



SAVONIA



■ SOSIAALI- JA TERVEYSALA

HAAVAHOIDON ASiantuntija -ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN ARVIOINTIRAPORTTI

TOIMITTANUT: Salla Seppänen

HAAVAHOIDON ASIANTUNTIJA -ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN ARVIOINTIRAPORTTI

Toimittanut Salla Seppänen

Savonia-ammattikorkeakoulu
PL 6
70201 KUOPIO
julkaisut@savonia.fi

Copyright © 2018 tekijät ja Savonia-ammattikorkeakoulu Oy

Tämän teoksen kopioiminen on tekijänoikeuslain (404/61) ja tekijänoikeusasetuksen (574/95) mukaisesti kielletty lukuun ottamatta Suomen valtion ja Kopiosto ry:n tekemässä sopimuksessa tarkemmin määritellyä osittaista kopiointia opetustarkoituksiin. Teoksen muunlainen kopiointi tai tallentaminen digitaaliseen muotoon on ehdottomasti kielletty. Teoksen tai sen osan digitaalinen kopioiminen tai muuntelu on ehdottomasti kielletty.

ISBN 978-952-203-249-2 (nid)

ISBN 978-952-203-250-8 (PDF)

ISSN 2343-5496

Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja 1/2018

Kustantaja: Savonia-ammattikorkeakoulu

Taitto: Tapio Aalto

Kansikuva: Salla Seppänen

Painopaikka: Kevama Oy Kuopio 2018

Kirjoittajat

Centria-ammattikorkeakoulu
Kinnunen, Timo, lehtori, TtM

Hämeen ammattikorkeakoulu
Vikberg-Aaltonen, Paula, yliopettaja, THM, KL
Malmisuo, Jaana, lehtori, TtM

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
Iivanainen, Ansa, lehtori, TtL, opetusneuvos

Lahden ammattikorkeakoulu
Vuori, Anne, lehtori, TtT
Hämäläinen, Kirsi, hoitotyön opettaja, TtM

Oulun ammattikorkeakoulu
Alahuhta, Maija, lehtori, TtT
Männistö, Nina, lehtori, TtM
Jylkkä, Merja, lehtori, TtM

Satakunnan ammattikorkeakoulu
Pennanen, Tiina, lehtori, TtM

Savonia-ammattikorkeakoulu
Kajander-Unkuri, Satu, lehtori, TtT
Seppänen, Salla, koulutusvastuujohtaja, THM
Virkki, Päivi, lehtori, TtM

Tampereen ammattikorkeakoulu
Aho, Hanna, osastonhoitaja Tampereen yliopistollinen sairaala,
sivutoiminen opettaja, TtM

Turun ammattikorkeakoulu
Friman, Kaisa, lehtori, TtM

Vaasan ammattikorkeakoulu
Melender, Hanna-Leena, yliopettaja, TtT

SISALLYS

1. JOHDANTO 7

Salla Seppänen

2. ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN TAUSTAA 9

2.1 Haavahoidon erikoisosaamisen tarve 9

2.2 Erikoistumiskoulutus osaamisen kehittämässä11

Salla Seppänen, Kaisa Friman, Timo Kinnunen ja Päivi Virkki

3. HAAVAHOIDON ASIANTUNTIJA -ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN TOTEUTTAMINEN 19

3.1 Opiskelijoiden valinta19

3.2 Osaamistavoitteet ja opetussuunnitelma19

3.3 Pedagogiset lähtökohdat ja oppiminen23

Tiina Pennanen ja Salla Seppänen

4. TYÖELÄMÄN HAAVAHOIDON KEHITTÄMINEN JA UUDISTAMINEN ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN AIKANA31

4.1 Erikoistumiskoulutuksen haasteet työelämän uudistamisessa ... 31

4.2 Haavahoidon kehittämisosaaminen32

4.2.1 Välittömän kliinisen haavahoidon kehittäminen 34

4.2.2 Hoitohenkilökunnan haavapotilaan hoitoon liittyvä osaamisen kehittäminen40

4.2.3 Haavapotilaan hoitoketjun tai organisaation toiminnan kehittäminen42

4.3 Haavahoidon kehittämistehtävän haasteet ja tulevaisuuden kehittämisen kohteet43

Salla Seppänen

5 KOULUTUKSEN ARVIOINTI49

Satu Kajander-Unkuri ja Ansa Iivanainen

5.1 Koulutukseen osallistuneiden tietopohjan kehittyminen tietotestin perusteella50

5.1.1 Tausta ja lähtökohdat 50

5.1.2 Tutkimus51

5.1.3 Tulokset53

5.1.4 Pohdinta65

Maija Alahuhta, Hanna Aho ja Hanna-Leena Melender

5.2 Näyttöön perustuvan toiminnan kehittyminen Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksessa73

5.2.1 Taustaa73

5.2.2 Koulutuksen vaikuttavuus näyttöön perustuvan toiminnan oppimisessa	73
5.2.3 Näyttöön perustuvassa toiminnassa kehittymisen arviointihaavahoidon asiantuntijan erikoistumisopinnoissa	74
5.2.4 Arviointitulokset	76
5.2.5 Tulosten tarkastelua	84

Maija Alahuhta, Merja Jylkkä, Nina Männistö, Salla Seppänen

5.3 Opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittyminen Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen aikana	89
5.3.1 Asiantuntijuus haavahoidossa	89
5.3.2 Tutkimuksen toteuttaminen	91
5.3.3 Tulokset	92
5.3.4 Johtopäätökset ja pohdinta	95

Kirsi Hämäläinen, Jaana Malmisuo, Anne Vuori

5.4 Opiskelijoiden palaute haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksesta	99
5.4.1 Vastaajien taustatiedot	99
5.4.2 Koulutuksen järjestelyt	99
5.4.3 Koulutuksen sisältö ja toteutus	101
5.4.4 Opiskelijan arviointia omasta oppimisestaan	103
5.4.5 Erikoistumiskoulutuksen vaikutus osaamiseen ja työnkuvaan	105
5.4.6 Kokonaisarvio koulutuksesta	106
5.4.7 Johtopäätökset ja pohdinta	107

Anne Vuori ja Paula Vikberg-Aaltonen

5.5 Erikoistumiskoulutus kouluttajien haasteena	112
5.5.1 Taustaa	112
5.5.2 Kyselyn tavoitteet ja toteutus	113
5.5.3 Kouluttajille tehdyn kyselyn tulokset	113
5.5.4 Pohdinta	120

Satu Kajander-Unkuri, Maija Alahuhta, Salla Seppänen

6. HAAVAHOIDON ASIANTUNTIJA -ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN TULEVAISUUS	125
6.1 Osaamistarpeisiin vastaaminen	125
6.2 Kehittämisehdotukset	127

LIITE 1: Opetussuunnitelma	133
LIITE 2: Kehittämishankkeet	142
LIITE 3: Palautekysely koulutuksesta opiskelijalle	152
LIITE 4: Kysely kouluttajille	155

1. JOHDANTO

Korkeakoulupolitiikan tavoitteena on kehittää korkeakoulujärjestelmämme kansainvälisesti kilpailukykyiseksi ja houkuttelevaksi. Tämä tarkoittaa erityisesti koulutuksen laadun ja vaikuttavuuden kehittämistä. Korkeakoulutuksen laatua on nostettu uudistamalla koulutussisältöjä, opetusmenetelmiä, oppimisympäristöjä ja opettajien osaamista sekä lisäämällä koulutusalojen ja korkeakoulujen välistä yhteistyötä ja työnjakoa koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tulevaisuuden koulutuksen tulisi paitsi turvata tarvittavan työvoiman saatavuus, myös tukea yhteiskunnan ja työelämän uudistumista.

Erikoistumiskoulutukset ovat verrattain uusi työelämässä jo toimineille korkeakoulututkinnon suorittaneille tai vastaavan osaamisen saavuttaneille tarkoitettu koulutusmuoto, joka sijoittuu tutkintokoulutuksen ja täydennyskoulutuksen rinnalle. Erikoistumiskoulutus täydentää tutkintoon johtavaa koulutusta ja vastaa työelämästä nouseviin erikoisosaamisen tarpeisiin.

Uuden koulutusmuodon käynnistämistä on opetus- ja kulttuuriministeriö tukenut erityisavustuksella, jota on ollut haettavissa sekä erikoistumiskoulutusten suunnitteluun että toteuttamiseen. Avustuksen saaminen edellytti ammattikorkeakoulujen keskinäistä sopimusta erikoistumiskoulutuksesta ja hakemusta, jossa osoitetaan työelämän tarve ja yhteistyö koulutuksen kehittämisessä. Lisäksi avustuksen saaminen edellytti, että osan koulutuksesta kustansi joko opiskelija tai hänen työnantajansa.

Haavahoidon asiantuntija 30 op -erikoistumiskoulutus oli ensimmäinen sosiaali- ja terveysalan toteutunut erikoistumiskoulutus. Koulutusta koordinoi Savonia-ammattikorkeakoulu ja toteuttajina olivat Centria ammattikorkeakoulu, Hämeen ammattikorkeakoulu, Lahden ammattikorkeakoulu, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Oulun ammattikorkeakoulu, Satakunnan ammattikorkeakoulu, Savonia-ammattikorkeakoulu, Tampereen ammattikorkeakoulu, Turun ammattikorkeakoulu ja Vaasan ammattikorkeakoulu.

Koulutus käynnistyi ns. kahdessa aallossa; viisi ammattikorkeakoulua (OAMK, MAMK, SAMK, Savonia, TurkuAMK) aloittivat koulutuksen huhtikuussa ja viisi ammattikorkeakoulua (Centria, HAMK, LAMK, TAMK, VAMK) syyskuussa 2016. Koulutus kesti vuoden ja koulutuspaikkoja oli yhteensä 164.

Koulutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa on tehty tiivistä yhteistyötä toteuttaja-ammattikorkeakoulujen ja niiden työelämäyhteistyökumppaneiden kesken. Koulutuksen toteutumisesta on myös kiittäminen Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:tä sekä haavahoidon asiantuntijoita, jotka ovat kommentoineet opetussuunnitelmaa ja tuoneet arvokkaat huomiot koulutuksen tuottaman osaamisen määrittämiselle ja osallistuneet koulutuksen toteutukseen asiantuntijaluenoitsijoina.

Tämän raportin tavoitteena on kuvailla valtakunnallisen *Haavahoidon asiantuntija 30 op* -erikoistumiskoulutuksen ensimmäisen ns. pilottikoulutuksen suunnittelua, toteutusta ja arviointia kymmenen ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Raportissa kuvaillaan erikoistumiskoulutuksen tausta, toteuttaminen pedagogisine valintoineen sekä arvioidaan koulutuksen ammatilliselle tuottamaa haavahoidon osaamista ja asiantuntijuutta. Koulutuksen toteutusta on arvioitu kouluttajien ja opiskelijoiden näkökulmasta. Lisäksi raportissa on nostettu esille opiskelijoiden koulutuksen aikana tehtyjen kehittämishankkeiden teemat ja niiden tuottama tieto, jotta se olisi jatkossa hyödynnettävissä laajasti haavapotilaan hoidon kehittämisessä.

Raportti nostaa esille haavahoidon erikoisosaamisen vaativuuden ja merkityksen haavapotilaan hoidon laadulle ja vaikuttavuudelle, jota on tarkasteltu erityisesti koulutuksen tulevaisuuden ja kehittämishaasteiden kautta.

Haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksen pilotointi on ollut meille yhteinen matka, niin kouluttajille, opiskelijoille kuin työelämän asiantuntijoille, kohti uutta osaamista. Yhteistyömme on ollut antoisaa ja olemme oppineet tällä koulutusmatkalla paljon haavahoidosta, asiantuntijuudesta ja sen kehittymisestä sekä koulutuksen arvioinnista. Toivomme, että raportti auttaa uusien erikoistumiskoulutusten kehittämisessä ja rohkaisee koulutuksen tuottaman osaamisen arviointiin.

Haavahoidon erikoistumiskoulutuksen kehittämisryhmän puolesta

Salla Seppänen

koulutusvastuujohtaja, Savonia-ammattikorkeakoulu
puheenjohtaja, ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto
kunniapuheenjohtaja, Suomen Haavanhoitoyhdistys ry

2. ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN TAUSTAA

Salla Seppänen

2.1 Haavahoidon erikoisosaamisen tarve

Haavahoidon erikoisosaamisen tarve on ilmeinen, sillä haavahoito liittyy moniin terveysongelmiin ja koskee eri-ikäisiä potilaita niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Arvioidaan, että noin 0,3 prosenttia väestöstä saa haavan jossain vaiheessa elämäänsä. Teollisuusmaiden väestöstä noin 1 - 1,5 prosenttia sairastaa kroonista haavaa. (Posnett ym. 2009). Väestön ikääntyminen ja elintapamuutokset yhdessä kansantautien (mm. diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet) kanssa ennustavat kroonisten huonosti paranevien haavojen esiintymisen lisääntymistä. Kroonista haavaa sairastavilla on usein useita muita pitkäaikaissairauksia: noin 76%:lla kroonista haavaa sairastavilla on kolme tai useampi systeeminen sairaus, yleisimmin diabetes (46%). (Friedberg ym. 2002). Krooniset haavat paranevat hitaasti, hoitoaika on 6 kk tai pidempi ja jolloin myös haavan komplikaatoriski kasvaa ja usein sairaalahoidon tarve on todennäköinen. (Ousey ym. 2013).

Haavat ovat myös kansantaloudellinen haaste. Arvion mukaan kaikista terveydenhuollon kustannuksista 2-4 % aiheutuu haavapotilaiden hoidosta (Posnett ym. 2009). Erityisesti huonosti paranevat krooniset haavat aiheuttavat suuria kustannuksia, koska haavan kesto on pitkä, hoidot ovat vaativia, ja usein potilaalla on myös sairaalahoitajaksoja (Wowden & Wowden 2016). Euroopan tasolla on arvioitu, että sairaalan akuuttihoiton vuodeosastopaikoista 27 - 50 % on käytössä haavapotilaille (Posnett ym. 2009).

Muulla kuin sairaalassa hoidettavien haavojen määrä on jo nyt suuri. Arvio on, että 70-90% haavoista hoidetaan kotona tai avoterveydenhuollossa, vaikka suurin osa kustannuksista aiheutuu kuitenkin sairaalahoidossa olevista haavapotilaista (Drew ym. 2007; Genet ym. 2011; Gottrup 2013 ym). Laskelmat kotisairaalan/kotisairaanhoidon henkilöstön työajan käytöstä haavahoitoon vaihtelevat, mutta on arvioitu, että jopa 50 - 68% perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön työajasta on haavapotilaan hoitoa (McDermott-Scales ym. 2009; Probst ym. 2014). Tämän vuoksi tulevaisuudessa haavahoidon osaamista tullaan tarvitsemaan erityisesti avoterveydenhuollossa ja kotihoidossa, joka on

edullisempaa kuin sairaalahoito, ja usein myös potilaan toimintakyvyn tukemisen kannalta parempi vaihtoehto. Haavahoidon kehittyessä kotona tapahtuva tulee entisestään lisääntymään, sillä yhä vaikeampia haavoja ja haavanhoito voidaan toteuttaa potilaan kotona.

Selkeä näyttö on siitä, että haavat aiheuttavat kustannuksia, inhimillistä kärsimystä sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn laskua. (Apelqvist ym. 2013). Terveydenhuollon ammattilaisten haavahoidon osaamisen vahvistaminen ehkäisee kroonisten haavojen syntymistä, nopeuttaa haavojen paranemista ja siten vähentää terveydenhuollon kustannuksia ja parantaa potilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä.

Suomessakin haavapotilaan hoitokäytännöissä on alueellisia eroja ja siltä osin terveystalouden käyttäjät ovat eriarvoisessa asemassa haavahoitotuotteiden saatavuuden ja myös haavahoidon asiantuntemuksen suhteen. Haavahoitoon on luotu standardeja ja suosituksia, joiden tavoitteena on yhtenäistää haavahoidon käytäntöjä alueellisesti, kansallisesti ja Euroopan laajuisesti sekä aikaan saada kustannustehokkuutta. Näiden vieminen potilaan hoitoon ja sitä koskevaan päätöksen tekoon vaatii toimintamallien uudistamista ja ammattilaisten kouluttamista. Uudet suositukset, tutkimukset, hoitokäytännöt ja teknologia asettavat haasteita ja vaatimuksia ammattilaisten haavahoidon osaamiselle.

Haavahoito, joka perustuu nykyaikaisiin haavahoitomenetelmiin, -tuotteisiin ja näyttöön haavahoidon vaikutuksista edellyttää ammattilaiselta vankkaa tietoperustaa, itsenäistä näyttöön perustuvaa päätöksentekoa ja ohjaustaitoja potilaan ja hänen omaisten itsehoitovalmiuksien vahvistamiseen. Haavan paranemisprosessia usein hidastavat potilaan muut sairaudet, infektiot ja resistenttien bakteerikantojen aiheuttamat komplikaatiot. Erityinen haaste haavahoidossa on potilaan arjessa selviytyminen ja elämänlaatu, joihin voidaan vaikuttaa kokonaisvaltaisella haavapotilaan hyvällä hoidolla. Edellä mainitut tekijät korostavat tutkimus- ja kehittämisosaamisen merkitystä osana haavahoidon asiantuntijuutta.

Haavahoidon edistynyt asiantuntijaosaaminen edellyttää tietoa haavojen etiologiasta, riskien tunnistamisesta ja kroonisten haavojen ennaltaehkäisystä sekä haavan paranemisesta ja siihen vaikuttavien tekijöiden ymmärtämisestä potilaskohtaisesti, yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti. Lisäksi asiantuntijalla tulee olla taitoa oman osaami-

sen, työyksikön ja organisaation haavahoidon osaamisen kehittämiseen näyttöön perustuen.

Suomessa selkeää tarvetta terveysalan ammattilaisten haavahoidon erikoisosaamiseen on työelämässä ollut jo kahdeksantoista vuoden ajan. Vuosina 1999 – 2012 toteutettiin haavahoidon ammatillisia erikoistumisopintoja viidessä ammattikorkeakoulussa. Opintoihin oli aina hakijoita enemmän kuin mitä oli aloituspaikkoja. Myös vuonna 2014 neljän ammattikorkeakoulun verkostona toteutetussa korkea-asteen oppisopimustyyppisessä täydennyskoulutuksessa (*Haavanhoidon erityisosaaminen 30 op*) hakijamäärät ylittivät arvioitun osallistujamäärän.

Haavahoidon erikoistumiskoulutuksen toteuttamisen osalta tarvetta arvioitiin keväällä 2015 ammattikorkeakoulujen ja Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n yhteistyönä lähettämällä kysely koulutustarpeesta sairaanhoitopiirien hallintoylihoitajille. Erikoistumiskoulutuksen toteuttamista puolsi 16 sairaanhoitopiiriä ja erikseen saatiin puolto myös Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta. Myös Suomen ammattikorkeakoulujen rehtorien neuvoston, Arene ry:n alainen sosiaali-, terveys-, liikunta- ja kauneuden hoitoalan kehittämistyöryhmä puolsi haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksen aloittamista ensimmäisenä sosiaali- ja terveysalan pilottina. (Moisio ym. 2017).

2.2 Erikoistumiskoulutus osaamisen kehittämisessä

Ammattikorkeakoululaki (934/2014) edellyttää, että ammattikorkeakouluopetuksen tulee kehittää työelämää ja edistää aluekehitystä soveltavan tutkimus- ja kehittämistoiminnan kautta. Koulutustehtävänsään ammattikorkeakoulujen tulee huomioida työelämän tarpeet ja alueellinen yhteistyö. Ammattikorkeakoulujen vaikuttavuus näkyy osaamisen siirtymisenä yhteiskunnan käyttöön. Tutkintokoulutuksen lisäksi ammattikorkeakoulujen täydennyskoulutuksella on merkittävä rooli työelämän osaamisen uudistamisessa. Erikoistumiskoulutukset tulisikin nähdä niin, että ne palvelevat koulutukseen tulevia ammatillaisia ja työelämän osaamisen kehittämistä, mutta hyödyttävät myös tiivistyvien työelämäyhteyksien kautta korkeakoulujen toimintaa, erityisesti koulutuksen ja tutkimuksen kehittämistä. (vrt. Haltia 2017)

Erikoistumiskoulutus uutena koulutusmuotona mahdollistui sitä koskevien säädösmuutosten tultua voimaan 1.1.2015 (ks. taulukko 1). Niissä määritellään erikoistumiskoulutuksen tavoitteet, järjestämisen edellytykset sekä sopimusten laadinnan periaatteet. Erikoistumiskoulutuksen tavoitteet on kirjattu yksityiskohtaisemmin asetukseen yliopistojen tutkinnoista ja erikoistumiskoulutuksista (2014/794) sekä asetukseen ammattikorkeakouluista (2014/1129).

Taulukko 1. 1.1. 2015 voimaan tulleet säädösmuutokset koskien erikoistumiskoulutusta

Laki	Asetus
<ul style="list-style-type: none">• Laki ammattikorkeakoululain muuttamisesta, 1173/2014• Laki yliopistolain muuttamisesta, 1172/2014	<ul style="list-style-type: none">• Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta, 1438/2014• Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta, 1439/2014• Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakoulujen toiminnasta perittävistä maksuista, 1440/2014

Ammattikorkeakoulujen tarjoaman erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on, että opiskelija koulutustaustansa ja työkokemuksensa pohjalta kykenee toimimaan vaativissa asiantuntijatehtävissä, saavuttaa asiantuntijuuden edellyttämän syvällisen erityisosaamisen tai monialaisen kokonaisuuden hallinnan, osaa arvioida ja kehittää erityisalansa ammatillisia käytäntöjä perustuen tutkimukseen tai taiteellisen toiminnan menetelmiin ja kykenee toimimaan yhteisöissä ja verkostoissa oman erityisalansa asiantuntijana. (VNA ammattikorkeakouluista 2014/1129).

Asiantuntijaosaamista syventävä erityisosaaminen tulee perustua työelämän asiantuntijuuden ja sen kehittämisen tarpeeseen. Työelämäyhteistyö on välttämätön edellytys erikoistumiskoulutuksen osaamistarpeiden ennakkoinnissa ja analysoinnissa, jotka toimivat perustana erikoistumiskoulutuksen suunnittelulle sekä koulutuksen tavoitteiden ja asiantuntijuuden osoittamisen määrittämiselle. (VNA 1438/2014). Sosiaali- ja terveysalan erikoistumiskoulutusten osaamistarpeen ja koulutusten suunnittelun kartoittamiseksi toteutettiin vuonna 2016 selvityshanke, jossa kerättiin laajasti tietoa alan ammatilaisilta ja ammattikorkeakouluista. Tavoitteena oli määrittää ensi vaiheessa käynnistettävät erikoistumiskoulutukset ja niiden toteuttajat sekä laatia

suunnitelma erikoistumiskoulutusten rakentamisesta ja kehittämisestä hankkeen jälkeen (Kukkonen ym. 2016).

Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutus aloitettiin ensimmäisenä sosiaali- ja terveystieteiden erikoistumispilottina, koska haavahoito on tunnustettu erikoisosaamisen alue terveystieteiden ammattilaisen työkuvissa ja haavahoidon osaamistarve on kasvava niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Tunnistettiin myös, että väestön ikääntyminen tulee lisäämään kroonisten haavojen esiintyvyyttä, ja lisää haavahoidon kustannusten merkittävää osuutta terveydenhuollon kustannuksista. Erikoistumiskoulutuksen kautta on mahdollista syventää terveystieteiden ammattilaisten asiantuntijuutta haavahoidossa, ja kehittää näyttöön perustuvaa haavahoitoa, jossa tavoitteena on kroonisten haavojen ennalta ehkäisy ja vaikuttava haavahoito, joka tehostaa haavojen paranemista ja lyhentää hoitoaikoja. Sen lisäksi näyttöön perustavalla haavahoidolla on inhimillisiä vaikutuksia, koska se vähentää potilaiden kärsimystä ja parantaa heidän elämänlaatua. (Moisio, Seppänen, Pennanen 2017).

Erikoistumiskoulutuksia koskevassa valtioneuvoston asetuksessa (VN 1438/2014, 3§) säädetään erikoistumiskoulutusten laajuudesta niin, että ne ovat vähintään 30 opintopisteen osaamiskokonaisuuksia. Tämä erottaa erikoistumiskoulutukset lyhytkestoisemmasta ja suppeammasta täydennyskoulutustarjonnasta. Erikoistumiskoulutuksen enimmäislaajuutta ei ole säädelty, vaan työelämän tarpeet määrittävät viime kädessä erikoistumiskoulutuskokonaisuuksien laajuuden. (Salminen 2017). *Haavahoidon asiantuntija* -erikoistumiskoulutuksen laajuudeksi päätettiin 30 op, jonka myös työelämän edustajat arvioivat sopivaksi laajuudeksi huomioon ottaen koulutuksen tavoitteet ja henkilöstön mahdollisuuden sitoutua koulutukseen ajallisesti.

Erikoistumiskoulutuksen toteuttaminen edellyttää ammattikorkeakoulujen kesken tehtyä sopimusta, jolla osoitetaan koulutuksen kansallinen tarve. Sopijaosapuolten on muodostettava niiden ammattikorkeakoulujen enemmistön, jotka antavat erikoistumiskoulutukseen ensisijaisesti liitettävään tutkintonimikkeeseen johtavaa koulutusta. *Haavahoidon asiantuntija* -erikoistumiskoulutuksessa ensisijainen tutkintonimike on sairaanhoitaja AMK. Sopimuksen allekirjoitti 15 ammattikorkeakoulua. Koulutuksen toteutukseen opetus- ja kulttuuriministeriön erityisavustusta haki kymmenen ammattikorkeakoulua, jotka sitoutuvat tiiviiseen yhteistyöhön erikoistumiskoulutuksen suun-

nittelun, toteutuksen ja arvioinnin osalta. Sopimukset ovat nähtävissä Opetushallituksen ylläpitämässä erikoistumiskoulutusten julkisessa luettelossa (<https://confluence.csc.fi/display/kshj/Julkinen+luettelo+-+ammattikorkeakoulut>).

LÄHTEET

AMMATTIKORKEAKOULULAKI 2014/ 932

Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140932>.
(Viitattu 27.12.2017)

APELQVIST, J., ARON S., CARTER M. YM. 2013. International consensus. Making the case for cost-effective wound management. *Wounds International*. <https://tinyurl.com/pxrmk3w> (Viitattu 27.12.2017).

DREW, P., POSNETT J., RUSLING, L. 2007. On behalf of the Wound Care Audit Team. The cost of wound care for a local population in England. *International Wound Journal* 2007; 4, 149–55

FRIEDBERG, E., HARRISON, M.B., GRAHAM, I.D. Current home care expenditures for persons with leg ulcers. *Journal of Wounds and Oncology Nursing* 2002; 29(4), 186–92

GENET, N., BOERMA, W.G., KRINGOS, D.S., ym. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Service Res* 2011; 11, 207-12.

GOTTRUP, F., APELQVIST, J. & PRICE, P. 2010. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. *Journal Wound Care* 19 (6), 239–268.

GOTTRUP, F., HENNEBERG, E., TRANGBAEK, R., ym. 2013. Point prevalence of wounds and cost impact in the acute and community setting in Denmark. *Journal of Wound Care* 22 (8), 413–422

HALTIA, P. 2017. Erikoistumiskoulutukset osana koulutusjärjestelmää. Teoksessa (toim.) Tuula Kukkonen. Uutta erikoisosaamista korkeakoulutetuille. Sosiaali-, terveys-, liikunta- ja kauneudenhoitoalan erikoistumiskoulutustarpeiden kartoittaminen. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B: Oppimateriaaleja ja kokoomateoksia, 47. LaserMedia Oy. Joensuu, 8-15. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122346/uutta-erikoisosaamista-korkeakoulutetuille.pdf?sequence=1> (Viitattu 29.12.2017).

KALLUNKI, J., SEPPÄLÄ, H. 2016. Korkeakoulujen erikoistumiskoulutukset Käsikirja koulutusten kehittäjille. Arene. Saatavissa: http://www.arene.fi/sites/default/files/PDF/2015/ERKO/Korkeakoulujen_erikoistumiskoulutukset_k%C3%A4sikirja.pdf (Viitattu 12.12.2017).

KUKKONEN, T., Sihvo, P., Helminen, J., Immonen, M., Moisio E-L., Poutanen, M., Tiikkaja, J. 2016. Kokemuksia tulevaisuuden osaamistarpeiden luotsaamisesta. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Raportteja, 39.

MCDERMOTT-SCALES, L., COWMAN, S, GETHIN, G. Prevalence of wounds in a community care setting in Ireland. *Journal of Wound Care* 2009; 18: 10, 405–417.

MOISIO, E-L., SEPPÄNEN, S. PENNANEN, T. 2017. Haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutus (30 opintopistettä), Liite 2 ensivaiheen erikoistumiskoulutukset. Teoksessa (toim.) Tuula Kukkonen. Uutta erikoisosaamista korkeakoulutetuille. Sosiaali-, terveyst-, liikunta- ja kauneudenhoitoalan erikoistumiskoulutustarpeiden kartoittaminen. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B: Oppimateriaaleja ja kokoomateoksia, 47. LaserMedia Oy. Joensuu. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122346/uutta-erikoisosaamista-korkeakoulutetuille.pdf?sequence=1> (Viitattu 29.12.2017).

OUSEY, K., STEPHENSON, J., BARRETT, S. ym. 2013. Wound care in five English NHS Trusts: Results of a survey. *Wounds UK* 2013; 9(4), 20–8.

POSNETT, J., GOTTRUP, F., LUNDGREN, H., SAAL, G. 2009. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *Journal of Wound Care* 2009; 18: 4, 154–161.

PROBST, S., SEPPÄNEN, S., GETHIN G. ym. 2014. EWMA Document: Home Care-Wound Care., *Journal of Wound Care* 23 (5 Suppl.), 1–44.

SALMINEN, H. Erikoistumiskoulutuksia tarvitaan muuttuvassa työelämässä. Teoksessa Tuula Kukkonen (toim.) Sosiaali-, terveyst-, liikunta- ja kauneudenhoitoalan erikoistumiskoulutustarpeiden kartoittaminen. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B: Oppimateriaaleja ja kokoomateoksia, 47. LaserMedia Oy. Joensuu, 38- 41. Saatavilla: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122346/uutta-erikoisosaamista-korkeakoulutetuille.pdf?sequence=1> (Viitattu 8.1.2018).

VALTIONNEUVOSTON ASETUS AMMATTIKORKEAKOULUISTA 2014/1129. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141129> (Viitattu 27.12.2017).

VALTIONNEUVOSTON ASETUS AMMATTIKORKEAKOULUISTA ANNETTUN VALTIONNEUVOSTON ASETUKSEN MUUTTAMISESTA 1438/2014 Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141438>

VOWDEN, P., VOWDEN, K. 2016. The economic impact of hard-to-heal wounds: promoting practice change to address passivity in wound management. *Wounds International* 7(2), 10–5.

3. HAAVAHOIDON ASiantuntija -erikoistumis- KOULUTUKSEN TOTEUTTAMINEN

Salla Seppänen, Kaisa Friman, Timo Kinnunen ja Päivi Virkki

3.1 Opiskelijoiden valinta

Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutus 30 op on monialainen koulutus missä ensisijainen koulutusvastuu on sairaanhoitaja AMK. Koulutus soveltuu myös terveydenhoitaja, kätilö, ensihoitaja, fysioterapeutti, jalkaterapeutti ja toimintaterapeutti ammattikorkeakoulututkinnon tai aiemman opistoasteen tutkinnon suorittaneille, joilla on riittävät tiedot ja taidot opintoja varten ja jotka ovat kiinnostuneita kehittämään haavahoidon osaamistaan.

Erikoistumiskoulutuksen opiskelijavalintaa varten laadittiin ammattikorkeakoulujen kesken yhteiset valintakriteerit ja hakulomake, jossa pisteytettiin opiskelijan työkokemus, ja avoimien kysymysten kautta kartoitettiin opiskelijan motivaatiota ja opiskelutaitoja sekä koulutuksen tarvetta ja sen hyödyntämistä omassa työssä ja työnantajan taholta.

Opintoihin haettiin ammattikorkeakoulukohtaisesti, ja hakijat pisteytettiin ja laitettiin valinnan osalta järjestykseen ammattikorkeakoulutain. Koulutukseen valittiin 164 opiskelijaa.

3.2 Osaamistavoitteet ja opetussuunnitelma

Lähtökohtana koulutuksessa on haavahoidon asiantuntijuus, joka saavutetaan työkokemuksen ja koulutuksen kautta. Asiantuntijuuden määrittäminen tehtiin yhteistyössä Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n ja työelämän asiantuntijoiden kanssa. Lisäksi Haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksen suunnittelussa hyödynnettiin vuosina 1999 - 2012 haavahoidon ammatillisten erikoistumisopintojen ja vuonna 2014 toteutuneen korkea-asteen oppisopimustyyppisen koulutuksen kokemuksia ja hyväksi havaittuja käytänteitä.

Opintojen tavoitteena on laaja-alaisen haavahoidon erikoisosaamisen kehittäminen. Erikoistumiskoulutuksen aikana hankittu osaaminen kehittää opiskelijan edellytyksiä toimia haavahoidon asiantuntijana

moniammatillisessa tiimissä antaen valmiudet toimia asiantuntijana välittömän haavapotilaan hoidon, ohjaamis-, konsultaatio-, tutkimus- ja kehittämisosaamisen osalta. Opetussuunnitelman osaamiskuvauksien lähtökohtana oli *European Qualification Framework* (EQF) mukainen taso 7 (Eurooppalainen tutkintojen viitekehys Elinikäisen oppimisen edistämiseksi), joka on edellytyksenä asiantuntijan tehtävissä toimittaessa.

Erikoistumiskoulutuksen keskeisenä periaatteena oli vahvistaa haavahoidon näyttöön perustuvaa toimintaa osana asiantuntijuutta. Näytöllä tarkoitetaan parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa, jota käytetään haavapotilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Näyttöä on järjestelmällisiin katsauksiin ja suosituksiin koottu tiivistetty tutkimusnäyttö, asiantuntijoiden kokemukseen perustuva konsensuksen tuottama näyttö ja seurantatiedon tuottama näyttö. Tämän lisäksi tarvitaan toimintaympäristöön ja käytettävissä oleviin resursseihin ja voimavaroihin liittyvää tietoa. Kliinisessä päätöksenteossa, jota haavapotilaan kokonaisvaltainen hoito on, keskeisenä tiedonlähteenä ovat potilaan odotukset ja toiveet sekä elämäntilanne. Asiantuntijan tulee osata yhdistää käytettävissä oleva näyttö potilaan tilanteen edellyttämällä tavalla ja siten turvata potilaalle paras mahdollinen saatavissa oleva hoito. (Holopainen ym. 2013).

Haavahoidon asiantuntija 30 op -erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on, että opiskelija

- hyödyntää näyttöön perustuvaa tietoa haavapotilaan hoidossa ja kykenee edelleen kehittämään haavahoitoa.
- hallitsee haavapotilaan erityisosaamisen edellyttämät laaja-alaiset ja edistyneet kliiniset tiedot ja ymmärtää haavapotilaan edellyttämän kokonaishoidon.
- ymmärtää haavahoitoon liittyvää eri alojen tietoa ja kykenee tarkastelemaan sitä kriittisesti.
- kykenee käyttämään eri alojen tietoja kliinisessä päätöksenteossa sekä tarvittaessa tekemään luovia ja potilasturvallisia ratkaisuja haavahoidossa.
- ymmärtää ennaltaehkäisyksen merkityksen haavahoidossa ja osaa soveltaa tietoa potilaan ja hänen omaisensa ohjaamisessa.
- ymmärtää haavahoidon yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen.
- kykenee toimimaan oman alansa haavahoidon asiantuntijana ja

- konsulttina sekä potilaan omahoidon ja hänen omaisensa ohjaamisessa että moniammatillisissa ja verkostoituneissa työryhmissä.
- saa valmiuksia jatkuvaan oppimiseen ja itsensä kehittämiseen.
 - osaa viestiä haavahoidosta niin suullisesti kuin kirjallisestikin.

Erikoistumiskoulutuksen rakenne (Liite 1 OPS 2016) muodostuu kahdesta laajasta moduulista: 1) Näyttöön perustuva haavahoidon kliininen osaaminen 20 op ja 2) Näyttöön perustuva haavahoidon kehittämisosaaminen 10 op, jotka etenivät ajallisesti rinnakkain. Näistä ensimmäinen moduuli jakautuu neljään opintojaksoon, joista jokainen on laajuudeltaan 5 op. Opintojen rakenne ja osaamistavoitteet ovat kuvattuna alla olevassa taulukossa 1.

Taulukko 1. Opintojen rakenne ja osaamistavoitteet.

Moduuli/ opintojakso	Laajuus	Osaamistavoitteet
Opiskelija		
MODUULI 1:NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HAAVAHOIDON KLIININEN OSAAMINEN	20 op	omaksuu tiedolliset ja taidolliset valmiudet sekä kyvyn soveltaa eri tieteenalojen tietoa tilannekohtaisesti haavapotilaan hoidossa sekä potilaan ja hänen omaisensa ohjauksessa. kykenee itsenäiseen, vastuulliseen ja eettisesti kestävään päätöksentekoon ja ongelmanratkaisuun. kykenee toimimaan oman alansa haavahoidon asiantuntijana moniammatillisissa tiimissä.
Opintojakso: Erilaiset haavat ja niiden hoitoperiaatteet	5 op	tunnistaa erilaiset haavat ja soveltaa niiden keskeiset hoitoperiaatteet potilaskohtaiseen hoitoon. osaa analysoida ja arvioida haavan syntyyn vaikuttavia tekijöitä potilaan ja hoitoyhteisön näkökulmasta sekä osaa ennaltaehkäistä kroonisen haavan syntymistä. osaa tehdä oman ammattinsa edustajana päätöksiä haavapotilaan hoidosta itsenäisesti ja moniammatillisessa yhteistyössä erilaisissa hoitoympäristöissä. toteuttaa potilaslähtöistä haavahoitoa perustellen sen näyttöön perustuvalla tiedolla ja arvioida vallitsevia hoitokäytäntöjä eettisesti kestäväällä tavalla.
Opintojakso: Haavanparaneminen, sen arviointi ja dokumentointi	5 op	soveltaa tietoa ihon rakenteesta ja toiminnasta potilaslähtöisessä haavan arvioinnissa. osaa systemaattisesti kerätä, analysoida ja arvioida tietoa haavanparanemisesta ja siihen vaikuttavista

tekijöistä potilaan, hoitoyhteisön ja yhteiskunnan näkökulmasta.

osaa arvioida ja tunnistaa haavan paranemisen hidastumisen ja infektion.

osaa tehdä haavan paranemisen arvioinnin perustuen potilaan haavan paikallishoitoa ja potilaan kokonaishoitoa koskevia päätöksiä yhdessä eri alan asiantuntijoiden, potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

osaa kirjata hoitosuunnitelmaan potilaslähtöisesti haavan paranemisen ja siihen vaikuttavat tekijät, suunnitellun haavahoidon ja sen arvioinnin.

kehittää haavahoidon kirjaamista työyksikössään.

Opintojakso: Haavapotilaan elämänlaatu, omahoidon tukeminen ja ohjaaminen

5 op

osaa arvioida ja analysoida asiakkaan/potilaan elämänlaatuun liittyviä tekijöitä erilaisilla mittareilla sekä soveltaa osaamistaan haavapotilaan hoidossa.

edistää haavapotilaan ja omaisten voimavaraistumista erilaisissa hoitoympäristöissä soveltaen tarkoituksenmukaisia ohjausmenetelmiä.

tuottaa ja kehittää ohjausmateriaalia potilaille sekä henkilöstölle näyttöön perustuen.

saa valmiuksia arvioida ohjauksen vaikuttavuutta.

syventää ja kehittää omaa ohjausosaamistaan näyttöön perustuen.

Opintojakso: Haavahoidon laadunhallinta ja vaikuttavuus

5 op

osaa arvioida ja kehittää haavahoidon laatua ja vaikuttavuutta omassa organisaatiossa ja alueellisessa yhteistyössä haavapotilaan hoitoketjussa.

osaa käyttää ja arvioida haavanhoidon laatumenetelmiä sekä ehkäistä laatupoikkeamia.

kehittää haavanhoidon laatua ja potilasturvallisuutta omassa ja työyksikkönsä toiminnassa.

osaa tarkastella haavanhoidon kustannusvaikutuksia organisaatiantasolla sekä alueellisesti ja kansallisesti.

MODUULI 2: NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HAAVAHOIDON KEHITTÄMISOSAAMINEN

10 op

osaa arvioida ja kehittää haavahoidon laatua ja vaikuttavuutta työyksikössään

soveltaa näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönoton prosessin työyhteisössään

toteuttaa ja johtaa työelämän kehittämisprojektin

osaa arvioida ja kehittää omaa osaamistaan ja asiantuntijuuttaan haavahoidossa huomioiden alueellisen, kansallisen ja kansainvälisen tason

osaa verkostoitua ja toimia konsultatiivisesti haavahoidon moniammatillisessa työryhmässä.

kouluttaa henkilöstöä näyttöön perustuvan haavahoidon toteuttamisessa.

osaa viestiä haavahoidosta moniammatillisessa tiimissä, alueellisissa ja kansallisissa yhteistyö- ja kehittämissyöryhmissä.

osaa tehdä posterin.

Opintojaksojen toteutuksen suunnittelu jaettiin ammattikorkeakoulujen kesken niin, että jokaista opintojaksoa työsti kaksi vastuammattikorkeakoulua. Opetussuunnitelman yhteiseen työstämiseen käytettiin kaksi työpäivää, jolloin karsittiin mahdolliset päällekkäisyydet ja muodostettiin yhtenäinen kokonaiskuva opiskelijan opintojen etenemisestä ja laadittiin opintojen toteutussuunnitelma. Tärkeä osa opintoja olivat kirjalliset oppimistehtävät, jotka laadittiin opintojaksoittain suorituksina. Oppimistehtävät arvioitiin laadullisesti hyväksyty/hylätty. Tämän lisäksi moduulissa Näyttöön perustuva haavahoidon kehittämisosaaminen (10 op) tehtävänä oli työelämälähtöinen kehittämisshanke, jonka opiskelija toteutti joko yksin tai parityöskentelynä. Kehittämisshankkeiden osalta on niiden merkitystä työelämän kehittämisessä kuvattu luvussa 4.

