

Miia Kantomaa

Sairaanhoitajien osaaminen leikkausosastolla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

19.11.2013

Tekijä(t) Otsikko	Miia Kantomaa Sairaanhoitajien osaaminen leikkausosastolla
Sivumäärä Aika	58 sivua + 5 liitettä 19.11.2013
Tutkinto	Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Terveys ja hyvinvointi
Suuntautumisvaihtoehto	Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Ohjaaja(t)	TtT, Yliopettaja Anneli Sarajärvi TtT, Dosentti Riitta Meretoja
<p>Kilpailu osaavasta ja ammattitaitoisesta henkilökunnasta kasvaa. Osaamiskartoitusten avulla konkretisoidaan ja haetaan tietoa henkilökunnan osaamisesta laajemmin organisaatiossa ja yksilötasolla hoitotyössä.</p> <p>Tämän työn tarkoituksena oli tehdä osaamiskartoitus leikkaussairaanhoitajille ja saada ajan tasalla olevaa tietoa ammatillisesta osaamisesta sairaanhoitajan yleisillä ja erityisosaamista vaativilla osaamisalueilla. Myös taustamuuttujien vaikutusta ammatilliseen osaamiseen arvioitiin. Tutkimuksessa kuvataan leikkaushoitajien osaamista itsearviointin avulla. Tutkimuksen tavoitteena oli saada näyttöön perustuvia tuloksia, joiden avulla pystytään kehittämään leikkaushoitajien perehdytysohjelmaa, arvioimaan lisäkoulutuksen tarvetta, varmistamaan hoitotyön laatua ja tukemaan henkilökunnan jaksamista.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista lähestymistapaa. Aineisto kerättiin yhden yliopistosairaalan leikkausosaston sairaanhoitajilta (n=63) keväällä 2013, käyttäen Suomessa validoitua sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden mittaria (NCS). Tämän lisäksi leikkaushoitajan erityistä ammatillista osaamista kartoitettiin erityisosaamista mittaavalla osiolla, joka kehitettiin tätä kartoitusta varten. Aineisto analysoitiin käyttäen PASW 18.0 – tilasto-ohjelmaa ja Microsoft Excel-taulukko-laskentaohjelmaa. Vastausprosentti oli 29%.</p> <p>Ammatillinen pätevyys arvioitiin sairaanhoitajan yleisillä osaamisen alueilla kokonaisuudessaan hyvälle tasolle. Sairaanhoitajien erityisosaamista vaativat osaamisalueet arvioitiin erittäin hyväksi. Auttamisen ja tilannehallinnan osa-alueet arvioitiin ammatillisen pätevyyden osa-alueilta vahvimiksi, erityisosaamista vaativat hoitotyön osa-alueet nousivat myös erittäin vahvoiksi osaamisalueiksi. Sairaanhoitajat arvioivat käyttävän paljon auttamisen ja tilannehallinnan hoitotyön toimintoja. Erityisosaamisen osa-alueen hoitotyötoimintoja käytettiin paljon. Taustamuuttujista vastuualue, työkokemus ja ikä olivat yhteydessä vastaajien kokemaan ammatilliseen pätevyteen.</p>	
Avainsanat	ammatillinen pätevyys, osaamiskartoitus, hoitotyön toiminnot, perioperatiivinen hoitotyö

Author(s) Title	Miia Kantomaa Competence of nurses in operating unit
Number of Pages Date	58 pages + 5 appendices 19.11.2013
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	Clinical Expertise
Instructor(s)	Ph.D, Anneli Sarajärvi Ph.D, Adjunct Professor Riitta Meretoja
<p>The competition of skillful and trained personnel is increasing. The mapping of knowledge is used to concretize and search for information concerning the skills of personnel at the organizational level or at the individual level in nursing.</p> <p>The aim of this study was to carry out a knowledge mapping for surgical nurses, and to gather up-to-date information about the professional skills both in the fields of requiring general and special nursing know-how in nursing. In addition, the effect of background variables on the professional skills was studied. In this study the competence of surgical nurses is described through their self-evaluation. The aim of this study was to get up-to-date information of the level and quality of the know-how. This mapping produced evidence-based results that can be used for the development of the orientation program of surgical nurses, for the evaluation of the need of additional training, for ensuring the quality of nursing, and for supporting the wellbeing of personnel.</p> <p>Quantitative approach was used in this study. The data were collected from the surgical nurses (n=63) of one university hospital in autumn 2013 using the Nurse Competence Scale (NCS) validated in Finland. In addition, the special professional know-how was mapped with a scale measuring special knowledge which was developed for this survey. The data were analysed by using PASW 18.0 statistical analysis software and Microsoft Excel spreadsheet software. The response rate was 29 %.</p> <p>The nurse competence was evaluated to be in good level in the areas of general know-how. The areas requiring special knowledge of nursing were evaluated to be very good. The divisions of helping and situational control were evaluated to be the strongest divisions. The divisions of nursing requiring special knowledge were assessed to be very strong as well. The nurses estimated that they use a lot of functions of helping and situational control of nursing. The divisions of special knowledge of nursing were used a lot. Of background variables, the area of responsibility, the working experience and the age were related to the professional competence experienced by the respondents.</p>	
Keywords	professional know-how, knowledge mapping of special skills, functions of nursing, perioperative nursing

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Leikkausosaston sairaanhoitajan osaaminen	2
2.1	Perioperatiivisen hoitotyön ammatillinen osaaminen	2
2.2	Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamishaasteet leikkausosastolla	6
2.2.1	Substanssiosaaminen	9
2.2.2	Työyhteisöosaaminen	12
2.2.3	Kehittymisosaaminen	13
2.2.4	Kehittämisosaaminen	14
2.3	Osaaminen leikkausosastolla tulevaisuudessa	16
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	17
4	Tutkimuksen toteuttaminen	18
4.1	Menetelmät	18
4.2	Ammattipätevyyden mittaaminen	19
4.3	Leikkaushoitajan erityisosaamisalueiden määrittäminen	20
4.4	Aineisto	22
4.5	Analyysimenetelmät	22
5	Tulokset	23
5.1	Taustatiedot	23
5.2	Sairaanhoitajien yleinen ammatillinen pätevyys leikkausosastolla	24
5.3	Sairaanhoitajien erityisosaaminen leikkausosastolla	33
5.4	Vastuualueen vaikutus yleiseen ammattipätevyyteen ja erityisosaamiseen	38
6	Pohdinta	52
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua	52
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	53
6.3	Tutkimuksen eettisyys	55
6.4	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	56

Lähteet

Liitteet

Liite 1. Systemaattisen kirjallisuushaun vaiheet

Liite 2. Tutkimuksen käytännön sovellettavuuden arviointi

Liite 3. Avoimien kysymysten vastausten sisällön analyysin vaiheet

Liite 4. Saatekirje

Liite 5. Kyselylomake

1 Johdanto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa leikkausosaston sairaanhoitajien ammatillista osaamista. Tutkimuksessa käytettiin yleistä ammattipätevyysmittaria NSC (Nurse Competence Scale) (Meretoja 2003) ja tähän lisättiin erillinen osio kartoittamaan perioperatiivisen hoitotyön erityisosaamista vaativia osaamisalueita. Perioperatiivisen sairaanhoitajan osaamista ja ammatillisia pätevyyttä on tutkittu Suomessa ja kansainvälisesti. Tutkimukset ovat kohdistuneet pääasiallisesti ammatilliseen pätevyyteen ja sen määrittelyyn. (Meretoja- Leino-Kilpi- Kaira 2004; Stobinski 2008; Gillespie-Hamlin 2009; Gillespie- Polit- Hamlin- Chaboyer 2012; Tengvall 2010; Istomina ym.2011; Silvennoinen- Salanterä- Meretoja- Juntila 2012), yksittäisiin perioperatiivisen hoitotyön osaamisalueisiin kuten: tiimityö, kommunikointi, turvallisuus, aseptiikka ja tekninen osaaminen. (Silèn- Lipponen- Tossavainen- Turunen- Smith 2004; Silèn- Lipponen 2005; Gardezi- Lingard- Espin- Whyte- Orser- Baker 2009; Healey- Undre- Vincent 2012; Alfredsdottir- Bjornsdottir 2007; Mitchell- Flin- Yule- Mitchell- Coutts- Youngson 2011; Aziz 2009) tai potilaisiin ja heidän kokemuksiinsa. (Leinonen- Leino-Kilpi 1999). Intraoperatiivisen hoitotyön vaihetta ja sen osaamista on Suomessa tutkittu vähän. (Tengvall 2010:1).

Potilaat ovat nykypäivänä aktiivisempia etsimään tietoa omasta tai omaisensa sairaudesta ja sen hoidosta. He ovat tietoisempia tarjolla olevista hoitomuodoista ja menettelmistä. He ovat myös valveutuneempia vaatimaan ajantasaista ja nykyteknologian keinoin saatavilla olevaa hoitoa. Terveystieteiden ammattihenkilöiltä edellytetään hyvin laaja-alaista osaamista. Osaamisen määrittelyssä tämän päivän hoitotyötä ohjaa näyttöön perustuva toiminta, josta sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suositukset. Toimintaympäristön muutokset ja uudistetut toimintatavat muuttavat hoitotyötä entistä vaativammaksi ja vaativat hoitohenkilökunnalta itsenäistä työskentelyä ja päätöksentekoa. Lisäksi vahva verkostoituminen ja tiimityö korostuvat nykyaikaisessa hoitotyössä. Vahva ammatillinen osaaminen, moniammatillinen yhteistyö on vaikuttavuuden ja laadun perusedellytys. Siksi ammatillinen osaaminen ja osaamisen kehittäminen on yksi monista terveydenhuollon organisaatioiden valttikorteista. (Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot 2006: 63-64STM 2009, 11-14; Arminen- Kallakorpi- Kotila- Martin- Nurminen- Rauta- Ritmala-

Castrèn- Savolainen 2008; Tengvall 2010: 1; Sarajärvi 2011:76-77; Sarajärvi- Mattila- Rekola 2011: 9-11; Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon,)

Leikkaushoitajien osaamisvaatimukset muuttuvat ja kehittyvät teknologian, lääketieteen ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittymisen myötä. Laiteteknologia ja leikkausmenetelmät muuttuvat vaativimmiksi ja yhä huonokuntoisempia potilaita pystytään auttamaan kirurgisesti. Leikkaushoitajalta edellytetään tulevaisuudessa vahvempaa taitoa ja kykyä ennakoida tulevaa, seurata toimintaympäristön muutoksia sekä reagoida tapahtuviin muutoksiin nopeammin. Osaamiskartoituksen avulla saadaan tietoa leikkaushoitajien osaamisesta, kehittämistarpeista ja hoitotyön laadusta sekä ennakoimaan tulevaisuuden osaamisvaatimuksia. (HUS 2007,2011; Perälä- Toljamo- Vallimies- Patomäki- Pelkonen 2008:5- 11; Manka- Mäenpää 2010:9Sarajärvi- Mattila- Rekola 2011:12;)

2 Leikkausosaston sairaanhoitajan osaaminen

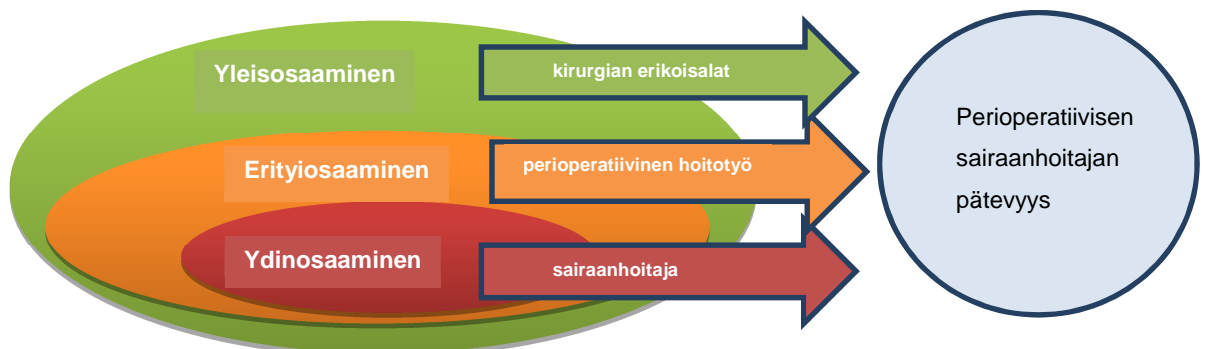
2.1 Perioperatiivisen hoitotyön ammatillinen osaaminen

Laaja-alaisen osaamisen ja asiantuntijuuden tulee perustua sosiaali- ja terveysalan toiminnan yhteisiin lähtökohtiin ja hyväksytyihin arvoihin sekä toimintaperiaatteisiin, jotka ohjaavat terveydenhuollon koulutusta ja työtä. Sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden osa-alueisiin kuuluvat tietotekniset taidot, viestintä- kommunikaatio ja dokumentointi taidot, tiimi- yhteistyö- ja ryhmätyötaidot sekä muuttuvissa olosuhteissa tilan- nehallinta ja päätöksentekotaidot. Kaiken tämän lisäksi hoitajien on osattava perustyön kannalta oleelliset tarkkailu ja hoitotoimet. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon, Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot 2006: 63-64; Sarajärvi 2011:77)

Ammatillista osaamista voidaan tarkastella taitojen kehittymisen, pätevyyden eli kompetenssin tai työelämän osaamisvaatimusten eli kvalifikaatioiden näkökulmasta. Pätevyydellä on useita merkityksiä riippuen käytettävästä asiayhteydestä. Kompetenssi on käsitteenä abstraktimpi kuin kvalifikaatio. Osaamisvaatimus viittaa laatuun ja sen määrittelyyn. Sairaanhoitajilta vaaditaan tietyntäsoista osaamista, jotka pohjautuvat työn vaatimusten mukaan, asettaen hoitajille työtehtäväkohtaiset ammattitaidolliset vaati-

mukset. Osaamisvaimuksissa hoitotyössä korostuvat mm. vastuullisuus, huolenpito, auttaminen, kohtaaminen ja monikulttuurilliset valmiudet. Kompetenssilla eli sairaanhoitajan ammatillisella pätevyydellä tarkoitetaan ongelmanratkaisu-, innovaatio- kehittämis – ja tutkimustaitoja sekä kriittisen ajattelun ja päätöksenteon osaamista. Pätevyys on tiedostettua tai tiedostamatonta, jossa yksilö hallitsee oppimistaan ja osaamistaan. Tietoisessa pätevyydessä henkilö tuntee omat kykynsä ja osaamisensa rajat sekä suoriutuu annetuista työtehtävistään hyvin. Tiedostamattomassa pätevyydessä työntekijä käyttää tietojaan ja olemassa olevia taitojaan vaistonvaraisesti ja vaistomaisesti, hän ei osaa tunnistaa puutteita osaamisessa. (Nummelin 2009:8.) Pätevyys ja osaamisvaatimukset ovat näin ollen sukua toisilleen ja niistä puhutaan usein samoissa asiayhteyksissä. Käsitteinä ne painottuvat kuitenkin eritavoin. Pätevyys viittaa yksilöön ja osaamisvaatimus viittaa työhön. (Koivunen- Teeri- Peltomaa 2011: 9-11; Nummelin 2009:9-11.) Tutkimusten pohjalta pätevyys määritellään moniosaiseksi ammatilliseksi osaamiseksi, jossa yhdistyvät sairaanhoitajan yksilölliset ominaisuudet, asenteet, tieto ja taidollinen kyky suoriutua annetuista tehtävistä. Pätevyys on myös koulutusten ja erilaisten työtehtävien sekä työkokemuksen kautta muotoutuva ammattitaito (Meretoja 2003:13; Meretoja ym.2004; Stobinski 2008; Gillespie- Chaboyer- Wallis- Chang- Werder 2009; Istomina- Suominen- Razbadauskas- Martinkenas- Meretoja- Leino-Kilpi 2011; Meretoja- Koponen 2011; Lejonqvist- Eriksson- Meretoja 2011; Hamström- Kankunen- Suominen- Meretoja 2012; Skirton- O’Connor- Humhreys 2012.)

Fey ja Miltner pätevyyden mallissa ammatillinen pätevyys rakentuu ydin-, erityis- ja yleispätevyydestä (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Perioperatiivisen sairaanhoitajan pätevyys Fey, Miltner (2000) mukailien

Mallin ydinosaamisessa sairaanhoitajalla on henkilökohtaisesti perusvalmiudet ja tiedot hoitaa potilasta turvallisesti työn vaativuuden edellyttämien erityistaidoin. Hänellä on valmiuksia suunnitella ja toteuttaa hoidollisia toimintoja ja ottaa huomioon potilaan tarpeet työn edellyttämien erityistaitojen avulla. Ydinosaaminen muodostuu tiedoista ja tarpeellisista taidoista joista hoitotyössä tarvitaan. Erityisosaaminen täydentää ydinosaamista. Erityisosaaminen kohdistuu tietoon ja taitoon joka koskee tiettyä erityistä potilasryhmää tai erikoisalaa. Erityisosaaminen taitoihin kuuluu tietojen yhdisteleminen eri erikoisalojen ja potilasryhmien välillä. Näin hoitotyöntekijä pystyy hoitamaan potilaita kokonaisvaltaisesti yksilölliset erot huomioon ottaen. (Frey- Miltner 2000; Nummelin 2009:10; Sarajärvi 2011:82;.)

Ydin- ja erityisosaamisen avulla muodostetaan yleisosaaminen, jossa hoitaja yhdistää ja vaihtelee tietoja ja taitoja ydin- ja erityisosaamisen välillä turvatakseen laaja-alaisesti ja yksilöllisesti potilaan tarpeet huomioon ottavan hoidon. Yleisosaamisessa yhdistyvät sairaanhoitajan sosiaaliset ja psykomotoriset taidot, hänellä on tieto ja taito ratkaista hoitotyön ongelmia ja estää komplikaatioita sekä turvata laadukas hyvä hoito. Hän toimii näin asiantuntijana. Leikkaussairanhoitajan pätevyys muodostuu tämän mallin mukaan sairaanhoitajan ydinosaamisesta, mutta pystyäkseen toimimaan leikkausosastolla hän tarvitsee perioperatiivisen hoitotyön taitoja (erityisosaaminen). Varmistaakseen potilaiden hoidon turvallisuuden ja laadun on hänen osattava toimia monialaisesti eri kirurgian erikoisaloilla yleisosaamisen avulla. Kuviossa 1 kuvataan perioperatiivisen sairaanhoitajan pätevyyden muodostumista Fey ja Miltner (2000) luoman pätevyyden mallin pohjalta. (Frey- Miltner 2000; Nummelin 2009:10; Sarajärvi 2011:82.)

Työllä on omat osaamisvaatimukset, jotka liittyvät tietyn työtehtävän hoitamiseen. Saman ammatin sisällä on ammatillisissa pätevyyksissä eroja. Ydinosaaminen kuuluu sairaanhoitajan työnkuvaan joka saavutetaan koulutuksen kautta. Leikkaussairanhoitajalta vaaditaan teknistä osaamista, tilanneherkkyttä ja kykyä toimia nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Voidaankin ajatella, että pätevyys on eräänlainen pääoma, jonka työntekijä tuo mukanaan työpaikalle. Työssä tapahtuvan vuorovaikutuksen ja verkostoitumisen avulla pääomaa kasvatetaan ja kehitetään, jolloin yksilön osaamista pystytään käyttämään tehokkaasti hyödyksi. Ammatilliseen osaamiseen liittyy hyvin oleellisesti yksilön toiminnallinen soveltuvuus ja käytännön työn standardit, jotka pitävät sisällään tiedon ja taidon integraatioita. Pätevyyteen vaikuttavat yksilön omat kokemukset, ihmissuhteet, arvot, asenteet sekä luonteenpiirteet. Ne ohjaavat sairaanhoitajan yksilöl-

listä ja ammatillista kehittymistä ja sairaanhoitajuuteen kasvua. (Jokinen- Lähteenmäki- Nokelainen 2009; Gillespie- Hamlin 2009; Meretoja- Koponen 2011; Istomina ym. 2011.)

Leikkaushoidon kokonaisuutta kuvataan sanalla perioperatiivinen. Perioperatiivinen hoitotyö keskittyy yksilövastuisesti potilaan turvalliseen hoitotyöhön. Perioperatiivinen hoitotyö on sairaanhoitajan tekemää hoitotyötä joka kohdistuu toimenpide- tai leikkauspotilaaseen. 2009 AORN (Association of Perioperative Registered Nurses) julkaisemat intraoperatiivisen hoitotyön laatuvaatimukset yhdenmukaistavat perioperatiivista hoitotyötä kansainvälisesti vertailukelpoiseksi. Potilailla on oikeus intraoperatiivisessa vaiheessa laadukkaaseen yksilöllisesti suunniteltuun potilasta kunnioittavaan ja turvalliseen hoitoon (Tengvall 2010:1,105). Samana vuonna EORNA (European Operating Room Nurses) määritteli leikkaushoitajan ammatillisiksi osaamisen alueiksi näyttöön perustuvan ja potilasturvallisen ja vaikuttavan hoitotyön, eettisen ja professionaalisen toiminnan sekä hoitotiimin kesken ja potilaanhoidossa vaadittavat vuorovaikutus- ja tiimityötaidot (EORNA 2009; Silvennoinen ym.2012.)

Perioperatiivinen hoitotyö muodostuu kolmesta ajallisesti peräkkäisestä vaiheesta: pre-intra- ja postoperatiivinen vaihe. Preoperatiivinen vaihe (leikkausta edeltävä vaihe) alkaa siitä, kun potilaalle tehdään päätös leikkauksesta. Intraoperatiivinen (leikkauksen aikainen vaihe) alkaa siitä, kun potilas tuodaan leikkausosastolle ja se päättyy kunnes potilas siirretään jälkivalvontaan heräämöhön tai teho-osastolle. Postoperatiivinen (leikkauksen jälkeinen vaihe) alkaa välittömästi potilaan siirryttyä leikkaussalista. Postoperatiivinen vaihe päättyy, kunnes potilas ei enää tarvitse kirurgista hoitotyön auttamismenetelmiä ja pärjää itsenäisesti tai avustettuna kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa. Leikkaushoitajan osaaminen korostuu intraoperatiivisessa vaiheessa. Leikkausosastolla vaadittava substanssiosaaminen koostuu sairaanhoitajan tietoperustasta sekä perioperatiivisen hoitotyön teoriasta ja perioperatiivisen hoitotyön auttamismenetelmistä. Itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, integriteetti, yksityisyys, ihmiskäsitys ja ihmisarvo ohjaavat perioperatiivista hoitotyötä holististen ja humanististen arvojen ja periaatteiden. (Leinonen- Leino-Kilpi 1999; McGarvey- Chambers- Boore 2000; Lukkari- Kinnunen, Korte 2007: 11-15; Richardson- Tench 2008; Tengvall 2010: 5-6.)

Kansainvälistä tutkimustietoa perioperatiivisen sairaanhoitajan hoitotyöstä on vähän. Tutkimuksissa kuvataan ammatillisen toiminnan eettisyyttä, pätevyyttä ja osaamista

yleisillä osa-alueilla. Ammatillista osaamista ei ole tutkimuksissa pilkottu pienempiin perioperatiivisen hoitotyön erityispiirteitä ja erityisosaamista vaativiin osa-alueisiin. (Tengvall 2010:1,105.) Gillespien ja Hamlinin tutkimuksessa todetaan, että perioperatiivisen hoitotyön ammatillisen osaamisen määritelmä on monenkirjava, joka pitää sisälleen lukuisia mahdollisuuksia. Tutkimuksessa löytyi jännitteitä sairaanhoitajan perinteisen hoitotyön roolin ja teknisen työn roolin välillä (Gillespie- Hamlin 2009.) Muissa tutkimuksissa esille tulevia yleisiä osaamisen alueita on tiimityö- ja kommunikaatio-aidot, auttamismenetelmät, hoitotyön tieto-taito, tieteellisen tutkimustiedon käyttö, tilanneherkkyys, opetus ja ohjaus taidot, johtamis- ja koordinointi taidot sekä eettinen toiminta. (Stobinski 2008; Gillespie ym. 2009; Gillespie- Hamlin 2009; Skirton- O'Connor- Humphreys 2012.)

2.2 Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamishaasteet leikkausosastolla

Hoitotyössä asiantuntijana pidetään ammatillisesti alansa huippua, joka omaa laajan ja pitkän työkokemuksen, taustalla kliinistä työtä ja ammatillisia - sekä tieteellisiä opintoja. Perinteisesti asiantuntija- käsitteellä viitataan professionaaliin ammatteihin, joihin kohdistuu tieteellinen - ja ammatillinen tieto. Leikkaus- ja anestesiahoitaja on perioperatiivisen hoitotyön ammattilainen ja asiantuntija, joka toimii itsenäisesti ja toteuttaa lääkärin ohjeiden mukaista lääketieteellistä hoitoa. Lait ja asetukset terveydenhuollon ammattihenkilöistä vaikuttavat tehtäväkuvien sisältöön ja osaamisen määrittelyyn, joilla pyritään vaikuttamaan potilaan saaman hoidon laatuun ja turvallisuuteen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 § 1; Opetusministeriö 2006: 63; Isopahkala- Bouret 2008; Leppänen- Puupponen 2009; Mäkipää- Korhonen 2011.)

Leikkaussairanhoitajan työ perustuu hoitotieteeseen ja hoitotyön päätöksenteossa käytetään monitieteistä tietoperustaa. Hoitotiede tuottaa tietoa ja auttaa leikkaushoitajaa jäsentämään hoitotodellisuutta ja tukee häntä päätöksenteoissa. Hoitotieteen avulla etsitään totuutta ja tiedolla voidaan luoda uusia hoitosuosituksia ja käytänteitä integroidessa teoriaa käytännön hoitotyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä 2004- 2007-projektilla luotiin, ensimmäinen kansallinen toiminta - ja tavoiteohjelma, jonka tarkoituksena on tukea mm. hoitotyön tekijöitä. Näyttöön perustuva hoitotyö pohjautuu parhaaseen mahdolliseen saatavilla olevaan teoreettiseen tietoon potilaasta, hoitotyön malleista ja käytänteistä. Leikkaushoitaja käyttää näyttöön perustuvassa hoitotyössä hyväkseen ammatillista asian-

tuntemustaan integroiden saatua tietoa potilaan tarpeisiin ja potilaan tarpeista saatuihin tietoihin. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon, Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet 2006; Perälä- Toljamo- Vallimies- Patomäki- Pelkonen 2008; Sarajärvi ym. 2011: 9; Nurminen 2012; Eriksson ym. 2012.)

Asiantuntijuuden saavuttamiseksi leikkaushoitotyössä tarvitaan useiden vuosien kliinistä hoitotyön kokemusta ja koulutusta. Koulutuksista saatu teoreettinen tieto luo vahvaa perustaa osaamiselle ja taitoa ongelmanratkaisuun. Sairaanhoidajan asiantuntijuutta määriteltessä kohdataan sen tilanne- ja toimintasidonnaisuus. Työyhteisöt ja organisaatiot mittaavat sairaanhoidajan pätevyyttä käyttöarvolla, millaista osaamista hoitajalla on ja miten hän pitää yllään osaamistaan josta asiakas, työyhteisö tai organisaatio hyötyvät parhaiten. Leikkaussairaanhoidajan ammatissa tarvittavien persoonallisten valmiuksien sekä tiedon ja taidon pohjalta muodostuvat sairaanhoidajan asiantuntijaosaaminen. (Mäkipää- Korhonen 2011; Sarajärvi 2011:81-83; Sarajärvi ym. 2011:40-42.)

Leikkaus- ja anestesiahoitajan tehtävänkuva mielletään usein hajanaiseksi ja rikkonaiseksi riippuen hoitotyön näkökulmasta. Tehtävänkuvaan vaikuttavat sairaalan sisäiset tehtävien jaot, kirurgian erikoisalat sekä hoitohenkilökunnan koulutus. (McGarvey- Chambers- Boore 2000; Tengvall 2010:9.) Valvovan- ja instrumentoivan hoitajan tehtävänkuvat poikkeavat toisistaan vaikka molempien työnkuvien hallinta on leikkaushoitajan työn perusedellytys. Leikkaushoitaja toimii yhteistyössä muun leikkaustiimin kanssa valvovan- tai instrumentoivan hoitajan roolissa. Työtehtävää voidaan vaihtaa työvuoron aikana. Tehtäväroolin valintaan vaikuttavat monet tekijät kuten hoitajan oma kokemus, ammattitaito, tehtävä toimenpide, erikoisala ja hallinnolliset tekijät kuten työvuorot. (Lukkari ym. 2007:134-135; Tengvall 2010:10.)

