyvä polikliinisen hoitotyön asiantuntija!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöni asiantuntijaryhmään. Työni tarkoituksena on kuvata [REDACTED] toimenpidepoliklinikoilla työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja osaamista. Opinnäytetyössä kootaan polikliinisen hoitotyön asiantuntijoista asiantuntijaryhmä, joka määrittää sairaanhoitajien ammatilliselle pätevyydelle ja osaamiselle tavoitetason. Tähän tavoitetasoon verrataan [REDACTED] toimenpidepoliklinikkojen sairaanhoitajilta (N=65) keväällä 2015 kerättyjä NCS-mittarin tuloksia. Opinnäytetyössä kartoitetaan myös asiantuntijoiden nimeämiä pätevyys- ja osaamishaasteita polikliinisessä hoitotyössä. Asiantuntijoiden tuottama materiaali kerätään sähköisellä NSC-mittarilla (Meretoja 2003) sekä avoimilla kysymyksillä. Asiantuntijaryhmä koostuu seitsemästä (7) asiantuntijasta, joille kyselylomakkeet toimitetaan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja anonymiteetti turvataan vastaamalla nimettömänä. Olen saanut opinnäytetyölleni (Ylempi AMK-tutkinto) tutkimusluvan [REDACTED] (Lomakepäätös4/2016).

Ammattipätevyyden tavoitetason määrittämisessä käytetään HUS:ssa kehitettyä NCS-mittaria (Meretoja 2003). Tarkoituksena on määrittää jokaiseen toiminnan laatu- ja tiheyttä käsittävään kohtaan polikliinistä hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien osaamiselle tavoitetaso. Tässä opinnäytetyössä polikliinisella hoitotyöllä tarkoitetaan toimenpidepoliklinikoilla työskentelevien sairaanhoitajien suorittamaa **toimenpidepainotteista** hoitotyötä. Avoimissa kysymyksissä pyydän Teitä tunnistamaan ja nimeämään pätevyys- ja osaamishaasteita polikliinisessä hoitotyössä.

Sairaanhoitajien ammattipätevyyden tavoitetason määrittämisessä käytettävään NCS-mittariin sekä avoimiin kysymyksiin pääsette vastaamaan alla olevasta linkistä.
<http://digiumenterprise.com/answer/?sid=1401786&chk=SW7K9Q6S>

Vastaamisaikaa on 23.3.2016 saakka. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Antti Niemi, Lehtori, TtT, antti.niemi@metropolia.fi

KIITOS OSALLISTUMISESTA!

Ystävällisin terveisin,

Piia Luostarinen

Sairaanhoitaja AMK
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen YAMK opiskelija
Metropolia ammattikorkeakoulu
piia.luostarinen@metropolia.fi