3.3 Pedagogiset lähtökohdat ja oppiminen

Koulutuksen pedagoginen viitekehys pohjasi sosiokonstruktivistiseen lähestymistapaan. Konstruktivistinen oppimiskäsitys korostaa oppijan omaa aktiivisuutta oppimisprosessissa ja uutta tietoa opitaan aikaisemman tiedon pohjalta. Sosiokonstruktivistisessa oppimisessä oppija toimii yhteistoiminnallisuuden periaatteita noudattaen yhdessä muiden kanssa jakaen ja yhdistäen tietoa. Oppiminen on jatkuvaa uuden tiedon rakentamista aikaisempien kokemusten ja havaintojen pohjalta. Sosiokonstruktivistisissa opiskelijaa rohkaistetaan itse pohtimaan asioita ja hahmottamaan oppimiaan asioita itsenäisesti, vaikka tietoa rakennetaankin yhdessä. Opiskelijan myös oletetaan kykenevän suo-

riutumaan itseohjautuvasti opintoihin liittyvistä tehtävistä. (Raustevon Wright, von Wright & Soini 2003; Kauppila 2007).

Pedagogisena lähtökohtana oli opiskelijan ongelmaratkaisutaitojen, kriittisen ajattelun ja kehittämisosaamisen kehittyminen. Jotta koulutuksen aikana opiskeltu näyttöön perustuva toiminta siirtyy osaksi asiantuntijan tehtävää, on tärkeää, että opintojen aikana saavutetaan luottamus omaan kykyyn kehittää olemassa olevia käytänteitä. Pelkkä haavahoidon tieto ja taito eivät todennäköisesti saa aikaan oman toiminnan pysyvää muutosta (Adams & Whittingham 2016).

Erikoistumiskoulutuksen laajuus oli 30 op, mikä tarkoittaa 800 tuntia opiskelijan työtä. Koulutuksen aikana oli otettava huomioon, että opiskelunsa aloittaneilla saattoi olla kymmenienkin vuosien tauko edellisestä opiskelusta. Heidän oli otettava erilaiset opiskelutekniikat uudelleen haltuun ja opeteltava myös täysin uusia työskentelytapoja, mm. verkkotyöskentely oli usealle opiskelijalle täysin uutta. Myös muut etäopiskelumuodot saattoivat olla monelle vieraita, sillä aikaisempi kokemus oppimisesta oli mahdollisesti ajalta, jolloin oppimisessa korostui opettajakeskeisyys ja opiskelijan rooli oli passiivisesti ottaa vastaan opettajan antamaa tietoa. Koulutuksen alussa opiskelija laati koulutuksen tavoitteisiin tähtäävän henkilökohtaisen opintosuunnitelman. Opintojen aikana osaamista arvioitiin kehittävän arvioinnin periaatteella niin, että opiskelija ja vertainen eli opiskelijakollega ja ohjaava opettaja kävivät dialogia opiskelijan osaamisesta ja sen kehittymisestä suhteessa tavoitteisiin. Vertaisarviointia toteutettiin eri oppimistehtävissä opiskelijoiden kesken. Tavoitteena oli transformatiivinen oppiminen, jota voidaan kuvata kriittisen reflektion prosessina sisältäen oman ymmärryksen uudelleen muotoilua ja omien uskomusten jäsentämistä uudessa tiedollisessa viitekehyksessä (Adams & Whittingham 2016).

Erikoistumiskoulutuksen toteutustavan tulee olla linjassa koulutukselle asetettujen tavoitteiden kanssa. Työelämän tarpeisiin vastaavan haavahoidon asiantuntijuuden kehittyminen edellyttää, että koulutus perustuu haavahoidon tutkimus- ja kehittämistoiminnan tuottamaan tietoon, ja että koulutuksen aikana sovelletaan tietoa, ja että opiskelija vahvistaa omaa haavahoidon kehittämisosaamista aidoissa työympäristöissä ja -yhteisöissä. (Kallunki & Seppälä 2016).

Opetuksen toteuttamisessa käytettiin sulautuvaa oppimista, jonka on todettu vahvistavan oppimiskykyä ja siten edistävän elinikäistä oppimista. (Ireland ym. 2009; Rigby ym, 2012). Garrison & Vaughan (2008) mukaan sulautuvassa oppimisessä yhdistetään tavoitteellisesti kontaktiopetusta ja teknologiaa hyödyntävää verkko-oppimista. Sulautuvassa oppimisessä toteutuva eri oppimisympäristöjen yhdistäminen edistää opiskelijan osallisuutta ja vuorovaikutteisuutta oppimisessa. (Kliger & Pfeiffer, 2011). Sulautuvan oppimisen hyötynä oppijalle on todettu joustavuus (Graham, 2006; Ocak, 2010), ajasta ja paikasta riippumattomuus (Ocak, 2010), pedagoginen moninaisuus ja kustannus-tehokkuus (Graham, 2006). Erikoistumiskoulutuksessa toteutuneessa sulautuvassa oppimisessä yhdistettiin ryhmä- ja yksilöohjausta, online videoluentoja, asiantuntijoiden luentoja videoklippeinä, simulaatiota, työpaikkoja, itseohjautuvaa oppimista ja verkossa reaaliaikaisesti ja jatkumona tapahtuvaa keskustelua.

Koulutus rakentui kolmesta keskeisestä oppimisympäristöstä; lähiopetuksesta, verkko-opinnoista ja ohjatusta itsenäisestä opiskelusta eli erilaisista oppimistehtävistä, joiden avulla opiskelija syvensi omaa haavahoidon osaamistaan ja painotti työssään tarvitsemaansa erikoisosaamista esim. vanhustenhoidossa kroonisten haavojen ehkäisyyn, hoidon tehostamiseen ja hoitopolun kehittämiseen. Lisäksi tavoitteena oli opiskelijan digiosaamisen kehittyminen opintojen aikana. Digiosaamista tarvitaan mm. potilaan ja omaisten ohjaamisessa, ohjausmateriaalin tuottamisessa ja haavahoidon dokumentoinnissa.

Opiskelu toteutettiin monimuoto-opetuksena, jossa opiskelijan oppiminen liitettiin oman työyhteisön haavahoidon osaamisen kehittämiseen, koska asiantuntijuusopintojen tulee tarjota valmiuksia ja kykyä yhdistää uutta tietoa, ja taitoja työelämän todellisiin haasteellisiin tilanteisiin (Smith ym. 2009). Opiskelijat tekivät erilaisia yksilö- ja ryhmätehtäviä, joita käytiin läpi lähipäivien seminaareissa ja verkossa. Oppimisessa keskistä on dialogi, jota syntyy ryhmätilanteissa ja opiskelijoiden, opettajien ja työelämän asiantuntijoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa, siksi ryhmä- ja vuorovaikutustilanteita oli lähipäivien lisäksi myös verkko-ympäristössä.

Verkko-oppiminen rakennettiin opintojen kantavaksi menetelmälliseksi ratkaisuksi. Verkko-oppimisen on todettu edistävän hoitotyöntekijöiden jatkuvan ammatillisen kehittymisen vaatimuksia (Ng ym. 2014). Etenkin jos verkko-oppimisessa mahdollistetaan opiskelijan

oman työn yhdistäminen opiskeltavaan kokonaisuuteen. (Clarke 2008). Opintojen ajan opiskelijalla oli käytössään verkko-oppimisympäristö, joka vaihteli ammattikorkeakouluittain, esimerkiksi Moodle, Optima tai vastaava. Verkko-oppimista varten tuotettiin ammattikorkeakoulujen kesken oppimateriaalia esim. videoklippejä ja tehtäviä ohjeistuksineen. Ne jaettiin pilvipalvelun kautta ammattikorkeakoulujen kesken. Verkkomateriaaleja tuotettiin ammattikorkeakoulujen asiantuntijoiden toimesta, mutta myös koulutusorganisaatioiden ulkopuolisilta asiantuntijoilta tilattiin verkkomateriaaleja eri aihepiireistä. Verkkotallenteina käytettiin AC- ja videotallenteita, joita koulutuksesta vastaavat linkittivät opiskelijoiden saataville verkko-oppimisympäristöön. Verkkomateriaalit toimivat pohjana lähiopetuspäiville, verkkokeskusteluille sekä kirjallisille tehtäville. Verkossa käytiin opiskelijoiden yhteistä keskustelua ja harjoiteltiin asiantuntijan konsultointia työelämässä toimivan haavahoidon asiantuntijan ohjauksessa. Verkkotyökaluista esimerkiksi opiskelijoiden verkkokeskustelut sekä asiantuntijakonsultaatiot todettiin toimiviksi niin opiskelijoiden kuin opettajien osalta. Verkossa tapahtuva omien ajatusten ja tuotetun materiaalin jakaminen on aikaisemmissa tutkimuksissa koettu hoitotyön ammattilaisten osalta positiivisena ja luovana tapana oppia. (Potts 2011, Purkis & Gabb 2013). Lisäksi opiskelijoille tarjottiin opintojen alussa ohjausta verkostoitua keskenään sosiaalisen median välityksellä (esim. Facebook, WhatsApp).

Opinnoissa oli kaikkiaan 13 lähiopetuspäivää, jotka koostuivat asiantuntijaluennoista, seminaareista, laboroinneista ja simulaatiosta. Lähiopetuksessa hyödynnettiin työelämäasiantuntijoita, kuten auktorisoituja haavanhoitajia. Oppilaitoksessa tapahtuvaa kliinistä haavanhoidon harjoittelua ammattikorkeakoulut toteuttivat työpajatyöskentelynä ja simulaatioina. Työpajojen sisältöinä olivat esimerkiksi haavan mekaaninen puhdistus, kompressiosidonta, abi-mittaus, haavan alipaineimuhoido, bakteeriviljelynäytteen ottaminen sekä diabeetikon jalkojen tutkiminen monofilamenttia hyödyntäen. Opiskelijoiden palaute laboraatioista, workshoppeista ja simulaatioista oli erittäin positiivista.

Lisäksi opintoihin liittyi osallistuminen Valtakunnallisille Haavapäiville, johon vuoden 2017 ensimmäisen aallon ammattikorkeakoulujen opiskelijat olivat valmistelleet suullisia ja posteriesityksiä. Päivät verkostoivat kymmenen ammattikorkeakoulun erikoistuvat opiskelijat keskenään. Ne mahdollistivat myös verkostoitumisen jo haavahoidon asiantuntijoina toimivien kanssa, koska päiville osallistui noin 800

haavahoidon asiantuntijaa eri puolilta Suomea. Tämän lisäksi opintojen aikana järjestettiin alueellisia seminaaritilaisuuksia ja/tai koulutuspäiviä yhteistyössä yritysten kanssa.

Opiskelijan oma aktiivisuus, itseohjautuvuus, määrätietoisuus, motivaatio ja kokemuksellisuus korostuivat oppimisen aikana. Opiskelija reflektoi oppimaansa suhteessa aikaisempaan tietoonsa ja kokemukseensa. Reflektio on ajatteluprosessi, jossa yksilö pohtii omaa oppimistaan, jotta pystyy konstruoimaan uutta tietoa ja/tai liittämään uusia näkökulmia aikaisempiin. Reflektio on tärkeää oppimisen kannalta, sillä silloin oppija pyrkii tiedon tietoiseen ymmärtämiseen. Se on myös sosiaalista toimintaa, koska yksilö peilaa ajatuksiaan ja oppimiskokemustaan myös ympäristönsä kanssa. (Mezirow 1995; Ojanen 2000). Reflektion välineen opiskelijalla oli portfolio, jossa hän osoitti koulutuksen aikana kehittyvän haavahoidon osaamisensa. Opiskelija eritteli, analysoi ja arvioi haavahoidon osaamisensa ja asiantuntijuutensa kehittymistä koulutuksen aikana saamansa oppimispalautteen, ohjauksen ja itse- ja vertaisarvioinnin avulla. Portfolion rakenne perustui Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n edellyttämän haavahoitajan erikoisosaamisen osoittamiseen (www.shhy.fi), jolloin opiskelija voi valmistuttuaan hyödyntää osaamisportfoliotaan auktorisoidun haavahoitaja -nimikkeen hakemiseen.

LÄHTEET

ADAMS V., WHITTINGHAM, K. 2016. More than just an online wound care course. *Wounds UK* 12 (2): 42-47.

CLARKE, A. 2008. *Palgrave Study Skills: E Learning*. 2nd edn. Plagrove.MacMillan. Baasingstoke.

Eurooppalainen tutkintojen viitekehys Elinikäisen oppimisen edistämiseksi. Saatavissa: https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_fi.pdf (Viitattu 28.12.2017).

GARRISON, R., VAUGHAN, H., 2008. *Blended Learning in Higher Education: Framework, Principles and Guidelines*. Jossey-Bass, San Francisco.

GRAHAM, R.G., 2006. Definition, current trends and future directions. Kirjassa: Bonk, C.J., Graham, C. (Toim.), *The Handbook of Blended Learning: Global Perspectives, Local Designs*. Pfeiffer Publications, San Francisco, CA, 3-21.

IRELAND, J., MARTINDALE, S., JOHNSON, N., ADAMS, D., EBOH, W., MOWATT, E., 2009. Blended learning in education: effects on knowledge and attitude. *British Journal of Nursing* 18 (2), 24e30.

KALLUNKI, J & SEPPÄLÄ, H. 2016. *Korkeakoulujen erikoistumisopinnot*. Käsikirja koulutusten kehittäjille.

KAUPPILA, R. A. 2007. *Ihmisen tapa oppia. Johdatus sosiokonstruktivistiseen oppimiskäsitykseen*. Juva: WS Bookwell Oy.

KLIGER, D., PFEIFFER, E., 2011. Engaging students in blended courses through increased technology. *Journal of Physical Therapy Education* 25 (1), 11-14.

MEZIOROW, J. 1995. Kriittinen reflektio uudistavan oppimisen käynnistäjänä. Teoksessa Mezirow et al. (toim.) *Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa*. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Oppimateriaaleja 23. Helsinki: Miktor

NG, L.C., TUCKETT A.G., FOX-YOUNG S.K., KAIN V. J. 2014. Exploring registered nurses' attitude towards postgraduate education in Australia: A overview of the literature. *Journal of Nursing Education Practice* 4 (2): 162-70.

OCACK, M.A., 2010. Blend or not blend: a study investigating faculty members' perceptions of blended teaching. *World Journal of Educational Technology* 2 (3), 196-210.

OJANEN, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

POTTS, H. W. W. 2011. Students Experiences of Creating and Sharing Material in Online Learning. *Med Teach* 33 (11): E607-14.

PURKIS N., Gadd C.A., 2013. Online Learning for Professional Development, *Nursing Times* 109 851): 16-18.

RAUSTE-VON WRIGHT, M. & VON WRIGHT, J. & SOINI, T. 2003. *Oppiminen ja koulutus. 9. Painos.* Helsinki: WSOY

ROGBY, L., WILSON, I., BAKER, J., WALTON, T., PRICE, O., DUNNE, K., KEELEY, P., 2012. The development and evaluation of a 'blended' enquiry based learning model for mental health nursing students: "making your experience count". *Nurse Education Today* 32, 303-308.

SMITH G.G., PASSMORE D., FAUGHT, T. 2009. The Challenges of Online Nursing Education, *Internet Higher Education* 12 (2): 98-103.

4. TYÖELÄMÄN HAAVAHOIDON KEHITTÄMINEN JA UUDISTAMINEN ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN AIKANA

Tiina Pennanen ja Salla Seppänen

4.1 Erikoistumiskoulutuksen haasteet työelämän uudistamisessa

Haavahoito on kansainvälisesti tarkasteltuna terveysalan erityisosaamisen alue, joka edellyttää hoitotyön arvoperustan ymmärtämistä, vahvaa haavahoidon tieto- ja taitoperustaa sekä käytännön haavahoidon kokemusta ja kehittämisosaamista. Tavoitteena on, että erikoistumiskoulutuksessa hankittu osaaminen luo edellytyksiä näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämisessä haavapotilaan hoidon kehittämisessä ja antaa valmiudet toimia oman alansa haavahoidon asiantuntijana moniammatillisissa tiimeissä. Lisäksi koulutuksessa tarkastellaan haavahoidon yhteiskunnallista ja taloudellista merkitystä. (Liite 1, Haavahoidon asiantuntija 30 op OPS 2016.)

Korkeakoulut eivät ole erillinen saareke, vaan ne ovat kiinteä osa yhteiskuntaa ja niiden tuottaman osaamisen tulee tukea alakohtaista ja alojen välistä yhteistyötä, vaikuttavaa toimintaa ja yhteiskunnan kehitystä. Eri toimintaympäristöt, niiden kehittämishaasteet ja muutokset osoittava millaisia aiheita pidetään kehittämisen arvoisina. (Heikkilä & Jokinen 2015). Erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on kehittää työelämää ja siksi opintoihin voi sisältyä työelämälähtöinen kehittämis-tehtävä, jonka tavoitteena on oman erityisalan ammatillisten käytäntöjen kehittäminen tieteellistä tutkimustietoa hyödyntäen ja näyttöön perustuen. (Kallunki & Seppälä 2016). Haavahoidon -erikoistumiskoulutuksen osallistujat tekivät opintojensa aikana työelämään liittyvä haavahoidon kehittämishankkeen, missä tavoitteena oli haavahoidon ja/tai oman työyhteisön tai organisaation haavahoidon osaamisen kehittäminen näyttöön perustuen ja hyödyntäen olemassa olevia haavahoidon standardeja ja hoitosuosituksia, sekä arvioimalla haavahoidon eettisyyttä ja vaikuttavuutta. Kehittämishankkeen tavoitteena oli ennen kaikkea yhtenäistää haavahoidon käytäntöjä ja lisätä haavapotilaan hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden välistä yhteistyötä, jotka onnistuessaan saavat aikaan hoidossa kustannustehokkuutta ja vaikut-

tavuutta. Osa kehittämishankkeista esitettiin joko Valtakunnallisilla Haavapäivillä, alueellisissa koulutuksissa tai muussa kouluttajan määrättämässä tilaisuudessa. Tämä antoi uudelle kehittyvälle haavahoidon asiantuntijalle mahdollisuuden perehtyä asiantuntijaviestintään ja kouluttamiseen sekä vahvisti kokemusta asettaa itsensä asiantuntijan ja/tai konsultin rooliin. (Liite 1 Haavahoidon asiantuntija 30 op OPS 2016).

4.2 Haavahoidon kehittämisosaaminen

Erikoistumiskoulutuksen moduulin ”Näyttöön perustuva haavahoidon kehittämisosaaminen 10 op” tavoitteena oli näyttöön perustuen kehittää joko potilaiden haavahoitoa omassa työyksikössä tai organisaatiossa, tai kehittää haavapotilaan hoitoketjua tai alueellista hoidon verkostoa. Tavoitteena oli vahvistaa tulevan haavahoidon asiantuntijan valmiuksia toimia haavahoidon asiantuntijana moniammatillisissa tiimeissä ja hyödyntää näyttöön perustuvan tiedon käyttöä haavapotilaan hoidossa ja sen edelleen kehittämisessä. Opiskelijat tekivät erikoistumiskoulutuksessa 114 kehittämishanketta, joista erikoissairaanhoidon tehtiin 53 ja perusterveydenhuoltoon 53 ja yksityiselle tai muulle taholle 8. (Centria 5, HAMK 13, LAMK 11, MAMK 14, OAMK 12, SAMK 12, Savonia 11, TAMK 14, TurkuAMK 12, VAMK 8) (ks. taulukko 1).

Taulukko 1. Haavapotilaan hoidon kehittämishankkeet erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollon vuodeosasto- ja avo- tai kotihoidossa sekä yksityisellä sektorilla ammattikorkeakouluittain.

	Erikoissairaanhoido	Perusterveydenhuolto vuodeosastohoito	Perusterveydenhuolto Kotihoito ja/tai avohoito	Yksityinen	Muut
Centria (N 5)	1	2	2		
HAMK (N 13)	7	2	3	1	
LAMK (N 11)	3	4	4		
MAMK (N 14)	5	5	2	1	1
OAMK (N 12)	5	1 (+1)	5	1	
SAMK (N 12)	7	2	2 (+1)	1	
Savonia (N 11)	8	2	1		

TAMK (N 14)	5	4	2	3
TurkuAMK (N 12)	7	2	3 (+1)	
VAMK (N 8)	5	1	2	

Kehittämishankkeet toteutettiin pääsääntöisesti joko yksilö- tai paritöinä riippuen aiheen valinnasta ja laajuudesta, yhteisestä kiinnostuksen kohteesta sekä opiskelijan työpaikasta. Savonia ammattikorkeakoulussa Diabeettista jalkahaavaa sairastavan potilaan hoitopolkuun liittyvän kehittämishankkeen perusterveyden ja erikoissairaanhoidon välillä toteutti kolmen opiskelijan ryhmä, ja Oulun ammattikorkeakoulussa haavapotilaan ravitsemusohjaukseen liittyvä kaksiosainen hanke toteutui 4 opiskelijan yhteistuotoksena. Tässä tarkastelussa kehittämishankkeet jaettiin sisällön perusteella seuraaviin haavahoidon asiantuntijuusalueen mukaisiin teemoihin: **1. ”Välittömän kliinisen haavahoidon kehittäminen”** -teema, joka sisältää *haavapotilaiden hoidon* suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin liittyvät hankkeet sekä haavapotilaan hoidon *dokumentoinnin*. Tähän luokkaan on sisällytetty myös tuotekokeilut ja potilaan itsehoitoon ja ohjaukseen sekä potilasohjeiden kehittämiseen liittyvät hankkeet. **2. ”Hoitohenkilökunnan haavapotilaan hoitoon liittyvän osaamisen kehittäminen”** -teema sisältää henkilökunnan ja opiskelijoiden haavapotilaan kokonaisvaltaisen hoidon osaamisen kartoittamisen ja haavahoidon koulutusten ja/tai konsultointien suunnittelun ja toteutuksen. **3. ”Haavapotilaan hoitoketjun tai organisaation toiminnan kehittäminen”** -teema sisältää oman organisaation, alueen haavapotilaan hoitolinjauksien tai haavapotilaan hoitoketjun kehittämisen ja käyttöönoton prosessit.

Teemat valittiin ja modifioitiin haavahoitajan auktorisointiin liittyvistä osaamiskriteereistä. Lähes kaikki kehittämishankkeista voitaisiin sijoittaa myös ”Välittömän kliinisen haavahoidon kehittäminen” -teeman alle, sillä kaikki teemat tavalla tai toisella koskettavat välitöntä haavahoitoa. Jos henkilökunnan haavahoito- tai ohjausosaamista lisätään, näkyy se yleensä aina myös parantuneena haavahoitona potilastyössä. Kuitenkin kehittämishankkeiden luokittelu teemoihin tehtiin hankkeen keskeisen sisällön perusteella vain yhteen teemaan kuuluvaksi. Teeman lisäksi hankkeet luokiteltiin toteuttamispaikan mukaan joko erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon vuodeosaston, avovastaanoton tai kotihoidon sekä yksityisen tai muun sektorin kehittämishankkeiksi. Toteuttamispaikan mukaisessa luokittelussa

kaksi kehittämishanketta sijoittuivat kahteen eri toteuttamispaikkaan. Ensimmäinen hanke liittyi painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja riskimittarin käyttöön ottoon ja se toteutettiin perusterveydenhuollon vuodeosastolla. Aiheeseen liittyen hankkeessa koulutettiin myös terveystieteiden vastaavien henkilöstö. Toinen hanke liittyi erään kaupungin haavahoitajan toimenkuvaan sekä terveystieteiden osastossa että avo- ja kotihoidossa (Liite 2). Seuraavaksi kehittämishankkeita käsitellään haavahoidon asiantuntijuusalueen mukaisten teemojen mukaisesti.

4.2.1 Välittömän kliinisen haavahoidon kehittäminen

Haavahoidon kirjaaminen on yksi keskeisistä ja haasteellisimmista sekä myös jonkin verran tutkituista alueista. Kirjaamisen kehittäminen on yksi haavahoidon koulutuksien kestoaiheista ja tässä erikoistumiskoulutuksessa aiheeseen liittyen tehtiin 11 sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoon liittyvää kehittämishanketta. Haavahoidon kirjaamisen tutkija Ulla-Maija Kinnunen (2014) on jo vuosia korostanut haavahoidon yhtenäisten ohjeiden merkitystä, jotta pystyisimme ennakoimaan ja vähentämään kroonisten haavojen tuomaa vaativaa hoidontarvetta, potilaan kärsimyksiä ja hoidon aiheuttamia kustannuksia. Hän oli havainnut, että haavahoidon kirjaaminen on puutteellista ja epäyhtenäistä. Kirjaamista vaikeuttaa haavahoitoon ja haavan arviointiin liittyvä epäyhtenäinen käsitteistö. Kinnunen kehitti väitöskirjassaan (2013) olemassa olevaa standardoitua FinCC-luokituskokonaisuutta tutkimalla haavahoidon sähköisiin järjestelmiin tuotettuja haavahoidon kertomuksia ja hoitosuosituksia sekä tekemällä haavahoidon asiantuntijoille kyselyn kirjaamisen käytännöistä. Kinnunen (2013) on luonut helppokäyttöisen haavahoidon kirjaamismallin, misä käytetään haavahoitoon vakiintuneita käsitteitä ja näin helpotetaan ja yhtenäistetään kirjaamista. Haavahoitotyössä haasteena on saada tuotettu tieto sovelletuksi käytäntöön ja ehkä tästä syytä esimiehet ja johtajat toivoivat kehittämishankkeita kirjaamiseen liittyen. Perusterveydenhuollossa tehdyt kehittämistehtävät (6) keskittyvät haavahoidon rakenteisen kirjaamisen yhtenäistämiseen, mitä selittää kuntien yhdistyminen ja sen myötä tarve sosiaali- ja terveystieteiden käytäntöjen yhtenäistämiseen. Erikoissairaanhoidon kirjaamisen kehittämishankkeet nousevat yksittäisten osastojen ja/tai osaamisalueiden tarpeista ja liittyvät osaston toiminnan näkökulmasta etiologialtaan keskeisten haavojen kirjaamisen (esimerkiksi leikkaushaava, jalkahaavat) (2) ja haavanseurantalomakkeen (1) kehittämiseen.

Uusina teemoina kehittämishankkeissa nousee kirjaamisen tarkistuslista ohjeineen ja kirjaamiseen liittyvät fraasit. Fraasien ja tarkistuslistojen tarkoituksena on auttaa hoitotyöntekijöitä paitsi haavahoidon toteuttamisessa, myös sen kirjaamisessa. **Tarkastuslistat** (*Check-list*) ovat saaneet alkunsa, kun Maailman Terveysjärjestö WHO käynnisti vuonna 2007 ohjelman, jonka tavoitteena oli potilasturvallisuuden lisääminen ja leikkauskomplikaatioiden vähentäminen. Kansainvälinen asiantuntijaryhmä kehitti strukturoidun leikkaustiimin tarkistuslistan, jota testattiin kahdeksassa keskuksessa ei puolilla maailmaa. Tarkistuslistan käyttö tuo toiminnalle tarkan standardin vähentäen muistin varassa toimimista. Listan käytössä keskitytään ongelmallisiksi todettuihin hoitoprosessin poikkeamiin ja hoitoprosessin kriittisiin vaiheisiin. Tutkimuksissa on osoitettu, että tarkistuslistan avulla pystytään vähentämään leikkauskomplikaatioita yli kolmanneksella. WHO suosittelee terveydenhuollon ammattilaisia ja sairaaloita ottamaan leikkauspotilaan tarkistuslistan käyttöön ja muokkaamaan sitä omien tarpeidensa mukaiseksi. Olennaista on, että tarkistuslistan avulla voidaan varmistaa, että tarpeellinen on tehty, unohtamatta mitään tärkeää. (Ikonen & Pauniahho 2010; Pauniahho ym. 2009). Läheltä piti -tilanteet, tai jo tehdyt virheet käynnistivät listojen kehittämisen (Blomgren & Pauniahho 2013). Haavahoidon kirjaamista on aina pidetty vaikeana ja haasteellisena ja siinä on havaittavissa paljon puutteita, siitä huolimatta, että sanonta ”se mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty” tunnetaan. Kirjaamisen yhteydessä on tuotu ongelmina esiin se, ettei haavahoidolle ole selkeää kohtaa kirjaamisessa. Toisaalta haavahoidon kirjaamisen puutteellisuuden takana voi olla riittämätöntä tietoa – mitä, miten ja miksi kirjataan? Edellä mainitut tekijät perustelevat tarkistuslistan kehittämisen tarpeellisuutta haavahoidossa. Kirjaamisen haasteiden ymmärtäminen ja toisaalta lähellä piti tilanteiden konkretisoiminen hoitotyössä HaiPron myötä, on nostanut esiin tarkistuslistojen tarpeen myös haavahoidon kirjaamiseen. Kehittämishankkeita, jotka liittyivät haavahoidon tarkistuslitoihin ohjeineen, tehtiin kahdelle eri erikoissairaanhoidon sairaalan vuodeosastoille ja yhdelle perusterveyden vastaanotolle. Tarkistuslitojen tavoitteena oli tukea sekä haavahoidon toteuttamista, että sen kirjaamista.

Erikoistumiskoulutuksen yhtenä tavoitteena haavahoidon asiantuntijuudessa ja sen kehittämisessä on muun muassa digitaalisatio asiantuntijaviestinnässä, kuten **sähköisen materiaalin tuottaminen ja sen levittäminen/jakaminen**. Myös hallitusohjelmassa vuoteen 2025 on esitetty, että julkisissa palveluissa ja yksityisellä sektorilla on muun

muassa otettu digitalisaatiolla tuottavuusloikka. Tavoitteeksi on asetettu, että asiakaslähtöiset julkiset palvelut on rakennettu käyttäjälähtöisiksi ensisijaisesti digitaalisia toimintatapoja uudistamalla. (Valtioneuvoston www-sivut.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa raportissa kliinisen hoitotyön kehittämisehdotuksissa digitalisaatio ja etäpalvelut on nostettu sairaanhoitajien osaamisvaatimuksiksi. Digitalisaatiolla luodaan uusia mahdollisuuksia potilaiden ja asiakkaiden itsehoidon ja kotona elämisen tukemisessa sekä kroonisten sairauksien seurannassa. Sairaanhoitajien palveluita viedään aikaisempaa enemmän myös asiakkaiden kotiin ja kodinomaisiin ympäristöihin, jolloin on tärkeää tukea sairaanhoitajan päätöksenteon asianmukaisuutta moniammatillisen etäkonsultaation ja sähköisen päätöksenteon tukijärjestelmien avulla (Rautiainen ym. 2016). Erikoistumiskoulutuksessa tämä näkyi haavahoitoa tukevien digitaalisten aineistojen tuottamisena (4). Kehittämishankkeissa tuotettiin potilaalle erikoissairaanhoidon Terveyskylän verkkopalveluun digimateriaalia kroonisen alaraajahaavan itsehoidon tueksi sekä sydänleikatun potilaan haavahoitoon liittyvä ohjausvideo. Lisäksi tuotettiin haavahoidon kirjaamisen tueksi kuvapankki haavainfektion ennaltaehkäisystä ja sen tunnistamisesta, ja video kärpäsentoukkahoidosta hoitohenkilökunnan perehdytyksen tueksi.

Kehittämishankkeiden yksi painopistealue oli **painehaavat, niiden hoito ja ennaltaehkäisy**. Painehaava aiheuttaa potilaalle kipua ja kärsimystä sekä heikentää potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Lisäksi painehaavojen hoito pitkäaikaista ja kallista. Perinteisesti haavahoidossa on saatettu ajatella, että painehaavat ovat lähinnä pitkäaikais- ja tehohoitopotilaiden hoitoon liittyvä haaste. Painehaava voi kuitenkin syntyä missä tahansa potilaan hoitoketjun vaiheessa, myös potilaan kuljetuksessa, päivystyksessä, leikkauksessa, akuuttihoitossa ja kotihoitossa, vaikka useimmiten painehaava todetaan vuodeosastolla. (Moore 2013). Tutkimusten mukaan jopa noin 60% painehaavoista jää terveydenhuollossa toteamatta, sillä erityisesti ensimmäisen ja toisen asteen painehaavojen tunnistaminen on haasteellista. Tärkeää onkin oppia tunnistamaan painehaavariskissä olevat henkilöt ja aloittamaan ennaltaehkäisevät toimenpiteet riittävän ajoissa. (*National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan-Pacific Pressure Injury Panel. 2009, Moore 2010*). Vuonna 2015 Hoitotyön tutkimussäätiö on julkaissut asiantuntijoiden laatiman hoitosuosituksen aikuispotilaan painehaavan ehkäisystä ja tunnistamisesta hoitotyössä. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan

hoitotyössä: Hoitosuositus, 2015.) Myös Valvira edellyttää painehaavojen ennaltaehkäisyä ja niiden esiintyvyyden omavalvontaa (Niskanen & Palkamo 2017). Asian esille ottaminen on varmasti herättänyt hoitotyön johtajat ja haavahoidon asiantuntijat huomioimaan painehaavoihin liittyvät tekijät koko hoitotyön kentässä ja näin nostanut painehaavojen tunnistamisen, ennaltaehkäisyn ja hoidon yhdeksi haavahoidon kehittämisen painopisteeksi. Erikoistumiskoulutuksen kehittämishankkeista 17 liittyi painehaavoihin ja niiden ennaltaehkäisyyn sekä riskiluokituksen käyttöönottoon. Erikoissairaanhoidossa osastoilla otettiin käyttöön painehaavojen arviointi (2) ja/tai riskiluokitus (9) sekä toteutettiin painehaavojen ennaltaehkäisyn toimintamallin kokeilujakso (4). Yhdessä kehittämistehtävässä luotiin tulohaastatteluun toimintamalli, missä toteutettiin potilaan painehaavariskin arviointi käyttäen riskiluokitukseen kehitettyä mittaria. Toimintamallin kuvaus sisälsi myös ohjeen riskiluokituksen käytöstä tulohaastattelua tekeväälle hoitajalle. Perusterveydenhuollossa riskiluokituksia on käytetty osana painehaavojen ennaltaehkäisyä ja näin ollen ne tunnetaan siellä melko hyvin. Tämä näkyy sekä aiheeseen liittyvien kehittämishankkeiden määrässä että sisällöissä. Perusterveydenhuollon kehittämishankkeissa keskityttiinkin enemmän painehaavojen tunnistamiseen, ennaltaehkäisyyn ja paikallishoitoon (3) ja riskimittarien käyttöönottoon liittyi vain kaksi hanketta. Myös yksityisen palvelukeskuksen kohdalla painehaavojen riskitekijät ja ennaltaehkäisyyn kiinnitettiin huomiota (1). Perusterveydenhuollossa ja yksityisellä palveluntarjoajalla kehittäminen toteutettiin pääosin kouluttamalla henkilökuntaa tai laatimalla aiheesta ohje/kansio henkilökunnan käyttöön. Näyttöön perustuvan suosituksen käyttöön oton haasteena on saada koko henkilöstö koulutettua ja siten varmistaa suosituksen jalkautuminen hoitotyön arkeen. Hoitosuositusten pohjalta laadittujen toimintaohjeiden osalta puolestaan haasteena on saada ohje suunnitelmalliseen käyttöön osana haavapotilaan hoitoprosessia.

Hoitosuositus aikuispotilaan painehaavan ehkäisystä ja tunnistamisesta hoitotyössä (2015) nostaa esiin **ravitsemuksen merkityksen** osana haavanpotilaan hoitoa. Erikoistumiskoulutuksessa tehtiin aiheeseen liittyen yhteensä 10 kehittämishanketta. Kansainvälinen painehaavan ehkäisyn ja hoidon suosituksen (*National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan-Pacific Pressure Injury Panel*) mukaan painehaavapotilaan ennaltaehkäisyn ja hoidon yhteydessä potilaan ravitsemukseen tulee kiinnittää huomiota, erityisesti korostetaan potilaiden ravitsemustilan seulonnan, määrittä-

misen, ravitsemushoidon suunnittelun ja yksityiskohtaisen toteutuksen merkitystä. Ravitsemustilan määrittämiseen on selkeä ohje, mutta sen suunnitelmallisen toteutumisen osalta oleellista on sopia, kenen vastuulla ravitsemustilan arviointi on, missä vaiheessa potilaan hoitoa ja millä menetelmällä arviointi tehdään. Erikoissairaanhoidon on kehitelty nopeasti käytettävä (3-10 min) NRS-2002 seulontamenetelmä (*Nutritional Risk Screening*) -vajaaravitsemusmittari, jonka tarkoituksena on löytää vajaaravitsemus varhaisessa vaiheessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.) Suositusten seurauksena haavapotilaan ravitsemukseen ja sen arviointiin on kiinnitetty entistä enemmän huomiota. Tämä näkyi myös erikoistumiskoulutuksessa tehdyissä haavapotilaan ravitsemustilan arviointiin ja ravitsemuksen parantamiseen liittyvistä kehittämishankkeissa (4), joista kolme tehtiin erikoissairaanhoidossa ja yksi perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollossa tehtiin yksi hanke lisäravinteiden käyttöön liittyen. Erikoissairaanhoidon tehtiin kirurgisen potilaan ravitsemuksen tehostamisen prosessiin liittyen kaksi mallinnusta. Mallinnusten kautta syntyi kirurgisen potilaan ravitsemussuunnitelman toteutuskaavio ja hoitajille ravitsemusohjauksen tueksi ohjekortti. Haavapotilaan ravitsemusneuvonnan toteuttamiseen tueksi tehtiin hoitajille opas/ohje sekä perusterveydenhuoltoon (2) että erikoissairaanhoidon (1). Myös haavapotilaalle tehtiin itsehoidon tueksi opas ravitsemus osana onnistunutta haavanhoitoa (1).

Haavanhoitoon **valmistautuminen, haavan puhdistaminen ja tuotteiden käyttö** ovat keskeisiä teemoja haavahoidon kehittämisessä, erityisesti pienillä paikkakunnilla ja paikoissa, joissa hoitajat tekevät hyvin itsenäisesti haavapotilaan hoitoa. Vaikka haavan puhdistamisesta ei ole olemassa vahvaa tieteellistä näyttöä, on Euroopan haavanhoitoyhdistys (EWMA) laatinut katsauksen haavan puhdistamisen eri vaihtoehtoihin. Dokumentti löytyy suomennettuna Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n materiaaliarkistosta (www.shhy.fi). Kuten dokumentissa todetaan, haavapohjan puhdistus on haavanparanemisprosessin perusta ja siten keskeinen toimenpide haavanpaikallishoidossa. Haavapohjan puhdistuksella luodaan haavan biologinen paranemisympäristö, joka mahdollistaa haavahoidon keskeisimmän tavoitteen, haavan umpeutumisen. Onnistuneella haavanpaikallishoidolla vähennetään haavan aiheuttamia oireita, kuten kipua, eritystä ja hajua ja siten myös potilaan elämänlaatu paranee. Erikoistumiskoulutuksen moduulissa ”Näyttöön perustuva haavahoidon kliininen osaaminen” tavoitteena on, että opiskelija omaksuu tiedolliset ja taidolliset valmiudet sekä ky-

vyn soveltaa eri tieteenalojen tietoa tilannekohtaisesti haavapotilaan hoidossa sekä kykenee toimimaan oman alansa haavahoidon asiantuntijana. Kliinisen haavahoidon kehittämiseen liittyvät hankkeet ovat hyvä esimerkki tämän tavoitteen saavuttamisesta. Perusterveydenhuollossa kliinisen haavahoidon kehittämishankkeen tuotoksena syntyivät huomiokortit haavan oikeaoppisesta mekaanisesta puhdistuksesta ja laadukkaasta bakteerinäytteenotosta. Tavoitteena oli luoda yhtenäiset ja laadukkaat käytännöt terveysaseman hoitohenkilökunnalle. Tuotettu ohje tallennettiin kaupungin sisäiseen intraan kaikkien alueen terveyskeskusten käyttöön. Haavahoidon mekaaniseen puhdistukseen liittyen oppaita tehtiin kolmelle erikoissairaanhoidopiirin erikoisalain vuodeosastolle ja yksi perusterveydenhuollon vastaanoton, ja yksi palvelutalon haavahoitotyön tueksi. Haavahoidossa negatiivinen alipaineimuhoito (*NPWT negative pressure wound therapy*) on ollut merkittävä teknologinen saavutus viimeisten 20 vuoden aikana ja sen on todettu tehostavan sekä kroonisen että akuutin haavan parantumista vaikuttamalla haavan makroympäristöön (poistaa eritettä ja nestettä ja näin vähentää turvotusta, lisää verenkiertoa ja vähentää ulkoista kontaminaatiota) ja mikroympäristöön (vaikuttaa solujen toimintaan ja edistää uuden kudoksen syntymistä) (Willy 2006). Alipaineimu laitteen patentin vapauduttua markkinoille on tullut uusia laitteita, jotka soveltuvat myös kotihoitoon, ja samalla laitteen hinta on laskenut. Kehittämistehtävistä kaksi käsitteli haavahoidon alipaineimuhoitoa, joko osastolla (1) tai kotihoidossa (1).

Hoitotyössä haavahoitotuotteiden valintaa pidetään vaikeana, vaikka tuotevalinnan avuksi on tehty paljon erilaisia apuvälineitä: Avoimen haavan VPKM –väriluokitus-helpperi, haavan eritykseen ja kudostyyppiin perustuva TIME luokitus (Harding 2012), Vulnus Fennica ja haavatuotteita myyvien yritysten tuottamat oppaat. Kroonisten haavojen hoitotuotteisiin, niiden valintaan ja käyttöön liittyi erikoissairaanhoidossa yksi kehittämishanke, jonka tuotoksena oli sähköinen tuotevalintaa ohjeistava posterit. Lisäksi tehtiin erikoissairaanhoidossa akuuttihaavoihin liittyen kehittämishankkeet leikkaushaavojen arvioinnista ja haavojen peittelykäytäntöjen yhtenäistämistä. Perusterveydenhuollossa tehtiin kolme haavan paikallishoitoon liittyvää tuotteiden käyttöä opastavaa kansiota. Avohoidossa vastaanotolle tehdyssä aineistossa esitetään kuvaus haavapotilaan hoitosuunnitelman laatimisesta, jota voitaisiin käyttää apuna haavanpaikallishoidon suunnitteluun. Vuodeosastolla tavoitteena oli kuvata haavahoidon vaiheet ja käytettävät tuotteet ja näin aikaansaada hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen.