Instrumentoivan sairaanhoidajan vastuualueena leikkauksen aikana on vastata instrumentaatiosta, leikkauksen seuraamisesta sekä muun leikkaustiimin informoisesta toimenpidealueella tapahtuvista muutoksista, välineellisestä valmiudesta, leikkausalueen ja välineiden sterilyydestä sekä aseptisestä työskentelystä. Hän varmistaa välineiden toimivuuden ja turvallisuuden sekä lukumäärän ennen ja jälkeen leikkauksen sekä leikkauksen aikana. Valvovan sairaanhoidajan vastuulla on salin toiminnan koordinointi, kirjaaminen ja yleinen tiedottaminen, potilasturvallisuudesta huolehtiminen, leikkaus-

alueen desinfektio ja leikkausasennon laitto. Lisäksi hänen tehtävinään on leikkauksen aikana tulleiden näytteiden oikeanlainen käsittely ja laboratorioihin lähettäminen sekä koko leikkaustiimin avustaminen. Anestesiahoitaja vastaa yhdessä anestesiologin kanssa potilaan turvallisesta anestesiasta, hemodynamiikan seurannasta ja ylläpitämisestä. (Lukkari ym. 2007: 294-299, 303-307, 334; Tengvall 2010: 9-10.)

Leikkaushoitajien osaamisvaatimukset muuttuvat ja kehittyvät teknologian ja lääketieteen kehittymisen myötä, mutta peruskliinisen hoitotyön taidot ja osaamisvaatimukset pysyvät. Tengvall selvitti tutkimuksessaan leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillista pätevyyttä ja luo mallin perioperatiivisen sairaanhoitajan ammatillisesta pätevyydestä intraoperatiivisessa hoitotyössä. Mallissa kuvataan perioperatiivisen hoitajan ammatillista pätevyyttä intraoperatiivisen hoitotyön eri osa-alueilta ja osaamisen tasoja sekä ammatilliseen pätevyyteen yhteydessä olevia taustamuuttujia. (Tengvall 2010:11-17.)

Leikkaus- ja anestesia hoitajan osaamisalueet ja työn sisällöt ovat erityisosaamista vaativissa hoitotyön tehtävissä eriytyneet, mutta muodostavat yhdessä yhtenäisen toinen toisiaan täydentävän kokonaisuuden. Yhdistävinä tekijöinä kliinisen osaamisen kannalta on potilaan hoidon valmistelu, dokumentointi sekä tiimityö ja kommunikointi taidot. Gillespie ja Hamlin määrittelevät leikkauksairaanhoidajan ammatillisiksi osaamisen alueiksi erikoisosaamisen ja inhimilliset tekijät. Tengvallin tutkimuksessa korostuu selvästi kliinisen osaamisen hallitsemisessa työuran pituus. Alle 10 vuotta leikkaushoitotyötä tehneiden sairaanhoitajien kokemus omasta kliinisestä osaamisesta on arvioitu huomattavasti heikommaksi kuin yli 20- vuotta työskennelleiden sairaanhoitajien. Gillespien ja Hamlin mukaan perioperatiivinen osaaminen muodostuu käytännön tietotaidosta sekä eettisestä tietämyksestä ja -toiminnasta. Erikoisosaamisen tietopohja perustuu sairaanhoitajan käytännön tieto-taitoon, kokemusperäiseen tietoon ja eettisyyteen. Kommunikaatio, tiimityö sekä koordinointi ja johtamistehtävät kuuluvat Gillespien ammatillisen osaamisen määrittelyssä inhimillisiin tekijöihin. (Lukkari ym. 2007:27-31; Gillespie- Hamlin 2009; Tengvall 2010: 39-69,106-108.)

Tutkimusten mukaan perioperatiivisen hoitotyön keskeisiksi osaamisen alueiksi tutkimusten mukaan nousevat: Aseptiikka, dokumentointi, leikkaustekninen osaaminen, muuttuvien tilanteiden hallinta, leikkausasennot, perehdytys, opetus ja ohjaus, tiimi- ja ryhmätyötaidot, johtamistaidot, anestesiahoito, diagnosointi- ja tarkkailutehtävät yksilöl-

lisyys ja ammatillisuus. (Lukkari ym. 2007:27-31; Gillespie- Hamlin 2009; Gillespie ym. 2009; Tengvall 2010:39-69,106-108.) Nämä osaamisalueet voidaan jäsentää vielä Substanssi-, työyhteisö-, kehitymis- ja kehittämisoosaamiseen. Osaamisalueet tukevat toinen toisiaan näyttäytyen käytännön hoitotyössä kokonaisuutena painottuen eri leikkaushoitotyön tilanteissa eri tavoin. (Helakorpi 1996; Sarajärvi 2011: 82; Sarajärvi ym. 2011: 46-48.) Työelämän muuttuessa hoitotyöntekijöiden pätevyys vaatimukset muuttuvat. Hoitotyön pätevyys asiantuntijan näkökulmasta muodostuvat kriittisestä ajattelusta, päätöksen teosta, ongelmanratkaisutaidoista, tutkimus- innovaatio- sekä kehittämistaidoista ja lisäksi erilaisten prosessien hallintataidoista. (Sarajärvi 2011:78-83; Sarajärvi ym. 2011:39; Sairaanhoidajaliitto 2012.)

2.2.1 Substanssiosaaminen

Substanssiosaamisen eli ydinosamisen avulla leikkaushoitaja pystyy vastaamaan perioperatiivisesta hoitotyöstä itsenäisesti, sitoutuneesti ja tulosvastuullisesti. Tämä edellyttää leikkaushoitajalta perioperatiivisen hoitotyön vaatimia perustaitoja, joita hän perustelee näyttöön perustuvan toiminnan mukaisesti. Substanssiosaaminen on sidoksissa hyvin voimakkaasti omaan kirurgian erikoisalaan. Substanssiosaamiseen leikkaushoitotyössä kuuluu leikkaushoidon yksilöllinen suunnittelu, anestesiahoitotyön tunteminen, aseptinen toiminta, leikkauksen tekninen osaaminen, leikkauksen kulun hallinta, teknisten laitteiden hallinta, leikkausasetojen laittaminen, diagnosointi- ja tarkkailutehtävät, kirjaaminen, dokumentointi ja viestintä. Pärjätäkseen työyhteisössä on leikkaushoitajan lisäksi hallittava organisaatio- sekä taloudellista osaamista. Taloudellinen ajattelu ja toiminta sekä oman toiminnan taloudellinen suunnittelu auttavat kliinisessä ja hallinnollisessa päätöksenteossa. Yhteiskunnallisesti leikkaushoitajan tulee tunnistaa työn ongelma-alueita ja merkittäviä kehittämisen kohteita ja hänen on pyrittävä etsimään ratkaisuja omalla erityisosaamisellaan tai huippuosaamisellaan. (Manka- Mäenpää 2010; Sarajärvi 2011: 78.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu yksilövastuu. Hoitotyön kohteena on potilas jonka perus- ja erityistarpeista huolehditaan. Leikkausosastolla yksilövastuinen hoitotyö näkyy potilaan leikkauksen yksilöllisenä suunnitteluna. Hoitajat kartoittavat ja perehtyvät leikkausilmoituksen lisäksi potilaan taustatietoihin haastattelemalla häntä ja havainnoimalla potilaan tilaa pystyäkseen varaamaan tarvittavat välineistöt, varautumaan ja varustamaan leikkaussalin vastaamaan tulevan leikkauksen tarpeita. Lisäksi hoitajat

varautuvat erikoisalakohtaisiin toteutuskäytänteisiin. Potilaan täytyy pystyä luottamaan häntä hoitavaan henkilökuntaan ja ilmaisemaan itseään. Potilaalla on oikeus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun myös leikkaussalivaiheessa. (Lukkari ym. 2007: 15- 17.)

Leikkaushoitajan työ perustuu aseptiselle toiminnalle. Tengvallin tutkimuksen mukaan leikkaushoitajat toimivat uusimman aseptisen tiedon perusteella. Tutkimuksessa nousi esille, että hoitajat noudattavat steriliyden sääntöjä ja korjaavat virheellistä aseptista toimintaa sekä valvovat aseptiikan toteutumista leikkaussalissa. Toisen aseptiseen työskentelyyn puuttumisen kynnyks oli suurempi, mitä lyhyempi oli hoitajan oma työura. Työkokemus vaikuttaa selkeästi siihen, kuinka hoitajat kokevat osaavansa toimia aseptisten periaatteiden mukaisesti. (Tengvall 2010: 39- 41.)

Aseptisen ja steriilin työjärjestyksen omaksuminen edellyttää tietoa ja taitoa infektioiden syntymisestä, leviämisestä sekä ennalta ehkäisymenetelmistä. Valvovan ja instrumentoivan leikkaushoitajan on osattava suunnitella potilaan hoito yksilöllisesti mahdolliset infektioaudit huomioiden, hallittava hoitovälineiden aseptinen käsittely, leikkausalueen desinfektio, steriilin materiaalin oikeanlainen käsittely ja steriilin alueen luominen sekä ylläpito. Oikeanlainen suojainten ja suojavaatetuksen käyttö, hyvä käsihygienia sekä aseptisen työjärjestyksen noudattaminen ovat työn perusedellytyksiä. Aseptisessä työskentelyssä on muodostettu käyttäytymismalleja joiden mukaan toimitaan. (Lukkari ym. 2007:87; Tengvall 2010: 42- 43,107.) Työjärjestyksen avulla minimoidaan ja pyritään ennaltaehkäisemään postoperatiivisten infektioiden syntymistä. Leikkaushoitajilta edellytetään aseptista omaatuntoa, joka tarkoittaa aseptisiin toimintatapoihin sitoutumista ja sääntöjen noudattamista sekä niiden rikkomisesta huomauttamista. Potilaan oikeuksiin kuuluu turvallisesti ja aseptisesti oikein toteutettu hoito. Aseptiikan pettäessä potilaalla on riski saada infektio, joka lisää hoitopäiviä ja potilaan henkistä kärsimystä. Yhteiskunnallisesti hoitopäivien lisääntyminen ja työkyvyttömyys lisäävät kustannuksia ja potilaalle voi jäädä pysyvä haitta, joka vaikuttaa häneen esteettisesti tai vaikeuttaa hänen toimintakykyään. Pahimmillaan aseptisen toiminnan pettäessä potilas voi menehtyä. (Lukkari ym. 2007:87;Tengvall 2010: 43- 44,107.)

Leikkaushoidon tekniikka on erittäin tärkeä osaamisen alue leikkaushoitajien kliinisessä osaamisessa. Leikkaussalin valmistelu, tarvittavan välineistön ja laitteiden tunteminen, turvallinen käsittely ja varaaminen, potilaan lämpötaloudesta huolehtiminen, instrumentaation sujuva hallitseminen, oikea kuduskäsittely ja välineellinen valmius korostuvat

teknisessä osaamisessa. Leikkauksen aikainen toiminnan suunnittelu ja ennakointi ovat osa teknistä osaamista. Sujuva tekninen osaaminen edellyttää hoitajalta anatomian ja fysiologian erittäin hyvää hallintaa sekä kirurgisen toimenpiteen kulun ymmärtämistä ja näiden integraatiota. (Tengvall 2010: 45- 47,107.)

Valvova sairaanhoitaja laittaa yksin tai yhdessä anestesiahoitajan ja lääkintävahtimestarin kanssa potilaan leikkauksen vaatimaan leikkausasentoon ja varaa tarvittavat telineet, pehmusteet ja turvavyöt. Leikkausasennolla ei saa aiheuttaa potilaalle leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita: hermopinteitä, puutumisia, kiputiloja tai painevammoja. Leikkausasentoja laitettaessa on otettava huomioon potilaan fysiologiset ja anatomiset rajoitteet. Leikkausasento räätälöidään ja optimoidaan toimenpiteen edellyttämällä tavalla kuitenkin potilaan yksilölliset ominaisuudet huomioiden. Leikkaus- ja anestesiahoitajat vastaavat asennon turvallisuudesta ja sen pysymisestä koko leikkauksen ajan. (Lukkari ym. 2007: 279-282; Tengvall 2010:108.)

Dokumentaatioissa korostuvat potilaan henkilötietosuoja ja oikeus nähdä omaa hoitoaan koskevat asiakirjat. Potilasasiakirjoihin voi merkintöjä tehdä vain terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon ja ohjaukseen. Merkintöjen tekijän on kirjattava asemansa, nimensä ja merkintöjen ajankohta selkeästi Yleisenä käytännön hoitotyössä kuuluva sanontana dokumentoinnissa on: ”Mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”. Leikkaushoitotyöstä potilasasiakirjoihin merkitään hoitotapahtumien dokumentointi, kontrolloitavat materiaalit ja asennetut implantit. Kirjaus tapahtuu sähköiseen tietojärjestelmään sekä leikkaushoitotyön kaavakkeelle ”rätti-kaavakkeelle”. Perioperatiivisen hoitotyön lomake on hyvin tiivistettyä tietoa leikkaushoidon vaiheista. Hoitotyötä suunnitellaan ja ennakoidaan potilaan yksilöllisiä tarpeita huomioiden, mutta hoitotyön tavoitteita ei kirjata lomakkeisiin nopeasti muuttuvien tilanteiden ja työn erittäin intensiivisen luonteen vuoksi, sillä alun alkaen suunniteltu toiminta ja hoitotyön tavoitteet voivat leikkauksen aikana muuttua. Suomessa otettiin käyttöön vuonna 2011 käyttöön kansallinen terveystietojen siirtojärjestelmä. Järjestelmä mahdollistaa potilastietojen siirron kansallisesti riippumatta siitä mistä päin maata potilas tulee hoitoon ja tuleeko potilas yksityiseltä sektorilta julkiselle sektorille. Tämä tiedon siirto mahdollistaa potilaan taustatietojen saannin ja hoidon suunnittelun nopeuttamisen kiireellisissä päivystysleikkauksissa (Tiusanen- Junttila- Leinonen- Salanterä 2010.) AORN on julkaissut suositukset perioperatiivisesta kirjaamisesta. (Lukkari ym. 2007:105; AORN 2010: 290-291; Tengvall 2010: 106.)

2.2.2 Työyhteisöosaaminen

Sosiaaliset taidot ovat keskeisiä leikkaushoitajan osaamisalueita. Vuorovaikutus-, viestintä- ja kuuntelutaidot vaikuttavat työyhteisöosaamiseen. Asiantuntijana leikkaushoitajalla on kykyä hahmottaa hoitotyönprosesseja ja päätöksentekoa kokonaisuuksina ja toimia vastuullisesti ja itsenäisesti eri leikkaushoitotyön tehtävissä. Leikkaushoitotyössä näyttöön perustuvan hoitotyön näkökulmasta katsottuna korostuu verkosto-osaaminen ja verkostoituminen. Leikkaushoitaja toimii uudentiedon lähettiläänä osana muuta verkostoa. Verkostot eivät ole pelkästään organisaation sisäisiä verkostoja vaan verkostot ulottuvat muihin kansallisiin ja kansainvälisiin organisaatioihin. Kansainvälisesti verkostojen avulla leikkaushoitajat jakavat asiantuntijaorganisaatioiden julkaisemaa näyttöön perustuvaa tietoa. Niiden avulla kehitetään ja muokataan päivittäistä leikkauspotilaan hoitotyötä vastaamaan uusinta ajanmukaista tietoa ja pyritään vastaamaan tulevaisuuden kehityshaasteisiin. (Sarajärvi 2011: 85- 87; Sarajärvi ym. 2011: 48- 49.)

Vastuualueiden hoitaminen ja yksittäisten kirurgian erikoisalojen erityisosaaminen auttavat työyhteisöön tuotavan uuden tiedon implementoinnissa. Vastuuhoitajajärjestelmällä turvataan uuden tiedon saanti ensin pienemmälle ydin ryhmälle ja myöhemmin muulle osaston henkilökunnalle. Oman organisaation ja yksikön tunteminen helpottavat implementointia. Huippuosaaminen ja parhaan mahdollisen tiedon hallinta ja omaksuminen tuo mukanaan valtaa ja näkymättömissä olevan erityisaseman. Uuden tiedon jalkauttaminen vaatii muutosjohtamisen taitoja ja osaamisen johtamista. Ihmisten johtaminen vaatii tilanneherkkyyttä, päätöksentekotaitoja, tunneälyä, koordinoitukykyä sekä valmiuksia toimia konfliktitilanteissa. Näin ollen tiimi- ja ryhmätyötaidot sekä kyky toimia erilaisten ihmisten kanssa eri ammattiryhmistä korostuvat työyhteisöosaamisessa (Sarajärvi 2011: 83; Sairaanhoitajaliitto 2012.)

Leikkaussalityöskentely on tiimityötä parhaimmillaan. Moniammatillisen yhteistyön avulla turvataan potilaalle paras mahdollinen hoito ammattitaitoisten ihmisten avulla. Leikkaushoitajan on pystyttävä toimimaan ryhmässä, jolla on yhteinen tavoite ja päämäärä, potilaan auttaminen. Nopeasti muuttuvat tilanteet, lainsäädännöllisesti lyhennetty jonotus aika leikkauksiin ja lyhemmät leikkauksen jälkeiset hoitoajat teknologian kehittymistä unohtamatta lisäävät leikkaussalissa työskentelevien hoitohenkilöstön paineita. Yhteistyön tarve lisääntyy. Tiimityön dynamiikka tarvitsee luottamusta ja tiimissä työsken-

televien ihmisten tuntemista sekä kommunikaatiotaitoja. Hyvin toimiva leikkaustiimi toimii optimoidusti, tehtävät jakaantuvat ja ajoittuvat tiimin sisällä automaattisesti, jokainen tietää tehtävänsä ja auttaa omalla toiminnallaan muita tiimin jäseniä. Tiimin pieni koko lisää ryhmän tiivyyttä ja selkeyttää työnjakoa. Kaikilla leikkaustiimin jäsenillä on mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon yhtä paljon. Janhonen on tarkastellut tutkimuksessaan tiedon jakamista tiimityössä. Vuorovaikutus suhteet tiimityössä näkyvät selkeänä yhteistyönä eikä kilpailuna ja tiedon panttauksena tiimin sisällä. Tiedon jaossa tulee tähdätä mahdollisimman hyvään tasapainoon. Hierarkiset rakenteet heikentävät selvästi tiedon jakamista tiimin sisällä. Olisikin muistettava intraoperatiivisessa vaiheessa potilaan hoidon kannalta oleellisen tiedon jakamisen tärkeys, jotta laadukkaan hoidon kriteerit voidaan täyttää. (Silén- Lipponen ym. 2004; Silén-Lipponen 2005: 58-60; Lukkari ym. 2007:48; Janhonen 2010;18-30,91.)

Turvallisuuteen kiinnitetään leikkaushoitotyössä yhä enemmän huomioita. WHO (World Health Organisation) loi Safety Surgery Saves Lives – projektin avulla leikkaustiimin tarkistuslistan. Listan avulla tarkistetaan ja käydään läpi anestesiaan- ja leikkausturvallisuuden vaikuttavia tekijöitä, kuten potilaan henkilötiedot, lääkitykset, allergiat, laboratoriotutkimukset, röntgenkuvat sekä leikattavan paikan identifioimisen ja tiimin toimintaan vaikuttavia tekijöitä. (Pesonen 2011.)

2.2.3 Kehittymisosaaminen

Kehittymisosaamiseen liitetään vankasti tutkiva ja kehittävä työote, jolla tarkoitetaan leikkaushoitajan omaa itseensä kohdistuvaa kriittisen ajattelun taitoa ja oman itsensä kehittämisosaamista. Toiminnan kriittinen ja reflektiivinen tutkiskelu antavat pohjaa oman ja työyhteisön toiminnan kyseenalaistamiselle ja uuden tiedon etsimiselle. Lääketieteen ja kirurgian nopean kehittymisen vuoksi leikkaushoitajan on osattava etsiä alan uusinta tietoa, tieteellisiä tutkimuksia ja tunnettava erilaisia kehittämistyön toimintatapoja. Leikkaushoitotyötä kehitettäessä hoitajan on hallittava näyttöön perustuvan toiminnan johtamista ja kehittämistä. Häneltä vaaditaan lisäksi oman itsensä elämänhallintataitoja ja johtamistaitoja. Jatkuva kehittyminen ja tiedonhankinta edellyttävät aktiivista hakeutumista erilaisiin konferensseihin, alan koulutuksiin ja –kehittämishankkeisiin. (Helakorpi 1996; Sarajärvi 2011: 84; Sarajärvi ym. 2011:47; Manka- Mäenpää 2010.)

Uuden työntekijän perehdytys ja opiskelijoiden ohjaus liittyvät oleellisesti kehittämissosaamiseen. Perehdyttäminen ja ohjaaminen on jokaisen leikkausosastolla työskentelevän kokeneemman sairaanhoitajan tehtävä. Perehdytyksessä uudelle työntekijälle annetaan valmiuksia toimia itsenäisesti instrumentoituina tai valvovana sairaanhoitajana leikkauksen aikana. Opiskelijoille annetaan eväitä ammattiin kasvuun ja itsensä kehittämiseen. Perehdyttäminen ja opiskelijoiden ohjaus kattaa intraoperatiivisen hoitotyön laatu- ja taitovaatimuksiin liittyvät tekijät sekä työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin liittyvät asiat. Perehdytyksessä niin kuin opiskelijoiden ohjauksessa kannustetaan oma-toimisuuteen ja itsensä kehittämissuorituksien kehittämiseen. Hyvällä perehdytyksellä turvataan asiantunteva itseään aktiivisesti kehittävä työyhteisö, joka työskentelee tavoitteellisesti. (Penttinen- Mäntynen 2009:2- 3.)

2.2.4 Kehittämissosaaminen

Kehittämissosaaminen liittyy hoitotyön organisaation kokonaisuuksien ja toimintojen hallintaan. Kehittämissosaamisessa puhutaan usein kollektiivisesta osaamisesta, jossa organisaation sisältämät erityistaidot ja tieto ovat summautuneet yhteen. Hiljainen tieto ilmenee usein kollektiivisessä muodossa ja on näin ollen myös vaikeammin saatavilla ja jaettavissa. Hiljainen tieto karttuu työkokemuksen myötä ja se edistää ammatillista kehittymistä. Hiljaisen tiedon avulla leikkaushoitaja erottaa oleellisen, tarpeellisen tiedon epäoleellisesta ja kiinnittämään pieniinkin muutoksiin huomiota. Lisäksi se helpottaa teoreettisen ja tutkitun tiedon ymmärtämistä ja integroimista käytännön leikkaushoitotyöhön. Hiljainen tieto on osa työyhteisöjen kulttuuriperimää ja se kuuluu osaksi ammatillista osaamista. Suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle menetetään organisaatioissa suuret määrät ammatillista osaamista, tietoa ja taitoa, jotka ovat vuosikymmenien aikana kehittyneet hoitotyön tekijöille. (Helakorpi 2004; Virtanen 2006.) Kehittämissosaamisen kannalta hiljaisen tiedon tuominen konkreettiseksi auttaisi työyhteisöjä hiljaisen tiedon jakamisessa. Terveystieteiden tutkimuksessa on tulevaisuudessa pyrittävä turvaamaan hiljaisen tiedon (kokemuksellisen) siirtäminen nuoremmille hoitotyöntekijöille. Leikkausosastolla työskentelevien on kyettävä toimimaan pienenevällä henkilökuntamäärällä kehittämällä toimintaprosesseja. Mentorointi ja erilaiset opetustilanteet hoitotyössä ovat erinomaisia keinoja jakaa hoitotyön hiljaista tietoa. (Helakorpi 1996; Sarajärvi 2011: 84; Sarajärvi ym. 2011:47; Manka- Mäenpää 2010.)

Leikkausosastolla on hoitajien oltava valmiita toimimaan nopeasti ja äkillisesti muuttuvissa tilanteissa. Hoitajan on tunnistettava potilasta tai muuta salihenkilökuntaa uhkaavia tilanteita ja pystyttävä toimimaan sekä arvioimaan tilannetta. (Tengvall 2010: 67). Työskentely paineen alla, työn sisältämä epävarmuus ja työelämän yleinen joustavuus ja stressinsietokyky korostuvat. Omaa toimintaa on osattava priorisoida potilaan tilassa tapahtuvien muutosten perusteella. Tilanteissa on pystyttävä ennakoimaan tulevaa. Ennakointitaidot karttuvat työkokemuksen myötä ja pohjautuvat kokemuseräiseen hiljaiseen tietoon jota yhdistetään työn kannalta merkittäviin teoreettisiin lähtökohtiin kuten anatomisiin ja fysiologisiin lähtökohtiin sekä leikkausteknisiin tekijöihin. (Tuomi 2008:121; Tengvall 2010: 67- 68.)



Kuvio 2. Perioperatiivisen sairaanhoitajan osaaminen leikkausosastolla, mukailen Sarajärvi, Mattila, Rekola (2011) asiantuntijan osaamistaulukkoa

2.3 Osaaminen leikkausosastolla tulevaisuudessa

Leikkausosastolla osaaminen koostuu monista tekijöistä. Sitä voidaan määritellä näkyvyyden, lajin ja tason mukaan. Osaaminen on työssä tarvittavaa teoreettista tietoa ja käytännön taitoja, joilla turvataan toiminta muuttuvissa tilanteissa ammattitaitoisesti ja asiantuntevasti. Osaaminen edellyttää kykyä ajatella ja toimia yksilön omia kykyjä ja tietämystä hyväksi käyttäen. Organisaation näkökulmasta katsottuna osaaminen koostuu yksilöiden, ryhmien ja verkostojen osaamisesta sekä organisaation osien tavoista toimia. Jakamalla tätä pääomaa lisätään osaamista, joilla erottaudutaan muista kilpailijoista. (Helsilä- Salojärvi 2009:145-147; Manka- Mäenpää 2010.)

Kulttuurillisesta näkökulmasta katsottuna osaaminen katsotaan olevan osa työyhteisön ja organisaation asennetta sekä motivaatiota, jotka sisältävät tiedot ja taidot. Työkulttuurisilla vaikutuksilla voidaan edistää yksilön, ryhmän tai verkoston kehittymistä ja innovatiivisuutta. Sen avulla voidaan motivoida työntekijöitä kehittämään osaamistaan. Hoitotieteelliseltä tutkimukselta edellytetään tulevaisuudessa myös leikkausosaston tehokkuuteen vaikuttamista ja tutkimista, joka on sidoksissa perioperatiivisen hoitotyön laadun tutkimukseen. (Aaltonen 2008.) Lisäksi ikääntyvä väestö luo haasteita terveyspalveluiden ja sitä myötä leikkaushoidon tarpeelle. Ihmiset elävät vanhemmiksi ja pysyvät terveempinä pitempään kehittyneiden hoitomenetelmien ja elämäntapojen muuttumisen myötä. Leikkaustekniikat kehittyvät lääketieteen kehittymisen myötä ja yhä vaikeampia sairauksia ja yhä huonokuntoisempia ihmisiä pystytään hoitamaan ja leikkaamaan. Nämä asettavat suuria haasteita leikkaushoitajien osaamiselle tulevaisuudessa. Heidän täytyy pysyä kehityksessä mukana. (Aaltonen 2008; Helsilä- Salojärvi 2009: 145-147; Manka- Mäenpää 2010.)

Parhaaseen mahdolliseen hoitoon tähtäävät leikkausosastot jakaantuvat tulevaisuudessa erikoisalakohteisesti erityisosaamista vaativiin osaamiskeskuksiin. Teknologisen kehityksen myötä leikkaushoitotyön luonne muuttuu tulevaisuudessa. Teknologia kasvattaa globalisaatiota, sillä olemassa olevaa tietoa pystytään siirtämään maanrajojen yli reaaliajassa. Tiedon tuottaminen ja uuden tiedon etsiminen lisää kansainvälistä kilpailua. Kilpailu uusien hoitotyönkeinojen kehittämisestä lisää tiedon hankinnan taitoja. Se tukee vankempaa jatkuvan oppimisen ja koko työuran kestävän kouluttautumisen ja kehittämisen työkulttuuria. Tieto ja tekniikka jota tällä hetkellä käytämme hoitotyössä on

kymmenen vuoden kuluttua vanhentunutta ja se on korvautunut uudella. Samassa ajassa leikkaushoitajien käyttämä tieto, jonka varassa sairaanhoitajat työskentelevät on yli kymmenen vuotta vanhaa ja aikaisemmin saatuun koulutukseen pohjautuvaa. Uuden tiedon oppiminen ja omaksuminen tai ennestään olevan tietämyksen laajentaminen auttavat työntekijöitä pysymään kehityksen mukana. Jatkuva koulutus ja työvoiman uudelleen koulutus ovat olennaisia tekijöitä jatkuvan kehityksen tiellä. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaaminen muuttuu tietotekniikan kehittymisen myötä ja siihen vaadittava aika tulee lisääntymään. Kirjaamisessa on paljon erilaisia variaatioita riippuen leikkausosastoista, valtakunnallisesti vielä kirjava perioperatiivinen kirjaamiskäytäntö tulisikin tulevaisuudessa yhtenäistää. (Vihreä kirja ” Yhteistyössä työn uudelleenorganisointiin” 1997; Wiitakorpi 2006; Perälä ym. 2008; Manka- Mäenpää 2010; Tiusanen- Junttila- Leinonen- Salanterä 2010.)

Sairaanhoitajalta edellytetään tulevaisuudessa vahvempaa taitoa ja kykyä ennakoida tulevaa, seurata ympäröivän maailman muutoksia sekä reagoida tapahtuviin muutoksiin nopeammin. Hoitotyön käytännön teemoja on kansallisessa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa ollut näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen. Tarkoituksena on ollut yhtenäistää hoitotyön käytäntöjä ja parantaa hoitotyön laatua sekä vaikuttavuutta. (Perälä- Toljamo- Vallimies- Patomäki- Pelkonen 2008; Manka- Mäenpää 2010; Sarajärvi ym. 2011:12.) Onnistunut hoitotyön kehittäminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä niin organisaation johdon kuin kliinisen hoitotyön puolelta. Organisaation johdon tulisi tukea kliinisen hoitotyön tekijöitä työnsä kehittämisessä, sillä heillä on ajan tasaisin tieto hoitotyön käytännöistä ja into sekä näkemys kehittää ja tutkia työtään. Pelkästään toiminnan ja yhteistyön tehostaminen ja sitoutuminen terveystalouteen luovuttaa perustaa näyttöön perustuvan hoitotyön tutkimiselle ja hoitotyön kehittämiseksi tulevaisuudessa. (Perälä ym. 2008; Manka- Mäenpää 2010.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tällä tutkimuksella kartoitettiin sairaanhoitajien yleistä ammatillista pätevyyttä ja erityisosaamista. Tutkimuksessa kuvataan leikkaushoitajien osaamista heidän itsensä arvioimana. Taustamuuttujien avulla selvitettiin miten taustamuuttujat vaikuttavat ammatilliseen osaamiseen. Tutkimuksen tavoitteena oli saada ajan tasalla olevaa tietoa osaamisen tasosta ja laadusta. Osaamiskartoituksella saadaan näyttöön perustuvia tuloksia, joiden avulla pystytään kehittämään leikkaushoitajien perehdytysohjelmaa, arvioi-

maan lisäkoulutuksen tarvetta, varmistamaan hoitotyön laatua, tukemaan henkilökunnan jaksamista osaamista tukevasti ja kehittävästi. Lisäksi tutkimustuloksia voidaan käyttää henkilökunnan resurssointi suunnitelmien tueksi, joiden avulla voidaan varmistaa riittävä osaaminen kaikkina vuorokauden aikoina. Tutkimuksen avulla saadaan avaimia tulevaisuuden osaamisen varmistamiseen. Työ on osa Metropolian ammattikorkeakoulun Hoitotyön osaaminen- projektia.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaista on sairaanhoitajan yleinen ammatillinen pätevyys leikkausosastolla itsearvioituna?
2. Millaista on sairaanhoitajien erityisosaaminen leikkausosastolla itsearvioituna?
3. Miten yleinen ammatillinen pätevyys ja erityisosaaminen eroavat vastuualueittain?

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Menetelmät

Tämän tutkimuksen menetelmän valintaa ohjaavat ontologia ja epistemologia. Ontologia ohjaa vastaamaan kysymykseen ilmiön perusluonteesta eli millaista osaamista leikkaushoitajilla on ja epistemologialla perustellaan miten saadaan tietoa leikkaushoitajien osaamisesta. (Kankkunen- Vehviläinen- Julkunen 2009: 12).

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista lähestymistapaa, koska tarkoituksena oli karvoittaa osaamista tilastollisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen induktiivista sisällönanalyysiä käytettiin avoimien kysymysten tulkinnan kohdalla. Tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä tutkittavasta kohteesta. Tutkimus oli poikittaistutkimus, aineisto kerättiin kerran. Aineisto kerättiin valmiilla kyselykaavakkeella (survey-tutkimus). (Elo- Kyngäs 2008:107; Saaranen- Kauppinen- Puusniekka 2009: 6-7; Kankkunen- Vehviläinen- Julkunen 2010: 41-43, 50-57; Polit- Beck 2012:56-60.) Muuttujat jaoteltiin tutkimusmuuttujiin ja taustamuuttujiin, joita tässä tutkimuksessa olivat leikkaushoitajan ammatillinen osaaminen ja yleistä tietoa antavat taustamuuttujat joita olivat ikä, koulutus, työkokemus alalta, aiempi työkokemus ja työkokemus tutkittavasta yksiköstä.

Kilpailu osaavasta ja ammattitaitoisesta henkilökunnasta kasvaa. Osaamiskartoitusten avulla konkretisoidaan ja haetaan tietoa henkilökunnan osaamisesta laajemmin organisaatiossa ja yksilötasolla hoitotyössä. Osaamiskartoitukset ovat organisaation työvälitteitä dynaamisen osaamisen kehittämisessä, jonka pitää vastata ympäristön vaatimuksia ja tarpeita. Kartoitusten avulla saadaan tietoa eri työyksiköiden kehittämistarpeista ja hoitotyön laadusta sekä ennakoidaan tulevaisuuden osaamisvaatimuksia. Osaamiskartoituksista saaduilla graafisilla osaamisprofiileilla sairaanhoitajat voivat yksilötasolla muodostaa käsityksen osaamisestaan ja kehittämistarpeistaan. Tämän perusteella voidaan tehdä kehityskeskustelussa yhdessä lähiesimiehen kanssa henkilökohtainen kehityssuunnitelma. (Wiitakorpi 2006; Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri 2007; Meretoja- Harjula- Lehto- Timonen- Kallakorpi- Orvoma- Kotila- Kangas 2009; Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri 2011.)

4.2 Ammattipätevyyden mittaaminen

Mittarina käytettiin Meretojan kehittämää ammattipätevyyden arviointi NCS-mittaria (Nurse Competence Scale, Meretoja 2003). Mittaria on käytetty aiemmin osaamiskartoituksissa erikois- ja perusterveydenhuollon kentillä sekä mittaria on myös testattu kansainvälisesti mm. Italiassa ja Liettuassa. Hyksissä mittaria on käytetty vuosina 2004- 2006 81 työyksikön osaamiskartoituksessa sekä 2007- 2008 125 työyksikön osaamiskartoituksessa. (Meretoja ym. 2004; Heikkilä- Ahola- Kankkunen- Meretoja- Suominen 2007; Meretoja ym. 2009; Dellai- Mortari- Meretoja 2009; Istomina ym. 2011; Meretoja- Kankkunen 2011; Hamström ym. 2012; Silvennoinen ym. 2012). Lupa mittarin käyttöön saatiin Dosentti Riitta Meretojalta ja mittariin oli lupa lisätä taustamuuttujien kartoittamiseen kysymyksiä sekä erillinen osio kartoittamaan perioperatiivisen hoitotyön vaatimia erityisosaamisen toimintoja.

NCS- mittari on geneerinen Aura-malliin pohjautuva osaamiskartoitusmittari, joka koostuu seitsemästä hoitotyön osaamisalueesta (auttaminen, opettaminen-ohjaaminen, tarkkailutehtävät, tilanohjaus, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus ja työrooli) sekä 73 osaamista kuvaavasta väittämästä. Mittarin ja Aura-mallin taustalla on Bennerin hoitotyön keskeiset osa-alueet ja osaamisen tasot. Toiminnan laatua arvioidaan VAS-asteikolla (Visual- Analogue-Scale) 0-100, jossa 0 = kuvaa toimintaani erittäin huonosti ja 100= kuvaa toimintaani erittäin hyvin. Toiminnan laadun aineiston arvioimiseksi on

asteikko jaettu neljään sektoriin: VAS 0-25 Heikko (perehtyvä), VAS >26-50 tyydyttävä (suoriutuva), VAS >50-75 hyvä (pätevä) , VAS >76-100 erittäin hyvä (taitava). Lisäksi jokaisessa kysymyksessä arvioidaan toiminnan tiheyttä neliportaisella asteikolla 0-3, jossa 0= ei sovellettavissa työtehtäviin, 1= sovellettavissa hyvin harvoin työtehtäviin, 2= sovellettavissa satunnaisesti työtehtäviin ja 3= sovellettavissa erittäin usein tehtäviin. NCS- mittari on osoittautunut herkäksi erottelemaan ammatillista osaamista uran eri vaiheissa ja erilaisissa toimintaympäristöissä. (Benner 1989: 28-52; Meretoja 2003; Heikkilä ym. 2007; Meretoja ym. 2009; Istomina ym. 2011; Meretoja- Koponen 2011 Hamström ym. 2012; Silvennoinen ym. 2012.)

4.3 Leikkaushoitajan erityisosaamisalueiden määrittäminen

Aineisto tutkimukseen kerättiin kahdessa vaiheessa. Aineiston keruun ensimmäisessä vaiheessa perehdyttiin osaamista käsittelevään kirjallisuuteen, tutkimuksiin sekä tieteellisiin artikkeleihin ja julkaisuihin. Lisäksi sairaanhoitajan erityisosaamisen alueita kartoitettiin PICO-kysymyksen avulla: Mitä osaamisen alueita leikkaushoitajalta vaaditaan perioperatiivisessa hoitotyössä? Osaamisalueita määriteltiin myös yhdessä henkilökunnan kanssa osastotunneilla osastonhoitajan johdolla. Leikkausosaston erityisosaaminen määriteltiin perioperatiivisten toimintojen kautta. Työyksiköstä nousseet keskeiset osaamisalueet auttoivat luomaan runkoa perioperatiivisen hoitotyön erityisosaamista kartoittavaan kysymyspatteristoon.

Tieteellistä tietoa haettiin EBSCOHost-, Chinal-, Cochrane-, PubMed- ja Ovid- tietokannoista. Cochrane-, Chinal-, PubMed ja Ovid- tietokantojen kansainvälisyyden vuoksi haun asiasanoiksi valittiin englanninkieliset hakusanat ja niiden yhdistelmät booleanoperaattorin avulla (AND, OR, NOT). Hakusanoina käytettiin: *nursing skills, nursing competence, perioperative nursing, perioperative competence ja clinical competence*. Näiden asiasanojen avulla pyrittiin saamaan vastauksia jo valmistuneen perioperatiivisen sairaanhoitajan hoitotyön taitoihin ja osaamiseen, perioperatiiviseen hoitotyöhön ja ammatilliseen kompetenssiin sekä laajemmalla asiahaualla koskemaan koko perioperatiivista hoitotyötä ja kliinistä ammatillista osaamista. Lähtökohtaisesti haku rajattiin vuosiin 2000- 2012 (Liite 1, Liite 2.)

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Valintakriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisu vuosina 2000- 2012	Julkaisu ennen vuotta 2000
Perioperatiivinen hoitotyö	Gradu tai AMK- päättötyö
Otsikko tasolla	Otsikko tasolla
Abstarkti tasolla	Abstarkti tasolla
Abstarkti saatavilla	Opiskelijat
Julkaisu saatavilla	Koskevat jonkin tietyn maan hoitotyötä

Lähtökohtaisia valintakriteereitä ja poissulkukriteereitä noudattaen karsintaa suoritettiin otsikko ja abstarktitasolla. Poissulku kriteereinä olivat otsikot jotka eivät vastaa pico-kysymykseen tai koskevat suoraan jotain yksittäistä maata. Tämän jälkeen poissulkua suoritettiin abstraktien lukemisella, mikäli abstarktissa ei löydy vastausta haluttuun pico-kysymykseen tutkimus jää ulkopuolelle. Lisäksi hakujen perusteella poissulkukriteeriksi nousi julkaisun tyyppi ja sisällön perusteella aineiston ulkopuolelle rajattiin artikkelit, jotka koskevat opiskelijoita ja heidän hoitotyön oppimista ja työssä oppimista. Poissulkukriteereiksi nousivat siis aika (julkaisu ennen vuotta 2000), julkaisutyyppi (gradu tai AMK- päättötyö) ja kohteena opiskelijat sekä tutkimukset jotka koskevat vain jotain tiettyä maata (Taulukko 1.)

Sairaanhoitajien erityisosaamista leikkausosastolla mitattiin 25 strukturoidulla väittämällä ja kahdella avoimella kysymyksellä. Väittämiä arvioitiin NCS- mittarissa käytettävällä laadun (VAS 0-100) ja toiminnan tiheyden (0-3) asteikolla. Kysymyksessä 16 vastauslaadun jäädessä >50% avautui tarkentava avoin kysymys, jolla pyrittiin tarkentamaan ongelmakohtaa. Avoimilla kysymyksillä haluttiin saada vastaajilta omia kehitysideoita ja koulutustarpeita osaamisen tukemiseen ja parantamiseen, erityisosaamista kartoittavan kysymyspatteriston leikkaushoitajan ydinosaamisalueita mietittiin yhdessä osaston henkilökunnan kanssa. Erityisosaamista mittaavat väittämät ja taustamuuttuja kartoitus sijoituivat osaamiskartoituskaavakkeen alkuun.

4.4 Aineisto

Kyselyaineisto kerättiin erään yliopistosairaalan leikkausosastolta kokonaistutkimuksella (n= 63). Osastolla leikattavat potilaat ovat monisairaita ja heille tehdään kirurgisesti suuria ja vaativia toimenpiteitä. Haastavan potilasmateriaalin ja leikkaustoiminnan hallitseminen vaatii hoitajilta erittäin laajaa osaamisen kenttää. Sairaanhoitajat toimivat kaikilla leikattavilla erikoisaloilla, mutta ovat perehtyneet syvemmin oman erikoisalan leikkaushoitotyöhön. Osastolla on myös tehty työvuorosuunnittelussa jako erikoisalojen mukaan kahdelle listalle, jotta erikoistoimenpiteisiin pystytään turvaamaan paras mahdollinen saatavilla oleva osaaminen.

Aineisto kerättiin sähköisenä kyselynä kaikilta leikkaussairaanhoitajilta 15.4- 28.4.2013 (+29.4- 5.5.-13) viikoilla 16-17 (+ vk 18) 2013. Leikkaussairaanhoitajille pidettiin informaatiotilaisuus 9.4.2013 viikkoa ennen kyselyn postittamista. Informaatiotilaisuudessa käytiin läpi tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja kuinka tuloksia tullaan hyödyntämään yksikössä. Informaatiotilaisuudessa esiteltiin NCS- mittari ja siihen lisätty erityisosaamista kartoittava kysymyspatteristo. Tilaisuudessa käytiin konkreettisin esimerkein läpi kyselyyn vastaaminen ja tutkittaville jaettiin etukäteen tutustuttavaksi kysymykset. Tutkittaville korostettiin, että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja tutkija ei saa missään vaiheessa tietää tutkittavien henkilöllisyyttä, eikä sitä ketkä ovat vastanneet kyselyyn. Kyselytutkimuksen etuna on koko otosjoukon nopea ja laaja saavutettavuus.

4.5 Analyysimenetelmät

Kyselytutkimuksella tutkittavilta kerättävä aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin havainnollistaen tuloksia taulukoin. Kysely muutettiin sähköiseen muotoon, jossa käytettiin QuestBack Oy:n Digium Enterprice- ohjelmaa. Aineiston tilastollinen analyysi tehtiin PASW-tilasto-ohjelmalla (SPSS 18.0). Tulosten PASW- ohjelmaan siirrossa ja tulokinnassa auttoi tilastotieteen asiantuntija Metropoliasta. Aineistoa tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla. Sairaanhoitajien osaamista vertailtiin taustamuuttujien avulla ristiintaulukoimalla sekä tilastollisia poikkeamia etsittiin Mann-Whitneyn U-testillä. Mann-Whitneyn U-testiä käytetään tilastollisten poikkeavuuksien testaamiseen pienissä aineistoissa. Avointen kysymysten vastaukset saatiin tulostettua suoraan Enterperice-ohjelmasta. Vastaukset taulukoitiin Word 2010 Excel- ohjelman avulla, jossa vastaukset jaettiin sisällön analyysin mukaisiin ala- ja yläkategorioihin muodostaen

pelkistettyjä päähaastekohteita. Avoimilla vastauksilla haettiin konkreettista näyttöä, mikä on leikkauspotilaan asennon laitossa haasteellisinta, miten henkilökunta haluaisi osaamistaan kehittää ja millä keinoin työnantaja pystyisi henkilökunnan mielestä tukemaan osaamista. Taulukot muodostettiin Spss 18.0 ohjelman tulostaulukoista siirtämällä ne Word 2010 Excel- ohjelmaan ja muokkaamalla niitä Word 2010- ohjelmaan sopiviksi. (Kankkunen ym. 2009: 41 – 43,112; Kananen 2011: 77- 80.)

5 Tulokset

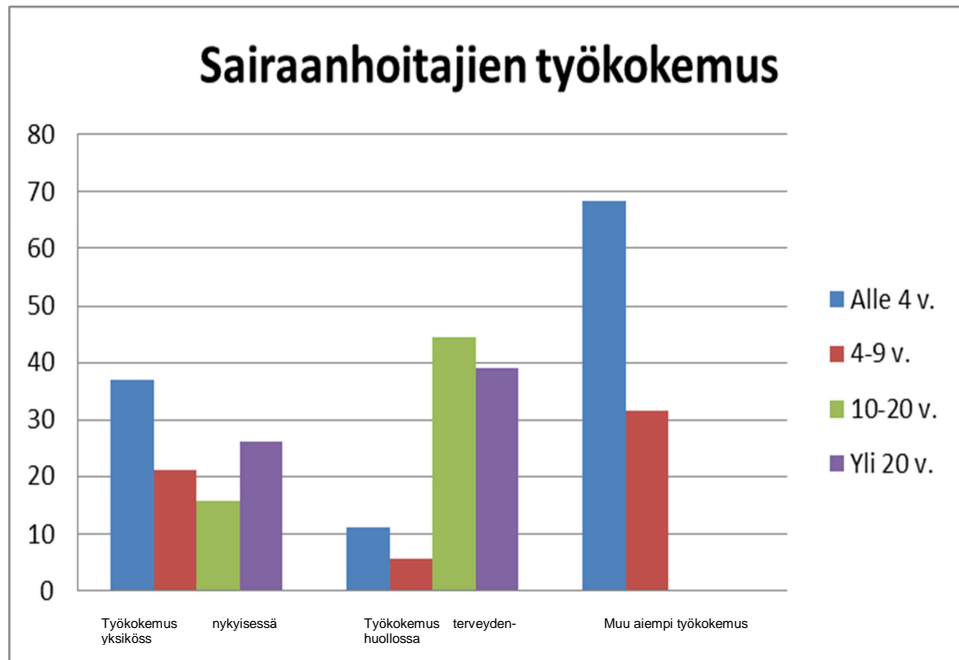
Ensimmäiseksi tuloksissa kuvataan tutkimukseen vastanneiden taustatiedot. Leikkausosastolla työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja erityisosaamista kuvataan osa-alueittain ja kuvaillaan vastuualueiden välille muodostuvia tilastollisia eroavaisuuksia: Auttaminen, opettaminen, tarkkailutehtävät, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus, työrooli ja erityisosaaminen.

5.1 Taustatiedot

Kysely lähetettiin 63 leikkausosaston instrumenttisairaanhoitajalle. Kyselylomakkeen palautti 19 vastaajaa, joista yksi vastauslomake oli täytetty täysin puutteellisesti ja vastaukset jouduttiin mitätöimään. Näin ollen lopullinen vastausmäärä oli 18, jolloin vastausprosentiksi saatiin 29%. Vastaajien ikä vaihteli 26 vuotiaista yli 50 vuotiaisiin. Yhdellä vastaajista oli pohjalla perushoitajan/lähihoitajan/apuhoitajan- tutkinto. Kuudella vastaajista oli opistoasteinen sairaanhoitajan tutkinto. Erikoissairaanhoitajan tutkinto oli seitsemällä vastaajalla samoin kuin seitsemällä vastanneella sairaanhoitajalla oli sairaanhoitaja AMK- tutkinto.

Alle puolet (37%) vastaajista oli aloittanut työnsä nykyisessä yksikössä viimeisen neljän vuoden sisällä. Neljäsosa (26%) vastaajista oli työskennellyt nykyisessä työyksikössä yli 20 vuotta. Kaiken kaikkiaan hieman alle puolella (44%) vastaajista oli työkokemusta terveydenhuollon piiristä 10-20 vuotta. Alle puolet (39%) vastaajista omasi yli 20 vuoden työkokemuksen terveydenhuollosta. Pienellä osalla (11%) vastaajista jäi kokonais työkokemus terveydenhuollossa neljään vuoteen tai sen alle. Aikaisempaa, muuta kuin

terveydenhuollon työkokemusta kaikilla vastaajilla oli keskimäärin neljä vuotta tai alle. Lisäksi vastaajilta kysyttiin vastuualuetta työyksikössä. Hieman yli puolet (53%) vastaajista ilmoitti vastuualueekseen vastuualue 1 ja hieman alle puolet (47%) vastuualue 2. Tyypillisin vastaaja oli iältään 30-39 vuotias jolla oli kaiken kaikkiaan työkokemusta terveydenhuollosta 10-20 vuotta. Työkokemus nykyisessä yksikössä ja vastaajan ikä vaikuttivat osaamisen tasoon (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Sairaanhoitajien työkokemus

5.2 Sairaanhoitajien yleinen ammatillinen pätevyys leikkausosastolla

Sairaanhoitajien yleinen ammatillinen pätevyys koostuu seitsemästä osaamisen osa-alueesta joita on auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävät, tilannehallinta, hoitotoimet ja työrooli. Sairaanhoitajien erityisosaaminen koostuu perioperatiivisen hoitotyön toiminnoista ja niiden hallitsemisesta. Tulokset on jaoteltu ja esitelty osaamisen osa-alueittain. Sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden laadun keskiarvo on 55,9 ja yhteenlasketuksi laadun kokonaiskeskiarvoksi muodostui 62,5. Erityisosaamisen osalta laadun keskiarvo oli 79,3. Toiminnan laatua arvioitiin VAS- asteikolla 0-100, joka on jaettu neljään sektoriin: 0-25 heikko (perehtyvä), 26-50 tyydyttävä (suorituva), 51-75 hyvä (pätevä) ja 76-100 erittäin hyvä (taitava). Sairaanhoitajien erityisosaaminen ja sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen kehittyy toiminnan kautta. Toi-

minnan tiheyttä arvioitiin sairaanhoitajan yleisillä ja erityisosaamista kartoittavilla osaamisen alueilla neliportaisella asteikolla 0-3. Asteikossa: 0= Ei sovellettavissa työtehtäviin, 1= Sovellettavissa harvoin työtehtäviin, 2= Sovellettavissa harvoin työtehtäviin ja 3= Sovellettavissa erittäin usein työtehtäviin.

Sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden osaamisalueille yhteenlaskettu toiminnallinen keskiarvo oli 2,0 ja erityisosaamisen osa-alueella yhteenlaskettu toiminnallinen keskiarvo on 2,7. Kokonaisuudessa yhteenlaskettu toiminnallinen keskiarvo oli 2,3. Erikoiseen arvioituna sairaanhoitajien erityisosaamisen toiminnan laatu oli erittäin hyvää. Ammatillisen toiminnan laatu oli myös erittäin hyvää eli taitavan tason osaamista. Yhteen laskettuna sairaanhoitajien yleisen toiminnan ja erityisosaamisen laatu oli hyvää pätevän tason osaamista.

Auttamisen osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä erittäin hyvälle tasolle. Muuttuvat tilanteet ja niiden hallinta näkyy myös vahvana ja erittäin hyvänä taitona muokata potilaan hoitosuunnitelmaa tilanteen mukaan. Vahva eettinen arvoperusta ohjaa sairaanhoitajien toimintaa ja potilas pyritään hoitamaan yksilöllisesti potilaan selviytymiskeinoja tukien. Hoitotieteen aktiivinen hyödyntäminen hoitosuhteissa arvioitiin selvästi heikoimmaksi, mutta kuitenkin hyvälle tasolle.

Taulukko 2. Auttaminen

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvää) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Auttaminen	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti	67,8	33,8	82,0	2,4	18
Tuen potilaan selviytymiskeinoja	62,0	27,6	63,0	2,1	18
Arvioin kriittisesti omaa hoitofilosofiaani	76,7	22,7	87,5	2,1	18
Muokkaan hoitosuunnitelmaa potilaan tilanteen mukaisesti	87,8	11,8	91,0	2,7	18
Hyödynnän hoitosuhteessa aktiivisesti hoitotieteellistä tietoa	51,6	26,7	54,5	1,8	18
Kehitän yksikköni hoitokulttuuria	58,6	27,5	61,0	2,0	18
Päätöksentekoani ohjaa eettinen arvoperusta	83,9	23,0	88,5	2,7	18

Sairaanhoitajat arvioivat muokkaavansa potilaan hoitosuunnitelmaa tilanteen vaatimalla tavalla ja joka toinen vastaajista suunnitteli potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti. Potilaan selviytymiskeinoja tuki lähes joka viides sairaanhoitajista. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että eettinen arvoperusta ohjaa heidän toimintaa. Hoitotiedettä hyödynnettiin leikkaushoitosuhteen aikana harvoin tai satunnaisesti (Taulukko 2.)

Sairaanhoitajien **opetus ja ohjaustaidot** arvioitiin keskimäärin tyydyttävälle tasolle. Sairaanhoitajat arvioivat pitävänsä aktiivisesti huolta omasta ammattitaidosta ja yli puolet kyselyyn vastanneista kehitti myös yksikössä omaa vastuualuettaan. Suurimman osan mielestä potilaan ohjauksen otollisen ajankohdan hyödyntämistä ei pystytty toteuttamaan leikkaussalissa. Samoin kuin potilasohjauksen koordinointi ja omaisten ohjaustarpeiden huomioiminen ja ohjaus ei ollut sovellettavissa työtehtäviin.

Taulukko 3. Opettaminen - ohjaaminen

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Opettaminen - ohjaaminen	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen	45,2	37,2	44,0	1,9	17
Tunnistan otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle	55,0	40,9	78,0	1,9	17
Hallitsen potilaalle ohjattavan asian sisällön	60,7	38,8	78,0	2,2	17
Ohjaan potilasta yksilöllisesti	55,7	43,6	87,0	2,3	17
Koordinoin potilasohjausta	18,7	28,6	,5	1,5	12
Tunnistan omaisten ohjaustarpeita	8,3	18,4	,5	1,0	12
Ohjaan omaisia itsenäisesti	7,8	18,5	,0	1,0	11
Tunnistan opiskelijan kehitysvaiheen ohjauksen lähtökohtana	77,1	19,3	85,5	2,0	18
Tuen opiskelijaa tavoitteiden saavuttamisessa	82,4	17,5	86,0	2,0	17
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa	9,9	19,4	1,5	1,3	12
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä omaisten kanssa	7,8	19,9	,0	1,0	11
Arvioin potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa	11,2	20,8	,0	1,0	11
Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani	82,6	21,1	89,5	2,6	18
Kehitän potilasohjausta yksikössäni	14,8	26,5	2,5	1,3	12
Kehitän uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössäni	55,2	34,4	59,5	2,0	18
Kehitän omaa vastuualuetani yksikössäni	75,9	34,3	94,0	2,5	18

Puutteellisiksi ja heikoksi osaamisen tasoksi sairaanhoitajat arvioivat potilaan ohjaustarpeen kartoituksen, potilaan hoidon koordinoinnin, omaisten ohjaustarpeen tunnistamisen, omaisten itsenäinen ohjaamisen, ohjauksen tulosten arvioinnin yhdessä potilaan tai omaisten kanssa, potilasohjauksen kehittämisen sekä potilasohjauksen tulosten arvioinnin yhdessä hoitoryhmän kanssa. Erittäin hyvälle tasolle sairaanhoitajat arvioivat omasta ammattitaidosta huolehtimisen ja opiskelijan ohjaustaidot. Puolet sairaanhoitajista ohjaa kuitenkin potilaita yksilöllisesti ja joka kolmas arvioi hallitsevansa potilaalle ohjattavan asian sisällön (Taulukko 3.)