Lisäksi kehittämishankkeissa käsiteltiin haavan mekaanista puhdistamista ja etiologialtaan erilaisten haavojen (painehaava, onkalohaava, diabeettinen jalkahaava, infektoitunut haava, rintasyöpähaava) hoitamista, sekä toteutettiin kaksi tuotekokeilua ja yksi hoitokäytännön muutokseen liittyvä kokeilu.

Potilaan/asiakkaan ohjaus on aktiivista, tavoitteellista ja vuorovaikutuksellista toimintaa ja on siten kiinteä osa tavoitteellista haavapotilaan hoitoa. Ohjaus perustuu hoitotyön etiikkaan, myös lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa edistää haavan paranemista ja siten tuo taloudellisia säästöjä lyhentyneinä hoitoaikoina. Hoitohenkilöstöltä edellytetään ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja haavan hoitoon ja uusien haavojen synnyn ennalta ehkäisyyn. Ohjaus mahdollistaa sekä potilaan että hoitohenkilöstön oppimisen, voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvun ja näin edistää potilaan haavan paranemista (Kääriäinen 2007). Opintojaksolla ”Haavapotilaan elämänlaatu, omahoidon tukeminen ja ohjaaminen (5 op)” tarkastellaan asiakkaan elämänlaatua ja omahoitoa sekä sitä miten niihin voidaan vaikuttaa ohjauksellisin menetelmin. Lisäksi opiskellaan näyttöön perustuvan ohjausmateriaalin tuottamista haavapotilaan omahoidon tueksi. Potilas/asiakas ohjaukseen liittyen tehtiin viisi kehittämishanketta, joista kolme erikoissairaanhoidon ja kaksi perusterveydenhuoltoon. Ohjausmateriaalit keskittyivät lähinnä potilaan kotiuttamisvaiheeseen ja haavan omahoitoon (sydän leikatun potilaan leikkaushaavan ja laskimoperäisen haavan kotihoito). Lisäksi tehtiin kotihoito-ohjeina haavapotilaan ravitsemus kotona ja sähköinen omahoidon materiaali laskimoperäisen haavan itsehoitoon.

4.2.2 Hoitohenkilökunnan haavapotilaan hoitoon liittyvä osaamisen kehittäminen

”Hoitohenkilökunnan haavapotilaan hoitoon liittyvä osaamisen kehittäminen” -teema sisältää henkilökunnan ja opiskelijoiden haavapotilaan kokonaisvaltaisen hoidon osaamisen kartoittamisen ja koulutusten ja/tai konsultointien suunnittelun ja toteutuksen. Tämän teeman olisi voinut sijoittaa myös ”Välittömän kliinisen haavahoidon kehittäminen” -teemaan, sillä jos ammatillaisen haavahoito- tai ohjausosaamista lisätään, näkyy se yleensä myös parantuneena haavahoitona potilastyössä. Tämän teeman nostaminen omaksi kokonaisuudeksi oli perusteltua SHHY:n auktorisoidun haavahoitajan nimikkeen vaa-

timusten perusteella. Auktorisoinnin tarkoituksena on määriteltyjen haavahoidon osaamiskriteerien perusteella osoittaa hakijan haavahoidon erityisosaaminen. Haavahoitajalla tulee olla paitsi valmiuksia toimia ammattien välisessä yhteistyössä myös halua ja kykyä jakaa tietoa. Kollektiivinen asiantuntijuus, verkostoituminen ja työryhmyöskentelyn luovat pohjan laadukkaalle haavapotilaan hoitotyölle. (www.shhy.fi) Opetussuunnitelmassa tavoitteeksi on asetettu, että opiskelija kykenee toimimaan oman alansa asiantuntijana, mikä näkyy haavahoidossa muun muassa konsultatiivisena otteena, asiantuntijuuden ja osaamisen jakamisena tiimeissä ja verkostoissa sekä muiden ammattilaisten kouluttamisena (Liite 1, Haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutus OPS 2016).

Henkilökunnan haavapotilaan hoitoon liittyvän osaamisen kehittäminen korostui erityisesti perusterveydenhuollossa (16). Lieneekö syynä se, että laajasti tarkasteltuna perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa haavanhoitoa ei ole organisoitu ja kehitetty yhtä tavoitteellisesti kuin erikoissairaanhoidossa. Esimerkiksi haavahoidon konsultatiivista on erikoissairaanhoidossa kehitetty niin että sitä tarjotaan alueen yksiköiden kesken ja joillakin alueilla myös perusterveydenhuollon yksiköille. Kahdella eri perusterveydenhuollon alueella tehdyissä kehittämishankkeissa (2) selvitettiin henkilökunnan haavahoidon osaamisen tasoa. Tulosten perusteella toiseen näistä yksilöistä laadittiin hoitohenkilöstölle **haavahoitopassi** haavahoidon osaamisen varmistamiseksi ja toisessa koulutettiin hoitohenkilökuntaa lääkinnällisen hoitosukan käytössä. Perusterveydenhuollossa erilaisia henkilökunnan **koulutustilaisuuksia** (7) järjestettiin mm. turvotuksenestohoitoon (1), diabeettisen jalkahaavan ennaltaehkäisyyn (1), painehaavan paikallishoitoon (2), laskimo- ja valtimoperäisen säärihaavan hoitoon (1), haava-asiakkaan tutkimiseen ja hoitotuotteiden valintaan (1) sekä järjestettiin haavahoidon koulutus kotipalvelun henkilökunnalle (1). Koulutus oli suunniteltu yhden viikon mittaiseksi tapahtumaksi (il-tapäiväteemat). Tavoitteena oli, että hankkeessa kehitetty teemaviikko koulutusohjelma tullaan toteuttamaan vaihtuvien teemojen vuosittain. Myös yksityisten terveydenhuoltopalveluiden puolella korostui tarve henkilökunnan haavahoidon osaamisen lisäämiseksi. Tällä alueella toteutuksessa päädyttiin koulutusaineiston tuottamiseen hoitohenkilökunnan avuksi haavahoidon toteuttamisessa.

Erikoissairaanhoidossa koulutukset liittyivät erityisesti painehaavojen ennaltaehkäisyyn teemoihin ja painehaavariskimittarin käyttöön-

ottamiseen (3). Lisäksi järjestettiin kaksi niin sanottua ”täsmäkoulutusta” työyksikön tarpeista (avanteen iho-ongelmien hoito ja *sinus pilonidalis* -toimenpiteen jälkeinen haavanhoito). Jälkimmäiseen aiheeseen liittyen työstettiin hoito-ohje henkilökunnan käyttöön. **Ohjeita haavaa hoitaville ammattilaisille** tehtiin myös aseptiikasta (2), haavan puhdistamisesta (2) ja painehaavojen riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä, joka kohdistui yksityiselle tehostetun palveluasumisen yksikölle (1). Kuten jo edellä potilasohjauksen yhteydessä todettiin, oli erikoistumiskoulutuksen yhtenä tavoitteena sähköisen materiaalin tuottaminen ja levittäminen/jakaminen. Yhdessä yliopistosairaalassa tuotettiin karpäsentoukkavideo (1), **sähköinen haavahoidon opiskelumateriaali** sekä opiskelijoiden että hoitajien perehdytyksen tueksi (saatavissa <https://hoitajat.net/hoitotyö/ajankohtaista/haavanhoitoak%C3%A4rp%C3%A4sen-toukilla-n%C3%A4in-se-k%C3%A4y-r583/>).

Perusterveydenhuollossa toteutettiin kompressihoidon toteuttamisen sähköinen opas (1). Koulutusten ja materiaalin tuottamisen tavoitteena oli sekä yhdenmukaistaa käytäntöjä ja toimintatapoja, että lisätä henkilökunnan valmiuksia arvioida ja hoitaa haavoja, ja näin parantaa ja kehittää haavahoidon laatua. Lisäksi materiaalin tuottaminen ja koulutusten järjestäminen antoi tulevalle asiantuntijalle kokemusta osaamisen jakamisesta ja vahvasti kykyä tunnistaa kehittämiskohteita oma yksikön haavahoidosta sekä kollegoiden ja muiden toimijoiden haavahoidon osaamistarpeista.

4.2.3 Haavapotilaan hoitoketjun tai organisaation toiminnan kehittäminen

Haavapotilaan hoitoketjun tai organisaation toiminnan kehittäminen -teema sisältää oman organisaation ja alueen haavapotilaan hoitolinjauksien tai haavapotilaan hoitoketjun kehittämisen ja käyttöönoton prosessit. Organisaation toiminnan kehittäminen kohdistui sekä 1) haavapotilaan hoitopolun tarkasteluun eri organisaatioiden välillä, 2) organisaation haavahoitajan vastaanottotoimintaan ja sen kehittämiseen että 3) haavahoito käytäntöjen kehittämiseen. Organisaatioiden välisen kehittämisen kohteena oli **haavapotilaan hoitopolkujen kehittäminen** perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (2) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä (2). Myös organisaation sisällä kehitettiin haavapotilaiden hoitopolkua tai –prosessia

(muun muassa alaraajahaavapotilaan, painehaavapotilaan, diabeettista jalkahaavapotilaan) (5). Haavahoidon ja **haavahoitajien vastaanotto-toiminnan tai haavatyöryhmäntoiminnan** kehittämiseen paneutuvia kehittämishankkeita oli sekä erikoissairaanhoidossa (3) että perusterveydenhuollossa (7). Erikoissairaanhoidon haavahoidon kehittäminen keskittyi lähinnä yksittäisten toimipisteiden vastaanottotoiminnan kehittämiseen. Voidaan ehkä todeta, että haavahoitajan vastaanoton kehittämisen painopiste on siirtymässä erikoissairaanhoidon yksittäisestä toimipisteestä kattamaan koko erikoissairaanhoidon toimijaverkosto, jotta haavapotilaan hoitoketjussa päästäisiin yhteisiin hoitolinjauksiin ja toimintamalleihin. Näihin liittyen toteutettiin neljä kehittämishanketta. Selkeää tarvetta on myös perusterveydenhuollon toimijoiden (mukaan lukien avo- ja kotihoito) yhtenäisten haavapotilaan hoidon suositusten ja ohjeiden kehittämiseen, jotka tulisi olla linjassa erikoissairaanhoidon haavapotilaan hoidon ohjeiden ja toimintamallien kanssa. Erikoissairaanhoidon yksiköissä haavahoidon toteuttaminen koettiin opiskelijoiden osalta vakiintuneena osana hoitotyötä ja sen kehittämisen kohteina oli eri erikoisalojen haavahoito **käytäntöjen kehittäminen toimintamallikokeilulla** (3). Lisäksi erikoissairaanhoidon haavapoliklinikalla laadittiin ja tuoteistettiin haavapotilaan hoitoprosessin kuvaus (1), jossa tavoitteena oli toiminnan ja haavahoitajan ammatillisen osaamisen edelleen kehittäminen. Lisäksi perusterveydenhuollossa **arvioitiin ja kehitettiin haavahoitoverkoston toimintaa** (2).

4.3 Haavahoidon kehittämistehtävän haasteet ja tulevaisuuden kehittämisen kohteet

Kehittämishankkeiden tekemisessä haasteiksi nousivat aiheen valinta ja rajaus. Työelämässä tunnistettiin isoja ja vaativia haavahoidon kehittämisen kohteita, joista opiskelijan piti valita itselleen sopiva kehittämisteema. Joillakin opiskelijoilla oli taas vaikeaa saada kehittämisaihetta omasta työyhteisöstä. Aiheen löytymistä saattoi vaikeuttaa se, ettei työnantaja tunnistanut opiskelijan erikoistumiskoulutuksen opintojen mahdollisuutta toiminnan kehittämiseen, tai opiskelija ei halunnut työnantajansa tietävän hänen opinnoistaan, koska hän maksoi opinnot itse ja teki ne vapaa-ajallaan. Joidenkin opiskelijoiden kohdalla aiheen löytäminen tai rajauksen haasteet saattoivat hidastaa työn etenemistä. Osittain aiheen valinnassa oltiin edelleen perinteisillä linjoilla (esim. kansiot, joissa tehtiin kirjalliset ohjeet työyksikköön), mutta osa hankkeista on hyvin innovatiivisia ja digiaikaan soveltuvia

(esim. erilaiset videomateriaalien tuottaminen ja sähköisten aineistojen/ ohjeiden tuottaminen). Kehittämishankkeen tekemisen haasteena saattoi olla se, että opetussuunnitelmassa kehittämistehtävän (ja koulutuksen) tasoksi on määritelty EQF:n taso 7, joka edellyttää kansainvälisen tutkimustiedon hakemista ja käyttämistä. Opintojen edellyttämän tason saavuttamisen haasteellisuus näkyi joidenkin opiskelijoiden kehittämishankkeissa näyttöön perustuvan tiedon ja kansainvälisten lähteiden ja suositusten vähäisenä käyttönä ja hyödyntämisenä. Toisaalta joidenkin kohdalla työn tekeminen saattoi viivästyä itsekritiikin vuoksi – kaikki se mitä kirjoittaa tuntui riittämättömältä tai osa opiskelijoista saattoi ajatella, ettei se mitä tekee riitä työnantajalle. Tärkeää olikin löytää koulutukselta edellytettävä vaatimustaso kehittämishankkeessa. Kaikki nämä edellä esitetyt tekijät liittyvät ajankäytön suunnitteluun ja kehittämishankkeen etenemiseen ideasta suunnitelmaan ja toteuttamiseen. Jos edellä mainittujen vaiheiden välille tuli pitkä viive, niin se todennäköisesti aiheutti kiireen teoreettisen viitekehyksen viimeistelyyn ja hankkeen käynnistymiseen. Pääasiassa kaikki opiskelijat pitivät ns. soveltuvan osan eli hankkeen toteuttamisen vaiheesta.

Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen kouluttajaverkostossa käytiin koulutuksen päättyessä kriittinen keskustelu kehittämishankkeesta. Opettajien ja osin myös opiskelijapalautteen perusteella päädyttiin jatkossa laatimaan kehittämishankkeen arviointi kolmeportaiseksi (kiitettävä, hyvä, tyydyttävä) ja laatimaan hylätyn kehittämishankkeen kriteerit. Tämä tekee kaikille (opiskelija, työnantaja ja kouluttaja) näkyväksi kehittämishankkeen tason ja näin pystyään töitä suhteuttamaan keskenään, ja nostamaan esille kiitettävän, hyvän ja tyydyttävän/hylätyn eroja. Haasteista huolimatta opiskelijat tekivät hyviä ja erinomaisia kehittämishankkeita ja koulutukseen osallistuneet opiskelijat pääosin saavuttivat kehittämisosaamiselle asetetut tavoitteet. Mitä kehittämishankkeen tekeminen, ja erikoistumiskoulutus kokonaisuudessaan sitten tuotti, näkyy tulevaisuudessa valmistuneiden haavahoidon asiantuntijoiden kautta, kun he soveltavat opintojen aikana omaksuttuja tietoja, taitoja ja ideoita sekä uudistavat haavahoidon osaamistaan näyttöön perustuen. Tärkeää on että opiskelijat ovat kehittämishankkeen aikana oppineet tunnistamaan kehittämishaasteet, rajaamaan ne ja asettamaan perustellut kehittämisen tavoitteet sekä toteuttamaan suunnitelmallisesti kehittämishankkeen ja osaavat kriittisesti arvioida hankkeen onnistumista. Kuten Adams & Whittingham (2016) artikkelissaan toteavat niin näyttöön perustuvan toiminnan muutoksen pysyvyys edellyttää asiantuntijalta uskoa kykyynsä vaikuttaa kollegoihin ja siten muuttaa vallitsevaa toimintaa.

LÄHTEET

ADAMS, V. & WHITTINGHAM, K. 2016. More than just an online wound care course. *Wounds UK* 12 (2): 42-47.

BLOMBERG, K. & PAUNIAHO, S-L. 2013. Terveysthuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen & Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 274-292.

WWW. SHHY. FI .Haavan puhdistaminen. Päivitetty yleiskatsaus ja selvitys puhdistuksen päätehtävistä. EWMA dokumentti. Saatavissa: https://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/ewma_mietint_haavan_puhdistus_hc.pdf. (Viitattu 20.12.2017).

HARDING, K. 2012. Extending the TIME Concept: What Have We Learned in the Past 10 Years. *International Wound Journal*. An international journal for multidisciplinary wound research and practice 9, supplement 2, 1-19. Wiley Blackwell.

HEIKKILÄ, K. & JOKINEN L. 2015. Korkeakoulujen yhteiskunnallinen vaikuttavuus. Teoksessa Vastuullinen ja vaikuttava. Tulokulmia korkeakoulujen yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2015:13, 31-46. Opetus ja kulttuuriministeriö. Korkeakoulu ja tiedepolitiikan osasto. Valtionneuvoston hallintoyksikkö Saatavissa <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75117/okm13.pdf> (Viitattu 15.8.2017).

IKONEN, T.S. & PAUNIAHO, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. *Finnanest* 43(2), 109-111.

KALLUNKI, J, SEPPÄLÄ, H. 2016. Korkeakoulujen erikoistumisopinnot. Käsikirja koulutusten kehittäjille. Arene. Unifi. www.unifi.fi ja www.arena.fi.

KINNUNEN, U-M. 2014. Kirjaaminen haavahoidossa. *Haava* 2, 24-25.

KINNUNEN, U-M.2013. Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta / Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1209-1>. (Viitattu 28.12.2017)

KÄÄRIÄINEN, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja D 937. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteen ja terveyshallinnon laitos. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf> (Viitattu 29.12.2017.)

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA (1992/785).

MOORE, Z. 2010. Bridging the theory-practice gap in pressure ulcer prevention. *British Journal of Nursing* Vol.19 (15), 15-19.

MOORE, Z. 2013. Patient safety and pressure ulcers. *European Wound Management Association Journal* 2013 (13), 63-4.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN-PACIFIC PRESSURE INJURY PANEL. 2009. Interventions for Prevention and Treatment of Pressure Ulcer. Nutrition in pressure ulcer prevention and treatment. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline*, 77-88. Cambridge Media. Osborne Park. Western Australia.

NISKANEN, M., PALKAMO, M. 2017. Haavahoidon kehittäminen Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä. *Haava* 4, 53-55.

PAINEHAAVOJEN EHKÄISY JA TUNNISTMINEN AIKUISPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ: Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015. Saatavissa: <http://www.hotus.fi> (Viitattu 20.12.2017).

PAUNIAHO, S-L., LEPOJÄRVI, M., PELTOMAA, K., SAARIO, I., ISOJÄRVI, J., MALMIVAARA, A. & IKONEN, T.S. 2009. Halo –katsaus: Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Suomen Lääkärilehti* 49 (64), 4249-4254. Saatavissa http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2009_49-4249_LeikkaustiiminTarkistuslista.pdf. (Viitattu 27.12.2017).

RAUTIAINEN, E., VALLIMIES-PATOMÄKI, M., AITAMUROT, J., MERASTO, M., MOISIO E-L & TEPPU, M. 2016. Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen. Kehittämisehdotukset tukemaan työelämän muutosta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 61. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta, Hoitotyön jaosto. Haet-

tu 28.12.2017. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/78989/STM_raportti.pdf. (Viitattu 28.12.2017)

VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveystieteisiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki. Edita Prima Oy.

VALTIONENUVOSTON KOTISIVUT. Digitalisaatio, kokeilut ja normien purkaminen. <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/digitalisaatio>. (Viitattu 28.12.2017)

WILLY, E.C. 2006. A review of Literature on Vacuum Therapy. In Book (Ed.) E.C.Willy. The Theory and Practice of Vacuum Therapy. Scientific Basis, Indicators for Use. Case Reports, Practical Advice, 66-77. Linqvist book publishing ulm. Kösel, Altrustied-Krugzell, Germany.

5 KOULUTUKSEN ARVIOINTI

Salla Seppänen

Haavahoidon asiantuntija –erikoistumiskoulutuksen suunnitteluvaiheessa jo päätettiin, että koulutusta tullaan arvioimaan, koska kyseessä oli ensimmäinen Sote-alan erikoistumiskoulutus, ja koska toteuttaja ammattikorkeakouluja oli suhteellisen monta eli kymmenen. Tavoitteena oli, että arvioinnin kautta saadaan tietoa koulutuksen vaikuttavuudesta seuraavilla näkökulmilla: opiskelijan haavahoidon osaamisen kehittyminen, näyttöön perustuvan toiminnan ymmärtäminen ja asennoituminen siihen, asiantuntijuuden kehittyminen ja työelämän kehittäminen. Lisäksi haluttiin saada tietoa koulutuksen toteutumisesta, sen järjestelyistä, ja erityisesti siitä miten pedagogiset valinnat ja niiden toteutuminen olivat onnistuneet.

Arviointia varten kouluttaja työryhmässä laadittiin tietotesti haavahoidon tietoperustan arviointiin, sovellettiin Heikkilän (2005, 2012) Tutkitun tiedon käytön osaaminen (TuTiKO) –mittaria näyttöön perustuvan toiminnan ymmärtämisen ja asenteen arviointiin, laadittiin haavahoidon osaamisen itsearviointikysely perustuen Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n haavahoitajan auktorisoinnin edellyttämien osaamisen kriteereiden mukaisesti.(www.shhy.fi). Opiskelijat vastasivat edellä mainittuihin kyselyihin koulutuksen alussa ja loppuvaiheessa, jolloin koulutuksen aikana tapahtunutta muutosta voitiin arvioida.

Työelämän kehittämistä tarkasteltiin opiskelijoiden koulutuksen aikana tehtyjen kehittämishakkeiden kautta (liite 2, kappale 5, Pennanen & Seppänen). Koulutuksen järjestämiseen ja pedagogiikan toteutumisen arviointia varten tehtiin koulutuksen päättyessä palautekyselyt opiskelijoille (liite 3) ja kouluttajille (liite 4). Seuraavissa artikkeleissa on raportoitu arvioinnin varten kerättyjen aineistojen tulokset kyselyittäin/mittareittain.

5.1 Koulutukseen osallistuneiden tietopohjan kehittyminen tietotestin perusteella

Satu Kajander-Unkuri ja Ansa Iivanainen

5.1.1 Tausta ja lähtökohdat

Erilaiset haavat ovat maailmanlaajuinen ongelma, sillä lähes 1 - 1,5%:lla väestöstä on krooninen haava jossakin elämänvaiheessa. Euroopan maissa haavanhoidon kustannukset ovat 2 - 4% koko terveydenhuollon budjetista. (Gottrup ym. 2010.) Monet haavapotilaat tarvitsevat terveydenhuollon ammattilaisten apua haavanhoidossa. Terveydenhuollon ammattilaisten taidot ja kokemus haavanhoidossa lisäävät hoidon laatua. (Robinson ym. 2009.) Perusedellytys optimaaliseen ja laadukkaaseen haavanhoitoon on terveydenhuollon ammattilaisten haavanhoidon koulutus (Gottrup 2004). Aikaisempien tutkimusten mukaan, erityisesti nuorten ja vähemmän kokemusta omaavien sairaanhoitajan haavanhoidon osaaminen on puutteellista (Gunningberg ym. 2013; Raffei ym. 2015; Simonetti ym. 2015; Kielo 2017). Koulutus on erityisen tärkeää haavanhoitoon erikoistuneilla terveydenhuollon ammattilaisilla, koska he hoitavat eniten komplisoituneita haavoja (Eskes ym. 2014).

Laadukas haavanhoito edellyttää terveydenhuollon ammattilaiselta laajaa tietopohjaa, päätöksentekokykyä, käytännön kädentaitoja, eettisyyttä, tutkimustiedon hyödyntämistä ja opetus- ja ohjaustaitoja (Eskes ym. 2014). Haavahoidon on oltava aina tavoitteellista ja tietoista ja sen vaikuttavuutta tulee arvioida säännöllisesti (Korhonen 2014, 34). Ymmärrys haavan biologisesta paranemisprosessista, haavanhoidon menetelmistä sekä haavan paranemiseen vaikuttavista tekijöistä ovat pohjana turvalliselle ja tehokkaalle haavahoidolle (Andrews 2013). Haavaa hoitavalla tulee olla tarvittava tietopohja, joka sisältää mm. ihon anatomian, haavan paranemisen biologian sekä erilaisten haavojen hoidon.

5.1.2 Tutkimus

Tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää haavanhoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksessa opiskelevien opiskelijoiden tietopohja, joka arvioitiin koulutuksen ensimmäisenä päivänä sekä koulutuksen viimeisenä päivänä Webropolissa® olevalla tietotestillä, jossa oli yhteensä 60 kysymystä. Tutkimuksessa vastattiin seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on opiskelijoiden tietopohja ihon anatomiasta ja parane-
misen biologiasta
2. Millainen on opiskelijoiden tietopohja akuutista haavanhoidosta
3. Millainen on opiskelijoiden tietopohja kroonisen haavanhoidosta
4. Millainen on opiskelijat tietopohja haavan paikallishoidosta
5. Millainen on opiskelijoiden tietopohja haavakivusta ja sen hoitami-
sesta

Tutkimusmenetelmä ja käytetty tutkimusinstrumentti

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutki-
musmenetelmää. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä
kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei kuitenkaan pystytä riit-
tävästi selvittämään asioiden syitä (Heikkilä 2014; Polit & Beck 2011).
Kyselytutkimusta käytetään tyypillisesti, kun halutaan tutkia laajojen
joukkojen asenteita, käsityksiä, mielipiteitä ja mieltymyksiä (Cohen
ym. 2011). Sitä käytetään paljon myös osaamisen tutkimuksessa (mm.
Watson ym. 2002). Kyselytutkimus soveltuu hyvin koulutustutkimuk-
sen menetelmäksi, sillä se mahdollistaa koulutuksen tarkastelun hy-
vin monenlaisista näkökulmista (Kajander-Unkuri & Sulosaari 2016).
Tässä kyselyssä käytetyn kyselylomakkeen olivat rakentaneet Ansa Ii-
vanainen ja Maija Alahuhta. Kyselylomake perustui kirjallisuuteen ja
pitkään kokemukseen haavahoitoon liittyvistä koulutuksista.

Kyselylomakkeessa on 60 kysymystä eri osa-alueista: ihon anatomia (3
kysymystä), haavan paranemisen biologia (8 kysymystä), akuutti haava
(21 kysymystä), krooninen haava (16), paikallishoito (9) ja haavakipu (3
kysymystä). Lisäksi opiskelijan taustoja kartoitettiin kahdeksalla taust-
takysymyksellä, jotka koskivat ammattikorkeakoulua, tutkintoa, suku-
puolta, ikää, terveydenhuollon alaa (perusterveydenhuolto, erikoissai-

raanhoito, yksityinen ja kolmassektori), työpistettä ja työkokemusta ammattitutkinnon jälkeen sekä miten vastaajat kokivat kysymykset.

Kyselylomaketta ei esitettävä, vaan mittarin sisäistä validiteettia arvioivat huhtikuussa 2016 viiden ammattikorkeakoulun opettajat, jotka antoivat arvokasta tietoa mittarin toimivuudesta ja tekivät ehdotuksia tarvittavista muutoksista. Mittaria selkeytettiin ja tarkennettiin palautteiden perusteella. Muutamien kysymysten sanamuotoja muutettiin ymmärrettävimmiksi. (Grove ym. 2013; Heikkilä 2014).

Aineistonkeruu ja aineisto

Tutkimuksen aineisto kerättiin kahdessa vaiheessa, koulutuksen alussa ja lopussa. Tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen osallistui kymmenen eri ammattikorkeakoulun haavanhoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksen opiskelijat. Aineiston ensimmäisen vaiheen tulokset kerättiin huhtikuussa 2016, jolloin aloitti viisi ammattikorkeakoulua (Kaakkois-Suomen, Oulun, Satakunnan- ja Turun ammattikorkeakoulut sekä Savonia-ammattikorkeakoulu) ja syyskuussa 2016, jolloin kyselyyn vastasi viiden ammattikorkeakoulun (Hämeenlinnan, Lahden, Vaasan ja Tampereen ammattikorkeakoulut sekä Centria-ammattikorkeakoulu) opiskelijat. Ensimmäisen vaiheen kyselyyn vastasi kaikkiaan 160 opiskelijaa.

Sama kysely toistettiin vuoden kuluttua koulutuksen loputtua. Tällöin kyselyyn vastasi vain kuuden ammattikorkeakoulun (Kaakkois-Suomen, Oulun, Satakunnan, Hämeenlinnan ja Turun ammattikorkeakoulut sekä Savonia-ammattikorkeakoulu) opiskelijat. Tässä artikkelissa kuvataan niiden ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden tulokset, jotka vastasivat kyselyyn koulutuksen alussa (n= 99) ja lopussa (n= 89).

Aineiston analyysi

Tutkimus on luonteeltaan kuvaileva survey -tutkimus, jonka avulla kuvataan halutun kohteen tilannetta sellaisena, kuin se todellisuudessa ilmenee (Grove ym. 2013). Aineiston analyysissä käytettiin Webropol®-ohjelmaa. Ennen analyysiä tarkastettiin muuttujien määrittelyt ja mitatasteikot.

Tutkimuksen muuttajat olivat luokittelu- ja järjestysasteikollisia, joita kuvataan käyttämällä prosenttijakaumia. Työkokemus ammattitutkinnon jälkeen ja haavapotilaiden hoitokokemus luokiteltiin alle 3 v, 3 - 4,9 v, 5 - 9,9 v, 10 - 14,9 v ja yli 15 vuotta. Tutkimuksen tulosten esittelyssä käytetään Excel-taulukoita.

5.1.3 Tulokset

Vastaajat

Vastaajia oli yhteensä 188 (koulutuksen alussa 99 ja lopussa 89), joista lähes kaikki olivat naisia (99 %). Vastaajilla oli pääasiassa sairaanhoitajan opistoasteen (63,3 %) tai ammattikorkeakoulun (25,6 %) tutkinto. Vastaajista yli puolet työskenteli perusterveydenhuollossa (54,2 %) ja vajaa puolet erikoissairaanhoidossa (41,7 %). Yksityisellä sektorilla työskenteli 4,2 %. Lähes joka toisella vastaajalla (49,5 %) työpisteenä oli vuodeosasto. Muita työpisteitä olivat poliklinikka (23 %), kotisairaanhoito (14,5 %) ja vastaanotto (12 %). Suurimmalla osalla vastaajista (40,5 %) oli työvuosia 5 - 15 vuotta ja 39,4 %:lla oli työvuosia kertynyt 15 vuotta tai enemmän. Alle 5 vuoden työkokemuksella koulutukseen osallistui 10 % vastaajista.

Ihon anatomia ja haavan paranemisen biologia

Ihon anatomian osaamista kartoitettiin kolmella kysymyksellä (Taulukko 1).

Taulukko 1. Ihon anatomia.

	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Ihon anatomiaan liittyvät kysymykset						
Ihon pinta-ala on 1,5 - 2 m ²	63.6	13.1	23.2	77.5	9	13.5
Ihon pinnallisin kerros on marraskesi	31.3 On sama	65.7 On eri	3 En tiedä	31.5 On sama	67.4 On eri	1.1 En tiedä
Tumma- ja vaalea-ihoisilla ihmisillä ihon pigmenttisolujen määrä	5.0	87.9	7.1	14.6	85.4	0

Haavan paranemiseen katsotaan kuuluvaksi yleensä kolme vaihetta mutta kirjallisuudessa on myös esitetty neljä eri vaihetta (Morison 1992; Dealey 1994). Vastauksessa oli mahdollisuus valita kaksi-, kolme tai neljä vaihetta. Tämä asia oli hallussa sekä koulutuksen alussa että sen lopussa. Inflammatio on haavan paranemiseen kuuluva normaali vaihe, joka on elimistön tapa reagoida kudonvaurioon (Morison 1992; Dealey 1994). Sen tiesi ennen koulutusta enemmän kuin kolme vastaajaa neljästä (79 %) ja koulutuksen jälkeen lähes kaikki (94 %).

Koulutuksen alussa noin joka kolmas (36.4 %) vastaaja tiesi, että monosyytit (valkosoluja) erilaistuvat makrofageiksi haavan paranemisen inflammatiovaiheessa (Morison 1992; Dealey 1994). Koulutuksen lopussa tämä osaaminen oli hallussa vain vähän yli puolella (65.2 %) vastaajista. Makrofagit (valkosoluja) ovat inflammatiovaiheen tärkein soluryhmä, joka mm. tuottaa haavan paranemisen kannalta tärkeitä kasvutekijöitä ja erittää entsyymejä, jotka hajottavat vaurioitunutta kudosta (Morison 1992; Dealey 1994). Koulutuksen alussa reilu puolet (63,6 %) osasi vastata kysymykseen oikein ja koulutuksen lopussa noin kolme vastaajaa neljästä (78,7 %).

Fibroblasti- eli sidekudossolut liittyvät haavan paranemisen fibroblastivaiheeseen. Solujen vaeltaminen dermiksestä haavalle on riippuvainen haavaeritteessä olevista kasvutekijöistä ja kemiallisista aineista. (Morison 1992; Dealey 1994.) Haavan paranemisessa fibroblastisolujen oikea sijainti aiheutti vastauksissa hajontaa sekä koulutuksen alussa että lopussa. Vastaajista joka viides (20.2 %) tiesi koulutuksen alussa ja vajaa kolmasosa (29.2 %) koulutuksen lopussa ko. solujen olevan dermiksessä eli verinahassa. Angiogenesis on haavan paranemisen, proliferaatiovaiheen, vaihe. Tällöin haavaan muodostuu uusia verisuonia, jotta haavaan kasvavan uuden kudoksen hapen- ja ravinnonsaanti turvataan. (Morison 1992; Dealey 1994.) Ennen koulutusta kysymykseen osasi vastata reilu neljännes (28 %) ja koulutuksen lopussa vain reilu puolet (63 %).

Akuutti haava

Tässä tutkimuksessa akuutiksi haavaksi luetaan leikkaushaava, pala ja paleltumavamma sekä puremahaava. Akuutti haava syntyy trauman tai leikkauksen seurauksena. Nykykäsityksen mukaan akuutti haava muuttuu krooniseksi, kun se on ollut auki neljä viikkoa (Juutilainen

& Hietanen 2015) aiemman kolmen kuukauden sijaan (Hietanen ym. 2002). Akuutin haavan umpeutumisen tapahtuu tarkkaan määritellyn haavan paranemisprosessin seurauksena, jos paranemista edistävät tekijät ovat tasapainossa eikä paranemista hidastavia tekijöitä ole häiritsemässä haavan umpeutumista. Epiteelisolut kasvavat haavan reunoilta ja ihossa olevista apuelimistä, jos hiki- ja talirauhasia sekä karvatuppea ympäröivä tyvisolukerros (stratum basale) ei ole vaurioitunut. (Morison 1992; Dealey 1994.) Akuuttiin haavaan liittyvät kysymykset ovat taulukossa 2.

Taulukko 2. Akuutti haava.

Akuuttiin haavaan liittyvät kysymykset	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Traumaattinen iohaava on akuutti haava	93.9	6.1	0	95.5	4.5	0
Akuutissa haavassa uudisepiteeli kasvaa ihon apuelinten soluista	44.4	15.2	40.4	68.5	24.7	6.7

Akuutin haavan muuttuminen krooniseksi (kun haava ei ole umpeutunut) jakoi koulutukseen osallistuneiden vastauksia sekä koulutuksen alussa että sen lopussa. Koulutuksen alussa joka neljäs (24,2 %) vastaajista oli sitä mieltä, että kahden viikon aukiolon jälkeen akuutti haava on muuttunut krooniseksi, kun taas joka kolmannen vastaajan (32,3 %) mukaan kuukauden ja 37,3 % mukaan kolmen kuukauden aukiolo vaaditaan, että akuutti haava määritellään krooniseksi haavaksi. Koulutuksen lopussa vastaavat lukemat olivat 23,6 %, 51,7 % ja 14,6 %.

Leikkaushaava

Aseptisissä olosuhteissa tehty leikkaushaava paranee yleensä ilman komplikaatioita. Haava epitelisoituu 24-48 tunnin kuluessa niin, että haavaan ei pääse ulkoapäin infektiota aiheuttajia, jolloin potilas voi käydä suihkussa. (Jones ym. 2008.) Leikkaushaavan epitelisoitumisen osaamisessa ei ollut juurikaan eroja koulutuksen alussa eikä lopussa. Leikkauspotilas voi käydä suihkussa 24-48 tunnin kuluttua leikkauksesta (Juutilainen & Hietanen 2012). Tämä kysymys aiheutti hajontaa

sekä koulutuksen alussa että lopussa (Taulukko 3). Leikkaushaavassa ei ole normaalisti nekroottista, kuollutta kudosta. Jos ompeleet ovat hyvin paikoillaan, saattaa leikkaushaavaan riittää pelkkä teippaus eikä näin ollen leikkaushaavaa tarvitse peittää haavatyynyllä (Jones ym. 2008; Iivanainen & Tuuliranta 2014; Ding 2016.) Leikkaushaavan ommelaukot saattavat punottaa ilman, että haavassa on infektiota (Juutilainen & Hietanen 2012). Tämä asia oli lähes kaikkien vastaajien tiedossa ennen ja jälkeen koulutuksen (Taulukko 3).

Taulukko 3. Leikkaushaava.

Leikkaushaavaan liittyvät kysymykset	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Aseptisissä oloissa tehty leikkaushaava epitelisoituu 24-48 tunnissa	81.8	7.1	11.1	79.8	19.1	1.1
Normaalisti leikkaushaavassa ei ole nekroottista kudosta	91.9	8.1	0	87.6	12.4	0
Leikkaushaavan voi jättää ilman peittomateriaalia	15.2	84.8	0	18	82	0
Leikkaushaavan ommelaukkojen punoitus merkitsee haavainfektiota	5.1	94.9	0	3.4	96.6	0
Potilas voi käydä suihkussa vatsan alueelle kohdistuneen leikkauksen jälkeen aikaisintaan 2 vuorokauden kuluettua	50.5	42.4	7.1	60.7	38.2	1.1

Haavan paranemisen kannalta kriittisin vaihe on leikkaushaavan sulkeminen leikkaussalissa. Leikkaushaavan sulkemiseen vaikuttaa leikkaushaavan puhtausluokka (puhdas, puhdas kontaminoitunut, kontaminoitunut tai likainen). Leikkaushaava suljetaan kerroksittain kudok-

kudosta vasten (appositio) käyttäen ompeleita tai haavahakasia. (Ding 2016.) Leikkaushaavan paranemisen kannalta kriittisintä vaihetta kysyttäessä, vastaukset jakautuivat sekä koulutuksen alussa että lopussa. Haavan sulkua piti kriittisimpänä vaiheena koulutuksen alussa joka neljäs (24.2 %) ja koulutuksen lopussa vajaa puolet (42.7 %) vastaajista, kun taas inflammaatiovaihetta piti kriittisimpänä vaiheena koulutuksen alussa joka toinen (50.5 %) ja koulutuksen lopussa 47.2 % vastaajista.

Palovamma

Palovamma syntyy lämmön, säteilyn, sähköön tai kemiallisten aineiden vaikutuksesta (Vuola 2012; Berg 2016). Palovamman ensioireesta kysyttäessä koulutuksen alussa 41.4% vastaajista kertoi sen olevan kipua ja 40,4 % pistely ja kipua. Koulutuksen lopussa vastaajien mukaan palovamman ensioire oli kipua (48,3 %) tai pistely ja kipua (40,1 %).

Palovamma infektoituu harvoin ensimmäisen viikon aikana. Jos palovamma näyttää infektoituneelta, tulee siitä ottaa bakteerinäyte, jolla varmistetaan infektiodiagnoosi. Ensimmäisen viikon aikana ilmaantuva infektio on yleensä merkki siitä, että palovammaan on päässyt likaa. (Vuola 2012.) Vastaajista koulutuksen alussa tiesi joka neljäs (25 %) ja koulutuksen loputtua vähemmän kuin joka toinen vastaaja (40,5 %), että palovamma harvoin infektoituu ensimmäisen viikon aikana. (Taulukko 4).

Taulukko 4. Palovamma.

	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Palovammaan liittyvät kysymykset						
Palovamma luokitellaan vaikeaksi, jos ihon pinta-alasta 20% on syvää palovammaa	86.8	6.1	7.1	95.5	3.4	1.1
Palovamma infektoituu harvoin ensimmäisen viikon aikana	25.3	62.6	12.1	40.5	57.3	2.2

Hopeasulfadiatsiinia käytetään palovamman hoidossa	86.8	6.1	7.1	95.5	3.4	1.1
Jos rasvataitos tarttuu pieneen palovammaan kiinni tiukasti, niin se irtoaa itsestään 1-2 viikon kuluessa	25.3	62.6	12.1	40.5	57.3	2.2

Hopeasulfadiatsiinia, jonka kaupp nimi on Flamazine®, voi käyttää kaikkien palovammojen hoidossa. Koulutuksen alussa enemmän kuin joka toinen (57,6 %) osasi vastata oikein ja koulutuksen lopussa lähes kaikki (98,9 %).

Rasvataitoksen laittaminen palovammaan on yksi hoitokeino. Rasvataitos saattaa tarttua lujasti kiinni palovammaan. Tällöin sitä ei saa repiä irti, vaan sen annetaan olla paikoillaan niin kauan, kunnes se irtoaa itsestään. Tämä vie aikaa noin parisen viikkoa. (Vuola 2012.) Rasvataitoksen käyttäminen palovamman hoitokeinona ei ollut vastaajien tiedossa, koska koulutuksen alussa noin joka kuudes vastaaja (16 %) ja koulutuksen lopussa joka kolmas (34 %) vastaaja tiesi, että rasvataitos irtoaa itsestään ajan kuluessa.

Paleltumavamma

Paleltumavamman synnyn syynä on se, että verenkierto loppuu kylmälle altistuneella alueella. Kylmyyden johdosta laskimot laajenevat ja valtimot supistuvat, jolloin kylmän veren virtaaminen sisäelimiin hidastuu. (Lindford 2012; Kiiski 2013; Manninen 2016.) Koulutuksen alkaessa enemmän kuin kolme vastaajaa neljästä (86,8 %) ja koulutuksen lopussa lähes kaikki (89,9 %) vastaajat tiesivät, että paleltumavammoissa verisuonten supistuminen on elimistön puolustusmekanismi. Useiden viikkojen kuluttua paleltumavamman synnystä havaitaan tarkkarajainen demarkaatiolinja vitaalin ja kuolleen kudoksen rajalla (Lindford 2012; Kiiski 2013; Manninen 2016). Demarkaatiolinjan liittymisen paleltumavammaan tiesi koulutuksen alussa 15,2 % vastaajista, mutta melkein joka toinen (46,1 %) vastaaja koulutuksen lopussa (Taulukko 5).

Taulukko 5. Paleltumavamma.

Paleltumavammaan liittyvät kysymykset	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Paleltumavammoissa verisuonten supistuminen on elimistön oma puolustusmekanismi	86.8	5.1	8.1	89.9	7.9	2.2
Paleltunut raaja voi infektoitua ja aiheuttaa vakavan sepsiksen	91.9	6.1	2	92.1	6.8	1.1

Puremahaava

Puremahaavan aiheuttaa yleensä eläin ja haava on yleensä repaleinen ja kontaminoitunut, minkä vuoksi infektioriski on kohonnut haavassa. Puremahaavassa tulee potilaalle antaa tetanustehosterokotus. Sen sijaan antibioottihoitoa (= ab-hoito) ei aina aloiteta, vaan harkitaan milloin antibiootihoidon aloitus on tarpeen. (Kuokkanen 2012; Berg 2013.) Taulukossa 6 on puremahaavaan liittyvät kysymykset.

Taulukko 6. Puremahaava.

Puremahaavaan liittyvät kysymykset	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Puremahaavoissa harvoin täytyy huomioida tetanusrokotus	5,1	93,9	1	12,4	87,6	0
Puremahaavoissa käytetään aina ab-hoitoa	51,5	44,4	4,1	60,7	37,1	2,2

Krooninen haava

Tässä tutkimuksessa kroonisia haavoja ovat valtimo- ja laskimoperäinen säärihaava, painehaava ja diabetesta sairastavan jalkahaava sekä onkalohaava.

Säärihaava

Valtimoperäinen säärihaava sijaitsee yleensä jalkaterän ja varpaiden alueella ja sen hoidon tulee kohdistua haavan syyn korjaamiseen ja sen ainoa tehokas hoito on verenkierron kirurginen tai endovaskulaarinen korjaus. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014.) Valtimoperäisen säärihaavan sijainniksi tiedettiin sekä koulutuksen alussa että sen lopussa alarajaan ääreisosa (koulutuksen alku 74,8 % vs. koulutuksen loppu 93,3 %).

Laskimoperäisen säärihaavan osaaminen koulutuksen aikana oli lisääntynyt altistavasta tekijästä ja kompressiohoidosta. Koulutuksen lopussa suurin osa opiskelijoista tiesi, että kompressiohoito on ehdoton edellytys laskimoperäisen säärihaavan hoidossa (94,4 %), kun taas vastaava luku koulutuksen alussa oli 81,8 %. Lääkinnällisessä hoitosukassa on asteittain aleneva paine ja korkein paine on nilkan kohdalla. *Laplacen laki* liittyy kompressiosidonnan aiheuttamaan paineeseen sääressä. Opiskelijoista koulutuksen alussa Laplacen lain tiesi noin joka viides (18,2 %) ja koulutuksen lopussa noin joka kolmas (36 %). Muutama vastaaja tiesi, että tukisukkaa ei käytetä laskimoperäisen säärihaavan hoidossa. Sen sijaan enemmän kuin kolme neljästä tiesi opiskelun lopussa, että lääkinnällisessä hoitosukassa korkein paine on nilkan kohdalla ja paine alenee asteittain nilkasta kohti polvea (Taulukko 7).

Taulukko 7. Laskimoperäinen säärihaava.

	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Laskimoperäiseen säärihaavaan liittyvät kysymykset	84.9	12.1	3	94.4	4.5	1.1
Säärihaavalle altistava tekijä on mm. suonikohjutauti	92.9	6.1	1	95.5	4.5	0
Tukisukkaa käytetään laskimoperäisen säärihaavan hoidossa	63.6	24.3	12.1	78.7	19.1	2.2

Lääkinnällisessä
hoitosukassa kor-
kein paine on nilkan
kohdalla

56.6 29.3 14.1 84.3 13.5 2.2

Valtaosa kroonisista alaraajahaavoista on laskimovajaatoiminnan aiheuttamia. Laskimohaavan kroonisuuden aikarajana pidetään yleensä neljää viikkoa, paitsi iskeemisessä haavassa aikaraja on kaksi viikkoa. Laskimoperäinen säärihaava sijaitsee säären tai nilkan alueella. Haavanhoito on aloitettava tehokkaasti heti haavan ilmaannuttua, sillä hoidon viivästyessä paranemisen todennäköisyys pienenee. Laskimohaavassa hoidon perusta on turvotuksen hallinta (kompresiohoito), jolloin käytetään joko lääkinällistä hoitosukkaa tai kimmosidoksia. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014.) Tukisukkaa puolestaan käytetään terveessä jalassa ehkäisemään turvotuksen syntymistä, kuten lentomatkoilla käytettävä lentosukka (Hietanen ym. 2002).

Painehaava

Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla. Haavaa hoitavalla tulee olla ymmärrystä painehaavan syntymisestä, sen hoitamisesta ja niistä tekijöistä, joiden tiedetään vaikuttavan painehaavan syntyyn. Painehaavan diagnoosia tehtäessä tulee tunnistaa iholla esiintyvän vaalenemattoman ja vaalenevan punoituksen merkitys. (NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Iholla olevan vaalenemattoman punoituksen merkityksen tiesi koulutuksen alussa (82,8 %) ja lopussa lähes kaikki (94,4 %) vastaajat. Sen sijaan painehaava voi syntyä muuallekin kuin luisen ulokkeen kohdalle. Tämän asian tiesi koulutuksen lopussa vain reilu puolet (58,4 %) vastaajista. Osaaminen ihon kosteuden liittymisestä painehaavaan oli myös lisääntynyt, sillä koulutuksen loputtua lähes kaikki (96,6 %) vastaajat tiesivät, että iholla oleva kosteus lisää painehaavan syntymisen riskiä. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Painehaava.

Painehaavaan liittyvät kysymykset	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Punaista aluetta (iho punoittaa) luu-ulokekohdassa voi hieroa kevyesti	10.1	80.8	9.1	5.6	94.4	0
Painehaava syntyy aina luisen ulokkeen kohdalle	49.5	50.5	0	41.6	58.4	0
Ihon kosteus altistaa painehaavan synnylle	70.7	28.3	1.0	96.6	3.4	0

Diabetesta sairastavan jalkahaava

Diabeetikon jalkaongelmat (2009) Käypä hoito -suosituksen mukaan jalkahaavan saa vuosittain 2–5 % diabetesta sairastavista. Vastauksissa oli hajontaa niin koulutuksen alussa kuin lopussakin, jolloin joka kolmas vastaaja (33 %) tiesi vuosittain jalkahaavan saaneiden diabeetikoiden määrän.

Diabeetikon jalkahaavan syyn ja vaikeusasteen luokittelussa voidaan käyttää sekä Wagnerin että Texasin yliopiston kehittämää luokitusta. Kyselylomakkeessa kysymys liittyi Texasin-luokitteluun, josta vastaajan piti valita, minkälaiseen haavaan ko. luokitus liittyy. Texasin yliopiston kehittämän haavan etiologisen luokittelun osasi enemmän kuin puolet (52,8 %) yhdistää diabeetikon jalkahaavaan koulutuksen lopussa, sillä koulutuksen alussa vastaajista vajaa puolet (41,4 %) uskoi luokittelun liittyvän painehaavaan (Taulukko 9).

Taulukko 9. Texasin luokittelun osaaminen diabeetikon jalkahaavan luokitteluna.

Valittavat vaihtoehdot	Koulutuksen alussa %	Koulutuksen lopussa %
Painehaava	41,4	27
Palovamma	17,2	7,9
Säärihaava	17,2	12,3
Diabeetikon jalkahaava	24,2	52,8

Onkalohaava

Onkalohaava usein sekoitetaan fisteliin. Haavaa hoitavan tulee muistaa, että onkalohaavassa on pohja, kun taas fisteli on kahden elimen välinen käytävä esim. ihon ja ohutsuolen välillä. Syvä ja onkalomainen haava puhdistetaan keittosuolaliuoksella ruiskun ja katettrin avulla. Sen sijaan fisteliä ei saa huuhdella. Onkalohaava täytetään kevyesti, jotta haavan pohja pääsee paranemaan. (Iivanainen 2009; Vowden 2016.) Onkalohaavan ja fistelin ero oli lähes kaikkien vastaajien tiedossa ennen ja jälkeen koulutuksen (Taulukko 10).

Taulukko 10. Onkalohaava.

	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Onkalohaavaan liittyvät kysymykset						
Onkalohaava on sama kuin fisteli	4.1	93.9	3	2.3	97.7	0
Onkalohaavaan pakataan niin paljon haavanhoitotuotetta esim. Sorbact-nauhaa kuin sinne mahtuu	9.1	90.9	0	2.3	97.7	0

Haavan paikallishoito

Haavan paikallishoidon osaamista kartoitettiin kysymyksillä, jotka liittyvät haavanhoitotuotteisiin, bakteerinäytteeseen ja haavaympäristöön. Haavanhoitoon liittyviä tuotteita on Suomessa myynnissä yli 400 (Iivanainen & Seppänen 2016), joten sidoksista oli muutamia kysymyksiä (Taulukko 11).

Taulukko 11. Haavan paikallishoito.

	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Haavasidoksiin liittyviä kysymyksiä						
Haavanhoidossa käytetään CE-merkittyjä tuotteita	69.7	8.1	22.2	92.1	4.5	3.4
Haavasidokset voidaan luokitella geneerisen nimen mukaan	67.7	20.2	12.1	92.3	6.7	0

Haavakalvo (esim. Tegaderm®, OpSite®) on hengittävä	57.6	40.4	2	68.5	29.2	2.3
Alginaattisidos aktivoituu haavaeritteestä	80.8	5.1	14.1	97.8	2.3	0
Polyuretaanisidoksia kutsutaan foameiksi	90.9	3	6.1	95.5	3.4	1.1
Bakteerinäytteen vastaus on suora ohje tarvittavaan abhoitoon	32.3	66.7	1	23.6	76.4	0
Haava ja haavaympäristö arvioidaan aina heti sidosten avaamisen jälkeen	70.7	29.3	0	78.7	21.3	0

Kaikki Suomessa käytettävät haavanhoitotuotteet tulee olla CE-merkittyjä. Tämän asian tiesi koulutuksen alussa 69,7 % vastaajista ja koulutuksen lopussa lähes kaikki (92,1 %). Haavasidokset luokitellaan geneerisen nimen mukaan, mikä helpottaa haavaa hoitavia, jos tuotteen kauppanimi muuttuu kesken haavanhoidon. Haavakalvo on puolilämpäisevä kalvo, minkä vuoksi se suojaaa haava kastumiselta mutta toisaalta se päästää lävitseen happea, vesihöyryä ja hiilidioksidia. Hopeasidoksissa hopeaionit vapautuvat, kun ne joutuvat kosketuksiin haavaeritteen kanssa tai myös silloin, kun sidos aktivoidaan keittosuolaliuoksella (Juutilainen & Hietanen 2012).

Haavasta otetaan bakteeriviljelynäyte, jos epäillään kliinistä haavainfektiota. Näyte tulee ottaa aina ennen antimikrobilääkehoidon aloitusta. Bakteerinäyte otetaan aina puhdistetun haavan pohjalta. Koulutuksen alussa ja sen lopussa vastaajat ottaisivat haavasta bakteerinäytteen, kun haava on puhdistettu (koulutuksen alku 70.7 % vs. koulutuksen loppu 97.8 %). Bakteerinäytteen vastaus ei ole suora ohje tarvittavaan antibioottihoitoon, vaan vastaus tulee suhteuttaa haavapotilaan kliiniseen tilaan.

Haavakipu ja sen hoito

Haavakipua ja sen hoitoa kartoitettiin 3 kysymyksellä. Lepokivun määritelmä jakoi vastaajia eniten koulutuksen alussa, jossa suurin osa (77,8 %) vastaajista oli sitä mieltä, että lepokipu tarkoittaa sitä, että haava on kipeä levossa, kun taas viidesosa (21,2 %) oli sitä mieltä, että lepokipu tarkoittaa haavan olevan kipeä jatkuvasti. Koulutuksen lopussa 86,5 % vastaajista oli sitä mieltä, että lepokipu on sama kuin haava on kipeä levossa ja vain 12,4 % tiesi oikean vastauksen eli lepokipu tarkoittaa, että haava on kipeä jatkuvasti (Malmgren & Kontinen 2016). Lisäksi haavapotilaan kiputietoa kartoitettiin kahdella kysymyksellä (Taulukko 12).

Taulukko 12. Haavakipu ja sen hoito.

	Koulutuksen alku (n= 99)			Koulutuksen loppu (n= 89)		
	Kyllä %	Ei %	En tiedä %	Kyllä %	Ei %	En tiedä %
Haavapotilaalla läpi-lyöntikipu voi esiintyä haavasidoksen liikku- misen yhteydessä	75.8	17.2	7	89.9	7.9	2.2
Opioideja käytetään vain vaikean haavaki- vun hoidossa	64.6	35.4	0	57.3	42.7	0

5.1.4 Pohdinta

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tämän tutkimuksen tekemisessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012). Tutkimuksen aihe on eettisesti perusteltavissa, koska tietoa avoimen haavan hoitamisesta ei ole juurikaan julkaistu suomalaisessa kirjallisuudessa. Tätä kyselyä varten ei tarvittu tutkimuslupaa, koska kyselyyn vastasivat vain haavanhoidon asiantuntija erikoistumiskoulutukseen osallistuneet opiskelijat oppitunnin aikana. Kaikille vastaajille kerrottiin, että kysely tehdään koulutuksen alussa ja lopussa ja tuloksista tullaan kirjoittamaan artikkeli. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Jos vastaajilla oli epäselvyyksiä kyselyn suhteen, niin he saattoivat välittömästi kysyä kyselyn toteuttaneelta opettajalta omassa ammattikorkeakoulussaan.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus määritellään usein kahdesta eri näkökulmasta: 1) mittaus- tai tutkimusmenetelmän validiteetti ja/tai reliabiliteetti ja 2) tuloksista johdettujen päätelmien validiteetti ja/tai reliabiliteetti. Kyselytutkimuksessa tutkimuksen luotettavuus riippuu käytetyn instrumentin validiteetista ja reliabiliteetista. (Grove ym. 2013.) Tämän tutkimuksen instrumentin sisältövaliditeettia nostaa se, että instrumentissa käytetyt käsitteet ovat teorian mukaisia ja sisältövaliditeetin varmistamiseksi käytettiin asiantuntijapaneelia sen kehittämisvaiheessa (DeVon ym. 2007). Toisaalta kyselylomaketta ei tehty kattamaan tämän erikoistumiskoulutuksen sisältöä, joten sillä saatu tulos ei suoraan kerro koulutuksen aikana parantuneesta tietopohjasta.

Kyselyyn vastanneiden kokonaismäärä oli kyselyn ensimmäisessä vaiheessa 160, josta tähän raporttiin otettiin mukaan niiden ammattikorkeakoulujen opiskelijat, jotka vastasivat kyselyyn myös koulutuksen lopussa eli toisessa vaiheessa. Tutkimuksen tulokset voidaan kuitenkin yleistää koskemaan erikoistumiskoulutuksen käyneisiin opiskelijoihin, koska kyselyyn alussa ja lopussa vastanneet edustavat reilusti yli puolta koulutuksen käyneistä.

Tutkimuksen tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata haavanhoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksessa opiskelevien opiskelijoiden tietopohja ja selvittää siten haavanhoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksen vaikutusta opiskelijoiden tietopohjan kehittymiseen koulutuksen aikana. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että vaikka tietopohja parani lähes kaikissa mittaamisen kohteena olevissa osa-alueissa, koulutuksen lopussa oli vastaajia, jotka eivät joko tienneet tai vastasivat väärin esitettyihin kysymyksiin.

Ihon anatomian ja haavan paranemisen biologian osa-alueiden oikeat vastaukset olivat koulutuksen alussa hallussa keskimäärin puolella (55,8 %) vastaajista ja koulutuksen päätyttyä keskimäärin reilulla puolella (67,8 %) vastaajista. Ihon anatomian ja haavan paranemisen biologian tietopohja parantui koulutuksen aikana keskimäärin 12 prosenttiyksiköllä vastaajista. Haavanhoidon osaamisen perustana on ihmisen anatomian ja haavan paranemisen biologian osaaminen, joten tulosta ei voi pitää hyvänä.

Akuuttia haavaa koskeviin kysymyksiin osasi vastata oikein koulutuksen alussa keskimäärin 53,1 % vastaajista ja koulutuksen lopussa 61,9 % vastaajista. Tietopohja parantui eniten palovammaa koskevissa kysymyksissä (koulutuksen alussa oikein 45,5 % vs. koulutuksen lopussa oikein 63,4 %). On huomattavaa, että puremavammoja koskeva tietopohja huononi koulutuksen aikana (69,2 % vs. 62,4 %).

Kroonisia haavoja koskeviin kysymyksiin osasi koulutuksen alussa vastata oikein keskimäärin 56,8 % vastaajista ja koulutuksen lopussa 72,8 %. Kroonisten haavojen tietopohja oli siis parantunut keskimäärin 16 %:lla vastaajista. Painehaavaosaaminen oli koulutuksen alussa jo hyvin korkeaa (71,2 % vastaajista vastasi kysymyksiin oikein), silti osaaminen vielä kasvoi koulutuksen aikana keskimäärin 14,8 %:lla vastaajista. Painehaavat ovat yleinen ongelma ja moni koulutukseen osallistuja oli hoitanut painehaavapotilaita jo ennen koulutukseen tuloa, mikä osaltaan selittää hyvää tietopohjaa jo ennen koulutusta. Painehaavat olivat myös keskeisenä sisältönä erikoistumiskoulutuksessa ja niiden kehittämistehtävissä, joten koulutuksen sisällön vaikutus näkyikin juuri painehaavatietopohjan parantumisena.

Haavan paikallishoito oli koulutukseen osallistuneilla myös hyvin hallussa vastausten perusteella jo koulutuksen alussa, sillä 71,2 % vastasi kysymyksiin oikein. Koulutuksen lopussa oikein vastanneita oli 86,9 %, joten koulutuksen aikana tietopohja oli parantunut keskimäärin 15,7 %:lla koulutuksen käyneistä. Tulosten perusteella haavakipu ja sen hoito olivat huonoiten osattua osa-aluetta sekä koulutuksen alussa (44,1 % vastasi oikein) että sen lopussa (48,3 % vastasi oikein). Hyvä kivunhoito ja kärsimyksen lievitys ovat potilaan oikeuksia ja terveydenhuollon ammattilaisen velvoite on tarjota hyvää kivunhoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Haavakipua ja sen hoitoa tulisi-kin sisällyttää jatkossa koulutuksen sisältöön enemmän näiden vastausten perusteella.

Jatkokehitysehdotukset

Suomalaisessa koulutusjärjestelmässä erikoistumiskoulutukset ovat uusi koulutusmuoto ja niiden suunnittelussa ja kehittämisessä on keskeistä se, että ne vastaavat työelämän tulevaisuuden osaamistarpeisiin. Osaamisen yhtenä perustana on hyvä tietopohja. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella koulutuksen käyneiden tietopohjaa voidaan pitää

hyvänä kaikilla muilla osa-alueilla paitsi haavakivun ja sen hoidon alueella. Myös yksittäisten vastaajien tuloksissa olisi parantamisen varaa. Koulutuksen jatkokehittämisessä huonoiten osatut alueet olisikin otettavat huomioon, jotta erikoistumiskoulutuksen jälkeen tietopohja olisi hallussa. Kyselyyn käytettyä mittaria voisi jatkossa myös kehittää vastaamaan koulutuksen sisältöä paremmin, jotta se antaisi luotettavampaa tietoa koulutuksen käyneiden tietopohjasta.

LÄHTEET

ANDREWS, H. 2013. Wound Care - Role and wound assessment. *British Journal of Healthcare Assistants* 7 (1), 8–9.

BERG, L. 2013. Puremavammat. *Haava* 16 (3), 10-15.

BERG, L. 2016. Palovammojen syvyys ja luokittelu. *Haava* 19 (3), 6-10.

DIABEETIKON JALKAONGELMAT. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkäriineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009 (viitattu 15.12.2017). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

COHEN L., MANION L. & MORRISON K. 2011. *Research Methods in Education*. 7th Edition. Roudledge, New York.

DEALEY, C. 1994. *The Care of Wounds*. Blackwell Science Ltd. Oxford
DEVONN, H.A., BLOCK, M.E., MOYLE-WRIGHT, P., ERNST, D.M., HAYDEN, S.J., LAZZARA, D.J., SAVOY, S.M. & KOSTAS-POLSTON, E. 2007. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship* 39 (2), 155-164.

DING, S. 2016. Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review. *Journal of Wound Care* 25 (5), 232-240.

ESKES, A., MAASKANT, J., HOLLOWAY, S., van DIJK, N., ALVES, P., LEGEMATE, D., UBBINK, D. & VERMEULEN, H. 2014. Competencies of specialized wound care nurses: a European Delphi study. *International Wound Journal* 11 (6), 665-674.

GOTTRUP, F. 2004. Optimizing wound treatment through health care structuring and professional education. *Wound Repair Regen* 12 (2), 129-133.

GOTTRUP, F., APELQVIST, J. & PRICE, P. 2010. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. *Journal Wound Care* 19 (6), 239–268.

GROVE, S.K, BURNS, N., GRAY, J. 2013. The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. 7th Edition. Elsevier. China.

GUNNINGBERG, L., MÅRTENSSON, G., MAMAHIDIR, A.-G., FLORIN, J., MUNTILIN ATHLIN, A? & BÅÅTH, C., 2013. Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden. International Wound Journal 12 (4), 462–468.

HEIKKILÄ, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.

HIETANEN, H., IIVANAINEN, A., SEPPÄNEN, S. & JUUTILAINEN, V. 2002. Haava. WSOY.

HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖ 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus. www.hotus.fi

IIVANAINEN, A. 2009. Fisteli, onkalo ja sinus. Haava 12(4), 6.

IIVANAINEN, A. & SEPPÄNEN, S. 2016 Vulnus Fennica. Edita. Sähköinen aineisto.

IIVANAINEN, A. & TUULIRANTA, M. 2014. Haavan sulkeminen onnistuu usealla eri menetelmällä. Haava 17 (1), 15-17.

JONES, V., HARDING, K., STECHMILLER, J & SCHULTZ, G. 2008. Acute and chronic wound healing. Teoksessa: Baranoski & Ayello (toim.). Wound care essentials. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins, 64-76.

JUUTILAINEN, V. & HIETANEN, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: SanomaPro Oy.

KAJANDER-UNKURI, S. & SULOSAARI, V. 2016. Kyselytutkimus hoitotieteellisen koulutustutkimuksen menetelmänä. Teoksessa: Salminen, Peltonen & Virtanen (toim.). Näkökulmia terveystieteiden koulutustutkimukseen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A: 75/2016. Turku: Juvenes Print.

KIELO, E. 2017. Graduating student nurses' and student podiatrists' wound care competence. Master thesis. University of Turku. Department of Nursing Science.

KIISKI, J. 2013. Paleltumavammojen hoito. *Haava* 16 (3), 16-19.

KORHONEN, A. 2014. Haavahoidon perusperiaatteet. *Sprium* 49 (3), 34–36.

KROONINEN ALARAAJAHAAVA. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 15.12.2017). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA. L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-12-15]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

KUOKKANEN, H. 2012. Akuutti haava. Teoksessa Juutilainen & Hietanen (toim.). *Haavahoidon periaatteet*. Helsinki: SanomaPro Oy.

LINDFORD, A. 2012. Paleltumavamma. Teoksessa: Juutilainen & Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: SanomaPro, 256-259.

MALMGREN, K. & KONTINEN, V. 2016. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa: Juutilainen & Hietanen (toim.). *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: SanomaPro, 90-99.

MANNINEN, A. 2016. Paleltumavammojen nykyhoito. *Haava* 19(3), 34-37.

MORISON, M.J. 1992. *A Colour Guide to the Nursing Management of Wounds*. BPC Hazells, Aylesbury.

NPUAP/EPUAP/PPPIA. 2014. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia.

RAFIEI, H., MEHRALIAN, H., ABDAR, M.E. & MADADKAR, T. 2015. Pressure ulcers: how much do nursing students really know? *British Journal of Nursing* 24 (6), S12–S17.

ROBINSON, S., GRIFFITHS, P. & MABEN, J. 2009. Calculating skill mix: implications for patient outcomes and costs. *Nursing Management (Harrow)* 16 (8), 22-23.

SIMONETTI, V., COMPARCINI, D., FLACCO, M.E., DI GIOVANNI, P. & CICOLINI, G. 2015. Nursing students' knowledge and attitude on pressure ulcer prevention evidence-based guidelines: a multicenter cross-sectional study. *Nurse Education Today* 35 (4), 573–579.

POLIT, DF. & BECK, CT. 2011. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

VOWDEN, K. 2016. Defining, assessing and managing cavity wounds. *Wounds UK* 12(1), 18-23.

VUOLA, J. 2012. *Palovamma. Teoksessa: Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro, 248-256.

WATSON, R., STIMPSON, A., TOPPING, A. & POROCK, D. 2002. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 39 (5), 421-431.

5.2 Näyttöön perustuvan toiminnan kehittyminen Haavahoidon asiantuntija –erikoistumiskoulutuksessa

Maija Alahuhta, Hanna Aho ja Hanna-Leena Melender

5.2.1 Taustaa

Kymmenen ammattikorkeakoulun yhteistyössä järjestämässä haavahoidon asiantuntijan erikoistumiskoulutuksessa tavoitteena oli vahvistaa opiskelijan näyttöön perustuvan toiminnan osaamista läpi opintojen. Haavanhoidossa näyttöön perustuva toiminta on haasteellista, koska näyttö eri menetelmien vaikuttavuudesta on vielä vähäistä ja vahvan tutkimusnäytön hankkiminen ei läheskään aina ole edes mahdollista, johtuen muun muassa sokkouttamisen vaikeudesta ja potilaiden pienestä määrästä tutkimuksissa (Seppänen 2017). Kuitenkin opintoihin kuuluvassa kehittämistehtävässä sekä muissa oppimistehtävissä opiskelijat hakivat aiheeseen liittyvän parhaan saatavilla olevan tutkimusnäytön ja muun näytön ja esittivät sen tehtävissään perusteluina haavapotilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Opiskelijoiden tutkitun tiedon käytön kehittymistä erikoistumiskoulutuksen aikana seurattiin alku- ja loppukyselyn avulla. Tässä artikkelissa kuvataan näiden kyselyjen tuottamia tuloksia.

Artikkelissa käytetään käsitteen ”näyttöön perustuva toiminta (NPT)” lisäksi käsitettä ”näyttöön perustuva hoitotyö (NPH)”. Tämä johtuu siitä, että kyselyn avoimessa kysymyksessä käytettiin käsitettä ”näyttöön perustuva hoitotyö” ja siksi sen ja siihen liittyvän toisen avoimen kysymyksen tuloksia raportoitaessa ja pohdittaessa käytetään tätä käsitettä. Erikoistumiskoulutuksessa molemmat käsitteet ymmärrettiin tämän koulutuksen yhteydessä tarkoittavan näyttöön perustuvaa toimintaa haavahoidossa.

5.2.2 Koulutuksen vaikuttavuus näyttöön perustuvan toiminnan oppimisessa

NPT:n oppimisen koulutusinterventioita on toteutettu sekä sairaanhoitajakoulutuksessa että hoitotyön käytännössä. Sairanhoitajakoulutuksessa näyttöä on saatu siitä, että itseohjautuva NPT:n opiskelu yhdistettynä opettajan antamaan tukeen tuottaa hyviä oppimistuloksia, ja

erilaiset opiskeluvälineet, kuten tutkimuksen arvioinnin mallipohjat, sekä kumppanuudet työelämän kanssa edistävät oppimista (Melender ym. 2016). Haavahoitajan asiantuntijan erikoistumisopinnoissa tätä näyttöä hyödynnettiin siten, että opiskelijat tekivät työelämälähtöisiä tehtäviä ja saivat opettajalta ohjausta tarvittaessa. Erilaisia opiskeluvälineitä olivat muun muassa opetusvideot, hoitosuositukset ja tietokannat.

Hoitotyön käytännössä järjestetyissä NPT:n oppimisen koulutusinterventioissa näyttö interventioiden vaikuttavuudesta on jäänyt vielä vaatimattomaksi, mutta kuitenkin lupaavaksi. Näyttöä on saatu muun muassa siitä, että monimuotoinen ja riittävän pitkä koulutus tuottaa NPT:n oppimista. (Häggman-Laitila ym. 2016.) Katsaus hoitotyön suositusten implementoinnin edistämiseen tähtäävien koulutusinterventioiden ja muiden samanaikaisten implementointistrategioiden vaikuttavuuteen osoitti, että suositusten käyttöönottoa edistivät erilaisten opiskelu- ja opetusmenetelmien yhdistäminen sekä muut tunnetut NPT:a edistävät tekijät, joita olivat paikallisten toimintaohjeiden uudistus, implementoinnin tuki, toimintakäytänteiden auditointi ja palautteen anto niistä, päätöksenteon tuki, sekä moniammatillinen yhteistyö. Tukea oli saatu hoitotyön asiantuntijoilta, muutosagenteilta ja kliinisillä hoitajakierroilla. (Häggman-Laitila ym. 2017.) Tässä raportoitu haavahoitajan asiantuntijan erikoistumiskoulutus ei ollut koulutusinterventio, jonka vaikuttavuutta olisi kontrolloidusti tutkittu. Kuitenkin voi todeta, että koulutus oli pitkä ja monimuotoinen, ja sen tavoitteena oli NPT:n oppiminen ja sen käytön syveneminen. Oppimistehtävissään opiskelijat tarkastelivat työelämän käytänteitä haavahoidossa, laativat uusia näyttöön perustuvia ohjeita ja kehittivät moniammatillista yhteistyötä. Opiskelun aikana he saivat työelämässä tukea asiantuntijoilta ja erikoistumiskoulutuksesta valmistuessaan heistä tulee työelämään haavahoidon asiantuntijoita, jotka voivat toimia muutosagenteina, kun haavahoitoa kehitetään näyttöön perustuvaksi moniammatillisessa työryhmässä.

5.2.3 Näyttöön perustuvassa toiminnassa kehittymisen arviointi haavahoidon asiantuntijan erikoistumisopinnoissa

Tilson ym. (2011) esittävät, että tutkittaessa NPT:n oppimiseen tähtäävien koulutusinterventioiden vaikuttavuutta, sen arviointia tulee toteuttaa seitsemällä eri alueella: 1) tiedot, 2) taidot, 3) asenteet, 4)

oppijoiden todellinen toiminta käytännössä, 5) oppijoiden luottamus omiin kykyihinsä toteuttaa näyttöön perustuvaa toimintaa, 6) hyödyt potilaalle, sekä 7) oppijoiden arviointi koulutuksesta. Tässä artikkelissa tarkastellaan haavahoitajan asiantuntijan erikoistumisopinnoissa tapahtunutta oppimista edellä mainituista alueista neljällä ensimmäisellä. Oppijoiden todellista toimintaa käytännössä ei varsinaisesti arvioitu vastaajan henkilökohtaisena toimintana, mutta sitä tarkasteltiin opiskelijan kokemuksena siitä, mitkä ovat tutkitun tiedon käyttömahdollisuudet ja tuki hänen omassa työyksikössään. Erikoistumiskoulutuksen tavoitteena oli kehittää opiskelijan koko työyksikön toimintaa. Luottamusta omiin kykyihin ei arvioitu, koska siihen ei ollut käytössä soveltuvaa mittaria. Hyötyjä potilaille ei ollut mahdollista arvioida tämän koulutuksen aikana, ja oppijoiden arviointi koulutuksesta kuvataan tämän julkaisun toisessa artikkelissa.

Opiskelijoille tehtiin alku- ja loppukysely Heikkilän (2005, 2012) Tutkitun tiedon käytön osaaminen (TuTiKO) -mittarilla. Mittarista käytettiin ”Suhtautuminen tutkitun tiedon käyttöön” -osion sekä ”Tutkitun tiedon käyttötaidot” -osion väittämiä. Tässä artikkelissa osiosta ”Suhtautuminen tutkitun tiedon käyttöön” käytetään ilmaisua ”Asenteet tutkitun tiedon käyttöä kohtaan”. Lupa mittarin käyttöön saatiin mittarin kehittäjältä, ja sitä on muokattu hänen luvallaan siten, että ”Suhtautuminen tutkitun tiedon käyttöön” -osiosta on käytetty 11 väittämää 16:sta ja lisäksi on lisätty kahdeksan uutta aiheeseen liittyvää väittämää. ”Tutkitun tiedon käyttötaidot” -osiioon on alkuperäisten 16 muuttujan lisäksi lisätty kuusi väittämää. Opiskelijoilta kysyttiin myös tutkitun tiedon käyttömahdollisuuksista ja tuesta työyhteisössä sekä opiskelijoiden näkemyksiä näyttöön perustuvasta hoitotyöstä sekä mitä tietokantoja ja kirjallisuutta he ovat käyttäneet. Lisätyt väittämät ja kysymykset perustuvat Sarajärven (2009, 2010) raportteihin, joissa kuvataan näyttöön perustuvan hoitotyön toimintamallin kehittämistä. Aineisto analysoitiin tilastollisesti ja laadullisella sisällönanalyysillä. Tilastoanalyyseista esitetään, mitkä olivat alkuperäismuuttujien keskiarvot koulutuksen alussa ja lopussa, mutta sitä ei tilastollisesti testattu, oliko eri ajankohtien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja.

5.2.4 Arviointitulokset

Kvantitatiivinen aineisto

Opiskelijoita pyydettiin itsearvioimaan omat tietonsa työyhteisönsä potilaiden hoitoon liittyvästä tutkitun tiedon käytöstä kouluarvosana-asteikolla 4 – 10. Arvioinnit esitetään prosenttiosuuksina taulukossa 1. Koulutuksen jälkeen itselle annettujen arvosanojen 5 – 8 määrä oli keskimäärin vähentynyt, kun taas arvosanoja 9 tai 10 annettiin itselle useammin koulutuksen lopussa kuin alussa.

Taulukko 1. Oman tutkitun tiedon käytön tietämyksen itsearviointi alkumittauksessa (n = 165) ja loppumittauksessa (n = 114).

Kouluarvosana omille tiedoille	Prosenttiosuus alkumittauksessa	Prosenttiosuus loppumittauksessa
4	0,0 %	0,0 %
5	2,4 %	0,0 %
6	10,9 %	5,3 %
7	29,7 %	19,3 %
8	44,85 %	43,9 %
9	7,27 %	28,1 %
10	0 %	0,9 %
En osaa sanoa	4,85 %	2,6 %

Opiskelijat arvioivat tutkitun tiedon käyttöön liittyviä asenteitaan ja työyksikkönsä todellista toimintaa Likert-asteikolla 5 – 1 (5 = täysin samaa mieltä, 4 = lähes samaa mieltä, 3 = en samaa enkä eri mieltä, 2 = hiukan eri mieltä, 1 = en osaa sanoa) sekä käyttötaitoja Likert-asteikolla 5 -1 (5 = erittäin hyvin, 4 = melko hyvin, 3 = keskinkertaisesti, 2 = melko huonosti, 1 = erittäin huonosti). Koska kyselylomakkeen alkuperäisten muuttujien määrä oli suuri ja tämän artikkelin tavoitteena on esittää tietoa tiivistetysti, raportoidaan tässä kultakin alueelta viisi sellaista väittämää, joissa keskiarvot olivat alkumittauksessa alhaisimmat, koska mielenkiinto kohdistui erityisesti mahdollisiin muutoksiin näillä alueilla. (Taulukko 2.)

Kaikissa kolmessa osiossa (asenteet tutkitun tiedon käyttöä kohtaan, tutkitun tiedon käyttötaidot sekä tutkitun tiedon käyttömahdollisuudet ja tuki omassa työyksikössä) oli opintojen alkumittauksen (AM) ja loppumittauksen (LM) välinen keskimääräinen muutos pieni, alle yksi yksikköä. Taitojen osiossa muutokset olivat suurimmat, kun taas tutkitun tiedon käyttömahdollisuudet ja tuki omassa työyksikössä -osiossa

muutokset olivat pienimmät, lukuun ottamatta tietokantoihin liittyvää kysymystä. Asenteisiin liittyvän osion keskiarvot olivat sekä alkumittauksessa (AM = 4,4) että loppumittauksessa (LM = 4,5) korkeammat kuin taitoihin liittyvät keskiarvot (AM = 3,4 ja LM = 3,9) ja tutkitun tiedon käyttömahdollisuudet ja tuki omassa työyhteisössä –osiossa (AM = 2,9 ja LM = 3,0). Väittämässä ”Työyhteisössäni mahdollistetaan esimerkiksi antamalla aikaa perehtyä tutkittuun tietoon” ja ”Työyhteisössäni tuetaan hoitohenkilökuntaa tutkimusten ja kehittämishankkeiden tekemiseen” ei tapahtunut muutosta koulutuksen aikana. Kuitenkin väittämässä ”Työyksikössäni on käytössä toimivat elektroniset tietokannat esim. Cinahl-, Medline- tai Cochrane Library -tietokannat” muutos oli suurin (0,8).

Taulukko 2. Opiskelijoiden asenteet tutkitun tiedon käyttöä kohtaan, tutkitun tiedon käyttötaidot sekä tutkitun tiedon käyttömahdollisuudet ja tuki omassa työyksikössä alkumittauksessa (n = 165) ja loppumittauksessa (n = 114).

ASENTEET TUTKITUN TIEDON KÄYTTÖÄ KOHTAAN (itsearviointi)			
Väittämä	Keskiarvo alkumittauksessa	Keskiarvo loppumittauksessa	Muutos
Tutkitun tiedon käyttö on olennainen luonnollinen osa jokapäiväistä työtä	4,1	4,1	0,0
Tutkitun tiedon perusteella on helppoa muuttaa hoitokäytäntöä	3,8	4,0	0,2
Hoitotyöntekijän tulee seurata säännöllisesti tieteellistä tutkimustietoa	4,2	4,3	0,1
Hoitotyöntekijän tulee perustaa päätöksensä viimeisimpään tutkittuun tietoon	4,1	4,3	0,2
Kokemusperäinen tieto ei riitä käytännön hoitotyössä	3,9	4,1	0,2

TUTKITUN TIEDON KÄYTTÖTAI- DOT (itsearviointi)	Keskiarvo alkumittauksessa	Keskiarvo loppu- mittauksessa	Muutos
Väittämä			
Osaan rajata hakuni elektronisissa tietokannoissa rajaustoimintoja käyttämällä	3,2	3,8	0,6
Ymmärrän tutkimuksista ja artikkeleista englanninkielisen tutkimusanaston	2,4	2,9	0,5
Osaan tulkitä tutkimuksissa ja artikkeleissa olevia taulukoita	3,1	3,4	0,3
Osaan arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä	3,2	3,6	0,4
Osaan käyttää tutkittuun tietoon perustuvia arviointimenetelmiä potilaiden hoidossa	3,2	3,7	0,5
TUTKITUN TIEDON KÄYTTÖMAHDOLLISUUDET JA TUKI OMASSA TYÖYKSIKÖSSÄ (itsearviointi)			
Väittämä			
Työyksikössäni on käytössä toimivat elektroniset tietokannat esim. Cinahl-, Medline- tai Cochrane Library -tietokannat	2,5	3,3	0,8
Työyksikössäni on mahdollisuus osallistua hoitotyön konferensseihin	2,6	2,7	0,1
Työyhteisössäni keskustelemme säännöllisesti hoitotyön tutkimustuloksista	2,3	2,4	0,1
Työyhteisössäni mahdollistetaan esimerkiksi antamalla aikaa pehryä tutkittuun tietoon	2,1	2,1	0,0
Työyhteisössäni tuetaan hoitohenkilökuntaa tutkimusten ja kehittämishankkeiden tekemiseen	2,6	2,6	0,0

Opiskelijoilta tiedusteltiin kyselyssä, mistä lähteistä he löytävät työsääntä tutkittua tietoa parhaiten. Sekä alkumittauksessa (AM) että loppumittauksessa (LM) viisi tärkeintä tiedonlähdettä olivat Käypä hoito -suositukset (AM 97,0 %; LM 98,3%), Terveysportti (AM 95,2 %; LM 93,9 %), alan ammattilehdet (AM 72,7 %; LM 76,3 %), hoitotyön suositukset (AM 61,8 %; LM 78,8 %) sekä hoitotyön oppikirjat (AM 52,1 %; LM 54,4 %).

Opiskelijoita pyydettiin ilmoittamaan, miten usein he hakevat tietoa Käypä hoito -suosituksesta. Päivittäin Käypä hoito -suositusta käytti alkumittauksessa 5,5 % ja loppumittauksessa 2,6 %. Vastaavat luvut, samassa järjestyksessä, olivat vaihtoehdossa ”vähintään kerran viikossa” 26,7 % ja 40,4 %, ”noin kerran kuukaudessa” 26,7 % ja 32,5 %, ”satunnaisesti” 40,0 % ja 24,6 %, sekä ”en koskaan” 0,6 % ja 0,0 %. Alkumittauksessa 0,6 % ilmoitti, että ei ole tietoinen Käypä hoito -suosituksista, kun taas loppumittauksessa tämä luku oli 0,0 %. Hoitotyön suositusten käytön tiheyttä tiedusteltiin samaan tapaan, ja vastauksista ilmeni, että päivittäin hoitotyön suositusta käytti alkumittauksessa 1,2 % ja loppumittauksessa 0,88 %. Vastaavat luvut, samassa järjestyksessä, olivat vaihtoehdossa ”vähintään kerran viikossa” 12,1 % ja 21,1 %, ”noin kerran kuukaudessa” 20,6 % ja 35,1 %, ”satunnaisesti” 55,8 % ja 43,0 %, sekä ”en koskaan” 7,3 % ja 0,0 %. Hoitotyön suosituksista ei ollut tietoinen alkumittauksessa 3,0 %, kun taas loppumittauksessa tämä luku oli 0,0 %. Edelleen tiedusteltiin Haava-lehden lukemisen useutta. Säännöllisesti sitä luki alkumittauksessa 28,5 % ja loppumittauksessa 91,2 %. Vastaavat luvut, samassa järjestyksessä, olivat vaihtoehdossa ”satunnaisesti” 44,9 % ja 8,8 %, sekä ”en koskaan” 15,6 % ja 0,0 %. Alkumittauksessa 12,1 % ilmoitti, että ei ole tietoinen Haava-lehdestä, kun taas loppumittauksessa vastaava luku oli 0,0 %.