Tarkkailutehtävien ammatillista pätevyyttä sairaanhoitajat arvioivat kaikista osa-alueista heikoimmaksi osaamisen alueeksi. Osaaminen arvioitiin keskimäärin tyydyttäväksi. Potilaan tilan monipuolinen analysointi ja potilaan henkisen tuen tarpeen tunnistami-

nen koettiin osa-alueista vahvimiksi. Omaisten henkisentuen tarpeen ja asiantuntija-avun järjestäminen potilaalle arvioitiin heikoimmaksi osaamisalueeksi.

Taulukko 4. Tarkkailutehtävä

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Tarkkailutehtävä	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Analysoin potilaan vointia monipuolisesti	72,6	26,1	80,5	2,6	18
Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen	57,7	36,7	74,0	1,9	18
Tunnistan omaisten henkisen tuen tarpeen	8,7	18,7	,0	1,0	11
Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua	9,2	18,3	,5	1,0	12
Ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa	37,3	39,2	21,0	1,4	16
Ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä	40,4	39,9	16,0	1,5	17
Kehitän kirjaamista työyksikössäni	31,1	30,9	27,0	1,3	18

Sairaanhoitajat analysoivat työssään erittäin usein monipuolisesti potilaan tilaa ja vointia. Puolet sairaanhoitajista arvioi tunnistavansa potilaan henkisen tuen tarpeen. Sairaanhoitajat arvioivat, että omaisten ohjaustarpeen tunnistaminen ja asiantuntija-avun järjestäminen potilaalle ei ole sovellettavissa työtehtäviin (Taulukko 4.)

Tilannehallinnan ammatillista pätevyyttä sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen osaamisen tilannehallinnan osalta keskimäärin hyvälle tasolle. Erittäin hyväksi osaamiseksi arvioitiin yhteistyön edistäminen nopeasti muuttuvissa tilanteissa, toiminnan priorisointi kyky ja toiminta hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla. Heikoimmaksi osaaminen arvioitiin kriisitilanteen jälkiselvittelyn järjestämisessä. Sairaanhoitajat suunnittelevat toimintaansa erittäin hyvin tilanteen mukaisesti ja tekevät tilanteen mukaisia hoitopäätöksiä. Sairaanhoitajat hyödyntävät tutkimustietoa tyydyttävästi. Hoidon tuloksellisuuden arviointi, hoitokäytäntöjen kehittäminen ja moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittäminen arvioitiin myös tyydyttävälle tasolle.

Taulukko 5. Tilannehallinta

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvää) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Tilannehallinta	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain	74,3	16,6	75,5	2,4	18
Priorisoin toimintaani joustavasti tilanteen mukaan	89,1	13,6	93,0	2,9	18
Toimin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla	82,1	15,0	83,0	2,4	18
Järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyyn	13,4	23,4	5,0	1,1	13
Ohjaan työtovereitani nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa	52,3	38,8	64,5	2,2	18
Suunnittelen potilaiden hoitoa yksikköni tilanteen mukaisesti	55,1	36,4	60,0	2,1	18
Ylläpidän välineistön toimintavalmiutta	65,7	40,8	87,5	2,6	18
Edistän yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa	77,2	27,1	86	2,4	18

Sairaanhoitajat arvioivat priorisoivansa joustavasti toimintaansa tilanteen vaatimalla tavalla ja tunnistavansa usein hengenvaaralliset tilanteet. Joka kolmas sairaanhoitajista arvioi ettei pysty kuitenkaan toimimaan hätätilanteessa tilanteen vaatimalla tavalla. Lähes puolet arvioi edistävänsä yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Kriisitilanteiden jälkiselvittelyiden järjestäminen ei ollut sovellettavissa työtehtäviin (Taulukko 5.)

Hoitotoimien hallinnan ammatillista pätevyyttä sairaanhoitajat arvioivat keskimääri hyvälle tasolle. He arvioivat suunnittelevansa toimintaansa joustavasti ja tekevänsä potilaan hoitoa koskevia päätöksiä tilanteen mukaisesti erittäin usein. Joka kolmas sairaanhoitaja arvioi ohjaavansa työtovereitaan hoitotoimenpiteiden toteutuksessa ja toimivansa konsulttina muille työntekijöille.

Taulukko 6. Hoitotoimien hallinta

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvää) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Hoitotoimien hallinta	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaisesti	90,4	8,6	92,5	2,9	18
Teen tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta	83,5	19,0	90,0	2,7	17
Koordinoin moniammatillista yhteistyötä	58,8	38,8	79,0	2,2	18
Ohjaan työtovereitani hoitotoimenpiteiden toteutuksessa	65,7	34,1	75,0	2,3	18
Pidän ajantasalla ohjekansioita	61,3	33,8	72,0	1,9	18
Toimin konsulttina muille työntekijöille	56,6	37,1	70,5	2,4	18
Hyödynnän omassa toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa	30,4	27,4	27,0	1,3	17
Arvioin systemaattisesti hoidon tuloksellisuutta	39,4	33,5	30,0	1,7	17
Kehitän hoitokäytäntöjä	49,9	36,3	48,5	2,0	18
Osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämiseen	27,0	33,1	5 6,5	1,4	16

Lähes puolet sairaanhoitajista arvioi pitävänsä ohjekansioita ajan tasalla. Sairaanhoitajat arvioivat hyödyntävänsä harvoin tutkimustietoa työssään. He hyödyntävät harvoin aktiivisesti tutkimustietoa työssään ja joka kolmas arvioi, ettei osallistu lainkaan moniammatillisiin hoito-ohjelmien kehitystöihin (Taulukko 6.)

Laadun varmistuksen ammatillista pätevyyttä sairaanhoitajat arvioivat keksimäärin hyvälle tasolle. Sairaanhoitajat ovat erittäin hyvin sitoutuneet organisaation hoitofilosofiaan ja tunnistavat potilaan hoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteita hyvin. He myös arvioivat hyvin oman yksión hoitofilosofiaa.

Taulukko 7. Laadun varmistus

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Laadun varmistus	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Sitoudun organisaationi hoitofilosofiaan	78,8	23,1	86,5	2,5	18
Tunnistan potilashoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteita	62,9	30,1	69,0	1,8	18
Arvioin kriittisesti yksikköni hoitofilosofiaa	62,4	26,6	66,5	1,8	18
Arvioin hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla	33,3	39,8	8,0	1,3	16
Hyödynnän hoidon kehittämisessä tutkimustietoa	36,5	34,1	20,0	1,3	17
Teen aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi	28,9	33,5	8,0	1,3	17

Sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyyden tyydyttäväksi tutkimustiedon käytöstä hoidon kehittämisen yhteydessä sekä aloitteiden tekemisestä tutkimus- ja kehittämis-kohteiden osalta. Tyydyttävälle ammatillisen pätevyyden tasolle arvioitiin myös hoidon tuloksellisuuden arviointi potilaspalautteen avulla. Sairaanhoitajat ovat erittäin sitoutuneita organisaation hoitofilosofiaan, mutta arvioivat satunnaisesti oman yksión hoitofilosofiaa. He hyödyntävät harvoin tutkimustietoa hoitotyötä kehitettäessä. Joka toinen sairaanhoitajista kuitenkin arvioi tunnistavansa potilashoitoa koskevia tutkimus- ja kehittämiskohteita. Puolet sairaanhoitajista arvioi, ettei hoidon tuloksellisuuden arviointi potilaspalautteen avulla ole sovellettavissa työtehtäviin (Taulukko 7.)

Työroolin osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyyden keskimäärin hyvälle tasolle. Sairaanhoitajat hyödyntävät erittäin hyvin työssään tietotekniikkaa. He myös tunnistavat erittäin hyvin oman jaksamisen rajat ja työtovereiden avuntarpeen. Sairaanhoitajat toimivat erittäin usein itseohjautuvasti ja ammatti-identiteetti toimii voimavarana hoitotyötä tehdessä. Organisaation sisäinen yhteistyöjako on heille selvää.

Tyydyttävää ammatillinen osaaminen oli opiskelijoiden vastaavana ohjaajana toimimisessa, potilashoidon kehittämisessä moniammatillisissa työryhmissä, oman työympäristön kehittämisessä, potilaan kokonaishoidon koordinoinnissa, työryhmän johtamisessa ja aktiivisessa tutkitun tiedon hankinnassa.

Taulukko 8. Työrooli

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Työrooli	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Tunnistan työtovereitteni avuntarpeen	79,8	15,4	84,5	2,5	18
Tunnistan oman jaksamiseni rajat	86,3	9,2	86,0	2,7	18
Ammatti-identiteettini toimii voimavarana hoitotyössä	84,2	20,5	90,5	2,7	18
Kannan taloudellista vastuuta yksikköni toiminnasta	65,7	32,7	76,0	2,3	17
Tunnen organisaationi sisäisen yhteistyöjoon	76,4	25,2	83,5	2,4	18
Toimin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana	35,9	43,5	6,0	1,3	15
Toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä	60,2	41,7	82,5	2,2	18
Toimin hoitoryhmässä asiantuntijana	50,4	42,4	61,5	1,7	18
Toimin itseohjautuvasti	77,9	27,9	87,5	2,7	18
Ohjaan muuta henkilökuntaa kykyjen mukaisiin tehtäviin	57,4	37,3	78,0	1,9	17
Hankin aktiivisesti tutkittua tietoa	30,0	28,9	15,0	1,4	18
Huolehdin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä	50,6	39,0	74,5	1,7	18
Pidän huolta omasta jaksamisestani	76,9	25,9	83,5	2,7	18
Hyödynnän tietotekniikkaa hoitotyössä	88,6	22,3	94,0	2,5	18
Koordinoin potilaan kokonaishoitoa	39,8	43,1	16,0	1,8	16
Johdan tarvittaessa työryhmän toimintaa	44,8	41,3	37,5	1,6	18
Annan työtovereilleni rakentavaa palautetta	68,9	23,2	72,0	2,3	18
Kehitän potilashoitoa moniammatillisissa työryhmissä	29,5	34,3	9,0	1,1	15
Kehitän työympäristöä	47,3	34,1	57,5	1,6	18

Suurin osa sairaanhoitajista arvioi tunnistavansa erittäin hyvin omat jaksamisen rajat ja pitävänsä huolta omasta jaksamisestaan. Ammatti-identiteetti toimii sairaanhoitajilla erittäin usein voimavarana ja he arvioivat toimivansa itseohjautuvasti. Puolet sairaanhoitajista arvioi kantavansa taloudellista vastuuta yksikön toiminnasta. Joka kolmas sairaanhoitaja arvioi toimivansa opiskelijoiden vastaavana ohjaajana. Sekä lähes puolet vastaajista toimi uuden työntekijän perehdyttäjänä. Sairanhoitajista joka kolmas arvioi hankkivansa aktiivisesti tutkittua tietoa. Melkein puolet vastaajista arvioi ettei potilaan kokonaishoidon koordinointi ollut sovellettavissa heidän työtehtäviin. Rakentavaa palautetta työtovereille antoi satunnaisesti hieman yli puolet vastaajasta. Joka kolmas sairaanhoitaja arvioi, ettei ole osallistunut potilashoidon kehittämiseen moniammatillisissa työryhmissä. (Taulukko 8.)

Taulukko 9. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

NCS muuttujat ja osaamisalueet (1= Auttaminen, 2=Opettaminen-ohjaaminen, 3=Tarkkailutehtävä, 4=Tilannehallinta, 5=Hoitotoimien hallinta, 6=Laadun varmistus, 7=Työrooli)	VAS Ka	Tiheys
Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaisesti (5)	90,4	2,9
Priorisoin toimintaani joustavasti tilanteen mukaan (4)	89,1	2,9
Hyödynnän tietotekniikkaa hoitotyössä (7)	88,6	2,5
Muokkaan hoitosuunnitelmaa potilaan tilanteen mukaisesti (1)	87,8	2,7
Tunnistan oman jaksamiseni rajat (7)	86,3	2,7
Päätöksentekoani ohjaa eettinen arvoperusta (1)	83,9	2,7
Teen tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta (5)	83,5	2,7
Ammatti- identiteetti toimii voimavarana hoitotyössä (7)	84,2	2,7
Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani (2)	82,6	2,6
Tuen opiskelijaa tavoitteiden saavuttamisessa (2)	82,4	2,0
Toimin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla (4)	82,1	2,4
Tunnistan työtovereitteni avuntarpeen (7)	79,8	2,5
Sitoudun organisaationi hoitofilosofiaan (6)	78,8	2,5
Toimin itseohjautuvasti (7)	77,9	2,7
Edistän yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa (4)	77,2	2,4
Tunnistan opiskelijan kehitysvaiheen ohjauksen lähtökohtana (2)	77,1	2,0
Pidän huolta omasta jaksamisestani (7)	76,9	2,7
Arvioin kriittisesti omaa hoitofilosofiaani (1)	76,7	2,1
Tunnen organisaationi sisäisen yhteistyöjaon (7)	76,4	2,4
Kehitän omaa vastuualuettani yksikössäni (2)	75,9	2,5
Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain (4)	74,3	2,4
Analysoin potilaan vointia monipuolisesti (3)	72,6	2,6
Annan työtovereilleni rakentavaa palautetta (7)	68,9	2,3
Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti (1)	67,8	2,4
Ylläpidän välineistön toimintavalmiutta (4)	65,7	2,6
Ohjaan työtovereitani hoitotoimenpiteiden toteutuksessa (5)	65,7	2,3
Kannan taloudellista vastuuta yksikössäni toiminnasta (7)	65,7	2,3
Tunnistan potilashoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteita (6)	62,9	1,8
Arvioin kriittisesti yksikköni hoitofilosofiaa (6)	62,4	1,8
Tuen potilaan selviytymiskeinoja (1)	62,0	2,1
Pidän ajantasalla ohjekansioita (5)	61,3	1,9
Hallitsen potilaalle ohjattavan asian sisällön (2)	60,7	2,2
Toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä (7)	60,2	2,2
Koordinoin moniammatillista yhteistyötä (5)	58,8	2,2
Kehitän yksikköni hoitokulttuuria (1)	58,6	2,1
Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen (3)	57,7	1,0
Ohjaan muuta henkilökuntaa kykyjen mukaisiin tehtäviin (7)	57,4	1,9
Toimin konsulttina muille työntekijöille (5)	56,6	2,4
Ohjaan potilasta yksilöllisesti (2)	55,7	2,3
Kehitän uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössäni (2)	55,2	2,0
Suunnittelen potilaiden hoitoa yksikköni tilanteen mukaisesti (4)	55,1	2,1
Tunnistan otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle (2)	55,0	1,9
Ohjaan työtovereitani nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa (4)	52,3	2,2
Hyödynnän hoitosuhteessa aktiivisesti hoitotieteellistä tietoa (1)	51,6	1,8

Taulukko 9. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys jatkuu

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvää) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

NCS muuttujat ja osaamisalueet (1= Auttaminen, 2=Opettaminen-ohjaaminen, 3=Tarkkailutehtävä, 4=Tilannehallinta, 5=Hoitotoimien hallinta, 6=Laadun varmistus, 7=Työrooli)	VAS Ka	Tiheys
Huolehdin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä (7)	50,6	1,7
Toimin hoitoryhmässä asiantuntijana (7)	50,4	1,7
Kehitän hoitokäytäntöjä (5)	49,9	2,0
Kehitän työympäristöä (7)	47,3	1,6
Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen (2)	45,2	1,9
Johdan tarvittaessa työryhmän toimintaa (7)	44,8	1,6
Ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä (3)	40,4	1,5
Koordinoin potilaan kokonaisuhoitoa (7)	39,8	1,8
Arvioin systemaattisesti hoidon tuloksellisuutta (5)	39,4	1,7
Ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa (3)	37,3	1,4
Hyödynnän hoidon kehittämisessä tutkimustietoa (6)	36,5	1,3
Toimin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana (7)	35,9	1,3
Arvioin hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla (6)	33,3	1,3
Kehitän kirjaamista työyksikössäni (3)	31,1	1,3
Hyödynnän omassa toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa (5)	30,4	1,3
Hankin aktiivisesti tutkittua tietoa (7)	30,0	1,4
Kehitän potilashoitoa moniammatillisissa työryhmissä (7)	29,5	1,1
Teen aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi (6)	28,9	1,3
Osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämiseen (5)	27,0	1,4
Koordinoin potilasohjausta (2)	18,7	1,5
Kehitän potilasohjausta yksikössäni (2)	14,8	1,3
Järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn (4)	13,4	1,2
Arvioin potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa (2)	11,2	1,0
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa (2)	9,9	1,3
Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua (3)	9,2	1,0
Tunnistan omaisten henkisen tuen tarpeen (3)	8,7	1,9
Tunnistan omaisten ohjaustarpeita (2)	8,3	1,0
Ohjaan omaisia itsenäisesti (2)	7,8	1,0
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä omaisten kanssa (2)	7,8	1,0

Sairaanhoidajat suunnittelevat ja priorisoivat oman toimintansa joustavasti tilanteen mukaisesti. Potilaan hoitotyöstä tulee näin suunniteltua potilaan tilasta ja lähtökohdista lähtevää hoitotyötä, jossa päätökset perustuvat potilaan voinnissa tapahtuviin muutoksiin. Päätöksen tekoa ohjaa vankka eettinen arvoperusta, jossa vahva ammattidentiteetti toimii voimavarana. Ammattidentiteetti auttaa sairaanhoitajia huolehtimaan omasta jaksamisesta ja pitämään ammatillisen osaamisensa korkealla. Tietotekniikan hyödyntäminen on osa nykyaikaista hoitotyötä. Potilaiden hoitotyötä koskevat merkinnät tehdään erilaisiin potilastietojärjestelmiin ja tietoa potilaiden aiemmista hoitojaksoista sekä tutkimuksista haetaan näistä tietojärjestelmistä sekä arkistoista.

Sairaanhoidajat toimivat erittäin hyvin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla ja pysyvät tunnistamaan työtovereiden avuntarpeen edistäen samalla yhteistyötä näissä

muuttuvissa olosuhteissa. He ovat sitoutuneita organisaation hoitofilosofiaan ja kehittävät paljon omaa vastuualuettaan. Potilaan tilan tarkkailu ja hengenvaarallisten tilanteiden tunnistaminen auttavat sairaanhoitajia tukemaan potilaan selviytymiskeinoja. He pystyvät antamaan hyvin rakentavaa palautetta työtovereilleen ja ohjaamaan toisiaan hoitotoimenpiteiden toteutuksessa. Sairaanhoitajat kantavat taloudellista vastuuta pitämällä yllä välineistön toimintavalmiutta ja tunnistamalla kehittämis- ja tutkimuskohteita.

Sairaanhoitajat pitävät yllä ohjekansioita ja kehittävät perehdytystä osastolla. He toimivat hyvin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä ja koordinoivat moniammatillista yhteistyötä sekä ohjaavat muuta henkilökuntaa kykyjensä mukaisiin tehtäviin. He huolehtivat toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä ja johtamalla tarvittaessa työryhmän toimintaa. Hoito- ja toimintakäytäntöjen kehittäminen auttaa sairaanhoitajia toimimaan asiantuntijoina erilaisissa hoitoryhmissä. Sairaanhoitajat hyödyntävät heikosti tutkimustietoa ja toiminnan kehittäminen tutkituntiedon avulla jää vähäiseksi. Ohjauksen tuloksia ei juurikaan arvioida potilaan tai omaisten kanssa. Myös omaisten ohjaustarpeet ja heidän ohjaustarpeen tunnistaminen jää niukaksi (Taulukko 9.)

5.3 Sairaanhoitajien erityisosaaminen leikkausosastolla

Perioperatiivisen hoitotyön **erityisosaamista** arvioitiin 25 väittämällä ja kahdella avoimella kysymyksellä. Lisäksi yhdessä osaamista kuvaavassa väittämässä oli tarkentava avoin vastaus mahdollisuus, mikäli vastaaja koki osaamisen tason olevan 50% tai sen alle. Vastaamisen helpottamiseksi erityisosaamista kartoittavat kysymykset oli ryhmitelty kahteen osioon. Ensimmäisessä osiossa leikkausosaston sairaanhoitajat arvioivat osaamisen keskimäärin hyväksi.

Taulukko 10. Erityisosaaminen

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvää) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Erityisosaaminen	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Toimin valvovana sairaanhoitajana eri erikoisaloilla itsenäisesti	84,6	20,1	90,0	2,9	18
Toimin instrumentoivana sairaanhoitajana eri erikoisaloilla itsenäisesti	88,5	11,6	92,0	2,9	18
Hallitsen ihmisen anatomian ja fysiologian	75,7	13,3	78,0	2,9	18
Osaan gastroenterologiset toimenpiteet	75,7	15,3	80,5	2,3	18
Osaan urologiset toimenpiteet	32,0	32,9	17,0	1,3	18
Osaan maksakirurgiset toimenpiteet	41,5	41,0	25,0	1,9	18
Osaan verisuonikirurgiset toimenpiteet	85,1	7,1	84,0	2,6	18
Osaan thoraxkirurgiset toimenpiteet	67,0	27,1	74,0	2,3	18
Osaan sydänkirurgiset toimenpiteet	64,2	33,5	75,0	2,2	18
Osaan leikkauksissa käytettävät instrumentit ja niiden käyttökohteet	86,8	13,8	90,5	2,9	18
Osaan käyttää eri erikoisalojen leikkauksissa käytettäviä teknisiä laitteita	78,6	22,3	89,0	2,8	18
Ennakoin leikkauksen aikana muuttuvia tilanteita ja ryhdyn tarvittaviin toimenpiteisiin	88,5	12,8	93,0	3,0	18
Osaan laittaa potilaan turvallisesti kirurgisen toimenpiteen vaatimaan leikkausasentoon käyttäen tarvittavia tukitelineitä ja välineitä	87,4	15,1	93,5	2,8	18

Erikoisalakohteisesti urologiset ja maksakirurgiset toimenpiteet koettiin vaikeimmiksi ja osaaminen oli tasoltaan keskimäärin tyydyttävää. Verisuonikirurgiset toimenpiteet sairaanhoitajat arvioivat hallitsevansa erittäin hyvin. Sairanhoitajat arvioivat hallitsevansa erittäin hyvin eri leikkaushoitajan roolit salissa eri erikoisaloilla. He arvioivat myös hallitsevansa keskimäärin erittäin hyvin eri leikkausasetojen laitoit. Muuttuvien tilanteiden hallinta ja ennakoitit taidot arvioititit myös keskimäärin erittäin hyväksi. Leikkausosaston sairaanhoitajat toimivat leikkaussalissa suurimmaksi osaksi itsenäisesti molemmissa työrooleissa instrumentoivana- tai valvovana sairaanhoitajana ja osana moniammatillista hoitotiimiä. Heidän tehtäviin kuuluu leikkausten aikainen muuttuvien tilanteiden hallinta ja ennakoitit. Joka kolmas sairaanhoitajista arvioi työskentelevänsä erittäin harvoin maksakirurgisten toimenpiteiden parissa ja lähes joka viides oli sitä mieltä, että työskenteli harvoin sydänkirurgisten toimenpiteiden parissa (Taulukko 10).

Toisessa osiossa sairaanhoitajat arvioivat osaamisen erittäin hyväksi taitavan tason osaamiseksi. Taulukossa 11 näkyy erityisosaamisen osa-alueiden keskeisimpien osaamisalueiden vahva hallinta.

Taulukko 11. Erityisosaaminen

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvää) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Erityisosaaminen	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Ennalta ehkäisen toiminnallani potilaalle aiheutuvia komplikaatioita	87,7	13,4	91,5	3,0	18
Toimin uusimman aseptisen tiedon mukaan	92,7	7,7	94,5	3,0	18
Valvon aseptiikan toteutumista salissa	94,6	6,4	96,0	3,0	18
Osaan eri eristyskäytännöt	79,1	24,1	86,5	2,3	18
Tunnen leikkausosastolla käytettävät anestesia- muodot	82,3	14,9	86,5	2,7	18
Tarkkailen ja arvioin potilaan tilaa ilman valvontalaitteita	77,1	24,1	83,5	2,6	18
Osaan toimia elvytystilanteessa roolini vaatimalla tavalla	80,9	27,3	91,0	2,2	18
Hallitsen intraoperatiivisen hoitotyön kirjaamiseen tarvittavien eri tietojärjestelmien käytön	91,8	10,9	95,0	3,0	18
Tunnen yleisimmin otettavat näytteet	90,9	13,2	95,0	2,9	18
Käsittelen näytteitä annettujen ohjeiden mukaan	91,5	13,4	96,5	2,9	18
Osaan toimia moniammatillisessa leikkaustiimissä	94,1	6,7	95,0	3,0	18
Toimin itsenäisesti koordinoivana hoitajana leikkausosastolla eri vuoroissa	60,5	41,5	74,0	2,4	18

Sairaanhoitajat toimivat erittäin hyvin moniammatillisessa leikkaustiimissä ja he toimivat uusimman aseptisen tiedon mukaan sekä valvovat aseptiikan toteutumista leikkausten aikana erittäin hyvin. Leikkauksissa yleisimmin otettavat näytteet ja niiden oikeaoppinen käsittely näkyy vahvana osaamisena. Koordinoivan sairaanhoitajan tehtävässä toimimisen vastaajat kokivat haasteellisimmaksi, mutta kuitenkin he arvioivat sen hyvälle tasolle. Sairaanhoitajat pyrkivät omalla toiminnallaan ennaltaehkäisemään potilaalle aiheutuvia komplikaatioita. He arvioivat hallitsevansa erittäin hyvin aseptiset työskentelevät sekä valvovansa niiden toteutumista erittäin usein. Suurin osa vastaajista arvioi eristyskäytäntöjen hallinnan erittäin hyväksi. Kuitenkin puolet vastaajista arvioi eristyskäytäntöjen hallinnan soveltuvan erittäin usein työtehtäviin ja hieman alle puolet oli sitä mieltä, että eristyskäytäntöjen hallinta soveltuu vain satunnaisesti työtehtäviin. Elvytystilanteen hallinta ja toiminta oman saliroolin (valvovasairaanhoitaja/ instrumentoituva sairaanhoitaja) mukaan aiheutti vastaajien kesken selvää hajontaa. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että roolin mukainen toiminta leikkaussalissa elvytystilanteessa oli hieman epäselvää ja vain alle puolet vastasi osaavansa toimia aina roolin vaatimalla tavalla (Taulukko 11.)