Kvalitatiivinen aineisto

Näkemykset näyttöön perustuvasta hoitotyöstä

Opiskelijoita pyydettiin avoimessa kysymyksessä kuvaamaan, mitä ”näyttöön perustuva hoitotyö” lyhyesti määriteltynä on tai voisi olla. Koulutuksen alussa (n = 162) ja lopussa (n = 112) kerätyt aineistot analysoitiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä lähestymistavalla. Aineistojen analyysissä käytettiin teoreettisena viitekehyksenä Hoitotyön Tutkimussäätiön (2017) ja Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) mää-

ritelmää NPT:sta: ”Näyttöön perustuva toiminta on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä asiakkaan/potilaan hoidossa (ml. terveyden edistäminen) sekä hänen läheistensä huomioimisessa. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä.” Tämä määritelmä jaettiin ensin kahteen yläkategoriaan (Taulukko 3). Tämän jälkeen kumpikin yläkategoria jaettiin Hoitotyön Tutkimussäätiön (2017) määritelmien mukaan alakategorioihin (Taulukko 3). Nämä muodostivat analyysirungon. Alkuperäisestä opiskelijoiden tuottamasta aineistosta koodattiin ilmaukset, jotka antoivat vastauksia kysymykseen mitä ”näyttöön perustuva hoitotyö” lyhyesti määriteltynä on tai voisi olla. Kukin koodi eli pelkistetty ilmaus sijoitettiin siihen analyysirungon alakategoriaan, johon se sisältönsä puolesta sopi. Pelkistettyjen ilmausten määrät laskettiin ja ne ilmoitetaan kunkin alakategorian yhteydessä taulukossa 3. Tulosten raportoinnissa esitetään lainausmerkeissä kursivoituna suoria lainauksia joidenkin opiskelijoiden vastauksista.

Taulukko 3. Koulutuksen alussa (n = 162) ja lopussa (n = 112) kerättyjen aineistojen deduktiivisen analyysin analyysirunko ja siihen sopineiden ilmausten määrät.

KOULUTUKSEN ALUSSA KERÄTTY AINEISTO		KOULUTUKSEN LOPUSSA KERÄTTY AINEISTO	
Yläkategoria	Alakategoria	Yläkategoria	Alakategoria
Parhaan ajantasaisen tiedon käyttö (177 ilmausta)	Tutkittu tieto (120 ilmausta)	Parhaan ajantasaisen tiedon käyttö (132 ilmausta)	Tutkittu tieto (107 ilmausta)
	Asiantuntijakonsensus (2 ilmausta)		Asiantuntijakonsensus (1 ilmaus)
	Tieto potilaalta (7 ilmausta)		Tieto potilaalta (11 ilmausta)
	Hoitajan kokemustieto (45 ilmausta)		Hoitajan kokemustieto (12 ilmausta)
	Tieto resursseista (2 ilmausta)		Tieto resursseista (0 ilmausta)
	Tieto toimintaympäristöistä (1 ilmaus)		Tieto toimintaympäristöistä (1 ilmaus)
Tiedon harkittu käyttö (129 ilmausta)	Tieto vaikuttavista menetelmistä (49 ilmausta)	Tiedon harkittu käyttö (99 ilmausta)	Tieto vaikuttavista menetelmistä (23 ilmausta)
	Menetelmien hyötyjen ja haittojen arviointi kliinisen asiantuntemuksen perusteella (60 ilmausta)		Menetelmien hyötyjen ja haittojen arviointi kliinisen asiantuntemuksen perusteella (75 ilmausta)
	Menetelmien hyötyjen ja		Menetelmien hyötyjen

haittojen arviointi potilaan tilanteen ja toiveiden perusteella
(8 ilmausta)
Menetelmien hyötyjen ja haittojen arviointi toimintaympäristön perusteella
(11 ilmausta)
Menetelmien hyötyjen ja haittojen arviointi resurssien perusteella
(1 ilmaus)

ja haittojen arviointi potilaan tilanteen ja toiveiden perusteella
(1 ilmaus)
Menetelmien hyötyjen ja haittojen arviointi toimintaympäristön perusteella
(0 ilmausta)
Menetelmien hyötyjen ja haittojen arviointi resurssien perusteella
(0 ilmausta)

Koulutuksen alussa kerättyssä aineistossa parasta ajantasaista tietoa kuvattiin enimmäkseen tutkittuna ja /tai hoitajan kokemuksen kautta karttuneena tietona.

”Toimintaa, joka perustuu tutkittuun tietoon, kokemukseen tai hyväksi havaittuun menetelmään.”

Vastaaajista pieni osa mainitsi myös tiedon hankkimisen potilaalta häntä koskevissa asioissa. Suurin osa vastaaajista mainitsi tutkitun tiedon parhaana ajantasaisena tietona, ja lähes kolmasosa mainitsi myös tiedon kriittisen arvioinnin, tiedon luotettavuuden arvioinnin tai tutkitun tiedon perustellun käytön.

”Se on parhaan saatavilla olevan luotettavan tutkimustiedon käyttöä niin asiakkaan kuin potilaankin hoidossa. Tutkimusnäyttöä (-tietoa) arvioitaessa on huomioitava sen luotettavuus ja varmuus. Hoitaja arvioi toimintaansa näyttöön perustuvaan tietoon, sen luotettavuuteen, hyödyntäen samalla omaa kokemustietoaan.”

Sekä koulutuksen alussa että lopussa kerättyjen aineistojen analyysissä kertyi eniten pelkistettyjä ilmauksia samaan yläkategoriaan: lähes kaikki mainitsivat näyttöön perustuvan hoitotyön olevan parhaan ajantasaisen tiedon käyttöä. Potilas tiedonantajana nimettiin koulutuksen lopussa useammin, mutta hoitajan kokemustieto harvemmin kuin koulutuksen alussa. Tiedon harkittu käyttö mainittiin koulutuksen lopussa hieman useammin kuin alussa. Myös menetelmien hyötyjen ja haittojen arviointi kliinisen asiantuntemuksen perusteella mainittiin lopussa useammin kuin alussa.

Opiskelijoiden muita näkemyksiä

Kyselylomakkeen lopussa vastaajille esitettiin kysymys ”Mitä muuta haluat sanoa?”. Kysymykseen vastasi sekä koulutuksen alussa että lopussa 21 opiskelijaa. Koulutuksen alussa kerätty aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jolloin saatiin kolme kategoriata: kyselyyn liittyvät kommentit, NPH:n toteutumisen esteet työpaikalla ja oma kehittyminen NPH:ssä.

Koulutuksen lopussa kerätty aineisto analysoitiin alussa kerätyn aineiston analyysissa tuotettujen kategorioiden avulla deduktiivisesti siten, että aineistosta etsittiin pelkistettyjä ilmauksia, jotka sopivat koulutuksen alussa kerätystä aineistosta tuotettuihin yläkategorioihin. Sen jälkeen näiden yläkategorioiden sisällä tuotettiin alkuperäisaineistosta induktiivisesti alakategoriat (Taulukko 4).

Kyselyyn liittyvät kommentit liittyivät koulutuksen alussa oman koettun osaamattomuuden pohtimiseen.

”Opiskelusta on kauan, samoin minkään tutkimuksen tekemisestä. Sanasto on vierasta, olen ”käytännön” ihminen”

Kun taas koulutuksen lopussa tuskasteltiin kyselyn pituutta ja asteikon muuttumista kyselyn aikana.

Alussa kerätyssä aineistossa NPH:n toteutumisen esteistä mainittiin kiire sekä mielenkiinnon ja osaamisen puute

”Työyhteisössä tilanne on vedetty usein niin tiukalle, ettei uuden tiedon etsinnälle yksinkertaisesti ole aikaa, saatikka käytäntöön saattamiseen.”

Koulutuksen lopussa vastaukset liittyivät niin ikään kiireeseen ja ole mattomaan aikaresurssiin. Työyhteisöltä tai esimiehiltä ei riittänyt ymmärrystä tiedon etsinnän viemään aikaan. Koettiin, että näyttöä kuuluisi saada hakea osana työtä, ei vapaa-aikaa. Hoitotyön kehitystä ei koettu arvostettavan, eikä osaamisesta tai kehittämisestä ollut mahdollista saada parempaa palkkaa.

”Resurssipula, kielteinen suhtautuminen koulutukseen ja tehtävien tekeminen ”oman työn ohessa” tai erityisosaamisen arvostuksen

puute eivät luo edellytyksiä toiminnalle ts. työtehtävien muutos, aika tai palkkauksessa näkyminen antaisi motivaatiota siihen, ja koko työyhteisö pääsisi kehittymään.”

Esimiehen rooli NPH:n edistämisessä koettiin tärkeäksi. Kuitenkaan esimiehen ei koettu mahdollistavan NPH:n implementointia käytäntöön, vaan oletttavan, että näytön hankkiminen tiedonhakujen avulla ja tiedon harkittu käyttö tulisi tapahtua itsestään ilman aikaresurssia. Näytön käyttö oli ikään kuin ulkoistettu koulutukselle.

”Olisi valtavan hyvä, jos työyksiköissä olisi suunnitellusti, vaikka muutaman kerran kuukaudessa tai edes kerran, järjestettynä työnantajan puolelta työntekijöilleen aikaa, etsiä ja tutustua näyttöön perustuvaan työhön, viimeisiin tutkimuksiin yms. ammattikirjallisuuteen. Ja niin, että jokaisella olisi vuorollaan joku, mitä selailee ja siitä tekisi lyhyen referaatin toisille, jotta tieto siirtyisi. Ideaali asia olisi, jos työyksiköissä olisi rauhallinen toiminta, niin että voitaisiin yhdessä istua pöydän ääreen ja suunnitella, kuinka toimintaa tulisi kehittää ja pohtia, mikä on hyvin ja mikä ei. Toteutuukohan koskaan?”

Näytön käyttö hoitotyössä saattoi aiheuttaa myös ristiriitaisia tunteita sekä esimieheissä että kollegoissa sekä näyttöön perustuvan tiedon hakijassa.

”Itse sain työkavereilta ja esimieheltä palautetta, kun etsin esimerkiksi ruusun hoidosta tietoa netistä, enkä kysynyt työkaverilta. Työkaverit kokivat, etten pyydä tarpeeksi apua. Työnantaja taas koki, että tuhlaan työaikaa etsimällä tietoa, kun voisin nopeampaa saada tietoa kysymällä kollegalta.”

Koulutuksen alussa ”oma kehittyminen NPH:ssa koulutuksen aikana” liittyi toiveisiin omasta näyttöön perustuvan hoitotyön kehittymisestä ja innokkuuteen alkavasta koulutuksesta. Koulutuksen lopussa alakatgorioiksi nousivat oman osaamisen kehitys ja oman toiminnan muutos kohti asiantuntijuutta.

”Omasta mielestäni näyttöön perustuva hoitotyö on huomattavasti selkeämpi asia kuin ennen koulutuksen aloitusta. Luulin osaavani, nyt tiedän kuinka vähän osaankaan.”

Taulukko 4. Opiskelijoiden muita näkemyksiä koulutuksen alussa (n = 21) ja lopussa (n = 21).

Yläkategoria	Alakategoria, koulutuksen alussa kerätty aineisto	Alakategoria, koulutuksen lopussa kerätty aineisto
Kyselyyn liittyvät kommentit	Kysymykset huonoja tai vaikeita Sanasto vierasta	Pitkä kysely Likertin asteikon vaihtuminen kyselyn aikana
NPH:n toteutumisen esteet työpaikalla	Kiire työelämässä Mielenkiinnon ja osaamisen puute	Riittämätön aikaresurssi kehittymiseen ja kehittämiseen Palkkakehitys ei toteudu osaamisen mukaan Arvostuksen puute Työnantajan riittämätön tuki Työyhteisön kielteinen suhtautuminen NPH:n käyttöön ottamiseen
Oma kehittyminen NPH:ssä koulutuksen aikana	Toiveet osaamisen kehittämisestä Innokkuus ja odotukset tulevasta koulutuksesta	NPH:n merkityksen selkeytyminen Oman toiminnan muutos kohti asiantuntijuutta

5.2.5 Tulosten tarkastelua

Kvantitatiivisen aineiston tulosten tarkastelua

Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen opiskelijoista enemmistöllä tutkitun tiedon käyttö oli olennainen luonnollinen osa jokapäiväistä työtä. Käypä hoito -suositukset sekä Terveysportti olivat tässä kyselyssä useimmin käytettyjä tietolähteitä. Hoitotyön suositukset tulivat tutuiksi opintojen kuluessa kaikille ja niitä myös käytettiin. Kuitenkin haavahoitoon niitä on olemassa vielä vähän, joten niitä tarvitaan lisää. Tässä kyselyssä tehdyt havainnot tukevat aiempaa tutkimustietoa siitä, että koulutuksen avulla voidaan edistää hoitotyön suositusten käyttöönottoa (Häggman-Laitila ym. 2017). Myös Haava-lehti tuli kaikille opiskelijoille tutuksi viimeistään näiden opintojen aikana. Asenteet tutkitun tiedon käyttöä kohtaan eivät juuri muuttuneet opintojen aikana. Tieto työyksikön käytössä olevista tietokannoista lisääntyi opiskelun aikana. Syynä saattoi olla se, että opiskelijat eivät olleet

käyttäneet tietokantoja aiemmin tai mahdollisesti se, että niitä hankittiin työyksikköön opintojen aikana. Tietokantojen käyttötaidot kuitenkin lisääntyivät opintojen aikana. Tietokantojen käyttöä opiskeltiin opintojen alussa, mikä mahdollisesti kannusti niitä myös käyttämään ja lisäsi käyttöä. Myös opiskeluun liittyvissä kirjallisissa tehtävissä vaadittiin asioiden perusteluksi näyttöön perustuvaa tietoa. Varovasti voidaan arvioida, että tässä erikoistumiskoulutuksessa käytetyt menetelmät ja toimintatavat ovat tuottaneet saman tyyppisiä tuloksia kuin on havaittu aiemmissa tutkimuksissa, joissa NPT:n oppimista ovat tukeneet muun muassa itseohjautuva oppiminen ja työelämäkumppanuudet (Melender ym. 2016) sekä monimuotoinen ja riittävän pitkä koulutus (Häggman-Laitila ym. 2016).

Osa kvantitatiivisesta aineistosta kerättiin aiemmin kehitetyllä ja testatulla mittarilla, mikä parantaa sen luotettavuutta. Opiskelijat kritisoi-
vat mittarin asteikon muuttumista kyselyn aikana. Asteikko muuttui, koska kyselyssä käytettiin kahden eri mittarin väittämiä, joiden Likert-asteikot olivat hieman erilaiset. Tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, että koulutuksen alussa ja lopussa kerättyjen aineistojen vertailussa ei testattu sitä, oliko eri ajankohtien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja.

Kvalitatiivisen aineiston tulosten tarkastelua

Kvalitatiivisessa aineistossa, opiskelijoiden määritelmässä NPH:tä, vastaukset painottuivat tutkittuun tietoon ja/tai hoitajan kokemustiedon kautta karttuneeseen tietoon, joskaan koulutuksen lopussa ei enää mainittu hoitajan kokemustietoa tiedonlähteenä yhtä usein kuin koulutuksen alussa. Sen sijaan potilas tiedonlähteenä huomioitiin koulutuksen lopussa annetuissa vastauksissa useammin kuin koulutuksen alussa ja onkin erityisen ilahduttavaa, että näkemys potilaasta häntä koskevan näytön tuottajana oli yhä useammalla opiskelijalla. Yllättävää on, että tiedon harkittu käyttö mainittiin koulutuksen lopussa harvemmin kuin alussa ja syytä tähän tulee pohtia. Kuitenkin huomionarvoinen positiivinen asia on, että menetelmien hyötyjen ja haittojen arviointi kliinisen asiantuntemuksen perusteella mainittiin lopussa useammin kuin alussa.

Kun opiskelijoille annettiin tilaisuus vapaasti ilmaista, mitä muuta he halusivat sanoa, saatiin luonnollisesti palautetta kyselystä itsessään.

Tämä palaute on hyödynnettävissä jatkossa, kun arvioidaan uusia opintoja.

Kun opiskelijat kuvasivat NPH:n esteitä työpaikalla, alakategorioita muodostui koulutuksen alussa kerätystä aineistosta vähemmän, kun taas koulutuksen lopussa esteitä kuvattiin monimuotoisemmin. Tämän voi arvioida johtuvan esimerkiksi siitä, että koulutuksen aikana opiskelijat ovat mahdollisesti saaneet ajattelulle lisä aineksia ja suhtautuneet analyttisemmin työyhteisönsä NPH:n tilanteeseen kuin koulutuksen alussa.

Omaan NPH:ssä kehittymiseen liittyvät kuvaukset koulutuksen alussa liittyivät luonnollisesti toiveisiin, innokkuuteen ja odotuksiin. Koulutuksen lopussa taas analysoitiin NPH:n merkityksen selkeytymistä sekä oman toiminnan muutosta kohti asiantuntijuutta. Tämän voi sanoa osoittavan, että ammatillista kasvua kohti asiantuntijuutta oli erikoistumiskoulutuksen aikana tapahtunut.

Opiskelijoiden vastauksissa tuli esille, että osaamisen puute ja työelämän kiireisyys (myös Melnyk ym. 2012) luovat haasteita NPT:n käyttöön ottoon. Tämä on ymmärrettävää, varsinkin jos työyhteisön ja työnantajan tuki puuttuvat. Myös Melnyk ym. (2012) ovat todenneet, että NPT:n esteenä voi olla organisaatiokulttuuri, joka ei tue sitä.

NPT:n käsitteen ja sisällön selkiytyminen ja oman toiminnan muutoksen voidaan katsoa olevan koulutuksen merkittävää antia opiskelijoille. Tulosten perusteella voi arvioida, että ammattikorkeakoulujen toteuttamassa työelämäyhteistyössä on vielä haasteita sille, että NPT ja sen oppiminen mahdollistuisivat myös työelämässä.

Kvalitatiivisen aineiston tulosten luotettavuutta tarkasteltaessa on otettava huomioon, että tehtävänannon mukaisesti NPH pyydettiin määrittelemään lyhyesti, mitä se on tai mitä se voisi olla. Suuri osa vastauksista oli varsin tiiviitä eikä vastauksissa ollut lähdetty analysoimaan käsitettä laajemmin. Lisäksi on huomioitava avointen kysymysten pieni vastausmäärä. On mahdollista, että jos useampi koulutukseen osallistunut olisi vastannut avoimiin kysymyksiin, kategoriat olisivat muotoutuneet eri tavalla. Kuitenkin kvalitatiivisesta aineistosta saadut tulokset ovat kiinnostavaa tietoa siitä, mitkä olivat haavahoidon asiantuntijan erikoistumiskoulutuksen opiskelijoiden näkemykset aiheesta omin sanoin kuvattuina.

Lähteet

HEIKKILÄ, A. 2005 Ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden tutkitun tiedon käyttö. Turun yliopiston julkaisuja Sarja C – Osa 237, Turku.

HEIKKILÄ, A. 2012. Tutkitun tiedon käytön osaaminen hoitotyössä – kansainvälinen arviointi ja vertailu. Tutkimussuunnitelma. Julkaise-maton. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖ 2017. Näyttöön perustuva toiminta. Saatavissa: <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/nayttoon-perustuva-toiminta> (Viitattu 29.11.2017)

HÄGGMAN-LAITILA, A., MATTILA, L-R., MELENDER, H-L.. 2016. Educational interventions on evidence-based nursing in clinical practice: A systematic review with qualitative analysis. *Nurse Education Today* 43, 50-59.

HÄGGMAN-LAITILA, A., MATTILA, L-R., MELENDER, H-L. 2017. A systematic review of the outcomes of educational interventions relevant to nurses with simultaneous strategies for guideline implementation. *Journal of Clinical Nursing* 26, 320-340.

MELENDER, H-L., MATTILA, L-R., HÄGGMAN-LAITILA, A. 2016. A systematic review on educational interventions for learning and implementing evidence-based practice in nursing education: The state of evidence. *Nordic Journal of Nursing Research* 36, 3-12.

MELNYK, B. M., FINEOUT-OVERHOLT, E., GALLAGHER-FORD, L. KAPLAN, L. 2012. The State of Evidence-Based Practice in US Nurses: Critical Implications for Nurse Leaders and Educators. *Journal of Nursing Administration* 42, 410-417.

SARAJÄRVI, A. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä: kehittämisprojektin alkukartoituksen tulokset ja toimintamallin muodostamisprosessi. Anneli Sarajärvi/Päivi Markkanen. Helsinki. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja, 2009/1, 1459-9112.

SARAJÄRVI, A. 2010. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä ja toimintamallin käyttöön soveltamisesta. *Pro Terveys -Terveystieteen akateemiset johtajat ja asiantuntijat* 38, 12-14

SEPPÄNEN, S. 2017. EWMA documents –tavoitteena laadukas, näyttöön perustuva haavanhoito. *Haava*. Suomen Haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 20, 50-52.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. *Toimintaohjelma 2009-2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

TILSON, J. K., KAPLAN, S. L., HARRIS, J. L., HUTCHINSON, A., ILIC, D., NIEDERMAN, R., POTOMKOVA Ja & ZWOLSMAN, S. E. 2011. Sicily statement on classification and development of evidence-based practice learning assessment tools. *BMC Medical Education* 11, 1-10.

5.3 Opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittyminen Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen aikana

Maija Alahuhta, Merja Jylkkä, Nina Männistö, Salla Seppänen

5.3.1 Asiantuntijuus haavahoidossa

Tässä artikkelissa kuvataan Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittymistä koulutuksen aikana heidän itsensä arvioimana. Tutkimuksen tavoitteena on edelleen kehittää koulutusta tuloksista saadun tiedon avulla.

Asiantuntijuutta voidaan määritellä useista eri näkökulmista. Hakkarainen (2005) kuvaa asiantuntijuutta kognitiivisesta ja osallistumisesta sekä tiedonluomisnäkökulmasta. Kognitiivisessa näkökulmassa korostuu tiedonhankinta ja sen käsittely. Näin hankittu asiantuntijuus on yksilön omaa yksityistä osaamista, johon sisältyy formaalista, proseduaalista ja hiljaista tietoa (Bereiter & Scardimalia 1993). Osallistumisnäkökulmassa asiantuntijuus nähdään sosiaalisena ja kulttuurisena ilmiönä, joka on kontekstiin ja tilanteeseen sidottua osaamista. Bereiter ja Scardimalia (1993) esittävät asiantuntija käsitteen tiimien ja verkostojen toimintaan liittyvänä, jolloin asiantuntijuus nähdään työyhteisön yhteisenä asiantuntijuutena. Tiedonluomisnäkökulma yhdistää kognitiivisen ja osallistumisnäkökulman, jolloin asiantuntijuudessa tavoitteena on uuden tiedon ja toimintakäytäntöjen muuttaminen yhteistoiminnallisesti työyhteisössä.

Davies ja Hugesin (2002) mukaan kliininen asiantuntijuus hoitotyössä tarkoittaa hoitajan erityisosaamista. Asiantuntijahoitaja perustaa kliinisen asiantuntijuutensa siihen, että hän kykenee integroimaan teoreettisen ja kokemuksellisen tiedon kliinisessä hoitotyössä. Asiantuntijuuden kehittyminen vaatii Kallunki ja Seppälän (2016) mukaan pitkää kokemuksellista harjaantumista, jossa keskeisenä on tietoinen, tavoitteellinen ja reflektiivinen toiminta. Kuitenkaan pelkkä pitkä kokemus ei riitä, vaikka kokemus olisi hankittu kyseisellä asiantuntijuusalueella, vaan tarvitaan myös koulutusta.

Hoitotyön asiantuntijuus osaamista voidaan Helakorven (2009) mukaan tarkastella neljän kompetenssialueen näkökulmasta, joita ovat substanssi-, yhteistyö-, kehittymis- ja kehittämisaosaaminen. Hamric,

Spross ja Hansonin (2005) mukaan hoitotyön asiantuntijuus koostuu useista ydinosaamisalueista, joista keskeisin on kliininen osaaminen. Muita osaamisalueita heidän mukaansa ovat ohjaus ja neuvonta, konsultointi, tutkimus, kliininen johtaminen, yhteistyö ja eettinen päätöksenteko.

Ohjausosaaminen on monimuotoinen taito, johon vaikuttavat asiantuntijan persoonalliset ja ammatilliset ominaisuudet. Asiantuntijaksi kehittyminen ohjausosaamisessa vaatii koulutusta, kokemusta, ihmissuhdetaitoja ja itsereflektiotaitoja. Konsultaatio-osaaminen on keskeinen ja tulevaisuudessa lisääntyvä asiantuntijahoitajan osaamisalue. Se tarkoittaa, että asiantuntija tarjoaa omaa asiantuntemustaan kollegoilleen tai etsii ajankohtaista ja tarvittavaa tietoa muuttaakseen omaa toimintaansa. (Hamric ym. 2005.)

Asiantuntijuus liittyy myös muutosten ennakkointiin ja asiantuntijayhteisöjen aktiiviseen rooliin työn ja työelämän kehittäjinä sekä muutoksen tekijöinä (Kallunki & Seppälä 2016). Asiantuntija tunnistaa käytännön kehittämistarpeita, arvioi näyttöä ja käyttää tutkittua tietoa käytännön hoitotyön kehittämiseen. Asiantuntija osallistuu myös tutkimusyhteistyöhön kliinisen asiantuntijan roolissa sekä kehittää jatkuvasti omaa tutkimusosaamistaan. Asiantuntijuuteen yhdistetään myös johtajuusosaaminen, jolloin asiantuntija osaltaan opastaa muuta henkilöstöä ja siten edistää kliinisen tietotaitotason kehittymistä sekä moniammatillista yhteistyötä työyhteisössään. (Hamric ym. 2005.)

Yhteistyöosaaminen on yksi asiantuntijuuden ydinosaamisalueista. Asiantuntijahoitajalta vaaditaan hyviä ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja, jotta yhteistyö mahdollistuu potilaiden ja muiden ammattiryhmien kanssa. Yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten välillä on olennainen osa tehokasta potilaiden hoitoa. Asiantuntijahoitajan rooli on erittäin tärkeä myös haastavista moraalisisista ongelmista keskusteltaessa sekä eettisten ongelmien tunnistamisessa ja ratkaisemisessa. Eettinen päätöksenteko osaaminen on yksi asiantuntijahoitajan ydinosaamisalueista. (Hamric ym. 2005.)

Asiantuntijuuteen liitetään kriittinen ajattelu ja analysointitaito, jolla tarkoitetaan asiantuntijahoitajien kykyä reflektoida sekä peilata toimintaansa teoriaan. Kriittinen ajattelu ja analysointi pohjustaa myös kliinistä päätöksentekoa. Ongelman ratkaisun tulee perustua tutkituun tietoon. Ongelmanratkaisukyvyllä on merkitystä konfliktien

ratkaisemisessa, muutosten läpiviemisessä sekä selviämisessä monimutkaisissa hoitotyön tilanteissa. (Davies & Hughes 2002.) Asiantuntijuuden kehittämisen kannalta on Tynjälän (2016) mukaan tärkeää soveltaa teoreettisia tietoa ja malleja sekä käsitteitä käytännön ongelmien ratkaisuun. Ongelman ratkaisu on siis prosessi, jossa erilaiset tiedon muodot yhdistyvät asiantuntijuuden kehittyessä.

5.3.2 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimukseen osallistui haavanhoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen opiskelijoita kymmenestä ammattikorkeakoulusta, joissa toteutettiin erikoistumiskoulutus. Aineisto kerättiin opiskelijoilta koulutuksen alussa (n=164) ja lopussa (n=117). Opiskelijat vastasivat kyselyyn, jossa he itsearvioivat omaa haavahoidon asiantuntijuuttaan ennen koulutuksen alkua ja koulutuksen loppuvaiheessa. Kysely perustui Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n auktorisoidun haavahoitajan osaamiskriteereihin, jotka on kehitetty haavahoidon asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan määrittelyn pohjalta vuosina 2002- 2003 nimetyn työryhmän toimesta (Iivanainen, Seppänen 2005). Sittemmin auktorisoinnin osaamiskriteerejä on päivitetty haavahoitajan auktorisointityöryhmän toimesta, huomioiden muun muassa Hamric ym. (2005) asiantuntijuuden määrittelyn ja EQF:n mukaiset osaamisen tason kuvaukset (Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä). Haavahoitajan auktorisointi prosessi ja sen edellyttämä osaaminen on kuvattu Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n nettisivuilla (www.shhy.fi).

Haavahoidon osaamisen itsearviointikysely sisälsi neljä osa-aluetta: 1) Kliininen osaaminen, jossa on yhdeksän väittämää. Ne kuvaavat osaamista haavapotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyvään eettiseen päätöksentekoon, hoidon suunnitteluun ja arviointiin, laatuun ja tehokkuuteen sekä haavan ja haavaympäristön arviointiin, haavanpalkkahoitoon ja kivun hoitoon sekä dokumentointiin painottuen. 2) Ohjaus, opetus ja konsultaatio osaaminen sisältää viisi väittämää, jotka kuvaavat hoitohenkilöstön koulutuksen suunnitteluun, opetukseen ja ohjaamiseen liittyvää osaamista sekä potilaan ja hänen läheistensä ohjaamisosaamista sekä konsultointi osaamisen. 3) Yhteistyöosaaminen sisältää kolme väittämää, ja ne kuvaavat ammattien välistä yhteistyöosaamista haavapotilaan hoidossa sekä hoito-ohjeiden ja hoitolinjojen kehittämisessä. 4) Kehittämisaosaaminen, joka sisältää viisi väittämää

kuvailten haavahoitotuotekokeilujen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin liittyvää osaamista sekä kehittämishankkeiden suunnittelu, koordinointi ja arviointi osaamista. Lisäksi kehittämisosaaminen sisältää oman näyttöön perustuvan osaamisen jatkuvan kehittämisen mm. haavahoidon koulutuksen, tieteellisen tutkimuksen seuraamisen kautta sekä oman osaamisen rajojen ja vastuun tunnistamista. Väittämiä vastaajat arvioivat Likert-asteikolla 1-5 (1 = ei osaamista, 2= osaaminen vähäistä, 3= jonkin verran osaamista, 4= paljon osaamista, 5= osaaminen vahvaa). Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä, johon opiskelijat saivat vastauslinkin ennen opintojen alkua ja opintojen loppuvaiheessa.

5.3.3 Tulokset

Opiskelijoiden osaaminen kehittyi kaikilla haavahoidon osaamisen alueilla. Eniten kehittymistä tapahtui koulutuksen aikana yhteistyöosaamisen alueella. Kehittämisosaaminen osa-alueen keskiarvo oli sekä koulutuksen alussa että lopussa matalin. Seuraavaksi tarkastellaan opiskelijoiden arvioimana heidän osaamisensa kehittymistä erikoistumiskoulutuksen aikana edellä kuvatuilla neljällä haavahoidon osaamisen alueella.

Kliinisen osaamisen kehittyminen

Kliinisen osaamisen kehittymistä tapahtui koulutuksen aikana ja kaikkien väittämien osalta osaamisen muutos on selkeä (taulukko 1). Tällä osa-alueella osaamisen keskiarvo oli korkein sekä alku- että loppumittauksessa. Eniten kehittymistä tapahtui haavan havainnoinnin ja johtopäätösten yksityiskohtaisessa ja perustellussa dokumentoinnissa. Myös haavan etiologian ja haavan paranemiseen vaikuttavien tekijöiden ymmärtämisessä sekä haavan ennaltaehkäisemisen osaamisessa tapahtui selkeää osaamisen kehittymistä. Vähiten kehittymistä tapahtui hoitotyön eettisten ohjeiden ja hoitotyön periaatteiden mukaisesti toimimisessa haavapotilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Kliinisen osa-alueen osioista haavan mekaaninen puhdistus hallittiin parhaiten sekä alku- että loppumittauksessa.

Taulukko 1. Kliinisen osaamisen kehittyminen.

	alkumittaus ka. n= 164	loppumittaus ka. n = 117	muutos
toimin hoitotyön eettisten ohjeiden ja hoitotyön periaatteiden mukaisesti haavapotilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.	3,7	4,2	0,5
toteutan asiakaslähtöistä ja kokonaisvaltaista hoitoa haavapotilaan hoidon tarpeen arvioinnissa, suunnittelussa ja toteutuksessa.	3,7	4,3	0,6
osaan suunnitella haavapotilaan hoidon mahdollisimman laadukkaasti ja kustannustehokkaasti.	3,2	3,9	0,7
hallitsen haavapotilaan kivunhoidon (suunnittelu, toteutus, arviointi).	3,6	4,1	0,5
osaan tehdä haavan mekaanisen puhdistuksen	3,8	4,5	0,7
osaan perustellusti suunnitella, toteuttaa ja arvioida etiologialtaan erilaisten haavojen paikallishoidon.	3,1	3,8	0,7
osaan arvioida haavan ja haavaa ympäröivän ihon kuntoa ja paranemista.	3,6	4,3	0,7
ymmärrän haavan etiologian ja haavan paranemiseen vaikuttavat hidastavat ja edistävät tekijät sekä osaan ennaltaehkäistä haavan syntyä.	3,3	4,1	0,8
osaan dokumentoida haavasta tekemäni havainnot ja johtopäätökset yksityiskohteisesti ja perustellen.	3,4	4,2	0,8
Yhteensä ka	3,5	4,2	0,7

Ohjaus, opetus ja konsultaatio osaamisen kehittyminen

Ohjaus, opetus ja konsultaatio osaaminen kehittyi koulutuksen aikana selkeästi, keskiarvo oli koulutuksen alkaessa 3,3 ja koulutuksen päättyessä 4,1 (taulukko 2). Eniten kehittymistä opiskelijat arvoivat tapahtuneen kyvyssään suunnitella, toteuttaa ja arvioida haavapotilaan hoitoon liittyvää hoitohenkilökunnan koulutusta sekä omassa organisaatiossa että potilaan hoitoketjun eri vaiheissa. Kehittymistä tapahtui myös haavapotilaan hoitoon liittyvässä hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden ohjaus- ja opettamisosaamisessa, erityisesti kyvyssä perustella haavahoidon toteuttaminen. Myös haavapotilaan ja omaisten ohjausosaaminen kehittyi erikoistumiskoulutuksen aikana. Vähiten kehittymistä tapahtui haavapotilaan välittömän jatkohoidon tarpeen arvioinnissa ja toisen asiantuntijan konsultaatiotarpeen arvioinnissa.

Taulukko 2. Ohjaus, opetus ja konsultaatio osaamisen kehittyminen.

	alkumittaus ka. n= 164	loppumittaus ka. n = 117	muutos
osaan suunnitella, toteuttaa ja arvioida hoitohenkilökunnan koulutuksen haavapotilaan hoidossa omassa organisaatiossa ja hoitoketjussa esim. keskussairaalassa, terveyskeskuksessa, vanhainkodissa, palvelutalossa tai kotipalvelussa.	2,7	3,7	1,0
osaan ohjata, opettaa ja tukea hoitohenkilökuntaa ja opiskelijoita haavapotilaan hoidossa.	3,2	4,1	0,9
osaan ohjata perustellen suunnitellun haavahoidon toiselle hoitoalan ammattihenkilölle.	3,3	4,1	0,8
osaan ohjata haavapotilasta ja hänen omaisiaan/läheisiään omahoidossa ja haavan ennaltaehkäisyssä.	3,5	4,2	0,7
osaan arvioida haavapotilaan tilan, joka tarvitsee välittömästi jatkohoitoa tai lääkärin/muun terveydenhuollon ammattihenkilön konsultaatiota.	3,7	4,2	0,5
yhteensä ka	3,3	4,1	0,8

Yhteistyöosaaminen

Haavahoidon asiantuntijuuden osaamisessa kehittymistä tapahtui eniten yhteistyöosaamisen osa-alueella (taulukko 3.). Opiskelijat kehittivät erityisesti potilasohjeiden laatimisessa ja kehittämisesä yhteistyössä muiden ammattiryhmien edustajien kanssa. Osaaminen lisääntyi myös haavapotilaan yhtenäisten hoitolinjojen kehittämisessä omassa organisaatiossa työryhmän jäsenenä. Vähiten kehittymistä opiskelijoilla tapahtui yhteistyön tekemisessä kaikkien haavapotilaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa.

Taulukko 3. Yhteistyöosaamisen kehittyminen.

	alkumittaus ka. n=164	loppumittaus ka. n=117	muutos
teen yhteistyötä kaikkien haavapotilaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa.	3,6	4,2	0,6
osaan laatia ja kehittää potilasohjeita haavanhoitoon yhteistyössä eri ammattiryhmien edustajien kanssa.	2,7	3,8	1,1
osaan kehittää työryhmän jäsenenä yhtenäisiä haavapotilaan hoitolinjoja omassa organisaatiossa.	2,8	3,8	1,1
yhteensä ka	3,0	3,9	0,9

Kehittämisaaminen

Myös opiskelijoiden kehittämisaamisessa tapahtui muutosta koulutuksen aikana (taulukko 4.) Eniten kehittymistä tapahtui haavahoidon kansallisen ja kansainvälisen tieteellisen tutkimuksen seuraamisessa ja näyttöön perustuvan tiedon soveltamisessa haavapotilaan hoidossa. Osallistuminen aktiivisesti haavahoidon kotimaisiin ja ulkomaisiin koulutuksiin sekä osallistuminen haavahoidon asiantuntijatehtäviin ja kehittämishankkeisiin lisääntyi. Opiskelijoiden mielestä myös heidän osaamisensa koordinoita haavahoidon kehittämishankkeita kehittyi. Oman vastualueen ja osaamisen rajojen tunnistamisen osa-alueella tapahtui opiskelijoilla vähiten edistymistä. Tällä alueella opiskelijoilla olikin mielestään eniten osaamista jo opintojen alussa.

Taulukko 4. Kehittämisaamisen kehittyminen.

	alkumittaus ka. n = 164	loppumittaus ka. n = 117	muutos
suunnittelen ja osallistun haavahoitotuotekokeiluihin ja raportoin niiden tuloksista.	2,5	3,2	2,5
osallistun haavapotilasta koskeviin asiantuntijatehtäviin sekä kehittämishankkeisiin ja osaan koordinoita haavanhoidon kehittämishankkeita (suunnittelu, toteutus, raportointi).	2,2	3,1	2,2
osallistun aktiivisesti haavahoidon koulutuksiin niin kotimaassa kuin ulkomailla	2,5	3,5	2,5
seuraan haavanhoidon tieteellistä tutkimusta niin kansallisesti kuin kansainvälisesti ja osaan soveltaa haavapotilaan hoitoon uusinta näyttöön perustuvaa ja muuta tutkimustietoa.	2,3	3,4	2,3
tiedostan ja tunnistan oman vastualueeni ja osaamiseni rajat.	4,1	4,5	4,1
yhteensä	2,7	3,5	2,7

5.3.4 Johtopäätökset ja pohdinta

Erikoistumiskoulutuksen ydin on asiantuntijuuden kehittäminen. Erikoistumiskoulutusten tavoitteena on parantaa työelämässä toimivien asiantuntijoiden ja asiantuntijoiksi tähtäävien osaamista. (Kallunki & Seppälä 2016.) Tässä tutkimuksessa haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksen opiskelijoiden osaaminen kehittyi asiantuntijuuden eri osaamisen alueilla.

Kliinisen osaamisen kehittymistä tapahtui selkeästi kaikilla osa-alueilla. Haavahoidon edistynyt asiantuntijaosaaminen edellyttää tietoa haavojen etiologiasta, riskien tunnistamisesta ja kroonisten haavojen ennaltaehkäisystä sekä haavan paranemisesta ja siihen vaikuttavien tekijöiden ymmärtämisestä potilaskohtaisesti, yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti.

Eniten kehittymistä tapahtui yhteistyöosaamisen alueella. Haavahoitajalta vaaditaan yhteistoiminnallista osaamista sekä välittömässä hoitotyössä, että moniammatillisessa yhteistyössä. Hän antaa konsultointiapua muille terveydenhuollon toimijoille sekä toimii kollegoiden ja opiskelijoiden ohjaajana hoitotyössä. Lisäksi haavahoidon asiantuntijana toimisessa potilaan ja hänen läheistensä ohjaaminen tulee korostumaan omahoidon, ja erityisesti kroonisten haavojen syntymisen ja haavainfektioiden ennalta ehkäisyn osalta. Kallunki ja Seppälän (2016) mukaan asiantuntijuus rakentuu ja kehittyy vuorovaikutuksessa. Asiantuntijuudessa on persoonallisen asiantuntijatiedon lisäksi kysymys myös yhteisöllisestä luovasta prosessista, osaamisesta sekä aktiivisesta toimijuudesta. Tämän päivän työelämä vaatii asiantuntijoilta sosiaalisia taitoja sekä valmiuksia toimia asiantuntijoiden muodostamien yhteisöjen ja verkostojen jäsenenä. Uuden tiedon ja käytäntöjen syntyminen edellyttää tiedon ja osaamisen jakamista oman alan asiantuntijayhteisöissä sekä verkostoissa myös muiden alojen asiantuntijoiden kanssa.

Koulutuksen aikana opiskelijoiden tieteellisen tutkimuksen seuraaminen lisääntyi, koska näyttöön perustuvaa tiedon käyttöä edellytettiin koulutukseen liittyvissä tehtävissä. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittymistä arvioidaan toisaalla tässä julkaisussa kappaleessa 5.2 (Alahuhta ym.). Opiskelijoiden aktiivinen haavahoidon koulutukseen osallistuminen lisääntyi, yhtenä syynä tähän lienee osallistuminen Valtakunnallisille Haavapäiville 2017 koulutuksen aikana. Vaikka kehittämisaosaaminen vahvistui koulutuksen aikana, se oli heikoimmaksi arvioitua sekä ennen koulutusta että sen jälkeen. Tämän vuoksi sitä tulisi vahvistaa vielä entisestään koulutuksen aikana.

Vaikka haavahoidon asiantuntijuusosaamista voidaan eritellä edellisen kaltaisesti, niin arvioitaessa haavahoidon asiantuntijuutta tulee eri osaamisen alueet olla tiiviisti toisiinsa integroituneina, jolloin ne muodostavat osaamisen kokonaisuuden ja näkyvät asiantuntijan päätöksenteossa ja toiminnassa sekä oman ja työyhteisön osaamisen ke-

hittämisessä. Jos asiantuntijuuteen kouluttamisessa on käytössä eri tiedon muotoja yhdistävä koulutusmalli, kuten tässä erikoistumiskoulutuksessa, edistää se asiantuntijuuden kehittymistä paremmin kuin koulutus, jossa teoria ja käytäntö kulkevat toisistaan erillään. (Tynjälä 2016.)

Työn ja osaamisen muutokset sekä elinikäisen oppimisen tarve haastavat korkeakouluja kehittämään koulutusmuotoja, joilla mahdollistetaan osaamisen kehittäminen työn ja uran ohella. Korkeakoulut vastaavat järjestämänsä koulutuksen laadusta ja jatkuvasta kehittämisestä. (Kallunki & Seppälä 2016.) Opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittämisen arvioiminen on tärkeä osa koulutuksen vaikuttavuuden arviointia, ja sillä on merkitystä niin yksilön, organisaation kuin yhteiskunnan taholla.

LÄHTEET

ALAHUHTA, M., AHO, H. MELENDER, H-L. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittyminen haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksessa. (Tässä julkaisussa).

BEREITER, C., SCARDAMALIA, M. 1993. Surpassing Ourselves. An inquiry into the nature and implications of expertise. Chicago: Open Court.

DAVIES, B, HUGES, AM. 2002. Clarification of Advanced Nursing Practice: Characteristics and Competencies. Clinical Nurse Specialist 16, 147-152.

HAKKARINEN, K. 2005. Asiantuntijuus ja oppiminen työelämässä – Psykologisia näkökulmia. <http://www.helsinki.fi/science/networked-learning>.

HAMRIC, A., SPROSS J., HANSON. C. 2005. Advanced practice nursing. An integrative approach.

HELAKORPI, S. 2009. Osaaminen ja sen tunnistaminen työelämän ja koulutuksen yhteisenä haasteena. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu. Osaajanet, no 4. <http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/issue/view/69/showToc>.

Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170120>

IIVANAINEN, A., SEPPÄNEN, S. 2005. Haavahoitajien auktorisointi. Haavahoidon vuosikymmen. toim. Helvi Hietanen ja Ansa Iivanainen. Suomen Haavanhoitoyhdistys julkaisusarja 2. Nykypaino Oy. Helsinki:75-81.

KALLUNKI, J, SEPPÄLÄ, H. 2016. Korkeakoulujen erikoistumisopinnot. Käsikirja koulutusten kehittäjille. Arene. Unifi. www.unifi.fi ja www.arene.fi.

TYNJÄLÄ, P. 2016. Asiantuntijan tieto ja ajattelu. Teoksessa E, KALLIO. 2016. Ajattelun kehitys aikuisuudessa. Kohti moninäkökulmaisuutta. Suomen kasvatustieteellinen seura, kasvatusalan tutkimuksia 71. Jyväskylä.

www.shhy.fi

5.4 Opiskelijoiden palaute haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksesta

Kirsi Hämäläinen, Jaana Malmisuo, Anne Vuori

Tässä artikkelissa tarkastellaan Haavahoidon asiantuntija –erikoistumiskoulutuksessa olleiden opiskelijoiden kokemuksia koulutuksesta. Palautekysely kerättiin koulutuksen lopussa Webropol kyselyn avulla (liite 3). Opiskelijat vastasivat kyselyyn viimeisen lähipäivän yhteydessä. Näin pyrittiin saamaan mahdollisimman monelta opiskelijalta palautetta. Kyselyn tulokset esitetään määrällisen tiedon osalta taulukoina, prosenttilukuina ja keskiarvoina. Avointen kysymysten osalta vastaukset yhdistettiin ja luokiteltiin teemoittain.

5.4.1 Vastaajien taustatiedot

Erikoistumiskoulutuksesta valmistuvia opiskelijoita oli yhteensä 151 ja heistä kyselyyn vastasi 114 opiskelijaa. Vastausprosentti oli 77%. Vastaajia oli jokaisesta koulutusta järjestäneestä kymmenestä ammattikorkeakoulusta. Suurimmalla osalla vastaajista 88:lla (77%) oli pohjakoulutuksena ammattikorkeakoulu. Opistoasteen tutkinto oli 26:lla (23%). Erikoistumiskoulutuksen opiskelijoista sairaanhoitajia oli 105 (92%), terveydenhoitajia 8, yksi jalkaterapeutti ja yksi kätilö. Opiskelijoista 44 oli töissä erikoissairanhoidossa, 43 perusterveydenhuollossa, 14 kotihoidossa ja kuusi palvelutalossa. Loput opiskelijoista (7) valitsivat vastausvaihtoehdoista jokin muu -vaihtoehdon, (tarkennus: yksityinen sektori, kuntoutussairaala, terveystieteiden keskus). Vastaajien työkokemus vaihteli 2 - 35 vuoden välillä, keskiarvo oli 13,5 vuotta.

5.4.2 Koulutuksen järjestelyt

Suurin osa opiskelijoista piti lähipäivien määrää riittävänä: 64 % oli väitteen kanssa samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä ja 36 % vastaajista oli väittämän kanssa eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä. Lähiopetusta pitivät toimivana 62 % opiskelijoista, mutta eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä oli kuitenkin 38 % opiskelijoista. Vastaajis-

ta kaksi kolmasosaa koki saaneensa riittävästi tietoa koulutukseen etenemisestä ja yksi kolmas osa piti tiedon saantia riittämättömänä. Verkko-opetusympäristön koki 76 % helpoksi käyttää ja 24 % melko vaikeaksi. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Opiskelijoiden palaute koulutuksen järjestelyistä.

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	Yhteensä (n=114)	(%)
Lähiopetuspäivien määrä oli riittävä	11 (10%)	30 (26%)	48 (42%)	25 (22%)	114	100
Lähiopetuspäivien järjestelyt olivat toimivat	8 (7%)	36 (31%)	51 (45%)	19 (17%)	114	100
Sain koulutuksen aikana riittävästi tietoa koulutuksen etenemisestä	8 (7%)	28 (25%)	47 (41%)	31 (27%)	114	100
Verkko-oppimisympäristöä oli helppo käyttää	3 (3%)	24 (21%)	61 (53%)	26 (23%)	114	100
Yhteensä	30	118	207	101		

Opiskelijoilla oli koulutuksen järjestelyihin runsaasti kehittämisehdotuksia. Teemoina nousivat esiin lähiopetuspäivien määrä, haavanhoidon opetuksen sisältö ja kehittämistehtävän laajuus.

”Mielestäni saisi olla enemmän lähiopetuspäiviä. Tehtävä ovat olleet laajat, jolloin myös tarvitaan enemmän aikaa tehtävien tekoon.” Lisäksi useampi opiskelija olisi toivonut käytännönläheisempää opetusta haavanhoitoon.

”Kunnolliset työpajat ja käytännön oppimiset olisivat ehdottomasti tarpeen (ABI-mittaus, kompressiosidonta ym.) ”Itse olisin toivonut enemmän lähipäiviin asiantuntijaluentoja ja yhdessä opettelua/tekemistä. Konkreettisia workshoppeja esimerkiksi. Vähemmän ryhmätöiden esittämistä.”

”Kehittämistyön tekemistä korostettiin mielestäni liikaa alusta alkaen, vei aikaa ja energiaa muulta tärkeältä oppimiselta. Erilaisia vaihtoehtoisia aiheita/menetelmiä voisi enemmän alussa esitellä, nyt oli valittava jokin aihe, vaikkei osannut siinä vaiheessa ajatella onko aihe ajankohtainen, sopivan rajattu jne.”

Toisaalta avoimissa vastuksissa tuli esille myös toive tasoltaan vielä vaativimmista tehtävistä sekä monipuolisemmasta oppimisympäristöstä.

”Enemmän suunnittelu-aikaa lähipäiviin. Esim. ryhmätehtäviä, learning cafe-tehtäviä, maisteritason esseetehtäviä olisi voinut olla enemmän ja myös ryhmätehtäviä esseenä. Respa olisi voinut olla käytössä, esim. Onedrivesta olisi ollut paljon hyötyä tehtäviä tehdessä.”

5.4.3 Koulutuksen sisältö ja toteutus

Opiskelijoista 74% piti opintojaksojen tavoitteita pääosin selkeinä, 26 %n mielestä ne eivät olleet selkeitä. Opintojaksojen asiantuntijajalantoja aiheeltaan keskeisinä (79%). Väitteen ”videoluennot edistivät oppimista” kanssa samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 77% opiskelijoista. ”Koulutuksen aikana jaettu oppimateriaali tuki oppimista” 26% opiskelijan mielestä täysin ja 47% opiskelijoista oli väitteen kanssa jokseenkin samaa mieltä. ”Oppimistehtävien ohjeistukset olivat selkeitä” väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä oli 41% opiskelijoista ja täysin erimieltä 11 %. Viidesosan mielestä oppimistehtävien ohjeet olivat selkeitä. Oppimistehtävät tukivat kuitenkin opiskelijoiden mielestä oppimista (70%). Vastanneista yhden kolmasosan mielestä lähipäivien sisältö ei täysin vastannut odotuksia ja 70 % oli sitä mieltä, että se sisältö vastasi odotuksia hyvin tai melko hyvin. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Opiskelijoiden palaute koulutuksen sisällöstä ja toteutuksesta.

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	Yhteensä (n=114)	(%)
Opintojaksojen tavoitteet olivat selkeät	3 (3%)	27 (23%)	51 (45%)	33(29%)	114	100
Opintojaksojen asiakokonaisuudet olivat selkeät	4 (4%)	28 (25%)	55 (48%)	27 (23%)	114	100
Asiantuntijaluennot olivat aiheeltaan keskeisiä	4 (4%)	20 (17%)	38 (33%)	52 (46%)	114	100
Videoluennot edistivät oppimistani	6 (5%)	21 (18%)	52 (46%)	35 (31%)	114	100
Koulutuksen aikana jaettu materiaali tuki oppimistani	5 (4%)	27 (23%)	53 (47%)	29 (26%)	114	100
Oppimistehtävien ohjeistukset olivat selkeät	12(11%)	47 (41%)	33 (29%)	22 (19%)	114	100
Oppimistehtävät tukivat oppimista	8 (7%)	26 (23%)	50 (44%)	30 (26%)	114	100
Lähipäivien sisältö vastasi odotuksia	16 (14%)	44 (39%)	44 (39%)	10 (8%)	114	100
Yhteensä	58	240	299	218		

Opiskelijoilta tuli useita kehittämisehdotuksia lähipäivien sisältöön. Vastauksien teemat olivat osittain samoja kuin koulutukseen järjestelyihin vastatut teemat. Eniten toivottiin opiskelijakeskeisempää ja käytännönläheisempää opetusta. Asiantuntijaluentoja pidettiin hyvänä, mutta niiden toteutuksen osalta esitettiin kehittävää palautetta.

”sisältö olisi pitänyt olla enemmän asia keskeistä. Enemmän haavoista ja haavanhoidosta olisi oppinut, mikäli olisi keskitytty itse haavoihin ja niiden hoitamiseen. Useat tehtävät olivat sellaisia ettei niistä oppinut mitään uutta. Lähipäivillä esiteltiin muille omia tehtäviä ja tuotoksia.”

”enemmän work-shopeja ja konkreettista käsillä tekemistä. Asiantuntijaluennot olivat todella informatiivisia ja hyviä, sekä opettavaisia.”

”videoluennot olivat ok mutta enemmän olisin kaivannut luentoja, joiden aikana olisi syntynyt keskustelua ja pohdintaa”

”enemmän voisi olla lähiopetuspäiviä sekä livenä lääkärinluentoja. Luennot olivat hyviä, mutta ei pysty esittämään mitään kysymyksiä luentoihin liittyen, esim: erikoislääkäreiden luennot. Ei niin nopeita aikataulumuutoksia”

Videoluentojen teknisessä toimivuudessa olisi ollut useamman opiskelijan mielestä kehitettävää.

”koulutusluentojen tekniseen laatuun tulisi panostaa.”

”esim. videoluentojen teknisten ongelmien vuoksi on jäänyt asioita käsittelemättä.”

Opiskelijat arvioivat myös eri opintojaksojen toteutusta. Suurin osa opiskelijoista antoi jokaiselle opintojaksolle hyvän tai erittäin hyvän arvosanan. Opintojaksojen keskiarvot olivat 2,69 ja 2,97 välillä. Näyttöön perustuva haavanhoidon kehittämisosaaminen sai parhaimman arvosanan 2,97 ja pienimmän arvosanan 2,69 sai opintojakso erilaiset haavat ja niiden hoitoperiaatteet. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Opiskelijoiden eri opintojaksoille antamat arvioinnit asteikolla 1-4.

	1 huono	2 välttävä	3 hyvä	4 erinomainen	Yhteensä (n=114)	Keski- arvo
Erilaiset haavat ja niiden hoitoperiaatteet	7	35	58	14	114	2,69
Haavan paraneminen, sen arviointi ja dokumentointi	6	30	56	22	114	2,82
Haavapotilaan elämänlaatu, omahoidon tukeminen ja ohjaaminen	4	28	59	23	114	2,89
Haavahoidon laadunhallinta ja vaikuttavuus	5	26	63	20	114	2,86
Näyttöön perustuva haavahoidon kehittämisosaaminen	5	21	60	28	114	2,97
Yhteensä	27	140	296	107	114	

5.4.4 Opiskelijan arviointia omasta oppimisestaan

Opiskelijoita pyydettiin arvioimaan omaa työskentelyään ja oppimistaan suhteessa opetussuunnitelman tavoitteisiin, ja digitalisaatio-osaamisen kehittymisen osalta. Omaa työskentelyään arvioidessaan opiskelijat raportoivat toimineensa jokseenkin oma-aloitteisesti koulutuksen aikana (93%). Suurin osa (91%) myös koki olleensa aktiivisia lähipäivien aikana. Aktiivisesti tai melko aktiivisesti verkkotyöskentelyyn osallistui 80 %. Opiskelijoista 72 % jakoi omaa asiantuntijuuttaan muille. Opetussuunnitelman tavoitteet koki saavuttaneensa 83% opiskelijoista. Suurimman osan opiskelijoista (93%) mielestä ryhmän ilmapiiri tuki omaa oppimista. Digitalisaatio-osaaminen oli opiskelijoiden mielestä kehittynyt koulutuksen aikana paljon. Jopa 39% oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja 51% jokseenkin samaa mieltä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Opiskelijoiden arviointia omasta oppimisestaan.

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	Yhteensä (n=114)	(%)
Toimin koulutuksen aikana oma-aloitteisesti	1 (1%)	7 (6%)	56 (49%)	50 (44%)	114	100
Olin aktiivinen lähipäivillä	1 (1%)	10 (8%)	63 (56%)	40 (35%)	114	100
Osallistuin aktiivisesti verkkotyöskentelyyn	3 (3%)	20 (17%)	53 (47%)	38 (33%)	114	100
Jaoin omaa asiantuntemustani muille opiskelijoille	2 (2%)	29 (26%)	56 (49%)	27 (23%)	114	100
Saavutin OPSin tavoitteet hyvin	4 (4%)	16 (13%)	65 (57%)	29 (26%)	114	100
Ryhmän ilmapiiri tuki oppimistani	1 (1%)	7 (6%)	39 (34%)	67 (59%)	114	100

Digitalisaatio-osaamiseni kehittyi koulutuksen aikana	3 (3%)	16(13%)	51 (45%)	44 (39%)	114	100
Yhteensä	15	105	383	295	114	100

Palautelomakkeessa kysyttiin avoimena kysymyksenä koulutuskokonaisuuden suorittaneilta opiskelijoilta tekijöitä, jotka olisivat edistäneet heidän oppimistaan vielä paremmin sekä yleistä palautetta koulutuksesta.

Opiskelijoiden vastauksissa nousi esiin selkeästi neljä teemaa, jotka edistävät heidän oppimistaan; tehtävien ohjeistus, palautteen saaminen, yhteinen keskustelu ja kliininen menetelmäosaaminen.

Opiskelijat toivat esille, että tarkempi ohjeistus opintojaksojen tehtävistä, ja erityisesti kehittämistehtävään liittyen, olisi opiskelijoiden mukaan edistänyt oppimista. Kehittämistehtävien osalta opiskelijat nostivat esiin kehittämishankkeen valintaan liittyvät haasteet, joihin he olisivat toivoneet enemmän tukea. Tämä tarkoitti esimerkiksi omaan työyksikköön soveltuvan kehittämishankkeen aiheen valintaan liittyvää ohjausta.

Vastauksissa nousi selkeästi esiin palautteen antamisen ja saamisen merkitys opiskelijälähtöisen oppimisprosessin edistämisessä. Opiskelijat toivoivat saavansa enemmän ohjaavaa palautetta opintojaksoihin liittyvien tehtävien aikana sekä niiden palautuksen jälkeen. Tämä olisi auttanut heitä tunnistamaan omat kehittymistarpeensa.

”tekemistämme oppimistehtävistä olisin toivonut saavani palautetta”

Opiskelijat toivoivat myös enemmän aikaa ja mahdollisuuksia keskusteluun niin ryhmän sisällä kuin asiantuntijaluonnoitsijoiden kanssa. Tämä edistää koulutukseen osallistuneiden opiskelijoiden välistä vertaisoppimista.

Opiskelijoiden mielestä konkreettinen työpajatyöskentely edistää heidän oppimistaan kliinisten menetelmätaitojen osalta. Vastauksissa nostettiin esiin esimerkiksi seuraavaa:

”konkreettista haavahoitoharjoitusta”

”esim. ABI-mittaus ja ym. harjoitusta”

”work-shopit. konkreettinen tekeminen”

Opiskelijat tarkastelivat myös oman aktiivisuuden ja itsenäisen opiskelun merkitystä oppimisprosessin edistämisessä.

”oma aktiivisuus”

”että olisin älynnyt lukea enemmän aihetta itsenäisesti”

5.4.5 Erikoistumiskoulutuksen vaikutus osaamiseen ja työnkuvaan

Opiskelija arvioi kyselyssä erikoistumiskoulutuksen merkitystä omaan asiantuntijuusosaamisen kehittämiseen, verkostojen muodostamiseen, oman osaamisen kehittämiseen tulevaisuudessa ja työnkuvan muutokseen.

Opiskelijoista 84% koki saaneensa uusia valmiuksia työhönsä, ja 81% koki oman asiantuntijuutensa kehittyneen koulutuksen aikana. Lähes puolet opiskelijoista 48% oli täysin samaa mieltä siitä, että uutta osaamista hyödynnetään työyhteisössä. Verkostojen luomiseen koulutuksen koki edesauttaneen 81% opiskelijoista. Koulutus vastasi tämän päivän ja tulevaisuuden työelämän haasteisiin 68 % mielestä. Täysin samaa mieltä oli 26%. Suurin osa opiskelijoista (84%) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että koulutus antoi valmiuksia oman osaamisen kehittämiseen tulevaisuudessa. Työnkuvan muuttumista koulutuksen ansiosta kysyttäessä opiskelijoiden vastaukset vaihtelivat. Vastausten mukaan työnkuva muuttuu tai tulee muuttumaan noin 60 %lla ja noin 40 % se ei muutu. Pääosalla kyselyyn vastanneista haavahoidon työnkuva oli jo selkeästi muuttunut koulutuksen aikana. He toimivat omissa organisaatioissaan haavahoidon asiantuntijatehtävissä, kuten konsultointi-, koulutus- ja kehittämistehtävissä. Vaikka osalla vastaajista työnkuva ei virallisesti ollut muuttunut, heidän asiantuntijuuttaan kuitenkin hyödynnettiin erilaisissa verkostoissa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Haavanhoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen merkitys omaan työhön.

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	Yhteensä (n=114)	(%)
Sain uusia valmiuksia työhöni	6 (5%)	12 (11%)	42 (37%)	54 (47%)	114	100
Oma asiantuntijuuteni kehittyi koulutuksen aikana	6(5%)	16(13%)	36 (32%)	56 (49%)	114	100
Osaamistani hyödynnetään työyhteisössäni	3 (3%)	14 (12%)	42 (37%)	55 (48%)	114	100
Koulutus on edesauttanut minua luomaan verkostoja	3 (3%)	19 (16%)	50 (44%)	42 (37%)	114	100
Koulutus vastasi tämän päivän ja tulevaisuuden työelämän haasteisiin	6 (5%)	31 (27%)	48 (42%)	29 (26%)	114	100
Koulutus antoi valmiuksia oman osaamisen kehittämiseen tulevaisuudessa	5 (4%)	14 (12%)	46 (40%)	49 (44%)	114	100
Työnkuvani on muuttunut/tulee muuttumaan koulutuksen ansiosta	14 (12%)	33 (29%)	42 (37%)	25 (22%)	114	100
Yhteensä	43	139	306	310		

5.4.6 Kokonaisarvio koulutuksesta

Viimeiseksi pyydettiin kokonaisarvio koulutuksesta ja avoimella kysymyksellä palautetta asioista, mitkä eivät olleet tulleet aiemmissä kysymyksissä esille.

Opiskelijoita pyydettiin antamaan kokonaisarviota koulutuksesta laadullisella asteikolla erinomainen, hyvä, välttävä ja huono. 61 % vastaajista antoi arvosanaksi hyvä, 10 % erinomainen, 26% tyydyttävä ja 3 % huono.

Avoimissa vastauksissa koulutuskokonaisuudelle annettiin pääosin positiivista palautetta. Positiivinen palaute liittyi esimerkiksi lähipäivien ryhmätyöskentelyyn ja niiden suunnitteluun, asiantuntijaluontoihin sekä opintojaksojen tehtäviin ja erityisesti niiden purkutilanteisiin.

”hyvin koottuja”

”hyviä ja pistivät paneutumaan tuttuihin asioihin uudesta näkökulmasta ”

”purkutilanteet olivat opettavaisia”

Toisaalta taas joissakin vastauksissa nousi esiin tarve kehittää mm. tehtävänantoja.

”tehtäviin selvät ohjeistukset”

Lähipäivien sisältö ja järjestelyjen toimivuus saivat myös kriittistä palautetta. Muutama opiskelija oli kokenut näiden vaikuttaneen omaan motivaatioon koulutuksessa.

”Motivaationi koulutukseen hakiessani ja sen alkaessa olivat todella korkealla, mutta motivaatio hiipui palautteen saamattomuuteen, tehtävänannon epäselvyyksiin, lähipäivien suunnittelemattomuuteen”

Usea opiskelija toi esille toiveen saada enemmän ja nopeammin palautetta tekemistään tehtävistä.

”Lähipäivien sisältö oli hieman pettymys. Haavatuote-edustajien luennot oli hyviä, samoin lääkäri- ja asiantuntijaluennot. Tehtävät oli ok, mutta niistä olisi pitänyt saada palautetta melko pian palautuspäivän jälkeen”

5.4.7 Johtopäätökset ja pohdinta

Opiskelijoiden kokonaisarviointi koulutukselle oli arvosana hyvä. Palautekyselyn tulokset tuovat esille asiat, joissa Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksessa oli opiskelijoiden näkökulmasta onnistuttu, ja joissa on kehittämistarvetta. Koulutuksen järjestelyjen osalta verkko-oppimisympäristön käyttö koettiin helppona, mikä osoittaneen sen, että verkko-oppimisen ja lähiopetuksen yhdistäminen on hyvä valinta. Tiedossa on, että opiskelijoissa oli useita, joilla ei ollut aiempaa kokemusta verkko-opinnoista, joten oppiminen verkossa oli heille uusi kokemus. Toisaalta myös lähiopetusta toivottiin enemmän, mikä ei ole todennäköinen ratkaisu vaan huomiota tulee kiinnittää verkko-oppimisen ja lähiopetuksen selkeämpään integroitumiseen, esimerkiksi ohjaamalla opiskelijoita verkon kautta hyödyntäen Skype tai vastaavia yhteyksiä. Opetusmenetelmien yhdistäminen on todettu oppimistulosten kannalta tehokkaammaksi tavaksi saavuttaa osaa-

mistavoitteet. Toisaalta opiskelijat eivät halua luopua kokonaan lähiopetuksesta. Perinteisen luento-opetuksen yhdistäminen esimerkiksi verkko-opetukseen on todettu tukevan hoitotyönopiskelijoiden tiedollista oppimista. Lisäksi verkko-opetus mahdollisti opiskelun ajasta ja paikasta riippumatta ja tarvittaessa opetusmateriaaliin saattoi palata uudelleen. (Koch ym. 2010.)

Koulutuksen sisällön ja toteutuksen osalta lähiopetuspäiviä tulee kehittää toiminnalliseen ja käytännön läheisempään suuntaan. Ammattikorkeakoulujen välillä oli jonkin verran eroja lähiopetuspäivien toteutuksessa. Osassa ammattikorkeakouluja oli enemmän taitopajoja, joissa harjoiteltiin kliinisiä taitoja mm. sidontoja, ABI mittausta, diabeetikon jalkojen tutkimista. Tämä näkyi todennäköisesti avoimissa vastauksissa. Haavahoidon kliinisten taitojen tavoitteellinen ja ohjattu harjoittelu joko laboraatioluokka- tai simulaatioympäristössä tulee jatkossa sisällyttää lähiopetukseen.

Opiskelijapalautteen perusteella ammattikorkeakoulujen yhteisten reaaliaikaisten videoluentojen teknistä laatua ja vuorovaikutteisuuutta tulee kehittää, jos niitä vielä toteutetaan. Vaihtoehtona ovat videotallenteet joihin yhdistetään joko verkkokeskustelu tai lähipäivänä toteutuva seminaari. Opiskelijat toivoivat, että asiantuntijaluennoitsijoilta olisi mahdollista kysyä ja tarkentaa asioita. Tämä ei ole mahdollistunut videotallenteiden osalta. Yhtenä vaihtoehtona on laittaa verkkoon keskustelualueelle kysymykset, joita luennon aikana opiskelijoille tulee ja hakea niihin vastauksia yhdessä ja konsultoiden asiantuntijoita.

Opintojaksojen oppimistehtävien ohjeistusta, ohjaamista ja palautteen antoa tulee jatkossa kehittää niin että se on selkeää ja suunnitelmallista ja tapahtuu ajallisesti oppimista edistävästi. Palautteessa tulee paremmin hyödyntää myös opiskelijoiden keskinäistä palautteen antoa ja tiedon jakamista. Verkko-oppimisympäristö antaa siihen erinomaisen mahdollisuuden. Verkkokurssilla tehdyistä tehtävistä saadun välittömän palautteen on todettu edistävän oppimista. (Koch ym. 2010.)

Kehittämishankkeen vaativuus tuli esille avoimissa vastauksissa, ja siksi on yllättävää että, opintojakso ”Näyttöön perustuva haavahoidon kehittämisisosaaminen”, jossa oppimistehtävänä oli työelämän kehittämishanke, sai korkeimman pistemäärän. Oppimistehtävänä kehittämishanke oli haasteellinen ja opiskelijat tuovatkin esille kehittämishankkeen ohjeistuksen ja ohjauksen merkityksen. Opiskelijan

näkökulmasta ohjaavaa opettajaa tarvitaan enemmän mukaan keskusteluun kehittämishankkeen aiheen valinnasta opiskelijan työpaikalla. Työelämän ja ammattikorkeakoulun yhteistyön tiivistämiselle työelämän kehittämishankkeen osalta on kyselyn tulosten perusteella selkeä tarve.

Opiskelijan oman oppimisen arvioinnissa nousi esille opiskelijaryhmän tuen merkitys. Ryhmän hyvä ilmapiiri tuki oppimista. Sen sijaan opiskelijan oman asiantuntijuuden jakaminen oli kyselyn tulosten perusteella toteutunut heikosti. Koulutuksen pedagogisena lähtökohtana oli sosiokonstruktivismi, jossa oppija toimii yhteistoiminnallisuuden periaatteita noudattaen yhdessä muiden kanssa jakaen ja yhdistäen tietoa.

Opettaja ohjaa opiskelijaa pohtimaan asioita ja hahmottamaan oppimisaan asioita itsenäisesti, vaikka tietoa rakennetaankin yhdessä opiskelijaryhmän kanssa. (Rauste-von Wright, von Wright & Soini 2003). Opiskelijoiden palautekyselyn tulosten mukaan opiskelijaryhmän kanssa yhdessä rakennettavan tiedon tuottamisessa on vielä kehitettävää. Tämä edellyttää jatkossa opiskelijoiden yhdessä tekemistä ja vertaisen osaamisen hyödyntämistä esimerkiksi kehittävän palautteen antamisessa.

Kyselyn tulosten perusteella yksi keskeinen tavoite on opiskelijoiden digitaalisaa-osaamisen vahvistaminen toteutui koulutuksen aikana. Opiskelijoista peräti 84% oli joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän digitaalisaa-osaamisena oli kehittynyt koulutuksen aikana. Koulutuksessa käytettiin sulautuvaa oppimista, jossa tavoitteellisesti yhdistettiin kontaktiopetusta ja verkko-oppimista. Lisäksi lähiopetuksessa käytettiin myös teknologisia sovelluksia. Kehitettävää sulautuvan oppimisen näkökulmasta on eri oppimisympäristöjen tavoitteellinen yhdistäminen niin, että se edistää vielä paremmin opiskelijan osallisuutta ja vuorovaikutteisuutta oppimisessa ja siten mahdollistaa jaetun asiantuntijuuden kehittymistä. (Kliger & Pfeiffer, 2011).

Opiskelijoiden arvioidessa erikoistumiskoulutuksen vaikutusta omaan osaamiseen ja työnkuvaan voidaan todeta, että koulutus oli tältä osin onnistunut. Opiskelijat kokivat saaneensa uusia valmiuksia työhönsä ja oman osaamisensa kehittämiseen. Huomion arvoista on, että jopa 85% opiskelijoista oli joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hänen osaamistaan hyödynnetään työyhteisössä. Koulutuksen myötä

myös osalle opiskelijoista oli työnkuva muuttunut vastaamaan uutta haavahoidon asiantuntijan osaamista.

Yhteenvedona voidaan todeta, että opiskelijoiden palautekyselyssä haavahoidon asiantuntijuuden oppimisen kannalta tärkeinä asioina nousivat esille opiskelijoiden yksilöllisten tavoitteiden huomioiminen, oppimistehtävien tarkka ohjeistus ja palaute, ohjauksen tehostaminen ja yksilöllisyys, opetuksen yhteys käytännön työelämään ja monipuolisten opetusmenetelmien käyttö.

LÄHTEET

KLIGER, D., PFEIFFER, E., 2011. Engaging students in blended courses through increased technology. *Journal of Physical Therapy Education* 25 (1), 11-14.

KOCH, J., ANDREW, S., SALAMONSON, Y., EVERTT, B. & DAVIDSON, P. 2010. Nursing students' perception of a web-based intervention to support learning. *Nurse Education Today* 30 (6), 584 - 590.

RAUSTE-VON WRIGHT, M. & VON WRIGHT, J. & SOINI, T. 2003. *Oppiminen ja koulutus*. 9. Painos. Helsinki: WSOY

5.5 Erikoistumiskoulutus kouluttajien haasteena

Anne Vuori ja Paula Vikberg-Aaltonen

Tässä artikkelissa tarkastellaan Haavanhoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa mukana olleiden kouluttajien kokemuksia uudesta erikoistumiskoulutuksesta ja sen toteutuksesta ammattikorkeakoulujen verkostoyhteistyönä.

5.5.1 Taustaa

Korkeakouluopetus on ollut viime vuosina voimakkaan kehittämisen kohteena. Jögin, Karun ja Krabin (2015) mukaan korkeakouluopettajat kuvaavat opetuksen prosessina, jota suunnitellaan yhdessä opiskelijoiden kanssa, siihen sisältyy yhteinen tavoitteiden asettaminen, oppimistulosten määrittely, menetelmien valinta ja prosessin sekä sisällön yhteinen arviointi. Opettajien mielestä korkeakouluopetus pyrkii mahdollistamaan opiskelijan kriittisen ajattelun kehittymisen ja keskustelemaan otteen avulla pyritään rakentamaan yhteistä ymmärrystä, laajentamaan näkökulmia sekä yhdistämään oppiminen käytännön toimintaan. Opettajat kokevat, että opetus antaa mahdollisuuden tukea opiskelijan persoonallista kehittymistä. Paradoksaalisesti opiskelijoiden kokemukset korkeakoulutuksen tavoitteista ja toteutuksesta eivät välttämättä ole yhdensuuntaisia opettajien kuvauksen kanssa.

Korkeakouluopetusta kehitettäessä verkko-opetus on ollut yksi kehityssuunta (Lahti, Hätönen & Välimäki, 2014.) Se koetaan vaativana opetusmuotona, jossa erityisesti opettajien kyky vuorovaikutteiseen opetukseen sekä palautteen antoon koetaan vaikeaksi. Opiskelijakeskeisyyden toteutuminen voi olla haaste, vaikka verkko-opetus teknisesti sen mahdollistaisi. (Cornelius 2014) Sulautuva oppiminen (Blended learning) on yksi ratkaisu yhdistää eri opetusmuotojen hyviä ominaisuuksia. Se määritellään kasvokkain tapahtuvan opetuksen ja verkko-opetuksen yhdistelmäksi. Sulautuva opetus tarjoaa opiskelijalle mahdollisuuden aktiiviseen työskentelyyn opiskeltavan aineksen parissa, opiskelijoiden vertaistyöskentelyn ja sitä kautta myös sitoutumista opiskeluun sekä työelämässä tarvittavien avainkompetenssien kehittämiseen. Yhteistyö ja ryhmätyöskentely tukevat myös opettajien

pedagogisten taitojen kehittymistä. (Levonen, Joutsenvirta & Parikka 2009; Schindel, Hughes, & Sadowski 2013; Geraghty & Godwin 2016).

Erikoistumiskoulutus edustaa terveysalan koulutuksessa asiantuntijatasoa koulutusta, mikä tarkoittaa NQF7 tasoa. (HE 241/2014 vp) Hoitotyössä asiantuntijuutta on määritelty suhteessa osaamistavoitteisiin, näyttöön perustuvaan toimintaan sekä työnkuvan määrittelyyn kliinisen potilastyön, kehittämistyön ja tutkimustyön suhteen. (STM 2009) Asiantuntijuustoimintamallin mukaisesti Haavahoidon asiantuntijakoulutuksen tulee kehittää kliinisesti erikoistuneen asiantuntijan osaamista, jossa vahvan erityisosaamisen rinnalla opiskelijan tulee saavuttaa näyttöön perustuvan tiedon soveltamisen osaaminen.

5.5.2 Kyselyn tavoitteet ja toteutus

Haavanhoidon asiantuntija- erikoistumiskoulutuksen jälkeen kouluttajien kokemuksia tutkittiin kyselyn avulla. Kyselyn tavoitteena oli kuvata: 1) kouluttajien pedagogisia ratkaisuja koulutuksen toteutuksessa, 2) kouluttajien arvioita koulutuksen tavoitteiden saavuttamisesta, 3) kouluttajien näkemystä omasta toiminnastaan kouluttajina sekä 4) kouluttajien arvioita ammattikorkeakoulujen välisestä yhteistyöstä. Kysely laadittiin yhteistyössä erikoistumiskoulutuksessa mukana olleiden opettajien kanssa. (liite 4). Webropol-kysely lähetettiin sähköpostilla kaikille koulutuksen toteutuksessa mukana olleille kouluttajille kymmeneen ammattikorkeakouluun (Centria-ammattikorkeakoulu, HAMK, LAMK, OAMK, SAMK, Savonia-ammattikorkeakoulu, TAMK, Turun ammattikorkeakoulu, VAMK ja XAMK Mikkelin Campus). Kyselyn tulokset esitetään määrällisen tiedon osalta keskiarvoina. Avointen kysymysten osalta vastaukset luokiteltiin teemoittain.

5.5.3 Kouluttajille tehdyn kyselyn tulokset

Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 16 kouluttajaa. Vastaajia oli yhdestä kolmeen vastaajaa jokaisesta kymmenestä mukana olleesta ammattikorkeakoulusta. Suurin osa vastaajista oli 41 -60 vuotiaita. Kaikilla oli ylempi korkeakoulututkinto, kahdella lisensiaatin ja viidellä tohtorintutkinto. Vastaajista puolet oli aikaisemmin toteuttanut tutkinnon jälkeistä

haavanhoidon koulutusta (täydennyskoulutus, erikoistumisopinnot, korkea-asteen oppisopimustyyppinen koulutus), puolet vastaajista oli mukana haavahoidon asiantuntijakoulutuksessa ensimmäistä kertaa.

Opettajat käyttivät työaika koulutukseen yleisimmin 201- 399 tuntia, kolme vastanneista käytti aikaa alle 200 tuntia ja kaksi yli 400 tuntia. Kouluttajien työaika kului eniten opetuksen suunnitteluun ja seuraavaksi eniten arviointiin, kontaktiopetukseen ja neljänneksi opiskelijaohjaukseen ja tutorointiin. Erot selittyvät osaksi kouluttajien erilaisilla rooleilla koulutuksessa. Valtaosan (12) mielestä työaika oli varattu sopivasti.

Pedagoginen lähestymistapa

Kouluttajat painottivat pedagogisissa ratkaisuisaan opiskelijälähtöisyyttä ja käytäntölähtöisyyttä. Oppimistehtävät muokattiin hyödyn-tämään opiskelijan omia oppimistavoitteita lähtökohtana käytännön työssä kehittymisen tarpeet. Opiskelijan aikaisempi osaaminen pyrittiin tunnistamaan ja sitä hyödynnettiin pedagogisissa valinnoissa, niin yksilön kuin ryhmän oppimisen tukemisessa. Konstruktivistista, opiskelijan aikaisemman tietorakenteen huomioivaa lähestymistapaa korostettiin. Opiskelijan henkilökohtaisia tavoitteita pidettiin lähtökohtana, vaikka ne saattoivat poiketa opetussuunnitelman tavoitteista. Opettajat kuvasivat pedagogisena haasteena koulutuksen kokonaistavoitteiden osin ristiriitaista suhdetta opiskelijoiden henkilökohtaisiin odotuksiin.

”aikuisopiskelijan odotukset ovat usein epärealistiset eli odotetaan konkretia (=miten haavaa hoidetaan) ja ei kehdetä näyttöön perustuvan tiedon omaksumista ja käyttöä. Ei saisi olla artikkeleita tai kehittämistehtäviä.”

Opetussuunnitelman mukaisesti oppimisessa korostettiin kriittistä ajattelua, pyrittiin tukemaan ratkaisu- ja ongelmalähtöistä ajattelutapaa sekä näyttöön perustuvan toimintatavan juurtumista. Uusien osaamisalueiden haltuun ottamista pidettiin tärkeänä. Asiantuntijuuden ja kehittämisosaamisen arvioitiin edellyttävän opiskelijalta näkökulman laajentamista, asiakastyön näkemistä kokonaisuutena, kehittämistä vaativien ilmiöiden tunnistamista, kehittämisosaamista ja arviointitaitojen kehittymistä. Oppijoiden omaa vastuuta opiskelusta korostet-

tiin ja kouluttajat edellyttivät heiltä itsenäistä opiskelua, koska verkko-tehtäviä ja itseopiskelumateriaalia oli paljon. Kouluttajat näkivät opiskelijoiden henkilökohtaisen ohjauksen tarpeen suurena, mikä tuo haasteita ajankäyttöön. Rakentavaa ja positiivista palautetta pidettiin tärkeänä, samoin oppimisen näkyväksi tekemistä.

Kouluttajat näkivät oman roolinsa ohjaajina ja valmentajana, ”rinnalla kulkijoina” ”ajatteluttajina” ja organisoijina, kannustajina ja opiskelijan omien voimavarojen löytämisen tukijoina. Eräs kouluttaja kuvaa rooliaan seuraavasti

”Opiskelijat tuovat substanssiosaamisen, minä uutta ajattelutapaa ja integraation tutkimukseen, kehittämiseen, uuteen ajattelutapaan”

Tiimiopettajuus mainittiin koko koulutuksen suunnittelua ja toteutusta kuvaavana toimintatapana.

Opetusmenetelmät ja sisällöllinen kehittäminen

Useimmat kouluttajat kertoivat käyttäneensä jo aikaisemmin hyvin monipuolisia opetusmenetelmiä opetuksessaan, esimerkkeinä verkko-opetus, case-oppiminen, simulaatio-opetus, yhteistoiminnallinen opetus, aktivoivat keskustelut, kirjalliset tehtävät ja luennot. Heidän tässä koulutuksessa käyttämänsä menetelmät eivät eronneet aikaisemmista kovinkaan paljon. Osa kertoi käyttäneensä nyt monipuolisemmin verkko-opetusta ja verkkotyökaluja ja osalle tiimiopetus ja one-line luennot olivat uusia menetelmiä. Myös ohjaustilanteiden videointi ja tilanteiden arviointi videoinnin pohjalta sekä posterin käyttö oppimisessa mainittiin uusina menetelminä. Kouluttajia pyydettiin myös arvioimaan asteikolla 1-5 miten hyvin heidän mielestään tässä koulutuksessa hyödynnettiin työskentelyä digitaalisessa oppimisympäristössä. Vastausten keskiarvo oli 3,5.