Taulukko 12. Sairaanhoidajan erityisosaaminen

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Erityisosaaminen	VAS Ka	Tiheys
Valvon aseptiikan toteutumista salissa	94,7	3,0
Osaan toimia moniammatillisessa leikkaustiimissä	94,1	3,0
Toimin uusimman aseptisen tiedon mukaan	92,7	3,0
Hallitsen intraoperatiivisen hoitotyön kirjaamiseen tarvittavien eri tietojärjestelmien käytön	91,8	3,0
Käsittelen näytteitä annettujen ohjeiden mukaan	91,5	2,9
Tunnen yleisimmin otettavat näytteet	90,9	2,9
Toimin instrumentoivana sairaanhoidajana eri erikoisaloilla itsenäisesti	88,5	2,9
Ennakoin leikkauksen aikana muuttuvia tilanteita ja ryhdyn tarvittaviin toimenpiteisiin	88,5	3,0
Ennalta ehkäisen toiminnallani potilaalle aiheutuvia komplikaatioita	87,7	3,0
Osaan laittaa potilaan turvallisesti kirurgisen toimenpiteen vaatimaan leikkauksentilanteeseen käyttäen tarvittavia tukelaineita ja välineitä	87,4	2,8
Osaan leikkauksissa käytettävät instrumentit ja niiden käyttökohteet	86,8	2,9
Osaan verisuonikirurgiset toimenpiteet	85,1	2,6
Toimin valvovana sairaanhoidajana eri erikoisaloilla itsenäisesti	84,6	2,9
Tunnen leikkausosastolla käytettävät anestesia- ja lääkeaineet	82,3	2,7
Osaan toimia elvytystilanteessa roolini vaatimalla tavalla	80,9	2,2
Osaan eri eristyskäytännöt	79,1	2,3
Osaan käyttää eri erikoisalojen leikkauksissa käytettäviä teknisiä laitteita	78,6	2,8
Tarkkailen ja arvioin potilaan tilaa ilman valvontalaitteita	77,1	2,6
Hallitsen ihmisen anatomian ja fysiologian	75,7	2,9
Osaan gastroenterologiset toimenpiteet	75,7	2,3
Osaan thoraxkirurgiset toimenpiteet	67,1	2,3
Osaan sydänkirurgiset toimenpiteet	64,2	2,2
Toimin itsenäisesti koordinoivana hoitajana leikkausosastolla eri vuoroissa	60,5	2,4
Osaan maksakirurgiset toimenpiteet	41,5	1,7
Osaan urologiset toimenpiteet	32,0	1,3

Leikkaushoitotyöhön kohdistuva erityisosaaminen nousee leikkausosastolla työskentelevillä sairaanhoidajilla vahvimiksi osaamisen alueeksi. Sairaanhoitajat valvovat aseptiikan toteutumista ja toimivat uusimman aseptisen tiedon mukaan. Sairaanhoitajat ovat erittäin taitavia moniammatillisessa tiimityössä. Heille monimuotoiset ja erilaiset tietojärjestelmät sekä niiden käyttö on osa intraoperatiivisen hoitotyön kirjaamista ja tiedon hakua. Sairaanhoitajat ennakoivat leikkauksen aikana muuttuvia tilanteita toimiessaan itsenäisesti instrumentoivana- tai valvovana hoitajana. Elvytystilanteiden hallinta ja potilaan tilan tarkkailu ilman valvonta laitteita vaatii hyvää erityisosaamista. Erikoisalakoh- taisesti verisuonikirurgiset toimenpiteet sairaanhoidajat hallitsevat keskimäärin erittäin hyvin urologisten ja maksakirurgisten toimenpiteiden hallinnan jäädessä heikoksi (Taulukko 12.)

Itsensä kehittämistä ja työnantajan tukea kartoitettiin avoimien kysymysten avulla. Avoimissa kysymyksissä pyydettiin yksilöllisiä kehitysehdotuksia, niin oman osaamisen kehittämisen kannalta, kuin ehdotuksia kuinka työnantaja pystyisi tukemaan ammatillista osaamista. Leikkausasentojen kohdalla avautui vapaan tekstin kenttä, mikäli vastaaja arvioi leikkausasentojen hallinnan tyydyttäväksi (VAS 50 tai alle) tai heikoksi. Avoimeen kenttään vastaaja pystyi tarkentamaan, mikä nimenomainen asia on leikkausasentojen hallinnassa hankalaa tai haastavaa (Liite 3. 1/3.)

Leikkausasennot ovat haastavia asettaa, sillä potilaat ovat nukutettuja eivätkä pysty kertomaan omista tuntemuksistaan. Sairaanhoidajan on pystyttävä minimoimaan mahdolliset leikkausasennosta johtuvat jälkioireet ja komplikaatiot sekä luomaan leikkaaville lääkäreille optimaaliset työolosuhteet. Haasteellisimmaksi leikkausasennoksi sairaanhoitajat nostivat thorakotomia- asennon. Asennossa potilas pitää pystyä laittamaan turvallisesti 90 asteen kylkiasentoon leikattava puoli ylöspäin ja tukemaan potilas niin ettei hän tipu tai mikään potilaan kehon osa joudu ylimääräiselle paineelle tai kiristykselle. Toinen haasteellinen asento oli vatsa-asento. Turvallinen kääntö vaatii saumantonta yhteistyötä koko leikkaustiimiltä. Haasteellisiksi tilanteiksi sairaanhoitajat nostivat leikkausasentojen osalta myös hätätilanteissa nopean ja sujuvan työskentelyn. Merkittävän huomio kohdistui avoimessa vastauksessa myös potilasturvallisuuden huomiointiin (Liite 3. 1/3.)

Oman ammatillisen kehittymisen osalta avoimissa vastauksissa sairaanhoitajat kokivat merkittäväksi koulutukset ja omaa erikoisala koskevan tiedon syventämisen. Sairanhoitajat halusivat myös saada mahdollisuuden elektiivisellä ajalla työkiertoon, jotta päivytyksaikainen toiminta olisi sujuvampaa ja stressitekijät pienemmät. Palkkauksen kehittämällä tehtäväkohtaisiin lisiin ja moniosaamisen tukemisen koettiin myös nostavan motivaatiota (Liite 3. 2/3.)

Työnantajan keinoiksi osaamisen tukemisessa sairaanhoitajat esittivät mahdollisuuden osallistua monipuolisesti erilaisiin koulutuksiin talon sisällä tai sen ulkopuolella. Lisäksi työvuorosunnittelussa toivottiin enemmän mahdollisuutta työkiertoon yksikön eri erikoisaloilla, sekä aikaa perehtyä oman erikoisalan toimenpiteisiin syvemmin. Moniosaamisen tueksi ehdotettiin parempaa palkkausta, mikä sitouttaisi ja motivoisi työntekijää tehtäväänsä paremmin (Liite 3. 3/3.)

5.4 Vastuualueen vaikutus yleiseen ammattipätevyyteen ja erityisosaamiseen

Vastuualuejaon perusteella erityisosaamisessa ei vastuualueryhmien välillä ollut juuri-kaan eroa. Vastuualue ryhmässä 2 vastaajien keski-ikä oli 30-39 vuotta, kun vastuualueryhmässä 1 vastaajat olivat keskimäärin iältään joko 30-39 tai yli 50 vuotiaita. Hie- man suurempi vastaajamäärä oli ikäryhmästä 30-39 vuotta vastuualueryhmä 2 kohdal- la, joka vaikuttaa itsearvioinnissa osaamiseen. Vastaajia oli kummastakin vastu- alueryhmästä vähän, joten tässä tutkimuksessa ei pystytty tilastollisesti luotettavasti vertailemaan näiden kahden taustamuuttujan vaikutusta osaamiseen. Tämän vuoksi vertailu tehtiin vain vastuualueryhmien välillä.

Auttamisen osa-alueella molemmat vastuualueryhmät arvioivat keskimäärin osaami- sensa hyväksi.

Taulukko 13. Auttaminen. Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Auttaminen	Vastuualue 1					Vastuualue 2				
	Ka	Sd	Md	Tiheys	n	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksi- löllisesti	65,9	34,1	75,5	2,1	10	70,1	35,6	87,0	2,5	8
Tuen potilaan selviy- tymiskeinoja	58,6	32,5	55,5	1,9	10	66,3	21,1	66,5	2,0	8
Arvioin kriittisesti omaa hoitofilosofiaani	71,5	28,2	88,0	1,9	10	83,1	11,9	85,0	2,3	8
Muokkaan hoitosuun- nitelmaa potilaan tilanteen mukaisesti	86,6	14,1	89,0	2,8	10	89,3	9,1	91,0	2,8	8
Hyödynnän hoitosuh- teessa aktiivisesti hoitotieteellistä tietoa	47,6	31,9	50,0	1,8	10	56,6	19,1	55,0	1,8	8
Kehitän yksikköni hoitokulttuuria	51,3	32,0	55,0	1,8	10	67,8	18,7	67,5	2,3	8
Päätöksentekoani ohjaa eettinen arvope- rusta	80,0	30,2	90,0	2,6	10	88,8	8,2	88,5	2,8	8

Leikkauksen aikaiset tilannemuutokset aiheuttavat muutoksia potilaan hoitosuunnitel- maan. Hoitosuunnitelmien muokkaaminen tilanteen vaatimalla tavalla näkyy vahvana osaamisena molemmissa vastuualueryhmissä. Vahva eettinen arvoperusta ohjaa mo- lempia vastuualueryhmän hoitajia. Oman hoitofilosofian kriittinen arvioiminen on kui- tenkin vahvempaa vastuualue 2 ryhmässä, jossa se arvioitiin erittäin hyvälle tasolle. Vastuualue 1 ryhmän hoitajasta lähes kaikki arvioi muokkaavansa potilaan hoitosuunni-

telmaa tilanteen vaatimalla tavalla, mutta alle puolet suunnitteli potilaan hoitoa yksilöllisesti. Vastaavasti vastuualue 2 ryhmästä suurin osa muokkasi potilaan hoitosuunnitelmaa tilanteen vaatimalla tavalla ja yli puolet suunnitteli potilaan hoidon yksilöllisesti (Taulukko 13.)

Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella molemmat vastuualueryhmän sairaanhoitajat arvioivat osaamisen keskimäärin tyydyttävälle tasolle. Vastuualue 1 ryhmän sairaanhoitajat arvioivat opiskelijoiden ohjaamisen ja tavoitteiden saavuttamisen tukemisen vahvemmaksi osaamisen alueeksi verrattuna vastuualueryhmä 2 sairaanhoitajien arvioon. Vastuualue 2 ryhmän sairaanhoitajat puolestaan arvioivat opettamisen ja ohjaamisen osa-alueelta oman ammattitaidon aktiivisen ylläpidon kaikkein vahvimmaksi osaamisen alueeksi. Vastuualue 1 ryhmän osaaminen on keskimäärin hieman heikompaa kuin vastuualue 2 ryhmän opetus- ja ohjaamisosaaminen. Vastuualue 1 ryhmän sairaanhoitajat arvioivat potilasohjauksen koordinoinnin osaamisen heikoksi, kun vastuualue 2 ryhmän sairaanhoitajat arvioivat osaamisen tason tyydyttävälle tasolle.

Taulukko 14. Opettaminen - ohjaaminen

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvää) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

	Vastuualue 1					Vastuualue 2				
	Ka	Sd	Md	Tiheys	n	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Opettaminen - ohjaaminen										
Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen	32,6	34,2	0	1,0	9	59,4	37,3	76,0	1,9	8
Tunnistan otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle	46,3	43,6	0	1,1	9	64,8	38,1	82,0	1,9	8
Hallitsen potilaalle ohjattavan asian sisällön	52,0	42,6	0	1,3	9	70,4	34,1	87,0	2,0	8
Ohjaan potilasta yksilöllisesti	42,9	44,6	0	1,4	9	70,1	40,3	88,0	2,1	8
Koordinoin potilasohjausta	12,9	20,4	0	0,2	7	26,8	38,6	,0	0,6	5
Tunnistan omaisten ohjaustarpeita	3,6	7,0	0	0	7	14,8	27,7	2,0	0,3	5
Ohjaan omaisia itsenäisesti	3,4	7,1	0	0	7	15,5	30,3	,5	0,3	4
Tunnistan opiskelijan kehitysvaiheen ohjauksen lähtökohtana	78,2	17,5	40	2,1	10	75,8	22,6	86,5	1,8	8
Tuen opiskelijaa tavoitteiden saavuttamisessa	82,4	19,8	40	2,0	9	82,3	15,9	84,5	1,9	8
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa	6,7	10,3	0	0,1	7	14,4	28,9	2,0	0,4	5
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä omaisten kanssa	2,3	4,3	0	0	7	17,5	33,0	1,5	0,3	4
Arvioin potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa	8,3	14,4	0	0,1	7	16,3	31,2	1,0	0,3	4
Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani	76,9	26,2	19	2,4	10	89,6	10,0	93,0	2,9	8
Kehitän potilasohjausta yksikössäni	4,4	6,6	0	0,1	8	35,7	40,1	32,5	0,7	4
Kehitän uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössäni	53,4	32,4	0	1,6	10	57,5	38,9	65,5	2,1	8
Kehitän omaa vastuualuettani yksikössäni	71,1	35,7	0	2,0	10	82,0	33,9	94,0	2,3	8

Omaisten ohjaaminen ja ohjaustarpeiden tunnistaminen koettiin molemmissa vastuualueryhmissä puutteellisiksi ja osaaminen arvioitiin heikoksi. Potilasohjauksen kehittämisen osaaminen arvioitiin vastuualue 1 ryhmässä heikoksi, kun vastuualue 2 ryhmän hoitajat arvioivat keskimäärin osaamisen tyydyttävälle tasolle. Opiskelijan kehitysvaiheen tunnistaminen ja ohjauksen muokkaaminen opiskelijaa tukevaksi oli vahvempaa vastuualue 1 ryhmän keskuudessa ja osaaminen arvioitiin keskimäärin erittäin hyväksi.

Vastuualue 2 ryhmän sairaanhoitajat puolestaan kehittävät omaa vastuualuettaan erittäin usein. Kaikki kyselyyn vastanneet vastuualue 1 ryhmän hoitajat olivat sitä mieltä, ettei omaisten ohjaaminen ja heidän ohjaustarpeen tunnistaminen ole sovellettavissa heidän työtehtäviin. Lisäksi hieman alle puolet vastuualue 1 ryhmän hoitajasta oli sitä mieltä, ettei potilaan huolellinen ohjaustarpeen kartoitus ole sovellettavissa heidän työhönsä. Puolestaan kolmasosa vastuualue 2 ryhmän hoitajasta arvioi kartoittavansa huolellisesti potilaan ohjaustarpeen harvoin tai satunnaisesti. Vain muutama vastuualue 2 ryhmän hoitajaa ohjasi omaisia harvoin ja suurin osa koki omaisten ohjaamisen ja ohjaustarpeen tunnistamisen omaan työhön kuulumattomaksi. Ohjaustyön arvioiminen ja kehittäminen eri tahojen kanssa arvioitiin molemmissa vastuualueryhmissä suurimmaksi osaksi omaan työhön kuulumattomaksi. Kehittäessään omaa vastuualuettaan hoitajat kehittävät uusien työntekijöiden perehdytystä omalle erikoisalueelleen. Kuitenkin muutama vastuualue 1 ryhmän hoitajasta arvioi, ettei perehdytyksen kehittäminen ole sovellettavissa heidän työhönsä ja perehdytyksen kehittämistyö näkyi enemmän vastuualue 2 ryhmän piirissä (Taulukko 14.)

Tarkkailutehtävät koettiin molemmissa vastuualueryhmissä erittäin haasteelliseksi osaamisalueeksi. Vastuualue 2 ryhmän hoitajat arvioivat analysoivansa potilaan tilaa ja vointia erittäin taitavasti ja he pystyvät tunnistamaan potilaan henkisen tuen tarpeen hyvin. vastuualue 1 ryhmän hoitajat analysoivat potilaan vointia hyvin ja tunnistavat henkisen tuen tarpeen tyydyttävästi. Omaisten henkisen tuen tarpeen tunnistaminen ja asiantuntija-avun järjestäminen potilaalle koettiin molemmissa ryhmissä heikoksi.

Taulukko 15. Tarkkailutehtävä

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Tarkkailutehtävä	Vastuualue 1					Vastuualue 2				
	Ka	Sd	Md	Tiheys	n	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Analysoin potilaan vointia monipuolisesti	69,7	29,3	79,0	2,4	10	76,1	23,1	22	2,6	8
Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen	50,7	35,5	36,0	1,8	10	66,4	38,7	0	2,0	8
Tunnistan omaisten henkisen tuen tarpeen	4,3	6,9	,0	0	8	20,7	35,8	0	0,3	3
Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua	5,9	9,9	,0	0,1	7	13,8	27,1	0	0,5	5
Ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa	29,2	36,4	17,0	1,2	10	50,7	43,2	0	1,3	6
Ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä	25,2	36,7	12,0	1,1	10	62,0	36,1	4	1,4	7
Kehitän kirjaamista työyksikössäni	20,0	25,6	6,5	0,8	10	44,9	33,1	0	1,1	8

Vastuualue 2 ryhmän hoitajien vahvuutena on tarkkailuvälineiden käyttö ja niiden käytön ohjaus, kunvastuualue1 ryhmän hoitajat kokivat osaavansa käyttää ja ohjata tarkkailuvälineiden käyttöä tyydyttävästi. Muun henkilökunnan ohjaaminen potilaan tilan tarkkailussa arvioitiin vastuualue 2 ryhmässä tyydyttäväksi ja vastuualue 1 ryhmässä heikoksi. Kirjaamisen kehittäminen näkyy voimakkaammin vastuualue 2 ryhmässä. Molempien vastuualueryhmän hoitajat arvioivat ja analysoivat potilaan tilaa päivittäisessä työssään. Noin puolet molempien vastuualueryhmän hoitajista pystyy tunnistamaan potilaan henkisen tuen tarpeen hoitotilanteissa. Omaisten henkisen tuen huomiointi ei ollut sovellettavissa suurimmaksi osaksi kummankaan vastuualueryhmän hoitajien työhön. 8/9 vastuualue 1 ryhmän hoitajasta oli sitä mieltä, ettei asiantuntijaavun järjestäminen kuulu heidän työhönsä (Taulukko 15.)

Tilannehallinnan osaaminen näkyi vahvana osaamisena molemmilla vastuualueryhmillä. Leikkausosastolla edellytetään nopeaa reagoimista ja oman toiminnan priorisointia.

Taulukko 16. Tilannehallinta

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Tilannehallinta	Vastuualue 1					Vastuualue 2				
	Ka	Sd	Md	Tiheys	n	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain	63,4	13,4	65,5	2,2	10	87,9	7,5	89,0	2,6	8
Priorisoin toimintaani joustavasti tilanteen mukaan	84,8	16,5	90,0	2,9	10	94,4	5,9	94,5	3,0	8
Toimin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla	78,5	16,9	81,0	1,8	10	86,5	11,6	83,5	2,8	8
Järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn	12,0	23,7	5,0	0,4	8	15,6	25,4	1,0	0,4	5
Ohjaan työtovereitani nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa	46,2	36,1	51,0	1,9	10	59,9	43,1	79,5	2,0	8
Suunnittelen potilaiden hoitoa yksiköni tilanteen mukaisesti	49,2	29,2	50,5	1,4	10	62,5	44,8	87,5	2,0	8
Ylläpidän väliesteiden toimintavalmiutta	64,6	42,6	85,5	2,3	10	67,1	41,2	89,5	2,5	8
Edistän yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa	71,5	32,4	83,5	2,0	10	84,3	18,2	90,0	2,5	8

Vastuualue 1 ryhmän hoitajat arvioivat keskimäärin tunnistavansa hengenvaaralliset tilanteet hyvin ja priorisoivan omaa toimintaansa erittäin hyvin toimimalla hätätilanteissa täysin tilanteen vaatimalla tavalla. He myös pystyvät edistämään nopeasti muuttuvissa tilanteissa yhteistyötä hyvin. Vastuualue 2 ryhmän hoitajat arvioivat puolestaan tunnistavansa hengenvaaralliset tilanteet taitavasti ja pystyvänsä toimimaan ja edistämään yhteistyötä hätätilanteissa erittäin hyvin sekä toimimaan tilanteen vaatimalla tavalla. Kummankaan vastuualueryhmän hoitajat eivät kokeneet pystyvänsä järjestämään kriisitilanteiden jälkiselvittelyä. Vastuualue 1 ryhmän hoitajat kokivat suoriutuvansa tyydyttävästi työtovereiden tukemisesta nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa ja potilaiden hoidon organisoinista yksikön tilanteen mukaan, kun vastuualue 2 ryhmän hoitajat kokivat pystyvänsä ohjaamaan työtovereita nopeasti muuttuvissa tilanteiden hallinnas-

sa ja suunnittelemaan potilaiden hoidon yksikön sisällä vallitsevan tilanteen mukaan hyvin. Lähes kaikki vastanneista vastuualue 1 ryhmän hoitajasta arvioi priorisoivan toimintaansa joustavasti tilanteen vaatimalla tavalla. Vastuualue 2 ryhmästä kaikki priorisoivat toimintansa tilanteen mukaan. Jälkiselvittely kriisitilanteissa koettiin molemmissa ryhmissä omaan työhön kuulumattomaksi. 5/8 vastuualue 2 ryhmän hoitajasta arvioi ylläpitävänsä välineistön toimivuutta ja edistävänsä yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Hieman yli puolet vastuualue 1 ryhmän hoitajasta arvioi ylläpitävänsä välineistön toimintavalmiutta ja 3/9 vastaajasta koki pystyvänsä edistämään yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa (Taulukko 16.)

Hoitotoimien hallinnassa näkyy vastuualue 2 ryhmän hieman vahvempi osaaminen. Erot vastuualueryhmien välillä ei ole suuri, mutta osaaminen on hieman vahvempaa vastuualue 2 ryhmässä, kuten taulukossa 17 on havaittavissa.

Taulukko 17. Hoitotoimien hallinta.

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Hoitotoimien hallinta	Vastuualue 1					Vastuualue 2				
	Ka	Sd	Md	Tiheys	n	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaisesti	89,7	7,4	91,5	3,0	10	91,4	10,4	94,5	2,9	8
Teen tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta	80,3	22,5	92,0	2,4	9	87,0	14,9	90,0	2,6	8
Koordinoin moniammatillista yhteistyötä	53,0	38,0	64,0	2,0	10	66,1	40,9	86,5	1,9	8
Ohjaan työtovereitani hoitotoimenpiteiden toteutuksessa	63,8	27,7	66,5	2,0	10	68,0	42,7	86,5	2,0	8
Pidän ajantasalla ohjekansioita	55,3	36,9	49,5	1,6	10	68,8	30,2	79,5	2,1	8
Toimin konsulttina muille työntekijöille	51,8	36,0	45,5	2,1	10	62,6	39,9	80,0	2,0	8
Hyödynnän omassa toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa	25,0	29,5	13,5	1,0	10	38,0	24,2	36,0	1,4	7
Arvioin systemaattisesti hoidon tuloksellisuutta	35,1	29,8	30,0	1,3	9	44,1	38,8	39,0	1,5	8
Kehitän hoitokäytäntöjä	42,0	33,8	42,5	1,4	10	59,9	39,2	70,0	2,1	8
Osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien kehittämiseen	22,0	31,2	5,0	0,6	9	33,4	36,7	16,0	1,3	7

Molempien vastuualueryhmien hoitajat suunnittelevat omaa toimintaansa ja tekevät tilanteenmukaisia päätöksiä koskien potilaan hoitoa taitavasti. He pyrkivät koordinoimaan moniammatillista yhteistyötä ja ohjaamaan työtovereita hoitotoimenpiteiden toteutuksessa hyvin. Tutkimustiedon aktiivinen hyödyntäminen omassa toiminnassa on vahvempaa vastuualue 2 ryhmän keskuudessa ja he pyrkivät myös kehittämään hoitokäytäntöjä useasti. He osallistuvat myös vastuualue 1 hoitajia useammin moniammatillisiin hoito-ohjelmien kehittämistöihin. Kaikki vastanneet vastuualue 1 ryhmän hoitajat suunnittelevat toimintansa joustavasti tilanteen mukaan ja suurin osa pyrkii tekemään vallitsevan tilanteen mukaisia hoitopäätöksiä. Vastuualue 2 ryhmässä suurin osa hoitajista suunnittelee toimintansa tilanteen vaatimalla tavalla ja tekee potilaan hoitoa koskevia päätöksiä erittäin usein. Vastuualue 2 ryhmän hoitajat pitävät useammin huolta ohjekansioiden päivityksestä ja pyrkivät edistämään ja kehittämään hoitokäytäntöjä (Taulukko 17.)

Laadun varmistuksen osaamisen osalta vastuualueryhmien välillä erot nousivat potilashoidon kehittämistarpeiden ja tutkimuskohteiden tunnistamistaidoissa sekä oman yksikön hoitofilosofian kriittisessä arvioinnissa.

Taulukko 18. Laadun varmistus.

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Laadun varmistus	Vastuualue 1					Vastuualue 2				
	Ka	Sd	Md	Tiheys	n	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Sitoudun organisaationi hoitofilosofiaan	74,7	29,9	88,0	2,3	10	83,9	9,0	86,0	2,6	8
Tunnistan potilashoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteita	53,7	35,4	51,5	1,6	10	74,5	17,8	73,5	2,0	8
Arvioin kriittisesti yksikköni hoitofilosofiaa	51,7	29,5	43,0	1,7	10	75,9	15,1	76,5	1,9	8
Arvioin hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla	31,6	40,8	6,0	0,4	9	35,4	41,6	10,0	0,8	7
Hyödynnän hoidon kehittämisessä tutkimustietoa	33,3	35,4	19,5	1,1	10	41,0	34,3	20,0	1,4	7
Teen aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi	26,6	33,3	7,0	1,0	10	32,1	36,3	15,0	1,1	7

Organisaation hoitofilosofiaan sitoutuminen on keskimäärin vahvempaa vastuualue 2 ryhmässä. Vastuualue 2 ryhmän hoitajat arvioivat myös hieman kriittisemmin yksikön hoitofilosofiaa. Molemmat vastuualueryhmät tekevät tutkimus- ja kehittämiskohde aloitteita tyydyttävästi ja hyödyntävät hoidon kehittämisessä tutkimustietoa vähän. Hieman yli puolet vastuualue 1 ryhmän vastanneesta hoitajasta ja vain muutama vastuualue 2 ryhmän vastanneesta hoitajasta oli sitä mieltä, ettei potilaspalautteen avulla tuloksellisuuden arvioiminen ole sovellettavissa työhön. Alle puolet vastuualue 1 ryhmän hoitajasta ja hieman yli puolet vastuualue 2 ryhmän hoitajasta koki sitoutuvansa organisaation hoitofilosofiaan. Hieman yli puolet vastuualue 1 ryhmän hoitajasta arvioi hyödyntävänsä tutkimustietoa hoidon kehittämisessä (Taulukko 18.)

Työroolin osaamisalueet arvioitiin molemmissa vastuualueryhmissä keskimäärin hyväälle tasolle.

Taulukko 19. Työrooli

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Työrooli	Vastuualue 1					Vastuualue 2				
	Ka	Sd	Md	Tiheys	n	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Tunnistan työtovereitteni avuntarpeen	77,1	16,3	79,0	2,4	10	83,1	14,4	85,5	2,7	8
Tunnistan oman jaksamiseni rajat	85,2	11,2	83,5	2,8	10	87,6	6,6	87,0	2,4	8
Ammatti-identiteettini toimii voimavarana hoitotyössä	80,6	25,8	92,0	2,6	10	88,6	11,0	90,5	2,9	8
Kannan taloudellista vastuuta yksikköni toiminnasta	59,9	32,3	68,5	2,3	10	73,9	33,8	87,0	2,1	7
Tunnen organisaationi sisäisen yhteistyö- jaon	70,3	32,3	80,0	2,3	10	84,1	8,8	84,0	2,4	8
Toimin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana	39,1	44,2	14,0	0,9	9	31,2	46,1	3,0	0,9	6
Toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjä- nä	60,5	42,0	79,0	2,0	10	59,9	44,3	84,0	1,9	8
Toimin hoitoryhmässä asiantuntijana	38,7	40,9	23,0	1,2	10	65,0	42,2	82,5	1,9	8
Toimin itseohjautu- vasti	75,0	30,3	84,0	2,4	10	81,5	26,2	95,5	2,9	8
Ohjaan muuta henkilö- kuntaa kykyjen mukaisiin tehtäviin	54,0	37,1	65,0	1,4	9	61,3	39,5	78,5	1,8	8
Hankin aktiivisesti tutkittua tietoa	27,7	28,5	14,5	1,1	10	32,9	31,1	15,5	1,5	8
Huolehdin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä	38,2	34,3	32,0	1,2	10	66,0	41,2	83,0	1,8	8
Pidän huolta omasta jaksamisestani	71,1	32,9	80,5	2,6	10	84,3	11,2	86,0	2,8	8
Hyödynnän tietotek- niikkaa hoitotyössä	85,3	29,7	95,0	2,4	10	92,8	6,1	90,0	2,5	8
Koordinoin potilaan kokonaishoitoa	32,7	43,7	6,0	0,8	9	49,0	43,9	52,0	1,1	7
Johdan tarvittaessa työryhmän toimintaa	35,8	40,1	25,0	1,1	10	56,0	42,5	69,5	1,4	8
Annan työtovereilleni rakentavaa palautetta	61,5	18,6	59,0	2,3	10	78,3	26,1	85,0	2,3	8
Kehitän potilashoitoa moniammatillisissa työryhmissä	30,4	36,8	6,0	0,6	9	28,0	33,6	17,5	0,8	6
Kehitän työympäris- töä	42,7	38,4	49,5	1,1	10	53,0	29,4	60,0	1,8	8

Molempien vastuualueryhmien hoitajat tunnistavat työtovereiden avuntarpeen ja oman jaksamisen rajat erittäin hyvin. He käyttävät päivittäisessä työssään tietotekniikkaa paljon. Organisaation sisäisen yhteistyön jako oli paremmin tiedossa vastuualue 2 hoitajien ryhmässä. Vastuualue 2 ryhmän hoitajat toimivat myös useammin itseohjautuvasti ja huolehtivat yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä hyvin. Vastuualue 2 hoitajat arvioivat osaavansa pitää huolta omasta jaksamisestaan erittäin hyvin, kun vastuualue 1 ryhmän hoitajat arvioivat pystyvänsä huolehtimaan omasta jaksamisestaan hyvin. Vastuualue 1 ryhmän hoitajat arvioivat antavansa rakentavaa palautetta työtovereille hyvin, Palautteen anto taito arvioitiin vastuualue 2 ryhmässä erittäin hyväksi. Lähes kaikki vastuualue 1 ryhmän vastanneista hoitajasta ja hieman yli puolet vastuualue 2 ryhmän hoitajista tunnistivat oman jaksamisen rajat erittäin usein. Vastuualue 1 ryhmän hoitajat toimivat hieman useammin uuden työntekijän perehdyttäjänä kuin vastuualue 2 ryhmän hoitaja. Vastuualue 2 ryhmän hoitajista suurin osa pystyi toimimaan itseohjautuvasti. Vastuualue 2 ryhmän hoitajat huolehtivat useammin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä kuin vastuualue 1 ryhmän hoitajat. 6/9 vastuualue 1 ryhmän hoitajasta oli sitä mieltä, ettei potilaan kokonaishoidon koordinointi ollut sovellettavissa heidän työtehtäviin. Puolet vastuualue 2 ryhmän vastanneista hoitajista arvioi puolestaan koordinoivansa potilaan hoitoa harvoin (Työrooli 19.)