Lähiopetuksessa ei haluttu käyttää videotallenne-luentoja, vaan opiskelijoiden toivottiin katsovan luennot itsenäisesti. Toisaalta toivottiin, että osa luennoista olisi yhteisinä koulutuspäivinä, mutta yhtäaikaaisesti moniin ammattikorkeakouluihin lähetettäviä one-line luentoja ei pidetty toimivina. Yhteisiä keskusteluja ja yhteistoiminnallisuutta pidettiin oppimisen näkökulmasta erittäin tärkeänä. Tehtävien määrää

haluttiin vähentää, tehtäviä yksinkertaistaa ja niiden sisältöä kehittää. Tässä yhden kouluttajan palaute.

”Tehtävien määrää tulisi karsia ja miettiä, mikä on oikeasti työn ohella opiskeleville mahdollista”

Opetuksen sisältöjä pidettiin pääosin opiskelijan tarpeisiin vastaavina. Haavapotilaan kokonaisvaltaista huomioimista pidettiin hyvänä. Kouluttajat halusivat vahvemmin tutkimustietoon perustuvan tiedon hyödyntämistä kokemustiedon rinnalla, toisaalta he kertoivat opiskelijoiden toivovan enemmän konkreettista opetusta, esimerkiksi erityyppisistä haavoista ja niihin käytettävistä haavanhoitotuotteista.

Kehittämisen kohteeksi opettajat nostivat kehittämistehtävän: sen opintopistemäärää haluttiin pienentää ja suoritustapaa kehittää monipuolisemmaksi. Ohjeistukseen haluttiin myös parannusta. Esimerkiksi kehittämistehtävästä kirjoitettu artikkeli toisi valmiutta kirjoittamiseen asiantuntijana. Kehittämistehtävä haluttiin numeerisesti arvioitavaksi, jotta työelämälle voi paremmin osoittaa opiskelijan osaamisen tason. Seuraavassa erään kouluttajan ehdotus:

”kehittämisaasamista 10 op voisi jakaa siten että siellä olisi esim. 5 harjoittelua/työkiertoa/ omaehtoisia opintokäyntejä tms. käytännöllistä ja 5 op kehittämisprojektia”

Opiskelijoilta ja työelämästä saatua palautetta haluttiin hyödyntää koulutuksen kehittämisessä. Alueellisia ratkaisuja ja opiskelijoiden erilaisten ammatillisten taustojen ja tarpeiden huomioon ottamista pidettiin tärkeänä. Käytännön harjoittelua haavahoitajan kanssa haluttiin osaksi koulutusta.

Opiskelijoiden osaamisen arviointi perustui opiskelijoiden tuotosten arviointiin, opiskelijan itsearviointiin ja vertaisarviointiin (ryhmän toiset opiskelijat). Lisäksi kouluttajan käyttivät portfolio-arviointia ja simuloitujen ohjaamistilanteiden arviointia. Opiskelijat saivat palautetta tutkinto-opiskelijoilta heille järjestetyistä opetustilanteista. Tärkeää oli myös muilta asiantuntijoilta, kuten työelämässä toimivilta haavahoitajilta saatu ammatillinen palaute.

Oma toiminta kouluttajana

Osa opettajista koki verkko-opetuksen uusine sisältöineen haasteelliseksi. Riittävän palautteen antaminen verkossa tuntui vaikealta. Verkko-ohjausta ajateltiin jatkossa tarvittavan enemmän. Kaikkien ammattikorkeakoulujen yhteisen materiaalipankin toimivuudessa pilvipalveluna oli teknisiä haasteita.

Opetuksen toteuttaminen toisten tekemien suunnitelmien mukaan koettiin haastavaksi ja usein suunnitelmaa sovellettiin oman ryhmän toteutuksen osalta. Muiden ammattikorkeakoulujen suunnittelemissa tehtäviä karsittiin, niiden runsauden vuoksi. Kokonaiskuvan saaminen ja modulien haltuun ottaminen tuntui vaikealta, mikäli kouluttaja ei ollut mukana suunnittelussa, mikä vaikeutti osaltaan omaa työskentelyä.

Opiskelijoiden motivoiminen NQF seitsemän osaamistason saavuttamiseen ja näyttöön perustuvan toimintamallin omaksumiseen koettiin haastavaksi opiskelijoiden erilaisten lähtötasojen ja erilaisten tavoitteiden vuoksi. Osalla opiskelijoista oli jo vahvaa kliinistä osaamista ja he kokivat tarvitsevansa kehittämisosaamista, kun taas osa opiskelijoista koki tarvitsevansa työtehtävissään haavanhoidon kliinistä perusosaamista. Myös opiskelijoiden opiskeluvalmiuksissa oli suuria eroja. Osalla opiskelijoista oli heikot valmiudet kehittämissuunnitelman tekemiseen. Kouluttajien mukaan haasteita aiheutti myös kehittämissuunnitelman liian myöhäinen aloittaminen ja puutteellinen ohjeistus. Opiskelijoiden tukeminen opiskelun suunnittelussa ja 30 opintopisteeseen edellyttämän ajan ja työmäärän realisoituminen opiskelijalle edellytti kouluttajilta ohjausta ja kannustavaa otetta.

Ammattikorkeakoulujen välinen yhteistyö ja sen kehittäminen

Yhteissuunnittelun koettiin sujuneen hyvin, toisaalta tuotiin esiin koulutusten eri toteutusajankohtien ja kouluttajien erilaisten lähtökohtien tuomat pulmat:

”Liian monta korkeakoulua oli mukana ja selvästi oli esillä kahtiajako (jo aikaisemminkin toteuttaneet ja ensimmäistä kertaa mukana olevat). Kahden aallon toteutus ei ollut ideaali. Suunnitteluvaihe ja toteutusvaihe meni monesti sekaisin, kun yhteisissä palavereissa toiset oli edellä ja toiset jäljessä.”

Kaivattiin myös aikaisempaa ja tasa-arvoisempaa suunnittelua, selkeämpää työn ja asiantuntijuuden jakamista.

”joiltakin osin suunnitteluvaiheessa pohjattiin ehkä liikaakin entisiin vastaaviin toteutuksiin. Jäikö jotakin uutta ja innovatiivista huomaamatta? Spontaani ideariihi alussa voisi tuoda ihan uusiakin toteuttamiskelpoisia asioita esille”

Toisaalta koettiin myös, etteivät kaikki ammattikorkeakoulut sitoutuneet riittävästi yhteiseen suunnitteluun erityisesti aikataulujen osalta. Toteutusvaiheesta vastaajista osa oli sitä mieltä, että yhteistyö toimi hyvin, osa taas sitä mieltä, ettei se toiminut. Toivottiin, että jatkossa kunkin ammattikorkeakoulun erityisosaamista hyödynnettäisiin paremmin toteutusvaiheessa, selkeytettäisiin työnjakoa ja näin vältettäisiin sisällöllistä päällekkäisyyttä. Kehittämistehtävien aiheista haluttiin lisää keskustelua, samoin pedagogisista ratkaisuksista ja yhteisistä arviointikriteereistä. Erilaisten aikataulujen yhteensovittaminen koettiin haasteelliseksi. Moduulit eivät aina olleetkaan sovitusti valmiit kaikilta osin. Tämä rasitti erityisesti ensimmäisen koulutuksen toteuttajia. Lähipäivien aikataulujen muutokset ja ajan riittämättömyys opettavan asian käsittelyyn hankaloittivat toteutusta. Haasteita toi myös aikataulujen sovittaminen muun opettajan työn kanssa, mikä aiheutti kouluttajien kuormittumista.

”Se, että olin samaan aikaan monessa muussakin mukana ja keskittyminen juuri tähän koulutukseen oli työlästä. Isoimmissa amkeissa on erillistä henkilökuntaa esim. markkinointi, tukipalvelut. Pienimmissä joutuu itse tekemään kaikenlaista ja itse opetus ja sen järjestelyt ovat haastavia.”

Koulutuksen arviointivaiheen yhteistyötä pidettiin riittävänä ja se koettiin tärkeäksi. Hyvin toimineet ratkaisut ja uudet kehittämissuhteudet haluttiin saattaa kaikkien tietoon ja ottaa huomioon seuraavissa toteutuksissa. Osa koki arviointivaiheen epäselväksi. Arviointitietoa kerättiin liian aikaisin, jotta olisi voitu vielä arvioida toteutuksia. Koulutusten ristiin arviointia ehdotettiin ja yhteistä sopimista jatkossa järjestettävistä koulutuksista haluttiin lisätä.

Valtaosa kouluttajista arvioi yhteistyön olleen jokseenkin toimivaa, osa ei osannut arvioida asiaa ja muutama koki yhteistyön olleen jokseenkin tai täysin toimimatonta. Myös arviot tarpeesta lisätä yhteistyötä

vaihtelivat vastaajien kesken. Keskiarvo yhteistyön toimivuudesta oli 3,2 (5 -samaa mieltä-1 eri mieltä).

Koulutuksen kokonaisarviointi

Koulutuksen vahvuuksina opettajat pitivät yhteistyötä koulutuksen toteuttajien kesken, niin ammattikorkeakoulujen sisällä, kun eri ammattikorkeakoulujen välilläkin. Kouluttajat kokivat saaneensa tukea toisiltaan, vaikka yhteistyössä olikin pieniä säröjä eri aikaan aloittaneiden välillä. Koulutuksen toteutustapa mahdollisti uusiin kollegoihin tutustumisen, verkostoitumisen ja kaikkien ammattitaidon hyödyntämisen. Opiskelijoille saatiin laadukasta verkko-opiskelumateriaalia ja videoluentoja kaikkien käyttöön. Osalla oli jo aikaisempaa osaamista ja valmista koulutusmateriaalia haavanhoidosta ja he toivat sen yhteiseen käyttöön. Vastuun jakaminen tuntui hyvältä.

Yhteinen suunnittelu, yhteisen opetussuunnitelman ja koulutuksen sisällön laatiminen toivat vahvuutta omiin toteutuksiin ja monipuolistivat opetusmenetelmiä. Vahva näyttöön perustuvan toiminnan korostaminen vahvisti opettajien yhteistä suuntaa ja antoi tukea yksittäisille toteutuksille. Koulutus koettiin käytännönläheiseksi ja asiantuntijuutta syvensi työelämän ja muiden sidosryhmien palautteen huomioiminen jo koulutuksen suunnitteluvaiheessa.

Koulutuksen kehittämiskohteeksi kouluttajat mainitsivat verkko-opetuksen kehittämisen, digitaalisten ympäristöjen monipuolistamisen ja opettajien taitojen syventämisen verkkopedagogiikassa. Opiskelijoiden keskinäistä yhteistyötä verkossa haluttiin lisätä, etteivät opiskelijat jää opiskelussaan yksin. Opiskelijaohjausta haluttiin monimuotoistaa ja laadukkaan kehittävän palautteen antoa tehostaa, jotta opiskelija saa oikean kuvan omasta osaamisestaan ja roolistaan hoitotyön asiantuntijana ja näyttöön perustuvan toiminnan osaajana. Opetussuunnitelmaa on tarpeen kehittää hoitotyön asiantuntijuuden suuntaan.

Kehittämistyöhön haluttiin numeerinen arviointi ja selkeät arviointikriteerit. Muina kehittämiskohteina mainittiin: lähipäivien lisääminen, opiskelijoiden työmäärän parempi suhteuttaminen opintopistemäärään, selkeämmät tehtävänannot ja yhteistyön lisääminen käytännössä toimivien asiantuntijoiden kanssa. Eri ammattikorkeakoulujen kouluttajien työskentely pienemmissä yhteistyöryhmissä, sitoutuminen

yhteisiin aikatauluihin ja uusien pedagogisten ratkaisujen löytäminen parantaisivat kouluttajien mukaan koulutuksen laatua jatkossa. Valtaosa kouluttajista (11/15) arvioi toteutuksen vastanneen melko hyvin työelämän osaamistarpeisiin.

5.5.4 Pohdinta

Kyselyn tavoitteena oli koota Haavanhoidon asiantuntija - erikoistumiskoulutuksen kouluttajilta kokemustietoa koulutuksen toteutumisesta. Koulutuksen keskeisenä tavoitteena on antaa valmiudet toimia haavanhoidon asiantuntijana, mikä sisältää välittömän haavanhoidon, ohjaamis-, konsultaatio-, tutkimus- ja kehittämisosaamisen. Keskeistä osaamista on näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen, kliininen päätöksenteko, kriittinen ajattelu, haavapotilaan kokonaistilanteen ja ennaltaehkäisyn merkityksen ymmärtäminen ja asiakkaan ohjaaminen. Kouluttajien pedagogista lähestymistapaa kuvaa sulautuva oppiminen, missä hyödynnetään itsenäistä opiskelua, verkko-opiskelua ja lähiopetusta (Schindel ym. 2013). Kouluttajat tunnistavat metodin käyttöön liittyviä kehittämishaasteita, kuten ohjauksen ja tuen tarpeen ja lähipäivien työskentelyn merkityksen, ryhmän osaamisen hyödyntämisen, kokemusten vaihdon merkityksen ja käytännön osaajien hyödyntämisen merkityksen koulutuksessa (vrt. Geraghty & Godwin 2016).

Verkko-opetuksen käyttö koettiin mielekkääksi, mutta myös haastavaksi (vrt. Cornelius 2014). Yhteinen työskentely ja yhteiset opiskelumateriaalit syvensivät kouluttajien verkko-opetustaitoja ja vahvasti monipuolisten opetusmenetelmien käyttöä. Vaikka eroista verkko-opetuksen ja perinteisempien opetusmuotojen välillä suhteessa osaamisen kehittymiseen ei ole näyttöä (Kala ym. 2010, Lahti ym. 2014), monien opetusmenetelmien hyödyntäminen mahdollistaa monipuolisemman ja eri oppimistyyliä huomioivamman opiskelun. Tutkimusten mukaan opiskelijat kokevat monimuotoisen opiskelun mielekkäämmäksi kun yksinomaan verkkoympäristössä tapahtuvan opiskelun (Button ym. 2014; Sowan 2014; Maddox ym. 2014).

Yhteistyö eri ammattikorkeakoulujen kouluttajien kesken koettiin koulutuksen vahvuutena, mutta sitä pidettiin myös haasteellisena. Tiimiopettajuutta koulutuksen suunnittelussa ja totutuksessa haluttiin kehittää edelleen. Erkkilä ja Perunka (2016) nostavat tiimiopettajuuden avaintekijöiksi aktiivisen osallisuuden, jaetun asiantuntijuuden,

avoimuuden sekä itsetuntemuksen ja siihen liittyen itsesäätelytaidot. Heidän mukaansa onnistuneessa tiimiopettajuudessa mahdollistuu vastavuoroinen tasavertaisuus ja ilmapiiri, jossa yhteinen kriittinen pohdinta synnyttää monipuolisia uusia ajattelumalleja.

Kouluttajat kuvasivat hoitotyön asiantuntijakoulutuksen vaatavuutta opettajan näkökulmasta. Haasteelliseksi se koettiin opiskelijoiden erilaisten lähtökohtien ja odotusten vuoksi. Aikuiskoulutuksen tutkimuksessa tämä paradoksi koulutuksen tavoitteiden ja opiskelijoiden odotusten välillä on usein kuvattu. Mikäli koulutus ei vastaa opiskelijan ennako-odotuksia, hänen voi olla vaikeaa luoda merkitystä opiskeltavan aineksen ja oman oppimistavoitteen välillä (Kukkonen, 2016). Myös Jogin ja kumppaneiden (2015) tutkimus osoitti, että korkeakouluopiskelijoiden ja opettajien arviot opiskelun toteutuksesta eivät aina vastanneet toisiaan.

Haavahoidon asiantuntija-erikoistumiskoulutuksen kouluttajakyselyn tulokset antavat viitteitä siitä, että jatkossa ammattikorkeakoulujen välinen yhteistyö on välttämätöntä ja yhteistyön tapoja tulee edelleen monipuolistaa. Yhteistyössä kehitetään opetusmenetelmiä, jaetaan osaamista ja luodaan yhteistä ymmärrystä hoitotyön kliinisesti erikoistuneen asiantuntijatyön edellyttämästä osaamisesta ja siihen koulutautumisesta.

LÄHTEET

BUTTUN, D. HARRINGTON, A. & BELAN, I. 2014. E-learning & information communication technology (ICT) in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education Today* 34:10, 1311–1323.

CORNELIUS, S. 2014. Facilitating in a demanding environment: Experiences of teaching in virtual classrooms using web conferencing. *British Journal of Educational Technology*, Vol 45(2) 260–271.

ERKKILÄ, R. & PEURUNKA, S. 2016. Näkökulma tiimiopettajuuteen. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 28. Hakupäivä 9.12.2017. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2016092824453>.

GERAGHTY, S. & GODWIN, H. 2016. Evaluating postgraduate midwifery students' experiences of a model of blended learning. *British Journal of Midwifery* 24:1. 60.-63.

HALLITUKSEN ESITYS ERIKOISTUMISKOULUTUKSISTA (HE 241/2014 vp) <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140241>

JÖGI, L., KARU, K. & KRABI, K. 2015. Rethinking teaching and teaching practice at university in a lifelong learning context. *Int Rev Educ*. DOI 10.1007/s11159-015.9467-z

KALA, S., ISARAMALAI, S. & POHTHONG, A. 2010. Electronic learning and constructivism: A model for nursing education. *Nurse Educ Today* 30: 1, 61-66.

KUKKONEN, H. 2015. Kohti osallistavaa pedagogiikkaa. Teoksessa *Monitoimisuus haastaa koulutuksen, Uudistuvaa pedagogiikkaan ja TKI-toimintaa*, Mutka, U., Laitinen-Väänänen, S. & Virolainen, M. (Toim.) Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja, 16-27.

LAHTI, M., HÄTÖNEN, H. & VÄLIMÄKI, M. 2014. Impact of e-learning on nurses' and student nurses knowledge, skills, and satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 51:1, 136-149.

LEVONEN, J., JOUTSENVIRTA, J. & PARIKKA, R. 2009. Blended learning – katsaus sulautuvaan yliopisto-opetukseen. Kirjassa *Joutsenvirta, T. & Kukkonen, A. (toim.) Sulautuva opetus – uusi tapa opiskella ja opettaa*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

MADDOX, B. L., WALLER-WISE, R. & WEED, L. D. 2014. Perinatal Nurses' Perceptions of Competency Assessments. *J Contin Educ Nurs* 45:10, 453-460.

SCHINDEL, T., HUGHES, C. & SADOWSKI, C. 2013. Blended Learning: Reflections on Teaching Experiences across the Pharmacy Education Continuum. *Pharmacy* 1, 137-152.

SOWAN, AK. 2014. Multimedia applications in nursing curriculum: The process of producing streaming videos for medication administration skills. *Int J Med Informatics* 83: 7, 529-535.

STM 2009 Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2009:18. Yliopistopaino, Helsinki.

6. HAAVAHOIDON ASiantuntija -ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN TULEVAISUUS

Satu Kajander-Unkuri, Maija Alahuhta, Salla Seppänen

6.1 Osaamistarpeisiin vastaaminen

Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on antaa valmiudet toimia haavahoidon asiantuntijana oman ammattiryhmänsä edustajana moniammatillisessa työryhmässä. Erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on tuottaa osaamista syventävää ja fokuksitunutta erityisosaamista. Asiantuntijuus, jota tämän koulutuksen yhteydessä tarkasteltiin Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n määrittämien auktorisoitujen haavahoitajien osaamiskriteerien kautta, rakentuu koulutuksesta ja työelämän kokemuksesta, jota opiskelijoilla oli valmistuessa vaihtelevasti. Erikoistumiskoulutus ei siten takaa, että valmistuneet täyttävät auktorisoiduille haavahoitajille asetetut kriteerit, joissa esimerkiksi edellytetään monipuolista kliinistä kokemusta, työelämän kehittämistä ja laajempaa kuin omassa työyksikössä toteutunutta henkilöstön kouluttamista sekä oman haavahoidon osaamisen kehittämistä ja vuorovaikutusta muiden asiantuntijoiden kesken. Koulutuksella on kuitenkin todettu olevan yhteyttä osaamiseen ja hoitotuloksiin. Sairaanhoidajien korkeammalla koulutustasolla on osoitettu olevan yhteyttä vähäisempään painehaavojen, syvien veritulppien ja keuhkoveritulppien esiintyvyyteen (Blengen ym. 2013) sekä lyhyempiin hoitajaksojen kestoon akuuttihoitossa, ja matalampiin hoidon kustannuksiin (Yakusheva ym. 2014) sekä alhaisempaan potilaskuolleisuuteen (Aiken ym. 2014). Erikoistumiskoulutuksen suorittamisella voidaan siis ajatella olevan positiivinen vaikutus haavapotilaiden hoitoon, vaikka sitä ei tämän koulutuksen osalta ole selvitetty.

Asiantuntijaosaaminen kehittyi tiiviissä vuorovaikutuksessa kokeneiden asiantuntijoiden ja asiantuntijayhteisön kanssa. Tähän opiskelijoilla oli koulutuksen aikana vaihtelevat mahdollisuudet riippuen työyksiköstä, jossa he toimivat. Opiskelijat toivatkin oman asiantuntijuuden kehittymisen arvioinnissa esille, että koulutus oli saanut heidät ymmärtämään miten paljon tulee tietää ja osata kliinisestä haavahoidosta, potilaan ja omaisten ohjaamisesta, opettamisesta, konsultaatiosta ja kehittämisestä ollakseen asiantuntija. Erikoistumiskoulutus antaa

hyvät valmiudet kehittää omaa osaamista kohti auktorisoidun haavahoitajan osaamista. Erikoistumiskoulutuksen osaamisen taso määriteltiin EQF-tasolle 7, joka edellyttää tiedon kriittistä tarkastelua, työelämässä esiin nousevien haasteiden analysointia ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen osaamista. Osa opiskelijoista ei saavuttanut tasoa 7 kaikilla osaamisen alueilla. Erityisen haasteellinen oli kehittämisosaaminen. Opiskelijoiden opintoihin sisältyvä haavahoidon kehittämishanke yhdisti työelämän haavahoidon kehittämistarpeet ja ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistoiminnan ja siksi se oli myös opiskelijoiden mielestä tärkeä.

Bennerin (1984) aloittelijasta asiantuntijaksi -mallissa asiantuntijuus kehittyä ajan kuluessa ja sairaanhoitajan kompetenssin perustana ovat tiedot, taidot, asenteet ja arvot (Meretoja ym. 2004). Erikoistumiskoulutuksen aikana yhdistyi teoreettinen ja käsitteellinen tieto käytännölliseen ja kokemukselliseen tietoon, joka on myös Kallunki ja Seppälän (2016) mukaan asiantuntijuuden perusta. Sairaanhoitajaliiton uudet työkuvat ja urakehitys mallissa määrittellään erikoistunut sairaanhoitaja, joka on perustutkinnon jälkeen suorittanut erikoistumiskoulutuksen EQF tasoa 6 - 7 tai vastaavan täydennyskoulutuksen, jonka laajuus on 30 – 60 op. Erikoistunut sairaanhoitaja soveltaa erikoistumisopintojen tuottamaa erikoisosaamista sairaanhoitajan tehtävissä sekä soveltaa näyttöön perustuvaa tietoa omalla erikoisalallaan ja toimii näyttöön perustuvien käytäntöjen ohjaajana ja tukena työyksikössä. (Kotila ym. 2016.) Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutus antaa myös mahdollisuuden hakea Sairaanhoitajaliiton myöntämää erityispätevyyden nimikettä. Nimike myönnetään Sairaanhoitajaliiton määrittelemien kriteerien perusteella (<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/erityispatevyyden-kriteerit/>). Sairaanhoitajaliitto pitää erikoispätevyyden nimikerekisteriä. Nimike on uusittava 5 vuoden välein. Nimike antaa perusteet uudensuoritusprosessiin ja osaamiseen sekä osamiseen perustuvaan palkkakehitykseen.

Erikoisosaamisen tunnistaminen työelämän osalta on erittäin tärkeää ja haavahoidon asiantuntijan erikoisosaamisen tunnistamiseen on kaksi tahoa Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n auktorisoitu haavahoitaja ja Sairaanhoitajaliiton erikoispätevyys. Koska haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutus on moniammatillinen, tulisi myös muiden ammattiryhmien, kuten jalkaterapeuttien osalta pohtia valtakunnallisesti, miten he voivat osoittaa haavahoidon asiantuntija erikoisosaamisensa työelämälle.

6.2 Kehittämisehdotukset

Erikoistumiskoulutukset ovat melko uusi työelämässä jo toimineille korkeakoulututkinnon suorittaneille tai vastaavan osaamisen saavuttaneille tarkoitettu koulutusmuoto, joka sijoittuu tutkintokoulutuksen ja täydennyskoulutuksen rinnalle, ammattikorkeakoulututkinnon jälkeen suoritettavaksi koulutukseksi. Erikoistumiskoulutus selkeästi haakee vielä paikkaansa koulutusjärjestelmässämme, esimerkiksi suhteessa ylempään ammattikorkeakoulututkintoon. Joustavat koulutuspolut osaamisen kehittämisessä ovat tärkeitä myös perustutkinnon jälkeen. Elinikäinen oppiminen on sekä suomalaisessa koulutuspolitiikassa että Euroopassa (European Commission/EACEA/Eurydice 2013) selkeänä tavoitteena ja siksi on tärkeää, että erikoistumiskoulutuksen osaaminen määritellään ja arvioidaan suhteessa eurooppalaiseen osaamisen kuvaamisen tasoluokitukseen EQF. Jatkossa haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksen suorittaneiden osaamista pitää pystyä arvioimaan kliininen asiantuntija YAMK tutkinnon osaamiseen ja osaamisen tasosta riippuen joko osittain tai kokonaan hyväksilukea osaksi kliininen asiantuntija YAMK -tutkintoa. Haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksessa on mahdollista saavuttaa osaamisen taso EQF 7, mutta se edellyttää opiskelutaitoja, erityisesti näyttöön perustuvan tiedon yhdistämistä työelämän kehittämiseen. Koulutuksessa tulee vielä vahvemmin pedagogisilla ratkaisuilla mahdollistaa opiskelijan kriittinen reflektio, joka on edellytys opiskelijan laajenevalla ja syvenevälle ymmärrykselle ja uuden tiedollisen viitekehyksen rakentamiselle omalle ammatilliselle toiminnalleen (vert. Adams & Whittingham 2016).

Opiskelijavalintaan tuleekin kiinnittää jatkossa huomiota, sillä on tärkeää saada koulutukseen motivoituneita opiskelijoita, jotka pystyvät ja jaksavat panostaa koulutukseen oman työnsä ohella. Koulutus vaatii opiskelijalta itsenäistä työskentelyä ja itseohjautuvuustaitoja. Sulautuva oppiminen edellyttää opiskelijalta kykyä yhdistää eri oppimisympäristöjä. (vert. Kauppila 2007). Koulutuksessa on yhdistetty lähiopetus, verkko-opetus ja itsenäinen oppiminen painottuen verkko-oppimiseen ja oppimistehtäviin. Lähipäiviä on koulutuksen aikana vain 13. Opiskelijoilla tuleekin olla realistinen kuva koulutuksesta jo hakuvaiheessa, jotta he pystyvät sitoutumaan koulutuksen vaatimaan työmäärään. Aikuisopiskelija tarvitsee opintojensa aikana myös ohjausta, sillä monilla aikuisopiskelijoilla itseohjautuva oppiminen voi olla vierasta, jos aiemmista opinnoista on kulunut pitkä aika.

Opiskelijoiden palautekyselyn tuloksissa tuli selkeästi esille oppimisen ohjaamisen ja jatkuvan palautteen merkitys erikoistumiskoulutuksen aikana. Oman asiantuntijuuden rakentamisessa on tärkeää, että opiskelija voi saada palautetta oman osaamisen kehittymisestä. Palautetta tulisi saada kouluttajalta, vertaiselta ja työelämässä toimivalta asiantuntijalta. Jatkossa tulee suunnitella opiskelijoiden oppimistehtävien arviointi hyödyntäen vahvemmin vertaisen palautetta ja lisätä jo työelämässä toimivan haavahoidon asiantuntijan toimimista ns. peilinä opiskelijan osaamisen kehittämisessä.

Koulutuksen toteutusta tulisi kehittää edelleen integroiden entistä paremmin lähiopetus, verkko-opinnot ja oman työn kehittäminen. Vaikka videoluennot koettiin hyvänä, niiden katsomisen voisi seuraavassa koulutuksessa aikatauluttaa itsenäisen opiskelujen ajalle eikä lähipäiviin, joita kannattaa hyödyntää erityisesti yhteistoiminnallisen oppimisen näkökulmasta kokemusten ja tiedon jakamiseen sekä oman toiminnan perustelemisen harjoitteluun (Salminen ja Suhonen 2008).

Opiskelijoiden oppimisessa keskeistä on dialogi, jota syntyy ryhmätilanteissa ja opiskelijoiden, opettajien ja työelämän asiantuntijoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tässä koulutuksessa työelämän asiantuntijana toimivat auktorisoidut haavanhoitajat eri puolilla Suomea, jotka olivat opiskelijoiden konsultaatioapuna oma-potilas tehtävässä verkkoympäristössä. Tätä yhteistyötä kannattaa kehittää ja jatkaa. Tietotestin perusteella koulutuksen sisältöä tulisi kehittää haavakivun ja sen hoidon alueella, jotta kivun hoidon tietopohja kehittyisi koulutuksen aikana. Lisäksi, kun tarkoitus on kouluttaa asiantuntijoita, jotka omalla työpaikallaan osallistuvat myös kehittämiseen, tulisi näyttöön perustuvan toiminnan työkalujen haltuunottoa koulutuksen aikana lisätä edelleen. Vaikka kehittämishanke oli koulutuksen haasteellisin tehtävä, niin kuitenkin ” Näyttöön perustuvan haavahoidon kehittäminen” –opintojakso, johon kehittämishanke kuului arviointiin opiskelijoiden palautteessa parhaaksi opintojaksoksi. Kehittämishankkeen haasteellisuus voi osin johtua siitä, että koulutukseen osallistujilla oli hyvin eritasoinen osaaminen tutkimusmenetelmistä, tiedonhaun tekemisestä tietokannoista ja tieteellisen artikkelin lukemisesta ja soveltamisesta käytäntöön. Näitä osa-alueita olisi hyvä sisällyttää koulutukseen tulevaisuudessa vielä enemmän. Koulutuksessa voisi hyödyntää jatkossa vielä vahvemmin opiskelijoiden omien potilastapausten käyttöä ja niihin liittyen digitaalisen materiaalin tuottamista ja jakamis-

ta, sillä virtuaalipotilaiden käyttö mahdollistaa turvallisen tavan oppia haasteellisten haavojen hoitoa ja ne soveltuvat erinomaisen hyvin näyttöön perustuvan toiminnan osaamisen kehittämiseen (Kean 2017). Koulutuksen yhtenä tavoitteena oli myös osallistujien digiosaamisen kehittyminen. Tähän tavoitteeseen vastattiin koulutuksen aikana ottamalla käyttöön verkko-oppimisympäristö sekä erilaisia muita työkaluja (esim. Padlet, pilvipalvelut, blogi). Opiskelijapalautekyselyn tulosten perusteella opiskelijat arvioivat oman digitaalisen osaamisena kehittyneen koulutuksen aikana selkeästi. Koska terveystieteen ammattilaiset tulevat tulevaisuudessa tarvitsemaan enenevässä määrin myös digitaalisten palvelujen ohjausosaamista, tulisi tätä osa-aluetta kehittää myös jatkossa koulutuksen sisällössä ja toteutuksessa.

Tässä erikoistumiskoulutuksessa kehittämistehtävät olivat suurelta osin erilaisia (paperisia) oppaita omiin työyksiköihin. Koska yksi osa asiantuntijatehtävää on kouluttaminen, tulisi jatkossa opiskelijoita ohjata suunnittelemaan ja toteuttamaan kehittämistehtävien tuotoksena enemmän henkilöstön koulutuksia, jolloin omaa asiantuntijuuttaan pääsee jakamaan omassa työyhteisössään ja lisäämään omien kollegoiden osaamista ja parantamaan siten haavapotilaiden hoitoa. Kehittämistehtävän arviointi olisi hyvä toteuttaa numeraalisesti ja sille olisi hyvä laatia yhteiset arviointikriteerit. Se auttaisi sekä opiskelijoita että kouluttajia sekä myös työelämän edustajia, kun he arvioivat kehittämistyön käytännön soveltuvuutta. Opiskelijoiden tehtävien arvioinnissa olisi hyvä hyödyntää jatkossa myös vertaisarviointia ja itsearviointia, sillä ne ovat oman asiantuntijuuden ja kompetenssin kehittymisen kannalta myös välttämättömiä taitoja. Sairaanhoitaja, joka ei pysty realistisesti arvioimaan omia tietoaan ja taitoaan ts. kompetenssiaan, voi vaarantaa toiminnallaan potilasturvallisuuden (Kajander-Unkuri ym. 2016.) Omien ajattelu- ja toimintatapojen tunteminen ja arviointi, reflektiivinen tarkastelu, ovat asiantuntijuuden kehittymisen kannalta keskeisiä (Kallunki ja Seppälä 2016).

Kouluttajat kokivat verkko-opetuksen mielekkääksi, mutta myös haastavaksi. Yhteinen työskentely ja yhteiset opiskelumateriaalit syvensivät kouluttajien verkko-opetustaitoja ja vahvistivat monipuolisten opetusmenetelmien käyttöä. Yhteistyö eri ammattikorkeakoulujen kouluttajien kesken koettiin koulutuksen vahvuutena, mutta sitä pidettiin myös haasteellisena. Tiimiopettajuutta koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi kehittää edelleen.

Haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutuksessa ammattikorkeakoulujen välinen yhteistyö on jatkossakin välttämätöntä ja yhteistyön tapoja tulee edelleen monipuolistaa. Yhteistyössä kehitetään erikoistumiskoulutukseen soveltuvia opetus- ja ohjausmenetelmiä, jaetaan osaamista ja luodaan yhteistä ymmärrystä kliinisesti erikoistuneen asiantuntijatyön edellyttämästä osaamisesta ja siihen kouluttautumisesta. Yhteistyö koulutuksen jatkokehittämisessä takaa myös valtakunnallisesti yhtenäisen koulutuksen vaatimustason.

Koulutuksen kehittämisessä tulee huomioida myös sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) palvelurakenteen uudistaminen. Miten koulutuksessa tulevaisuudessa huomioidaan sote-palvelujen integraatio, asiakaslähtöiset palvelut ja valinnanvapaus, jotka ovat sote uudistuksen keskeisiä arvoja? Ne muuttavat palveluita, työnjakoja ja osaamistarpeita. Integraatio merkitsee sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöstä tulee monialainen, jolloin tehokkaan toiminnan kannalta on välttämätöntä, että osapuolet oppivat ymmärtämään toistensa kieltä ja toimintatapoja. Asiakaslähtöiset palvelut haastavat ammatilliset asiakkaan kohtaamisessa, jolloin vuorovaikutustaidot korostuvat. Mahdollisuus uudistaa omaa osaamistaan joustavasti on erittäin tärkeää, koska palvelujen laatu ja vaikuttavuus perustuvat henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen. Asiakkaan valinnanvapaus asettaa haasteita myös palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen. Sosiaali- ja terveysministeriössä on erityisiksi osaamishaasteiksi tunnistettu asiakkaan neuvonta ja ohjaus sekä kustannustietoisuus ja palveluohjaus, jotka tulee huomioida jatkossa entistä vahvemmin haavahoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutuksessa.

LÄHTEET

ADAMS, V. & WHITTINGHAM, K. 2016 More than just an online wound care course. *Wounds UK* 12 (2), 42-47

AIKEN, L.H., SLOANE, D.M, BRUYNEEL, L., VAN DEN HEEDE, K., GRIFFITHS, P., BUSEE, R., DIMIOMIDOUS, M., KINNUNEN, J., KÓZKA, M., LESAFFERE, E., MCHUGH, M.D., MORENO-CASABAS, M-T., RAFFERTY, A.M., SCHWENDIMANN, R., SCOTT, A., TISHELMAN, C., VAN ACHTERBERG, T. & SERMEUS, W., for the RN4CAST consortium. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 383 (9931), 1824-1830.

BENNER, P., 1984. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley, Menlo Park, CA.

BLENGEN, M., GOODLE, C., PARK S., VAUGHIN, T. & SPETZ, J. 2013. Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration* 43 (2), 89-94.

EUROPEAN COMMISSION/EACEA/EURYDICE 2013. *Education and Training in Europe 2020: Responses from the EU Member States*. Eurydice Report. Brussels: Eurydice. (Viitattu 12.1.2018). Saatavilla: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/163EN.pdf

KAJANDER-UNKURI, S., LEINO-KILPI, H., KATAJISTO, J., MERETOJA, R., RÄISÄNEN, A., SAARIKOSKI, M., Salminen, L. & Suhonen, R., 2016. Congruence between graduating nursing students' self-assessments and mentors' assessments of students' nurse competence. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* 23 (3), 303–312.

KALLUNKI, J. & SEPPÄLÄ, H. 2016. *Korkeakoulujen erikoistumisopinnot. Käsikirja koulutusten kehittäjille*.

KAUPPILA, R. A. 2007. *Ihmisen tapa oppia. Johdatus sosiokonstruktivistiseen oppimiskäsitykseen*. Juva: WS Bookwell Oy.

KOTILA, J., AXELIN, A., FAGERSTRÖM, L., FLINKMAN, M., HEIKKINEN, K., JOKINIEMI, K., KORHONEN, A., MERETOJA, R., SUUTARALA, A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat –laatu tulevaisuudensote-palveluihin. Sairaanhoidajaliitto. Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoidaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf> (Viitattu 3.1.2018)

http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/tutkintojen_tunnustaminen/tutkintojen_viitekehys

KEAN, S. 2017. The development of virtual patients e-module for wound management. *Wounds UK*. 13 (84): 29-32.

MERETOJA, R., ISOAHO, H., LEINO-KILPI, H., 2004. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 47 (2), 124-133.

SALMINEN, L. ja SUHONEN, R. 2008. Oppiminen ja oppimismenetelmät ja niiden hyödyntäminen ammatillisen kehittymisen tukena – raportti täydennyskoulutuksesta ja sen mahdollisuuksista. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, Hämeen ammattikorkeakoulu ja Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hämeenlinna.

YAKUSHEVA, O., LINDROOTH, R., WEISS, M. 2014. Nurse valued-added and patient outcomes in acute care. *Health Services Research* 49 (6), 1767-1786.

OPETUSSUUNNITELMA

Haavahoidon asiantuntija 30 op erikoistumiskoulutus 24.4.2016

1. Haavahoidon erikoistumiskoulutuksen lähtökohdat

Haavahoito liittyy moniin terveysongelmiin ja koskee eri-ikäisiä potilaita niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Väestön ikääntyminen ja elintapamuutokset yhdessä kansantautien (mm. diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet) kanssa ennustavat kroonisten huonosti paranevien haavojen esiintymisen lisääntymistä. Paranemisprosessia usein hidastavat infektiot ja resistenttien bakteerikantojen aiheuttamat komplikaatiot. Erityinen haaste haavahoidossa on potilaan arjessa selviytyminen ja elämänlaatu. Nämä tekijät korostavat tutkimuksen ja kehittämisen merkitystä osana haavahoidon asiantuntijuutta.

Haavahoito, joka perustuu nykyaikaisiin haavahoitomenetelmiin, -tuotteisiin ja näyttöön haavahoidon vaikutuksista, vähentää potilaan kärsimystä ja lyhentää hoitoaikaa. Haavahoidon kehityksen myötä niin sairaaloissa kuin kotona voidaan hoitaa entistä vaativampaa hoitoa edellyttäviä haavoja, mikä vähentää hoidon kustannuksia. Haavojen hoito kotona edellyttää ammattilaiselta vankkaa tietoperustaa, itsenäistä näyttöön perustuvaa päätöksentekoa ja ohjaustaitoja potilaan ja hänen omaisten itsehoitovalmiuksien vahvistamiseen. Haavahoidon edistynyt asiantuntijaosaaminen edellyttää tietoa haavojen etiologiasta, riskien tunnistamisesta ja kroonisten haavojen ennaltaehkäisystä sekä haavan paranemisesta ja siihen vaikuttavien tekijöiden ymmärtämisestä potilaskohtaisesti, yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti. Lisäksi asiantuntijalla tulee olla taitoa oman osaamisen, työyksikön ja organisaation haavahoidon osaamisen kehittämiseen näyttöön perustuen.

Hoitokäytännöissä on alueellisia eroja ja terveyspalveluiden käyttäjät ovat eriarvoisessa asemassa haavahoidon asiantuntemuksen suhteen. Haavahoitoon on luotu standardeja ja suosituksia, joiden tavoitteena on yhtenäistää haavahoidon käytäntöjä alueellisesti, kansallisesti ja Euroopan laajuisesti sekä aikaan saada kustannustehokkuutta. Uudet suositukset, tutkimukset, hoitokäytännöt ja teknologia asettavat uusia haasteita ja vaatimuksia hoitotyöntekijöiden haavahoidon osaamiselle.

Haavahoito on kansainvälisesti tarkasteltuna terveystieteiden erityisosaamisen alue, joka edellyttää hoitotyön arvoperustan ymmärtämistä, vahvaa haavahoidon tieto- ja taitoperustaa sekä käytännön haavahoidon kokemusta ja kehittämisosaamista. Erikoistumiskoulutuksessa hankittu osaaminen luo edellytyksiä toimia haavahoidon asiantuntijana moniammatillisissa tiimissä. Opetussuunnitelmatyön lähtökohdaksi on käytetty European Qualification Framework (EQF) mukaisia osaamisen tasokuvauksia. Haavahoidon asiantuntija 30 op erikoistumiskoulutuksen tuottama osaaminen vastaa tasoa 6 - 7.

Koulutuksen suunnittelu on toteutettu verkostoyhteistyönä, jossa ovat mukana Centria-, Hämeen, Lahden, Mikkelin, Oulun, Satakunnan, Savonia-, Tampereen, Turun ja Vaasan ammattikorkeakoulut sekä työelämäneuvosto. Kukin ammattikorkeakoulu voi joko itsenäisesti tai verkostona toteuttaa koulutuksen omien pedagogisten strategioidensa mukaisesti huomioiden alueensa hoidon/hoitotyön kehittämistä koskevat linjaukset.

2 Erikoistumiskoulutuksen tavoitteet

Koulutus on tarkoitettu sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kättilö, ensihoitaja, fysioterapeutti, jalkaterapeutti ja/tai toimintaterapeutti ammattikorkeakoulututkinnon tai aiemman opistoasteen tutkinnon suorittaneille, joilla on riittävät tiedot ja taidot opintoja varten ja jotka ovat kiinnostuneita kehittämään haavahoidon osaamistaan.

Opintojen tavoitteena on laaja-alaisen haavahoidon erikoisosaamisen kehittäminen. Koulutus antaa valmiudet toimia haavahoidon asiantuntijana sisältäen välittömän haavahoidon, ohjaamis-, konsultaatio-, tutkimus- ja kehittämisosaamisen.

Erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on, että opiskelija

1. hyödyntää näyttöön perustuvaa tietoa haavapotilaan hoidossa ja kykenee edelleen kehittämään haavahoitoa
2. hallitsee haavapotilaan erityisosaamisen edellyttämät laaja-alaiset ja edistyneet kliiniset tiedot ja ymmärtää haavapotilaan edellyttämän kokonaishoidon
3. ymmärtää haavahoitoon liittyvää eri alojen tietoa ja kykenee tarkastelemaan sitä kriittisesti

4. kykenee käyttämään eri alojen tietoja kliinisessä päätöksenteossa sekä tarvittaessa tekemään luovia ja potilasturvallisia ratkaisuja haavahoidossa
5. ymmärtää ennaltaehkäisyyn merkityksen haavahoidossa ja osaa soveltaa tietoa potilaan ja hänen omaisensa ohjaamisessa
6. ymmärtää haavahoidon yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen
7. kykenee toimimaan oman alansa haavahoidon asiantuntijana ja konsulttina sekä potilaan omahoidon ja hänen omaisensa ohjaamisessa että moniammatillisissa ja verkostoituneissa työryhmissä
8. saa valmiuksia jatkuvaan oppimiseen ja itsensä kehittämiseen
9. osaa viestiä haavahoidosta niin suullisesti kuin kirjallisestikin

3. Opiskelu haavahoidon asiantuntija erikoiskoulutuksessa

3.1 Pedagogiset lähtökohdat

Pedagogisena lähtökohtana on opiskelijan ongelmaratkaisutaitojen, kriittisen ajattelun ja kehittämisosaamisen kehittyminen. Lisäksi tavoitteena on opiskelijan digiosaamisen kehittyminen mm. ohjausmateriaalin tuottamisessa ja dokumentoinnissa. Opiskelu toteutetaan monimuoto-opetuksena, jossa opiskelijan oppiminen liitetään oman työyhteisön haavahoidon osaamisen kehittämiseen. Opinnoissa käytetään verkko-oppimista, jossa on oppimateriaalia, tehtäviä, keskustelua sekä lähiopetusta, joka koostuu asiantuntijaluennoista, seminaareista, laboroinneista ja simulaatiosta. Lisäksi opintoihin liittyy osallistuminen Valtakunnallisille Haavapäiville vuonna 2017.

3.2 Toteutusperiaatteet

Haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutus toteutetaan yhden vuoden aikana. Koulutuksen laajuus on 30 op, mikä tarkoittaa 800 tuntia opiskelijan työtä. Koulutus rakentuu lähiopetuksesta sekä ohjatus- ta oppimisesta ja itsenäisestä opiskelusta. Opinnoissa hyödynnetään opiskelijan työyhteisöä. Oppimistehtävien avulla opiskelija syventää omaa haavahoidon osaamistaan ja painottaa sitä työssään tarvitsemaansa erikoisosaamiseen esim. vanhustenhoidossa kroonisten haavojen ehkäisyyn, hoidon tehostamiseen ja hoitopolun kehittämiseen.

Koulutuksen alussa opiskelija laatii itselleen koulutuksen tavoitteisiin tähtäävän henkilökohtaisen opintosuunnitelman. Opintojen aikana osaamista arvioidaan kehittävän arvioinnin periaatteella niin, että opiskelija ja vertainen eli opiskelijakollega ja ohjaava opettaja käyvät dialogia opiskelijan osaamisesta ja sen kehittymisestä suhteessa tavoitteisiin. Opiskelija osoittaa koulutuksen aikana kehittyvän haavahoidon osaamisen portfoliolla, jossa hän reflektoi ja arvioi osaamisensa ja asiantuntijuutensa kehittymistä koulutuksen aikana. Portfolion rakenne perustuu Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n edellyttämän haavahoitajan erikoisosaamisen osoittamiseen (www.shhy.fi), jolloin opiskelija voi valmistuttuaan hyödyntää osaamisportfoliotaan auktorisoidun haavahoitaja -nimikkeen hakemiseen.

Opintojaksojen toteutusta, suoritusta ja arvioinnin kriteereitä koskeva tarkempi kuvaus tehdään toteutussuunnitelmaan (/opintojaksoselosteisiin).

4. Erikoistumiskoulutuksen rakenne

Opinnot jakautuvat kahteen moduuliin Näyttöön perustuva haavahoidon kliininen osaaminen 20 op sekä Näyttöön perustuva haavahoidon kehittämisosaaminen 10 op, jotka etenevät ajallisesti rinnakkain. Näistä ensimmäinen jakautuu neljään opintojaksoon, joista jokainen on laajuudeltaan 5 op. Opintojen rakenne on kuvattuna alla.

MODUULI 1: NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HAAVAHOIDON KLIININEN OSAAMINEN	20 op
• Erilaiset haavat ja niiden hoitoperiaatteet	5 op
• Haavanparaneminen, sen arviointi ja dokumentointi	5 op
• Haavapotilaan elämänlaatu, omahoidon tukeminen ja ohjaaminen	5 op
• Haavahoidon laadunhallinta ja vaikuttavuus	5 op
MODUULI 2: NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HAAVAHOIDON KEHITTÄMISOAAMINEN	10 op

Kuvio 1. Opintojen rakenne.

5. Moduuli- ja opintojaksokuvaukset

5.1 Näyttöön perustuva haavahoidon kliininen osaaminen 20 op

Opiskelija omaksuu tiedolliset ja taidolliset valmiudet sekä kyvyn soveltaa eri tieteenalojen tietoa tilannekohtaisesti haavapotilaan hoidossa sekä potilaan ja hänen omaisensa ohjauksessa. Opiskelija kykenee itsenäiseen, vastuulliseen ja eettisesti kestäväään päätöksentekoon ja ongelmanratkaisuun. Hän kykenee toimimaan oman alansa haavahoidon asiantuntijana moniammatillisessa tiimissä.

Erilaiset haavat ja niiden hoitoperiaatteet 5 op

- tunnistaa erilaiset haavat ja soveltaa niiden keskeiset hoitoperiaatteet potilaskohtaiseen hoitoon.
- analysoida ja arvioida haavan syntyyn vaikuttavia tekijöitä potilaan ja hoitoyhteisön näkökulmasta sekä osaa ennaltaehkäistä kroonisen haavan syntymistä
- tehdä oman ammattinsa edustajana päätöksiä haavapotilaan hoidosta itsenäisesti ja moniammatillisessa yhteistyössä erilaisissa hoitoympäristöissä
- toteuttaa potilaslähtöistä haavahoitoa perustellen sen näyttöön perustuvalla tiedolla ja arvioida vallitsevia hoitokäytäntöjä eettisesti kestäväällä tavalla

ASIAKOKONAISUUDET:

Orientoituminen haavahoidon opintoihin ja oppimisympäristöihin; henkilökohtainen opintosuunnitelma, verkko-oppiminen, verkko-oppimisympäristöt.

Kroonisten haavojen ehkäisy; painehaavan, laskimo- ja valtimoperäisen säärihaavan, riskitekijöiden arviointi, tunnistaminen ja ehkäisytoimenpiteet. Diabeetikon jalka ongelmien tunnistaminen ja ehkäisy.

Haavahoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi: etiologialtaan erilaiset haavat ja niiden hoidon periaatteet, haavan paikallishoitotuotteet ja laitteet, haavakivun arviointi ja hoito.

Paikallishoidon vaikuttavuuden arviointi; eettinen päätöksenteko ja moniammatillinen yhteistyö osana haavahoitoa, haavojen ennaltaehkäisy, haavahoidon aseptiikka ja haavainfektioiden ennaltaehkäisy ja hoito.

Haavan paraneminen, sen arviointi ja dokumentointi 5 op

Opintojakson suoritettuaan opiskelija osaa

- soveltaa tietoa ihon rakenteesta ja toiminnasta potilaslähtöisessä haavan arvioinnissa
- systemaattisesti kerätä, analysoida ja arvioida tietoa haavanparanemisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä potilaan, hoitoyhteisön ja yhteiskunnan näkökulmasta
- arvioida ja tunnistaa haavan paranemisen hidastumisen ja infektion
- tehdä haavan paranemisen arviointiin perustuen potilaan haavan paikallishoitoa ja potilaan kokonaisuhoitoa koskevia päätöksiä yhdessä eri alan asiantuntijoiden, potilaan ja hänen läheistensä kanssa
- kirjata hoitosuunnitelmaan potilaslähtöisesti haavan paranemisen ja siihen vaikuttavat tekijät, suunnitellun haavahoidon ja sen arvioinnin
- kehittää haavahoidon kirjaamista työyksikössään

ASIAKOKONAISUUDET:

Haavanparaneminen: haavan paraneminen PPI ja PSI, haavanparanemiseen vaikuttavat potilaskohtaiset tekijät (ikä, muut sairaudet, lääkitys ja lääketieteelliset hoidot, ravitseminen, kipu), hoitoyhteisö ja kulttuuritekijät sekä yhteiskunnalliset tekijät, kroonisen haavan paranemisprosessi ja siihen liittyvät ongelmat, potilaan ja omaisten informoiminen haavanparanemisesta.

Haavanarviointi ja siinä käytettävät välineet ja laitteet: luokittelu (etiologia, EPUAP painehaavan asteet, VPMK, palo- ja paleltumavammat), doppler UÄ, Duplex, Photoplethysmography (PPG), Sinography, CT ja MR, haavaympäristön arviointi, haavainfektion tunnistaminen (paikallis- ja yleisoireet), bakteerinäytteen otto.

Haavanparanemisen dokumentointi: FinCC -luokituskokonaisuus, mittaaminen, haavan oireiden mukaisten havaintojen merkitseminen, haavan valokuvaaminen, haavan hoitokoosteen (epikriisin) laatiminen.

Haavapotilaan elämänlaatu, omahoidon tukeminen ja ohjaaminen **5 op**

Opintojakson suoritettuaan opiskelija osaa

- arvioida ja analysoida asiakkaan/potilaan elämänlaatuun liittyviä tekijöitä erilaisilla mittareilla sekä soveltaa osaamistaan haavapotilaan hoidossa
- edistää haavapotilaan ja omaisten voimavaraistumista erilaisissa hoitoympäristöissä soveltaen tarkoituksenmukaisia ohjausmenetelmiä
- tuottaa ja kehittää ohjausmateriaalia potilaille sekä henkilöstölle näyttöön perustuen
- saa valmiuksia arvioida ohjauksen vaikuttavuutta
- syventää ja kehittää omaa ohjausosaamistaan näyttöön perustuen

ASIAKOKONAISUUDET:

Haavapotilaan elämänlaatu: elämänlaatumittarit, kipu osana elämänlaatua, potilaan omahoidon tukeminen erilaisissa hoitoympäristöissä, erityisesti kotona

Haavapotilaan ohjaaminen: potilaan voimavaraistuminen ja hoitoon sitoutuminen, ohjausprosessi ja -menetelmät, ohjausmateriaalit, ohjauksen vaikuttavuus

Haavanhoidon laadunhallinta ja vaikuttavuus, 5 op

Opintojakson suoritettuaan opiskelija osaa

- arvioida ja kehittää haavahoidon laatua ja vaikuttavuutta omassa organisaatiossa ja alueellisessa yhteistyössä haavapotilaan hoitoketjussa.

- käyttää ja arvioida haavanhoidon laatumenetelmiä sekä ehkäistä laatupoikkeamia.
- kehittää haavanhoidon laatua ja potilasturvallisuutta omassa ja työyksikkönsä toiminnassa.
- tarkastella haavanhoidon kustannusvaikutuksia organisaatiossa sekä alueellisesti ja kansallisesti.

ASIAKOKONAISUUDET:

Laadunhallinta haavanhoidossa: kliiniseen toimintaan tarkoitetut laatumittarit, laatu työkalujen käyttö haavanhoidon arvioinnissa, potilasturvallisuus haavanhoidossa.

Haavapotilaan hoitoketju ja sen alueellinen toimivuus: kroonisten haavojen ehkäiseminen ja riskien tunnistaminen ja varhainen puuttuminen, hoitosuositusten käyttöönotto, eri toimijoiden verkostoituminen, haavanhoidon kustannukset ja vaikuttavuuden arviointi, LEAN-toiminnan periaatteet.

5.2 Näyttöön perustuva haavahoidon kehittämisosaaminen 10 op

Opintojaksolla kehitetään näyttöön perustuvaa haavahoitoa omassa työyksikössä osana haavapotilaan hoitoketjua / -verkostoa. Opintojakso integroidaan kaikkien neljän (Erilaiset haavat ja niiden hoitoperiaatteet, Haavan paraneminen, sen arviointi ja dokumentointi, Haavanhoidon laatu, sen arviointi ja vaikuttavuus, Haavapotilaan elämänlaatu ja omahoidon ohjaus) -opintokokonaisuuksien kanssa. Lähtökohtana kehittämisessä on haavahoidon monitieteinen näyttöön perustuva tieto, asiakaslähtöisyys, eettisyys ja vaikuttavuus sekä moniammatillinen yhteistyö ja asiantuntijoiden välinen konsultointi.

Opintojakson suoritettuaan opiskelija osaa

- arvioida ja kehittää haavahoidon laatua ja vaikuttavuutta työyksikössään
- soveltaa näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönoton prosessin työyhteisössään
- toteuttaa ja johtaa työelämän kehittämisprojektin
- arvioida ja kehittää omaa osaamistaan ja asiantuntijuuttaan haa-

vahoidossa huomioiden alueellisen, kansallisen ja kansainvälisen tason

- verkostoitua ja toimia konsultatiivisesti haavahoidon moniammatillisessa työryhmässä
- kouluttaa henkilöstöä näyttöön perustuvan haavahoidon toteuttamisessa.
- viestiä haavahoidosta moniammatillisessa tiimissä, alueellisissa ja kansallisissa yhteistyö- ja kehittämissyöryhmissä.
- osaa tehdä posterin

ASIAKOKONAISUUDET

Alueelliset haavapotilaan hoitoketjut ja niiden kehittäminen: näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönoton prosessi, hoidon vaikuttavuus ja sen arviointi, asiakaslähtöisyys hoidon ja palvelujen kehittämisessä, projektiosaaminen ja case study haavahoidon kehittämisen välineinä.

Haavahoidon asiantuntijuus ja sen kehittäminen: konsultatiivinen työote haavahoidossa, asiantuntijuuden jakaminen moniammatillisissa tiimeissä ja verkostoissa, oman haavahoidon osaamisen arviointi ja asiantuntijuuden kehittäminen, asiantuntijaviestintä (sähköisen materiaalin tuottaminen ja levittäminen/jakaminen, konferenssiesitykset, posterit) ja kouluttaminen.

AMK	Välittömän kliinisen haavahoidon kehittäminen	Hoitohenkilökunnan haavapotilaan hoitoon liittyvä osaamisen kehittäminen	Haavapotilaan hoitoketjun tai organisaation toiminnan kehittäminen	Muuta
Centria (N 5)	Kompressiosidonnann sähköinen ohje Soiten henkilökunnalle (1)			
HAMK (N 13)	Oikeus ehjään ihoon – painehaavariskin tunnistaminen ja ennaltaehkäisy hoitotyössä (1) Haavapotilaan ravitsemustilan arviointi ja lisäravinteiden käyttö (2) Hyvä ravitseminen on osa laadukasta haavahoitoa (3) Haavahoidon kirjaamisen kehittäminen kirurgian osasto 1:lla (4) Haavahoidon kirjaamisen kehittäminen kirurgian osasto 1:lla (5)		Hyvinkään sairaalan haavapoliklinikan kehittämisprojekti (6) Haavatyöryhmän toiminta - yhteistoiminnallista verkostoitumista (7)	
LAMK (N 11)	Haavan mekaaninen puhdistaminen yksinkertaisin instrumentein- Opas hoitohenkilökunnalle kirurgian osastolla 41-42 (1)	VOO-opiskelijoiden perhdytys painehaavojen ehkäisyyn Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian osastolla 41 (2) Braden-riskiluokitusmittari osana painehaavojen ennaltaehkäisyä. Koulutus PHHYKY:n keskussairaalan osasto 33-34:n henkilökunnalle (3)		

Erikoissairaanhoido

<p>MAMK (N14)</p>	<p>Painehaavariskin arviointi (1) Alipaineimuhoidon haavanhoidossa (2) Palovammapotilaan kotihoitoprosessi (3)</p>	<p>Painehaavojen ennaltaehkäisyyn toimintamallin kokeilujakso vuodeosastolla (4) Painehaavojen ennaltaehkäisyyn toimintamallin kokeilujakso Haartmannin kardiologisella vuodeosastolla (5)</p>	
<p>OAMK (N 12)</p>	<p>Haavahoitotuotteen valinta – e-posteri (1)</p>	<p>Sinus pilonidali, kirurgisen toimenpiteen jälkeinen haavanhoito. Kirjallinen työohje ja koulutus. (2) Haavan paraneminen ja sen arviointi. Osasto tunti OYS:n osastojen 3 ja 6 henkilökunnalle. (3)</p>	<p>Haavapotilaan hoitoketju Kai- nuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä. (4) Haavahoitopotilaan hoitoprosessin suunnittelu Oulaskankaan päiväsaairaalaan (5)</p>
<p>SAMK (N 12)</p>	<p>Haavapotilaan ravitseminen Satakunnan keskussairaalan gastrokirurgisella vuodeosastolla (1) Tahdistinpotilaan haavainfektion ennaltaehkäisy ja tunnistaminen – sähköinen kuvapankki TYKSin Sydänkeskuksen henkilökunnalle (2) Laskimoperäisen säärihaavan sähköinen potilasohje Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille (3)</p>	<p>Palovammapotilaan hoito poliklinikalla. Hoito-ohje hoitajille. (5) Perehdytys toukkahoitoon – sähköinen oppimateriaali Jorvin plastiikkakirurgian kirurgisen osaston K3 perehdytykseen (6) Artikkeli: kehitysvammainen asiakas haavahoitajan vastaanotolla. (7)</p>	

<p>Savonia (N 11)</p>	<p>Haavapotilaan ravitseminen – potilasohje Pirkanmaan sairaanhoitopiirille (4)</p> <p>HAAVAPOTILAAN HOITO - Perehdyttämisen tarkistuslista Pohjois-Karjalan keskussairaalan osasto 3K:lla (1)</p> <p>Ravitsemuksen merkitys palovammapotilaan haavojen paranemiseksi ja NRS 2002-menetelmän käyttöönotto</p> <p>Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Siun soten) kirurgian poliklinikalla sekä kirurgisella osastolla 1G. (2)</p> <p>Ultraäänitehosteisen haavanpuhdistuslaite-ohje Kuopion yliopistollisen sairaalan plastiikkakirurgian, ihotautilien ja urologian osaston hoitohenkilökunnalle (3)</p> <p>Tehohoitotilaan pään alueen painehaavojen ennaltaehkäisy – systemoitu kirjallisuuskatsaus (4)</p> <p>HAAVANHOITOTUOTTEIDEN VALINTA. Opas Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän (Siun soten) osaston 4 K lähi- ja sairaanhoitajille (5)</p>	<p>Painehaavarisikin arvioiminen riskiarviomittarilla – Ohje painehaavojen ennaltaehkäisyyn Kainuun keskussairaalan osasto 6:n henkilökunnalle (7)</p>	<p>Diabetestä sairastavan jalkahaavapotilaan hoitopolku – Selvitys perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon välillä Kuopiossa (8)</p>
----------------------------------	---	--	---

			<p>Verisuonikirurgisen potilaan infektoituneen leikkaushaavan hoito - Ohje ja koulutusmateriaali Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän keskussairaalan osastolle 2 C (6)</p>	
<p>TAMK (N 14)</p>	<p>Koneellinen turvotuksen hoito ja interaktiivinen puhdistava PU-sidos laskimoperäisissä sääri- ja voissa- viisi tapausta (1)</p> <p>Ohje diabeettisen jalkahaavan amputaatioleikkauksen jälkeisestä hoidosta (2)</p>	<p>Haasteellinen haavanhoito - Haavahoidon koulutus hoitajille. Paksu- ja ohutsuoli-avanteen iho-ongelmien hoito (3)</p>	<p>Hoitajavastaanoton kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tules-vastualueella (4)</p> <p>Braden - käyttöönnoton toimintamalli Kymenlaakson keskussairaalassa (5)</p>	
<p>Turku AMK (N 12)</p>	<p>Haavahoidon seurantalomake – Kohti laadukkaampaa hoitotyön kirjautamista (1)</p> <p>Haavahoidon kirjaamisen tarkistuksista ja ohjeistus -Ohjeistus hoitokertomuksen kirjaamisen tueksi (2)</p> <p>Painehaavan riskiluokitusmittarin käyttöönotto Jorvin sairaalan teho-osasto ja palovammakeskus U2:lla (3)</p> <p>Leikkaushaavan arviointi ja sen kirjaaminen - ohje Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilökunnalle (4)</p> <p>Sydänleikkauspotilaan haavanhoitovideo -potilasohje (5)</p>	<p>Koulutus: Kroonisen laskimoperäisen haavan hoito päiväystyössä -hoitotyön näkökulma (6)</p>	<p>Ihonsiirtopotilaan varhaisen mobilisaation tukeminen. Uuden hoitokäytännön kokeilu, tulokset raportoidaan erikseen vuonna 2018 (7)</p>	

<p>VAMK (N 8)</p>	<p>Leikkaushaavan peittelyn käy- töntöjen ja kirjaamisen yhtenäis- täminen Vaasan keskussairaalan leikkausyksiköissä (1)</p> <p>Haavapotilaan ravitsemuksen kotihoito-ohjaus kirurgisella vuo- deosastolla (2)</p>	<p>Patientens smärtlindring i sam- band med sårvård (3)</p>	<p>Käypä Hoito-suosituksen mu- kainen hoitoketju diabeetikon riskijalkojen hoitamiseksi (4)</p> <p>Braden-mittarin käyttöönotto Vaasan keskussairaalan osastol- la E4 (5)</p>
<p>Centria (N 5)</p>	<p>Painehaavojen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy (2)</p>	<p>Haavahoidon opas Soiten hoidon ja hoivan palvelutaloihin (3)</p>	<p>Haavaverkoston työn arviointi ja toiminnan kehittäminen (9)</p>
<p>HAMK (N 13)</p>	<p>Haavako hoitajansa näköinen? (8)</p>		
<p>LAMK (N 11)</p>		<p>Alipaineimuhoidon toteutus Jalkarannan sairaalan osastolla J31 ja kotisairaala. Käytän- nön ohjeita hoitajille ja hoitajiksi valmistuville (4)</p> <p>Laskimoperäisten säärihaavojen kompressiohoito - Koulutustilai- suudet hoitohenkilöstölle (5)</p> <p>Painehaavan paikallishoito - Koulutus keuhkosairauksien vuodeosastolle ja Lepolankadun palvelukodille (6)</p> <p>Hoitohenkilökunnan haavan- hoidon osaamisen tason var- mistaminen -Haavanhoitopassi Katriinan sairaalan haavaosas- tolle 4B (7)</p>	

MAMK (N14)	Diabeetikon jalkahaavan hoidon toteutus (6) Laskimoperäisen säärihaavan itsehoito kotona (7) Mobiilisovellus haavahoidon avuksi (8)	Henkilökunnan osaamisen kartoitus Enonkosken kunnassa. Asiakkaan ohjaus lääkinnällisen hoitosukan käytössä (9) Turvotuksen estohoidon osaaminen (10)	
OAMK (N 12)	Haavanhoitokansio Kannuksen terveyskeskuksen vuodeosastolle (6)	Painehaavan ennaltaehkäisy. Ohje Kauniaisten kaupungin hoitohenkilökunnalle (8)	Haavapotilaan hoitoketju Kai- nuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä (4)
SAMK (N 12)		Ennaltaehkäise, tunnista ja hoida - Valtimo- ja laskimoperäiset krooniset alaraajahaavat Haavatieltäpäivät Kuopion kaupungin Harjulan sairaalassa (9) Painehaavojen ennaltaehkäisy – Koulutukset Siilinjärven ja Suonenjoen terveyskeskusten hoitohenkilökunnalle (10)	Sastamalan kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden haavahoitajan asiantuntija (9)
Savonia (N 11)			
TAMK (N 14)	Haavahoidon hyvä kirjaaminen (6) Laskimoperäisen haavan potilasohje (7) Onkalohaavan hoito-ohje (8)		Haavavastaanoton kehittäminen Lohjan terveyskeskuksessa (9)

Turku AMK (N 12)	Haavahoidon rakenteellisen kirjaamisen yhtenäistämisen Pöytyän KKT KY:ssä sekä Pöytyän ja Auran kotihoidossa (8)		Näyttöön perustuvan haavahoidon kehittäminen – Haavahoitotiimin perustaminen Malmin sairaalaan (9)
VAMK (N 8)	Haavahoitokäytäntöjen yhtenäistämisen vanhusten hoitotyössä (6)		
Centria (N 5)	Haavahoidon opas vastaanotolle (4)		Haavahoitaja Soiten avoterveydenhuollossa. Esitys toimintamallista (5)
HAMK (N 13)	Haavahoidon kirjaamisohje Helsingin kaupungin jalkaterapiayksiköön (10) Ravitsemuksen merkitys haavahoidossa, kotihoidossa olevalle asiakkaalle. Opas ravitsemusneuvonnan antamiseen (11)		Noviisista asiantuntijaksi – kohti haavanhoidon asiantuntijuutta Haavahoidon asiantuntijahoitajan työnkuva Hämeenlinnan kaupungin kotihoitoon (12)
LAMK (N 11)	Haavanhoidon valmistautuminen Helsingin kotihoidossa (8)	Haava-asiakkaan tutkiminen sairaanhoitajan vastaanotolla - Tukea vastaanottotyöhön (9) Laskimo ja valtimo peräisen säärihaavan hoito-ohjeistus ja tarkistuslista Asikkalan terveysaseman avovastaanotolle (10)	Alaraajahaavapotilaan hoitomalli ja haavahoidon kirjaamisen kehittäminen Keravan terveyskeskuksen avovastaanotolla (11)
MAMK (N14)	Fraasit haavanhoidon kirjaamisen avuksi (11)	Avoimen haavan paikallishoitovalmiudet kotihoidossa (12)	
OAMK (12)	Valtimo- ja laskimoperäinen alaraajahaavan tunnusmerkit sekä		

	<p>kompressiohoito laskimoperäisessä haavassa – ohje (7)</p> <p>Haavan mekaaninen puhdistus ja bakteeriviljelynäytteen otto – Ohjeistus Tuiran terveysaseman hoitohenkilökunnalle. (8)</p> <p>Haavan paranemista tukeva ravitsemus. Ohjeet ravitsemukseen Peruspalvelukuntayhtymän Kallion potilaille ja hoitajille. (9)</p> <p>Käsihygienian haavanhoidossa – ”Tiedosta työskentelysi” Kuvaile-va kirjallisuuskatsaus (10)</p> <p>Painehaavoille altistavat tekijät ja ennaltaehkäisy. Kirjallinen ohje Koivulehdon palvelukeskuksen henkilökunnalle. (11)</p>		
<p>Savonia (N 11)</p>	<p>Ihon tarkkailu kehon luisten ulokkeiden alueilla – Kuvallinen ohje painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi Heinäveden Hoivakodin hoitohenkilökunnalle (11)</p>	<p>Teemaviikko Kankaanpään henkilöstölle haavojen puhdistamisesta ja tuotteiden valinnasta (10)</p> <p>Koulutuspäivä: Diabeetikon jalkahaavan ehkäisy Paimio-Sauvon terveyskeskuksen lääkärinvastaanoton hoitajille. (11)</p>	<p>Sastamalan kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden haavahoitajan asiantuntija (9)</p>
<p>SAMK (N 12)</p>			

TAMK (N14)	Haavahoidon kehittämisen Pirkkalan kotihoidossa (10) Infektoituneen haavan hoito (11)			
Turku AMK (N 12)	Haavahoito palveluasumisessa, hygieniä näkökulma (10) Kroonisten alaraajahaavojen (tunnistaminen ja ennaltaehkäisy) (11) <i>Haavahoidon rakenteellisen kirjaamisen yhtenäistämisen Pöytyän KKT KY:ssä sekä Pöytyän ja Auran kotihoidossa (8)</i>		Toimintasuunnitelma haavahoitajan työlle Salon kotihoitoon (12)	
VAMK (N 8)	Kirjaaminen haavahoitotyössä ja potilaan omahoidon ohje (7)	Haavahoidon koulutus kotipalvelun henkilökunnalle (8)		
MAMK (N14)	Hopeaa luovuttamattoman antimikrobisen polyuretaaniavahto- ja kuitukangassidoksen käyttö leikkaushaavalla (13)			
HAMK (N 14)		Haavakoulutuksen arviointi ja osaamistarpeet (13)		
OAMK (N 12)		Painehaavan riskitekiöt ja ennaltaehkäisy. Ohjevihkonen Koivulehdon palvelukeskuksen henkilökunnalle. (12)		
SAMK (N 12)		Sähköinen työohje Terveystalolle haavojen mekaaniseen puhdistamiseen (12)		

Perusterveydenhuolto, avo- ja kotihoito

Ksytäinen terveydenhuolto

TAMK (N 13)	Haavanhoitotuotteiden valinta rintasyöpäleikkauksen jälkeen (12) Laskimoperäinen säärihaava -potilasohje (13)	Haavan puhdistaminen- oppima- teriaali sairaanhoitajille (14)	
Muut palvelu- tuottajat	MAMK (N14)		Haavanhoi- totuotteiden saatavuus Lappeen- rannan apteekeissa (14)
AMK	Välittömän klinisen haavahoidon kehittäminen	Hoitohenkilökunnan haavapotii- laan hoitoon liittyvä osaamisen kehittäminen	Muuta Haavapotilaan hoitoketjun tai organisaation toiminnan kehit- täminen

Haavahoidon asiantuntija 30 op erikoistumiskoulutus

Palautekysely koulutuksesta opiskelijalle

Kyselyn tuloksia käytetään koulutuksen kehittämiseen ja tuloksista raportoidaan Opetus- ja kulttuuriministeriöön sekä hyödynnetään koulutuksen arvioinnista julkaistavissa artikkelissa.

Taustakysymykset:

1. Ammattikorkeakoulu:

- Centria
- Hamk
- Lamk
- Mamk
- Oamk
- Samk
- Savonia-amk
- Tamk
- Turkuamk
- Vamk

2. Pohjakoulutustaso:

- Ammattikorkeakoulu tutkinto
- Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
- Opistoasteen tutkinto
- Muu, mikä _____

3. Ammattinimike

- Sairaanhoidtaja
- Terveystenhoitaja
- Sairaanhoidtaja
- Kätilö
- Jalkaterapeutti
- Fysioterapeutti
- Erikoissairaanhoidtaja, mikä? _____
- Muu, mikä? _____

4. Työkokemus:

_____ vuotta _____ kk

5. Työpaikka:

- Erikoissairaanhoidto
- Perusterveydenhoito
- Kotisairaanhoidto/ kotihoito
- Vanhainkoti / palvelutalo
- Muu, mikä? _____

Koulutuksen järjestelyt:

Vastaa seuraaviin väittämin asteikolla 1 - 4 (1= täysin eri meiltä, 2= jokseenkin erimieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä)

6. Lähiopetuspäivien määrä oli riittävä
7. Läpiopetuspäivien järjestelyt olivat toimivat
8. Sain koulutuksen aikana riittävästi tietoa koulutuksen etenemisestä
9. Verkko- oppimisympäristöä oli helppo käyttää
10. Kehittämisehdotukset järjestelyihin (avoin kysymys)

Koulutuksen sisältö ja toteutus:

Vastaa seuraaviin väittämin asteikolla 1-4 (1= täysin eri meiltä, 2= jokseenkin erimieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä)

11. Opintojaksojen tavoitteet olivat selkeät
12. Opintojaksojen asiakokonaisuudet olivat selkeät
13. Asiantuntijaluennot olivat aiheiltaan keskeisiä
14. Videoluennot edistivät oppimistani
15. Koulutuksen aikana jaettu materiaali tuki oppimistani
16. Oppimistehtävien ohjeistukset olivat selkeät
17. Oppimistehtävät tukivat oppimista
18. Lähipäivien sisältö vastasi odotuksia
19. Kehittämisehdotukset lähipäivien sisältöön ja toteutukseen (avoin)
20. Arvioi opintojakso toteutus 1 - 4 (1 huono, 2 välttävä, 3 hyvä, 4 erinomainen)
 - erilaiset haavat ja niiden hoitoperiaatteet
 - haavanparaneminen, sen arviointi ja dokumentointi
 - haavapotilaan elämänlaatu, omahoidon tukeminen ja ohjaaminen
 - haavahoidon laadunhallinta ja vaikuttavuus
 - näyttöön perustuva haavahoidon kehittämisosaaminen

Oman oppimisen arviointi

Vastaa seuraaviin väittämin asteikolla 1-4 (1= täysin eri meiltä, 2= jokseenkin erimieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä)

20. Toimin koulutuksen aikana oma-aloitteisesti
21. Olin aktiivinen lähipäivillä
22. Osallistuin aktiivisesti verkkotyöskentelyyn
23. Jaoin omaa asiantuntemustani muille opiskelijoille
24. Saavutin OPSin tavoitteet hyvin
25. Ryhmän ilmapiiri tuki oppimistani
26. Digitalisaatio osaamiseni kehittyi koulutuksen aikana
27. Mikä olisi edistänyt oppimistasi vielä paremmin?

Koulutuksen merkitys työhöni

Vastaa seuraaviin väittämin asteikolla 1-4 (1= täysin eri meiltä, 2= jokseenkin erimieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä)

- 28.Sain uusia valmiuksia työhöni
- 29.Oma asiantuntijuuteni kehittyi koulutuksen aikana
- 30. Osaamistani hyödynnetään työyhteisössäni
- 31.Työnkuvani on muuttunut / tulee muuttumaan koulutuksen ansiosta
- 32.Miten? (avoin)
- 33. Koulutus on edesauttanut minua luomaan verkostoja
- 34. Minkälaisia verkostoja? (avoin)
- 35. Koulutus vastasi tämän päivän ja tulevaisuuden työelämän haasteisiin
- 36. Perustelut (avoin)
- 37. Koulutus antoi valmiuksia oman osaamisen kehittämiseen tulevaisuudessa
- 38. Arvioi koko koulutus asteikolla (1-4) , (1huono, 2 välttävä, 3 hyvä, 4 erinomainen)
- 39. Mitkä ovat kehittämissi koulutukseen (avoin)?

Kiitokset arvokkaasta palautteestasi!

Haavanhoidon asiantuntija - erikoistumiskoulutus, Kouluttajien kysely

TAUSTATIEDOT

1. Ikä

- 30 vuotta tai alle
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61 tai enemmän

2. AMK, jossa työskentelet

- Centria ammattikorkeakoulu
- HAMK
- LAMK
- XAMK- Mikkelin campus
- OAMK
- SAMK
- SAVONIA-ammattikorkeakoulu
- TAMK
- Turun ammattikorkeakoulu
- VAMK

3. Koulutustausta

- ammatillinen koulutus
- alempi korkeakoulu
- ylempi korkeakoulu
- lisensiaattitutkinto
- tohtoritutkinto
- muu

4. Tehtävä erikoistumiskoulutuksessa

- Opettaja/tutor
- Tutor/vastuukouluttaja
- Muu, mikä _____

5. Kuinka monta tutkinnon jälkeistä haavahoidon koulutusta (täydennyskoulutus, erikoistumisopinnot, korkea-asteen oppisopimus tyyppinen koulutus) olet ollut toteuttamassa ennen tätä?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- useampi

TÄSSÄ SELVITETÄÄN KOULUTUKSEEN KÄYTETTYÄ TYÖAIKAA JA SEN RIITTÄVYYTTÄ. VALITSE KÄSITYSTÄSI PARHAITEN VASTAAVA VAIHTOEHTO.

6. Työaikasi jakautuminen (max. neljä tärkeintä)

- Opetuksen suunnittelu
- Uuden tiedon osaaminen ja haltuunotto
- Kontaktiopetus
- Etäopetus
- Verkko-opetus
- Opiskelijaohjaus/Tutorointi
- Arviointi
- Sopimusten laatiminen
- Yhteistyö muiden ammattikorkeakoulujen kanssa

7. Käyttämäsi työaika (h) haavahoidon asiantuntija erikoistumiskoulutukseen

- 1-50
- 52-100
- 101-200
- 201-300
- 301-399
- 400-600
- yli 600

8. Oliko sinulle varattu resurssi

- sopiva
 liian paljon
 liian vähän

OPPIMISMENETELMÄT

9. Mikäli toimit kouluttajana tässä koulutuksessa, miten kuvaisit omaa pedagogista lähestymistapaasi/ periaatteita ko koulutuksessa?

10. Mitä sinulle uusia opetusmenetelmiä koulutuksessa käytit?

11. Mitä oppimisen arviointimenetelmiä käytit? Valitse rastittamalla käytetyt arviointimenetelmät (voi olla useita/ kolme tärkeintä) ja käytä tarvittaessa tarkennuskenttää.

- Opiskelijan tuotos
 Porfolio on ollut osa arviointia
 Vertaisarviointia (opiskelijartyhmänjäsenet)
 Opiskelijan itsearviointi

Muu taho osallistunut arviointiin. Kuka?

Muu arviointimenetelmä. Mikä?

KOULUTUKSEN TOTEUTUKSEN ARVIOINTIA

12. Vastaa seuraaviin väittämiin (1= täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

	1	2	3	4	5
Koulutuksessa hyödynnettiin hyvin työskentelyä digitaalisessa oppimisympäristössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Opetussisällöt vastasivat hyvin opiskelijoiden osaamistarpeisiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Opetus on vastannut hyvin työelämän osaamistarpeita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Yhteistyö koulutusta toteuttavien 10 ammattikorkea/koulun välillä on ollut toimivaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Yhteistyötä muiden tässä toteutuksessa mukana olevien ammattikorkeakoulujen kanssa tulisi lisätä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

13. Millä tavalla ammattikorkeakoulujen välistä yhteistyötä Haavahoidon erikoistumiskoulutuksessa tulisi mielestäsi lisätä tai kehittää? a) koulutuksen suunnitteluvaiheessa b) koulutuksen toteutusvaiheessa c) koulutuksen arviointivaiheessa.

14. Millä tavalla opetussisältöjä tulisi mielestäsi kehittää Haavahoidon erikoistumiskoulutuksessa?

15. Mikä oli haastavinta koulutuksen toteutuksessa sinulle kouluttajana?

16. Mitkä olivat tärkeimmät koulutuksen kehittämisaalueet?

17. Mitkä olivat mielestäsi koulutuksen vahvuudet?

Vahvista vastausten lähetys

HAAVAHOIDON ASIANTUNTIJA -ERIKOISTUMIS- KOULUTUKSEN ARVIOINTIRAPORTTI

Erikoistumiskoulutukset ovat verrattain uusi työelämässä jo toimineille korkeakoulututkinnon suorittaneille tai vastaavan osaamisen saavuttaneille tarkoitettu koulutusmuoto, joka sijoittuu tutkintokoulutuksen ja täydennyskoulutuksen rinnalle. Erikoistumiskoulutus täydentää tutkintoon johtavaa koulutusta ja vastaa työelämästä nouseviin erikoistuneen osaamisen tarpeisiin.

Haavahoidon asiantuntija 30 op -erikoistumiskoulutus on ensimmäinen sosiaali- ja terveysalan toteutunut erikoistumiskoulutus. Koulutusta koordinoi Savonia-ammattikorkeakoulu ja toteuttajina olivat: Centria ammattikorkeakoulu, Hämeen ammattikorkeakoulu, Lahden ammattikorkeakoulu, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Satakunnan ammattikorkeakoulu, Savonia-ammattikorkeakoulu, Tampereen ammattikorkeakoulu, Turun ammattikorkeakoulu ja Vaasan ammattikorkeakoulu. Raportin kirjoittamiseen ovat osallistuneet erikoistumiskoulutuksen kouluttajat mukana olleista ammattikorkeakouluista.

Koulutuksen suunnittelussa tehtiin yhteistyötä Suomen Haavahoitoyhdistys ry:n kanssa. Haavahoidon asiantuntijat ovat kommentoineet opetussuunnitelmaa sen työstämisvaiheessa, erityisesti osamistavoitteiden ja keskeisen sisällön osalta.

Raportissa kuvaillaan erikoistumiskoulutuksen tausta ja toteuttaminen pedagogisine valintoineen. Erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on vastata työelämä osaamis- ja kehittämistarpeeseen. Opiskelijoiden opintoihin liittyneet kehittämishankkeet tuovat esille koulutuksen aikana tapahtuneen työelämän kehittämisen. Lisäksi raportissa arvioidaan koulutuksen ammattilaiselle tuottamaa haavahoidon tiedollista osaamista ja asiantuntijuutta sekä näyttöön perustuvan toiminnan asenteen ja ymmärryksen muutosta. Koulutuksen toteutusta on arvioitu kouluttajien ja opiskelijoiden näkökulmasta.

Raportti nostaa esille haavahoidon erikoisosaamisen vaativuuden ja merkityksen haavapotilaan hoidon laadulle ja vaikuttavuudelle, jota on tarkasteltu erityisesti koulutuksen tulevaisuuden ja kehittämishaasteiden kautta.

Raportti on tarkoitettu työelämässä toimiville terveysalan ammattilaisille, kouluttajille ja erikoistumiskoulutuksessa opiskeleville. Toivomme, että raportti auttaa uusien erikoistumiskoulutusten kehittämisessä ja rohkaisee koulutuksen tuottaman osaamisen arviointiin.