Osaaminen arvioitiin **erityisosaamisen** osa-alueilla molemmissa vastuualueryhmissä keskimäärin hyväksi tai erittäin hyväksi. Ainoat merkittävät erot löytyivät erikoisalakohteisessa osaamisessa. Vastuualue 1 ryhmän sairaanhoitajat nostivat vahvaksi osaamisen alueekseen ennakointitaidot ja vastuualue 2 ryhmän sairaanhoitajat arvioivat vahvuudekseen erilaisten leikkausasetojen laitot.

Taulukko 20. Erityisosaaminen.

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Erityisosaaminen	Vastuualue 1					Vastuualue 2				
	Ka	Sd	Md	Tiheys	n	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Toimin valvovana sairaanhoitajana eri erikoisaloilla itsenäisesti	82,2	23,7	84,5	2,8	10	87,6	15,6	92,5	3,0	8
Toimin instrumentoivana sairaanhoitajana eri erikoisaloilla itsenäisesti	85,4	12,8	83,5	2,8	10	92,4	9,0	94,5	3,0	8
Hallitsen ihmisen anatomian ja fysiologian	70,9	15,3	70,5	2,8	10	81,8	7,1	83,0	3,0	8
Osaan gastroenterologiset toimenpiteet	80,1	14,3	84,0	2,4	10	70,3	15,7	68,5	2,3	8
Osaan urologiset toimenpiteet	28,1	33,5	12,0	1,2	10	36,9	33,9	24,0	1,0	8
Osaan maksakirurgiset toimenpiteet	68,8	35,5	84,0	2,2	10	7,4	8,6	3,00	0,7	8
Osaan verisuonikirurgiset toimenpiteet	86,9	7,7	86,5	2,8	10	82,9	5,8	82,5	2,3	8
Osaan thoraxkirurgiset toimenpiteet	51,5	24,2	43,0	2,0	10	86,5	15,9	89,5	2,6	8
Osaan sydänkirurgiset toimenpiteet	41,5	27,9	37,5	1,3	10	92,6	8,4	94,0	2,9	8
Osaan leikkauksissa käytettävät instrumentit ja niiden käyttökohteet	84,9	17,2	91,0	2,9	10	89,3	8,6	90,5	3,0	8
Osaan käyttää eri erikoisalojen leikkauksissa käytettäviä teknisiä laitteita	72,9	25,7	85,5	2,6	10	85,6	15,9	92,5	3,0	8
Ennakoin leikkauksen aikana muuttuvia tilanteita ja ryhdyn tarvittaaviin toimenpiteisiin	87,0	12,3	89,0	3,0	10	90,4	14,1	95,0	3,0	8
Osaan laittaa potilaan turvallisesti kirurgisen toimenpiteen vaatimaan leikkausasentoon käyttäen tarvittavia tukitelineitä ja välineitä	82,8	17,9	87,0	2,6	10	93,1	8,3	94,5	3,0	8

Vastuualue 1 ryhmään kuuluvat sairaanhoitajat arvioivat maksakirurgisten toimenpiteiden hallitsemisen hyväksi, kun puolestaan vastuualue 2 ryhmään kuuluvat sairaanhoitajat arvioivat osaamisen maksakirurgiassa heikoksi. Sydän- ja thoraxkirurgisten toimenpiteiden hallitseminen oli puolestaan vahvempaa ja keskimäärin erittäin hyväksi arvioitua vastuualue 2 ryhmän keskuudessa. Vastuualue 1 ryhmän hoitajat arvioivat näillä erikoisaloilla osaamisen olevan keskimäärin tyydyttäväksi. Urologisten toimenpiteiden hallinta koettiin molemmissa vastuualueryhmissä tyydyttäväksi. Leikkaussai-

raanhoitajan molempien roolien (valvovan- ja instrumentoivan hoitajan roolin) hallitsemisen kokivat kummankin vastuualueryhmän hoitajat osaavansa erittäin hyvin. Vastuualue 2 ryhmän hoitajat arvioivat keskimäärin osaavansa käyttää eri erikoisalojen leikkauksissa käytettäviä laitteita erittäin hyvin, kun vastuualue 1 ryhmän hoitajat arvioivat osaavansa käyttää laitteita hyvin. Anatomian ja fysiologian hallinta oli hieman vahvempaa vastuualue 2 ryhmässä. Vastuualue 2 ryhmän ennakointi taidot ja leikkausasetojen hallinta näkyi vahvempana osaamisena verrattuna vastuualue 1 ryhmän hoitajiin. Lähes kaikki molempien vastuualueryhmien hoitajat toimivat itsenäisesti molemmissa työrooleissa eri erikoisaloilla. Anatomian ja fysiologian hallitseminen, turvallinen leikkausaseton laitto sekä muuttuvien tilanteiden ennakoiminen on niin ikään merkittävä osa leikkaussairaanhoitajan työtä kaikilla kirurgian erikoisaloilla. Vastuualue 1 ryhmän hoitajat arvioivat osallistuvan hyvin harvoin sydän leikkauksiin ja satunnaisesti thoraxkirurgisiin leikkauksiin. Vastuualue 2 ryhmän hoitajat arvioivat puolestaan osallistuvansa hyvin harvoin tai ei koskaan maksakirurgisiin toimenpiteisiin. Lähes kaikki vastuualue 1 ryhmän sairaanhoitajat arvioivat osallistuvansa verisuonikirurgisiin toimenpiteisiin, kun vastaavasti lähes kaikki 2 ryhmän sairaanhoitajasta arvioi osallistuvansa verisuonikirurgisiin toimenpiteisiin satunnaisesti (Taulukko 20.)

Työnkuvaan kuuluva kirjaaminen, aseptiikan toteutumisen seuraaminen ja siinä ilmenneisiin muutoksiin puuttuminen on molempien vastuualueryhmien päivittäistä työtä. Elvytystilanteessa toimiminen työroolin edellyttämällä tavalla toteutuu erittäin usein vastuualue 2 ryhmän hoitajien kohdalla, kun vastaavassa tilanteessa vastuualue 1 ryhmän hoitajat ovat hyvin harvoin. Leikkausosaston toiminnan kannalta on tärkeää, että toiminta on suunniteltua ja koordinoitua kaikkina vuorokauden aikoina. Suurin osa vastuualue 2 ryhmän hoitajasta arvioi toimivansa erittäin usein koordinoivana hoitajana eri vuoroissa ja kolmannes vastuualue 1 ryhmän hoitajasta toimi tehtävässä satunnaisesti

Taulukko 21. erityisosaaminen

Toiminnan laatu: Heikko (perehtyvä) 0-25 tyydyttävä (suoriutuva) >26-50 hyvä (pätevä) >50-75, erittäin hyvä (taitava) >76-100. Toiminnan tiheys 0= ei sovellettavissa työhön, 1= Sovellettavissa hyvin harvoin, 2= Sovellettavissa satunnaisesti, 3= Sovellettavissa erittäin usein

Erityisosaaminen	Vastuualue 1					Vastuualue 2				
	Ka	Sd	Md	Tiheys	n	Ka	Sd	Md	Tiheys	n
Ennalta ehkäisen toiminnallani potilaalle aiheutuvia komplikaatioita	86	12,1	87	3,0	10	89,8	15,4	94,5	3,0	8
Toimin uusimman aseptisen tiedon mukaan	90,2	9,0	93	3,0	10	95,8	4,5	96,5	3,0	8
Valvon aseptiikan toteutumista salissa	92,4	7,2	93,5	3,0	10	97,5	4,2	100	3,0	8
Osaan eri eristyskäytännöt	76,5	26,3	83,5	2,2	10	82,2	22,3	88	2,5	8
Tunnen leikkausosastolla käytettävät anestesiamuodot	81,7	17,3	87	2,8	10	83	12,3	84,5	2,5	8
Tarkkailen ja arvioin potilaan tilaa ilman valvontalaitteita	78,8	17	84,5	2,6	10	75	32,1	83,5	2,5	8
Osaan toimia elvytystilanteessa roolini vaatimalla tavalla	70,7	33,2	83	1,6	10	93,6	7,7	97	2,5	8
Hallitsen intraoperatiivisen hoitotyön kirjaimiseen tarvittavien eritietojärjestelmien käyttöön	89,1	13,8	95	3,0	10	95,2	4,1	95	3,0	8
Tunnen yleisimmint otettavat näytteet	88,2	16,4	95	2,9	10	94,2	7,4	96,5	3,0	8
Käsittelen näytteitä annettujen ohjeiden mukaan	90,3	16,8	98,5	2,9	10	93	8,4	95	3,0	8
Osaan toimia moniammatillisessa leikkaustimissä	91,3	7,7	91,5	3,0	10	97,6	2,6	98	3,0	8
Toimin itsenäisesti koordinoivana hoitajana leikkausosastolla eri vuoroissa	50,7	37,8	67	1,6	10	72,7	45,0	95,5	2,4	8

Elvytystilanteissa toimiminen roolin edellyttämällä tavalla sekä moniammatilliset tiimitytötaidot arvioitiin vastuualue 2 ryhmän sisällä vahvemiksi. Toiminta itsenäisesti koordinoivana sairaanhoitajana leikkausosastolla erivuoroissa arvioitiin tyydyttäväksi vastuualue 1 ryhmässä, kun vastuualue 2 ryhmän hoitajat arvioivat osaamisen hyväksi. Molemmat vastuualue ryhmät arvioivat aseptisen toiminnan ja sen tarkkailun kuuluvan osaamisen vahvuuksiin. Aseptiikan osa-alue arvioitiin molemmissa ryhmissä keskimäärin erittäin hyväksi. Kuitenkin vahvimmaksi osaamisen alueeksi aseptiikka nousi vastuualue 1 ryhmässä ja vastuualue 2 ryhmän vahvuudeksi nousi moniammatillinen tiimitytö. Vastuualue 2 ryhmä arvioi koordinoivana hoitajana toimimisen eri vuoroissa am-

matilliselta osaamiselta hyväksi, kun vastuualue 1 ryhmän arvio osaamisesta jäi tyydyttävälle tasolle (Taulukko 21.)

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa leikkaussairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä sairaanhoitajan yleisillä osaamisen osa-alueilla sekä erityisosaamista vaativilla osa-alueilla yhden yliopistollisen sairaalan leikkausosastolla. Lisäksi kartoitettiin miten yleinen ammatillinen osaaminen ja erityisosaaminen erosivat vastuualueittain.

Sairaanhoitajat arvioivat omaa osaamistaan hyvin kriittisesti, myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu sairaanhoitajien itsearviointin olevan hyvin kriittistä ja osaamisodotuksiltaan vaativaa. (Meretoja ym.2009:36; Tengvall 2010:126-127.) Tässä tutkimuksessa leikkaussairaanhoitajien vahvuudeksi nousi erilaisissa tilanteissa tapahtuva oman toiminnan suunnittelu ja priorisointi. Potilaan hoitosuunnitelmaa muokattiin leikkauksen aikaisten tilannevaihteluiden mukaan. Itseohjautuvuus ja oman ammattitaidon aktiivinen ylläpito tukivat näitä taitoja. Nämä tutkimustulokset ovat yhteneväiset aiempien tutkimusten kanssa, jotka on tehty perioperatiivisessa toimintaympäristössä (Istomina ym.2011; Meretoja – Koponen 2011; Silvennoinen ym. 2012.)

Tutkimuksessa nousi esille aiempien tutkimustulosten mukaisesti erityisosaamista vaativien taitojen vahva hallinta (aseptiikka, moniammatillinen tiimityö, dokumentointitaidot, muuttuvien tilanteiden hallinta, diagnosointi- ja tarkkailutehtävien hallinta). (Lukkari ym. 2007:27-31; Gillespie- Hamlin 2009; Gillespie ym. 2009; Tengvall 2010:39- 69,106-108). Tutkimuksessa konkreettisten hoitotoiminta väittämien kohdalla niiden hallinta näkyi vahvempana kuin abstraktien yleistä sairaanhoitajan ammattipätevyyttä mittaavien väittämien kohdalla. Samoin harvemmin hoitotyössä tehtävien hoitotoimien kohdalla pätevyys arvioitiin heikommaksi. Työkokemuksella ja ammatillisella kokemuksella osaaminen on vahvistunut. Tulosten mukaan sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys kehittyy työkokemuksen myötä, kuten aiemmat tutkimuksetkin ovat osoittaneet. (Meretoja ym. 2004; Silvennoinen ym. 2012.)

Toiminnan tiheyden tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat korkeimmalle erityisosaamisen osa-alueella sekä yleisen ammatillisen osaamisen osa-alueelta tilannehallinnan ja auttamisen. Vähäisimmälle toiminnalle sairaanhoitajat arvioivat tarkkailutehtävät, vaikka jokapäiväisessä toiminnassaan he analysoivat potilaan vointia monipuolisesti ja pyrkivät tunnistamaan potilaan henkisen tuen tarpeen. Lisäksi vähäiselle toiminnalle jäi laadunhallinta. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet korkeimman toiminnan tiheyden osalta perioperatiivisessa toimintaympäristössä samansuuntaisia tuloksia. (McGarvey- Chambers- Boore 2000; Meretoja 2003; Meretoja ym.2009; Istomina ym. 2011; Hammström ym. 2012.) Matalimmaksi on aiemmissa tutkimuksissa jäänyt opettamisen ja ohjaamisen osa-alue sekä laadun hallinta (Meretoja ym. 2004; Istomina ym. 2011; Silvennoinen ym. 2012.)

Tutkimuksessa ilmenevät erot vastuualueryhmien välillä olivat pienet. Vastuualueryhmien vastaajamäärät ja ikäjakauma vaikuttivat tuloksiin, siten että toisen vastuualueryhmän osaaminen oli selkeästi jokaisen osaamisalueen kohdalla hieman vahvempaa. Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa ei voitu osoittaa suoraan toisen vastuualueryhmän olevan selkeästi ammatilliselta pätevyydeltään vahvempi kuin toisen. Ammatillinen pätevyys arvioitiin molemmissa vastuualueryhmässä keskimäärin erittäin hyväksi.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Osaamiskartoitus kuuluu kvantitatiivisen tutkimusotteen piiriin. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys niin teorian tiedon, kuin tutkimusaineiston keräämisessä ja tallentamisessa sekä niiden esittämisessä ja arvioinnissa. Luotettavuuden arvioinnin tulee kohdistua koko tutkimusprosessiin, jota tarkastellaan aineiston, analyysin ja saatujen tulosten luotettavuuden näkökulmasta. On muistettava, ettei tiede ja tutkimus ole erehtymätöntä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ihmisen toimintaa kuvaavat käsitteet muutetaan mittaluvuiksi. Tutkittava arvioi annettujen väittämien muodossa toimintaansa arviointiasteikkojen mukaan. Mittaukseen liittyy tuolloin inhinmilliset virhelähteet, joita voi olla tutkimuskysymyksen tulkintavirhe tai käytettävän asteikon tulkintavirhe tutkimukseen vastattaessa. Virheitä voi tulla myös aineiston syöttövaiheessa (Kuula 2011: 34- 36.)

Osaamiskartoituksen taustalle on haettu tieteellisesti tutkittua tietoa sairaanhoitajan ja perioperatiivisen hoitotyön kompetensseistä. Tieteellisen tiedon avulla tarkastellaan ammatillista pätevyyttä ja osaamiskartoitusta objektiivisesti ja luotettavuutta arvioidaan mittarin validiteetin ja rebiiliateetin avulla. Osaamiskartoituksessa validiteetti tarkoittaa tulosten todenmukaisuutta ja niiden hyödynnettävyyttä osaston toiminnan kehittämisessä ja ammatillisen kehittymisen tukemisessa. Osaamiskartoituksessa käytettävän mittarin reliabiliteettia arvioitiin sen kyvyllä tuottaa totuudenmukaista tietoa, jossa ei ole sattumanvaraisuuksia ja tulokset ovat mittausvirheettömiä. Mittarin validiteetti ilmaisee käytettävän mittausmenetelmän soveltuvuutta tutkittavan ilmiön mittaamiseen. (Kankunen ym. 2010:152.)

Tutkimuksen tarkoituksena ja tavoitteena oli saada mahdollisimman totuudenmukaista ja luotettavaa tietoa tutkittavan leikkausosaston leikkaushoitajien ammatillisesta osaamisesta. Tutkimus tehtiin vain yhteen yksikköön, eikä tuloksia voida yleistää koskemaan yleisesti leikkaushoitajien osaamista. Jotta tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää osaston hoitotyön osaamisen kehittämiseen, on lukijan pystyttävä arvioimaan analyysin luotettavuutta. (Leino-Kilpi- Välimäki 2009:369.)

Tutkimuksessa käytettävä NCS- mittari on tieteellisin menetelmin kehitetty sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden arviointimittari. Mittaria on käytetty useissa operatiivisen toimintaympäristön tutkimuksissa ja se on todettu erittäin validiksi. (Meretoja 2003; Meretoja ym. 2004; Heikkilä ym. 2007; Meretoja ym. 2009; Dellai ym. 2009; Istomina ym 2011; Stobisnki 2011; Silvennoinen ym. 2012; Meretoja- Koponen 2012.) Vahvaan näyttöön perustuen koin leikkaushoitajien ammatillista pätevyyttä mitattaessa mittarin mittaavan juuri niitä sairaanhoitajan osaamisalueita mitä oli tarkoituskin mitata. Leikkaushoitotyön osaamisalueiden kartoittamiseksi muodostettujen väittämien avulla saatiin kohdennetusti erityisesti leikkaushoitotyössä tarvittavien osaamisalueiden hallinta esille. Tähän laadittuja erityisosaamista mittaavia kysymyksiä ei ole aikaisemmin ollut käytössä ja niiden validius varmistettiin ennen lopullista kyselyä esitestauksella. Erityisosaamista mittaavat kysymykset esitettiin henkilöillä, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen. Tuloksista etsittiin Mann-Whitneyn U- testillä mahdollisia tilastollisia poikkeamia. Poikkeamia löytyi muutama, mutta ne ovat tulkittavissa myös suoraan frekvenssitaulukosta, joten p-arvo jätettiin aineiston pienuuden vuoksi taulukoista pois.

Kyselyyn vastasi 19 sairaanhoitajaa. Yhden vastauslomakkeen täyttäminen oli joko jäänyt kesken tai vastaaja ei ollut huomannut täyttää kaikkia kohtia, joten se jouduttiin puutteellisen täytön vuoksi mitätöimään ja jättämään kokonaan pois tuloksista. Näin ollen lopullinen vastausmäärä oli 18. Työkokemusta kartoittavassa osiossa tuloksia siirrettäessä Excel-taulukosta Spss 18,0- (PASW) ohjelmaan huomattiin eroavaisuus vastausvaihtoehdossa kysymyksessä 4. Kysymyksissä 3 ja 5 vastaajilla oli mahdollisuus vastata työkokemuksen olevan yli 26 vuotta, kun kysymyksessä 4 vastausvaihtoehto oli yli 25 vuotta. Tämän tilastollisen virheen vuoksi, jotta vastauksista saadaan yhdenmukaiset, vertailukelpoiset ja luotettavat vastauksille luotiin yhdenmukaiset ryhmät, jossa kokemusvuodet yhdistettiin samanlaisiksi muuttujiksi. Vastausryhmiksi muodostui neljä muuttujaa: alle 4 vuotta, 4-9 vuotta, 10- 20 vuotta ja yli 20 vuotta. Lisäksi vastauksia analysoitaessa kysymyksessä 3 oleva yksikön nimi ja kysymyksessä 6 olevat vastualueet on peitetty. Vastauksissa sekä analyysissä puhutaan nykyisestä yksiköstä ja vastuualue 1 ja vastuualue 2, jotta tutkittavien anonymisyys säilyy. Pienen vastaaja määrän vuoksi ristiintaulukointia tehtiin vain vastuualueryhmien välillä. Iän, työkokemuksen ja koulutuksen vaikutusta osaamiseen ei lähdetty vertailemaan.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaineiston keruu on totuuden etsimistä, jossa tiedon luotettavuutta ohjaavat eettiset säännökset ja normit. Tutkimusta ohjaavat hyvä tieteelliset käytännöt: rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus, avoimuus tulosten julkaisussa. Tiedon hankinnassa on käytetty eettisesti ja tieteellisesti kestäviä tiedonhankinta, raportointi, tutkimus ja arviointimenetelmiä. Aineistoa kerätessä oli huomioitu aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset. Tutkimuskohteena on ihmisen toiminta ja käyttäytyminen, jota mitataan strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuslupa anottiin tulosyksikön johtavalta ylihoitajalta. Tutkimukseen osallistuvia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja hyödynnettävyydestä etukäteen pidetyllä osastotunnilla sekä kyselylomakkeen mukana olleessa saatekirjeessä. Kirjeessä sekä osastotunnilla painotettiin, että kyselyyn vastaaminen tutkittaville on täysin vapaaehtoista, heillä on oikeus kieltäytyä osallistumasta ja keskeyttää tutkimuksessa mukana oleminen koska tahansa. Vastaajille korostettiin, että he pysyvät anonymisinä eikä tutkija saa tietää ketkä ovat kyselyyn vastanneet. Tutkimustulokset raportoitiin niin, ettei vastaajia pystytä tunnistamaan. (Leino-Kilpi-Välimäki 2009:364- 368; Kuula 2011:24,72- 98.)

Sähköinen tiedonkeruu on erittäin selkeää tutkimusetiikan ja tietosuojan kannalta. Vastajat voivat itse määrittellä, mitä tietoja (itsemääräämisoikeus) he itsestään antavat tutkimuksen käyttöön. Sähköpostikyselyssä aineiston salassapitoon on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tutkittavien sähköpostiosoitteet olivat tiedossa, jotka toimitettiin erikoissuunnittelijalle. Hän huolehti tutkimuskyselyn lähettämisestä ja aineiston keräämisestä sekä anonymisoinnista ennen tutkijalle luovuttamista. Näin turvattiin tutkittavien anonymisyys kyselyn kaikissa vaiheissa. Sähköiseen kyselyyn tutkittavilla oli aikaa vastata 2(+1) viikkoa, tutkittaville lähetettiin vielä muistutus kyselyyn vastaamisesta ennen vastausajan päättymistä. Tutkimukseen vastaamiseen arvioitiin tutkittavilla kulluvan työaika n. 20 minuuttia.

Kyselylomakkeen laajuus ja kaksi vaiheinen vastaaminen saattoi vaikuttaa vastaamisprosenttiin sekä vajavaiseen lomakkeen täyttöön. Työajalla rauhallisen vastaamisajan kohdan puuttuminen tai nopeasti muuttuvat tilanteet ovat saattaneet vaikuttaa vastaamisen keskeyttämiseen, vastaamiseen keskittymiseen tai vastaamattomuuteen. Voidaan myös miettiä vastasivatko tutkittavat rehellisesti esitettyihin väittämiin ja sitoutuivatko he vastaamaan kyselyyn alusta loppuun huolellisesti. Vastausprosenttia 29% voidaan pitää kohtuullisen hyvänä. Se antaa kuitenkin riittävän kuvan sairaanhoitajien yleisestä ammattipätevyydestä ja erityisosaamisesta. Tulosten avulla esiin nousseet epäkohdat ja osaamisalueiden puutteet asettavat leikkausosastolle kehittämishaasteita perehdytykseen ja tulevaisuuden toiminnan kehittämiseksi. Esiin tulleet osaamisen tukemisen keinot organisaation ja yksilön itsensä tekemänä auttavat osastoa suunnittelemaan koulutusta osaamista tukevasti.

6.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Näyttöön perustuva hoitotyö näkyy leikkausosastolla sairaanhoitajien päivittäisessä työssä. Tässä tutkimuksessa esiin nousseet vahvat osaamisen alueet olivat yhteneväiset kansainvälisissä ja kansallisissa tutkimuksissa esiintyvien leikkausosastolla työkenttelevien sairaanhoitajien osaamisalueiden kanssa. Osaamisalueet tukevat toinen toisiaan näyttäytyen käytännön hoitotyössä kokonaisuutena painottuen eri leikkaushoitotyön tilanteissa eri tavoin. (Helakorpi 1996; Sarajärvi 2011: 82; Sarajärvi ym. 2011:46-48.)

Tutkimuksessa nousi esille sairaanhoitajien kriittinen oman osaamisen arviointi. Joka näkyy toiminnan tiheyden kautta tarkasteltaessa yleistä ammatillisen pätevyyden ja erityisosaamisen laatua. Ammatillinen pätevyys ja erityisosaaminen näkyi tässä tutkimuksessa selvästi heikompana osaamisena niillä osa-alueilla, joita päivittäisessä työssä sairaanhoitajat kohtasivat vähiten. Aiemmissä tutkimuksissa ei ole eroteltu vastuualueryhmiä eikä vertailtu ryhmien välistä osaamista, joten tulosten tarkastelu jäi ainutkertaiseksi vastuualueryhmien osalta. Tutkimuksella saatiin näyttöä osaamisen tasosta ja siinä ilmenevistä puutteista leikkausosastolla. Edellytyksenä oli toimintaympäristön tunteminen ja mittaristoon perehtyminen ja erityisosaamista kartoittavan mittariston kehittäminen vastaamaan niihin kysymyksiin joita haluttiin etsiä.

Leikkausosastolla työskentelevän sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden turvaamiseksi tulee perehdytysohjelman olla riittävän kattava ja etenemistahdin riittävän hidas. Nopealla perehdytyksellä sairaanhoitajat eivät saa ammatillista varmuutta ja epävarmuus lisää stressireaktioita ja tehtävät koetaan liian vaikeiksi hallita. Perehdytyksen tulee olla toimintaa ja tulevaisuuden kehittymistä tukevaa. Perehdytyksen tulisi perustua näyttöön perustuvaan toimintaan, joka rakentuu ammatillisen pätevyyden vaatimista osaamisalueista sekä siihen liittyvistä hoitotyön toiminnoista, joille osaston sisällä on määriteltä vaadittu osaamisen taso. Kehityskeskusteluiden avulla perehtyjälle asetetaan henkilökohtaisia tavoitteita ja oppimisesta tulee intensiivisempää. Pitempään osastolla työskennelleiden sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä tulee turvata erilaisin jatkokoulutuksin, osaston sisällä työkierron eri erikoisaloille sekä yhteisin opetus- ja ohjaustilaisuuksin eri ammattiryhmien välillä. Tutkitun tiedon käyttöä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä tulisi kehittää ja henkilökuntaa ohjeistaa tiedonhaussa ja toiminnan suunnittelussa sekä kehitystyössä.

Tulevaisuudessa osaston osaamisen tason määrittelyssä osaamiskartoituksilla voidaan näyttää ammatillisen pätevyyden sen hetkinen taso. Tasomäärittelyn avulla esimiehet pystyvät suunnittelemaan tulevaisuuden toimintaa ja tukemaan heikoimmalla osaamiselle jääneitä osaamisen alueita henkilökunnan toiminnassa. Jatkossa olisikin tärkeää uusaa tämä sama osaamiskartoitus, jotta voidaan selvittää onko tehdyistä toiminnan muutoksista ollut osaamisen kannalta hyötyä. Tärkeää olisi myös tutkia millainen merkitys on aiemmalla työkokemuksella työpaikkaa vaihdettaessa, uuden oppimisessa ja miten aiempi työkokemus vaikuttaa ammattipätevyyden kehittymiseen ja sen kokemu-

seen. Lisäksi olisi tärkeää tutkia miten työssä jaksamista ja viihtymistä voidaan tukea ammatillisen pätevyyden kautta.

Lähteet

Aaltonen, Janne 2008. Tulevaisuuden terveydenhuolto ja leikkausosaston kehittäminen. Finnanest 41 (3) 229-235

Alfredsdottir, Herdis- Bjornsdottir, Kristin 2007. Nursing and patient safety in the operating room. Journal of Advanced Nursing vol.61 (1) 29-37

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon, Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvennyksiä 2006:24. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto 2006. Verkkomateriaali

<<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>>

Luettu 10.10.2012

Arminen, Susan- Kallakorpi, Susanna- Kotila, Jaana- Martin, Johanna- Nurminen, Marja- Rauta, Satu- Ritmala- Castrén, Marita- Savolainen, Taija 2008. Kliininen asiantuntijuus organisaation menestystekijäksi. Mitä siihen tarvitaan? Sairaanhoitaja-lehti 5/2008. Verkkokoarkisto

<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/5_2008/ajankohtaiskirjoitus/kliininen_asiantuntijuus_organisaatio/> Luettu 11.9.2012

AORN 2010. Perioperative standards and recommended practices, for inpatient and ambulatory settings 2010 Edition. USA

Aziz, Anne 2009. Variations in aseptic technique and implications for infection control. British Journal of Nursing vol.18 (1) 26-31

Benner, Patricia 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. WSOY. Juva

Chang, Mei Jen- Chang, Ying- Ju- Kuo, Shih- Hsien- Yang, Yi- Hsin- Chou, Fan-Hao 2011. Relationships between critical thinking ability and nursing competence in clinical nurses. Journal of Clinical Nursing vol. 20 3224-3232

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. Vol. 23 783 -791

Elo, Satu- Kyngäs, Helvi 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing Vol.60 (1) 107-115

Eriksson, Katie- Isola, Arja- Kyngäs, Helvi- Leino- Kilpi, Helena- Lindström, Unni Å- Paavilainen, Eija- Pietilä, Anna- Maija- Salanterä, Sanna- Vehviläinen- Julkunen, Katri- Åstedt- Kurki, Päivi 2012. Hoitotiede. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

EU 1997. Vihreä kirja "Yhteistyössä työn uudelleenorganisointiin. Euroopan komissio. Bryssel 16.4.1997 COM(97) 128. < <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/VIHREAK.htm> > Luettu 14.11.2012

Fesler-Brich, Diane 2010. Perioperative nurses' ability to think critically. Quality Management in Health Care vol.19 (2) 137-146

Fey, Mary- Miltner, Rebecca 2000. A Competency-based orientation program for new graduate nurses. The Journal of Nursing Administration (JONA). Vol.30 (3) 2000 126-132.

Finger, Susan- Pape, Tess 2012. Invitational theory and perioperative nursing preceptorships. AORN Journal vol.76 (4) 630-642

Gardezi, Fauzia- Lingard, Lorelei- Espin, Sherry, Whyte, Sarah- Orser, Beverly- Baker, Ross 2009. Silence, power and communication in the operating room. Journal of Advanced Nursing vol.65 (7) 1390-1399

Gillespie, Brigid- Chaboyer, Wendy- Wallis, Marianne- Chang, Hsiao-yun Annie- Werder, Helen 2009: Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. Journal of Advanced Nursing vol.65 (5) 2009 1019-1028.

Gillespie, Brigid- Hamlin, Lois 2009: A Synthesis of the literature on "Competence" as it applies to perioperative nursing. AORN Journal vol.90 (2) 245-258.

Gillespie, Brigid- Polit, Denise- Hamlin, Lois- Chaboyer, Wendy 2012. Developing a model of competence in the operating theatre: Psychometric validation of the perioperative competence scale-revised. International Journal of Nursing Studies (49) 90-101. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.001

Hammström, Niina- Kankkunen, Päivi- Suominen, Tarja- Meretoja, Riitta 2012. Short hospital stays and new demand for nurse competencies. International Journal of Practice 2012. 18 (5). 501-508. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x

Healey, Undre, Vincent 2006. Defining the technical skills of team-work in surgery. Qual Saf Health Care (15) 231-234

Heikkilä, Anne- Ahola, Nina- Kankkunen, Päivi- Meretoja, Riitta- Suominen, Tarja 2007. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristöissä. Hoitotiede 2007. Vol.19 (1) 3-11

Helakorpi, Seppo 1996. Asiantuntijuuden arviointi. Verkkojulkaisu luettavissa <<http://openetti.aokk.hamk.fi/seppoh/osaamismittarit/asiant-mittari.pdf>>

Luettu 13.11.2012

Helakorpi, Seppo 2004. Mentorointi ja hiljainen tieto. Verkkojulkaisu luettavissa <<http://openetti.aokk.hamk.fi/seppoh/Osaamismittarit/Mentorointi.pdf>> Luettu 1.1.2013

Helsilä, Martti- Salojärvi, Sari (toim.) 2009. Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Kariston Kirjapaino Oy: Hämeenlinna

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007. AURA Ammattiura sairaanhoitajana. Verkkojulkaisu.<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2179,23268>>

Luettu 14.1.2013

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010. Hoitohenkilöstön ammattiuraohjelmat. Verkkojulkaisu. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2179,23268>> Luettu.14.1.2013

Isopahkala- Bouret, Ulpuukka 2008. Asiantuntijuus kokemuksena. Aikuiskasvatus 2/2008 84-93. < http://www.helsinki.fi/ktl/julkaisut/pk_2009/isopahkala.pdf> Luettu 28.9.2012

Istomina, Natalja- Suominen, Tarja- Razbadauskas, Artûras- Martinkènas, Arvydas- Meretoja, Riitta- Leino- Kilpi, Helena 2011. Competence of nurses and factors associated with it. Medicina (Kaunas) vol.47 (4) 230-237

Janhonen, Minna 2010. Tiedon jakaminen tiimityössä. Väitöskirja 2010. Helsingin yliopisto. Työterveyslaitos, Työ ja Ihminen, Tutkimusraportti 39. Helsinki. Tampereen Yliopistopaino Oy- Juvenes Print

Jokinen, Jyrki- Lähteenmäki, Lauri- Nokelainen, Petri 2009. Työssäoppimisen lumo, Ammatillisen sekä Ammatillisen korkea-asteen koulutuksen ja työelämän yhteistyön hyvät käytänteet. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opetusministeriö. HAMK:in e- julkaisu- ja 3/2009. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy. Verkkojulkaisu
<http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMKJulkisetDokumentit/Yleisopalvelut/Julkaisupalvelut/Kirjat/Tutkimus-%20ja%20kehitysty%C3%B6/Tyossaoppimisen_lumo_HAMK_2009_e.pdf>
Luettu 14.11.2012

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön, Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali - ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö

Kananen, Jorma 2011. Kvantti, Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampereen Yliopistopaino Oy- Juvenes Print

Kankkunen, Päivi- Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. Painos, 2010. Helsinki: WSOYpro Oy

Koivunen, Marita- Teeri, Sari- Peltomaa, Katriina 2011. Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa- osa-projekti- Satakunnassa. Satakunnan Ammattikorkeakoulu sarja B, raportit 1/2011

Korhonen, Anne 2008. Näkökulmia kliinisen asiantuntijan ammattietiikasta. Sairaanhoidaja-lehti 6-7 2008. Verkkoarkisto
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2008/muut_artikkelit/nakokulmia_kliinisen_asiantuntij/> Luettu 29.9.2012

Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Jyväskylä: Bookwell Oy

Laki Terveystieteiden ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994

Leinonen, Tuija- Leino-Kilpi, Helena 1999. Research in peri- operative nursing care. Journal of Clinical Nursing 1999 (8) 123-138

Leino-Kilpi, Helena- Välimäki Maritta 2009. Etiikka Hoitotyössä. 5. Uudistettu painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit

Leppänen, Nina- Puupponen, Anna 2009. Opinnäytetyö YAMK. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Hoitotyön asiantuntija- käsitteen määrittelyä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4146/leppanen_nina_ja_puupponen_anna.pdf?sequence=1>Luettu 27.9.2012

Lukkari, Liisa- Kinnunen, Timo- Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. Painos Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Manka, Marja-Liisa- Marjut Mäenpää 2010. Tulevaisuuden osaajaksi. Tulosta osaamistarpeiden tunnistamisella. Tutkimus- ja kehittämiskeskus Synergos Tampereen yliopisto. Tammerprint Oy. Luettavissa sähköisesti
<www.punkprojekti.fi/files/534/punk_osaamisopas_www.pdf> Luettu 30.12.2012

McGarvey, Helen- Chambers, Mary- Boore, Jennifer 2000. Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. *Journal of Advanced Nursing* 2000 vol.32 (5) 1092-1100

Meretoja, Riitta 2003. Nurse competence scale. Väitöskirja 2003. Turun Yliopisto, Turku

Meretoja, Riitta- Harjula, Tuula- Lehto, Ritva- Timonen, Leena- Kallakorpi, Susanna- Orvoma, Pirkko-Liisa- Kotila, Jaana- Kangas, Riitta 2009. Sairaanhoidajien osaamiskartoitukset HYKS-Sairaanhoidoalueella 2007-2008. Loppuraportti 2009. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri

Meretoja, Riitta- Isoaho, Hannu- Leino-Kilpi, Helena 2004. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* vol.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* vol.68 (2) 414- 422 doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05754.x

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

Michell, Lucy- Flin, Rhona- Yule, Steven- Mitchell, Janet- Coutts, Kathy- Youngson, George 2011. Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non- technical skills. *International Journal of Nursing Studies* (48) 818-282

MOT kielitoimiston sanakirja 2,0.2008 MOT sanakirjasto. Helsinki: Kotimaisten kielten tutkimuskeskus ja Kielikone.

<<http://mot.kielikone.fi.ezproxy.metropolia.fi/mot/metropolia/netmot.exe>>

Luettu 1.10.2012

Mäkipää, Sanna- Korhonen, Teija 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011.Helsinki: Edita Prima Oy

Nummelin, Merja 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Pro Gradu- hoitotiede, Turun Yliopisto

Nurminen, Raija (Toim.) Sarajärvi, Anneli 2011. Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Raportteja 113 Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

Penttinen, Aulikki- Mäntynen, Jukka 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus- ennakkoivaa työsuojelua. Työturvallisuuskeskus. Luettavissa sähköisesti
< http://www.tyoturva.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf> Luettu 19.9.2012

Perälä, Marja- Leena- Toljamo, Maisa- Vallimies- Patomäki, Marjukka- Pelkonen, Marjaana 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö, Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004-2007) arviointi. Stakesin raportteja 28/2008. Luettavissa sähköisesti
<<http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>> luettu 19.9.2012

Pesonen, Eero 2011. Safe surgery saves lives- Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. Finnanest 44 (6) 18-20

Polit, Denise- Beck, Cheryl 2012. Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practise. Ninth edition. Wolters Kluwer/Lippincott Williams &Wilkins

Richardson- Tench, Marilyn 2008. The scrub nurse: basking in reflected glory. Journal of Advanced Perioperative Care 2008 vol.3 (4) 124-131

Saaranen- Kauppinen, Anita- Puusniekka Anna 2009. KvaliMOTV- Metelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettavissa verkossa
<http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf> Luettu 18.11.2012

Sairaanhoitajaliitto 2012. Nimikkeen kriteerit, sairaanhoitaja
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/uraportti/erityispatevyys/nimikkeen-kriteerit/> Luettu 27.12.2012

Sarajärvi, Anneli- Mattila, Lea- Riitta- Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta avain hoitotyön kehittämiseen.1. painos. Helsinki. WSOYPro Oy

Silén –Lipponen, Marja 2005. Teamwork in Operating Room Nursing, Conceptual Perspective and Finnish, British and American Nurses' and Nursing Students' Experiences. Väitöskirja 2005. Kuopion Yliopisto. Kuopio. Luettavissa sähköisesti <<http://www.uku.fi/vaitokset/2005/isbn951-27-0362-9.pdf>> Luettu 8.10.2012

Silén- Lipponen, Marja 2006. Tiimityö 2000- luvun leikkausosastoilla. Suomen Lääkäri-lehti 39(61) 3994-3995

Silén- Lipponen, Marja- Tossavainen, Kerttu- Turunen, Hannele- Smith, Ann. Learning about teamwork in operating room clinical placement. British Journal of Nursing vol.13 (5) 244-253

Silvennoinen, Ann- Sofie- Salanterä, Sanna- Meretoja, Riitta- Juntila, Kristiina 2012. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys perioperatiivisessa toimintaympäristössä. Tutkiva Hoitotyö Vol.10 (3) 2012. 22-31

Skirton, Heather- O'Connor, Anita- Humphreys, Ann 2012: Nurses' competence in genetics: a mixed method systematic review. Journal of Advanced Nursing 00(0), 000-000. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06034.x

Steelman, Victoria- Pape, Theresa- King Cecil- Garling, Paula- Gaberson, Kathleen 2011. Selection of a method to rate the strength of scientific evidence for AORN recommendations. AORN Journal vol.93 (4) 433-444

Suomi.Sanakirja.fi. Sivistyssanakirja. Verkkolähde <<http://suomisanakirja.fi/kompetenssi>> Luettu 11.11.2012

Takase, Miyuki 2012. The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: a tentative model for nursing competence development. Journal of Clinical Nursing 2012, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04239.x

Tengvall Erja 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammattipätevyys, kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Väitöskirja 2010. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Luettavissa sähköisesti

<http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf> Luettu 19.9.2012

Tiusanen, Teija- Junntila, Kristiina- Leinonen, Tuija- Salanterä, Sanna 2010. The validation of AORN recommended practices in Finnish perioperative nursing documentation. AORN Journal vol.91(2) 236-247

Tuomi, Sirpa 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä, Nurse's Professional Competence in Pediatric Nursing. Väitöskirja 2008. Kuopion Yliopisto, Kuopio. Luettavissa sähköisesti
< <http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0815-4.pdf>> Luettu 7.11.2012

Virtanen, Ilkka 2006. Hiljaisen tiedon ongelma- kuinka hiljaista hiljainen tieto on? Pro-Gradu 2006. Tampereen yliopisto, Tampere. Luettavissa sähköisesti
<<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01163.pdf>> Luettu 1.1.2013

Wiitakorpi, Iiris 2006. Ammatillisen osaamisen tukeminen muuttuvissa toimintaympäristöissä, tutkimus ikääntyvien työntekijöiden näkökulmasta. Åbo akademis förlag- Åbo akademi university press. Luettavissa sähköisesti
<<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/4130/TMP.objres.70.pdf?sequence=2>>
Luettu 17.1.2013

Systemaattisen kirjallisuushaun vaiheet

Tietokan- ta/Päivämäärä	Hakusana	Rajaus	Osuma	Otsikkorajaus	Abstraktira- jaus	Valitut
<i>EBSCOHost/ China</i> 22.10.2012- 26.10.2012	nursing skills	aika 2000-2012 All Text Subject: major heads: Nursing skills Perioperative nursing	3125 640 14	 8	 3	 3
	nursing and skills	aika 2000-2012 all text Subject: Major Heads: Nursing skills Perioperative nursing	15367 640 14	 10	 3	 1
	Nursing OR skills	2000-2012 all text Subject: Major Heads: Perioperative nursing clinical compe- tence	649829 3935 36	 21	 7	 8
	Nursing competence	2000-2012 All Text Subject: Major Heads: clinical compe- tence	632 156	 141	 13	 1
	Perioperative competence	-	0	-	-	0

	Perioperative nursing	2000-2012 All Text Subject: Major Heads: aorn Evidence-Based	5666 221 4		3	-	1
	Perioperative nursing	2000-2012 All Text Subject: major Heads: Evidence- Based intaoperative care	3	1	1	1	1
	clinical competence	2000-2012 All Text Subject: Major Heads: nursing practice critical care nursing	13624 361 11		9	1	1
<i>Cochrane</i> 26.10.2012	Nursing skills	Title, Abstract, Keyword	18	18	-	-	0
	nursing competence		3	3	-	-	0
	perioperative nursing		6	6	-	-	0
	clinical competence		6	6	-	-	0
	perioperative skills		0	-	-	-	0
<i>PubMed</i> 25.10.2012		Advanced search Builder:					

	Nursing skills, perioperative nursing, competence	((nursing skills)AND perioperative nursing)AND competence publications	53	42	7	4
<i>Ovid</i> 27.10.2012	Nursing skills	Nursing@Ovid 2000-2009 Database 5 stars	993			
		Subjects: nursing skills	558			
	Nursing competence	Perioperative nursing	12	5	6	1
		Database 5 Stars 2000-2009 perioperative nursing	5582			
	Perioperative nursing		24	16	4	4
		2000-2009 5 Stars clinical competence Intraoperative care	11062 314 29		24	5

Tutkimuksen käytännön sovellettavuuden arviointi

Tutkimus/ julkaisu	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset	Sovellettavuus käytäntöön, vastaukset, kommentit ja johtopäätökset
<p>Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys perioperatiivisessa toimintaympäristössä Silvennoinen, Salanterä, Meretoja, Junttila Tutkiva Hoitotyö 2012 Vol.10 (3) 2012 s. 22-31</p>	<p>Poikkileikkaus-kysely tutkimus. Kyselyssä Meretojan NCS- mittari ja 10 perioperatiivisen hoitotyön keskeisintä toimintoa, mukaan otettu taustamuuttujista ikä, palvelusvuodet ja koulutustausta. Tutkimus osa sh-piirin osaamisen kehittämisprojektia. Kyselyyn osallistujat saivat vastata työajalla. Vastauksia palautui 67%, lopullinen vastausten määrä oli n=53%. Osaamista arvioitiin VAS-asteikolla ja tulokset oli analysoitu Spss19.0- ohjelmalla</p>	<p>Tuloksissa kokonaiskuva ammatillisesta pätevyydestä oli hyvä VAS 57.17. Parhaimmaksi hoitajat arvioivat auttamisen ja tilannehallinnan osaamisen, heikoimmilla oli opetus ja ohjaus. Taustatekijöistä ei noussut mitään uutta joka vaikuttaisi osaamiseen. Pitkä työkokemus korostuu hyvän ammatillisen pätevyyden arvioinnin kohdalla.</p>	<p>Geneerisen mittarin käyttö yhdistettynä tarkasteltavan erikoishoitoyönosa-alueen erityisosaamiseen antavat monipuolisen kuvan sairaanhoitajan taidoista. Erikoisalan erityisosaamisen mittaamisessa geneerinen mittari ei puolusta paikkaansa osa-alueiden yleisyyden vuoksi. Saisiko tuloksesta monipuolisemman tai kattavamman jos arviointi osaamisesta olisi vertaisarviointi tai 360-asteen arviointi?</p>
<p>Synthesis of the Literature on "competence" as It Applies to Perioperative Nursing Gillespie, Hamlin AORN Journal 8/2009 Vol. 90 (2) s.245-258</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus jossa haettiin aineistoa chinalista, pubmedista, proquest nursing. Tarkoituksena oli määrittellä perioperatiivisen sairaanhoitajan kompetenssi. Hakusanat competence and operating room ja rajaus vuosiin 2000-2008. Koska haluttiin viimeisintä tietoa ammatillisesta pätevyydestä ja sen määrittelystä, 90- luvulta lähtien on kehitelty ammattipätevyys standardeja. Ai-</p>	<p>Tutkimuksia oli 39 joista 18 rankattiin pois sisällön vuoksi. Jäljelle analyysiin jäi 21 artikkelia. Analyysin artikkelit olivat kvalitatiivisia, kvantitatiivisia ja yksi artikkeli oli näiden kahden sekoitus. Artikkelit jaoteltiin alaryhmiin joiden pohjalta esille nousivat perioperatiivisen hoitotyön erityisosaamista ja ammatillista kompetenssia vaativat alueet. Näitä olivat käytännön tieto, tieteellinen tieto, esteet-</p>	<p>Vähäisten tutkimusten vuoksi on erittäin tärkeää, että pystymme määrittelemään myös perioperatiivisen sairaanhoitajan kompetenssit. Tämän kirjallisuusanalyysin perusteella nousi tärkeäksi tekijäksi jatko tutkia ja kehittää perioperatiivisen työn osaamisen mittaamista ja määrittelyä. Perioperatiivisessä kompetenssissä korostuu tämän tutkimuksen tuloksena kaksi tekijää erikoistietä-</p>

	neisto oli luettu läpi ja keskusteltu aihealueista jotta kaikki halutut kriteerit täyttyvät.	tinen tieto, kommunikaatio, henkilöstö tekijät (tiimityö), johtaminen ja koordinointi.	mys ja inhimilliset tekijät.
<p>Finger, Susan.D.- Pape, Tess.M.</p> <p>Invitational Theory and Perioperative Nursing Preceptorships.</p> <p>AORN Journal 10/2012 Vol. 76 (4) 630-642</p>	<p>Kyselytutkimus johon vastasi 113 perioperatiivista sairaanhoitajaa eri terveydenhuollon yksiköistä Amerikassa.</p> <p>Aineisto analysoitiin Spss – tilastollisella menetelmällä käyttäen Cronbachin (alpha) uskottavuus kerrointa.</p>	<p>Perioperatiivisen sairaanhoitajan rooli on hyvin ainutlaatuinen, heidän täytyy olla kliinisesti erittäin taitavia hoitotyössä sekä omata isot määrät teknisiä taitoja. Työntekijän näkökulmasta perioperatiivisen hoitajan täytyy olla kokenut ja hyvin ohjeita noudattava. Huoli peroperatiivisten hoitajien vähydestä on suuri. Vähyyteen vaikuttavat työn vaativuus ja stressaavuus, koulutuksen puute sekä sairaanhoitajia kouluttavan instanssin puolelta perioperatiivisen hoitotyön vähentäminen.</p> <p>Kuinka saada osaavia perioperatiivisia hoitajia. Tutkimuksessa selvitetiin voitaisiinko havainnointiin perustuvaa koulutusta käyttää perehtyvän ja perehdyttävän sairaanhoitajan yhteistyössä ja kokemattomamman hoitajan kouluttamisessa. Bennerin novisista expertiksi teoria on sairaanhoitajille tuttu. Oppimisen tasot ymmärrettyään hoitajan on helpompi suunnitella oppimistaan.</p> <p>Perehdyttäjän ja perehtyjän tiivis yhteistyö ja keskustelut edesauttavat perehtyjän etenemistä sekä ammatillisen osaamisen kehittymistä. Positiivinen kannustaminen vahvistaa ja kannustaa toisin kuin negatiivinen palaute latistaa ja voi pahimmillaan</p>	<p>Tämä tutkimus ei suoraan vastaa PICO- kysymykseen, mutta tutkimuksesta on luettavissa selvästi perehdytyksen merkitys perioperatiivisen hoitajan ammatillisessa kehityksessä ja erikoisosaamisalueiden oppimisessa.</p> <p>Avoin vuorovaikutussuhde perehtyjän ja perehdyttäjän välillä avaa uusia ovia molemmille. Kokemattomampi hoitaja oppii koko ajan havainnoimalla kokeneelta käytännön käden taitoja ja työskentelytapoja. Hiljaisen tiedon siirto on näin turvattu.</p> <p>Suoraan mitä taitoja perioperatiiviselta hoitajalta vaaditaan ei tässä tutkimuksessa tuotu esille, mutta korostettiin kuitenkin vuorovaikutuksen merkitystä ja ohjauksen ja opetuksen suurta osuutta hoitotyön jatkuvuuden opettamisessa.</p>

		saada aikaan sen että perehtyjä päättää vaihtaa työtapaa.	
<p>Steelman, Victoria- Pape, Theresa-King, Cecil- Garling, Paula-Gaberson, Kathleen</p> <p>Selection of a Method to Rate the Strengh of Scientific Evidence for AORN Recommendations.</p> <p>AORN Journal 4/2011 Vol.93 (4) 433-444</p>	<p>AORN kerää tietoa ja julkaisee suosituksia perioperatiiviseen hoitotyöhön.</p> <p>Systemaattiseen katsaukseen haettiin tietoa laajalla kirjallisuushaulla, johon määriteltiin tarkasti sisällön ja poissulkukriteerit jotta lopputuloksesta tulisi tarkoituksen mukainen.</p> <p>Kirjallisuus haulla tehtiin systemaattisten menetelmien arviointia tieteellisen näytön luokituksissa. Tällä haulla saatiin paljon tuloksia ja tämän perusteella näytön osoittaminen muodostui hyvin laaja- alaiseksi. Hakuun saatiin 40 näytönluokitusta. Hakua laajennettiin koskemaan asiantuntijoiden kokemuksia, jolloin jäljelle jäi 6 hoitotyön menetelmää.</p> <p>Tämän tutkimuksen vahvuus on näyttöön perustuvan tiedon läpinäkyvydessä ja sovellettavuudessa suosituksissa ja käytännön työssä.</p>	<p>Näyttöön perustuva toiminta on tarkastusleima erinomaiselle perioperatiiviselle hoitotyölle. Prosessi perustuu vuosia kestäneen kliinisen perustyön ja tieteellisen tiedon pohjalta tehtäviin päätöksiin.</p> <p>Perioperatiivisten hoitajien täytyy tulla tutuksi tämän näyttöön perustuvan tiedon hankinnan kanssa ja opetella hakemaan uusinta tietoa ja soveltaa sitä käytännön hoitotyöhön mm. erilaisista hoitosuosituksista joita mm. AORN julkaisee.</p>	<p>Tarkoituksena tutkimuksessa oli objektiivisesti tunnistaa eniten sovellettavissa olevaa näyttöön perustuvan toiminnan luokituksia perioperatiivisessa hoitotyössä.</p> <p>Tutkimus kehoittaa perioperatiivisia hoitajia hakemaan aktiivisesti näyttöön perustuvaa tietoa ja hoitosuosituksia. Työni kannalta tämä tutkimus tukee näyttöön perustuvan toiminnan tärkeyttä ja kyseisen tutkimuksen voi littää perioperatiivisen hoitajan osaamisalueista tiedon hankinta osioon.</p>
<p>Healey- Undre- Vincent</p> <p>Defining the techical skills of teamwork in surgery.</p> <p>Qual Saf Health Care 2006 (15) 231-</p>	<p>Strukturoitu- tutkimus tiimityöskentelystä</p>	<p>Menestyvä ja vaikuttava kirurgia tarvitsee onnistuakseen tiimityötä. Yksikään kirurgi ei ole mitään ilman hyvää tiimiä.</p> <p>Leikkaushoitajilta edellytetään hyviä tiimityötaitoja leikkausalissa. Tutkimuksessa struktutoitiin tiimityön toiminta niin kuin se on järjestäytynyt. Tiimi koostuu yksilöistä joiden täytyy</p>	<p>Julkaisu antaa näkökulmaa tiimin toimintaan ja tiimin merkitykseen leikkaushoitajan työssä. Leikkaushoitaja on osa tiimiä omalla työpanoksellaan.</p> <p>Työskentelyyn tiimin jäsenenä täytyy olla ihmisellä perusvalmiuksia. Hänen tulee olla vastaanottavainen ja tiedon janoinen. Hänellä tulee olla</p>

234		ymmärtää oma toiminnalliseen osuutensa osana ryhmää. Se jakaa ryhmän kesken vastuuta ja asettaa henkilöitä myös hierarkisesti eri järjestykseen. Tässä tapauksessa tiimiä johtaa kirurgi ja kirurgian protokolla. Tähän kaikkeen perusprotokollaan hoitajien on pitänyt pystyä varautumaan etukäteen, mutta tiimityön kannalta mahdollisten muutosten myötä tilanteisiin pystytään vaikuttamaan ja saavuttamaan potilaan edun mukainen päämäärä.	haluna yhdessä tiimin kanssa auttaa potilasta. Tiimityön merkitys nousee erittäin suureen osaan leikkausali-työssä. Työ salilla on mitä suurimmissa määrin tiimityötä ja sen osaaminen on erittäin suuri osa leikkaushoitajan ammatillista osaamista. Sosiaaliset taidot ja niiden käyttö on erittäin iso tekijä leikkaushoitajan työssä.
<p>Hamström, Niina- Kankkunen, Päivi- Suominen, Tarja- Meretoja, Riitta</p> <p>Short hospital stays and new demands for nurse competencies.</p> <p>International Journal of Nursing Practice 2012; 18 501-508.</p> <p>doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus jossa kuvataan hoitajien ammatillista osaamista polikliinisessä hoitotyössä. Data kerättiin elektronisella kyselyllä jossa käytettiin NCS-mittaria keväällä 2008.</p> <p>Aineisto kerättiin kuudesta polikliinisestä yksiköstä eri sairaaloista saman yliopistollisen sairaalan sisältä Suomessa. Kysely toteutettiin sähköisesti koska se oli taloudellisin menetelmä kerätä tietoa.</p> <p>Kaikki osallistuvat sairaanhoitajat työskentelevät päiväkirurgisessa yksikössä ja he saivat elektronisen kyselykaavakkeen sähköpostitse. Taustamuuttujia otettiin mukaan ikä, työkokemus, työpiste ja työkierto. Myös motivaatiota ja mahdollisuuksia päiväkirurgisessa hoitotyössä kysyttiin.</p>	<p>Kyselyitä lähetettiin 148 joista palautui 84 joten vastausprosentiksi jäi 59%. Tyypillisiin vastaaja oli n. 40-49 vuotiaan pitkän perioperatiivisen uran tehnyt hoitaja.</p> <p>Suurimmalla osalla vastaajista oli pitkä kokemus päiväkirurgisen potilaan hoitotyöstä.</p> <p>Suurin osa hoitajista oli erittäin motivoituneita työhönsä ja haluavat kehittää työtään.</p> <p>Yli 60% vastaajista kuvaavat moniammatillista tiimityötä ja muuttuvia työnkuvia päiväkirurgisella osastolla osaksi haastavaa ammatillista osaamista.</p>	<p>Päiväkirurgisessa hoitotyössä leikkaushoitajan kannalta hyvin tärkeiksi osaamisen alueiksi nousevat tiimityö, moniammatillinen yhteistyö, potilaan ohjaaminen, tilanneherkkyys ja reagointi äkillisiin tilanteisiin.</p> <p>Ohjaaminen korostui potilaan ohjaamisen kannalta, hoitajan on pystyttävä ohjaamaan potilas niin että hän selviää toimenpiteen jälkeen kotona. Hoitajan on pystyttävä hahmottamaan potilaan selviytyminen ja tukiverkosto.</p> <p>Kehitettävää jää paljon. Henkinen ohjaaminen ja potilaan henkisten valmiuksien huomioiminen vaatii lisää koulutusta.</p>

	<p>Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista ja tämä oli kerrottu saatekirjeessä.</p> <p>Saatu data analysoitiin Spss - tilastointiohjelman avulla.</p>		
<p>Gillespie, Brigid- Chaboyer, Wendy- Wallis, Marianne- Chang, Hsiao-you Annie- Werder, Helen</p> <p>Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study</p> <p>Original research. Journal of Advanced Nursing 2009, 1019-1028.</p>	<p>Kohderyhmätutkimus johon osallistuu 27 leikkausosaston sairaanhoitajaa Queenslandiasta Australiasta. Haastattelut nauhoitettiin ja samalla kirjoitettiin muistiin panoja. Aineisto kerättiin vuoden 2008 aikana. Aineiston analyysissa käytettiin teemoittelua.</p> <p>Tarkoituksena ymmärtää paremmin hoitajan ammatillinen osaaminen leikkausosastolla.</p>	<p>Aineiston analyysissä esille nousi kolme teemaa: Teorian yhdistäminen, kliiniset taidot sekä johtaminen ja koordinointi.</p> <p>Ammatillisen osaamisen kulmakiviksi nousee leikkaushoitajien työssä monialainen tietämys, tiimityö ja kommunikointitaidot sekä kyky koordinoida ja johtaa toimintaa leikkausosastolla.</p> <p>Leikkaushoitajien täytyy osata teknisesti toimia leikkauksissa sekä käyttää teknisiä laitteita joita käytetään leikkausten aikana. Psyko-motoriset taidot ovat erittäin tärkeitä leikkaushoitajan työssä.</p> <p>Leikkausten protokollat ja ohjeistukset tulee tietää ja osata, tämä auttaa selviytymään muuttuvissa tilanteissa ja turvaa potilaan turvallisuutta.</p> <p>Potilaan kohtaamisessa ja tilannetaajuutta tarvitaan, tilannelukutaito ja reagointi muuttuviin tilanteisiin katsotaan eduksi.</p>	<p>Kohderyhmätutkimuksen avulla voidaan selvittää tietyn ryhmän ammatillisia kompetenssejä, tässä tutkimuksessa koskemaan leikkausosaastoa.</p> <p>tutkimuksessa korostuu leikkauhoitajien moninainen rooli hoitotyössä leikkausosastolla. Johtopäätöksissä korostuu kommunikoinnin ja tiimityön merkitys. Potilasturvallisuuden varmistaminen riittävällä tiedonsaannilla edesauttaa hoitajien työtä.</p> <p>Leikkaushoitajalta vaaditaan hyvin laaja-alaista osaamista. Hänen täytyy pystyä toimimaan osana leikkaustiimiä, hallitsemaan tekniikat ja tekniset laitteet, ohjaamaan potilasta sekä kollegoita, johtamaan tilanteita ja koordinoimaan toimintaa muuttuvissa tilanteissa. Häneltä edellytetään tiimityötaitoja ja tieteellisen tiedon etsimistä sekä uuden tiedon hankintaa sekä sen yhdistämistä käytäntöön.</p>
<p>Mitchell, Lucy- Flin, Rhona- Yule, Steven- Mitchell, Janet- Coutts,</p>	<p>Haastattelututkimus, jossa haastateltiin 25 hoitajaa ja 9 erikoislääkäreitä</p>	<p>Yleisesti hoitajilla on olemassa ei teknisiä taitoja. Näitä ovat tilanne</p>	<p>Tämä tutkimus antaa runsaasti materiaalia päättötyötani varten leikkaus-</p>

<p>Kathy- Youngson, George</p> <p>Thinking ahead of the surgeon. An interview study to indentify scrub nurses´non- technical skills</p> <p>International Journal of Nursing Studies 2011 (48) 818-828</p>	<p>neljässä Skottilaisessa sairaalassa. Tutkimuksessa haluttiin vastauksia leikkaushoitajan sosiaalisista ja kongnitiivisista taidoista.Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin ylös sanata tarkasti.</p>	<p>tietoisuus, päätöksentekotaito, kommunikointi ja tiimityötaidot, stressin sietokyky. Huomioimatta jäi leikkaushoitajan osaaminen leikkaukseen valmistautumisessa.</p> <p>Ei tekniset taidot saivat useita sisältöjä tässä tutkimuksessa. Esille nousi kuunteleminen, kateleminen, ymmärtäminen, ennakointi, päätöksenteko, toiminnan päättäminen toimiiko vai ei, kommunikointi, non-verbaalinen viestintä, tiimityö, toiminnan selkeyttäminen, tasapainottelu, johtajuus, ohjaaminen, valmistautuminen, organisointi, protokolla, stressin sieto, toimenpiteiden osaaminen.</p>	<p>hoitajan ei- teknisistä taidoista, jotka ovat kuitenkin erittäin isossa roolissa hoitajan työssä.</p>
<p>Fesler- Brich, Diane</p> <p>Perioperative Nurses´ Ability to Think Critically</p> <p>Q Manage Health Care Vol.19 (2) 137-146</p>	<p>kvantitatiivinen tutkimus kriittisen ajattelun taidoista perioperatiivisessa hoitotyössä.</p> <p>Aineisto kerättiin yhdestä yliopistollisesta sairaalasta, yhdestä keskussairaalasta ja kolmesta polikliinisestä kirurgisesta keskuksesta. Aineistoa kerättiin vuosina 2008-2009.</p> <p>Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja kaksois-sokkotutkimus varmistettiin tällä keinoin.</p>	<p>Hoitajien rooli muuttuu dynaamisemmaksi ja heidän täytyy pysyä ajan hermoilla terveydenhuollon kehityksessä. Hoitajilta vaaditaan muuttuvissa hoitotyön ympäristöissä paljon psykomotorisia ja kognitiivisia taitoja.</p> <p>Analyysi on tilastollista kuvailua. Kyselyn vastausprosentti oli suuri 80 %.</p> <p>Vaikka leikkaushoitajille tulee työsäään paljon rutiineita jotka takaavat laadukkaan lopputulokset kriittiselle ajattelulle on oma paikkansa. Tilanesidonnaisuus, reagointi mahdollisesti muuttuviin tilanteisiin on osa ammattitaitoa.</p>	<p>Tutkimus ei juurikaan tuo työn kannalta uutta näkökulmaa ajattelun ja kriittisen tarkastelun puolelta leikkaushoitajan työhön. Tutkimus syventää ei teknisissä taidoissa tilannelukutaidon ja leikkausten etenemisen ymmärtämistä. Näissä tilanteissa hoitajan on osattava ajatella kriittisesti ja selvästi jotta yhtä-äkkisesti muuttuvissa tilanteissa on mahdollisuus toimia. Rutiinit ja perustaitojen osaaminen luo pohjaa ammatilliselle osaamiselle.</p> <p>Oman toiminnan kriittinen tarkastelu ja hoitotilanteiden kriittinen pohtiminen auttaa hoitotyöntekijää kehittämään itseään.</p>

<p>Gillespie, Brigid- Polit, Denise- Hamlin, Lois- Chaboyer, Wendy</p> <p>Developing a model of competence in the operating theatre: Psychometric validation of the Perceived Perioperative Competence Scale- Revise</p> <p>International Journal of Nursinf Studies 2012 (49) s. 90-101. doi:10.1011/j.ijnurstu.2011.08.001</p>	<p>uusittu painos perioperatiivisen hoitotyön ammatillisen osaamisen asteikoista. (PPCS-R)</p> <p>Tutkijat testasivat Australian ensiksi pilottiryhmällä Queenslandissa 345 hoitajalla 98 perioperatiivista hoitotyötä kuvaavalla kysymyksellä osaamista leikkausosastolla. Sittemmin tutkimus laajennettiin koskemaan koko maata ja maan kaikkia leikkaushoitajia jotka ovat rekisteröityneet australian leikkaushoitajien järjestöön 3209 hoitajaa.</p> <p>Lopullisessa tuloksessa vastaajia oli 1122 ja 94 kysymystä oli supistunut neljään kymmeneen.</p> <p>Tulokset lopullisessa tutkimuksessa analysoitiin tilastollisin menetelmin (Spss).</p>	<p>Vaikka otosmäärä oli suuri vastauksia joita kelpuutettiin lopulliseen tutkimukseen kutistui reiluun tuhanteen. Vastausprosentti jäi näin ollen 35,5%. tutkimuksen tulos on näin ollen vain suuntaa antava.</p> <p>Perioperatiivien hoitajan osaamisaluiksi nousi tekninen ja tiedollinen osaaminen, empaattisuus (potilaan kohtaaminen), ammatilliset tekijät (erikoisalaosaaminen),yhteistyökyky, johtajuus, taitavuus.</p>	<p>Huomattava käyttökelpoisuus itsearvioinnissa ja arvioitaessa kognitiivisia taitoja.</p> <p>PPCS-R- mittaria kannattaa käyttää apuvälineenä hoitajien ja hoitotyön johtajien ammatillisen pätevyyden arvioinnissa.</p>
<p>Silén- Lipponen, Marja- Tossavainen, Kerttu- Turunen, Hannele- Smith, Ann</p> <p>Learning about teamwork in operating room clinical placement</p> <p>British Journal of Nursing 2004 Vol. 13 (5) 244-253</p>	<p>Kyselytutkimus, suomen, englannin ja amerikan sairaanhoitajaopiskelijoille, jotka suorittavat peroperatiivista harjoitteluaan syventävillä jaksoilla (n= 30).</p> <p>Tarkoituksena oli tutkia miten tiimityöskentelyä opitaan ja millaisia aspekteja tiimityöstä nousee esille.</p> <p>Artikkeli liittyy Silén-Lipposen 2005 väitöskirjaan.</p>	<p>Tiimityö on oleellinen osa leikkausosaston työtä. Moniammatillinen tiimityö on yksi tärkeimmistä yhdistävistä elementeistä leikkausosastoilla. Jotta pystyy työskentelemään moniammatillisessa tiimissä on tiimityön taitoja harjoiteltava.</p> <p>Tutkimuksesta nousi kolme tiimityön tyyppiä: toiminnallinen tiimityö, tiimin osaksi on päässyt hankkimalla riittävästi tietoa ja tekninen orientoitumi-</p>	<p>Tiimityön sisällön ja tiimityöskentelyn oppiminen on erittäin tärkeä osa perioperatiivisen sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Toimiminen täysivaltaisena tiimin jäsenenä vaatii hoitajalta jatkuvaa itsensä kehittämistä ja nuorempien hoitajien kouluttamista. tiimityön tärkeys korostuu leikkaussalissa ja tiimin toimivuus nousee suureen arvoon. Jokainen tiimin jäsen tarvitsee toisiaan, ilman yhtä jäsentä tiimi on vajaa eikä pysty</p>

	<p>Fenomenologinen kuvailu aineiston analyysissä. Aineistosta pyrittiin saamaan oppilaiden kuvailujen kautta käsitys millaista tiimityö on millaisena he sen kokevat ja mitkä tekijät vaikuttavat tiimityön oppimiseen.</p>	<p>nen tiimityöhön.</p> <p>Toiminnallinen tarkoittaa haastavia oppimiskonteksteja, selvää ja toistuvia rutiineja sisältävää, jossa on korkeat osaamisen odotukset.</p> <p>Saavutettu osa tarkoittaa että pitkän perehdytyksen jälkeen hänet on hyväksytty osaksi tiimiä. tähän päämäärään edesauttaa positiivinen mentorointi suhde ja monipuoliset oppimistilaisuudet.</p> <p>Tekninen orientaatio tiimityössä: tasapainoinen tiimityö on teknisesti orientoitunutta, sosiaalisesti tasapainoista ja joustavaa. Kun kaikki tiimin jäsenet ovat teknisiltä taidoiltaan taitavia toimivat tiimin sisällä kaikki hyvin joustavasti ja vähin äänin.</p> <p>Eroavaisuudet henkilöissä tiimin sisällä vaikuttavan tiimin toimintaan. Taidot ja asenteet aiheuttavat helposti ongelmia tiimityön osissa.</p>	<p>toimimaan täysillä. Tästä kärsii potilashoito. Leikkaus voi viivästyä, teknisesti jotain voi mennä pieleen ja potilasturvallisuus kärsii.</p> <p>Tiimityön tekijöiltä edellytetään hyviä sosiaalisia taitoja. heidän täytyy pystyä tulemaan erilaisten ihmisten kanssa toimeen ja osattava myös nonverbaalisen viestinnän keinoin tukea tiimin toimintaa.</p> <p>Myönteinen ilmpiiri, tukeva ja kannustava ote edesauttavat tiimityötaitojen oppimista</p>
--	---	--	---

Avoimien kysymysten pelkistys

Mikä on vaikein leikkausasento hallita ja mikä siinä on ongelmallista?

Leikkausasentojen haasteet	Esiin nousevat aiheet	Pääaiheet	Pelkistetty haaste
Thoracolumbotomia- asento	thoracotomia- asento		
Harvinainen leikkausasento	kylkiasento	kylkiasento	Kylki- ja vatsa- asento
leikkausasennon laitto hätätilanteessa kylkiasento	vatsa-asento	vatsa-asento harvinainen asento	
vatsa-asento Leikkausasentoon kääntäminen			
potilaan sijoittaminen	leikkausasentoon kääntäminen	sijoittaminen	potilasturvallisuus
muistaa huomioida monta asiaa	potilaan sijoitta- minen	kääntö	
erityisesti silmät, vatsanalus, raajat	muistaa huom. Monta asiaa: silmät jne.	paljon muistet- tavaa	
	leikkausasennon laitto hätätilan- teessa harvinainen leikkausasento.	hätätilanne	hätätilanteessa toimiminen

Kerro, miten haluaisit kehittää itseäsi

Omat keinot itsensä kehittämiseksi	Esiin nousevat aiheet	Pääaiheet	Pääaihe	Pelkistetty kehitysehdotus
osallistua riittävän usein koulutuksiin	osallistua koulutuksiin	monipuoliset koulutukset	Koulutus	Koulutus
keskittyä tiettyihin "oman alueen " leikkauksiin	erilaisia koulutuksia	saada osallistua koulutuksiin		
saada toistoa	käyttää hyväkseen koulutuksia			
haluan kiertää eri leikkaustoimenpiteitä jotta päivystysrutiini kehittyisi, säilyisi				
haluan syventää taitojani vastuualueella 1				
uusia haasteita muuttuvan leikkaustyön mukana tulee jatkuvasti tekemällä				
kyselymällä				
ohjeita yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa rakentamalla, pysyy kehityksen mukana	keskittyä oman alueen leikkauksiin	keskittyminen		
käyttää hyväkseen erilaisia koulutuksia	tekemällä	tekeminen	Oppimiskeinot	Oppiminen
haluan enemmän varmuutta	kyselymällä	toistettavuus		
toivon edelleen mahdollisuutta syventää tietojani omalla alueella vastuualueella 2 syventämällä osaamista eri erikoisaloilla	saada toistoa	varmuus		
haluaisin lisää tietoa vastuualueen 2 pot koko hoitopolusta	enemmän varmuutta	ohjeistus		
haluaisin kartuttaa vastuualue 2 osaamistani	ohjeiden rakent. Moniammatillisissa työryhmissä			
haluaisin kartuttaa vastuualue 1 osaamistani vaikka olen sen puolen hoitaja, mutta en ole ennen tehnyt sitä				
oletetaan kun on [] psaa	syventää vastuualue 1	syventää vastuualueelle 1		
toivoisin saavani enemmän kokemusta ja itsevarmuutta vastuualue 2 toimenpiteistä	haasteellinen	perhetyä vastuualueelle 1	vastuualue 1 syventävä	
haluan pereht. vastuualueelle 1				
syventää tietoja eri leikkauksista	syventää vasatuualueelle 1			
työkierto anestesia puolelle				
	syventää vastuualueelle 2			erikoisalakohdainen syventäminen
	lisää tietoa vastuualueen 2 hoitopolusta	syventää vastuualueen 2 osaamista	vastuualue 2 syventävä	
	kartuttaa vastuualue 2 osaamista	kokemusta/ itsevarmuutta vastuualueelle 2		
	enemmän kok. ja itsevarm			
	vastuualueen 2 kokemusta lisää ettei stressaa			
	syventää tietoja eri leikk.	eri leikk.syventäminen	Työkierto	Työkierto
	työkierto anest.puol	työkierto anest.puolelle		
	uusia haasteita tulee kokoaj.	työkierto monipuolisesti		
	kiertää eri erikoisaloilla			
	syvent eri erikoisalueilla			

Kerro, millä keinoin työnantaja voisi tukea osaamistasi

Työnantajan keinot työntekijän kehittämiseksi ja tukeväksi	esiin aiheet	nousevat	pääaiheet	pääaihe	Pelkistetty kehitysehdotus
mahdollistamalla pääsyn koulutuksiin	koulutukset		koulutus	monipuolinen koulutustarjonta	Koulutus
ja huomioimalla työvuorolistoiss ja salikierrossa	työvuorolistoissa huomioiminen		sisäiset ja ulkoiset koulutukset		
monipuolisuuden	salikierto	monipuolinen	lääkärien luennot	Monipuolinen perhe- dys ja sen suunnittelu	
tulevaisuudessa kun vastualueen 1 leikkaukset ilmeisesti	vastualueen 1 syventämisen mahdollistuminen	1	perehtymisen monipuolinen suunnittelu vastualueen 1 syventämisen mahdollistuminen		
siirtyvät takaisin leikkausosastollemme pääsen					
syventämään alueelle paremmin			työvuorolistoissa huomioiminen	Monipuolinen työkierto	
palkkausta roimasti paremmaksi, ainoastaan se motivoi kunnolla	palkkaus		salikierto monipuolinen	monipuolinen työvuoro- suunnittelu	Työkierto
erilaisilla koulutuksilla talon sisällä ja ulkopuolella.			kiertoa vastualueelle 2		
antamalla mahdollisuuden perehtyä uusiin asioihin	sisäiset ja ulkoiset koulutukset		työkierron monipuolinen suunnittelu		
kunnolla	mahdollisuus perehtyä uusiin asioihin kunnolla				
			Palkkaus	Palkka	Raha/ Palkkaus
säännöllinen kierto eri erikoisaloilla	työkierto		parempi palkkaus moniosaamiselle		
moniosaamisesta ja kokemuksesta tulisi maksaa parempaa palkkaa	parempi	palkkaus	moniosaamiselle		
pitäisi päästä enemmän ko. saleihin etenkin vastualueelle 2	kiertoa vastualueelle 2 puolelle				
meetingeillä eri erikoisalojen lääkäriluentoja (kir+ anest)	lääkärien luentoja				
työkierron ja perehtymisen mahdollistaminen työvuorosuunnittelussa	työkierron monipuolinen suunnittelu				
ja vahvuuden laskemisessa	perhetymisen monipuolinen suunnittelu				
	vahvuuden monipuolinen suunnittelu				

SAATE

Arvoisa leikkaushoitotyön ammattilainen

Tämän opinnäyte tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa leikkausosaston sairaanhoitajien osaamista. Tavoitteena on saada tietoa leikkaushoitajien tämän hetkisestä osaamisesta, kehittämistarpeista ja koko osastoa koskevaa tietoa hoitotyön kehittämisestä, työssä jaksamisesta ja hoitotyön laadun varmistamisesta. Tutkimustulosten avulla kehitetään leikkaushoitajien perehdytysohjelmaa, arvioidaan lisäkoulutuksen tarvetta, kehitetään työssä jaksamista ja sen tuke- mista sekä käytännön hoitotyötä osaamista tukevaksi.

Tutkimusaineisto kootaan sähköisellä kyselyllä alla olevan linkin kautta. Kyselyyn vastataan anonymisti ja vastaaminen on vapaaehtoista. Vastauksia ei pystytä yhdistämään vastaajiin ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaminen vie n. 20 minuuttia. Voit keskeyttää vastaamisen koska tahansa ja siirtää kyselyn odottamaan s-postiisi. Halutessasi voit kyselyn lopussa tulostaa vastaukset itsellesi. Vastaus aika on 15.4 - 28.4.2013.

[Linkki](#)

Kiitos yhteistyöstä

Sh Miia Kantomaa

YAMK-opiskelija

Metropolia Ammattikorkeakoulu

email: miia.kantomaa@hus.fi

Työn ohjaajat:

Leena Timonen, kyselyn tekninen tuki, erikoissuunnittelija HYKS
Operatiivinen tulosityksikkö leena.timonen@hus.fi puh: 78407, 050-427 0538

Dosentti Riitta Meretoja Kehittämispäällikkö HUS
TtT Anneli Sarajärvi Yliopettaja Metropolia ammattikorkeakoulu

LEIKKAUSOSASTON SAIRAANHOITAJIEN OSAAMISKARTOITUS 2013

VASTAUSOHJE

Vastaa seuraaviin kysymyksiin oman tietämyksesi pohjalta. Kyselylomake koostuu taustatiedoista ja ammattipätevyyttä kuvaavista väittämistä.

Halutessasi voit keskeyttää vastaamisen komennolla **JATKA MYÖHEMMIN**, jolloin voit palata s-postiisi täydentämään kyselyn loppuun myöhemmin.

Kun olet saanut vastattua kaikkiin kysymyksiin ja haluat lähettää kysely, paina **LÄHETÄ** painiketta, joka löytyy kyselyn viimeiseltä sivulta.

Taustamuuttujat:**1. Ikä**

- 20 - 25 vuotta
- 26 - 29 vuotta
- 30 - 39 vuotta
- 40 - 49 vuotta
- yli 50 vuotta

2. Olen suorittanut seuraavan tutkinnon / tutkinnot / erikoistumisopinnot

- perushoitaja / lähihoitaja / apuhoitaja
- sairaanhoitaja
- erikoissairanhoitaja
- sairaanhoitaja AMK
- erikoistumisopinnot AMK
- ylempi AMK-tutkinto
- terveystieteiden maisteri / terveydenhuollon maisteri
- muu, mikä? _____

3. Työkokemukseni [] leikkausosastolla

- alle 1 vuotta
- 1 - 3 vuotta
- 4 - 9 vuotta
- 10 - 15 vuotta
- 16 - 20 vuotta
- 21 - 25 vuotta
- yli 26 vuotta

4. Työkokemukseni terveydenhuollossa yhteensä

- alle 1 vuotta
- 1-3 vuotta
- 4-9 vuotta
- 10-15 vuotta
- 16-20 vuotta
- 21-25 vuotta
- yli 25 vuotta

5. Muu aikaisempi työkokemus (muualla kuin terveydenhuollon alalla)

- () alle 1 vuotta
 () 1 - 3 vuotta
 () 4 - 9 vuotta
 () 10 - 15 vuotta
 () 16 - 20 vuotta
 () 21 - 25 vuotta
 () yli 26 vuotta

6. Vastuualueeni

- () Vastuualue 1
 () Vastuualue 2

VASTAUSOHJE

Miten hyvin seuraavat väittämät kuvaavat nykyistä työtäsi?

Jokaisen kysymyksen kohdalla sinun tulee arvioida toiminnan **LAATU** ja **TIHEYS**.

TOIMINNAN LAATU:

Klikkaa hiirtä janalla valitsemassasi kohdassa.

TOIMINNAN TIHEYS:

Valitse toimintasi tiheyttä parhaiten kuvaava vaihtoehto.

- 1=hyvin harvoin
 2=satunnaisesti
 3=erittäin usein
 0=ei sovellettavissa työtehtäviin.

Perioperatiivisen hoitotyön toiminnot

Arvioi jokaisen kysymyksen kohdalla toiminnan **LAATU** ja **TIHEYS**

- TIHEYS** 1=hyvin harvoin
 2=satunnaisesti
 3=erittäin usein
 0=ei sovellettavissa työtehtäviin

Perioperatiivinen osaaminen	Toiminnan laatu		Toiminnan tiheys			
	Kuvaa toimintaani erittäin huonosti 0	Kuvaa toimintaani erittäin hyvin 100	1	2	3	0
Toimin valvovana sairaanhoitajana eri erikoisaloilla itsenäisesti			()	()	()	()

Nurse Competence Scale (NCS) Copyright © R.Meretoja (2003)

VASTAUSOHJE

Miten hyvin seuraavat väittämät kuvaavat nykyistä työtäsi?

Jokaisen kysymyksen kohdalla sinun tulee arvioida toiminnan **LAATU** ja **TIHEYS**.

TOIMINNAN LAATU:

Klikkaa hiirtä janalla valitsemassasi kohdassa.

TOIMINNAN TIHEYS:

Valitse toimintasi tiheyttä parhaiten kuvaava vaihtoehto.

1=hyvin harvoin

2=satunnaisesti

3=erittäin usein

0=ei sovellettavissa työtehtäviin.

Auttaminen

Arvioi jokaisen kysymyksen kohdalla toiminnan LAATU ja TIHEYS

TIHEYS 1=hyvin harvoin

2=satunnaisesti

3=erittäin usein

0=ei sovellettavissa työtehtäviin

	Toiminnan laatu		Toiminnan tiheys			
	Kuvaa toimintaani erittäin huonosti 0	Kuvaa toimintaani erittäin hyvin 100	1	2	3	0
Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti	_____		()	()	()	()

Nurse Competence Scale (NCS) Copyright © R.Meretoja (2003)